

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

ชื่อหน่วยงานผู้จัดทำรายงาน สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

ชื่อ-สกุลผู้จัดทำรายงาน นางปริยานุช บุรณะภักดี โทรศัพท์ 0 2590 4261

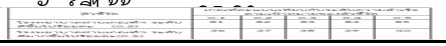

1) ข้อมูลผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การให้คะแนน :

5 เดือนหลัง (มีนาคม - กรกฎาคม 2562) (ปรับระดับที่ 4 และ/หรือ 5 ตามเล่มคู่มือคำรับรองฯ ปี พ.ศ. 2562)

ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนนที่	ลำดับที่/ ชื่อไฟล์หลักฐาน
1	Assessment: มีระบบบริหารจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหา	1.00	1.00	
	1.1 มีข้อมูลและสารสนเทศที่สมบูรณ์และเพียงพอในการวิเคราะห์ปัญหาและนำไปสู่ 1) HL ปชช./ Competency จนท. 2) ข้อเสนอเชิงนโยบาย 3) มาตรการในพื้นที่	0.50	0.50	ไฟล์เตอร์ 1.1
	- มีการวิเคราะห์ช่องว่างของระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันกับมาตรฐาน/ เป้าหมายที่กำหนด (หมวด 4)	0.20	0.20	1.1.1 สถานการณ์และgap
	- มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการและความคาดหวังของ Customer และ Stakeholder ทั้งในปัจจุบันและพึงมีในอนาคต (หมวด 3)	0.15	0.15	1.1.1_2 ข้อมูลความต้องการและความคาดหวังของ customer และ stakeholder 1.1.1_3 ทำเนียบฐานข้อมูลของ customer และ stakeholder
	- มีข้อมูล Best Practice ทั้งในประเทศ/ ต่างประเทศ (หมวด 4)	0.15	0.15	1.1.1_4 Best Practice นวัตกรรม GREEN & CLEAN Hospital 1.1.1_4 best practice รพ.อาหารปลอดภัย
	1.2 มีระบบการจัดเก็บข้อมูลและติดตามข้อมูลตาม KPI และข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลกระทบ	0.10	0.10	ไฟล์เตอร์ 1.2
	- มีการจัดเก็บข้อมูลสำคัญของตัวชี้วัดที่ 1.5 อย่างเป็นระบบบนเว็บไซต์กลางของหน่วยงาน และเชื่อมโยงฐานข้อมูลเข้ากับระบบ DoH Dashboard (หมวด 4)	0.10	0.10	1.2.1 มีระบบการจัดเก็บและติดตามข้อมูลตาม KIP 1.2.2 แนวทางการรายงาน 1.2.3 รายงานผ่านระบบการจัดเก็บและติดตามข้อมูลตาม KIP และข้อมูลที่ส่งผลกระทบต่อหน่วยงานภายนอก
	1.3 มีระบบการประเมินผลมาตรการและวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงมาตรการทุก 3 เดือน	0.30	0.30	ไฟล์เตอร์ 1.3
	- มีระบบการประเมินผลมาตรการ (หมวด 2)	0.15	0.15	1. 1.3 มีระบบประเมินผลมาตรการและวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง 2. เอกสารแนบ
	- มีการวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงมาตรการทุก 3 เดือน (หมวด 2)	0.15	0.15	1. 1.3 มีระบบประเมินผลมาตรการและวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง 2. เอกสารแนบ

ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนนที่	ลำดับที่/ ชื่อไฟล์หลักฐาน
	1.4 มีแผน/ แนวทางปฏิบัติ (ที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ในข้อ 1.1) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ปรับปรุงผลการดำเนินการ ส่งเสริมนวัตกรรม และบรรลุยุทธศาสตร์/ ภารกิจสำคัญ	0.10	0.10	ไฟล์เตอร์ 1.4
	- มีแผน/ แนวทางปฏิบัติ (หมวด 2)	0.04	0.04	1.4_1 แผนและแนวทางการปฏิบัติ 1.4_1 แผนปฏิบัติการ
	- มีแผนพัฒนาบุคลากรภายในและภายนอก (HRD/ HRM) (หมวด 5)	0.04	0.04	1.4_2 แผนพัฒนาบุคลากร 1.4_3 กิจกรรมการสร้างความสัมพันธ์ HR
	- มีกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างหน่วยงานและผู้รับบริการรวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (หมวด 3)	0.02	0.02	1.4_3 กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ รพ.มหาสารคาม
2	Advocacy & Intervention : มีข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิภาพรองรับการแก้ปัญหา (ประเมินและให้คะแนนโดยคณะ กก.	1.00	1.00	
	2.1 มีข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการ	0.20	0.20	ไฟล์เตอร์ 2.1
	- มีข้อเสนอเชิงนโยบายระดับประเทศ หรือระดับเขตสุขภาพ (หมวด 2)	0.10	0.10	ข้อเสนอเชิงนโยบายระดับประเทศ จังหวัด
	- มีข้อเสนอเชิงนโยบายระดับจังหวัด หรือพื้นที่ (หมวด 2)	0.10	0.10	ข้อเสนอเชิงนโยบายระดับประเทศ จังหวัด
	2.2 มาตรการดำเนินการ	0.50	0.50	ไฟล์เตอร์ 2.2
	- มี Data base หรือ Information base รองรับการทำนตมาตรการ (หมวด 4)	0.10	0.10	2.2มาตรการที่รองรับการแก้ปัญหา และไฟล์เตอร์เอกสารแนบ
	- มี Knowledge base รองรับการทำนตมาตรการ (หมวด 4)	0.20	0.20	2.2มาตรการที่รองรับการแก้ปัญหา และไฟล์เตอร์เอกสารแนบ
	- มี Customer/ Stakeholder base (ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) (หมวด 4)	0.20	0.20	2.2มาตรการที่รองรับการแก้ปัญหา และไฟล์เตอร์เอกสารแนบ
	2.3 มาตรการมีความสอดคล้องกับบทบาทใหม่กรมอนามัย Re-role : Smart Governance by national lead /regional lead)	0.15	0.15	ไฟล์เตอร์ 2.3
	- มีการกำหนดมาตรการที่สอดคล้องกับบทบาทใหม่ (หมวด 6)	0.15	0.15	2.3มาตรการมีความสอดคล้องกับบทบาทใหม่ 2.3.2 ไฟล์เตอร์เอกสารแนบ 2.3
	2.4 มี Key Message และเนื้อหาสร้าง HL ปชช. / Competency จนท.(ส่งมอบศูนย์สื่อผลิตสื่อ)	0.15	0.15	ไฟล์เตอร์ 2.4

ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนนที่	ลำดับที่/ ชื่อไฟล์หลักฐาน
	- มีการจัดทำ Key Message และเนื้อหาเพื่อสร้าง HL ปชช. /เพิ่ม Competency ประชาชนและ/หรือเจ้าหน้าที่ และส่งให้ศูนย์สื่อสารสาธารณะ (หมวด 5)	0.15	0.15	1.ข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการ 2.ชุด Key Message และ Infographic 3.บันทึกส่งศูนย์สื่อ 190762
3	Implementation: การขับเคลื่อน	1.00	1.00	
	3.1 มีการนำข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่กรรมการระดับกระทรวง (เช่น เวทีประชุมผู้ตรวจราชการ ฯลฯ) /ระดับเขต (เช่น การประชุมเขตสุขภาพ) /ระดับกรม (การประชุม Tuesday Regular Meeting) /ระดับจังหวัด /ระดับ	0.20	0.20	โพลเดอร์ 3.1
	- มีการนำข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่กรรมการระดับกระทรวง (เช่น เวทีประชุมผู้ตรวจราชการ ฯลฯ) /ระดับเขต (เช่น การประชุมเขตสุขภาพ) (หมวด 2)	0.10	0.10	1.หนังสือเรียนผู้ตรวจราชการ และโพลเดอร์ ตัวอย่างเอกสารสนับสนุนข้อมูลผู้ตรวจราชการเดือนละ 1 ครั้ง 2. บุรณาการตัวชี้วัด GCH_โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย 3 บทบาทภาครัฐ_อาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล 4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล 5. ชี้แจงศูนย์ GCH ศูนย์ 5 เดือนหลัง 02062562 6 ข้อเสนอในการนิเทศศูนย์
	- มีการนำข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่กรรมการระดับกรม (การประชุม Tuesday Regular Meeting) /ระดับจังหวัด /ระดับหน่วยงาน (หมวด 2)	0.10	0.10	2. บุรณาการตัวชี้วัด GCH_โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย 3 บทบาทภาครัฐ_อาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล 4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล 5. ชี้แจงศูนย์ GCH ศูนย์ 5 เดือนหลัง 02062562 6 ข้อเสนอในการนิเทศศูนย์
	3.2 มีการดำเนินการขับเคลื่อนมาตรการลงสู่พื้นที่ภายใต้บทบาทใหม่ (Smart regulator/ Facilitator + Enabler + Governance)	0.50	0.50	โพลเดอร์ 3.2
	- มีการดำเนินการขับเคลื่อนมาตรการลงสู่พื้นที่ภายใต้บทบาท Smart regulator, Facilitator + Enabler, Governance (หมวด 2, 6)	0.50	0.50	1. 3.2.1 รายงานการดำเนินการขับเคลื่อนมาตรการลงสู่พื้นที่ภายใต้บทบาทใหม่ 2. 3.2.2 Flow chart 3. โพลเดอร์เอกสารแนบ
	3.3 มีการขับเคลื่อน HL ไปสู่ปชช./ competency ไปสู่เจ้าหน้าที่	0.15	0.15	โพลเดอร์ 3.3

ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนนที่	ลำดับที่/ ชื่อไฟล์หลักฐาน
	- มีการจัดกิจกรรมการขับเคลื่อน HL (เช่น การสร้างความรอบรู้ การจัดการสภาพแวดล้อม การสื่อสารสุขภาพ ฯลฯ) ไปสู่ประชาชน (หมวด 5)	0.15	0.15	1. ไฟล์ Onepage HL GREEN & CLEAN Hospital
	3.4 มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาขับเคลื่อนให้เกิดคุณภาพ (Digital	0.15	0.15	ไฟล์เตอร์ 3.4
	- มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลที่นำไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการของหน่วยงาน (หมวด 4)	0.15	0.15	1. 3.4 Digital Transformation
4	Output → Good Outcome	1.00	1.00	
	4.1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85 	0.50	0.50	ไฟล์เตอร์ระดับ 4 และ 5 ของตัวชี้วัด 1.5 GREEN & CLEAN Hospital และไฟล์ระดับที่ 4 คะแนน
	4.1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ขึ้นไป ร้อยละ 40 ผลลัพธ์ที่ได้ร้อยละ 68.06	0.50	0.50	ไฟล์เตอร์ระดับ 4 และ 5 ของตัวชี้วัด 1.5 GREEN & CLEAN Hospital และไฟล์ระดับที่ 4 คะแนน
5	Best Outcome	1.00	1.00	
	 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ผลลัพธ์ที่ได้ร้อยละ 100	1.00	1.00	ไฟล์เตอร์ระดับ 4 และ 5 ของตัวชี้วัด 1.5 GREEN & CLEAN Hospital และไฟล์ระดับที่ 5 คะแนน
	คะแนนรวม	5.00	5.00	

2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

- ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ มีนโยบายในการขับเคลื่อน GREEN & CLEAN Hospital ที่ชัดเจนพร้อมทั้งมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง
- มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานระดับกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมดำเนินงานขับเคลื่อน และแก้ไขปัญหา
- โรงพยาบาลพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับการพัฒนาให้สูงขึ้น
- การสนับสนุน และกำกับติดตามผ่านกลไกการตรวจราชการและการนิเทศงานของผู้บริหาร

3) ปัญหา/อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

- ระบบรายงาน DOH dashboard อยู่ระหว่างการปรับปรุง ทำให้ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานผ่าน DOH dashboard ปัจจุบันใช้ระบบรายงาน Excel ทดแทน

4) หลักฐานอ้างอิง (ให้ระบุชื่อเอกสาร/หลักฐานอ้างอิง และนำเอกสาร/หลักฐานนั้น Upload ในระบบ DOC 4.0)

- 1) SAR_report ตัวชี้วัดที่ 1.5 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
- 2) เอกสารแนบ ตัวชี้วัดที่ 1.5