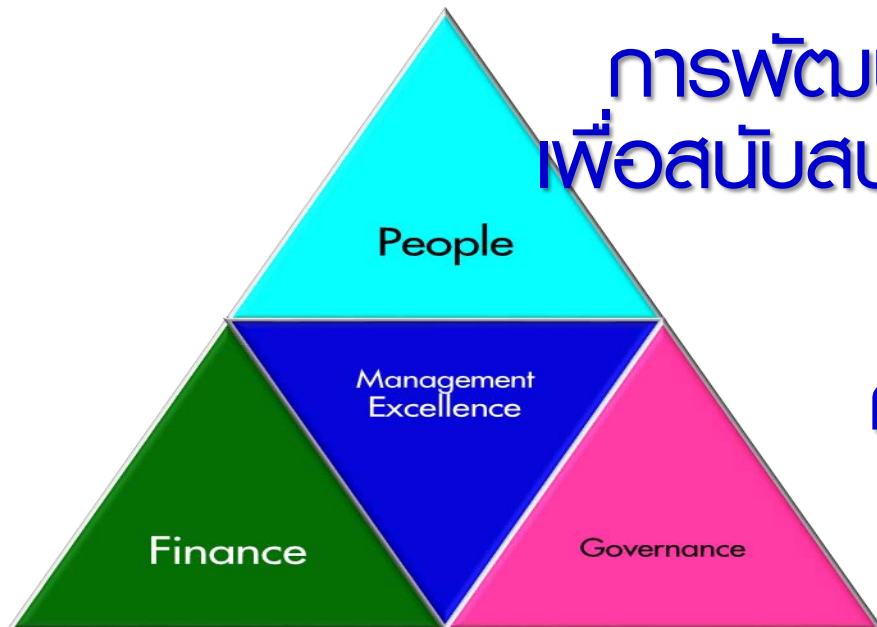


สรุปตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบ 2/2561

คณะที่ 3

การพัฒนาระบบบริหารจัดการ
เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ



คณะตรวจราชการและนิเทศงาน
เขตสุขภาพที่ 1

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

People & Governance Excellence



คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

1. ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ประเด็น	รายละเอียด
ตัวชี้วัดที่ 1	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น	นำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้พัฒนาองค์กร บริหารงาน เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงาน ส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน ได้บรรลุเป้าหมายขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”
เป้าหมายพื้นที่	ทุกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยพ.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



การจัดเก็บข้อมูล:

1. สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based
2. รายงานของหน่วยบริการ

หัวข้อ : 3.1 ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ (เป้าหมาย ร้อยละ 60)



เป้าหมาย		9 - 12 เดือน
จังหวัด	จำนวน	ทำแผน/ นำไปใช้
เชียงราย	37	✓
เชียงใหม่	50	✓
น่าน	31	✓
พะเยา	19	✓
แพร่	17	✓
แม่ฮ่องสอน	15	✓
ลำปาง	27	✓
ลำพูน	17	✓
รวม	213	✓

บาง จังหวัด
อยู่ระหว่างติดตามแผน

สถานการณ์

- ค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวม เขต 1 ร้อยละ 63.17 (กสร. 62.60)
ค่าเฉลี่ยความสุข **สูงสุด** Happy Soul (จิตวิญญาณดี)
ค่าเฉลี่ยความสุข **ต่ำสุด** Happy Money (สุขภาพการเงินดี)

ผลตามเป้าหมาย

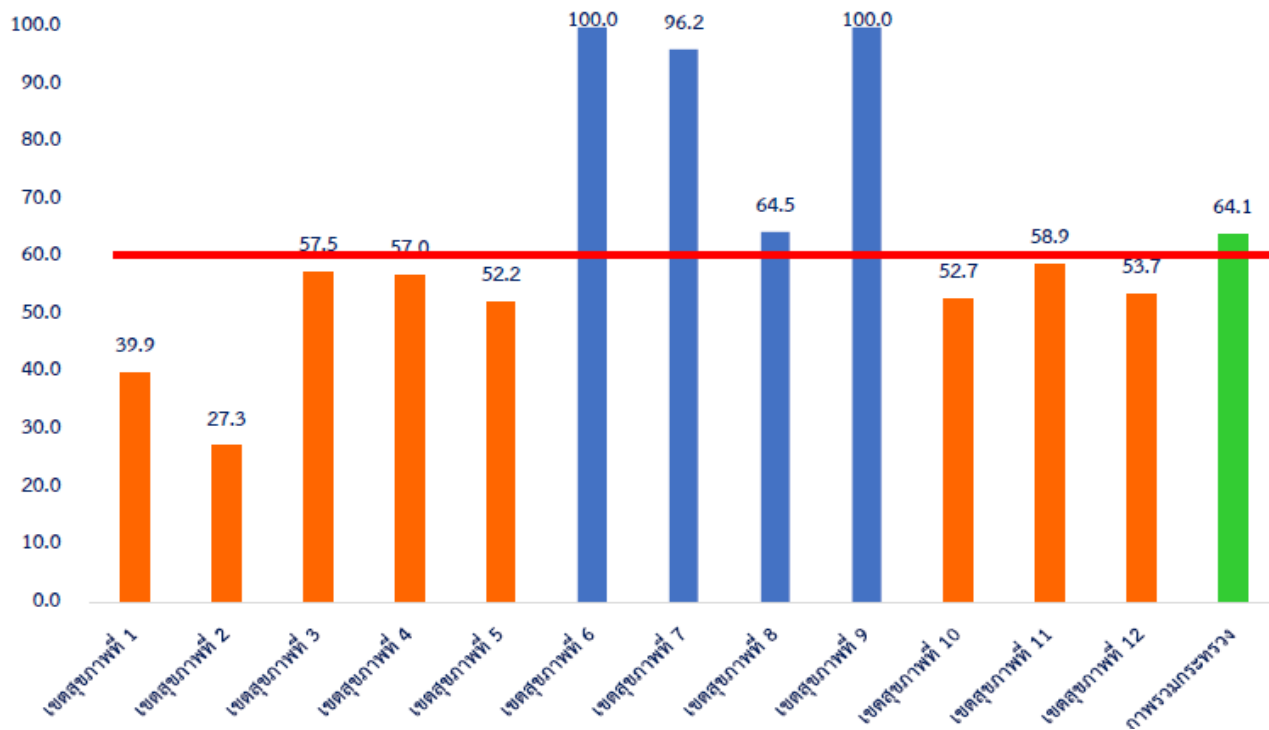
- **ผ่านเกณฑ์ ทุกจังหวัด** โดยหน่วยงานมีการจัดทำแผนสร้างสุข
ในองค์กรและบางหน่วยงานนำไปปฏิบัติแล้ว
แต่บางจังหวัดอยู่ระหว่างติดตามแผน

Key Success

- ผู้นำ/ผู้บริหารขององค์กร
เห็นความสำคัญถือเป็นนโยบายให้การสนับสนุน

What Next

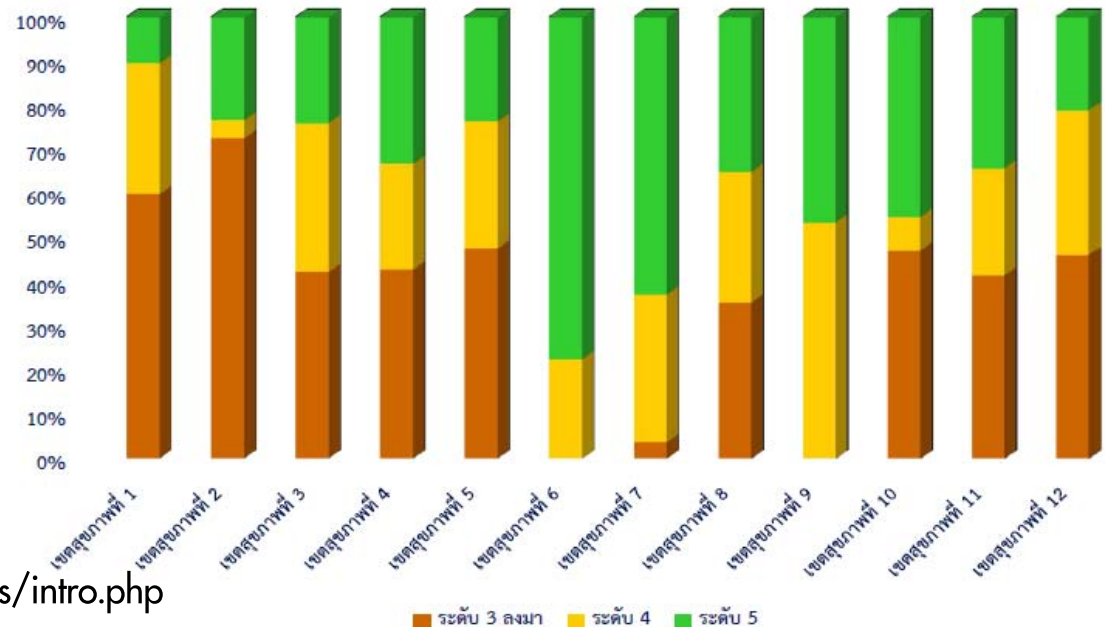
- สร้างเครือข่ายนักสร้างสุขระดับเขตให้เข้มแข็ง เพื่อเป็นกลไกการขับเคลื่อน
งานพัฒนาความสุขของบุคลากรให้ต่อเนื่องและยั่งยืน



สรุปผล
รอบ 9 เดือน
(ระบบติดตามกลาง)
(L4 มีแอป + L5 นำไปปฏิบัติ)
เกณฑ์ 60%
ภาพรวม กสร. 64.1%
เขต 1 เพียง 39.9%
ไม่ผ่าน
เขต 6 และเขต 9 สูงสุด

สรุปผล รอบ 9 เดือน (ระบบติดตามกลาง) การนำ Happinometer ไปใช้ เขตสุขภาพที่ 1

- นำไปใช้ ระดับ 3 วิเคราะห์ข้อมูล 60%
- นำไปใช้ ระดับ 4 จัดทำแอป 30%
- นำไปใช้ ระดับ 5 ปฏิบัติตามแอป 10%



คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการสุขภาพ

2. ระบบธรรมาภิบาลและองค์คุณภาพ



ประเด็น	รายละเอียด
ตัวชี้วัดที่ 3	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น	กระบวนการปฏิบัติงานประเด็นความโปร่งใส ความพร้อมรับผิด ความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร และคุณธรรมการดำเนินงานในหน่วยงาน ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based : EB 1 – EB 11)
เป้าหมายพื้นที่	1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง 3.โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง / โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 แห่ง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต (ศปท.) กระทรวงสาธารณสุข

การจัดเก็บข้อมูล: ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT)

KPI
60

ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ประเมินเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์
(Evidence Based Integrity and Transparency Assessment)
จำนวน 11 ข้อ (33 ข้อย่อย)

เกณฑ์การให้คะแนน

ไตรมาสที่ 1 ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ข้อ EB 4	-	ข้อ EB 5	-	ข้อ EB 6

ไตรมาสที่ 2 - 4 ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
70	75	80	85	90

Q2

Q3

Q4

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ หน่วยงานในสังกัด กสร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA($\geq 90\%$)

หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ITA ไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2561(ร้อยละ85)

จังหวัด	สสจ.			สวค./สวท			สสอ.			สวบ.			รวมทุกหน่วยงาน		
	จำนวน	ผ่าน	ผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ	จำนวน	ผ่าน	ผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ	จำนวน	ผ่าน	ผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ	จำนวน	ผ่าน	ผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ	จำนวน	ผ่าน	ผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ
ลำพูน	1	1	100	1	1	100	8	7	87.50	7	7	100	17	16	94.12
แม่ฮ่องสอน	1	1	100	1	1	100	7	7	100	6	6	100	15	15	100
แพร่	1	1	100	1	1	100	8	8	100	7	7	100	17	17	100
เชียงใหม่	1	1	100	3	3	100	25	25	100	21	21	100	50	50	100
พะเยา	1	1	100	2	2	100	9	9	100	5	5	100	17	17	100
ลำปาง	1	1	100	1	1	100	13	11	84.61	12	11	91.67	27	24	88.89
เชียงราย	1	1	100	1	1	100	18	18	100	17	17	100	37	37	100
น่าน	1	1	100	1	1	100	15	15	100	14	14	100	31	31	100
เขต 1	8	8	100	11	11	100	103	100	97.08	89	88	98.88	211	207	98.10

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ หน่วยงานในสังกัด กสร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA($\geq 90\%$)

ประเด็น ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
1. ขาดผู้รับผิดชอบหลักและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการประเมิน ITA ที่ชัดเจนทำให้การ ดำเนินงานไม่มีความต่อเนื่อง	✓ ให้จังหวัด/หน่วยงานที่รับการประเมิน กำหนดโครงสร้างผู้รับผิดชอบหลัก/ และผู้ที่เกี่ยวข้องการประเมิน ITA ให้มีความชัดเจนและต่อเนื่อง
2. ผู้ประเมินและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ในประเด็นการประเมิน คำจำกัดความ และการส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่ครบ ตามเงื่อนไขที่กำหนดในหัวข้อย่อย ทำให้ไม่ได้คะแนน	✓ คณะกรรมการ ITA ระดับเขต จัดทำรายละเอียดคู่มือเกณฑ์การประเมิน ที่ชัดเจนและมีการประชุมชี้แจง ให้คณะกรรมการ ITA ระดับจังหวัดและ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้มีความเข้าใจตรงกัน
3. ขาดการควบคุมกำกับ ติดตามและ ประเมินผลที่ชัดเจน	✓ ผู้บริหารหน่วยงานที่รับการประเมิน ITA ทุกระดับจัดทำแผนควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล และมีการรายงานผลที่ชัดเจน

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ หน่วยงานในสังกัด กสร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA($\geq 90\%$)

ประเด็น ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. การประเมิน ITA ปี 2561 ได้เพิ่มหน่วยรับการประเมินครอบคลุม สสจ./รพศ./รพท./รพช./สสอ. ทุกแห่ง และเปลี่ยนเกณฑ์การให้คะแนน ในลักษณะ Pass&Fail คือ ถ้าส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ครบ ทุกเงื่อนไขผ่านเกณฑ์(100คะแนน) ขาดข้อใด ข้อหนึ่ง ไม่ผ่านเกณฑ์ (0คะแนน) ไม่พอใจให้เกิดการดำเนินงานต่อ	✓ ควรให้คะแนนตามสัดส่วนหัวข้อย่อย เพื่อให้เป็นแรงจูงใจให้เกิดการพัฒนา (เหมือนเกณฑ์การประเมิน ปี 2560)

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

2. ระบบธรรมาภิบาลและองค์คุณภาพ



ประเด็น	รายละเอียด
ตัวชี้วัดที่ 4	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20)
ประเด็น การตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยา มีความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2557
เป้าหมายพื้นที่	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สังกัดกรม
หน่วยงานที่ รับพิทักษ์	กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การจัดเก็บข้อมูล: รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยา แยกตามประเภทเวชภัณฑ์ ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเอง และจัดซื้อร่วม) และวิธีการจัดซื้อร่วม (สืบราคาร่วม/ ราคาอ้างอิง และสอบราคา/e-market/e-bidding) ผ่านระบบรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กบรส.)

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ การจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

มูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาในระดับเขตสุขภาพ เท่ากับ ร้อยละ 28.83

ทุกจังหวัดมีมูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

ยกเว้นจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีมูลค่าการซื้อร่วม เท่ากับ ร้อยละ 9.83

จังหวัด	ยา			วัสดุทางการแพทย์			วัสดุทันตกรรม			วัสดุวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์			วัสดุเอกซเรย์		
	ซื้อร่วม (ล้านบาท)	ซื้อ ทั้งหมด (ล้านบาท)	ซื้อร่วม ร้อยละ	ซื้อร่วม (ล้านบาท)	ซื้อ ทั้งหมด (ล้านบาท)	ซื้อ ร่วม ร้อยละ	ซื้อร่วม (ล้านบาท)	ซื้อ ทั้งหมด (ล้านบาท)	ซื้อ ร่วม ร้อยละ	ซื้อ ร่วม (ล้านบาท)	ซื้อ ทั้งหมด (ล้านบาท)	ซื้อ ร่วม ร้อยละ	ซื้อ ร่วม (ล้านบาท)	ซื้อ ทั้งหมด (ล้านบาท)	ซื้อ ร่วม ร้อยละ
เชียงใหม่	166.07	571.74	29.05	25.99	195.16	13.3	4.69	9.67	48.52	52.38	131.96	36.69	1.31	1.69	77.9
ลำพูน	52.90	129.31	40.91	12.99	79.07	16.4	0.61	4.01	15.43	10.39	78.16	13.29	0.32	0.32	100
ลำปาง	170.90	640.57	26.68	29.19	319.93	9.1	2.55	5.81	43.87	55.70	70.96	78.5	0	0	0
แพร่	54.44	195.06	27.91	10.66	97.21	10.9	1.23	3.97	31.13	10.93	32.84	33.31	0	0.02	0.01
น่าน	62.47	242.71	25.74	10.75	73.80	14.5	1.87	5.34	35.15	18.99	52.18	36.41	0.31	0.34	92.8
พะเยา	57.17	205.88	27.77	7.94	45.06	17.6	0.71	1.98	36.16	4.56	38.55	11.84	0	0	0
เชียงราย	196.30	626.80	31.32	29.89	316.16	9.4	2.62	13.86	18.9	47.20	108.03	43.69	0	2.43	0
แม่ฮ่องสอน	3.68	37.42	9.83	5.57	28.19	19.7	0.55	1.60	34.49	9.54	22.65	42.13	0	0.02	0
ภาพรวมเขต	763.96	2,649.5	28.8	133.01	1,154.6	11.5	14.87	46.27	32.2	209.7	535.35	39.2	1.96	4.84	40.4

- รายการวัสดุทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่1 มูลค่าการซื้อร่วมต่ำ ร้อยละ 11.52
- รายการวัสดุวิทยาศาสตร์ จังหวัดพะเยาและจังหวัดลำพูน มูลค่าการซื้อร่วมต่ำ (จังหวัดพะเยา ร้อยละ 11.84 และจังหวัดลำพูน ร้อยละ 13.29)



คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ การจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

ปัญหา/อุปสรรค

- เครื่องมือและอุปกรณ์ วัสดุการแพทย์ของโรงพยาบาลศูนย์ เป็นวัสดุเฉพาะมีมูลค่าสูง มีความแตกต่างและซับซ้อนมากกว่า ในโรงพยาบาลชุมชน
- ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบางแห่ง เปลี่ยนคนทำงานใหม่ จึงทำให้ขาดความรู้ ทักษะด้านการจัดซื้อร่วม
- องค์การเภสัชกรรมผลิตยาได้ไม่ทันความต้องการใช้งาน และส่งไม่ครบ
- การจัดซื้อร่วมของโรงพยาบาลแม่ฮ่องสอน ต้องบวกเพิ่มค่าขนส่ง เนื่องจากการเดินทางยากลำบาก

ข้อเสนอแนะ

- ✓ การจัดซื้อร่วมเวชภัณฑ์โดยเฉพาะ วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์ของโรงพยาบาลศูนย์ ควรพิจารณาจัดซื้อร่วมระดับเขตเพิ่มขึ้น
- ✓ ควรมีการติดตาม กำกับ โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ด้านเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด เพื่อให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง และปฏิบัติเกิดความมั่นใจ ระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง
- ✓ กองบริหารการสาธารณสุข ประสานงาน องค์การเภสัชกรรม โดยวิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคการจัดส่งยาไม่ครบ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขต่อไป



คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

2. ระบบธรรมาภิบาลและองค์คุณภาพ

ประเด็น	รายละเอียด
ตัวชี้วัดที่ 5	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด
ประเด็น การตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น	หน่วยงานในสังกัด สป.สาธารณสุข มีกลไกการตรวจสอบภายในอย่างเป็นรูปธรรม คือ ❖ ดำเนินการจัดทำแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ❖ ดำเนินการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ❖ รายงานผลการตรวจสอบภายใน ❖ มีการกำกับ ติดตาม และรายงานผลเชิงผลผลิต ผลลัพธ์ ❖ ข้อเสนอแนะตามรายงานการตรวจสอบภายในได้รับการแก้ไขทุกประเด็น
เป้าหมายพื้นที่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดละ 1 แห่ง
หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	กลุ่มตรวจสอบภายใน ระดับกรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การจัดเก็บข้อมูล: โดยผู้ตรวจสอบภายในประจำเขตสุขภาพที่ 1 - 12



ตัวชี้วัด :

ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
มีระบบการ ตรวจสอบ ภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

วิเคราะห์สถานการณ์

- ✓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด มีการจัดวางระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานอย่างชัดเจน และมีคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ดำเนินการขับเคลื่อนงานตรวจสอบภายในอย่างเป็นรูปธรรม

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารของจังหวัดให้ความสำคัญกับระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง
2. ให้มีกลุ่มงานตรวจสอบภายในระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนงานตรวจสอบภายในระดับจังหวัดและระดับเขต ให้เป็นไปในทางทิศเดียวกัน และเสริมสร้างระบบธรรมาภิบาลที่ดี
3. คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ มีความเข้มแข็ง บุคลากรมีความเชี่ยวชาญในงานที่ปฏิบัติ มีการทำงานเป็นทีม
4. หน่วยรับตรวจให้ความสำคัญกับงานตรวจสอบภายในมากขึ้น มีการตอบสนองต่องานตรวจสอบภายในในภาพรวมดีขึ้น
5. มีคู่มือการปฏิบัติงานและเครื่องมือการตรวจสอบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน



ตัวชี้วัด :

ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
มีระบบการ ตรวจสอบ ภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

ปัญหา/ข้อเสนอแนะ

1. คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด
ประกอบไปด้วย บุคลากรหลายวิชาชีพ ซึ่งมี ภาระงานประจำ
จึงมีข้อจำกัดของเวลาในการดำเนินการตรวจสอบภายใน
ตามแผนการตรวจสอบประจำปี
2. หน่วยรับตรวจต้องให้ความสำคัญในการแก้ไขข้อบกพร่องตามข้อเสนอแนะ
เพื่อทำให้ลดข้อผิดพลาดและจุดอ่อนในการปฏิบัติงานได้ทันต่อเวลาที่
3. การไม่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ มติ ข้อบังคับต่าง ๆ ที่กำหนด และการ
ไม่ยอมรับความเสี่ยงในการปฏิบัติของตนเอง
และการไม่มีระบบการควบคุมภายในที่ดี
4. ทุกหน่วยงาน ควรมีเจ้าหน้าที่ดำเนินงานด้านตรวจสอบภายในขึ้นตรง
ต่อผู้บริหาร เพื่อทำหน้าที่กำกับและติดตามงานตรวจสอบภายใน
อย่างเป็นรูปธรรม และมีความเป็นอิสระในการตรวจสอบภายใน



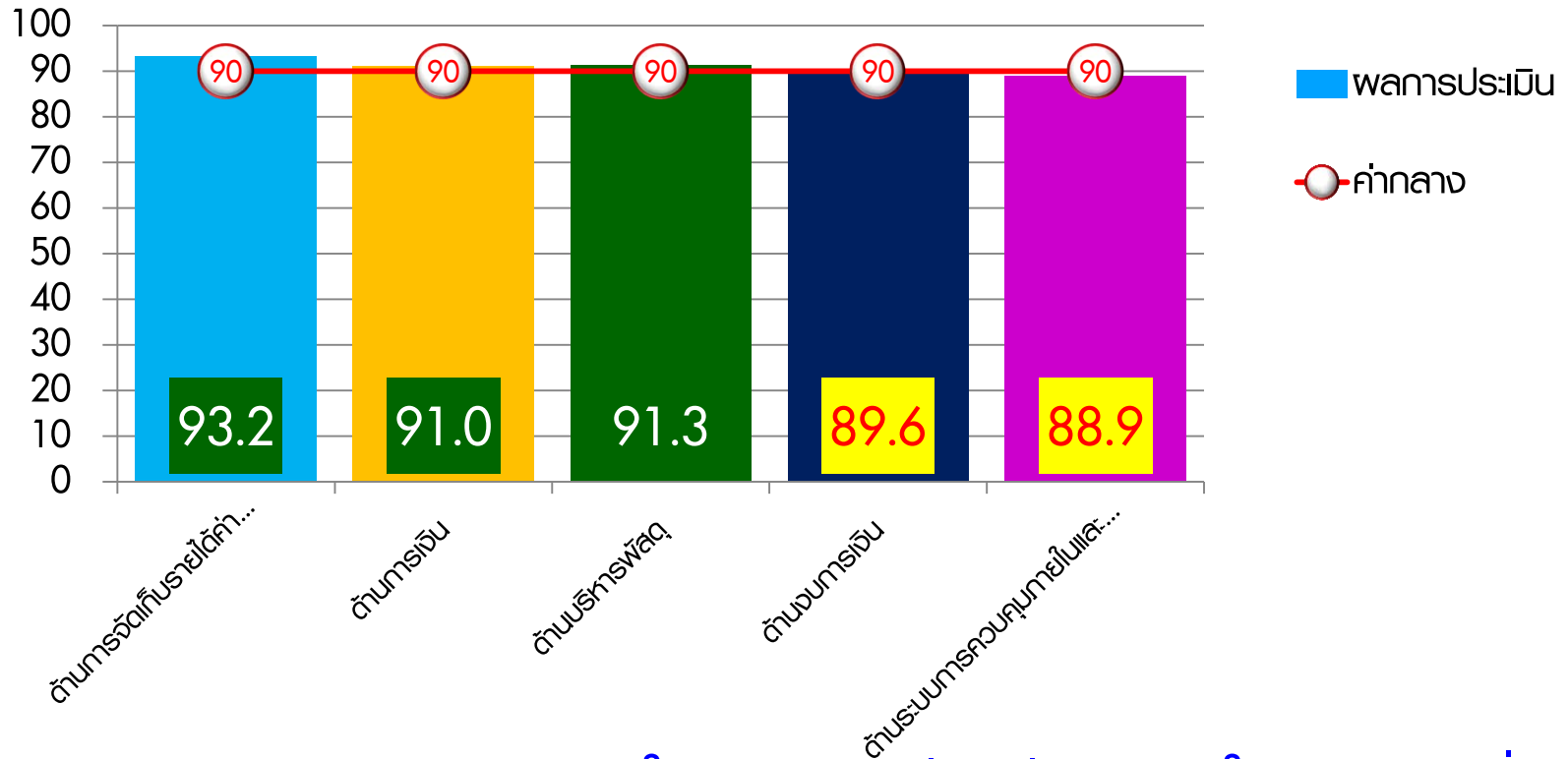
ตัวชี้วัด :

ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
มีระบบการ ตรวจสอบ ภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

ลำดับที่	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	เรียงราย	พหุยา	บ้าน	ลำพูน	แพร่	แม่ฮ่องสอน	เชียงใหม่	ลำปาง
1	ติดตามผลการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน ของคณะกรรมการภาคีเครือข่ายตรวจสอบภายในระดับจังหวัด ตามแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561	✗ 1.85%	✗ 30.43%	✗ 23.33%	✗ 90.90%	✗ 85.71%	✗ 55.56%	✗ 86.95%	✗ 81.48%
2	ติดตามรายงานผลการตรวจสอบภายใน ตามแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 (เชิงพลผลิต พลัส) ของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด พร้อมข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรค เพื่อเสนอผู้ตรวจราชการ ณ วันปิดตรวจราชการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗ อยู่ ระหว่าง ออก พื้นที่	✓
3	ติดตามการดำเนินการตามมาตรการแก้ไขปัญหาคำ สาธณูปโภคค้างชำระของส่วนราชการ ตามนโยบายสำคัญของรัฐบาลของหน่วยงาน รอบ 6 เดือนหลัง	✓	✓	✗ ขาด sw.บ้าน	✗ ขาด sw.ลำพูน	✓	✗ ขาด sw.ศรี สังวาลย์	✗ ขาด sw.นกร พิงค์	✓
4	หน่วยบริการดำเนินการจัดส่งผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 มายังกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเงื่อนไขที่กำหนด ครบร้อยละ 100 ภาพรวมของจังหวัด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	หน่วยบริการ ประเมินระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การเงินการคลังพร้อมวิเคราะห์ผลการประเมินการควบคุม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ระดับผลการดำเนินงาน		4	4	3	3	4	3	2	4
เป้าหมายระดับคะแนน 5 = 100 %		80%	80%	60%	60%	80%	60%	40%	80%

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจذبบริการสุขภาพ 2.ระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ ตรวจสอบภายใน+

ผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ (%)



จากผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ พบว่า หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1 มีจุดอ่อน จำนวน 2 มิติ ได้แก่

1. มิติด้านงบการเงิน
2. มิติด้านระบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

2. ระบบธรรมาภิบาลและองค์คุณภาพ



ประเด็น	รายละเอียด
ตัวชี้วัดที่ 6	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระดับ 5 ร้อยละ 60)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น	ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์การ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และ หมวด 7 พลัสการดำเนินการ โดย ปี 2561 วัดผลการดำเนินการที่ หมวด 1 และหมวด 5
เป้าหมายพื้นที่	สสจ. / สสอ. และ สำนัก/กอง ในสังกัด สป.ส่วนกลาง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กพร.สป.)

การจัดเก็บข้อมูล: จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมายดำเนินการ

ส่วนราชการในสังกัด สป.สธ.
ประกอบด้วย

1.สำนัก/กอง ส่วนกลาง
จำนวน 13 สำนัก/กอง

2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
จำนวน 76 แห่ง

3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
จำนวน 878 แห่ง

การพัฒนาคุณภาพการบริหาร
จัดการภาครัฐ



ขั้นตอนการดำเนินงาน

1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร
13 คำถาม

2.ดำเนินการภาคบังคับ
ปีละ 2 หมวด

3.ประเมินองค์กรด้วยตนเอง
เทียบกับเกณฑ์

4.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรและ
ตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์

5. ติดตามประเมินผล โดยทีม
Internal Audit

พ.ศ.	ภาคบังคับ
2561	หมวด 1 ,หมวด 5
2562	หมวด 2 ,หมวด 4
2563	หมวด 3 ,หมวด 6
2564	หมวด 1- 6
2565	หมวด 1- 6

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ PMQA เป้าหมายดำเนินการ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ผ่านระดับ 5)

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ผ่านระดับ 5) 20%



1. เชียงใหม่ : 5 อำเภอ (จอมทอง, หางดง, ดอยสะเก็ด, แม่ฮาด, กัลยาฯ)
2. เชียงราย : 4 อำเภอ (เทิง, แม่สรวย, ป่าแดด, เชียงแสน)
3. แม่ฮ่องสอน : 2 อำเภอ (ปางมะผ้า, แม่สะเรียง)
4. แพร่ : 2 อำเภอ (ร้องกวาง, เด่นชัย)
5. พะเยา : 2 อำเภอ (เมืองพะเยา, ปง)
6. ลำพูน : 2 อำเภอ (เมืองลำพูน, แม่ทา)
7. น่าน : 3 อำเภอ (เมืองน่าน, ท่าวังพา, นาคะ)
8. ลำปาง : 3 อำเภอ (เถิน, เกาะคา, แจ่ม)

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการสุขภาพ PMQA ระดับความสำเร็จ



✓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เป้าหมาย ระดับความสำเร็จ ระดับ 5 ร้อยละ 100

มีการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาของ PMQA

ระดับความสำเร็จ ระดับ 5

- จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร และมีการประเมินองค์กรด้วยตนเอง
หมวด 1 และ หมวด 5 ครบถ้วน
- จัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน
- จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน
- จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน

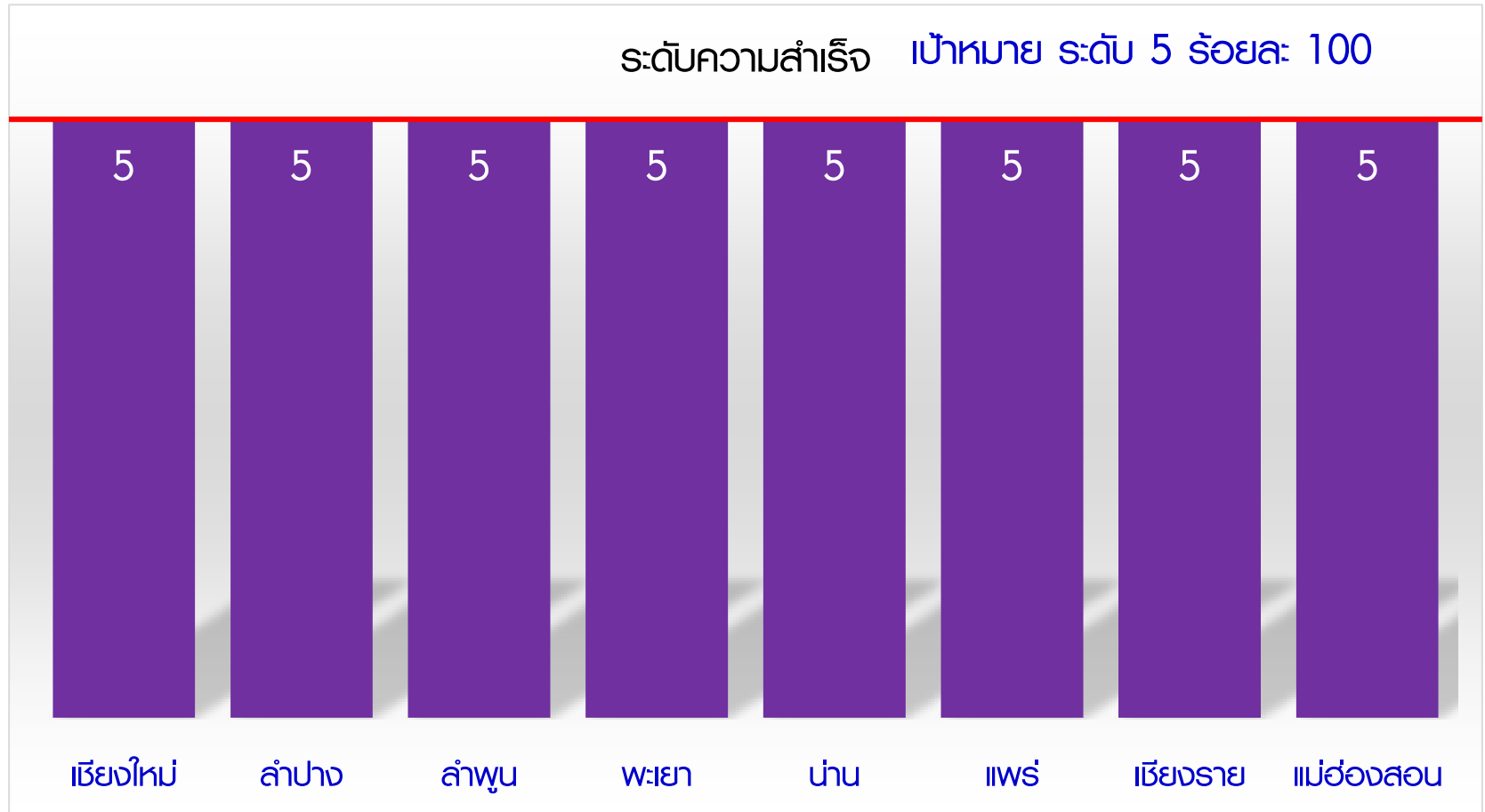
ระดับความสำเร็จ ระดับ 5 จำนวน 8 แห่ง ร้อยละ 100

✓ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

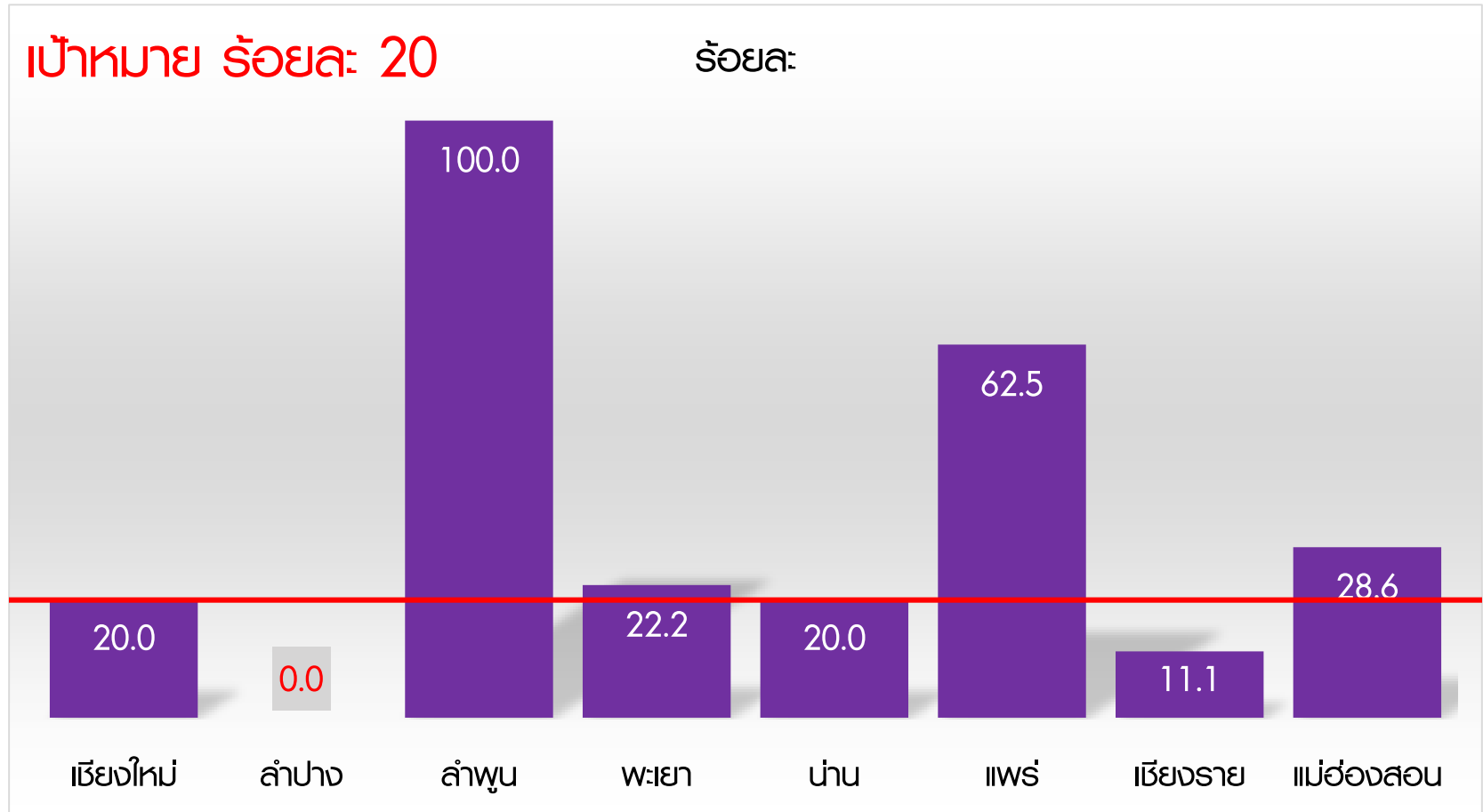
เป้าหมาย ระดับความสำเร็จ ระดับ 5 ร้อยละ 20

ระดับความสำเร็จ ระดับ 5 จำนวน 27 แห่ง ร้อยละ 26.21

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับ สสจ. เขตสุขภาพที่ 1 ประจำปี 2561 (รอบ 9 เดือน)



ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)
ระดับ สสอ. เขตสุขภาพที่ 1 ประจำปี 2561 (รอบ 9 เดือน)



คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ PMQA

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา
1. เกณฑ์ PMQA มีความซับซ้อนทำความเข้าใจยาก 2. ขาดทีมนำที่มีความรู้เรื่องเกณฑ์ PMQA เชิงลึก ในการสื่อสารให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ 3. การจัดทำแผนพัฒนาส่วนขาดตามกระบวนการ PMQA ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนด เนื่องจากขาดงบประมาณ และมีระยะเวลากระชั้นชิดเกินไป	1.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้เรื่อง PMQA 1.2 เพิ่มช่องทางให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการนำเกณฑ์ PMQA มาดำเนินการในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ 2. สร้างทีมผู้ตรวจประเมินด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานส่วนกลางระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ 3.1 มีการจัดสรรงบประมาณประจำปีสนับสนุนการดำเนินการแผนพัฒนาส่วนขาดตามกระบวนการ PMQA 3.2 นำแผนพัฒนาส่วนขาดตามกระบวนการ PMQA เพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณประจำปี ทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา/ปรับปรุงตัวชี้วัด	
ผู้บริหาร ควรสร้างแรงจูงใจในการนำเกณฑ์ PMQA มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาองค์กร ให้กับหน่วยงานทั้งระดับ จังหวัด และระดับอำเภอ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ	

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

2. ระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ

ประเด็น	รายละเอียด
ตัวชี้วัดที่ 7	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (รพศ./รพท. ร้อยละ 100, รพช. ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น	หน่วยบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพองค์กรโดยมีวัฒนธรรมคุณภาพ มีการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA และพัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และมีการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วนผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA
เป้าหมายพื้นที่	รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สังกัดกรมการแพทย์/กรมสุขภาพจิต/กรมควบคุมโรค
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การจัดเก็บข้อมูล: เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

เขตสุขภาพที่ 1 รอบที่ 2

ร้อยละ
100

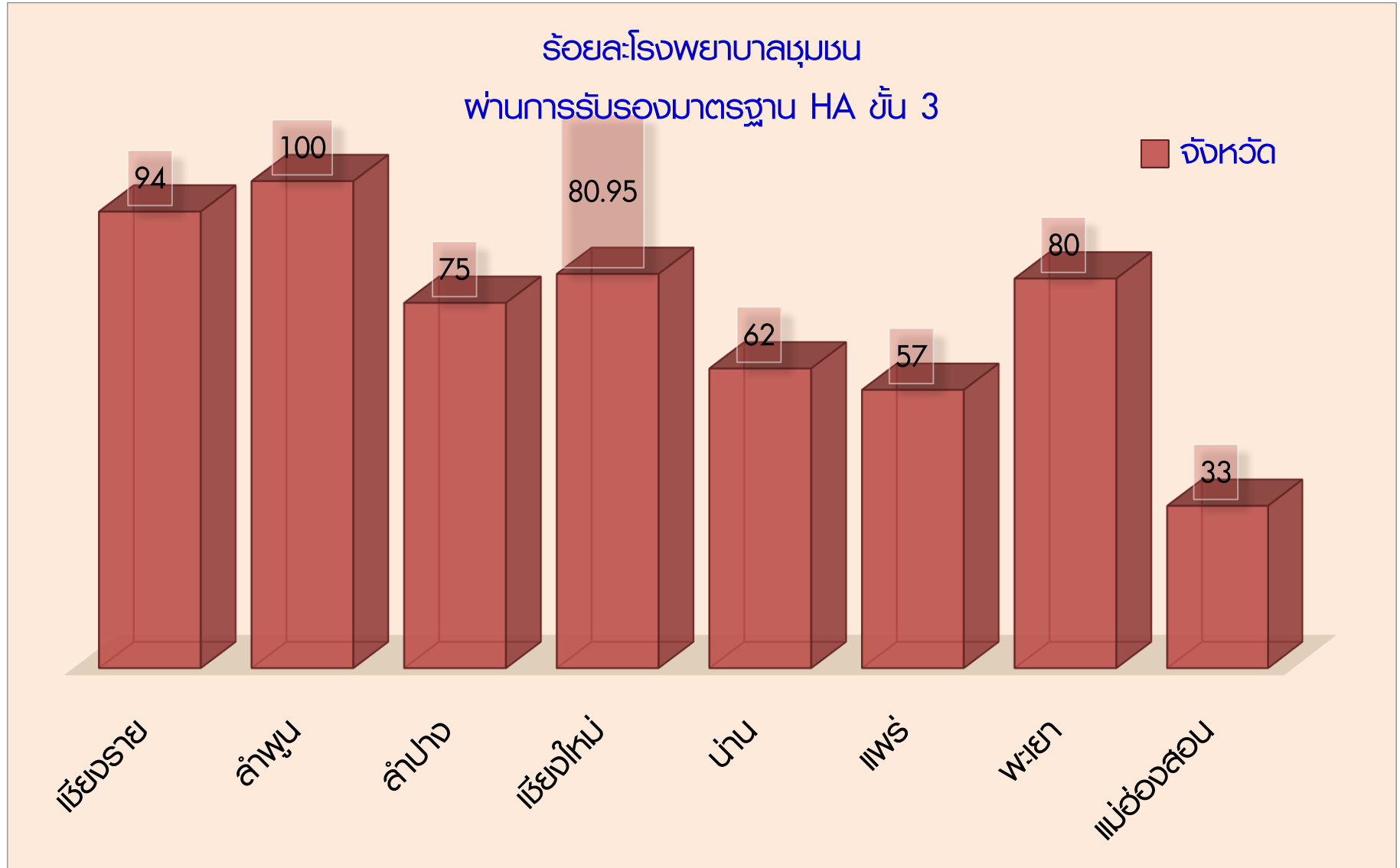
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
โรงพยาบาลสังกัด
กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค
และกรมสุขภาพจิต
มีคุณภาพมาตรฐาน
ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3

ร้อยละ
75.58

โรงพยาบาลชุมชน
มีคุณภาพมาตรฐาน
ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3



คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ รพ.สังกัด กสธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3



คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ รพ.สังกัด กสร. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
1. ทีมนำโรงพยาบาลบางส่วน ยังขาดความมุ่งมั่น ในการพัฒนาคุณภาพและ ความรู้เรื่องงานคุณภาพ	✓ จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ให้ผู้บริหารทราบ และให้บุคลากร ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ในการพัฒนาคุณภาพบริการ	❖ ประสานกับผู้บริหารเพื่อ ตัวชี้วัด ในการสร้างขวัญ กำลังใจให้ทีมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาล
2. งบประมาณในการดำเนินงาน ต่ออายุการรับรองหรือ การขอรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล	✓ เสนอผู้บริหารในการจัดสรร งบประมาณการดำเนินงาน ต่ออายุการรับรองหรือการขอ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล	❖ ได้ประสานกับหน่วย รับผิดชอบตัวชี้วัด HA
3. บ่อน้ำบาดน้ำเสีย รพ.เชียงม่วน ยังไม่ได้มาตรฐาน (ทำให้การตรวจคลอรีน และการ ตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียไม่ ผ่าน) ซึ่งต้องใช้งบประมาณด้าน โครงสร้างเพื่อให้บ่อน้ำบาดน้ำ เสียผ่านมาตรฐาน	✓ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ จากส่วนกลาง ในการปรับปรุง โครงสร้าง	❖ ประสานกับส่วนกลาง เพื่อสนับสนุนงบประมาณ ในการปรับปรุงโครงสร้าง บ่อน้ำบาดน้ำเสีย
4. บุคลากรงานพัฒนาคุณภาพมี การหมุนเวียนบ่อย ทำให้ การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง	✓ พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ ได้แก่ การจัดการความเสี่ยง และการจัดการสิ่งแวดล้อม	❖ ประสานศูนย์วิชาการ เพื่อสนับสนุนข้อมูล ด้านวิชาการที่เป็นปัจจุบัน

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

3. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ประเด็น	รายละเอียด
ตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 ไม่เกิน ร้อยละ 6)
ประเด็น การตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น	ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพ ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงิน มีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2561 1. มีมาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง 2. มีการบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin) 3. เครื่องมือในการพัฒนามีประสิทธิภาพ และมีระบบการกำกับและรายงาน
เป้าหมายพื้นที่	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การจัดเก็บข้อมูล: การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง
(กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส



Plan Fin

Governance Excellence

ไม่มี
หน่วยบริการ
ประเภท:
วิกฤตทาง
การเงิน

มาตรการ

แผนงานที่ 13: พัฒนาระบบประกันสุขภาพ โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

Situation/Baseline: หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย รพศ. รพท. รพช.

มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management) แลกลเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรมระดับพื้นที่ เพื่อการพัฒนาและขยายเป้าหมาย การดำเนินงาน การร่วมบริหารผ่าน คณะกรรมการร่วมระดับประเทศ (7*7) พัฒนาการบริหารระบบบัญชีให้มีคุณภาพ พัฒนาศักยภาพ ภาาีเครือข่ายที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อลดอัตราหน่วยบริการที่ประสบ ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ด้วยการขับเคลื่อน 5 มาตรการ

มาตรการที่ 1 การจัดสรรเงิน อย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)

1. มีการจัดสรรเงินให้ หน่วยบริการมีรายได้ เพียงพอกับค่าใช้จ่าย
2. พัฒนาประสิทธิภาพ ของระบบการจัดสรร เงินให้กับหน่วยบริการ
3. เพ้าะวัง ติดตาม ประเมินผลความ เพียงพอของการ จัดสรรเงินให้กับหน่วย บริการ

มาตรการ 2 ติดตามกำกับ ด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)

1. ทุกหน่วยบริการจัดทำ แผนทางการเงินที่มี คุณภาพ
2. วางระบบเพ้าะวังตาม แผนทางการเงินหน่วย บริการ
3. ควบคุมกำกับโดย เปรียบเทียบแผนการ เงินกับผลการ ดำเนินงาน

มาตรการ 3 สร้างประสิทธิภาพการ บริหารจัดการ (Efficient Management)

1. เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย จากการดำเนินงาน
2. เพิ่มประสิทธิภาพการ ดำเนินงาน

มาตรการ 4 พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)

1. พัฒนาระบบบัญชีให้ได้ มาตรฐาน
2. พัฒนาระบบการ ตรวจสอบบัญชี
3. พัฒนาระบบงาน สารสนเทศด้านการเงิน การคลังสำหรับ ผู้บริหาร (Executive Information System: EIS)
4. พัฒนาการนำข้อมูล การเงินหน่วยบริการเข้า ระบบ GFMS

มาตรการ 5 สร้างเครือข่าย ด้านการเงินการคลัง และศักยภาพบุคลากร (Network & Capacity Building)

1. พัฒนาศักยภาพ ผู้บริหารทางการเงิน (CFO)
2. พัฒนาศักยภาพผู้ ตรวจสอบบัญชี (Auditor)

ตัวชี้วัด

Small Success

3 เดือน

6 เดือน

9 เดือน

12 เดือน

ร้อยละหน่วยบริการ
ประเภท:วิกฤตทางการเงิน ระดับ 7

หน่วยงาน
ได้รับอนุมัติ Planfin

ไม่เกินร้อยละ 6

ไม่เกินร้อยละ 6

ไม่เกินร้อยละ 6

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ
หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 < 6%)

ผลการประเมินตามประเด็นตรวจราชการการบริหารการเงินการคลัง

SW.	มาตรการที่ 2		มาตรการที่ 3	มาตรการที่ 4		มาตรการที่ 5
	ผลต่างของ แพนและพล ไม่เกิน 5%		ผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ >4 ตัว (ระดับ B- จากเกณฑ์ประเมิน 7 Plus)	หน่วยบริการ มีคุณภาพบัญชีผ่าน เกณฑ์ (ทาง อิเลคทรอนิกส์)	หน่วยบริการนำข้อมูล เงินนอกงบประมาณ เข้า ระบบ GFMS	บุคลากรด้านการเงิน การคลัง (CFO/Auditor) ได้รับการพัฒนาศักยภาพ
	รายได้ <=> 5% แพน	ค่าใช้จ่าย <=> 5% แพน				
เชียงใหม่	12	10	0	18	18	18
เชียงใหม่	6	7	2	24	24	24
น่าน	7	9	1	15	15	15
พะเยา	4	7	3	9	9	9
แพร่	6	8	1	8	8	8
แม่ฮ่องสอน	0	6	0	7	7	7
ลำปาง	5	9	1	13	13	13
ลำพูน	4	7	0	8	8	8
ภาพรวมจังหวัด	80		8	102	102	102
คิดเป็นร้อยละ	78.43		7.84	100	100	100
เกณฑ์การประเมิน	> ร้อยละ: 70		> ร้อยละ: 65	> ร้อยละ: 90	> ร้อยละ: 75	> ร้อยละ: 80

Financial Performance-2561

Risk score Q3-2561 มิถุนายน 2561

6%

6%

6%

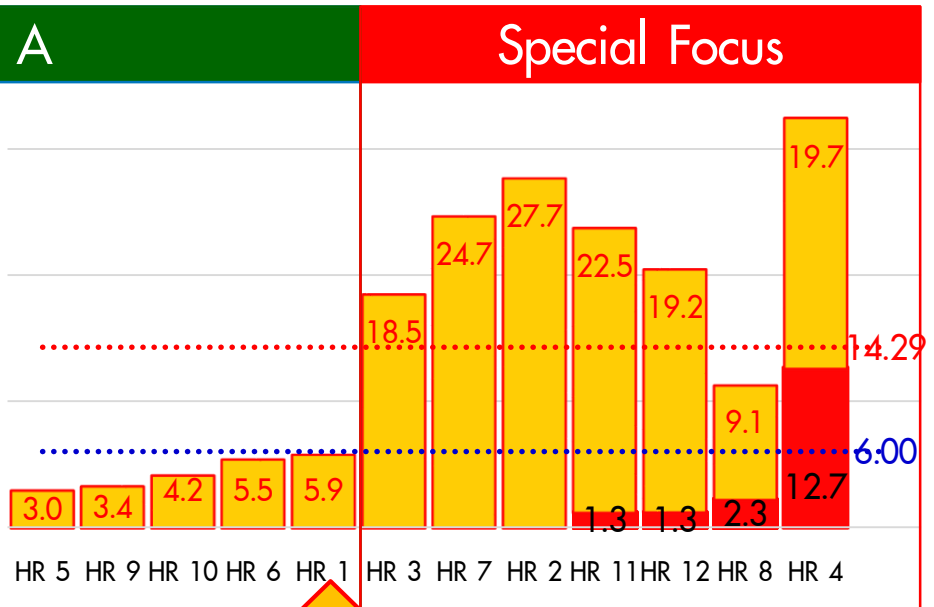
Q1 Q2 Q3 Q4

หน่วยบริการ มี : ระดับ sw. (%)

Monitor Risk management

ระดับ 7(%) ระดับ 4-6(%) Total ระดับ 7(%) ค่ากลาง(%)

40



- ✓ ระดับ 7: -
- ✓ ระดับ 6: -
- ✓ ระดับ 5: sw.สารภี
- ✓ ระดับ 4: sw.สันทราย, sw.ดอยเต่า, sw.ท่าวังพา, sw.นาหมื่น, sw.สูงเม่น

เขต	sw. รวม	sw. (IIห้อง)			
		ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง	ความเสี่ยงสูงมาก (วิกฤติ)	
		ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 6	ระดับ 7
HR 4	71	6	1	7	9
HR 8	88	2	2	4	2
HR 12	78	4	3	8	1
HR 11	80	5	3	10	1
HR 2	47	4	1	8	0
HR 7	77	2	9	8	0
HR 3	54	6	1	3	0
HR 1	102	5	1	0	0
HR 6	73	1	2	1	0
HR 10	71	3	0	0	0
HR 9	89	2	1	0	0
HR 5	66	2	0	0	0
รวม	896	42	24	49	13

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 < 6%)

ข้อตรวจพบ:

1. ทุกจังหวัดและเขต มีระบบกำกับติดตามที่ดี มีการคืนข้อมูล
ในการสอบทานระบบบัญชีอย่างต่อเนื่อง
ได้รับการโอนเงินและปรับแก้ค่า K ทำให้รายได้และการโอนเงิน
ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของ รพ.กลุ่มเสี่ยง เร็วและสูงขึ้น
2. 7Plus **ผ่านเพียง 8 แห่ง** เนื่องจาก**สูตรคำนวณถูกต้อง**
ทำให้**หน่วยบริการส่วนมากไม่ผ่านตัวชี้วัด**
ประเด็นที่สามารถจัดการได้ เช่น การจ่ายหนี้ประกันสังคมในจังหวัด
หลายจังหวัดให้มีการจ่ายตามอัตราล่วงหน้า เช่น จ.น่าน
ประเด็นที่ยังเป็นปัญหา ระยะเวลาเรียกเก็บเงินเกณฑ์ของสิทธิเบิกจ่าย
ตรงข้าราชการ เนื่องจากมีการปรับโปรแกรมเบิกจ่าย สกส.
ในช่วงกลางปี
3. หน่วยบริการ มีการกำกับ&บริหารแผนการเงินการคลัง
ที่ได้รับความเห็นชอบแล้วอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 < 6%)

ผลการทบทวนในเชิงระบบ (Root cause analysis) :

- ✓ มีการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการเงินการคลัง
จากระดับเขต สู่ระดับจังหวัด รวมถึงต่อยอดไปถึงระดับ CUP ตัวอย่างเช่น
เดิม รู้ถึงข้อมูลทั่วไป แล้วมีการพัฒนาระบบการวิเคราะห์ คำนวณข้อมูลสู่หน่วย
บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพิจารณาอย่างต่อเนือง มีการสอบถามข้อมูล
ระดับจังหวัด (ส่งข้อมูลลงก่อนวันปิดระบบ) แต่ยังคงพบว่ามีบางแห่งมีการ
ปรับปรุงข้อมูลหลังวันที่ 15 เช่น รพ.ในจังหวัดน่าน
- ✓ มีการพัฒนาบุคลากรทั้งระดับเขต ระดับจังหวัด และหน่วยบริการ
พิจารณาตั้งแต่ต้นปี และสรุปความก้าวหน้าเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
(เตรียมความพร้อมหลักสูตร มีการเรียนรู้ในหน่วยงานและ
ประยุกต์เพื่อใช้ในหน่วยงานจริง)
- ✓ มีการสอบทานระบบบัญชีของกรมบัญชีกลาง(GFMIS) และ กองเศรษฐกิจ(GL)
โดยทีมสอบทานระดับจังหวัดทุกๆ เดือน ทำให้ระบบบัญชีมีคุณภาพเพิ่มขึ้น
และเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป
- ✓ มีระบบบริหารจัดการงบฯ ในภาพเขต โดยการปรับค่า K2

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 < 6%)

ปัญหาและข้อจำกัด :

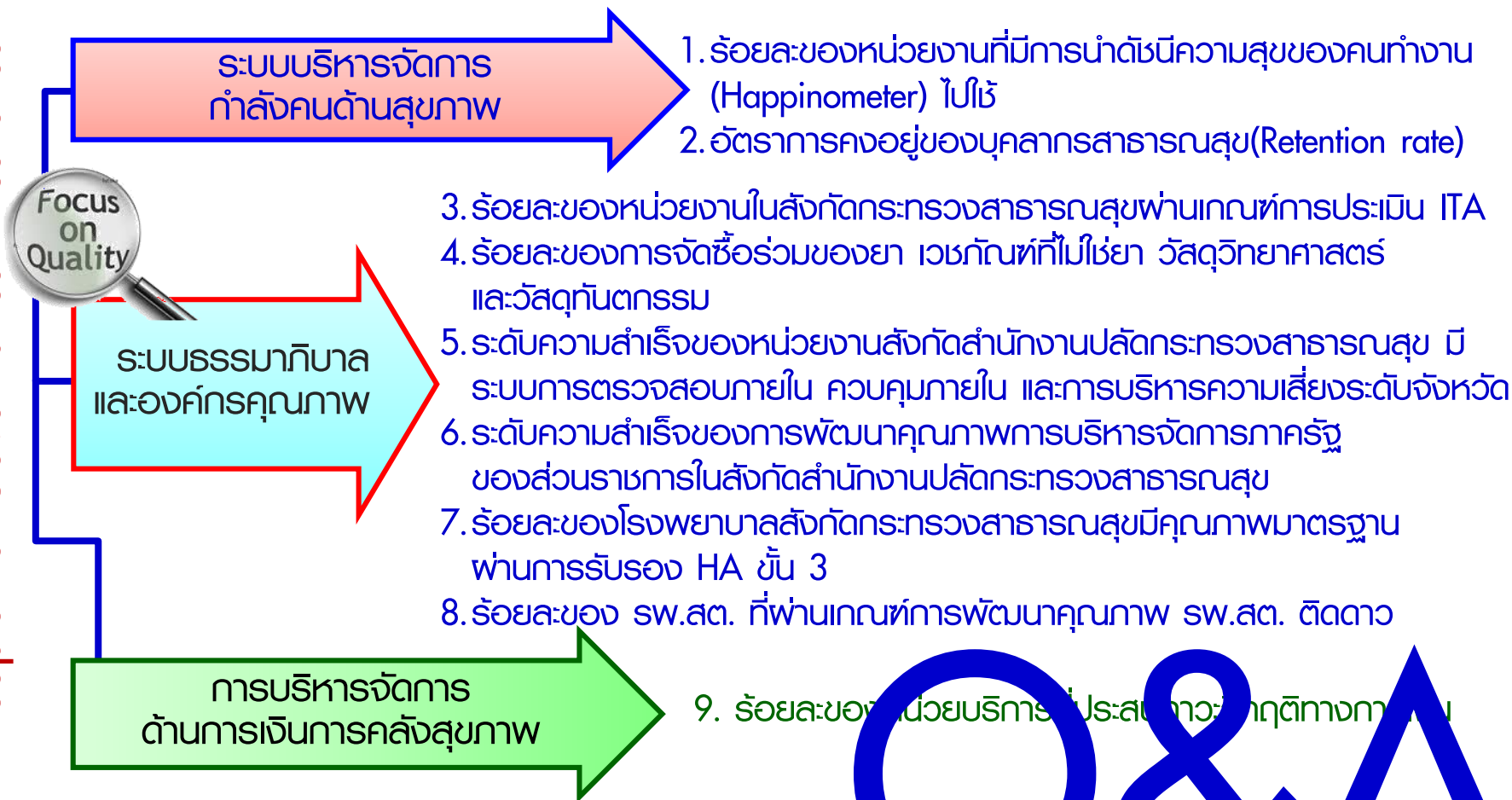
- ✓ มีการปรับเปลี่ยนฟังก์ชันชันทุกปี
ทำให้การบันทึกบัญชีและการวิเคราะห์ข้อมูลเกิดความคลาดเคลื่อน

โอกาสพัฒนา :

- ❖ พัฒนาระบบสื่อสารระหว่างผู้จัดทำบัญชีและระบบจัดเก็บรายได้
เพื่อให้มีการรับรู้ลูกหนี้และรายได้ให้รวดเร็วทันเวลา
รวมถึงพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและเครื่องมือ Software
เพื่อช่วยในการจัดเก็บรายได้ รวมถึงพัฒนาระบบบริหารพัสดุ
เพื่อให้มูลค่าคงคลังและมูลค่าสินทรัพย์ครบถ้วน
โดยเฉพาะมูลค่าวัสดุคงคลัง (Sub stock)
- ❖ พัฒนาศักยภาพและความก้าวหน้า ความมั่นคง
ของผู้รับผิดชอบด้านการจัดทำบัญชี

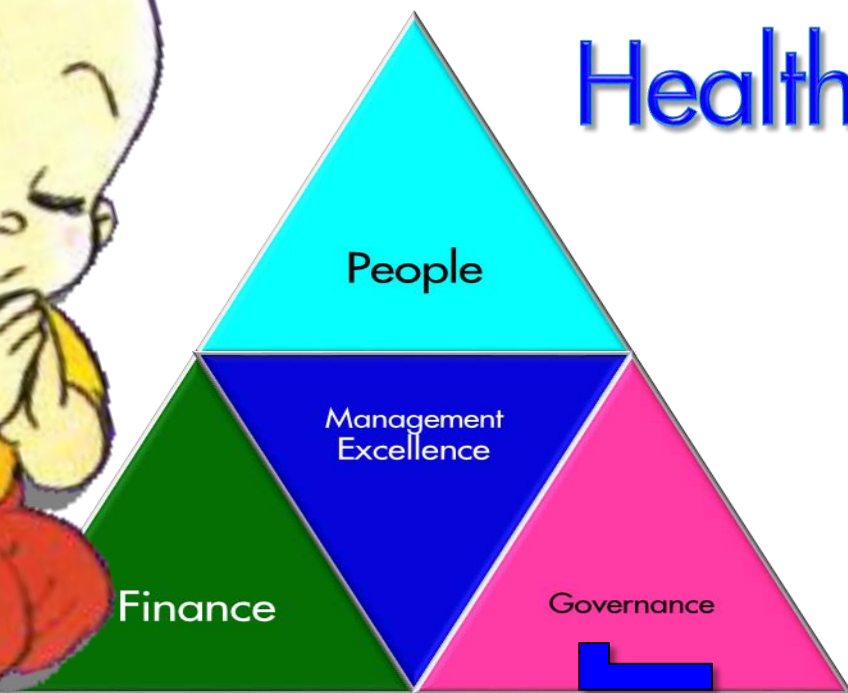
คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

People & Governance Excellence



Q&A

Governance & People Excellence Health Regional_01



สวัสดี