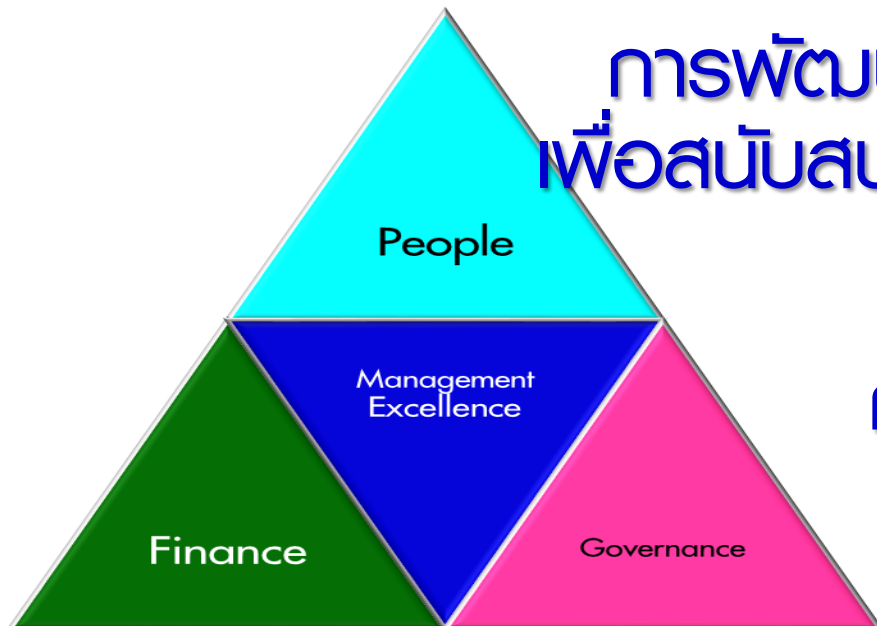


สรุปตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบ 2/2561

คณะที่ 3

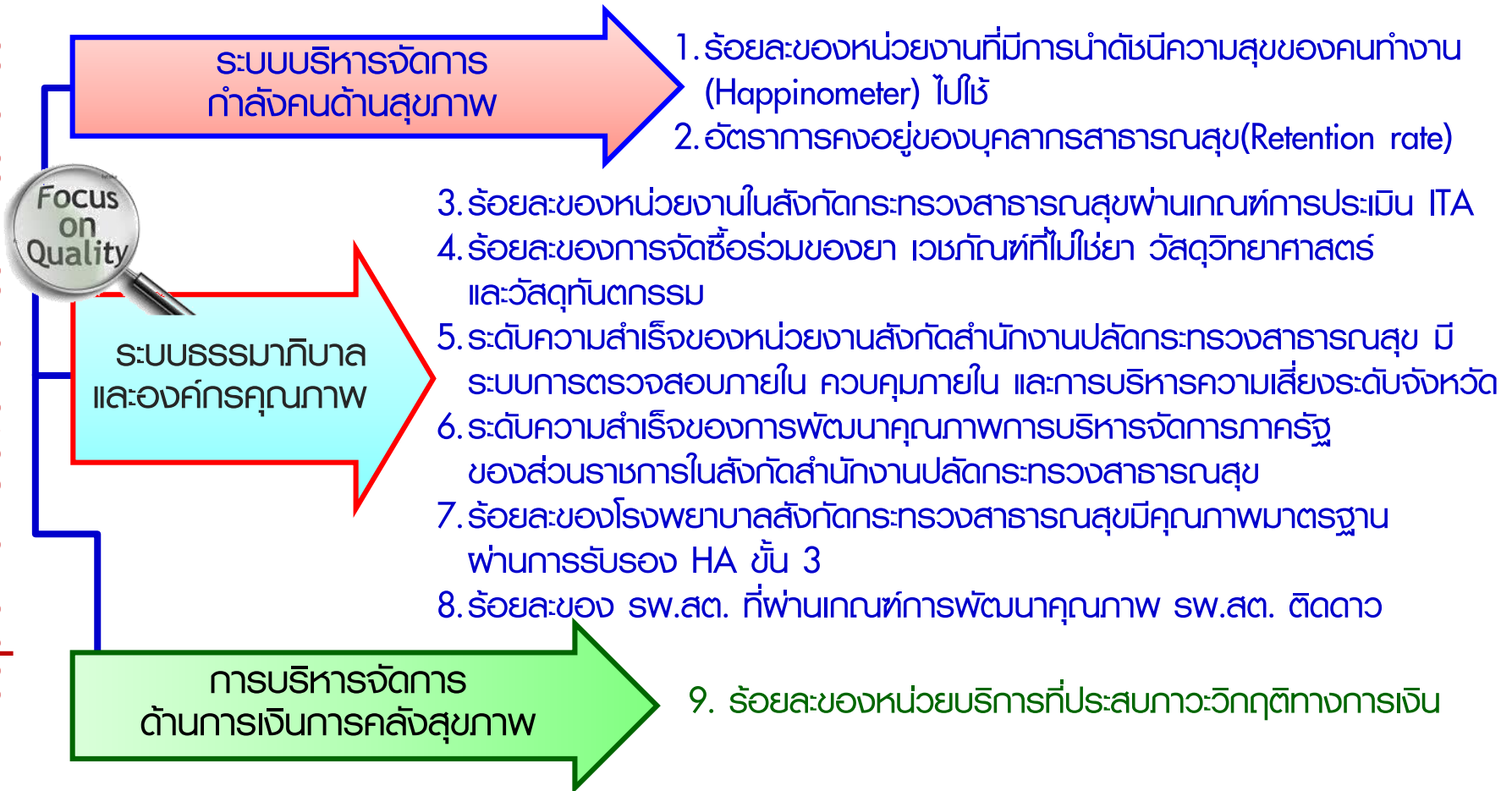
การพัฒนาระบบบริหารจัดการ
เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ



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

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

1. ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ



เป้าหมาย		9 - 12 ด.
หน่วยงาน	จำนวน (ห้อง)	การจัดทำแผน และนำแผนไปใช้ (ระดับ 4, 5)
สสจ.	1	✓
SWศ.	1	✓
SWบ.	7	✓
สสอ.	8	✓
รวม	17	✓

สถานการณ์

➤ ค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวมจังหวัด ร้อยละ: 66.79
(เขต1=63.17, กสร.= 62.60, *ประเทศ= 59.3)

➤ **ปัญหา : มิติการเงิน ต่ำสุด ร้อยละ: 50.40** (กสร. 50.65)
มิติครอบครัว สูงสุด ร้อยละ: 74.18 (กสร. 65.92)

การดำเนินงาน

- ✓ Happy Money จนท. ยื่นกู้บ้านและลดดอกเบี้ย กับ SCB / KTB
- ✓ Happy Redeeming/ Happy Communication จัด ประชาสัมพันธ์ให้ จนท. ทราบ
- ✓ ถ่ายตัวชี้วัดให้ระดับอำเภอ/ปริมณฑลให้สอดคล้องกับบริบท
- ✓ บูรณาการและการมีส่วนร่วม เพื่อนำเสนอผลงานระดับอำเภอ : HRM-HRD-Happy-Innovation เชื่อมกับปัญหาสุขภาพ วิเคราะห์ GAP เพื่อเป็นข้อมูลวางแผนพัฒนา/ แก้ไขปัญหา
- ✓ รพ.แพร่ มีกิจกรรมสร้างความสามัคคี/ความผูกพันและสวัสดิการ

ข้อเสนอแนะ:

- 1) ปัญหาของพื้นที่
 - การติดตามผลการดำเนินงานตามแผนของพื้นที่
- 2) ข้อเสนอแนะจากพูนิตศ
 - ขอให้ประสานกับหน่วยงาน SWบ. และ สสอ. เพื่อบันทึกผลการดำเนินงานทาง web : bps.moph.go.th/new_bps/intro.php
 - ขอให้ส่วนกลาง มีนโยบายและสนับสนุนการสร้างสุขของคนทำงานอย่างต่อเนื่อง

**หน่วยงาน คือ สสจ. SWศ./SWท. SWบ.
และ สสอ.
(SW.สต. นับรวมใน สสอ.)

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

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)

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

ผลการประเมิน ITA ไตรมาส 2/2561

(แต่ละหน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ประเมิน 80%)

1) ผ่านเกณฑ์รวม 15 หน่วยงาน (88.24%)

❖ สสจ.๒พร

❖ SW. :

ร้องกว้าง/ สอง/ ลอง/ เด่นชัย/
หนองม่วงไข่/ ๒พร

❖ สสอ. :

เด่นชัย/ สูงเม่น/ ลอง/ วังชิ้น/
เมือง/ สอง/ หนองม่วงไข่/ ร้องกว้าง

2) ต่ำกว่าเกณฑ์รวม 2 หน่วยงาน (11.76%)

➤ รพช.สูงเม่น

➤ รพช.วังชิ้น

ปัญหา/อุปสรรค



1) หน่วยงานที่เข้าร่วมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส **ยังมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน** ในประเด็นการประเมิน รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการยืนยันข้อมูล ทำให้ไม่สามารถรวบรวมเอกสารได้ครบถ้วนตามเกณฑ์

2) หน่วยงานที่ไม่ผ่านการประเมิน

- ✓ เลือกโครงการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการจนถึงขั้นตอนการจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงาน **ยังไม่สอดคล้อง** กับการกิจหลักที่เลือก
- ✓ การประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนและ ความชัดเจน ในการดำเนินการ รวมกลุ่มเพื่อการบริหารงานที่โปร่งใส

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

2. ระบบธรรมาภิบาลและองค์คุณภาพ



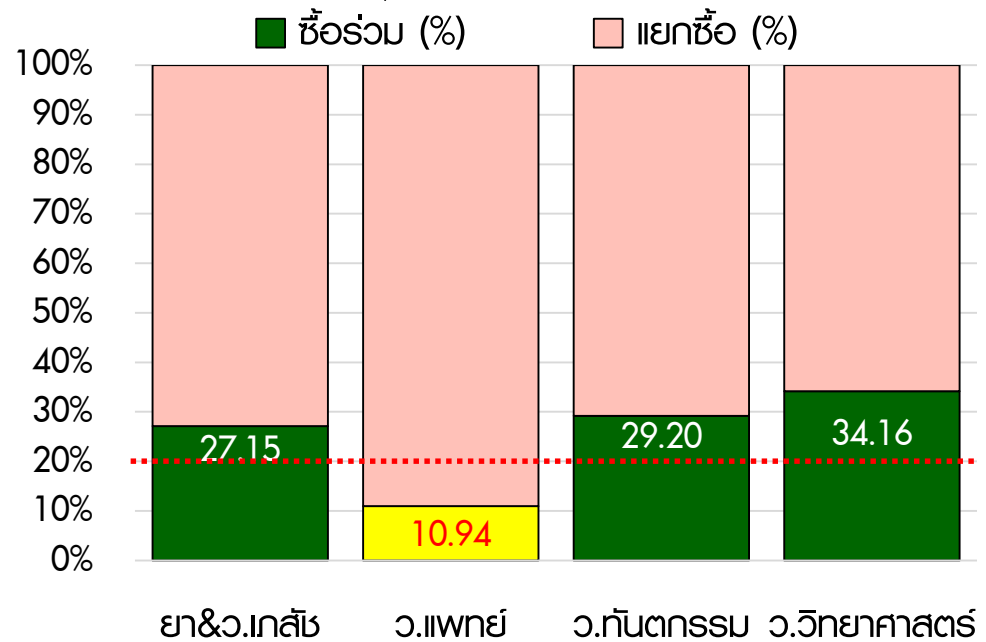
ประเด็น	รายละเอียด
ตัวชี้วัดที่ 4	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20)
ประเด็น การตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยา มีความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยา 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

SW.	มูลค่าจัดซื้อ ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (ล้านบาท)		อัตรา ซื้อร่วม (%)
	จัดซื้อ ทั้งหมด	จัดซื้อ ร่วม	
SWท.ไอพร	183.015	32.360	17.68
SWบ.สอง	5.824	2.096	35.99
SWบ.หนองม่วงไข่	3.836	1.491	38.87
SWบ.ร้องกวาง	6.767	2.787	41.19
SWบ.วังชิ้น	5.721	2.660	46.48
SWบ.สูงเม่น	7.940	3.692	46.50
SWร.เด่นชัย	7.897	3.684	46.66
SWบ.สอง	8.779	4.822	54.93
รวม	229.778	53.592	23.32

มูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน
(เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ของมูลค่าการจัดซื้อยาและ
เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาทั้งหมด)



ประเภท	ซื้อร่วม (MB)	แยกซื้อ (MB)
ยา&ว.เกล็ด	37.989	139.920
ว.ไอพร	7.039	64.370
ว.กันตกรรม	0.813	2.785
ว.วิทยาศาสตร์	7.751	22.689



คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ การจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

ปัญหา/อุปสรรค

ข้อเสนอแนะ

ไม่มีปัญหา&อุปสรรค



ข้อเสนอแนะต่อไปนี้ :

1. ระบบรายงานของสำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ควรเพิ่มช่องกรายงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน สามารถนำมาวิเคราะห์ให้เกิดประโยชน์และครอบคลุมได้มากขึ้น ดังนี้
 - ✓ แผนจัดซื้อของปีงบประมาณ และแผนจัดซื้อรายไตรมาส
 - ✓ จำนวนรายการเวชภัณฑ์ในบัญชียาของโรงพยาบาล (ยา ED, NED, เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาทุกประเภท)
 - ✓ มูลค่าจัดจ้างร่วม เช่น จ้างเหมาบริการทำฟันปลอม, จ้างเหมาบริการส่งตรวจ out lab , จ้างเหมาบริการ X-Ray ระบบ PACS
2. รายงานบริหารเวชภัณฑ์และรายงานทางการเงินการบัญชี ควรเป็นข้อมูลชุดเดียวกัน เช่น การแบ่งประเภทเวชภัณฑ์ การรายงานแผนจัดซื้อ ต้นทุนการจัดซื้อจัดจ้าง มูลค่าคงคลัง มูลค่าการบริโภค

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

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ 2.ระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ ตรวจสอบภายใน+

ประเด็นมุ่งเน้น

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด
ดำเนินการตรวจสอบภายใน และประเมินระบบการควบคุมภายใน
ตลอดจนมีกระบวนการติดตามหน่วยงานที่ไม่ดำเนินการตามข้อเสนอแนะ
ตามรายงานการตรวจสอบภายใน

คำเป้าหมาย

1. ดำเนินการจัดทำแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561
2. ดำเนินการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบภายใน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561
3. รายงานผลการตรวจสอบภายใน
4. มีการกำกับ ติดตาม และรายงานผลเชิงผลผลิต ผลลัพธ์
5. ข้อเสนอแนะตามรายงานการตรวจสอบภายในได้รับการแก้ไขทุกประเด็น

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

2.ระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ ตรวจสอบภายใน+

ผลการดำเนินงาน

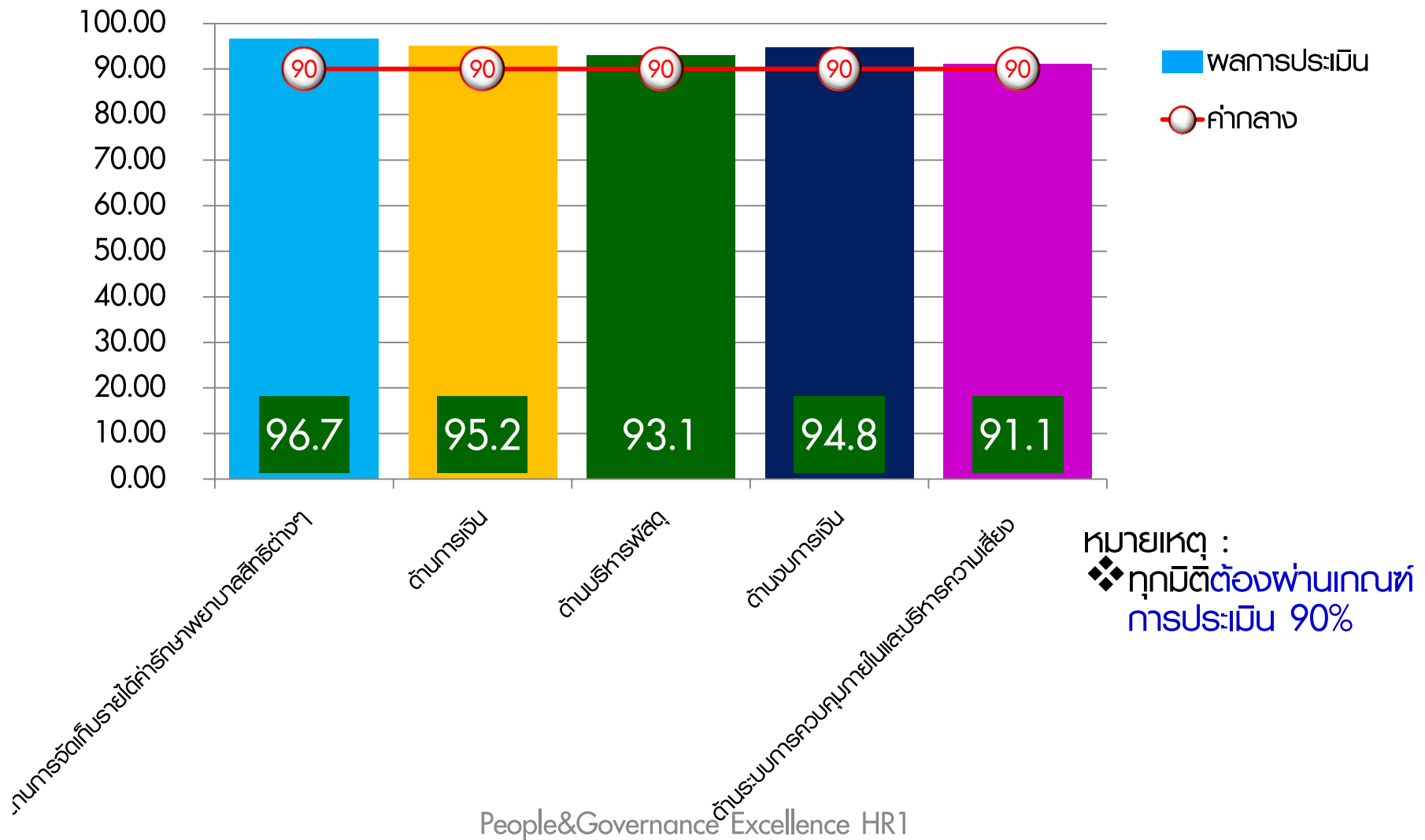
1. คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ดำเนินการตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบภายในแล้ว 24 หน่วยรับตรวจ คิดเป็นร้อยละ 85.71
2. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงของหน่วยงาน
 - ✓ ด้านบริหารพัสดุ
 - ✓ ระบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
3. การรายงานคำสารานุกรมของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในไตรมาสที่ 2
 - ✓ ไม่มีหนี้ค้างชำระ

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ❖ หน่วยรับตรวจต้องให้ความสำคัญในส่วนของการแก้ไขข้อบกพร่องตามที่คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ เพื่อลดความเสี่ยงของหน่วยรับตรวจเบื้องต้น และการดำเนินการทุกระบบของหน่วยงานต้องมียุทธศาสตร์อยู่ในพื้นฐานของกฎ ระเบียบ ข้อบังคับหรือข้อสั่งการต่างๆ เพื่อไม่เกิดความเสี่ยงต่อปฏิบัติ และผู้บริหารของหน่วยงาน หากพบว่ากระบวนการใดที่มีความเสี่ยงต่อการทำผิดกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ให้ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ก่อนที่จะเกิดความเสียหายแก่ทางราชการ

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการสุขภาพ 2.ระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ ตรวจสอบภายใน+

ผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ (%)



คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

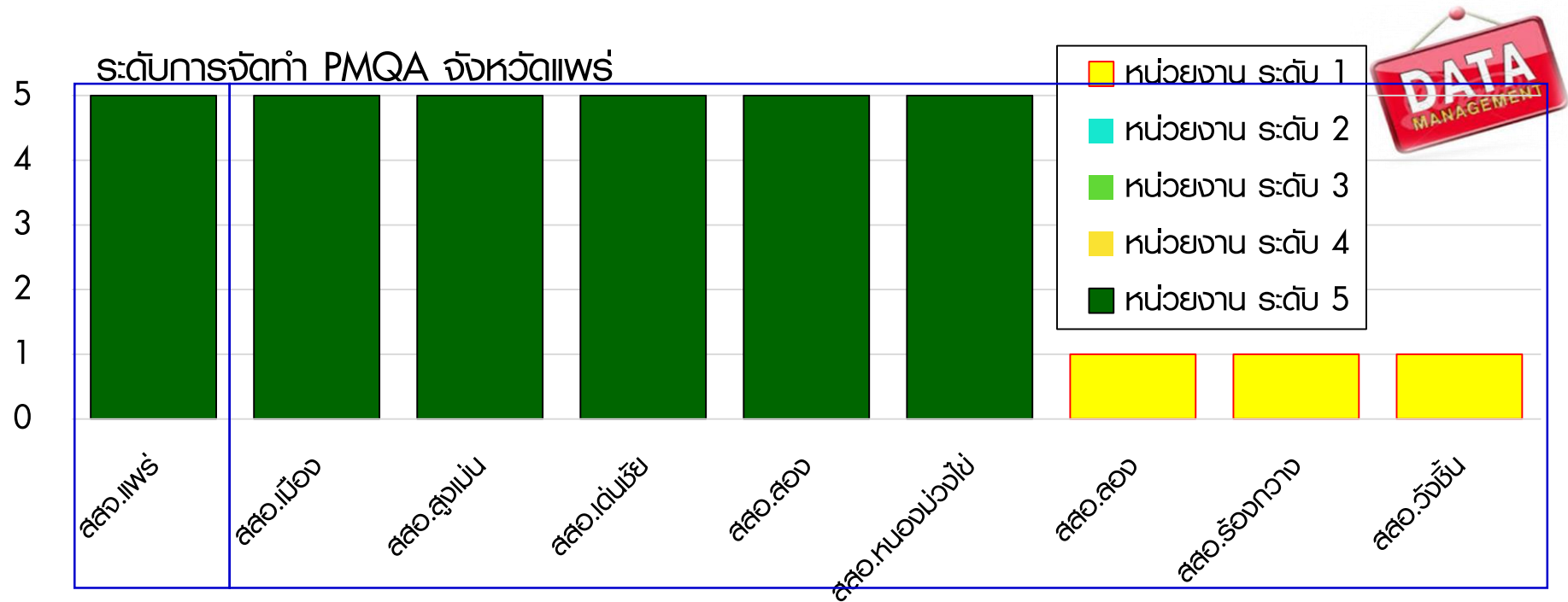
2. ระบบธรรมาภิบาลและองค์คุณภาพ



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

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ PMQA เป้าหมายดำเนินการ



ระดับ

การจัดทำ PMQA

✓ สสจ. 100%

✓ สสอ. 62.5%

ข้อเสนอแนะ :

- ❖ แผนงาน/โครงการเสริมสร้างความรู้และทักษะแก่บุคลากรทุกระดับในจังหวัด
- ❖ สรุปผลลัพธ์ ตามตัวชี้วัด หมวด 7 เพิ่มเติม และถอดบทเรียน PMQA ระดับจังหวัด
- ❖ สร้างการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ADLI ในหมวด 1 และ 5 ที่มีความเชื่อมโยงกัน

นวัตกรรม :

- ✓ KM Phare กระบวนการจัดการองค์ความรู้ ที่แทรกซึมในวิธีการทำงาน

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ PMQA ข้อค้นพบ ด้านคุณภาพ

ผลลัพธ์

หมวด 1 การนำองค์กร (4.6)

- ✓ ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA)
- ✓ ร้อยละความสำเร็จเฉลี่ยต่อหน่วยงานของตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ของผู้บริหาร
- ✓ จำนวนผลงานที่ส่งสมัครรับรางวัล
- ✓ ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ HA
- ✓ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว

หมวด 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (4.8)

- ✓ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่นำดัชนีความสุข (Happinometer) ไปใช้
- ✓ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)
- ✓ ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนาบุคลากร
- ✓ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน
 - การจัดการความก้าวหน้าในหน้าที่
 - การวางแผนการสืบทอดตำแหน่ง
- ✓ เสริมสร้างวัฒนธรรมให้เกิดการสื่อสารความร่วมมือ มุมมองบุคลากร

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ PMQA ย่อค้นพบ ด้านคุณภาพ

- ✓ ด้านการส่งมอบ: ส่งข้อมูลและผลการดำเนินงานผ่าน www.pmqa.moph.go.th ได้ทันเวลาที่กำหนด รอบ 6 เดือน
- ✓ ด้านการดำเนินการ: เอกสารครบทุก 7 φόρμ จำนวน 6 แห่ง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 5 แห่ง เพิ่มเติม



ผลลัพธ์ ตามตัวชี้วัดยังไม่ครบใน หมวด 1 กับ 5

- การวิเคราะห์ตนเองตาม ADLI ขั้นตอนทำงานเพิ่มความชัดเจนเป็นรูปธรรมของกิจกรรม
- ด้านคุณภาพตัวชี้วัด การกำหนดตัวชี้วัดการอธิบายเกณฑ์การให้คะแนน วิธีการวัด/เงื่อนไขการให้คะแนน (ผลลัพธ์ หมวด 7) ของหมวดบังคับที่เป็น PA เพิ่มการถ่วงน้ำหนักในการคิดคะแนน
- มีตัวชี้วัด จำนวน 4 รายการ ที่สะท้อนคุณภาพระดับกระบวนการ คือ Hapinometer, ITA sw.สต.ติดตาม และ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA)
- มีตัวชี้วัด จำนวน 1 รายการ สะท้อนคุณภาพระดับผลลัพธ์ คือ ร้อยละของสถานบริการ(sw.สต.) ในความพึงพอใจของ คปสอ. สามารถควบคุมกำกับกับการเบิกจ่าย ได้ตามแผนรายได้ค่าใช้จ่าย ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

2. ระบบธรรมาภิบาลและองค์คุณภาพ

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)

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

สถานการณ์
การเข้าสู่การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
ตามมาตรฐานรับรองคุณภาพ HA ดังนี้

❖ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผ่านการรับรอง
ร้อยละ 100
(เกณฑ์ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลศูนย์)

❖ โรงพยาบาลชุมชน ผ่านการรับรอง
ร้อยละ 57.14
(เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 80
ของ โรงพยาบาลชุมชน ทั้งหมด)

ผลการพัฒนา :

ผ่านขั้นที่3+

- ✓ รพท.11พร'
- ✓ รพช.สอง
- ✓ รพช.สูงเม่น
- ✓ รพร.เด่นชัย
- ✓ รพช.ลอง

รํารงชั้น 2

- ✓ รพช.หนองม่วงไข่
- ✓ รพช.ร้องกวาง
- ✓ รพช.วังชิ้น

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

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน
ไม่บรรลุวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะที่ให้ ต่อหน่วยรับผิดชอบ

1. สิ่งแวดล้อม
ที่ไม่เอื้อต่อการจัดบริการ
อยู่ในช่วงก่อสร้าง
2. กระบวนการขับเคลื่อนคุณภาพ
ในองค์กรไม่ต่อเนื่อง
3. บุคลากร ยังไม่เข้าใจ
มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ
เพียงพอ
4. ระบบน้ำเสียในโรงพยาบาล

- ❖ เตรียมแผน
รองรับ การขยายโครงสร้างที่ชัดเจน
- ❖ เสริมพลังทีมนำในแต่ละโรงพยาบาล
เพื่อขับเคลื่อนระบบงานที่สำคัญ
- ❖ พี่เลี้ยง QLN
เยี่ยมสำรวจ เสริมพลัง
ให้การเรียนรู้ร่วมกันระดับจังหวัด
- ❖ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
เพื่อให้วิเคราะห์สาเหตุปัจจัยสำคัญ
ที่ส่งผลให้ค่าระบบบำบัดน้ำเสีย
ไม่เสถียร เพื่อปรับปรุงแก้ไขต่อไป

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

2. ระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ

ประเด็น	รายละเอียด
ตัวชี้วัดที่ 8	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคูณภาพ รพ.สต. ตัดดาว (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25)
ประเด็น การตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น	การพัฒนาคูณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ตัดดาว ที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี 3) ภาควิชามีส่วนร่วม 4) บุคลากรดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมิน 5 หมวด โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้ ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 5 ดาว
เป้าหมายพื้นที่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 8,123 แห่ง (ไม่นับรวม รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคูณภาพ รพ.สต. ตัดดาว ในปี 2560)
หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยพ.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การจัดเก็บข้อมูล: รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ



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%)

ระดับวิกฤติทางการเงิน รอบ 8 เดือน ณ 20 มิ.ย.61

SW.	Current Ratio	Quick Ratio	Cash Ratio	เงินทุนสำรอง สุทธิ (MB)	กำไรสุทธิ รวมค่าเสื่อม (MB)	เงินบำรุง หักหนี้สินหมุนเวียน (MB)	ระดับ วิกฤติ ทางการเงิน
สพร.เด่นชัย	1.11	0.95	0.64	1.625	-3.491	-5.489	6
สพข.สูงเม่น	1.43	1.07	0.64	5.943	-1.865	-4.953	3
สพข.หนองม่วงไข่	1.41	1.29	1.11	5.347	-3.306	1.481	3
สพข.สอง	1.56	1.32	0.96	9.732	0.818	-0.583	0
สพข.สอง	1.66	1.40	1.11	9.025	3.163	1.457	0
สพข.ร้องกวาง	2.58	2.27	1.53	16.983	7.065	5.688	0
สพข.วังชิ้น	2.25	2.03	1.49	15.012	7.069	5.980	0
สพท.ไผ่	2.58	2.26	1.39	262.784	33.892	65.179	0

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 < 6%)

ผลการประเมินตามประเด็นตรวจราชการการบริหารการเงินการคลัง

SW.	มาตรการที่ 1	มาตรการที่ 2		มาตรการที่ 3	มาตรการที่ 4		มาตรการที่ 5
	หน่วยบริการที่รายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับ แผนทางการเงิน (PLANFIN)	ผลต่างของ รายได้ < IIWN 5%	IIWN และ ผล ไม่เกิน 5% ค่าใช้จ่าย > IIWN 5%	ผ่านเกณฑ์ประเมิน ประสิทธิภาพ > 4 ตัว (ระดับ B- จากเกณฑ์ ประเมิน 7 Plus)	หน่วยบริการมี คุณภาพบัญชีผ่าน เกณฑ์ (ทาง อิเล็กทรอนิกส์)	หน่วยบริการนำข้อมูล เงินนอกงบประมาณ เข้า ระบบ GFMS	บุคลากรด้านการเงิน การคลัง (CFO/Auditor) ได้รับการพัฒนาศักยภาพ
SWบ.ไอพร	เกินดุล	-1.31	-5.40	0	1	1	1
SWบ.ร้องกวาง	เกินดุล	-1.23	0.60	0	1	1	1
SWบ.สอง	เกินดุล	-2.10	-2.28	0	1	1	1
SWบ.สูงเม่น	เกินดุล	-3.91	-2.55	0	1	1	1
SWบ.สอง	เกินดุล	-2.31	-4.67	0	1	1	1
SWบ.วังชิ้น	เกินดุล	3.60	-1.73	0	1	1	1
SWบ.หนองม่วงไข่	ขาดดุล	-5.88	-4.54	0	1	1	1
SWร.เด่นชัย	เกินดุล	-0.71	-1.72	0	1	1	1
ภาพรวมจังหวัด	7	7		0	8	8	8
คิดเป็นร้อยละ	87.50	87.50		0.00	100	100	100
เกณฑ์การประเมิน	> ร้อยละ 80	> ร้อยละ 70		> ร้อยละ 65	> ร้อยละ 90	> ร้อยละ 75	> ร้อยละ 80

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 < 6%)

SW.	สถานะการเงิน (หน่วยนับ ล้านบาท) ณ พ.ค.61								โอน 28 มิ.ย.61		
	ทำกับสถานะ NWC+			เพิ่ม รายได้ (โอกาส K2) ทำกับรายจ่าย						งบกลางกรณีขาดดุลกองทุนผู้ป่วยใน 8 เดือน	
	ทุนสำรองสุทธิ (NWC)	เงินบำรุงคงเหลือ	งบร.คงเหลือหลังหักหนี้สินฯ	รายได้	รายจ่าย	รายได้ไม่รวมงบลงทุน	รายจ่ายไม่รวมค่าเสื่อมฯ	NI	EBITDA	งบกลางกรณีขาดดุลกองทุนผู้ป่วยใน 8 เดือน	คตส.งวด 2
sw.iiwr	262.784	213.895	47.355	804.505	770.613	761.752	711.384	33.892	50.368	21.427	4.259
sw.ร้องทวง	16.983	16.450	5.680	101.865	94.800	97.784	90.786	7.065	6.998	2.692	1.055
sw.ล่อง	9.732	16.029	-1.090	87.705	86.887	85.754	82.950	0.818	2.804	2.057	1.070
sw.สูงเม่น	5.943	8.288	-5.492	110.982	112.847	108.674	108.347	-1.865	0.326	1.056	1.348
sw.สอง	9.025	15.020	1.457	79.837	76.673	76.102	73.409	3.163	2.693	1.425	0.920
sw.วังชิ้น	15.012	17.772	5.870	83.156	76.087	80.881	72.986	7.069	7.896	1.516	1.076
sw.หนองม่วงไข่	5.347	14.074	1.109	47.077	50.384	45.646	47.073	-3.306	-1.427	1.426	1.369
sws.เด่นชัย	1.244	9.458	-6.245	80.524	84.395	79.017	78.163	-3.871	0.854	2.573	1.252

- ✓ ใน 28 มิ.ย.61 มีการโอนงบกลางกรณีขาดดุลกองทุนผู้ป่วยใน ให้แต่ละ sw. เพิ่มขึ้นตามเดิม โดยใช้ฐานข้อมูลผลผลิตผู้ป่วยในที่เรียกเก็บไป
- ✓ เงินค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข งวดที่ 2 ได้แจ้งโอนให้แต่ละหน่วยเบิก(สสจ.iiwr & swท.iiwr) แล้วเร่งรัดเบิกจ่าย และบันทึกข้อมูลบัญชีให้ถูกต้อง ครบถ้วน
- ✓ ปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมือในจังหวัด ที่มีผลผลิตผู้ป่วยใน sw.ต้นแบบพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (sws.เด่นชัย K2=6.0 และ swท.หนองม่วงไข่ K2=10.0) เป็นการยกระดับค่างานจากเดิมให้สูงขึ้น อันจะส่งผลให้รายได้สูงกว่า sw.อื่น sw.ทั้ง 2 จะมีความมั่นคงทางการเงินเพิ่มมากขึ้น และลดระดับวิกฤติการเงินลง

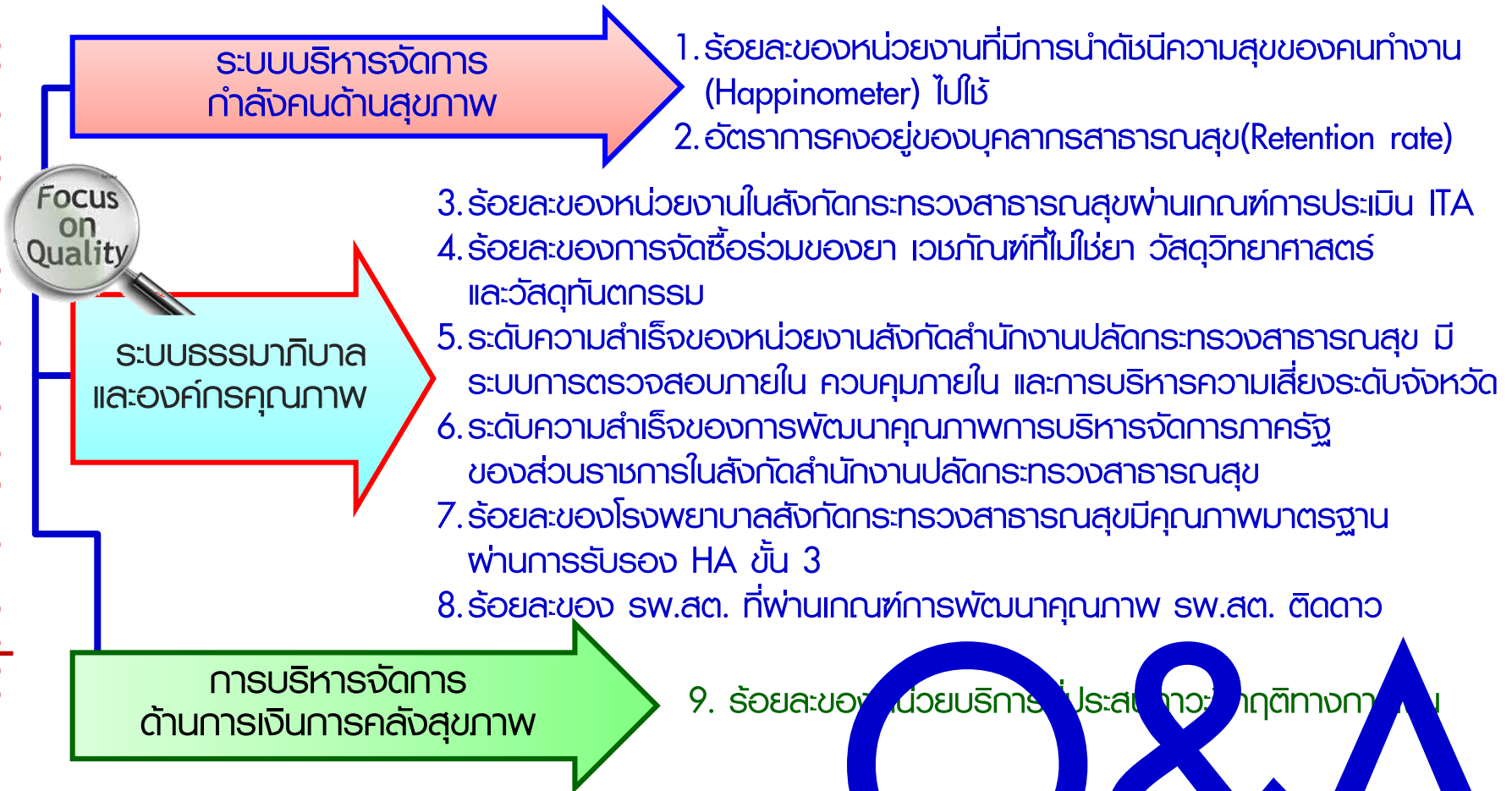
คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 < 6%)

รพ.สูงเม่น :

- ❖ การควบคุมกำกับ ในเรื่องของเวชระเบียน ขาดการสอบทานระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าเวชระเบียนชุดนั้น ได้ดำเนินการเบิกจ่ายหรือยัง ในปีที่ผ่านมาไม่มีการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนในหน่วยงาน ทั้งนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้น และได้มีแนวทางในการจัดการในปีนี้อยู่ระหว่างการวางแผนการดำเนินงาน แนะนำให้ปรับวิธีการสรุปเวชระเบียนให้เร็วขึ้น และควรมีการกำกับสอบทานระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถตอบได้ว่าเวชระเบียนชุดนั้นอยู่ในขั้นตอนไหนอยู่กับใครควรมีการสอบทานเป็นประจำทุกวัน ปัจจุบันมีแพทย์ที่ชำนาญเรื่องเวชระเบียนย้ายมาจาก รพ.สอง รับผิดชอบงานและจะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในองค์กร

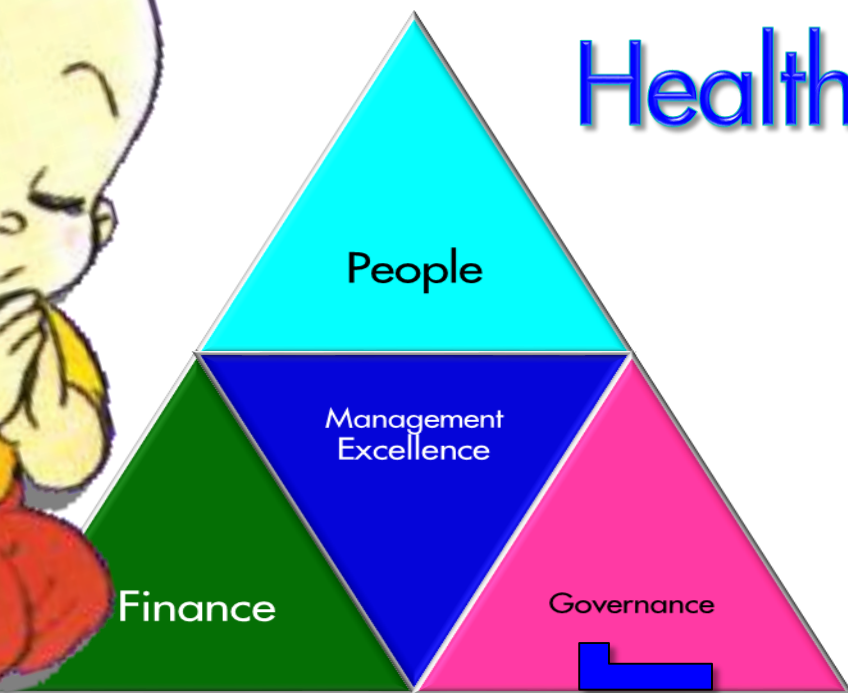
คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

People & Governance Excellence



Q&A

Governance & People Excellence Health Regional_01



สวัสดี