

คณะที่ 3

การพัฒนาระบบบริหารจัดการ
เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2561

จังหวัดสมุทรปราการ



รายชื่อผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ

คณะที่ 3 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

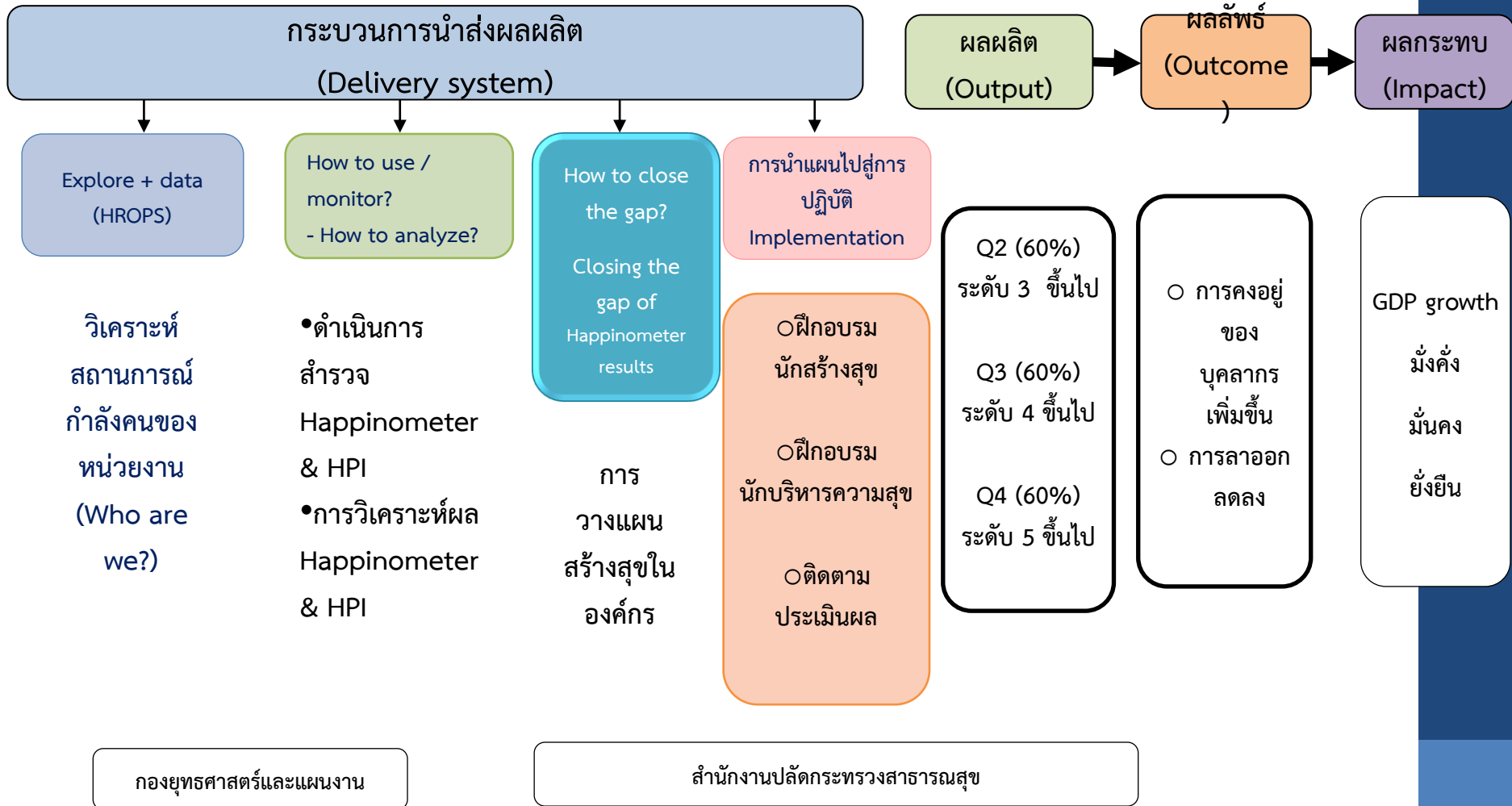
ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ผู้รับผิดชอบประเด็นตรวจราชการ
1	นพ.ประภาส ผูกดวง	ประธานคณะ
2	นางสาวอุษา อิศรางกูร ณ อยุธยา	ITA
3	น.ส.สุกัลยา คงสวัสดิ์	Happinometer,รพ.สต. ทิดดาว
4	นายบารเมษฐ์ ผมคำ/ น.ส.วิภารัตน์ เจือจาน	จัดซื้อร่วม
5	น.ส.นันท์นิ สิตะหิรัญ	ตรวจสอบภายใน/ควบคุมภายใน
6	นางนัชชา ธีระธนาโรจน์	การเงินการคลัง
7	นางมณัญญา คงทวี	การเงินการคลัง/PMQA
8	ดร.เดชชัย สิ้นเจริญ	Retention rate
9	นางอัมมิกา คระระวานิช	HA

การติดตามแบบตรวจราชการ

คณะ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

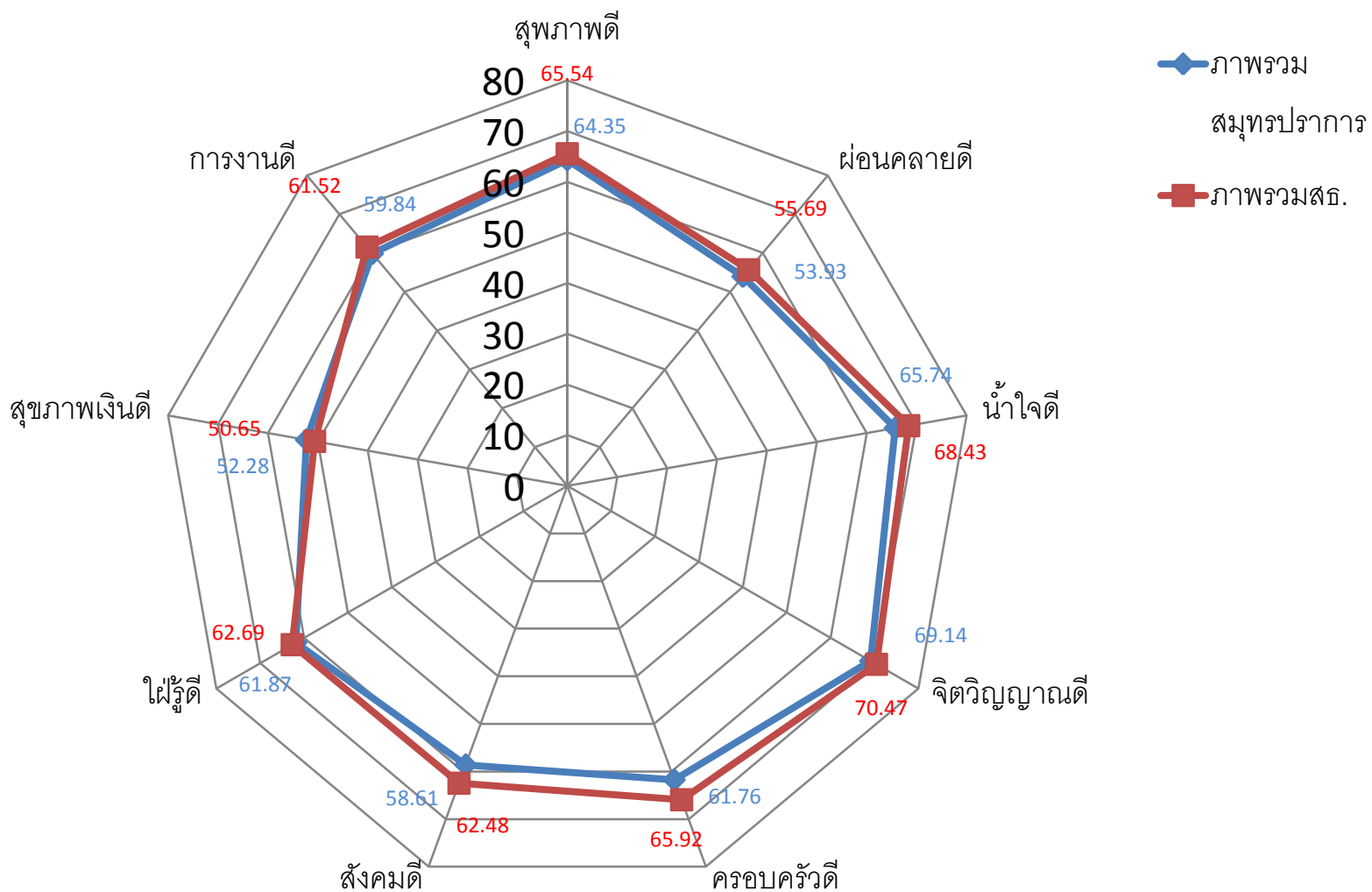
ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย 3 เดือน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ
1	ตัวชี้วัดที่ 56 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	ฝึกอบรมนักสร้างสุข / นักบริหารความสุข	✓		
2	ตัวชี้วัดที่ 57 อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข(Retention rate)	มีข้อมูลกำลังคน	✓		
3	ตัวชี้วัดที่ 60 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA	EB4 – EB6 ระดับ 3	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประเมินผลไตรมาสที่ 4)		
4	ตัวชี้วัดที่ 61 ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุ วิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (เกณฑ์ ร้อยละ 20)	ไม่มีข้อติดตามรอบ 3 เดือน	✓		
5	ตัวชี้วัดที่ 62 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบ การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และ การบริหารความเสี่ยง	ดำเนินงานตามขั้นตอน	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประเมินผลไตรมาสที่ 4)		
6	ตัวชี้วัดที่ 63 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ประเมิน (หมวด 1, หมวด 5)	✓		
7	ตัวชี้วัดที่ 64 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	รพศ./รพท.ร้อยละ 100, รพช. ร้อยละ 80	✓		
8	ตัวชี้วัดที่ 65 ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ประชุมอบรมมีคู่มือ	✓		
9	ตัวชี้วัดที่ 72 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 ไม่เกิน ร้อยละ 6)	มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	✓		

ตัวชี้วัดที่ 56 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้



นิยาม การทำงาน Happinometer แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ /ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ / ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล / ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลต่อผู้บริหาร / ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน / ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน

แผนภูมิแสดงภาพรวมผลการประเมิน Happinometer ภาพรวมจังหวัดสมุทรปราการ เปรียบเทียบกับภาพรวมกระทรวงสาธารณสุข



จุดเด่น

มีการคืนข้อมูลโดยเฉพาะเรื่องปัญหาหลักๆ ที่พบจากการวิเคราะห์ และ นำผลการวิเคราะห์มาใช้ในการแก้ไขปัญหา

สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาลดการประเมิน ตำสุด 3 ลำดับ
สุดท้าย เช่น โครงการสร้างความสุขด้วยกิจกรรมผ่อนคลาย เป็นต้น

การสร้างนักบริหารความสุขและนักสร้างสุข



ตัวชี้วัดที่ 57 : อัตราการคงอยู่ของบุคลากร สาธารณสุข (Retention rate)



แนวทางการดำเนินงาน : Approach

1. มีการบันทึกและปรับปรุงข้อมูลในระบบ HROPS ครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน
2. พิจารณาการโอน/ย้าย การจ้าง การจัดสรรอัตรากำลัง ให้เหมาะสม โดยมีการวิเคราะห์ด้านการเงินของหน่วยงานประกอบการพิจารณา
3. มีการประชุมบุคลากรเฉพาะกลุ่มเมื่อพบปัญหา เพื่อชี้แจงและร่วมกันแก้ไขปัญหาทำให้ไม่พบข้อร้องเรียนในปีที่ผ่านมา มีการทำ Exit interview เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนต่อไป
4. มีช่องทางการประชาสัมพันธ์ เช่น Web site , e-mail , Line Group
5. มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการด้าน Happy MOPH โดยเน้นการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนและมีความต่อเนื่องตลอดทั้งปี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : Key Success Factor

1. บุคคลมีความรู้ ความสามารถ มีการเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน
2. กระตุ้นติดตามเจ้าหน้าที่ในการจัดทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับตำแหน่ง ส่งผลให้เจ้าหน้าที่เกิดขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงาน
3. การบันทึกข้อมูลควบคู่กับระบบโปรแกรม HROPH ในทุกกลุ่มเป้าหมาย

เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

สถานการณ์ด้านการสูญเสีย
บุคลากรสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2560

- อัตราการคงอยู่ของบุคลากร คิดเป็นร้อยละ 93.37

ปีงบประมาณ 2561

- >> เกษียณอายุราชการ จำนวน 41 คน (1.12%)
- >> คาดการณ์ว่าจะมีบุคลากรลาออกร้อยละ 6.53
(พิจารณาจากสถิติการลาออกจากปีที่ผ่านมา)

ตัวชี้วัดที่ 60 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA

ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
ประเมินตนเองข้อ EB4 - EB6 หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบ ประเด็นการจัดซื้อจัดจ้างที่ระดับ 3	ประเมินตนเอง ข้อ EB1- EB11 ที่ระดับ 3 ร้อยละ 80	ประเมินตนเอง ข้อ EB1 - EB11 ที่ระดับ 4 ร้อยละ 85	ประเมินตนเองข้อ EB1 - EB11 ที่ระดับ 5 ร้อยละ 90

ผลการดำเนินงาน

หน่วยงานมีผลการประเมินตนเอง
ระดับ 5 ทั้งหมด

- ☞ สสจ. 1 แห่ง
- ☞ โรงพยาบาล 6 แห่ง
- ☞ สสอ. 6 แห่ง

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

1. ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ
2. มีผู้รับผิดชอบดำเนินการและประสานงานชัดเจน
3. มีการประกาศแสดงเจตจำนงสุจริตในการบริหารงานหน่วยงานทุกระดับ
แล้วเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2560 และ พร้อมทั้งมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
ทุกช่องทาง

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
ผู้ปฏิบัติยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน ในการจัดทำแผน(แผนต้องรวมทุกงบ)	ให้ศึกษารายละเอียดตามคู่มือการตรวจประเมินหลักฐานตามแบบสำรวจ ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ตัวชี้วัดที่ 61 ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (เกณฑ์ ร้อยละ 20)



สถานการณ์

- มีพระราชบัญญัติจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ประกาศใช้เมื่อ 24 สิงหาคม 2560
- ความเข้าใจใน พรบ.จัดซื้อจัดจ้างฯ ฉบับใหม่
- การจัดซื้อจัดจ้างระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP) เกิดปัญหาความล่าช้า

ผลการดำเนินงาน

ตรวจราชการ รอบ 3 เดือน : **ไม่มีข้อติดตามรอบ 3 เดือน**

ลำดับ	ชื่อโรงพยาบาล	มูลค่าการจัดซื้อรวม	มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด	ร้อยละ
1	สมุทรปราการ	25,252,729	104,832,750	24.09
2	บางพลี	4,815,966	23,238,568	20.72
3	บางบ่อ	5,484,647	15,289,960	35.87
4	บางจาก	181,348	2,837,008	6.39
5	พระสมุทรเจดีย์	1,114,593	5,275,626	21.13
6	บางเสาธง	309,617	1,557,786	19.88
รวม		37,158,900	153,031,698	24.28

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- ขาดความไม่เข้าใจในพระราชบัญญัติจัดซื้อจัดจ้างฯ พ.ศ. 2560 บางส่วน
- ความไม่เสถียรในระบบ E-GP ที่ไม่สามารถลงข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง
- วิธี e-bidding มีปัญหาการบันทึกข้อมูลในระบบ E -GP

ตัวชี้วัดที่ 62 : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

ประเด็นมุ่งเน้น

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ดำเนินการตรวจสอบภายใน และประเมินระบบการควบคุมภายใน ตลอดจนมีกระบวนการติดตามหน่วยงานที่ไม่ดำเนินการตามข้อเสนอแนะตามรายงานการตรวจสอบภายใน

ผลการดำเนินงาน

1. คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายจังหวัดสมุทรปราการ ได้ดำเนินการติดตามและรายงานผลการตรวจสอบภายในประจำปี 2560 ครบทั้ง 87หน่วย คิดเป็นร้อยละ 100 สำหรับการติดตามรายงานการแก้ไขข้อบกพร่องของหน่วยรับตรวจ คิดเป็นร้อยละ 98.85
2. แผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ครอบคลุมทุกระดับ แต่ยังไม่ได้จัดส่งให้กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 3.ค่าสาธารณูปโภคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ และโรงพยาบาลบางเสาธง ไม่มีหนี้ค้างชำระของปีงบประมาณ พ.ศ.2560

ปัญหาอุปสรรค /ข้อเสนอแนะ

- หน่วยรับตรวจยังไม่มีระบบการควบคุมภายในที่ชัดเจน และขาดความเข้าใจในกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- หน่วยรับตรวจต้องดำเนินการสร้างระบบการควบคุมภายในและการประเมินความเสี่ยงให้ชัดเจนและครอบคลุมทุกส่วนงาน
- ให้ความสำคัญในด้านการตรวจสอบภายใน เพื่อลดความเสี่ยงของหน่วยรับตรวจและมีระบบการควบคุมภายในที่ดี ช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 63 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (PMQA)



สถานการณ์

เป้าหมาย : สสจ. 1 แห่ง และ สสอ. 6 แห่ง
ดำเนินการตาม Small success :
สสจ. ดำเนินการหมวด 1 ครบ 100%
หมวด 5 ดำเนินการแล้วบางส่วน
สสอ.อยู่ระหว่างดำเนินการ



ปัจจัยความสำเร็จ

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ PMQA และการมีส่วนร่วม
ของบุคลากรทุกระดับ

25 ธันวาคม 60 : ประชุมชี้แจงคณะกรรมการระดับอำเภอ จังหวัด

มาตรการและแผน

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน
1. ผู้บริหารกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพองค์กรโดยใช้ PMQA เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงานบริหาร และเป็นนโยบายที่สำคัญของจังหวัด	สสจ.1 สสอ.6 แห่ง	ร้อยละ 100
2. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะกรรมการ PMQA	1 ชุด	ร้อยละ 100
3. ประชุมคณะกรรมการและคณะกรรมการ ฯ เพื่อขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามเกณฑ์ PMQA	ไตรมาส 1	ร้อยละ 100

Small success

ประเด็น	ผลงาน
1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร ได้ครบถ้วน	100 %
2. ประเมินองค์กรด้วยตนเองภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 1,หมวด 5)	100 %
3. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน	100 %
4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน	100 %

ตัวชี้วัดที่ 64 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (รพศ./รพท.ร้อยละ 100, รพช. ร้อยละ 80)



หน่วยบริการ	เป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ)
รพศ./รพท.	ร้อยละ 100	ผลงานจำนวน 3 รพ. (A 1 รพ. M1 1 รพ. รวม 2 แห่ง) <u>ร้อยละ 100</u>
รพช.	ร้อยละ 80	ผลงานจำนวน 3 รพ. (M2 1 รพ F1 1 รพ.F2 1 รพ. F 3 1 รพ.) <u>ร้อยละ 100</u>

จุดแข็ง

รพ.บางเสาะง ยังไม่มีเตียงรับผู้ป่วยใน จึงยังไม่เข้ารับการรับรองคุณภาพ HA

รพ.ทุกแห่งมีการพัฒนาคุณภาพ HA ด้วยตนเอง จนสามารถผ่านการรับรองซ้ำได้
รวมทั้งมีการพัฒนามาตรฐานอื่นๆ เช่น LAB X-Ray QA

โอกาสพัฒนา

รพ.แต่ละแห่งมีบริบท ที่ต่างกัน ร่วมกับไม่ได้รวมตัวกันเป็น Network
ทำให้ขาดโอกาสการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ลงพื้นที่ รพ.สมุทรปราการ

สิ่งที่ควรดำเนินการเพื่อ
เตรียมพร้อมรับการ
Re-Accreditation ภายใน
1 เดือน

1. ทบทวนตัววัดระดับองค์กร ที่สะท้อน Content, Direction และความท้าทาย
ของรพ.สมุทรปราการ รวมทั้งการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

2. ระบบบริหารความเสี่ยง ในส่วนของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2.1 กลุ่มโรคที่ได้ทบทวนไว้แล้ว ควรวิเคราะห์หาสาเหตุรากเชิงระบบ(ทีมนิเทศได้สอนเครื่องมือ 7 Factor for RCA ISHIKAWA Model ไว้) และนำมาปรับเปลี่ยนเชิงระบบให้ครอบคลุมสาเหตุราก

2.2 ควรมีการติดตามประสิทธิภาพของระบบที่วางไว้ ตั้งแต่การ Acc. และ Re-acc.1 เช่น การปฏิบัติตาม CPG ต่างๆ , การตรวจสอบระบบออกซิเจน อัดคิ๊ยก เป็นต้น

2.3 กำหนดกลุ่มโรค ที่ทบทวนได้มาพัฒนา โดย

— กลุ่มโรค เช่น STEMI, Stroke, Trauma, TBI, DM, HT ฯ

- กำหนด Treatment Goal ในแต่ละกลุ่มโรค และ KPI (Clinical Outcome) ที่ตอบสนอง Treatment goal

- ระบุวิธีการปรับเปลี่ยนเชิงระบบ ที่ปิด Gap สาเหตุรากแบบ บูรณาการในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้นๆ

3. monitor แนวทางการปฏิบัติต่างๆ ที่ได้ดำเนินการวางระบบไว้แล้ว ให้ต่อเนื่อง (ตามรอยจากหน้างานและเวชระเบียน)

4. กรณีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ควรมีการเฝ้าระวังแบบ Early warning sign ตั้งแต่เข้ารับบริการที่ ER, OPD รวมทั้งการประเมินซ้ำเมื่อรับ Admit

5. ควรทำ 5 ส ทั้งคลังพัสดุ คลังยา สิ่งแวดล้อมและหน่วยงาน

ตัวชี้วัดที่ 65 ร้อยละของรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ★

เกณฑ์ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25



กระบวนการนำส่งผลผลิต (Delivery system)

ผลผลิต (Output)

ผลลัพธ์ (Outcome)

ผลกระทบ (Impact)

ปรับปรุงเกณฑ์การ พัฒนา รพ.สต.ติดดาว ปี ๖๑

- ประชุมทบทวนเกณฑ์ (รพ.สต. ชมรม สสจ เขต รพศ. รพท. รพช. กรม สรพ. กยผ. กบรส. กองตรวจฯ ๓ ระดับ ๓ ครั้ง

พัฒนาคณะทำงานทุก ระดับ (ประเทศ เขต จังหวัด อำเภอ)

- ปรับคณะทำงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
- อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต. ติดดาวระดับเขต(ครูก) จำนวน ๒ ครั้งต่อปี
- อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับจังหวัด
- บูรณาการคณะทำงานปฐมภูมิระดับเขต

สื่อสาร ประชาสัมพันธ์

- ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (Kickoff) ระดับประเทศ
- จัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ปี ๖๑

พัฒนาระบบ ฐานข้อมูล PCC

- จัดทำ web base ข้อมูลทรัพยากร หน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลบุคลากร งบประมาณ การจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และผลการพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

- Q๑
- ประชุมชี้แจงนโยบายระดับประเทศ
 - อบรมครู ก ครั้งที่ ๑
 - มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวปี ๖๑
- Q๒
- อบรมครู ก ครั้งที่ ๒
 - อบรมครู ข ทุกเขต อย่างน้อยเขตละ ๑ ครั้ง
 - แต่งตั้งทีมพัฒนา ประเมินระดับจังหวัด ๑ ทีม อำเภอ ๑ ทีม
- Q๓
- ประเมินตนเองและพัฒนา รพ.สต. ร้อยละ ๑๐๐
- Q๔
- ประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระดับอำเภอ จังหวัดและเขต

รพ.สต.ที่ผ่าน
เกณฑ์การ
พัฒนา
คุณภาพ รพ.
สต.ติดดาว
สะสมร้อยละ
๒๕
(๒๕๖๐=๑๐
แห่ง
(๒๕๖๑=๒๐
แห่ง)

พัฒนา
คุณภาพหน่วย
บริการปฐมภูมิ

กองยุทธศาสตร์และ
แผนงาน

การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

- รพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเอง (ยกเว้น รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ 60) 2./3. คณะทำงานระดับอำเภอ จังหวัดประเมิน 4. คณะทำงานระดับเขตประเมินเพื่อหาต้นแบบ
- มองรางวัล รพ.สต. ต้นแบบ

กรอบการดำเนินงานปี 2561

อำเภอ	จำนวน รพ. สต.(รวมPCU, ศสช.สอน.)	จำนวน รพ.สต.ที่ ผ่านเกณฑ์ รพ. สต. 5 ดาวแล้วใน ปี2560	จำนวน รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์	จำนวน รพ.สต. เป้าหมายที่จะพัฒนาให้ ผ่านเกณฑ์ในปี 2561 (ร้อยละ25)
1.เมือง	19	2	17	5 แห่ง (CUP ตั้งเป้าหมายภาพรวมให้ผ่าน เกณฑ์ 50%)
2.บางบ่อ	14	1	13	3 แห่ง (สร้างโรค/บางเพรียง/คลองด่าน ม.13)
3.บางพลี	8	1	7	3 แห่ง (วัดสลุด/ราชาเทวะ/บัวเกราะ)
4.พระประแดง	16	2	14	4 แห่ง (สำโรง/สำโรงกลาง/สำโรงใต้/บางยอ)
5.พระสมุทรเจดีย์	10	3	7	3 แห่ง (นาเกลือ/ขุนสมุทรไทย/คลองทะเล)
6.บางเสาธง	7	1	6	2 แห่ง (กัลปพฤกษ์/เสาธงกลาง)
รวม	74	10	64	20 แห่ง

ตัวชี้วัดที่ 72. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

(ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 6)

สถานการณ์

Org	Risk Scoring			
	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 พ.ย.60
สมุทรปราการ	0	0	2	0
บางบ่อ	0	2	1	0
บางพลี	0	0	0	0
บางจาก	0	1	0	0
พระสมุทรเจดีย์ฯ	0	1	0	0
บางเสาธง	0	0	0	0

จุดเด่น

- 1.ความเข้มแข็งเครือข่ายนักบัญชี (สร้างความรู้ ความเข้าใจ หาแนวทางร่วมกันในการจัดทำบัญชีอย่างต่อเนื่อง)
- 2.ความสามารถในการบริหารลูกหนี้ค่ารักษาระหว่างกันภายในจังหวัด (ทุกสิทธิ) มีประสิทธิภาพ (ระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยการเรียกเก็บ ≈ 30 วัน เกณฑ์ ≤ 90 วัน)
3. มีแผนพัฒนาศักยภาพผู้บริหารและผูปฏิบัติระดับจังหวัด/เขต/กระทรวง

ปัญหาอุปสรรค

1. อัตรากำลังบุคลากรของนักบัญชีไม่เหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น
2. Turn Over บุคลากรทางบัญชี
3. ความซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงของวิธีการรับเงิน UC

สิ่งที่ควรพัฒนา

1. พัฒนาโปรแกรม/ระบบสารสนเทศ สำหรับวิเคราะห์และบริหารจัดการข้อมูลทางบัญชีที่มีความซับซ้อน
2. การวิเคราะห์และการนำเสนอตัวเลขทางการบัญชีที่เหมาะสมสำหรับผู้บริหาร

ค่าเป้าหมาย (Small success)

3 เดือน

ผลการดำเนินงาน

หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติการเงิน ระดับ 7	ร้อยละ 100



ขอบคุณครับ
แล้วพบกันใหม่รอบ 2