

คณะ 3

PEOPLE EXCELLENCE

สรุปการตรวจราชการ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐
เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัดสมุทรปราการ
วันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

รายชื่อผู้นิเทศ

๑. นายจักรกฤษณ์ สุรการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาพระยา
๒. น.ส.ชุตินา บัญพงษ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๓. น.ส. สุนิภา ชินวุฒิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๔. น.ส. นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๕. น.ส. วราภา จันทร์โชติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๖. นางมณฑา กิตติวรารุณี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๗. นายบุญชัย พุทธนิมิตกุล นายช่างเทคนิคอาวุโส

ตัวชี้วัดที่ ๗๒ ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

องค์ประกอบ	ผลการบริหารจัดการ
๑การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคนของจังหวัด	ระดับ๕ มีแผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence และครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขาวิชา(ทุก สายงาน)ทุกระดับบริการ
๒การสร้างความร่วมมือด้านการ ผลิตและพัฒนากำลังคน	ระดับ๕มีความร่วมมือในการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐
๓ การบริหารงบประมาณด้านการ ผลิตและพัฒนากำลังคน	ระดับ๓ บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของ เขตสุขภาพ จำนวนงบประมาณ ๕๒๕,๐๐๐ บาทเบิกจ่าย แล้ว ๔๕๑,๐๐๐ บาทคิดเป็นร้อยละ ๘๕.๕๐

ตัวชี้วัดที่ ๗๒ ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

องค์ประกอบ	ผลการบริหารจัดการ
๔ การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	ระดับ๑ เป้าหมายพัฒนาบุคลากร ๖๗๕ คน บุคลากรได้รับการพัฒนา ๒๓๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๗๖
๕ การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัด	ระดับ๕ ไม่พบข้อร้องเรียน เรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของจังหวัด

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง

- แผนพัฒนาบุคลากรยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับ Service Plan ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก Service Plan หลายสาขายังไม่ระบุความต้องการด้านบุคลากรไว้ให้ชัดเจนควรให้กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับ Service Plan

ข้อเสนอแนะ

- ◎ จังหวัดรวบรวมและจัดเก็บจำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาโดยการจัดทำฐานข้อมูลของหน่วยงานการพัฒนาบุคลากรของจังหวัดเพื่อสามารถติดตามการนำผลจากการพัฒนาไปใช้ในการปฏิบัติงาน

สิ่งดีๆที่พบ

- ◎ มีระบบการคัดเลือกบุคคลไปพัฒนาที่ชัดเจน ผู้บริหารใช้เกณฑ์การคัดเลือกและเหตุผลในการพิจารณา ที่ชัดเจนและโปร่งใส รวมถึงการจัดลำดับผู้ที่จะไปพัฒนาไว้อย่างชัดเจน
- ◎ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สร้างเครือข่ายและสัมพันธ์ภาพที่ดีกับหน่วยงานในสังกัด จึงเกิดความร่วมมือ ในการให้ข้อมูลด้านการพัฒนาบุคลากร และการใช้ระเบียบต่างๆ

ตัวชี้วัด 74 Happy work life index, Core value MOPH

ขั้นตอนการดำเนินการ	ผลการบริหารจัดการ
1.การชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน	- ดำเนินการแล้ว - อยู่ระหว่างเตรียมประกวดสื่อประชาสัมพันธ์ MOPH
2.การสำรวจความสุขของการ ทำงาน/MOPH	อยู่ระหว่างรอแบบฯจากกระทรวง โดยมีการศึกษาวิธีสำรวจโดยแบบฯอื่นๆ
3.การวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล	
4.การจัดทำแผนพัฒนาความสุข/สร้างค่านิยม	
5.การใช้แผนดำเนินการ/สร้างค่านิยม	

สิ่งดีๆที่พบ

- มีการศึกษาวิธีการประเมินความสุขโดยใช้เครื่องมือ **Happinometer** และ **Happy 8**
- พื้นที่ได้มีการกำหนดให้บุคลากรเขียนพฤติกรรมที่แสดงค่านิยม **MOPH** ของตนเอง

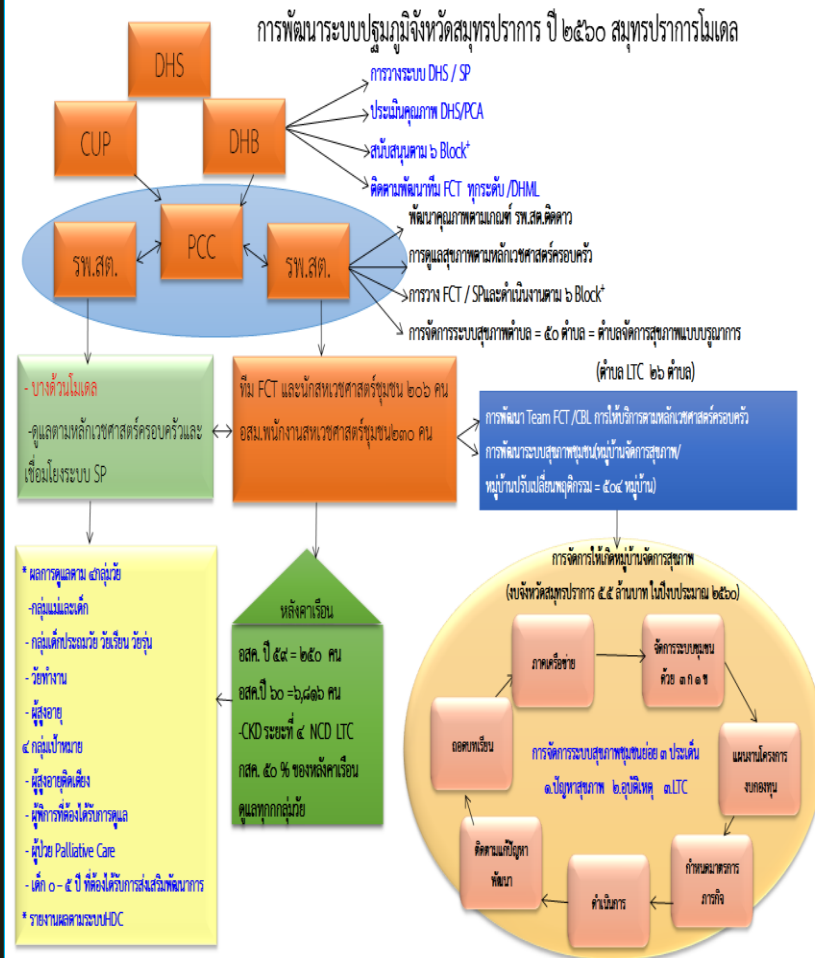
ตัวชี้วัด 78 ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 50

ปี 2560	ผลการดำเนินการ
ไตรมาส 1 คัดเลือกและพัฒนาตามเป้าหมาย -	มีการกำหนดจำนวน อสค. ตามที่ได้รับ จัดสรร 6,816 คน -CKD ระดับ 3-4 = 869 คน -LTC ติดบ้าน,ติดเตียง = 2,539 คน - NCD ควบคุมระดับน้ำตาล,ความดันไม่ได้ = 3,408 คน
ไตรมาส 2 คัดเลือกและพัฒนาตามเป้าหมาย	
ไตรมาส 3 คัดเลือกและพัฒนาตามเป้าหมาย	
ไตรมาส 4 ครอบครัวมีศักยภาพร้อยละ 50	เป้าหมายประเมินศักยภาพในเดือน กค .-สค .60 จำนวน 30% = 2,044 คน ต้องผ่านเกณฑ์ 50% = 1,022 คน

จุดเด่น :

-การขับเคลื่อนงาน อสค.ผ่าน การพัฒนาระบบกฎหมาย สมุทรปราการโมเดล / โครงการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ/ DHS /

การพัฒนาทีมสหเวชศาสตร์ชุมชน,อสม. พนักงานเวชศาสตร์ชุมชน,อสม.นักจัดการ,อสม.เชี่ยวชาญ, อสม.ดีเด่น /CM/CG จะเป็นปัจจัยเสริมหนุนให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ



ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนา อสค.กรณีตัวอย่างการดูแล Case ผู้ป่วยต่างๆของ อสค
- การใช้ปัจจัยหนุนเสริม ต่อยอดงานการขับเคลื่อน อสค เชิงคุณภาพ

ขั้นตอนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

1. คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค.

ญาติ/ผู้ดูแลจากครอบครัวหรือเพื่อน
บ้านกรณีที่อยู่คนเดียว-CKD 869 คน
-LTC 2,539 คน
-NCDs 3,408 คน

4. เรียนรู้ต่อเนื่อง

รร.อสม./รร.ผู้สูงอายุ/FCT
Application/สื่อออนไลน์/
คู่มือ



2. เรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ

ที่รพ. หรือที่รพ.สต.หรือที่บ้านโดย
FCT/นักสหเวช/อสม.สหเวช

3. ปฐมนิเทศ สร้างเครือข่าย

รพ.สต. /รพ.
รู้จักและเป็นเครือข่าย อสม.
มอบประกาศนียบัตร บัตร อสค.
และขึ้นทะเบียน อสค.

เป้าหมายการดำเนินงาน อสค.ปีงบประมาณ 2560

869 คน

เพิ่มเป็น

6,816 คน

1. ครอบครัวยุโรปโรคไตเรื้อรัง (CKD) จำนวน 869 คน
จากข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข
2. ครอบครัวยุโรปอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จำนวน 2,539 คน
เป้าหมายครอบครัวยุโรปเดียวกับพื้นที่ฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)
ของกรมอนามัย เพื่อเชื่อมโยงส่งต่อการดำเนินงานแบบบูรณาการ
3. ครอบครัวยุโรปโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD) จำนวน 3,408 คน
จากข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข

ครอบครัวยุโรปที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวยุโรปที่มี **อสค.**
และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ชี้แจง/เตรียมความพร้อม
รับนโยบาย/คัดเลือก
อสค.เป้าหมาย 869 คน

ชี้แจง/คัดเลือกและพัฒนา
อสค. เป้าหมาย
(6,816 คน)

คัดเลือกและพัฒนา อสค.
/เตรียมการประเมินฯ

รอบ 12 เดือน

ครอบครัวยุโรปที่มีศักยภาพในการ
ดูแลสุขภาพตนเองได้
ตามเกณฑ์ที่กำหนด 50 %

เป้าหมายการดำเนินงาน อสค.จังหวัดสมุทรปราการ ปี ๒๕๖๐

อำเภอ	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)			รวมรายอำเภอ
	CKD	LTC	NCD	
เมืองสมุทรปราการ	432	1,033	1,150	2,615
บางบ่อ	97	270	300	667
บางพลี	148	468	498	1,114
พระประแดง	86	513	720	1,319
พระสมุทรเจดีย์	97	150	640	887
บางเสาธง	9	105	100	214
รวม	869	2,539	3,408	6,816

เป้าหมายการสู่ประเมิณศักยภาพ

(สู่ประเมิณครอบครัวยของ อสค. ร้อยละ ๓๐ ในไตรมาส ๔ :เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๐)

อำเภอ	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)			รวมรายอำเภอ
	CKD	LTC	NCD	
เมืองสมุทรปราการ	129	309	345	783
บางบ่อ	29	81	90	200
บางพลี	45	140	149	334
พระประแดง	26	154	216	396
พระสมุทรเจดีย์	29	45	192	266
บางเสาธง	3	32	30	65
รวม	261	761	1,022	2,044

ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด : ครอบครัวที่มี อสค.ทำ
หน้าที่ ดูแลสุขภาพและสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง

ผู้ประเมินศักยภาพในเดือน กค.-สค. 60

จำนวน 30% = 2,044 คน

ต้องผ่านเกณฑ์ 50% = 1,022 คน

คัดเลือกและพัฒนา อสค. = 6,816 คน

-CKD ระดับ 3-4 = 869 คน

-LTC ติดบ้าน,ติดเตียง = 2,539 คน

-NCD ควบคุมระดับน้ำตาล,ความดันไม่ได้
=3,408 คน

อยู่ระหว่างดำเนินการ,แล้วเสร็จมิ.ย. 2560

สุขภาพดีอย่างยั่งยืน

ประชาชนจัดการสุขภาพตนเอง

เจ้าหน้าที่มีความสุข

ระบบสุขภาพยั่งยืน

อสค

สุขภาพเป็นของเรา

เสริมสร้างศักยภาพการ

ดูแลตนเองในระดับ

ครอบครัว

คณะที่ 4 การบริหารจัดการ

จำนวนตัวชี้วัด

01 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ผ่าน

02 การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีจริยธรรม

ไม่ผ่าน

03 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผ่าน

04 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

ผ่าน

05 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์

ผ่าน

06 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ไม่ผ่าน

01 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA



ประเด็นการตรวจราชการ

แผนงานที่ ๑๒ ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ตัวชี้วัดที่ ๗๙ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		จังหวัด ๑	อำเภอ ๑	อำเภอ ๑	รพช. ๑	รพช. ๑	รวม
หน่วยงานมีการดำเนินการตามข้อ คำถามการประเมินใช้หลักฐานเชิง ประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment) ข้อ EB๔ – Eb๖	เป้าหมาย	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	๕

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่ยบรรลุเป้าหมาย)

- ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและมีการประกาศแสดงเจตจำนงสุจริต ในการบริหารงาน
หน่วยงานทุกระดับแล้ว
- มีผู้รับผิดชอบดำเนินการและประสานงานชัดเจน

02 การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีจริยธรรม



การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา (ข้อมูล ตค. – ธค. 2559)

มูลค่าการจัดซื้อยาร่วมและเวชภัณฑ์ฯ ภาพรวมของจังหวัด

- จัดซื้อร่วมของยา 7,514,700 บาท
- วัสดุการแพทย์ 5,832,836 บาท
- วัสดุวิทยาศาสตร์ 4,139,212 บาท
- วัสดุอิเล็กทรอนิกส์ - บาท

รวม 18,287,014 บาท

มูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน

(เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาทั้งหมด)
(จากมูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด 174,963,321 บาท)

คิดเป็นร้อยละ 10.45 ไม่มีรพ.ใดที่ทำได้ตามเป้าหมาย



การดำเนินงาน

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ในทุกระดับ
2. มีการจัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของรพ.ในจังหวัดที่มีความสอดคล้องและลดหลั่นกันตามระดับของรพ.
3. มีแผนจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ที่ได้รับการอนุมัติจาก นพ.สสจ.
4. มีการดำเนินการจัดซื้อถูกต้องตามระเบียบฯพัสดุ
5. มีการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ร่วมระดับจังหวัด
6. มีแผนการสำรองร่วมกันโดยกำหนดเกณฑ์อัตราการสำรองยาของรพศ.ไม่เกิน1.2ด.รพช.ไม่เกิน 2 เดือน และใช้ระบบการสนับสนุนกันภายในจังหวัด
7. มีการดำเนินการตามระเบียบว่าด้วยการบริหารจัดการการจัดซื้อยาฯ เน้นความโปร่งใสและตรวจสอบได้



การเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉิน

การปฏิบัติการฉุกเฉิน ของชุด ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน	จำนวน	ร้อยละ (เป้าหมาย 25)
ผ่านเป้าหมาย	3,587	26.84

ปัญหาและอุปสรรค

การครอบคลุม และการกระจายของชุดปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัด
(บางจุดไม่มีการให้บริการ, ปัญหาจราจรในหลายพื้นที่)



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
National Institute for Emergency Medicine



ข้อเสนอแนะ

- จัดทำแผนที่ชุดปฏิบัติการ เพื่อทราบว่าพื้นที่ไหนเป็นยังไม่ได้ดำเนินการหรือประชาชนเข้าถึงบริการล่าช้า
- ให้หารือและขอสนับสนุนจากท้องถิ่นจังหวัดในการชี้แจงและกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ เสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัด
- ประสานและส่งเสริมสนับสนุนให้ อบจ. เข้ามาดำเนินการการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

04 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
ไม่เกินร้อยละ 8

ประเด็นการตรวจราชการ

1. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรที่เพียงพอต่อการให้บริการ มีรายได้ไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย
2. ประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน โดยใช้ดัชนี 7 ตัว (7 Plus)
3. การบริหารจัดการกำกับแผนการเงินการคลังด้วยแผนทางการเงิน PlanFin Management
4. การประเมินกระบวนการทำงาน FAI
5. การตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง/คะแนนคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์
6. มีเครือข่ายด้านการเงินการคลังและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร



ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 8 ผลการดำเนินการ

การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการจังหวัดสมุทรปราการ
ในไตรมาสที่ 1/2560 ไม่พบโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติปัญหาทางการเงินระดับ 7

ข้อสังเกต

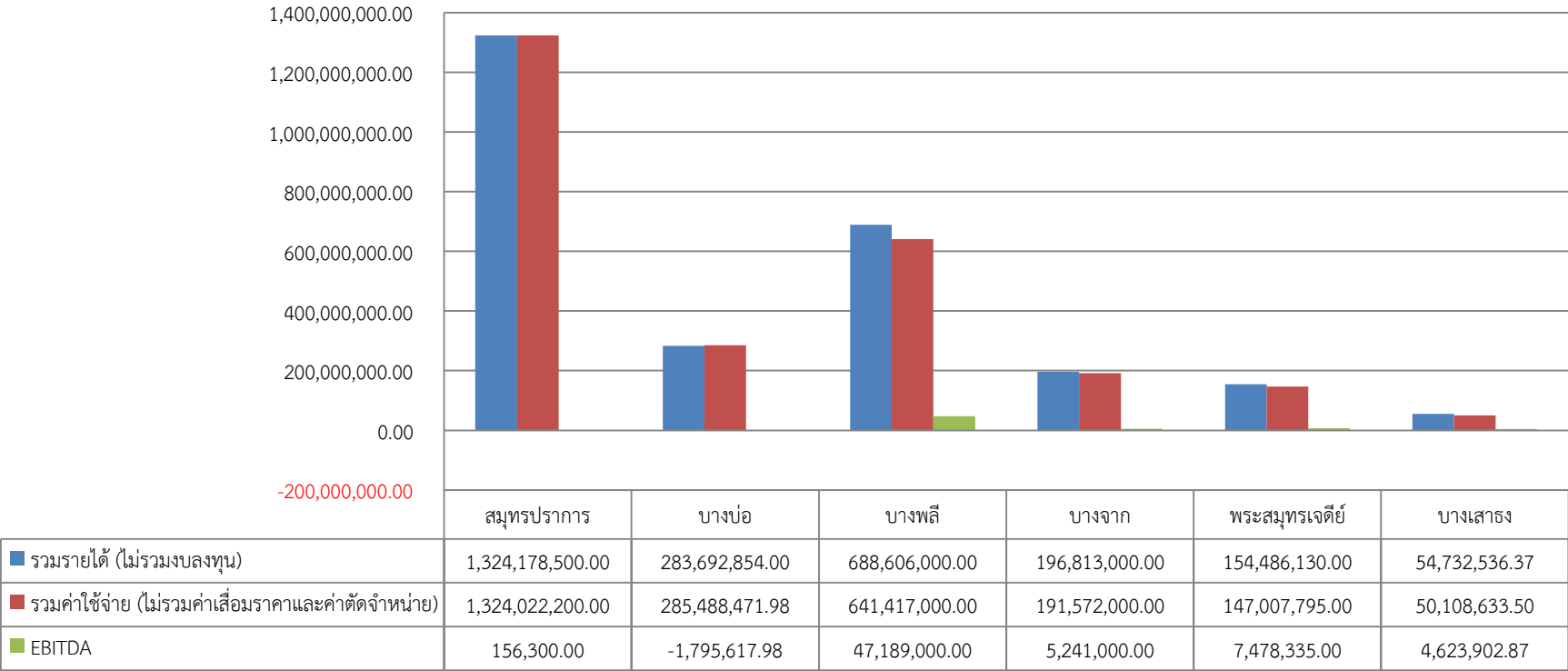
- มีเงิน OP/PP ของ UC โอนมา 50% ในช่วงไตรมาส 1/2560 และรับรู้เป็นรายได้
ทั้งหมด (25/10/2559)
- หน่วยบริการไม่ควรมียกระดับวิกฤติ



1. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรที่เพียงพอต่อการให้บริการมีรายได้

ไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย

- 1.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ $\geq$ ค่าใช้จ่าย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
- 1.2 ร้อยละของหน่วยบริการได้รับการจัดสรร/ชดเชยเงิน UC ตามเวลาที่กำหนด ร้อยละ 100



ผลการดำเนินงาน

1. แผนทางการเงินปี 2560 มี หน่วยบริการมีรายได้ $\geq$ ค่าใช้จ่าย จำนวน รพ. 5 แห่ง และหน่วยบริการมีรายได้ $<$ ค่าใช้จ่ายจำนวน 1 แห่ง
2. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC ตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด
3. รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน

2. ประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน โดยใช้ดัชนี 7 ตัว (7 Plus)

เกณฑ์การวัด : ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน > 4 ตัว จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว $\geq$ **ร้อยละ 50**

ผลการดำเนินงาน ไตรมาสที่ 1/2560 (ระดับ B ขึ้นไป)

ลำดับ	หน่วยบริการ	Current Ratio	Quick Ratio	Cash	NWC	Net Income	Risk Scoring	7 Plus Efficiency Score
				Ratio	(ล้านบาท)	(ล้านบาท)		
1	รพ.สมุทรปราการ	1.73	1.63	1.24	314.17	92.18	0	0B
2	รพ.บางบ่อ	<u>1.4</u>	1.26	1.01	53.41	6.90	1	1B
3	รพ.บางพลี	2.24	2.18	1.88	260.14	35.64	0	0B
4	รพ.บางจาก	2.37	2.27	2.12	75.11	29.73	0	0A-
5	รพ.พระสมุทรเจดีย์ฯ	<u>1.19</u>	1.14	1.08	17.05	0.27	1	1B
6	รพ.บางเสาธง	6.44	6.23	6.23	87.85	25.82	0	0B

สิ่งที่ดีที่พบ

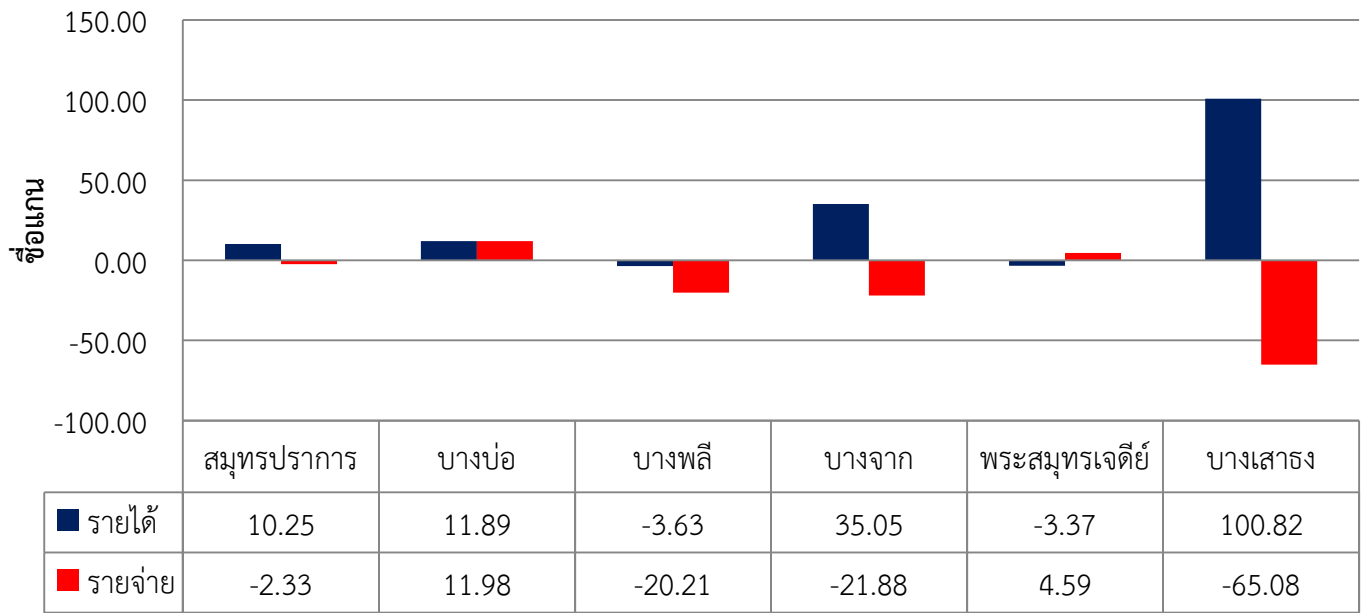
หน่วยบริการทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง โดยมีระดับ B ขึ้นไป ทุกแห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100

3.การบริหารติดตามกำกับแผนการเงินการคลังด้วยแผนทางการเงิน Plan Fin Management

- 3.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) เป็นไปตามนโยบาย มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100
- 3.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผน ≤ร้อยละ 5)

ผลการดำเนินงาน

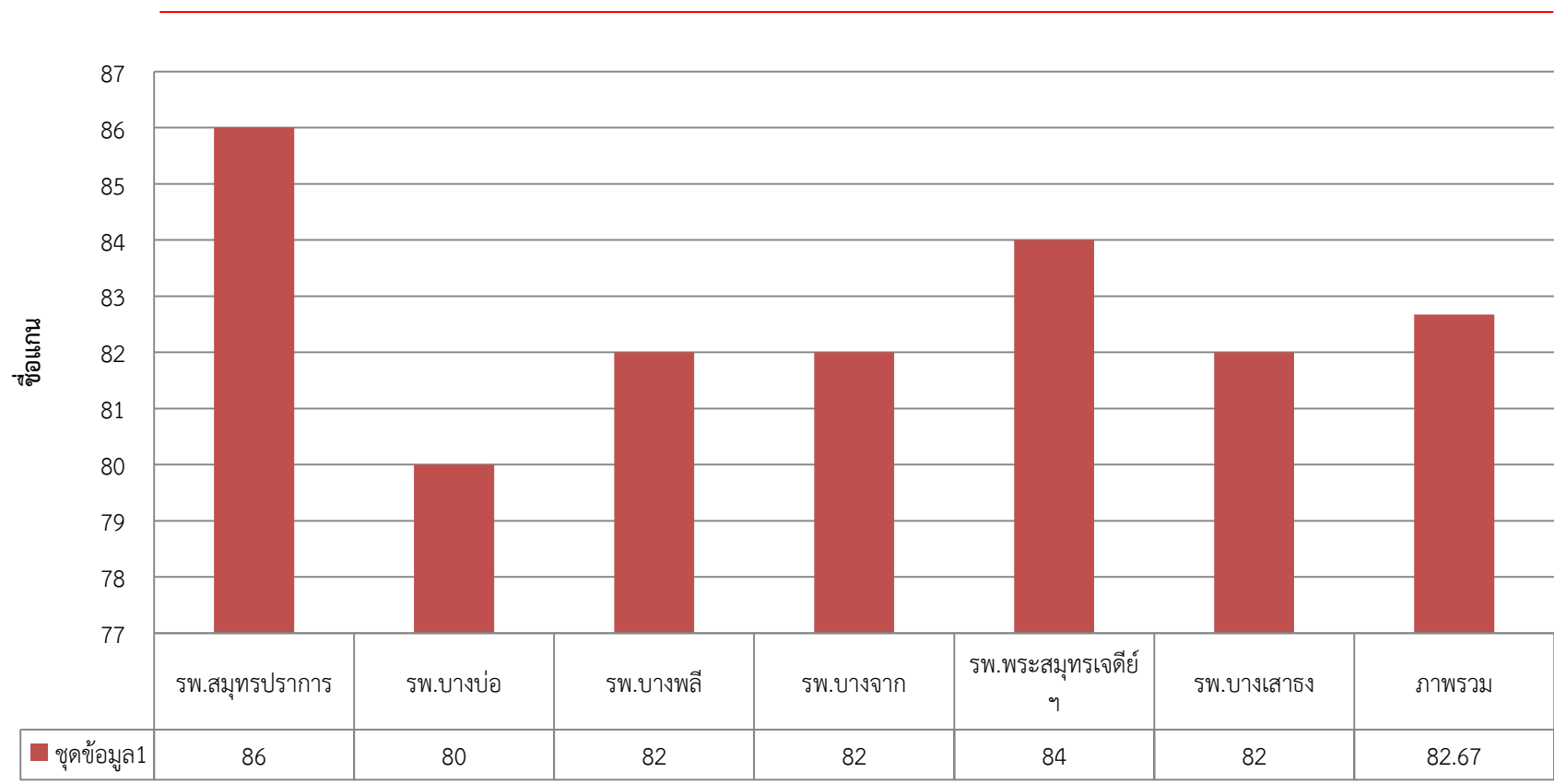
- 1. มีแผนทางการเงินมีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด
- 2. ผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ5 มีผ่านจำนวน 1 แห่ง คือ รพ.พระสมุทรเจดีย์



- 1. ข้อสังเกต : การรับรู้เงิน UC ที่โอนมาเป็นรายได้ทั้งหมด ทำให้รายได้มากกว่าแผน Plan Fin ที่จัดทำ ในส่วนที่ได้ต่ำเกิดจากการตั้งแผน Planfin ที่ไม่เหมาะสม ต้องมีการปรับแผนให้เหมาะสม
- ข้อเสนอแนะ : การเฝ้าระวังสถานการณ์และการใช้ Plan Fin ควรแบ่งการรับรู้เงิน UC เป็นรายเดือน ประเมิน PlanFin ด้วยการกำกับรายได้ รายจ่าย รายหมวด หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน ทบทวนปรับปรุง การวางระบบกำกับ ทำแผนปรับประสิทธิภาพ

4.การประเมินกระบวนการทำงาน FAI ข้อมูล ไตรมาสที่ 1 / 2560

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของหน่วยบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนน FAI >90 $\geq$ ร้อยละ 75



ผลการดำเนินงาน

การประเมินค่าเฉลี่ยคะแนน FAI ไม่ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง



5.การตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง/คะแนนคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์

5.1 ร้อยละของหน่วยบริการ มีคะแนนคุณภาพบัญชี (ตรวจสอบบัญชีด้วยวิธีอิเล็กทรอนิกส์) มีความถูกต้อง $\geq$ ร้อยละ 85

5.2 ร้อยละของหน่วยบริการได้รับการตรวจและมีคะแนนคุณภาพบัญชีตามเกณฑ์ที่กระทรวง/เขต กำหนด $\geq$ ร้อยละ 80

ผลการดำเนินงาน

ตารางคะแนนคุณภาพระบบบัญชีและคุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้างของหน่วยบริการด้วยการตรวจทางอิเล็กทรอนิกส์
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

หน่วยบริการ	คุณภาพ ระบบบัญชี	คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง		
		ตุลาคม 2559	พฤศจิกายน 2559	ธันวาคม 2559
รพ.สมุทรปราการ	B (77.78)	100	100	100
รพ.บางบ่อ	B (77.70)	100	100	100
รพ.บางพลี	A (84.27)	100	100	100
รพ.บางจาก	A (84.09)	100	100	100
รพ.พระสมุทรเจดีย์ฯ	B (72.91)	100	100	100
รพ.บางเสาธง		100	95	95

ข้อเสนอแนะ : ควรพัฒนาคุณภาพระบบบัญชี จาก B ให้เป็นระดับ A ขึ้นไป



6 มีเครือข่ายด้านการเงินการคลังและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

6.1 จำนวนเครือข่ายการเงินการคลังทุกระดับ

6.2 ร้อยละของ CFO ระดับเขต ผ่านการอบรมตามหลักสูตร ร้อยละ 80

6.3 ร้อยละของผู้ตรวจสอบบัญชี (Accounting Audit) ผ่านการอบรมตามหลักสูตร ร้อยละ 80

ผลการดำเนินงาน

1.มีเครือข่ายด้านการเงินการคลัง

มีคณะทำงานบริหารการเงินการคลัง (CFO)ระดับจังหวัดและอำเภอและมีการประชุมทุกเดือนและทุกไตรมาส

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

- 1) การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพคณะทำงานเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังหน่วยบริการและนักบัญชีทุกระดับ (วันที่ 27 - 28 ตุลาคม 2559)
- 2) จัดอบรมการบันทึกบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาล (วันที่ 19 - 20 พฤศจิกายน 2559)
- 3) จัดอบรมการบันทึกโปรแกรมบัญชีเกณฑ์คงค้างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (วันที่ 22 ธันวาคม 2559)

ข้อเสนอแนะ

- 1.มีการพัฒนาศักยภาพนักบัญชี มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีระบบพี่เลี้ยงให้กับนักบัญชีใหม่
- 2.จัดทำกรอบอัตรากำลังในส่วนของนักบัญชีในหน่วยบริการ และการสร้างขวัญและกำลังใจ
- 3.ควรมีการประเมินคุณภาพระบบบัญชี รพ.บางเสาธง เพื่อการพัฒนา



05 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์

แผนงานที่ 15

การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการดำเนินงาน จังหวัดสมุทรปราการ

ผลสำเร็จตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1. ร้อยละของงานวิจัย /R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ (ร้อยละ 20)	20 เรื่อง	10 เรื่อง	50
2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย (อย่างน้อย จังหวัดละ 1 คน)	1	-ผ่านการอบรมหลักสูตร R2R Facilitator ระยะสั้น 13 คน -หลักสูตร R2R Facilitator Advanced Course จะเข้าอบรมในวันที่ 1-3 มีนาคม 2560	100
3. ผลงานวิจัย /R2R ด้านสุขภาพ อย่างน้อย 5 เรื่อง / จังหวัด	6 เรื่อง	อยู่ระหว่างดำเนินการ	

ผลการดำเนินงาน จังหวัดสมุทรปราการ

ผลสำเร็จตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
4. หน่วยงานที่มีคณะกรรมการจริยธรรมได้จัดทำ SOPs	2	1	50
5. จังหวัดรวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัย/R2R เพื่อจัดทำฐานข้อมูล	20	10	50

สรุปผลสำเร็จตามตัวชี้วัดย่อย 5 ตัวชี้วัด

- ผ่านเกณฑ์ 4 ตัวชี้วัด (80%)
- อยู่ระหว่างดำเนินการ 1 ตัวชี้วัด (20%)



จุดเด่น

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายในขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม
 - 1.1 ด้านโครงสร้าง : มีการตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพในระดับจังหวัด ทั้งด้านจริยธรรม และทีมพัฒนาด้านวิจัย
 - 1.2 ด้านงบประมาณ มีการสนับสนุนงบประมาณ สำหรับงานวิจัย ร้อยละ 4.13
2. กระบวนการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดผลในการปฏิบัติ มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านงานวิจัย
3. การนำไปใช้ประโยชน์ มีการจัดเวทีนำเสนอและคัดเลือกผลงานเด่นทั้งระดับ คปสอ. และระดับจังหวัดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ในระดับจังหวัด ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลงานวิจัย (ปทานานุกรมงานวิจัย) ทั้งในส่วนงานวิจัยของจังหวัดและผลงานวิจัยที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

06 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ

คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ มีความครบถ้วนถูกต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ผลการดำเนินงาน



1) คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (ill defined < 25%)

ข้อมูลพื้นฐาน(Baseline data) ระดับจังหวัด		
คนตาย (คน)	การให้ข้อมูลการตาย ที่ไม่ทราบสาเหตุ (คน)	คิดเป็น ร้อยละ
7,374	1,987	26.95

1. มีการจัดอบรมการบันทึกสาเหตุการตายให้แพทย์ใช้ทุนจบใหม่
2. จัดอบรมฟื้นฟูการบันทึกสาเหตุการตายให้กับแพทย์ที่ทำงานอยู่เดิมในโรงพยาบาล
3. จัดอบรมฟื้นฟูการบันทึกสาเหตุการตายสำหรับนายทะเบียนในกรณีการตายนอกสถานพยาบาล

06 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ผลการดำเนินงาน

2) คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนการบันทึกข้อมูลและการวินิจฉัยมีความครบถ้วนถูกต้อง > 75 %

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ส่วนที่ ๑

คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย

ส่วนที่ ๒ คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ

- ๑ คุณภาพข้อมูล I
- ๒ คุณภาพข้อมูล OPD

กลไกการขับเคลื่อน

ทีมพัฒนาคุณภาพข้อมูล
ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
(ตามแนวทางของ สนย.)

คณะทำงานพัฒนารูปแบบ
การบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ
จังหวัดสมุทรปราการ

ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน
ไม่บรรลุเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

บุคลากรผู้รับผิดชอบงานมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ทำให้การเรียนรู้ และความเข้าใจในการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง รวมทั้ง แพทย์ พยาบาล และนายทะเบียนที่ปฏิบัติงานยังขาดความรู้ ความเข้าใจ

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการบันทึกสาเหตุการตาย และบันทึกเวชระเบียน ฟื้นฟูเป็นประจำทุกปี โดย จัดหาวิทยากรผู้เชี่ยวชาญบรรยายให้ความรู้ ทั้งนี้ เนื่องจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญมีจำนวนน้อย ซึ่งกระทรวงควรพัฒนาบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และเป็นที่ปรึกษาให้มากขึ้น



ขอบคุณค่ะ

แนวทางในการกำกับและติดตาม

ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงิน 7 Plus Efficiency Score

ประเภทตัวชี้วัดประสิทธิภาพ	เกณฑ์ประเมิน	แนวทางกำกับ
๑. ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)	ประสิทธิภาพการทำการกำไร Operating Margin $\geq$ ค่ากลาง	1. ประเมิน PlanFin ดูการกำกับรายได้ รายจ่าย รายหมวด 2. หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน ทบทวนปรับปรุง 3. การวางระบบกำกับ ทำแผนปรับประสิทธิภาพ
๒. อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ Return on Asset $\geq$ ค่ากลาง	1. การใช้สินทรัพย์เต็มให้สร้างมูลค่า เพิ่ม Productivity 2. การลงทุนสินทรัพย์ใหม่ๆ ต้องศึกษา Feasibility 3. จัดลำดับแผนในการลงทุน
๓. ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้ำกลุ่มบริการ (ค้ำยา เวชภัณฑ์มีใช้ ยาย) (Average payment Period)	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้ำกลุ่มบริการ(ค้ำยา เวชภัณฑ์มีใช้ ยาย) (Average payment Period) การค้ำกลุ่มบริการ	1. มีแผนบริหารเจ้าหนี้ 2. ระบบการจ่ายชำระเจ้าหนี้การค้า ก่อน- หลัง 3. ระบบบริหารการสั่งซื้อ การรับรู้หนี้สิน
	ถ้า cash $<$ 0.8 (สภาพคล่องต่ำ) อนุมัติให้ยืดระยะเวลาชำระหนี้ได้ ... ภายใน 180 วัน	
	ถ้า cash $\geq$ 0.8 (สภาพคล่องปกติ) ให้ชำระหนี้ตามรอบเวลา ปกติ ... ภายใน 90 วัน	
๔. ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (Average Collection Period) สปสข.	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ UC (Average Collection Period) ≤ 60	1. มีการจัดตั้งศูนย์เก็บรายได้ 2. มีการเชื่อมโยงข้อมูลลูกหนี้กับบัญชี 3. มี Flow งาน ประกันระยะเวลา ในแต่ละขั้นตอน 4. มีระบบการติดตามหนี้สิน
๕. ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (Average Collection Period) กรมบัญชีกลาง	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ CSMBS (Average Collection Period) ≤ 60	1. มีการจัดตั้งศูนย์เก็บรายได้ 2. มีการเชื่อมโยงข้อมูลลูกหนี้กับบัญชี 3. มี Flow งาน ประกันระยะเวลา ในแต่ละขั้นตอน 4. มีระบบการติดตามหนี้สิน
๖. ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (Average Collection Period) ประกันสังคม	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ SSS (Average Collection Period) ≤ 60	1. มีการจัดตั้งศูนย์เก็บรายได้ 2. มีการเชื่อมโยงข้อมูลลูกหนี้กับบัญชี 3. มี Flow งาน ประกันระยะเวลา ในแต่ละขั้นตอน 4. มีระบบการติดตามหนี้สิน
๗. การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management)	การบริหารสินค้าคงคลัง ยา (Inventory Management) ≤ 60	1. รายงานอัตรากคงคลัง ก่อนจัดซื้อ ระบบควบคุมคลังย่อย 2. ตรวจรับแล้วส่งการเงินใน 3 วัน 3. กำกับ รับรู้หนี้สินระหว่างทางเป็นปัจจุบัน