สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2562

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562

People & Governance Excellence

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2562

คณะ 3 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ : HRH Transformation	ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ตัวชี้วัดที่ 2 จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข
หัวข้อ : Digital Transformation	ตัวชี้วัดที่ 3 เขตสุขภาพดำเนินการ Digital transformation ตัวชี้วัดที่ 4 มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง
หัวข้อ : Financial Management	ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4
หัวข้อ : Quality Organization	ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของ รพ. สังกัด กสธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
หัวข้อ : เขตสุขภาพ	ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ
หัวข้อ : ระบบธรรมาภิบาล	ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กสธ. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ตัวชี้วัดที่ 10 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายในควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

ผลงานรายตัวชี้วัด : คณะ 3 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ลำดับร้อย	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	สรุป
1	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 100	ผ่าน
2	จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข	Happinometer ร้อยละ 70 HPI ร้อยละ 70	Happinometer ร้อยละ 62.80 HPI ร้อยละ 55.34	ไม่ผ่าน
3	เขตสุขภาพดำเนินการ Digital transformation	-60% ของ รพศ./รพท. -35% ของ รพช.	-รพศ/รพท. ร้อยละ 62.71 -รพช. ร้อยละ 50	ผ่าน
4	มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง	PCC นำร่องและทดลองใช้งาน app	1 จังหวัด	ผ่าน
5	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4	≤ ร้อยละ 4	ร้อยละ 1.37	ผ่าน
6	ร้อยละของ รพ. สังกัด กสธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	รพศ. รพท. ร้อยละ 100 รพช. ร้อยละ 90	รพศ. รพท. ร้อยละ 93.75 รพช. ร้อยละ 90.91	ไม่ผ่าน
7	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	สสจ. ร้อยละ 70 สสอ.ร้อยละ 40	สสจ. ร้อยละ 100 สสอ.ร้อยละ 92	ผ่าน
8	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ	-เขต 1 เรื่อง -จังหวัด 7 เรื่อง	-เขต 1 เรื่อง -จังหวัด 7 เรื่อง	ผ่าน
9	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กสธ. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 90	ร้อยละ 60.67	ไม่ผ่าน
10	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายในควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	92.50	ผ่าน

ตัวชี้วัด : 3.1 ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

จังหวัดที่มีประสิทธิภาพฯ 8 จังหวัด / จังหวัดทั้งหมด 8 จังหวัด x100 = ร้อยละ 100 → เขตสุขภาพที่ 6 มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ✓ ผ่านเกณฑ์

จังหวัด	ผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 4 รอบที่ 2/2562 ตามประเด็นการตรวจราชการ 4 ประเด็น								
	1. มีข้อมูล(บุคลากร) (25 คะแนน) ข้อมูลผลการดำเนินงาน ณ 1 ก.ค. 62					2. มีแผนบริหารตำแหน่ง	3. การดำเนินการตามแผน (ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 3) (เฉพาะ ขรก. & พรก.)	4. (บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71)	ผลการประเมิน* รอบ 2 ผ่าน(√) ไม่ผ่าน(x)
	1. ความเป็นปัจจุบัน (ร้อยละ)			2. มีรายงานข้อมูลบุคลากร	3. มีการใช้ประโยชน์				
	ใบประกอบวิชาชีพ (4 คะแนน)	วุฒิในตำแหน่ง (3 คะแนน)	บันทึกคำสั่งเงินเดือนแล้ว (3 คะแนน)	(5 คะแนน)	(10 คะแนน)	(25 คะแนน)	(25 คะแนน)	(25 คะแนน)	
1. จันทบุรี	92.24	99.71	ครบ1/เสนอผู้ว่า1	มี	มี	มี	ร้อยละ 6.18	ร้อยละ 71.01	✓ ผ่าน
2. ฉะเชิงเทรา	80.99	98.11	บริหารวงเงิน 2	มี	มี	มี *	ร้อยละ 7.69	ร้อยละ 68.81	✓ ผ่าน
3. ชลบุรี	79.95	98.40	บริหารวงเงิน 3	มี	มี	มี	ร้อยละ 9.57	ร้อยละ 69.42	✓ ผ่าน
4.ตราด	91.29	96.66	ครบ	มี	มี	มี	ร้อยละ 8.03	ร้อยละ 75.03	✓ ผ่าน
5.ปราจีนบุรี	92.36	98.54	เสนอผู้ว่า2/ บริหารวงเงิน1	มี	มี	มี	ร้อยละ 5.76	ร้อยละ 70.54	✓ ผ่าน
6. ระยอง	89.92	98.39	ครบ	มี	มี	มี	ร้อยละ 7.06	ร้อยละ 70.23	✓ ผ่าน
7. สระแก้ว	91.00	99.59	บริหารวงเงิน3	มี	มี	มี *	ร้อยละ 9.02	ร้อยละ 65.90	✓ ผ่าน
8.สมุทรปราการ	57.67	97.69	ครบ	มี	มี	มี *	ร้อยละ 8.31	ร้อยละ 73.10	✓ ผ่าน
							ร้อยละ 7.81 (ว่าง 1,482 ตน. /18,985 ตน.)	ร้อยละ 70.13 (18,417 คน/26,260 ตน.)	✓ ผ่าน

*จังหวัดยังไม่ส่งเอกสาร/หลักฐานที่เกี่ยวข้อง I ✓ เสี่ยงที่จะไมบรรลุเป้าหมาย/ไม่ผ่าน

ที่มา : ข้อมูลจากระบบ HROPS และ แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด (ตก.1)

ตัวชี้วัด : 3.1 ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย
≥ ร้อยละ 70

ข้อมูลจากระบบ HROPS

จันทบุรี | ฉะเชิงเทรา | ชลบุรี | ตราด | ปราจีนบุรี | ระยอง | สระแก้ว | สมุทรปราการ
8 จังหวัด

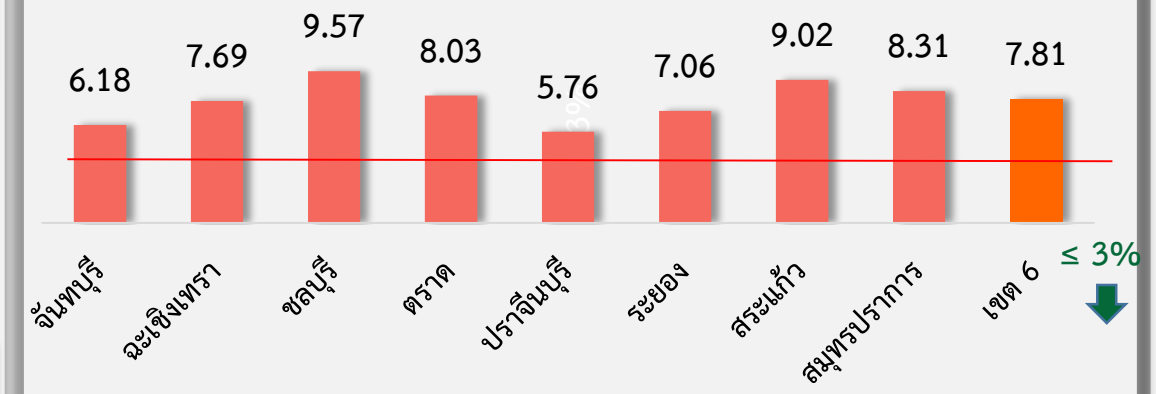
ผ่านเกณฑ์

1. มีข้อมูล

1. ใบประกอบวิชาชีพ 84.16%
2. วุฒิการศึกษา 99.11%
3. คำสั่งเงินเดือน 45.45%
   ตราด ระยอง สมุทรปราการ (ครบ)

3. ร้อยละตำแหน่งว่างคงเหลือ ≤ 3%

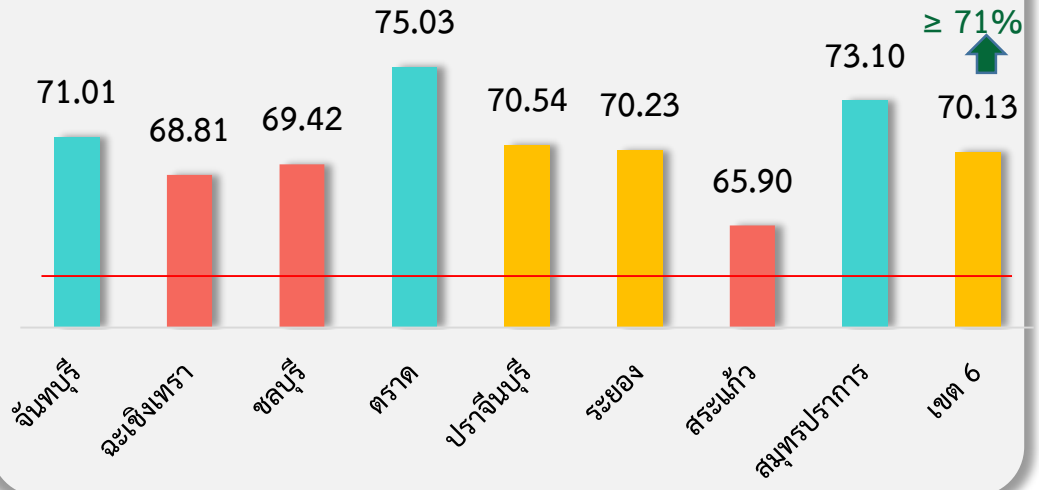
ตำแหน่งว่างคงเหลือ ร้อยละ 7.81
จำนวนตำแหน่งว่าง 1,482 ตำแหน่ง จากตำแหน่งทั้งหมด 18,985 ตำแหน่ง



*จำนวนตำแหน่งว่างรวมอำนาจจังหวัด/เขต/สป

3. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ≥ 71%

บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ร้อยละ 70.13
กรอบอัตรากำลัง 26,260 มีบุคลากรปฏิบัติจริง 18,417 ตน.



ที่มา : แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด (ตก.1)

2. มีแผนบริหารตำแหน่ง

มีแผนบริหารตำแหน่ง และแผนกำลังคนอื่นๆ ทุกจังหวัดอยู่ระหว่างติดตามเอกสาร/หลักฐานจากจังหวัด

วันที่ 6 สิงหาคม 2562

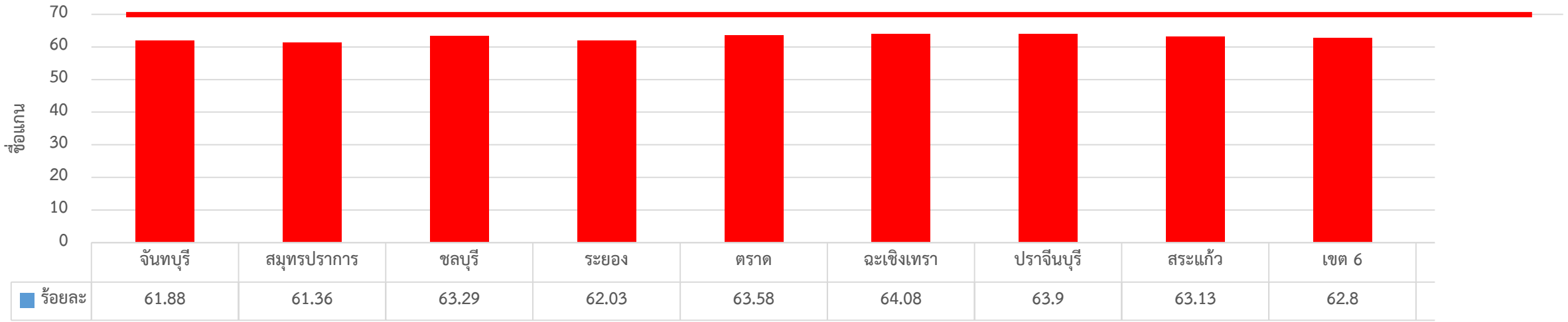
ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. การประมวลผล HROPS ไม่แสดงผลทันที ทำให้ไม่ทราบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึก	การประมวลผลของระบบ HROPS ควรเป็นแบบ Realtime
2. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในระบบ HROPS - การบันทึกข้อมูลวุฒิการศึกษา ใบประกอบวิชาชีพ - การประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล	- จัดทำคู่มือเกี่ยวกับการการบันทึกข้อมูลวุฒิการศึกษา ใบประกอบวิชาชีพ - จัดอบรมให้ความรู้การวิเคราะห์ข้อมูลและการจัดทำรายงาน และการใช้เครื่องมือต่างในการวิเคราะห์ข้อมูล
3. อำนาจในการบริหารตำแหน่งว่าง	มอบอำนาจเพิ่มเติมให้กับเขตสุขภาพ และจังหวัด
4. การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง - การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการขอใช้ตำแหน่งว่าง การขอใช้ตำแหน่งว่าง การปรับปรุงตำแหน่ง ที่อนุมัติโดย สป. ยังมีกระบวนการหลายขั้นตอนใช้เวลานาน	- กำหนดกระบวนการทำงานแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจนขึ้น - ระดับจังหวัด - ระดับเขตสุขภาพ - ระดับ สป. - เขตสุขภาพควรศึกษาปัญหาและกำหนดแนวทางบริหารจัดการร่วมกันกับหน่วยงานที่เป็นเจ้าของตำแหน่ง พร้อมทั้งติดตามการดำเนินการอย่างใกล้ชิดและหากติดปัญหาในการดำเนินการให้มีการสรุปปัญหาเพื่อเสนอผู้บริหาร
5. แผนบริหารตำแหน่งของจังหวัด แผนความก้าวหน้า ยังไม่มีการควบคุมกำกับติดตาม	- จัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องการจัดทำแผน - กำหนดกิจกรรม/ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการ และผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน

ตัวชี้วัดที่ 3.2 : จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

1.ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) เป้าหมาย ร้อยละ 70

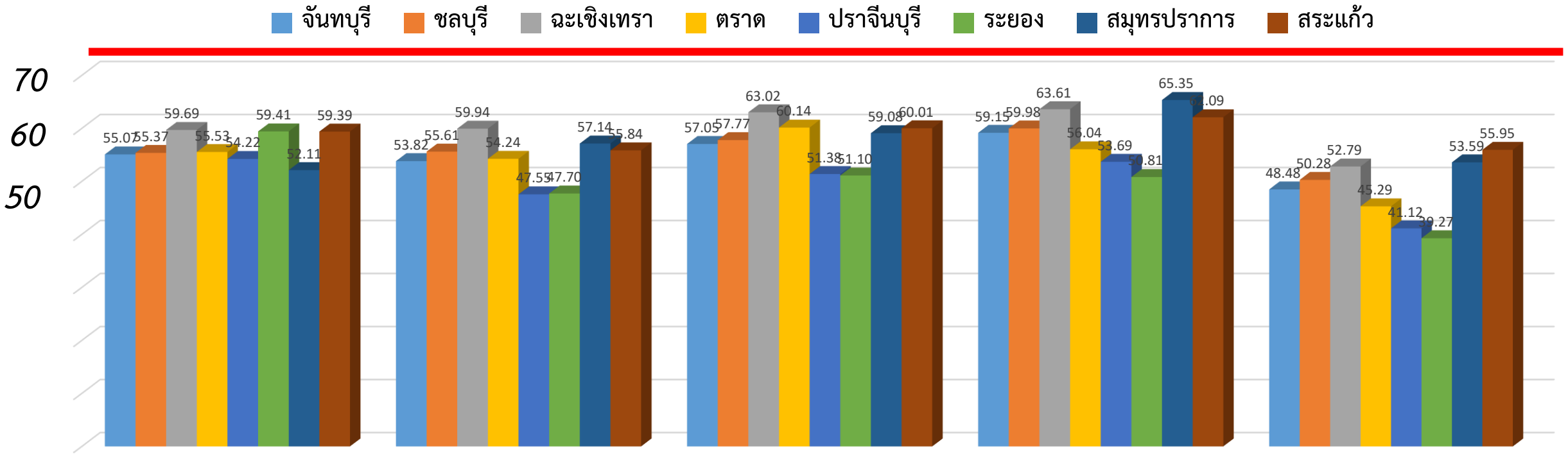
ผลการประเมิน HAPPINOMETER เขตสุขภาพที่ 6



หน่วยงาน	Happy Body	Happy Relax	Happy Heart	Happy Soul	Happy Family	Happy Societ	Happy Brain	Happy Money	Happy Workli	ความสุขโดยเฉลี่ย ๙ มิติ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	67.63	58.08	69.70	71.03	68.60	62.79	67.57	56.80	63.49	65.08
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	65.56	60.96	72.62	71.19	70.04	66.45	68.33	53.97	68.19	66.37
สถานบริการสาธารณสุข	70.00	56.67	70.00	75.00	55.56	76.39	77.78	62.50	80.39	69.36
โรงพยาบาลศูนย์	64.39	52.93	65.26	66.91	58.60	59.04	61.50	54.33	60.35	60.37
โรงพยาบาลทั่วไป	64.18	54.75	67.98	69.85	60.25	61.48	63.30	54.82	61.54	62.02
โรงพยาบาลชุมชน	65.64	55.60	68.13	69.67	62.56	61.97	63.66	55.00	61.99	62.69
ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ.	65.83	58.33	70.09	70.09	65.74	60.65	66.05	52.31	62.42	63.50
ศูนย์วิชาการ	80.00	48.33	65.00	65.00	52.78	52.78	69.44	66.67	52.94	61.44
โรงพยาบาล นอก สป.สธ.	65.00	35.00	65.00	55.00	75.00	45.83	75.00	43.75	44.12	55.97
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	68.05	60.32	73.81	73.38	69.19	66.54	68.88	54.24	67.52	66.88
ผลรวมทั้งหมด	65.52	55.74	68.45	69.68	62.57	62.00	64.13	54.70	62.58	62.82

ตัวชี้วัดที่ 3.2 : จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

2.ร้อยละของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) เป้าหมายร้อยละ 70



ความสำเร็จองค์กรมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคม	ระบบการบริหารและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมในองค์กร	การส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน	บรรยากาศ : ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง	การลงทุน การสนับสนุนทรัพยากรสร้างสุขจากองค์กร

กิจกรรมส่วนใหญ่ที่องค์กรดำเนินงานสร้างสุข

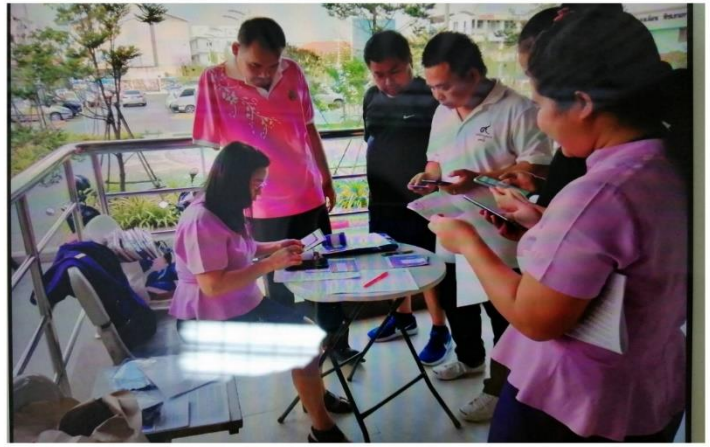
Happy 8	กิจกรรมที่องค์กรดำเนินงาน
Happy Soul	จัดงานตามเทศกาล
Happy Body	กีฬาสามัคคี
Happy Heart	พัฒนาจิตใจ,ทำบุญ
Happy Soul	สร้างความสัมพันธ์
Happy Society,Happy Heart	บำเพ็ญประโยชน์
Happy Society,Happy Soul,Happy Relax	ท่องเที่ยว
Happy Brain	อบรมการดำรงชีวิต

Bright Spot แผนสร้างสุขในองค์กร

อยู่ระหว่างการติดตามผลBright Spot

รพ.บางละมุง/บ้านบึง

นำผลจากการวิเคราะห์ Happinometer พบ บุคลากรภาวะเสี่ยงอ้วน จัดโปรแกรมปรับพฤติกรรม ภายใต้ เป้าหมาย องค์กรไร้พุง



รพ.บางละมุง/รพ.พนัสนิคม

- ส่งเสริมให้บุคลากรนำผลิตภัณฑ์มาฝากขายที่ร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาล
- กิจกรรมออมเงินให้เจ้าหน้าที่

- วิ่งชิงทอง โดยมีหลักเกณฑ์ ลงทะเบียน 200 บาท วันละ 2.5 กม. วิ่งครบ 12 วัน/ต่อเดือน คนขึ้นเวรวิ่งครบ 10 วัน/ต่อเดือน สิ้นเดือนประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์จับรางวัลทองครึ่งสลึง 10 วง ทำไม่ได้ตามเกณฑ์ยึดเงิน 200 บาท

ตัวชี้วัดที่ 3.3 : เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

เป้าหมาย : รพศ./รพท./รพช. สังกัด สป. และ รพ. สังกัด กรม ใน สธ.

เกณฑ์ : ผ่านเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ระดับ 2 ขึ้นไป

เขตสุขภาพที่ 6

ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบ 2	• 100% รพศ./รพท. ทุกแห่งมีบริการระบบคิวในรูปแบบดิจิทัล มีผลสำเร็จของการทดสอบการเปิดช่องทาง API (HIS Gateway) และการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเลคทรอนิกส์ • 50% ของ รพช. และ รพ. สังกัดกรมฯ มีบริการระบบคิวในรูปแบบดิจิทัล มีผลสำเร็จของการทดสอบการเปิดช่องทาง API (HIS Gateway) และการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเลคทรอนิกส์

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	รอบ 2 ข้อมูล 9 เดือน ต.ค.61-มิ.ย.62								
		สมุทรปราการ	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	ภาพรวมเขต
รพศ./รพท./รพช. สังกัด สป. และ รพ. สังกัด กรม ใน สธ. เกณฑ์ : ผ่านเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ระดับ 2 ขึ้นไป	เป้าหมาย ร้อยละ 60 รพศ/รพท	2	2	3	1	1	1	2	2	14
	ผลงานระดับ 2	2	2	3	1	1	1	1	2	13
	อัตรา/ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	50	100	92.85
	เป้าหมาย ร้อยละ 35 รพช	4	10	6	11	6	10	5	8	59
	ผลงานระดับ 2	2	7	6	10	0	3	2	7	37
	อัตรา/ร้อยละ	50	70	100	90.9	0	30	40	87.5	62.71
	เป้าหมาย ร้อยละ 35 รพ.กรมฯ	1	2	-	-	-	-	-	1	4
	ผลงานระดับ 2	0	1	0	0	0	0	0	1	2
	อัตรา/ร้อยละ	0	50	0	0	0	0	0	100	50

9 เดือน

- 60% ของ รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ระดับ2
- 35% ของ รพช. ผ่านเกณฑ์ระดับ2

12 เดือน

- 100% ของ รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ระดับ2
- 50% ของ รพช. ผ่านเกณฑ์ระดับ2
- 50% ของ รพ. สังกัดกรมวิชาการ ผ่านเกณฑ์ระดับ2

เขตสุขภาพที่ 6 มีรพศ./รพท. 14 แห่ง รพช. 59 แห่ง รพ. สังกัดกรมฯ 4 แห่ง รวม 77 แห่ง รพศ./รพท. 92.85% รพช. 62.71% รพ. สังกัดกรมฯ 50% ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 มีระบบดิจิทัลช่วยจัดการคิว 50 แห่ง มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ 75 แห่ง โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ระหว่างดำเนินการติดตั้งทดสอบการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่าน HIS Gateway กับ Server ส่วนกลาง Data Center กระทรวงสาธารณสุข

Key Risk Area/
Key Risk Factor

เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดตัวชี้วัด ตามที่ ศทส. ส่งหนังสือแจ้งขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดฯ ไปยัง กยผ. (ที่ สธ 0212.05/2024 ลงวันที่ 23 พ.ค.62) จึงส่งผลให้การเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน HIS Gateway โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 ล่าช้า โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ระหว่างติดตั้งทดสอบโปรแกรมเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน HIS Gateway กับ Server กลางที่ Data Center กระทรวงสาธารณสุข รายชื่อ รพ.มีผล Test HIS Gateway ผ่าน ณ วันที่ 2 ส.ค.62 เวลา 16.20 น. ข้อมูลจาก ศทส. มีดังนี้

ชื่อจังหวัด	ประเภท	ชื่อ
ชลบุรี	รพท	โรงพยาบาลบางละมุง
ระยอง	รพศ	โรงพยาบาลระยอง
ระยอง	รพท	โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ
ระยอง	รพท	โรงพยาบาลแกลง
ฉะเชิงเทรา	รพศ	โรงพยาบาลพุทธโสธร

ชื่อจังหวัด	ประเภท	ชื่อ
สมุทรปราการ	รพช	โรงพยาบาลบางจาก
ชลบุรี	รพช	โรงพยาบาลหนองใหญ่
ระยอง	รพช	โรงพยาบาลนิคมพัฒนา
ระยอง	รพช	โรงพยาบาลบ้านค่าย
จันทบุรี	รพช	โรงพยาบาลนายายอาม
จันทบุรี	รพช	โรงพยาบาลแก่งหางแมว
จันทบรี	รพช	โรงพยาบาลสองพี่น้อง
ฉะเชิงเทรา	รพช	โรงพยาบาลบ้านโพธิ์
ปราจีนบุรี	รพช	โรงพยาบาลบ้านสร้าง
สระแก้ว	รพช	โรงพยาบาลวัฒนานคร

ปัญหา/อุปสรรค /
ข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
1. บุคลากรผู้ดูแลระบบขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้งานโปรแกรมและระบบ 2. บุคลากรผู้ดูแลระบบมีจำนวนน้อยและขาดความชำนาญ 3. บุคลากรผู้ใช้ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้งานโปรแกรม 4. ขาดงบประมาณในการสนับสนุนในการซื้ออุปกรณ์พัฒนาระบบและพัฒนาโปรแกรม	1.พัฒนาบุคลากรผู้ดูแลระบบ 2.เพิ่มบุคลากรผู้ดูแลระบบให้เหมาะสมกับปริมาณงาน 3.จัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงาน

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

เขตสุขภาพที่ 6

จังหวัดสมุทรปราการ

Block chain พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพในโรงพยาบาลสมุทรปราการด้วยเทคโนโลยี Block chain เพื่อความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูล

LEAN โรงพยาบาลสมุทรปราการนำระบบ LEAN มาใช้ในการบริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพสูง

RFID Tracking การใช้ RFID (Radio Frequency Identification) ในการนำข้อมูลที่ได้จากการติดตามมาใช้ในการบริหารจัดการ ในการใช้ RFID ติดตาม ผู้ป่วย เครื่องมือแพทย์ และพนักงานเปลเก็บข้อมูลการเคลื่อนไหว ผู้ป่วย บุคลากร และอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เพื่อนำไปวิเคราะห์ ประสิทธิภาพการให้บริการ และพัฒนาระบบจัดการบริหารเครื่องมือแพทย์

PaperlessvIn-Process มีการใช้กระดาษในระบบให้น้อยที่สุด การพิมพ์เอกสารจะทำเฉพาะที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้รับบริการ โดยเปลี่ยนการบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันไม่ทำย้อนหลัง (Real time Data) และสร้างความตระหนักให้กับการบันทึกข้อมูลให้มีคุณภาพในครั้งแรก (First Time quality) ไม่พิมพ์เอกสารมาเพื่อสแกนเก็บ

“บางด้วนโมเดล” นำข้อมูลที่ได้สู่การปรับระบบ ในสถานพยาบาล ระยะ “แรก” * ใช้เป็นระบบ EMR * เป็นระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย * Claim ค่าใช้จ่ายระหว่างแม่ข่าย เริ่มจาก“Blockchain GateWay”จังหวัดสมุทรปราการ การบันทึกข้อมูลในระบบปกติ ข้อมูลจะ Refer ทันที นำสู่ระบบเยี่ยมบ้าน “HHC-KSK” คัดกรองพัฒนาการเด็กที่บ้านได้เอง โดยผ่าน...แอปพลิเคชั่น Line@ สามารถประเมินได้ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูที่ดูแลเด็กในชั้นอนุบาลหรือศูนย์เด็กฯ อาสาสมัคร สาธารณสุข และผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก

จังหวัดชลบุรี

IoT ระบบเตือนอุณหภูมิตู้เก็บวัคซีน

จังหวัดจันทบุรี

Application KSK (KaoSuKim Home Health Care)

เป็น Application สำหรับการเยี่ยมบ้านในทุก PCC

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

เขตสุขภาพที่ 6

จังหวัดสระแก้ว

NCD@HOME ส่งยาให้ผู้ป่วย NCD ถึงบ้าน นำร่องใน อ.วัฒนานคร

รูปแบบการดำเนินการ: รพ. ส่งยาลง รพ.สต. -> อสม. รับยาที่ รพ.สต. ไปส่งให้ผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบ -> อสม.ใช้แอป NDC@HOME ในมือถือบันทึกการประเมินผู้ป่วย -> รพ./รพ.สต. Monitor ข้อมูลผ่าน Internet หาก รพ. พบผู้ป่วยที่มีค่าการประเมินที่เสี่ยง จะประสาน รพ.สต. เพื่อนัดผู้ป่วยมารับการตรวจที่ รพ.

Patient identification with Fingerprint ระบุตัวบุคคลต่างด้าวด้วยลายนิ้วมือ ดำเนินการนำร่อง ใน 19 หน่วยบริการ ปัจจุบันลงทะเบียนลายนิ้วมือต่างด้าวแล้ว 12,586 คน สามารถแก้ปัญหาการระบุตัวตนต่างด้าวที่ไม่มีเลขบัตรอ้างอิงได้ ถูกต้อง แม่นยำ

ระบบบริหารคลังวัสดุและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ INVS ปัจจุบันมีการทดสอบและเปิดใช้งานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ในการบริหารจัดการคลังวัสดุสำนักงาน และจะดำเนินการขยายสู่หน่วยงานในสังกัดต่อไป

ระบบบริหารข้อมูลบุคคล ฐานข้อมูลบุคลากร ประวัติการอบรม การลา PM ปัจจุบันเปิดทดสอบและเปิดใช้งานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ในการบริการจัดการข้อมูลบุคคล ฐานข้อมูลบุคลากร ประวัติการอบรม การลา จะดำเนินการขยายสู่หน่วยงานในสังกัดต่อไป

ระบบบริหารครุภัณฑ์แบบบูรณาการเชื่อมโยงทั้งจังหวัด ปัจจุบันดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วโดยให้หน่วยงานในสังกัดบันทึกข้อมูลครุภัณฑ์ลงในระบบ

Referral System with Blockchain พัฒนาร่วมกับ กยผ.

E-Payment ปัจจุบันเปิดให้บริการแล้ว 8 รพ.

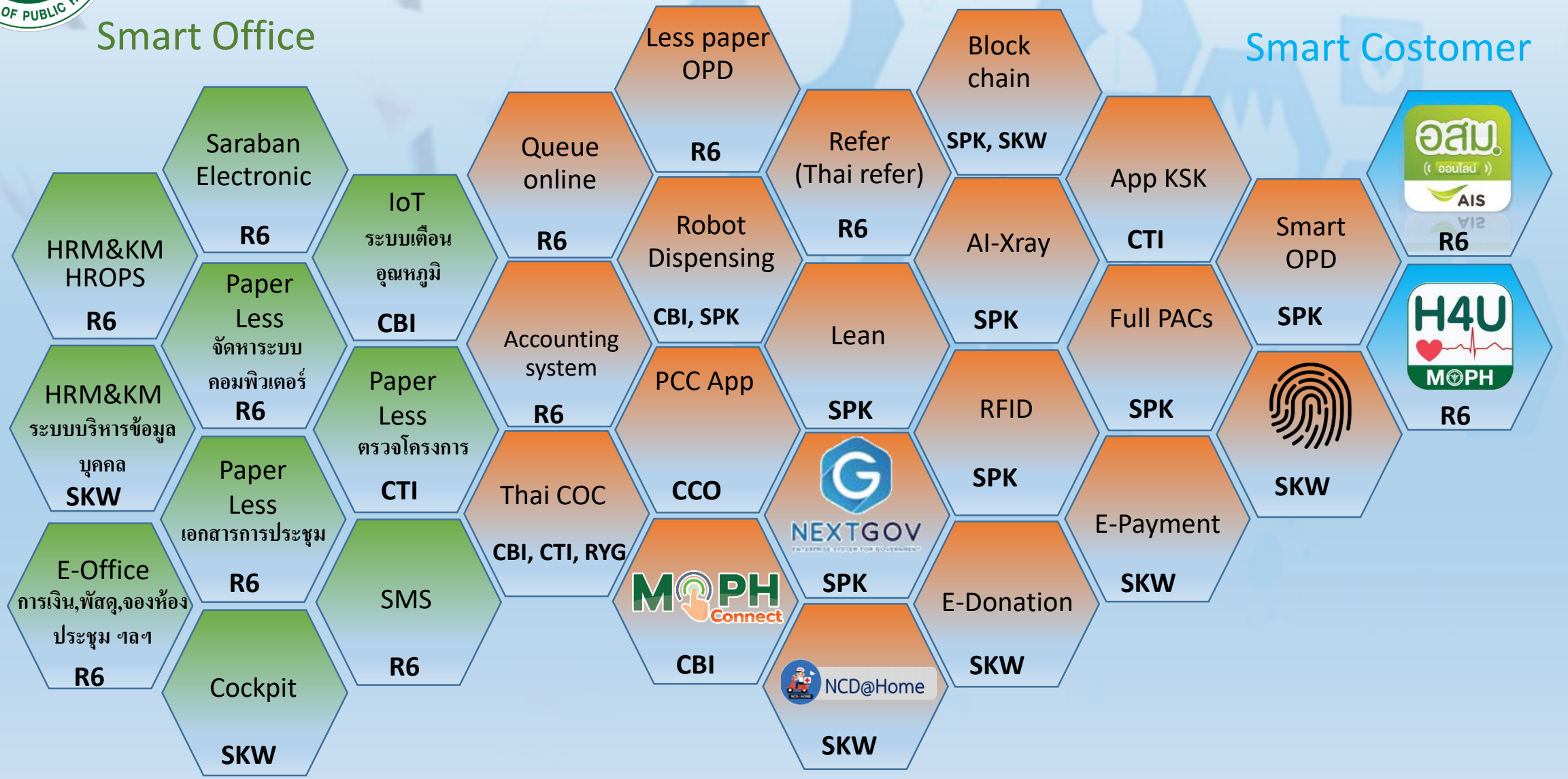
E-Donation ปัจจุบันเปิดให้บริการแล้ว 8 รพ.

Digital Transformation R6

Smart Service

Smart Office

Smart Costomer



ตัวชี้วัดที่ 3.4 : มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เขตสุขภาพที่ 6

เป้าหมาย : ทีม PCC ทุกแห่ง ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี 2562

เกณฑ์ : มีการนำ App. PPC ไปใช้ปฏิบัติงานบริการประชาชนในความรับผิดชอบ

ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบ 2	• ทีม PCC ทุกแห่งจังหวัดนำร่อง ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี 2562 มีการนำ App. PPC ไปใช้ปฏิบัติงาน

Small success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
มีข้อสรุปการพัฒนา app. PCC (ส่วนกลาง) เขตสุขภาพคัดเลือก PCC นำร่อง	พัฒนา app. PCC ทีม PCC นำร่อง ทดลองใช้งาน app. PCC	50% ของทีม PCC นำ App. PPC ไปใช้	100% ของทีม PCC นำ App. PPC ไปใช้

ผลการดำเนินงาน

ปี 2562 วัดผลตัวชี้วัดเฉพาะจังหวัดนำร่อง คือ จังหวัดฉะเชิงเทรา

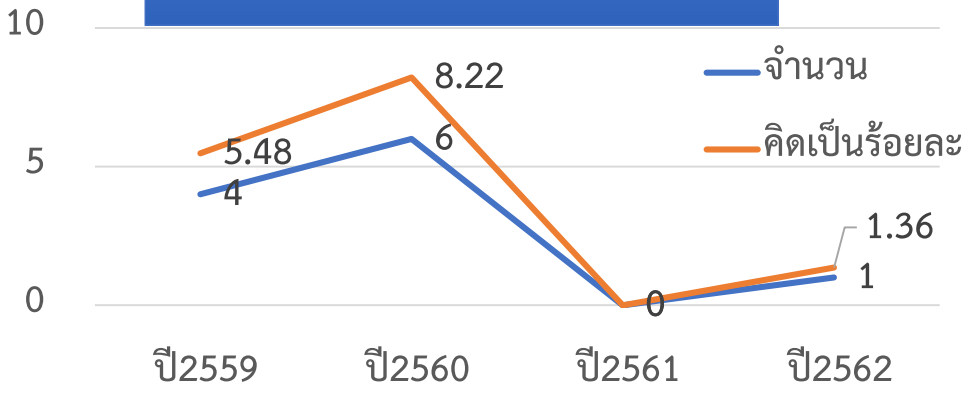
จังหวัดฉะเชิงเทรา มี PCC จำนวน 15 ทีม ติดตั้ง App PCC ที่พัฒนาโดยทีมศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และใช้ในการปฏิบัติงานบริการประชาชนในความรับผิดชอบแล้ว 15 PCC คิดเป็น 100 %

ปัญหา/อุปสรรค / ข้อเสนอแนะ

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุขจัดสรร Server ที่ Online สามารถติดตั้ง Application ในรูปแบบย้ายฐานข้อมูลมาอยู่ที่ Cloud หรือ Server ที่ Online ได้ แต่พื้นที่เก็บข้อมูลสามารถใช้งานได้เพียง 500 MB ซึ่งไม่เพียงพอ ในส่วนของจังหวัดได้ใช้ Server ที่มีอยู่ร่วมในการติดตั้ง Application PCC

ตัวชี้วัดที่ 3.5 : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 (ไม่เกิน 4%)

ภาพรวมสถานการณ์ วิกฤติการเงินระดับ 7
ปีงบประมาณ 2559 – ปีงบประมาณ 2562



รายงานสถานการณ์การเงินการคลัง
ณ เดือนมิถุนายน 2562

1. หน่วยบริการมี : ความเสี่ยงการเงินสูงมาก (วิกฤติ) ระดับ 7 จำนวน 1 แห่ง (1.36)
2. หน่วยบริการมี : ความเสี่ยงการเงินสูง ระดับ 5-6 จำนวน 1 แห่ง (1.36%)
3. หน่วยบริการมี : ความเสี่ยงการเงินปานกลาง ระดับ 4 จำนวน 0 แห่ง (0%)

โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

สาเหตุของวิกฤติการเงินของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ระดับ 7

1. การบริหารจัดการทางบัญชี (การตัดหนี้สูญ)
2. การควบคุมรายจ่าย ค่าใช้จ่าย ไม่มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

สาเหตุของวิกฤติการเงินของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ระดับ 6

1. เงินเดือนและค่าจ้าง
2. ค่าใช้จ่ายอาชีวตาม มติ ครม. การเติบโตโดยภารกิจพิเศษ ตาม มติ ครม.
3. ค่าตอบแทน ฉ.11
4. UC 45,835 คน (M1 ควรมี UC ประมาณ 100,000 คน)

ตัวชี้วัดที่ 3.5 : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (ไม่เกิน ๔%)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

1. การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ

1.1 ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100 ส่งครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์

1.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย

สรุปแบบการจัดทำ Planfin รอบ 2 (เมษายน 2562)

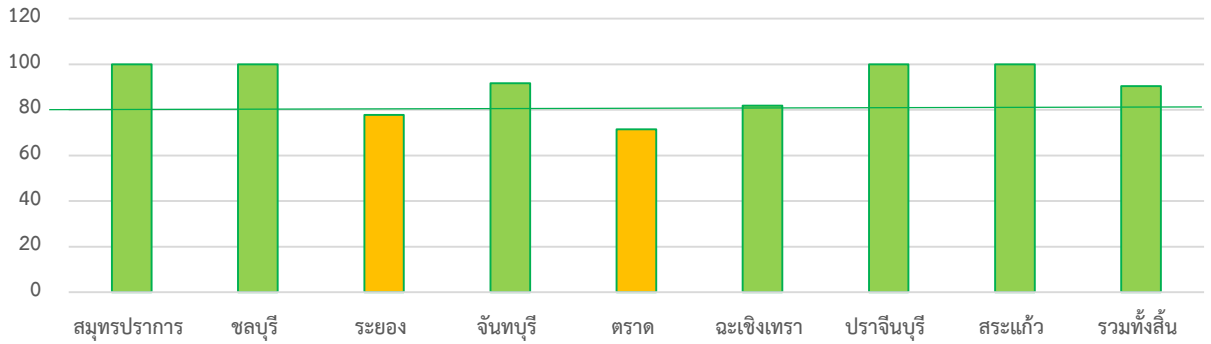
จังหวัด	แบบที่ 1	แบบที่ 2	แบบที่ 3	แบบที่ 4	แบบที่ 5	แบบที่ 6	แบบที่ 7	แบบที่ 8	รวมทั้งสิ้น
จันทบุรี	4	8							12
ฉะเชิงเทรา	8	3							11
ชลบุรี	6		6						12
ตราด	3	1	2	1					7
ปราจีนบุรี	6			1					7
ระยอง	3	2	4						9
สมุทรปราการ	4		1	1					6
สระแก้ว	6		3						9
รวม	40	14	16	3	0	0	0	0	73
ร้อยละ	54.79	19.18	21.92	4.11	0	0	0	0	

ตัวชี้วัดที่ 3.4: ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ7 (ไม่เกิน 4%)

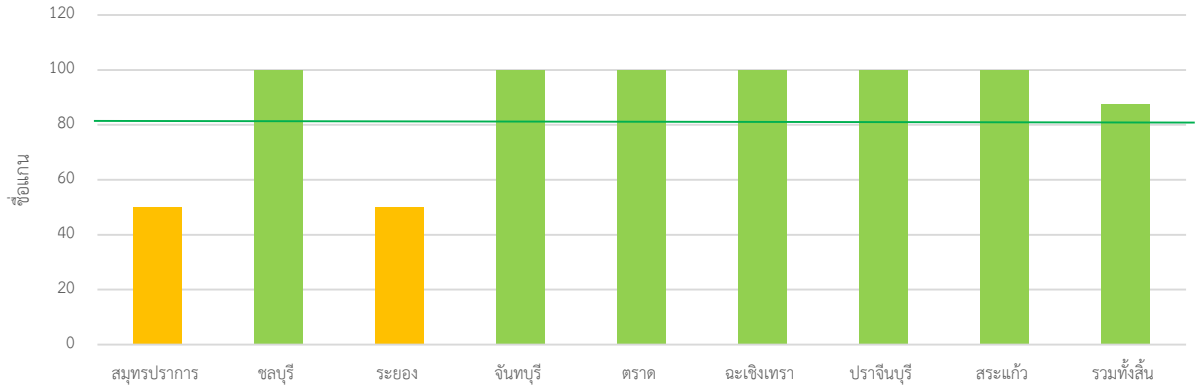
มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

2. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี

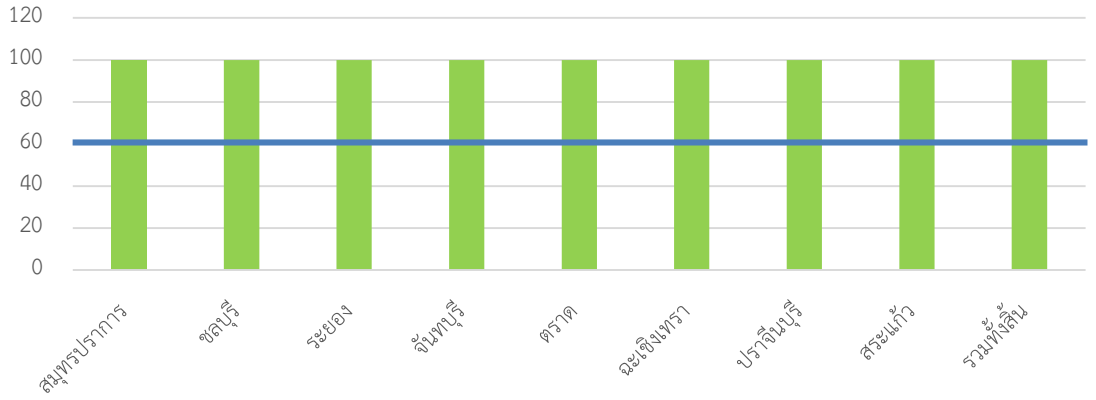
2.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ งบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์



2.2 ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMIS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ถูกต้อง ฯ



2.3 ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่เป็นหน่วยบริการดำเนินการจ่ายเงิน-รับเงินและนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์



ระดับคุณภาพระบบบัญชี ปีงบประมาณ 2561 (ปี 2562 อยู่ระหว่างดำเนินการ)

จังหวัด	ระดับ A+	ระดับ A	ระดับ B	ระดับ C
สมุทรปราการ	-	5	1	-
ชลบุรี	-	2	7	3
ระยอง	1	4	1	3
จันทบุรี	2	10		
ตราด	2	5	-	-
ฉะเชิงเทรา	2	5	4	
ปราจีนบุรี	1	2	4	
สระแก้ว	-	6	2	1
รวมทั้งสิ้น	8	39	19	7

ตัวชี้วัดที่ 3.5: ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 (ไม่เกิน 4%)

3. สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

3.1 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วมของหน่วยบริการ โดยกำหนด ให้มีในระดับเขตสุขภาพ เขตสุขภาพละ 1 รูปแบบ

เรื่อง : การบริหารจัดการร่วม ระหว่างโรงพยาบาลท่าใหม่กับโรงพยาบาลสองพี่น้อง

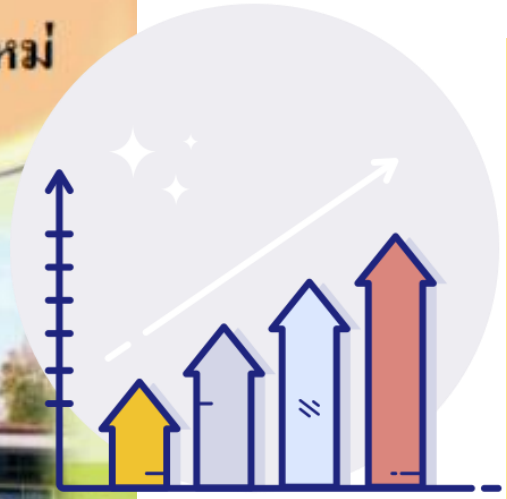
<u>วัตถุประสงค์</u>

1.เพื่อบูรณาการการบริหารจัดการในการบริหารทรัพยากรร่วมกันของอำเภอท่าใหม่

2.เพื่อเป็นพื้นที่นำร่องการบริหารแบบบริหารร่วมของเขตสุขภาพที่ 6

<u>วิธีการดำเนินงาน</u>

1. กำหนดพื้นที่ รพ.สองพี่น้อง+รพ.ท่าใหม่ และกำหนดสิ่งที่จะบริหารร่วม ได้แก่ ข้อมูลร่วม พัสดุร่วม ยาร่วม หน่วยจ่ายกลางร่วม และบุคลากรร่วม (ผอ.รพ.ร่วม)
2.ติดตามผลการดำเนินงานและประเมินผล ตามการตรวจราชการและนิทศงานรอบปกติ



<u>ผลการดำเนินงาน</u>

1. เพิ่มศักยภาพและจุดเด่นการบริการ
2. เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการข้อมูล
3. ลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ (คน เงิน ของ)
4. เพิ่มการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด
5. เพิ่มอัตราการครองเตียง

ตัวชี้วัดที่ 3.4: ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 (ไม่เกิน 4%)

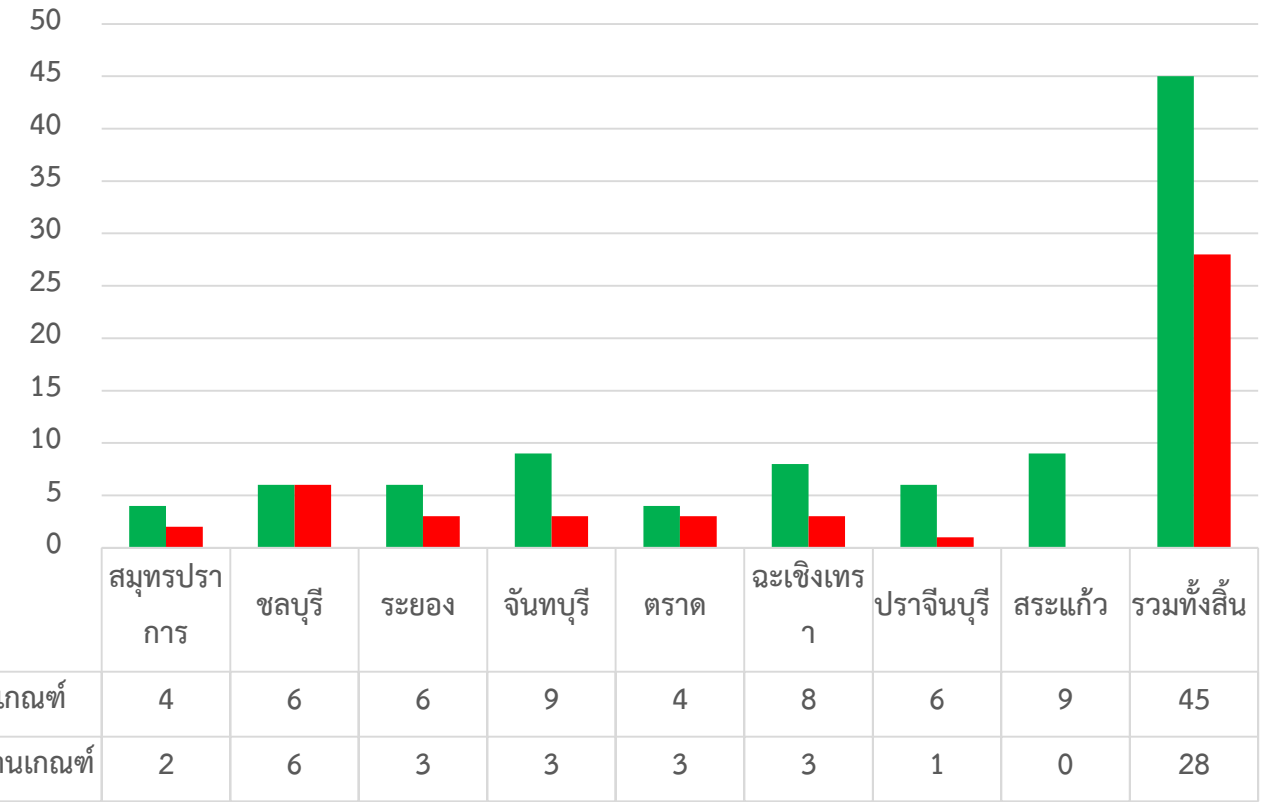
มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

4. ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน

4.1 ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกิน 5%

จังหวัด	[1]	[2]	[3]
	จำนวน รพ.	รายได้ผ่าน (ไม่เกินร้อยละ 5)	ค่าใช้จ่ายผ่าน (ไม่เกินร้อยละ 5)
สมุทรปราการ	6	2	4
ชลบุรี	12	5	8
ระยอง	9	1	6
จันทบุรี	12	4	10
ตราด	7	1	7
ฉะเชิงเทรา	11	7	4
ปราจีนบุรี	7	4	6
สระแก้ว	9	2	6
รวมทั้งสิ้น	73	26	51
คิดเป็นร้อยละ		35.62	69.86

4.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอกและต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน



	สมุทรปราการ	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมทั้งสิ้น
ผ่านเกณฑ์	4	6	6	9	4	8	6	9	45
ไม่ผ่านเกณฑ์	2	6	3	3	3	3	1	0	28

ตัวชี้วัดที่ 3.4: ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 (ไม่เกิน 4%)

-สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
1. หน่วยบริการต้องทำบัญชี 2ระบบซึ่งเป็นภาระงานที่หนักและซับซ้อน 2. ขาดองค์ความรู้ด้านบัญชี ด้านการบริหารการเงินการคลัง และทักษะของผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ปฏิบัติงานใหม่(ลูกจ้าง) 3. ความร่วมมือภายในองค์กร และโปรแกรมบัญชี ในหน่วยบริการ ต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายในหน่วยบริการ 4.ทีม CFO ของจังหวัดและหน่วยบริการควรให้ความสำคัญ กระตุ้นและติดตามรวมถึงสนับสนุนการนำเทคโนโลยีมาใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพข้อมูลทางบัญชีและการเรียกเก็บ	1. ใช้ระบบข้อมูล/เทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนการทำงานด้านการเงินและบัญชีเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ลดขั้นตอนและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน 2. พัฒนาโปรแกรม/ระบบสารสนเทศ สำหรับการบันทึกข้อมูลทางบัญชีที่มีความซับซ้อน และสร้างระบบควบคุมภายใน พร้อมกำกับให้เป็นไปตามระบบ 3. พัฒนาศักยภาพการเงินการคลังสำหรับผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับหน่วยบริการ อย่างต่อเนื่อง	1.จัดอบรมการใช้โปรแกรม RCM ในการจัดการเกี่ยวกับลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล 2.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการเงินการคลังสำหรับผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับหน่วยบริการ 3.จัดทำโปรแกรมการวิเคราะห์ขึ้นหน้าเวป สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 เป็นรายเดือน/รายไตรมาส

ตัวชี้วัดที่ 3.6 : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 (รพศ./รพท.ร้อยละ 100 รพช. ร้อยละ 90

สถานการณ์

รพศ./รพท.

- A 6 รพ.
- S 4 รพ.
- M1 4 รพ.
- กรมการแพทย์ 2 รพ.

รวม 16 แห่ง

รพช.

- M2 5 รพ.
- F1 11 รพ.
- F2 37 รพ.
- F3 6 รพ. (4 แห่ง เปิด IPD <3 ปี)

รวม 55 แห่ง

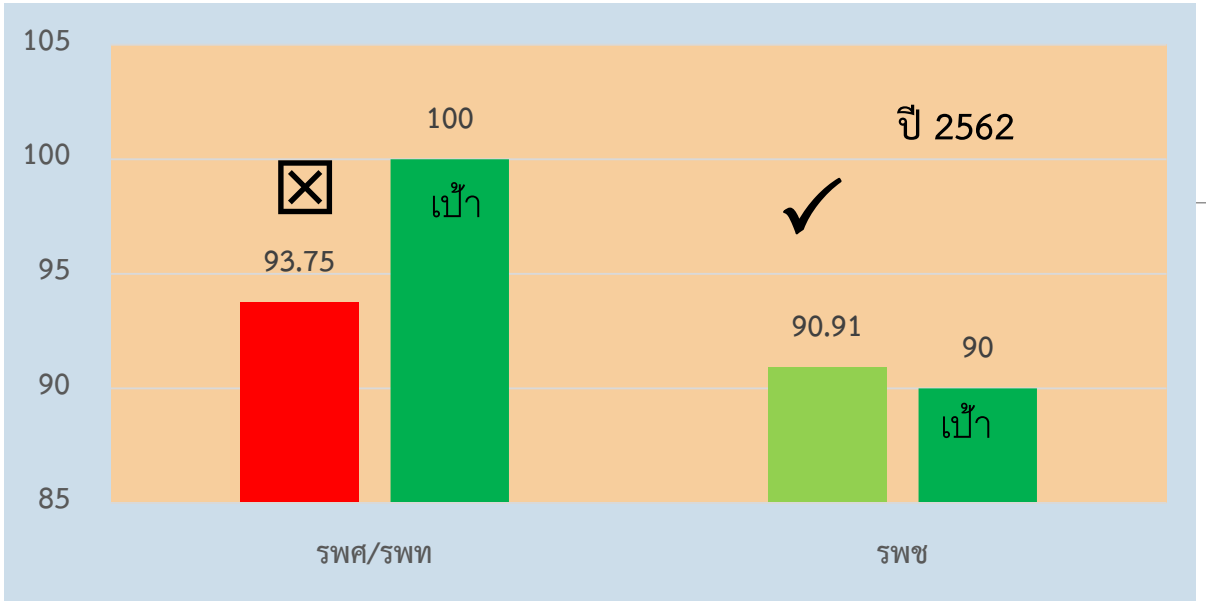
+4 แห่ง

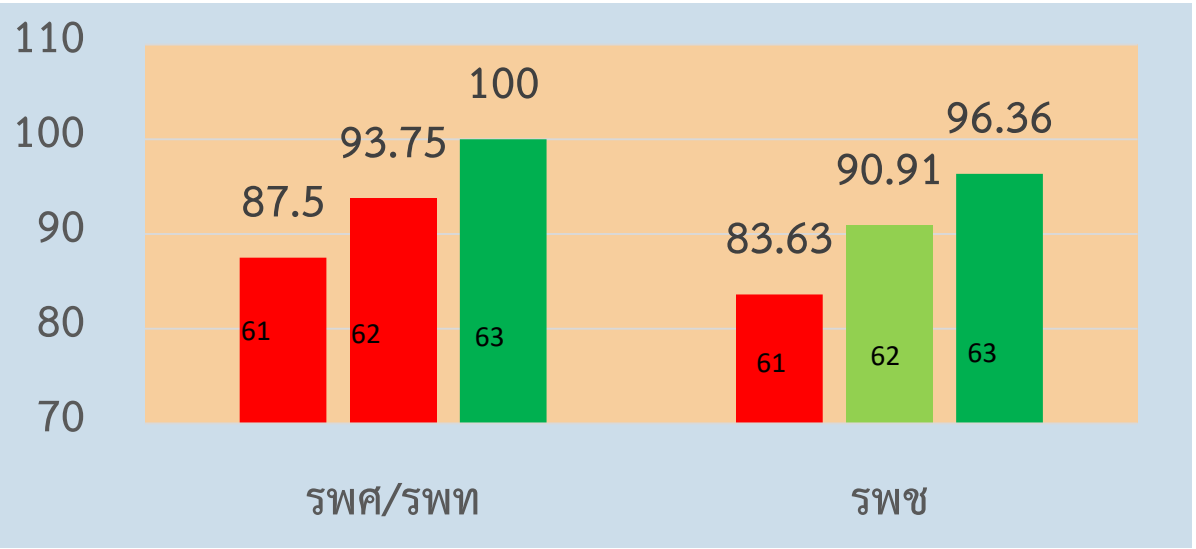
F3

IPD <3 ปี

- รพ.วังสมบูรณ์ รพ.โคกสูง รพ.บางเสาธง รพ.คลองเขื่อน

ตัวชี้วัดที่ 3.6 : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3





ผลการดำเนินงาน

1.รพศ./รพท. **เป้าร้อยละ 100**

ผลงาน จำนวน 15 แห่ง ร้อยละ 93.75 (15 แห่งจาก 16 แห่ง)

2.รพช. **เป้าร้อยละ 90**

ผลงาน จำนวน 50 แห่ง ร้อยละ 90.91 (50 แห่งจาก 55 แห่ง)

(จำนวน 2 แห่ง Accreditation เดือนสิงหาคม 2562)

3. แผนพัฒนาโรงพยาบาลเข้าสู่การรับรองคุณภาพ HA

ลำดับ	รพศ.รพท./รพช.	ปี 2563				ปี 2564	หมายเหตุ
		ตค.62-ธค62	ม.ค.-มี.ค.63	เม.ย.-มิ.ย.63	ก.ค.-ส.ค.63		
1	รพ.แกลง M1 จ.ระยอง	Pre survey	Acc.✓				กลไกการนิเทศนอกรอบ ส่งเอกสารไปสรพ. นัด VDO con. เดือน ส.ค. 62
2	รพ. เขาชะเมา F2 จ.ระยอง	Acc.✓					ส่งเอกสารไปสรพ. 31 ก.ค.62
3	รพ. นิคมพัฒนา F2 จ.ระยอง						Maintain บันไดขั้น 2
4	รพ.บ้านสร้าง F2 จ.ปราจีนบุรี						Acc. 21-22 สิงหาคม 2562***
5	รพ.แก่งหางแมว F2 จ.จันทบุรี						Acc.29-30 สิงหาคม 2562 ***
6	รพ.ตาพระยา F2 จ.สระแก้ว	Acc.✓					สรพ.ทบทวนเอกสารแล้ว รอวันเยี่ยมสำรวจ
7	รพ.คลองหาด F2 จ.สระแก้ว	Acc.✓					สรพ.ทบทวนเอกสารแล้ว รอวันเยี่ยมสำรวจ
8	รพ.เขาฉกรรจ์ F2 จ.สระแก้ว						หมดอายุ
9-12	รพ.วังสมบูรณ์ จ.สระแก้ว รพ. โคกสูง จ.สระแก้ว รพ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ รพ.คลองเขื่อน จ.ฉะเชิงเทรา	--	--	--	--	✓	รอเปิด IPD ครบ 3 ปี ปี 2564

ตัวชี้วัดที่ 3.6 : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

4. การดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ HA เขตสุขภาพที่ 6

Do Now : ปี 2562 เยี่ยมเสริมพลังนอกรอบตรวจนิเทศราชการให้กับโรงพยาบาลที่มีความพร้อม

Acc. ปี 2562 จำนวน 5 แห่ง คือ รพ.แก่งหางแมว รพ.บ้านสร้าง รพ.เกาะจันทร์

รพ.เขาชะเมาฯ และรพ.แกลง

ปี 2563 ทำแผนตรวจนิเทศราชการนอกรอบที่ รพ.แกลง และรพ.เขาชะเมาฯ ต่อเนื่อง

Do Next :

1. ระดับเขต ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพด้วยการตรวจนิเทศราชการปกติ
2. ระดับจังหวัด ใช้ทีม QLN ขับเคลื่อนในภาพจังหวัด
3. ระดับโรงพยาบาล วางระบบควบคุม กำกับ หลังผ่านการรับรอง HA :

การนำองค์กร การทบทวนดูแลผู้ป่วย และความร่วมมือทีมงานแบบทั่วทั้งองค์กร

ตัวชี้วัดที่ 3.6 : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

ปัญหา/อุปสรรค

1. เปลี่ยนผู้บริหารและแพทย์หมุนเวียน
2. สมรรถนะทีมคุณภาพ QLN
3. ค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมสำรวจ 18,000บาท/Manday

   (รพช. 108,000 บาท รพศ./รพท. 144,000 บาท)

กลไกการพัฒนา

1. โรงพยาบาลแต่ละแห่งไม่ควรเปลี่ยนผู้บริหารและแพทย์ในช่วง 3-6 เดือน ระยะเข้าสู่การรับรอง
2. วางระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเขตสุขภาพที่ 6
3. กันงบประมาณส่วนกลางสำหรับค่าเยี่ยมสำรวจ

Best Practice

1. จ. จันทบุรี (1 แห่ง)
2. จ. ปราจีนบุรี (1 แห่ง)
3. จ. สระแก้ว (3 แห่ง)
4. จ. ระยอง (3 แห่ง)

โรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพไม่ครอบคลุมทั้งจังหวัด

โรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพแบบต่อเนื่องทั้งจังหวัด

1. จ.ตราด ปี 2558
2. จ.สมุทรปราการ ปี 2559
3. จ.ฉะเชิงเทรา ปี 2560
4. จ.ชลบุรี ปี 2562

   (AHA ปี 2561)

ประมาณการค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมสำรวจ สรพ.ปี 2563
18,000 บาท/Manday

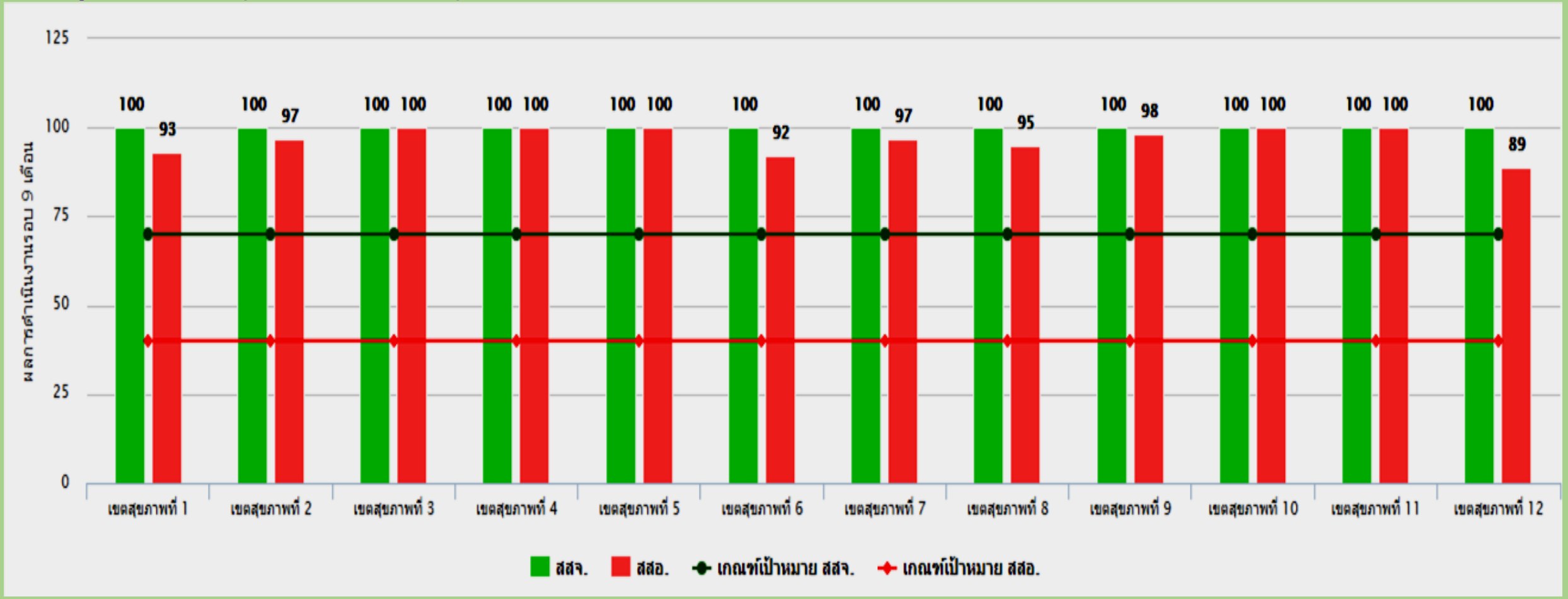
ระดับโรงพยาบาล	จำนวนรพ. Accreditation	จำนวนรพ. Re-Accreditation	รวม Manday	รวมเงิน (บาท)
รพศ./รพท. 8-10 manday	1 แห่ง	2 แห่ง	24	24X18,000 432,000
รพช. 6 manday	4 แห่ง	14 แห่ง	108	108X18,000 1,944,000
รวม				2,376,000

ตัวชี้วัด 3.7 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด(ระดับ 5)

เป้าหมาย : สสจ. ร้อยละ 70 , สสอ.ร้อยละ 40

แผนภูมิแสดงผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับ 5) **เขตสุขภาพที่ 6**

(ข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2561 ถึง มิถุนายน 2562)

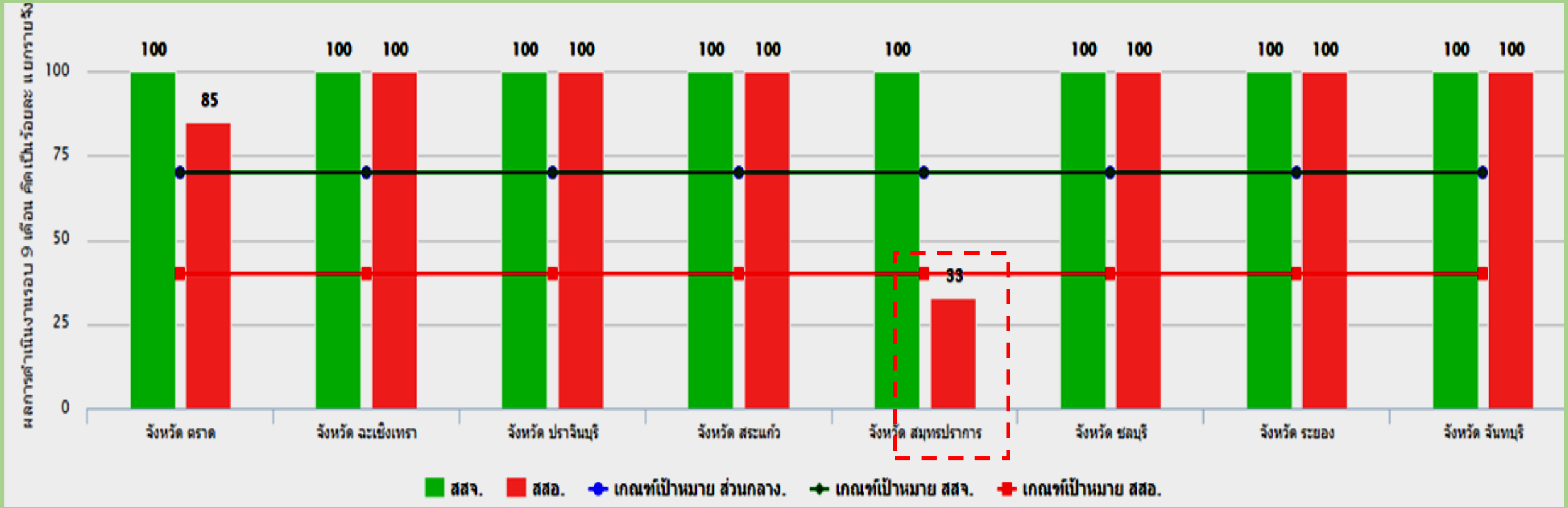


ข้อมูลจากโปรแกรม ณ วันที่ 6 สิงหาคม 2562

ตัวชี้วัด 3.7 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด(ระดับ 5)

เป้าหมาย : สสจ. ร้อยละ 70, สสอ.ร้อยละ 40

แผนภูมิแสดงผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับ 5) **เขตสุขภาพที่ 6**
(ข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2561 ถึง มิถุนายน 2562)



หมายเหตุ : การดำเนินงานระดับสสอ. ของจังหวัดสมุทรปราการ มีการดำเนินงานทุกแห่ง แต่เนื่องจากการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ทำให้ขาดความเข้าใจในการคีย์ข้อมูลรายงานในโปรแกรมแบบฟอร์ม F4_2(ม.7) จำนวน 3 แห่ง ขณะนี้ได้ให้ สสอ.ทุกแห่งดำเนินการปรับปรุงข้อมูลในโปรแกรมให้ถูกต้องตามแนวทางของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลจากโปรแกรม ณ วันที่ 6 สิงหาคม 2562

ตัวชี้วัด 3.7 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด(ระดับ 5)

เป้าหมาย : สสจ. ร้อยละ 70 , สสอ.ร้อยละ 40

รายงานการจัดรายงาน F1 – F5

รายงานการจัดรายงาน F1-F5 แยกรายเขต 06

เขตสุขภาพที่	จังหวัด	สสจ.	รายงาน	ไม่รายงาน	ร้อยละ	สสอ.	รายงาน	ไม่รายงาน	ร้อยละ
6	สมุทรปราการ	1	1	0	100.00	6	3	3	50.00
6	ชลบุรี	1	1	0	100.00	11	11	0	100.00
6	ระยอง	1	1	0	100.00	8	8	0	100.00
6	จันทบุรี	1	1	0	100.00	10	10	0	100.00
6	ตราด	1	1	0	100.00	7	6	1	85.71
6	ฉะเชิงเทรา	1	1	0	100.00	11	11	0	100.00
6	ปราจีนบุรี	1	1	0	100.00	7	7	0	100.00
6	สระแก้ว	1	1	0	100.00	9	9	0	100.00
		8	8	0		69	65	4	

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายระดับ สสจ. ร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์
ค่าเป้าหมายระดับ สสอ. ร้อยละ 40 ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์

ตัวชี้วัด 3.7 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด(ระดับ 5)

เป้าหมาย : สสจ. ร้อยละ 70, สสอ.ร้อยละ 40

ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

1.เกณฑ์ PMQA มีความซับซ้อนทำความเข้าใจยาก
2. ขาดผู้มีความเชี่ยวชาญในการเป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาในระดับพื้นที่
3. มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน
4. ระยะเวลาดำเนินงานที่กระชั้นชิด/ต้องส่งรายงานให้ทันกำหนดและต้องทำความเข้าใจในการรายงานในระบบโปรแกรม
5. ส่วนกลางและเขตสุขภาพ ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ
6. ค้นหาจังหวัดต้นแบบในการพัฒนางาน PMQA

แนวทางการพัฒนา PMQA เขตนำร่อง

1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์แนวทางในการสนับสนุนการดำเนินงาน PMQA ให้จังหวัดในเขตสุขภาพ ที่ 6
2. ผลักดันให้ทุกจังหวัดประเมินความพร้อมขอรับรางวัล PMQA รายหมวด
   - ประเมินตนเองเพื่อค้นหาหมวดที่โดดเด่น
   - วิเคราะห์ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์จากการดำเนินการของหมวดนั้นๆ
   - รวบรวมข้อมูลที่แสดงผลของการปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและพัฒนาในหมวดนั้น
   - สรุปผลและจัดทำเอกสารรายงานการประเมิน
3. Workshop การสร้าง Model การดำเนินการรายหมวดในเขตสุขภาพ ที่ 6

ตัวชี้วัด 3.7 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด(ระดับ 5)

เป้าหมาย : สสจ. ร้อยละ 70 , สสอ.ร้อยละ 40

ปัญหา / ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย / ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง / พัฒนา
1. ระบบรายงานของส่วนกลางยังไม่เสถียรมีการปรับปรุงอยู่ตลอดเวลาและไม่มีการอบรมในการใช้โปรแกรมผ่านระบบออนไลน์	1. ดำเนินการให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการ
2. ผู้รับผิดชอบงานระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีน้อยและขาดความเข้าใจที่ชัดเจนในการดำเนินงานตามเกณฑ์	2. เชื่อมโยง PMQA กับงานประจำ 3. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจการดำเนินงาน PMQA ในองค์อย่างต่อเนื่อง
3. การดำเนินงานในแต่ละหมวดของPMQA เป็นการจัดทำเอกสาร ที่มีหลายแบบฟอร์มและรายละเอียดจำนวนมากในแต่ละหวมดเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติ	4. จัดทำแนวทางทำความเข้าใจในแต่ประเด็นร่วมกันในระดับเขต โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้รับผิดชอบงานในระดับเขต(สสจ./สสอ.)

Initiative Management Region 6

เรื่อง Peer to Peer Service Sharing

ความหมาย

1. พัฒนาและเกิดรูปแบบระบบบริการแบบพี่น้องช่วยกัน เพื่อแก้ปัญหาร่วมของเขต (Service)

หรือ

2. พัฒนาและเกิดรูปแบบการบริหารทรัพยากรในเขตสุขภาพแบบพี่น้องช่วยกัน (Resource)

เป้าหมาย

- ระดับเขต >> เกิด Peer to Peer 1 เรื่อง
- ระดับจังหวัด >> เกิด Peer to Peer จังหวัดละ 1 เรื่อง

PEER TO PEER ระดับจังหวัด

หัวข้อ Peer to Peer :
"Kidney Vascular Access"
(อยู่ระหว่างการพิจารณาเปลี่ยนเป็น Renal biopsyและ Renal transplant เนื่องจากการ Refer Out นอกเขตไปทำ Vascular Access น้อยกว่า 10 ราย)

หัวข้อ Peer to Peer :
"การใช้ blockchain ในการพัฒนาระบบฐานข้อมูล"
เพื่อลดความแออัดใน รพ.รัฐ,ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้,พัฒนาระบบส่งต่อให้มีคุณภาพ, ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน, สามารถบริหารจัดการข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หัวข้อ Peer to Peer :
"รูปแบบการจัดระบบบริการผู้ป่วยนอกกลุ่มไวรัสตับอักเสบชบิดบีและซี แบบ One Visit"

หัวข้อ Peer to Peer :
"นวัตกรรมรูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke)"

หัวข้อ Peer to Peer :
"Mild Traumatic Brain Injury"

อยู่ระหว่างการดำเนินการ

หัวข้อ Peer to Peer :
"การพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงไร้รอยต่อ"

หัวข้อ Peer to Peer :
"การดูแลผู้ป่วย NSTEMI High risk"

หัวข้อ Peer to Peer :
"การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา"

Peer to peer manage sharing platform region 6 : kidney vascular access

วัตถุประสงค์

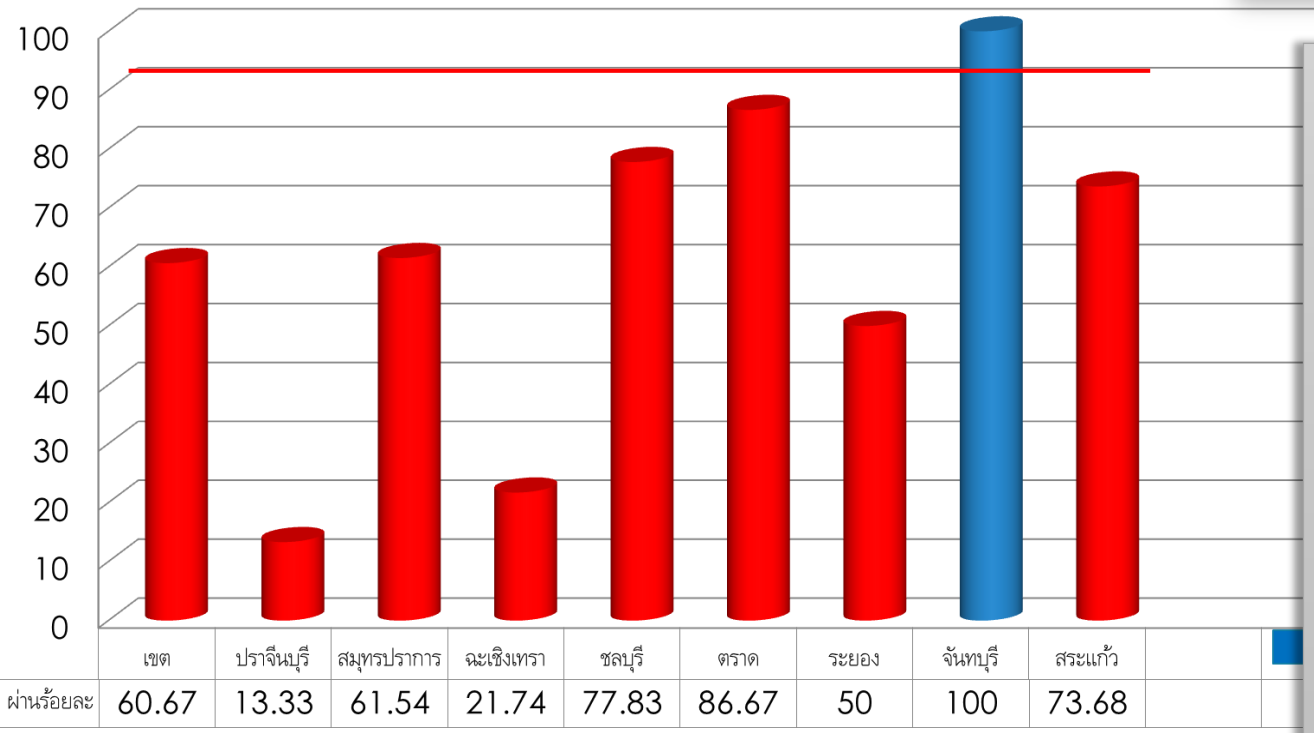
1. ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย CKD ในการทำ Vascular Access
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วย CKD ในการทำ Vascular Acces
3. ลดการส่งต่อผู้ป่วย CKD ในการทำ Vascular Access ออกนอกเขตสุขภาพโดยบริหารจัดการทรัพยากรร่วมภายในเขต

กระบวนการดำเนินการ ปี 2562	ผลการดำเนินงาน ณ ก.ค.62	ผลลัพธ์ ณ ก.ค.62
ไตรมาส 1 -จัดตั้งคณะกรรมการ Peer To Peer Service Sharing Platform “ Kidney Vascular Access” -สร้างทีมเครือข่ายพี่เลี้ยงการทำ Vascular access ตัวแทนแพทย์ศัลยกรรม (จังหวัดละ 1 คน) และแพทย์ Nephro (จังหวัดละ 1 คน)	1. คำสั่งคณะกรรมการพัฒนานวัตกรรมเขตเลขที่ 4003/2561 2. มีทีมเครือข่ายพี่เลี้ยงการทำ Vascular Access ระดับเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 1 ทีม 3. มีสรุปข้อตกลงร่วมการจัดบริการ Vascular access ระดับเขต 4. จัด Mobile Vascular Access Team ให้บริการในจังหวัดฉะเชิงเทรา ณ โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยให้บริการ Vascular Access จำนวน 17 ราย สามารถทำ Vascular Access ได้ จำนวน 7 ราย ชาย 5 ราย หญิง 2 ราย และ Refer ไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา 4 ราย โดยใส่ Perm cath 2 ราย และทำ AVG 2 ราย รอระยะเวลา 5 ราย (เพิ่งใส่ Perm 2 ราย รอเส้นโต 3 ราย) มีนัดเดิมที่โรงพยาบาลชลบุรี 1 ราย 5. Coaching ทีม Vascular Access 1 ครั้ง จำนวน 2 คน	1.ผู้รับบริการเข้าถึงบริการและลดระยะเวลา รอคอย จำนวน 17 ราย 2. แพทย์ศัลยกรรมได้ training การจัดทำ Vascular Accessจำนวน 2 คน (แพทย์ศัลยกรรมโรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลพนมสารคาม)
ไตรมาส 2 -กำหนดข้อตกลงร่วมรูปแบบการจัดบริการ Flow ระบบงาน และการใช้ทรัพยากรร่วม		
ไตรมาส 3 -จัด Mobile Vascular Access Team ให้บริการในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วย CKD รอคอยมาก ครั้งที่ 1 (จังหวัดฉะเชิงเทรา) - Coaching ทีม Vascular Access ครั้งที่ 1		
ไตรมาส 4 ◆ การลงทะเบียนผู้ป่วยรอคิวตามข้อบ่งชี้ต้องทำ Hemodialysis ผ่าน Web Monitor เขตสุขภาพที่ 6 ◆ จัด Mobile Vascular Access Team ให้บริการในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วย CKD รอคอยมาก ครั้งที่ 2 (จังหวัดปราจีนบุรี/สระแก้ว) ◆ Coaching ทีม Vascular Access ครั้งที่ 2 ◆ อบรมทีม Maintenance ให้เส้นเสียน้อยสุด		

ตัวชี้วัดที่ 3.9 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ประเมินตนเองข้อ EB1-EB4 หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้างที่ระดับ 3	ประเมินตนเองข้อ EB1-EB26 ที่ระดับ 3 ร้อยละ 80	ประเมินตนเองข้อ EB1-EB26 ที่ระดับ 4 ร้อยละ 85	ประเมินตนเองข้อ EB1-EB26 ที่ระดับ 5 ร้อยละ 90

ผลการดำเนินงาน



ปัญหาและอุปสรรค

1.บางหน่วยงานผู้รับผิดชอบงาน ITA เป็นผู้ปฏิบัติงานใหม่ จึงขาดความต่อเนื่อง ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในหลักเกณฑ์หรือคำนิยาม

2.ยังมีหน่วยงานไม่ส่งเอกสารเชิงประจักษ์ 2 หน่วยงาน

3.ความร่วมมือของหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่ประเมินยังไม่เพียงพอ

ตัวชี้วัดที่ 3.9 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1.หน่วยงานที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ผู้บริหารควรกำหนดนโยบาย ประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน และให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ITA ให้ชัดเจน

2.ทบทวนการทำความเข้าใจข้อคำถามและมอบหมายบุคลากรที่สามารถบริหารจัดการหลักฐานเชิงประจักษ์ได้จริง

3.แจ้งผลการดำเนินงานรายไตรมาส และติดตามผ่านที่ประชุม คปสจ.

4.ผู้บริหารทุกระดับ กำหนดนโยบายด้านการดำเนินงานความโปร่งใสที่ ทบทวนการทำความเข้าใจข้อคำถามและมอบหมายบุคลากรที่สามารถบริหารจัดการหลักฐานเชิงประจักษ์ได้จริง

5.เขตสุขภาพที่ 6 สนับสนุนงบประมาณการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice ระหว่างหน่วยงานในเขตทั้งในส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอเขตสุขภาพที่ 6

หัวข้อ : ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล
ตัวชี้วัดที่ 10 : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

ประเด็นมุ่งเน้น

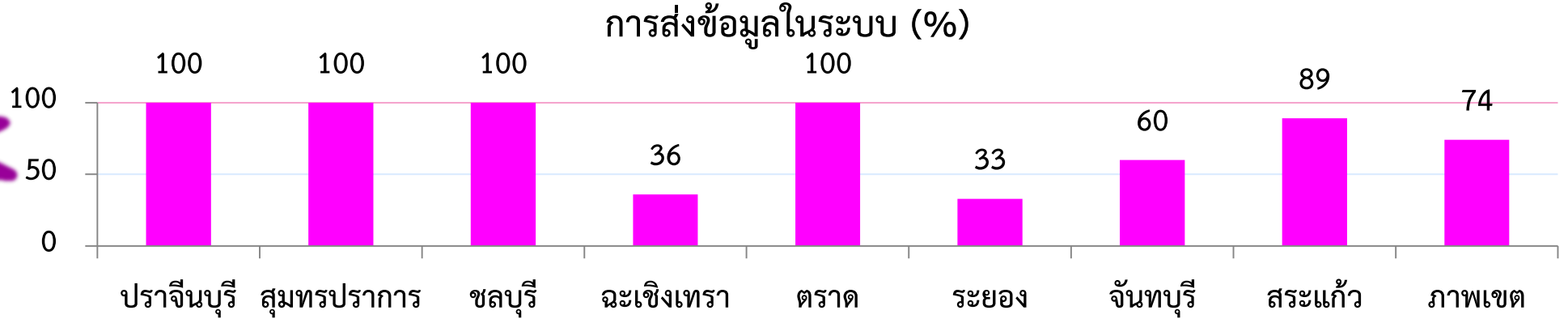
1. การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)
2. การประเมินการตรวจสอบงบการเงินของหน่วยบริการ

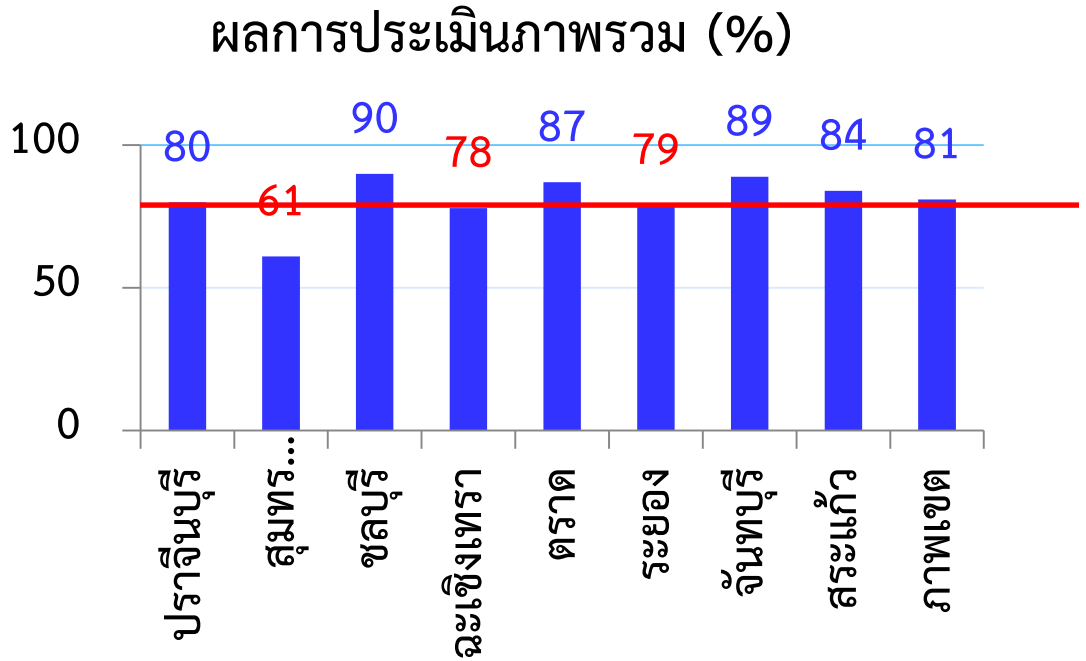
ระดับ	ผลการดำเนินงาน	จันทบุรี	สระแก้ว	ปราจีนบุรี	สมุทรปราการ	ระยอง	ชลบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา
1	หน่วยบริการมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	หน่วยบริการประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	หน่วยบริการตามกลุ่มเป้าหมายได้ประเมินตามแนวทางการตรวจสอบงบการเงินครบทุกแห่ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	ผลการประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA) ภาพรวมผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗
5	มีการแก้ไขข้อทักท้วงและข้อเสนอแนะ จากผลการตรวจสอบงบการเงิน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ระดับขั้นความสำเร็จ		100%	100%	100%	80%	80%	100%	100%	80%

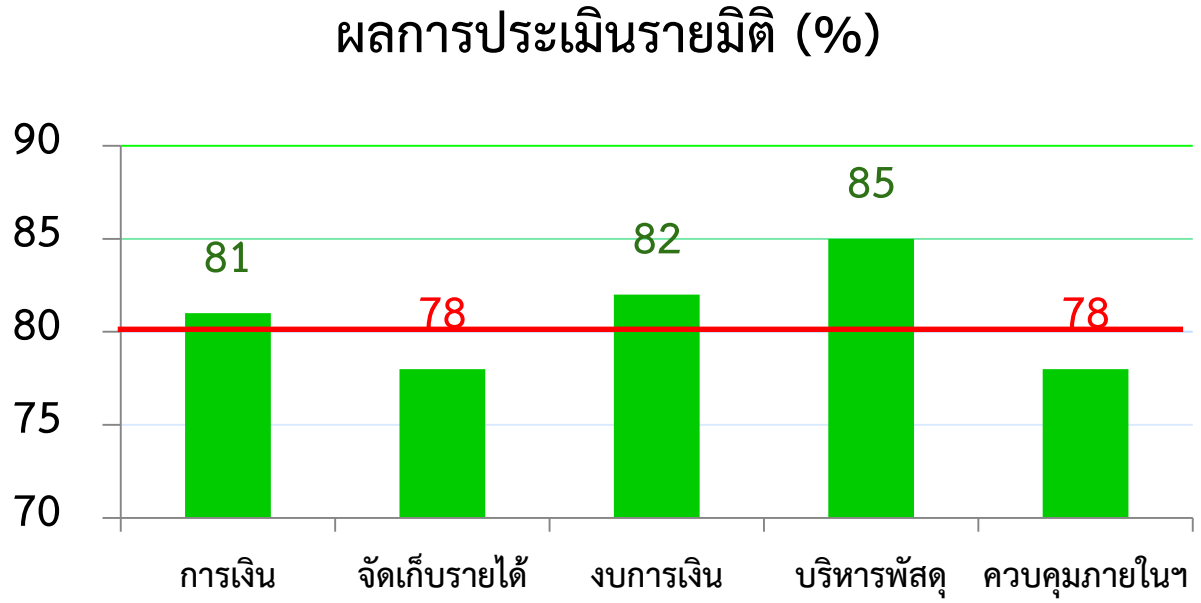
หัวข้อ : ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล

ตัวชี้วัดที่ 10 : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

EIA







หัวข้อ : ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล
ตัวชี้วัดที่ 10 : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

งบการเงิน

การแก้ไขข้อทักท้วงจากการตรวจสอบงบการเงิน	
➢ งานจัดเก็บรายได้/งานประกัน จัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลรายตัวให้ครบทุกสิทธิ	อยู่ระหว่างดำเนินการให้ครบถ้วน
➢ งานพัสดุและงานบัญชี ตรวจสอบและปรับปรุงข้อมูลครุภัณฑ์ และค่าเสื่อมราคา ให้ถูกต้อง ตรงกัน	
➢ งานการเงิน จัดทำทะเบียนคุมเจ้าหนี้ รายได้บริจาค และรายได้อื่นๆ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน	
➢ งานบัญชี จัดทำและนำส่งรายงานการรับ – จ่ายเงินบำรุง ตามที่ระเบียบกำหนด	
➢ ทุกกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องต้องนำส่งข้อมูลและสอบทานข้อมูลกับงานบัญชีทุกเดือน	

สรุป

	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
EIA	1. ความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการส่งข้อมูลในระบบ 2. การแนบเอกสารไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ** ทำให้ผลการประเมิน EIA ไม่สะท้อนให้เห็นความเสี่ยงที่แท้จริง	- ให้ศึกษาวิธีดำเนินการในระบบ EIA จากคู่มือให้ชัดเจน และสอบถามหากมีข้อสงสัย เพื่อให้ผลการประเมิน EIA สะท้อนความเสี่ยงที่แท้จริง และนำผลที่ได้ไปจัดทำแผนพัฒนาเพื่อลดความเสี่ยงต่อไป
งบการเงิน	1. ขาดการนำส่งข้อมูลและการสอบทานข้อมูลระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับงานบัญชี 2. ความเข้าใจคลาดเคลื่อนในระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีปฏิบัติ ** ทำให้งบการเงินขาดความน่าเชื่อถือ	1. จัดวางระบบควบคุมภายในกระบวนการนำส่งข้อมูล และสอบทานข้อมูลระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับงานบัญชี 2. ทุกกลุ่มงานต้องหมั่นศึกษาระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีปฏิบัติให้เข้าใจและนำไปปฏิบัติให้ถูกต้อง

" TRUST takes years to build,
seconds to break and a lifetime to repair.
You cannot always TRUST the one you love,
but you can always love the one you TRUST.
We therefore must build TRUST through
good governance to sustain UHC"

ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
กล่าวในที่ประชุม Side event on UHC : Good Governance and Multi-sectoral Actions