

### คณะที่ ๓

## การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

### การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

#### ๑. ประเด็นการตรวจราชการ: การพัฒนาองค์กรคุณภาพ (HA)

ตัวชี้วัด ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ (ร้อยละ ๑๐๐ ของ รพศ./รพท. และร้อยละ ๙๐ ของ รพช.)

หน่วยบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพองค์กร โดยมีวัฒนธรรมคุณภาพ มีการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA และพัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้ / มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และมีการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วนผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ชั้น ๓ ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๑๐๐

#### ๒. สถานการณ์

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดปราจีนบุรี ได้พัฒนาคุณภาพบริการสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิในจังหวัดจำนวน ๗ แห่ง เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นให้สถานบริการสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านมาตรฐาน และได้พัฒนาเครือข่ายโดยระบบพี่เลี้ยง โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ทีมพี่เลี้ยง QLN (Quality Learning Network) และสาธารณสุขจังหวัด ได้ตกลงร่วมมือกันพัฒนาระบบการเรียนรู้แบบเครือข่ายพันธมิตร เพื่อดำเนินการกิจกรรมให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการ “โครงการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลโดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่” โดยมีหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกบินทร์บุรี เป็นผู้จัดการทีม QLN และทีมพี่เลี้ยง QLN จากทุกโรงพยาบาลจำนวน ๙ ท่าน โดยสมัครใจเข้าร่วมทีมจากทุกโรงพยาบาลในจังหวัดปราจีนบุรี ดำเนินเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กระตุ้นการพัฒนาระหว่างโรงพยาบาล รวมทั้งถอดบทเรียนและวางแผนการทำงานร่วมกันเพื่อต่อยอดจากชั้น ๒ ไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ชั้น ๓) โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรจาก สรพ. และที่ปรึกษาเครือข่าย พี่เลี้ยงเครือข่าย เกิดเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน สามารถช่วยเหลือกันเครือข่ายจังหวัดปราจีนบุรีได้

#### ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๐			ปี ๒๕๖๑			สรุปผล (ผ่าน/ไม่ผ่าน)
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓							
๑. รพศ./รพท. ร้อยละ ๑๐๐	๒	๒	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐	ผ่าน
๒. รพช. ร้อยละ ๘๐	๕	๓	๖๐	๕	๔	๘๐	ผ่าน

#### ๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

แผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ HA จังหวัดปราจีนบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ร่วมกับทีมพี่เลี้ยง QLN (Quality learning Network) โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี และสถาบันรับรองสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยมีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลบ้านสร้าง ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ พร้อมทั้งการพัฒนาทีมนำจากโรงพยาบาลทุกแห่ง ให้มีศักยภาพและคุณภาพ สามารถยกระดับให้โรงพยาบาลในเครือข่ายมีลำดับขั้นการพัฒนาที่สูงขึ้น ผ่านการรับรองคุณภาพ หรือ การต่ออายุ การรับรองคุณภาพ อื่นๆ

แผนการดำเนินงาน

ลำดับ ที่	โรงพยาบาล	ระดับชั้นการ พัฒนา	ระดับชั้น/ระดับความก้าวหน้า เพื่อเตรียมความพร้อมสู่ กระบวนการรับรอง
๑	เจ้าพระยาอภัยภูเสศ	R๑	เตรียมความพร้อม R๓ กำหนดส่งเอกสาร ก.ย. ๖๑ กำหนดการเข้าเยี่ยม ประมาณ ม.ค.๖๒
๒	กบินทร์บุรี	R๑	เตรียมความพร้อม R๓ กำหนดส่งเอกสาร ก.พ. ๒๕๖๒ กำหนดการเข้าเยี่ยม ประมาณ ส.ค.๖๒
๓	ประจันตคาม	R๑	ส่งเอกสารแล้วรอรับวันเพื่อ R๒ ในวันที่ ๘-๙ พ.ย.๖๑ การบ้านส่งเรียบร้อยแล้ว
๔	ศรีมโหสถ	๓	ส่งเอกสารแล้วรอรับวันเพื่อ R๑ ลงเยี่ยมวันที่ ๑๒-๑๓ ก.ค. ๖๑ มีการบ้าน ๔ เดือน ส่งการบ้านเมื่อ วันที่ ๔ พ.ย.๖๑
๕	ศรีมหาโพธิ	๓	ผ่าน R๑ ในปี ๒๕๖๑ (๒๔ พ.ย.๖๑ - ๒๓ พ.ย.๖๔)
๖	นาดี	๒	ผ่าน ชั้น ๓ ในปี ๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๘ พ.ค. ๖๑ ครบวาระ เยี่ยมเพื่อเฝ้าระวังครบ ๑ ปี วันที่ ๘ พ.ค.๖๔
๗	บ้านสร้าง	๒	กำลังเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผ่านในปี ๒๕๖๒ ส่งเอกสารไปแล้ว ๑ ครั้ง เมื่อวันที่ ๓๑ ก.ค.๖๑ ส่งทำ GIN conference เมื่อ ๒๐ พ.ย. ๖๑ มีการบ้านหลังการ Conference ทั้งนี้ยังไม่ได้กำหนดวันเยี่ยมสำรวจ ทาง สรพ.ประมาณการไว้ว่าตั้งแต่ ก.พ.๖๒ เป็นต้นไป

**ตัวชี้วัด ความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับ ๕ ร้อยละ ๗๐ ของ สสจ. และระดับ ๕ ร้อยละ ๔๐ ของ สสอ.)**

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร โดยนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กร ซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดที่ ๔๕ ความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหาร กิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ และเพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตาม ประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## **๑. สถานการณ์**

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ นายแพทย์โชคชัย สาครพานิช นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ได้มอบนโยบายให้การดำเนินงาน PMQA เป็นนโยบายที่สำคัญ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการให้สำเร็จตามเป้าหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ได้แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และเป็นทีมที่แข็งแกร่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอ ทั้ง ๗ แห่ง

## **๒. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

### **๒.๑ แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒**

๒.๑.๑ แต่งตั้งคำสั่งคณะกรรมการและคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๒.๑.๒ จัดประชุมถ่ายทอดความรู้เกณฑ์ PMQA และเชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานและการดำเนินงานของกลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

๒.๑.๓ จัดประชุมเพื่อจัดทำลักษณะความสำคัญขององค์กร และวิเคราะห์องค์กรด้วยตนเอง ตามเกณฑ์ PMQA หมวด ๑ การนำองค์กร และหมวด ๕ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

๒.๑.๔ จัดทำแผนพัฒนาองค์กรตามโอกาสการพัฒนาหมวด ๑ การนำองค์กร และหมวด ๕ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

๒.๑.๕ ดำเนินการภาคบังคับ ปละ ๒ หมวด ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ดำเนินการหมวด ๒ กับ หมวด ๔ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ กับ หมวด ๕

### **๒.๒ ผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๑**

๒.๒.๑ คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน PMQA จังหวัด/อำเภอ วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

๒.๒.๒ ประกาศและมอบนโยบายการพัฒนา PMQA ให้กับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ระดับ สสจ./สสอ. ทั้ง ๗ แห่ง วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

๒.๒.๓ ประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนจัดทำองค์กรคุณภาพ PMQA โดยการประเมินตนเอง ในหมวดที่ ๑, ๕ และ หมวดที่ ๒, ๔ วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑

๒.๒.๔ ประชุมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) วันที่ ๒๔-๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๑

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเขตสุขภาพมีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (ร้อยละ ๑๐๐)  
(เขต : รูปแบบระบบบริการ OPD Service/Operation Service  
เขตสุขภาพ ๑ ระบบบริการ Peer to peer  
จังหวัด : รูปแบบระบบบริการ OPD Service/Operation Service  
จังหวัด ๑ ระบบบริการ Peer to peer)

#### ๑. สถานการณ์

การดำเนินการพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในปี ๒๕๖๒ เขตสุขภาพที่ ๖ ได้กำหนดประเด็นการพัฒนา ในแผนงาน บริหารจัดการและสร้างนวัตกรรมบริการ โดยกำหนดเป็น PA : ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการเบ็ดเสร็จของเขตสุขภาพและนวัตกรรมการบริหารจัดการ ได้แก่ โครงการ Peer to peer manage sharing platform region ๖ ซึ่งได้กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. เพื่อจัดระบบการใช้ทรัพยากรร่วมกันระดับเขตสุขภาพ (Sharing resource management)
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบระบบบริการเพื่อลดการส่งต่อระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

#### ๒. การดำเนินงาน

##### ๒.๑ การพัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อน

- ๑) แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการและสร้างนวัตกรรมบริการ ระดับจังหวัด
- ๒) จัดทำแผนบริหารจัดการและสร้างนวัตกรรมบริการ (Peer to peer จังหวัด)
- ๓) ประชุมคณะกรรมการเพื่อชี้แจงนโยบายและขับเคลื่อน

##### ๒.๒ การพัฒนาการจัดการและสร้างรูปแบบการใช้ทรัพยากรร่วม

๑) กำหนดข้อตกลงร่วมรูปแบบการจัดบริการ การ flow ระบบงาน และการใช้ทรัพยากรร่วม ระดับจังหวัด ๑ Service (OPD /Operation)

๒) ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดระดับจังหวัด

##### ๒.๓ การกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

- ๑) ประชุมคณะกรรมการเพื่อติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาอุปสรรค
- ๒) นิเทศติดตาม (Area focus) และหาโอกาสในการพัฒนา
- ๓) สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน

#### เป้าหมายการพัฒนา

๑. มีการวางแผนการพัฒนาระบบ
๒. มีกลไกการดำเนินงาน
๓. มีระบบข้อมูล
๔. มีการกำกับติดตามประเมินผล

## ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

### ๑. สถานการณ์

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งสาระที่เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน ๕ ดัชนี ได้แก่ ดัชนี ความโปร่งใส (Transparency) . ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ดัชนี คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ ๓ ป. ๑ ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (๑) ปลุก/ปลุกจิตสำนึก (๒) ป้องกัน (๓)ปราบปราม และ (๔) เครือข่าย มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” ที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมไปถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงาน ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. รพศ. รพท. สสอ. และ รพช. รวม ๑,๘๕๐ หน่วยงาน

### ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

กระบวนการปฏิบัติงานประเด็นความโปร่งใส ความพร้อมรับผิด ความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร และคุณธรรมในการดำเนินงานใน หน่วยงาน ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based : EB ๑ – EB๒๖)

เป้าหมาย ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก (ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

### ๒. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

#### ตารางแสดงผลการดำเนินงาน ITA ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐

ปีงบประมาณ	ผลการประเมิน (คะแนน)	ระดับ
๒๕๕๘	๗๗.๙๐	สูง
๒๕๕๙	๗๙.๘๑	สูง
๒๕๖๐	๘๑.๓๑	สูงมาก

ตาราง แสดงผลการดำเนินงาน ITA ปี ๒๕๖๑

หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี	๑ แห่ง	-
รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๑ แห่ง	-
รพท.กบินทร์บุรี	-	๑ แห่ง
รพ.ชุมชน	๔ แห่ง	๑ แห่ง
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	๒ แห่ง	๕ แห่ง

หมายเหตุ รพ.ชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ คือ รพ.นาดี , รพ.บ้านสร้าง , รพ.ประจันตคาม , รพ.ศรีมโหสถ  
 สสอ.ที่ผ่านเกณฑ์ คือ สสอ.ประจันตคาม , สสอ.เมืองปราจีนบุรี

มาตรการขับเคลื่อนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
<p>๑. วันที่ ๒๖-๒๘ พ.ย.๖๑ ศูนย์ต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุขได้ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและเกณฑ์การประเมินแต่ละตัวชี้วัดแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ITA</p> <p>๒. ผู้รับผิดชอบงานจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและเกณฑ์การประเมินแก่ผู้รับผิดชอบแต่ละตัวชี้วัดของหน่วยงานของตน</p> <p>๓. ผู้บริหารของหน่วยงานประกาศเจตจำนงสุจริตและประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่และสาธารณสุขชนทราบบทบาทเว็บไซต์ของหน่วยงาน</p> <p>๔. จัดกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านการทุจริต</p> <p>๕. วิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนและวางระบบในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในหน่วยงาน</p> <p>๖. จัดประชุม อบรม/สัมมนาแลกเปลี่ยนความรู้ภายในหน่วยงานเรื่องการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน จิตพอเพียงต้านทุจริต แก่เจ้าหน้าที่</p> <p>๗. เสริมสร้างวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กรโดยนำค่านิยม MOPH ของกระทรวงสาธารณสุขและค่านิยมสี่สัตย์ มีวินัย ใส่ใจรับผิดชอบ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรีมาเป็นหลักในการดำเนินงานเพื่อปลูกฝังจิตสำนึกให้กับเจ้าหน้าที่</p> <p>๘. สร้างเครือข่าย อสม.และเครือข่ายเจ้าหน้าที่เพื่อเป็นเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแจ้งเบาะแสเกี่ยวกับการทุจริตของเจ้าหน้าที่ของรัฐ</p> <p>๙. กำหนดมาตรการ กลไก วางระบบในการป้องกันการรับสินบน โดยผู้บริหารของหน่วยงานมีประกาศไม่รับของขวัญในเทศกาลปีใหม่</p>	<p>๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี</p> <p>๒. โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร</p> <p>๓. โรงพยาบาลกบินทร์บุรี</p> <p>๔. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๕ แห่ง</p> <p>๕. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๗ แห่ง</p> <p>รวมทั้งสิ้น ๑๕ แห่ง</p>

๓. ปัญหาอุปสรรค

ภาระงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ITA ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอค่อนข้างมาก

## ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

### ๑. สถานการณ์

หน่วยบริการในสังกัด มีความเสี่ยงที่ตรวจพบ เรื่องการเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง ระบบควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน หน่วยบริการบางหน่วยยังประสบภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงิน การกำกับและติดตามไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดความรู้ความเข้าใจ

### ๒. ประเด็นมุ่งเน้น

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ดำเนินการตรวจสอบภายใน และประเมินระบบการควบคุมภายใน ตลอดจนมีกระบวนการติดตามหน่วยงานที่ไม่ดำเนินการตามข้อเสนอแนะตามรายงานการตรวจสอบภายใน

ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี มีคำสั่งที่ ๑๒๕/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในประจำหน่วยรับตรวจ ดำเนินการตรวจสอบภายในและประเมินระบบควบคุมภายใน ของหน่วยรับตรวจในสังกัด โดยรอบที่ ๑ และ รอบที่ ๒ มีมาตรการดำเนินงานในพื้นที่ ด้านการกำกับและติดตามผลการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) และ การประเมินตามแนวทางการตรวจสอบงบการเงินของหน่วยบริการ

### ๓. แนวทางการตรวจสอบภายในของกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดมีกลไกของการตรวจสอบภายในทุกระดับ เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการปฏิบัติงาน ข้อมูลรายงานทางการเงินมีความน่าเชื่อถือ สามารถเพิ่มคุณค่าการดำเนินงานของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เกิดการกำกับดูแลตนเองที่ดี อย่างเป็นระบบ ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการตรวจสอบภายในของส่วนราชการ พ.ศ. ๒๕๕๑ กำหนดให้ผู้ตรวจสอบภายในต้องเป็นผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากหัวหน้าส่วนราชการให้ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในของส่วนราชการ โดยมีอำนาจและหน้าที่ ประกอบด้วย

#### กำกับให้ดำเนินการ

๑. กำกับการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ
๒. กำกับการประเมินระบบควบคุมภายในด้วย EAI
๓. กำกับให้หน่วยบริการประเมินตามแนวทางการตรวจสอบงบการเงิน

#### ติดตามและรายงานผล

๑. ติดตามการแก้ไขปรับปรุงตามผลการประเมินจากระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA)

๒. ติดตามรายงานผลการแก้ไขข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะจากผลการตรวจสอบงบการเงิน

### ๔. ผลการดำเนินงาน

๑. คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายจังหวัดปราจีนบุรี ได้ดำเนินการติดตามผลการตรวจสอบภายในประจำปี โดยได้ดำเนินการจัดทำรายงานผลการตรวจสอบภายใน ประกอบด้วย รายละเอียด เรื่อง ประเด็นการตรวจสอบ ข้อตรวจพบ และข้อเสนอแนะ ดำเนินการครบทั้ง ๑๔ หน่วยรับตรวจ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒. แผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ครอบคลุมทุกระดับ

๓. แผนการตรวจสอบภายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ รอบที่ ๑ เริ่มเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม ๒๕๖๒ ส่งรายงานสรุปผลการตรวจสอบส่งให้ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒

#### **๕. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ**

หน่วยรับตรวจ บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีภารกิจและงานประจำ จึงให้เวลากับงานตรวจสอบภายในได้ไม่เต็มที่ และยังขาดความเข้าใจในงานด้านนี้ จึงทำให้บางหน่วยรับตรวจไม่สามารถส่งผลการตรวจสอบหน่วยงานในสังกัดและการแก้ไขข้อบกพร่องตามที่ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ จึงทำให้ความเสี่ยงที่มีอยู่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ประกอบกับการตรวจสอบภายใน เป็นการสุ่มตรวจเอกสารที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้เอกสารบางรายการไม่ได้รับการตรวจสอบ อาจมีความผิดพลาดได้เช่นกัน

#### **๖. สิ่งดีๆ ที่พบจากการตรวจสอบภายใน**

การตรวจสอบภายใน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี มีการวางระบบที่ชัดเจน มีการตรวจสอบทุกระดับ และมีการสุ่มตรวจหน่วยรับตรวจในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากทีมตรวจสอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ทำให้สามารถลดความเสี่ยงของหน่วยงานได้ในระดับหนึ่ง มีผลทำให้หน่วยงานพบความเสี่ยงน้อยลงตามลำดับ



การบริหารจัดการประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital  
ตัวชี้วัด มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

๑. สถานการณ์

จังหวัดปราจีนบุรี มี โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๕ แห่ง และ  
คลินิกหมอครอบครัว(PCC) ๑๓ แห่ง

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รพ.	เมือง	กบินทร์บุรี	ประจันตคาม	บ้านสร้าง	ศรีมหาโพธิ์	ศรีมโหสถ	นาดี	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - รอบ ๑ ไตรมาส ๑ (ข้อมูล ต.ค.-ธ.ค.๖๑) - รอบ ๒ ไตรมาส ๒ (ข้อมูล ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒)
๑.	ตัวชี้วัดที่ ๓.๓ : เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	รพศ. ๑	๑	๑			๑		๑	รพศ.๑	
		รพท. ๑								รพท.๑	
		รพช. ๕								รพช.๓	
	ผลงาน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐		
	อัตรา/ร้อยละ	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐		
๒.	ตัวชี้วัดที่ ๓.๔ : มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	๑๓	๔	๕			๓		๑	๑๓	
		ผลงาน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	
		อัตรา/ร้อยละ	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	

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

บุคลากรขาดความพร้อมในการใช้งานโปรแกรม และบุคลากรผู้ดูแลระบบขาดความรู้ความชำนาญในการดูแลระบบ

#### ๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ ที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
บุคลากรขาดความก้าวหน้าในสายงานใน ระดับโรงพยาบาล		
บุคลากรขาดความรู้ความสามารถในการ ใช้งานโปรแกรม		
บุคลากรผู้ดูแลระบบ ขาดความรู้ความ ชำนาญ		

#### ๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

การพัฒนากระบวนการให้บริการที่นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ควรมีการพัฒนาให้  
มีความพร้อมก่อนการใช้งาน รวมถึงข้อบังคับและกฎหมายในการใช้งาน ควรชัดเจน เพื่อป้องกันและ  
อำนวยความสะดวกต่อผู้ใช้งาน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๔)

๑. สถานการณ์

ผลงาน ไม่มีโรงพยาบาลวิกฤติระดับ ๗ ( ข้อมูลการเงิน ณ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๑)

๑.๑ การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินการคลัง ณ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

ลำดับที่	หน่วยบริการ	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒ ๓๑ ต.ค.๒๕๖๑
๑	รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๑	๒	๒	๒
๒	รพ.กบินทร์บุรี	๑	๐	๑	๐
๓	รพ.ศรีมหาโพธิ	๒	๓	๑	๐
๔	รพ.นาดี	๑	๓	๐	๐
๕	รพ.บ้านสร้าง	๒	๓	๑	๐
๖	รพ.ประจันตคาม	๒	๑	๐	๐
๗	รพ.ศรีมโหสถ	๓	๓	๓	๒

เปรียบเทียบทุนสำรองสุทธิ ย้อนหลัง ๓ ปี ๒๕๕๙ -๒๕๖๑

ลำดับที่	หน่วยบริการ	NWC ปี ๒๕๕๙	NWC ปี ๒๕๖๐	NWC ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๐ (เพิ่ม/ ลดลง)	เงิน งบประมาณ สนับสนุน ฉ.๑๑
๑	รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๑๘๓.๖๖	๗๙.๙๗	๑๔๒.๒๓	+๖๒.๒๖	-
๒	รพ.กบินทร์บุรี	๑๕๑.๓๖	๑๔๗.๓๐	๑๓๘.๐๙	-๙.๒๑	-
๓	รพ.ศรีมหาโพธิ	๔.๖๔	๒.๖๐	๑๑.๘๕	+๙.๒๕	๓,๘๖๕,๐๐๐
๔	รพ.นาดี	๖.๖๕	๘.๔๒	๑๘.๕๘	+๑๐.๑๖	๒,๕๗๕,๐๐๐
๕	รพ.บ้านสร้าง	๔.๔๙	๒.๐๓	๗.๓๐	+๕.๒๗	๒,๔๒๒,๐๐๐
๖	รพ.ประจันตคาม	๑.๙๒	๕.๔๔	๑๔.๒๔	+๘.๘๐	๔,๐๐๐,๐๐๐
๗	รพ.ศรีมโหสถ	๑.๖๐	๐.๒๕	๐.๘๖	+๐.๖๑	๒,๒๐๐,๐๐๐

จากข้อมูลระดับวิกฤติทางการเงิน และ ทุนสำรองสุทธิ ย้อนหลัง ๓ ปี (๒๕๕๙ - ๒๕๖๑) จะพบว่าปี ๒๕๖๑ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีระดับวิกฤติ และสภาพคล่องทางการเงินดีขึ้นจากปี ๒๕๖๐ เนื่องจาก ปี ๒๕๖๑ จังหวัดได้จัดสรรเงินงบประมาณที่ได้รับจากส่วนกลางเพื่อสนับสนุนการจ่ายค่าตอบแทน ฉ.๑๑ของโรงพยาบาล โดยเกณฑ์การจัดสรรจะนำข้อมูลทางการเงินมาเป็นเครื่องมือ ข้อมูลในการจัดสรรด้วย เพื่อให้โรงพยาบาลทุกแห่งไม่ประสบวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ ต่อไป

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไม่มีเงินงบประมาณมาสนับสนุนการจ่ายค่าตอบแทน ฉ.๑๑ จะส่งผลทำให้โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กเช่น โรงพยาบาลศรีมโหสถ อาจประสบวิกฤติทางการเงินในระดับ ๔ - ๗ ได้ต่อไป ซึ่งจังหวัดจะดำเนินการเฝ้าระวังดัชนีทางการเงินต่อเนื่องทุกสิ้นเดือน เพื่อนำเสนอผู้บริหารทราบและแก้ไขสภาพปัญหาได้

สถานการณ์การเงินโรงพยาบาลจังหวัดปราจีนบุรี ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

ลำดับ ที่	หน่วยบริการ	Current Ratio (๑.๕)	Quick Ratio (๑)	Cash Ratio (๐.๘)	NWC (หน่วยล้าน บาท)	กำไรสุทธิ (ล้านบาท)	กำไรสุทธิไม่ รวมรายได้งบ ลงทุนและค่า เสื่อมราคา	ระดับ วิกฤติ
๑	รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๑.๓๗	๑.๒๔	๐.๖๘	๑๔๒.๒๓	๑๙๓.๕๒	๑๔๕.๓๔	๒
๒	รพ.กบินทร์บุรี	๑.๙๖	๑.๘๒	๑.๓๑	๑๓๘.๐๙	-๒๐.๒๘	-๘.๓๓	๑
๓	รพ.ศรีมหาโพธิ	๑.๔๑	๑.๓๔	๐.๙๖	๑๑.๘๕	๔๑.๗๙	๔.๗๗	๑
๔	รพ.นาดี	๑.๖๘	๑.๖๐	๑.๐๖	๑๘.๕๘	๗.๑๓	๑๑.๓๗	๐
๕	รพ.บ้านสร้าง	๑.๔๘	๑.๑๘	๐.๙๓	๗.๒๙	๓.๕๗	๔.๓๐	๑
๖	รพ.ประจันตคาม	๑.๘๓	๑.๗๒	๑.๕๐	๑๔.๑๕	๗.๐๓	๗.๗๘	๐
๗	รพ.ศรีมโหสถ	๑.๐๗	๐.๙๕	๐.๗๒	๐.๘๖	๑.๘๕	๒.๖๕	๓

มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง

๑. กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยนักบัญชีระดับจังหวัดจะคำนวณดัชนีทางการเงิน (ไม่รวมเงินจัดสรรล่วงหน้า) เพื่อแสดงถึงสถานการณ์ทางการเงินที่แท้จริงสามารถเฝ้าระวัง กำหนดทิศทาง แนวทางการแก้ไขปัญหาวิกฤติทางเงินได้ทันกำหนดเวลา

๒. CFO จังหวัด กำกับ และติดตามข้อมูล ลงพื้นที่ เพื่อรับฟังผลการดำเนินงาน สภาพปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไข ในโรงพยาบาลที่คาดการณ์ว่าจะมีปัญหาวิกฤติทางการเงิน

๓. CFO จังหวัด จัดทำรายงาน พร้อมข้อเสนอเพื่อเสนอการแก้ปัญหาต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดต่อไป

๔. วิเคราะห์ข้อมูลการเงิน เปรียบเทียบ โรงพยาบาลที่คาดว่าจะประสบปัญหาทางการเงินทั้งในด้านการเงินและในด้านการให้บริการ รวมทั้งจะต้องหาข้อมูล เปรียบเทียบ โรงพยาบาลจังหวัดอื่นที่โรงพยาบาลขนาดเดียวกัน (ภายในเขตสุขภาพที่ ๖)

การบริหารและกำกับแผนการเงิน Planfin

๑. แผนการเงินการคลัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จังหวัดปราจีนบุรี

ลำดับ ที่	หน่วยบริการ	รายได้ (ไม่รวมรายได้งบลงทุน)	ค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคา)	กำไรสุทธิ	ประเภท แผน
๑	รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๑,๒๔๙,๔๕๓,๖๐๐	๑,๑๕๗,๓๗๓,๕๐๐	๙๒,๐๘๐,๑๐๐	๑
๒	รพ.กบินทร์บุรี	๕๐๔,๙๐๐,๐๐๐	๔๖๐,๗๐๐,๐๐๐	๔๔,๒๐๐,๐๐๐	๑
๓	รพ.ศรีมหาโพธิ	๑๓๙,๙๙๕,๗๐๐	๑๐,๒๘๐,๐๐๐	๑๐๑,๑๐๐	๒
๔	รพ.นาดี	๑๐๖,๖๑๑,๐๐๐	๑๐๔,๑๗๙,๔๐๐	๒,๔๓๑,๕๖๐	๑
๕	รพ.บ้านสร้าง	๗๖,๗๗๓,๕๐๐	๗๔,๗๕๐,๓๐๐	๒,๐๒๓,๒๐๐	๒
๖	รพ.ประจันตคาม	๙๘,๗๙๙,๕๐๐	๙๘,๗๖๗,๕๐๐	๓๒,๐๐๐	๓
๗	รพ.ศรีมโหสถ	๖๕,๒๓๗,๔๐๐	๖๔,๑๕๗,๕๒๕	๑,๐๗๙,๘๗๔	๒

การจัดทำแผนการเงินการคลัง Planfin ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ของจังหวัดปราจีนบุรี ในด้านรายได้อื่น จะไม่นำรายได้รายได้งบประมาณสนับสนุนจากการจ่ายเงินค่าตอบแทน ณ.๑๑ ที่เคยได้รับในปี ๒๕๖๑ มาประมาณการเป็นรายได้ในปี ๒๕๖๒ เนื่องจาก CFO เขตชี้แจงในที่ประชุมว่าในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จะไม่มีเงินงบประมาณมาสนับสนุน

มาตรการพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลังภาพรวมจังหวัด

มาตรการที่ ๑ การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ Sufficient Allocation

แนวทางดำเนินงาน	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน	หมายเหตุ
๑. ร้อยละของหน่วยบริการมีแผนการเงิน Planfin ที่มีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
๒. ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ > ค่าใช้จ่าย	≥ ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐	

มาตรการที่ ๒ พัฒนาระบบการบัญชี (Accounting Management)

แนวทางดำเนินงาน	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน	หมายเหตุ
๑. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบขบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์	≥ ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐	ข้อมูลเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๑
๒. ร้อยละของหน่วยที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชีเงินสด/เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ถูกต้องตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบทายอดเงินฝากธนาคาร ไม่ต่ำกว่า ๗๕ ( ๑๗๕ แห่ง)	≥ ร้อยละ ๖๐	รอประเมินวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑	
๓. ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่เป็นหน่วยบริการดำเนินการจ่ายเงิน – รับเงิน ส่งคลังจากระบบอิเล็กทรอนิกส์	≥ ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๑๔.๒๘	๑ แห่ง (รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร)

มาตรการที่ ๓ พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร Network & Capacity Building

หมายเหตุ วัดแผนงานระดับเขต

มาตรการที่ ๔ สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ Efficient Management

แนวทางดำเนินงาน	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน	หมายเหตุ
๑. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนประมาณการรายได้ และผลการดำเนินงานด้านรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) ไม่เกินร้อยละ ๕	≥ ร้อยละ ๗๐	N/A	ไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากรับรู้รายได้ UC เป็นรายได้ ๖ เดือน
๒. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนควบคุมค่าใช้จ่ายและผลการดำเนินงานด้านค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) ไม่เกินร้อยละ ๕	≥ ร้อยละ ๗๐	รอประเมินวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑	

แนวทางดำเนินงาน	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน	หมายเหตุ
๓. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน $\geq 5$ ตัว (ระดับ Grade B,A-,A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus Efficiency)	$\geq$ ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๑๔.๒๘ (ข้อมูล ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑)	๑ แห่ง (รพ.ประจันตคาม)
๔. ร้อยละของหน่วยบริการมีส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอกและต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน	$\geq$ ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐	

หน่วยบริการมีส่วนของต้นทุนไม่เกินค่า mean+๑sd ของหน่วยบริการกลุ่มเดียวกัน ไตรมาส ๔/๒๕๖๑

ลำดับที่	หน่วยบริการ	OPD		IPD		ผ่าน/ไม่ผ่าน
		ผลงาน	ค่ากลาง	ผลงาน	ค่ากลาง	
๑	รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๙๘๒.๔๑	๑,๒๒๗.๒๕	๑๔,๒๙๕.๖๕	๑๗,๖๗๓.๔๔	ผ่าน
๒	รพ.กบินทร์บุรี	๖๗๖.๒๖	๘๔๓.๖๙	๑๔,๔๗๕.๔๗	๑๘,๗๘๙.๐๒	ผ่าน
๓	รพ.ศรีมหาโพธิ์	๔๖๘.๒๗	๗๗๖.๑๘	๑๓,๙๖๐.๐๑	๑๙,๐๙๕.๐๐	ผ่าน
๔	รพ.นาดี	๖๓๐.๔๕	๗๗๖.๑๘	๑๒,๓๗๓.๑๕	๑๙,๐๙๕.๐๐	ผ่าน
๕	รพ.บ้านสร้าง	๖๗๘.๙๖	๘๔๗.๖๔	๑๖,๒๓๐.๗๓	๒๑,๘๒๒.๔๖	ผ่าน
๖	รพ.ประจันตคาม	๖๙๑.๘๗	๗๗๖.๑๘	๑๓,๙๒๑.๙๗	๑๙,๐๕๒.๐๐	ผ่าน
๗	รพ.ศรีมโหสถ	๗๐๑.๓๔	๘๔๗.๖๔	๑๙,๙๗๖.๗๑	๒๑,๘๒๒.๔๖	ผ่าน

#### ปัญหา และสาเหตุในภาพรวมจังหวัดได้ดังนี้

๑. โรงพยาบาลไม่มีผู้รับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่ของ CFO โรงพยาบาลอย่างแท้จริง แต่เป็นนักบัญชีต้องทำข้อมูลของ CFO เพื่อให้ผ่านตัวชี้วัดทำให้เป็นภาระงานเพิ่มขึ้นจากงานบัญชีเดิม รวมทั้งทำให้ขาดประสิทธิภาพ

๒. ขาดแคลนจำนวนบุคลากรด้านบัญชีระดับโรงพยาบาลชุมชน

#### ผลงานเด่นระดับจังหวัด (เอกสารแนบท้าย)

จังหวัดปราจีนบุรี ได้มีการพัฒนาข้อมูลในระบบบัญชีมาอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้ข้อมูลในงบการเงินมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ เป็นไปตามมาตรฐานหลักการบัญชีภาครัฐ และในปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑ ได้มีการพัฒนาโปรแกรมลูกหนี้รายสิทธิ (รายบุคคล) โดยจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการในระดับจังหวัดมาอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการแก้ปัญหาลูกหนี้คงเหลือในระบบบัญชีสามารถยืนยันหรือแสดงมูลค่าที่ถูกต้อง และควมมีตัวตนจริงนั้น

ผลการดำเนินการในรอบ ๖ เดือน พบว่า มีโรงพยาบาลที่สามารถจัดทำทะเบียนลูกหนี้รายสิทธิ (รายบุคคล) และมีผลงานเชิงประจักษ์ ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ,โรงพยาบาลบ้านสร้าง และโรงพยาบาลศรีมโหสถ

### เครือข่าย CFO/AC ระดับเขต /จังหวัดผ่านกรอบรม

CFO และนักบัญชี ของจังหวัดปราจีนบุรี ได้ร่วมประชุมและฝึกอบรมการปรับเปลี่ยนการบันทึกบัญชี ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ภายในจังหวัดเองเพื่อเป็นการทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มเติมหลังจากที่ส่วนกลาง ได้ดำเนินการจัดอบรมไปแล้ว

ในกรณีที่โรงพยาบาลมีผู้รับผิดชอบงานบัญชีใหม่มาปฏิบัติงาน จังหวัดจะเป็นผู้ทำหน้าที่ฝึกสอนใน หลักการบันทึกบัญชีของกระทรวงสาธารณสุข แหล่งที่มาของเงินประเภทต่าง หลักเกณฑ์การใช้เงิน ฯลฯ รวมทั้งเป็นที่เลี้ยงในการลงพื้นที่เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านการปฏิบัติงานต่างๆ

### ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

- ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญการพัฒนาคุณภาพระดับบัญชี การจัดทำแผนการเงินการคลัง Planfin และระบบการบริหารการเงินการคลัง
- มีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาลเพื่อกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน
- มีการติดตามการดำเนินงาน ในการตรวจนิเทศงานของจังหวัด
- มีทีมตรวจสอบบัญชีระดับจังหวัดออกตรวจสอบคุณภาพระบบบัญชี ปีละ ๒ ครั้ง

### ๔. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หลักการคิดคำนวณอัตราส่วนทางการเงินของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เป็นต้นมา ไม่สะท้อนสถานการณ์ทางการเงินที่แท้จริง รวมทั้งการวัดแผนการเงินการคลัง Planfin (ด้านรายได้) ไม่สามารถแสดงความคลาดเคลื่อนด้านรายได้ UC ที่เป็นจริงได้