

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary) รอบที่ 1 ปี 2561 วันที่ 12-14 ก.พ. 2561

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

3.1 ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

27. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60)
นำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้พัฒนาองค์กร บริหารงาน เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงาน ส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานได้บรรลุเป้าหมายขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

ผลลัพธ์ : จังหวัดมหาสารคามมีการชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงาน และพบว่า มีหน่วยบริการที่ประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ 60 จำนวน 197 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.52 และหน่วยบริการ จำนวน 202 แห่ง มีการนำข้อมูลจากการประเมินความสุขของคนทำงานมาวิเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 100

1.วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการถ่ายทอดนโยบายและกำหนดกรอบการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข ไว้ในแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม พร้อมทั้งกำหนดค่านิยมองค์กรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่สอดคล้องกับค่านิยม MOPH ของกระทรวงสาธารณสุข คือ MHSK Model (Mahasarakham Model) นอกจากนี้ จังหวัดมหาสารคามได้พัฒนานักสร้างสุขเป็นแกนนำในการสร้างองค์กรแห่งความสุขอีกด้วย

2.ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) นโยบายที่ชัดเจนผู้บริหาร
- 2) การกำหนดเป็นตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของจังหวัด
- 3) มีการชี้แจงทำความเข้าใจแนวทาง/สื่อสารประชาสัมพันธ์การนำดัชนีวัดความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้
- 4) การประสานงานระหว่าง Admin หน่วยบริการในเครือข่าย ที่สามารถปรึกษา Admin จังหวัดได้ตลอดเวลา โดยการโทรศัพท์สายตรง และ Application Line กลุ่ม Admin

3.ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ความไม่ชัดเจนของการถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติของตัวชี้วัด ส่งผลกระทบต่อการ ขับเคลื่อนงานทั้งในระดับเขต และจังหวัด
- 2) ระบบรายงานที่ขาดการสื่อสารที่ถูกต้อง ทำให้การรายงานไม่สามารถนำไปบริหารจัดการได้

4.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) การสนับสนุนการแก้ปัญหาความสุข ควรมีโปรแกรมแก้ปัญหาความสุขต้นแบบจากส่วนกลาง เช่นเดียวกับโครงการ Happy Money Program เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดความสุขในทุกมิติ

2) การขับเคลื่อนนโยบายองค์กรแห่งความสุขสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ผู้บริหารควรเป็นต้นแบบ และมีการถ่ายทอดนโยบายองค์กรแห่งความสุขอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเวทีการประชุม กวป. เพื่อผลักดันให้มีการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง

5.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

การดำเนินสร้างสุขแบบบูรณาการเชื่อมโยงทั้ง CUP ในพื้นที่อำเภอวาปีปทุม อาทิ เช่น โครงการเปลี่ยนฟุ้งให้เป็นเงิน และโครงการ Organization Development ทั้งเครือข่ายวาปีปทุม

28. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)

การบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และการกำหนดแผน/กิจกรรม และดำเนินการเสริมสร้างและธำรงรักษาศูนย์ข้อมูลไว้ในระบบ เช่น “HR Clinic” ตลอดจนถึงติดตามผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด : อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)

ผลลัพธ์ : จังหวัดมหาสารคาม มีอัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ร้อยละ 99.27

1.วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

1) บุคลากรด้านสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ได้รับการส่งเสริมให้มีระบบและสิ่งแวดล้อม ในการทำงานที่ดี ด้วยกระบวนการและผู้ปฏิบัติงานด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องในระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในทุกระดับที่มีอย่างจำกัด เพราะจังหวัดมหาสารคามได้รับการจัดสรรตำแหน่งข้าราชการ (พยาบาลวิชาชีพ) ที่จะบรรจุน้อยกว่าจังหวัดอื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 7 แต่ยังสามารถบริหารจัดการบุคลากรด้านสาธารณสุขได้

2) มีการมอบหมายหน้าที่การรับผิดชอบการลงโปรแกรมบริหารทรัพยากรบุคคล HROPS ทั้ง 5 ประเภท พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของคำสั่งที่ลงระบบ มีทะเบียนเก็บคำสั่งสามารถค้นหาแล้วตรวจสอบได้อย่างรวดเร็ว

3) หน่วยงานเครือข่ายในสังกัดจัดตั้ง “HR Clinic” และมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลัก เพื่อประสานงาน และดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

2.ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

1) มีคณะกรรมการบริหารกำลังคนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

2) มีคู่มือในการปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลอย่างเป็นกระบวนการ

3.ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบว่า การลงข้อมูลโปรแกรมบริหารทรัพยากรบุคคล (HROPS) ล่าช้าในคำสั่งพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนข้าราชการ ทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เป็นปัจจุบัน

4.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

โปรแกรมการบริหารทรัพยากรบุคคล (HROPS) เป็นโปรแกรมที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาเพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและลดขั้นตอนการทำงาน เห็นควรดำเนินการออกคำสั่งด้วยโปรแกรมการบริหารทรัพยากรบุคคล (HROPS)

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

3.2 ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

29. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90)

กระบวนการปฏิบัติงานประเด็นความโปร่งใส ความพร้อมรับผิด ความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร และคุณธรรมการดำเนินงานในหน่วยงาน ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based : EB 1 – EB 11)

ตัวชี้วัดที่ : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ผลลัพธ์ : หน่วยรับประเมินมีผลการประเมินได้คะแนนคิดเป็นร้อยละ 90

เกณฑ์เป้าหมายรอบที่ 1 หน่วยงานผ่านการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB4 - EB6 ได้ระดับ 3(5)

การตรวจประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(ITA) เป็นการตรวจกระบวนการปฏิบัติงานตามประเด็น ในด้านความโปร่งใส ความพร้อมรับผิด ความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร และคุณธรรมการดำเนินงานในหน่วยงาน ทั้งนี้เป็นการตรวจประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) โดยข้อคำถาม 11 ข้อ : EB 1 – EB 11 และในรอบที่1 นี้ ดำเนินการตรวจประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 3 ข้อคำถาม EB 4 – EB 6 โดยกำหนดเป้าหมายให้หน่วยงานประเมินผ่านเกณฑ์ คะแนน ระดับ 3(5) และเพื่อเตรียมหน่วยงานในการรับการตรวจประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EB 1 – EB 11 ในไตรมาสที่ 2 จึงได้ดำเนินการตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้ง 1 ข้อ (EB 1 – EB 11)

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคามมีพื้นที่เป้าหมายรับการประเมิน ประกอบด้วย 1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2.โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง 4.โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รวมทั้งสิ้น 27 หน่วยงาน

จังหวัด	เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ประเมินITA ระดับ 3(5)
สตจ.และสตอ.	14	13
รพ.	13	11
ทั้งหมด	27	24
	ร้อยละ	85.19

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) มีผู้รับผิดชอบและประสานงานชัดเจน ขาดความรู้ความเข้าใจต่อเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)
- 2) ขาดการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการจัดเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อรับการประเมิน
- 3) มีความต้องการให้ผู้บริหารให้การสนับสนุนและควบคุมกำกับการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) มากกว่านี้

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

1) ด้านหน่วยงาน (หน่วยรับตรวจ)

1.1 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบยังขาดความรู้ความเข้าใจต่อระเบียบแนวทางปฏิบัติงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง ส่งผลให้การจัดเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง เช่น ใน EB 1 เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตั้งแต่กระบวนการแรกจนถึงกระบวนการสุดท้ายแต่ยังไม่ครบ ทั้งกระบวนการ ข้อ EB 4 ยังมีขาดความเข้าใจในการประกาศแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ในทุกงบประมาณที่หน่วยงานมีหรือได้รับจัดสรร ข้อ EB 11 การจัดตั้งกลุ่มเพื่อตรวจสอบการบริหารงานในหน่วยงานแต่ไม่มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบการบริหารงาน

2) ด้านคณะกรรมการตรวจประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับจังหวัด ควรให้คำปรึกษาหน่วยงานในจังหวัดเพิ่มมากขึ้นในการเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ตรงประเด็นการตอบคำถาม

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) พัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานให้เข้าใจถึงระเบียบ ปฏิบัติ เกณฑ์การประเมินและการจัดเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์คุณธรรมและความโปร่งใส
- 2) หน่วยงานเป้าหมายควรมีมาตรการ / แนวทางการควบคุมกำกับและติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ITA
- 3) ทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการตรวจประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับจังหวัด เพื่อสนับสนุนหน่วยงานเป้าหมายให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส(ITA)

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

30. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20)

การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา มีความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557

ตัวชี้วัด : ร้อยละของการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุทันตกรรม คิดเป็นมูลค่าไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาทั้งหมด

ผลลัพธ์ : ดำเนินการจัดซื้อร่วม รอบไตรมาส 1/61 เท่ากับร้อยละ 50.65

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

- 1) มีแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา
- 2) มีการตรวจสอบภายใน ปีงบประมาณ 2560
- 3) มีจัดทำรอบบัญชียาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาระดับโรงพยาบาลและระดับ รพ.สต.แต่ยังไม่ครอบคลุม
- 4) มีกำหนดราคาอ้างอิง ระดับเขตและจังหวัด และนำมาใช้ในพื้นที่
- 5) จัดทำแผนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และรับอนุมัติภายในระยะเวลาที่กำหนด

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success) ประกอบด้วย

- 1) ผู้นำให้ความสำคัญต่อนโยบาย
- 2) มีการกำกับ ติดตาม หลายช่องทาง อย่างสม่ำเสมอ
- 3) บูรณาการร่วมกับการตรวจสอบภายในในการควบคุมให้ดำเนินการจัดซื้อจัดหาตามจริยธรรม

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) การจัดซื้อร่วมวัสดุทันตแพทย์ จัดซื้อต่ำกว่าร้อยละ 20 จำนวน 3 แห่งได้แก่ รพ.เชียงใหม่ นาเชือก และ พยัคฆภูมิพิสัย
- 2) คณะกรรมการจัดทำรอบรายการจัดซื้อร่วมทำงานล่าช้า เนื่องจากภาระงานมากและขั้นตอนการดำเนินการซับซ้อน ทำให้ไม่สามารถประกาศ
- 3) ยามงค์การเภสัชกรรมขาดโดยแจ้งล่าช้า ทำให้เกิดภาวะยาไม่เพียงพอในช่วงแรกก่อนที่องค์กรเภสัชกรรมจะได้มีการประกาศรายการยาที่จะขายและไม่สามารถขายให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7
- 4) ผู้ปฏิบัติงานยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างตาม พรบ.จัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุ พ.ศ.2560

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) ติดตามการดำเนินการจัดซื้อวัสดุทันตแพทย์ทั้ง 3 แห่ง
- 2) จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุ ตามพรบ.จัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุ พ.ศ.2560

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

31. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด หน่วยงานในสังกัด สป.สาธารณสุข มีกลไกการตรวจสอบภายในอย่างไร เป็นรูปธรรม คือ

- ดำเนินการจัดทำแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561
- ดำเนินการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561
- รายงานผลการตรวจสอบภายใน
- มีการกำกับ ติดตาม และรายงานผลเชิงผลผลิต ผลลัพธ์
- ข้อเสนอแนะตามรายงานการตรวจสอบภายในได้รับการแก้ไขทุกประเด็น

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด จัดทำแผนการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ. 2561 = 4 ระดับ ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 แห่ง และ รพ.สต. 26 แห่ง ในส่วน รพ.สต.ที่ภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดไม่ได้ตรวจสอบได้มอบหมายคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับอำเภอดำเนินการตรวจสอบและรายงานผลการตรวจสอบให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทราบ โดยใช้การประเมินความเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ การติดตามผลการแก้ไขข้อบกพร่องอยู่ระหว่างดำเนินการและจะรายงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ ประจำปี พ.ศ.2560 ผลการประเมิน 5 มิติที่พบจุดอ่อน โรงพยาบาลเชียงใหม่ โรงพยาบาลนาคนูน และโรงพยาบาลชื่นชม ได้จัดทำแผนพัฒนาองค์กรเรียบร้อยแล้ว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และโรงพยาบาลนาเชือก ดำเนินการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบติดตามการใช้ค่าสาธารณสุขูปโภค โรงพยาบาลมหาสารคาม อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำคำสั่งฯ และรายงานสภาพการใช้ค่าสาธารณสุขูปโภค มีหนี้ค้างชำระก่อนปีงบประมาณ พ.ศ.2561 จำนวน 19,262.22 บาท

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

1) ผู้บริหารทุกหน่วยงานควรให้การสนับสนุนให้ คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ขับเคลื่อนการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในของจังหวัด เพื่อให้เกิดระบบธรรมาภิบาลที่ดี

2) ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีกลุ่มงานตรวจสอบภายในในระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนการตรวจสอบภายในระดับจังหวัดและระดับเขตให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเสริมสร้างระบบธรรมาภิบาลที่ดี

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด และระดับอำเภอ มีบุคลากรไม่เพียงพอและมีภาระงานประจำทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานตรวจสอบภายในได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- ไม่มี -

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

32. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระดับ 5 ร้อยละ 60)

ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร ตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย

- 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ
 - หมวด 1 การนำองค์กร
 - หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์
 - หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด
 - 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด
 - 5 การมุ่งเน้นบุคลากร
 - หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ
 - หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ
- ★โดยปี 2561 วัดผลการดำเนินการที่ หมวด 1 และหมวด 5

ตัวชี้วัดที่ 63.1 : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สสจ.ผ่าน PMQA ระดับ 5 ร้อยละ 60

ตัวชี้วัดที่ 63.2 : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สสอ.ผ่าน PMQA ระดับ 5 ร้อยละ 20

ผลลัพธ์ : -

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มาตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ โดยผู้บริหารมีนโยบายให้ความสำคัญ ทบทวนการบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา และได้สนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้มีการตั้งทีมคณะทำงาน โดยใช้ชื่อว่า Dream Team เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ในภาพทั้งจังหวัดและครอบคลุมทุกอำเภอ ร้อยละ ๑๐๐

๒. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- ๑) ผู้บริหารให้ความสำคัญ การถ่ายทอดนโยบายชัดเจน
- ๒) มีทีมที่เลี้ยง (Dream team) ให้คำแนะนำ เรียนรู้ และพัฒนาร่วมกันกับสาธารณสุขอำเภอ
- ๓) มีการบูรณาการทำงานร่วมกับการสร้างสุขในองค์กร เน้นการสร้างความรู้ความผูกพันในองค์กร บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรม
- ๔) ใช้กระบวนการนิเทศงานให้ทุกอำเภอมุ่งเน้นการควบคุมกำกับการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ผ่านการประชุมประจำเดือน และการดำเนินงานองค์กรสร้างสุขขององค์กร

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

ในระดับอำเภอในการดำเนินงานที่ต้องใช้งบประมาณ อาจเกิดความล่าช้าในการพัฒนาตามแผนที่วางไว้โดยทุกอำเภอ มีการบูรณาการตามแผน CUP ในการดำเนินงานตามแผนปรับปรุงองค์กร หมวด ๑ และหมวด ๕ ด้วยงานดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ได้รับจัดสรรจากจังหวัด

๔. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีระบบติดตามควบคุมกำกับ ประเมินผลที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องเพิ่มกระบวนการเรียนรู้ให้กับบุคลากรซึ่งเป็นพื้นฐานการเรียนรู้แห่งองค์กร และจัดสรรงบประมาณในกิจกรรมการดำเนินงาน

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

33. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (รพศ./รพท. ร้อยละ 100, รพช. ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80)

หน่วยบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพองค์กร โดยมีวัฒนธรรมคุณภาพ มีการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA และพัฒนาอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์กรเรียนรู้ / มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และมีการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA

ตัวชี้วัดที่ 64.1 : ร้อยละของรพศ./รพท./รพ.สังกัดกรมการแพทย์/กรมควบคุมโรค/กรมสุขภาพจิต

มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดที่ 64.2 : ร้อยละของรพช. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 \geq ร้อยละ 80

ผลลัพธ์ : 1. โรงพยาบาลมหาสารคามผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 Re-accreditation ครั้งที่ 1 อยู่ระหว่างรอผลการต่ออายุการรับรอง Re-accreditation ครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 100

2. โรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคามได้นำยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน (P&P, Service, People, Governance) นำมาขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ซึ่งในยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ด้านการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ องค์กรคุณภาพระดับโรงพยาบาล ใช้มาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ปัจจุบันมีโรงพยาบาลได้รับการรับรอง HA ชั้น 3 จำนวน 11 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100 (ไม่รวม F3) แนวทางการดำเนินงานใช้เครือข่ายพี่เลี้ยงพัฒนาคุณภาพ ซึ่งเป็นตัวแทนผู้รับผิดชอบงาน จากโรงพยาบาลต่างๆ ร่วมเป็นคณะกรรมการ ให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการที่สำคัญร่วมกัน โดยมีโรงพยาบาลบรบือเป็นผู้จัดการเครือข่าย ในปี 2561 มีโรงพยาบาลเป้าหมายที่เครือข่ายต้องให้การสนับสนุนให้เข้าสู่กระบวนการขอต่ออายุการรับรองให้เป็นไปตามกำหนด จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนาจูน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย โรงพยาบาลเขียงยืน และ โรงพยาบาลบรบือ ผลการดำเนินงานในเดือนตุลาคม 2560 - มกราคม 2561 ได้มีการประชุมเครือข่าย 1 ครั้ง มีแผนในการออกเยี่ยมเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลเป้าหมายร่วมกับที่ปรึกษาพื้นที่ มีการออกนิเทศติดตามงานนโยบายและตัวชี้วัด PA ทุกอำเภอและควบคุมกำกับโดยการรายงานผลการดำเนินงานทุกวันที่ 25 ของทุกเดือน จากการการรายงานของโรงพยาบาลเป้าหมายทั้ง 4 แห่งอยู่ระหว่างการจัดทำเอกสารส่ง สรพ.ตามกระบวนการขอต่ออายุการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

อย่างไรก็ตามการสร้างแรงจูงใจให้ทีมเครือข่าย QLN ในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาหน่วยงานให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานมีส่วนผลักดันสู่เป้าหมายให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันภายในจังหวัด เกิดผลลัพธ์ที่ดีทำให้เกิดการให้บริการที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ผู้รับบริการและผู้ให้บริการปลอดภัย และมีสุขภาพที่ดีขึ้น

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) ผู้บริหารให้ความสำคัญในการพัฒนาและกำหนดเป็นตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของจังหวัด
- 2) มีคณะกรรมการเครือข่ายพี่เลี้ยง(QLN)ที่ครอบคลุมทุกสาขาอาชีพ
- 3) มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ที่ต่อเนื่อง
- 4) มีการนิเทศ/ติดตามรายงานระดับความสำเร็จการดำเนินงานขับเคลื่อนตัวชี้วัดระดับจังหวัด ระดับอำเภอ

รายเดือนและรายไตรมาส

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

โรงพยาบาลไม่ได้รับวันเข้าเยี่ยมจาก สรพ.ทันตามกำหนดการหมดอายุการรับรอง

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

ส่วนกลางสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง QLN

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

34. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตรา (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25)

การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ตีตรา ที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย

- 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี
- มีเกณฑ์ประเมิน 5 หมวด โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้

ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 5 ดาว

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตรา (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25)

ผลลัพธ์ ไตรมาสแรก อยู่ระหว่างดำเนินการ

1.วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตีตราที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดีภาควิชามีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี และ 5) ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้

ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 5 ดาว

สถานการณ์ของจังหวัดมหาสารคาม ผลการดำเนินงาน ปี 2560 จากจำนวน รพ.สต.ทั้งหมด 175 แห่ง ประเมินตนเองจำนวน 175 แห่ง ผ่านการรับรองระดับ 5 ดาว จำนวน 47 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 26.86 เป็นไปตามเป้าหมายของจังหวัด ที่กำหนดไว้ที่ ร้อยละ 25 เปรียบเทียบผลงานสูงกว่าเป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 7 และของประเทศที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 10

ปัจจุบันปี 2561 จังหวัดมหาสารคามได้กำหนดให้เป็นนโยบายที่สำคัญ รพ.สต.ทุกแห่งต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและให้ผ่านการรับรองระดับ 5 ดาว โดยกำหนดเป้าหมายของจังหวัดที่ ร้อยละ 50 (สะสม) โดยมุ่งเน้นให้ รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับ 5 ดาว จำนวน 128 แห่ง ต้องส่งแบบประเมินตนเอง และพัฒนาให้ผ่านการรับรองระดับ 5 ดาว อย่างน้อย 48 แห่ง บูรณาการกับเป้าหมาย PCC ปี 2560-2563 เป็นเป้าหมายพัฒนา รพ.สต.ตีตรา ปี 2561 รวมทั้งมุ่งเน้นการพัฒนา รพ.สต. ตีตรา ภายใต้เป้าหมาย “ประชาชนได้อะไร” เน้นหมวด 2 กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่

ชัดเจน ตาม พขอ./ODOP/OTOP ขับเคลื่อนการพัฒนาจนถึงหมวดผลลัพธ์ โดยมีแผนและแนวทางการดำเนินงานในปี 2561 รายละเอียด ดังนี้

- 1) มอบนโยบายและแนวทางการขับเคลื่อน PA โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
- 2) จัดตั้งทีมพี่เลี้ยง รพ.สต.ติดตาม เข้าร่วมเป็นทีมประเมินระดับเขต จำนวน 1 ทีม ระดับจังหวัด จำนวน 1 ทีม และระดับอำเภอ จำนวน 13 ทีม
- 3) เข้ารับการอบรมทีมพี่เลี้ยง รพ.สต.ติดตาม ระดับเขต ของกระทรวงสาธารณสุข และประชุมทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด และอำเภอ เพื่อชี้แจงคู่มือการประเมินรพ.สต.ติดตาม พร้อมจัดทำ QR Code คู่มือ รพ.สต. ติดตาม ปี 2561 ให้กับผู้รับผิดชอบ
- 4) รายงานสถานการณ์การรับรอง รพ.สต.ระดับ 5 ดาวปี 2560 แก่ทีมพี่เลี้ยงระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และแจ้งเป้าหมายการพัฒนา รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ดาว ปี 2561 ที่ ร้อยละ 50 (สะสม)
- 5) กำหนดให้ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบหลักระดับอำเภอ
- 6) กำหนดให้อำเภอพิจารณา รพ.สต.เป้าหมายเปิด PCC ปี 2560-2563 เป็นเป้าหมายพัฒนารพ.สต.ติดตาม ปี 2561
- 7) กำหนด Time line การดำเนินงาน ดังนี้
 - ส่งรายงานแบบประเมินตนเอง ภายในวันที่ 31 ม.ค.2561 และส่งรายงานการรับรองผลระดับอำเภอภายในวันที่ 10 เมษายน 2561
 - แจ้งอำเภอทราบแนวทางการประเมินระดับจังหวัดจะออกประเมินระดับอำเภอทุกอำเภอ ในเดือนพฤษภาคม 2561 โดยใช้วิธีสุ่มประเมินจากการจับฉลากเป้าหมาย ปี 2561
- 8) มีการสื่อสารติดตามงานทางกลุ่มไลน์ รพ.สต.

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ และมีนโยบายที่ชัดเจน และมีการกำกับนิเทศติดตามงาน เป็นรายเดือนและรายไตรมาส
- 2) จัดทำเป็นคำรับรองปฏิบัติราชการระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้บริหารระดับอำเภอ และเป็นข้อกำหนดส่วนหนึ่งในการพิจารณาความดีความชอบ
- 3) กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจนโดยให้ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับอำเภอ
- 4) กระทรวงสาธารณสุขมีการปรับปรุงคู่มือการพัฒนา รพ.สต. ติดตาม ปี 2561 ทั้งเกณฑ์และวิธีการประเมินที่สามารถเข้าใจได้ง่ายแก่ผู้ปฏิบัติที่นำไปใช้ในพื้นที่

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

พื้นที่ที่มีความเห็นในประเด็นเกณฑ์การประเมิน Green and clean บางข้อ ทำได้ยากที่จะผ่านตามเกณฑ์เนื่องจากเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของ รพ.สต.

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) สรางกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ กับ นโยบาย PCC & รพ.สต.ติดตาม
- 2) สรุบทบทเรียนผลดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญ ตามบริบทในแต่ละพื้นที่
- 3) พัฒนาระบบกำกับติดตาม ประเมินผล และเยี่ยมเสริมพลังให้มีประสิทธิภาพ

5. นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง Best practice (ถ้ามี)

Best practice: กลยุทธ์ในการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ดังนี้

- 1) กำหนดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต.ติดตาม) เป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอ
- 2) สร้างขวัญและกำลังใจคนทำงาน โดยใช้เป็นเกณฑ์หนึ่งในการพิจารณาความดีความชอบ

35. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 ไม่เกิน ร้อยละ 6)

ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพ ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2561

1. มีมาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง
2. มีการบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)
3. เครื่องมือในการพัฒนามีประสิทธิภาพ และมีระบบการกำกับและรายงาน

ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 6)

ผลลัพธ์: การดำเนินงานในไตรมาสแรก หน่วยบริการในสังกัด สป.สธ ระดับ รพศ./รพท./รพช.ในจังหวัดมหาสารคาม ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

มีการนำนโยบายการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังและข้อมูลที่เกี่ยวข้องมากำกับติดตามทุกไตรมาส ทำให้ภาวะวิกฤติด้านการเงินการคลังดีขึ้นเป็นลำดับ ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2561 พบว่า โรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม ไม่มีภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ผ่านตัวชี้วัดร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 6)

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) ผู้บริหารให้ความสำคัญ
- 2) การจัดระบบการติดตามการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังด้วยตัวชี้วัดนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับจังหวัด โดยมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการเงินการคลังอย่างมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

หน่วยบริการบางแห่งมีข้อจำกัดด้านการขยายการให้บริการที่เพิ่มขึ้น และบางแห่งมีข้อจำกัดด้านประชากรที่มีจำนวนน้อยกว่า 25,000 คน ตลอดจนการรับภาระเงินเดือนบุคลากรค่อนข้างมาก

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

ควรจัดระบบพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษาการดำเนินงานด้านการเงินการคลัง

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice

พัฒนาการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ ทำโปรแกรมจัดเก็บรายได้
