

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประเด็นที่ 8

บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

ประธาน : ผศ. (พิเศษ) นพ.สุภโชค เวชภัณฑ์เกษัช ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 2

รองประธาน : นพ.ภาคิ ทรัพย์พิพัฒน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 7

คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



ประเด็นที่ 8.1

GREEN & CLEAN Hospital Challenge

สรุปผลการดำเนินงาน
ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2



จำนวน
ตัวชี้วัด

1 ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 2

1 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไปและระดับท้าทาย)	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) ร้อยละ 90 2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย) ร้อยละ 25	ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 93.91 (910 แห่ง) ผ่านระดับท้าทาย ร้อยละ 40.04 (388 แห่ง)

ข้อมูล ณ 25 ส.ค. 68



ประเด็นที่ 8.1

GREEN & CLEAN Hospital Challenge

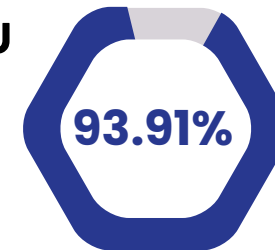
เป้าหมาย รอบที่ 2

- ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) ร้อยละ 90

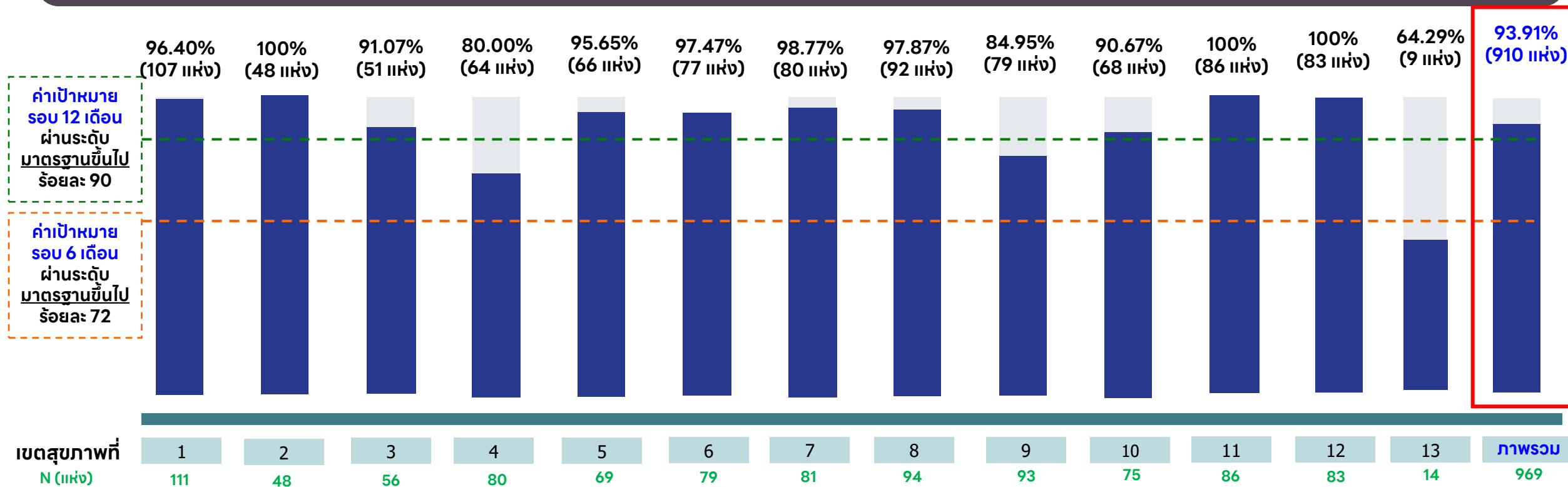
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 93.91 (๙๑๐ แห่ง)

ดำเนินการผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 93.91 (910 แห่ง)
ข้อมูล ณ 25 ส.ค. 68



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)





ประเด็นที่ 8.1

GREEN & CLEAN Hospital Challenge

เป้าหมาย รอบที่ 2

2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย) ร้อยละ 25

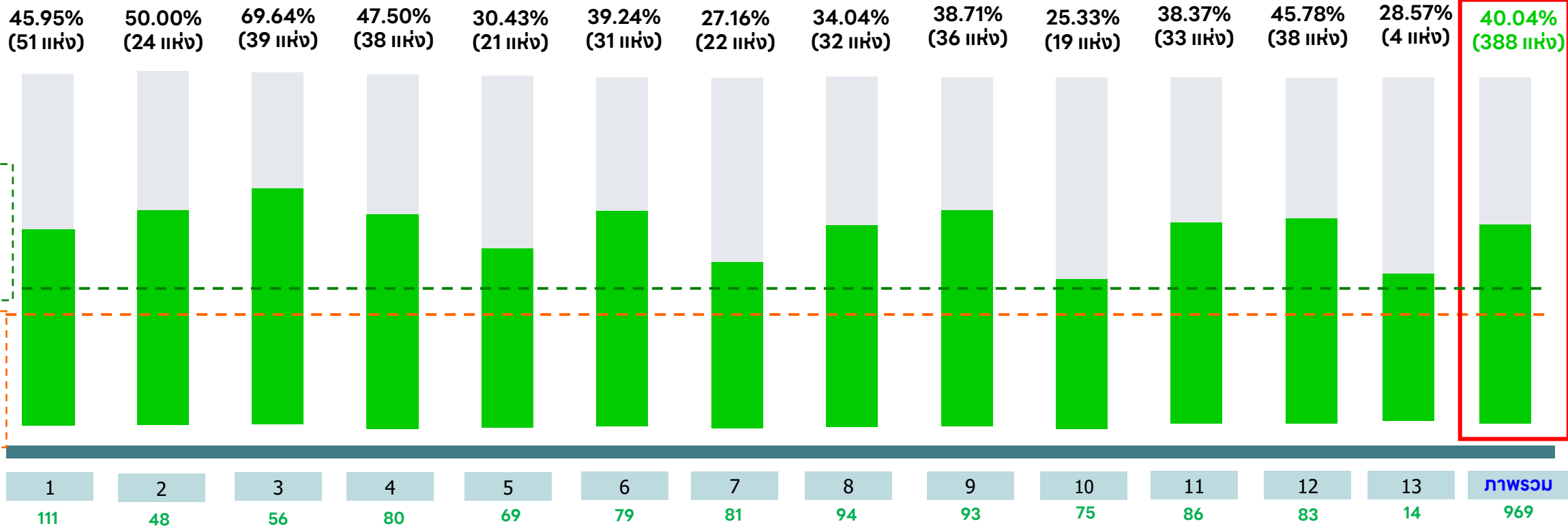
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ผ่านระดับท้าทาย ร้อยละ 40.04 (388 แห่ง)
(ผ่านอย่างน้อย 1 ด้าน อายุการรับรอง 2 ปี)

ดำเนินการผ่านระดับท้าทาย ร้อยละ 40.04 (388 แห่ง)
ข้อมูล ณ 25 ส.ค. 68



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ค่าเป้าหมาย รอบ 12 เดือน ผ่านระดับท้าทาย ร้อยละ 25

ค่าเป้าหมาย รอบ 6 เดือน ผ่านระดับท้าทาย ร้อยละ 20



ประเด็นที่ 8.1

GREEN & CLEAN Hospital Challenge

ผลการดำเนินงานภาพรวม

- โรงพยาบาล **สมัครใช้งาน** โปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้นท์ **ร้อยละ 84.83 (822 แห่ง)**
- โรงพยาบาล **มีผลลัพธ์เชิงปริมาณ** ได้แก่ อัตราการเกิดของเสีย การใช้ทรัพยากร และปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ **ร้อยละ 58.10 (563 แห่ง)**

ข้อมูล ณ 25 ส.ค. 68

สว. สมัครใช้งาน
โปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้นท์
ร้อยละ 84.83 (822 แห่ง)

84.83%

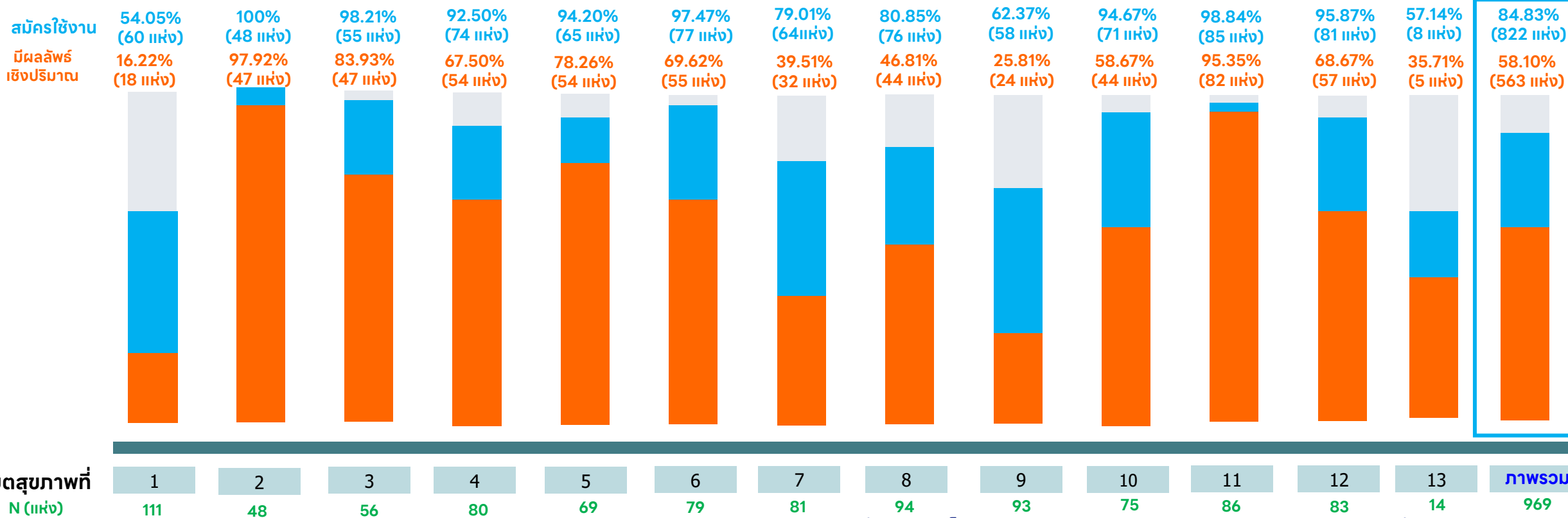
ข้อมูล ณ 25 ส.ค. 68

สว. มีผลลัพธ์เชิงปริมาณ
ร้อยละ 58.10 (563 แห่ง)

58.10%

ข้อมูล ณ 25 ส.ค. 68

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)





ประเด็นที่ 8.1

GREEN & CLEAN Hospital Challenge

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในปี 2569	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1. ปี 68 มี sw. ครบอายุการรับรอง ซึ่งต้องมีการ re-accredit จึงอาจกระทบต่อผลการดำเนินงาน 2. การบันทึกข้อมูลผลลัพธ์เชิงปริมาณ ยังไม่ครบทุกแห่ง 3. การปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบทำให้ผู้รับผิดชอบใหม่ขาดองค์ความรู้ 4. ระบบบำบัดน้ำเสีย sw. เสื่อมโทรม / ไม่สามารถรองรับปริมาณน้ำเสียที่เพิ่มขึ้นได้ ส่งผลให้คุณภาพน้ำทิ้งไม่ได้มาตรฐาน	1. กระตุ้น ติดตามให้ sw. ที่ครบอายุการรับรอง เข้ารับการประเมินใหม่ (Re-accreditation) 2. ชี้แจง กระตุ้น ให้คำแนะนำการบันทึกข้อมูลปริมาณของเสีย การใช้ทรัพยากร และใช้โปรแกรมคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะประเด็นถ่ายภาพ รูปแบบ onsite	1. การผ่านมาตรฐาน GREEN and CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ 90 และระดับท้าทาย ร้อยละ 25 2. การบันทึกข้อมูลปริมาณของเสีย การใช้ทรัพยากร และคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของโรงพยาบาล เพื่อให้มีผลลัพธ์เชิงปริมาณ	1. กรมอนามัยดำเนินการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจแก่ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ในการขับเคลื่อนการเพิ่มประสิทธิภาพ sw.สู่การเป็น “โรงพยาบาลคาร์บอนต่ำฯ” 2. กำหนดให้ sw.คาร์บอนต่ำฯ เป็นตัวชี้วัดในปีถัดไป เนื่องจากสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล 3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณเพื่อการก่อสร้าง ปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียของ sw. ที่เสื่อมโทรม/ไม่สามารถรองรับน้ำเสียที่เพิ่มขึ้นได้ และเฝ้าระวังคุณภาพน้ำทิ้งของ sw.

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 1) GREEN & CLEAN Hospital Challenge เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- 2) มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ทุกปี ทำให้ผู้รับผิดชอบมีองค์ความรู้ในการทำงานเพิ่มมากขึ้น
- 3) มีระบบการรายงานผล และติดตามการดำเนินงาน ผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital และช่องทางการสื่อสาร ให้คำแนะนำ
- 4) ศูนย์อนามัย/สสม. และสจ. เป็นพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาลในพื้นที่ มีการกำกับติดตาม และขยายผลสู่โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชาชนและบุคลากรได้ประโยชน์อะไร

- 1) ประชาชน บุคลากรได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ปลอดภัยต่อสุขภาพ เป็นภาพลักษณ์ที่ดีของภาคสาธารณสุข
- 2) มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
- 3) สร้างความตระหนัก มีส่วนร่วมในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

โอกาสการพัฒนา

ยกระดับ GREEN & CLEAN Hospital Challenge มุ่งเน้นพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประเด็นที่ 8.2

การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

โดย กองบริหารทรัพยากรบุคคล

คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



ประเด็นที่ 8.2

เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2



จำนวน
ตัวชี้วัด

1 ตัวชี้วัด
(2 ตัวชี้วัดย่อย)



ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 2

2 ตัวชี้วัดย่อย

ก.	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ			
1	การบริหารจัดการ ตำแหน่งว่าง	12 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4	12 เขตสุขภาพ บริหารจัดการตำแหน่งว่าง คงเหลือ 2.53
2	ร้อยละการปรับปรุง ตำแหน่งให้สอดคล้อง กับการยกระดับ บริการสุขภาพ	มีการปรับปรุงกำหนดตำแหน่ง ร้อยละ 0.50	ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 1-12 ปรับปรุง กำหนดตำแหน่งนอกกรอบระดับสูงขึ้น และเปลี่ยนชื่อตำแหน่งในสายงาน ประเภทวิชาการ รวมทั้งสิ้น 1,797 ตำแหน่ง (กรอบเดิม 193,759 ตำแหน่ง) คิดเป็นร้อยละ 0.61



ตัวชี้วัดย่อยที่ 1

การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง

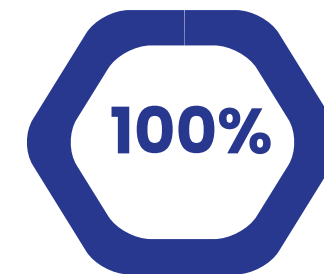
เป้าหมาย รอบที่ 2

12 เขตสุขภาพ
มีตำแหน่งว่างคงเหลือ
ไม่เกินร้อยละ 4

ผลการดำเนินงานภาพรวม

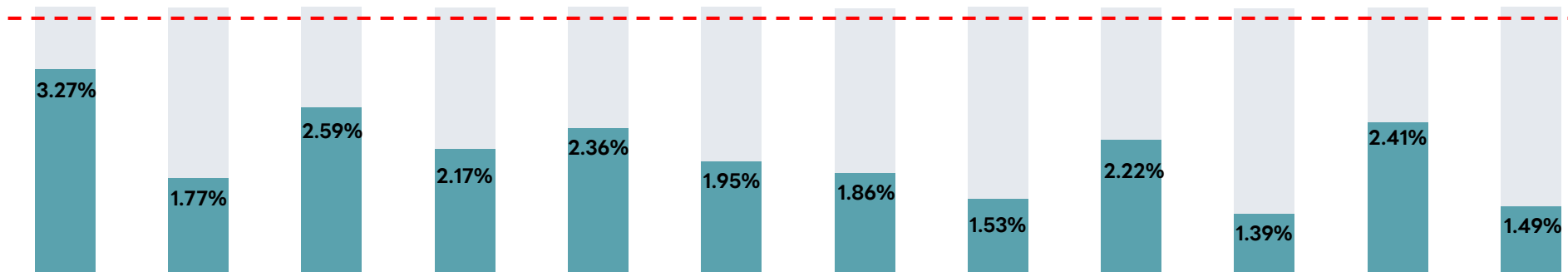
12 เขตสุขภาพ บริหารจัดการ
ตำแหน่งว่างคงเหลือ
คิดเป็นร้อยละ 2.53

12 เขตสุขภาพ
ดำเนินการผ่านเกณฑ์
คิดเป็นร้อยละ 100



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

ตำแหน่งว่าง
คงเหลือ ร้อยละ



✓ ค่าเป้าหมาย รอบ 12 เดือน
12 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่าง
คงเหลือไม่เกินร้อยละ 4

✓ ผลการดำเนินงาน 11 เดือน
12 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่าง
คงเหลือไม่เกินร้อยละ 4

เขตสุขภาพที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ตำแหน่งว่างคงเหลือ	742	245	278	388	469	397	301	289	514	228	451	312
จำนวนตำแหน่ง	22,660	13,835	10,751	17,898	19,915	20,347	16,160	18,908	23,135	16,393	18,692	20,993

ข้อมูล ณ วันที่ 31 ส.ค. 68

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2

ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ

เป้าหมาย รอบที่ 2

มีการปรับปรุงกำหนดตำแหน่ง
ร้อยละ 0.50

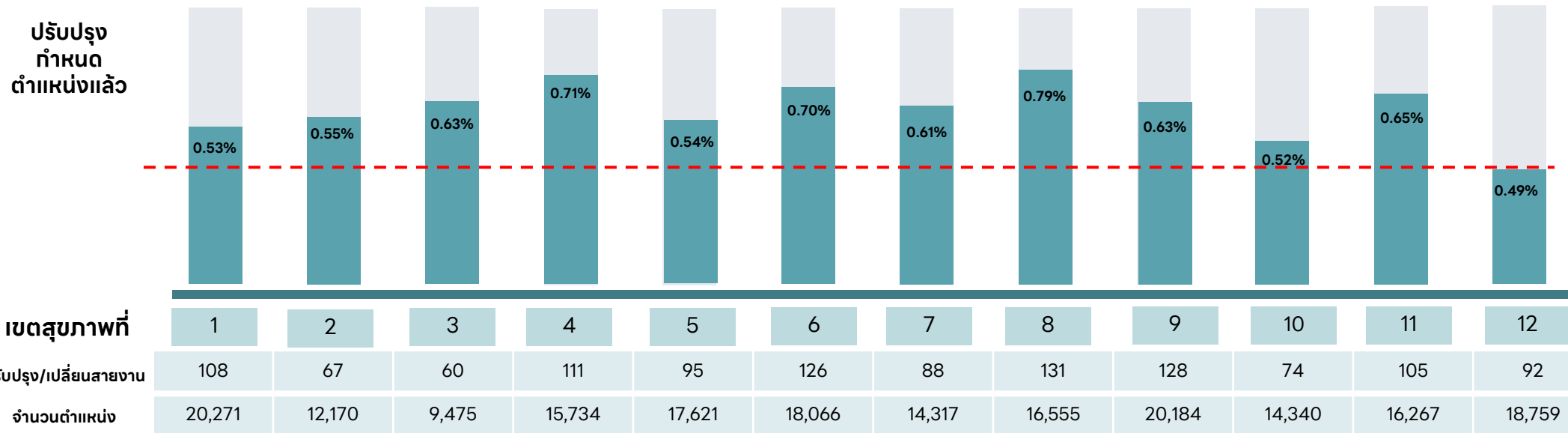
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ปรับปรุงกำหนดตำแหน่งนอกกรอบระดับสูงขึ้น
และเปลี่ยนชื่อตำแหน่งในสายงานประเภทวิชาการ
รวมทั้งสิ้น 1,185 ตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ 0.61

ดำเนินการผ่านเกณฑ์
คิดเป็นร้อยละ 100

100%

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



✓ ผลการดำเนินงาน 11 เดือน
ภาพรวมมีการปรับปรุงกำหนด
ตำแหน่ง ร้อยละ 0.93

ค่าเป้าหมาย รอบ 12 เดือน
มีการปรับปรุงกำหนด
ตำแหน่ง ร้อยละ 0.50

ข้อมูล ณ วันที่ 31 ส.ค. 68

ตัวชี้วัด

ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ปี 2569	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ผู้สอบแข่งขัน/คัดเลือกได้ ไม่มารายงานตัว หรือสละสิทธิ์ในพื้นที่ห่างไกลหรือจังหวัดที่มีสภาพการทำงานไม่ถึงจุด	ปรับปรุงระบบคำตอบแทนในพื้นที่ห่างไกล เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ผ่านการสอบแข่งขัน/คัดเลือก เลือกบรรจุในพื้นที่ห่างไกล	ติดตามการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่าง จากระบบ HROPS โดยตรวจสอบการขอใช้ตำแหน่งว่างให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อลดข้อผิดพลาดในการดำเนินการ	- จัดทำข้อเสนอการทดสอบนวัตกรรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Sandbox) ประเด็นการสรรหาเพื่อบรรจุเข้ารับราชการเป็นกรณีพิเศษ โดยขอยกเว้นสายงานสอบแข่งขันเป็นสอบคัดเลือก จำนวน 9 สายงาน เพื่อบรรจุในพื้นที่ห่างไกล (อยู่ระหว่างการพิจารณาจาก ก.พ.) - ทบทวนหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน
การดำเนินการขอปรับปรุงกำหนดตำแหน่ง มีกระบวนการที่ต้องตรวจสอบให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และต้องเสนอคณะกรรมการพิจารณาหลายคณะ จนถึง อ.ก.พ. กระทรวง ซึ่งอาจส่งผลให้การปรับปรุงกำหนดตำแหน่งเกิดความล่าช้า	ประชุมชี้แจงให้ความรู้ และจัดทำคู่มือแนวทางในการขอปรับปรุงกำหนดตำแหน่ง (เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2568) ให้มีความถูกต้องเป็นไปตามระเบียบ และหลักเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อลดข้อผิดพลาดในการดำเนินการ	ตรวจสอบการจัดทำคำขอปรับปรุงตำแหน่งฯ ของหน่วยงาน ให้มีความถูกต้องครบถ้วนสอดคล้องตามคู่มือแนวทางฯ	นำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในกระบวนการตรวจสอบ และติดตามผลการดำเนินการผ่านระบบออนไลน์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



- 1) มีระเบียบ และหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการดำเนินการ
- 2) ผู้บริหารให้ความสำคัญในการบริหารจัดการกำลังคน
- 3) ใช้ระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน (ระบบ HROPS) เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการวางแผนกำลังคน
- 4) ผู้รับผิดชอบมีความรู้ความเข้าใจในหลักเกณฑ์ในการดำเนินการ
- 5) การประสานงานและความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประเด็นที่ 8.3

การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์การพัฒนา
โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
อย่างสมเหตุผล (RLU hospital)

คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



ประเด็นที่ 8.3

ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด*

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด รอบที่ 2



จำนวน
ตัวชี้วัด

3 ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์
รอบที่ 2

3 ตัวชี้วัด

ก.	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด*	ร้อยละ 60	ร้อยละ 89.48 (จำนวน 808 แห่ง)
2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน	ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละ 6.62
3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละ 71.34

ข้อมูล ณ วันที่ 5 สิงหาคม 2568



ตัวชี้วัดที่ 1

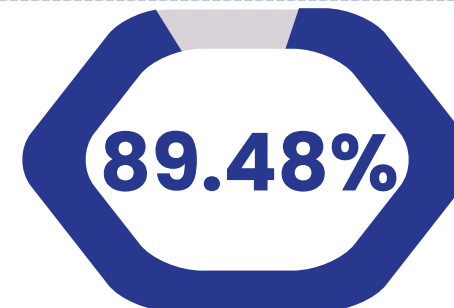
ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด*

เป้าหมาย รอบที่ 2

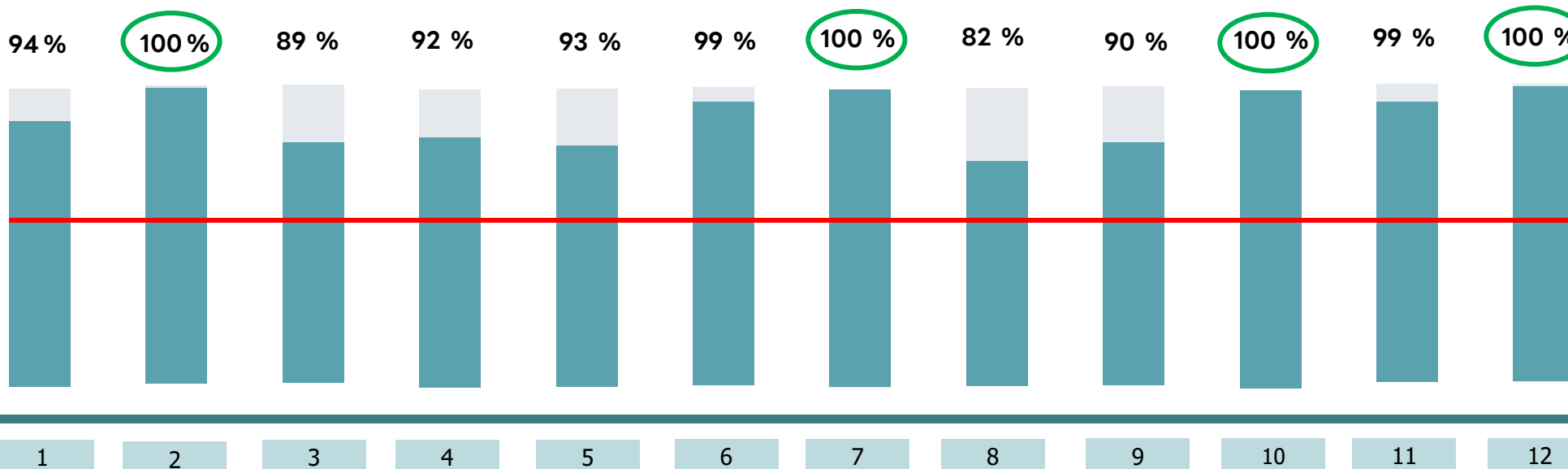
ร้อยละ 60

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 89.48



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ร้อยละ 60

เขตสุขภาพที่

ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน

เป้าหมาย รอบที่ 2

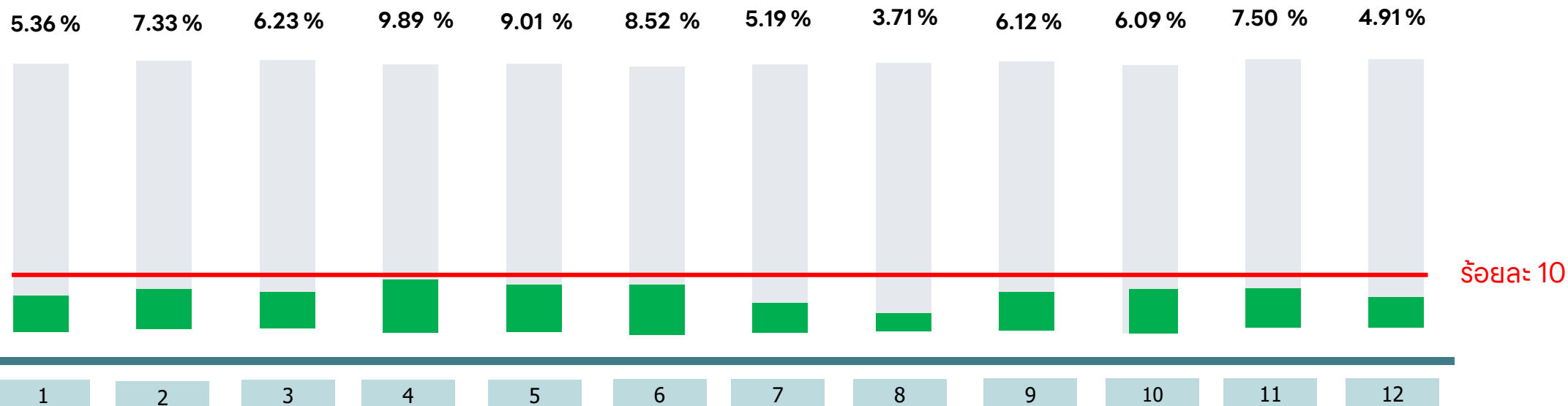
น้อยกว่าร้อยละ 10

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 6.62

6.62%

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



ร้อยละ 10

ตัวชี้วัดที่ 3

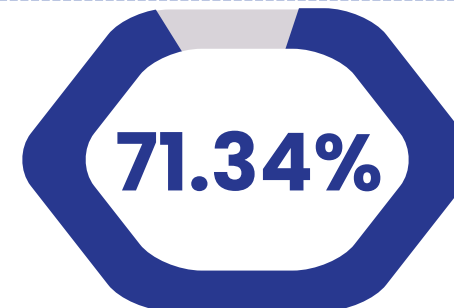
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

เป้าหมาย รอบที่ 2

มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 71.34



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)





ประเด็นที่ 8.3

ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด*

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ปี 2569	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
<ul style="list-style-type: none"> - RLU surveyor มีมาตรฐานแตกต่างกัน - ขาดการประยุกต์ใช้ IT ในการวิเคราะห์ข้อมูล/กำหนดมาตรการ/ติดตาม ตชว. 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำ Standard checklist / จัดอบรม "RLU surveyor Standardization" - จัดทำโปรแกรมเชื่อมต่อ HIS เพื่อติดตาม ตชว./แสดงผล Dashboard แบบ Real time (สำหรับ Test เพิ่มเติมนอกเหนือ ตชว.ใน HDC) - จัดทำคู่มือ/จัดอบรม "การประยุกต์ใช้ IT ในงาน RLU" 	<ul style="list-style-type: none"> - มุ่งเน้นการประเมินเชิงคุณภาพมากขึ้น - ให้คำแนะนำการประยุกต์ใช้ IT 	
<ul style="list-style-type: none"> - sw.บางแห่งมีการส่งตรวจซ้ำเกินค่าเป้าหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำ/ปรับปรุงมาตรการแจ้งเตือนการตรวจซ้ำให้มีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ IT 	<ul style="list-style-type: none"> - มุ่งเน้นการตรวจประเมินเฉพาะ sw.ที่มีการส่งตรวจซ้ำเกินค่าเป้าหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ขยายสู่รายการตรวจที่มีมูลค่าการส่งตรวจสูงสุด 5 อันดับแรก มูลค่ารวมประมาณ 4,000 ล้านบาท ได้แก่ HbA1c, LDL, Creatinine, Cholesterol, Triglyceride (ข้อมูลจาก HDC ปี 2567)
<ul style="list-style-type: none"> - บางเขตสุขภาพยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมาย - ลงวินิจฉัยผิด ลงข้อมูลใน HDC ผิด - ไม่ได้ตรวจในไตรมาสแรก กระจายนัดสำหรับตรวจ - ยังไม่มีระบบ Pop up แจ้งเตือน - นัดผู้ป่วยในไตรมาสสุดท้าย ทำให้ข้อมูลยังไม่ครบ 	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มมาตรการติดตามผู้ป่วยมารับการตรวจ เช่น การประสานความร่วมมือภายใน CUP , การเจาะเลือดที่บ้าน - จัดประชุม RLU ระดับจังหวัด เพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง - ควรวางแผนการตรวจในไตรมาสแรก เพื่อนำผลการตรวจมาวางแผนการรักษา และติดตาม 	<ul style="list-style-type: none"> - มุ่งเน้น CUP ที่ผลดำเนินงานต่ำกว่าค่าเป้าหมาย 	

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 1) การอบรม RLU surveyor และสหวิชาชีพ ตาม Standard checklist
- 2) การจัดทำโปรแกรมเชื่อมต่อ HIS ที่สามารถประยุกต์ใช้กับ sw.ทั่วประเทศ
- 3) จัดงาน RLU Forum และมอบรางวัล RLU Award

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประเด็นที่ 8.4

การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

โดย กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



ประเด็นที่ 8.4 ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2



จำนวน
ตัวชี้วัด

2 ตัวชี้วัด



รอบที่ 2 ไม่ผ่านเกณฑ์

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
1	ร้อยละของหน่วย บริการที่ประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน ระดับ 6	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5.1% (จำนวน 46 แห่ง)
2	ร้อยละของหน่วย บริการที่ประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	ร้อยละ 2	ร้อยละ 6.1% (จำนวน 55 แห่ง)

ตัวชี้วัดที่ 1

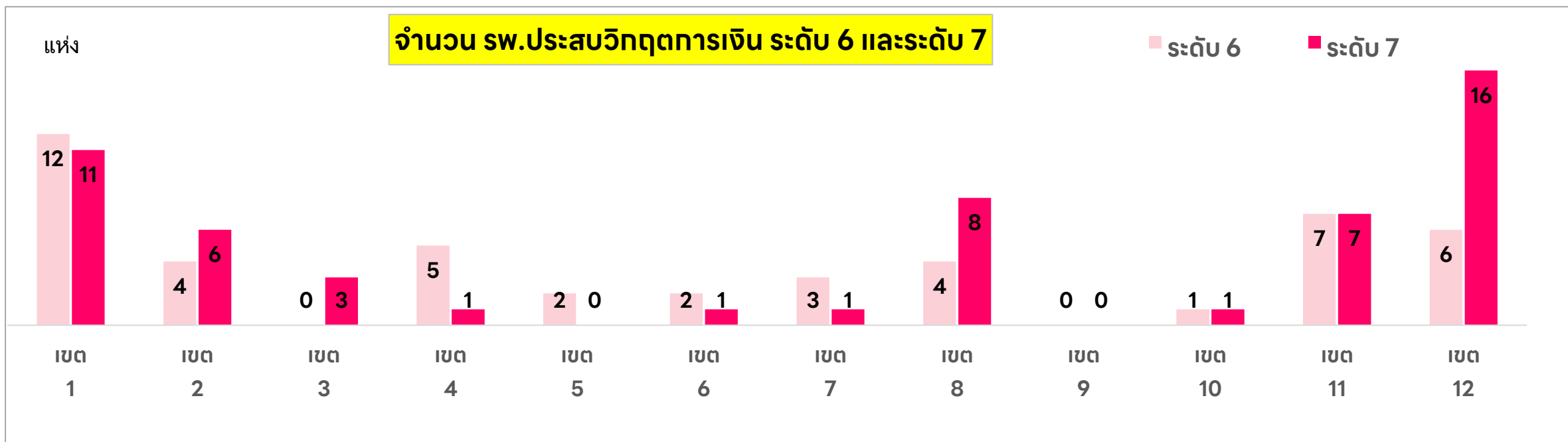
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 6 และ 7

เป้าหมาย รอบที่ 2

ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4
ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2

ผลการดำเนินงาน เดือน ก.ค.68

ร้อยละ 5.1 จำนวน 46 แห่ง
ร้อยละ 6.1 จำนวน 55 แห่ง

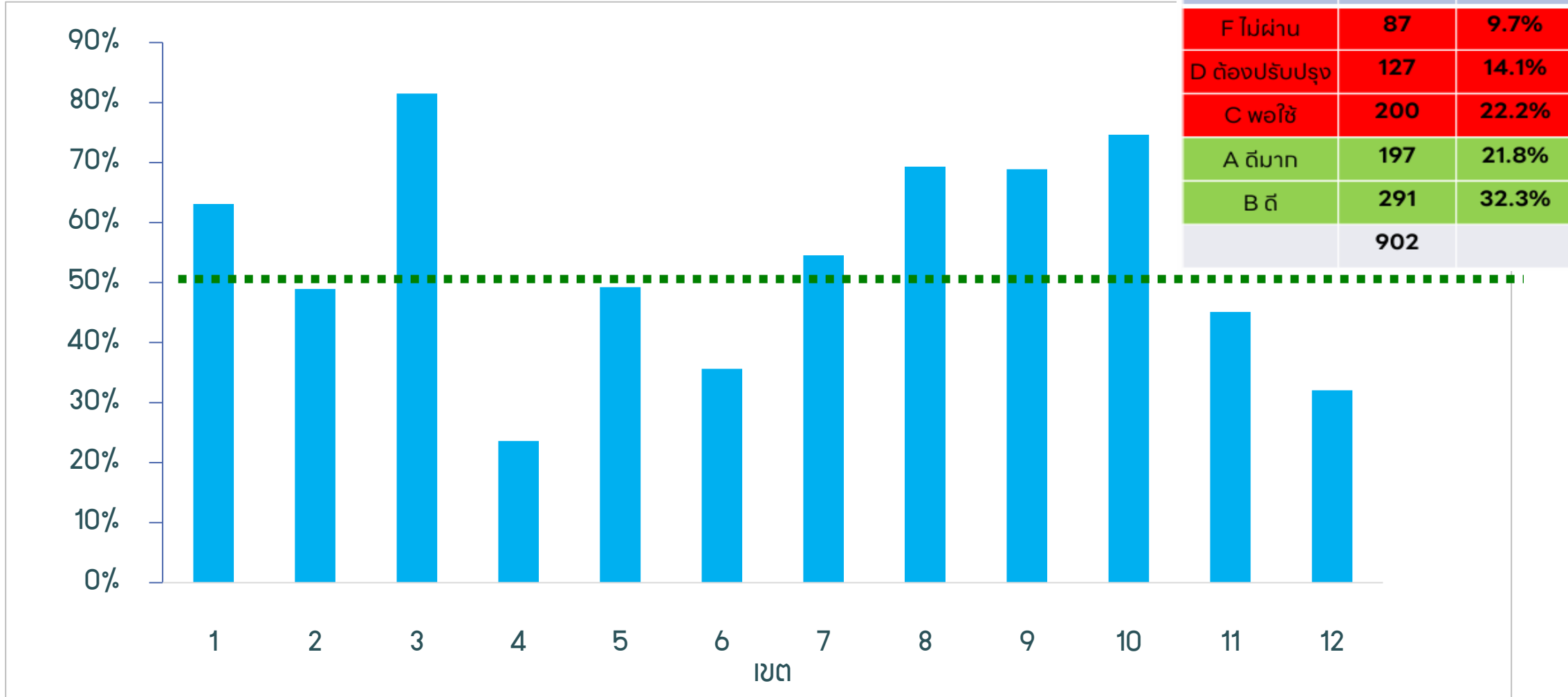




การประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง (Total Performance Score)

ผลการดำเนินงาน ๑3/2568 :

หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง ระดับ A + B ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 54



ตัวชี้วัดที่ 1

ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6 และ 7

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ปี 2569	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
<p>รายรับไม่พอรายจ่าย</p> <p>1.ปัญหาเชิงโครงสร้าง</p> <p>1.1 สภาพภูมิศาสตร์ :สถานที่ตั้งของ sw. จำนวนประชากร UC น้อย พึ่งพิงสิทธิ UCเป็นหลัก</p> <p>1.2 กลไกงบประมาณ UC: งบประมาณปลายปีไม่สอดคล้องผลงานบริการและต้นทุนค่ารักษาพยาบาล</p> <p>2. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการหน่วยบริการ</p> <p>2.1 การจัดเก็บรายได้ ข้อมูลส่งเคลมไม่ตรงตามหลักเกณฑ์กองทุน</p> <p>2.2 ต้นทุนสูงไม่สอดคล้องผลงาน</p>	<p>เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการหน่วยบริการ ให้รายรับเพียงพอต่อรายจ่าย</p> <p>1.1 ฝั่งรายรับ ad Pain point ชุดข้อมูลการส่งเคลม ให้ตรงตามหลักเกณฑ์กองทุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - FDH มีระบบ Pre Audit ตรวจสอบโครงสร้างไฟล์ก่อนส่งเคลมกองทุน เพื่อลดการติด C เริ่มเปิดระบบ ก.ย.68 - เพิ่มรายได้จากแหล่งอื่น หรือสิทธิอื่น <p>1.2 ฝั่งรายจ่าย บริหารจัดการต้นทุนสอดคล้องผลงานบริการ</p>	<p>TPS Score</p> <p>ฝั่งรายจ่าย กำกับติดตาม</p> <p>Unit Cost OP</p> <p>Unit Cost IP</p> <p>LC ค่าแรง</p> <p>MC ค่ายา</p> <p>MC ค่า lab.</p> <p>MC ค่าเวชภัณฑ์</p>	<p>1.ทบทวนกลไกงบประมาณ UC ให้สอดคล้องกับผลงานบริการและต้นทุนค่ารักษาพยาบาล</p> <p>2.เพิ่มขีดความสามารถจัดเก็บรายได้</p> <p>3.มาตรการควบคุมต้นทุนสอดคล้องกับผลงานบริการ</p> <p>4.สร้างระบบเตือนภัยความเสี่ยงการเงินล่วงหน้า</p> <p>5.จัดทำแผน-ผลเงินบำรุง และกำกับติดตามโดย สสจ.</p>

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

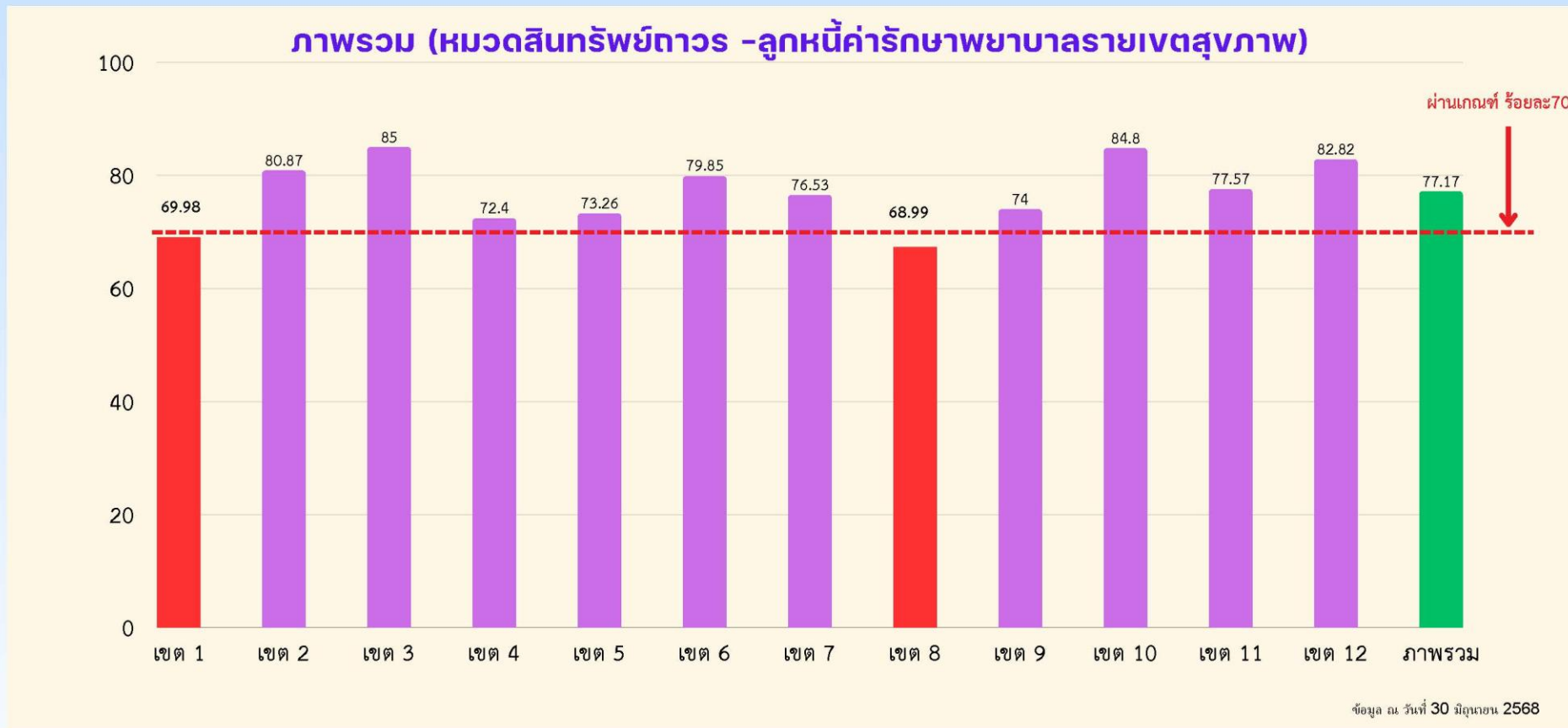
ประเด็นที่ 8

การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

ตัวชี้วัดที่ 8.5 : การตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
รายงานการเงินของหน่วยงานในสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
(หมวดสินทรัพย์ถาวร และลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล)



สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 70 ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11 และ 12

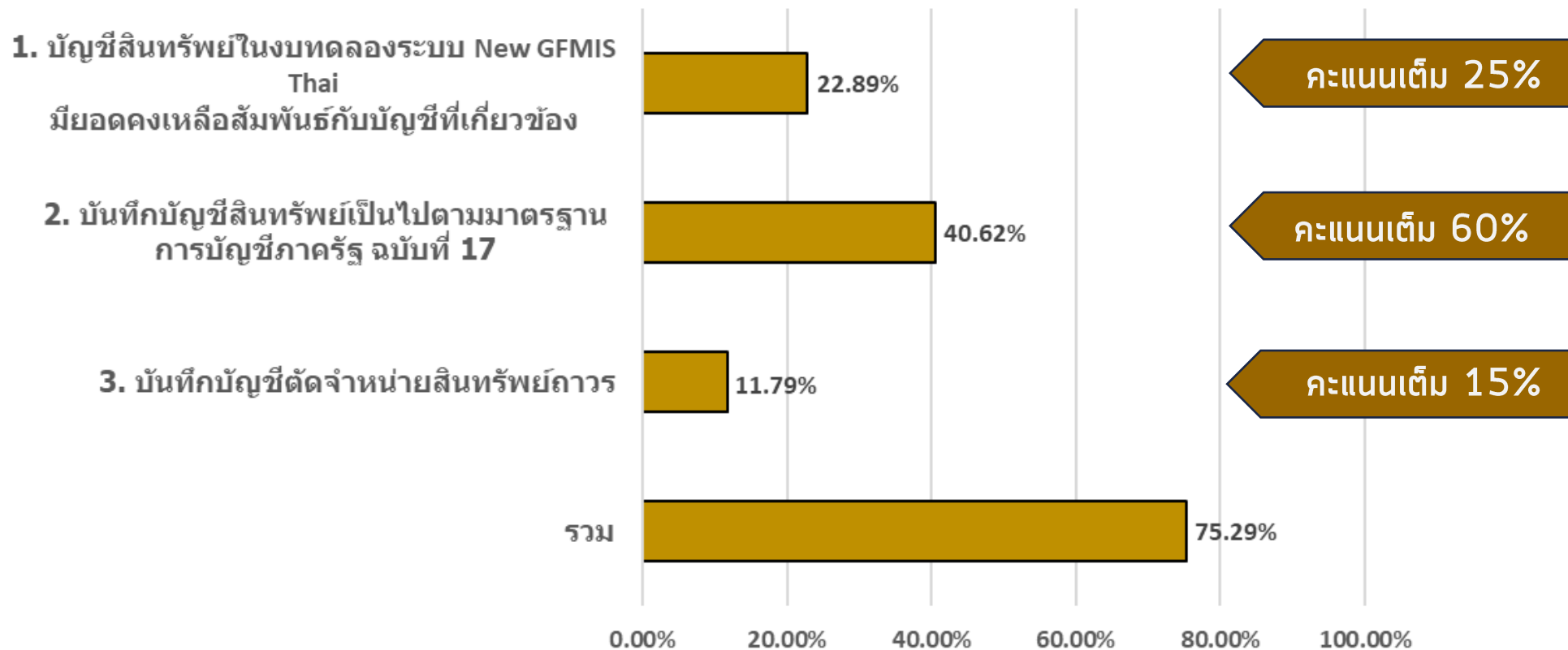


ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 และเขตสุขภาพที่ 8


ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ภาพรวมผลการประเมินการตรวจรายงานทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร)



เป้าหมายผ่านเกณฑ์การ
ประเมินร้อยละ 70
ผลงาน 75.29%


ผ่านเกณฑ์
การประเมิน

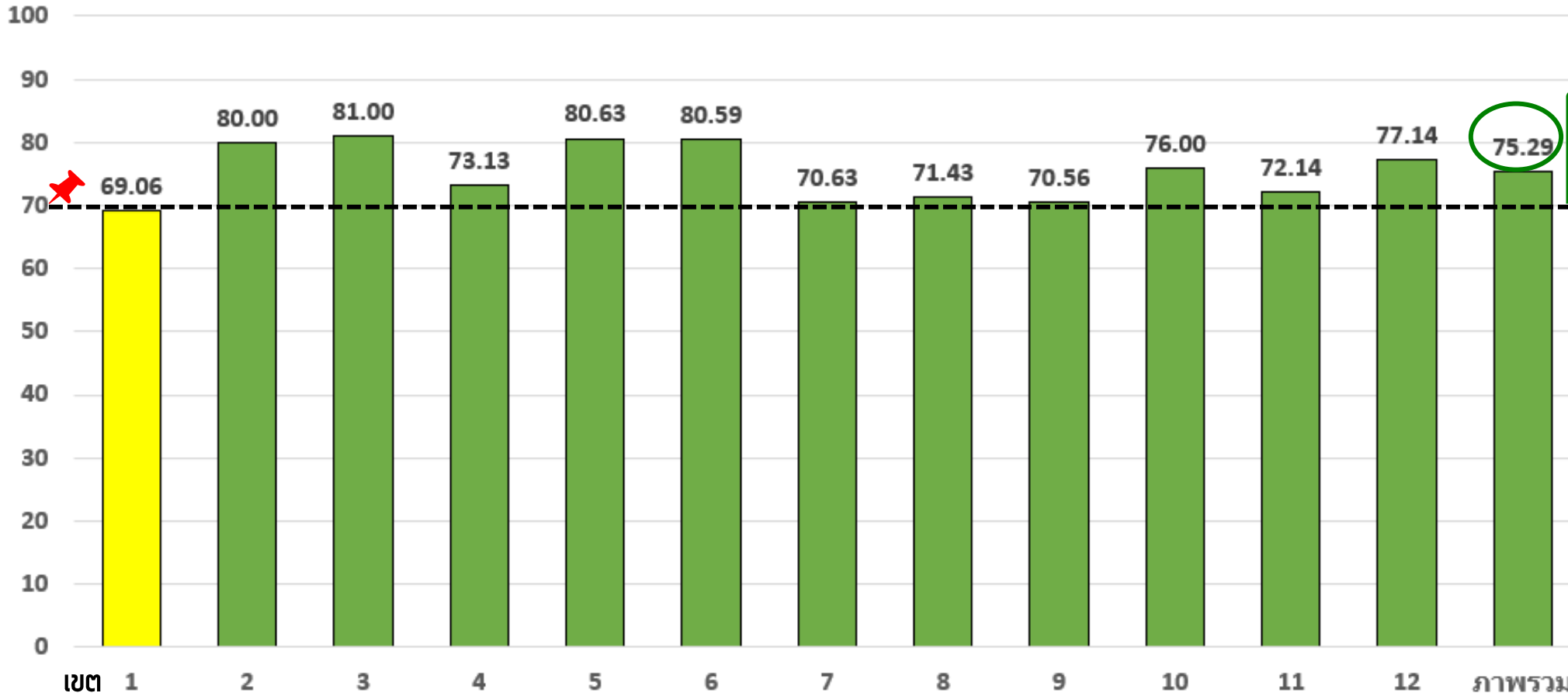


ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ภาพรวมผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์दार)

ร้อยละ



เป้าหมายผ่านเกณฑ์
การประเมินร้อยละ 70

ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ได้แก่ เขต 2, เขต 3, เขต 4
เขต 5, เขต 6, เขต 7, เขต 8
เขต 9, เขต 10, เขต 11
เขต 12

ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ได้แก่ เขต 1



ตัวชี้วัดที่ 8.5

การตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานการเงินของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สินทรัพย์ดาว)

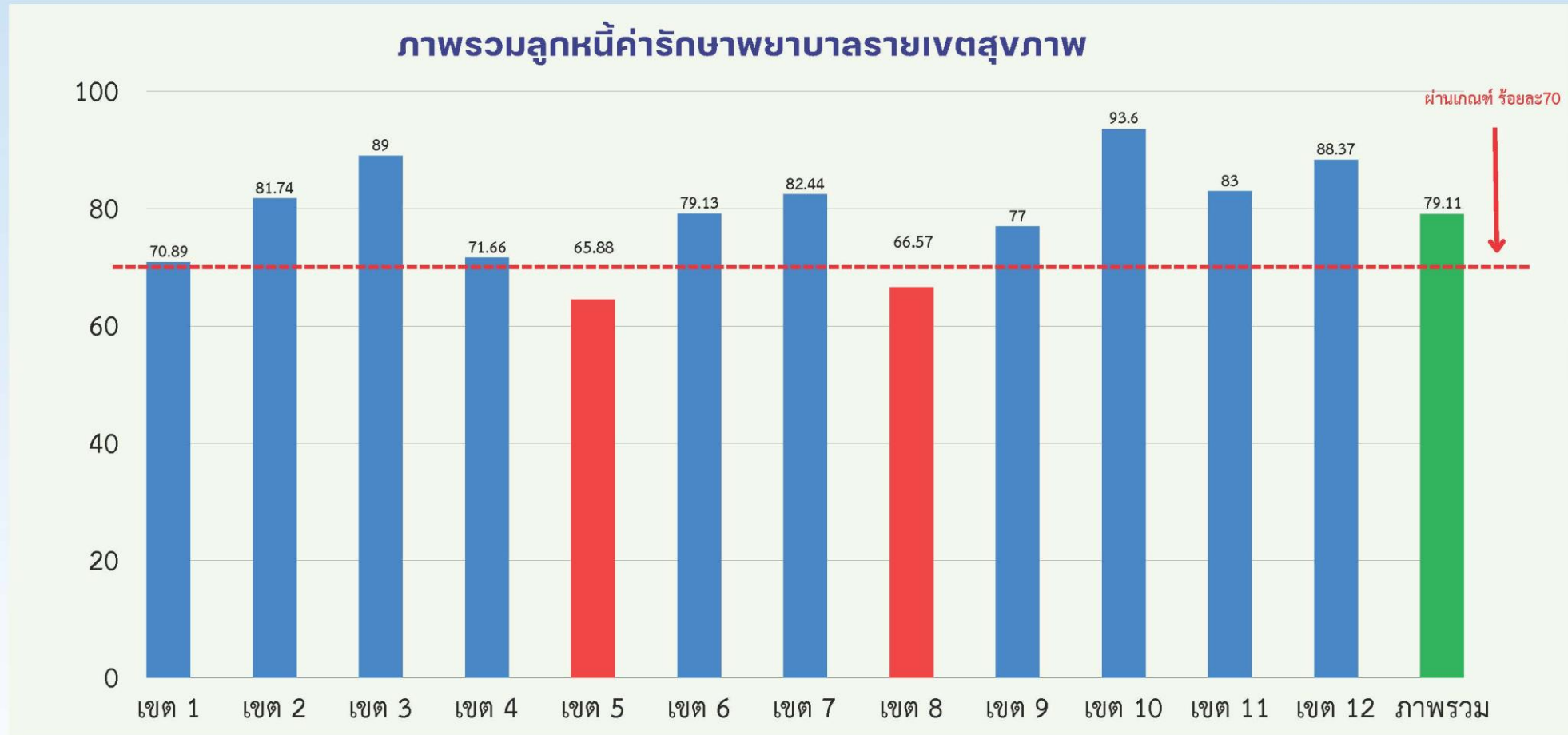
ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง	การกำกับ /ติดตาม ในปี 2569	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1) การตรวจสอบพัสดุประจำปีของหน่วยงาน มีการตรวจสอบทรัพย์สินไม่ครบ ทุกหมวด ทุกรายการ มีผลทำให้ข้อมูลที่เริ่มในการตรวจสอบ ไม่ครบถ้วน 2) ข้อมูลสินทรัพย์ปีเก่าไม่สามารถหาเอกสารหลักฐานเพื่อนำมาปรับปรุงข้อมูลทั้งในทะเบียนคุมทรัพย์สิน และระบบ New GFMS Thai 3) ไม่มีการบันทึกค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ Interface และไม่ระบุรายละเอียด หรือรับรู้ไม่ครบทุกรอบ ระยะเวลาบัญชีการรับรู้สินทรัพย์ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ 17 4) ทะเบียนคุมทรัพย์สินมีรายละเอียดไม่ครบถ้วน เช่น ไม่มีเลขสินทรัพย์ในระบบ New GFMS Thai การจำแนกประเภท การกำหนดอายุการใช้งาน 5) สินทรัพย์ที่ตัดจำหน่ายแล้วไม่ได้ขออนุมัติดำเนินการตัดออกจากทะเบียนคุมทรัพย์สิน และระบบ New GFMS Thai	1) กำชับให้หน่วยงานจัดทำรายงานผลการตรวจสอบพัสดุประจำปี ตามความมีอยู่จริงของทรัพย์สินกับทะเบียนคุมทรัพย์สินทุกประเภท พร้อมทั้งยืนยันผลตรวจสอบพัสดุประจำปีกับหน่วยงานย่อย และจัดส่งรายงานผลให้ที่ที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปตามที่ระเบียบฯ กำหนด 2) ควรมีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการดำเนินการด้านสินทรัพย์เพื่อให้ทราบกำหนดเวลาแล้วเสร็จให้ชัดเจน 3) ให้การมีกำกับติดตามการสอบทานความถูกต้องของข้อมูลสินทรัพย์ทางบัญชีกับทะเบียนคุมทรัพย์สินแต่ละประเภท ให้ถูกต้องตรงกันกับระบบ New GFMS Thai ระหว่างงานพัสดุ และงานบัญชีอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกเดือน 4) พัฒนานักบัญชีประจำเขตสุขภาพให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจสอบงบการเงินและการตรวจสอบการจัดทำบัญชีของหน่วยงานเพื่อกลับกรองข้อมูลของงบการเงินก่อนจัดส่งให้ส่วนกลาง	1) การตรวจนับพัสดุประจำปี ทุกหมวด ทุกรายการให้ครบ 100% 2) หลักการบันทึกบัญชีถูกต้อง 3) เข้าใจในเรื่องของการรับรู้บัญชี จำแนกประเภท และการกำหนดอายุการใช้งาน	1) ให้หน่วยงานจัดทำทะเบียนคุมทรัพย์สิน โดยจำแนกประเภทของทรัพย์สิน และกำกับให้งานบัญชีและงานพัสดุมีการสอบทานข้อมูลทางบัญชีทรัพย์สินทุกรายการกับทะเบียนคุมทรัพย์สินแต่ละประเภท 2) ผู้บริหารทุกหน่วยบริการควรมอบหมายให้มีการควบคุมและดูแลพัสดุที่อยู่ในครอบครองให้มีการใช้และการบริหารพัสดุที่เหมาะสม คุ่มค่า และเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานของรัฐมากที่สุด เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 มาตรา 112 – 113 และตามที่ระเบียบฯ กำหนด 3) จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทอดบทเรียนการดำเนินการบริหารสินทรัพย์ และจัดทำคู่มือบริหารสินทรัพย์ ในวันที่ 28 – 29 สิงหาคม 2568

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



กองบริหารการคลัง จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารสินทรัพย์ดาว ให้แก่เจ้าหน้าที่บัญชี และเจ้าหน้าที่พัสดุ หน่วยงานเบิกจ่าย

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



✓ ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 70 ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11 และ 12

ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2568

✗ ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 และเขตสุขภาพที่ 8

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ตัวชี้วัดที่ 8.5

การตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานการเงินของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล)

ข้อค้นพบ/ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข/พัฒนา/ปรับปรุง	การกำกับติดตาม	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
<ul style="list-style-type: none"> จัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้รายตัวไม่ครบถ้วนทุกสิทธิ พบลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลค้างค้ำในระบบเกินกว่า 1 ปี เป็นจำนวนมาก และไม่สามารถระบุแหล่งที่มาได้ ขาดแนวทางในการกำกับ ติดตาม เร่งรัด ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลค้างนานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ณ ปัจจุบันยังไม่มีกำหนดแนวทาง/หลักเกณฑ์การตัดหนี้สูญ ไม่รับรู้ลูกหนี้ฯ ณ วันที่เกิดรายการ การบันทึกรับรู้ลูกหนี้ฯ ในอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่เรียกเก็บในอัตราที่แต่ละกองทุนกำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> กำกับให้งานประกันของหน่วยบริการดำเนินการจัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน โดยนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการบันทึกข้อมูล กำหนดมาตรการ และหลักเกณฑ์การติดตาม กวงหนี้ เพื่อป้องกันหนี้สูญ ส่วนกลางตั้งคณะกรรมการร่วมกันจัดทำแนวทาง/หลักเกณฑ์การตัดหนี้สูญ เวตสุขภาพควรมีการประชุมแนวทางในการวางระบบการจัดเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของหน่วยบริการในเวตสุขภาพ เพื่อหาแนวทางแก้ไขกรณีลูกหนี้ค้างชำระเกินกว่า 1 ปี จัดอบรมให้ความรู้การบันทึกรับรู้ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลให้แก่งานบัญชีและงานประกัน เพื่อทำความเข้าใจและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน 	<ul style="list-style-type: none"> มอบกองบริหารการคลัง กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ และกองกฎหมายกำกับ ติดตาม 	<ul style="list-style-type: none"> มอบหมายกองบริหารการคลัง <ol style="list-style-type: none"> กำหนดผังบัญชีระหว่างระบบบัญชีเกณฑ์ค่างกับระบบบัญชีการบริหารการเงินการคลังภาครัฐอิเล็กทรอนิกส์ (New GFMS Thai) ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จัดทำแนวทางการตัดหนี้สูญของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มอบกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพขับเคลื่อนการจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลในหน่วยบริการ



ขอบคุณครับ



Back Up ข้อมูล

ประเด็นที่ 8.1

GREEN & CLEAN Hospital Challenge

กรมอนามัย

คำเป้าหมาย

1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90
2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับทำทนาย ร้อยละ 25

ผลการดำเนินงาน (ข้อมูล ณ 25 สิงหาคม 68)

1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 93.91 (910 แห่ง)
2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับทำทนาย ร้อยละ 40.04 (388 แห่ง)

จำนวน รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 969 แห่ง แบ่งเป็น

- โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 35 แห่ง
- โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 97 แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 770 แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ จำนวน 67 แห่ง

ผลการดำเนินงาน แยกตามประเภท รพ. ดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์ 30 แห่ง (ร้อยละ 3.10) โรงพยาบาลทั่วไป 85 แห่ง (ร้อยละ 8.77) โรงพยาบาลชุมชน 738 แห่ง (ร้อยละ 76.16) และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ 57 แห่ง (ร้อยละ 5.88) ดังแสดงในตาราง

เขตสุขภาพที่	โรงพยาบาลศูนย์ (แห่ง)	โรงพยาบาลทั่วไป (แห่ง)	โรงพยาบาลชุมชน (แห่ง)	โรงพยาบาล สังกัดกรมวิชาการ (แห่ง)	รวมจำนวน (แห่ง)
1	3	9	87	8	107
2	2	7	37	2	48
3	1	4	45	1	51
4	1	6	52	5	64
5	4	11	49	2	66
6	5	8	56	8	77
7	1	5	70	4	80
8	2	9	77	4	92
9	4	5	68	2	79
10	1	5	59	3	68
11	3	9	70	4	86
12	3	7	68	5	83
13	-	-	-	9	9
รวมจำนวน (แห่ง)	30	85	738	57	910



ผลการผ่านตามาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบ่งตามระดับ (ระดับมาตรฐาน ระดับดีเยี่ยม และระดับท้าทาย) ดังนี้

ระดับมาตรฐาน 240 แห่ง (ร้อยละ 24.77) ระดับดีเยี่ยม 282 แห่ง (ร้อยละ 29.10) และระดับท้าทาย 388 แห่ง (ร้อยละ 40.04) ดังแสดงในตาราง

เขตสุขภาพที่	ระดับมาตรฐาน (แห่ง)	ระดับดีเยี่ยม (แห่ง)	ระดับท้าทาย (แห่ง)	รวมจำนวน (แห่ง)
1	32	24	51	107
2	15	9	24	48
3	-	12	39	51
4	16	10	38	64
5	20	25	21	66
6	10	36	31	77
7	5	53	22	80
8	27	33	32	92
9	13	30	36	79
10	19	30	19	68
11	44	9	33	86
12	35	10	38	83
13	4	1	4	9
รวมจำนวน (แห่ง)	240	282	388	910

ประเด็นที่ 8.2

เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
กองบริหารทรัพยากรบุคคล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มติที่ประชุม คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เมื่อวันที่ 20 พ.ค. 2568 มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ตัวชี้วัด

- 1 การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง
- 2 ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ

การดำเนินการ

กอง บค. จัดประชุมชี้แจงกับเขตสุขภาพเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินการตามตัวชี้วัด เมื่อวันที่ 18 มิ.ย. 68



ชี้แจงผลการดำเนินการฯ



จัดทำคู่มือแนวทางการปรับปรุงตำแหน่งฯ

ข้อเสนอแนะ

- รายงานข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ไปยังเขตสุขภาพ **เพื่อกำหนดแผนบริหารตำแหน่ง**
- จัดทำแนวทางปฏิบัติการดำเนินการขอปรับปรุงกำหนดตำแหน่งฯ **เพื่อลดข้อผิดพลาดในการดำเนินการ**
- จัดประชุมชี้แจงให้ความรู้ (KM) ความเข้าใจกับเขตสุขภาพและหน่วยงานในสังกัด **เพื่อให้ความรู้เข้าใจเพิ่มเติมในการดำเนินการ**

ประเด็นที่ 8.3

โรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา

RLU hospital

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 3

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข /พัฒนา/ ปรับปรุง
<p>เขต1 : ผลการดำเนินการได้ ร้อยละ 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - RLU Surveyors ในบางพื้นที่ยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง ทำให้การกำกับ ติดตาม ยังไม่มีประสิทธิภาพ และไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน - ข้อมูลที่รายงานไปยัง HDC ไม่สอดคล้องกับข้อมูลรายงาน สาเหตุมาจาก ลงวินิจฉัยผิด การย้ายถิ่นฐาน การเสียชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพทีม Surveyor และปรับมาตรฐาน การตรวจให้เหมือนกัน - หาสาเหตุในระบบการรายงานผลการตรวจ Hb A1c ใน HDC ที่ไม่สอดคล้องกับรายงานที่เกิดจากสาเหตุใด
<p>เขต4 : ผลการดำเนินการได้ ร้อยละ 63</p> <ul style="list-style-type: none"> - IT ยังทำ pop up เตือนเรื่องการส่งตรวจ HbA1C ไม่ สำเร็จ - ความร่วมมือของผู้ป่วย กรณีผัดนัด และปฏิเสธการตรวจ 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบ IT เพื่อช่วยเตือนในการส่งตรวจ
<p>เขต5 : ผลการดำเนินการได้ ร้อยละ 67</p> <ul style="list-style-type: none"> - การส่งตรวจของแพทย์ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน - ไม่มีระบบติดตามตัวชี้วัด 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อกำหนดนโยบาย แนวทาง ปฏิบัติ การส่งตรวจของแพทย์ให้เป็นแนวทางเดียวกัน - พัฒนาระบบการจัดเก็บและติดตามข้อมูลตัวชี้วัด - พัฒนาระบบการเจาะเลือดนอกพื้นที่
<p>เขต12 : ผลการดำเนินการได้ ร้อยละ 67</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารแนวทางปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงานทุก - ขาดการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด เนื่องจากความไม่สะดวก เช่น ภาระด้านเวลา การเดินทาง 	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มช่องทางการสื่อสารแนวทางปฏิบัติลงสู่ผู้ปฏิบัติงาน - พัฒนาระบบสารสนเทศให้ผู้รับผิดชอบติดตามผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการตรวจ - พัฒนาระบบฐานข้อมูล มีการตัดยอดผู้ป่วยตาย ผู้ป่วย ย้ายออกนอกพื้นที่ และเชื่อมข้อมูลทั่วประเทศ

ประเด็นที่ 8.5

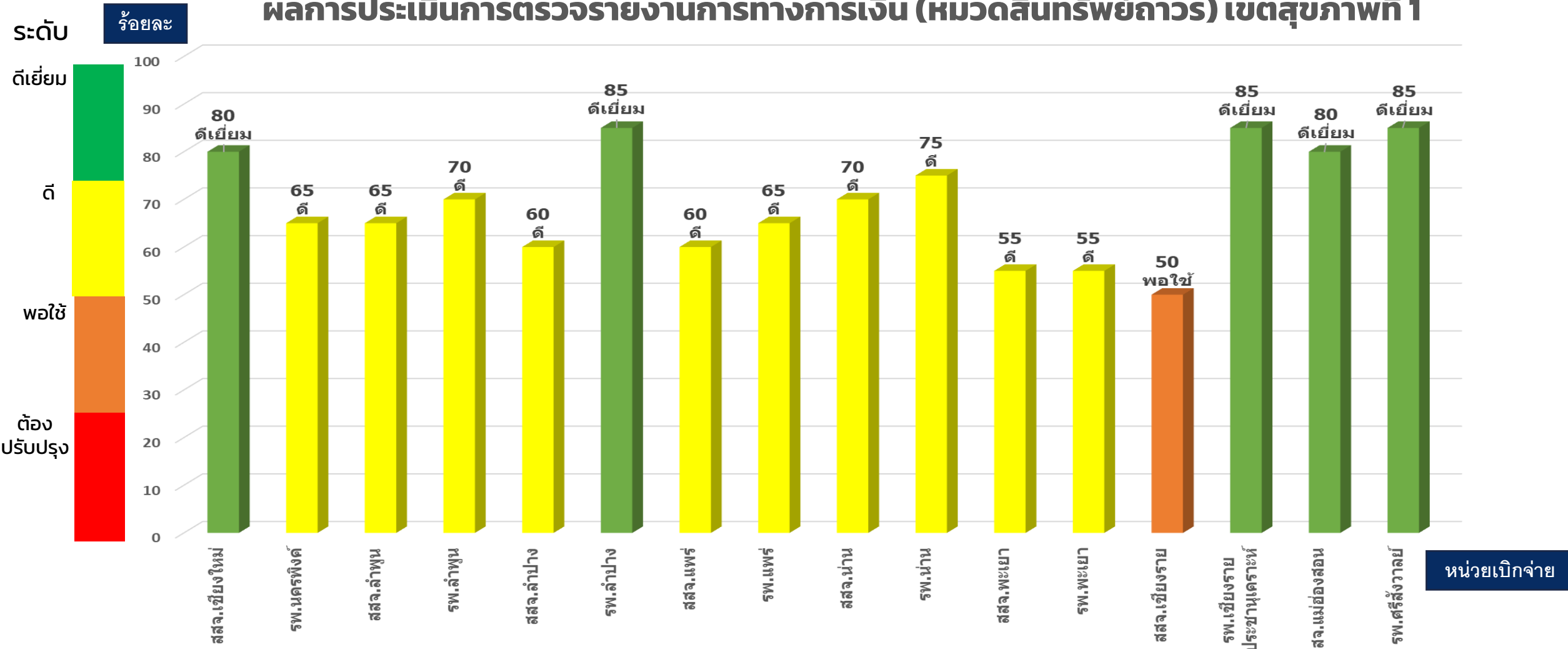
**การตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานการเงิน
หมวดสินทรัพย์ถาวร**

กองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร) เขตสุขภาพที่ 1

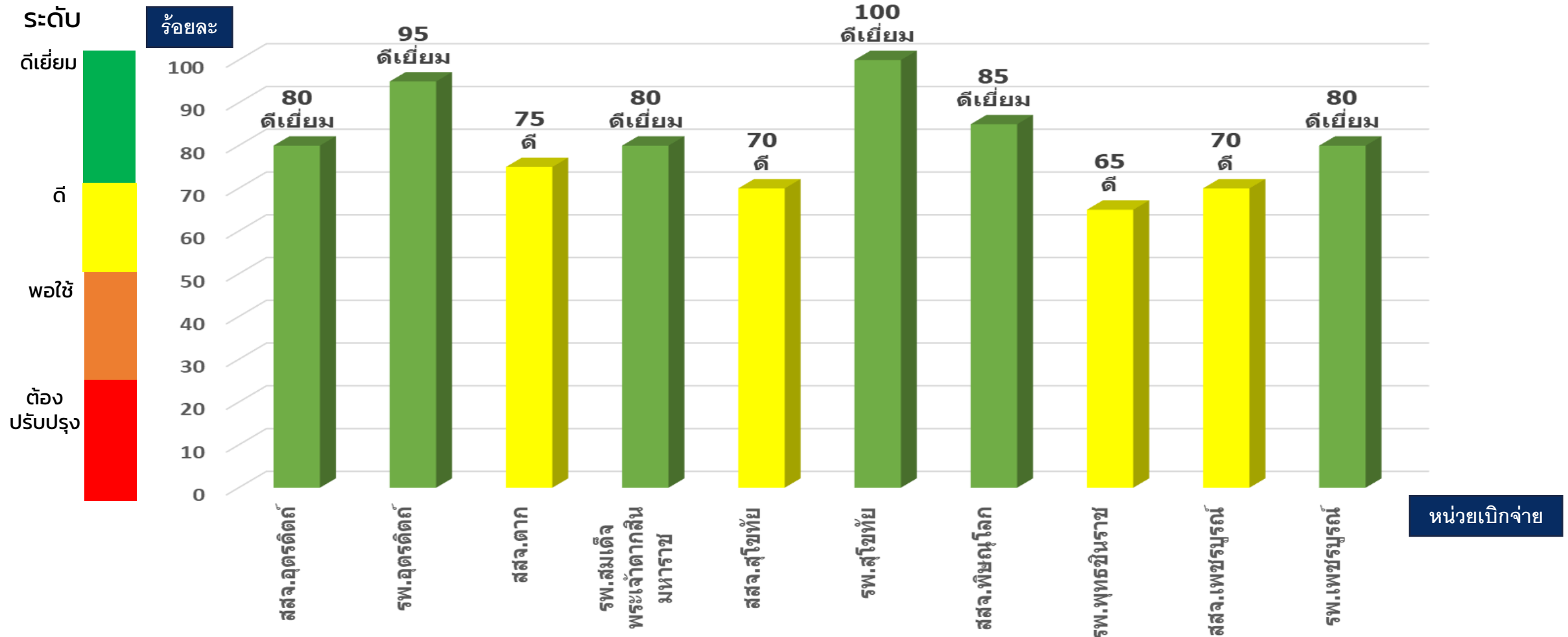


หน่วยเบิกจ่าย

ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

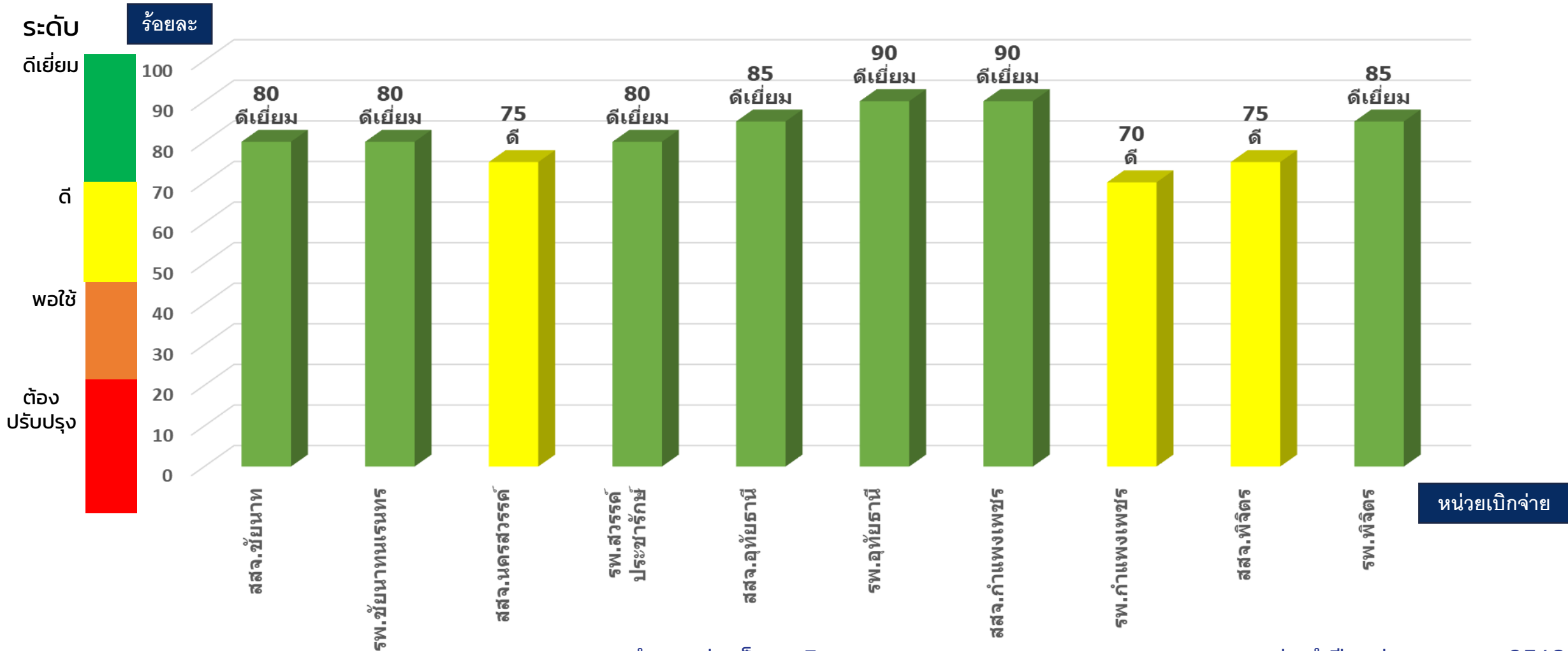
ผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร) เขตสุขภาพที่ 2



ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

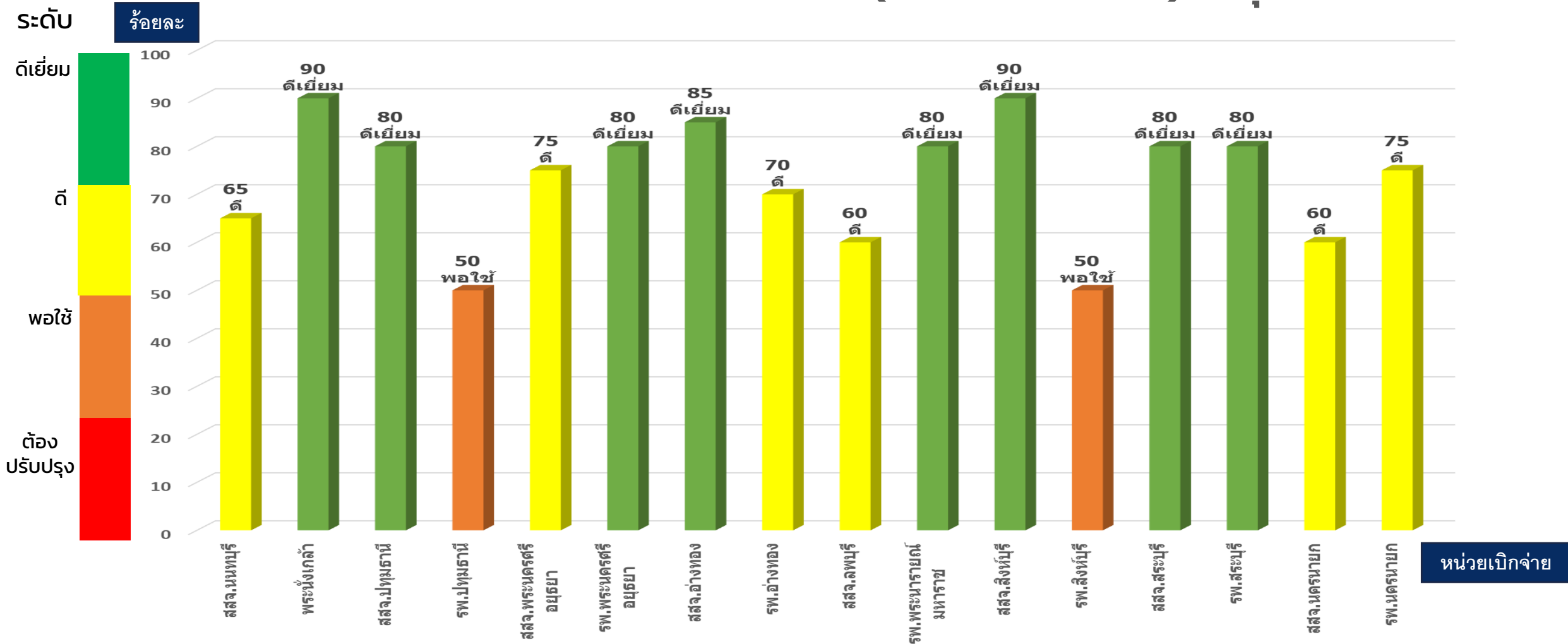
ผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร) เขตสุขภาพที่ 3



ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

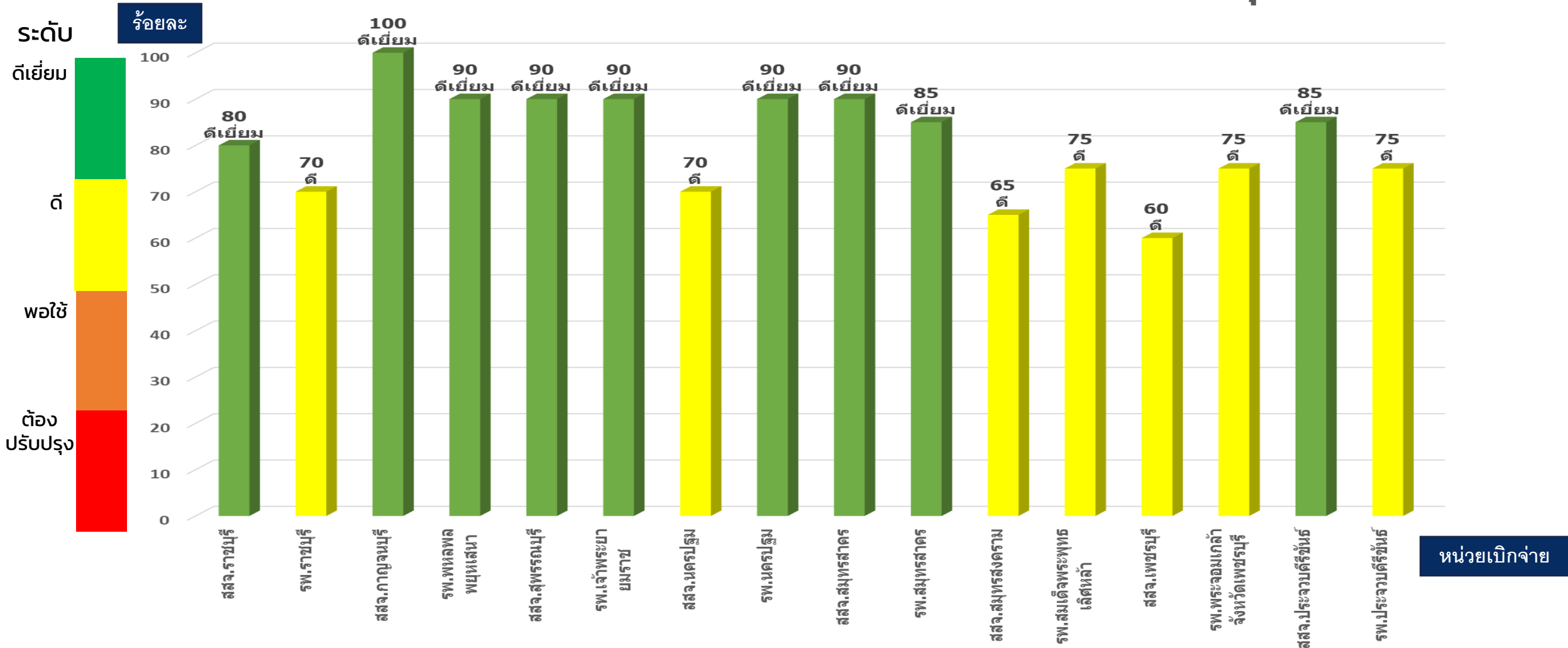
ผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร) เขตสุขภาพที่ 4



ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร) เขตสุขภาพที่ 5



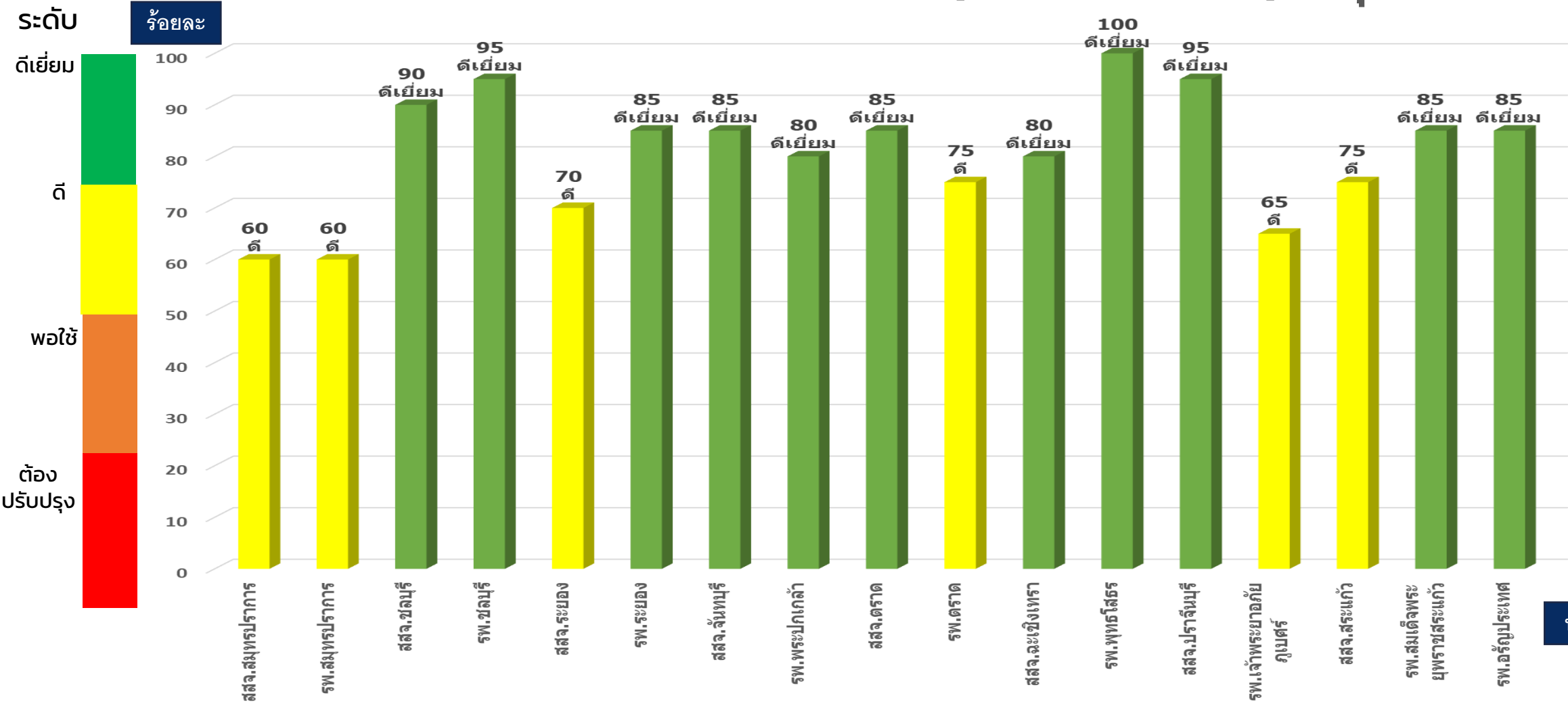
หน่วยเบิกจ่าย



ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร) เขตสุขภาพที่ 6

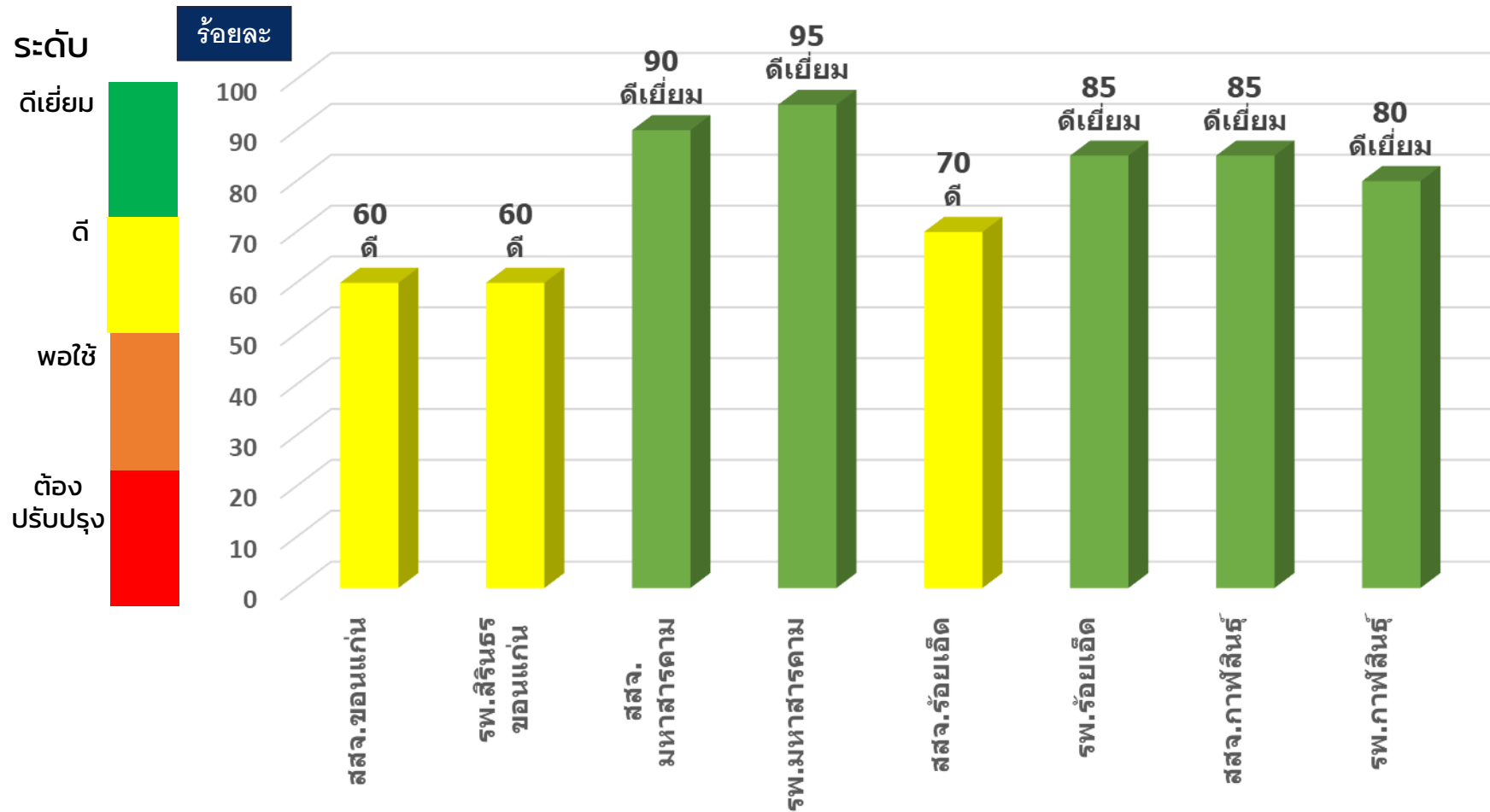


หน่วยเบิกจ่าย

ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร) เขตสุขภาพที่ 7



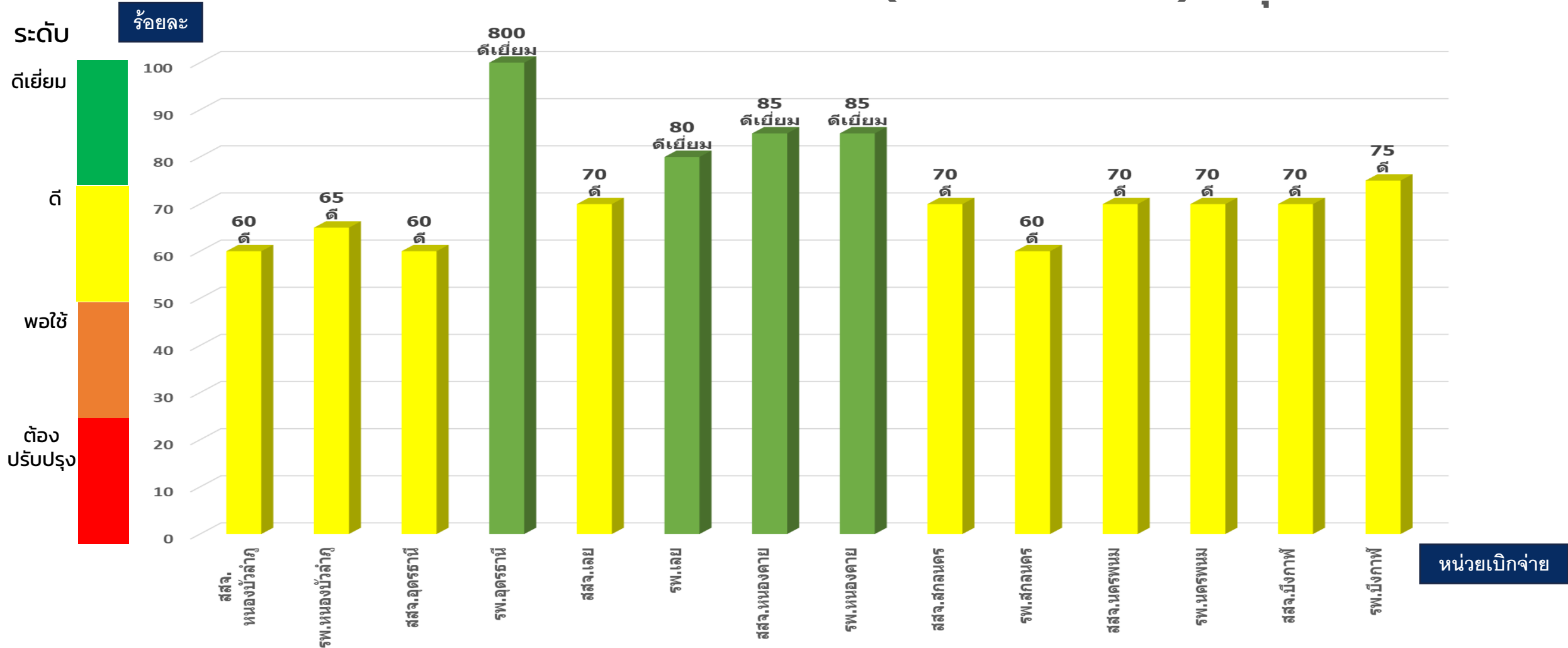
หน่วยเบิกจ่าย



ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

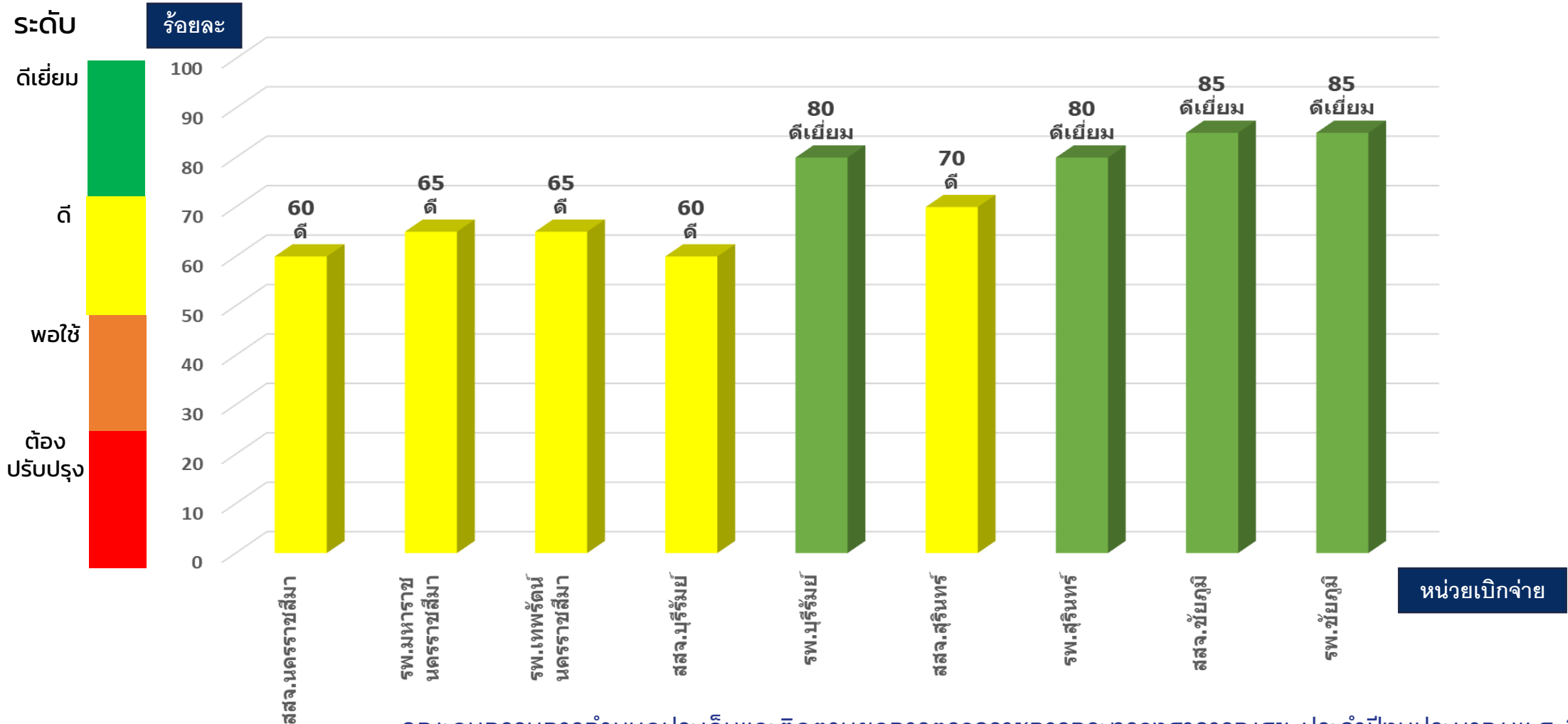
ผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร) เขตสุขภาพที่ 8



ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

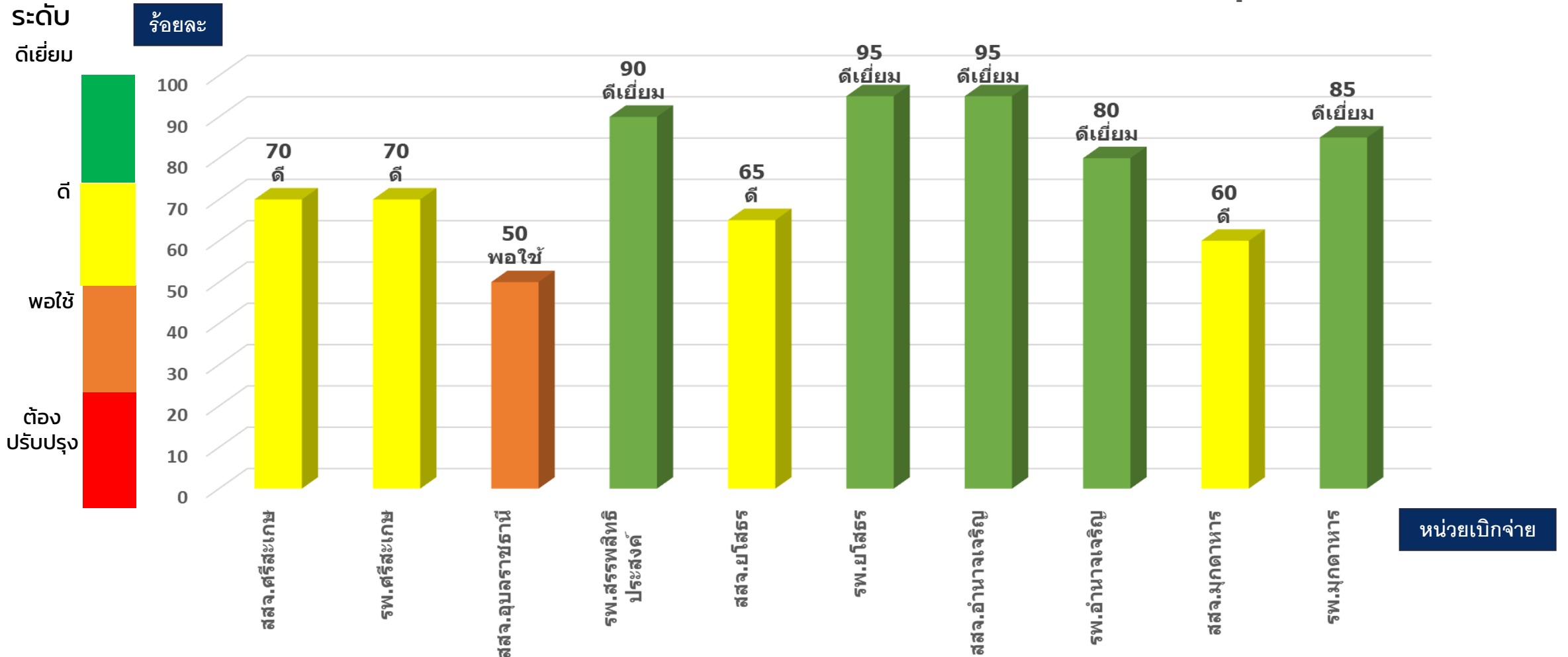
ผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร) เขตสุขภาพที่ 9



ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

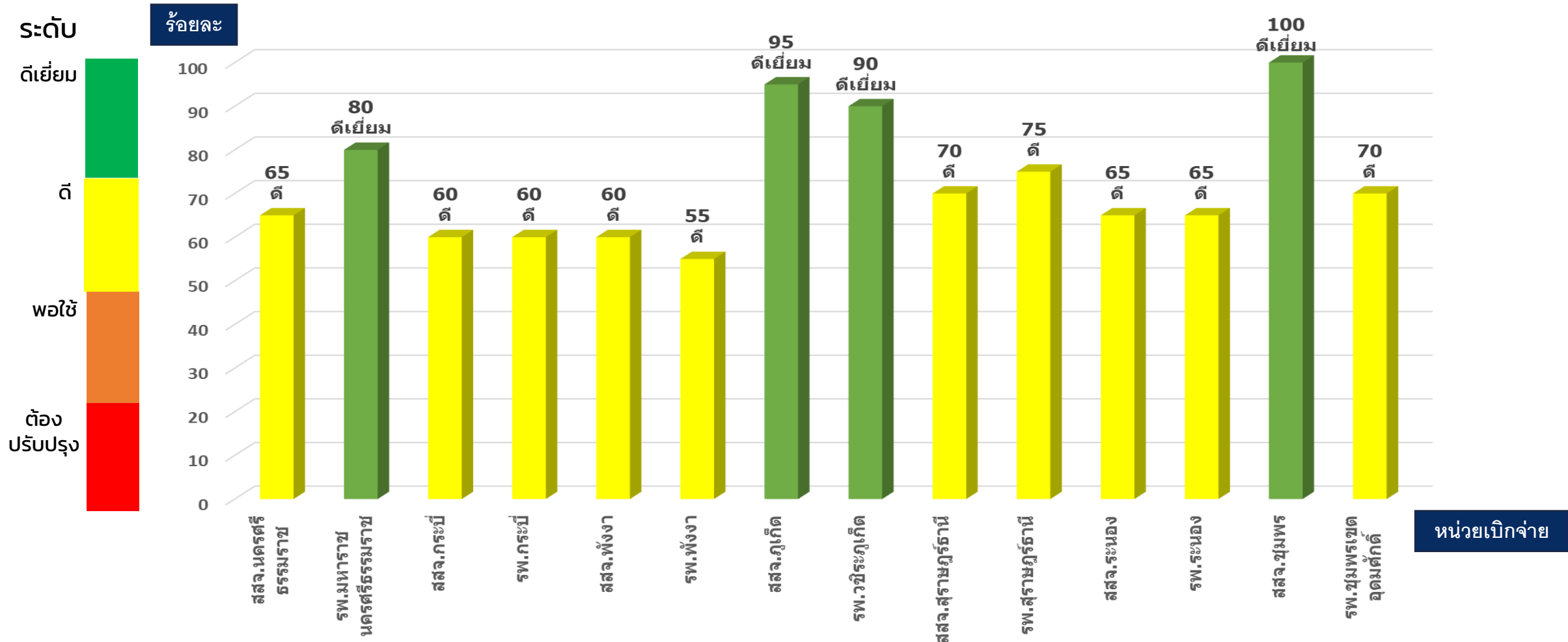
ผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร) เขตสุขภาพที่ 10



ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร) เขตสุขภาพที่ 11

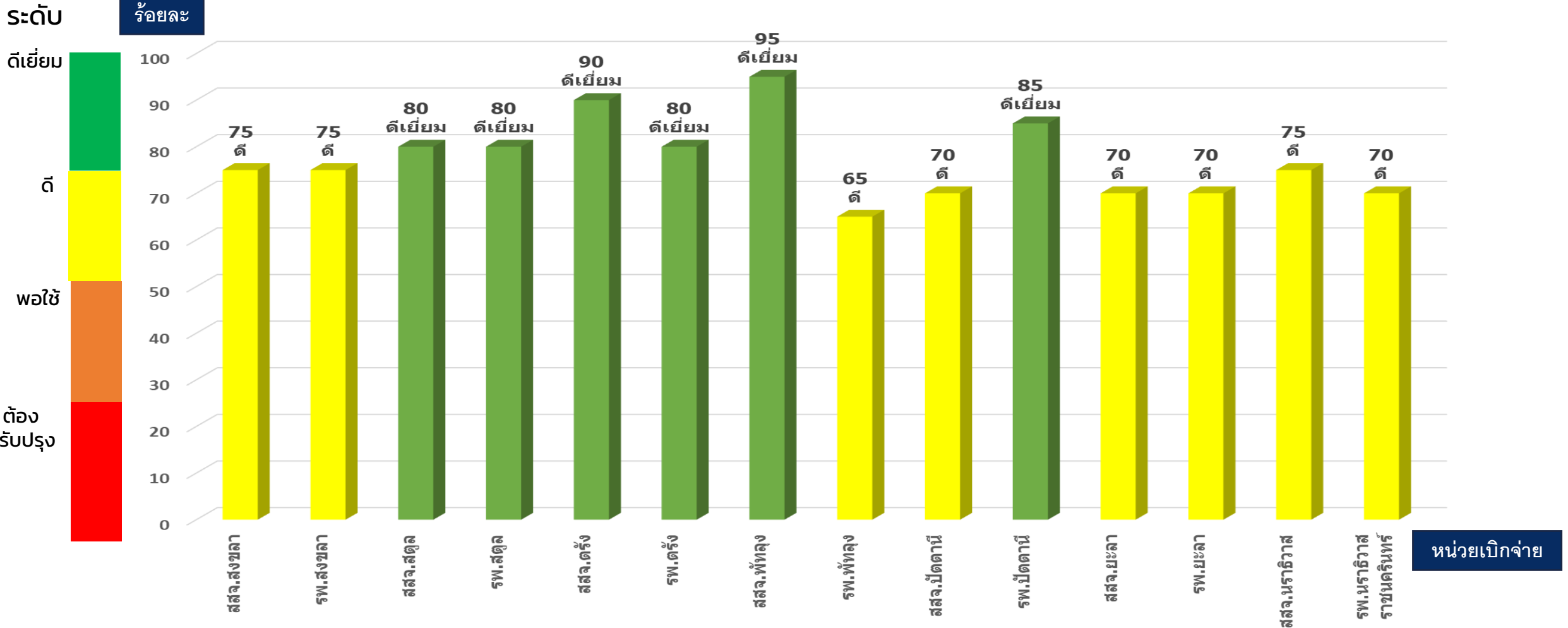


หน่วยเบิกจ่าย

ประเด็นที่ 8.5.1

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลการประเมินการตรวจรายงานการทางการเงิน (หมวดสินทรัพย์ถาวร) เขตสุขภาพที่ 12



หน่วยเบิกจ่าย

หน่วยเบิกจ่ายระดับดีเยี่ยม (คะแนนตั้งแต่ 76% ขึ้นไป)

สจ.เชียงใหม่	สว.ชัยนาทนเรศวร	สจ.สระบุรี	สว.ชลบุรี	สจ.กาฬสินธุ์	สว.มหาราช นครศรีธรรมราช
สว.ลำปาง	สว.สวรรค์ประชารักษ์	สว.สระบุรี	สว.ระยอง	สว.อุดรธานี	สจ.ภูเก็ต
สว.เชียงรายประชานุ เคราะห์	สจ.อุทัยธานี	สจ.ราชบุรี	สจ.จันทบุรี	สว.เลย	สว.วชิระภูเก็ต
สจ.แม่ฮ่องสอน	สว.อุทัยธานี	สจ.กาญจนบุรี	สว.พระปกเกล้า	สจ.หนองคาย	สจ.ชุมพร
สว.ศรีสังวาลย์	สจ.กำแพงเพชร	สว.พลาวิทยุเสนา	สจ.ตราด	สว.หนองคาย	สจ.สตูล
สจ.อุดรดิศต	สว.พิจิตร	สจ.สุพรรณบุรี	สจ.ฉะเชิงเทรา	สจ.บุรีรัมย์	สว.สตูล
สว.อุดรดิศต	พระนั่งเกล้า	สว.เจ้าพระยามราช	สว.พุทธโสธร	สว.ชัยภูมิ	สจ.ตรัง
สว.สมเด็จพระเจ้า ตากสินมหาราช	สจ.ปทุมธานี	สว.นครปฐม	สจ.ปราจีนบุรี	สว.สรรพสิทธิประสงค์	สว.ตรัง
สว.สุโขทัย	สว.พระนครศรีอยุธยา	สจ.สมุทรสาคร	สว.สมเด็จพระยุพราช สระแก้ว	สว.ยโสธร	สจ.พัทลุง
สจ.พิษณุโลก	สจ.อ่างทอง	สว.สมุทรสาคร	สว.อรัญประเทศ	สจ.อำนาจเจริญ	สว.ปัตตานี
สว.เพชรบูรณ์	สว.พระนารายณ์ มหาราช	สจ.ประจวบคีรีขันธ์	สว.สิรินธร ขอนแก่น	สว.อำนาจเจริญ	
สจ.ชัยนาท	สจ.สิงห์บุรี	สจ.ชลบุรี	สว.ร้อยเอ็ด	สว.มุกดาหาร	



หน่วยเบิกจ่ายระดับดี (คะแนนตั้งแต่ 51% ถึง 75%)

SW.นครพินิจ	สจ.ตาก	สจ.ลพบุรี	สจ.สมุทรปราการ	sw.กาฬสินธุ์	sw.บึงกาฬ	สจ.ยโสธร	sw.ระนอง
สจ.ลำพูน	สจ.สุโขทัย	สจ.นครนายก	sw.สมุทรปราการ	สจ.หนองบัวลำภู	สจ.นครราชสีมา	สจ.มุกดาหาร	sw.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์
sw.ลำพูน	sw.พุทธชินราช	sw.นครนายก	สจ.ระยอง	sw.หนองบัวลำภู	sw.มหาสารคาม	สจ.นครศรีธรรมราช	สจ.สงขลา
สจ.ลำปาง	สจ.เพชรบูรณ์	sw.ราชบุรี	sw.ตราด	สจ.อุดรธานี	sw.เทพรัตน์นครราชสีมา	สจ.กระบี่	sw.สงขลา
สจ.ไอพริ	สจ.นครสวรรค์	สจ.นครปฐม	sw.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์	สจ.เลย	sw.บุรีรัมย์	sw.กระบี่	sw.พัทลุง
sw.ไอพริ	sw.กำแพงเพชร	สจ.สมุทรสงคราม	สจ.สระแก้ว	สจ.สกลนคร	สจ.สุรินทร์	สจ.พังงา	สจ.ปัตตานี
สจ.น่าน	สจ.พิจิตร	sw.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	สจ.ขอนแก่น	sw.สกลนคร	sw.สุรินทร์	sw.พังงา	สจ.ยะลา
sw.น่าน	สจ.นันทบุรี	สจ.เพชรบุรี	สจ.มหาสารคาม	สจ.นครพนม	สจ.ชัยภูมิ	สจ.สุราษฎร์ธานี	sw.ยะลา
สจ.พะเยา	สจ.พระนครศรีอยุธยา	sw.พระจอมเกล้าจังหว็ดเพชรบุรี	sw.มหาสารคาม	sw.นครพนม	สจ.ศรีสะเกษ	sw.สุราษฎร์ธานี	สจ.บราฮีวาส
sw.พะเยา	sw.อ่างทอง	sw.ประจวบคีรีขันธ์	สจ.ร้อยเอ็ด	สจ.บึงกาฬ	sw.ศรีสะเกษ	สจ.ระนอง	sw.บราฮีวาสราชนครินทร์

หน่วยเบิกจ่ายระดับพอใช้ (คะแนนตั้งแต่ 26% ถึง 50%)

สจ.เชียงราย	sw.ปทุมธานี	sw.สิงห์บุรี	สจ.อุบลราชธานี
-------------	-------------	--------------	----------------