

ผลการกำกับติดตามการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี ๒๕๖๒

คณะที่ ๑ การส่งเสริมป้องกันโรค และการ จัดการสุขภาพ (PP&P)

กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

- อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุผลตามเป้าหมาย

การหมุนเวียนเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานทำให้

- การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง
- ขาดความเข้าใจ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ ในการปฏิบัติงานตามนโยบายและมาตรฐาน
- แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งยังไม่สามารถทำอัลตราซาวด์ และน้ำคร่ำได้
- การคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ยังลงข้อมูลไม่ครอบคลุม และไม่สามารถดึงข้อมูลจากโปรแกรมออกมาใช้ในการวิเคราะห์ การทำงานได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อทดแทนกรณีขาดแคลน
- สร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน / ระบบพี่เลี้ยง
- พัฒนาศักยภาพให้แพทย์ใช้ทุนได้มีการฝึกทักษะก่อนออกไป ปฏิบัติงานใน รพช.
- จัดทำคู่มือการลงโปรแกรมและการดึงข้อมูลออกจาก โปรแกรมมาใช้งาน

กลุ่มเด็กปฐมวัย

- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุผลตามเป้าหมาย

๑. เด็ก ๐-๕ ปีที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามยังต่ำกว่าเป้าหมาย
๒. ค้นหาเด็กพัฒนาการล่าช้าได้น้อย (๒๐ คน) และติดตาม ด้วยกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ครบตามเกณฑ์ยังทำได้เพียง ๕% (๑ คน)
๓. จำนวนเด็กที่ได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA๔1 จาก Work Load มากกว่าผลงานความครอบคลุม เนื่องจากไม่ได้ ดำเนินงานตาม Flow การทำงาน
๔. เด็ก ๐-๕ ปีเตี้ยและอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (มีบางอำเภอที่มีปัญหาเตี้ย,อ้วน,พอมสูงเกินเป้าหมาย) หากไม่เร่งดำเนินการ แก้ไขและป้องกันอาจทำให้เด็กสูงตีสมส่วนในภาพรวมต่ำกว่าเป้าหมายได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

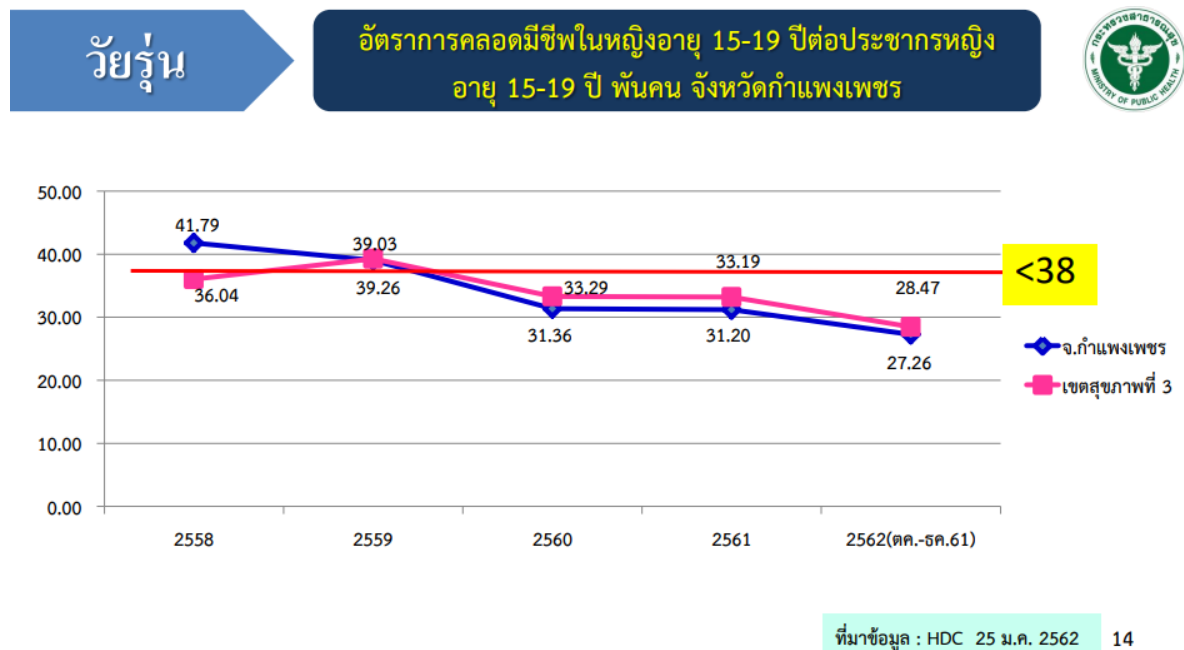
๑. เร่งรัดการคัดกรอง การติดตามเด็กที่สงสัยล่าช้า
๒. พัฒนาทักษะการคัดกรองเด็กให้มีประสิทธิภาพ
๓. การส่งต่อข้อมูลและการคืนข้อมูลให้ทันตามเวลาที่กำหนด
๔. พัฒนาระบบติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าในภาพจังหวัดเพื่อให้เกิด การส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลในการทำงาน
๕. แก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและ ภาคีเครือข่าย
๖. ขอให้ดำเนินการตามมาตรการสำคัญ
 - ๖.๑ ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันให้ครอบคลุมทุกอำเภอ
 - ๖.๒ ขับเคลื่อน พรบ.นมผงปกป้องนมแม่

กลุ่มเด็กวัยรุ่น

- อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีต่อ ประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคน

เป้าหมาย/ประเด็นตรวจราชการ ไตรมาสที่ ๑

- จังหวัดมีการประชุม/กำหนดแผนการประชุม คณะอนุกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ
- มีการจัดทำแผนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น



กลุ่มสูงอายุ

ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย ร้อยละ 70

ข้อค้นพบ

- พื้นที่ไม่มีบริการเบิกจ่าย ๖ แห่ง - พื้นที่ยังไม่ MOU ๒๑ แห่ง (๒๖.๙๒%)
- สถานการณ์การเปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุ ติดเตียงเป็นติดบ้าน ๔๑ คน ติดบ้านเป็นติดสังคม ๑๒๙ คน ติดเตียงเป็นติดสังคม ๓ คน

ข้อเสนอแนะ

- ทบทวนแผน re-accredit ลงเยี่ยมประเมินตำบล ที่ ผ่านการประเมินมากกว่า ๕ ปี
- ประเมินสถานการณ์การเปลี่ยนกลุ่มผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง หลังจากได้รับการดูแลตาม care plan อย่างต่อเนื่อง

การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

- โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital อยู่ระหว่างการดำเนินการ
- โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน อยู่ระหว่างการดำเนินการ

โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital เป้าหมาย Small Success

- ๓ เดือน จังหวัดมีแผนขับเคลื่อน
- ๖ เดือน รพ.ผ่านระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๘๐
- ๙ เดือน รพ.ผ่านระดับดีขึ้นไปร้อยละ ๘๕
- ๑๒ เดือน รพ.ผ่านระดับดีมากร้อยละ ๔๐ และ ผ่านดีมาก Plus อย่างน้อย ๑ แห่ง

จุดเด่นและข้อค้นพบ

๑. การลงพื้นที่ตั้งแต่ต้นปีเพื่อประเมินยกระดับมาตรฐาน รพ. (ระดับพื้นฐานสู่ระดับดี ๕ แห่ง)
๒. มีระบบพี่เลี้ยงและการบูรณาการ G&C Hospital ใน รพ.สต.ติดตาม ทุกแห่ง
๓. มีการเสนอแนะมาตรการสนับสนุนการขมมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องแก่เครือข่าย

ข้อเสนอแนะ

- สนับสนุน รพ. ที่ผ่าน G&C Hospital สู่ระดับดีมาก และดีมาก Plus เพิ่มอย่างน้อย ๑ แห่ง
- สนับสนุนให้ทุก CUP จัดรถหรือมีระบบขนมูล ฝอยติดเชื้อจาก รพ.สต. ที่ถูกต้องตามกฎหมาย
- กำกับติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน 

ฐานข้อมูล	เป้าหมายผู้เข้าร่วมโครงการ จังหวัดกำแพงเพชร 35,622 ราย (อสม. 11,874 คน)			
	เข้าร่วมโครงการ (ปี 2560-2561)	เข้าร่วมโครงการ (ปี 2562)	เข้าร่วมโครงการ (ปี 2560-2562)	
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ
QuitForKing	11,198	46,039	57,237	160.68
Special-PP	11,198	9,944	21,142	59.35

ปัญหา / ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย

- การบันทึกข้อมูลไม่ได้บันทึกลงในโปรแกรมที่กำหนด คือ Special-PP แต่บันทึกในโปรแกรม QuitForKing ทำให้เป้าหมายไม่ขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/ พัฒนา

- เรงรัดการจัดการย้ายฐานข้อมูลการดำเนินงานจาก โปรแกรม QuitForKing มาบันทึกในฐานข้อมูล โปรแกรม Special-PP
- ขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันผู้สูบบุหรี่หน้า ใหม่ (วัยเรียน/วัยรุ่น) ในระดับอำเภอ และในระดับ พื้นที่
- ขยายการดำเนินงาน ให้ครอบคลุม สามารถต่อยอด องค์กร/ชมรมสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ในเรื่อง โทษ และพิษภัยของบุหรี่

ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์(SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

การดำเนินงาน ปี ๒๕๕๘- ๒๕๖๒

- มีการพัฒนาศูนย์ EOC ทั้ง ๓ ด้าน (System , Stuff , Staff)มีห้องและอุปกรณ์เพื่อรองรับการเปิด EOC
- มีการพัฒนาทีม SAT อย่างต่อเนื่องมีการจัดตั้งเวร SAT ปกติและ SAT ฉุกเฉิน
- มีการวิเคราะห์ เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และจัดทำแผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (IAP)
- ผู้บัญชาการเหตุการณ์ตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ที่ผ่านหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร ๓ คนยังไม่ผ่าน ๑ คน

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการแก้ไข
๑.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานฯ		
๒.ร้อยละ ๙๐ ของจังหวัด มีผู้บริหาร และ หัวหน้ากลุ่มภารกิจใน IC ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบ ICS		
๒.๑ ผู้บริหาร หมายถึง นพ.สสจ., ผชช.ว., ผชช.ส. และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด (๔ คน)	ยังไม่ผ่านการอบรม ๑ คน เนื่องจากโควตาการอบรม รอบแรกเมื่อวันที่ ๑๖-๑๗ ม.ค.๖๒ เต็ม	เข้าร่วมอบรมเมื่อกรมระบุวันจัดอบรมครั้งต่อไป
๒.๒. หัวหน้ากลุ่มภารกิจ (๒ คน) หมายถึง หัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และหัวหน้ากลุ่มงานที่ รับผิดชอบภารกิจปฏิบัติการ (Operation)	กรมยังไม่ได้ระบุวันจัดอบรม	เข้าร่วมอบรมเมื่อกรมระบุวันจัดอบรมได้

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

ข้อค้นพบ

- ความครอบคลุมของการคัดกรอง ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
- รูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

๑. ติดตามและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มเพื่อจัด intervention ที่เหมาะสม
๒. มีการนำกระบวนการ MI มาใช้กับกลุ่ม uncontrol ในบางพื้นที่

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สาขา ยาเสพติด

ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตาม ต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate)
๒. ร้อยละผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่ กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสพต่อเนื่องหลัง จำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน

ปัญหา/อุปสรรค

ระบบการลงรายงาน บสต. ล่าช้า

ข้อเสนอแนะ

ปรับปรุงระบบการลงรายงานให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสามารถดึงข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้ถูกต้อง

สาขา One Day Surgery

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS (เป้าหมาย: ร้อยละ ๒๐)



ปัญหา/อุปสรรค

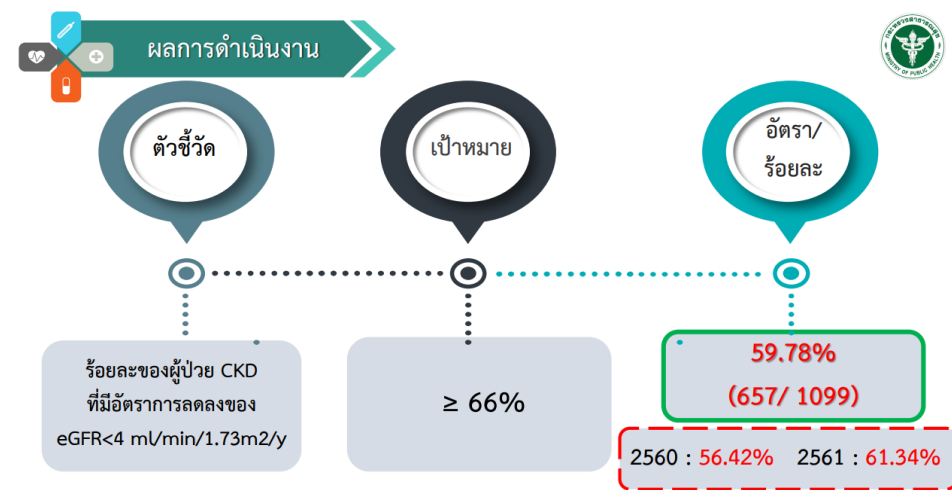
1. ไม่มี Nurse manager เฉพาะและการจัดระบบ ODS ยังไม่ชัดเจน
2. ค่าตอบแทน ODS ควรมากกว่าระบบปกติเพื่อสร้างแรงจูงใจ
3. ระบบยังไม่เป็น One Stop Service
4. ระบบการจัดเก็บข้อมูล ODS ยังไม่เชื่อมโยงกับระบบ ๔ รายงานของกระทรวง
5. ผู้ป่วยไม่พึงพอใจหลังผ่าตัด พบปัญหา pain และ Bleeding

มาตรการ/กระบวนการ/กิจกรรมในการแก้ไข

1. เข้าร่วมประชุมระบบการเก็บข้อมูลและโปรแกรมสารสนเทศกระทรวง
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยจัดประชุม workshop ODS และ MIS
3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย และ set ระบบให้ชัดเจน
4. พัฒนาสื่อการให้ความรู้ การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด ODS

สาขา โรคไต (CKD)

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง ของ eGFR



ปัญหา/อุปสรรค

1. ขาดอัตรากำลังในระดับปฏิบัติงาน เช่น CKD nurse, CAPD nurse ใน M๒, โภชนาการในรพช.
2. ข้อมูลขาดความครอบคลุม ตามการท างานจริง ๒ เช่น ข้อมูลการคัดกรองในอำเภอเมือง
3. ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการบริโภค ๓ อาหาร การใช้ยาและสมุนไพร

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มบุคลากรให้เพียงพอในการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มคุณภาพงาน
2. ประชุมชี้แจง/ประสานคณะทำงาน เครือข่ายและ IT เพื่อพัฒนาระบบข้อมูล CKD ให้ถูกต้องครอบคลุม ใช้ประโยชน์ได้ และลดภาระงาน
3. คัดกรองและบูรณาการด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วย และครอบครัว การใช้ยาและสมุนไพรในชุมชน

สาขา ปลูกถ่ายอวัยวะ

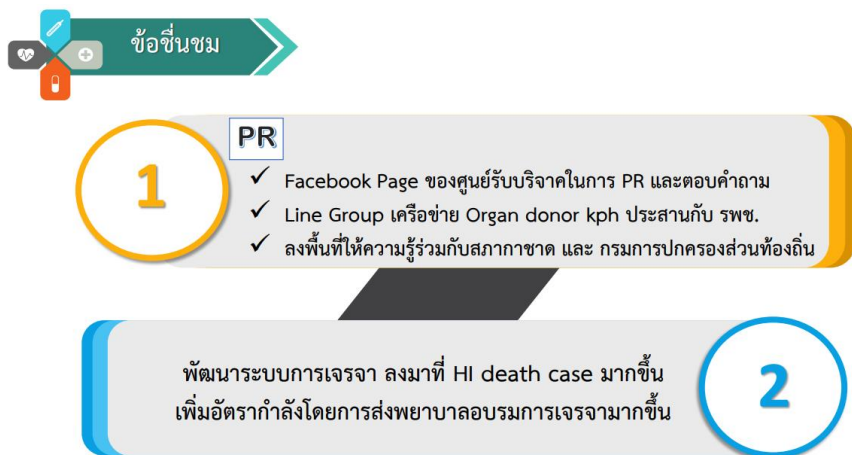


ปัญหา/อุปสรรค

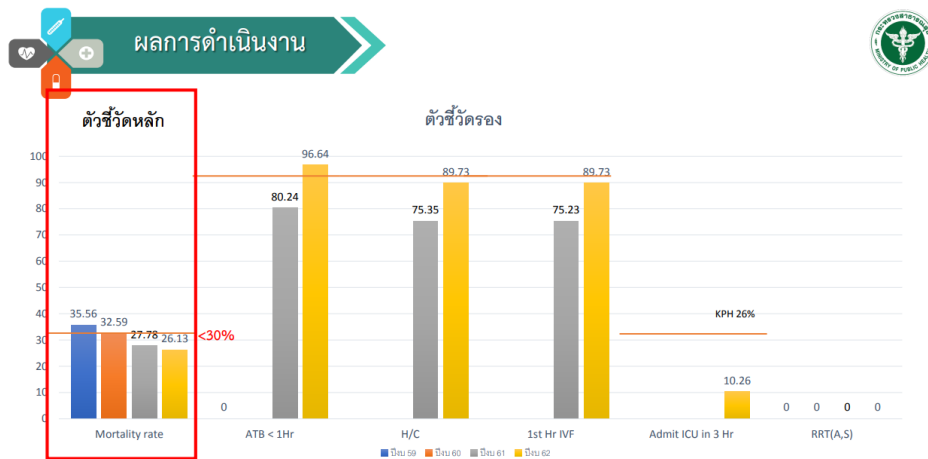
1. ไม่มี TCN full time ไม่มี Harvest Team ในการปฏิบัติงาน
2. ทักษะ/ความเชื่อ/ความเกรงใจของญาติผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนการอบรมพยาบาลเพื่อมา ปฏิบัติงาน Full time
2. ผลักดันการจัดการค่าตอบแทน แก่ผู้ปฏิบัติงาน
3. หาแนวทางในการสร้างความมั่นใจ ในการบริจาคอวัยวะมากขึ้น
4. การเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วยและญาติ ในการบริจาคดวงตาและอวัยวะ



สาขา Sepsis



ข้อชื่นชม

มี sepsis protocol, care MAP ที่ชัดเจน



Key Success

Early diagnosis & resuscitation

- รพท. ใช้ SOS score ช่วย screening
- รพท.alert & resuscitation ก่อน refer

1.

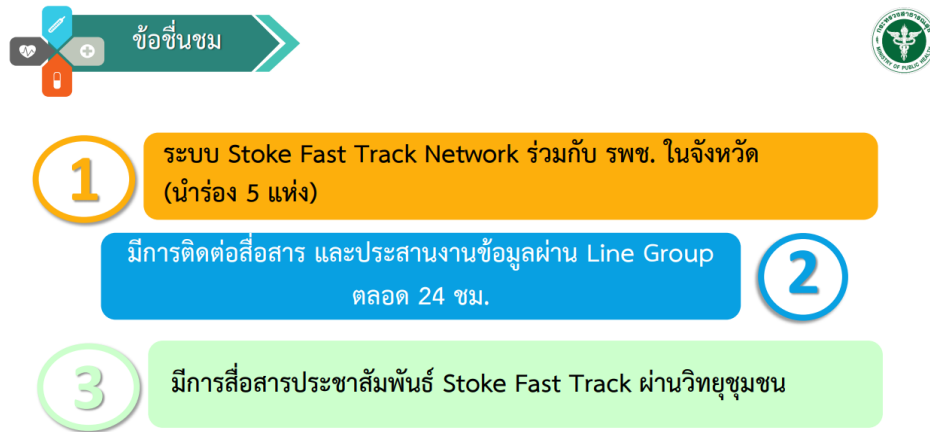
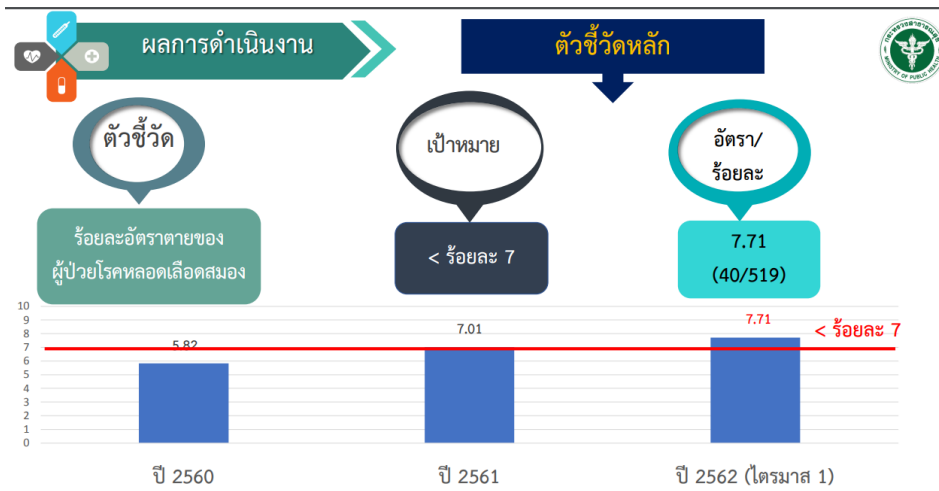
ปัญหา/อุปสรรค

๑. บุคลากรไม่เพียงพอ
๒. จำนวนเตียง ICU มีจำกัด (28 : 410)
๓. อัตราการครองเตียงสูง (180)

ข้อเสนอแนะ

๑. หาพยาบาลจากหน่วยอื่นมาเพื่อหมุนเวียน, ส่งบุคลากรไปฝึกอบรมเพิ่มเติม
๒. ปรับปรุงเตียงสามัญบางเตียงให้เป็น subICU corner, จัดทำข้อมูลเพื่อขอกำลังคนดูแลเพิ่ม
๓. รอเปิดวอร์ดอายุรกรรมชาย๑, ๒ ตึกใหม่ ๓ อัตราการครองเตียงสูง (๑๘๐) ทำRCA อัตราการครองเตียงที่รพช.

สาขา โรคหลอดเลือดสมอง



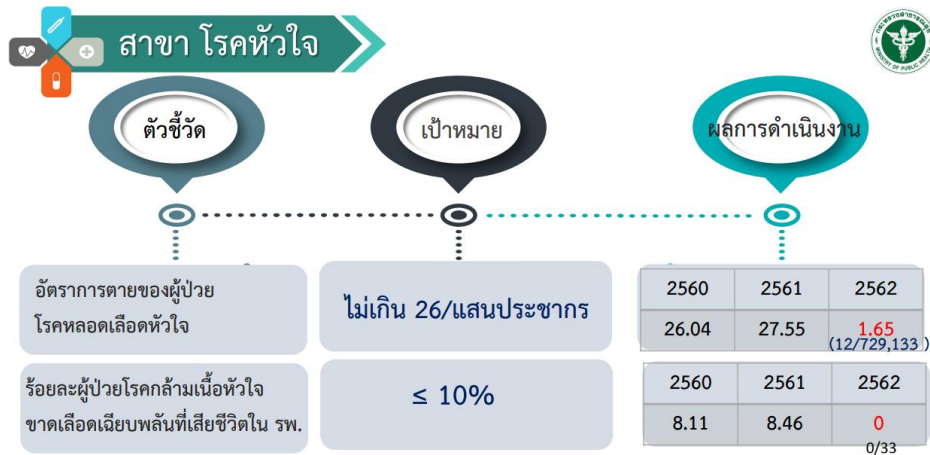
ปัญหา/อุปสรรค

- ประชาชนไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค
- การเข้าถึงยา rt-PA ต่ำกว่าเป้าหมาย
- Pre-Hospital ยังควบคุมได้ไม่ดี

ข้อเสนอแนะ

- ส่งเสริมข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้กับประชาชนในชุมชน
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา rt-PA ในชุมชน
- ทำRCA และหาแนวทางแก้ไขร่วม ๓ กับ PCC และคณะ ๑

สาขา โรคหัวใจ (STEMI)



ปัญหา/อุปสรรค

1. ให้Fibrinolytic Drug ช้า - Door to Needle Time เฉลี่ย ๓๕ นาที
2. NCD ยังควบคุมได้ไม่ดู
3. ผู้ใช้ระบบ EMS ยังไม่มาก (๒๐%)

ข้อเสนอแนะ

1. RCA
2. หาแนวทางแก้ไขร่วมกับ PCC ๒ และคณะ ๑
3. มีการประชาสัมพันธ์ระบบ EMS

สาขา TRAUMA



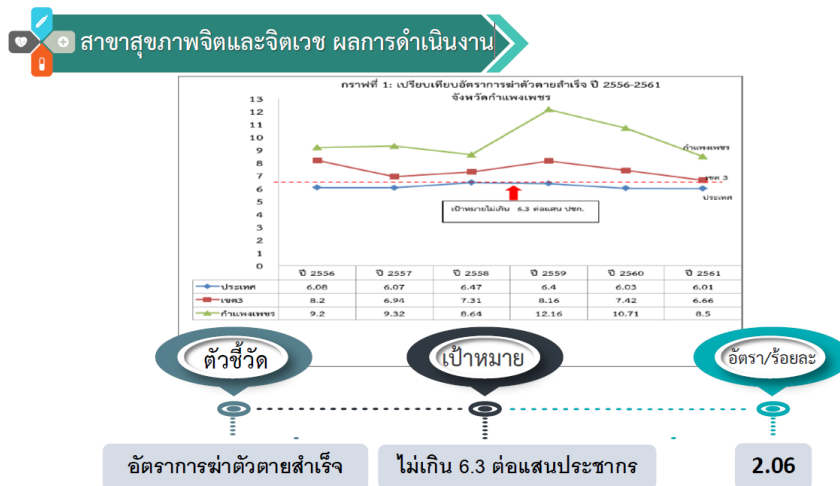
ปัญหา/อุปสรรค

๑. การเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินยังน้อย EMS พัฒนาช้ากว่าที่ควรจะเป็น
๒. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากขึ้น (ประมาณ ๒๑๐/วัน) แต่บุคลากรมีน้อย ต้องทำ OT
๓. ทีม FR ไม่ครอบคลุมทั้งจังหวัดขาดอัตรากำลัง(พยาบาล)
๔. Surg. ไม่สามารถมา Active ที่ ER ได้

ข้อเสนอแนะ

๑. ขณะเดินทางมาที่โรงพยาบาล PR ให้ทราบถึงความสำคัญของการช่วยชีวิต
๒. จัดหาอัตรากำลัง และสนับสนุนค่าตอบแทนที่เหมาะสม
๓. มีการประชุม PCT หรือผ่านองค์กรแพทย์

สาขาสุขาภาพจิตและจิตเวช ผลการดำเนินงาน



ข้อชี้แจง

1. มีการวิเคราะห์และระบุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ได้ (สาเหตุ → ปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิต/ ซึมเศร้า และปัญหาโรคเรื้อรังปัญหาด้านเศรษฐกิจและความยากจน)
2. มีการนำพรบ.ควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ มาใช้ในพื้นที่ ซึ่งเป็นนโยบายของจังหวัด (สุราเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ)
3. มีการประเมิน/คัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ร่วมกับทีมจังหวัด

ปัญหา/อุปสรรค

๑. ปัจจัยการฆ่าตัวตายมีความ ซับซ้อนในหลายปัจจัย
๒. บุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จบางรายไม่เข้าสู่ระบบสาธารณสุข
๓. เพิ่มการบูรณาการไปกับงานอื่น

ข้อเสนอแนะ

๑. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมเครือข่าย
๒. สร้างความเข้มแข็งของครอบครัว
๓. ส่งเสริมการบริการเชิงรุก
๔. ส่งเสริมการจัดการปัญหาและความเครียดอย่างเหมาะสม
๕. เพิ่มการเฝ้าระวังคัดกรอง ค้นหา(warning sign)และติดตาม
๖. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข
๗. มีการบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายเชื่อมโยงกับ พชอ.ให้รู้ถึงwarning sign

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ปัญหา/อุปสรรค

๑. สถานบริการบางแห่งจัดบริการแพทย์แผนไทยไม่ครบวงจรตาม Service Package
๒. เวชภัณฑ์แพทย์แผนไทยสำหรับการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด.

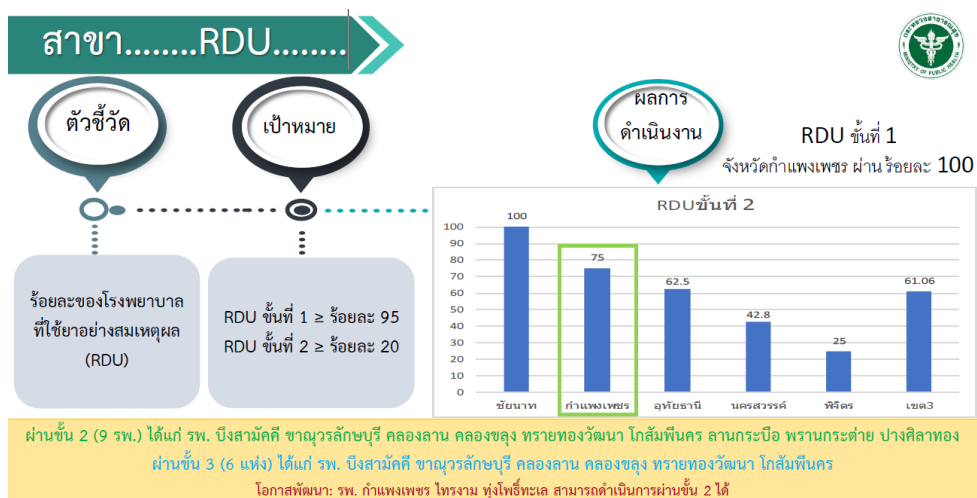
ข้อเสนอแนะ

๑. ผลักดันให้มีการจัดทำแผนพัฒนาหน่วยบริการที่มีศักยภาพ ด้านการแพทย์แผนไทยให้สามารถ
๒. จัดบริการงานแพทย์แผนไทยได้ครบวงจรตาม Service Package ในภาพรวมของจังหวัด

ควรมีแผนสนับสนุนหน่วยบริการให้มียาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนี้

- รพศ. รพท. รพช. ไม่น้อยกว่า ๓๐ รายการ
- รพสต. ไม่น้อยกว่า ๑๐ รายการ

สาขา RDU



ข้อชื่นชม



- ผู้บริหารให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายที่ชัดเจน
- มีการจัดการทำความสะอาดผลสดอย่างมีคุณภาพ ให้ความรู้ผู้ป่วยและนัดติดตามอาการซ้ำ
- “โรงพยาบาลบึงสามัคคี” เป็น รพ.ต้นแบบ มีผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่มีประสิทธิภาพ โดยร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค RI 10.64% ≤ 20% AD 7.14% ≤ 20% FTW 9.28% ≤ 50% APL 0.00% ≤ 10%
- “โรงพยาบาลโกสุมพินคร” สามารถจัดการปัญหาในผู้ป่วยท้องร่วงเฉียบพลันได้อย่างดีเยี่ยม โดยมีการให้ ผงเกลือแร่ หรือ ORS (Oral Rehydration Salts) กับผู้ป่วยแทนการใช้ยาปฏิชีวนะทุกราย

สาขา AMR

ผลการดำเนินงาน



ตัวชี้วัด

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

เกณฑ์ตัวชี้วัด : ระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20

เป้าหมาย

ระดับ	การแปลผล	คะแนนเต็ม 500 คะแนน
1	Inadequate	0 - 149 คะแนน
2	basic	150-249 คะแนน และข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน
3	Intermediate	250-349 คะแนน และข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน
4	Advance	350 - 500 คะแนน และข้อ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน

อัตรา/ร้อยละ

สรุปคะแนนการดำเนินงาน 5 กิจกรรมสำคัญ	
1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	55
2. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	71
3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	56
4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.	80
5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	40
รวม (คะแนนเต็ม 500 คะแนน)	302
* ข้อบังคับ basic ทุกข้อ > 0 คะแนน	(✓)ใช่ ()ไม่ใช่
** ข้อบังคับ Intermediate ทุกข้อ > 0 คะแนน	(✓)ใช่ ()ไม่ใช่

สรุปผล : รพ.กำแพงเพชร ดำเนินการได้ ระดับปานกลาง (Intermediate) ได้ 302 คะแนน ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ระดับ Intermediate ร้อยละ 100

ข้อชื่นชม



- 1 มีการพัฒนาระบบการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน
- 2 ผู้บริหารระดับสูงกำหนดนโยบายในการควบคุมกำกับอย่างเข้มข้น

ปัญหา/อุปสรรค

๑. การทำงานร่วมกันในภาพของ สหวิชาชีพยังไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

๑. คณะกรรมการ AMR ควรร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน
๒. เน้นการมีส่วนร่วมของภาพทีมสหวิชาชีพโดยให้ทีมพยาบาล IC / Labs เข้ามามีส่วนร่วมให้ชัดเจนขึ้น

สาขา วัณโรค

ปัญหา/อุปสรรค

๑. ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำต่ำกว่าเกณฑ์ (ปี ๒๕๖๑ =๖๓.๒ / ๘๒.๕ %)
๒. การตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST) ในกลุ่ม Re-Treatment(Relape, TALF, TAF) ยังดำเนินการได้น้อยกว่าเป้าหมาย (๗๓.๑/๘๐ %)
๓. อัตราการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่สูงกว่าเป้าหมายร้อยละ ๐ (ปี๒๕๖๑ =๒.๑/ ๐%)

ข้อเสนอแนะ

๑. เร่งรัดค้นหาผู้ป่วย โดยเน้นในกลุ่ม ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม
๒. เร่งรัดส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยวัณโรคด้วย เครื่อง X Pert ให้มากขึ้น
๓. ประสานงานกับเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่เพื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา ลงในระบบ TBCM Online
๔. ตรวจสอบผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่ม Re-Treatment ที่ขึ้นทะเบียนรักษาและเร่งส่งตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST) ให้มากขึ้นเพื่อเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยวัณโรคคือหลายขนาน(RR ,MDR, Pre-XDR ,XDR TB)
๕. เฝ้าระวังการขาดยา ในกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสขาดยาสูง เช่น กลุ่มแรงงานข้ามชาติ พระภิกษุ แรงงานนอกพื้นที่

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

HRH Transformation	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข
Digital Transformation	เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง
Financial Management	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4
Quality Organization	ร้อยละของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
เขตสุขภาพ	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ
ระบบธรรมาภิบาล	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายใน ความคุมภายใน และบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

1 มีระบบการบริหารจัดการกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจุบัน 1.2 มีรายงานสถิติกำลังคน (2562 จะตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในระบบ HROPS 3 ชุดข้อมูล)

(1) ใบประกอบวิชาชีพ 100% (1,508 คน)
(2) วุฒิในตำแหน่ง 100% (2,055 คน)
(3) บันทึกค่าส่งเงินเดือน 100% (2 หน่วยงาน = สสจ./รพท.)

ข้อมูล ณ วันที่ 31 ม.ค.62 โดย สสจ./รพท.กำแพงเพชร

ผลการประเมินในเมืองต้น

*ทั้งนี้ ผลการประเมิน ณ วันที่เข้ารับการตรวจราชการยังไม่ถือเป็นขั้นสูงสุด เนื่องจาก
1. จังหวัดสามารถรายงานผลการดำเนินงานเพิ่มเติมได้
2. ผลการประเมิน จะต้องผ่านการตรวจสอบและกลั่นกรองตามขั้นตอนการดำเนินงานของคณะกรรมการตรวจราชการกอง น.ค.ฯ ก่อน และจะแจ้งผลให้ทราบต่อไป

จังหวัดกำแพงเพชร

การสุ่มเลือก (52 คน)

ชรก. 15%, พรก. 4%, พกส. 27%, ลจ.ปจ. 6%, ลจ.ชด. 48%

อยู่ระหว่างดำเนินการ 4% (1 คน)

ไปไปแล้ว 96% (23 คน)

ตำแหน่งว่างที่ไปใช้ 25 คน

1.3 มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

- ✓ การบริหารตำแหน่ง
- ✓ การวางแผนกำลังคน
- ✓ การวิเคราะห์ภาระงาน
- ✓ สนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร

2 มีแผนบริหารตำแหน่งและแผนด้านอื่นๆ

1) มีแผนปฏิบัติการ HR ประจำปี

2) มี คกก.บริหารงานบุคคล CHRO

3) มี คกก.พิจารณาประเภทต่างๆ

4 บุคลากรสาธารณสุข

บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ 60.4%*

1,895* × 100 = 2,934*

*เมื่อใช้กรอบอัตราค่าจ้างขั้นสูง ณ วันที่ 31 ม.ค. 62

3 มีการดำเนินการตามแผน

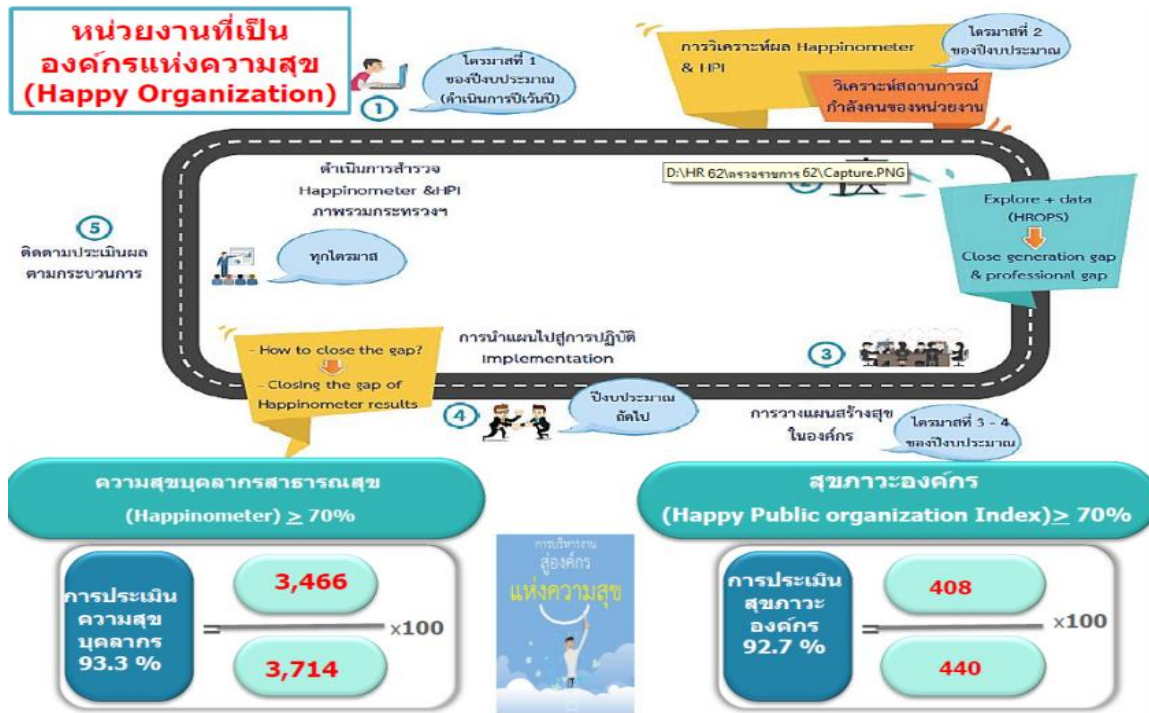
ร้อยละของตำแหน่งว่างลดลง โดยเฉพาะข้าราชการ + พนักงานราชการ

ตำแหน่งว่าง 100* × 100 = 2,155*

คงเหลือ 4.6%*

*ทั้งตำแหน่งที่จังหวัดดำเนินการเอง + ส่วนกลางบริหารจัดการให้

เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital
 ค่าเป้าหมาย Small Success ๓ เดือน



ค่าเป้าหมาย

รับทราบแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล ตามเกณฑ์ Smart Hospital

ผลการดำเนินงาน

๑. มีการชี้แจงแนวทางให้หน่วยงานในพื้นที่ที่ได้รับทราบ
๒. รับการอบรม HIS Gateway จากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ ในวันที่ ๔-๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ และอยู่ระหว่างดำเนินการ

จุดเด่นที่พบ

รพท/รพช ในพื้นที่มีระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์ให้บริการ และอยู่ระหว่างพัฒนาต่อยอดให้เป็นระบบคิวออนไลน์
 ทุกที่มีการใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ และ OPD Paperless ๑๐๐% มีการวางแผนการดำเนินการที่ต่อเนื่อง
 และมีการติดตามผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (Financial Management) ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ < ร้อยละ ๔

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (Financial Management) ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4

Risk 7 scoring Plus เดือน ธันวาคม 2561



ไม่พบหน่วยบริการที่มีภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7

	A	A-	B	B-	C	C-	D	F	
0			โกลัมพื้นคร/ พรานกระต่าย	3 แห่ง	2 แห่ง	4 แห่ง			0
1					ขาด				1
2									2
3									3
4									4
5									5
6									6
7									7
	A	A-	B	B-	C	C-	D	F	

มาตรการ เรื่องติดตามกำกับด้วยประสิทธิภาพทางการเงิน ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 7 Plus Efficiency ≥ 5 ตัว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

เดือน ธันวาคม 2561

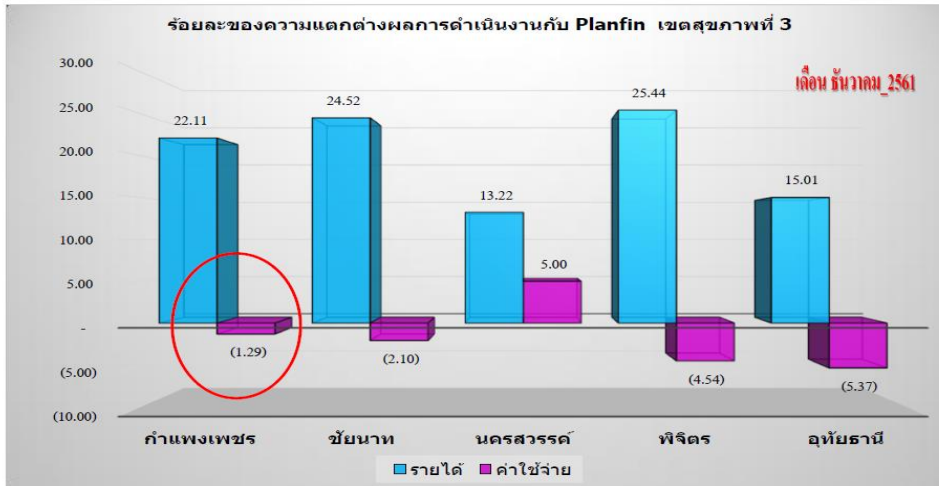


ผ่าน 2 แห่ง = 16.67%

Org	Risk Scoring	เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)	EBITDA	Operating Margin	Return on Asset	A Payment Period	A Collection Period-UC	A Collection Period - CSMS	A Collection Period-SSS	Inventory Management	GradePlus	R G +
กำแพงเพชร,รพช.	0	20,851,364.97	61,619,945.01	1	1	0	0	1	0	0	C	0C
ทุ่งโพธิ์ทะเล,รพช.	0	25,677,058.25	5,001,039.18	0	1	0	0	0	1	0	C-	0C-
ไทรงาม,รพช.	0	26,263,051.33	5,638,291.95	0	0	0	1	1	1	1	B-	0B-
คลองลาน,รพช.	0	22,165,958.22	8,087,059.91	0	1	0	1	0	0	0	C-	0C-
ชาลวาลักษณ์บุรี,รพช.	1	-9,445,510.86	5,079,055.91	0	0	0	1	0	0	1	C-	1C-
คลองขลุง,รพช.	0	8,932,622.11	27,446,810.01	1	1	0	1	0	0	0	C	0C

ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่าง ของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ ๕ (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)

มาตรการ เรื่องติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (PlanfinManagement)
 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่าง ของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)



สรุปข้อเสนอแนะ / โอกาสในการพัฒนา

๑. เฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังของ หน่วยบริการที่มีความเสี่ยง
 - ๑.๑ การลงทุน
 - ๑.๒ ควบคุมค่าใช้จ่าย
 - ๑.๓ ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้
๒. การใช้ Planfin ติดตาม กำกับ ควบคู่กับผลการดำเนินงาน

การพัฒนาโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น๓

เป้าหมาย: - ร้อยละ ๑๐๐ โรงพยาบาลระดับA/S ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ รับการรับรอง HA ชั้น๓
 - ร้อยละ ๙๐ ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ รับการรับรอง HA ชั้น๓

ปัจจัยความสำเร็จ

ผู้บริหารให้การสนับสนุนมีทีมพี่เลี้ยงคุณภาพระดับจังหวัดและ มีทีม Node เครือข่าย ที่เข้มแข็ง สนับสนุน ให้คำปรึกษา จัดกระบวนการเยี่ยมสำรวจภายใน (IS) และ pre survey ภายในจังหวัดการจัด ประชุมการ ดำเนินงานด้านคุณภาพตามมาตรฐานHA

สิ่งที่ควรต้องเร่งดำเนินการ

- การติดตามการดำเนินงานคุณภาพของ รพ. ตาม timeline เพื่อขับเคลื่อน รพ. ๕ แห่งที่จะเข้าสู่กระบวนการ Re-acc ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร
- การกำหนดความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มงานศูนย์คุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับให้ชัดเจน
- การสนับสนุนงบประมาณ ในการปรับปรุงโครงสร้างหลักๆที่มี ผลต่อการจัดการระบบ
- การสนับสนุนการอบรมหลักสูตรของ สรพ. : สรพ.ลดราคาค่าลงทะเบียน, ส่วนกลางสนับสนุน งบประมาณในการอบรม
- การจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Accreditation)

ระดับความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป.ที่ดำเนินการ พัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ระดับความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป.ที่ดำเนินการ พัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ไตรมาส1 / 2562
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการPMQA (ร้อยละ 40)	สสจ. 100% (1 แห่ง) สสอ.11 แห่ง	ดำเนินการและส่งงานเข้าระบบได้ตามกำหนด	สสจ. 1 แห่ง (100%) สสอ.10 แห่ง (90.91%) (สสอ.ปางศิลาทองส่งงานไม่ทันเวลา)

ประเด็นที่พบจากการตรวจราชการ

สถานการณ์การดำเนินการ PMQA

- ปี 61 จังหวัดกำแพงเพชร พัฒนาคุณภาพ PMQA ใน สสจ. 1 แห่ง และ สสอ. จำนวน 11 แห่ง ร้อยละ 100 เริ่มดำเนินการใน หมวด P หมวด 1 การนำองค์การ และ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร

- ปี 62 ดำเนินการหมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ และรักษาสภาพการดำเนินการหมวด P และหมวด 1 การนำองค์การ , หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร

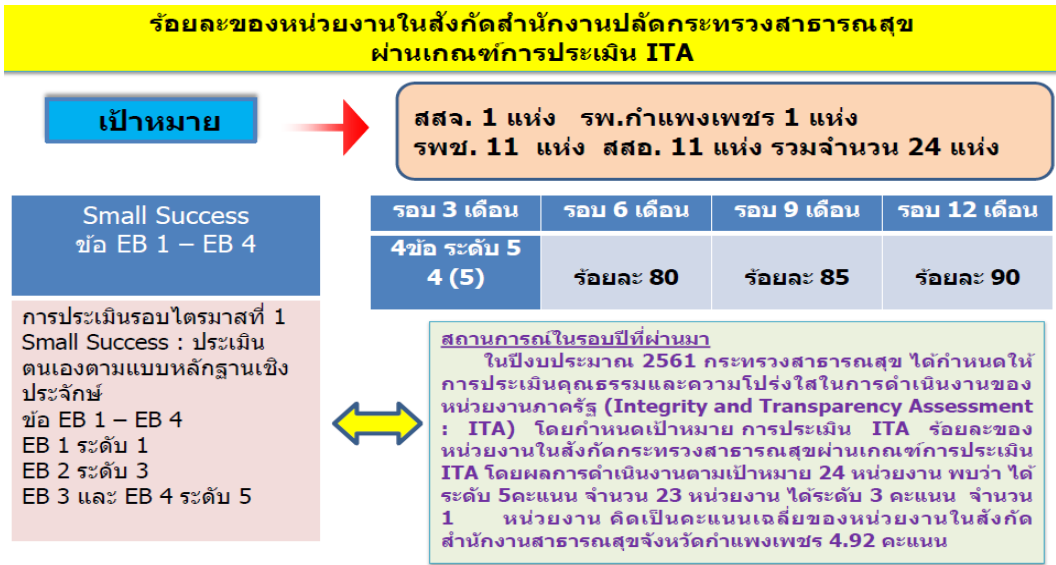
ปัญหาอุปสรรค

- การนำของผู้บริหารและการมีส่วนร่วมของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในทุกกระดับ
- บุคลากรขาดความรู้ในการพัฒนาตามมาตรฐานต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และขาดการมีส่วนร่วมปฏิบัติไปพร้อมกัน
- การรายงานข้อมูลทางระบบรายงานทาง Website มีความยุ่งยากระยะเวลาจากัดทำให้พื้นที่เข้าไปรายงานไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

๑. ควรมีกระบวนการพัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับเขต / จังหวัดอย่างต่อเนื่อง และเป็นรูปธรรมเพื่อทำหน้าที่พัฒนาและประเมิน ทั้งนี้การอบรมผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด
๒. วันและให้หาหน้าที่ผู้นิเทศนั้นความรู้และประสบการณ์ยังไม่เพียงพอ
๓. การพัฒนาระบบการรายงานผลการดำเนินงานออนไลน์ ให้สมบูรณ์ สะดวกรวดเร็ว

ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA



ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562

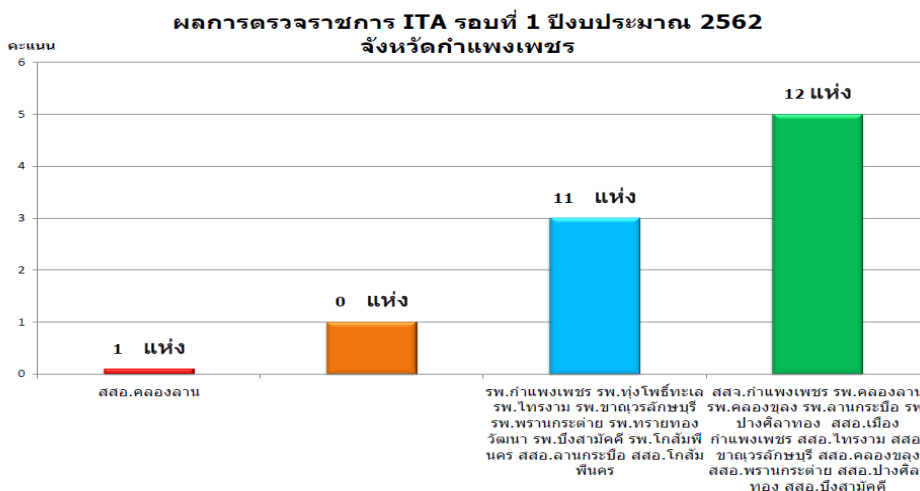
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 24 หน่วยงาน พบว่า ได้ระดับ 5 คะแนน จำนวน 12 หน่วยงาน ได้ระดับ 3 คะแนน จำนวน 11 หน่วยงาน และได้ระดับ 0 คะแนน จำนวน 1 หน่วยงาน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร 3.88 คะแนน

สถานการณ์ในรอบปีที่ผ่านมา

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) โดยกำหนดเป้าหมาย การประเมิน ITA ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA โดยผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ๒๔ หน่วยงาน พบว่า ได้ระดับ ๕ คะแนน จำนวน ๒๓ หน่วยงาน ได้ระดับ ๓ คะแนน จำนวน ๑ หน่วยงาน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ๔.๙๒ คะแนน

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน ๒๔ หน่วยงาน พบว่า ได้ระดับ ๕ คะแนน จำนวน ๑๒ หน่วยงาน ได้ระดับ ๓ คะแนน จำนวน ๑๑ หน่วยงาน และได้ระดับ ๐ คะแนน จำนวน ๑ หน่วยงาน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ๓.๘๘ คะแนน



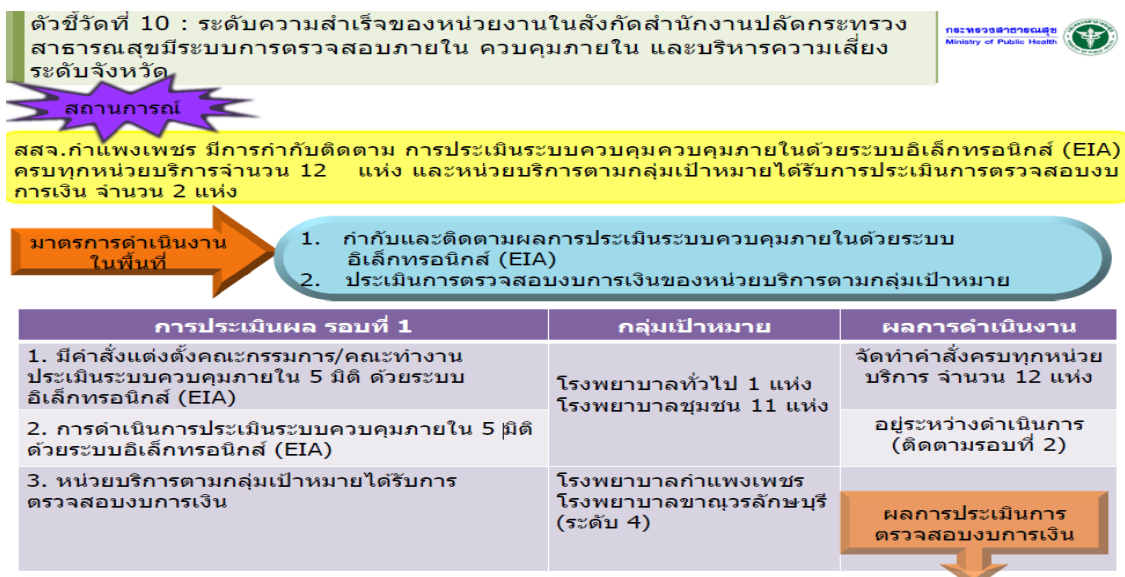
ปัญหาและข้อเสนอแนะจากการตรวจประเมิน ITA จังหวัดกำแพงเพชร

๑. บางหน่วยงานขาดเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อส่งเสริมความโปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้างตาม EB ๒
๒. บางหน่วยงานขาดเอกสารการเผยแพร่และการขออนุมัติเผยแพร่ แผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีตาม EB ๓
๓. บางหน่วยงานขาดการขอเผยแพร่ ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ หรือสื่อสารเผยแพร่ในช่องทางอื่นตาม EB ๔

ข้อเสนอแนะ

๑. รวบรวมเอกสารเกี่ยวกับการกำหนดมาตรการกลไก หรือการวางระบบในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมความโปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้างให้ครบถ้วน และเป็นไปตามกรอบแนวทาง ที่กำหนดไว้
๒. รวบรวมเอกสารให้ครบถ้วนและขออนุมัติเผยแพร่แผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีตามที่กำหนด
๓. ดำเนินการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ หรือสื่อสารเผยแพร่ในช่องทางอื่นตามกรอบแนวทางที่กำหนดไว้

ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายในควบคุมภายใน และบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด



ปัญหา

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่จัดทำข้อมูลส่งให้งานบัญชีเพื่อบันทึกบัญชี
๒. ไม่มีการสอบถามความถูกต้องของข้อมูลระหว่างงานบัญชีและงานที่เกี่ยวข้อง
๓. รายการบัญชีทรัพย์สินแสดงรายการไม่ตรงกับทะเบียนคุมทรัพย์สิน
๔. บัญชีค่าเสื่อมราคาแสดงรายการ ไม่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

๑. ให้มีการจัดวางระบบ และกระบวนการปฏิบัติงาน ในการส่งต่อข้อมูลตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงจุดสิ้นสุดที่งานบัญชี
๒. ให้มีการสอบถามความถูกต้องของข้อมูลระหว่างงานบัญชีและงานที่เกี่ยวข้อง
๓. ขอให้หน่วยบริการแก้ไขปรับปรุง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความเชื่อมั่นของรายงานการเงิน