

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙
ภารกิจหลัก การตรวจติดตามนโยบาย เป้าหมายยุทธศาสตร์กระทรวง และแก้ไขปัญหาพื้นที่
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ
หัวข้อ ๔. ระบบธรรมาภิบาล

จังหวัด.....เขตบริการสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

ประเด็นการตรวจราชการ คณะ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการ

หัวข้อ ๔. ระบบธรรมาภิบาล ๓) หน่วยงานคุณธรรม

๑.สถานการณ์

.....
.....
.....

๒.ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน

๒.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณโดยรวม

จำนวนหน่วยบริการที่เป็นรพ.คุณธรรมหรือหน่วยงานคุณธรรม/จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด									
หน่วยงาน	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	รวม
.....									
สสจ.									
รพศ.									
รพท.									
รพช.									
สสอ.									
รพ.สต.									
สอน.									
รวม									

๒.๒ จำนวนหน่วยงานที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม/หน่วยงานคุณธรรม
เพิ่มจากเดิมอย่างน้อย ๑ ระดับ

จำนวนหน่วยงานที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินการฯ (แห่ง)							
สสจ.	รพศ.	รพท.	รพช.	สสอ.	รพ.สต.	สอน.	รวม

หน่วยงานที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรมหรือหน่วยงานคุณธรรมเพิ่มจากเดิม
อย่างน้อย ๑ ระดับ คิดเป็นร้อยละ.....

วิธีการคำนวณ

$\frac{\text{หน่วยงานที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินการฯ}}{\text{หน่วยงานทั้งหมด}} \times 100$

๒.๓ จำนวนหน่วยงานจำแนกตามระดับความสำเร็จในการดำเนินการโรงพยาบาลคุณธรรม/หน่วยงานคุณธรรม

หน่วยงาน	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการโรงพยาบาลคุณธรรม/หน่วยงานคุณธรรม					รวม
	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	
สสจ.						
รพศ.						
รพท.						
รพช.						
สสอ.						
รพ.สต.						
สอน.						
รวม						

๒.๔ หน่วยงานคุณธรรมต้นแบบ (ตามนิยามในแนวทางการตรวจราชการฯ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙)

ชื่อหน่วยงาน	ผลงาน				หมายเหตุ
	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ความสุขของผู้ให้บริการ	จำนวนข้อร้องเรียนลดลง	อื่นๆ	

๓. แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ

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

.....

.....

.....

๓.๒ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

-ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

.....

.....

.....

-ข้อเสนอแนะที่ให้อำเภอรับทราบ

.....

.....

.....

๓.๓ ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๓.๔ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๓.๕ นวัตกรรมด้านการพัฒนาหน่วยงานคุณธรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

หมายเหตุ ๑. ขอความกรุณาผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดรวบรวมแบบประเมินตนเองให้แล้วเสร็จก่อนการตรวจราชการ รอบที่ ๒ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประกอบเป็นหลักฐานการตรวจราชการและการพัฒนาต่อไป
๒. กรุณาส่งไฟล์ข้อมูลให้ผู้ประสานงานสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ที่ร่วมตรวจราชการ โดยสำเนาไฟล์มายังแก้วกัลยาสิขาลัยที่ email address : moral.moph@pi.ac.th และผู้ประสานงานสำนักตรวจราชการเขตสุขภาพ ฯ

ผู้ให้ข้อมูลในส่วนของจังหวัด

ชื่อสกุล ผู้รับผิดชอบงาน.....

ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน/ฝ่าย.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....

ผู้สรุปข้อมูลในส่วนของผู้นิเทศ

ชื่อสกุล ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน/ฝ่าย.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....

วัน/เดือน/ปี.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙
ภารกิจหลัก การตรวจติดตามนโยบาย เป้าหมายยุทธศาสตร์กระทรวง และแก้ไขปัญหาพื้นที่
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

หัวข้อ ๔ ระบบธรรมาภิบาล

เขตบริการสุขภาพที่..... ตรวจราชการระหว่างวันที่.....

ประเด็นการตรวจราชการ คณะ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการ

หัวข้อ ๔ ระบบธรรมาภิบาล

๑. สถานการณ์

.....

.....

.....

๒. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน

๒.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณโดยรวม

จำนวนหน่วยบริการที่เป็นรพ.คุณธรรมหรือหน่วยงานคุณธรรม/จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด									
หน่วยงาน	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	รวม
									
สสจ.									
รพศ.									
รพท.									
รพช.									
สสอ.									
รพ.สต.									
สอน.									
รวม									

๒.๒ ร้อยละของหน่วยงานที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนารพ.คุณธรรม/หน่วยงานคุณธรรม
เพิ่มจากเดิมอย่างน้อย ๑ ระดับ

หน่วยงาน	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	ร้อยละ เฉลี่ยของ เขต สุขภาพ
									
ร้อยละของ หน่วยงานที่มี ความก้าวหน้า ในการ ดำเนินการฯ									

วิธีการคำนวณ ร้อยละของหน่วยงานที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินการฯ จังหวัดที่ ๑+จังหวัดที่ ๒ +.....+ n.
หน่วยงานทั้งหมด

๒.๓ จำนวนหน่วยงานจำแนกตามระดับความสำเร็จในการดำเนินการพ.คุณธรรม/หน่วยงานคุณธรรม

จังหวัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ของ สสจ.				
	ระดับ๑	ระดับ๒	ระดับ๓	ระดับ๔	ระดับ๕

จังหวัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการโรงพยาบาลคุณธรรม ของ รพศ.				
	ระดับ๑	ระดับ๒	ระดับ๓	ระดับ๔	ระดับ๕

จังหวัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการ โรงพยาบาลคุณธรรม ของ รพท.				
	ระดับ๑	ระดับ๒	ระดับ๓	ระดับ๔	ระดับ๕

จังหวัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการ โรงพยาบาลคุณธรรม ของ รพช.				
	ระดับ๑	ระดับ๒	ระดับ๓	ระดับ๔	ระดับ๕

จังหวัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ของ สสอ.				
	ระดับ๑	ระดับ๒	ระดับ๓	ระดับ๔	ระดับ๕

จังหวัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการ โรงพยาบาลคุณธรรม ของ รพ.สต.				
	ระดับ๑	ระดับ๒	ระดับ๓	ระดับ๔	ระดับ๕

จังหวัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการ หน่วยงานคุณธรรม ของ สอน.				
	ระดับ๑	ระดับ๒	ระดับ๓	ระดับ๔	ระดับ๕

๒.๔ หน่วยงานคุณธรรมต้นแบบ (ตามนิยามในแนวทางการตรวจราชการฯ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙)

ชื่อหน่วยงาน	ผลงาน				หมายเหตุ
	ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ	ความสุขของ ผู้ให้บริการ	จำนวน ข้อร้องเรียนลดลง	อื่นๆ	

๓.แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ

๓.๑ สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงาน

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

.....
.....
.....

-ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๓.๓ ข้อเสนอแนะตอนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๓.๔ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๓.๕ นวัตกรรมด้านการพัฒนาหน่วยงานคุณธรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

หมายเหตุ ๑. ขอความกรุณาผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดรวบรวมแบบประเมินตนเองให้แล้วเสร็จก่อนการตรวจราชการ รอบที่ ๒ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประกอบเป็นหลักฐานการตรวจราชการและการพัฒนาต่อไป
๒. กรุณาส่งไฟล์ข้อมูลให้ผู้ประสานงานสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ที่ร่วมตรวจราชการ โดยสำเนาไฟล์มายังแก้วกัลยาสิขาลัยที่ e-mail address : moral.moph@pi.ac.th และผู้ประสานงานสำนักตรวจราชการเขตสุขภาพ ฯ

ผู้ให้ข้อมูลในส่วนของจังหวัด

ชื่อสกุล ผู้รับผิดชอบงาน.....

ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน/ฝ่าย.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....

ผู้สรุปข้อมูลในส่วนของผู้นิเทศ

ชื่อสกุล ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน/ฝ่าย.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....

วัน/เดือน/ปี.....