**สรุปรายงานการประชุม/อบรม/สัมมนา ของเจ้าหน้าที่**

**เรื่อง อบรมเพื่อชี้แจงแบบตรวจสอบบัญชีเกณฑ์คงค้าง(9 ระบบ) และอบรมปฏิบัติการจัดทำข้อมูลการเงินเพื่อชี้การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานโดยใช้การเปรียบเทียบค่ากลาง HTG**

**วันที่ 24 – 25 มีนาคม 2559**

**สถานที่จัดการประชุม/อบรม/สัมมนา โรงแรมภูเขางามรีสอร์ท จังหวัดนครนายก**

**โดย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**ชื่อ**  นางสาวสุรีย์ ทองอินทร์

**ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี**

**หน้าที่ความรับผิดชอบ** จัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างโรงพยาบาล

**หน่วยงาน**  โรงพยาบาลแหลมงอบ

**กลุ่มงาน/ฝ่าย** กลุ่มงานบริหารทั่วไป งานการเงินและบัญชี

จาก □ นโยบายขององค์กร-ข้อกำหนดของตำแหน่ง □ IDP □ ขอไปเอง

1. **วัตถุประสงค์**

**วิธีการตรวจสอบ/เกณฑ์การให้คะแนน ระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง(9 ระบบ) เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง มีความถูกต้อง น่างเชื่อถือ และเป็นไปตามมาตรฐานบัญชีภาครัฐ สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน การเฝ้าระวังติดตาม สถานการณ์ทางการเงิน และการวัดแผนการเงินของหน่วยบริการได้ถูกต้องมากขึ้น**

1. **เนื้อหาการประชุม/อบรม/สัมมนา**

**การประมาณการรายรับ รายจ่ายในอนาคต มาจากแผนที่เราวางไว้ภายใต้การวิเคราะห์ข้อบกพร่องในแต่ละหน่วย ภายใต้ขอบเขตการบริหารจัดการ เช่น**

**การเพิ่มรายรับ การลดรายจ่าย**

**การถือครองสินทรัพย์ ควรที่จะมีแนวโน้มลดลง คือคงคลัง ลูกหนี้**

**ด้านหนี้สิ้น ควรที่จะมีแนวโน้มลดลง**

**สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน ต้องมีการวางแผนการวิเคราะห์ เพื่อการลงทุนที่เหมาะสม**

**ค่าใช้จ่ายอื่นที่มีจำนวนมาก มีแนวโน้มว่าการบริหารจัดการอาจมีปัญหา เช่นค่าซ่อมแซม ควรวิเคราะห์ให้ดีว่าเป็นต้นทุนหรือไม่ ตัวอย่างเช่นการรื้อถอน ปรับปรุงพื้นที่ ถือเป็นต้นทุนอาคาร ไม่ใช่ค่าใช้จ่าย**

**\*\*\*การซ่อมแซมตึกอาคาร ที่ทำให้ความคงทนถาวร ทำให้มูลค่าเพิ่ม ต้องทำการขอที่ราชพัสดุด้วย\*\*\***

**การซื้อนอกแผน ควรเกิดขึ้นจากการสนับสนุนการบริการ**

1. **สิ่งที่จะนำมาพัฒนาในหน่วยงาน-ทีมงาน-องค์กร, แผนการพัฒนางาน, การอบรมกลุ่มย่อย เป็นต้น**

 **นำหลักเกณฑ์ นโยบายทางการบัญชีเกณฑ์คงค้างที่ต้องใช้ในปีงบประมาณ 2559 เป็นต้นไป แจ้งและทำความเข้าใจ ในการปฏิบัติแก่ ผู้เกี่ยวข้องให้บฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน**

1. **การติดตามและการประเมินผลงาน**

1. **การติดตามจากทีม HRD**
2. **สำเนาให้หน่วยงาน 1.............. 2.............. 3.............. 4.............. 5..............**

 **(ลงชื่อ) .**.

 **( นางสาวสุรีย์ ทองอินทร์)**

 **ตำแหน่ง** **นักวิชาการเงินและบัญชี**

 **(ลงชื่อ)**  . **(**นายภาณุวัฒน์ โสภณเลิศพงศ์)

 **ตำแหน่ง** นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมงอบ