

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 รอบที่ 2

คำนำ

การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข เป็นไปตามเป้าหมาย แก้ไขปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนออันจะก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกองตรวจราชการ ร่วมกับกรมและผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานจากกรม กอง สำนักต่างๆ ได้ดำเนินการตรวจราชการ ตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยดำเนินการตรวจราชการ รอบที่ ๒ ระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินสภาพปัญหา แผนแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการ ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่สอดคล้องตาม ๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ได้แก่ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ได้แก่ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย ระบบธรรมาภิบาล ๓) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และ ๔) การตรวจราชการแบบบูรณาการ รวมทั้งประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเด็นที่ ๑ - ๖ และการตรวจราชการแบบบูรณาการ ได้แก่

๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)

ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์ และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)

ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็นที่ ๒ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็นที่ ๓ ระบบธรรมาภิบาล

๓) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่)

๔) การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

บัดนี้ คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเด็นที่ ๑ - ๗ ได้นำสรุปผลจากการตรวจราชการมาจัดทำรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ เสนอต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาในการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพของหน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กองตรวจราชการ

ตุลาคม ๒๕๖๔

กิตติกรรมประกาศ

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกองตรวจราชการ ขอขอบคุณ คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ คณะที่ ๑ - ๗ คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองบริหารการสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กลุ่มตรวจสอบภายใน สป. สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สป.

ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานของกรม กอง สำนัก ซึ่งได้ร่วมทีมตรวจราชการ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑ - ๑๓ กองแผนงานและวิชาการและผู้ประสานงานด้านการตรวจราชการของกรม กอง สำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่กองตรวจราชการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการจัดทำรายงานฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงมา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร

ก-จ

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รอบที่ ๒

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รอบที่ ๒

ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

๑

๑.๑ โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

๑

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๑๙

๒.๑ กัญชาทางการแพทย์

๑๙

๒.๒ สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๒๖

ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓๑

๓.๑ ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน

๓๑

๓.๒ จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๓๕

๓.๓ อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.)

๔๐

ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย

๔๘

๔.๑ ผู้สูงอายุคุณภาพ

๔๘

๔.๒ สุขภาพจิต

๕๖

๔.๓ สุขภาพแม่และเด็ก (ประเด็นกำกับติดตาม)

๖๓

๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน (NCD --> HT , DM) (ประเด็นกำกับติดตาม)

๘๓

ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย

๙๒

๕.๑ Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด

๙๒

๕.๒ Service plan สาขาอุบัติเหตุ

๙๘

๕.๓ Service plan สาขามะเร็ง

๑๐๘

๕.๔ Service plan สาขาทารกแรกเกิด

๑๑๓

๕.๕ Intermediate Care

๑๑๘

สารบัญ (ต่อ)

ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล	๑๒๘
๖.๑ ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)	๑๒๘
๖.๒ การเงินการคลังสุขภาพ (ระบบจัดเก็บรายได้)	๑๓๔
ประเด็นที่ ๗ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี	๑๓๙
๗.๑ การแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ	๑๔๑
๗.๒ โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของ ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรี สวางควัฒน วรขัตติยราชนารี (ประเด็นติดตาม)	๑๔๙
ภาคผนวก	
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔	๑๕๗
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔	๑๖๐
คณะที่ปรึกษา	๑๗๙
คณะผู้จัดทำ	๑๘๐
บรรณาธิการ	๑๘๑

บทสรุปผู้บริหาร

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รอบที่ ๒

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่สอดคล้องตาม ๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ได้แก่ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ , ภัยสุขภาพการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ , ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ได้แก่ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต , ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย , ระบบธรรมาภิบาล ๓) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และ ๔) การตรวจราชการแบบบูรณาการ รวมทั้งประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ เพื่อเป็นทิศทางในการตรวจติดตาม กำกับ และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๗ คณะ ซึ่งคณะตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ได้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒ ในช่วงเดือนมิถุนายน – สิงหาคม ๒๕๖๔ เสร็จสิ้นเรียบร้อย และได้มีการประชุมสรุปผลการตรวจราชการฯ ประจำปี ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๔ ผ่านระบบประชุมออนไลน์ (Webex) พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการดังต่อไปนี้

๑. ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ : โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ มีเรือนจำเป้าหมายร่วมกับเครือข่าย อบรม อสรจ. ๒ ครั้ง/ปี รวม ๑๒๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๗๐ อบรมไม่ครบรวม ๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕.๓๐ แต่ทุกแห่งมีแผนการอบรม ทั้งนี้ มีเรือนจำเป้าหมาย มีสัดส่วน อสรจ. ตามเกณฑ์รวม ๑๒๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๗๒ ไม่ครบตามเกณฑ์ รวม ๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๘ ซึ่งการตรวจราชการรอบที่ ๒ พบปัญหาคือ แต่ละเรือนจำมีการปันโทษ อสรจ. สูง จากการเป็นผู้ต้องขังชั้นดี และสถานการณ์การระบาดของ Covid-19 ที่เป็นเหตุให้มีการจำกัดกิจกรรมการอบรมพัฒนา อสรจ. ส่งผลให้บางพื้นที่มีสัดส่วน อสรจ. ไม่ได้ตามเกณฑ์ โดยในรอบ ๒ มีข้อเสนอในการปรับปรุงพัฒนาคือ ทุกเรือนจำกำหนดให้มีการอบรมฟื้นฟู อสรจ. อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และกรมราชทัณฑ์กำหนดบทบาท อสรจ. ให้มีส่วนร่วมจัดบริการสุขภาพในเรือนจำตามบริบท **ด้านการบริการสุขภาพช่องปาก** พบว่าโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกแห่งมีแผนการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำที่รับผิดชอบ ร้อยละ ๙๖ เรือนจำ มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำร้อยละ ๘๒ เรือนจำมีการจัดบริการสุขภาพช่องปากอย่างน้อย ๒-๓ ครั้งในรอบ ๙ เดือนที่ผ่านมา โดยในช่วงการระบาดของ Covid-19 มีการปรับแผนการบริการ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และให้บริการรักษาเฉพาะกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน จึงมีการพัฒนาระบบ teledent ให้เกิดขึ้นในเรือนจำและเพิ่มศักยภาพพยาบาลและ อสรจ. ในเรือนจำในการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนการ**ให้บริการสุขภาพจิตแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ** พบว่า ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษาร้อยละ ๑๐๐ มีจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด ๒๕๐,๑๑๖ คน พบผู้ต้องขังจิตเวชจำนวน ๕,๗๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๘ และผู้ต้องขังจิตเวชเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบรักษาทางไกล (Telemedicine) จำนวน ๓,๓๕๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๘๑ ปัญหาที่พบคือ โรงพยาบาลแม่ข่ายไม่มีแพทย์เฉพาะทางในสาขาหลักในโรคของผู้ต้องขัง เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่ในเรือนจำบางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช สำหรับการ**คัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีในเรือนจำ** จากสถานการณ์ Covid-19 ทำให้การจัดส่งชุดตรวจให้พื้นที่ล่าช้ากว่ากำหนด และเรือนจำไม่อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้าเรือนจำทำให้เรือนจำส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดบริการคัดกรอง HIV SY HCV ส่วนการ**คัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังแรกจับ** สามารถดำเนินงานคัดกรองได้ร้อยละ ๕๔.๗๘ จากเป้าหมายร้อยละ ๙๐ (คัดกรองผู้ต้องขังแรก

รับ ๒๙,๔๘๕ ราย จากผู้ต้องขังแรกรับทั้งหมด ๕๓,๘๒๗ ราย) แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องระบบ A.I. (Artificial Intelligence) ในรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ภาพดิจิทัล (Mobile X-ray) บางรายไม่สามารถแปลผลได้ ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังบุคลากรในการคัดกรอง และการวางแผนการใช้รถเอกซเรย์ และข้อจำกัดด้านบริบทของเรือนจำในพื้นที่ การดำเนินการคัดกรองเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ คัดกรองเอชไอวี (HIV) ร้อยละ ๘๒.๖ (๖๒,๑๙๐ ราย) ซิฟิลิส (SY) ร้อยละ ๕๖.๐ (๔๒,๐๖๒ ราย) และไวรัสตับอักเสบบี (HCV) ร้อยละ ๕๔.๒ (๔๐,๗๓๓ ราย) ปัญหาที่พบคือ การจัดส่งชุดตรวจให้พื้นที่ล่าช้ากว่ากำหนด เนื่องจากปัญหากระบวนการจัดซื้อชุดตรวจที่จัดส่งถึงพื้นที่ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ Covid-๑๙ ในพื้นที่ ทำให้เรือนจำไม่อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้าเรือนจำ ทำให้เรือนจำส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดบริการคัดกรอง HIV SY HCV

๒. ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) กัญชาทางการแพทย์ :** ปัญหาเรื่องปริมาณยากัญชามีไม่เพียงพอ ผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบันยังขาดความมั่นใจในการใช้ยา บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมยังไม่ครอบคลุมทุกวิชาชีพโดยเฉพาะในกลุ่ม Care Manager การประชาสัมพันธ์ของหน่วยบริการยังมีน้อยและขาดกระบวนการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก โดยมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานคือ ส่งเสริมการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องพัฒนาศักยภาพการผลิตเรื่องการตรวจวิเคราะห์สารสำคัญ THC , CBD เนื่องจากขนาดพื้นที่การปลูกกัญชาที่มีหลายระดับ ควรมีลำดับการอนุมัติตามขนาดพื้นที่การปลูก ส่งเสริมการเข้าถึงบริการกัญชาในภาพรวมระดับประเทศ พัฒนาหลักสูตรออนไลน์ให้ครอบคลุมสำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกวิชาชีพ เพิ่มการประชาสัมพันธ์รวมถึงการค้นหาผู้ป่วยเชิงลึกในกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ เช่น Palliative Care และสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพแหล่งผลิตยาสมุนไพรในแต่ละเขตสุขภาพ ให้สามารถรองรับการผลิตยากัญชาใช้ในพื้นที่ของตนเองได้ **๒) สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ :** เกษตรวัตุดิบสมุนไพร ผลิตวัตุดิบสมุนไพรและมีผลิตภัณฑ์แปรรูปจากวัตุดิบสมุนไพรระดับชุมชน ในส่วนอุตสาหกรรมสมุนไพร มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรระดับพรีเมียมที่ได้มาตรฐานในระดับสากล สำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ มีการพัฒนาเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ๑๒ เส้นทาง และพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสอดรับเส้นทางท่องเที่ยวกว่า ๒๔ ผลิตภัณฑ์ ปัญหาที่พบคือ เกษตรแบบแปลงเล็กบางส่วนไม่ประสงค์ขึ้นทะเบียนรับรองมาตรฐาน เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นในการปลูกและการขาย จึงทำเป็นอาชีพเสริม จากสถานการณ์ Covid-19 ทำให้การบริการด้านการแพทย์แผนไทย เช่น นวด อบ ประคบ ไม่สามารถให้บริการได้ ส่งผลให้ผู้รับบริการลดลง มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรลดลง และเส้นทางท่องเที่ยวได้รับผลกระทบจาก Covid-19 ส่งผลให้นักท่องเที่ยวลดลง เนื่องจากมีการปิดเส้นทางทั้งภายในและภายนอกประเทศ และมีข้อเสนอแนะคือ เพิ่มช่องทางด้านการตลาดในการขายยาสมุนไพร สนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมที่สำคัญ เช่น การตรวจวิเคราะห์คุณภาพวัตุดิบสมุนไพร และเน้นให้เกษตรกรปลูกสมุนไพรในพื้นที่แบบออร์แกนิก พัฒนาคุณภาพวัตุดิบในการปลูกสมุนไพรโดยร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง

๓. ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน :** พบปัญหาการบันทึกข้อมูล ๓ หมอ ผ่าน WWW.thaiphc.net โดยใช้ฐานข้อมูลที่ไม่เหมือนกัน เช่น สำรวจ, DB POP, ทะเบียนราษฎร์ และปัญหาการใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารและระบบรายงานข้อมูล ของ อสม. โดยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาคือ ประสานผู้ดูแลระบบเพื่อการพัฒนาโปรแกรมใน

การบันทึกข้อมูล ๓ หมอ การพัฒนาระบบโปรแกรมการบันทึกข้อมูล ให้เสถียร ไม่ซับซ้อนและใช้งานง่าย และการสนับสนุนงบประมาณการพัฒนาศักยภาพ หมอคนที่ ๑ (อสม.หมอประจำบ้าน) ให้เพียงพอ ๒) **จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ** : พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องการอบรมแพทย์ Short Course และ Basic Course ลำบาก เนื่องจากสถานการณ์ Covid-19 หน่วยบริการบางแห่งไม่สามารถจัดตั้งทีมได้ เนื่องจากแพทย์ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว จึงทำให้ไม่สามารถเปิดและขึ้นทะเบียนเป็น PCU/NPCU ได้ และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาศักยภาพของแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานปฐมภูมิ ทำให้กระทบต่อแผนการจัดตั้ง PCU/NPCU ๓) **การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ** : โอกาสในการพัฒนา พขอ. ประกอบด้วย การพัฒนาหลักสูตรแกนกลางและจัดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะเลขานุการและทีมคณะกรรมการ พขอ. พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลังและติดตามแผน/ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิต ศึกษากลไกระดับจังหวัด (พขจ.) ให้การส่งเสริมการมีคุณภาพและความยั่งยืนของกลไก พขอ. ประสานความร่วมมือในระดับนโยบายกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ ซึ่งโดยสรุปแล้วให้เน้นที่ระบบบริการ (service) และกลุ่มวัย (วัยเด็ก วัยรุ่น วัยชรา) ให้มากขึ้น นอกจากเรื่องคน (staff) และโครงสร้าง (structure) ส่วนแนวทางการตรวจราชการในปี ๒๕๖๕ ควรมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างโควิดและระบบปฐมภูมิ เพราะโควิดทำให้ระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง และปฐมภูมิทำให้เรารับมือโควิดได้

๔. ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

๑) **ผู้สูงอายุคุณภาพ** : มีระบบการจัดการข้อมูลซ้ำซ้อน และขาดแคลนบุคลากรในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ได้แก่ Care manager ในบางพื้นที่ มีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานคือ การส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การกำหนดบทบาทหน้าที่ในแต่ละระดับใน รพ.สต. และ รพช. ให้มีการเชื่อมโยงกัน มีการบูรณาการข้อมูล Digital Health เพื่อลดภาระงานในพื้นที่ ๒) **สุขภาพจิต (ฆ่าตัวตายสำเร็จ)** : สาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดจากโรค NCD การเข้าถึงระบบสัญญาณเตือน early warning design ยังไม่ครอบคลุม บุคลากรยังดำเนินการคัดกรองไม่เต็มที่เนื่องจากมีภาระงานด้านโควิดเข้ามาเกี่ยวข้อง และมีระบบรายงานหลายฐานข้อมูล ทำให้เป็นภาระต่อผู้ปฏิบัติงาน ๓) **สุขภาพแม่และเด็ก** : อัตราส่วนการตายมารดาไทย พบปัญหา ๓ Delay ได้แก่ การตัดสินใจรับบริการล่าช้า , การเดินทางเข้าถึงบริการล่าช้า , การได้รับบริการที่มีคุณภาพ และการตายที่ระยะหลังคลอดสูง เนื่องจากขาดระบบกำกับติดตามเยี่ยมหลังคลอดแบบรายบุคคลที่มีคุณภาพ มีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานคือ จัดให้มี multidisciplinary consultation ระดับเขต เพื่อการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ผ่านทางกลุ่มไลน์ พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก รณรงค์และสนับสนุนการฉีดวัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์เกิน ๑๒ สัปดาห์ โดยเน้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง สำหรับประเด็นเด็กปฐมวัย พบว่า Covid-19 ส่งผลให้การคัดกรองพัฒนาการและชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงลดลง การส่งเสริมเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองมีส่วนร่วมลดน้อยลง โดยมีข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาคือ คณะอนุกรรมการพัฒนาการเด็กปฐมวัยขับเคลื่อนการดำเนินงาน วางแผนแก้ไขปัญหา กำกับติดตาม การทำงานระดับจังหวัด ผ่าน พขอ. และอปท.พัฒนาศูนย์เด็กเล็ก ๔D พร้อมเปิดบริการในสถานการณ์ Covid-19 ติดตามการใช้ DSPM ของผู้ปกครองในการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่าน Application online ๔) **กลุ่มวัยทำงาน (NCD - DM HT)** : ปัญหาที่พบคือ การควบคุมผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ดีพอเนื่องจากประชาชนขาดความรู้ และการคัดกรองผู้ป่วยเกิด

ความล่าช้าเนื่องจากโควิด มีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานคือ มีการจัดการตนเองและครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม ใช้นโยบาย ๓ หมอ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๕. ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอย คอย ลดป่วย ลดตาย พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

๑) **Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด** : ประเด็นปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า (patient delay) ปัญหาการให้ยาและบริหารจัดการยาละลายลิ่มเลือด และความไม่พร้อมของ CCU, Cath Lab และอุปกรณ์ ซึ่งควรมีแนวทางในการแก้ไขและข้อเสนอแนะคือ ให้ความรู้ผู้ป่วยในด้านของ early warning sign สนับสนุนการให้ TNK แทนการใช้ SK เนื่องจากมีอัตราการเปิดหลอดเลือดดีกว่าและผลข้างเคียงน้อยกว่า และจัดทำแผนระดับเขตสุขภาพในการสรรหาให้มี CCU และ Cath Lab ที่เพียงพอและเหมาะสม

๒) **Service Plan สาขาอุบัติเหตุ** : พบว่า TEA unit ไม่มีกรอบการทำงานที่ชัดเจนซึ่งเป็นตัวชี้วัดอยู่ใน Service plan trauma ปัญหาความแออัดในห้องฉุกเฉิน ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ไม่มาก อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตบนท้องถนนเพิ่มสูงขึ้น และมีข้อจำกัดทางด้านบุคลากรทางการแพทย์สำหรับข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาคือ สร้างระบบ Fast pass/ Fast track เพื่อลดแออัด ลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน (การใช้บริการ ๑๖๖๙) การบูรณาระดับนโยบายในการขับเคลื่อนงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับหน่วยงานภายนอก กระทรวงสาธารณสุข และติดตามการผ่านเกณฑ์ของ TEA unit และการพัฒนา TEA Unit ด้านบุคลากร

๓) **Service Plan สาขามะเร็ง** : พบประเด็นปัญหาสำคัญคือ การกระจายตัวของศูนย์รังสีรักษายังไม่ทั่วถึงทุกภูมิภาค ระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศมะเร็งขาดความเชื่อมโยง ความถูกต้อง และขาดแคลนบุคลากรด้านมะเร็ง และการตรวจคัดกรองยังต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากการระบาดของโรคไวรัสโควิด-๑๙ ทำให้ต้องชะลอการตรวจคัดกรอง

๔) **Service Plan สาขาทารกแรกเกิด** : ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่จาก Preterm และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา ระบบ ANC คุณภาพยังไม่ครอบคลุม ระบบ Refer Back ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยมีข้อเสนอแนะในการลดป่วยคือ การลด preterm delivery , ลด birth asphyxia ลดการติดเชื้อ Sepsis , ลดความพิการแต่กำเนิด **ลดตาย** คือ การฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากร , มีระบบฐานข้อมูลและระบบปรึกษาทางไกล ช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในเขตและจังหวัดนอกเขต , วางแนวทางดูแลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ Covid-19 **ลดการรอคอย** คือ จัดระบบการ refer in and refer back ให้ชัดเจน , เพิ่มจำนวนเตียง NICU, Structure adjust และเตียง sick-newborn , เพิ่ม reimbursement และ revise RW ให้แก่สถานพยาบาล

๕) **Intermediate Care** : พบปัญหาเรื่องผู้ป่วย IMC ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้ เนื่องจากมีระยะทางห่างไกล การส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลขาดความต่อเนื่อง และการติดตามข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ขาดแคลนบุคลากร และเครื่องมืออุปกรณ์ยังไม่เพียงพอ รวมทั้งการจัดทำ on top IMC ไม่เพียงพอ การจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบและใช้โปรแกรมที่หลากหลายภายในจังหวัด จึงควรมีการกำหนดรูปแบบบริการ IMC bed/ward ภายในจังหวัด/เขตให้ชัดเจน รวมทั้งแนวทางและระบบข้อมูลในการส่งต่อ (refer back) จัดให้มีระบบการปรึกษาทางไกลโดย รพ.ระดับ A/S ควรมีการจัดอบรมภายในจังหวัด/เขต เพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง และมีการกำหนด เงิน on top IMC ให้ครอบคลุมและเท่าเทียมทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ

๖. ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ ๑) **ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)** : พบปัญหาด้านข้อมูลประกอบการนำเข้าแผนเงินบำรุงยังไม่ถูกต้อง ขาดการวิเคราะห์ สอบทานความถูกต้อง ไม่ได้นำเครื่องมือเทคโนโลยีทางด้านโปรแกรมมาช่วยประมวลผล

ข้อมูลในการกำกับติดตาม เปรียบเทียบแผน ผลเงินบำรุงที่แม่นยำ ถูกต้อง กระบวนการกำกับติดตามลูกหนี้ยังไม่ถูกต้อง ขาดทีมที่ปรึกษาให้คำแนะนำ (Coaching) เกี่ยวกับการจัดทำแผนเงินบำรุง และมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการเงิน บัญชี และพัสดุ บ่อยครั้ง ทำให้การปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง โดยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาคือ ควรมีการทบทวนกระบวนการจัดเก็บรายได้และการเร่งรัดติดตามลูกหนี้ และในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้บริหารหน่วยงานควรกำหนดนโยบายให้มีการวางแผนกลยุทธ์ทางการเงินรองรับในอนาคต เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์กรณีฉุกเฉิน **๒) การเงินการคลังสุขภาพ (ระบบจัดเก็บรายได้) :** พบปัญหาเรื่องการจัดทำแผนเงินบำรุงขาดความเชื่อมโยงกับแผน Planfin การระบาดของของโรค Covid-19 ระลอกใหม่ หน่วยบริการมีการบริหารจัดการแบบ New Normal ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการลงทุนเพื่อให้บริการแบบ New Normal เพิ่มขึ้น และหน่วยบริการมีภาระหนี้สินสะสมต่อเนื่อง จากภาวะขาดสภาพคล่องในแต่ละปี ทำให้ความสามารถในการชำระหนี้ลดลง โดยมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานคือ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างศูนย์จัดเก็บรายได้กับงานการเงิน/บัญชี และพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีอย่างต่อเนื่อง กำหนดนโยบายและกำกับอย่างจริงจัง เรื่องการจัดทำและบริหารแผนเงินบำรุง ร่วมกับแผน Planfin ในทุกโรงพยาบาล

๗. ประเด็นที่ ๗ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ ๑) การแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ : กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการตามมาตรการที่ ๑ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) กรณีหมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก มาตรการที่ ๒ การป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด) มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตรการที่ ๓ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมลพิษ มีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ จัดทำคู่มือแนวทางลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM_{๒.๕} สำหรับสถานศึกษา มีการส่งเสริมต้นแบบองค์กรลดมลพิษทางอากาศและพื้นที่สีเขียว **๒) โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า :** จากสถานการณ์ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ รวมถึงการดำเนินงานเพื่อการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ทำให้คนมีโอกาสติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๙ พบผู้เสียชีวิต ๓ ราย (บุรีรัมย์ ๑ ราย, สุรินทร์ ๒ ราย) จากการไม่ได้รับการฉีดวัคซีนหลังถูกกัด กรมควบคุมโรค ร่วมกับ กรมปศุสัตว์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี มีการดำเนินงานพัฒนาสื่อ E-book อินโฟกราฟิกต่างๆ ที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่ประชาชน โดยเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์กรมควบคุมโรค และ Application Rabies ๑๐๑

.....

ประเด็นที่ ๑

โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒

ประเด็นที่ ๑ : โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

ประเด็นตรวจราชการ : โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ๑. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

๑.๑ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

๑.๒ การพัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำสถานพยาบาลในเรือนจำหรือพยาบาลจาก

โรงพยาบาลแม่ข่าย

๑.๓ การให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์)

๒. การบริการสุขภาพช่องปาก

๓. การบริการสุขภาพจิต

๔. การป้องกันและควบคุม

๔.๑ การคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังแรกรับ

๔.๒ การดำเนินการคัดกรองเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ

ตัวชี้วัด : ๑. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

๑.๑ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ในการนิเทศตรวจราชการ รอบที่ ๒ กำหนดเป้าหมาย ให้เรือนจำเป้าหมาย ๑๓๒ แห่ง ร่วมกับเครือข่าย อบรม อสรจ. ๒ ครั้ง/ปี ให้มีสัดส่วน อสรจ. ต่อ ผู้ต้องขัง แยกรายเรือนจำไม่น้อยกว่า ๑ ต่อ ๕๐ และกรณีที่มี อสรจ. พันโทฯ จนมีสัดส่วน อสรจ. ต่อ ผู้ต้องขังน้อยกว่า ๑ ต่อ ๕๐ ให้มีการพัฒนา อสรจ. ทดแทน จนให้มีสัดส่วน อสรจ. ไม่น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และจากการนิเทศตรวจราชการในรอบที่ ๒ พบว่ามีเรือนจำเป้าหมาย ร่วมกับเครือข่าย อบรม อสรจ. ๒ ครั้ง/ปี รวม ๑๒๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๓๐ อบรม ไม่ครบรวม ๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕.๓๐ แต่ทุกแห่งมีแผนการอบรม ทั้งนี้ มีเรือนจำเป้าหมาย มีสัดส่วน อสรจ. ตามเกณฑ์รวม ๑๒๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๗๒ ไม่ครบตามเกณฑ์ รวม ๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๘ ซึ่งมีแผนพัฒนาตามบริบทของแต่ละแห่ง ครบทุกแห่ง

๒) สรุปสถานการณ์

ในภาพรวมทุกพื้นที่มีความพร้อมในการพัฒนา อสรจ. และมีการอบรมและพัฒนา อสรจ. อย่างต่อเนื่องในแต่ละเรือนจำ โดยที่ในบางพื้นที่ มีนวัตกรรมและเป็นตัวอย่างที่ดีในการดำเนินงาน อาทิ มีการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างเรือนจำ เพื่อร่วมพัฒนางานจัดบริการสุขภาพ, มี อสม., ชมรมผู้สูงอายุ, วิทยาลัยพยาบาล, เทศบาล และ NGO ร่วมเป็นทีมวิทยากรอบรม อสรจ., มีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในเรือนจำ เพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด 19 และได้จัดทำแผนเผชิญเหตุการเกิดการระบาดโควิด 19 และได้ใช้ในสถานการณ์จริง เป็นต้น

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

แต่ละเรือนจำมีการพันโทฯ อสรจ. สูง จากการเป็นผู้ต้องขังชั้นดี และสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ที่เป็นเหตุให้มีการจำกัดกิจกรรมการอบรมพัฒนา อสรจ. ส่งผลให้บางพื้นที่มีสัดส่วน อสรจ. ไม่ได้ตามเกณฑ์

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

เสนอปรับตัวชี้วัดการตรวจราชการฯ ปี ๒๕๖๕ ให้แต่ละเรือนจำมีการอบรมฟื้นฟู อสรจ. อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และเสนอกรมราชทัณฑ์ กำหนดบทบาท อสรจ. ให้มีส่วนร่วมจัดบริการสุขภาพในเรือนจำตามบริบท

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

ความร่วมมือของเครือข่ายการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ในการสนับสนุนการจัดการอบรม อสรจ. ตามแผนที่แต่ละแห่งกำหนดไว้ และการปรับแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของแต่ละพื้นที่

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

พัฒนาตัวชี้วัดการตรวจราชการฯ ปี ๒๕๖๕ ทุกเรือนจำกำหนดให้มีการอบรมฟื้นฟู อสรจ. อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และกรมราชทัณฑ์ กำหนดบทบาท อสรจ. ให้มีส่วนร่วมจัดบริการสุขภาพในเรือนจำตามบริบท

ตัวชี้วัด : ๑. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

๑.๒ การพัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำสถานพยาบาลในเรือนจำหรือพยาบาลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

๑.๓ การให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์)

๑) เป้าหมาย และผลงาน

การพัฒนาระบบบริการระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ กำหนดเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำสถานพยาบาลในเรือนจำหรือพยาบาลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ด้วยการประชุม/อบรม/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และการให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) โดยนับรวมการให้บริการจากแพทย์ทุกสังกัด รวมถึงการบริการผ่าน Telemedicine ครอบคลุมแม่ข่าย ครอบคลุมจังหวัด

ผลงานจากการนิเทศตรวจราชการในรอบที่ ๒ พบว่า มีแผนการอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำสถานพยาบาลในเรือนจำหรือพยาบาลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ตามเกณฑ์ ครอบคลุมจังหวัด (๑๓๔ เรือนจำ) มีเรือนจำที่พยาบาลผ่านการอบรม ๑๓๓ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๙.๒๕

การให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) โดยนับรวมการให้บริการจากแพทย์ทุกสังกัด รวมถึงการบริการผ่าน Telemedicine ครอบคลุมจังหวัด คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐

๒) สรุปสถานการณ์

ในภาพรวมพื้นที่ที่มีความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำสถานพยาบาลในเรือนจำหรือพยาบาลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ด้วยการประชุม/อบรม/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง แต่ยังมีในบางพื้นที่ ที่พยาบาลผ่านการอบรมเวชปฏิบัติไม่ครบ แต่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของแพทย์ตามสภาพปัญหาสุขภาพของเรือนจำ และให้บริการผ่าน Telemedicine แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ในเรือนจำ จึงทำให้การให้บริการโดยส่วนใหญ่ เป็นการบริการตามสถานการณ์ฉุกเฉินและเร่งด่วน และจัดเป็นโรงพยาบาลสนาม

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- การจัดเก็บข้อมูลบริการสุขภาพของผู้ต้องขัง ยังไม่เป็นไปทิศทาง/แนวทางเดียวกัน เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายกับเรือนจำ มีการใช้ระบบโปรแกรมบันทึกฐานข้อมูลสุขภาพ ที่แตกต่างกัน บางแห่งยังไม่ได้มีการเชื่อมโยงกัน เนื่องจากข้อจำกัดด้านความมั่นคงของเรือนจำเกี่ยวกับการติดตั้งอินเทอร์เน็ตภายในสถานพยาบาลเรือนจำ ทำให้บางแห่งยังไม่สามารถดำเนินการได้ และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลของกรมราชทัณฑ์ มีไม่เพียงพอ

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- เสนอให้โรงพยาบาลแม่ข่ายมีระบบฐานข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เชื่อมโยงแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (รพ.แม่ข่าย) / สปสช./กรมราชทัณฑ์ เพื่อลดภาระการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ แต่ละหน่วยงานสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ร่วมกัน โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์เป็นหลัก โดยไม่เผยแพร่หรือการกระทำอันเป็นการละเมิดหรือกระทบต่อสิทธิของบุคคลตามวรรคหนึ่งหรือการนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ประโยชน์ไม่ว่าในทางใดๆจะกระทำมิได้

- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลในเรือนจำ เช่น หลักสูตรระบาดวิทยา เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคระบาดของโรคติดต่อภายในเรือนจำให้มีประสิทธิภาพ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ความร่วมมือในการดำเนินงานของทุกภาคส่วนและเครือข่ายในพื้นที่
- มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จนสามารถวางแผนเพื่อการบรรลุเป้าหมายได้อย่างเป็นรูปธรรม
- มีการกำหนดคณะทำงาน และผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- การพัฒนาระบบความครอบคลุม และเข้าถึงบริการทั้งการตรวจคัดกรอง และบริการทางการแพทย์

ตัวชี้วัด : ๒. การบริการสุขภาพช่องปาก

๑) เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมายการจัดบริการสุขภาพช่องปาก คือ ผู้ต้องขังได้รับการบริการสุขภาพช่องปากตามความเหมาะสมและบริบทของพื้นที่ โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ เรือนจำ/ทัณฑสถานทุกแห่ง จัดให้บริการสุขภาพช่องปากอย่างน้อย ๔ ครั้ง / ปี เพื่อให้ โดยกำหนด small success คือ มีการจัดให้บริการสุขภาพช่องปากอย่างน้อย ๒-๓ ครั้ง ในรอบ ๙ เดือนที่ผ่านมา

ผลงานจากการนิเทศตรวจราชการในรอบที่ ๒ พบว่า โรงพยาบาลแม่ข่ายทุกแห่งมีแผนการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำที่รับผิดชอบ ร้อยละ ๙๖ เรือนจำมีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำ ร้อยละ ๘๒ เรือนจำมีการจัดบริการสุขภาพช่องปากอย่างน้อย ๒-๓ ครั้งในรอบ ๙ เดือนที่ผ่านมา

๒) สรุปสถานการณ์

ในภาพรวมพื้นที่ที่มีความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำ แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการ อีกทั้งการจัดคลินิกทันตกรรมในเรือนจำยังมีจำนวนน้อยและรูปแบบและชนิดของบริการที่ไม่หลากหลายมีเพียงบริการถอนฟันเป็นส่วนใหญ่ แม้ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ เรือนจำได้ประกาศงดการเข้าออกของบุคคลภายนอกทำให้เป็นข้อจำกัดด้านการจัดบริการ หลายพื้นที่ได้ปรับรูปแบบบริการโดยมุ่งเน้นกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเรือนจำ เช่น ผู้ต้องขังได้รับการฝึกทักษะการตรวจฟันด้วยตนเอง ฝึกทักษะการแปรงฟัน พัฒนาศักยภาพพยาบาลในเรือนจำ และ อสรจ. ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง เป็นต้น เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคในช่องปาก แต่ยังไม่ให้บริการในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- สถานการณ์ระบาดโควิด 19 ที่รุนแรงขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดบริการได้ตามแผน
- จำนวนผู้ต้องขังที่ต้องการรับบริการมีจำนวนมาก
- การเชื่อมโยงข้อมูลบริการระหว่างสถานพยาบาลเรือนจำกับระบบ HDC ยังไม่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- เพิ่มกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเรือนจำ เช่น ผู้ต้องขังได้รับการฝึกทักษะการตรวจฟันด้วยตนเอง ฝึกทักษะการแปรงฟัน เป็นต้น เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคในช่องปาก
- จัดกิจกรรม/โครงการ เพื่อสนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และการพัฒนาศักยภาพผู้ต้องขังเพื่อให้ดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้
- ควรพัฒนาระบบ Teledentistry ในเรือนจำเพื่อสนับสนุนการบริการในอนาคต

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งเรือนจำและสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพช่องปากและการปรับแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของแต่ละพื้นที่

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

- ประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากมีโครงการราชทัณฑ์ฯ
- เชิญเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในเรือนจำ เข้าร่วมให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานในการนิเทศติดตามงานด้วย
- ติดตามการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การส่งต่อ ที่เป็นปัญหาอุปสรรคในปี ๒๕๖๔
- ควรเพิ่มการกำกับติดตามด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพราะเป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง

ตัวชี้วัด : ๓. การบริการสุขภาพจิต

๑) เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมายของการ การจัดบริการสุขภาพจิต คือ ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ ๘๐ ผลจากการนิเทศตรวจราชการในรอบที่ ๒ พบว่า ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ ๑๐๐ มีจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด ๒๕๐,๑๑๖ คน พบ ผู้ต้องขังจิตเวช จำนวน ๕,๗๑๑ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑.๘๘ และผู้ต้องขังจิตเวชเข้าถึงบริการ โดยผ่านระบบรักษาทางไกล (Telemedicine) จำนวน ๓,๓๕๙ คน คิดเป็น ร้อยละ ๕๘.๘๑ นอกจากนี้ยังพบว่าเรือนจำและทัณฑสถานที่มีระบบและให้การบำบัดรักษาผ่านระบบทางไกล (Telemedicine) ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแล้ว จำนวน ๖๐ แห่ง

๒) สรุปสถานการณ์

จากการตรวจราชการ รอบที่ ๒ (พ.ค. – ส.ค. ๖๔) กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินงานสนับสนุนการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำและทัณฑสถาน ๑๔๒ แห่ง โดยการกำกับติดตาม ตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ภายใต้ตัวชี้วัด ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ ๘๐ ซึ่งพบว่า เรือนจำ/ทัณฑสถาน ๑๔๒ แห่ง มีจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด ๒๕๐,๑๑๖ คน พบ ผู้ต้องขังจิตเวชจำนวน ๕,๗๑๑ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑.๘๘ และผู้ต้องขังจิตเวชเข้าถึงบริการ โดยผ่านระบบรักษาทางไกล (Telemedicine) จำนวน ๓,๓๕๙ คน คิดเป็น ร้อยละ ๕๘.๘๑ และนอกจากนี้ยังพบว่าเรือนจำและทัณฑสถานที่มีระบบและให้การบำบัดรักษาผ่านระบบทางไกล (Telemedicine) ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแล้ว จำนวน ๖๐ แห่ง รายละเอียดดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน ๒๕๖๔
(ยอดสะสมตั้งแต่เดือน ต.ค. ๖๓ – ก.ค. ๖๔)

เขต สุขภาพ	จำนวนผู้ต้องขังที่ ได้รับการคัดกรอง (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่คัด กรองแล้วพบปัญหา สุขภาพจิต (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่ คัดกรองแล้วพบปัญหา สุขภาพจิตได้รับการ ดูแลรักษา (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่ ตรวจผ่าน Telepsychiatry
๑	๒๓,๓๓๗	๖๕๒	๖๕๒	๒๖๖
๒	๑๒,๑๑๗	๓๘๓	๓๘๓	๑๑๐
๓	๕,๓๑๗	๑๘๓	๑๘๓	๗๖
๔	๓๘,๗๗๖	๙๓๑	๙๓๑	๒๓๑
๕	๒๖,๕๕๙	๖๒๓	๖๒๓	๑,๐๒๙
๖	๓๐,๘๗๓	๓๖๑	๓๖๑	๑๑๕
๗	๑๔,๔๙๖	๓๗๒	๓๗๒	๘๖
๘	๑๔,๙๖๙	๕๑๐	๕๑๐	๓๗๔
๙	๒๓,๕๐๘	๓๑๑	๓๑๑	๓๔๗
๑๐	๑๑,๘๓๓	๔๑๕	๔๑๕	๑๒๖
๑๑	๒๔,๙๙๒	๕๒๐	๕๒๐	๒๐๗
๑๒	๒๓,๓๓๙	๔๕๐	๔๕๐	๓๙๒
รวม	๒๕๐,๑๑๖	๕,๗๑๑ (๑.๘๘%)	๕,๗๑๑ (๑๐๐%)	๓,๓๕๙ (๕๘.๘๑%)

ที่มา : ข้อมูลจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เรือนจำ/ทัณฑสถานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำและทัณฑสถาน ได้มีการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช และเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดในเรือนจำหลายแห่ง ทำให้เรือนจำ/ทัณฑสถานการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยเรือนจำทุกแห่งมีมาตรการ New Normal ในเรือนจำ การเยี่ยมผู้ต้องขัง/การจัดการผู้ต้องขังแรกเริ่ม มีการงดเยี่ยม และได้มีการคัดกรองผู้ต้องขังเข้าใหม่ รั้งย้ายกลับจากโรงพยาบาล กลับจากศาลทุกราย ผู้ต้องขังที่มาจากพื้นที่เสี่ยงสูงให้แยกกักตัวอย่างน้อย ๑๔ วัน มีการวัดอุณหภูมิ เข้า-เย็น ทุกวันพร้อมจดบันทึกการรายงาน นอกจากนี้ยังได้จัดการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามในเรือนจำ มีแผนรองรับผู้ป่วยโควิดในเรือนจำโดยใช้เรือนจำความมั่นคงต่ำเป็นแดนแรกสำหรับผู้ต้องขัง

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- โรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง สาขาที่เป็นปัญหาหลักในโรคของผู้ต้องขัง เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา (ปัจจุบันใช้ระบบการปรึกษาและระบบที่เลี้ยงจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตเข้าดำเนินการช่วยตรวจ รักษา)
- การบันทึกข้อมูลลงบนฐานข้อมูลนิติจิตเวทยังมีข้อจำกัด เนื่องจากเป็นระบบ Offline และมีการหมุนเวียนของเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ทำให้เกิดปัญหาในส่วนของการตรวจสอบข้อมูล
- ขาดระบบการส่งต่อซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาหลังพ้นโทษ เนื่องจากผู้ต้องขังส่วนใหญ่ไม่มีที่อยู่ที่แน่นอน

- ระบบ Telemedicine ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน โรงพยาบาลแม่ข่าย ได้ทำหนังสือขอรับการสนับสนุนการติดตั้งโครงข่ายใยแก้วจากบริษัท CAT อยู่ระหว่างรอการตอบกลับ ระหว่างรอระบบใช้ระบบการขอคำปรึกษาจากแพทย์ จิตแพทย์ ผ่านระบบไลน์หรือโทรศัพท์

- เจ้าหน้าที่ในเรือนจำบางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- จัดทำตาราง มอบหมาย ให้ อสรจ. ช่วยคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำอย่างเป็นรูปธรรม

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- เนื่องจากเป็นโครงการภายใต้พระราชดำริ และเป็นนโยบายที่สำคัญ ทำให้ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ในการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

- ความเข้มแข็งเรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายทำให้มีการจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ระบบกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ภายใต้คณะกรรมการฯ ของกระทรวงสาธารณสุข

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษาร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัด : ๔. การป้องกันและควบคุมโรค

๔.๑ การคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังแรกรับ

๔.๒ การดำเนินการคัดเชื้อไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ

๔.๑ การดำเนินการคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังแรกรับ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมาย : การคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังแรกรับ ร้อยละ ๙๐

ผลงาน : ผลการดำเนินงานคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังแรกรับ ร้อยละ ๕๔.๗๘ (คัดกรองผู้ต้องขังแรกรับ ๒๙,๔๘๕ ราย จากผู้ต้องขังแรกรับทั้งหมด ๕๓,๘๒๗ ราย)

๒) สรุปสถานการณ์

สถานการณ์วัณโรคในเรือนจำที่ผ่านมา จากข้อมูลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในเรือนจำ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐, พ.ศ. ๒๕๖๑ และ พ.ศ. ๒๕๖๒ พบผู้ต้องขังป่วยวัณโรคจำนวน ๓,๐๑๔ คน, ๔,๐๐๐ คน และ ๔,๐๑๘ คน คิดเป็น ๘๒๒.๗๐, ๑,๒๕๗.๗๘ และ ๑,๒๖๙.๕๑ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๓) เนื่องจากได้มีการส่งเสริมการดำเนินงานผ่านนโยบายการเร่งรัดค้นหาวัณโรคในเรือนจำ จึงทำให้พบผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่ระบบรายงานเพิ่มมากขึ้น และในเรือนจำยังมีผลการรักษาสำเร็จประมาณร้อยละ ๙๐

การค้นหาวัณโรคเชิงรุกในเรือนจำ โดยการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ด้วยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบภาพดิจิทัล (Mobile x-ray) พระราชทาน ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ ในผู้ต้องขังเข้าใหม่ทุกราย (ในระยะเวลา ๑ เดือน) และผู้ต้องขังรายเก่าในเรือนจำ และการตรวจทางอณูวิทยา ช่วยให้พบผู้ป่วยวัณโรคได้เร็วขึ้น ทำให้ผู้ต้องขังมีสิทธิและความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม ลดข้อจำกัดในการตรวจวินิจฉัย และเข้าสู่ระบบการรักษาวัณโรคที่เร็วขึ้น อันเป็นการตัดวงจรการแพร่เชื้อวัณโรคและลดความเหลื่อมล้ำของสังคม สร้างโอกาสความเสมอภาคและความเท่าเทียมตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

การดำเนินงานคัดกรองวัณโรคตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ต้องขังรายเก่าและรายใหม่ ได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) จำนวน ๑๒๒,๗๕๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๗ (๑๒๒,๗๕๔/๑๘๓,๙๙๖ ราย) เมื่อแยกเฉพาะผู้ต้องขังแรกรับ คัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๗๘ (๒๙,๔๘๕/๕๓,๘๒๗ ราย)

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- การรายงานผลการดำเนินงานที่ไม่ได้แยกรายงานระหว่างผู้ต้องขังแรกรับ และผู้ต้องขังเก่า
- ระบบ A.I. (Artificial Intelligence) ในรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ภาพดิจิทัล (Mobile X-ray) บางรายไม่สามารถแปลผล หรือไม่มีความจำเพาะต่อวัณโรคทำให้เกิดความล่าช้าในการแปลผลการตรวจคัดกรอง
- ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังบุคลากรในการคัดกรอง และการวางแผนการใช้รถเอกซเรย์ และข้อจำกัดด้านบริบทของเรือนจำในพื้นที่

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- การติดตามและการนำเข้าสู่ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงาน ควรมีการนำเข้าจากแหล่งข้อมูลเดียว และสามารถตรวจสอบได้ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้
- การจัดทำแผนการคัดกรองวัณโรคให้ครอบคลุมและจัดระบบการวินิจฉัยรักษาให้เร็วขึ้น
- การวางแผนการใช้รถเอกซเรย์พระราชทาน อาจร่วมกับการจ้างรถเอกซเรย์ของเอกชน หรือส่วนราชการอื่นในพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรอง และสามารถคัดกรองได้ในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำ
- การดำเนินการสอบสวนโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมห้อง เมื่อตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ
- การพัฒนาระบบการอ่านผลด้วยระบบ A.I. ที่แม่นยำและจำเพาะต่อวัณโรค เพื่อลดความล่าช้าในการวินิจฉัย และเริ่มรักษา และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ต้องขังอื่นในเรือนจำ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เป็นโครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ และเป็นนโยบายที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ จึงทำให้ได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงานเป็นอย่างดี และโครงการดังกล่าวถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดค้ำประกันทำให้มีโอกาสเกิดความสำเร็จของผลการดำเนินงาน และเกิดผลประโยชน์สูง

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- การติดตามผลการรักษาผู้ต้องขังป่วยวัณโรค
- จัดทำแผนการดำเนินงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขตสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- สนับสนุนวิชาการ สิ่งอำนวยความสะดวก เอกสารในการคัดกรองวัณโรค และนิเทศ กำกับติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่

๔.๒ การดำเนินการคัดกรองเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

- เป้าหมายการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ต้องขังแรกรับร้อยละ ๒๐ (๒ ไตรมาสแรก) ดำเนินการคัดกรองเอชไอวีได้ ร้อยละ ๔๒ ซิฟิลิส คัดกรองร้อยละ ๒๒ และไวรัสตับอักเสบบี คัดกรองร้อยละ ๑๗ ผลการดำเนินงานคัดกรอง
- เอชไอวี (HIV) ร้อยละ ๘๒.๖ (๖๒,๑๙๐ ราย)
 - ซิฟิลิส (SY) ร้อยละ ๕๖.๐ (๔๒,๐๖๒ ราย)
 - ไวรัสตับอักเสบบี (HCV) ร้อยละ ๕๔.๒ (๔๐,๗๓๓ ราย)

๒) สรุปสถานการณ์

เรือนจำส่วนใหญ่สามารถจัดบริการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบีในผู้ต้องขังแรกรับเป้าหมายตามตัวชี้วัดได้ แต่เนื่องจากจำนวนเป้าหมายที่ตั้งให้พื้นที่มีจำนวนมากกว่าจำนวนผู้ต้องขังรับใหม่ จึงขยายกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานจากผู้ต้องขังแรกรับ เพิ่มระหว่างและก่อนปล่อยซึ่งผลการดำเนินงานในช่วง ๒ ไตรมาส หลังอาจส่งผลกระทบต่อในช่วงสถานการณ์โควิด-๑๙ ที่แพร่ระบาด เรือนจำไม่อนุญาตให้

บุคคลภายนอกเข้าเรือนจำ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่สามารถเข้าไปดำเนินการเจาะเลือดได้ กรมควบคุมโรคจึงดำเนินการ

๑. ขอความร่วมมือกรมราชทัณฑ์แจ้งเรือนจำให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลดำเนินการทยอยเจาะเลือดผู้ต้องขังออกไปตรวจที่โรงพยาบาล

๒. กรมควบคุมโรคสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองจากสารน้ำในช่องปาก oral fluid test แทนการเจาะเลือด เพื่อให้การดำเนินงานมีความคล่องตัว

๓. พัฒนาทักษะการใช้ชุดตรวจคัดกรองสารน้ำจากช่องปากให้แก่พยาบาลเรือนจำในรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อความสะดวก เข้าถึงการเรียนรู้ที่ง่ายไม่จำกัดเวลาและสถานที่

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- การตั้งเป้าหมายคัดกรอง HIV SY HCV มีจำนวนมากกว่าชุดตรวจที่ส่วนกลางสนับสนุนให้พื้นที่
- การขอความร่วมมือโรงพยาบาลแม่ข่ายให้สนับสนุนชุดตรวจเอชไอวีในจำนวนที่กรมควบคุมโรคตั้งเป้าหมายไว้แต่สนับสนุนชุดตรวจน้อยกว่าเป้า เนื่องจากโรงพยาบาลหลายแห่งไม่ได้จัดเตรียมชุดตรวจคัดกรองจำนวนที่เพียงพอในปิ่นๆ จึงไม่สามารถให้การสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีได้
- การจัดส่งชุดตรวจให้พื้นที่ล่าช้ากว่ากำหนด เนื่องจากปัญหากระบวนการจัดซื้อ ชุดตรวจที่จัดส่งถึงพื้นที่ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด 19 ในพื้นที่ ทำให้เรือนจำไม่อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้าเรือนจำทำให้เรือนจำส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดบริการคัดกรอง HIV SY HCV (ไตรมาสที่ ๔ ส่งผลทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ใช้งบประมาณที่เหลือของแต่ละปีดำเนินการจัดเตรียมชุดการตรวจคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบีไว้ใช้ในปิ่นต่อไป กิจกรรมการคัดกรองผู้ต้องขังแรกรับสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง
- การขอรับการสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองเอชไอวี จากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดูแลเรือนจำโดยแจ้งทางเวทีการตรวจราชการอีกทางหนึ่ง ร่วมกับการทำหนังสือขอความร่วมมือสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีของกรมควบคุมโรคอีกทางหนึ่ง

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

เป็นโครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ จึงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ประกอบโครงการดังกล่าวถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดคาร์บอน จึงทำให้มีโอกาสสำเร็จสูง

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

การติดตามผู้ต้องขัง ที่ผลการตรวจคัดกรอง เอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบีเป็นบวก ให้ได้รับการรักษา

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

๑. ประเด็นตรวจราชการ : โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

๒. หัวข้อ : โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กองบริหารการสาธารณสุข, กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมควบคุมโรค, กรมการแพทย์, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมสุขภาพจิต, กรมอนามัย

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

๔.๑ เรือนจำทัณฑสถาน สถานกักขังทั้งหมดในประเทศไทยมีจำนวน ๑๔๓ แห่ง โดยแบ่งเป็น
๑. จำนวน ๑๓๒ แห่ง อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.แม่ข่าย ในสังกัด สธ. จำนวน ๑๐๙ แห่ง และ อีก ๑๑ แห่ง อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.แม่ข่ายนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ๓ แห่ง คือ ๑. ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ๒. รพ.เดอะโกลเด้นเกท ๓. สถานพยาบาลเรือนจำกลางบางขวาง

๔.๒ เรือนจำกลุ่มเป้าหมาย ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ แบ่งเป็น ๒ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ จำนวน ๒๕ เรือนจำ/ทัณฑสถาน ระยะที่ ๒ จำนวน ๑๙ เรือนจำ/ทัณฑสถาน

๑. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

๑.๑ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (เป้าหมาย ๑๓๒ แห่ง)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
จำนวนการพันโทษ ของ อสรจ. สูง เนื่องจากเป็น ผู้ต้องขังชั้นดี	๑.๑ อบรม อสรจ. ๒ ครั้ง/ปี ๑.๒ มี อสรจ. ต่อ ผู้ต้องขัง ไม่น้อยกว่า ๑ ต่อ ๕๐ ๑.๓ พัฒนา อสรจ. ทดแทน กรณีมี อสรจ. พันโทษ จนมีสัดส่วน อสรจ. ต่อ ผู้ต้องขัง ๑ ต่อ ๕๐	๑.๑ รวม ๑๒๕ แห่ง (ร้อยละ ๙๔.๗๐) ไม่ครบ ๗ แห่ง มีแผนอบรม ครบทุกแห่ง ๑.๒ รวม ๑๒๙ แห่ง (ร้อยละ ๙๗.๗๒) ไม่ครบ ๓ แห่ง มีแผนพัฒนา ครบทุกแห่ง ๑.๓ มีการพัฒนา อสรจ. เพื่อทดแทน ตามบริบท ของแต่ละแห่ง

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- มีการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างเรือนจำ เพื่อร่วมดำเนินงานจัดบริการสุขภาพ
- มี อสม., ชมรมผู้สูงอายุ, วิทยาลัยพยาบาล, เทศบาล และ NGO ร่วมเป็นทีมวิทยากรอบรม อสรจ.
- การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในเรือนจำ เพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด 19
- จัดทำแผนเผชิญเหตุการเกิดการระบาดโควิด 19 และได้ใช้ในสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่ - ร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานกรมวิชาการในพื้นที่ ติดตามกำกับแผนการฝึกอบรม อสรจ.

สำหรับส่วนกลาง - ร่วมให้คำปรึกษาหน่วยงานเครือข่ายกรมวิชาการในพื้นที่ดำเนินการตามแผน

๑.๒ การพัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำสถานพยาบาลในเรือนจำหรือพยาบาลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

๑.๓ การให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
สาเหตุ ๑.๒ พยาบาลผ่านการอบรมเวชปฏิบัติไม่ครบ	๑.๒ สสจ. รพ.แม่ข่าย และเรือนจำวางแผนฝึกอบรมในปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖	๑.๒ มีแผนการอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำสถานพยาบาลในเรือนจำหรือพยาบาลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ตามเกณฑ์ ครบทุกจังหวัด (๑๓๔ เรือนจำ) มีเรือนจำผ่านการอบรม ๑๓๓ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๙.๒๕
๑.๓. การเข้าบริการตรวจรักษาของแพทย์เวชปฏิบัติ	๑.๓ สถานการณ์โควิด 19 ระบาด งดเข้าให้บริการ แต่สามารถพัฒนาการรักษาพยาบาลผ่านระบบ Telemedicine ร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานเรือนจำ และพาออกไปรักษาที่โรงพยาบาลได้ในกรณีฉุกเฉิน	๑.๓ มีการให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) ตามเกณฑ์ นวัตกรรมให้บริการจากแพทย์ทุกสังกัด รวมถึงการบริการผ่านทาง Telemedicine ครบทุกจังหวัด คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ รอบที่ ๒ ผ่านเกณฑ์ทุกจังหวัด

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- การบริหารจัดการในจังหวัด โดยใช้ภาคีเครือข่าย (จากทุกภาคส่วน) เข้าร่วมจัดบริการสาธารณสุขในเรือนจำ
- มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ HOSXP มาใช้ในเรือนจำ เพื่อประสานงานในด้านการรักษาให้แพทย์ เจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำ และเครือข่ายบริการสุขภาพ
- สามารถจัดหางบประมาณในการจ้างแพทย์ห้วงเวลามาปฏิบัติงานบริการตรวจโรคทั่วไปสัปดาห์ละ ๒ วัน
- มีการจัดการฐานข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลเรือนจำเป็นแบบอย่างที่ดี

ข้อเสนอแนะของผู้มีเทศ

สำหรับพื้นที่

- พัฒนาระบบการบันทึกจัดเก็บข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพให้เป็นปัจจุบัน ครอบคลุมและส่งเสริมให้เรือนจำบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลในเรือนจำลงในโปรแกรมบริการและส่งเข้าฐานข้อมูลของโรงพยาบาลแม่ข่าย

- กำกับ ติดตาม ช่วยเหลือ ประสานงานเพื่อให้จังหวัดและโรงพยาบาลเครือข่ายสามารถดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย

สำหรับส่วนกลาง

- ประสานงาน ให้คำปรึกษาหน่วยงานและเครือข่ายเพื่อให้การดำเนินการตามแผน
- ควรปรับระบบรายงานผลงานโครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ ให้พื้นที่สามารถดูผลงานย้อนหลังได้

๒. การจัดบริการสุขภาพช่องปาก

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>-ผู้ต้องขังจำนวนมากที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากที่ต้องได้รับการรักษา</p> <p>-รพ.แม่ข่ายไม่สามารถจัดแผนการให้บริการแก่ผู้ต้องขังได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการรักษา</p> <p>-ช่วงสถานการณ์โควิด 19 เรือนจำงดการเข้าออกทำให้เป็นข้อจำกัดด้านการจัดบริการ</p>	<p>-รพ.แม่ข่ายส่วนใหญ่จัดทำแผนเพิ่มขึ้นจากเป้าหมายหลัก (๔ ครั้ง/ปี) ตามความพร้อมของ รพ. เช่น เดือนละ ๑ ครั้ง เป็นต้น</p> <p>-มีแผนร่วมจัดอบรม อสรจ. ด้านสุขภาพช่องปาก ๒ ครั้ง/ปี</p> <p>-ประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการร่วมจัดบริการ</p> <p>-จัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเรือนจำ เช่น ผู้ต้องขังได้รับการฝึกทักษะการตรวจฟันด้วยตนเอง ฝึกทักษะการแปรงฟัน เป็นต้น เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคในช่องปาก</p>	<p>-ร้อยละ ๙๖ เรือนจำมีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำ</p> <p>-ร้อยละ ๘๒ เรือนจำมีการจัดบริการสุขภาพช่องปากอย่างน้อย ๒-๓ ครั้งในรอบ ๙ เดือนที่ผ่านมา</p> <p>-มีคลินิกทันตกรรมในเรือนจำ ๔๓ แห่งทั่วประเทศ และมีแผนติดตั้งห้องทันตกรรมเพิ่มอีก ๕-๖ แห่ง</p> <p>-โรงพยาบาลแม่ข่ายทุกแห่งมีแผนการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำที่รับผิดชอบ</p>

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- จัดบริการใส่ฟันเทียมให้ผู้ต้องขัง
- ขอใช้งบ PPA ในการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง
- อบรม อสรจ ๑ คน ให้ดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อนผู้ต้องขัง ๘ คน ฝึกทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองผ่าน Video Conference
- ตรวจสุขภาพช่องปากผู้ปากทุกราย ๑๐๐%
- จัดประกวด อสรจ. ในเรือนจำดีเด่นด้านทันตสุขภาพ
- พัฒนาให้คำปรึกษาด้านสุขภาพช่องปากผ่านระบบline และโทรศัพท์
- หลายพื้นที่มีการบริหารจัดการในรูปแบบจังหวัด/ รูปแบบNode เพื่อลดภาระ รพ. แม่ข่าย

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่

- ควรเน้นสัดส่วนการรักษาเมื่อตรวจพบ โดยให้ได้รับการรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ.... ของความผิดปกติที่ตรวจพบ

- ควรพัฒนาศักยภาพ พยาบาลและอสรจ ในเรือนจำในการดูแลสุขภาพช่องปาก

สำหรับส่วนกลาง

- ร่วมให้คำปรึกษาหน่วยงานเครือข่ายกรมวิชาการในพื้นที่ดำเนินการตามแผน
- ร่วมพัฒนานโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีในเรือนจำ
- กำกับ ติดตาม ช่วยเหลือ ประสานงานพื้นที่และภาคีเครือข่ายเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย

๓. การบริการสุขภาพจิต

จากการตรวจราชการ รอบที่ ๒ (พ.ค. – ส.ค. ๖๔) กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินงานสนับสนุนการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำและทัณฑสถาน ๑๔๒ แห่ง โดยการกำกับติดตาม ตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ภายใต้ตัวชี้วัด ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ ๘๐ ซึ่งพบว่า เรือนจำ/ทัณฑสถาน ๑๔๒ แห่ง มีจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด ๒๕๐,๑๑๖ คน พบผู้ต้องขังจิตเวชจำนวน ๕,๗๑๑ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑.๘๘ และผู้ต้องขังจิตเวชเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบรักษาทางไกล (Telemedicine) จำนวน ๓,๓๕๙ คน คิดเป็น ร้อยละ ๕๘.๘๑ และ นอกจากนี้ยังพบว่าเรือนจำและทัณฑสถาน ที่มีระบบและให้การบำบัดรักษาผ่านระบบทางไกล (Telemedicine) ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแล้ว จำนวน ๖๐ แห่ง รายละเอียดดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำปี ๒๕๖๔ (ยอดสะสมตั้งแต่เดือน ต.ค. ๖๓ – ก.ค. ๖๔)

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรอง (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิต (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่ตรวจผ่าน Telepsychiatry
๑	๒๓,๓๓๗	๖๕๒	๖๕๒	๒๖๖
๒	๑๒,๑๑๗	๓๘๓	๓๘๓	๑๑๐
๓	๕,๓๑๗	๑๘๓	๑๘๓	๗๖
๔	๓๘,๗๗๖	๙๓๑	๙๓๑	๒๓๑
๕	๒๖,๕๕๙	๖๒๓	๖๒๓	๑,๐๒๙
๖	๓๐,๘๗๓	๓๖๑	๓๖๑	๑๑๕
๗	๑๔,๔๙๖	๓๗๒	๓๗๒	๘๖
๘	๑๔,๙๖๙	๕๑๐	๕๑๐	๓๗๔
๙	๒๓,๕๐๘	๓๑๑	๓๑๑	๓๔๗
๑๐	๑๑,๘๓๓	๔๑๕	๔๑๕	๑๒๖
๑๑	๒๔,๙๙๒	๕๒๐	๕๒๐	๒๐๗
๑๒	๒๓,๓๓๙	๔๕๐	๔๕๐	๓๙๒
รวม	๒๕๐,๑๑๖	๕,๗๑๑ (๑.๘๘%)	๕,๗๑๑ (๑๐๐%)	๓,๓๕๙ (๕๘.๘๑%)

ที่มา : ข้อมูลจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เรือนจำและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำ ได้ดำเนินการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช และเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดในเรือนจำหลายแห่ง ทำให้เรือนจำการกักกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยเรือนจำทุกแห่งมีมาตรการ New Normal ในเรือนจำ การเยี่ยมผู้ต้องขัง การจัดการผู้ต้องขังแรกรับ มีการงดเยี่ยม และได้มีการคัดกรองผู้ต้องขังเข้าใหม่ รั้งย้ายกลับจากโรงพยาบาล กลับจากศาลทุกราย ผู้ต้องขังที่มาจากพื้นที่เสี่ยงสูงให้แยกกักตัวอย่างน้อย ๑๔ วัน

วัตถุประสงค์ของโครงการนี้ยังได้จัดการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามในเรือนจำ มีแผนรองรับผู้ป่วยโควิดในเรือนจำโดยใช้เรือนจำความมั่นคงต่ำเป็นแดนแรกสำหรับผู้ต้องขัง

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ สำหรับพื้นที่

- สนับสนุนด้านวิชาการให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น อบรมอาสาสมัคร/พยาบาลในเรือนจำ เพื่อประเมินคัดกรอง ให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้น
 - อบรม อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ทดแทน และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ให้มีความรู้เพิ่มขึ้นเพื่อดูแลตนเองและผู้ต้องขัง
 - นำข้อมูลที่เป็นปัญหาพัฒนาผลงานเพื่อเพิ่มคุณภาพผู้ป่วยจิตเวชและผู้ต้องขังที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต
 - เนื่องจากมีผู้ต้องขังที่มีประวัติการใช้ยาเสพติดจึงควรมีระบบคัดกรองผู้ต้องขังที่เข้าข้าย withdrawal symptoms จากสารเสพติดเพื่อป้องกันภาวะ withdrawal symptoms ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ต้องขัง
 - เรือนจำบางแห่งขาดการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากยาบ้า/พยายามฆ่า/ฆ่าผู้อื่น ที่ต่อเนื่องเพื่อลดการกลับมาก่อคดีซ้ำ
 - จัดทำตาราง มอบหมาย ให้ อสรจ. ช่วยคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำอย่างเป็นรูปธรรม
- ### สำหรับส่วนกลาง
- เรือนจำควรเพิ่มรูปแบบของการให้บริการคัดกรองฯ นอกเหนือจากการให้บริการตามแผนงานปกติ โดยมีการพัฒนาระบบบริการเพื่อจัดช่องทางพิเศษร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

๔. การป้องกันและควบคุมโรค

๔.๑ การคัดกรองค้นหาโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังแรกจับ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>สาเหตุ</p> <p>๑. สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประกอบกับมีการจำกัดการเข้าออกเรือนจำ ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ เกิดความล่าช้า</p>	<p>๑.๑ กองวินโรคได้จัดทำแนวทางการคัดกรองเพื่อค้นหาโรคในผู้ต้องขังแรกจับ กรณีไม่สามารถใช้รถเอกซเรย์เคลื่อนที่ในการคัดกรองภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)</p> <p>๑.๒ สนับสนุนแบบฟอร์มในการค้นหาผู้ป่วยโรคในเรือนจำให้กับเรือนจำทั่วประเทศ</p>	<p>๑.๑ ดำเนินการประสานงานกับสำนักผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค และสำนักงานเลขาธิการโครงการพระราชดำริฯ กรมควบคุมโรค เพื่อถ่ายทอดแนวทางการคัดกรองเพื่อค้นหาโรคในผู้ต้องขังแรกจับ กรณีไม่สามารถใช้รถเอกซเรย์เคลื่อนที่ในการคัดกรองภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)</p> <p>๑.๒ จัดส่งแบบฟอร์มในการค้นหาผู้ป่วยโรคในเรือนจำให้กับเรือนจำ เป้าหมายจำนวน ๑๔๒ แห่งทั่วประเทศ โดยผู้ต้องขังที่เข้าใหม่จะได้รับการคัดกรอง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
		อาการทุกราย หากมีอาการ ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคจะ ได้รับการส่งไปเอกซเรย์ที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย
๒. ผู้ต้องขังเข้าใหม่มีจำนวน สะสมมาก และบางแห่ง ไม่สามารถดำเนินการ X-ray ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด จึงทำให้ต้องย้ายผู้ต้องขัง ออกจากแดนแรกรับ โดยที่ไม่ได้รับการคัดกรอง	๒.๑ ปรับแผนการคัดกรองโดยใช้ แบบฟอร์มค้นหาผู้มีอาการสงสัย วัณโรค และหากพบว่ามีคะแนน และอาการเข้าได้กับวัณโรค พิจารณานำผู้ต้องขังออกไปพบ แพทย์ เพื่อทำการ X-ray และ วินิจฉัย ต่อไป ๒.๒ เรือนจำจัดเกณฑ์การย้าย ผู้ต้องขัง หรือมีการแบ่งแดน สำหรับผู้ต้องขังเข้าใหม่ เพื่อให้ สามารถ X-ray ตามเวลาที่กำหนด ๒.๓ ประสานกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อบูรณาการการจัดทำ แผนพัฒนาระบบการวินิจฉัยรักษา ให้รวดเร็วให้ทันก่อนที่ผู้ต้องขังแรก รับจะถูกส่งเข้าแดน	อยู่ระหว่างติดตามผลการ ดำเนินงาน
๓. การอ่านผล X-ray ที่มี มาก และโรงพยาบาลแม่ข่าย มีรังสีแพทย์ หรือแพทย์ อ่านผล ไม่เพียงพอต่อ ปริมาณภาพถ่าย ประกอบ กับบุคลากรมีหน้าที่ รับผิดชอบมาก ทำให้การ อ่านผลล่าช้า อาจส่งผลต่อ การวินิจฉัย และรักษา ที่ล่าช้าตามไปด้วย	๓.๑ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการคัด กรอง ผล X-ray อาจดำเนินการจัด ทีมในการเข้าคัดกรองโดยมีแพทย์ หรือนักรังสี ไปกับรถ X-ray เพื่อ ดำเนินการคัดกรองผล X-ray เบื้องต้นก่อน ให้แพทย์อ่าน ๓.๒ อาจใช้ระบบ A.I. ในการช่วย การแปลผล	อยู่ระหว่างติดตามผลการ ดำเนินงาน
๔. การบริหารจัดการและ แผนการใช้รถ X-ray ในแต่ ละพื้นที่ ซึ่งในบางเขต มีจำนวนจังหวัดและจำนวน เรือนจำที่รับผิดชอบมาก ทำให้ไม่สามารถ X-ray ได้ทันภายใน ๑ เดือน	๔.๑ วางแผนการใช้รถเอกซเรย์ เคลื่อนที่พระราชทาน และ แผนการบริหารทรัพยากรบุคคล ในการดำเนินการคัดกรองวัณโรคใน เรือนจำ เพื่อให้เกิดการใช้ ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ประหยัด งบประมาณ	อยู่ระหว่างติดตามผลการ ดำเนินงาน
๕. การรายงานผลการคัด กรองบางพื้นที่ ไม่ได้มีการ แยกจำนวนผู้ต้องขังแรกรับ และรายเก่า ทำให้อาจไม่ สามารถประเมินผลการ ดำเนินงานได้เนื่องจาก	๕.๑ ชี้แจงทำความเข้าใจกับพื้นที่ ในการตรวจคัดกรองผู้ต้องขังแรก รับ และจำแนกการรายงานผลการ ดำเนินงาน เป็นแรกรับ และราย เก่า	อยู่ระหว่างการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ตัวชี้วัด คือ การคัดกรอง ค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ในผู้ต้องขังแรกรับ		

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- เพิ่มบทบาท อสรจ. ในการช่วยคัดกรองวัณโรคเบื้องต้น โดยการค้นหาผู้ต้องขังที่มีอาการในเรือนนอน
- การประสานงานระดับเขตสุขภาพ จัดหารถ X-ray เอกชนในการคัดกรอง

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ สำหรับพื้นที่

- การถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานให้กับหน่วยงานเป้าหมาย เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามแผนและบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัด

- การสนับสนุนวิชาการ และติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานในระดับพื้นที่

สำหรับส่วนกลาง

- ระยะเวลาในการคัดกรองอาจมากกว่า ๑ ครั้งในแต่ละปี เนื่องจากมีจำนวนผู้ต้องขังหนาแน่น การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์และ อสรจ. เพื่อช่วยในการคัดกรอง

- เพิ่มจำนวนการคัดกรองผู้ต้องขังเก่า

- การนิเทศติดตามในระดับพื้นที่โดยการปรับเปลี่ยนเป็นระบบออนไลน์ เพื่อทราบสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค และร่วมดำเนินการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมทั้งสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการคัดกรองวัณโรค ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

๔.๒ การดำเนินการคัดกรองเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
สาเหตุ ๑. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เรือนจำไม่อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้าไปดำเนินกิจกรรมคัดกรอง HIV SY HCV ในผู้ต้องขังแรกรับ	๑.๑ ทำหนังสือถึงกรมราชทัณฑ์ ขอความร่วมมือแจ้งเรือนจำให้ช่วยดำเนินการเจาะเลือด และนำเลือดส่งโรงพยาบาล โดยนัดหมายวันเวลา และจำนวนที่ต้องการส่ง เพื่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้เตรียมความพร้อมในการตรวจ ๑.๒ สนับสนุน ชุดตรวจ Oral Fluid Test เพื่อตรวจคัดกรองเอชไอวีจากสารน้ำจากช่องปากแทนการเจาะเลือด เนื่องจากมีขั้นตอนการตรวจสะดวก ง่ายไม่ซับซ้อน	๑.๑ เจ้าหน้าที่เรือนจำดำเนินการเจาะเลือด และนำส่งตรวจที่โรงพยาบาลทำให้ผลการดำเนินงานได้ใกล้เคียงเป้าหมายที่กำหนด ๑.๒ การใช้ชุดตรวจ OFT แทนการเจาะเลือด ทำให้ผลการดำเนินการคัดกรองเอชไอวีเพิ่มขึ้น เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	๑.๓ ประสานแผนการดำเนินการคัดกรอง ทั้งรูปแบบให้เลือดจำเจาะเลือดทยอย ออกส่งตรวจ และการใช้ชุดตรวจแบบ OFT ผ่านการประชุมผู้บริหาร ระหว่างหน่วยงานกรมควบคุมโรค และกรมราชทัณฑ์ รวมทั้งการประชุม คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการ ดำเนินงาน	๑.๓ ที่ประชุมรับทราบและให้ การสนับสนุนการ ดำเนินงานเมื่อ สถานการณ์โรคโควิด 19 คลี่คลายลง
๒. ผู้ต้องขังที่รับการคัด กรอง HIV SY HCV มีผลบวก เข้าสู่ระบบการ รักษาช้ากว่าคนทั่วไป	๒.๑ พัฒนาเครือข่ายเชื่อมระบบส่งต่อ ระหว่างเรือนจำและโรงพยาบาลในกรณี ที่พบผลบวกให้ตรวจยืนยันและให้การรักษา ตามแนวทางการดูแลรักษาของประเทศไทย	๒.๑ ผู้ต้องขังมีผลการคัด กรอง.เป็นบวก ดำเนินการ ติดตามการ จัดบริการดูแลรักษา โดยจัดเวทีการประชุม ระหว่างเรือนจำและ โรงพยาบาลเพื่อรับทราบ ปัญหาและหาแนว ทางการแก้ไข เพื่อให้ ผู้ต้องขังที่พบโรคได้รับ การดูแลรักษาเร็วที่สุด
๓. จำนวนชุดตรวจคัด กรองที่กองโรคเอดส์ สนับสนุนให้กับพื้นที่มี น้อยกว่าเป้าหมาย ที่กำหนด	๓.๑ กองโรคเอดส์ฯ ทำหนังสือขอความ อนุเคราะห์ชุดการตรวจ HIV จาก โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดูแลเรือนจำ เนื่องจากการบริการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	๓.๑ โรงพยาบาลแม่ข่าย เตรียมชุดตรวจเอชไอวี สำหรับคัดกรองผู้ต้องขัง ในจำนวนมากไม่เพียงพอ เนื่องจากได้รับหนังสือขอ ความอนุเคราะห์ฯ กระชั้นชิด จึงไม่สามารถ สนับสนุนชุดตรวจคัด กรองในปีงบประมาณนี้ได้ ๓.๒ ประสานกองทุนโลก เพื่อให้การสนับสนุนชุด การตรวจชนิด OFT
๔. การจัดส่งชุดตรวจให้ พื้นที่ล่าช้ากว่ากำหนด เนื่องจากปัญหากระบวนการ	๔.๑ เสนอให้มีการจัดเตรียมชุดตรวจและ อุปกรณ์ส่วนหนึ่งสำรองไว้ล่วงหน้า โดยใช้ งบประมาณเหลือจ่ายปลายปี เพื่อกระจาย	๔.๑ ดำเนินการของงบประมาณ เหลือจ่ายเพื่อซื้อชุดการตรวจ คัดกรองและอุปกรณ์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>การจัดซื้อชุดตรวจจริงจัดส่งถึงพื้นที่ช้าในช่วงที่มีการแพร่ระบาดรุนแรงของโควิด 19 เรือนจำไม่อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้าเรือนจำ ทำให้ไม่สามารถจัดบริการคัดกรอง HIV SY HCV (ไตรมาสถที่ ๔) ส่งผลทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด</p>	<p>ให้กับพื้นที่ที่มีความพร้อมสามารถดำเนินการได้ก่อน</p>	<p>๔.๒ ส่งหนังสือขอรับการสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองเอชไอวี จากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดูแลเรือนจำ และแจ้งทางที่ประชุมการตรวจราชการเพื่อให้โรงพยาบาลแม่ข่ายสำรองชุดตรวจคัดกรองสำหรับผู้ต้องขังอีกทางหนึ่ง</p>

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้วิธีการตรวจสารน้ำจากช่องปาก มีขั้นตอนการตรวจสะดวก ง่ายไม่ซับซ้อนเหมาะสำหรับใช้คัดกรองผู้ต้องขังแรกเริ่ม สามารถทราบผลได้ทันที หากมีผลการตรวจเป็นบวก ให้ทำการตรวจยืนยันภายหลัง

- หลักสูตรการใช้ชุดตรวจคัดกรองสารน้ำจากช่องปาก แบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง E-learning เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชุดตรวจคัดกรองสารน้ำจากช่องปากให้แก่พยาบาลเรือนจำในรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อความสะดวก เข้าถึงการเรียนรู้ที่ง่ายไม่จำกัดเวลาและสถานที่

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่

- ชี้แจงทำความเข้าใจกับพื้นที่เรื่องการได้รับชุดการตรวจคัดกรองล่าช้า และรับชุดตรวจหลายรอบ เนื่องจากกระบวนการจัดซื้อด้วยวิธี E-bidding ทำให้ได้เวชภัณฑ์ต่างบริษัทกัน การจัดส่งจึงไม่สามารถนัดหมายให้เป็นเวลาเดียวกันได้

- ขอความร่วมมือโรงพยาบาลแม่ข่ายให้สนับสนุนชุดคัดกรองเอชไอวีเพิ่มเติมให้ครบตามเป้าหมาย

- ขอความร่วมมือจากกรมราชทัณฑ์แจ้งเรือนจำให้เจ้าหน้าที่เรือนพยาบาลดำเนินการเจาะเลือดผู้ต้องขังและส่งเลือดไปตรวจที่โรงพยาบาล

- ขอความร่วมมือโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดูแลเรือนจำนัดหมายวันเวลาที่พร้อมให้เรือนจำส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อการบริหารจัดการการตรวจได้อย่างเหมาะสม

สำหรับส่วนกลาง

- ทำแผนการจัดส่งและแจ้งให้พื้นที่ทราบ จำนวนชุดตรวจที่จะได้รับการสนับสนุน

- จัดส่งชุดตรวจให้แก่พื้นที่ทั้งหมดในคราวเดียว

- แจ้งโรงพยาบาลแม่ข่ายว่าแต่ละแห่งต้องสนับสนุนชุดการตรวจเอชไอวีเพิ่มเติมแห่งละเท่าไร

ผู้รายงาน

๑. นายสมภพ อาจชนะศึก ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
E-mail : sompop1968@gmail.com
๒. นางวิราณี นาคสุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
E-mail : wiranee1711@gmail.com
๓. นายณัฐพงศ์ กันทะวงศ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
๔. นางสาวอุทยา นาคเจริญ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
E-mail : utayaa@yahoo.com
๕. นางพาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการโครงการพระราชดำริ
กรมควบคุมโรค
E-mail : rcddc_pr@hotmail.com
๖. นางเครือทิพย์ จันทธานีวิวัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
E-mail : Kruatipj@gmail.com
๗. นายปรมดี ศักดิ์แสน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กองวัณโรค กรมควบคุมโรค
E-mail: porra2636@gmail.com
๘. นางสาวจิราภรณ์ อุดจิ่ง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
E-mail: jr.jiraporn07@gmail.com
๙. นางสาวสุชาดา กิตติคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
E-mail: suchadaa.kiti@gmail.com

วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๔

ประเด็นที่ ๒

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์

และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๑) กัญชาทางการแพทย์

๒) สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์

๑. ประเด็นตรวจราชการ : กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรพืชเศรษฐกิจ และอาหารปลอดภัย

๒. หัวข้อ : กัญชาทางการแพทย์

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กองบริหารการสาธารณสุข
สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมการแพทย์
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ปีงบประมาณ ปี ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดทิศทางในการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการวางแผนเพื่อจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์ สนับสนุนการนำกัญชามาใช้ให้เกิดประโยชน์ทางการแพทย์ และมุ่งเน้นให้เกิดผลประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงาน คือ ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อย ดังนี้

ตารางที่ ๑ เกณฑ์เป้าหมายในการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ฯ	เกณฑ์เป้าหมาย ปี ๒๕๖๔
รพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ ๕๐
รพ.สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ ๕๐
สถานพยาบาลเอกชน	เขตสุขภาพละ ๑ แห่ง

ผลการดำเนินงานร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ของ ๑๒ เขตสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

๑) โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดจำนวน ๙๐๐ แห่ง มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ จำนวน ๖๖๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๔๔ (ผ่านเกณฑ์) รายละเอียดดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการแยกตามเขตสุขภาพ (N=๙๐๐)

เขตสุขภาพ	จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (แห่ง)	จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (แห่ง)	ร้อยละ
๑	๑๐๒	๗๗	๗๕.๔๙
๒	๔๗	๓๖	๗๖.๖๐
๓	๕๔	๔๒	๗๗.๗๖
๔	๗๑	๔๙	๖๙.๐๑
๕	๖๘	๒๓	๓๓.๘๒*
๖	๗๓	๓๔	๔๖.๕๘*
๗	๗๗	๖๒	๘๐.๕๒
๘	๘๘	๘๓	๙๔.๓๒
๙	๘๙	๖๔	๗๑.๙๑
๑๐	๗๑	๖๘	๙๕.๗๗
๑๑	๘๒	๗๒	๘๗.๘๐
๑๒	๗๘	๕๑	๖๕.๓๘
รวม	๙๐๐	๖๖๑	๗๓.๔๔

หมายเหตุ I : ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔

หมายเหตุ II - เดือนกันยายน เขต ๖ จังหวัดชลบุรีมีโรงพยาบาลจำนวนทั้งหมด ๑๒ แห่ง จัดตั้งคลินิกกัญชาเพิ่มเป็น ๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๐ ทำให้เขตสุขภาพที่ ๖ มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๖๘

- เขต ๙ จังหวัดนครราชสีมามีโรงพยาบาลจำนวนทั้งหมด ๓๓ แห่ง จัดตั้งคลินิกกัญชาเพิ่มเป็น ๒๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๖๗ ทำให้เขตสุขภาพที่ ๙ มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๖๔

๒) โรงพยาบาลในสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน ๒๑ แห่ง (ไม่รวมเขตกรุงเทพมหานคร) มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ จำนวน ๑๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๕ (ผ่านเกณฑ์) รายละเอียดดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ร้อยละโรงพยาบาลในสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ แยกตามเขตสุขภาพ (N=๒๑)

เขตสุขภาพ	จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข (แห่ง)	จำนวนจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (แห่ง)	ร้อยละ
เขต ๑	๒	๑	๕๐.๐๐
เขต ๒	๑	๑	๑๐๐.๐๐
เขต ๓	๑	๐	๐.๐๐*
เขต ๔	๓	๓	๑๐๐.๐๐
เขต ๕	๒	๑	๕๐.๐๐
เขต ๖	๒	๒	๑๐๐.๐๐
เขต ๗	๑	๑	๑๐๐.๐๐
เขต ๘	๓	๒	๖๖.๖๗
เขต ๙	๑	๑	๑๐๐.๐๐
เขต ๑๐	๒	๒	๑๐๐.๐๐
เขต ๑๑	๒	๒	๑๐๐.๐๐
เขต ๑๒	๑	๑	๑๐๐.๐๐
รวม	๒๑	๑๗	๘๐.๙๕

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔

๓) สถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ เกณฑ์เป้าหมายคือ มีสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการเขตสุขภาพละ ๑ แห่ง ผลการดำเนินงานพบว่า เขตสุขภาพที่ ๑๒ ไม่มีสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ รายละเอียดดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ จำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

เขตสุขภาพ	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	รวม
จำนวนสถานพยาบาลเอกชน (แห่ง)	๓	๑	๑	๑๐	๑	๗	๑	๒	๔	๑	๑	๐*	๓๒

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔

จากผลการดำเนินการดังกล่าวพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ ดังนี้

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. ผู้ให้บริการทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยยังขาดความมั่นใจในการใช้ยากัญชาทางการแพทย์	๑.๑ กรมการแพทย์ กรมแพทย์แผนไทยฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการศึกษาวิจัยใหม่ หรือค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับข้อบ่งใช้กัญชาทางการแพทย์ให้มากขึ้น และเผยแพร่ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจในประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้	๑.๑ อยู่ระหว่างดำเนินการ
๒. การเข้าถึงบริการเข้าถึงบริการ กัญชาทางการแพทย์การประชาสัมพันธ์ภายในหน่วยบริการยังมีน้อยและขาดกระบวนการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก	๒.๑ เพิ่มการค้นหาเชิงรุก โดยการสำรวจและคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อบ่งใช้ในการใช้ตำรับยากัญชา เช่น กลุ่ม Palliative care มะเร็งระยะสุดท้าย ไมเกรน สะเก็ดเงิน ริดสีดวงทวาร เป็นต้น	๒.๑ โรงพยาบาลบางแห่งมีการดำเนินงานที่พร้อมเป็นต้นแบบและพี่เลี้ยงให้แก่โรงพยาบาลอื่นๆ
๓. บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมยังไม่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ โดยเฉพาะในกลุ่ม Care Manager และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง	๓.๑ สนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เข้าอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ ให้ครบทุกโรงพยาบาล	๓.๑ มีความก้าวหน้าในแนวทางการอบรมออนไลน์เพื่อต่ออายุ
๔. วิสาหกิจชุมชน และรพ.สต.ที่ประสงค์ปลูกกัญชาทางการแพทย์หลายแห่ง ยังขาดความเข้าใจในการจัดทำโครงการและการเตรียมเอกสารคำขออนุญาต จึงยังไม่สามารถยื่นคำขออนุญาตปลูกได้	๔.๑ สสจ. และ สสอ. เป็นผู้ให้คำแนะนำและเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินการขออนุญาตปลูกกัญชาทางการแพทย์ให้กับวิสาหกิจชุมชนและรพ.สต.ที่สนใจ	๔.๑ อยู่ในระหว่างดำเนินการ

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

ด้านการบริหารจัดการและจัดระบบบริการ

เขตสุขภาพที่ ๑ จังหวัดลำพูนมีการเชื่อมข้อมูลเพื่อค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เช่น กลุ่ม palliative และจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้

จังหวัดเชียงใหม่มีการประสานการทำงานในกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งกลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติด กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข และกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทำให้มีการประสานการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้

เขตสุขภาพที่ ๒ มีสถาบันการศึกษาที่มีความพร้อมสูงในการวิจัยกัญชาระดับประเทศ ได้แก่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ร่วมศึกษา ทั้งด้านการปลูก การสกัด การผลิต การ พัฒนาสูตรตำรับเพื่อการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และเครื่องสำอาง

เขตสุขภาพที่ ๔ จัด Cannabis clinic Zone โดยการแบ่งศูนย์การรับและส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์ให้สามารถรับยากัญชาต่อเนื่องจากที่หน่วยบริการใกล้บ้าน

เขตสุขภาพที่ ๕ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสาน โรงพยาบาลราชบุรี มีรูปแบบการให้บริการแบบ Integrative Medical โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย มีเป้าประสงค์ในการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการ ตามการประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตใน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เขตสุขภาพที่ ๖ มีการกำหนดระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายในเขต ในกรณีผู้ป่วยไม่ดีขึ้น หรือ ผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นพิเศษ สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลประจำจังหวัด หรือโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

เขตสุขภาพที่ ๗ โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นต้นแบบโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยดำเนินงานครบวงจร ทั้งการผลิตยากัญชาทางการแพทย์และการให้บริการเชิงรุก

เขตสุขภาพที่ ๘ จังหวัดสกลนคร เป็นจังหวัดต้นแบบในการดำเนินการกัญชาทางการแพทย์ (SAKOL MODEL) โดยบูรณาการร่วมกันทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ดำเนินการตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง

เขตสุขภาพที่ ๙ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองม่วง อำเภอปากช่อง นำร่องในการปลูกและผลิตกัญชาตำรับน้ำมันสนันไตรภพ ซึ่งเป็นต้นแบบแห่งแรกของประเทศ ได้ดำเนินการปรุงยาเฉพาะรายตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาผสมอยู่

จังหวัดบุรีรัมย์ มีการสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชน มีระบบสร้างความมั่นใจแก่ผู้สั่งใช้ยา และมีระบบติดตามการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ทุกเดือน

เขตสุขภาพที่ ๑๐ โรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นต้นแบบในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย และเป็นตัวอย่างที่ดีในการติดตามคุณภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยา อีกทั้งมีความพร้อมในการเป็นแหล่งผลิตตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม ๑๗ ตำรับ

โรงพยาบาลมุกดาหาร มีความร่วมมือที่ดีของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาและสหวิชาชีพต่างๆ ส่งผลให้มีผู้มารับบริการที่คลินิกกัญชาฯ ในแผนปัจจุบันเป็นจำนวนมาก

เขตสุขภาพที่ ๑๑ โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการบูรณาการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ร่วมกับคลินิกประคับประคอง และมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์จากหน่วยบริการทุกระดับอย่างเป็นระบบ

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ในระดับอำเภอ และมีการกำกับติดตาม ทำให้ผลการดำเนินงานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เขตสุขภาพที่ ๑๒ จังหวัดสตูล ให้ อสม. ช่วยคัดกรองผู้ป่วยในครัวเรือนผ่านทาง QR code เพื่อส่งต่อให้เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ลดการซื้อน้ำมันกัญชานอกระบบมาใช้เอง

จังหวัดพัทลุง : ยกระดับ/สร้างความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.และ รพ. “แหล่งปลูก/ปรุงตำรับยา/จ่ายยา” แบบครบวงจร

จังหวัดปัตตานี : การจัดตั้ง “สถานีกัญชา” (คลินิกให้คำปรึกษา) ใน รพ.สต. ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัด

ด้านการศึกษาวิจัย

เขตสุขภาพที่ ๔ มีการร่วมมือกันระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานมหาวิทยาลัย ในการวิจัยเพื่อพัฒนาตำรับยากัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๖ โครงการ ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น ๒ ปี (ตำรับยาสารานุกรม และตำรับยาสมุนไพร)

เขตสุขภาพที่ ๗ การวิจัยในการนำยาตำรับไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมมาใช้ในการรักษาโรกระบบประสาท

เขตสุขภาพที่ ๘ โครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง ในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี

เขตสุขภาพที่ ๙ มีการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และการพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรม คลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

- เพิ่มจำนวนวันการเปิดให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วย รวมทั้งขยายการเปิดให้บริการใน รพ.สต.ที่มีความพร้อม
- จัดระบบการบริการในคลินิกแบบบูรณาการร่วมกันทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย ให้มีการค้นหาเชิงรุกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ เช่น Palliative Care เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ
- สนับสนุนให้มีการศึกษา วิจัย ประเมินผลการดำเนินงานของคลินิกฯ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย และผลการรักษา อย่างต่อเนื่อง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการพัฒนาต่อไป
- สนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ ให้เข้าอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ เพิ่มบุคลากรที่ได้รับการอบรมหลักสูตร care manager ให้ครอบคลุมโรงพยาบาล

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์ละสมุนไพรมุ่งเพื่อเศรษฐกิจ

ประเด็นตรวจราชการ : กัญชาทางการแพทย์ละสมุนไพรมุ่งเพื่อเศรษฐกิจ

หัวข้อ : สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

วิเคราะห์สถานการณ์

เมืองสมุนไพร หมายถึง เมืองที่ถ่ายทอดมาตรการและแผนงานจากแผนปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕ (แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๕) ลงไปสู่การพัฒนาในระดับภูมิภาคโดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งนี้อาศัยกลไกของประชารัฐและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพร เมืองสมุนไพร มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๔ จังหวัด แบ่งเป็น ๓ คลัสเตอร์ ได้แก่

๑) คลัสเตอร์เกษตร วัตถุดิบสมุนไพร ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญ สุรินทร์ มหาสารคาม อุทัยธานี และสกลนคร

๒) คลัสเตอร์อุตสาหกรรมสมุนไพร ได้แก่ จังหวัดนครปฐม สระบุรี ปราจีนบุรี และจันทบุรี

๓) คลัสเตอร์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทย ได้แก่ จังหวัดเชียงราย พิษณุโลก อุตรธานี สุราษฎร์ธานี และสงขลา

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มีการดำเนินงานเสริมสร้างภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นเมืองสมุนไพรทั้ง ๓ คลัสเตอร์ โดยดำเนินงานดังนี้

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
การดำเนินการส่วนกลาง : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกดำเนินการร่วมกับเมืองสมุนไพร		
ประชาชนยังไม่มีความรู้ความเข้าใจ และเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร มากเท่าที่ควร	จัดกิจกรรมส่งเสริมภาพลักษณ์และนิทรรศการการออบูธในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกระแสการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น	๑.๑ ส่งเสริมภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นวัตถุดิบสมุนไพรผ่านตลาดกลางวัตถุดิบสมุนไพร ภายใต้รูปแบบงาน อาหารเป็นยา ณ ตลาดไท ปทุมธานี วันที่ ๑๑ - ๑๓ มิ.ย. ๒๕๖๔ ๑.๒ ส่งเสริมภาพลักษณ์ผ่านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ณ ไอคอนสยาม กทม วันที่ ๙ - ๑๓ ธ.ค. ๒๕๖๔ “เที่ยวเมืองไทยสุขภาพดี วิถีถิ่น” ณ ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร สร้างมูลค่าจำนวน ๒๓,๗๒๗,๖๐๐ บาท ๑.๓ สนับสนุนการตรวจรับรองมาตรฐานวัตถุดิบสมุนไพรเป้าหมายและสมุนไพรเด่นของจังหวัด ๑.๔ การจัดนิทรรศการและออบูธในงาน OTOP CITY ร่วมกับกรมพัฒนาชุมชน ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๗ ธ.ค. ๒๕๖๓ ณ อิมแพคเมืองทองธานี สร้างมูลค่าจำนวน ๑๖,๘๖๑,๒๐๐ บาท

คลัสเตอร์เกษตร วัตถุประสงค์สมุนไพรม		
ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรม การแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๑. ทำเกษตรแบบแปลงเล็ก (หัวไร่ปลายนา) บางส่วนไม่ประสงค์ขึ้นทะเบียนรับรองมาตรฐาน</p> <p>๒. การปลูกพืชสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน GAP/Organics ต้องใช้เวลาในการได้รับใบรับรอง</p> <p>๓. เกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรดำเนินการปลูกสมุนไพรเพียงแค่เป็นอาชีพเสริม ไม่ยั่งยืน</p> <p>๔. เกษตรขาดความเข้าใจและความเชื่อมั่น ในการปลูกและการขายวัตถุดิบสมุนไพรในพื้นที่</p> <p>๕. การจัดทำฐานข้อมูลจำนวนกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกพืชสมุนไพร ชนิดพืชสมุนไพร ขนาดพื้นที่ปลูก ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ภายในจังหวัด ทำให้ยังไม่สามารถวางแผนและพัฒนา กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ ไม่สามารถป้องกันปัญหาวัตถุดิบล้นตลาดได้</p> <p>๖. จังหวัดมีงบประมาณในการตรวจวิเคราะห์คุณภาพวัตถุดิบสมุนไพร จำกัดเนื่องจากค่าตรวจวิเคราะห์มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง</p> <p>๗. งบประมาณที่ได้รับในการผลิตยาสมุนไพรจำกัดและเท่ากันทุกปีงบประมาณทำให้การเพิ่มมูลค่าการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นไปได้ยาก</p>	<p>๑. ส่งเสริมและประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการและขึ้นทะเบียน</p> <p>๒. ส่งเสริม วางแผนขั้นตอนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การเตรียมพื้นที่ปลูก การปลูกและเก็บเกี่ยว</p> <p>๓. ผลักดันโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรเป็นนโยบายระดับจังหวัด โดยให้ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน</p> <p>๔. ปรับกลไกการตรวจราชการเป็นการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี</p>	<p>๑. เกษตรกรรายใหม่ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่อง GAP/Organic สมุนไพรภาพรวมจำนวน ๖๘๐ ราย ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (๕๐ ราย/เมืองสมุนไพร: สกลนคร จำนวน ๑๕๐ ราย, อุทัยธานี จำนวน ๘๓ ราย, มหาสารคาม จำนวน ๓๐๒ ราย, สุรินทร์ จำนวน ๙๕ ราย, และอำนาจเจริญ จำนวน ๕๐ ราย)</p> <p>๒. ผลิตภัณฑ์ชุมชนที่แปรรูปจากสมุนไพรภาพรวมจำนวน ๙๖ รายการจากเดิม ๕๗๒ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗๘ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๕/ปีที่ผ่านมา : สกลนคร เพิ่มขึ้น ๕๕ รายการ ร้อยละ ๖๖ (เดิมมี ๘๓ รายการ), อุทัยธานี เพิ่มขึ้น ๖ รายการ ร้อยละ ๕.๗๗ (เดิมมี ๑๐๔ รายการ), สุรินทร์ เพิ่มขึ้น ๑๖ รายการ หรือร้อยละ ๕.๑๘ (เดิมมี ๓๐๙ รายการ), มหาสารคาม เพิ่มขึ้น ๙ รายการ ร้อยละ ๕.๑๘ (เดิมมี ๒๐ รายการ) และอำนาจเจริญ เพิ่มขึ้น ๑๐ รายการ ร้อยละ ๑๗.๘๖ (เดิมมี ๕๖ รายการ)</p>

คลังเตอร์อุตสาหกรรมสมุนไพร		
ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรม การแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
การดำเนินงานบางกิจกรรม เช่น การจัดอบรมการส่งเสริม พัฒนาผู้ประกอบการและผลิตภัณฑ์สมุนไพรต้องชะลอเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๑๙)	๑. วางแผนการดำเนินงานและจัดการประชุมอบรมแบบ Online ๒. ปรับรูปแบบการดำเนินงานตามสถานการณ์และความเหมาะสมรายพื้นที่	๑. มีผลิตภัณฑ์พรีเมียม/ผลิตภัณฑ์เอกลักษณ์ของจังหวัด/สมุนไพรที่มีศักยภาพสูงทางเศรษฐกิจผ่านการวิจัยอย่างครบวงจรภาพรวมจำนวน ๑๗ ผลิตภัณฑ์ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (อย่างน้อย ๒ ผลิตภัณฑ์/เมือง: ปราจีนบุรี จำนวน ๗ ผลิตภัณฑ์, จันทบุรี จำนวน ๒ ผลิตภัณฑ์, สระบุรี จำนวน ๖ ผลิตภัณฑ์ และ นครปฐม จำนวน ๓ ผลิตภัณฑ์) ๒. ผู้ประกอบการสมุนไพรได้รับการอบรม/ส่งเสริม/พัฒนาภาพรวมจำนวน ๒๓๐ ราย ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (๕๐ ราย/เมือง: ปราจีนบุรี จำนวน ๖๐ ราย, จันทบุรี จำนวน ๕๐ ราย, สระบุรี จำนวน ๗๐ ราย, นครปฐม จำนวนมากกว่า ๕๐ ราย)
คลังเตอร์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทย		
ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรม การแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทำให้ต้องปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๑๙) ๒. การพัฒนาศักยภาพเส้นทางท่องเที่ยวและผลิตภัณฑ์เด่นบางพื้นที่ยังไม่มีหลากหลายและน่าสนใจในการดึงดูดนักท่องเที่ยว ๓. การบูรณาการกับหน่วยงานจากกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	๑. วางแผนการดำเนินงานและจัดแบบ Online ๒. การบูรณาการในระดับกระทรวงที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องเพื่อจัดทำนโยบายระดับจังหวัดโดยให้ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน	๑. มีรายงานข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวและมูลค่าการท่องเที่ยวในจังหวัดเมืองสมุนไพร เชียงราย จำนวนนักท่องเที่ยว ต.ค. ๖๓ - พ.ค. ๖๔ : ๑,๒๕๑,๔๔๑ คน รายได้จากการท่องเที่ยว : ๙,๐๑๔.๒๑ ล้านบาท (เทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี ๒๕๖๓ จำนวนนักท่องเที่ยว และ รายได้จากการท่องเที่ยวลดลง ร้อยละ ๓๘.๘๐,๔๔.๘๗ ตามลำดับ)

คลัสเตอร์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทย (ต่อ)		
ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรม การแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
		<p>พิษณุโลก จำนวนนักท่องเที่ยว ต.ค. ๖๓ - พ.ค. ๖๔ : ๑,๐๗๐,๗๖๙ คนรายได้จากการท่องเที่ยว : ๒,๘๑๓.๓๖ ล้านบาท (เทียบกับ ช่วงเวลาเดียวกันของปี ๒๕๖๓ จำนวนนักท่องเที่ยว และ รายได้จากการท่องเที่ยวลดลง ร้อยละ ๓๕.๙๕,๓๙.๐๙ ตามลำดับ)</p> <p>อุดรธานี : จำนวนนักท่องเที่ยว ต.ค. ๖๓ - พ.ค. ๖๔ : ๑,๔๙๐,๗๒๐ คนรายได้จากการท่องเที่ยว : ๓,๒๓๒.๗๖ ล้านบาท (เทียบกับ ช่วงเวลาเดียวกันของปี ๒๕๖๓ จำนวนนักท่องเที่ยว และ รายได้จากการท่องเที่ยวลดลง ร้อยละ ๑๑.๕๕,๓๒.๒๐ ตามลำดับ)</p> <p>สุราษฎร์ธานี : จำนวนนักท่องเที่ยว ต.ค. ๖๓ - พ.ค. ๖๔ : ๖๙๓,๑๘๗ คนรายได้จากการท่องเที่ยว : ๗,๓๒๔.๗๑ ล้านบาท (เทียบกับ ช่วงเวลาเดียวกันของปี ๒๕๖๓ จำนวนนักท่องเที่ยว และ รายได้จากการท่องเที่ยวลดลง ร้อยละ ๗๑.๓๐,๗๙.๖๕ ตามลำดับ)</p> <p>สงขลา จำนวนนักท่องเที่ยว ต.ค. ๖๓ - พ.ค. ๖๔ : ๑,๐๙๘,๖๙๓ คน รายได้จากการท่องเที่ยว : ๕,๘๔๖.๓๔ ล้านบาท (เทียบกับ ช่วงเวลาเดียวกันของปี ๒๕๖๓ จำนวนนักท่องเที่ยว และ รายได้จากการท่องเที่ยวลดลง ร้อยละ ๖๖.๙๗,๘๐.๔๐ ตามลำดับ)</p> <p>๒. มีพัฒนาผลิตภัณฑ์พรีเมียม หรือผลิตภัณฑ์บ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ (GI) หรือผลิตภัณฑ์เด่นจากสมุนไพร ภาพรวมจำนวน ๒๗ ผลิตภัณฑ์ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่น้อยกว่า ๑ ผลิตภัณฑ์/เมืองสมุนไพร : เชียงราย จำนวน ๕ ผลิตภัณฑ์, พิษณุโลก จำนวน ๔ผลิตภัณฑ์, อุดรธานี จำนวน ๗ ผลิตภัณฑ์, สุราษฎร์ธานี จำนวน ๓ ผลิตภัณฑ์ และสงขลา จำนวน๘ ผลิตภัณฑ์)</p>

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๑) แพทย์แผนไทยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ในสถานการณ์การระบาด covid-๑๙ ณ ศูนย์ดูแลในชุมชน TTM-CI อำเภอพังโคน สกลนคร พร้อมเปิดให้บริการแล้ว ๔๙ เตียง

๒) มีการสร้างรูปแบบการซื้อขายวัตถุดิบสมุนไพรผ่านบริษัทประชารัฐ (เกษตรกรได้เงินเร็ว) ซึ่งเป็น การซื้อขายระหว่างโรงพยาบาลที่มีการผลิตยาสมุนไพร กับเกษตรกรในพื้นที่

๓) มีการเปิดร้าน T๒C SHOP by R๘way “TomChongCha” จัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาและสมุนไพร บนเส้นทางท่องเที่ยวในเขตสุขภาพที่ ๘ (จังหวัดอุดรธานี จังหวัดเลย และจังหวัดสกลนคร)

๔) เกิดเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพนอกเมืองสมุนไพรและเชื่อมโยงกันภายในเขตสุขภาพที่ ๘

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

- ควรนำประเด็นเมืองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจเข้าสู่แผนระดับจังหวัด เพื่อจัดทำแผนร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งจะทำให้ใช้ทรัพยากรและงบประมาณในภาคของจังหวัด เนื่องจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสนับสนุนงบประมาณน้อย

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ควรนำเสนอข้อมูลปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพิจารณาในการปรับแผนการดำเนินการในการบูรณาการในระดับกระทรวงต่อไปและผลักดันเข้าสู่กลไกการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และกำหนดงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมในการบูรณาการของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ผู้รายงาน ๑. ภก. ณัฐวุฒิ ปราบภัย
ตำแหน่ง เกษีษกรปฏิบัติการ

๒. ภก. สุภาพร ยอดโต

ตำแหน่ง เกษีษกรชำนาญการ

๓. น.ส.กัญญ์ณัฐ อุทุมพร

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

รายงานเมื่อวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๔

E-mail : ispt.oasp.dtam@gmail.com

ประเด็นที่ ๓

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน
- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒. หัวข้อ : จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอบริการตัว ๓ คน

ตัวชี้วัด : ประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแล โดยมี อสม.หมอบริการบ้าน คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม จำนวน ๒๕ ล้านคน

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)
- หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.)

๔. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

๔.๑ รายงานความก้าวหน้าการบันทึกข้อมูลตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ “จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ”

การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ “จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ” ของทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ ในทุกจังหวัดของเขตสุขภาพได้มีการดำเนินงานตามแผนของแต่ละจังหวัดซึ่งเป็นไปตามตัวชี้วัดและผลการดำเนินงาน (ณ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๔) ประชาชนมีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๒๖,๕๕๑,๖๐๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๖.๒๑ เปอร์เซนต์ จากค่าเป้าหมายของปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒๕,๐๐๐,๐๐๐ คน

เขตสุขภาพ	ประชากร		ร้อยละ
	ทั้งหมด (ต.ค.๒๕๖๓) (คน)	ที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (คน)	
๑	๕,๗๓๐,๑๔๔	๓,๓๐๔,๔๙๙	๕๗.๖๗
๒	๓,๒๖๗,๔๐๓	๑,๖๖๗,๐๕๒	๕๑.๐๒
๓	๒,๖๓๘,๕๗๓	๑,๗๘๗,๐๒๔	๖๗.๗๓
๔	๕,๘๓๗,๘๖๔	๑,๙๑๙,๐๕๒	๓๒.๘๗
๕	๕,๕๒๙,๕๖๕	๒,๒๕๖,๑๐๑	๔๐.๘๐
๖	๗,๕๗๘,๐๙๖	๒,๒๖๘,๔๖๕	๒๙.๙๓
๗	๔,๔๙๒,๙๕๘	๒,๕๖๘,๗๑๘	๕๗.๑๗
๘	๔,๙๕๗,๘๗๘	๑,๔๕๙,๖๑๕	๒๙.๔๔
๙	๖,๐๔๐,๙๘๑	๓,๒๐๘,๗๓๗	๕๓.๑๒
๑๐	๔,๐๓๔,๐๑๒	๑,๗๗๒,๗๖๒	๔๓.๙๕
๑๑	๔,๕๖๙,๓๗๗	๑,๘๐๑,๑๑๖	๓๙.๔๒
๑๒	๔,๙๖๕,๐๖๔	๒,๕๓๘,๔๖๑	๕๑.๑๓
รวม	๕๙,๖๔๑,๙๐๕	๒๖,๕๕๑,๖๐๒	๔๔.๕๒

หมายเหตุ ที่มา : รายงานการตรวจราชการ รอบที่ ๒ ปี ๒๕๖๔ และระบบลงทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ณ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๔ (<https://sites.google.com/site/primarycarecluster๒๐๑๗>)

๔.๒ รายงานความก้าวหน้าการบันทึกข้อมูลตามนโยบาย “คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน

การดำเนินงานตามนโยบาย “คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน” (๓ หมอ) ของทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ ในแต่ละเขตสุขภาพทุกจังหวัด ได้มีการดำเนินงานตามแผนของแต่ละจังหวัด ที่เป็นไปตามนโยบาย สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ผลการดำเนินงาน (ณ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๔) พบว่า การดูแลคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน และหมอคนที่ ๑ อสม.หมอประจำบ้าน ดูแลประชากรในหลังคาเรือนครอบคลุม ร้อยละ ๗๙ เปอร์เซนต์ จากประชากรเป้าหมาย จำนวน ๒๓,๘๒๖,๘๘๕ หลังคาเรือน ในส่วนที่เหลืออยู่ระหว่างเร่งรัดดำเนินการบันทึกข้อมูลในระบบ

เขต	ประชากรเป้าหมาย (สสป. : กรมการปกครอง)	หลังคาเรือนเป้าหมาย (กรมการปกครอง)	จำนวน อสม.เป้าหมาย	ผลการจัดระบบหมอประจำตัว ๓ คน		
				หมอคนที่ ๑ อสม.หมอประจำบ้าน	หมอคนที่ ๒ หมอสาธารณสุข	หมอคนที่ ๓ หมอครอบครัว/MD
๑	๕,๗๓๐,๑๔๔	๒,๔๘๙,๔๗๙	๑๓๒,๓๙๙	๗๐,๑๔๐ (๕๓%)	๒,๘๖๕	๕๓๖
๒	๓,๒๖๗,๔๐๓	๑,๓๑๕,๐๖๑	๗๐,๗๒๕	๕๘,๗๘๒ (๘๓%)	๑,๖๓๔	๓๐๑
๓	๒,๖๓๘,๕๗๓	๑,๑๓๔,๗๖๙	๖๐,๑๔๐	๕๘,๗๘๒ (๙๘%)	๑,๓๑๙	๒๔๗
๔	๕,๘๓๗,๘๖๔	๒,๕๐๕,๔๑๗	๖๔,๘๒๑	๖๔,๘๒๑ (๑๐๐%)	๓,๕๓๒	๙๐๔
๕	๕,๕๒๙,๕๖๕	๒,๒๑๓,๔๗๓	๗๒,๙๓๙	๕๖,๙๔๐ (๗๘%)	๒,๗๖๕	๓๘๓
๖	๗,๕๗๗,๐๙๖	๓,๓๐๘,๘๑๖	๗๒,๘๖๓	๔๐,๓๐๒ (๕๕%)	๓,๗๘๙	๔๒๑
๗	๔,๔๙๒,๙๕๘	๑,๖๒๒,๔๔๑	๑๐๔,๗๙๘	๘๙,๑๐๓ (๘๕%)	๒,๒๔๖	๔๖๔
๘	๔,๙๕๗,๘๗๘	๑,๘๑๐,๒๘๙	๑๐๖,๑๖๗	๘๒,๑๙๐ (๗๗%)	๒,๔๗๙	๕๐๕
๙	๖,๐๔๐,๙๘๑	๒,๒๔๔,๑๙๖	๑๒๙,๓๒๐	๑๑๒,๘๕๘ (๘๗%)	๓,๐๒๐	๕๓๓
๑๐	๔,๐๓๔,๐๐๒	๑,๔๐๔,๖๘๒	๘๖,๖๕๔	๖๕,๙๘๓ (๗๖%)	๒,๐๑๗	๓๗๕
๑๑	๔,๕๖๙,๓๗๗	๑,๙๗๕,๖๓๑	๗๕,๖๔๔	๕๕,๖๐๘ (๗๔%)	๒,๒๘๕	๓๗๐
๑๒	๔,๙๖๕,๐๖๔	๑,๖๔๘,๕๖๗	๖๓,๒๕๙	๖๒,๙๓๗ (๙๙%)	๒,๔๘๓	๔๒๖
รวม	๕๙,๖๔๑,๙๐๕	๒๓,๖๗๒,๘๒๑	๑,๐๓๙,๗๒๙	๘๑๘,๔๔๖ (๗๙%)	๒๙,๘๒๑	๕,๔๖๕

หมายเหตุ ที่มา : รายงานการตรวจราชการ รอบที่ ๒ ปี ๒๕๖๔ (<http://bie.moph.go.th/e-inspection-๖๔/index.php>, ฐานข้อมูลระบบ ๓ หมอ(<http://mdoctor.hss.moph.go.th/>) ณ วันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๔ และฐานข้อมูลของ สสป.

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. การพัฒนาระบบบริการรองรับนโยบายลดความแออัดของ รพ.แม่ข่าย โดยเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้สามารถดูแลประชาชนแบบองค์รวม	๑. จัดประชุมชี้แจงและถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อมอบของขวัญปีใหม่ : โครงการ ๓ หมอ “คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน” ๒.อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ปี ๒๕๖๔ ๓.ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.ฯ ๒๕๖๒	๑.ประชุมชี้แจงและถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อมอบของขวัญปีใหม่ : โครงการ ๓ หมอ “คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน” ๒.จัดระบบให้มีการมอบหมายหมอประจำตัว ๓ คน และจัดทำฐานข้อมูลหมอประจำตัว ๓ คน ๓.พัฒนาหมอประจำตัว ๓ คน ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพและสามารถให้ความรู้และคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๒. การปฏิบัติงานในการดูแลกลุ่มเป้าหมายดำเนินการไม่ได้ตามแผน เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา Covid-19	๑. พื้นที่วิเคราะห์ปัญหา กำหนดกลุ่มเป้าหมายในระดับพื้นที่/จังหวัด รวมถึงผลลัพธ์ให้ชัดเจน ๒. ฝึกอบรมในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่	อยู่ระหว่างดำเนินการ
๓. การบันทึกข้อมูล ๓ หมอ ผ่าน WWW.thaiphc.net โดยใช้ฐานข้อมูลที่ไม่เหมือนกัน เช่น สำรวจ, DB POP, ทะเบียนราษฎร์ ทั้งนี้ระบบการบันทึกข้อมูลปิดระบบ	๑. ให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และ รพ.สต. บันทึกข้อมูล ในระบบ WWW.thaiphc.net ให้ถูกต้องและครบถ้วน ๒. แจ้งประสานกับหน่วยงานส่วนกลางผู้รับผิดชอบในการพัฒนาโปรแกรมให้ง่ายแก่การเข้าถึงและเสถียร	๑. ประชากรที่อยู่ในพื้นที่ มีชื่อหมอคนที่ ๓ ๒. ประสาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปรับปรุงระบบโปรแกรม WWW.thaiphc.net
๔. การใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารและระบบรายงานข้อมูล ของ อสม.	๑. แผนการดำเนินงานการใช้ App คุยกับหมอ ๒. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลตามช่องทางที่ง่าย สะดวกและเหมาะสมกับบริบท	๑. มีแผนการดำเนินงานการใช้ App คุยกับหมอ ดำเนินการขยายผลการดำเนินงานต่อในจังหวัดที่ประสบปัญหา สถานการณ์การณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา Covid-19

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๑. เขตสุขภาพที่ ๑ ตำบลแม่ปืม (การสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพ แม่ปืม)
๒. เขตสุขภาพที่ ๒ มีกิลไก ๓ หมอ Monitor กลุ่มผู้ป่วย NCD Uncontrol / Lost follow up รายบุคคล โดยหมอคนที่ ๑ ติดตาม ส่งยา เยี่ยมบ้าน รายงาน ร่วมกับ หมอคนที่ ๒ และหมอคนที่ ๓ (สอน.จิวงาม, รพ.สต.ทุ่งยั้ง, รพ.สต.แม่พูล)
๓. เขตสุขภาพที่ ๔ มีรูปแบบการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวของ อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี อ.บ้านแพรง อ.บางปะหัน จ.พระนครศรีอยุธยา อ.องครักษ์ จ.นครนายก อ.ท่าช้าง จ.สิงห์บุรี, โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม สำหรับกลุ่มเสี่ยงหกล้ม ในชมรมผู้สูงอายุเครือข่าย รพ.ปทุมธานี
๔. เขตสุขภาพที่ ๕ การดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดย ๓ หมอ ใน จ.สมุทรสาคร และ จ.นครปฐม, การดูแลผู้สูงอายุ โดย ๓ หมอ ใน อ.บางแพ จ.ราชบุรี อ.แก่งกระจาน จ.เพชรบุรี อ.บางคนที่ จ.สมุทรสงคราม
๕. เขตสุขภาพที่ ๖ อบรมเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ของ จ.ตราด จากงบกิจกรรมพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๖. เขตสุขภาพที่ ๗ จ.มหาสารคาม แนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโควิด -19 โดยเครือข่าย CoC และทีม ๓ หมอ ในชุมชน ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๑๔ วัน และแนวทางการเตรียมรับผู้ป่วยโควิด -19 กลับสู่ชุมชน เพื่อไป Home Quarantine จ.มหาสารคาม

๘. เขตสุขภาพที่ ๙ รพ.หนองบัวระเหว มีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (CCC) เป็นต้นแบบการดูแลกลุ่ม IMC, LTC, PC มีความเชื่อมโยงกับหมอมคนที ๑ หมอมคนที ๒ และหมอมคนที ๓ และมีการออกแบบแนวทาง (Model) “สู้โควิด-19 ด้วยทีมหมอมครอบครัว” พร้อมการดำเนินงาน Home Isolation และ Community Isolation

๙. เขตสุขภาพที่ ๑๐ จ.อุบลราชธานี กำหนดนโยบายเพิ่มเป็น ๓ หมอ + ๑ ผช.หมอ (สนค.) และมี อสม. ดีเด่นระดับชาติ สาขาทันตสุขภาพ คือ น.ส.ยุพิน รันตะคำ อสม.ดีเด่น ต.สองคอน อ.โพธิ์ไทร จ.อุบลราชธานี, จ.อำนาจเจริญ มี อสม.เข้ารับการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติ ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒ สาขา (ศบส., สุขภาพจิต ในชุมชน)

๑๐. เขตสุขภาพที่ ๑๑ ตัวอย่างโครงการที่ดีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร จัดทำโครงการพัฒนา คุณภาพและรูปแบบบริการของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานที่กำหนด สนับสนุนการครอบคลุม ต่อเนื่อง

๑๑. เขตสุขภาพที่ ๑๒ การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ การสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น ทำให้มี จำนวน อสม.หมอมประจำบ้านที่เพิ่มขึ้นเกินเป้าหมายในบางพื้นที่ มีความพร้อมของทีมวิทยากรแต่ละระดับเกิด ความร่วมมือ ของ อสม. Drug grab และ อสม. Delivery ส่งยาให้ผู้ป่วยเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง พร้อมทั้งการ ประเมิน คุณภาพชีวิต โดยติดตามผ่านระบบไลน์

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. การต่อยอด และขยายผล กลไก ๓ หมอ ในการ Monitor กลุ่มผู้ป่วย NCD Uncontrol / Loss F/U รายบุคคล ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

๒. พัฒนาระบบเชื่อมโยงประสานการทำงานของ ๓ หมอ ด้วยเทคโนโลยี เช่น Application ๓ หมอ รู้จักคุณ

๓. ประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ที่เกิดกับประชาชน ลดเสี่ยง ลดโรค

๔. ระบบโปรแกรมในการบันทึกข้อมูล ๓ หมอ ยังไม่เสถียรทำให้การบันทึกข้อมูลและการประมวลผล มีความคลาดเคลื่อน ไม่ถูกต้องและครบถ้วน ประสานผู้ดูแลระบบเพื่อการพัฒนาการใช้งานให้ดีขึ้น

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. การสื่อสารแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนของส่วนกลางเพื่อให้สอดคล้องกับการประสานงานทุกระดับ

๒. การสนับสนุนงบประมาณการพัฒนาศักยภาพ หมอมคนที ๑ (อสม.หมอมประจำบ้าน) ให้เพียงพอ และเหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

๓. การพัฒนาระบบโปรแกรมการบันทึกข้อมูล ให้เสถียร ไม่ซับซ้อนและใช้งานง่าย

๔. การประชาสัมพันธ์ การสร้างความเชื่อมั่นและการรับรู้เกี่ยวกับนโยบาย ๓ หมอ แก่ประชาชน

ผู้รายงาน	นพ.สฤกษ์เดช เจริญไชย
ตำแหน่ง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
ผู้รายงาน	นายจรัส รัชกุล
ตำแหน่ง	รักษาการผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒. ตัวชี้วัด: การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : นพ.สุฤษดิ์เดช เจริญไชย รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐและมาตรา ๕๕ และมาตรา ๒๕๘ ช. (๕) บัญญัติให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศโดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ตั้งแต่วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เชื่อมโยงในระดับครอบครัว ชุมชน ตั้งแต่ก่อนป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ส่งเสริมให้ประชาชนและครอบครัว สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้และช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ จากการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง เกิดผลดังรายละเอียด นี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้เปิดดำเนินการให้บริการประชาชน ซึ่งผ่านการตรวจประเมินและได้มีการประกาศการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติ ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต จำนวนรวม ๑,๙๗๙ หน่วย แบ่งเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จำนวน ๘๙๖ หน่วย และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) จำนวน ๑,๐๘๓ หน่วย และมีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ขอยกเลิก ๑๒ หน่วย

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มจากหลักพันเป็นหลักหมื่นในแต่ละวัน ส่งผลให้การดำเนินงานระบบปฐมภูมิรอบ ๑๒ เดือน ต้องมีการปรับรูปแบบการประเมินมาตรฐาน ในขณะที่เดียวกันได้ช่วยทำภารกิจใหม่โดยหมอคนที่ ๑ ชัดเจนขึ้น สำหรับการตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนระดับจังหวัดและได้มีการประกาศการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้เปิดให้บริการประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพ ๑๒ เขต ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จำนวน ๑๔๔ หน่วย และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) จำนวน ๓๘๙ หน่วย และได้มีการดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๗๘ หน่วย จำนวนรวม ๗๑๑ หน่วย และมีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ขอยกเลิก ๑ หน่วย

สรุปได้ว่า ยอดสะสมในจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ ดังนี้ ๑) หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เขตสุขภาพ ๑๒ เขต (PCU) จำนวน ๑,๐๔๐ หน่วย และ ๒) หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (PCU) จำนวน ๑๗๘ หน่วย สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต (NPCU) จำนวน ๑,๔๗๒ หน่วย รวมทั้งสิ้น จำนวน ๒,๖๙๐ หน่วย

๔.๑ ผลการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ในพื้นที่เขตสุขภาพ ๑๒ เขต และในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เขต	จำนวน DB Pop (ต.ค.๒๕๖๓)	เป้าหมาย ๑๐ ปี (หน่วย)	แผนปี ๖๔ (จังหวัด) (หน่วย)	PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียน (หน่วย)					ร้อยละ	ประชากรขึ้นทะเบียน (คน)	
				สะสม ปี ๖๓	ปี ๖๔			รวมสะสม ๖๒-๖๔		จำนวน	ร้อยละ
					ครั้งที่ ๑&๒	***ครั้งที่ ๓	รวม				
๑	๕,๗๓๐,๑๔๔	๕๓๘	๘๘	๒๔๗	๓๑	๓๖	๖๗	๓๑๔	๕๘.๓๖	๓,๓๐๔,๔๙๙	๕๗.๖๗
๒	๓,๒๖๗,๔๐๓	๓๐๓	๓๒	๑๓๐	๑๙	๘	๒๗	๑๕๗	๕๑.๘๒	๑,๖๖๗,๐๕๒	๕๑.๐๒
๓	๒,๖๓๘,๕๗๓	๒๖๗	๔๒	๑๓๑	๘	๒๘	๓๖	๑๖๗	๖๒.๕๕	๑,๗๘๗,๐๒๔	๖๗.๗๓
๔	๕,๘๓๗,๘๖๔	๔๓๘	๖๓	๑๖๔	๗	๙	๑๖	๑๘๐	๔๑.๑๐	๑,๙๑๙,๐๕๒	๓๒.๘๗
๕	๕,๕๒๙,๕๖๕	๔๑๘	๕๙	๑๕๒	๓๘	๒๑	๕๙	๒๑๑	๕๐.๔๘	๒,๒๕๖,๑๐๑	๔๐.๘๐
๖	๗,๕๗๘,๐๙๖	๕๔๓	๔๙	๑๗๖	๑๕	๑๗	๓๒	๒๐๘	๓๘.๓๑	๒,๒๖๘,๔๖๕	๒๙.๙๓
๗	๔,๔๙๒,๙๕๘	๔๖๔	๘๓	๑๗๗	๖๔	๖	๗๐	๒๔๗	๕๓.๒๓	๒,๕๖๘,๗๑๘	๕๗.๑๗
๘	๔,๙๕๗,๘๗๘	๕๖๗	๙๗	๑๒๒	๖	๑๖	๒๒	๑๔๔	๒๙.๔๐	๑,๔๕๙,๖๑๕	๒๙.๔๔
๙	๖,๐๔๐,๙๘๑	๕๓๒	๙๕	๒๒๕	๒๕	๔๐	๖๕	๒๙๐	๕๔.๕๑	๓,๒๐๘,๗๓๗	๕๓.๑๒
๑๐	๔,๐๓๔,๐๐๒	๔๕๙	๘๓	๑๓๖	๑๐	๓๐	๔๐	๑๗๖	๓๘.๓๔	๑,๗๗๒,๗๖๒	๔๓.๙๕
๑๑	๔,๕๖๙,๓๗๗	๔๑๙	๖๙	๑๓๐	๒๘	๑๓	๔๑	๑๗๑	๔๐.๘๑	๑,๘๐๑,๑๑๖	๓๙.๔๒
๑๒	๔,๙๖๕,๐๖๔	๔๗๒	๘๒	๑๘๙	๓๔	๒๔	๕๘	๒๔๗	๕๒.๓๓	๒,๕๓๘,๔๖๑	๕๑.๑๓
๑๓ กทม.	๕,๗๖๗,๑๒๕	๕๐๐	-	๐	๑๗๘	๐	๑๗๘	๑๗๘	๒๙.๖๗	๑,๗๘๓,๓๔๙	๓๐.๙๒
รวม	๖๕,๔๐๙,๐๓๐	๕,๙๒๐	๘๔๒	๑,๙๗๙	๔๖๓	๒๔๘	๗๑๑	๒,๖๙๐	๔๕.๔๔	๒๘,๓๓๔,๙๕๑	๔๓.๓๒

หมายเหตุ : ข้อมูลจาก สสพ. ณ วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๔ (กำลังเสนอประกาศขึ้นทะเบียนครั้งที่ ๓/๒๕๖๔)

หมายเหตุ : แผนการจัดตั้ง ปี ๒๕๖๔ เป็นข้อมูลจากแผนการจัดตั้ง PCU/NPCU ๑๐ ปี ของจังหวัดที่ได้ทบทวนใหม่

ตาราง ๔.๑ ผลการจัดตั้งและการประกาศขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในพื้นที่เขตสุขภาพ ๑๒ เขต สะสม (ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔) รวมจำนวน ๒,๕๑๒ หน่วย และในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๗๘ หน่วย คิดเป็น ๑๐๐.๔๘ เปอร์เซ็นต์ ของเป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวนเป้าหมาย ๒,๕๐๐ หน่วย

๔.๒ ปัญหา แผน/กิจกรรมการแก้ไขและผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. สถานการณ์การระบาดของโรค COVID - 19 ส่งผลกระทบการจัดตั้ง PCU/NPCU ดังนี้ ๑.๑ การพัฒนาศักยภาพของแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว - การอบรมระยะสั้น - การอบรม Basic Course ๑.๒ การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานปฐมภูมิ	๑. วางแผนและทบทวนแผนการจัดตั้ง PCU/NPCU ตามบริบทและครอบคลุมประชากรในพื้นที่ ๒. เพิ่มจำนวนสถาบันวิชาการ (สถาบันหลัก) และสถาบันปฏิบัติงาน (สถาบันสมทบ) ในแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อให้สามารถผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในพื้นที่ได้ทันตามแผนการจัดตั้ง	๑. มีแผนการเปิด PCU-NPCU ตามเป้าหมาย ระยะ ๑๐ ปี (ตั้งแต่ ๒๕๖๒-๒๕๗๒) ๒. พัฒนาหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
๒. การเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล	- ปรับเปลี่ยนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้ควบคู่กับการป้องกันโรคและดูแลแก้ปัญหาการ	๑. มีระบบ Telehealth โดยใช้ App. “คุยกับหมอ” ในการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ เป็นการ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	<p>ระบาดของโรค โดยการใช้ระบบ Cloud Conference/ Telemedicine/Zoom/Line/ โทรศัพท์ ในการให้คำปรึกษาและการรักษาของแพทย์</p> <p>- แผนการพัฒนาระบบฐานข้อมูล Application ต่างๆ เพื่อรองรับการดำเนินงาน ตาม พรบ.ฯ ๒๕๖๒ และ ร่วมกันบูรณาการข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สปสช. บริษัท ทีไอที จำกัด และบริษัทเนชั่นแนลดิจิทัลไอที จำกัด</p>	<p>ส่วนตัวกับประชาชนและบริการรักษาของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>๒. การพัฒนาระบบข้อมูล ตาม พรบ. ๒๕๖๒</p> <p>- ศึกษาและจัดทำต้นแบบ (Prototype) ระบบยืนยันตัวตนดิจิทัล (Digital ID)</p> <p>- Health Information Exchange (HIE) Platform</p>

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี) : Application PCC

๑. เขตสุขภาพที่ ๑ ต.แม่ปืม (การสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพ ต.แม่ปืม), ต.จุน (ผู้สูงอายุ, สิ่งแวดล้อมดี, ชุมชนปลอดภัย), การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักโดยกลไก ๓ หมอ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.น่าน, NPCU ป่าจิว อ.เวียงเป้า PCU ต้นแบบการดำเนินงานในพื้นที่เขตเมือง, PCU ศสม.เมืองเชียงราย ต้นแบบการดำเนินงานในพื้นที่เขตเมือง, พขอ.ต้นแบบ พขอ.เชียงของ “๕ ดวงใจ สายใยคุณภาพชีวิต”, พขอ.พญาเม็งราย การดูแลเด็กปฐมวัย EF

๒. เขตสุขภาพที่ ๓ รางวัลชนะเลิศระดับเขตสุขภาพ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิวังไทร อ.คลองขลุง จ.กำแพงเพชร และรางวัลชนะเลิศขวัญใจประชาชนระดับประเทศของแต่ละเขต คือ คลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง จ.พิจิตร (รางวัลชนะเลิศคลิปวิดีโอสร้างสรรค์)

๓. เขตสุขภาพที่ ๔ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกปฏิบัติงานที่ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการออกเยี่ยมบ้าน เช่นที่ NPCU สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติพิบูลทอง ออกแบบการดำเนินงานใน NPCU ให้แต่ละสาขาวิชาชีพร่วมกันทำงานได้อย่างเหมาะสมตามบริบทร่วมกับภาคีเครือข่าย สามารถดูแลผู้สูงอายุและเตรียม Pre aging ในชุมชนได้อย่างดี, และรูปแบบการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี อ.บางปะอิน อ.บ้านแพรก จ.พระนครศรีอยุธยา และ อ.องค์รักษ์ จ.นครนายก

๔. เขตสุขภาพที่ ๕ นวัตกรรม รพ.สต. : การเปิดห้องปฏิบัติการนอกโรงพยาบาล ที่ PCU/NPCU และเชื่อมโยงข้อมูลห้อง LAB, X-ray, Telemedicine ที่ NPCU รพ.สต.บ้านดอนสว่าง อ.ด่านมะขามเตี้ย จ.กาญจนบุรี, นวัตกรรมระบบนัด On board to online : การนำระบบ IT มานัดผู้ป่วยเรื้อรัง การเยี่ยมบ้าน ของ NPCU รพ.สต.ไร่ส้ม จ.เพชรบุรี, ต้นแบบเรื่องการแบ่งโซน NPCU เช่น โซนกายภาพ โซนศูนย์อุบัติเหตุ ในเขต อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี, นวัตกรรม Patcharee Model การดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนกลุ่มดีขึ้น ร้อยละ ๔๕.๕๕ และนวัตกรรม สมุดประจำตัว ผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ของ PCU โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร อ.เมืองสุพรรณบุรี จ.สุพรรณบุรี, ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยแบ่งเป็นระดับ แดง ส้ม เขียว ของ NPCU รพ.สต.ห้วยแม่เพรียง

๕. เขตสุขภาพที่ ๖ จ.สมุทรปราการ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผ่านโปรแกรม COC โดยผ่านการพัฒนา MOU กับ AIS เพื่อลดการลงข้อมูล ๒ โปรแกรม ในโปรแกรม COC และโปรแกรม JHCIS หรือ HOS XP ใน CUP อ.เมือง จ.สมุทรปราการ, การพัฒนาระบบ Telemedicine เชื่อมข้อมูลกับ รพ.สต. ในการปรึกษา

แพทย์เฉพาะทางกับทาง รพ.สมุทรปราการ ในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมาร สูตินรีเวช ออร์โธปิดิก และแผนกผิวหนังในการปรึกษาและสามารถส่งยา รวมถึงมีระบบจัดส่งยามาให้ผู้ป่วย ที่ รพ.สต. ได้, จ.ระยอง มีรูปแบบการจัดบริการคลินิกกอบอุ้มในหน่วยบริการปฐมภูมิ

๖. เขตสุขภาพที่ ๗ จ.กาฬสินธุ์ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพิง/ติดเตียง อย่างต่อเนื่องที่บ้าน, บทบาทของ อสม.หมอบประจำบ้าน ในงานเชิงรุกเคาะประตูบ้านต้านโควิด-19 ให้ความรู้ ฝ้าระวัง คัดกรอง, กลุ่มเสี่ยง และติดตามกำกับ Home Quarantine คุณภาพ, จิตอาสาในการรับ-ส่งยา ให้ผู้ป่วยในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 จนเกิดนวัตกรรม Drug Delivery นำส่งยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ลดแออัด ลดรอคอย

๗. เขตสุขภาพที่ ๙ มีนโยบายให้แพทย์ Intern ๑,๒ เข้ารับการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น Advance course และ Basic course ตามหลักสูตรราชวิทยาลัย และสามารถขึ้นทะเบียนและจัดบริการ PCU/NPCU ได้เป็นไปตามเป้าหมาย, หลักสูตรโรงเรียนผู้บริหารการแพทย์และสาธารณสุขระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (PCC Scholl) เพื่อพัฒนาเป็นโรงเรียนแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาวะของระดับปฐมภูมิร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุขและภาคเครือข่ายการสร้างทีมสุขภาพ และเป็นผู้นำรุ่นใหม่ โดยมีจำนวน ๑๐ อำเภอ ที่เข้าร่วม, นวัตกรรม “สู้โควิด-19 ด้วยทีมหมอบครอบครัว” ออกแบบแนวทาง (Model) การดำเนินงาน Home Isolation และ Community Isolation และมีการออกไปรับรองแพทย์และรับรองความพิการ ได้ที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิบางแห่ง

๘. เขตสุขภาพที่ ๑๐ การเยี่ยมเสริมพลัง พี่เยี่ยมน้องใน PCU/NPCU ทุกจังหวัด, Tele Medicine, จ.ยโสธร ลดความแออัด ใน รพ. อัตราส่วนการให้บริการ OPD Visit : HOSP Visit ใน PCU/NPCU ได้ร้อยละ ๗๗.๗๗ (สัดส่วน > ๑.๗)

๙. เขตสุขภาพที่ ๑๑ การพัฒนาคลินิกหมอบครอบครัวในเขตชุมชนเมือง จ.สุราษฎร์ธานี โดยเน้นการดูแลประชากรในพื้นที่ด้วยทีมหมอบครอบครัว (Family Care Team) เน้นกลุ่มเป้าหมายหลักที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมหมอบครอบครัว ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คุมไม่ได้หรือมีโรคแทรกซ้อน สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ และผู้พิการ

๑๐. เขตสุขภาพที่ ๑๒ อยู่ระหว่างทดสอบการใช้แพลตฟอร์มหมอรู้จักคุณในระบบข้อมูลบริการปฐมภูมิ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา-2019 และมีการรวมพลังใช้ทีมปฐมภูมิลงเยี่ยมบ้าน การตรวจคัดกรองด้วย ATK หากผลเป็นลบ ให้บริการฉีดวัคซีน หากผลเป็นบวกให้การดูแลตามแนวทาง Home Isolation ในพื้นที่ และจัดทีมปฐมภูมิจิตอาสาเข้าช่วยเหลือดำเนินการในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. ส่งเสริมและสนับสนุนให้แพทย์เรียนเวชศาสตร์ครอบครัว หลักสูตร Basic Course ให้มากขึ้น โดยเฉพาะในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ยังไม่ถึงเป้าหมาย

๒. กำหนดแนวทางการพิจารณาจัดสรรบุคลากร/คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๓. เน้นกิจกรรมการป้องกันและติดตามกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM/HT) และวัณโรค ให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

๔. วางแผนการจัดสรรงบประมาณ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้บริการ เพื่อรองรับการเปิดให้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. ส่วนกลาง ควรให้หน่วยบริการ สามารถบันทึกข้อมูลเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้ตลอดเวลา

๒. ส่วนกลาง จัดทำกรอบ อัตรากำลังและกำหนดตำแหน่งให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น นักกายภาพ แพทย์แผนไทย

๓. จัดหลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อจัดบริการให้มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์และเชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน โดยมีชุมชนในการออกแบบระบบบริการ

๔. ควรมีทีมผู้นิเทศจากเขตสุขภาพหรือกระทรวง เนื่องจากเขตสุขภาพไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำ ต้องใช้ทีมจากจังหวัดเพื่อช่วยให้มองเห็นภาพของการบริหารจัดการระดับเขตหรือระดับกระทรวง

ผู้รายงาน นายสฤกษ์ดีเดช เจริญไชย
ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุน
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

วัน/เดือน/ปี ๑๕ ก.ย. ๒๕๖๔

โทร ๐-๒๕๙๐-๑๙๓๘ e-mail : planpcc@gmail.com

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ๓. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
๒. หัวข้อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)
 - หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ

๔. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีเจตนารมณ์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป ได้กำหนดให้ทุกอำเภอของทุกจังหวัดเว้นแต่กรุงเทพมหานคร มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงานดังกล่าว โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ หมายถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” มีการติดตามประเมินผลตามองค์ประกอบ UCCARE (U=Unity Team การทำงานเป็นทีม, C= Customer Focus การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน, C= Community participation การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี, A=Appreciation การชื่นชมและให้คุณค่า, การเยี่ยมเสริมพลัง, R=Resource sharing and human development การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร, E= Essential care) ในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่พื้นที่กำหนดร่วมกัน โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและการประเมินระดับจังหวัด

ระดับที่ ๑	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
ระดับที่ ๒	มีการขยายการดำเนินการ
ระดับที่ ๓	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญ และ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน)

	(การดำเนินการ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกชั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
ระดับที่ ๔	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)
ระดับที่ ๕	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร

สรุปผลการดำเนินงาน

ปี พ.ศ.	จำนวนพื้นที่ดำเนินการ	KPT กระทรวง
๒๕๕๙	๗๓ อำเภอ (นำร่อง พื้นที่สมัครใจ : ตามแผนปฏิรูประบบสาธารณสุข)	-
๒๕๖๐	๒๐๐ อำเภอ(ขยายผล พื้นที่สมัครใจ:ตามแผนปฏิรูประบบสาธารณสุข)	-
๒๕๖๑	๘๗๘ อำเภอ (ขยายผลเต็มพื้นที่รองรับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑)	เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐ ผลงาน ร้อยละ ๕๐.๗
๒๕๖๒	๘๗๘ อำเภอ (เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ)	เป้าหมาย ร้อยละ ๖๐ ผลงาน ร้อยละ ๖๖.๒๘
๒๕๖๓	๘๗๘ อำเภอ (เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ)	เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐ ผลงาน ร้อยละ ๗๑.๔๑
๒๕๖๔	๘๗๘ อำเภอ (เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ)	เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ ผลงาน ร้อยละ ๗๓.๑๒ (ชะลอการประเมินผลงานเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙)

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการที่สำคัญ ปี ๒๕๖๔

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีมาตรการที่สำคัญ ดังนี้

๑. การสร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ
๒. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม
๓. การเสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน



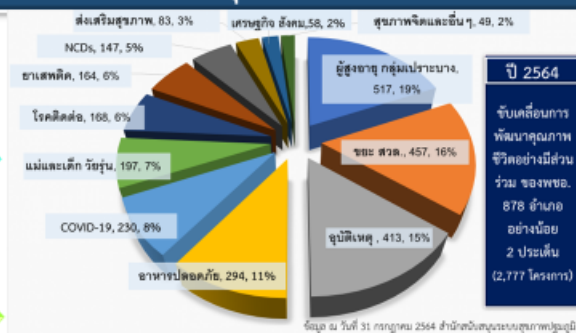
สรุปผลการดำเนินงาน พชอ.ที่มีคุณภาพ ร้อยละ 75 พชอ. (ปี 2564)

ร
ะ
เป็
ย
บ
สำ
นัก
น
าย
ก
ร
ัฐ
มน
ตร
ี
ว่า
ด้
ว
ย
ก
า
ร
พั
ฒ
น
า
ค
ุณ
ภ
า

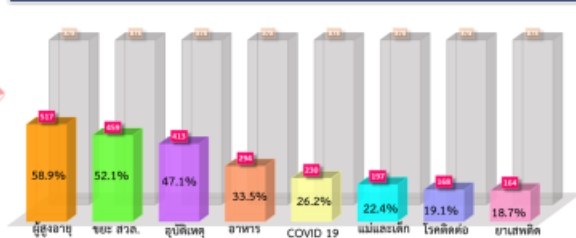
สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบ
บริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น
อย่างมีคุณภาพ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
อย่างมีส่วนร่วม

เสริมสร้างศักยภาพ พชอ.
อย่างมั่นคงและยั่งยืน



เปรียบเทียบร้อยละของจำนวนอำเภอที่ขับเคลื่อนประเด็นต่างๆ ปี 2564



ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2564 สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ร้อยละ 73.12
(642 อำเภอ
จาก 878อำเภอ)
มี พชอ.ที่มี
คุณภาพ
ผลการประเมิน
ตามแบบ
UCCARE
ในการประเมิน
ตนเองและผู้
ประเมินระดับ
จังหวัด

พชอ.ระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ มีเจตนารมณ์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ในปี ๒๕๖๔ ทุกอำเภอ (๘๗๘ อำเภอ ร้อยละ ๑๐๐) มีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ“พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ดังนี้

๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นปัจจุบันครบทุกอำเภอ (๘๗๘ อำเภอ ร้อยละ ๑๐๐)
๒. มีผลการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ ๓ ขึ้นไปครบทุกอำเภอ (๘๗๘ อำเภอ ร้อยละ ๑๐๐) และรายงานผลการประเมิน เพื่อวางแผนพัฒนาร่วมกับจังหวัด
๓. มีการกำหนดแผนและเป้าหมายในการดูแลกลุ่มเปราะบางครบทุกอำเภอ
๔. มีการประชุมอย่างมีส่วนร่วมคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น รวมทั้งสิ้น ๒,๗๗๗ ประเด็น

ประเด็นที่มีการขับเคลื่อนสูงสุด ๕ อันดับ คือ

- ๑) ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้เปราะบาง จำนวน ๕๑๗ อำเภอ (ร้อยละ ๕๘.๘๘ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
- ๒) การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม จำนวน ๔๕๗ อำเภอ (ร้อยละ ๕๒.๐๕ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
- ๓) อุบัติเหตุ จำนวน ๔๑๓ อำเภอ (ร้อยละ ๔๗.๐๔ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
- ๔) อาหารปลอดภัย เกษตรปลอดภัย จำนวน ๒๙๔ อำเภอ (ร้อยละ ๓๓.๔๘ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
- ๕) โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) จำนวน ๒๓๐ อำเภอ (ร้อยละ ๒๖.๑๙ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)

ทุกอำเภอ (๘๗๘ อำเภอ) มีการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเอง แต่ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ทำให้จังหวัดในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดและจังหวัดอื่น ๆ ปรับแผนและดำเนินงานเกี่ยวกับประเด็นป้องกันและเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) และไม่สามารถดำเนินการประเมินผลทั้งสองประเด็นได้อย่างครบถ้วน และสมบูรณ์ กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับแผนโดยการชะลอการประเมินผล พชอ.ที่มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพไปก่อน เนื่องจากผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขตสุขภาพต้องปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคระบาดอย่างเข้มงวด มีการปรับแผนในการเยี่ยมเสริมพลังทางออนไลน์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. แผนในการปฏิบัติงาน กำกับติดตามและประเมินผล ส่วนใหญ่เป็นการจัดประชุม ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานล่าช้า เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙)	-ปรับใช้การสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ VDO Conference / Zoom และแอปพลิเคชัน ต่างๆ เช่น Line, Facebook	มีการติดตามการสรุปการประชุมออนไลน์ จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ทำให้จังหวัดในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด และจังหวัดอื่น ๆ ไม่สามารถดำเนินการประเมินผลทั้งสองประเด็นได้ แต่สามารถปรับแผนและดำเนินงานเกี่ยวกับประเด็นป้องกันและเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขปรับแผนโดยการชะลอการประเมินผลในช่วงครึ่งปีหลังเพื่อไม่ให้เป็นการเร่งผู้ปฏิบัติงานมากเกินไป
๒. กลไกเชื่อมโยงการขับเคลื่อนงาน พชอ.ในระดับจังหวัด	กำหนดให้มินิโยบาย กลไกสนับสนุนระดับจังหวัด (พชจ.) ในการขับเคลื่อน พชอ.ที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับชุมชนท้องถิ่น อย่างมีประสิทธิภาพ	มีหนังสือจากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ขอความร่วมมือในการแต่งตั้ง พชจ.ตามความเหมาะสมของพื้นที่ (จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ทำให้จังหวัดในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด ยังไม่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
		สามารถดำเนินการได้ แต่ได้วางแผนดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๕)
๓. สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙)	มีการใช้กลไก พชอ. ในการจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙	กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนทั้งนโยบายและงบประมาณให้ พชอ. ดำเนินประเด็นป้องกันและเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) โดยการบูรณาการทรัพยากรร่วมกันของภาครัฐ เอกชนและประชาชนในพื้นที่ทำให้เกิดผลการดำเนินงานบูรณาการการดำเนินงานในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการช่วยเหลือกลุ่มผู้เปราะบางจากโควิด ๑๙ ทำให้การดำเนินงานรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์
๔. ผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาในบางพื้นที่ยังไม่ชัดเจน	๑. ประชุมคณะกรรมการ พชอ. เพื่อบูรณาการความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อน ๒. นำเสนอผลการดำเนินงานต่อกรมการจังหวัดทุกเดือน ๓. ติดตามการดำเนินงาน/เยี่ยมเสริมพลัง	๑. วางแผนจัดประชุมคณะกรรมการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ๒. มีแผนในการเยี่ยมเสริมพลังและถอดบทเรียนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ยังไม่สามารถดำเนินการได้ แต่ได้วางแผนดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๕)

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

ลำดับที่	เขตสุขภาพที่	นวัตกรรม
๑	๑	พชอ. เชียงของ “๕ ดวงใจ สายใยคุณภาพชีวิต” การดำเนินงานตามกลุ่มวัยของ อ. เชียงของ จ. เชียงราย
๒	๑	พชอ. พญาเม็งราย “การดูแลเด็กปฐมวัย EF “ อ. พญาเม็งราย จ. เชียงราย
๓	๑	จังหวัดลำพูน การใช้ Application “พันภัย” ในการช่วยเหลือผู้เปราะบางร่วมกับ

ลำดับที่	เขตสุขภาพที่	นวัตกรรม
		สภาภาษาไทยในทุกอำเภอ
๔	๑	พขอ.จุน และพขอ.เชียงใหม่ จ.พะเยา ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และกลุ่มเปราะบาง
๕	๑	พขอ.ขุนยวม ภูมิถิ่นธรรม พลังบำบัด วิถีแห่งขุนยวม อ.ขุนยวม จ.แม่ฮ่องสอน
๖	๑	พขอ.บ้านโฮ้ง สมุนไพรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อ.บ้านโฮ้ง จ.ลำพูน
๗	๒	พขอ.บ้านตาก ประเด็นบ้านตากเมืองสะอาด ต้นแบบการบริหารจัดการขยะแบบครบวงจร อ.บ้านตาก จ.ตาก
๘	๒	พขอ.แม่ระมาด และ พขอ.อุ้มผาง จ.ตาก มีการดำเนินงานเชื่อมโยงกลไกร่วมกับรพ.สต.ติดดาว ทำให้เกิดพื้นที่ต้นแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
๙	๒	พขอ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก เครือข่ายพระคิลานุปัฏฐาก
๑๐	๒	พขอ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ ต้นแบบอาหารปลอดภัย
๑๑	๒	พขอ.เมืองสุโขทัย จ.สุโขทัย ต้นแบบประเด็นการป้องกันเด็กจมน้ำ
๑๒	๒	พขอ.ศรีสัชชนาลัย จ.สุโขทัย ต้นแบบประเด็นอาหารปลอดภัย
๑๓	๒	พขอ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์ การดูแลผู้เปราะบางในสถานการณ์โควิด ๑๙
๑๔	๓	พขอ.บางมูลนาก จ.พิจิตร การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด๑๙
๑๕	๓	พขอ.สว่างอารมณ์ จ.อุทัยธานี การตั้งครรภในวัยรุ่น
๑๖	๓	พขอ.สรรพยา จ.ชัยนาท “คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ”
๑๗	๓	พขอ.ทรายทองวัฒนา จ.กำแพงเพชร “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคเรื้อรัง”
๑๘	๔	พขอ.ท่าช้าง จ.สิงห์บุรี “ การดูแลผู้สูงอายุและการเตรียม Pre aging ในชุมชน”
๑๙	๔	พขอ.บางปะหัน จ.พระนครศรีอยุธยา “การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน”
๒๐	๔	พขอ.แก่งคอย จ.สระบุรี โรงเรียนวิถีพอเพียง
๒๑	๔	พขอ.เมืองปทุมธานี จ.ปทุมธานี “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม”
๒๒	๕	พขอ.เมืองสมุทรสาคร จ.สมุทรสาคร “การดูแลผู้ยากไร้ และผู้เปราะบาง”
๒๓	๕	พขอ.ห้วยกระเจา จ.กาญจนบุรี “การพัฒนาชีวิตเพื่อคุณภาพชีวิต”
๒๔	๕	พขอ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี การดูแลผู้สูงอายุและผู้เปราะบาง / การจัดการขยะ
๒๕	๕	พขอ.ชะอำ จ.เพชรบุรี ต้นแบบการจัดการเรื่องอุบัติเหตุ นวัตกรรม google map บอกจุดเสี่ยง
๒๖	๕	พขอ.แก่งกระจาน จ.เพชรบุรี การจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
๒๘	๕	พขอ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี ชุมชนปลอดภัย
๒๙	๕	พขอ. ศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี นวัตกรรมกองทุนคนดีช่วยคนป่วย
๓๐	๖	พขอ.ศรีราชา พขอ.บ้านบึง พขอ.หนองใหญ่ พขอ.สัตหีบ และ พขอ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร โดยการจัดตั้งกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิต
๓๑	๗	พขอ.อุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น เศรษฐกิจพอเพียง

ลำดับที่	เขตสุขภาพที่	นวัตกรรม
๓๒	๗	พขอ.พยัคฆภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม Smart kids (จังหวัดไอไอตียั่งยืน)
๓๓	๘	มีโปรแกรมการกำกับติดตามผลงาน CL UCCARE R๘ (Collective Learning UCCARE R๘) เพื่อติดตามผลการดำเนินงานและมีการเรียนรู้ร่วมกันของอำเภอ/จังหวัด/เขต ในสถานการณ์โควิด ๑๙ ที่ไม่สามารถลงเยี่ยมเสริมพลังพื้นที่ได้
๓๔	๙	พขอ.พิมาย จ.นครราชสีมา ต้นแบบการบูรณาการทรัพยากร ต้นแบบการตั้งกองทุน
๓๕	๙	พขอ.หนองบัวระเหว จ.ชัยภูมิ ต้นแบบมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน
๓๖	๑๐	พขอ.ขุนหาญ จ.ศรีสะเกษ “ขุนหาญเมืองสะอาด”
๓๗	๑๐	พขอ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี “ปิ่น ปิ่น ปิ่น สร้างสุขภาพ”
๓๘	๑๑	พขอ.ลานสกา จ.นครศรีธรรมราช ลานสกาโมเดล
๓๙	๑๑	พขอ.หลังสวน จ.ชุมพร คลังสมองเพื่อโรงพยาบาลของประชาชน
๔๐	๑๑	พขอ.สุขสำราญ จ.ระนอง ประเด็นอุบัติเหตุ
๔๑	๑๒	พขอ.ควนขนุน จ.พัทลุง ประเด็น การลดอุบัติเหตุบนถนน
๔๒	๑๒	พขอ.ละงู จ.สตูล ชุมชนจัดการการท่องเที่ยว
๔๓	๑๒	พขอ.เมืองปัตตานี จ.ปัตตานี จาปัญญีแร (ชุมชนดูแลกัน)

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. รูปแบบการบูรณาการการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในพขอ. เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืน
๒. นำรูปแบบการบูรณาการการทำงานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ในการปรับใช้กับการแก้ไขปัญหาที่จำเป็นเร่งด่วนมาใช้ให้เป็นปกติ เช่น การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้คำปรึกษาทางระบบออนไลน์ การปรับวิธีการรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ทำให้การดำเนินงานในหลายกิจกรรมล่าช้า ควรมีวิธีการวัดและประเมินผลที่มียืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนให้ทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงโดยมุ่งเป้าที่ผลลัพธ์ที่ประชาชนจะได้รับให้มากที่สุด
๒. ให้มีการกำหนดนโยบาย กลไกสนับสนุนระดับจังหวัด (พขจ.) จากส่วนกลาง เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
๓. การเสริมสมรรถนะของสำนักงานเลขานุการ พขอ. /เลขานุการพขอ. และการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. อย่างต่อเนื่อง
๔. การประสานในระดับนโยบายกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกรมวิชาการต่าง ๆ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๕. การสนับสนุนงบประมาณ ข้อมูลข่าวสาร พร้อมทั้งการติดตามผลการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง

ผู้รายงาน นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร
ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ
 สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
วัน/เดือน/ปี ๑๓ กันยายน ๒๕๖๔

ประเด็นที่ ๔

สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็นมุ่งเน้น : ๑. ผู้สูงอายุคุณภาพ

๒. สุขภาพจิต (ฆ่าตัวตาย)

ประเด็นกำกับติดตาม : ๑. มารดาตาย

๒. เด็กปฐมวัย

๓. กลุ่มวัยทำงาน (NCD --> HT , DM)

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๒. หัวข้อ : ผู้สูงอายุคุณภาพ (พลัดตกหกล้ม)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมการแพทย์/กรมอนามัย

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กบร.ส.ป.

ตัวชี้วัด

ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีสุขภาพที่พึงประสงค์

ผลการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Individual Wellness Plan)

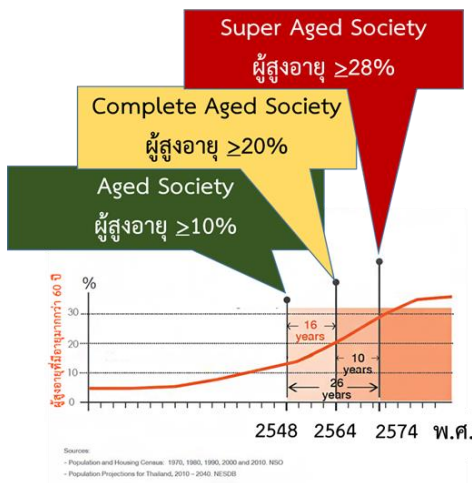
ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไปมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

ร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพ Long Term Care

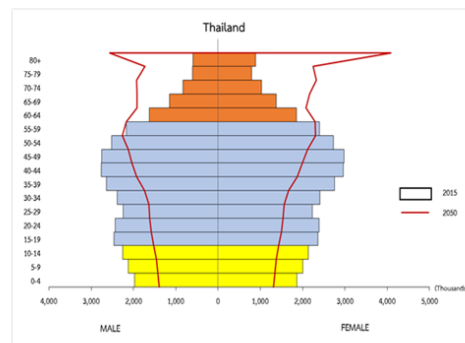
ร้อยละผลการดำเนินงานการจัดทำ Care plan

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aged society) และกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ภายในปี ๒๕๖๖ ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุรวมประมาณ ๑๒ ล้านคน โดยพบว่าเป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง (ยัง active อยู่) ร้อยละ ๙๖.๗ และ เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) ร้อยละ ๓.๓ คือประมาณ ๔ แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การป้องกันภาวะติดบ้านติดเตียง ยังมีระบบที่ไม่ชัดเจน และ ประสิทธิภาพยังไม่ดี มีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ครอบคลุม แต่ยังคงต้องมีการปรับปรุงคุณภาพ



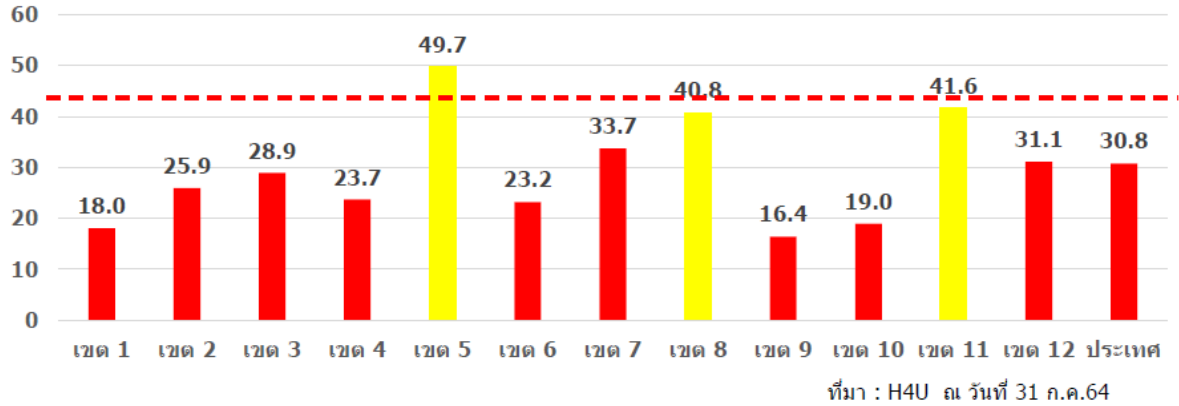
การเปลี่ยนแปลงปิรามิดประชากรของประเทศไทย



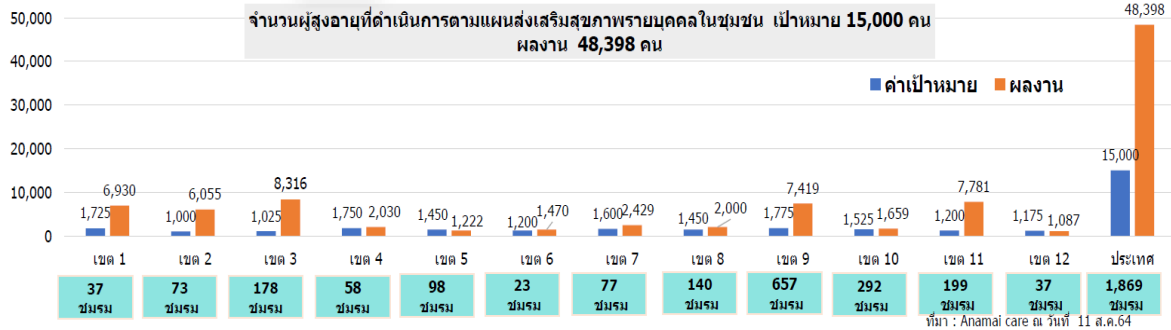
พ.ศ. 2558 → 2093

ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีสุขภาพที่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๘ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ ๕๐ โดยเขตสุขภาพที่มีจำนวนประชากรสูงอายุที่มีสุขภาพที่พึงประสงค์สูงสุด คือ เขตสุขภาพที่ ๕ คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๗

**ร้อยละผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เป้าหมาย ร้อยละ 50
ผลงานร้อยละ 30.8**



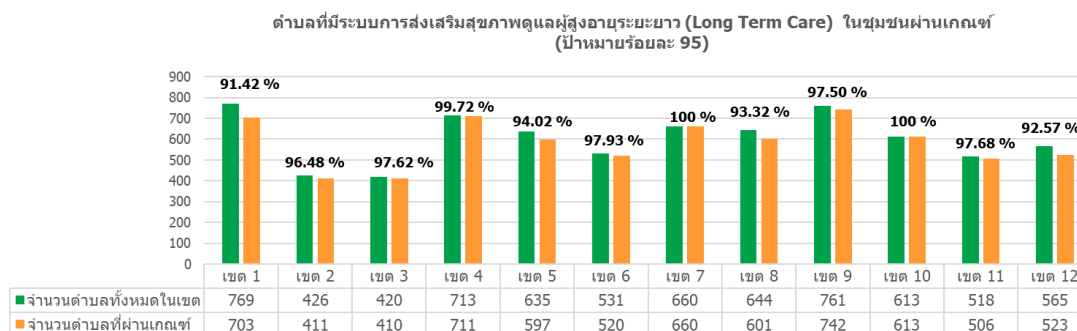
การจัดทำแผนการดูแลสุขภาพ (Individual Wellness Plan) จำนวน ๔๘,๓๙๘ คน เป็นไปเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ๑๕,๐๐๐ คน แต่มีต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายในรายเขตสุขภาพ โดยเขตสุขภาพ ที่ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่ ๕ และ ๑๒



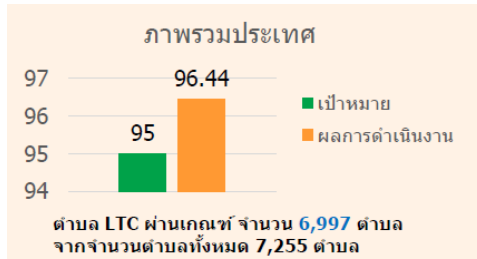
การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ จากข้อมูลการประเมินตนเองผ่าน website ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ร่วมกับข้อมูลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไปทั่วประเทศจำนวน ๒๑๐ มีคลินิกในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินจำแนกเป็นคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานจำนวน ๖๔ แห่ง และคลินิกระดับคุณภาพจำนวน ๘๘ แห่ง รวมคิดเป็นคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐานขึ้นไปจำนวน ๑๕๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๔ ของโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไปทั้งหมด โดยโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ ๓, ๗, ๙ และ ๑๐ ทุกโรงพยาบาลผ่านการประเมิน

เขต	จำนวน รพ. M2 ขึ้นไป (A)	จำนวนคลินิก ผู้สูงอายุผ่านการ ประเมิน ระดับพื้นฐาน (B)	จำนวนคลินิก ผู้สูงอายุผ่านการ ประเมินระดับ คุณภาพ (C)	จำนวนคลินิก ผู้สูงอายุผ่านการ ประเมิน ระดับพื้นฐานขึ้นไป (B+C)	ร้อยละของ โรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ที่ผ่าน การประเมินคลินิก ผู้สูงอายุ ระดับพื้นฐานขึ้นไป (B+C)/A
1	19	1	5	6	31.6 %
2	13	4	4	8	61.5 %
3	8	7	1	8	100 %
4	18	5	2	7	38.9 %
5	22	11	9	20	90.9 %
6	20	0	12	12	60.0 %
7	20	8	12	20	100 %
8	17	0	15	15	88.2 %
9	23	7	16	23	100 %
10	15	10	5	15	100 %
11	21	8	6	14	66.7 %
12	14	3	1	4	28.6 %
รวม	210	64	88	152	72.4 %

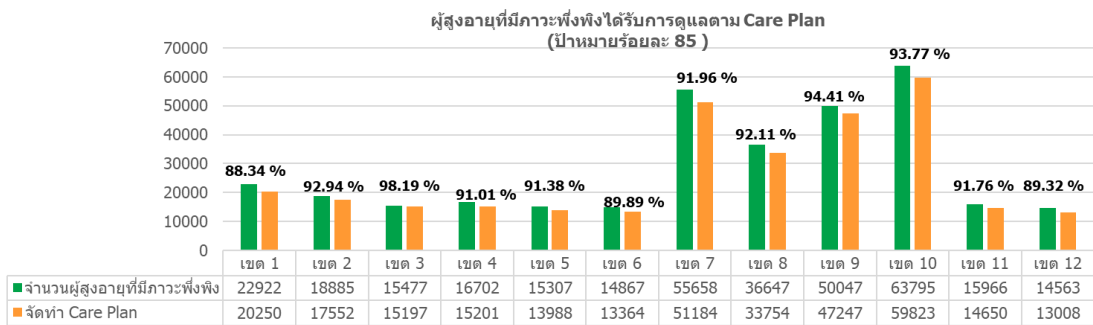
ร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพ Long Term Care คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๔ เป็นไปเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือมากกว่าร้อยละ ๙๕ โดยเขตสุขภาพที่มีร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพ Long Term Care สูงที่สุดคือร้อยละ ๑๐๐ คือ เขตสุขภาพที่ ๗ และ ๑๐



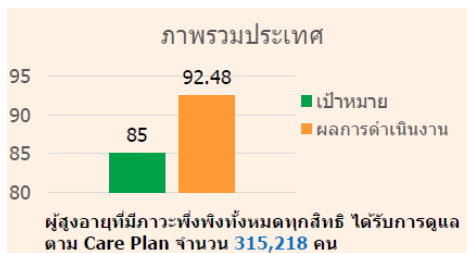
ที่มา : LTC (3C) ณ วันที่ 30 ก.ค.๖4



ร้อยละผลการดำเนินงานการจัดทำ Care plan คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๕ เป็นไปเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือมากกว่าร้อยละ ๘๕ โดยเขตสุขภาพที่มีร้อยละผลการดำเนินงานการจัดทำ Care plan สูงที่สุดคือ เขตสุขภาพ ที่ ๓ คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๒



ที่มา : LTC (3C) ณ วันที่ 30 ก.ค.64



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ระบบการให้บริการ		
การสื่อสารความรู้ โดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประเด็นใหม่ที่เพิ่มเข้ามา การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุฉบับใหม่ (ปี ๒๕๖๔) และแนวทางการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ / ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ ขาดการเชื่อมโยง การส่ง	<ul style="list-style-type: none"> - ส่วนกลาง ร่วมกับศูนย์วิชาการประจำเขต สื่อสารการทำความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประเด็นใหม่ที่เพิ่มเข้ามาการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุฉบับใหม่ (ปี ๒๕๖๔) และ แนวทางการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ - พื้นที่โดยเฉพาะในระดับจังหวัดวางแผนการการนำไปใช้ในพื้นที่โดยเน้น 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมวิชาการที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานร่วมกันในกิจกรรมต่างๆที่จะให้เขตดำเนินการในช่วงไตรมาสที่ ๒ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ในหลายเขตได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์รองรับสังคมสูงวัย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ต่อจากรพ.สต.ไปยังคลินิกผู้สูงอายุ	<p>เรื่องพลัดตกหกล้ม และ ปัญหาอื่นๆที่พบบ่อย และมีความสำคัญกับพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่จัดทำแผนเชื่อมโยงระบบคัดกรองและการส่งต่อให้บริการจากชุมชน รพ.สต. และ คลินิกผู้สูงอายุในระดับ รพ. - ถอดบทเรียนร่วมกับภาคีเครือข่าย ทาง Video conference และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมวิชาการที่เกี่ยวข้องได้มีการลงพื้นที่เพื่อจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ และสนับสนุนสื่อต่างๆในการดำเนินงาน และในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบเป็น online
ขาดการบูรณาการแผนกับหน่วยงานอื่นๆในระดับจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> - ส่วนกลางจัดทำแผนงบบูรณาการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย ร่วมกับกระทรวงต่างๆที่เกี่ยวข้อง - พื้นที่วางแผนร่วมกันกับหน่วยงานของกระทรวงต่างในการขับเคลื่อนตามประเด็นและบริบทของพื้นที่ เช่น พมจ.ในการดูแลด้านสวัสดิการสังคม และการปรับปรุงที่อยู่อาศัยลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม อปท.ในการพัฒนาเรื่องอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดสรรงบบูรณาการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยประจำปี ๒๕๖๔ ให้กับกระทรวงต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการโครงการกิจกรรมต่างๆในส่วนกลางและพื้นที่
บุคลากร		
แพทย์ พยาบาล ไม่เพียงพอในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> - ใน รพ.ที่ไม่สามารถแยกบริการคลินิกผู้สูงอายุแยกออกมาจากคลินิกที่มีอยู่เดิม เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร สามารถเลือกดำเนินการโดยใช้รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานซึ่งเป็นการเชื่อมโยงการบริการที่มีอยู่เดิมโดยไม่ต้องแยกคลินิกออกมาใหม่ - ดำเนินงานร่วมกับงาน ๓ หมอ และคลินิก NCD คลินิก 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และสำนักงานแพทย์เขตสุขภาพ ในเขตต่างๆ ได้จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ พร้อมสนับสนุนคู่มือการดำเนินงาน และ จัดอบรมหลักสูตรระยะสั้น ให้กับแพทย์ และพยาบาล ที่จะปฏิบัติงานในคลินิก
Case Manager (CM) ไม่เพียงพอในการดำเนินการ Long term care	<ul style="list-style-type: none"> - สสจ.ควรสนับสนุนและผลักดันให้ อปท.มี CM เป็นของตนเองในการควบคุม กำกับดูแลอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อการขับเคลื่อนแบบยั่งยืน 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมอนามัยโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ ศูนย์อนามัยเขตต่างๆ ได้มีการจัดอบรม CM ที่เข้ามารับหน้าที่ใหม่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างความเข้มแข็งเครือข่าย care manager เน้นการทำงานเป็นทีมภายใน CUP/โซน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ 	<p>เพื่อทดแทนผู้ที่ลาออก/เกษียณอายุราชการ/เปลี่ยนไปรับหน้าที่อื่น และฟื้นฟู update ความรู้ให้กับ CM ที่ยังปฏิบัติงานอยู่อย่างต่อเนื่อง</p>
ผู้รับบริการ		
<p>สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้ Social media /Digital Health Social media เพื่อส่งเสริมดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเอง ไม่มีอุปกรณ์/อุปกรณ์ไม่รองรับการใช้งาน/ใช้ไม่เป็น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ส่วนกลางปรับปรุง application และ สื่อ social media ต่างๆให้ผู้สูงอายุใช้งานและเข้าใจได้ง่าย - จัดทำสื่อการใช้ application ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเข้าใจได้ง่าย - มีการจัดอบรมการใช้งานให้กับบุคลากร/อาสาสมัครเพื่อนำไปสอนต่อให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> - ทางส่วนกลางได้จัดทำ application ที่ออกแบบมาสำหรับผู้สูงอายุใช้งานเช่น application Blue Book (กรมอนามัย), สูงอายุ ๕G plus (กรมการแพทย์), H๔U (สป.) - มีการจัดทำคู่มือ สื่อการใช้งาน และการจัดอบรมการใช้งานให้กับพื้นที่
ระบบข้อมูล		
<p>ทำงานซ้ำซ้อน การลงข้อมูลผู้สูงอายุ ๑ คนลงหลายโปรแกรม /application</p>	<ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการระบบข้อมูล และ โปรแกรม application ต่างๆ (โปรแกรม H๔U/Blue Book Application/Aging Health Data/Long Term Care (๓C)/HDC) 	<ul style="list-style-type: none"> - อยู่ระหว่างการดำเนินการร่วมกันระหว่างศูนย์ Tech สป. กับกรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง
<p>เข้าไม่ถึงระบบรายงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ส่วนกลางพัฒนาระบบการคืนข้อมูลให้พื้นที่ใช้งานได้เองโดยไม่ต้องร้องขอข้อมูลจากส่วนกลาง 	
สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID CO-๑๙		
<p>การให้บริการผู้สูงอายุทั้งการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพ การให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ รวมทั้ง การส่ง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เร่งการฉีด vaccine ให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล - จัดกิจกรรมต่างๆแบบ new normal การจัดแบบ onsite ภายใต้มาตรการป้องกันการติดเชื้อต่างๆ และจัดในสถานที่โล่งอากาศถ่ายเทได้ดี 	<ul style="list-style-type: none"> - กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการจัดสรรวัคซีนให้กับผู้สูงอายุเป็นลำดับต้นๆ และ มีการให้บริการฉีดวัคซีนให้ที่บ้านในกรณีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
Care Giver ไปดูแลผู้ป่วยติดเตียงทำได้จำกัด	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับกิจกรรมเป็นแบบ online เท่าที่ทำได้ - นำระบบ telemedicine ร่วมกับการส่งยาถึงบ้านหรือรับยาร้านยาใกล้บ้านมาให้บริการมากขึ้น - ส่งเสริมการออกกำลังกาย และ ฝึกสมองให้กับผู้สูงอายุที่ต้องเก็บตัวอยู่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมวิชาการมีการออกแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของ COVID-๑๙ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต แนวทางการจัดบริการสำหรับสถานดูแลผู้สูงอายุ (nursing home) รวมถึงแนวทางการจัดการในกรณีเกิดการติดเชื้อใน nursing home และการดูแลด้านจิตใจกับครอบครัว กรณีเกิดการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขต ๑

- โปรแกรมน่านโมเดล, โปรแกรมระบบแจ้งเตือนผู้สูงอายุกระตุกหักในกรุปไลน์ falling, สมุดคู่มือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง, ปฏิทินทานยาเคลือบวิตามินดีสำหรับผู้ดูแล/ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้ม และ จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยกระตุกหักรายบุคคล (IWP) บูรณาการร่วมกับ LTC ของจังหวัดน่าน
- นวัตกรรมการบูรณาการ “กลไก ๓ หมอ” กับ “การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ” จังหวัดเชียงราย
- การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยการแช่น้ำอุ่น การนวด และการใช้แพทย์แผนไทยภูมิปัญญาท้องถิ่นโดย รพ.สต.เมืองปอน จ.แม่ฮ่องสอน

เขต ๓

- การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตที่ดี” เมือง / ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age friendly city) นำร่องใน ๑๐ พื้นที่ และมีการลงนามบันทึกข้อตกลงเชิงนโยบายในระดับพื้นที่ต้นแบบใน ต. บ้านนา อ.วชิรบุรี จ.พิจิตร
- สรรพยา Model จ.ชัยนาท
- จัดบริการ service package พลัดตกหกล้ม จ.กำแพงเพชร

เขต ๔

- การพัฒนา Oral care plan ให้กับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ของงานทันตะ ซึ่งได้ถูกนำไปเป็นแผนกอยู่ในโปรแกรมmc ของกรมอนามัย และการจัดบริการตรวจสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี
- โครงการบ้านสบายเพื่อยายตา จ.สิงห์บุรี

เขต ๕

- รูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้ม จ.สุพรรณบุรี

เขต ๗

- ทุกโรงพยาบาลของจังหวัดขอนแก่นมีระบบการคัดกรองประเมินที่เชื่อมโยงส่งต่อจากระบบคัดกรองในชุมชนโดยใช้โปรแกรม Aging Health Data และเข้าสู่บริการประเมินดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

เขต ๘

- โรงเรียนเบทาหวานวิทยา" ต.สัมฤทธิ์ อ.พิมาย จังหวัดนครราชสีมา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดความเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ และตั้งภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นอย่างดี
- รูปแบบการสร้างความรู้ในตนเองและอสม.บัตตี้เพื่อเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในชมรมผู้สูงอายุตำบลตาถูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์
- ตำบลบ้านค่าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เป็นต้นแบบ PCC เมืองที่ดีทำงานผู้สูงอายุ, ๓ หมอ และ health station เป็นระบบ เชื่อมโยงทุกภาคส่วน ดีมาก บูรณาการ การทำงานตั้งแต่ pre-aging ไปสู่ aging ได้ดี
- การเยี่ยมบ้านผ่าน Application Caregiver ๔.๐ รพ.สต.สามสวน อ.บ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ได้พัฒนาใช้ Application Caregiver ๔.๐ เพื่อเยี่ยมบ้านผู้มีภาวะพึ่งพิง และใช้ส่งรายงานและรับคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล

เขต ๑๐

- นวัตกรรมของเขต ๑๐ “สูงวัยมั่นใจด้วยสวนฝึกเดินสามมิติ” เพื่อช่วยฝึกความสามารถในเดินของผู้สูงอายุ ที่สามารถเป็นต้นแบบในการดำเนินงานแก่โรงพยาบาล

เขต ๑๒

- ตำบล Long Term Care ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบพหุวัฒนธรรม ตำบลพิมาน อ.เมือง จ.สตูล

๖. ข้อเสนอแนะ**๖.๑ สำหรับพื้นที่**

- ปรับกิจกรรมการให้บริการผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของ COVID-๑๙ โดยเร่งการฉีด vaccine ให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล จัดกิจกรรมต่างๆแบบ new normal การจัดแบบ onsite ภายใต้มาตรการป้องกันการติดเชื้อต่างๆ และจัดในสถานที่โล่งอากาศถ่ายเทได้ดี ปรับกิจกรรมเป็นแบบ online เท่าที่ทำได้ นำระบบ telemedicine ร่วมกับการส่งยาถึงบ้านหรือรับยาร้านยาใกล้บ้านมาให้บริการมากขึ้น ส่งเสริมการออกกำลังกาย และ ฝึกสมอง ให้กับผู้สูงอายุที่ต้องเก็บตัวอยู่บ้าน
- สนับสนุนการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan) และส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ระดับชุมชนแบบบูรณาการ ในรูปแบบ new normal
- ส่งเสริม สนับสนุนการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุแบบอิเล็กทรอนิกส์
- ทำความเข้าใจการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และ อบรมบุคลากร ผ่านระบบ VDO conference กับพื้นที่
- ชี้แจงทำความเข้าใจการบริหารจัดการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ผ่าน VDO conference และหน่วยงานของกรมวิชาการในพื้นที่

- สร้างความเข้มแข็งเครือข่าย care manager เน้นการทำงานเป็นทีมภายใน CUP/โชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ สร้างระบบพี่เลี้ยงสอนงานและช่วยเหลือกัน มีช่องทางสื่อสารภายในเครือข่าย จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนางานร่วมกัน
- พัฒนา Intervention สื่อวิถีทัศน์ที่เหมาะสมกับบริบท วัฒนธรรม ในการป้องกันการหกล้ม
- พัฒนาแนวทาง/ระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ
- พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง และแกนนำในการเชื่อมโยงกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
- พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
- ทบทวนความรู้และทักษะการคัดกรองผู้สูงอายุเสี่ยงพลัดตกหกล้ม เกณฑ์การประเมิน และการบันทึกข้อมูล แก่ผู้รับผิดชอบงาน เพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล
- ควรบูรณาการความร่วมมือในการป้องกันพลัดตกหกล้มกับหน่วยงานและองค์กรในพื้นที่ และกำหนดแผนระดับจังหวัดในการดำเนินงาน เพื่อสร้างการรับรู้และแก้ปัญหาาร่วมกันทุกเครือข่าย
- พัฒนาคุณภาพคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป เป็นคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพตามเกณฑ์กรมการแพทย์ และดำเนินการประเมินในระบบออนไลน์ของกรมการแพทย์

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- ทำความเข้าใจพื้นที่เกี่ยวกับ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของ COVID-๑๙ ได้แก่ แนวทางการจัดระบบฉีด vaccine ให้ผู้สูงอายุ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Nursing home) แนวทางบริหารจัดการกรณีมีผู้ติดเชื้อในสถานดูแลผู้สูงอายุ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในระบบ home isolation เป็นต้น
- ส่วนกลางเร่งพัฒนารูปแบบบริการไร้รอยต่อ ทดลองปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง ถอดบทเรียน และขยายผล (ได้มีการกำหนดพื้นที่แล้วคือ ๗ จังหวัดคือ เพชรบูรณ์ นครราชสีมา สระบุรี ลพบุรี ชลบุรี ระยอง ตรัง)
- บูรณาการระบบข้อมูล และ โปรแกรม application ต่างๆ (โปรแกรม H&U/Blue Book Application/Aging Health Data/Long Term Care (๓C)/HDC ให้สามารถทำงานเชื่อมต่อกันได้ เพื่อลดการทำงานซ้ำซ้อนของพื้นที่
- ผลักดันนโยบายการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างกระทรวง เช่น การบูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล/ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อทำหน้าที่เป็น Operation unit ในการบูรณาการกิจกรรมและทรัพยากร
- พัฒนามาตรฐานแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านในชุมชน และรับรองหลักสูตรด้านผู้สูงอายุ
- ถอดบทเรียน เยี่ยมเสริมพลัง และกำกับติดตามการดำเนินงานด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับภาคีเครือข่ายแบบบูรณาการ
- สนับสนุนองค์ความรู้ด้านวิชาการ สื่อความรู้
- ควรมีการกำหนดนโยบายจากกระทรวง กรม สถาบัน ให้ชัดเจนในทางปฏิบัติ บูรณาการประเด็นกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน เพื่อลดภาระ และความซ้ำซ้อนของงาน
- ควรคืนข้อมูลตามยุทธศาสตร์จากศูนย์วิชาการรายไตรมาส ให้จังหวัดควบคุมกำกับพื้นที่ เพื่อติดตามผลงานตามลำดับ

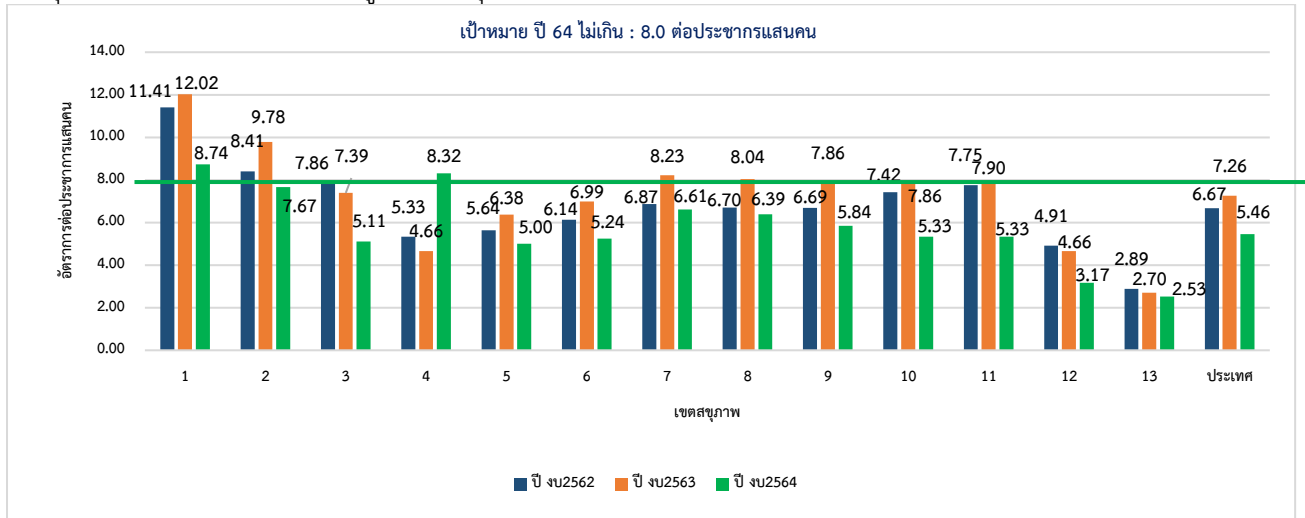
รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒
 ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต
 เรื่อง การฆ่าตัวตาย

๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมสุขภาพจิต

๒. วิเคราะห์สถานการณ์

สถานการณ์การฆ่าตัวตายของประชากรไทย ในช่วงระยะเวลา ต.ค.๖๓ - มิ.ย.๖๔ จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสะสมทั้งหมด ๓,๕๗๒ ราย (ข้อมูลจากฐานใบมรณบัตร) คิดเป็นอัตราต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๕.๔๖ ต่อประชากรแสนคน พบว่า เขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ เขตสุขภาพที่ ๑ (๘.๗๕ ต่อประชากรแสนคน), เขตสุขภาพที่ ๒ (๗.๖๘ ต่อประชากรแสนคน) และ เขตสุขภาพที่ ๗ (๖.๖๒ ต่อประชากรแสนคน) เมื่อเปรียบเทียบ ณ ช่วงเวลาเดียวกันของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ -๒๕๖๔ พบว่ามีหลายเขตสุขภาพมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้น เกินค่าเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ และเขตสุขภาพที่ ๔ ซึ่งเขตสุขภาพที่ ๑ ยังคงเป็นเขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเขตสุขภาพอื่น รายละเอียด ดังภาพที่ ๑



ภาพที่ ๑ อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนสะสม (เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ -มิถุนายน ๒๕๖๔)

แหล่งที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ณ วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๔)

เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	กทม.	รวม
ปี ๒๕๖๒	๖๓๖	๒๙๐	๒๓๔	๒๘๕	๒๙๒	๓๗๔	๓๔๗	๓๗๑	๔๕๓	๓๔๒	๓๔๔	๒๔๔	๑๖๑	๔,๓๗๓
ปี ๒๕๖๓	๕๑๗	๒๕๘	๑๖๙	๒๐๕	๒๕๒	๓๒๘	๓๑๐	๓๓๓	๔๐๗	๒๗๓	๒๕๒	๑๖๗	๑๐๙	๓,๕๘๐
ปี ๒๕๖๔*	๔๘๖	๒๖๓	๑๕๑	๒๓๒	๒๕๙	๓๒๑	๓๓๓	๓๕๓	๓๙๔	๒๔๕	๒๓๗	๑๕๘	๑๔๐	๓,๕๗๒

ตารางที่ ๑ จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสะสม (เดือนตุลาคม-มิถุนายน) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

แหล่งที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ณ วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๔)

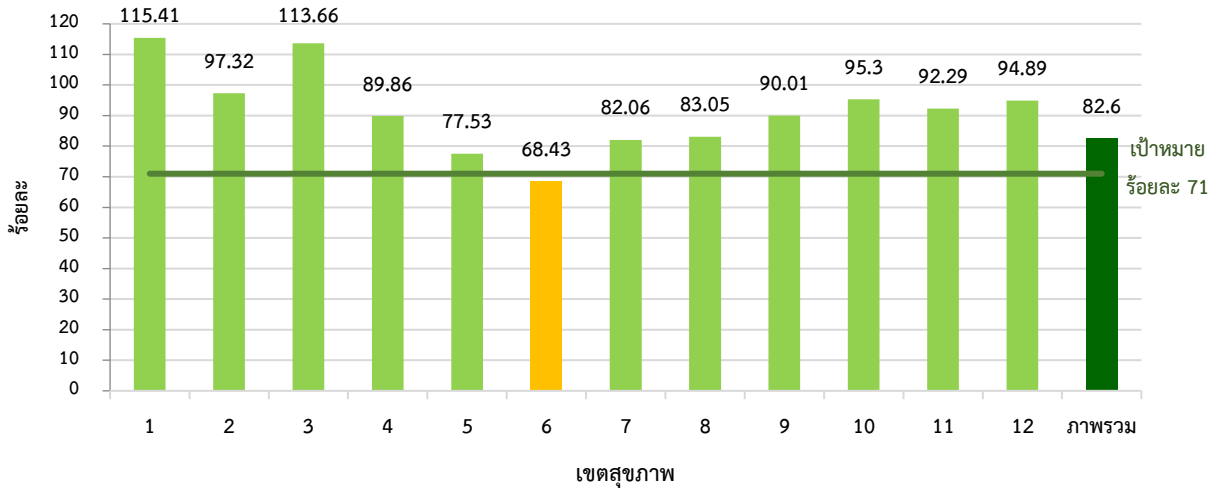
จากตารางที่ ๑ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่าง ๙ เดือน ของจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำแนกตามรายเขตสุขภาพ ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา พบว่า เขตสุขภาพที่ ๔, ๗, ๘ และ ๙ มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๓ จากข้อมูลเบื้องต้น เขตสุขภาพดังกล่าว ควรมีการเฝ้าระวัง ติดตาม สถานการณ์แนวโน้ม ของปัญหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เพศชายมีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีอัตราการ ฆ่าตัวตาย ๙.๑๕ ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตาย ๑.๙๓ ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุ ที่มีการฆ่าตัวตายสูง อยู่ในกลุ่มอายุ ๓๕-๓๙ ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ ๓๐-๓๔ ปี และสถานภาพโสด ร้อยละ ๕๘.๒ อาชีพส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ ๓๘.๙ รองลงมา คือเกษตรกร ร้อยละ ๒๕.๘ ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่ามีความสัมพันธ์ในหลายปัจจัย กล่าวคือ ๑) ปัญหาความสัมพันธ์ส่วนบุคคลกับคนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว ๒) ภาวะเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังหรือมีปัญหสุขภาพจิต และ ๓) ผลกระทบจากภาวะเครียดเรื่อง เศรษฐกิจ และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ บางรายมีมากกว่า ๒ ปัจจัยรวม เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ร่วมกับปัญหาความสัมพันธ์ และการดื่มสุรา และยังพบว่า วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ แวนคอค ร้อยละ ๘๙.๗ ใช้ยากำจัดวัชพืช/แมลง ร้อยละ ๕ และใช้สารเคมีและสารพิษอื่น ๆ ร้อยละ ๒.๒ นอกเหนือจาก ๓ วิธี ดังกล่าว ยังพบวิธีการฆ่าตัวตายวิธีอื่น ๆ เช่น ใช้ปืน กระโดดน้ำ กระโดดจากที่สูง กินยาเกินขนาด เป็นต้น

จังหวัดที่มีจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสะสม (ตามทะเบียนบ้าน) ๕ อันดับแรก คือ ๑. จ.เชียงใหม่ จำนวน ๑๕๐ ราย ๒. จ.นครราชสีมา จำนวน ๑๔๙ ราย ๓. กรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๔๐ ราย ๔. จ.ขอนแก่น จำนวน ๑๒๑ ราย และ ๕. จ.เชียงราย จำนวน ๑๑๐ ราย ส่วนจังหวัดที่พบอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสะสม ๕ อันดับแรก คือ ๑. กรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๙๒ ราย ๒. จ.เชียงใหม่ จำนวน ๑๕๒ ราย ๓. จ.นครราชสีมา จำนวน ๑๔๔ ราย ๔. จ.ขอนแก่น จำนวน ๑๑๕ ราย และ ๕. จ.เชียงราย จำนวน ๑๑๑ ราย

เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพของระบบบริการด้านการเข้าถึงบริการ การติดตามดูแลรักษาของประชากร กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า

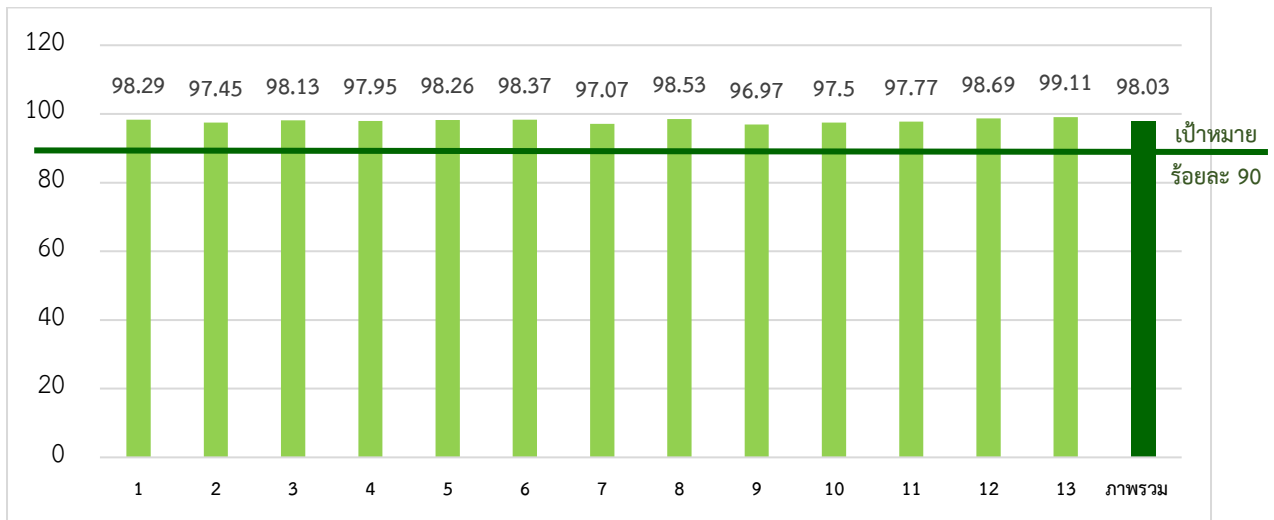
๑) ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ต.ค.๖๓-ก.ค.๖๔) พบว่า ผู้ป่วย โรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๘๒.๖ เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพที่มีการเข้าถึงบริการสูงถึง ร้อยละ ๑๐๐ ขึ้นไป จำนวน ๒ เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ (ร้อยละ ๑๑๕.๔) และ ๓ (ร้อยละ ๑๑๓.๖) และพบว่าใน เขตสุขภาพที่ ๖ มีโรงพยาบาลนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถส่งข้อมูลการ ให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าสู่ระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุขได้ ทำให้ผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ ๖ น้อย และยังพบว่าในเขตกรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ ร้อยละ ๑๔.๕๒ รายละเอียด ดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

ที่มา : <https://www.thaidepression.com> และระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๔)

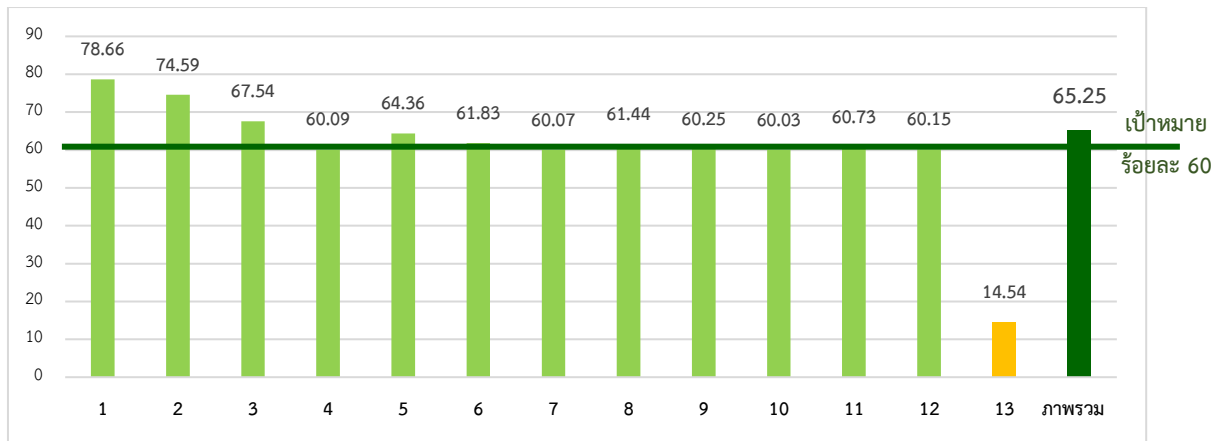
๒) การเข้าถึงบริการของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) พบว่า มีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ จำนวน ๔๘,๑๖๗ ราย จากจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการทั้งหมด จำนวน ๔๘,๑๓๖ ราย (รายเก่า ปี ๖๓ รวมกับรายใหม่ ปี ๖๔) คิดเป็น ร้อยละ ๙๘.๐๓ ดังภาพที่ ๓



ภาพที่ ๓ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี

ที่มา : แบบรายงาน รง ๕๐๖ S โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์ (ข้อมูลสะสม ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๓ - สิงหาคม ๒๕๖๔ ข้อมูล ณ วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๔)

๓) การเข้าถึงบริการของผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ จำนวน ๓๑,๙๔๗ คน คิดเป็น ร้อยละ ๖๕.๒๕ จากจำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดของประเทศไทย ทั้งหมด จำนวน ๔๘,๙๕๘ คน เขตสุขภาพที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๕ (๘๑.๙๑) ,เขตสุขภาพที่ ๑ (๘๐.๕๓) และเขตสุขภาพที่ ๒ (๗๓.๗๑) ตามลำดับดังภาพที่ ๔



ภาพที่ ๔ : ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ที่มา : แบบรายงาน รง ๕๐๖ S โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (ข้อมูลสะสม ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๓ – สิงหาคม ๒๕๖๔ ข้อมูล ณ วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๔)

๒. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๑) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เสริมสร้างพลังใจ (Resilience) ในประชากรกลุ่มเปราะบางทางสังคม เศรษฐกิจ และกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้มีความรู้ความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ พบว่า ในทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินงานเสริมสร้างพลังใจ (Resilience) เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันทางใจให้กับประชาชน ให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) และลดอัตราการฆ่าตัวตายด้วยกระบวนการวัคซีนใจทั้งรายบุคคล ครอบครัว และในชุมชนเพื่อให้เกิดกลไกการดูแลสุขภาพจิตซึ่งกันและกันของคนในชุมชน โดยมีผลการดำเนินงาน (ข้อมูล ก.ย.๖๓- ก.ค.๖๔) ดังนี้

- ตำบลที่เข้าถึงองค์ความรู้เรื่องวัคซีนใจในชุมชน จำนวน ๗,๓๓๖ ตำบล (จากพื้นที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย ๒๕ จังหวัด จำนวน ๗๒๑ ตำบล และ พื้นที่ปกติ ๖,๖๑๕ ตำบล) ร้อยละ ๙๙.๙๐ โดยมีการสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ ชี้แจงให้กับผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัด ในการสื่อสารต่อไปในระดับพื้นที่ และส่งสื่อองค์ความรู้ลงไปในพื้นที่

- ตำบลที่มีการนำองค์ความรู้เรื่องวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ จำนวน ๕,๒๐๐ ตำบล (จากพื้นที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย ๒๕ จังหวัด จำนวน ๖๔๑ ตำบล และพื้นที่ปกติ จำนวน ๔,๕๕๙ ตำบล) คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๔.๘๑ โดยมีการนำไปใช้ โดยไม่ได้จัดแผนชุมชน ประเมินภูมิคุ้มกันทางใจของชุมชน และนำ Mental Health Checklist เข้ามาใช้คัดกรองคนในชุมชน

- ตำบลที่มีการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนอย่างเข้มข้น จำนวน ๖๒๗ ตำบล(จากพื้นที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย ๒๕ จังหวัด และพื้นที่ปกติ จำนวน ๒๖๓ ตำบล) คิดเป็น ร้อยละ ๕๕.๔๔

นอกจากนั้น ยังมีการสื่อสารกับผู้ว่าราชการจังหวัด ๑๒ จังหวัดได้แก่ ลำพูน ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ชลบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ ปราจีนบุรี ขอนแก่น กาฬสินธุ์ อุบลราชธานี และได้มีการประชุมจัดทำแผนการขยายผลวัคซีนใจในระดับจังหวัดใน ๔ จังหวัดนำร่อง ได้แก่ ลำพูน นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ นครศรีธรรมราช

๒) อสม.และแกนนำชุมชนเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามหลัก ๓ ส Plus (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง รวมถึงการให้ข้อมูลและช่วยเหลือให้เข้าถึงบริการ)

-ในพื้นที่ที่มีการสนับสนุนสื่อองค์ความรู้ เทคโนโลยีสุขภาพจิต Early warning sign และ Active Screen Mental Health Check In และการประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า จิตเภท สัญญาณเตือนเสียงฆ่าตัวตายตามเสียงตามสายหมู่บ้าน วิทยุชุมชน และสื่อ Social ต่างๆ รวมทั้งมีการดำเนินการตามแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายตั้งแต่การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ โดยการประเมินและดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างต่อเนื่องในชุมชน ตามหลัก ๓ส พลัส

๓) การค้นหาคัดกรองในรูปแบบเชิงรุก (Active Screening) เข้ากับกลไกการทำงานของ พชอ. ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (๘Q) และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q) และประเมินโรคซึมเศร้า (๙Q) ผ่าน Application Mental Health Check In พบว่า มีการเข้าถึงการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตด้วย Mental Health Check-In Application มีจำนวน ๑,๓๘๓,๓๐๒ ราย (ข้อมูลสะสมตั้งแต่ ๑ มกราคม - ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๔) และเขตสุขภาพที่มีการประเมิน ผ่าน Application Mental Health Check In มากที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ ๑๐ ,เขตสุขภาพที่ ๗ และเขตสุขภาพที่ ๓ ตามลำดับ

- ทุกเขตสุขภาพมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ๒Q ๙Q ๘Q ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ใช้สุรา/สารเสพติด และประเมินความเครียด/โรคซึมเศร้า/ภาวะหมดไฟ ในบุคลากรทางการแพทย์

- บางเขตสุขภาพคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผ่าน Application Mental Health Check In มีประชากรบางกลุ่มยังเข้าถึงยาก และข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน เมื่อคัดกรองพบความเสี่ยงแล้วติดตามได้ยาก และผู้ทำแบบประเมินไม่ยินยอมให้ติดตามดูแล (เขต ๒) และควรเพิ่มการคัดกรองในพื้นที่ที่มีความครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังทางกาย, ผู้ป่วยจิตเวชและผู้สูงอายุ (เขต ๓, ๔, ๖, ๑๑, ๑๒)

- หลายพื้นที่มีการขับเคลื่อนการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ (เขต ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐)

- มีการพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวน การฆ่าตัวตาย (Psychological Autopsy) ในเขตสุขภาพ และร่วมวางแผนแนวทางและมาตรการการดำเนินงานทีมสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตายร่วมกับพื้นที่ในการจัดตั้งทีมระดับจังหวัด สอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตายในทุกрайที่เสียชีวิต และวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมคืนข้อมูลจากการสอบสวนทางระบาดวิทยาให้แก่พื้นที่เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

- สถานบริการสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ มีแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเชิงรุกดูแลกลุ่ม Acute Care ในการป้องกันเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

- มีการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุขในระดับชุมชน ได้แก่ แกนนำชุมชน ท้องถิ่น ภาคประชาชน วัด โรงเรียนและสถาบันการศึกษา แต่ยังมีบางพื้นที่ยังไม่ให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมเพียงบางกิจกรรม

๓. ปัญหาและอุปสรรค

๑) ระบบป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

- การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ไม่ครอบคลุม
- สถานการณ์โรคระบาด COVID -๑๙ ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามแผนที่วางไว้
- กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองขาดการติดตามต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงไม่ยอมให้ข้อมูล

ในการติดตามดูแล

๒) บางพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และอสม. ยังให้ความสำคัญของงานสุขภาพจิตน้อย

๓) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต/การสร้างความตระหนักให้มีความสำคัญด้านสัญญาณเตือน ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่

๔) มีระบบการรายงานหลายฐานข้อมูล เพิ่มภาระกับผู้ปฏิบัติงาน และข้อมูลใน HDC ไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ส่งผลต่อการนำไปใช้ประโยชน์ของพื้นที่

๔. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๔.๑ ๔ pillar : ลำพูนโมเดล ต่อชีวิต สร้างสุขคนลำพูน (เขต ๑)

๔.๒ KPI Template การคัดกรองซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับจังหวัด (เขต ๒)

๔.๓ กลุ่มจิตบำบัด “**เปลี่ยนความเศร้าเป็นหัวใจ**” กิจกรรมนอกสถานที่ของสมาชิกในกลุ่มไลน์โรคซึมเศร้า และ กลุ่มไลน์ “**ฟังใจ**” แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน (เขต ๓)

๔.๔ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในสถานการณ์การแพร่ระบาด (เขต ๔)

๔.๕ ชมรมใกล้บ้านใกล้ใจส่งต่อยาในพื้นที่ห่างไกลกับการเดินทางที่ยากลำบาก (เขต ๕)

๔.๖ ส่งยาจิตเวชให้กับผู้ป่วยจิตเวชโดยส่งทางไปรษณีย์ถึงบ้าน (เขต ๖)

๔.๗ Suicide Prevention Card (เขต ๗)

๔.๘ คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกบูรณาการ ๓ หมอ ด้วย Mental Health Check In ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงด้วยโปรแกรม R๘EOC /R๘๕๐๖Dashboard (เขต ๘)

๔.๙ ศูนย์พัฒนาและคำจูนครอบครัวในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพิ่มการเข้าถึงของกลุ่มเสี่ยง (เขต ๙)

๔.๑๐ Psychological Autopsy (เขต ๑๐)

๔.๑๑ หลังสาวนโมเดล (เขต ๑๑)

๔.๑๒ หมอเอ็มซอมใจ (เขต ๑๒)

๕. ข้อเสนอแนะข้อผู้นิเทศ

๕.๑ สำหรับพื้นที่

๑) ค้นหาคัดกรองสุขภาพจิต ในรูปแบบเชิงรุก (Active Screening) ให้ครอบคลุม ในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (ผู้ป่วยเรื้อรังซ้ำซ้อน,ผู้ป่วยจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ผู้ติดสุรา/ยาเสพติด กลุ่มผู้ใช้แรงงาน และผู้มีปัญหาตกงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙)

๒) พัฒนาศักยภาพบุคลากร เฝ้าระวัง ประเมิน คัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต สัญญาณเตือน การฆ่าตัวตาย และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ในการดูแลจิตใจประชาชน โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเปราะบางทางสังคม เศรษฐกิจ และกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

๓) บูรณาการการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกับเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขในพื้นที่ ขับเคลื่อนผ่านเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด

๔) จัดทำแผนงานโครงการเพื่อส่งเสริมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนทุกกลุ่มวัย ประสานงานกับภาคีเครือข่าย ให้มีส่วนร่วมในการป้องกันเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

๕.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑) พัฒนาระบบ Mental Health check in ที่สามารถเชื่อมกับระบบ HosXp เพื่อข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชเพิ่มมากขึ้น

๒) ยกกระดับมาตรการและจัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันแก่การฆ่าตัวตายเชื่อมโยงกับพื้นที่

๓) จัดตั้งทีมสอบสวนการฆ่าตัวตาย (Psychological Autopsy) ระดับเขตสุขภาพและขับเคลื่อนให้เกิดรูปธรรม สนับสนุนทีมในการดำเนินงานระดับพื้นที่

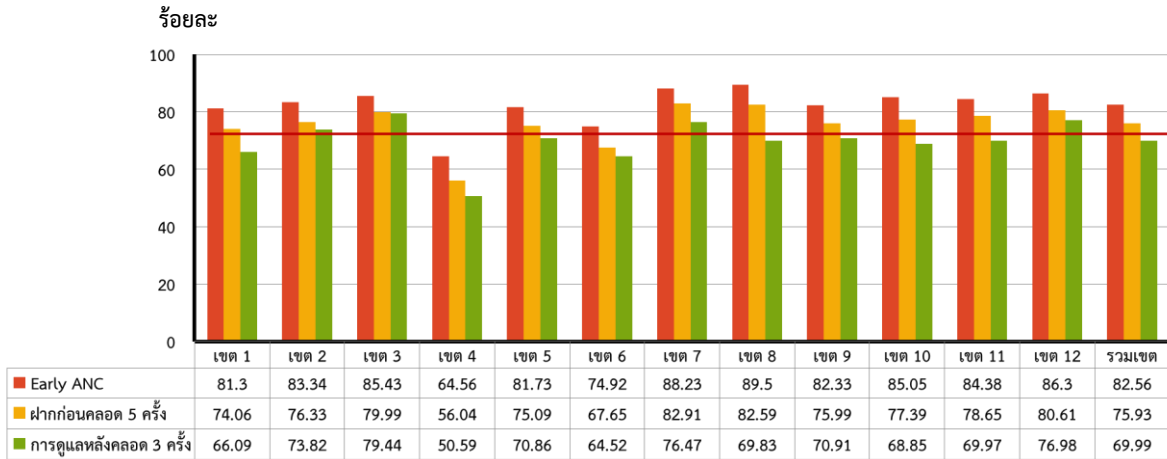
๔) พัฒนาแนวทางและมาตรการที่มีความจำเพาะ (Specific Psychological Intervention) ต่อประชากรเฉพาะแต่ละกลุ่มเสี่ยงให้มีความละเอียดมากขึ้น

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒
 ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

- ๑. ประเด็นตรวจราชการ : กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
- ๒. หัวข้อ : อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- ๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมอนามัย
- ๔. วิเคราะห์สถานการณ์

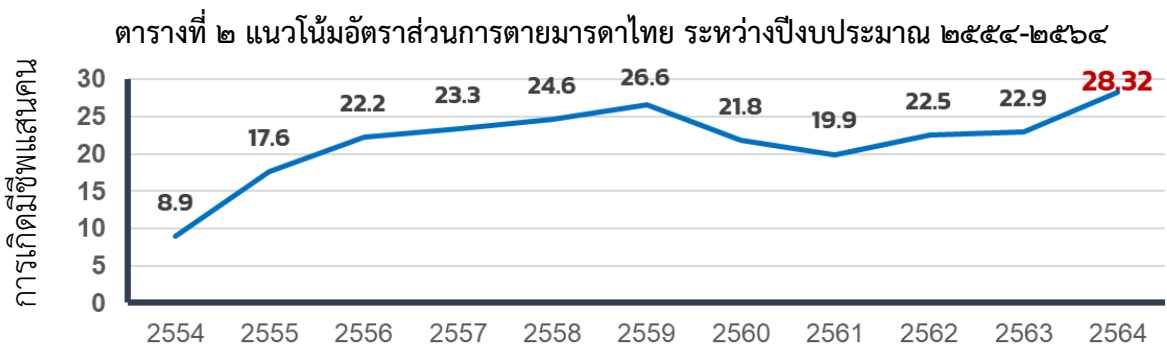
จากสถานการณ์การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของสตรีและเด็กปฐมวัยตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ - กรกฎาคม ๒๕๖๔ พบหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๘๒.๕๖ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ ๗๕.๙๓ และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ละ ๖๙.๙๙ และหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางร้อยละ ๑๔.๕๐ (ตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๑ ร้อยละบริการคุณภาพที่หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดพึงได้รับ



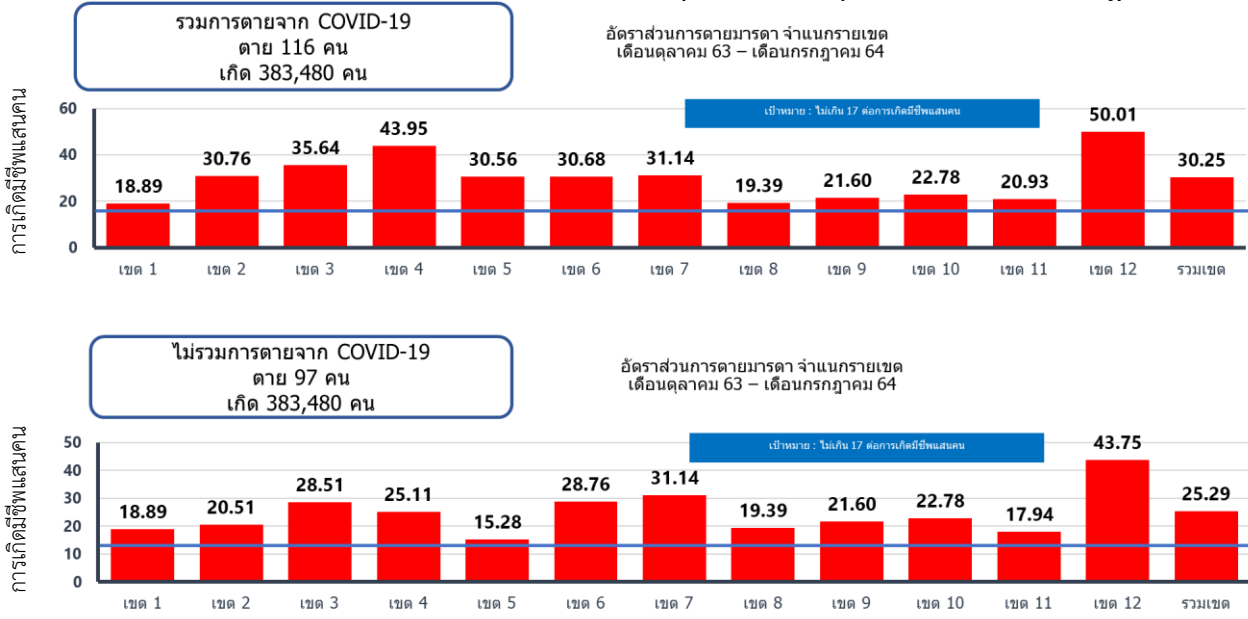
แหล่งที่มา : Health Data Center (HDC) ณ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) กรมอนามัย พบว่าอัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย และผลการดำเนินงาน ตั้งแต่เดือน ต.ค.๖๓ - ก.ค.๖๔ พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ ๒๘.๓๒ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา



จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑- ๑๒ พบมารดาจากทุกสาเหตุ จำนวน ๑๑๖ ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๓๐.๒๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (ต.ค.๖๓-ก.ค. ๖๔) เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด ๓ อันดับแรกได้แก่เขตสุขภาพที่ ๑๒ (๕๐.๐๑), ๔ (๔๓.๙๕), และ ๓ (๔๑.๘๒) ตามลำดับ และหากพิจารณา เฉพาะสาเหตุการตายมารดาที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ พบว่า มารดาตายจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด ๑๙ มีจำนวนทั้งสิ้น ๙๗ ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๕.๒๙ โดยเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด ๓ อันดับแรกได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๒ (๔๓.๗๕), ๗ (๓๑.๑๔) และ ๖ (๒๘.๖๑) ตามลำดับ

ตารางที่ ๓ อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกรายเขตสุขภาพ เดือนตุลาคม ๖๓ – เดือนกรกฎาคม ๖๔

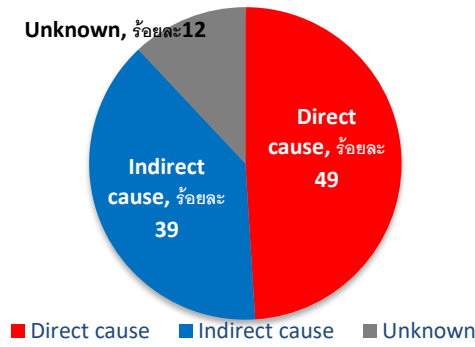


*** ไม่รวม กทม. เนื่องจาก กทม. รายงานเฉพาะหญิงตั้งครรภ์จากการติดเชื้อ COVID-19

ที่มา:ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ; สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔
หมายเหตุ รายงานการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ไม่รวมการตายมารดาใน กทม.

และจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาพบว่าร้อยละ ๔๙ ของมารดาตายจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ ๓๙ ของมารดาตายมาจากสาเหตุทางอ้อม และร้อยละ ๑๒ ของมารดาตายไม่สามารถระบุสาเหตุได้ แสดงให้เห็นว่าสาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรงที่เกี่ยวข้องกับสูติกรรม (ตารางที่ ๓)

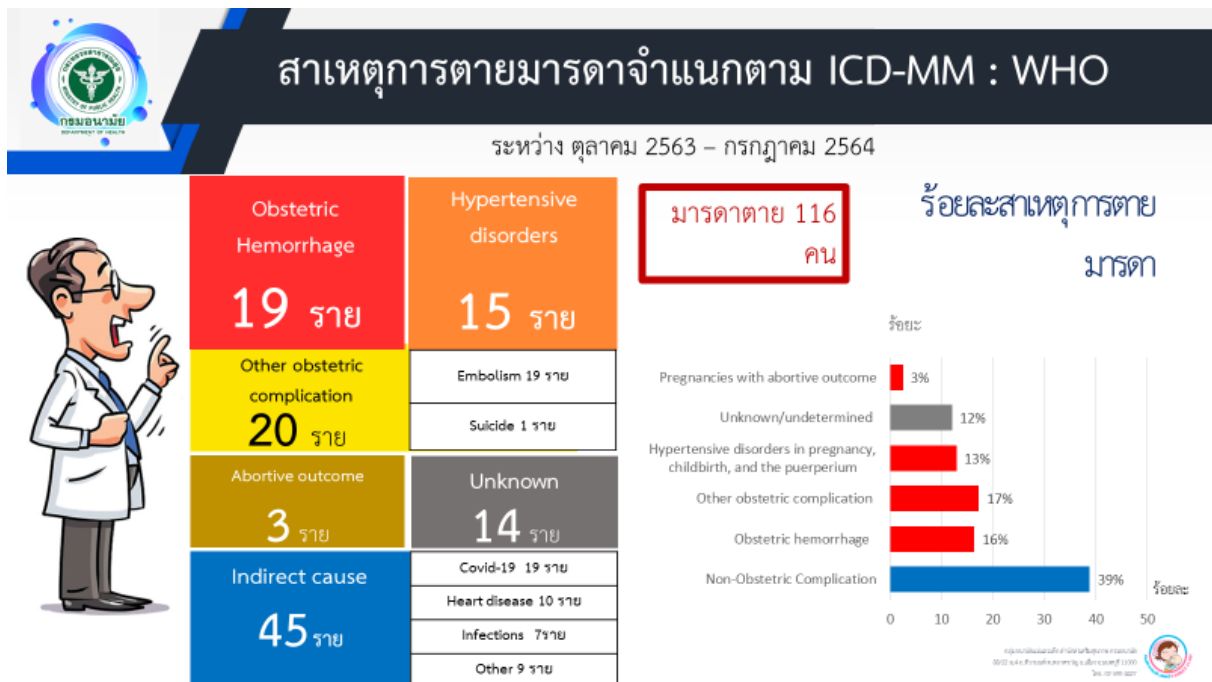
ตารางที่ ๕ ร้อยละสาเหตุการตายมารดา เดือนตุลาคม ๖๓ - เดือนกรกฎาคม ๖๔



ที่มา:ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ; สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ ๑- ๑๒ พบว่าสาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรงที่เกี่ยวข้องกับสูติกรรม และเมื่อพิจารณาเฉพาะการตายที่เป็นสาเหตุทางตรง จะพบมารดาตายจากสาเหตุตกเลือดร้อยละ ๑๖.๓๘ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาพบว่าร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๑๗.๕ อย่างไรก็ตามการลดลงของสาเหตุการตายมารดาจากการตกเลือดก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามมาตรการคือ “ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุตกเลือดหรือลดลงร้อยละ ๓๐ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา” นอกจากนี้ยังพบมารดาตายจากความดันโลหิตสูงร้อยละ ๑๒.๙๓ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ ๒๐ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา นอกจากนี้นับตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๔ เป็นต้นมา พบการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ทำให้มีมารดาตายจากการติดเชื้อโควิด ๑๙ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ตาราง ๖)

ตารางที่ ๖ การจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM WHO



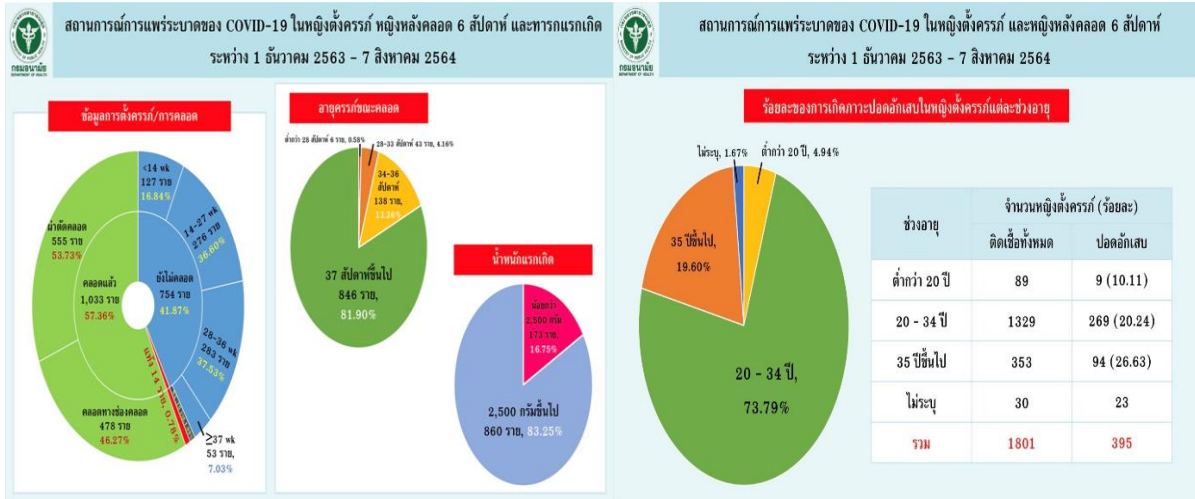
ที่มา:ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ; สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด ๑๙ ระลอก ๓ ตั้งแต่ช่วงปลายปี ๒๕๖๓ จนถึงปัจจุบัน มีจำนวนประชากรติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลการติดเชื้อของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๓ - ๗ สิงหาคม ๒๕๖๔ พบว่า

- ๑) หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ ๑๘๐๑ ราย เสียชีวิต ๓๑ ราย โดยพบว่า ๒๙ รายเสียชีวิตจากภาวะปอดอักเสบรุนแรงจากเชื้อโควิด ๑๙ มีเพียง ๒ รายที่เสียชีวิตจากภาวะทางสูติกรรมซึ่งมาจาก Abruption placenta จำนวน ๑ ราย Amniotic fluid embolism จำนวน ๑ ราย และพบทารกติดเชื้อ ๑๑๐ ราย เสียชีวิต ๒๐ ราย ซึ่งการติดเชื้อและการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น
- ๒) หญิงตั้งครรภ์ที่ติดโรค COVID-๑๙ มีความเสี่ยงที่โรคจะรุนแรงกว่าคนทั่วไป มีโอกาสต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive care unit, ICU) เพิ่มขึ้น ๓ เท่า การใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) เพิ่มขึ้น ๒.๙ เท่า (ตารางที่ ๗)
- ๓) การติดเชื้อ COVID๑๙ เพิ่มความเสี่ยงต่อผลการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ เลือดแข็งตัวผิดปกติ ภาวะต้นขากระดูกอ่อนทางสูติกรรม (เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง) ให้มีความรุนแรงมากขึ้น คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ มีโอกาสเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น ๒.๕ เท่า และน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มขึ้น ๙ เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ไม่ติดเชื้อ(๒)ส่งผลให้การตายมารดาเพิ่มขึ้น (ตารางที่ ๗)
- ๔) เขตสุขภาพที่พบการตายมารดาจากการติดเชื้อโควิด ๑๙ มากที่สุดได้แก่เขตสุขภาพที่ ๕ (๗ ราย), เขตสุขภาพที่ ๔ (๖ ราย), เขตสุขภาพที่ ๑๒ (๓ ราย), เขตสุขภาพที่ ๒ (๒ ราย), เขตสุขภาพที่ ๓ (๑ ราย) ตามลำดับ (ข้อมูล ณ ต.ค.๖๓-ก.ค.๖๔)

ตารางที่ ๗ รายงานสถานการณ์การติดเชื้อและเสียชีวิตจากโรคโควิด ๑๙ ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ๖ สัปดาห์และทารกแรกเกิด ตั้งแต่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๓ - ๗ สิงหาคม ๒๕๖๔

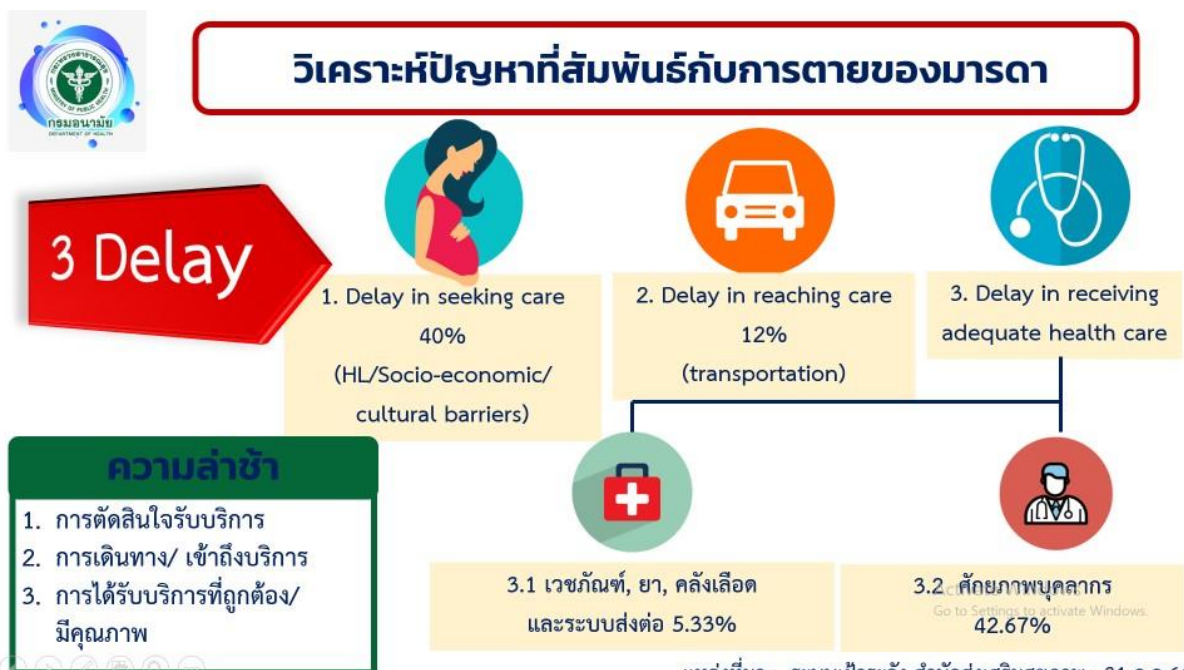




ที่มา : ระบบรายงานการติดเชื้อ COVID-๑๙ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาโดยใช้ ๓ Delay Model พบว่า

- ๑) ร้อยละ ๔๐ ของการตายมารดาเกิดจากหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว ตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า อันเนื่องมาจากขาดความรู้ความเข้าใจและไม่เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างตั้งครรภ์
- ๒) ร้อยละ ๑๒ ของการตายมารดาเกิดจากหญิงตั้งครรภ์เข้าไม่ถึงระบบบริการ เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ถิ่นทุรกันดาร และการคมนาคมที่ไม่สะดวก
- ๓) ระบบบริการแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนได้แก่
 - ร้อยละ ๕.๓๓ เกิดจากระบบเวชภัณฑ์ คลังเลือด คลังยา ที่ไม่พร้อมใช้งานของสถานบริการ
 - ร้อยละ ๔๒.๖ การได้รับบริการที่ไม่ถูกต้อง ขาดการได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วทันเวลา ปัญหาศักยภาพของบุคคลากร



แหล่งที่มา : ระบบเฝ้าระวัง สำนักส่งเสริมสุขภาพ ; 31 ก.ค.64

จากการกำหนดมาตรการมุ่งเน้นและขับเคลื่อนมาตรการสำคัญในระดับประเทศสู่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ พบปัญหาและอุปสรรคในภาพรวม ดังนี้

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๑. หญิงตั้งครรภ์/ครอบครัว ตัดสินใจเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลล่าช้า</p>	<p>สร้างความตระหนักรู้ให้หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลสุขภาพตนเองและการสังเกตอาการความผิดปกติทางสูติกรรมและการติดเชื้อโควิด ๑๙</p>	<p>๑. สนับสนุนและผลิตคู่มือสื่อสารประชาสัมพันธ์ต่างๆ เช่น คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดและเด็กเล็กในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ วีดีโอคลิปการส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วีดีโอคลิปการปฏิบัติตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ วีดีโอคลิปการเลี้ยงดูเด็ก หนังสือการ์ตูนสำหรับเด็ก โปสเตอร์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การ live สดผ่าน Facebook* เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ ผู้เลี้ยงดูเด็กและครอบครัวได้เกิดความตระหนักรู้และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เป็นต้น</p> <p>๑. Application เพื่อการดูแลและให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ เช่น รร.พอแม่ ออนไลน์ ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก Line@ health คอ๗</p>
<p>๒. เข้าสู่ระบบบริการได้ยากและล่าช้า</p>	<p>๑. พัฒนาระบบค้นหา คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกโดยใช้โปรแกรมที่มีอยู่ในพื้นที่หรือ โปรแกรม Save mom</p> <p>๒. จัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงรายบุคคล เผื่อระวังความเสี่ยงรายบุคคล กำหนดมาตรการให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในการเผื่อระวังความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ เช่นชุมชนจัดให้มีรถฉุกเฉิน/พาหนะขนส่งฉุกเฉิน สำหรับหญิงตั้งครรภ์</p>	<p>๑. เร่งดำเนินงานค้นหา คัดกรองความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เชิงรุกผ่านโปรแกรม Save mom หรือโปรแกรมอื่นๆในพื้นที่มี เช่น ขอนแก่น ค้นหา คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ผ่าน Program ANC Hight risk /จังหวัด พิษณุ Program All Natal</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	<p>คลอด หรือการบริหารจัดการที่พักคอยรอ คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ห่างไกล เป็นต้น</p> <p>๓.วางแผนจัดการความเสี่ยงหญิง ตั้งครรภ์/ วางแผนการคลอดรายบุคคล เพื่อป้องกันการตกเลือด ชัก ช็อค ความ ดันโลหิตสูง สาเหตุทางสูติกรรมที่ป้องกัน ได้และป้องกันการตายจากโรคอายุรกรรม</p>	<p>Care /App PPKONE จันทบุรี เป็นต้น</p> <p>๒.ประสานความร่วมมือ เครือข่าย อปท และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์เช่น อึ้งผ่าง โมเดล อุดรฯโมเดล ทีม Sky doctor แม่ฮ่องสอน เป็นต้น</p>
<p>๓.ระบบบริการขาด ประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการ ขาด ทักษะ ความชำนาญ ขาดทีม แพทย์ที่มีความชำนาญในการ วินิจฉัยและดูแลรักษาหญิง ตั้งครรภ์ ความล่าช้าในการ ตัดสินใจปรับแผนการรักษา รวมทั้งขาดช่องทางขอ คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ ไม่สามารถติดต่อประสานงาน ขอคำปรึกษาและการส่งต่อ เครือข่ายเพื่อการดูแลรักษา ต่อเนื่อง</p>	<p>๑.ส่งเสริมการจัดบริการคุณภาพ ด้านงาน อนามัยแม่และเด็ก ผ่านกลไกการบูรณา การคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) และระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทุกระดับโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปรับโครงสร้างคณะกรรมการและ บทบาทการทำงานเพื่อให้เกิดการบูร ณาการเชื่อมต่อบริการสุขภาพ ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟู ที่ชัดเจนและเป็น รูปธรรม - ควบคุม กำกับ ติดตามการจัดบริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่ และเด็ก - สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรด้าน สูติกรรมดำเนินการตาม CPG กลาง ของจังหวัด <p>๒. ประสานความร่วมมือในการการดูแล หญิงตั้งครรภ์ร่วมกันระหว่างอายุรแพทย์ และสูติแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● High risk /very High risk เน้นคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะแทรกซ้อน NCD รวมถึงโรค ทางอายุรกรรมอื่นๆ และมีระบบ จัดการความเสี่ยงนั้น ● เน้นการดูแลร่วมสหสาขาในหญิง ตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมรุนแรง 	<p>- ในหลายพื้นที่มีระบบส่งต่อ เพื่อการให้คำปรึกษาแก่หญิง ตั้งครรภ์และครอบครัวใน กรณีป่วยอายุรกรรมรุนแรงที่ สามารถตั้งครมได้และที่ไม่ แนะนำให้ตั้งครม</p> <p>- มีการวางแผนการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ป่วยอายุรกรรมแบบ รายบุคคลและอยู่ในการดูแล ของอายุรแพทย์และสูติ แพทย์อย่างใกล้ชิด รวมถึงมี ระบบการกำกับติดตาม และ ส่งต่อผู้รับบริการ</p> <p>- ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคล กรให้บริการตามมาตรฐานงาน อนามัยแม่และเด็กและการ ดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ (CPG) ต่างๆที่เกี่ยวข้อง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	<ul style="list-style-type: none"> ● การให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในกรณีป่วยอายุรกรรมรุนแรงที่สามารถตั้งครรภ์ได้และไม่แนะนำให้ตั้งครรภ์ หากสามารถตั้งครรภ์ได้ต้องอยู่ในการดูแลของอายุรแพทย์และสูติแพทย์อย่างใกล้ชิด รวมถึงมีระบบการกำกับติดตาม และส่งต่อผู้รับบริการ ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ - การดูแลการคลอดในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม - การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ 	
๔. การตายที่ระยะหลังคลอดสูง อันเนื่องมาจากขาดระบบกำกับติดตามเยี่ยมหลังคลอดแบบรายบุคคลที่มีคุณภาพ	๑. พัฒนาระบบกำกับ ติดตามดูแลหลังคลอด วางแผนและเตรียมความพร้อมดูแลหลังคลอดเป็นรายบุคคล เน้นดูแลตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง และความรุนแรงทางโรคอายุรกรรมที่อาจทวีความรุนแรงขึ้นของหญิงหลังคลอด รวมทั้งภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ๒. พัฒนาระบบส่งข้อมูลของผู้ใช้บริการแบบเชื่อมต่อและบุคลากร/หน่วยบริการสามารถดูข้อมูลผู้ใช้บริการได้อย่างต่อเนื่อง (pink book online) ๓. การดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้ระบบบริการพื้นฐานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless service)	๑. เร่งดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้ระบบบริการพื้นฐานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อการดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless service) ๒. นำร่องใช้งาน pink book online เพื่อการดูแลและส่งต่อข้อมูลแบบไร้รอยต่อ
๕. การทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามกระบวนการของระบบ MDSR system	๑. เฝ้าระวังการตายมารดาเชิงรุก ผ่านระบบเฝ้าระวัง ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา (Maternal Death Surveillance and Response : MDSR System) โดยมีศูนย์อนามัยเขตทำหน้าที่	๗๖ จังหวัดมีการดำเนินงานตามระบบเฝ้าระวัง ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา (Maternal Death Surveillance and

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	เป็นแกนนำในการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาทุกราย ๒.กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการที่ได้จากการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา	Response : MDSR System)

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

เขต ๑

- จังหวัดเชียงใหม่ แนวทางการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด หญิงหลังคลอดและทารกหลังคลอดที่มีความเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
- จังหวัดแม่ฮ่องสอน ทีม Sky doctor / ห้องคลอดคุณภาพใน รพ.สต.พื้นที่ห่างไกล
- จังหวัดเชียงราย แนวทางป้องกันมารดาตายจากภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม

เขต ๓

- จังหวัดนครสวรรค์ อสม.บัตตี้
- จังหวัดพิจิตร Program All Natal Care
- จังหวัดชัยนาท Project Manager MCH.
- จังหวัดอุทัยธานี Seamless refer การนำ Robson ten group classification (๑๐ กลุ่ม) มาใช้เพื่อวิเคราะห์งานซึ่งจะช่วยลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นลงไปได้

เขต ๖

- ศูนย์อนามัยที่ ๖ โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์ (ANC Hpc online)
- สมุทรปราการ เครือข่ายแม่และเด็กอย่างไร้รอยต่อ (Provincial Network Certification: PNC)
- ชลบุรี ระบบ MOPH CONNECT FC CHONBURI (Application line)
- ระยอง ๑ CUP ๑ Product
- จันทบุรี App PPKONE
- ปราจีนบุรี อสม. ออนไลน์ ใช้ในการเยี่ยมหลังคลอด

เขต ๗

- จ.กาฬสินธุ์ “ชุมชนเข้มแข็งหนองแซ่” / “คลินิกฟ้าใส” เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ใช้สารเสพติด
- จ.ร้อยเอ็ด “โปรแกรม Save mom
- จ.มหาสารคาม “โปรแกรม Nemo care”
- จ.ขอนแก่น “โปรแกรม ANC High risk” การเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
- จ.ร้อยเอ็ด ของขวัญ “งานหมั้น งานแต่ง” แจกหญิงเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด (นาร่อง อ.ปทุมรัตน์ และอ.เกษตราวิสัย)

เขต ๘

- Udon Model ๒๐๒๑ ในการคัดกรองและแนวทางการดูแลตามความเสี่ยง

- Rapid Response for OB Emergency Udon ๒๐๒๐ (ROBOR ๒๐๒๐ : PPH, PIH, shoulder dystocia ,Fetal distress)
- Udon Model ๗ Steps ระบบการดูแลเฝ้าระวังในชุมชน

เขต ๙

- จังหวัดสุรินทร์ คลินิก pre-conceptual ระบบบริการแบบห้องคลอดเดียวกัน(One province one labor room)
- การป้องกันการตายมารดาจากสาเหตุ PPH (ใช้ถุงตวงเลือดและ Ballon tamponade) ทุกจังหวัด
- จังหวัดชัยภูมิ โครงการมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน พลัส มุ่งสู่ หลานปู่แล สุขภาพดี มีปัญญา ทุกอำเภอ

เขต ๑๐

- จังหวัดศรีสะเกษ Mapping หญิงตั้งครรภ์ ในการส่งต่อและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน Fast Track สู่ตีแบบไร้รอยต่อ
- จังหวัดมุกดาหาร Individual Care Plan

เขต ๑๑

- จังหวัดระนอง ถอดบทเรียนกระบวนการดำเนินงาน มีรายละเอียดตามที่อยู่ : <https://www.youtube.com/watch?v=y๒๐MvNjIDak&t=๔๓s>
- จังหวัดนครศรีธรรมราช Delay in receiving care มีรายละเอียดตามที่อยู่ : <https://www.youtube.com/watch?v=๖PtJVC-bM๒M>.

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. วางแผนการดูแลและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด กำหนด Individual plan ที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของอาการ พร้อมรักษา การตัดสินใจที่รวดเร็ว ในกรณีฉุกเฉิน
๒. จัดตั้ง Multidisciplinary consultation ระดับเขต ผ่านระบบ Online ในการดูแล โดยมี MCH Board เขตเป็นเจ้าภาพในการจัดตั้ง group line consult ผู้เชี่ยวชาญระดับเขต เพื่อปรึกษาข้อมูล การดูแลรักษา หญิงตั้งครรภ์ แก่ทีมภายในเขต ประกอบด้วย สูติแพทย์ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ สหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายภายในพื้นที่ เพื่อเพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Teleconsultation)
๓. พัฒนาคุณภาพระบบบริการตามเกณฑ์โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง (ANC/LR/PP คุณภาพ) เน้นการจัดระบบบริการใน ANC คุณภาพ ให้ได้ตามมาตรฐานการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการ การคัดกรอง/จัดการภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ การสร้าง HL แก่หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด
๔. สนับสนุนให้ประชาชนเฝ้าระวังและสังเกตการติดเชื้อ Covid-๑๙ ด้วย application ต่างๆ เช่น ไทยเซฟไทย และคัดกรองความเสี่ยงทางสูติกรรมรายบุคคลผ่านโปรแกรมในพื้นที่ หรือ โปรแกรม Save mom ผู้รายงานสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
๕. มาตรการป้องกันโรคโควิด ๑๙ ในหญิงตั้งครรภ์
 - รมรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ ในหญิงตั้งครรภ์ให้ครบชุด สร้างความเชื่อมั่นในการฉีดวัคซีนที่มีการจัดสรรในปัจจุบัน และเพิ่มการเข้าถึงวัคซีนในคลินิกฝากครรภ์

- จัดช่องทางพิเศษในการรับวัคซีนให้แก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ลดการรวมตัวหรือสัมผัสกับผู้รอรับวัคซีนทั่วไป มีการติดตามอาการข้างเคียงและผลของการตั้งครรภ์ในระยะยาว
- ติดตามอาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์จากการการฉีดวัคซีน COVID-๑๙ ในหญิงตั้งครรภ์ และให้นมบุตร และการคลอด
- สื่อสารขอความร่วมมือสถานประกอบการให้เห็นความสำคัญของการลดการทำงานของหญิงตั้งครรภ์ ณ สถานที่ตั้ง หรือลดการทำงานที่ต้องพบปะคนจำนวนมากโดยการปรับเปลี่ยนหน้าที่ให้ทำงานในส่วนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยลง
- สื่อสารสร้างความเข้าใจแก่โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เห็นความสำคัญของการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการรุนแรง เน้นให้มีช่องทางการส่งต่อแบบ fast track
- ในกรณีหญิงตั้งครรภ์มีอาการบ่งชี้ เช่น มีไข้ ไอ น้ำมูก ให้ทำการตรวจ PCR ในหญิงตั้งครรภ์ทันที โดยออกผลการตรวจแบบเร่งด่วน ในกรณีหญิงตั้งครรภ์มีความจำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัว ณ รพ.ให้ตรวจ PCR ทุกราย เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อแก่หญิงตั้งครรภ์รายอื่น เนื่องจากปกปิดข้อมูล
- การยุติการตั้งครรภ์ ในกรณี severe pneumonia หรืออยู่ในภาวะวิกฤต ให้ถือประโยชน์ที่จะเกิดกับหญิงตั้งครรภ์เป็นหลัก ทั้งนี้ให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
- การติดเชื้อโควิด ๑๙ ไม่ใช่ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด แต่การผ่าตัดคลอดช่วยให้สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยได้ดีและง่ายขึ้น ดังนั้น การผ่าตัดคลอดขึ้นอยู่กับวิจารณญาณและแนวปฏิบัติของหน่วยบริการ เพื่อประโยชน์สูงสุดของหญิงตั้งครรภ์
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด ๑๙

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. MCH Board ระดับประเทศ ร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในประเทศไทยในประเด็นดังนี้
 - จัดทำข้อห้ามในการตั้งครรภ์และมาตรการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทางอายุรกรรมสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง
 - กำหนดแนวปฏิบัติเพื่อลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น โดยความร่วมมือระหว่างกรมอนามัย กรมการแพทย์และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
 - จัดทำ CPG สำหรับบุคลากร
๒. สนับสนุน/คืนข้อมูลเฝ้าระวังให้พื้นที่ ทั้งข้อมูลระดับประเทศ ระดับจังหวัด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการทำงานของจังหวัด
๓. การจัดสรร สนับสนุน ชุดความรู้/แนวปฏิบัติต่างๆ เรื่องมาตรฐานการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในสถานการณ์การระบาดของโควิด-๑๙ สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเป้าหมายไม่เพียงพอสอดคล้องความต้องการของพื้นที่
๔. กรมวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้องจัดทำสื่อในรูปแบบต่างๆ เผยแพร่สื่อสารแก่ประชาชน ให้เกิดความเข้าใจว่าหญิงตั้งครรภ์ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงได้หากติดเชื้อ
๕. ทบทวนและวิเคราะห์แนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยโรคโควิด ๑๙

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ๔.๔ เด็กปฐมวัย **** (ประเด็นกำกับติดตาม)****

- ๑.๑ ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
- ๑.๒ ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ
- ๑.๓ ร้อยละ ๖๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔1

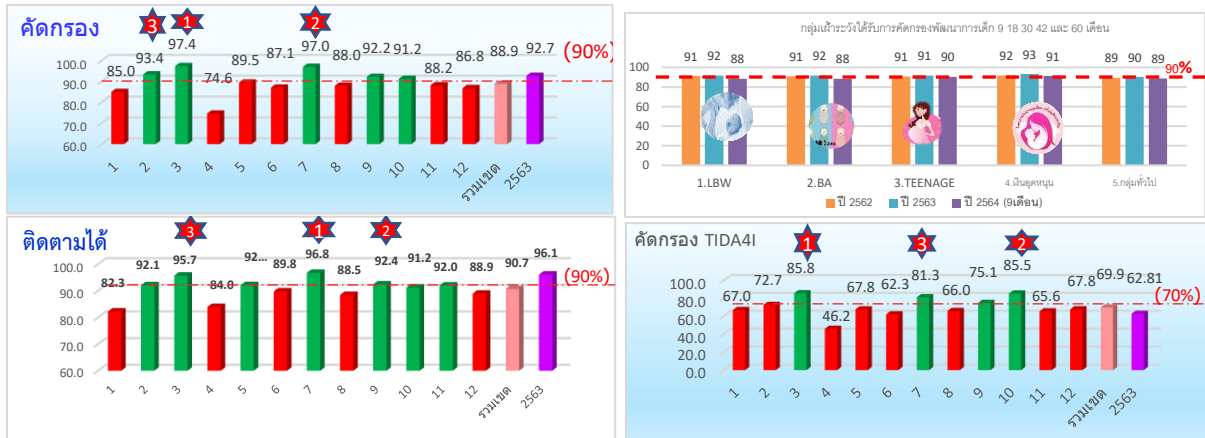
๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมอนามัย

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๓. วิเคราะห์สถานการณ์

๓.๑ เป้าหมายและผลงาน



๓.๒ สรุปสถานการณ์

สรุปสถานการณ์ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) เน้นการเข้าถึงบริการ ที่เป็นจุดสำคัญให้เด็กได้รับโอกาสในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ ในปี ๒๕๖๔ รอบ ๙ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๓- มิถุนายน ๒๕๖๔) พบว่า ความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการ เท่ากับ ร้อยละ ๘๘.๙ ลดลงจากปี ๒๕๖๓ ในช่วงเวลาเดียวกัน ร้อยละ ๓.๘ การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ลดลงจากปี ๒๕๖๓ ทุกกลุ่ม และเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ารอกระตุ้นและติดตามภายใน ๓๐ วัน เท่ากับ ๙๙.๓ สำหรับเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เท่ากับ ๒๘.๐ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกรายด้าน พบพัฒนาการด้าน EL และ RL แนวโน้มล่าช้าเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่อาจทำให้เด็กไม่สามารถเข้ามารับบริการได้ตามวันเวลาที่นัดหมาย ซึ่งอาจต้องปรับเปลี่ยนวิธีการติดตามเด็กร่วมด้วย เช่น การโทรศัพท์ติดตามหรือการส่งคลิปวิดีโอ หรือการติดตามจาก อสม.ในชุมชน การติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการคัดกรองด้วย TIDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ปี ๒๕๖๔ รอบ ๙ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๓- มิถุนายน ๒๕๖๔) พบว่า เด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ ๖๙.๙ ใกล้เคียงค่าเป้าหมายจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เด็กมีพัฒนาการทางภาษาล่าช้า ทั้งการใช้ภาษาและการเข้าใจภาษา สำหรับการสำรวจ IQ กรมสุขภาพจิต ดำเนินการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กประถมศึกษาปีที่ ๑ กลุ่มเป้าหมาย ทุกๆ ๕ ปี

โดย ปี ๒๕๖๔ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง มีบางจังหวัดยังไม่ได้ลงเก็บข้อมูล เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

๓.๓ ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๑. โรค Covid ๑๙ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของเด็กลดลง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กลดลงจากปี ๖๓ ร้อยละ ๙๐.๒ เป็น ร้อยละ ๘๘.๘ - เด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองลดลงจากปี ๖๓ ทุกช่วงอายุ - เด็กสงสัยล่าช้าเพิ่มสูงขึ้น <p>เนื่องจากพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กไม่ได้เฝ้าระวังหรือเจ้าหน้าที่ มีสมรรถนะสูงสามารถคัดกรองพัฒนาการด้วย DSPM ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>๑.๑ จัดระบบประเมินพัฒนาการออนไลน์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้การสื่อสารออนไลน์ ได้แก่ ไลน์, vdo call ในการประเมินพัฒนาการ ใน เขต ๓, ๔, ๕ - ใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการสำหรับปู่ย่า ผู้ดูแลเด็ก และพัฒนาพื้นที่ต้นแบบด้วยโปรแกรม Triple-P เขต ๗ <p>๑.๒ ประเมินพัฒนาการเชิงรุก ในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดบริการตามแนวทาง การป้องกันโรคของกรมอนามัย ป้องกันการติดเชื้อทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในเขต ๕, ๑๐ - มี Child Family Team (CFCT) เป็นกลไกการขับเคลื่อนงานในชุมชน เขต ๑๐ 	<p>๑.๑ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้ “คู่มือ DSPM DAIM ในกลุ่มพ่อแม่ ปู่ย่า หรือผู้เลี้ยงดูหลัก” เขต ๗</p> <p>๑.๒ จัดทำคัลลิป VDO ไปสเตอร์ Info graphic แผ่นพับ และ Applicationผลิตสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เขต ๑๗</p> <p>๑.๓ ให้บริการแบบกระชับปลอดภัย ใช้เวลาใน รพ. น้อยที่สุด หรือใช้นอกเวลาราชการ เช่น จัดระบบ one stop service เขต ๕</p>
<p>๒. การขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดย ๔ กระทรวงหลัก ยังเป็นการบูรณาการระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการปฏิบัติ ยังทำงานแยกส่วน</p>	<p>๒.๑ จัดกิจกรรมตำบล ๓ D (Diet Development & Play Dental) และเล่นเปลี่ยนโลกในพื้นที่ต้นแบบ เพื่อยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามมาตรฐานการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (๔D) และการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคตามมาตรการ Thai Stop COVID Plus ผ่านระบบออนไลน์ เขต ๑๗</p> <p>๒.๒ มีการจัดทำแผนนิเทศติดตามการดำเนินงาน ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กนิเทศติดตาม ANC WCC คุณภาพผ่านกลไก MCH Board ระดับเขต เขต ๑ ๑๒</p> <p>๒.๓ มีการประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับเขต และวางแผนการทำงานพัฒนาการเด็กร่วมกันในระดับเขต ประเด็นมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาระดับเขต หรือทำงานร่วมกับคณะทำงาน Service plan เขต ๒ ๑๐</p>	<p>๒.๑ บูรณาการร่วมมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขับเคลื่อนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ๔D นำเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดมีการติดตามเยี่ยมเสริมพลังเตรียมความพร้อมการเปิดศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยเขต๑๒ - นำนโยบายขับเคลื่อนตำบล ๓D และมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสู่การปฏิบัติในพื้นที่เขต๑ <p>๒.๒ มีการประชุม MCH Board เพื่อแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย และผ่านคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยของจังหวัด เขต ๑ ๑๐</p> <p>๒.๓ อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในสถานประกอบการเพื่อขับเคลื่อนการส่งเสริมมนมแม่ในสถานประกอบการ เขต๑ ๒ , ๔</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๓. งบประมาณ ไม่เพียงพอ</p> <p>๔. ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้ DSPM ในพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูหลัก - การเก็บข้อมูลยังไม่ปรากฏระบบรูปแบบที่เป็นแนวทางเดียวกัน - ผู้เลี้ยงดูขาดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก <p>๕. ระบบข้อมูล การลงบันทึก</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรายงานและการประมวลผล ยังไม่มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และใช้ประโยชน์ ในการพัฒนางาน เขต ๑ - การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้องและไม่ทันเวลา ทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน การประมวลผลไม่ถูกต้อง ในกลุ่มเด็กติดตาม ๓๐ วัน เขต ๙ ๑๑ - การเชื่อมโยงงานข้อมูลการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการตามเวลาที่กำหนด ทั้งภายในภาครัฐและเอกชน <p>๖. ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ/ เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กน้อย ติดตามเฝ้าระวัง ยังไม่ครอบคลุม</p>	<p>๓. ผลักดันประเด็นพัฒนาการเด็ก ในการกำหนดเป็นคำตอบแทนคุณภาพผลงาน ด้านพัฒนาการเด็กของ สปสช. (QOF) เขต๑</p> <p>๓.๒ พัฒนาระบบบริการและระบบส่งต่อ ที่มีคุณภาพ การสร้าง Health literacy ได้รับการสนับสนุน จาก สปสช. เขต๑</p> <p>๔.๑ ขับเคลื่อน Health literacy ในกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ พัฒนาศักยภาพพ่อแม่ เพื่อเน้นการนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ ANC สอนให้รู้จัก, PP ฝึกปฏิบัติ, WCC กระตุ้น ติดตามประเมิน และฝึกเพิ่มตามกลุ่มอายุ เขต๑</p> <p>๔.๒ ให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ โดยเฉพาะการใช้สื่อที่ถูกต้องเหมาะสมกับเด็ก ผู้เลี้ยงดูเป็นแบบอย่างที่ดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM หรือในคลิปวิดีโอ เขต ๕</p> <p>๕.๑ กำกับติดตามระบบข้อมูล การวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขต เพื่อเสนอในที่ประชุม MCH Board และปรับแนวทางการดำเนินงานเขต ๑</p> <p>๕.๒ ตรวจสอบข้อมูลจาก Data Exchange บันทึกให้ถูกต้องและทันเวลา เน้นCoaching รพ.สต. เรื่องการ “ส่งออกข้อมูลให้ทันเวลา โดยต้องมีการส่งข้อมูลภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป ตามกำหนดของ HDC” เน้น IT จังหวัดและอำเภอ กำกับติดตาม เขต ๙</p> <p>๖.๑ โครงการส่งเสริมการใช้น้ำเสริมธาตุเหล็ก และให้ความรู้แก่ผู้ปกครองให้เห็นความสำคัญของยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เขต ๕</p> <p>๖.๒ โครงการเด็กน้อยเขต ๘ กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ โอคิวดี</p> <p>๖.๓ กำหนดประเด็น “ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน</p>	<p>๔.๑ ดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก มีการนเทศติดตาม ANC คุณภาพ WCC คุณภาพ โดยกลไก MCH Board ระดับเขต ระดับจังหวัดและอำเภอเขต๑</p> <p>๔.๒ ผู้ปกครองมีเวลาคุณภาพสำหรับเด็กมากขึ้น ใช้ DSPM มากขึ้น เริ่มเข้าใจวิธีการใช้สื่อที่ถูกต้อง เขต ๕</p> <p>๕.๑ วิเคราะห์ข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - แก้ไขประเด็นปัญหาระดับเขต เพื่อเสนอในที่ประชุม MCH Board และการนิเทศตรวจราชการ เขต ๑ - คืบข้อมูลแก่พื้นที่ ทุก ๓ เดือน เพื่อติดตามเด็กมารับบริการให้ทันเวลา และตรวจสอบข้อมูลของตนเอง เขต ๙ <p>๕.๒ มีการตรวจสอบ Template ให้มีความถูกต้อง ตรงกับ HDC กระทรวงสาธารณสุข เขต ๙</p> <p>๖.๑ ติดตามให้มีการใช้น้ำเสริมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น เพื่อลดภาวะเด็กซีดลง นำเสนอข้อมูลแก่คณะกรรมการ MCH BOARD ระดับเขต เขต ๕</p> <p>๖.๒ รมรณรงค์การใช้ Application Food Choice เพื่อสร้างความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ปกครอง เขต ๓</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๗. ด้านบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน และไม่สามารถจัดประชุมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ได้ - บุคลากรต้องช่วยปฏิบัติงานด้านควบคุมป้องกันโรค เขต ๑๒ 	<p>อาหารเช้า อาหารกลางวัน” เพื่อหารือกับจังหวัด และแก้ไขระดับเขต เขต ๗ ๙</p> <p>๖.๔ ศึกษาเชิงคุณภาพกระบวนการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในพื้นที่ต้นแบบ เพื่อหากระบวนการ/นวัตกรรม เขต ๓</p> <p>๖.๕ ขยายพื้นที่ดำเนินการตำบลหัตถ์จรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต</p> <p>๗.๑ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยออนไลน์ โดยใช้เครื่องมือ E learning DSPM ร่วมกับ ระบบ Zoom เขต ๔ ๕ ๑๒</p> <p>๗.๒ On the job training และ ทบทวนฟื้นฟูความรู้ให้กับผู้รับผิดชอบงานทุกระดับทั้งเรื่อง พัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้เครื่องมือ DSPM และ การเจริญเติบโต(โภชนาการ) เขต ๔ ๑๒</p> <p>๗.๓ ใช้ระบบพี่เลี้ยงภายในหน่วยงานอบรมบุคลากรใหม่และเก่าในการกระตุ้น TEDA๔1 เขต ๕</p> <p>๗.๔ พัฒนาทีมช่วยติดตามมารับการกระตุ้นตามนัด เช่น อสม. ครูศูนย์เด็กเล็ก ครูอนุบาลในการช่วยค้นหาและติดตาม เขต ๙</p>	<p>๗.๑ มีผู้สำเร็จภาคทฤษฎี ๔๖๔ คน เขต ๔ ๕</p> <p>๗.๒ มีการ On the job training และทบทวนการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้เครื่องมือ DSPM (On site และระบบ Online) เขต ๔</p> <p>๗.๓ มีระบบพี่เลี้ยงภายใน สนับสนุนข้อมูลและเสริมทักษะให้กับบุคลากรของตนเอง เขต ๕</p> <p>๗.๔ มีแผนการติดตามเยี่ยม CPM ระดับ อำเภอ เพื่อติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีทั้ง Onsite และผ่านระบบ Online เขต ๙</p>

๔. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๔.๑ ใช้ Social Media เทคโนโลยีสารสนเทศในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

- DSPM โมเดล และ QR Code สร้างสื่อ สร้างสุข อ.วัดสิงห์ จ.ชัยนาท เขต ๓
- เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกเรื่องการใช้คู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูเด็กในเขต อำเภอเมือง เพื่อค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขต่อไป คปสอ.เมือง จังหวัดลพบุรี เขต ๗
- จังหวัดอุบลราชธานี มีช่องทางการสื่อสารทางไลน์ ของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ (Line: CFCT) ในการส่งรูปและผลการดำเนินงานแต่ละพื้นที่ ทำให้ทุกพื้นที่ได้เรียนรู้ และนำตัวอย่างดีๆไปปรับใช้แพร่หลาย เขต ๑๐
- การตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก ด้วย DSPM ในจังหวัดชุมพร โดยผู้ปกครอง ผ่านระบบออนไลน์
- ช่องทางออนไลน์ ชื่อ “ Chatbot ๒๑ วันพันดี” ในจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการส่งต่อข้อมูลความรู้ ข่าวสาร วิธีการในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา ๒๑ วัน เขต ๑๑
- สื่อออนไลน์ เพจ“ครอบครัวพันดี จังหวัดนครศรีธรรมราช” ให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ๐ - ๓ ปี เขต ๑๑
- จ.สงขลา การใช้ Program Line Notify และ Nurse Care Manager ในการติดตาม เพื่อให้เด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการกระตุ้นพัฒนาการเพิ่มขึ้น เขต ๑๒

- อ.หาดสำราญ ร่วมกับ มอ.พัฒนาซอฟต์แวร์ที่ติดตั้งเพิ่มเข้าไปใน HosXp (XEDSCustom for Hosxp) เป็นการบันทึกแบบ realtime เพื่อติดตามโภชนาการเด็ก เขต ๑๒

๔.๒ สร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน

- โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็กโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้
บริบทโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ รพ.สต. บ้านหนองหว้า อ.วาปีปทุม จ.มหาสารคาม เขต ๗

- เด็กเถิน สมารท์คิดส์ ขับเคลื่อนโดย พชอ.เถิน จ.ลำปาง เขต ๑

- **บันได ๖ ดี** : รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
ปฐมวัย อนามัยพันดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศิลาเลิง อ.ซำสูง จ.กาฬสินธุ์ เขต ๗

- พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ปกครองแบบมีส่วนร่วมในการ
ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี รพ.สต. บ้านยางใหญ่ อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม เขต ๗

- Smart KIDS Khumchart Model โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึมชาด อ.หนองสองห้อง
จ.ขอนแก่น เขต ๗

- โรงเรียนส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในชุมชน (ลาน กิน เล่น เล่า กอด) รพ.สต. ตำบลดอกกล้า
อ.ปทุมรัตน์ จ.ร้อยเอ็ด เขต ๗

- การขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน ในจังหวัดชัยภูมิ ครอบคลุมทุกตำบล มีแนวทาง
แก้ปัญหาโภชนาการในแม่และเด็ก เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด ภายใต้ concept “หลานปู่แล สุขภาพดี มี
ปัญญา” การทำ Care plan ทำให้พบกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงในระดับสูง (สีแดง) ได้รับการดูแล แบบ
Holistic ตาม bio- psycho- sohvcial ที่กำหนดไว้ และการใช้กองทุนตำบลในการแก้ไขปัญหาภาวะ
โภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ โดยการใช้ นม ๙๐ วัน ๙๐ กล้อง ครอบคลุมทั้งจังหวัด เขต ๙

- อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินกิจกรรมมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต
และพัฒนาทีม Child Family Care Team ในการค้นหาครอบครัวเสี่ยงในชุมชน เช่นครอบครัวที่ความ
เปราะบาง ผู้สูงอายุดูแลเด็ก เพื่อนำมาแก้ไขปัญหา เขต ๑๐

- ตรัง ดำเนินโครงการไม่กินหวาน,โรงอาหารหวานน้อย บูรณาการงานทันตกรรมและนัก
โภชนาการใน ศพด และโรงเรียน เขต ๑๒

- อำเภอนายูง จังหวัดศรีสะเกษ มีการเฝ้าระวังภาวะซีดเด็กปฐมวัย และตรวจจักษุร่วมด้วยเพื่อ
ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของภาวะซีดของเด็ก เพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง เขต ๑๐

- ปัตตานี ให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง “ครอบครัว
โภชนาการ สร้างเด็กปัตตานีสุงคิสมส่วน” เขต ๑๒

- ยะลา อำเภอรามัน ดำเนินการขับเคลื่อนงานเด็กปฐมวัยร่วมกับ ๓ หมอ และขับเคลื่อนมหัศจรรย์
๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต อย่างต่อเนื่อง เขต ๑๒

- อำเภอบาง มีการขับเคลื่อนตำบลพัฒนาการดีเริ่มต้นที่นมแม่ ทุกตำบล เขต ๑๒

- นราธิวาส การจัดสรรทุนแปร่งให้กับทุก ศพด.และมีเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรในการดูแลให้ความรู้เพื่อ
ได้ฝึกสาธิตการแปร่งได้ เขต ๑๒

- อำเภอบาง มีการดำเนินการขับเคลื่อนงานเด็กปฐมวัยร่วมกับ ๓ หมอ และมีนวัตกรรมการเพิ่มการ
บริการของเด็ก ๐-๕ ปี รพ.บาง ร่วมกับทีม EMS เขต ๑๒

๕. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๕.๑ สำหรับพื้นที่

ด้านการบริหารจัดการการดำเนินงาน

- ปรับแนวทางการสร้าง Health literacy ในกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกบริการ ของ รพ.รพ.สต. ชุมชน (สพต.) และครอบครัวตามสถานการณ์ของพื้นที่ เช่น ควรขยายหรือปรับบริการเป็นเชิงรุก ให้เข้าถึงข้อมูล และเข้าใจง่าย โดยการใช้สื่อออนไลน์มากขึ้น เขต ๑

- นำรูปแบบกิจกรรมโครงการ PPA ไปใช้และปรับตามสถานการณ์ ในการเน้นความสำคัญของพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูหลัก ในการใช้คู่มือ DSPM จังหวัด อำเภอบึงสามพัน เพิ่มการประสานงาน IT นิเทศติดตามหน้างาน เพื่อแก้ปัญหา การลงข้อมูลในระบบ แล้วนำมา วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ปรับแผนการดำเนินงานเป็นระยะ เขต ๑

- พัฒนา ปรับปรุงระบบการรายงานและส่งออกของข้อมูลใน HDC เขต ๘
- ส่งเสริมพัฒนาการผ่านการเล่นตามวัย (๓ Play , Family Free Fun) เขต ๒
- เผื่อระวังและกำหนดมาตรการติดตามเด็กสงสัยล่าช้า ล่าช้าและการเจริญเติบโตรายบุคคล เขต ๒
- สร้างความรอบรู้ในสัญญาณเตือน (Warning Sign) ในโรคสมาธิสั้น และโรคทางพฤติกรรมอารมณ์ เขต ๘
- ควรกำหนดมาตรการ/แนวทางการแก้ไขปัญหาภาวะซีดในเด็กปฐมวัย (P๖) เขต ๒
- ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่ที่มีปัญหาทุพโภชนาการ เขต ๒
- บูรณาการงานเด็กปฐมวัยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งประเด็นพัฒนาการและโภชนาการเด็กปฐมวัย เขต ๒
- วางแผนและปรับบริการให้เข้ากับยุคโควิด เขต ๒
- การติดตามเด็กผ่านระบบออนไลน์มากขึ้น โดยการส่งคลิปวิดีโอ และในส่วนของปัญหาผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เป็นผู้สูงอายุ ให้ อสม.ลงช่วยเหลือในการประเมินและติดตามพัฒนาการเด็ก เขต ๔
- ให้มีการวางระบบ coaching & monitoring ข้อมูลและคืนข้อมูลพัฒนาการ ภาวะทุพโภชนาการ TEDA๔ และระบบให้บริการกระตุ้นพัฒนาการ การลงข้อมูลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID – ๑๙) และทบทวนบทบาทของ CPM ทุกอำเภอ เขต ๗
- การพัฒนาระบบข้อมูล ให้จัดทำข้อมูลให้ทันเวลา และเป็นข้อมูลที่แท้จริง เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ของข้อมูลที่มีอยู่ในระบบฐานข้อมูลได้ เช่น ข้อมูลเด็กแรกเกิด (เพิ่ม Newborn) เขต ๙
- วิเคราะห์ปัญหาตามบริบทของพื้นที่พร้อมทั้งจัดทำแผนกิจกรรมเพื่อแก้ไข รวมถึงพัฒนาการ
- สื่อสารความรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน เช่น การแก้ไขปัญหาเรื่องไอโอดีนในครัวเรือน ภาวะโภชนาการในเด็ก เขต ๙

ด้านบุคลากร/การบูรณาการงานกับภาคีเครือข่าย

- จังหวัด ควรมีการเพิ่มศักยภาพ ทักษะบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน อย่างสม่ำเสมอ เช่นอบรมฟื้นฟูความรู้ การนิเทศเยี่ยมเสริมพลัง การ coaching บุคลากร และเพิ่มทักษะครู พี่เลี้ยงเด็ก เป็นต้น เขต ๑
- กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็ก เน้นทักษะและความรู้เฉพาะด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง เขต ๒
- ดำเนินงานร่วมกับ ๔ กระทรวงหลักอย่างเข้มข้น ขับเคลื่อนงานผ่านคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด คณะกรรมการ MCH Board CPM และ ๖ MCH Program เขต ๒ ๕
- ผลักดันการดำเนินงานยกระดับ สพต. ทุกสังกัดตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านสุขภาพ (๔D ; Development&Play, Diet, Dental, Disease) เขต ๗

- ใช้กลไกชุมชน ในการเฝ้าระวังและการแก้ไขปัญหาสูงตีสมส่วน เด็กเตี้ย อ้วน ผอม และการติดตามเด็กมาประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ที่กำหนด เขต ๑๐
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานระดับเขต ในการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิตการดำเนินงานของ CFT ในแต่ละจังหวัด เพื่อนำมาพัฒนางานในระดับเขต เขต ๑๐
- ผลักดัน อปท. สนับสนุนไข่ นม แก่หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยทุกรายต่อเนื่อง และจัดหาเครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดความยาว/วัดส่วนสูงมาตรฐาน ด้วยกองทุนสุขภาพระดับตำบล ผ่านกลไก พขอ. เขต ๗ , ๘
- กระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการจัดซื้อเครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงที่ได้มาตรฐานใช้ในคลินิกเด็กดี และ ๔ กระทรวง ซื้อเครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงที่ได้มาตรฐานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่รับผิดชอบ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน เขต ๘

ด้านวัสดุอุปกรณ์และสิ่งสนับสนุน

- ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลจาก HDC และ Data exchange รวมทั้งค้นหาข้อมูลในการประชุม MCH Board จังหวัด และเยี่ยมเสริมพลังในระดับพื้นที่ เขต ๒
- ตรวจสอบมาตรฐานเครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูง พร้อมทบทวนทักษะการวัดที่ถูกต้อง เขต ๒ สนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กตามชุดสิทธิประโยชน์ เน้นง่ายและบันทึกให้ตรงตามรอบ EPI เขต ๗
- สร้างความรอบรู้พัฒนาการและการแก้ไขปัญหาพหุโภชนาการเด็กปฐมวัยแก่พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก เขต ๗
- ใช้โครงการเด็กน้อยเขต ๘ กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ ไอคิวดี โดยบูรณาการร่วมกับชุมชน เขต ๘
- มีแผนให้เด็กปฐมวัยได้เข้าถึงการตรวจสุขภาพช่องปาก เขต ๘
- ส่งเสริมผู้เลี้ยงดูเด็กให้ความรู้ในการตรวจฟัน เขต ๘

๕.๒ สำหรับส่วนกลาง

ด้านการบริหารจัดการการดำเนินงาน

- การขับเคลื่อนนโยบาย ควรมีการสนับสนุนกลไกคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด ให้มีการทำงานแบบบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม เขต ๑
- การวิจัยประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลการใช้ข้อมูล DSPM ประเมินการใช้สื่อที่สนับสนุน เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับบริบทและเพิ่มความเข้าใจและเข้าถึง (กลไก HL) อาจปรับเป็นรูปแบบอื่น เช่น การแจกชุดการกระตุ้นพัฒนาการ คลิป VDO สอนการใช้สื่อ Digital HL สื่อภาษาท้องถิ่น เป็นต้น เขต ๑
- กำหนดนโยบายมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการเน้นคุณค่าตามแนวทาง ๖ Value MCH Programs เชื่อมโยงบริการแบบไร้รอยต่อทั้งในสถานบริการ เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวและชุมชนแบบมีส่วนร่วม เขต ๒
- ผลักดันนโยบายโดยกำหนดบทบาทและตัววัดผลงานที่ชัดเจนของ ๔ กระทรวงในการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต โดยเฉพาะด้านงบประมาณ และบุคลากร เขต ๗
- ควรตัดข้อมูลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วออกจากกลุ่มเป้าหมาย TEDA๔ เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องอยู่แล้วจากทีมสหวิชาชีพ เขต ๗

ด้านวัสดุอุปกรณ์และสิ่งสนับสนุน

- การสนับสนุน สื่อออนไลน์ เอกสาร คู่มือ DSPM อย่างเพียงพอ (กรมอนามัย) เขต ๑
- ควรมีการปรับปรุง Template ในข้อมูล HDC ให้เป็นปัจจุบัน เขต ๓

- ควรมีการตรวจสอบ Template ในการเก็บตัวชี้วัดต่างๆ ให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน เนื่องจากส่งผลกระทบต่อ การประมวลผล และผลการดำเนินงานของจังหวัด ร่วมด้วย เขต ๘
- สร้างสื่อ mass media รณรงค์เรื่องพัฒนาการเด็กเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญในการส่งเสริมและเฝ้า ระวังพัฒนาการเด็ก เขต ๔
- กำหนดมาตรฐานกลางของเครื่องชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/วัดส่วนสูง และสื่อสารเพื่อเป็นแนวทางการ จัดซื้อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เขต ๗ , ๑๒
- พัฒนาหลักสูตรและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในการสื่อสารผลพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่เจ้าหน้าที่ แบบออนไลน์ เขต ๗
- พัฒนาระบบการติดตามกระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่องในเด็กที่ย้ายออกนอกเขตพื้นที่ เช่น ย้ายข้ามจังหวัด หรือเขตภาคต่าง ๆ ภายในประเทศนั้น ยังไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นระบบได้อย่างสมบูรณ์ให้กับพื้นที่เดิมที่ มีการติดตามต่อเนื่องมาก่อน ส่งผลให้ทางพื้นที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลเด็กบางรายได้ว่าได้รับการกระตุ้น พัฒนาการต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร เขต ๗
- พัฒนาระบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ “การป้องกันภาวะโลหิตจาง ในเด็กปฐมวัย” ให้ครอบคลุมทุก ช่องทาง เพื่อให้เกิดความกระแสรองกันภาวะโลหิตจาง ในเด็กปฐมวัย ให้ผู้ปกครองรู้สิทธิของเด็กที่ต้อง ได้รับ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมองเด็ก เขต ๑๐
- จัดทำโปรแกรมการแปรผลที่สะดวก และง่าย พร้อมทั้งการให้คำแนะนำผู้ปกครอง (พัฒนาโปรแกรม B-Nutri) ให้เป็นกราฟใหม่ และสามารถใช้งานได้ เขต ๑๒
- หากมีการเพิ่มเติมรายงานที่นอกเหนือรายงาน HDC ควรมีการเขียน Scrip เพื่อดึงรายงานจากข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และส่งคำสั่งให้ทุกจังหวัดได้รับทราบ เขต ๑๒

๖. ปัจจัยความสำเร็จ

- การขับเคลื่อน โดยกลไก MCH BOARD คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด (CPM) พขอ. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- การสนับสนุนงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาจากหลายแหล่ง เช่น สปสช. (PPA) เป็นต้น
- การกำหนดเป็นผลงาน และค่าตอบแทนผลงาน (work load) ของ สปสช. (QOF)
- มีการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านกลไกคณะกรรมการ MCH Board และคณะกรรมการ สืบสวนมารดาตายทั้งระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ เขต ๒
- มีการขับเคลื่อนและพัฒนาแนวทางการจัดบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยทั้งเชิงรับ และเชิงรุก เขต ๒
- เครือข่ายการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดมีความเข้มแข็ง เขต ๒

๗. ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- มาตรการจัดการมารดากลุ่มเสี่ยงทุกจังหวัด เน้นการจัดการภาวะซีด (P๑ และ P๒) เขต ๒
- ข้อมูลการติดตามประสิทธิผลการใช้ยา Progesterone และ Carbetocin รายบุคคล เขต ๒
- มาตรการ/แนวทางจัดการเด็ก ๖-๑๒ เดือนซีด (P๖) เขต ๒
- มาตรการจัดการเด็กเตี้ย, อ้วน พร้อมติดตามรายบุคคล เขต ๒

- การเตรียมการเปิด ศพด. และส่งเสริมแก้ปัญหาพัฒนาการและโภชนาการ เร่งรัดให้ ศพด. ประเมินตนเอง Thai Stop Covid(TSC) และส้อมประเมินเตรียมความพร้อมการเปิด ศพด. และให้การประเมินเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ผู้รายงาน : นายธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ
ตำแหน่ง : รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ
วัน/เดือน/ปี : ๑๒ กันยายน ๒๕๖๔
E-mail :teerachai.b@anamai.mail.go.th

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

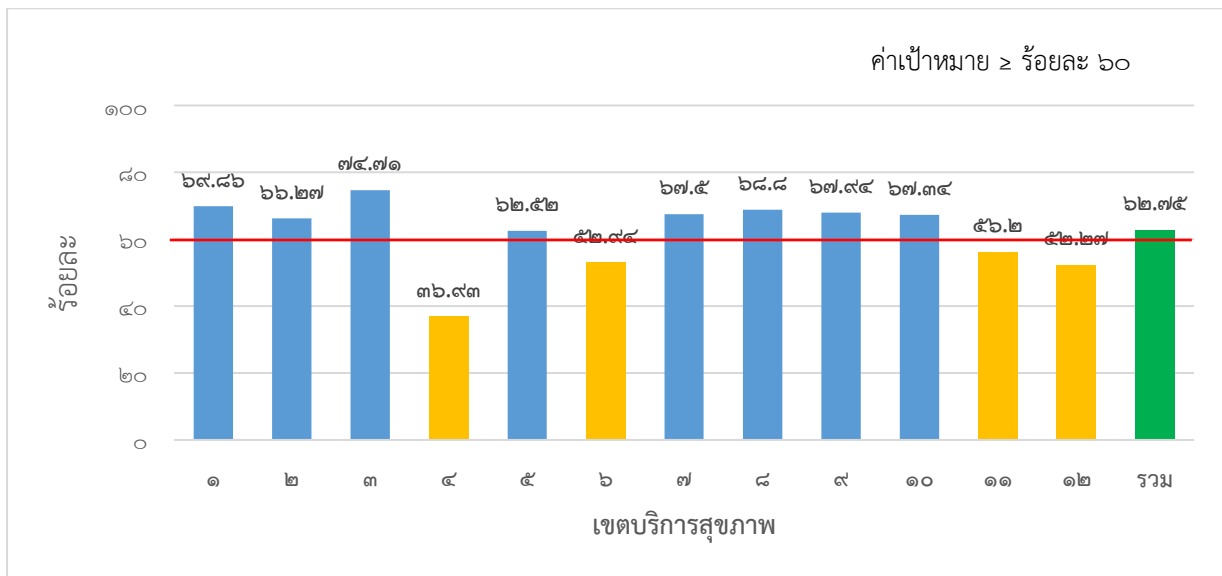
๑. ประเด็นตรวจราชการ: ประเด็นกำกับ ติดตาม: กลุ่มวัยทำงาน (NCD --> HT, DM)
๒. หัวข้อ: ๒.๑ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
๒.๒ ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
๔. วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงาน
- ๔.๑ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

๔.๑.๑ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

การดำเนินงานในปี ๒๕๖๓ พบการคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป จำนวน ๑๙,๙๒๓,๒๕๖ คน (๘๘.๙๓%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๑๖๙,๖๘๑ คน (๐.๘๕%) และได้รับการตรวจติดตาม ๑๒๗,๗๔๖ คน (๕๙.๙๙%)

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ภาพรวมประเทศรอบ ๑๒ เดือน (ต.ค.๖๓ – ก.ย ๖๔) พบการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๙,๖๓๐,๔๑๔ คน (๘๗.๖๕%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๒๒๑,๐๐๕ คน (๐.๙๘%) และได้รับการตรวจติดตาม ๑๓๘,๖๘๑ คน (๖๒.๗๕%) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าพบกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๓ ส่วนผลการดำเนินงานตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ภาพรวมประเทศผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด พบเขตสุขภาพที่ยังดำเนินงานไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๔, ๑๒, ๖, และ ๑๑ คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๙๓, ๕๒.๒๗, ๕๒.๙๔ และ ๕๖.๒๐ ตามลำดับ ดังภาพที่ ๑

ภาพที่ ๑ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ปี งบประมาณ ๒๕๖๔



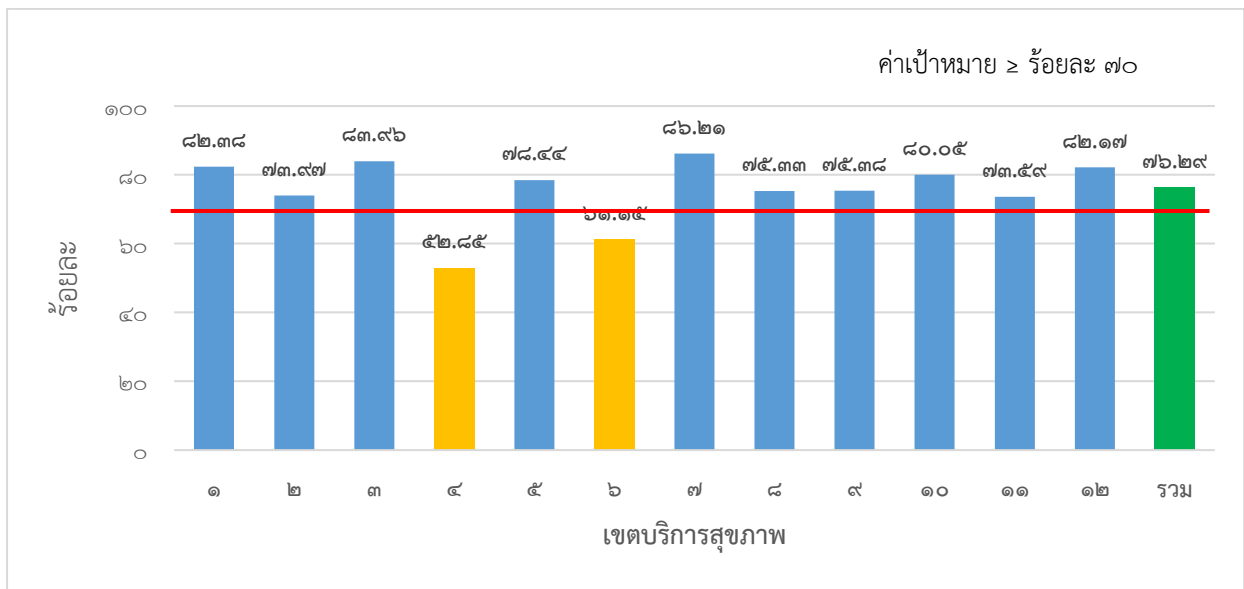
แหล่งข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๔

๔.๑.๒ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การดำเนินงานในปี ๒๕๖๓ พบการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๗,๔๑๕,๙๘๖ คน (๘๘.๒๓%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๖๘๐,๐๘๑ คน (๓.๙๐%) และได้รับการตรวจติดตาม ๕๕๓,๓๐๒ คน (๖๘.๙๒%)

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ภาพรวมประเทศรอบ ๑๒ เดือน (ต.ค.๖๓ - ก.ย. ๖๔) พบการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๗,๐๑๕,๙๗๖ คน (๘๗.๗๗%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๘๑๐,๕๔๓ คน (๔.๑๘%) และได้รับการตรวจติดตาม ๖๑๘,๓๓๓ คน (๗๖.๒๙%) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า พบกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๓ ส่วนผลการดำเนินงานตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมประเทศผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด พบเขตสุขภาพที่ยังดำเนินงานไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๔ และ ๖ คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๘๕ และ ๖๑.๑๕ ตามลำดับ ดังภาพที่ ๒

ภาพที่ ๒ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี งบประมาณ ๒๕๖๔



แหล่งข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๔

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๑. การคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ</p> <ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองล่าช้าจากสถานการณ์ Covid-19 ทำให้การคัดกรองยังไม่บรรลุเป้าหมายในบางเขตสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> วางแผนการตรวจคัดกรองเพื่อให้ได้กลุ่มสงสัยป่วยในภาพรวมให้เสร็จภายในไตรมาสแรกของทุกปี และเก็บตกในช่วงไตรมาสที่ ๒ - ๓ 	<p>ผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ ปี ๒๕๖๔ รอบ ๑๒ เดือน (ต.ค.๖๓ - ก.ย.๖๔)</p> <p>๑. ผลการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>เนื่องจากเป็นเขตที่มีการระบาดและเป็นจังหวัดพื้นที่สีแดงช่วงปลายเดือน ธ.ค. ๖๓ - มี.ค. ๖๔ ในระลอกที่มีการระบาดครั้งใหม่</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ สนับสนุน Health Station ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อซึ่งทำให้การเข้าถึงระบบบริการคัดกรองเชิงรุกมากขึ้น ▪ ปรับรูปแบบการให้บริการแบบ NEW Normal โดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงาน ▪ ทบทวนผลกระทบเพื่อแก้ปัญหาปัจจุบันและอนาคต พร้อมทั้งออกแบบการดำเนินงานใหม่ให้เข้ากับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ ๘๗.๖๕ - คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๗.๗๗ <p>*ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๗ ก.ย ๖๔</p>
<p>๒. การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>๒.๑ การตรวจติดตามผู้ที่ขึ้นทะเบียนกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ภายในวันเดียวกันกับวันที่คัดกรอง</p> <p>๒.๒ กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจ FPG ทางห้องปฏิบัติการ บางพื้นที่ยังใช้วิธีการตรวจยืนยันด้วยวิธีการเดียวกับที่ใช้ในการตรวจคัดกรอง เช่น FCBG ทำให้ข้อมูลไม่ถูกต้อง</p> <p>๒.๓ การส่งผู้ป่วยเพื่อยืนยันวินิจฉัยโดยแพทย์อาจเกิดความล่าช้า เนื่องจากบางพื้นที่ไม่มีแพทย์ ต้องส่งไปวินิจฉัยที่ รพ. ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนผู้ป่วย</p> <p>๓. การตรวจติดตามกลุ่มกลุ่มสงสัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>๓.๑ การได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ภายใน ๑๒๐ วัน บางเขตสุขภาพมีปัญหา</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ควรมีการชี้แจงรายละเอียด Template ตัวชี้วัดกับพื้นที่ให้มีความชัดเจนเพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้องและเกิดความเข้าใจตรงกัน ▪ ควรมีการศึกษารายละเอียด Template ตัวชี้วัด ให้ชัดเจนก่อนการดำเนินงานในพื้นที่ทุกปี ▪ ควรมีการวินิจฉัยโดยแพทย์ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามแล้วมีค่า FPG เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานให้ส่งต่อภายในปีงบประมาณเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน และรักษาตามแนวทาง ▪ การบริหารจัดการเครื่องวัดความดันโลหิตให้เพียงพอกับกลุ่มสงสัยป่วยที่ต้องได้รับการตรวจติดตาม 	<ul style="list-style-type: none"> - การดำเนินการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๒.๗๕ (ค่าเป้าหมาย รอบ ๑๒ เดือน \geq ร้อยละ ๖๐) <p>*ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๗ ก.ย ๖๔</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>เรื่องการจัดสรรเครื่องวัดความดันโลหิตไม่เพียงพอ ทำให้การติดตามกลุ่มสงสัยป่วย อาจจะมี ความล่าช้าเกิน ๑๒๐ วัน</p> <p>๓.๒ การส่งผู้ป่วยเพื่อยืนยันวินิจฉัยโดยแพทย์อาจเกิดความล่าช้าเนื่องจากบางพื้นที่ไม่มีแพทย์ ต้องส่งไปวินิจฉัยที่ รพ. ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนผู้ป่วย</p> <p>๓.๓ ในกรณีที่วัดความดันโลหิตแล้วมีค่า $\geq 180/110$ mmHg ในบางพื้นที่ยังไม่ได้ส่งผู้ป่วยวินิจฉัยภายในวันนั้น</p> <p>๓.๔ ความน่าเชื่อถือของการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ การขอสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อเครื่องวัดความดันโลหิตจาก อปท. ▪ การสนับสนุนให้มี Public BP กระจายในทุกชุมชน ▪ การสนับสนุนการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม ภายใน ๙๐ วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ▪ ควรมีการวินิจฉัยโดยแพทย์ โดยกลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการติดตามแล้วมีค่าความดันโลหิตเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงให้ส่งต่อภายในปีงบประมาณเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน และรักษาตามแนวทาง ▪ ชี้แจงให้กับพื้นที่ทราบก่อนขึ้นปีงบประมาณถัดไป ว่าในกรณีความดันโลหิต มีค่า $\geq 180/110$ mmHg ควรส่งพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ภายในวันนั้น ▪ ควรมีการอัปเดตองค์ความรู้และศึกษารายละเอียดตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ▪ ควรมีการให้ความรู้เรื่องการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องและการรายงานผลให้ถูกต้องตามแนวทางการวัดความดันโลหิต 	<p>ร้อยละ ๗๖.๒๙ (เป้าหมาย รอบ ๑๒ เดือน \geq ร้อยละ ๗๐)</p> <p>*ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๗ ก.ย ๖๔</p>

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- การเจาะเลือดนอกโรงพยาบาลเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการล่วงหน้าโดยเอกชน (Lab Panda) สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายอำเภอเมืองเชียงราย
- การพัฒนานวัตกรรมระบบ Telemedicine ระหว่าง รพ. กับ รพ.สต. จังหวัดจันทบุรี
- ชุมชนริ้วกูดโมเดล คูแลเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชนบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

- การใช้แบบประเมินการรับรู้สภาวะเสี่ยงของตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ การใช้แบบประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) ของญาติกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และ หลอดเลือด (CVD Risk) ทางออนไลน์ จังหวัดอ่างทอง
- พัฒนานวัตกรรมโปรแกรม Chronic KLS ที่ใช้ติดตามการขึ้นทะเบียนรักษา การติดตามส่งต่อผู้ป่วย ไปรับบริการที่ รพ.สต. และประเมินผลการคัดกรอง CVD Risk จ.กาฬสินธุ์
- การจัดทำข้อมูลในสมุดสุขภาพประชาชน พัฒนาต่อยอด (H&U : Health for You) เพื่อสนับสนุนให้ ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และช่วย ให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี (Good Control) ได้รับยาการเติมยาอย่างปลอดภัยที่ระดับ สถานพยาบาลปฐมภูมิ
- “โปรแกรมปรับพฤติกรรมผู้ป่วย DM HbA_{1c} ≥ ๘ mg% ที่คลินิก รพ. ใช้หลัก Motivation interviewing” และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบ New Normal ปรับพฤติกรรมผู้ป่วยแบบ Family meeting ใช้ Telemedicine ร่วมกับหมอ ๑ และหมอ ๒ (ไม่งามโมเดล) โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก
- ต้นแบบดำเนินการ HBPM ในการดูแลผู้ป่วย HT เน้นกลุ่ม Uncontrolled โดยให้วัดความดันโลหิต เองที่บ้านก่อนพบแพทย์ ๗ วันติดต่อกัน
- “ยาง ต้าน ชา” รพ.สต.คลองสง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร
- “QR code NCDs” รพ.ท่าแซะ อำเภوتاแซะ จังหวัดชุมพร

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศต่อพื้นที่

- ขยายผลการดำเนินงาน Home Blood Pressure Monitoring ของจังหวัดในการแก้ไขปัญหากลุ่ม Uncontrol HT ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด
- พัฒนา NCD Clinic Plus คุณภาพ และสนับสนุนให้มี นวัตกรรม หรือรูปแบบ Service model ที่ ส่งเสริมการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ
- การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยและกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สามารถติดตามโดย การพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาช่วยติดตามผู้ป่วยขาดนัด

๗. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศต่อส่วนกลาง

- กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ควรได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจ FPG ทางห้องปฏิบัติการ แต่ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ อาจจะต้องเพิ่มการยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยการตรวจ OGTT ในกลุ่ม Impaired glucose tolerance test ด้วย
- สนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์การเฝ้าระวัง ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และการคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM/HT เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต, Monofilament, เครื่อง Fundus camera และชุดน้ำยาตรวจ Lab ต่างๆ
- ขยายผลการจัดบริการ Public BP ในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และจัดให้มี Health Station เพื่อ เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองให้ครอบคลุมทุกชุมชน

๔.๒ ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”

ข้อมูลจาก HDC พบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต สูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๓ พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรของ โรคเบาหวาน ดังนี้ ๔๒๒.๖๓, ๕๐๓.๕๘, ๕๗๙.๐๗, ๕๐๘.๒๙, ๔๗๔.๘๕ และ ๔๗๐.๑๙ ตามลำดับ ส่วนอัตรา

ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรของโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้ ๘๕๗.๙๗, ๑,๑๔๑.๔๖, ๑,๓๔๖.๘๒, ๑,๑๘๐.๗๗, ๑,๐๖๙.๐๖ และ ๑,๐๓๒.๙๑ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้ป่วยรายใหม่ที่มาจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะพบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป็น ๒.๒๙, ๒.๔๒, ๑.๘๐, ๑.๙๙, ๒.๐๓ และ ๒.๐๘ ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๓ เป็น ๓.๘๙, ๓.๗๘, ๓.๖๒, ๓.๙๗, ๓.๘๐ และ ๔.๘๒ ตามลำดับ

ข้อมูลการคัดกรองประชากรที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน พบว่า กลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ระหว่างปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ ๒๖.๖๙, ๕๑.๐๖ และ ๗๕.๗๒ ตามลำดับ จึงพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ในปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ ร้อยละ ๗.๘๔, ๗.๕๐ และ ๗.๓๖

จากการดำเนินงาน ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๑.ความไม่เข้าใจ/ความไม่ชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัดชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs</p> <p>๒.ปัญหาอุปสรรคของพื้นที่ในการดำเนินงานชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs ส่วนใหญ่พบว่า การของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล ต้องใช้เวลาในการเขียนโครงการ และระยะเวลาการพิจารณาโครงการ จึงทำให้มีช่วงเวลาในการดำเนินโครงการน้อยลง หรือไม่สามารรถดำเนินโครงการได้ทันตามเวลาที่กำหนด</p> <p>๓.แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงานชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ทุก setting และไม่ครอบคลุมทั้ง ๕ มิติตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>๔.สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีผลทำให้การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทำได้ยาก ไม่สามารถดำเนินการกิจกรรมที่ต้องมีการรวมกลุ่มคนจำนวนมากได้ จึงต้องเลื่อนการดำเนินงานออกไปจนกว่า</p>	<p>๑.ถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย และแผนปฏิบัติงานสู่อำเภอ และชุมชน/หมู่บ้านเป้าหมายที่เข้าร่วมดำเนินการ</p> <p>๒.วิเคราะห์สถานการณ์อย่างเป็นระบบครอบคลุมทุกมิติ และมีการคืนข้อมูล</p> <p>๓.สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ดำเนินการชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs รวมกลุ่มเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยมีองค์ประกอบภาคีสำคัญในชุมชน ได้แก่ ภาคท้องถิ่น ภาคนโยบาย และภาคประชาชน</p> <p>๔.ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่เลี้ยง</p> <p>๕.ร่วมวางแผน/มาตรการกับชุมชนในการขับเคลื่อนชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs ตามประเด็นปัญหาที่สอดคล้องกับข้อมูล ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และมิติที่เป็นปัญหาสำคัญ</p> <p>๖.สนับสนุนการจัดการทรัพยากร เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ สื่อความรู้ และการเข้าถึงกองทุนต่าง ๆ</p>	<p>การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” กำหนดให้มีความครอบคลุมทั้ง ๗๖ จังหวัด (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดคัดเลือกชุมชน/หมู่บ้านที่ดำเนินการจังหวัดละ ๒ ชุมชน (เป้าหมาย ๑๕๒ ชุมชน) มีชุมชน/หมู่บ้าน ร่วมดำเนินการรวมทั้งสิ้น ๑๗๘ชุมชน/หมู่บ้าน โดยช่วงไตรมาสที่ ๑ - ๒ (ต.ค. ๖๓ - มี.ค.๖๔) ชุมชน/หมู่บ้านมีการดำเนินงานถึงขั้นตอนที่ ๓ การจัดทำแผนงาน/โครงการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในประชาคม เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสอดคล้องกับข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยมีการจัดเวทีประชาคมเพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามปัจจัยเสี่ยงและกลุ่มวัย พร้อมทั้งกำหนดประเด็นที่จะดำเนินงานอย่างน้อย ๑ ประเด็นผนวกกับการใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวา อย่างน้อย ๓ ใน ๕ ประเด็น และใน ไตรมาสที่ ๔ พบว่า ชุมชน/หมู่บ้านมีการ</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
สถานการณ์จะดีขึ้น หรือปรับรูปแบบการดำเนินงาน		จัดทำแผนงาน/โครงการตามประเด็นที่คัดเลือกไว้ จำนวน ๑๔๒ ชุมชน/หมู่บ้าน (ร้อยละ ๗๙.๘) โดยมีประเด็นที่ชุมชน/หมู่บ้านคัดเลือกดำเนินการเป็นอันดับแรก คือ อาหารเค็ม หวาน มัน รองลงมาคือ อ้วนและออกกำลังกาย และบุหรี เหล้า ตามลำดับ ซึ่งมีแผนงาน/โครงการในกลุ่มวัยเรียน/วัยรุ่น (๗ – ๑๕ ปี) กลุ่มวัยทำงาน (๑๕ – ๖๐ ปี) และวัยผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) และมีพื้นที่ไม่สามารถดำเนินงานในชุมชน เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน ๓๖ ชุมชน (ร้อยละ ๒๐.๒)

๑. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๕.๑ หมู่บ้านลดหวาน มัน เค็ม ลดเสี่ยง ลดโรค ปรับพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง (เขตสุขภาพที่ ๓) ณ บ้านตลุกข่อยน้ำ ตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่वंก จังหวัดนครสวรรค์ เป็นการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีแนวทางการดำเนินงานโดยใช้หลัก ๓ อ. ๒ ส และมีมาตรการต่างๆในการแก้ไขปัญหาที่ชุมชนร่วมกันกำหนดมาช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในชุมชนปฏิบัติ

- นวัตกรรม “๓ เกล ๓ ส.สร้างสุข” คือ ทำคำสัญญาใจร่วมกันตามข้อตกลงการปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม เช่น ลดอาหารหวาน มัน เค็ม ร่วมกันปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้และกินผักและผลไม้ปลอดสารพิษวันละอย่างน้อยครึ่งกิโล ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓-๕ วันละอย่างน้อย ๓๐ นาที ลด ละ เลิก การดื่มสุรา/สูบบุหรี่ ที่ดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน

- นวัตกรรม “ใจแลกใจ ได้คนละครึ่ง” คือ อสม./ชุมชน/ร้านค้า ร่วมกันกำหนดข้อตกลงทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้คนในชุมชนลดการบริโภคเครื่องดื่มและขนมหวาน และไม่มีผลกระทบต่อการประกอบกิจการของทางร้านค้า ซึ่งดำเนินการในร้านจำหน่ายเครื่องดื่ม (คาเฟ่) ๑๐๐% งานเลี้ยง ประเพณีต่างๆในชุมชนงดเลี้ยงน้ำหวาน กาแฟ เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และโรคอ้วน

- สร้างแกนนำ (CBI team จำนวน ๑๐๐ คน)

๕.๒ “กินอยู่อย่างไร ห่างไกล Stroke ชุมชนโต๊ะลือเบ” (เขตสุขภาพที่ ๑๒) ณ ชุมชนโต๊ะลือเบ ตำบลสุไหงโก-ลก อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ต้นแบบการดำเนินงานเรื่องหลอดเลือดสมองในบริบทพื้นที่ ให้กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้รับรู้ถึงสัญญาณเตือน การป้องกัน การเข้าถึงบริการ Stroke fast track รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวแบบพหุวัฒนธรรม

- ชุมชน/ครัวเรือน ทำสัญญาใจและข้อตกลงร่วมกัน คือ มีการปลูกผักรั้วอย่างน้อย ๒ ชนิด/ครัวเรือนการปรับพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารตามโซนสี “ป้องกัน ๗ สี วิถีบ้านเรา” มีศูนย์การจัดการ

สุขภาพในชุมชนการฝึกกายบริหารด้วยวิธีชุมชน ร่องแฉ่งแอโรบิคด้วยผ้าขาวม้า เวลา ๑๗.๐๐-๑๘.๐๐ น. และการออกกำลังกาย “เดิน-วิ่ง”/แกว่งแขน ทุกวันเสาร์-อาทิตย์ของสัปดาห์ เวลา ๐๖.๐๐-๐๘.๐๐ น.

- มีนวัตกรรม: สื่อประชาสัมพันธ์โรคหลอดเลือดสมอง ๓ ภาษา แบบพหุวัฒนธรรม (ไทย อาหารรับมาลายู)

๕.๓ ชุมชนต้นแบบดูแลสุขภาพ วิธีใหม่ บ้านทุ่งเจริญ “ลดหวาน ลดเค็ม ลดโรค NCDs ต่ำลงปงไฮ” (เขตสุขภาพที่ ๘) ณ บ้านทุ่งเจริญ ตำบลปงไฮ อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ

ชุมชนต้นแบบการดูแลสุขภาพ วิธีใหม่ บ้านทุ่งเจริญ ลดหวาน ลดเค็ม ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีจุดเด่นของการวิเคราะห์ชุมชนเกี่ยวกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของทุกกลุ่มวัย ทำแผนร่วมกันในเวทีชุมชน วิเคราะห์ชุมชนโดย SWOT การวางแผน มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างบ้านทุ่งเจริญ รพสต. ปงไฮ โรงเรียนบ้านป่าปงไฮราษฎร์สามัคคี วัดป่าโชคชัยวนาราม เทศบาลตำบลปงไฮ สสอ.เซกา และโรงพยาบาลเซกา ร่วมดำเนินงานในการแก้ไขปัญหา โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้อย่างเป็นระบบ และเป้าหมายชัดเจนเพื่อส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชนอย่างยั่งยืน ผลจากการดำเนินงานทำให้ชุมชนบ้านทุ่งเจริญยังไม่มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นในช่วง ๓ เดือน ที่ดำเนินการ คนในชุมชนปฏิบัติตามนโยบายสาธารณสุขของชุมชน บริโภคอาหารเมนูสุขภาพร่วมกับเมนูหวานน้อยของผู้ประกอบการมีแนวโน้มดีขึ้น ชุมชนเห็นความสำคัญและมีความตระหนักต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นด้วยกระบวนการดำเนินการโดยชุมชนเอง

กิจกรรมที่ดำเนินงาน ประชาสัมพันธ์โครงการผ่านเสียงตามสาย Facebook และ Line อบรมให้ความรู้เรื่องโรคและอาหารแก่กลุ่มเป้าหมายลดหวาน ลดเค็ม ลดโรค NCDs และมีข้อตกลงนโยบายสาธารณสุขร่วมกันในชุมชน ๗ ข้อ คือ ๑) ทุกครัวเรือน โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัด ร้านค้า ลดเครื่องปรุงอาหารด้วยโซเดียมและน้ำตาลลงครึ่งหนึ่งของการปรุงปกติและควบคุมการกินขนมกรุบกรอบในเด็กไม่เกินวันละ ๑ ซอง ไม่จำหน่ายน้ำอัดลมในโรงเรียน ร้อยละ ๘๙.๕๒) งานบุญในชุมชน ให้บริการเครื่องดื่มน้ำสมุนไพร แทนน้ำอัดลม ชา กาแฟ ขนมหวาน งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดการวางเครื่องปรุงรสบนโต๊ะรับแขก ร้อยละ ๑๐๐ ๓) ร้านก๋วยเตี๋ยว อาหารตามสั่ง วางเครื่องปรุงไว้เพียงจุดเดียว และมีเมนูสุขภาพอย่างน้อย ๑ เมนู ร้านน้ำหวานมีเมนูหวานน้อย ร้อยละ ๑๐๐ ๔) ทุกครัวเรือนปลูกผักปลอดสารพิษไว้รับประทาน เน้นผักสดที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด เช่น มะระขี้นก มะแว้ง สะเดา ร้อยละ ๑๐๐ ๕) มีตลาดสีเขียวเพื่อสุขภาพของคนในชุมชน ร้อยละ ๑๐๐ ๖) มีชมรมออกกำลังกายร่วมกันในชุมชน อย่างน้อย ๓วัน/สัปดาห์ ร้อยละ ๙๔ ๗) งดถวายชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องชูกำลัง ให้กับพระสงฆ์ แม่ชี ร้อยละ ๙๒

เกิดเมนูสุขภาพ นวัตกรรมชุมชน : ซ้อนรักสุขภาพ ชมมาหวานไป ป้ายปริมาณน้ำตาลโซเดียมเตือนใจ ชา ๔ สหาย

๒. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๒.๑ สำหรับพื้นที่

- บูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วนร่วมมือจัดการปัญหาเด็กอ้วน สร้างสิ่งแวดล้อมรอบโรงเรียน/ที่ทำงาน/ชุมชน จัดการอาหารลดหวาน เค็ม ออกกำลังกาย
- เน้นการขับเคลื่อนลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ระดับชุมชน/อำเภอที่มีแนวโน้มผู้ป่วย DM/HT รายใหม่เพิ่มขึ้น
- ถอดบทเรียนในอำเภอที่มีผู้ป่วยรายใหม่เบาหวาน และความดันโลหิตสูงลดลงย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

- เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง โดยมีการกำกับติดตามประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม
- การเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสามารถเลือกมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
- ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง เพิ่มการประชุมคณะกรรมการร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวางแผนดำเนินงาน กำกับติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลเป็นระยะ
- สนับสนุนให้พื้นที่ดำเนินการครบตามกรอบแนวทางที่กำหนด ในการออกแบบกิจกรรม ควรกำหนดให้ครอบคลุมกรอบกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกฎบัตรอตตาวาทั้ง ๕ ประเด็น เพื่อสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓๐ ๒๘ พร้อมทั้งกำหนดค่าเป้าหมาย และตัวชี้วัดความสำเร็จให้สอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
- จังหวัดควรกำหนดแผนติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของชุมชน
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อผ่านกลไก พชอ.

๒.๒ สำหรับส่วนกลาง

- มีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้บริหารที่ชัดเจน
- การจัดตั้ง Health Station ในชุมชนเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองมากขึ้น และการขอสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมให้ Health station มีเครื่องมือที่จำเป็น เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องวัด O₂ sat เป็นต้น
- ระบบการติดตามกลุ่มเป้าหมายแบบ New Normal
- การขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อผ่านกลไก พชอ.
- การแก้ปัญหาโดยให้ชุมชนเป็นฐานขับเคลื่อนงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”
- สนับสนุนองค์ความรู้ สื่อเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับพื้นที่
- ควรมีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่
- หน่วยงานในส่วนกลางที่ดำเนินงานคล้ายกัน ควรมีการบูรณาการงานร่วมกัน เช่น กองโรคไม่ติดต่อ บูรณาการงานร่วมกับกองสุขศึกษา ซึ่งดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ประเด็นที่ ๕

ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

- Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด
- Service plan สาขาอุบัติเหตุ
- Service plan สาขามะเร็ง
- Service plan สาขาทารกแรกเกิด
- Intermediate Care

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ รอบที่ ๒
 ประเด็นที่ ๕ ลดแอ็ด ลดรอย ลดป่วย ลดตาย
 หัวข้อ Service Plan สาขาโรคหัวใจ (STEMI)
 ข้อมูล ๑๑ เดือน (ตุลาคม ๖๓ - สิงหาคม ๖๔)

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ลดแอ็ด ลดรอย ลดป่วย ลดตาย

๒. หัวข้อ/ตัวชี้วัด: Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก: กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
 หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม: พญ. อรวรรณ อนุไพวรรณ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคทรวงอก
 กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ตัวชี้วัดหลัก: อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ ๙

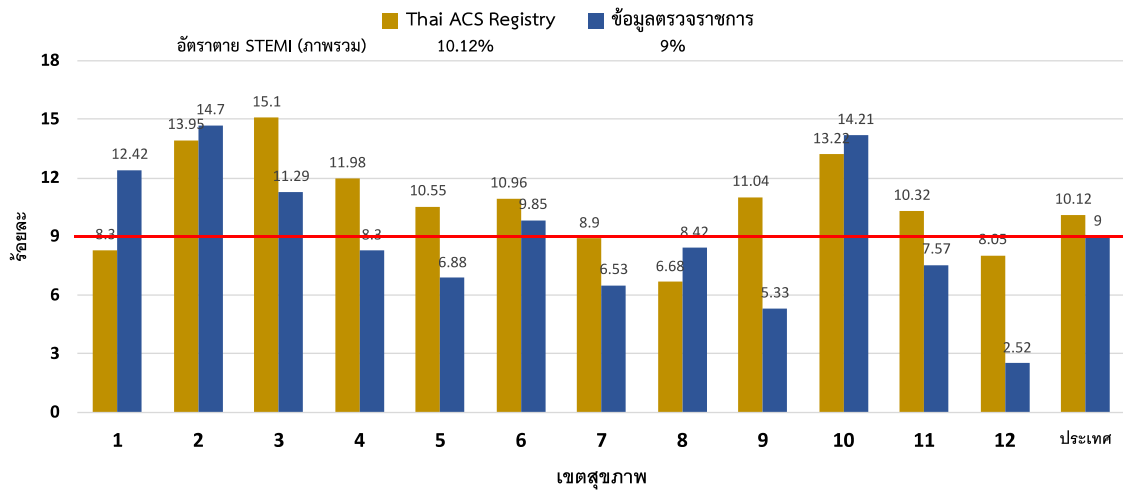
ตัวชี้วัดรอง: ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด \geq ร้อยละ ๖๐

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดจากข้อมูลของ Thai ACS Registry ๑๑ เดือน (๑ ตุลาคม ๖๓ – ๓๑ สิงหาคม ๖๔) พบว่าภาพรวมของประเทศมีอัตราตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๑๒ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากการตรวจราชการในพื้นที่พบว่าพบว่ามีอัตราตายของผู้ป่วย STEMI คิดเป็นร้อยละ ๙ (ดังแสดงตามรูปที่ ๑)

ผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วยการให้ยาละลาย Fibrinolysis หรือได้รับการทำ Primary PCI (PPCI) คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๓๓ (Reperfusion rate) ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดร้อยละ ๕๕.๑๗ (ดังแสดงตามรูปที่ ๒) การรักษาหลักในผู้ป่วย STEMI ได้แก่การให้ยาละลาย Fibrinolysis และการทำ Primary PCI (PPCI) จากข้อมูลพบว่าในภาพรวมผู้ป่วยได้รับ Fibrinolysis ภายในเวลาที่กำหนด (๓๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัยคิดเป็นร้อยละ ๓๖.๗๑ ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการทำ PPCI ในเวลาที่กำหนด (๑๒๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัยคิดเป็นร้อยละ ๔๙.๕๗ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดดังแสดงในตารางดังต่อไปนี้ (ดังแสดงในตารางที่ ๑)

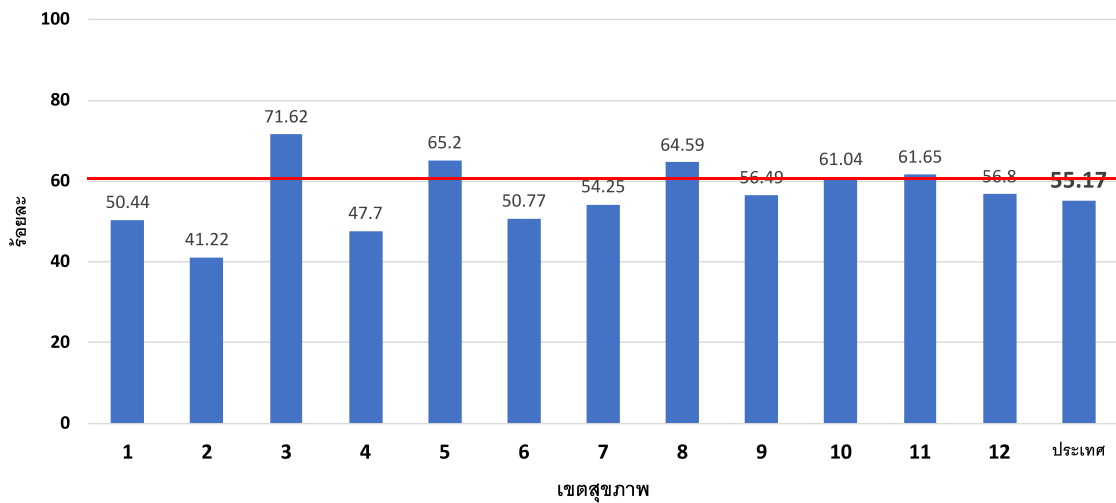
เนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงการบริการ ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเข้ารับการรักษาช้า จากข้อมูล Thai ACS Registry พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนเข้าถึงการรักษามีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๑๐๐ นาทีในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ Fibrinolysis และ ๑๑๕ นาทีในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PPCI นอกจากนี้พบว่ามีความล่าช้าระบบให้การรักษาระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยพบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาหลังได้รับการวินิจฉัยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๔๐ นาที และ ๑๒๒ นาทีในกลุ่มที่ได้รับการทำ PPCI

รูปที่ ๑: กราฟเปรียบเทียบข้อมูลอัตราการตายผู้ป่วย STEMI ระหว่างข้อมูลการตรวจราชการและ Thai ACS Registry



ข้อมูลจากสรุปรตรวจราชการ Thai ACS Registry 1 ต.ค. 63 -31 ส.ค. 64

รูปที่ ๒: กราฟแสดงร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด



ข้อมูลจากการตรวจราชการ

ตารางที่ ๑: แสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแต่ละเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	อัตราการตายผู้ป่วย STEMI ในร.พ.	ร้อยละได้รับ Fibrinolysis ในเวลาที่กำหนด	ร้อยละได้รับการทำ PPCI ในเวลาที่กำหนด
เขต ๑	๘.๓	๒๔.๖๒	๔๒.๕๕
เขต ๒	๑๓.๙๕	๔๘.๘๖	๔๒.๔๕
เขต ๓	๑๕.๑	๕๑.๕๗	๕๗.๖๖
เขต ๔	๑๑.๙๘	๒๓.๔๐	๔๙.๓๘

เขต ๕	๑๐.๕๕	๓๑.๖๙	๕๓.๔๑
เขต ๖	๑๐.๙๖	๒๒.๐๖	๕๒.๕๒
เขต ๗	๘.๙	๒๖.๐๙	๑๘.๔๙
เขต ๘	๖.๖๘	๗๕.๒๑	๔๖.๘๐
เขต ๙	๑๑.๐๔	๕๑.๐๑	๖๘.๖๑
เขต ๑๐	๑๓.๒๒	๓๖.๘๒	๒๕.๕๘
เขต ๑๑	๑๐.๓๒	๔๐.๖๑	๖๒.๓๒
เขต ๑๒	๘.๐๕	๕๒.๐๙	๗๓.๘๑
เขต ๑๓	๕.๕๙	๕๓.๐๖	๖๑.๔๐
ภาพรวม	๑๐.๑๒	๓๖.๗๑	๔๙.๕๗

(ข้อมูลจาก Thai ACS Registry ข้อมูล ๑๑ เดือน (๑ ตุลาคม ๖๓ - ๓๑ สิงหาคม ๖๔)

ตารางที่ ๒: สรุปปัญหา ข้อเสนอแนะและผลดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
- ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า (patient delay) - ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล	- การให้ความรู้ผู้ป่วยในด้านของ early warning sign และการวิธีการเข้าถึงการบริการ (EMS/๑๖๖๙) - ให้ความรู้ประชาชนในการทำ BLS	มีการประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนถึงอาการของโรคหัวใจและการเข้ารับบริการ
มีความล่าช้าในระบบการรักษาและปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วย (system delay)	- มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tract ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ - การระบบให้คำปรึกษาในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยในเครือข่าย - มี clinical practice guideline (CPG) ในแต่ละเขตสุขภาพเพื่อกำหนดแนวทางการรักษาในเป็นไปในแนวทางเดียวกันในเขตสุขภาพ	- ในทุกเขตสุขภาพมีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast tract และพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ - มีการพัฒนาระบบ Telemedicine ในพื้นที่ที่มีความพร้อม
ปัญหาการให้ยาละลายลิ่มเลือด (ขาดความมั่นใจในการให้ยา, มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา) และการบริหารจัดการยาให้เพียงพอในการรักษาผู้ป่วย	- มีการอบรมวิชาการและระบบเครือข่ายในการช่วยเหลือรพ.ชุมชนในการประเมินและการดูแลผู้ป่วยระหว่างยาละลายลิ่มเลือดและเพิ่มหน่วยบริการที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด - สนับสนุนเชิงนโยบายในการให้ Tenecteplase แทนการใช้ Streptokinase เนื่องจากมีอัตราการเปิดหลอดเลือดดีกว่าและผลข้างเคียงน้อยกว่า	- มีระบบบริหารจัดการยา Fibrinolysis ระหว่างร.พ. ในเขตสุขภาพ - มีระบบให้คำปรึกษาในการให้ยา Fibrinolysis ในเครือข่าย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
- ความไม่พร้อมของทีมบุคลากร - อัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อภาระงาน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ พยาบาลเฉพาะทาง นักกายภาพบำบัด นักเทคโนโลยีหัวใจ แพทย์อายุรกรรมทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น	- เพิ่ม รพ.ในเครือข่ายที่มีความสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด - มีการจัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงานและส่งบุคลากรเพื่อเข้ารับการอบรม - มีการจัดอบรมวิชาการในการรักษาผู้ป่วย ACS และ ACLS	- มีการสำรวจอัตรากำลังของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับการให้บริการในเครือข่าย - จัดสรรบุคลากรเพื่อเข้ารับการอบรม
ความไม่พร้อมของ CCU, Cath Lab และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ defibrillator/pad, infusion pump, อุปกรณ์ใน cath lab เป็นต้น	- จัดทำแผนระดับเขตสุขภาพในการสรรหาให้มี CCU และ Cath Lab ที่เพียงพอและเหมาะสม - จัดทำแผนในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและเหมาะสมในการรักษาผู้ป่วย	มีการจัดทำแผนระดับร.พ. และระดับเขตสุขภาพในการจัดสรรอุปกรณ์ การเปิด CCU และ cath lab ให้เพียงพอในการให้บริการ
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	- บูรณาการร่วมกับระบบปฐมภูมิในการคัดกรอง CVD risk - มีการคัดกรองโรค NCD และควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรค	- มีการคัดกรองผู้ป่วย CVD risk และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง - ติดตามการรักษาผู้ป่วยใน NCD clinic
มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยในการสรุปผลตรวจราชการของแต่ละเขตสุขภาพ	- มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและแหล่งที่มาของข้อมูลในการรายงานการตรวจราชการ - สนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS registry เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้	สนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS registry เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพที่ ๑

- มีการพัฒนา App e-Cardio เพื่อใช้ในเครือข่าย และพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระบบการส่งต่อ เช่น การแบ่งเขตการให้คำปรึกษาตามโซนล้านนา และ Sky doctor เป็นต้น

เขตสุขภาพที่ ๒

- Application RYH TOT Help call center
- Ambulance operation center และระบบ Telemedicine
- พัฒนาระบบการปรึกษา การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย NSTEMI High risk ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว

- มีบริการ Warfarin Clinic ครอบคลุมโรงพยาบาล และจัดทำตั้ง Heart Failure Clinic ในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน

เขตสุขภาพที่ ๗

- พัฒนาระบบ Smart Heart Application
- ความพร้อมของบุคลากร ทีม Interventionist (๔ คน) ห้องสวนหัวใจที่ทำงาน ๒๔/๗ (ทีมนอกเวลาเพียง ๑ ทีม) สามารถให้การรักษาผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (ขอนแก่น:Hybrid/ร้อยเอ็ด)

เขตสุขภาพที่ ๘

- รพ.อุดรธานี: พัฒนาระบบ Heart๒Heart Application ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ ๙

- มีการดำเนินการด้าน NCD แบบครบวงจร เช่น ตำบล Healthy All for NCDs และการคัดกรองโรค NCD เป็นต้น
- จ.นครราชสีมา: มีการนำกลุ่มเสี่ยงที่เป็น Atrial fibrillation หรือหัวใจชนิดอื่น ปักหมุดแผนที่บ้านประสานกับหน่วยอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินสามารถเข้ารับผู้ป่วยได้ตามตำแหน่ง
- จ.บุรีรัมย์:
 - มีการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยใช้ระบบ H๔U ของ รพ.บุรีรัมย์
 - มีแนวทางพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลและมีแบบประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วย STEMI
 - นำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์
 - กิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practices: COPs) เกิดกระบวนการจัดการความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI โรงพยาบาลบุรีรัมย์

เขตสุขภาพที่ ๑๐

- จ.อุบลราชธานี: พัฒนาโปรแกรมเก็บข้อมูล Smart Ubon Stroke STEMI ใช้ภายในจังหวัด และทำสื่อประชาสัมพันธ์โรคหัวใจให้เข้าถึงประชาชนมากขึ้น เช่น หมออาสาสัญญาณเตือนโรคหัวใจผ่านทาง Youtube
- จ.ศรีสะเกษ: เปิด Cath Lab ๕ ก.ค.๖๔ และการดำเนินการและแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ โรงพยาบาลสองคูหา

เขตสุขภาพที่ ๑๒

- มีการ mapping และพัฒนาแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยและระบบให้คำปรึกษาระหว่างร.พ.ในเขตสุขภาพ เพื่อลดเวลาในการส่งต่อ
- จ.ตรัง: โครงการ remind order STEMI for secondary prevention/ชุมชนต้นแบบหัวใจดีเริ่มที่บ้าน ต.เกาะเคี่ยม
- จ.สตูล: ใช้ระบบ Fast track ACS , STEMI ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้โรคหัวใจ, Basic Life support, ๑๖๖๙ ใช้ Line group ในการสื่อสาร ส่งต่อผู้ป่วย PCI
- จ.พัทลุง: พัฒนาการผ่าตัดโรคหัวใจร่วมกับ รพ.หาดใหญ่

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

- การดำเนินการตามตัวชี้วัดมุ่งเน้นที่ service plan สาขาโรคหัวใจ (STEMI) ได้กำหนด และความต่อเนื่องของการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาที่ได้จัดทำไว้
- ติดตามผลตามการดำเนินการและความถูกต้องครบถ้วนในการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด
- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast track และแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่ม ACS ที่มีประสิทธิภาพ
- ลดระยะเวลารอคอยการรักษาโดยการทำให้ CAG/PCI หรือการผ่าตัด CABG
- ความเพียงพอของอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับภาระงาน
- มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตามโปรแกรม

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- การบูรณาการร่วมกันในการบริหารจัดการระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ (STEMI) ทั้งในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และ เอกชน
- การจัดทำแผนเปิดหอผู้ป่วย CCU และ Cath lab ให้เหมาะสมในแต่ละเขตสุขภาพ เพิ่มศักยภาพในการรักษาผู้ป่วย และลดระยะเวลารอคอยการทำ CAG/PCI
- จัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรให้สอดคล้องกับภาระงาน
- การจัดทำแนวทางระดับนโยบายในการบริหารจัดการยาละลายลิ่มเลือด: ส่วนกลาง ช่วยเหลือสนับสนุน การเบิกจ่ายค่ายา Tenecteplase แทนการใช้ Streptokinase
- การบูรณาการตัวชี้วัดร่วมกับทีม NCD ในการดำเนินการคัดกรอง, การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และ health literacy
- ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในความตระหนักของผู้ป่วยและการเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว
- สนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS registry เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐาน

ผู้รายงาน พญ.อรวรรณ อนุไพวรรณ
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 สถาบันโรคทรวงอก
 e-mail: dr.orawan.tuk@gmail.com

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒
ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

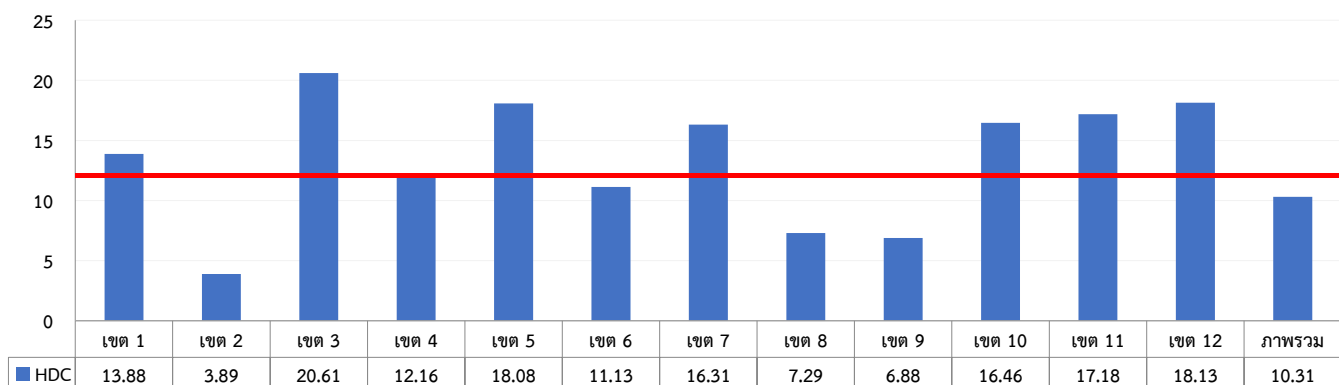
๒. หัวข้อ : สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Trauma)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ ๑๒)



จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง (A) = ๔,๔๔๔ ราย

จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B) = ๔๓,๐๙๖ ราย

ที่มาข้อมูล : Health Data Center วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๑		
<p>๑. ระบบข้อมูลยังมีการใช้โปรแกรมที่หลากหลาย และมีความซ้ำซ้อนในการลงบันทึกข้อมูล ไม่สามารถบูรณาการและเชื่อมโยงข้อมูลให้ครอบคลุมได้</p> <p>๒. บุคลากรเฉพาะทางไม่เพียงพอ</p> <p>๓. ภาระงานของแผนกห้องฉุกเฉินมีมาก</p>	<p>๑. นิเทศ ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด ในเครือข่ายทุกเดือน</p> <p>๒. จัดให้มีการประชุมนิเทศ/แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินแก่แพทย์ที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่/แพทย์ฝึกหัด</p> <p>๓. เพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และพัฒนาระบบลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในพื้นที่รัฐกันดาร Primary mission ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</p>	<p>ร้อยละ ๑๓.๘๘</p> <p>A = ๒๓๗ ราย</p> <p>B = ๑,๙๖๗ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>๔. บุคลากรยังไม่ได้รับการอบรมแนวทางการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย MOPH Triage ๕ ระดับของประเทศไทย และมาตรฐาน/แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน</p> <p>๕. การพัฒนาระบบ AOC ยังไม่เต็มรูปแบบ ระบบ Telemedicine ยังไม่ครอบคลุม</p> <p>๖. ขาดนโยบายสนับสนุนการบูรณาการเชิงระบบระหว่างสาขาวิชาชีพ</p> <p>๗. มาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (injury prevention) ไม่มีประสิทธิผลทำให้เกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง</p> <p>๘. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐาน TEA unit หยุดชะงักเนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่</p>	<p>๔. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว มีแนวทางในการรักษาต่างแผนก และบริการแบบ One Stop service</p> <p>๕. จัดอบรมทบทวนปฏิบัติการฉุกเฉินให้กับเจ้าหน้าที่ ER และเครือข่ายอาสาสมัคร</p> <p>๖. มีการจัดหาสถานที่ พื้นที่ TEA Unit ชัดเจนแล้วและอยู่ระหว่างปรับปรุง</p>	
เขตสุขภาพที่ ๒		
<p>๑. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเข้าห้องผ่าตัดซ้ำ</p> <p>๒. ข้อมูลจากฐาน HDC และที่เป็น Hospital based มีความแตกต่างกันมาก</p>	<p>๑. หาแนวทางร่วมกันกับ อปท. ในการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่ และรณรงค์ใช้ถนนอย่างปลอดภัย</p> <p>๒. มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีม ER และศัลยแพทย์ที่มาใหม่</p>	<p>ร้อยละ ๓.๘๙</p> <p>A = ๔๔๔ ราย</p> <p>B = ๑๑,๔๐๙ ราย</p>
เขตสุขภาพที่ ๓		
<p>อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย severe traumatic brain injury เกินเป้าหมาย</p>	<p>กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย severe traumatic brain injury ระหว่างโรงพยาบาล ระดับ A, S, M เพื่อลดระยะเวลาการเข้าถึงการผ่าตัดและได้ admit ICU</p>	<p>ร้อยละ ๒๐.๖๑</p> <p>A = ๕๘๔ ราย</p> <p>B = ๒,๘๓๔ ราย</p>
เขตสุขภาพที่ ๔		
<p>๑. อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มสูงขึ้น</p> <p>๒. การเข้าถึงระบบบริการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์น้อย</p> <p>๓. TEA unit ไม่ผ่านเกณฑ์</p>	<p>๑. รณรงค์ให้ประชาชนมีความตระหนัก ในความปลอดภัย และเพิ่มการเข้าถึง ICU neuro Sx.</p> <p>๒. เพิ่มความครอบคลุมของชุดปฏิบัติการโดยประสานงานกับท้องถิ่น และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้จัก ๑๖๖๙</p> <p>๓. วิเคราะห์ gap ของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อพัฒนา TEA unit ให้ผ่านเกณฑ์</p>	<p>ร้อยละ ๑๒.๑๖</p> <p>A = ๔๓๘ ราย</p> <p>B = ๓,๖๐๒ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๕		
<p>๑. ระบบสนับสนุนรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้แต่ไม่รวดเร็วพอ</p> <p>๒. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของบางอำเภอไม่เป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัด เนื่องจากขาดแคลนบุคลากร ต้องใช้หน่วยกู้ชีพระดับ BLS ออกรับผู้ป่วย</p> <p>๓. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงก่อนมาถึงโรงพยาบาลและทีมดูแลผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน</p> <p>๔. ความแออัดในห้องฉุกเฉิน</p> <p>๕. TEA unit ไม่ผ่านเกณฑ์</p>	<p>๑. พัฒนาระบบ fast track และมีการเชื่อมโยงกับการเข้าถึง ICU และห้องผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>๒. สนับสนุนให้มีทีมพารามิดิค paramedic</p> <p>๓. พัฒนาศูนย์ห้องฉุกเฉินและทีมปฏิบัติการ EMS ผ่านการอบรมหลักสูตร ATLS, PHTCS</p> <p>๔. เพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึง fast track ในกลุ่มโรคสำคัญ</p> <p>๕. พัฒนา ER คุณภาพให้ครบทุกโรงพยาบาล</p> <p>๖. วิเคราะห์ gap ของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อพัฒนา TEA unit ให้ผ่านเกณฑ์</p>	<p>ร้อยละ ๑๘.๐๘</p> <p>A = ๓๗๐ ราย</p> <p>B = ๒,๐๔๗ ราย</p>
เขตสุขภาพที่ ๖		
<p>๑. TEA unit ไม่มีกรอบการทำงานที่ชัดเจนซึ่งเป็นตัวชี้วัดอยู่ใน Service plan trauma แต่การประสานงานเกี่ยวกับทุกสาขา ทุกแผนกมีความยากในการประสานงานและการพัฒนางานต่าง</p> <p>๒. Covid-๑๙ ทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการ</p>	<p>๑. พัฒนาระบบประสานการส่งต่อระหว่างห้องผ่าตัดกับห้องฉุกเฉินโดยเน้นเรื่อง Trauma Brain Injury</p> <p>๒. พัฒนาระบบสนับสนุนการวินิจฉัยโรค</p> <p>๓. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินโดยการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์ (ER Service Delivery) กำหนดนโยบายลดแออัด และนโยบายไม่ยอมรับความรุนแรง</p> <p>๔. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Fast track ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>๕. พัฒนาร่วมกับงาน IT ในการลงข้อมูลกำกับติดตามการจัดทำรายงานตัวชี้วัดโดยใช้ข้อมูลจาก HDC TEA unit มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนา</p> <p>๖. การสร้างเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วย และการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>๗. Health literacy for emergency conditions สำหรับประชาชน เพิ่มการเข้าถึงบริการ EMS ของภาวะฉุกเฉิน</p>	<p>ร้อยละ ๑๑.๑๓</p> <p>A = ๖๐๔ ราย</p> <p>B = ๕,๔๒๙ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๗		
<p>๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินสูง</p> <p>๒. ประชากรเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินได้ไม่มาก</p> <p>๓. ข้อจำกัดด้านบุคลากร</p> <p>๔. ความแออัดในห้องฉุกเฉิน</p>	<p>๑. พัฒนามีระบบ Fast track ใน ๘ กลุ่มโรค คือ STEMI ,Stroke, Sepsis, Trauma, Head injury, High risk pregnancy, Pediatric, Spine injury มี PCT ในการดูแลเฉพาะโรค และมีโครงการ Trauma care Team</p> <p>๒. ทบทวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ (Trauma Audit)</p> <p>๓. จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุภายนอกโรงพยาบาล</p> <p>๔. เพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ Triage/Diagnosis /Resuscitation</p> <p>๕. นำระบบ telemedicine มาใช้ในการ consult ผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>๖. ประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักให้ประชาชนเห็นประโยชน์และความสำคัญ ในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานศูนย์สั่งการ และบริหารจัดการโดยให้หน่วยพื้นที่ใกล้เคียงออกมารับประชาชนในพื้นที่ตำบลที่คิรินรถฉุกเฉิน</p> <p>๗. สร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินใช้บริการคลินิกนอกเวลาหรือเปิด OPD คู่ขนานและลดระยะเวลาผู้ป่วยในห้อง ER ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง</p>	<p>ร้อยละ ๑๖.๓๑</p> <p>A = ๒๘๘ ราย</p> <p>B = ๑,๗๖๖ ราย</p>
เขตสุขภาพที่ ๘		
<p>๑. ผู้ป่วย ER pass to OR ล่าช้า</p> <p>๒. ผู้ป่วย ER pass to admit ล่าช้า</p> <p>๓. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินค่อนข้างน้อย</p> <p>๔. ผู้ป่วยกลุ่ม multiple trauma มีอัตราการตายสูง</p> <p>๕. ขาดแคลน แพทย์ EP และ EP Nurse</p>	<p>๑. ทีมผู้รับผิดชอบปรับระบบและลดขั้นตอนเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้เร็วขึ้น</p> <p>๒. ให้แพทย์ EP หรือแพทย์ที่รับ Consult รับผิดชอบการจัดการ case ออกจาก ER ให้รวดเร็วมากขึ้น: Admit, D/C หรือ Refer out</p> <p>๓. ควรมีการบริหารจัดการเตียงอย่างมีประสิทธิภาพทั้ง โรงพยาบาล รวมถึงจัดทำแนวทางการ Admit มีการกระจายภาระงานใน PCT ต่างๆ เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน และพัฒนาแนวทางการ Admit</p>	<p>ร้อยละ ๗.๒๙</p> <p>A = ๔๖๕ ราย</p> <p>B = ๖,๓๘๑ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	๔. ประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้มากขึ้น โดยบูรณาการกับ ๓S fast track ๕. มาตรการลดการบาดเจ็บทางถนน (RTI) ต้องบูรณาการทุกหน่วยงาน (ตำรวจ, สถานศึกษา, สถานประกอบการ) ๖. พิจารณาสับสนุนให้มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ๗. สนับสนุนการเปิด TEA unit เมื่อมีความพร้อม	
เขตสุขภาพที่ ๙		
๑. การส่งต่อผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุเข้าสู่ระบบบริการระดับ Advance ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ๒. อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตบนท้องถนนเพิ่มสูงขึ้น ๓. การปรับปรุงระบบห้อง AIIR at ER	๑. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและพัฒนาศูนย์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งจังหวัด ๒. โครงการพัฒนาระบบ EMS โดย (๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการ EMS (๒) พัฒนาศูนย์ และคุณภาพการบริการและ (๓) พัฒนาหน่วยปฐมพยาบาลให้ได้มาตรฐาน	ร้อยละ ๖.๘๘ A = ๒๒๔ ราย B = ๓,๒๕๕ ราย
เขตสุขภาพที่ ๑๐		
๑. กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ triage, diagnosis resuscitation ก่อน refer ๒. ระบบ AOC with telemedicine ๓. TEA unit วิเคราะห์ฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาดูแลผู้ป่วย ๔. พัฒนาระบบ fast track (กลุ่มโรคสำคัญ)	๑. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อ และแพทย์ห้องฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ๒. พัฒนาระบบ AOC with telemedicine conference ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนการบริหารเตียงรองรับผู้ป่วย Severe sepsis , Pneumonia ใน ICU ๓. New normal ER /ห้องตรวจแยกสำหรับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน) นอกเวลาราชการ ๔. พัฒนาระบบ fast track ในกลุ่มโรคสำคัญ	ร้อยละ ๑๖.๔๖ A = ๓๓๓ ราย B = ๒,๐๑๑ ราย
เขตสุขภาพที่ ๑๑		
๑. ขาดงบประมาณในการพัฒนาระบบ AOC เพื่อบูรณาการและเชื่อมโยงการเข้าถึงบริการ ๒. ระบบบริหารจัดการเตียงและปริมาณเตียงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีระยะเวลารอคอยค่อนข้างนาน ๓. การบังคับใช้กฎหมายอย่างเป็นทางการและเป็นระบบ	๑. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน AOC เพื่อการเข้าถึงบริการอย่างปลอดภัยพร้อมทั้งเชื่อมโยงและพัฒนาระบบส่งต่อ ๒. พัฒนาระบบ consultation ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลศูนย์แบบบูรณาการทั้งระบบ	ร้อยละ ๑๗.๑๘ A = ๒๐๒ ราย B = ๑,๑๗๖ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	๓. สนับสนุนทรัพยากรทั้งบุคลากร สถานที่ และ ครุภัณฑ์ พัฒนาหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติให้สามารถ รองรับผู้ป่วยได้มากขึ้น ๔. พิจารณาการจัดตั้ง trauma team consultation	
เขตสุขภาพที่ ๑๒		
๑. การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ที่รวดเร็ว ๒. ขาดทักษะการ triage การลงข้อมูลไม่ครบถ้วน เนื่องจากภาระงานที่เร่งด่วน	๑. เน้นพัฒนา emergency care system เพิ่ม ประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึง fast track ในกลุ่มโรคสำคัญ ๒. เชื่อมโยงและพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพ ๓. บูรณาการข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ภายในและภายนอกโรงพยาบาล	ร้อยละ ๑๘.๑๓ A = ๒๒๑ ราย B = ๑,๒๑๙ ราย

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
เขตสุขภาพที่ ๑	เชียงใหม่ : ๑. แนวปฏิบัติช่องทางด่วน คือ trauma fast track และ server traumatic brain injury fast track ๒. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศยาน (sky doctor) ในอำเภอห่างไกล พะเยา : ๑. การบูรณาการร่วมกับ Service Plan สาขา Stroke จัดทำนวัตกรรมปฏิทิน ๕ สัญญาณโรคหลอดเลือดสมอง ๒. ร่วมรณรงค์สร้างเสริมวินัยป้องกันอุบัติเหตุทางถนน สวมหมวกกันน็อกและคาดเข็มขัดนิรภัยขณะ ขับขี่ ร่วมกับศูนย์ป้องกันและอำนวยการความปลอดภัยอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ และระดับ จังหวัด (ตำรวจ, บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยและขนส่งจังหวัดพะเยา) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐- ปัจจุบัน ลำพูน : มีการกำหนด OKR : True fast track in multiple trauma เพื่อประกันเวลา และคุณภาพ การบริการของหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ลำปาง : ระบบ Active refer back , ระบบ FAST PASS , ระบบ Double door & security และ ระบบ Consult ก่อน Refer เชียงราย : application E-care
เขตสุขภาพที่ ๕	๑. ระบบ trauma fast track ที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลทุกระบบ ๒. มีการจัดการลดความแออัดของห้องฉุกเฉินอย่างชัดเจน พร้อมทั้งเปิด clinic OPD นอกเวลาเพื่อลด จำนวนคนไข้ non trauma

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
เขตสุขภาพที่ ๖	๑. application RYH TOT Help call center ๒. Digital Triage ๓. wrist band ๔. หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรผ่านการตรวจเยี่ยมเพื่อการรับรองมาตรฐานระบบการทำงาน AOC ๕. พัฒนาระบบ Medical Director/ พัฒนาศูนย์สั่งการระดับเขต ๖. การพัฒนาระบบ trauma team activation ตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยถึง โรงพยาบาล (code rainbow)
เขตสุขภาพที่ ๗	มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง (Trauma Quality Improvement Program) และ trauma audit
เขตสุขภาพที่ ๘	อุดรธานี : SMART ER และห้องฉุกเฉินมีสถานที่ให้บริการแบ่งโซนชัดเจน หนองบัวลำภู : EMS มีการเปลี่ยนรถกลางทางให้ผู้ป่วย non-trauma ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบ EMS และมีความปลอดภัยมากขึ้น หนองคาย : ๑. การจัดทำ check list เพื่อลดความเสี่ยงในผู้ป่วยสิ่งแปลกปลอมในระบบทางเดินหายใจส่วนต้น และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโสต คอ นาสิกที่แผนกฉุกเฉิน ๒. การ rapid sequence induction มาใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ๓. ซ้อมและเตรียมเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-๑๙
เขตสุขภาพที่ ๙	สุรินทร์ : ๑. ตำบลปลอดภัยผ่านการรับรองมาตรฐานจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๔ ได้แก่ ตำบลบ้านจารย์ ตำบลสังขละ ตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ ๒. ได้รับรางวัลผู้ก่อการดีป้องกันเด็กจมน้ำ ระดับประเทศ ประจำปี ๒๕๖๓ ได้แก่ อำเภอเมืองสุรินทร์ อำเภอศีขรภูมิ และอำเภอปราสาท ๓. ได้รับรองมาตรฐาน D-RTI ระดับ Advance ได้แก่ อำเภอปราสาท อำเภอสังขละ อำเภอจอมพระ อำเภอท่าตูม อำเภอรัตนบุรี และอำเภอกาบเชิง นครราชสีมา : ๑. มีแผน refer bypass (fast refer) ทุกสาขาโดยไม่ผ่าน ER ๒. ใช้ระบบ refer ผ่าน R๙ refer และ line consult ๓. มีหอผู้ป่วยสังเกตอาการ (short stay unit) ช่วยลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน บุรีรัมย์ : ๑. มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้บาดเจ็บโดยแยกกลุ่ม preventable death มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวทางป้องกัน ลดอัตราการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ ๒. มี Head Injury Buriram network และแนวทางการใช้ mannitol ในโรงพยาบาลชุมชน

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
เขตสุขภาพที่ ๑๐	<p>๑. ECS ผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกแห่ง/ อัตราการเข้าถึง ECS ในผู้ป่วยวิกฤติ level ๑,๒ มีแนวโน้มมากขึ้น</p> <p>๒. มีเครือข่าย รพ.สีพี่น้อง ทำให้ผู้ป่วย level ๓ ลดลง</p> <p>๓. มีการบริหารเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วย fast track</p> <p>๔. มีระบบ consultmed ก่อน refer ในผู้ป่วยวิกฤติ</p> <p>๕. การส่งต่อผู้ป่วยใน รพ.สามสหาย</p>
เขตสุขภาพที่ ๑๒	<p>นราธิวาส : จัดทำ standing order ในกลุ่มโรค fast track กำหนดระยะเวลาการรักษาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน</p> <p>ตรัง : พัฒนาคูณภาพการรักษาโดยการ ER safety goal และใช้ระบบ telemedicine ทั้ง pre-hospital และ refer</p> <p>ปัตตานี : แบ่งพื้นที่ clean zone (ใน ER, Contaminate zone แยกห้อง, บริเวณหน้าห้องแยก, ทางรถวิ่งไป ARI)</p> <p>สตูล : การบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดการจุดเสี่ยง</p> <p>ยะลา : พัฒนาการดูแล pre-hospital โดยใช้ระบบ telemedicine</p> <p>สงขลา : จัดระบบ Trauma conference, Trauma fast track, Trauma team management</p>

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
เขตสุขภาพที่ ๑	<p>สำหรับพื้นที่</p> <p>๑. ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน สร้างระบบ Fast pass/ Fast track เพื่อลดแออัด ลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน ER และบูรณาการระบบข้อมูลเพื่อลดความซ้ำซ้อน และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. ส่งเสริมการทบทวนระบบการประสานความร่วมมือกับทีมแพทย์ด้านศัลยกรรม เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการผ่าตัดผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Trauma</p> <p>๓. ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน (การใช้บริการ ๑๖๖๙)</p> <p>๔. ส่งเสริมการเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วย และลดความแออัดของโรงพยาบาลจังหวัด</p> <p>สำหรับส่วนกลาง</p> <p>๑. การบูรณาการระบบจัดเก็บข้อมูลในโปรแกรมต่างๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อน สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิเคราะห์และปรับปรุงระบบบริการ</p> <p>๒. การบูรณาระดับนโยบายในการขับเคลื่อนงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับหน่วยงานภายนอก กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๓. การสนับสนุนทางด้านวิชาการ การจัดอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินให้ครบถ้วนตามมาตรฐาน</p>

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
เขตสุขภาพที่ ๒	<p>สำหรับพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> หาแนวทางร่วมกับ อปท. ในการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่ รณรงค์การใช้ท้องถนนอย่างปลอดภัย จัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องใน Service plan ให้ครบถ้วน ทบทวนเวชระเบียนและการลงข้อมูลในระบบผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและอุบัติเหตุทุกราย
เขตสุขภาพที่ ๓	<p>สำหรับพื้นที่ : เน้นการประชาสัมพันธ์และกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้หมายเลข ๑๖๖๙ เพิ่มขึ้นบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนในการป้องกันอุบัติเหตุทางจราจรและบริหารจัดการเครือข่ายภายในเขตในการดูแลผู้ป่วย TBI</p>
เขตสุขภาพที่ ๕	<p>สำหรับพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> วางมาตรการ และสนับสนุนการขับเคลื่อนงานป้องกันอุบัติเหตุร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างความเข้าใจกับประชาชนถึงการใช้บริการฉุกเฉินทางการแพทย์และเชื่อมโยง ๓ หมอ เพื่อการเข้าถึงผู้ป่วย ติดตามการผ่านเกณฑ์ของ TEA unit กำหนดให้ใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย MOPHED Triage ๕ ระดับ
เขตสุขภาพที่ ๖	<p>สำหรับพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเครือข่ายภายในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง เพิ่มประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชน และการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเครือข่ายภายในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง <p>สำหรับส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> สนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สนับสนุนด้านงบประมาณ เทคโนโลยีทางการแพทย์
เขตสุขภาพที่ ๗	<p>สำหรับพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> วางแผนลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. โดยการทบทวนและพัฒนา ระบบ Fast Track ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจัดการบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุม, เข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว การพัฒนา TEA Unit ด้านบุคลากร การพัฒนา ระบบ tele-consult specialist การบริหารจัดการข้อมูลใน HD ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในระดับจังหวัด การบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายในการใช้รถ ใช้ถนนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง
เขตสุขภาพที่ ๘	<p>สำหรับพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> ร่วมขับเคลื่อนกับหน่วยงานอื่นของจังหวัดเพื่อกำหนดจุดเสี่ยงอุบัติเหตุจราจร รวมทั้งบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด รณรงค์ให้ประชาชนตระหนักในความปลอดภัย เพิ่มการขับเคลื่อนเชิงนโยบายการดำเนินงาน D-RTI ระดับอำเภอ สนับสนุนด้านนโยบายและจัดทำห้อง AIIR

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
เขตสุขภาพที่ ๑๐	<p>สำหรับพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. New normal ER ๒. Fast pass pneumonia, septic shock, UGIB ๓. Fast track กลุ่มโรค severe sepsis, pneumonia with respiratory failure จาก รพช. ส่งต่อ รพศ. <p>สำหรับส่วนกลาง : สนับสนุนด้านการพัฒนาศัลยกรรมกระดูก</p>
เขตสุขภาพที่ ๑๑	<p>สำหรับพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาคือร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ในจังหวัดเพื่อความต่อเนื่องในการทำงาน ๒. พัฒนาระบบ consultation ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลศูนย์แบบบูรณาการทั้งระบบ ๓. พิจารณาการจัดตั้ง trauma team consultation ที่ห้องฉุกเฉิน <p>สำหรับส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน AOC ๒. สนับสนุนทรัพยากรทั้งบุคลากร สถานที่ และครุภัณฑ์ พร้อมทั้งการพัฒนาศัลยกรรมกระดูก โดยเฉพาะหลักสูตร nurse manager ใน TEA unit และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต
เขตสุขภาพที่ ๑๒	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เพิ่มศัลยกรรม Trauma team และ pre-hospital ๒. ส่งเสริมการลดการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน <p>สำหรับส่วนกลาง: พัฒนาและเชื่อมโยงระบบการติดต่อภายในเขตสุขภาพ</p>

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ รอบที่ ๒
 ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
 หัวข้อ Service Plan สาขามะเร็ง

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย
๒. หัวข้อ : Service Plan สาขามะเร็ง
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมการแพทย์
๔. วิเคราะห์สถานการณ์
 ผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งปากมดลูก
 - การเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๔, ๖, ๗, ๘, ๑๐, ๑๑ และ ๑๒
 - การเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๒
 - การเข้าถึงการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๒

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

(๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ \geq ร้อยละ ๗๐

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ $(A/B) \times 100$
เขต ๑	๕๘๔	๗๖๕	๗๖.๓๔
เขต ๒	๖๗๗	๙๓๕	๗๒.๔๑
เขต ๓	๒๘๓	๔๕๘	๖๑.๗๙
เขต ๔	๑,๐๗๒	๑,๔๙๙	๗๑.๕๑
เขต ๕	๑,๐๓๓	๑,๔๗๘	๖๙.๘๙
เขต ๖	๙๒๘	๑,๒๙๑	๗๑.๘๘
เขต ๗	๕๘๔	๘๓๒	๗๐.๑๙
เขต ๘	๑,๑๔๒	๑,๔๔๑	๗๙.๒๕
เขต ๙	๕๕๖	๙๕๐	๕๘.๕๓
เขต ๑๐	๗๖๒	๙๕๗	๗๙.๖๒
เขต ๑๑	๘๗๙	๑,๒๒๘	๗๑.๕๘
เขต ๑๒	๑,๐๒๒	๑,๔๔๑	๗๐.๙๒
ภาพรวม	๙,๕๒๒	๑๓,๒๗๕	๗๑.๑๖

(๒) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ \geq ร้อยละ ๗๐

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับที่ได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A/B) \times ๑๐๐
เขต ๑	๙๔๖	๑,๑๓๗	๘๓.๒๐
เขต ๒	๙๙๒	๑,๓๗๐	๗๒.๔๑
เขต ๓	๓๘๒	๕๔๐	๗๐.๗๔
เขต ๔	๑,๒๖๐	๒,๕๕๔	๔๙.๓๓
เขต ๕	๑,๕๕๖	๒,๑๕๔	๗๒.๐๙
เขต ๖	๑,๘๗๒	๒,๔๐๘	๗๗.๗๔
เขต ๗	๑,๐๙๗	๑,๒๓๓	๘๘.๕๑
เขต ๘	๑,๓๒๘	๑,๖๔๔	๘๐.๘๘
เขต ๙	๗๘๘	๙๘๑	๘๐.๓๓
เขต ๑๐	๘๓๘	๑,๑๐๔	๗๕.๙๑
เขต ๑๑	๘๗๐	๑,๕๓๑	๕๖.๘๓
เขต ๑๒	๑,๒๗๐	๑,๕๖๒	๘๑.๓๑
ภาพรวม	๑๓,๒๓๙	๑๘,๒๑๘	๗๔.๑๘

(๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ \geq ร้อยละ ๖๐

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับที่ได้รับการรักษา ด้วยรังสีรักษาภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A/B) \times ๑๐๐
เขต ๑	๑,๒๑๑	๑,๔๒๖	๘๔.๙๒
เขต ๒	๗๐	๑๒๑	๕๗.๘๕
เขต ๓	๖๙	๑๕๓	๔๕.๑
เขต ๔	๙๑๑	๑,๙๙๘	๔๕.๖
เขต ๕	๑๖๘	๔๖๓	๓๖.๒๙
เขต ๖	๗๔๕	๑,๒๖๓	๕๘.๙๙
เขต ๗	๓๘๑	๔๘๗	๗๘.๒๓
เขต ๘	๓๑๕	๔๘๓	๖๕.๒๒
เขต ๙	๗๔	๑๑๐	๖๗.๒๗
เขต ๑๐	๕๘๘	๖๒๓	๙๔.๓๘
เขต ๑๑	๔๕๖	๘๕๗	๕๓.๒๑
เขต ๑๒	๑๖๔	๒๓๙	๖๘.๖๒
ภาพรวม	๕,๑๕๒	๘,๒๒๓	๖๒.๙๗

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>๑. มีเขตสุขภาพที่ยังไม่ผ่านร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและเคมี ตามเป้าหมาย (๗๐%) และโรงพยาบาล M๑ ยังเปิดให้บริการเคมีบำบัดไม่ครบ</p>	<p>๑.๑ วิเคราะห์ปัญหาในเขตสุขภาพที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ลงรายละเอียดในรายจังหวัด ดูความเพียงพอของทรัพยากร หรือปัญหาอุปสรรคอื่นๆ</p> <p>๑.๒ วิเคราะห์ปัญหาการให้บริการยาเคมีบำบัดใน M๑ ด้านทรัพยากร คุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ</p> <p>๑.๓ สนับสนุนวิชาการแก่บุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน</p> <p>๑.๔ จัดบริการช่องทางพิเศษด้วยการ Sharing Resource เช่น ห้องผ่าตัด</p>	<p>ติดตามภายใน ๓ เดือน</p>
<p>๒. การกระจายตัวของศูนย์รังสีรักษา ยังไม่ทั่วถึง และมีไม่เพียงพอ ยังคงได้ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์ในบางเขต</p> <p>- ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีโรงพยาบาลที่ได้เครื่องฉายรังสี ๗ แห่ง ดังนี้</p> <p>๑.รพ.พุทธชินราช จ.พิษณุโลก</p> <p>๒.รพ.สุรินทร์</p> <p>๓.รพ.ร้อยเอ็ด</p> <p>๔.รพ.มหาสารคามศรีธรรมราช</p> <p>๕.รพ.มหาสารคามราชสีมา</p> <p>๖.รพ.สมุทรสาคร (นครท่าฉลอม)</p> <p>๗.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ</p>	<p>๒.๑ ดำเนินการวางแผนจัดทำคิวรังสีรักษา โดยเริ่มจาก รพ.มะเร็งภูมิภาค ๗ แห่ง และในเบื้องต้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้แนะนำให้ทุกโรงพยาบาล ส่งขอคิวรังสีรักษาหลังการผ่าตัด หรือก่อนการรักษาด้วยเคมีเข็มสิ้นสุด</p> <p>๒.๒ ปรับแผนการส่งต่อคนไข้ไปยังโรงพยาบาลที่พร้อมรับ และการลงข้อมูล TCB plus ให้มากขึ้น</p> <p>๒.๓ วางแผนการการจัดการทรัพยากร และการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเครือข่าย</p>	<p>ติดตามภายใน ๓ เดือน</p>
<p>๓. ขาดการบูรณาการในการแก้ปัญหาภายในเครือข่าย</p>	<p>๓.๑ พัฒนาระบบการส่งต่อ Cancer Anywhere ให้มี ประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกโรงพยาบาล มีศูนย์ประสานงาน และมีข้อมูล Refer Back</p>	<p>ติดตามภายใน ๓ เดือน</p>
<p>๔. ด้านระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศ ยังขาดความเชื่อมโยงข้อมูล ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ขาดผู้รับผิดชอบ และขาดบุคลากรด้านมะเร็ง (ถึงแม้ว่าจะมีการอบรม Cancer Nurse Coordinator โรงพยาบาลระดับ A S M๑ ๑๐๐% แล้ว และในปี ๒๕๖๔ ได้มีการอบรม Hospital Cancer Coordinator Cancer</p>	<p>๔.๑ สนับสนุนให้มี Cancer Coordinator ให้เพียงพอครอบคลุม เพื่อให้ข้อมูลมะเร็งมีความสมบูรณ์ รวมถึงการใช้โปรแกรม TCB Plus/The One เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ</p> <p>๔.๒ ติดตามการลงข้อมูลสารสนเทศด้าน</p>	<p>ติดตามภายใน ๓ เดือน</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
Anywhere ๑๓ เขตสุขภาพ แต่ผู้ที่ได้รับการอบรม ยังไม่ใช่ผู้รับผิดชอบการลงข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะ ทำให้ขาดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ขาดการกำกับติดตามการดำเนินงาน)	โรคมะเร็งให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล มีการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับจังหวัด ๕.๓ การจัดทำฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งให้มีเจ้าหน้าที่หลักเป็นผู้รับผิดชอบ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการลงข้อมูล และมีการกำกับติดตามการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง	
๕. การตรวจคัดกรองยังต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากการระบาดของโรคไวรัสโควิด-๑๙ ทำให้ต้องชะลอการตรวจคัดกรองผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง	๕.๑ วางแผนแนวทางการคัดกรอง การจัดแบบบริการแบบวิถีใหม่ การกำกับการคัดกรองให้เป็นไปตามเป้าหมายและมุ่งเน้นการติดตามผู้ป่วยที่พบความผิดปกติจากการคัดกรองให้อยู่ในระบบ ๕.๒ สร้างความตระหนักในกลุ่มภาคีเครือข่าย บูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน สนับสนุนการใช้สื่อรณรงค์การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงมะเร็ง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนให้เป็นนโยบายระดับประเทศ	- เร่งรัดการดำเนินงานคัดกรองโรคมะเร็ง ในปีงบประมาณถัดไป - ติดตามภายใน ๓ เดือน

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

- พัฒนาโปรแกรม TCB, TCB Plus, The One, Cancer Anywhere
- พัฒนาโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (HPVcx๑๒๐๒๐)

เขตสุขภาพที่ ๑

- จ.น่าน/จ.เชียงใหม่ : การพัฒนาเทคโนโลยีระบบการจองเตียง “Admit online”
- จ.พะเยา : การใช้โปรแกรม The one ในการ Investigate case, โปรแกรม TCB และ TCB plus เพื่อการ ขับเคลื่อน Cancer Anywhere

เขตสุขภาพที่ ๕

- จ.นครปฐม : มีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า โดยเฉพาะการฉายแสง และมีการใช้ HPV DNA test
- จ.กาญจนบุรี/จ.ประจวบคีรีขันธ์ : มีการใช้โปรแกรม Cancer Anywhere เพิ่มมากขึ้น

เขตสุขภาพที่ ๗

- โปรแกรม “FIT Test@Khon Kaen มะเร็งลำไส้ใหญ่” เป็นโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT Test ผล Positive ที่ต้องส่งต่อ Colonoscopy ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย
- การนำโครงการ CA Breast Fast Track นำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

เขตสุขภาพที่ ๘

- จ.หนองคาย : มีการใช้ BSE App มาช่วยในการคัดกรองมะเร็งเต้านม
- จ.อุดรธานี : มีการให้บริการ Transarterial chemo-embolization (TACE) ในผู้ป่วยมะเร็งตับ เพื่อลดการ refer ออกนอกเขต

เขตสุขภาพที่ ๙

- Tumor Board ในการใช้ยา Chemotherapy/ปรับสูตรยา Chemotherapy เพื่อลดระยะเวลาการรับยา
- ประสานงานการดูแลผ่านโปรแกรม Cancer Anywhere

เขตสุขภาพที่ ๑๐

- ทุกจังหวัด มีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้ตาม Protocol และการบูรณาการรณรงค์ร่วมกับ พชอ./ทีมสหวิชาชีพ/อสม.เชี่ยวชาญ

เขตสุขภาพที่ ๑๑

- จ.ภูเก็ต/จ.ระนอง : มีการดำเนินงานระบบ Tumor Board Teleconference เพื่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับรพ.มะเร็งสุราษฎร์ธานี อย่างต่อเนื่อง

เขตสุขภาพที่ ๑๒

- จ.ตรัง : มีระบบ One stop service โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
- จ.ยะลา : การจัดการข้อมูลในระบบ TCB ที่เป็นปัจจุบัน และใช้ระบบ TCB ส่งต่อ

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ**๖.๑ เขตสุขภาพ**

- ๑) เขตสุขภาพ ควรมีการประชุมวางแผนการดำเนินการร่วมกันทุกไตรมาส วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขตสุขภาพเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน หากในเขตสุขภาพมีทรัพยากรไม่เพียงพอ เช่น ศูนย์การฉายแสง อาจมีข้อตกลงขอความร่วมมือจัดระบบการรับส่งไปยังศูนย์บริการที่ใกล้
- ๒) หน่วยงานต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพ ควรมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงานด้านโรคมะเร็งอย่างชัดเจนและให้ดำเนินงานด้านนี้อย่างต่อเนื่อง
- ๓) เขตสุขภาพ ควรให้การสนับสนุนภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ป่วยเพื่อสร้างกลไกการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนโดยมีองค์กรส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำ ตามมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๒ ประจำปี ๒๕๖๒ เรื่องรวมพลังชุมชนต้านภัยมะเร็ง

๖.๒ ส่วนกลาง

- ๑) จัดฝึกอบรม หลักสูตรต่าง ๆ รวมถึงคู่มือแนวทางการดำเนินงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทุกสาขารวมถึงการจัดเก็บตัวชี้วัด
- ๒) ร่วมกับพื้นที่วิเคราะห์ปัญหาให้ข้อมูลและให้การสนับสนุนเขตสุขภาพในการดำเนินงาน
- ๓) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จรวมถึงแนวทางการแก้ปัญหาระหว่างเขตสุขภาพ

ดร.ศุภิพร แสงกระจ่าง
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
7 กันยายน 2564

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒
ประเด็นลดแออัด ลดรอยลดป่วย ลดตาย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอยลดป่วย ลดตาย

๒. หัวข้อ : สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๔)	จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ ๒๘ วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราการตาย : ๑๐๐๐ การเกิด มีชีพ (A/B) x ๑๐๐๐)
๒๕๕๘	๑,๕๔๘	๔๒๑,๑๐๓	๓.๖๘
๒๕๕๙	๑,๙๓๑	๔๘๖,๗๘๙	๙.๙๗
๒๕๖๐	๒,๑๓๕	๔๘๙,๐๓๕	๔.๓๗
๒๕๖๑	๑,๙๗๙	๔๔๘,๓๔๕	๔.๔๑
๒๕๖๒	๑,๘๕๐	๔๐๙,๑๕๐	๔.๕๒
๒๕๖๓	๑,๗๔๗	๔๑๔,๖๖๔	๔.๒๑
๒๕๖๔ (๙เดือน)	๑,๐๙๘	๒๔๓,๒๖๙	๔.๕๑

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

๔.๑ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

(เป้าหมาย < ๓.๖๕ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ)

เขตสุขภาพ	จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ ๒๘ วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราการตาย : ๑๐๐๐ การเกิด มีชีพ (A/B) x ๑๐๐๐)
๑	80	21,282	3.76
๒	52	13,649	3.81
๓	36	8,767	4.11
๔	107	18,685	5.73
๕	131	25,907	5.06
๖	164	30,829	5.32
๗	70	16,258	4.31
๘	67	18,685	3.59

เขตสุขภาพ	จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราการตาย : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ (A/B) \times ๑๐๐๐)
๙	73	23,634	3.09
๑๐	78	15,655	4.98
๑๑	127	21,205	5.99
๑๒	113	28,713	3.94
ประเทศ			

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

๔.๒ เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เป้าหมาย ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ)

เขตสุขภาพ	จำนวนเตียงNICU (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพเฉลี่ยปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ (B)	อัตรา ๑ : ๕๐๐ (B/A)
๑	101	37,748	374
๒	72	24,255	492
๓	36	15,798	439
๔	107	30,317	283
๕	124	47,264	381
๖	96	53,605	558
๗	64	27,336	427
๘	75	34,086	454
๙	99	39,765	402
๑๐	62	25,592	536
๑๑	94	36,465	388
๑๒	NA	NA	NA
ประเทศ	930	372,233	400

ที่มา: การตรวจราชการรอบ ๒/๒๕๖๔

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>๑. ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา</p> <p>๒. อัตราตายทารกแรกเกิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น</p> <p>๓. ระบบ ANC คุณภาพยังไม่ครอบคลุม</p> <p>๔. ระบบ Refer Back ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน</p>	<p>๑. มีการรวบรวมข้อมูลสาเหตุการตายของทารก การคลอดก่อนกำหนด การมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ</p> <p>๒. ทบทวน MCH Broad ทุกปี เพื่อลดปัญหา Preterm</p> <p>๓. มีระบบบริหารจัดการแนวทางการให้บริการ Progesterone เพื่อแก้ปัญหการเสียชีวิตจาก Preterm</p> <p>๔. จัดอบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิดให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลระดับ A, S ทุกปี ทั้งแผนกสูติกรรมและกุมารเวชกรรม</p> <p>๕. เพิ่มจำนวนเตียง NICU ให้เพียงพอต่อการคลอดในทุกเขตสุขภาพบริการ</p> <p>๖. โรงพยาบาลระดับ M๑ สามารถให้บริการดูแลรักษาทารกภาวะกึ่งวิกฤตได้</p> <p>๗. มีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสาขาสูติกรรม และสาขาทารกแรกเกิดตามกระบวนการ ๖ Value MCH Program</p> <p>๘. มีการประชุมพัฒนาระบบ refer และการประสานงานเพื่อการส่งต่อ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต</p> <p>๙. เพิ่มศักยภาพการดูแลทารกไปที่โรงพยาบาลเครือข่ายระดับ M๑ เพื่อลดความแออัด</p>	<p>ร้อยละ ๔.๕๑</p> <p>A = ๑,๐๙๘ ราย</p> <p>B = ๒๔๓,๒๖๙ ราย</p>

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพที่ ๑

- จ.เชียงใหม่ : Neonatal emergency box เป็นกล่องที่ใช้บรรจุ ยา สารน้ำ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการกู้ชีพ
- จ.น่าน : โปรแกรมคำนวณและสั่งการรักษาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ สามารถคำนวณ TPN จากสูตรที่มีทำให้สะดวกต่อการใช้งานของแพทย์ ลดข้อผิดพลาดในการคำนวณ และเชื่อมต่อผ่าน google drive ทำให้แพทย์สามารถสั่ง TPN ที่เตียงคนไข้ได้ในขณะที่ round
- จ.เชียงราย : Application การคัดกรองภาวะความผิดปกติของการตรวจคัดกรองการได้ยิน (OAE)

เขตสุขภาพที่ ๒

- จ.ตราด : หมวกลมหายใจ (Inspiration Hood) ใช้สำหรับตรึงอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทางจมูกในทารกที่ใช้ noninvasive ventilator แทนหมวกที่ต้องซื้อจากบริษัท (ราคาใบละ ๑,๐๐๐ บาท)

เขตสุขภาพที่ ๙

- จ.สุรินทร์ : คลินิกเจ้าตัวน้อยติดตามดูแลทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า +๑ ๕,๐๐๐ กรัม หลังจำหน่ายแบบ One stop service โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- จ.ชัยภูมิ :
 - Nest สำเร็จรูปใช้สำหรับเป็นเบาะรองที่นอนทารกคลอดก่อนกำหนด
 - หมวก Super cap ใช้สำหรับเป็นระบบปิดในผู้ป่วยที่ใส่ CPAP
 - กางเกง Minizumo ใช้แทนผ้าอ้อมในทารกคลอดก่อนกำหนดเพื่อวัดปริมาณปัสสาวะ
 - ฝ้าคลุมเครื่องสองไฟเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาเด็กตัวเหลือง

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

Objectives	มาตรการในการดำเนินการ
<p style="text-align: center;">ลดป่วย</p>	<p>๑. การลด preterm delivery : การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์คุณภาพและจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ ดำเนินมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่างๆให้มีความต่อเนื่อง รวมทั้งการใช้ยา progesterone เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด อาจพิจารณานำเสนอโครงการเพื่อผลักดันให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ในปี ๒๕๖๖, PPHN ในปี ๒๕๖๕ อยู่ระหว่างกานำเสนอผ่าน SP Newborn</p> <p>๒. ลด birth asphyxia ลดการติดเชื้อ Sepsis; Early Warning Signs: การฝากครรภ์คุณภาพ รพ.ราชวิถีจัดอบรมห้องคลอดคุณภาพ on Line และ on Site สถาบันเด็กจะจัดอบรม การกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR new Guidelines การส่งต่อทารกให้มีความปลอดภัย (S T A B L E program) การใช้นมแม่ในทารกป่วย เน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้ง on Line และ on Site</p> <p>๓. ลดความพิการแต่กำเนิด : การฝากครรภ์คุณภาพ แก่หญิงมีครรภ์ รร พ่อแม่ และการให้ความรู้แก่หญิงที่พร้อมจะมีบุตร Teenagers, Drug abuses, Family planning กำกับติดตาม การส่งข้อมูลคุณภาพ, ANC คุณภาพ การป้องกันการคลอด PT การจัดอบรมต่างๆ</p>
<p style="text-align: center;">ลดตาย</p>	<p>๑. ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากร วางระบบเครือข่ายการรับส่งต่อภายในเขตและส่งออกนอกเขต สนับสนุนให้มี intrauterine transfer</p> <p>๒. มีระบบฐานข้อมูลและระบบปรึกษาทางไกล ช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในเขตและจังหวัดนอกเขตแต่เป็นจังหวัดรอยต่อ</p> <p>๓. เริ่มดำเนินการ BCP และวางแนวทางดูแลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ Covid-๑๙</p>

Objectives	มาตรการในการดำเนินการ
ลดการรอคอย	<p>๑. จัดระบบการ refer in and refer back .ให้ชัดเจนและบริหารเตียงแบบ real-time</p> <p>๒. เพิ่มจำนวนเตียง NICU, Structure adjust และเตียง sick-newborn พร้อมครุภัณฑ์ให้แก่สถานพยาบาลที่ขาด</p> <p>๓. จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเพื่อเพิ่มบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ กุมารแพทย์ NNP พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์สาขาอื่นตามความเหมาะสม</p> <p>๔. จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่ เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สถานพยาบาลโดยการ เพิ่มจำนวนทุนเรียนต่อ ทำให้มีจำนวนผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น</p> <p>๕. เพิ่ม reimbursement, revise RW ให้แก่สถานพยาบาล</p>

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒
ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๒. หัวข้อ : การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)

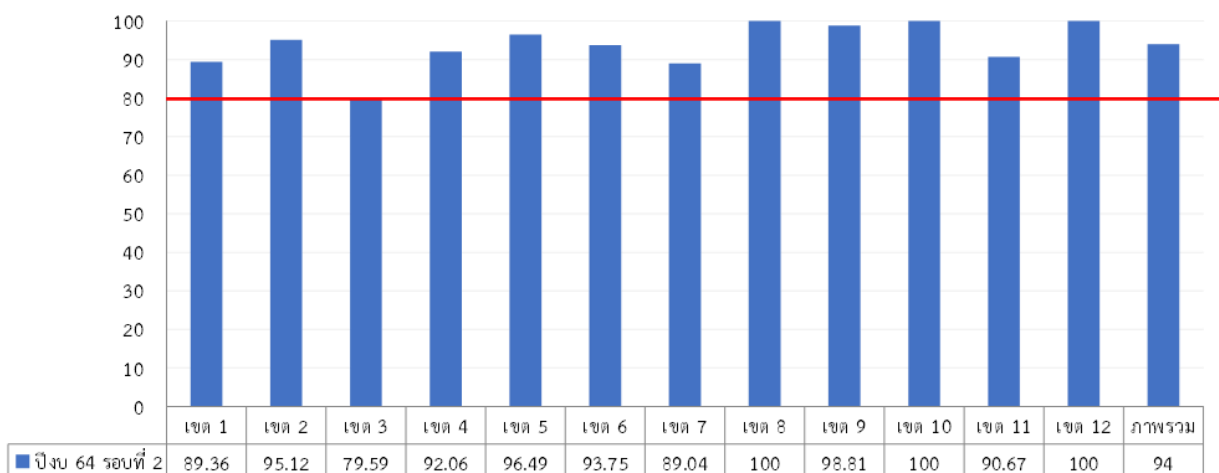
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

๔.๑ ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) (เป้าหมาย ๑๒ เดือน ร้อยละ ๘๐)

ผลการดำเนินการ



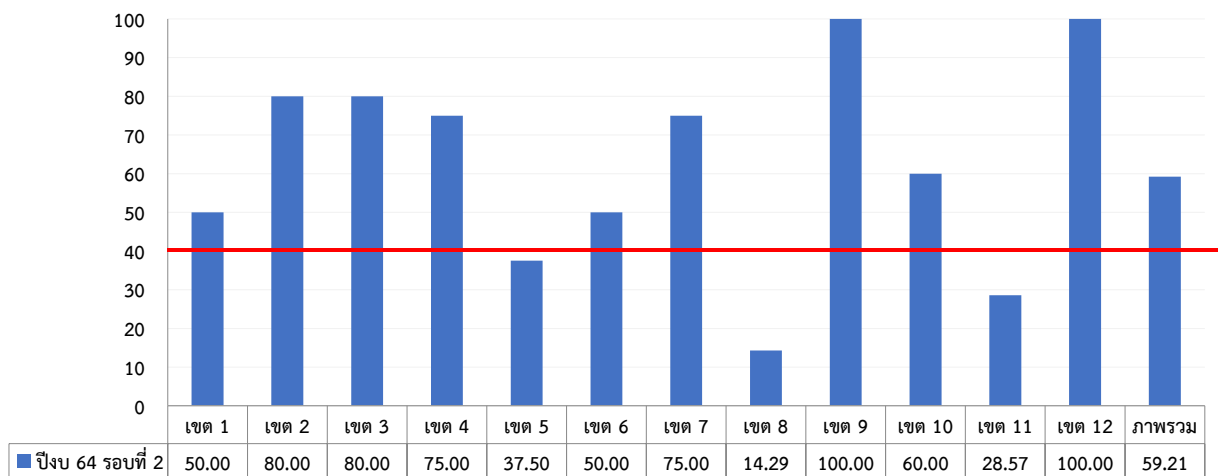
โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการ (A) = ๗๖๗ แห่ง

โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด (B) = ๘๑๖ แห่ง

ที่มาข้อมูล : DMS Health KPI วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ และการรายงานของพื้นที่และการนิเทศงานรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๔.๒ ตัวชี้วัดย่อย ๑ : ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ Intermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F (เป้าหมาย ๑๒ เดือน ร้อยละ ๔๐)

ผลการดำเนินการ



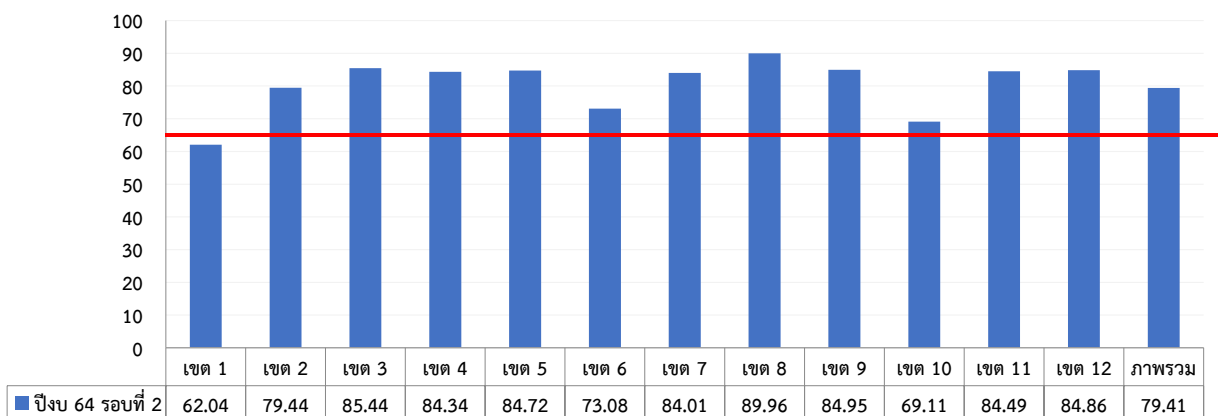
จำนวนจังหวัดในเขตสุขภาพที่มีการให้บริการ Intermediate ward (A) = ๔๕ แห่ง

จำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ (B) = ๗๖ แห่ง

ที่มาข้อมูล : DMS Health KPI วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ และการรายงานของพื้นที่และการนิเทศงานรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๔.๓ ตัวชี้วัดย่อย ๒: ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index >๑๕ with multiple impairments ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ (เป้าหมาย ๑๒ เดือน ร้อยละ ๖๕)

ผลการดำเนินการ



จำนวนผู้ป่วยฯ ในจังหวัด (A) = ๒๒,๘๐๔ ราย

จำนวนผู้ป่วยฯ รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับบริการ (B) = ๒๘,๗๑๗ ราย

ที่มาข้อมูล : DMS Health KPI วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ และการรายงานของพื้นที่และการนิเทศงานรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๑		
<p>๑. ปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย IMC โดยการใช้ COC ยังไม่สามารถเก็บข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วน</p> <p>๒. ความยั่งยืนของระบบในการรองรับการดำเนินงาน IMC (บุคลากร ระบบข้อมูล ภายอุปกรณ์ที่จำเป็น)</p> <p>๓. การวางแผนจำหน่าย compliance ตาม CPG ยังไม่ครอบคลุม ๑๐๐% เนื่องจาก case trauma, chronic wound กระจายหลาย ward และภาระงานของพยาบาลมาก</p> <p>๔. ไม่มีระบบเงิน on top IMC</p>	<p>๑. ควรมีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบสุขภาพและพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผ่านกลไกการส่งต่อทุกระดับ</p> <p>๒. วางระบบรองรับกรณี refer back จากนอกจังหวัด โดยให้ รพช.ประสานข้อมูลให้กับ รพ.แม่ข่ายเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง</p> <p>๓. ควรพัฒนาสนับสนุนความพร้อมของบุคลากร (จำนวน, ศักยภาพ) อุปกรณ์และสถานที่ในการให้บริการของ รพ.ระดับ M และ F ที่จะเปิดบริการ IMC bed จัดตั้งทีมออกเยี่ยมสำรวจ เพื่อช่วยเตรียมความพร้อมเพื่อเปิดให้บริการ IMC ให้กับ รพช. ที่เหลือหรือการใช้ teleconsultation ในการดูแล</p> <p>๔. ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เกี่ยวข้องให้สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ</p>	<p>ร้อยละ ๘๙.๓๖</p> <p>A = ๘๔ แห่ง</p> <p>B = ๙๔ แห่ง</p>
เขตสุขภาพที่ ๒		
<p>๑. ผู้ป่วยได้รับการบริการฟื้นฟูและติดตามจนครบ ๖ เดือน มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-๑๙</p> <p>๒. การส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูล ระหว่าง รพศ./รพท.และ รพช.ขาดความต่อเนื่อง</p> <p>๓. ผู้ป่วย IMC ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้ เนื่องจากมีระยะทางห่างไกล</p> <p>๔. ระบบบันทึกข้อมูลขาดการเชื่อมโยงกันในระบบ PC และ LTC</p>	<p>๑. ปรับรูปแบบการติดตามการเยี่ยมบ้าน พัฒนาเครือข่าย อสม. ในการติดตามอาการและดูแลผู้ป่วยในชุมชน</p> <p>๒. โรงพยาบาลชุมชนควรประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการรถรับ-ส่ง ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการการฟื้นฟูทั้งในรูปแบบ IPD และ OPD</p> <p>๓. ทบทวนระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย รวมถึงเชื่อมโยงข้อมูลในการให้บริการ และจัดอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อขยายการให้บริการไปยัง node ต่างๆ</p>	<p>ร้อยละ ๙๕.๑๒</p> <p>A = ๓๙ แห่ง</p> <p>B = ๔๑ แห่ง</p>
เขตสุขภาพที่ ๓		
<p>๑. ขาดบุคลากรเฉพาะทางและมีความเข้าใจในการให้บริการฟื้นฟูระยะกลาง (IMC) ที่ไม่ตรงกัน</p> <p>๒. ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>๑. อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ</p> <p>๒. เพิ่มความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ที่จะได้รับหลังการเข้าโปรแกรมฟื้นฟู</p>	<p>ร้อยละ ๗๙.๕๙</p> <p>A = ๓๙ แห่ง</p> <p>B = ๔๙ แห่ง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๔		
การเชื่อมต่อ fracture around the hip ในผู้สูงอายุ	ประสาน OPD orthoperiodic สร้างระบบเชื่อมต่อ	ร้อยละ ๙๒.๐๖ A = ๕๘ แห่ง B = ๖๓ แห่ง
เขตสุขภาพที่ ๕		
๑. การจัดตั้ง IMC ในระดับ รพช. ยังไม่ครอบคลุม ๒. ข้อมูลการ Refer back ผู้ป่วย IMC น้อย ๓. ขาดบุคลากร และเครื่องมืออุปกรณ์ยังไม่เพียงพอ	๑. กำหนด node IMC ในแต่ละ รพช. ให้ชัดเจนและปฏิบัติได้ ๒. พัฒนาระบบส่งต่อและติดตามข้อมูล และสนับสนุน Telemedicine ๓. พัฒนาบุคลากรและติดตามการใช้เตียง IMC ที่ รพช.	ร้อยละ ๙๖.๔๙ A = ๕๕ แห่ง B = ๕๗ แห่ง
เขตสุขภาพที่ ๖		
๑. ระบบการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ๒. โรงพยาบาลขนาดเล็กโครงสร้างอาคารไม่เอื้อต่อการดำเนินงานและเครื่องมืออุปกรณ์ยังไม่เพียงพอ ๓. ระบบการติดตาม รายงานตัวชีวิต IMC ๔. ขาดแคลนบุคลากร ทั้งแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งขาดความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติงานและการจัดทำ on top IMC ไม่เพียงพอ	๑. มีเครือข่ายงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ในระดับจังหวัด พร้อมทั้งมีการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์และแนะนำการใช้ Home program ๒. มีแผนการปรับปรุงตามประเด็นในส่วนที่ขาดแคลน (IMC bed/ward) และขับเคลื่อนผ่านการประชุม IMC สัญจร ๓. ขับเคลื่อนโรงพยาบาลชุมชนจัดระบบบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC-Bed/Ward) ตามเกณฑ์มาตรฐาน พร้อมทั้งทบทวนแผนพัฒนาบุคลากรและพัฒนาศักยภาพบุคลากร การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางขั้นพื้นฐานในเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ๔. ประเมินโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่มีความต้องการรับเงิน On top IMC ตามเกณฑ์การประเมินของเขตสุขภาพ	ร้อยละ ๙๓.๗๕ A = ๖๐ แห่ง B = ๖๔ แห่ง
เขตสุขภาพที่ ๗		
๑. บุคลากรไม่เพียงพอและขาดการศักยภาพของบุคลากรในทีมฟื้นฟู ๒. ระบบข้อมูลการเข้าถึงผู้ป่วย การส่งต่อและเชื่อมโยงบริการ ๓ หมอ จากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	๑. พัฒนาด้านบุคลากร การพัฒนาศักยภาพสหสาขา การสนับสนุนงบประมาณในการฝึกอบรม ๒. จัดตั้งคณะกรรมการ IMC ระดับจังหวัดและเขต มีการแต่งตั้ง IMC Manager ในแต่ละอำเภอ และให้บริการ IMC ในทุกอำเภอ	ร้อยละ ๘๙.๐๔ A = ๖๕ แห่ง B = ๗๓ แห่ง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	๓. สร้างความชัดเจนเรื่องนโยบายในการพัฒนา intermediate ward และเชื่อมโยงลงสู่การปฏิบัติ ถึง ๓ หมอ ในการดูแลผู้ป่วย ๔. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัดและระดับเขต และจัดทำฐานข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วยของ ระบบการส่งต่อในเขตสุขภาพ	
เขตสุขภาพที่ ๘		
๑. การจัดตั้ง IMC bed/ward ยังไม่ครอบคลุม ๒. ขาดแคลนกำลังคน เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักกายภาพบำบัด แพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นต้น ๓. การRefer back for IMC ไปยังโรงพยาบาล ชุมชนยังไม่ทันในผู้ป่วยบางราย	๑. จังหวัดสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง IMC bed/ward ที่ได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ให้ครบใน โรงพยาบาลระดับ M, F ทุกแห่ง ๒. เพิ่มกรอบอัตรากำลังคนที่ขาดแคลนให้เพียงพอต่อการให้บริการ (ระดับนโยบาย) ๓. Empowerment ผู้รับผิดชอบงานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน IMC ๔. บูรณาการการใช้โปรแกรมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ระยะกลางร่วมกับโปรแกรม LTC	ร้อยละ ๑๐๐ A = ๘๑ แห่ง B = ๘๑ แห่ง
เขตสุขภาพที่ ๙		
ความเพียงพอของอัตรากำลังบุคลากร และขาดบุคลากรบางวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลฟื้นฟู นักแก้ไขการพูด นักกายอุปกรณ์ เป็นต้น	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่านภาวะวิกฤติและระยะฟื้นฟู	ร้อยละ ๙๘.๘๑ A = ๘๓ แห่ง B = ๘๔ แห่ง
เขตสุขภาพที่ ๑๐		
๑. ความครอบคลุมในการคัดกรองผู้ป่วย ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ รวมทั้งหอผู้ป่วย stroke unit, ICU serg และ Spine ward มีความแออัด ๒. การ refer back for IPD IMC On top น้อย ๓. ขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ๔. การเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยกับ Thai COC ยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด ๕. ขาดการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย	๑. กำหนด IMC protocol ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Stroke และขยายกลุ่มโรค IMC เช่น Fx neck femur, COPD, chronic heart เป็นต้น ๒. กำหนดให้ทุกจังหวัด refer back for IPD IMC เพื่อเพิ่มเงิน On top ๓. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ๔. สนับสนุนการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยกับ Thai COC และพัฒนาร่วมกับ PRM referral ๕. พัฒนาภาคีเครือข่าย อสม. เพื่อติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย	ร้อยละ ๑๐๐ A = ๖๕ แห่ง B = ๖๕ แห่ง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๑๑		
๑. ขาดแคลนบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, พยาบาลฟื้นฟู, นักกายภาพบำบัด, นักกิจกรรมบำบัด) ๒. การจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบ และใช้โปรแกรมที่หลากหลายภายใน จังหวัด ๓. ไม่มีห้องนำคนพิการในหอผู้ป่วยใน ๔. ขาดแคลนเครื่องช่วยความพิการ ๕. ไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการให้บริการ IMC bed/ward	๑. จัดอบรมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลฟื้นฟูให้ได้ ตามหลักสูตรที่กำหนด ๒. จัดทำระบบยืม-คืนอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ จาก รพ.แม่ข่าย ๓. ปรับปรุงโครงสร้างห้องคนพิการและจัดทำแนวทาง ปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ๔. พิจารณาเพิ่มอัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพให้ครบตาม กรอบที่กำหนด	ร้อยละ ๙๐.๖๗ A = ๖๘ แห่ง B = ๗๕ แห่ง
เขตสุขภาพที่ ๑๒		
การส่งต่อ refer back ทำได้ค่อนข้างน้อย และติดตามเคสได้น้อย เนื่องจาก สถานการณ์ COVID-๑๙	๑. ส่งเสริมการทำงานร่วมกับระบบ ๓ หมอ เพิ่มการ เข้าถึงในผู้ป่วยด้อยโอกาส ๒. ร่วมกับชุมชนเพื่อสร้างความยั่งยืนในชุมชน ๓. พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลรูปแบบเดียวกันเพื่อส่งต่อ และติดตามอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ ๑๐๐ A = ๗๐ แห่ง B = ๗๐ แห่ง

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
เขตสุขภาพที่ ๑	พะเยา : ๑. Best Practice การเพิ่มคุณค่า CMI : RH ๐๑๐๑ : ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการ บริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลจุน ๒. Best Practice การเพิ่มคุณค่า CMI : RH ๐๑๐๑ : ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการ บริการ กายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลจุน ๓. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลพะเยา ๔. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง แพร่ : ๑. มีโปรแกรม PIMC ส่วนของ HIP Fx. ได้ทดลองใช้งาน และกำลังปรับปรุงรอบ ๒ และ ทดสอบการใช้งาน ส่วนอีก ๔ กลุ่มโรคกำลังอยู่ในขั้นตอนการจัดอบรมการใช้งาน และจะ ทดลองใช้งานเพื่อหาข้อบกพร่องต่อไป

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<p>๒. การให้คำปรึกษาผ่านระบบโปรแกรมไลน์แบบกลุ่ม OA ทำให้สามารถติดต่อผู้ป่วยได้รวดเร็ว สื่อสารให้คำแนะนำได้ถูกต้องทันเวลา</p> <p>เชิงราย : งานวิจัย เรื่อง hip fracture ได้รับการตีพิมพ์ระดับประเทศ</p> <p>แม่ฮ่องสอน : การสอนผ่าน VDO call ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด โดยนักแก้ไขการพูด โรงพยาบาลเวชชาธิ์ ลำปาง</p> <p>เชียงใหม่ : โครงการวิจัยและพัฒนา โดยได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ผ่านคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในโครงการวิจัยการพัฒนาบริการเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจร (พบจ.) ดังนี้</p> <p>๑. วิจัยและพัฒนาระบบบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โซน ๒: โรงพยาบาลสันทราย/ เชียงดาว/แม่แตง พริ้ว/เวียงแหง/สะเมิง/วัดจันทร์ฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อรองรับการจัดระบบบริการผู้ป่วยในแบบ Intermediate ward</p> <p>๒. โครงการวิจัยการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD-FP และติดตามเยี่ยมบ้านโดย Telemedicine โรงพยาบาลสันป่าตอง</p>
เขตสุขภาพที่ ๒	<p>พิษณุโลก : พัฒนาการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองให้ครบถ้วนตามโปรแกรมบริการ (HosXP) ได้แก่ จำนวนครั้งการฟื้นฟูสภาพและการประเมิน Barthel index ในการจัดสรรงบประมาณคุณภาพการให้บริการ (QOF) ของ สปสช.</p>
เขตสุขภาพที่ ๕	<p>ราชบุรี สมุทรสงคราม : มีคณะกรรมการ service plan IMC</p> <p>สมุทรสาคร : มีการพัฒนาระบบ consult ทางไกลระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพ.ลูกข่าย ผ่าน Thai COC และ Line app</p> <p>กาญจนบุรี : ทีม รพช. มีความพร้อมในการรับผู้ป่วย auto refer back</p> <p>นครปฐม : ได้รับรางวัล best practice สาขา IMC</p>
เขตสุขภาพที่ ๖	<p>๑. การเปิดบริการ day care ที่ อปต.พลูตาหลวง เพื่อให้บริการผู้ป่วย IMC และ long term care และลงนาม MOU ให้บริการร่วมระหว่าง รพ.ชลบุรี และเทศบาลบ้านสวน</p> <p>๒. พัฒนา QR code คู่มือการทำกายภาพบำบัดให้แก่ผู้ป่วย</p> <p>๓. ใช้ระบบ telemedicine ในการให้บริการ IMC</p> <p>๔. มีระบบ On top - IPD IMC เพื่อเพิ่มรายได้ การเบิกจ่ายในกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล</p>
เขตสุขภาพที่ ๗	<p>มหาสารคาม : การดูแลผู้ป่วยในรูปแบบหมู่บ้านเดียวกันดูแลกัน และคนละหมู่บ้านดูแลกันของทีม care giver อสม. และหมอประจำบ้าน</p> <p>ร้อยเอ็ด: NEMO care Roi-et เพื่อส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทั้งระบบ</p>
เขตสุขภาพที่ ๘	<p>หนองคาย : มีระบบบริการผู้ป่วยจาก รพ. ถึง รพ.สต. และมีแผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่ รพ.สต. เดือนละ ๑-๒ ครั้ง และใช้ telemedicine ติดตามทุกเดือน และมีการบูรณาการการติดตามผู้ป่วยโดยนักกายภาพบำบัดร่วมกับ ๓ หมอ</p>

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<p>เลย : ทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พัฒนาระบบร่วมกับเครือข่ายกายภาพบำบัด ทีมพยาบาล และทีมนำคลินิก</p> <p>บึงกาฬ : ระบบบริการผู้ป่วยจาก อปท. มา รพ.</p>
เขตสุขภาพที่ ๙	<p>ชัยภูมิ: การดูแลผู้ป่วย IMC แบบมีส่วนร่วมของแพทย์ โดยใช้ line official นครราชสีมา :</p> <p>๑. สร้าง partner โดยจัดสถานบริการกายภาพบำบัดในเขตเมืองร่วมกับเทศบาล</p> <p>๒. ทำ MOU คลินิกกายภาพเอกชนร่วมกับ สปสช.</p> <p>๓. จัดระบบ home ward โดยใช้ care map ของสหวิชาชีพใน CUP นั้นๆ ในการบริการดูแลผู้ป่วย IMC ที่บ้าน</p>
เขตสุขภาพที่ ๑๐	<p>๑. มี IMC bed/ward ครอบคลุมทุกจังหวัด</p> <p>๒. มีการส่งผ่านโปรแกรม Thai COC ทุกจังหวัด</p> <p>๓. อุบลราชธานีมีเครือข่าย ๔ โชน</p>
เขตสุขภาพที่ ๑๒	<p>สงขลา : มีการส่งต่อข้อมูล ๒ ทาง โดยใช้ PRM referral system</p> <p>ยะลา : รพ.รามัน เป็นต้นแบบในการวางระบบติดตามผู้ป่วย Stroke, TBI, และ SCI ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ</p> <p>ตรัง : มีการลงนิเทศติดตามเสริมพลัง IMC ทุกโรงพยาบาล</p> <p>สตูล : บูรณาการทีม ๓ หมอ และ Home health care ดูแลผู้ป่วย IMC</p> <p>ปัตตานี : มีการ Refer back ผ่านระบบ Video conference อย่างต่อเนื่อง</p> <p>นราธิวาส : มีการลงติดตามผู้ป่วยแบบบูรณาการจากสหวิชาชีพ</p>

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
เขตสุขภาพที่ ๑	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <p>๑. พัฒนา protocol ที่เหมาะสมต่อพื้นที่ และสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค</p> <p>๒. การนำข้อมูลเข้าระบบ Thai COC ให้เป็นปัจจุบัน</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพของ รพช. ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพและการทำงานร่วมกันระหว่างสาขาแบบครบวงจร</p> <p>๕. พัฒนาระบบ refer back อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถ admit ได้ตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>สำหรับส่วนกลาง :</p> <p>๑. เพิ่มกรอบบุคลากรที่จำเป็นสำหรับงาน IMC</p> <p>๒. สื่อสารและผลักดันระบบการเบิกจ่าย IP on top</p> <p>๓. พัฒนาโปรแกรม Thai refer/Thai COC ให้มีความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติงาน</p>
เขตสุขภาพที่ ๒	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <p>๑. จัดประชุม Video Conference case ทุกเดือน</p>

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
	<p>๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ที่มีให้สามารถให้การดูแลระยะกลางตามบริบทจังหวัดได้และต้องมีการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและปลายทางให้ชัดเจน</p> <p>ทบทวนผลการดำเนินงานภายในจังหวัด</p> <p>สำหรับส่วนกลาง : สนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องแบบบูรณาการ IMC LTC & Palliative care</p>
เขตสุขภาพที่ ๓	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <p>๑. สร้างความช่วยเหลือใน รพ.แม่ข่ายและ รพช.ในเรื่องความรู้เรื่องยา ความรู้และอุปกรณ์</p> <p>๒. สร้างความเข้าใจในการดูแลระยะกลางจนครบระยะให้กับผู้ป่วยและญาติ</p>
เขตสุขภาพที่ ๕	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <p>๑. สามารถเชื่อมโยงข้อมูลส่งต่อระหว่าง รพ. โดย telemedicine</p> <p>๒. การพัฒนาการให้บริการ IMC ให้ได้คุณภาพ ทั้งด้านโครงสร้าง ระบบบริการ และบุคลากร พร้อมทั้งมีการเปิด IMC bad/ ward เพิ่มเติม และพัฒนาการให้ระบบ telemedicine</p> <p>๓. พยาบาลได้รับการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูเพิ่มมากขึ้น</p>
เขตสุขภาพที่ ๖	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <p>๑. การผลักดันให้เกิด IMC ward ให้ได้คุณภาพ ทั้งด้านโครงสร้าง ระบบบริการ และบุคลากร</p> <p>๒. พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยผ่านช่องทางต่างๆ</p> <p>๓. การกำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-๑๙</p> <p>๔. การสร้างความร่วมมือร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อติดตามผู้ป่วย IMC</p>
เขตสุขภาพที่ ๗	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <p>๑. สร้างความเข้มแข็งให้กับ Node ในการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่านการนิเทศงาน การฝึกอบรมบุคลากร</p> <p>๒. สนับสนุนการจัดตั้ง IMC ward ทุกจังหวัด พร้อมทั้งเชื่อมโยงการบริการกับระบบ ๓ หมอ</p> <p>สำหรับส่วนกลาง : สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและส่งเสริมด้านวิชาการการอบรมเกี่ยวกับ IMC</p>
เขตสุขภาพที่ ๙	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <p>๑. การสนับสนุนองค์ความรู้และช่องทางในการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน</p> <p>๒. พัฒนาให้มีระบบจัดสรรอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้เพียงพอ</p> <p>๓. พัฒนาการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยผ่านระบบ R๙ gateway ทั้งไปและกลับ</p> <p>สำหรับส่วนกลาง :</p> <p>๑. พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย Caregiver และ อสม. อบรม IMC Nurse ให้ครบทุกโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>๒. ออกแบบการเก็บข้อมูลระบบ Thai COC และ E-Claim เรียกเก็บเงินสนับสนุนให้อยู่ในระบบเดียวกัน</p> <p>๓. ปรับปรุงเชื่อมโยงข้อมูลการลงทะเบียน เพื่อให้เป็นชุดเดียวกัน และทันสมัย</p>

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
เขตสุขภาพที่ ๑๐	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การผลักดันให้เกิด IMC ward ๒. การสร้าง IMC protocol สำหรับดูแลผู้ป่วย stroke ๓. จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้ครบทุกโซน
เขตสุขภาพที่ ๑๑	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดอบรมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลฟื้นฟูให้ได้ตามหลักสูตรที่กำหนด ๒. จัดทำระบบยืม-คืน เครื่องช่วยความพิการจาก รพ. แม่ข่าย ๓. ปรับปรุงโครงสร้างห้องคนพิการและจัดทำแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด <p>สำหรับส่วนกลาง : พิจารณาเพิ่มอัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพให้ครบตามกรอบที่กำหนด</p>
เขตสุขภาพที่ ๑๒	<p>สำหรับพื้นที่ : พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลรูปแบบเดียวกันทั้งเขต</p> <p>สำหรับส่วนกลาง : พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและวิธีใหม่</p>

ประเด็นที่ ๖

ระบบธรรมาภิบาล

- ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)
- การเงินการคลังสุขภาพ (ระบบจัดเก็บรายได้)

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๖ : Good Governance

๑. ประเด็นตรวจราชการ : Good Governance

๒. หัวข้อ ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุง)

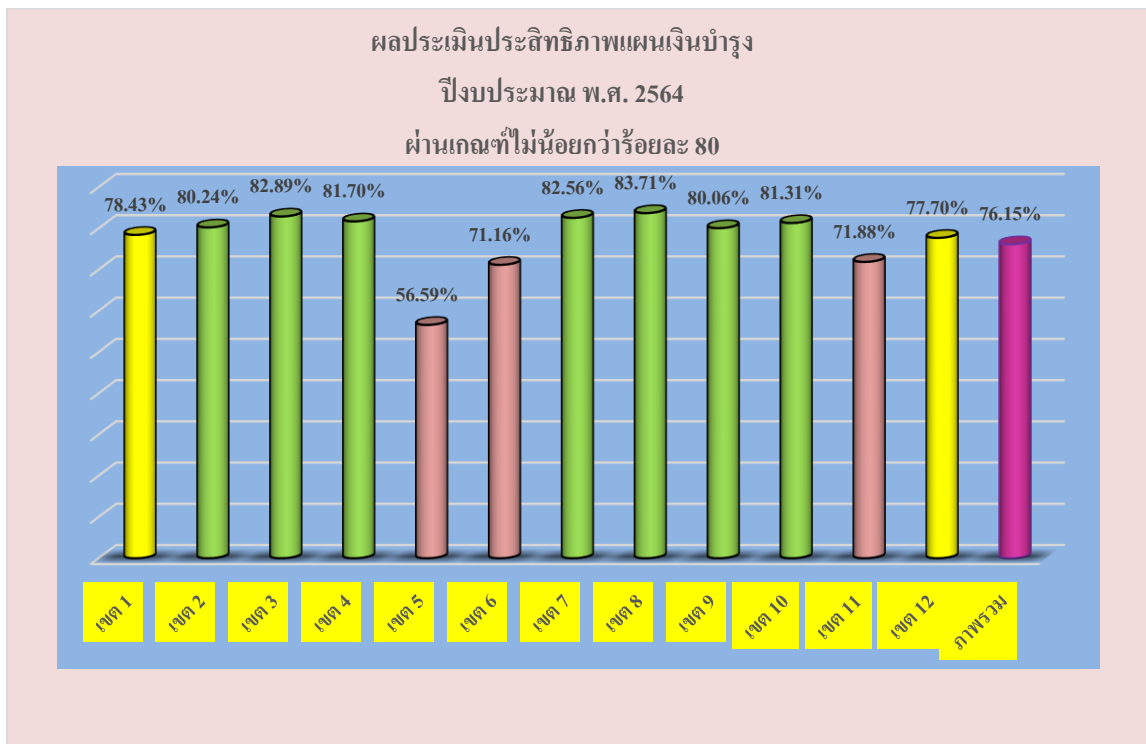
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๔. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่งมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการจัดทำแผนเงินบำรุง แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการประจำปี และแผน Planfin ทำให้การจัดทำแผนขาดความสอดคล้องเชื่อมโยง และไม่มีการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ ไปสู่แผนปฏิบัติการประจำปีและแผนเงินบำรุง รวมถึงขาดการถ่ายทอดแผนไปยังบุคลากรของหน่วยงาน หน่วยบริการส่วนใหญ่ไม่มอบหมายฝ่ายพัฒนายุทธศาสตร์/ผู้รับผิดชอบงานแผน ให้มีบทบาทในการกำกับ ติดตาม การดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนที่หน่วยงานกำหนด

ซึ่งผลการประเมินประสิทธิภาพแผนเงินบำรุงตามกลุ่มเป้าหมาย สรุปผลดังนี้



สรุปผลการประเมินภาพรวม

ผลการประเมินแผนเงินบำรุงภาพรวมประเทศผลคะแนนอยู่ที่ร้อยละ ๗๖.๑๕ ตามรายละเอียดดังนี้ เขตที่มีผลการประเมินประสิทธิภาพแผนเงินบำรุงมากกว่าร้อยละ ๘๐ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจำนวน ๗ เขต เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ เขตสุภาพที่ ๘ ร้อยละ ๘๓.๗๑ เขตสุภาพที่ ๓ ร้อยละ ๘๒.๘๙ เขตสุภาพที่ ๗ ร้อยละ ๘๒.๕๖ เขตสุภาพที่ ๔ ร้อยละ ๘๑.๗๐ เขตสุภาพที่ ๑๐ ร้อยละ ๘๑.๓๑ เขตสุภาพที่ ๒ ร้อยละ ๘๐.๒๔ และเขตสุภาพที่ ๙ ร้อยละ ๘๐.๐๖ ส่วนเขตที่มีผลการประเมินประสิทธิภาพแผนเงินบำรุงน้อยกว่าร้อยละ ๘๐ นวน ๕ เขต เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ เขตสุภาพที่ ๑ ร้อยละ ๗๘.๔๓ เขตสุภาพที่ ๑๒ ร้อยละ ๗๗.๗๐ เขตสุภาพที่ ๑๑ ร้อยละ ๗๑.๘๘ เขตสุภาพที่ ๖ ร้อยละ ๗๑.๑๖ และเขตสุภาพที่ ๕ ร้อยละ ๕๖.๕๙

หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่งมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการจัดทำแผนเงินบำรุง แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการประจำปี และแผน Planfin ทำให้การจัดทำแผนขาดความสอดคล้องเชื่อมโยง และไม่มีการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ ไปสู่แผนปฏิบัติการประจำปีและแผนเงินบำรุง รวมถึงขาดการถ่ายทอดแผนไปยังบุคลากรของหน่วยงาน หน่วยบริการส่วนใหญ่ไม่มอบหมายฝ่ายพัฒนายุทธศาสตร์/ผู้รับผิดชอบงานแผน ให้มีบทบาทในการกำกับ ติดตาม การดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนที่หน่วยงานกำหนด สรุปความเสี่ยงในการจัดทำและบริหารแผนเงินบำรุง ดังนี้

๑. ในกระบวนการแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการ ดำเนินการขับเคลื่อนแผนเงินบำรุงยังไม่เป็นรูปธรรม เช่น ไม่ได้กำหนดผู้รับผิดชอบหรือคณะทำงานการจัดทำแผน แผนเงินบำรุงไม่สอดคล้องเชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการประจำปี แผนยุทธศาสตร์ และแผนจัดซื้อจัดจ้าง เนื่องจากมีความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในแต่ละแผนที่สัมพันธ์กัน ข้อมูลนำเข้าประกอบการจัดทำแผนเงินบำรุง เป็นข้อมูลจากงานบัญชีฝ่ายเดียว ขาดการนำข้อมูลจากงานอื่นที่เกี่ยวข้องมาประกอบพิจารณาจัดทำแผนร่วมกัน เป็นต้น

๒. กระบวนการบริหารจัดการลูกหนี้ ซึ่งเป็นข้อมูลที่จะต้องนำเข้าประกอบการจัดทำแผนเงินบำรุง ยังมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ใช่ข้อมูลลูกหนี้ที่สมบูรณ์ เช่น ลูกหนี้คงเหลือไม่ทราบแหล่งที่มาที่ชัดเจน การบันทึกบัญชีลูกหนี้ไม่เป็นไปตามนโยบายบัญชี การตัดลูกหนี้รายตัวไม่ถูกต้อง การเร่งรัดติดตามลูกหนี้ค้างชำระไม่ครบถ้วน ขาดการสอบทานยืนยันยอดลูกหนี้ที่ถูกต้องระหว่างงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

๓. กระบวนการบริหารจัดการเจ้าหนี้ ยังดำเนินการไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ข้อมูลเจ้าหนี้ของหน่วยบริการยังมีความคลาดเคลื่อนไม่ถูกต้อง เช่น การรับรู้เจ้าหนี้ไม่ครบถ้วน การบันทึกบัญชีคลาดเคลื่อน การชำระหนี้ไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด ขาดการส่งต่อข้อมูลเจ้าหนี้ระหว่างงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

๔. การกำกับ ติดตามแผนผลเงินบำรุง ยังไม่ชัดเจนและถูกต้อง เช่น ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการกำกับติดตามแผนผลในภาพรวม ไม่ได้วิเคราะห์เปรียบเทียบแผนผลที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันในแต่ละแผนและไม่ได้วิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด อาจทำให้มีการก่อหนี้นอกแผนสถานะทางการเงินหน่วยงานขาดสภาพคล่อง ถ้าขาดการกำกับติดตามแผนที่ดี

๕. การปรับปรุงแผนเงินบำรุงในรอบ ๖ เดือน ยังไม่ได้ดำเนินการให้เกิดความชัดเจน เช่น ไม่ได้ปรับแผนหรือปรับเฉพาะบางรายการในแผนเงินบำรุง ซึ่งรายการข้อมูลในแผนเงินบำรุงมีความเชื่อมโยงกับแผนอื่น

ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ข้อมูลในแผนไม่ถูกต้อง ตรงกันกับแผนอื่น ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่งผลต่อผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด และทำให้แผนไม่มีประสิทธิภาพ

๖. บุคลากรเข้าใจคลาดเคลื่อนในการจัดทำแผนเงินบำรุง เช่น เข้าใจว่าแผนเงินบำรุงกับแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย (Planfin) เป็นแผนเดียวกัน ทำให้นำข้อมูลซึ่งเป็นข้อมูลเดียวกันมาประกอบการจัดทำแผน ขาดความเข้าใจในเรื่องความเชื่อมโยงสอดคล้องระหว่างแผนที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการประจำปี และแผนจัดซื้อจัดจ้าง เป็นต้น

- ปัญหา/สาเหตุ

Structure

๑. หน่วยงานส่วนกลางมีนโยบาย/แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจนในการจัดทำแผนเงินบำรุง
๒. ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติ ยังไม่ให้ความสำคัญและขับเคลื่อนการนำแผนเงินบำรุงมาบริหารจัดการดำเนินงานของหน่วยงานอย่างเป็นรูปธรรม ไม่กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำแผนเงินบำรุงให้เกิดความชัดเจน เพื่อควบคุมกำกับ ติดตามรายรับ -จ่ายแผนเงินบำรุงให้เป็นไปตามที่กำหนด

System

๓. ข้อมูลประกอบการนำเข้าแผนเงินบำรุงยังไม่ถูกต้อง ขาดการวิเคราะห์ สอบทานความถูกต้อง และรวบรวมข้อมูลในการจัดทำแผนเงินบำรุงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากนำข้อมูลจากงานบัญชีฝ่ายเดียว ซึ่งเป็นข้อมูลทางบัญชีด้านรับ - จ่ายจริงช่วงระยะเวลา ๓ - ๕ ปี ย้อนหลัง แผนเงินบำรุงไม่สอดคล้อง/เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการประจำปี และแผนจัดซื้อจัดจ้าง

๔. ขาดกระบวนการกำกับติดตามวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุง และไม่ได้นำเครื่องมือเทคโนโลยีทางด้านโปรแกรมมาช่วยประมวลผลข้อมูลในการกำกับติดตาม เปรียบเทียบแผนผลเงินบำรุงที่แม่นยำ ถูกต้องรวดเร็ว ลดขั้นตอนการทำงาน และลดข้อผิดพลาด ช่วยลดภาระงานที่เพิ่มขึ้น

๕. กระบวนการกำกับติดตามลูกหนี้ยังไม่ถูกต้อง เช่น การจัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้รายตัวไม่ครบถ้วน ทุกสิทธิ ทำให้ไม่สามารถเร่งรัดติดตามลูกหนี้ค้างชำระได้ กระบวนการบริหารจัดการเจ้าหนี้ค้างจ่ายผู้บริหาร หรือคณะกรรมการ ไม่ได้ผ่านการพิจารณาและกำกับ ติดตาม

Staff

๖. บุคลากรเข้าใจคลาดเคลื่อนระหว่างการจัดทำแผนเงินบำรุง กับแผนประมาณการรายได้ ควบคุมค่าใช้จ่าย (Planfin) ว่าเป็นข้อมูลเดียวกัน ทำให้กระบวนการนำเข้าข้อมูล การวิเคราะห์เปรียบเทียบแผนผลไม่สอดคล้องกันและข้อมูลนำเข้าแผนเงินบำรุงยังไม่ครอบคลุมทุกงานที่เกี่ยวข้อง ยังเป็นข้อมูลทางบัญชีเพียงด้านเดียว และขาดทีมที่ปรึกษาให้คำแนะนำ (Coaching) เกี่ยวกับการจัดทำแผนเงินบำรุง จึงไม่เข้าใจถึงเหตุผลความจำเป็นในการจัดทำแผนประสิทธิภาพต่าง ๆ ที่หน่วยบริการต้องจัดทำ

๗. โครงสร้างหน่วยงานกรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาลชุมชนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการเงิน บัญชี และพัสดุ บ่อยครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพนักงานราชการและลูกจ้าง ไม่มีตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผนเพื่อกำกับติดตาม และวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานตามแผน ทำให้การ

ปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ขาดทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และหน่วยบริการส่วนใหญ่ไม่มีแผนสืบทอดการทำงานของบุคลากรกรณีมีการขอย้าย โอน ลาออก และเกษียณอายุ

- แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

- ระดับพื้นที่

๑. ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นทีมงานขับเคลื่อน และกำกับติดตามให้หน่วยบริการในสังกัดทุกแห่ง มีการจัดทำแผนเงินบำรุงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อให้การใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณของหน่วยบริการเป็นไปตาม พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ และพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้การบริหารจัดการแผนเงินบำรุงมีประสิทธิภาพ รวมถึงตรวจสอบความสอดคล้องเชื่อมโยงของแผนเงินบำรุงและแผนจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน เพื่อให้การจัดเก็บรายได้ การใช้จ่ายเงิน และการก่อหนี้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใสและตรวจสอบได้ ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะวิกฤตทางการเงิน มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและรายงานผลการดำเนินงานตามแผนรายรับรายจ่ายเงินบำรุง แผนการจัดซื้อจัดจ้าง และรายงานผู้บริหารทราบ เพื่อให้ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาตัดสินใจ ควรมีการทบทวนกระบวนการจัดเก็บรายได้ ค่ารักษาพยาบาลและการเร่งรัดติดตามลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลที่ค้างชำระ และกระบวนการบริหารจัดการเจ้าหนี้ค้างชำระอย่างเป็นระบบ รวมถึงทบทวนการปรับแผนเงินบำรุงอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อให้การรับ-จ่ายเงินบำรุง สอดคล้องกับสถานะทางการเงินของหน่วยงาน

๒. ผู้บริหารให้ความสำคัญในการกำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุงอย่างต่อเนื่อง

๓. บุคลากรในหน่วยงานให้ความร่วมมือในการจัดทำแผนเงินบำรุง รวมถึงควบคุม กำกับ การดำเนินการตามแผนที่กำหนด

๔. ผู้ตรวจสอบภายในระดับจังหวัด และคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ที่ได้รับการแต่งตั้ง พัฒนาความรู้ ความเข้าใจการจัดทำแผนเงินบำรุง เพื่อช่วยขับเคลื่อนงานให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ กำหนด

- ส่วนกลาง

๕. ปรับปรุงแก้ไขระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุง พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้สามารถถือปฏิบัติ สอดคล้องตามแนวทางกฎหมายเกี่ยวข้องกำหนด

๖. กำหนดนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติในการจัดทำแผนเงินบำรุงในหน่วยบริการอย่างชัดเจน และจัดประชุมอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผนเงินบำรุง เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณตามกฎหมาย

๗. พัฒนาโปรแกรมระบบงานมาช่วยในการปฏิบัติงานโดยสามารถเชื่อมโยงแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับเงินบำรุง รวมถึงแผนการจัดหารายได้ แผนการจัดซื้อจัดจ้าง แผนด้านบุคลากร ให้สอดคล้องกับแผนรายรับ – จ่ายเงินบำรุง ใช้ระบบช่วยกำกับติดตามการรับและจ่ายแผนเงินบำรุง การวิเคราะห์เปรียบเทียบแผน – ผล รายรับ – จ่ายเงินบำรุง และการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในเกี่ยวกับการรับ – จ่ายเงินบำรุง

๘. กำหนดผู้รับผิดชอบและกำกับติดตามแผนเงินบำรุงในแต่ละระดับให้ชัดเจน เพื่อให้การบริหารแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพ สามารถจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลครบถ้วน ควบคุมกำกับติดตามประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงิน และการก่องหนผู้กักตุน ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการลดความเสี่ยงจากภาวะวิกฤตทางการเงินได้อย่างเหมาะสม

๙. กำหนดนโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอและเหมาะสมกับภาระงานและบริบทขององค์กร

- ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน

จากการติดตามหน่วยบริการที่ได้รับการตรวจแนะนำในรอบที่ ๑ ประกอบด้วย รพศ./รพท. และ รพช. รวม ๑๕๒ แห่ง พบว่า หน่วยบริการมีแผนเงินบำรุงที่มีประสิทธิภาพผ่านเกณฑ์การประเมินรวม ๙๐ แห่ง ต่ำกว่าเกณฑ์การประเมิน ๖๒ แห่ง เกิดกระบวนการสร้างความเข้าใจถึงเหตุผลความจำเป็นในการจัดให้มีแผนเงินบำรุง ทั้งนี้ การประเมินในรอบหลังได้สะท้อนความเสี่ยงของการจัดทำแผนเงินบำรุงที่ไม่สอดคล้องกับแผนต่างๆ ของหน่วยบริการ เช่น แผนยุทธศาสตร์ แผนจัดซื้อจัดจ้าง แผนปฏิบัติงาน แผนพัฒนาบุคลากร เป็นต้น การบริหารสภาพคล่องทางการเงินจากกำกับติดตามแผนเงินบำรุง การติดตามลูกหนี้ค้างชำระ การบริหารเงินชำระเจ้าหนี้ รวมถึง การรับทราบปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงานจัดทำแผนเงินบำรุง ในการนี้ พบว่า นโยบายจากผู้บริหารสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน ขาดการกำกับติดตามแผน และการประเมินผล โครงสร้างองค์กร และสายการบังคับบัญชาไม่ชัดเจน และขาดการบูรณาการทำงานร่วมกัน ขาดการสื่อสารและการมีส่วนร่วม ภายในองค์กร ระบบข้อมูลพัสดุ การเงิน บัญชี จัดเก็บรายได้ เทคโนโลยีสารสนเทศไม่เชื่อมโยงกัน ส่งผลต่อข้อมูลนำมาวิเคราะห์การทำแผนเงินบำรุงไม่ถูกต้อง ไม่บูรณาการจัดทำแผนร่วมกันเพื่อลดขั้นตอนการทำงาน และมีบุคลากรสับเปลี่ยนบ่อย ขาดความรู้และทักษะ ขาดทีมที่ปรึกษาที่มีประสบการณ์ กรอบโครงสร้าง อัตราค่าจ้าง (รพช.) ไม่สอดคล้องกับภาระงาน

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- การจัดโครงสร้างงานเป็นตัวกลางขับเคลื่อนการบริหารงานตามแผนให้เกิดประสิทธิภาพดูแลฐานข้อมูลนำเข้า เพื่อใช้กำกับติดตามการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล โดยผู้บริหารระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับหน่วยบริการให้ความสำคัญในการจัดทำแผนเงินบำรุง ของหน่วยบริการ และทีมบริหารด้านการเงินการคลัง (CFO) มีความเข้มแข็งในการเป็นพี่เลี้ยง ในการขับเคลื่อนให้หน่วยบริการทุกแห่งมีการจัดทำแผนเงินบำรุงที่มีประสิทธิภาพ รวมถึง มีการกำกับติดตามการรับ - จ่ายแผนเงินบำรุงควบคู่กับแผน Planfin และแผนจัดซื้อจัดจ้างอย่างเข้มแข็งต่อเนื่อง โดยติดตามในที่ ประชุมผู้บริหารโรงพยาบาล ประจำเดือน ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาวิกฤตทางการเงินได้ เช่น จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลสุโขทัย เป็นต้น

- การนำระบบโปรแกรมช่วยในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลขอนแก่นใช้โปรแกรมจัดทำแผนเงินบำรุง โรงพยาบาลร้อยเอ็ดใช้โปรแกรมในกระบวนการจัดเก็บรายได้และบริหารลูกหนี้ของ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๒ ได้ใช้โปรแกรมช่วยในการปฏิบัติงาน เช่น HosXP, AAA, RCM, VN เป็นต้น โรงพยาบาลศูนย์มีการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูล เช่น ระบบ E- Stock เชื่อมโยง E- Plan ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ และระบบ HosXp 4.0 เชื่อมโยงทุกระบบงานของโรงพยาบาลสุรินทร์

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับระดับพื้นที่

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นทีมงานขับเคลื่อน และกำกับติดตามให้หน่วยบริการในสังกัดทุกแห่ง มีการจัดทำแผนเงินบำรุงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อให้การใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณของหน่วยบริการเป็นไปตาม พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ และพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้การบริหารจัดการแผนเงินบำรุงมีประสิทธิภาพ รวมถึงตรวจสอบความสอดคล้องเชื่อมโยงของแผนเงินบำรุง และแผนจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน กำกับติดตามแผน เพื่อให้การจัดเก็บรายได้ การใช้จ่ายเงิน และการก่องหนเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใสและตรวจสอบได้ ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะวิกฤตทางการเงิน มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและรายงานผลการดำเนินงานตามแผนรายรับรายจ่ายเงินบำรุง แผนการจัดซื้อจัดจ้าง และรายงานผู้บริหารทราบ เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาตัดสินใจ ควรมีการทบทวนกระบวนการจัดเก็บรายได้และการเร่งรัดติดตามลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลค้างชำระมีกระบวนการบริหารจัดการเจ้าหนี้ค้างชำระอย่างเป็นระบบ รวมถึงควรมีการทบทวนการปรับแผนเงินบำรุงอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อให้การรับ-จ่ายเงินบำรุง สอดคล้องกับสถานะทางการเงินของหน่วยงาน

๒. ผู้บริหารให้ความสำคัญในการกำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุงอย่างต่อเนื่อง

๓. บุคลากรในหน่วยงานให้ความร่วมมือในการจัดทำแผนเงินบำรุง รวมถึงควบคุม กำกับการดำเนินการตามแผนที่กำหนด

๔. ผู้ตรวจสอบภายในของหน่วยงาน ผู้ตรวจสอบภายในระดับจังหวัด และคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดที่ได้รับการแต่งตั้ง ร่วมพัฒนาความรู้ ความเข้าใจการจัดทำแผนเงินบำรุง เพื่อช่วยขับเคลื่อนงานด้านการตรวจสอบภายในให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑) ให้ทุกหน่วยบริการขับเคลื่อนจัดทำแผนเงินบำรุง เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานสำหรับผู้บริหารในกำกับติดตาม และประเมินผลและเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจในการบริหารการเงินการคลัง รวมทั้งเพื่อลดทักท้วงจากหน่วยตรวจสอบภายนอก

๒) มอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับ ติดตาม ประเมินผล แผนเงินบำรุงของหน่วยบริการ เพื่อให้การใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ

๓) ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้บริหารหน่วยงานควรกำหนดนโยบายให้มีการวางแผนกลยุทธ์ทางการเงินรองรับในอนาคต เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์กรณีฉุกเฉิน และครอบคลุมค่าใช้จ่ายในระยะเวลา ๓ ถึง ๕ ปี อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น

ผู้รายงาน นายชาญยุทธ แสนเลิศ/นางสาวชนม์สุภาวค์ หอเจริญ/นางสาววิพารัตน์ ศรีสวัสดิ์

ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ/นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ/

นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ๑ กันยายน ๒๕๖๔

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ระบบธรรมาภิบาล

๒. หัวข้อ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ ๑ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๔ และระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๖

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ ๒ : ร้อยละของหน่วยบริการมีระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>สถานการณ์แนวโน้มร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ และ ๗ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๐ แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงมีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตการเงิน ซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าใน พ.ศ. ๒๕๖๓ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ และ ๗ ร้อยละ ๔.๔ และ ๑.๗ (ไตรมาสที่ ๔) ตามลำดับ โดยมีสาเหตุที่สำคัญดังนี้</p> <p>๑. ขาดเงินสด</p> <ul style="list-style-type: none"> - เรียกเก็บลูกหนี้ช้า - ไม่ทำทะเบียนลูกหนี้รายตัว - ไม่ตรวจสอบสิทธิ - ไม่ตั้งศูนย์เรียกเก็บ <p>๒. ขาดทุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายได้ไม่เพิ่ม - ค่าใช้จ่ายเพิ่ม - ไม่มี หรือไม่ทำแผนธุรกิจ - ต้นทุนผู้ป่วยนอกสูง - ต้นทุนผู้ป่วยในสูง - ค่าแรงสูง FTE เกิน - อัตราการใช้ทรัพยากรต่ำ - การจัดซื้อนอกแผน <p>๓. หนี้มาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ชำระหนี้ - ล่าช้าบริหารคลังพัสดุ 	<p>๑.มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง (๕ มาตรการ)</p> <p>๑.๑ การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีข้อมูลรายได้ ต้นทุนและผลการดำเนินงานของทุกกองทุน - มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์ - เมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงของแผนทางการเงิน (Planfin Analysis) ไม่เป็นแผนแบบที่มีความเสี่ยง (แผนแบบที่ ๔, ๖, ๗) <p>๑.๒ พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting Management)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการบันทึกข้อมูลบัญชีลูกหนี้ และบัญชีรายได้ ถูกต้อง ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ <p>๑.๓ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ และด้านหลักประกันสุขภาพ (Network & Capacity Building)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - ผู้บริหารการเงินการคลังระดับเขต จังหวัด หน่วยบริการ - หัวหน้างานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการเงินการคลัง เศรษฐกิจสุขภาพ และระบบหลักประกันสุขภาพ 	<p>๑. ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน*</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับ ๗ : จำนวน ๕ แห่ง ร้อยละ ๐.๕ (ค่าเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๔) - ระดับ ๖ : จำนวน ๑๒ แห่ง ร้อยละ ๑.๓ (ค่าเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๖) <p>* ไตรมาส ๓/๒๕๖๔</p> <p>๒. หน่วยบริการมีระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐ (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๑๐๐)</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>- การจัดซื้อเกินราคากลาง</p>	<p>- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลใหม่</p> <p>๑.๔ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงิน การคลัง (Efficient Management)</p> <p>- กระจายอำนาจให้เขตบริหารจัดการและปรับเกลี่ย</p> <p>- เขตมีนวัตกรรมการเงินการคลัง</p> <p>๑.๕ ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมิน ประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง (Monitoring Management)</p> <p>- มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ ๕</p> <p>- หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ 5 ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ ประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus Efficiency)</p> <p>- มีต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่ม ระดับเดียวกัน</p> <p>- มีระบบระบบคลังข้อมูล (Data Warehouse Software) และจัดการ ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ด้าน การเงินการคลัง</p> <p>๒. ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C)</p> <p>๒.๑ มีโครงสร้างระบบจัดเก็บรายได้ (Structure)</p> <p>๒.๒ มีระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุก กองทุน (System)</p> <p>๒.๓ มีจำนวนและทักษะความสามารถของ บุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ. (Staff & Skill)</p> <p>๒.๔ มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)</p> <p>๒.๕ มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)</p> <p>๒.๖ ระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน (Claim & Account)</p>	

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

- เขต ๑ นวัตกรรมโปรแกรมบริหารเตียง โปรแกรมการติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- เขต ๗ มีนวัตกรรมโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคม และ Zero Stock
- เขต ๑๐ มีทีม FRRT ระดับเขต เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน เป็นการกระตุ้น ระบบการกำกับติดตาม ด้านการเงินการคลัง และมีทีม FRRT ระดับจังหวัด ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ จัดตั้งทีม FRRT โดยมีการแบ่งกลุ่มตามสี สีแดง ชมพู เหลือง และเขียว ลงพื้นที่เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
- โปรแกรมติดตามลูกหนี้ หรือโปรแกรมสำหรับการเรียกเก็บ RCM, HosXp, Excle, E-Claim, BI Tool, ๓C, E-hos Accounting, BMS, HOME C, Oppp๒๐๑๐, Sip๐๙, SBHClaim, SSOP, CSOP, HD, CIPN, DataAudit, DSS, KTN, medical ๒๐๒๐, manual, Edc- hosxp, Chart PSWH, IPD ๒๐๑๙, K@mecc, Hsoft, AAA, SRC, KKK, CCMS, Quick view, HI, mBase, Him PRO, SO CLAIM, MUK CLAIM

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๖.๑.๑ การเงินการคลัง

- จัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) ร่วมกับแผนเงินบำรุง และแผนธุรกิจ โดยมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรรมการบริหารโรงพยาบาล และกลุ่มงานต่างๆ ควรดำเนินการด้วยความซื่อสัตย์ และมีความควบคุมกำกับแผนการเงินอย่างต่อเนื่อง
- จัดทำแผนธุรกิจ (Business Plan) รายสิทธิ รายกองทุน เพื่อเชื่อมโยงกับ แผนเงินบำรุง แผนจัดซื้อจัดจ้าง และแผนทางการเงิน (Planfin) เป็นต้น
- จัดหารายได้เพิ่ม เช่น เพิ่มจำนวนห้องพิเศษให้เพียงพอให้ประชาชนเข้าถึงได้ โดยเฉพาะในกลุ่มลูกค้าที่มีกำลังจ่าย
- บริหารเงินกองทุนประกันสังคมจากโรงพยาบาลคู่สัญญา เพื่อให้เกิดการกระจายงบประมาณไปสู่โรงพยาบาลชุมชนเร็วขึ้น
- การบริหารกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ(Stateless) ควรจะมีการนำมาช่วยแก้วิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลในจังหวัดได้ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการจัดบริการได้ตามหลักเกณฑ์ตามระเบียบหมวดเงินอุดหนุน โดยต้องใช้ให้หมดภายใน ๒ ปี กรณีเงินเหลือต้องส่งคืนคลัง

๖.๑.๒ ระบบจัดเก็บรายได้

- ควรมีนโยบายจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ และควรเร่งทำให้เกิดขึ้นจริงนโยบายการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการบริหารจัดการลูกหนี้
- วางแผนการบริหารจัดการด้านการเงิน โรงพยาบาลที่มีความเสี่ยง ทั้งการบริการและการบริหาร (Administrative , Supply and support merging) หรือ แผนธุรกิจการบริการ (Business plan)
- วิเคราะห์ผลกระทบความเสี่ยงทางการเงินและจัดทำแผนฟื้นฟูรายได้เพื่อรองรับระบบ New normal หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล
- เพิ่มประสิทธิภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ ด้วยการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างงานศูนย์จัดเก็บรายได้ และงานบัญชี เพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อมูลเรียกเก็บรายได้คาร์กยาพยาบาลของโรงพยาบาล
- พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ในทุกหน่วยบริการ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ

- ประชุมกองทุนย่อยเป็นประจำ เพื่อติดตามและให้คำแนะนำ ในการลงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน
- พัฒนาคุณภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ พัฒนาระบบการเงินการคลังในปฐมภูมิให้เข้มแข็ง พัฒนา ระบบ Software ช่วยในการจัดเก็บรายได้
- ระบบเบิกจ่ายมีหลายสิทธิ และหลายกองทุน ทำให้การเรียกเก็บมีหลายโปรแกรม เป็นอุปสรรค ต่อการส่งข้อมูล ควรมีระบบ/ใช้โปรแกรมเดียวกัน/ลดโปรแกรมลง เพื่อให้สะดวกต่อการเรียกเก็บ
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการปฏิบัติงานในแต่ละส่วนที่เกี่ยวข้องโดยการแลกเปลี่ยน เรียนรู้หรือฝึกอบรม เพื่อเพิ่มทักษะของผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- นำเสนอในที่ประชุมเขตสุขภาพทุกเดือน มีการชื่นชม ให้รางวัลจังหวัดที่มีระยะการเรียกเก็บ เฉลี่ยต่ำที่สุด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มาตรการระยะยาว ให้ทาง สสจ. มีการรายงานระยะการเรียก เก็บผ่านที่ประชุม กรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ทุกเดือน

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๖.๒.๑ การเงินการคลัง

- กำหนดนโยบายและกำกับอย่างจริงจัง เรื่องการจัดทำและบริหารแผนเงินบำรุง ร่วมกับแผน Planfin ในทุกโรงพยาบาล
- กำหนดนโยบาย ให้มีการบริหารวัสดุคงคลัง ลดจำนวนวันลง เพื่อเพิ่มสภาพคล่องทาง การเงินในโรงพยาบาล
- เกณฑ์การตรวจสอบวิเคราะห์งบการเงิน ควรกำหนดรูปแบบการตรวจสอบระบบบัญชี (Accounting Management) ให้ชัดเจน
- การควบคุม กำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus efficiency) ควรให้มีการ ปรับปรุงค่ากลาง (Mean) ให้เป็นปัจจุบัน
- ควรจัดทำแนวทางพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ ให้เชื่อมโยงกับ Planfin และ แผนเงินบำรุง โดย ให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีกลไกสนับสนุน ติดตามกำกับ สร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติ ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ
- ควรมีการทบทวนหลักเกณฑ์การประเมิน ๗ Plus Efficiency เนื่องจากมีหน่วยบริการผ่าน เกณฑ์การประเมินน้อย
- ควรกำหนดแนวทางการปรับแผนทางการเงินให้รองรับกับสถานการณ์ เพื่อให้หน่วยบริการมี การปรับตัวได้ทันเวลาและเหมาะสม
- สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางการบัญชีมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

๖.๒.๒ ระบบจัดเก็บรายได้

- ควรกำหนดนโยบายหรือแนวทางการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ให้เป็นทิศทางเดียวกัน โดยให้มี การกำกับ ติดตามจากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัดเป็นประจำทุกเดือน
- ควรมีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ และมีการกำหนดกรอบโครงสร้างให้ชัดเจน
- แนวทางศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพของหน่วยบริการ ควรมีการประสานข้อมูลกับกลุ่มตรวจสอบ ภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- ควรจัดทำแนวทางพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ คำจำกัดความ ของแต่ละเรื่องให้ผู้เกี่ยวข้องมี ความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และมีกลไกสนับสนุน ติดตามกำกับ

- ควรพัฒนาระบบโปรแกรมให้สามารถประมวลผลในการเช็คสิทธิหลักและสิทธิรอง ป้องกันการปรับปรุงโปรแกรม HMS ให้มีระบบแจ้งเตือนกรณีบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน เพื่อลดปัญหาการติด C/Deny
- ด้าน System ประเด็นการเรียกเก็บหนี้ประกันสังคม บางหน่วยบริการ สามารถเรียกเก็บหนี้ได้เร็ว ซึ่งน้อยกว่า ๖๐ วัน แต่ในกรณีหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงที่อาจทำให้ Main Contractor บริหารจัดการกองทุนขาดทุนได้ เนื่องจากตามระเบียบการรับจ่ายเงินของประกันสังคมกำหนดให้จัดสรรเงินเป็นรายไตรมาส (กองเศรษฐกิจฯ รับไปปรับเกณฑ์ จาก <๙๐ วันเป็น<๑๒๐ วัน)
- กำหนดเกณฑ์การประเมินระบบเบิกจ่าย Claim ติด C หรือ Deny ไม่เกินร้อยละ ๕ -๑๐
- กระทรวงสาธารณสุข ควรมีแนวทางสนับสนุนค่าตอบแทนกำลังคนสาธารณสุข (ฉ.๑๑,ฉ.๑๒) ของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์จัดเก็บรายได้

๖.๒.๓ ระบบจัดเก็บรายได้

- พัฒนารูปแบบประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ โดยพัฒนา จาก ๓SmC เป็น ๗๗C โดยเพิ่มเติมส่วนประกอบ ได้แก่ ๔S (Strategy ,Style ,Skill ,Share Value) และ ๔C (Complete Data COVID ๑๙ claim ,Control account receivable ,Collection Debt)

ผู้รายงาน นายแพทย์สุรวิทย์ ศักดานุภาพ
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
 วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔
 E-mail : dhesob2.moph@gmail.com

กรอบแนวทางการตรวจราชการ แบบบูรณาการร่วมกับสำนัก นายกรัฐมนตรี

- การแก้ไขปัญหาหมอกพิษทางอากาศ

- โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า

ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี (ประเด็นติดตาม)

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประเด็นที่ ๗ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

๑) การแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ : กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการตาม**มาตรการที่ ๑ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเชิงพื้นที่** มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) กรณี หมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก โดยจังหวัดที่เปิด PHEOC ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง น่าน พะเยาแพร่ ลำปาง แม่ฮ่องสอน นครสวรรค์ สุโขทัย ขอนแก่น มุกดาหาร ชัยภูมิ นครราชสีมา การดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข พัฒนาฐานข้อมูล เฝ้าระวังและแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยจัดทำฐานข้อมูลสิ่งแวดล้อม สุขภาพ จำนวนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ผลกระทบจากมลพิษอากาศและฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM_{๒.๕}) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยใช้ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center ; HDC) กระทรวงสาธารณสุข การยกระดับความรู้และตอบโต้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ การเฝ้าระวัง/วิเคราะห์ข่าว จัดทำข้อมูลและตอบโต้ข้อมูลข่าวสารภายใน ๒๔ ชั่วโมง และสื่อสารความเสี่ยงประเด็นฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{๒.๕} กับประชาชน ผ่านสายด่วนกรมควบคุมโรค “๑๔๒๒” การดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยง มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่/ทีม ๓ หมอ ลงพื้นที่ดูแลสุขภาพประชาชน **มาตรการที่ ๒ การป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด)** มาตรการทางกฎหมาย สนับสนุนการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกพระราชบัญญัติควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ **มาตรการที่ ๓ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมลพิษ** มีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ จัดทำคู่มือแนวทางลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM_{๒.๕} สำหรับสถานศึกษา มีการส่งเสริมต้นแบบองค์กรลดมลพิษทางอากาศและพื้นที่สีเขียว มีระบบกลไกเฝ้าระวังและแจ้งเตือนอัตโนมัติ ทั้งนี้ ในเดือนสิงหาคม หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและภูมิภาคได้ร่วมจัดทำสรุปการดำเนินงานและถอดบทเรียนการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาต่อไป

๒) **โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า** : จากสถานการณ์โควิด 2019 (COVID-19) ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก และมีมาตรการเว้นระยะห่าง ส่งผลกระทบต่อการฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ รวมถึงการดำเนินงานเพื่อการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ทำให้คนมีโอกาสติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๙ พบผู้เสียชีวิต ๓ ราย (บุรีรัมย์ ๑ ราย, สุรินทร์ ๒ ราย) จากการไม่ได้รับการฉีดวัคซีนหลังถูกกัด กรมควบคุมโรค ร่วมกับ กรมปศุสัตว์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ร่วมกันสร้างเกณฑ์การประเมินพื้นที่ปลอดโรค ผลักดันให้เกิดการดำเนินงานของอำเภอเสี่ยง มีการดำเนินงานตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน ติดตามผลการรับวัคซีนตามแนวเวชปฏิบัติฯ ของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า มีการดำเนินงานพัฒนาสื่อ E-book อินโฟกราฟิกต่างๆ ที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่ประชาชน โดยเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ กรมควบคุมโรค และ Application Rabies ๑๐๑ เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจตลอดถึงการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน มีการจัดทำสื่อสำหรับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มเยาวชน จัดทำคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าและคำถามที่พบบ่อย (แบบคู่มือและหลักสูตร E-learning) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้

แพทย์ บุคลากรสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ส่งผลให้เกิดการดูแลรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกต้อง และช่วยป้องกันโอกาสเสี่ยงจากการเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าได้

ประเด็นที่ ๗ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

การตรวจราชการแบบบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เน้นการบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็วและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ทั้งนี้ ได้มีการใช้กระบวนการ Government Innovation Lab ในการตรวจราชการเพื่อแก้ไขปัญหาที่สำคัญ/ปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนในพื้นที่ โดยอาศัยความร่วมมือกับทุกภาคส่วน เพื่อร่วมกันคิดค้น และแสวงหาวิธีการในการแก้ปัญหาที่มีอยู่ ซึ่งนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของประชาชนได้อย่างแท้จริง เพื่อสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และนโยบายรัฐบาลที่แถลงต่อรัฐสภา และโครงการกรณีพิเศษ/เร่งด่วนอีก ๑ โครงการ ได้แก่ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

กรอบการตรวจราชการแบบบูรณาการฯ	สธ. เป็นหน่วยงานหลัก	สธ. เป็นหน่วยงานร่วม
๑. การตรวจราชการแบบบูรณาการในภาพรวม ๑.๑ การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของประชาชนหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ในภาพรวม ๑.๒ การจัดการแหล่งน้ำชุมชนภาคการเกษตร ๑.๓ การส่งเสริมและพัฒนาอาชีพของประชาชนในโครงการจัดที่ดินทำกินให้ชุมชนตามนโยบายรัฐบาล (คทช.) ๒. การตรวจราชการแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ (Government Innovation Lab) ๒.๑ การแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ๒.๒ การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน/การพัฒนาเชิงพื้นที่	๑. การแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ๒. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า	๑. การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของประชาชนหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ในภาพรวม ๒. การจัดการแหล่งน้ำชุมชนภาคการเกษตร

๑. การแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กรมอนามัย และ กรมควบคุมโรค

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : สาธารณสุข/ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม/ อุตสาหกรรม/ มหาดไทย/ คมนาคม

มาตรการแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{๒.๕} ในกรุงเทพมหานคร/ปริมณฑล และในพื้นที่จังหวัดต่างๆ ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบแนวทางและมาตรการฯ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ และต่อมาในวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ คณะรัฐมนตรีมีมติให้ “การแก้ไขปัญหาภาวะด้านฝุ่นละออง” เป็นวาระแห่งชาติ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง” และคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติมีการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๒ มีมติเห็นชอบแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง” โดยมีตัวชี้วัดที่สำคัญ ดังนี้

- จำนวนวันที่ปริมาณฝุ่นละอองอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น
- จำนวนจุดความร้อน (Hotspot) ภายในประเทศลดลง

- จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ (ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ) ลดลง โดยมีแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองในภาพรวมของประเทศและในพื้นที่วิกฤตโดยการบูรณาการการดำเนินงานรวมกันในทุกภาคส่วน ประกอบด้วย ๓ มาตรการ ได้แก่
- มาตรการที่ ๑ การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเชิงพื้นที่
- มาตรการที่ ๒ การป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด)
- มาตรการที่ ๓ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมลพิษ
- ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีประเด็นการดำเนินงานตามแผนวาระชาติฯ

มาตรการ	ประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวข้อง	ระยะเวลา
<p>มาตรการที่ ๑ การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเชิงพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ๙ จังหวัด ภาคเหนือ - กทม. และปริมณฑล - หมอกควันภาคใต้ - ต.หน้าพระลาน จ.สระบุรี - อื่น ๆ เช่น ขอนแก่น กาญจนบุรี <p>(สร.เป็นหน่วยงานสนับสนุน)</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. เสริมสร้างความพร้อมของระบบสาธารณสุขและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ๒. เผื่อระวังผลกระทบต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยที่อาจเกิดจากมลพิษทางอากาศ ๓. สื่อสารข้อมูลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ๔. พัฒนาระบบการพยากรณ์การเกิดโรคของประชาชนและระบบฐานข้อมูลเผื่อระวังโรคจากการประกอบอาชีพ ๕. ควบคุมการปล่อยฝุ่นละออง โดยใช้กลไกตาม พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติมในการควบคุมสถานประกอบการและจัดการเหตุรำคาญ 	๖๒ - ๖๔
<p>มาตรการที่ ๓ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมลพิษ</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. สนับสนุนการพัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศอย่างเป็นระบบทั้งแหล่งกำเนิด ปริมาณมลพิษในบรรยากาศและผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อการวางแผนการบริหารจัดการ ๒. ร่วมจัดทำคู่มือการเรียนการสอนแก่นักเรียน นักศึกษา เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการลดมลพิษและการป้องกันสุขภาพ ๓. สื่อสาร เผยแพร่ประชาสัมพันธ์และสร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักรู้และสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน ประชาชน ๔. สร้างความเข้มแข็งของประชาชนในการดูแล ป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ๕. พัฒนางานวิจัย นวัตกรรม เช่น วิธีการเผื่อระวังอย่างง่าย/เกณฑ์การควบคุมการทำกิจกรรมนอกบ้าน/นวัตกรรมการป้องกันสุขภาพ เช่น ห้องปลอดฝุ่น หน้ากากป้องกันฝุ่น/ข้อมูลเศรษฐศาสตร์) 	<p>๖๕ - ๖๗</p> <p>๖๒-๖๔</p> <p>๖๒-๖๗</p> <p>๖๒-๖๗</p> <p>๖๒-๖๔</p>

ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔)

ปัญหามลพิษทางอากาศของประเทศไทยจะพบเกินมาตรฐานในช่วงเดือนพฤศจิกายน - กุมภาพันธ์ ของพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และช่วงเดือนมีนาคม - พฤษภาคม ในพื้นที่ ๑๗ จังหวัดภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการปฏิบัติการเพื่อลดและป้องกัน

ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ตามแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง” โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

มาตรการที่ ๑ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเชิงพื้นที่

๑. การบริหารจัดการ

จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) กรณี หมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก โดยจังหวัดที่เปิด PHEOC ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง น่าน พะเยาแพร่ ลำปาง แม่ฮ่องสอน นครสวรรค์ สุโขทัย ขอนแก่น มุกดาหาร ชัยภูมิ นครราชสีมา รวมทั้งเขตสุขภาพที่ ๑ และเขตสุขภาพที่ ๗ และบูรณาการดำเนินงานร่วมกับกลไกการแก้ไขปัญหามลพิษขนาดเล็กและหมอกควัน ใ้ไปในระดับพื้นที่



๒. การดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข

๒.๑ พัฒนารฐานข้อมูล เฝ้าระวังและแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยจัดทำฐานข้อมูลสิ่งแวดล้อมสุขภาพ และจำนวนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ นำมาวิเคราะห์ เชื่อมโยง เพื่อนำไปสู่การแจ้งเตือน การบริหารจัดการ ในการดูแลและสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการป้องกันสุขภาพ การติดตามเฝ้าระวังอาการในช่วงวิกฤต สื่อบสาร เตือนภัย พร้อมคำแนะนำในการปฏิบัติตนสำหรับประชาชนทุกวัน ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ออนไลน์ : Facebook แฟนเพจ “คนรักอนามัย ใส่ใจอากาศ PM_{๒.๕}”/เว็บไซต์ /TV /YouTube Application อสม./ Application “H&U”/กลุ่มไลน์เขตสุขภาพต่างๆ และป้ายประชาสัมพันธ์ Billboard ในพื้นที่ต่าง ๆ/วิทยุ /เสียงตามสาย/ หอกระจายข่าว/ สายด่วน/ธงสีเตือนภัย เป็นต้น



๒.๒ เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ และสอบสวนโรคอย่างทันที่

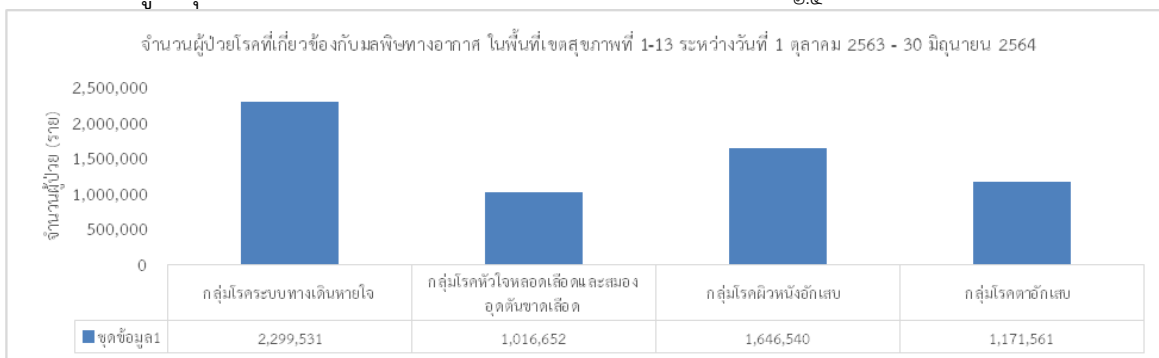
1) การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศและฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM_{๒.๕}) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กำหนดโรคที่เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ โรคหอบหืด (Asthma) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) และโรคทางเดินหายใจอื่นๆ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเครือข่าย ๒๒ แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งจากการเฝ้าระวังฯ ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔ พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจอื่นๆ มากที่สุด จำนวน ๖๖๘ ราย

รองลงมาคือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน ๔๘๘ ราย โรคหอบหืด (Asthma) จำนวน ๓๕๔ ราย และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ๑๙ ราย ตามลำดับ โดยจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงเดือนมกราคม ถึงมีนาคม ซึ่งสอดคล้องกับปริมาณ PM_{๒.๕} ที่เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว



ที่มา : กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

๒) การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศและฝุ่นละอองขนาดเล็ก ๒.๕ ไมครอน (PM_{๒.๕}) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ โดยใช้ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center ; HDC) กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคที่ใช้ในการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ ประกอบด้วยกลุ่มโรคทางเดินหายใจ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรคตาอักเสบ (รวม) และกลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ (รวม) จากสถานบริการสาธารณสุขทุกสังกัดทั่วประเทศ ซึ่งจากการเฝ้าระวังฯ ระหว่างเดือน ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔ พบจำนวนการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด จำนวน ๒,๒๙๙,๕๓๑ ราย คิดเป็น ๓,๕๑๔.๙๗ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ จำนวน ๑,๖๔๖,๕๔๐ ราย คิดเป็น ๒,๕๑๖.๘๓ ต่อแสนประชากร กลุ่มโรคตาอักเสบ จำนวน ๑,๑๗๑,๕๖๑ ราย คิดเป็น ๑,๗๙๐.๘๐ ต่อแสนประชากร และกลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือดและสมองอุดตันขาดเลือด จำนวน ๑,๐๑๖,๖๕๒ ราย คิดเป็น ๑,๕๕๔.๐๑ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ และสูงที่สุดในเดือนมีนาคม ๒๕๖๔ ซึ่งสอดคล้องกับปริมาณ PM_{๒.๕} ที่เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว



ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข

๒.๓ ยกระดับความรู้และตอบโต้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้องและมีส่วนร่วมในการลดฝุ่นละออง โดยได้ดำเนินการ

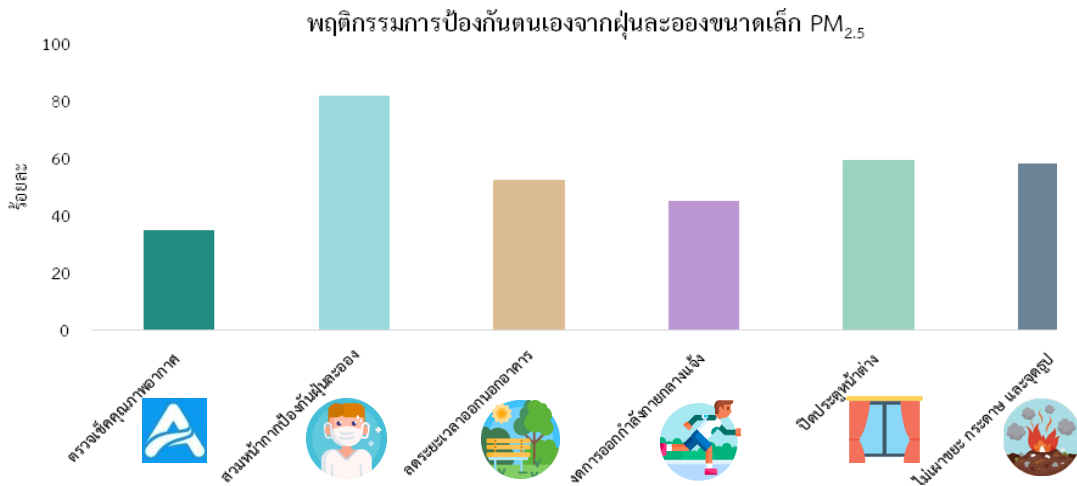
๑) ประชาสัมพันธ์ อบรม การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ให้กับหน่วยงานเครือข่ายสาธารณสุขแกนนำ ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง นักเรียน อาสาและกำลังพลที่ปฏิบัติหน้าที่ป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่าและหมอกควัน และกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น



๒) เฝ้าระวังและตอบโต้ด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เรื่อง มลพิษอากาศและสุขภาพ เช่น การเฝ้าระวัง/วิเคราะห์ข่าว จัดทำข้อมูลและตอบโต้ข้อมูลข่าวสารภายใน ๒๔ ชั่วโมง และสื่อสารความเสี่ยงประเด็นฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} กับประชาชน ผ่านสายด่วนกรมควบคุมโรค “๑๔๒๒” (วันที่ ๓ มกราคม - ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๔) จำนวน ๑๔ เรื่อง RRHLและสาสุขซัวร์ (๙ ธันวาคม ๒๕๖๓ - ๘ เมษายน ๒๕๖๔) จำนวน ๔๙ เรื่อง

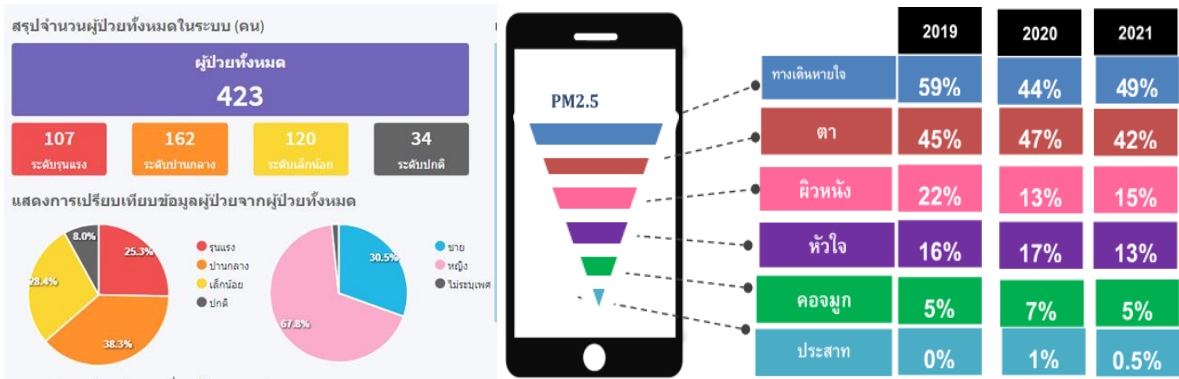


๓) การประเมินความรอบรู้ในการป้องกันตนเองของประชาชน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองของประชาชนในพื้นที่เสี่ยง พบว่า ประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๓ (กรุงเทพมหานคร) มีความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ ๑ (ภาคเหนือ) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีสถานการณ์ PM_{2.5} สูง และประชาชนมีการสวมหน้ากากป้องกันฝุ่นละออง ร้อยละ ๘๑.๗ การปิดประตูหน้าต่าง ร้อยละ ๕๙.๔ การไม่เผาขยะ กระดาษ และจุกจุก ร้อยละ ๕๗.๙ การลดระยะเวลาออกนอกอาคาร ร้อยละ ๕๒.๔ การงดการออกกำลังกายกลางแจ้ง ร้อยละ ๔๔.๙ และการตรวจเช็คคุณภาพอากาศเพียงร้อยละ ๓๔.๗ เท่านั้น

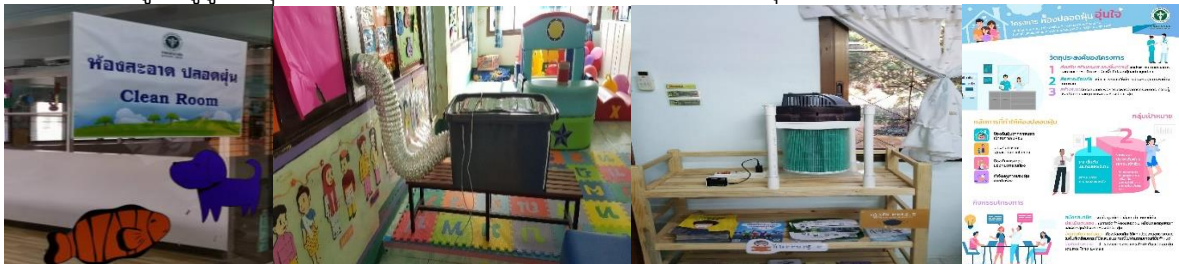


๒.๔ ดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยง

๑) ได้พัฒนาเครือข่ายคลินิกมลพิษจากโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันได้เปิดคลินิกมลพิษในโรงพยาบาลจำนวน ๖๐ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๔๘ แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน จำนวน ๓ แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน ๙ แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร จำนวน ๖๘ แห่ง รวมทั้งเปิดคลินิกมลพิษออนไลน์เพื่อให้ประชาชนประเมินอาการและขอคำปรึกษา ซึ่งพบว่าประชาชนที่เข้ามาปรึกษามีอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจสูงสุด รองลงมาคือ ระบบตา ระบบผิวหนัง ระบบหัวใจ ระบบคอ จมูก และระบบประสาท ตามลำดับ โดยในปี ๒๕๖๔ อาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และระบบผิวหนัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๓ สำหรับอาการผิดปกติของระบบตา ระบบหัวใจ ระบบคอ จมูก และระบบประสาท มีแนวโน้มลดลงจากปี ๒๕๖๓ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๔)



๒) สนับสนุนการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในโรงพยาบาลและสถานที่ที่มีกลุ่มเสี่ยง เช่น โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก สถานที่ดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่เสี่ยง ทั้งนี้ ในปี ๒๕๖๔ มีห้องปลอดฝุ่นมากกว่า ๒,๗๖๐ แห่ง



๓) หน่วยแพทย์เคลื่อนที่/ทีม ๓ หมอ ลงพื้นที่ดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ดูแลรักษาประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ออกเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล



มาตรการที่ ๒ การป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด)

๒.๑ มาตรการทางกฎหมาย

๑) สนับสนุนการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติการสาธารณสุขพ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นเครื่องมือสนับสนุนการลดฝุ่นละอองขนาดเล็กจากแหล่งกำเนิด และการจัดการเหตุรำคาญจากฝุ่นละออง ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



๒) ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อการสอบสวนโรค การเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรค จาก

การประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจังหวัดที่ผ่านการอบรมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม จำนวน ๓๓ จังหวัด จังหวัดที่ผ่านการอบรมและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่จะจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ๑๘ จังหวัด ซึ่งจังหวัดที่จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมเสร็จสิ้นแล้ว ๖ จังหวัด และ ๑๖ จังหวัด มีการดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดและพิจารณาให้ความเห็นชอบข้อเสนามาตรการลดโรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน

แผนระวางสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})
ผ่านคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด
ภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562

การจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
ภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562

- จังหวัดที่ผ่านการอบรมหน่วยปฏิบัติการฯ จำนวน 33 จังหวัด
- จังหวัดที่ผ่านการอบรม และมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่จะจัดตั้งหน่วยฯ 18 จังหวัด
- โดย จังหวัดที่จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 6จังหวัด

ปัจจุบันอยู่ระหว่างการปรับปรุงแบบการฝึกอบรมเป็น Virtual training เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาด COVID 19

หลักสูตรพัฒนาศักยภาพหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมแบบออนไลน์ E - learning

มาตรการที่ ๓ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมลพิษ

๑) บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ จัดทำคู่มือแนวทางลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM_{๒.๕} สำหรับสถานศึกษา และการขับเคลื่อน “โรงเรียนรอบรู้ สู้ฝุ่น” ในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ



๒) สร้างความเข้มแข็งของประชาชนในการดูแล ป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ พัฒนาชุมชนต้นแบบจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพจาก PM_{๒.๕} เพื่อเฝ้าระวัง และสื่อสารความเสี่ยงในพื้นที่เสี่ยงมลพิษทางอากาศ ในพื้นที่หมอกควันภาคเหนือ จำนวน ๒๑ ตำบลกระจายในพื้นที่ ๘ จังหวัดภาคเหนือตอนบน และจังหวัดนครราชสีมา



๒. โครงการกรณีพิเศษ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๘)

โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : สาธารณสุข/ เกษตร (ปศุสัตว์)/ มหาดไทย (อปท.)

จากปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ สถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้นในประเทศจีน และแพร่ระบาดไปอีกหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก และมีมาตรการเว้นระยะห่าง ส่งผลกระทบต่อการฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ รวมถึงการดำเนินงานเพื่อการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยเฉพาะสุนัขที่ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามาก่อน ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า ๓ เดือน สถานการณ์ดังกล่าวทำให้โคสุกร ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งเป็นสัญญาณบ่งชี้ว่า โรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขมีการแพร่กระจายในระดับสูง ทำให้คนมีโอกาสติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๙ พบผู้เสียชีวิต ๓ ราย (บุรีรัมย์ ๑ ราย, สุรินทร์ ๒ ราย) จากการไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคฯ หลังสัมผัสโรค การฉีดวัคซีนหลังถูกกัดมีจำนวนลดลง และสัดส่วนของผู้เคยได้รับวัคซีนมาแล้วเพิ่มขึ้น บ่งบอกว่า ผู้ที่เข้ามารับการฉีดวัคซีนเป็นผู้ที่มีความรู้ หรือความตระหนักเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอยู่แล้ว

ปัญหาอุปสรรค :

จากสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ทำให้

๑. การประเมินการดำเนินงานของจังหวัด/อำเภอเสี่ยงไม่ครอบคลุม เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่มีภารกิจงานเกี่ยวกับ COVID-19 และบางพื้นที่เป็นพื้นที่เสี่ยงของการแพร่ระบาดโรค COVID-19

๒. การจัดทำสื่อสำหรับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มเยาวชนยังไม่เป็นไปตามแผน เนื่องจากโรงเรียนปิดเทอมเพื่อป้องกันการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ในกลุ่มนักเรียน

ข้อเสนอแนะในพื้นที่ :

๑. ขอให้ อปท. เร่งจัดทำข้อบัญญัติ และขอให้กำกับ ดูแลการดำเนินงานของศูนย์พักพิงของเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการเปิดรับบริจาคเพื่อระดมทุน

๒. ขอให้ปศุสัตว์จังหวัดถอดบทเรียนการทำป้ายห้อยคอสุนัขซึ่งจะสามารถตรวจสอบข้อมูลเจ้าของสุนัข และประวัติการฉีดวัคซีนได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย :


ควรเน้นย้ำให้ประชาสัมพันธ์ทุกจังหวัดได้มีการรณรงค์เพื่อสร้างการรับรู้ ปลุกฝัง และตระหนักเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าให้กับประชาชน และเยาวชนได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และจิตอาสาในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ติดตาม เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าในทุกพื้นที่ต่อไป และขอให้ร่วมมือกันขับเคลื่อนโครงการฯ ให้ประสบความสำเร็จได้อย่างยั่งยืน ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี



รายงานผลความคืบหน้าการดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า
ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมพระนราธิวาสราชนครินทร์
ไตรมาสที่ ๓ (เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ - มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔)

ลำดับ	ภารกิจของกรมที่เกี่ยวข้อง โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า	ระยะเวลา การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)
๑	กรมควบคุมโรคร่วมกับกรมปศุสัตว์ และกรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น ขับเคลื่อนการทำพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัข บ้าในคน ร่วมดำเนินการกับอำเภอที่เสี่ยงตามมาตรการ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน	๑ ต.ค. ๒๕๖๓ - ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๔	การดำเนินงานของอำเภอเสี่ยง มีการดำเนินงานตาม มาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าใน คน ตามเกณฑ์การประเมิน โดยมีอำเภอเสี่ยงที่ ดำเนินการแล้ว จำนวน ๑๒๐ อำเภอ จาก ๔๘๒ อำเภอ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔)	การประเมินการดำเนินงาน ของอำเภอเสี่ยง ยังไม่ ครอบคลุม เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่มีภารกิจ งานเกี่ยวกับ COVID-19 และบางพื้นที่ก็เป็นพื้นที่ เสี่ยงของการแพร่ระบาดโรค COVID-19 อีกด้วย
	ส่งเสริมผลักดันให้เกิดการค้นหาและติดตามผู้สัมผัสโรค พิษสุนัขบ้าให้ได้รับวัคซีนป้องกันหลังสัมผัสโรคทุกราย	๑ ต.ค. ๒๕๖๓ - ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๔	ติดตามผลการรับวัคซีนตามแนวเวชปฏิบัติฯ ของผู้ สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า รายเขตสุขภาพ โดยมีผู้สัมผัส โรคพิษสุนัขบ้า จำนวน ๒๓๘ ราย ได้รับวัคซีนครบ ชุด จำนวน ๒๓๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ (ข้อมูล ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔)	
๒	การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ทาง Application Rabies ๑๐๑	๑ ต.ค. ๒๕๖๓ - ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๔	มีการดำเนินงานพัฒนาสื่อ E-book อินโฟกราฟิก ต่างๆ ที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ให้แก่ ประชาชน โดยเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์กรมควบคุม	

ลำดับ	ภารกิจของกรมที่เกี่ยวข้อง โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า	ระยะเวลา การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)
			โรค และ Application Rabies ๑๐๑ เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจตลอดถึงทราบถึงการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน นอกจากนี้ยังสอดแทรกมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคทั้งในคนและสัตว์ เช่น การให้คำแนะนำเพื่อลดความเสี่ยงจากการถูกกัด และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรคในคน การเฝ้าระวังโรคในสัตว์ การควบคุมจำนวนประชากรสัตว์ และการสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ เป็นต้น	
๓	การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มเยาวชน	๑ ต.ค. ๒๕๖๓ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๔	มีการจัดทำสื่อสำหรับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มเยาวชน ได้แก่ เพลง คำขวัญ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า และได้มีการประชุมร่วมกับครูผู้สอนในพื้นที่สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น เพื่อติดตามผลของการดำเนินงาน	การดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามแผน เนื่องจากภาวะโควิด-19 ทำให้โรงเรียนต้องปิดเทอมเพื่อป้องกันการระบาดของเชื้อในกลุ่มนักเรียน
๔	พัฒนาสื่อดิจิทัลและรวบรวมสื่อการเรียนการสอนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	ก.พ.- ส.ค. ๒๕๖๔	จัดทำคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าและคำถามที่พบบ่อย (แบบคู่มือและหลักสูตร E-learning) โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อให้แพทย์ บุคลากรสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้สัมผัส	

ลำดับ	ภารกิจของกรมที่เกี่ยวข้อง โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า	ระยะเวลา การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)
			โรคพิษสุนัขบ้า ตั้งแต่การวินิจฉัยภาวะเสี่ยงจากการสัมผัสโรค การดูแลบาดแผลและการป้องกันบาดทะยัก การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่ผู้สัมผัสโรค การให้อิมมูโนโกลบูลิน การฉีดวัคซีนป้องกันโรคสมองอักเสบ ส่งผลให้เกิดการดูแลรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกต้องและช่วยป้องกันโอกาสเสี่ยงจากการเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าได้	
			ตัวอย่างคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าและคำถามที่พบบ่อย	

หมายเหตุ : ๑. ผู้รายงาน แพทย์หญิง วรยา เหลืองอ่อน
๒. ผู้ประสานงาน นางรัตนา ธีระวัฒน์

ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

เขตสุขภาพที่ ๗

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นพ. สมฤกษ์ จิงสมาน) มอบผู้แทน นางศิริเพ็ญ ตลับนาค ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี จังหวัดมหาสารคาม

การประชุมตรวจราชการแบบบูรณาการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ของคณะผู้ตรวจราชการ เขตตรวจราชการที่ ๑๒ (จังหวัดมหาสารคาม) โดยผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Zoom meeting) ในวันพฤหัสบดีที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุม ๑๐๘ (อรรถโกวิทวที) ชั้น ๑ อาคารสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

วันนี้ เวลา ๑๓.๓๐ น. นายธีรภัทร ประยูรสิทธิ ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้ให้เกียรติเข้าร่วมประชุม พร้อมให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์สำหรับการตรวจราชการ ในการประชุมการตรวจราชการแบบบูรณาการ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ผ่านระบบ VDO CONFERENCE โดยมี (นายมงคลชัย สมอุดร) ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ ๑๒ พร้อมด้วยผู้ตรวจราชการกระทรวง และคณะ ทั้งนี้ ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม (นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดมหาสารคาม และที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการภาคประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนงาน/โครงการที่ตรวจติดตาม ดังนี้

1. การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของประชาชนหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)
2. การจัดการแหล่งน้ำชุมชนภาคการเกษตร
 - โครงการ ๑ ตำบล ๑ เขตรักษาคุณภาพน้ำ
 - โครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักทฤษฎีใหม่ ประยุกต์สู่ โคก หนอง นา โมเดล
 - โครงการก่อสร้างแหล่งน้ำในไร่นานอกเขตชลประทาน
3. การส่งเสริมและพัฒนาอาชีพของประชาชนในโครงการจัดที่ดินทำกินให้ชุมชน (คทช.)
4. การแก้ไขปัญหาหมอกพิษทางอากาศ
5. การตรวจติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการราชการประจำปี ของจังหวัดและกลุ่มจังหวัดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
6. การตรวจติดตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี
7. การขับเคลื่อนการพัฒนาเมืองสมุนไพร (HERBAL CITY) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
8. การขับเคลื่อนการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

ที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการภาคประชาชน

จัดทำโดย : เขตตรวจราชการที่ ๑๒

เขตสุขภาพที่ ๙

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นพ. พงศ์เกษม ไข่มุกด์) มอบผู้แทน นพ. สิ้นชัย ตันตรีตานนท์
ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี จังหวัดสุรินทร์

 **การตรวจราชการแบบบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์**
ของคณะผู้ตรวจราชการ เขตตรวจราชการที่ ๑๓ (จังหวัดสุรินทร์)
วันพฤหัสบดีที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๔



นายเจริญ ชื้อตระกูล
ผ.ต.นร. เขต ๑๓



นายปริญญา โพธิสัตย์
ผ.ต.มท.



นายอนันต์ คนตรี
ผ.ต.พม.



นายบารุณ ทรัพย์ประสิทธิ์
รอง ผ.วจ. สุรินทร์



นพ. สิ้นชัย ตันตรีตานนท์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
สุรินทร์ (ผู้แทน ผ.ต.สธ.)



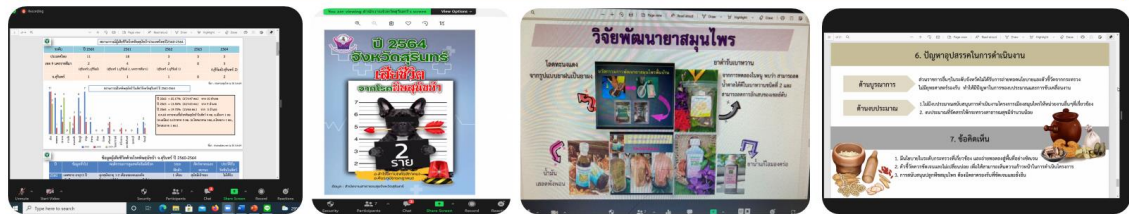
น.สพ. เอกภพ ทองสวัสดิ์
ปศุสัตว์ เขต ๓ (ผู้แทน ผ.ต.กษ.)

ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ ๑๓ (นายเจริญ ชื้อตระกูล) พร้อมด้วยผู้ตรวจราชการกระทรวง ประชุมตรวจราชการแบบบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รอบที่ ๒ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยมี รองผู้ว่าราชการจังหวัดสุรินทร์ (นายบารุณ ทรัพย์ประสิทธิ์) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมให้ข้อมูล ณ ห้องศูนย์ปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ดิจิทัล ชั้น ๒ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี และห้องประชุมข้าวสารหอม ศาลากลางจังหวัดสุรินทร์



จากการรับฟังรายงานของส่วนราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า หน่วยงานได้ดำเนินการตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย และขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ แล้ว อย่างไรก็ดี เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีการบูรณาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คณะผู้ตรวจราชการ จึงให้ข้อเสนอแนะและประเด็นการตรวจราชการฯ ดังนี้

- ๑. การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของประชาชนหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในภาพรวม :** จังหวัดได้รับจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินโครงการภายใต้แผนงานฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน ๑ โครงการ คือ โครงการส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปลูกข้าวและการพัฒนาการตลาดสินค้าเกษตรในรูปแบบเกษตรอัจฉริยะครบวงจร (Smart Rice Farm) จำนวน ๘,๕๐๐,๐๐๐ บาท เบิกจ่ายไปแล้วจำนวน ๑,๑๐๓,๓๑๕ บาท **ข้อเสนอแนะ :** ขอให้เร่งรัดแผนงาน/โครงการให้เป็นไปตามกรอบระยะเวลา พ.ร.ก. ให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินฯ หากไม่สามารถดำเนินการได้ตามกำหนดให้ขอขยายระยะเวลาได้ไม่เกินวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔
- ๒. การจัดการแหล่งน้ำชุมชนภาคเกษตรได้แก่ โครงการ ๑ ตำบล ๑ เกษตรทฤษฎีใหม่ โครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักทฤษฎีใหม่ ประยุกต์สู่ โคก หนอง นา โมเดล และโครงการก่อสร้างแหล่งน้ำในไร่นานอกเขตชลประทาน จังหวัดมีเป้าหมายการขุดสระเก็บน้ำภายใต้โครงการก่อสร้างแหล่งน้ำในไร่นานอกเขตชลประทาน ๑,๕๐๐ บ่อ ได้ดำเนินการและเบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว **ข้อเสนอแนะ :** ขอให้ติดตามประชาชนที่เข้าร่วมโครงการฯ ให้มีการบำรุงรักษาและใช้ประโยชน์จากแหล่งน้ำให้เกิดการสร้างงานสร้างอาชีพต่อไป**
- ๓. การส่งเสริมและพัฒนาอาชีพของประชาชนในโครงการจัดการที่ดินทำกินให้ชุมชน (คทช.) **ข้อเสนอแนะ :** ขอให้ติดตามความคืบหน้าการจัดสรรที่ดินให้แก่ราษฎร และการจัดสรรที่ดินทำกินให้ราษฎร ขอให้ดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด**
- ๔. การแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ **ข้อเสนอแนะ :** ขอให้ติดตามปัญหามลพิษในช่วงฤดูแล้ง และดำเนินการตามมาตรการตรวจจับควันดำ และตรวจสอบโรงงานอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่อง**
- ๕. การตรวจติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีของจังหวัดและกลุ่มจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ **ข้อเสนอแนะ :** ขอให้จังหวัดเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณ หากไม่สามารถดำเนินการได้ภายในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๔ ขอให้ดำเนินการตามหนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๐๖.๕/ว ๑๓๑ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๔ ทั้งนี้ ปัญหาอุปสรรคจะได้นำเสนอในระดับนโยบายต่อไป**
- ๖. การดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงมหมาทปรังษาลักษณ์ **ข้อเสนอแนะ :** ขอให้ประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักกับประชาชน โดยเพิ่มความถี่ในช่วงที่มีการระบาดสูงสุดของทุกปี**
- ๗. ความคืบหน้าการขับเคลื่อนการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ **ข้อเสนอแนะ :** ขอให้จังหวัดนำข้อมูลจากการลงพื้นที่สำรวจเพื่อดำเนินโครงการฯ เข้าปรับปรุงในระบบฐานข้อมูล TPMAP ของจังหวัดเพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป**
- ๘. ผลการดำเนินการโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City) **ข้อเสนอแนะ :** ขอให้จังหวัดพิจารณาการขยายผลหรือเพิ่มพื้นที่ในการปลูกพืชสมุนไพร โดยอาจพิจารณาบรรจุโครงการฯ ไว้ในแผนพัฒนาจังหวัดประจำปี**



ภาคผนวก

สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๕๕๙/๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้การบริหารราชการแผ่นดิน และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กล่าวว่า การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดินที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการดำเนินการกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการหรือการดำเนินการกิจยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และการบริหารงานภาครัฐแบบเครือข่าย ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาระบบการตรวจราชการ สามารถสนับสนุนการตรวจราชการให้บรรลุเป้าหมายอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ประกอบกับคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๓๙๘/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๓ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|------|---|-----------|
| ๑.๑ | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | ประธาน |
| ๑.๒ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย | รองประธาน |
| ๑.๓ | รองอธิบดีกรมการแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๑.๔ | รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๑.๕ | รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๑.๖ | รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๑.๗ | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๑.๘ | รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๑.๙ | รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๑.๑๐ | รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๑.๑๑ | ผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์
กรรมการแพทย์ | กรรมการ |

๑.๑๒ ผู้อำนวยการ...

๑.๑๒	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์	กรรมการ
๑.๑๓	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
๑.๑๔	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑.๑๕	ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
๑.๑๖	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑.๑๗	ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๑.๑๘	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๑.๑๙	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
๑.๒๐	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
๑.๒๑	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๒	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๓	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๔	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๕	ผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๖	ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๗	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๘	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

๑.๒๙ ผู้อำนวยการ...

๑.๒๙	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๓๐	รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ กลุ่มภารกิจด้านการตรวจราชการและเขตสุขภาพ	กรรมการ
๑.๓๑	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และเลขานุการ
๑.๓๒	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๓	หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๔	ผู้ช่วยหัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒ หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการตรวจราชการให้เป็นอย่างบูรณาการสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่

๒.๒ ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการติดตามรายงานผลการตรวจราชการที่สามารถสะท้อนปัญหาอุปสรรคการดำเนินการในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง หน่วยงานส่วนกลางในการพิจารณาสนับสนุนทรัพยากรและแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนการพัฒนาในเชิงนโยบาย

๒.๓ กำหนดแนวทางและพัฒนาระบบสนับสนุนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๒.๔ สนับสนุนการดำเนินงานของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและคณะ เพื่อให้การตรวจราชการในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๕ อำนวยความสะดวก ให้การสนับสนุน ให้ความร่วมมือ โดยการเตรียมบุคคล เอกสารและข้อมูลต่างๆ ประกอบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๒.๖ ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มอบหมาย

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๓๘๔/๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑ ๗
๒ ธันวาคม
๒๕๖๓

สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๒๒ /๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดิน และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กล่าวว่า การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่ง ในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการจัดทำภารกิจยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นไปตามหลักการการบริหารแบบบูรณาการและการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้กำหนดขอบเขตการตรวจราชการที่สอดคล้องตาม Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอยต่อ ลดป่วย ลดตาย ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล ประเด็น Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ รวมทั้งการตรวจราชการแบบบูรณาการ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑.๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|--|------------------|
| (๑) | นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง | ประธานกรรมการ |
| (๒) | นายสุเทพ เพชรมาก
รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง | รองประธานกรรมการ |
| (๓) | นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์
รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง | รองประธานกรรมการ |
| (๔) | นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒ | กรรมการ |
| (๕) | นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓ | กรรมการ |

(๖) นายพูลลาภ...

(๖)	นายพูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๗)	นายธนรักษ์ ผลิตพันธ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๘)	นายณรงค์ อภิกุลวณิช ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
(๙)	นายสมฤกษ์ จีงสมาน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๑๐)	นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๑๑)	นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๑๒)	นายพิทักษ์พล บุญยมาลิก ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๑๓)	ร้อยเอกนายแพทย์ภูรีวรรธน์ โชคเกิด สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๑๔)	นายไชนันท์ ทยาวิวัฒน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๑๕)	นายสมเกียรติ ขำนุรักษ์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
(๑๖)	นายสมยศ ศรีจารนัย สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๑๗)	นายกิตติ กรรภิรมย์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๑๘)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
(๑๙)	นายอุดม ภู่วโรดม สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๒๐)	นายสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๒๑)	นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๒๒)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๒๓)	นายอภิชาติ รอดสม สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๒๔)	นายสมชัย อัครสุดสาคร สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
(๒๕)	เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล การตรวจราชการ ประเด็นที่ ๑-๗	กรรมการ

(๒๖) นายภูษงค์...

- | | |
|--|------------------|
| (๒๖) นายภูษงค์ ไชยชิน | กรรมการและ |
| รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองตรวจราชการ | เลขานุการ |
| (๒๗) นายชิตชนินทร์ นิยมไทย | กรรมการและ |
| นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ | |
| กองตรวจราชการ | |
| (๒๘) นางสาวสิรินันท์ พานพิศ | กรรมการและ |
| นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ | |
| กองตรวจราชการ | |
| (๒๙) นางสาวขวัญแก้ว จันทรวีเชียร | กรรมการและ |
| นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ผู้ช่วยหัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ | |
| กองตรวจราชการ | |

ข้อ ๑.๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑.๑ มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

(๑) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ นโยบาย และทิศทางในการพัฒนาประเทศ และแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง และกรอบประเด็นการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

(๒) กำหนดแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตามประเด็นการตรวจราชการ ได้แก่ Agenda based , Functional based และ Area based

(๓) กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการแต่ละประเด็น และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๔) พัฒนากระบวนการ เครื่องมือ กลไกในการตรวจราชการ

(๕) จัดทำคู่มือการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

(๖) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

(๗) ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มอบหมาย

ข้อ ๑.๓ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๔๕๑/๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๒

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Q 7

รับ
ตามคำสั่ง
๑๙/๖๓

สำเนาฉบับ

คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ที่ ๑ /๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจำนวน ๗ คณะ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งมีหน้าที่กำกับ ติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการตามประเด็น และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ประกอบด้วยประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ประกอบด้วยประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอย คอย ลดป่วย ลดตาย ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล ประเด็น Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ รวมทั้งการตรวจราชการแบบบูรณาการ นั้น

อาศัยอำนาจตามความข้อ ๑.๒ (๖) แห่งคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๒๒/๒๕๖๔ เรื่อง คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ลงวันที่ .../... มกราคม ๒๕๖๔ จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจำนวน ๗ คณะ ดังนี้

๑. คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเด็นโครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑.๑ องค์ประกอบ

(๑) นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง	ประธานกรรมการ
(๒) นายสมเกียรติ ชำนุรักษ์	สาธารณสุขนิเทศก์	รองประธานกรรมการ
(๓) นายภูษงค์ ไชยชิน	รักษาราชการแทน	กรรมการ
(๔) นางสาวปนิดา ธีรสฤกษ์กุล	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๕) นายชาติ เอี่ยมมา	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง	กรรมการ
(๖) นายพรเพชร ปัญจปิยะกุล	ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบ	กรรมการ

(๗) นางวิราณี...

(๗) นางวิราณี นาคสุข	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๘) นางลลิตา ตู้อึ้ง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๙) นางพาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ	ผู้อำนวยการสำนักงาน เลขานุการคณะกรรมการ โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับ พระบรมวงศานุวงศ์ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๐) นางสาวพรรษา รักษาคม	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๑) นางผลีน กมลวิทย์	ผู้อำนวยการกองวัณโรค กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๒) นายพรพิทักษ์ พันธุ์หล้า	รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๓) นายศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา	ผู้อำนวยการสถาบัน กัลยาณิราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๔) นางสาวเบญจมาศ พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๕) นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๖) นายสุพีเชร ทั้ยแป	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศ ระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ

(๑๗) นางพรเลขา...

(๑๗) นางพรเลขา บรรเทาญศุภวาท	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๘) นายณัฐพงศ์ กันทะวงศ์	ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๙) นายจรัส รัชกุล	รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการกองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๐) นายสมภพ อัจฉริยะศักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๑) นางสาวฐปณกร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๒) นายสยาม อติญาณพิพัฒน์	นักวิเคราะห์นโยบาย และแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๑.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนาจการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนาจการฯ มอบหมาย

๒. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเด็นกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๒.๑ องค์ประกอบ

- (๑) นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง ประธานกรรมการ
เขตสุขภาพที่ ๙
- (๒) นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง รองประธานกรรมการ
เขตสุขภาพที่ ๘

(๓) นายสวัสดิ์...

(๓)	นายสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๔)	นางอัจฉรา นิธิอภิญาสกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๕)	นายภูซงค์ ไชยชิน	รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๖)	นางสุนีย์ สว่างศรี	รองผู้อำนวยการ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๗)	นางสิริพรรณ โชติกมาศ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๘)	นางจุฑารัตน์ มากคงแก้ว	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๙)	นายกิตติ โล่สุวรรณรักษ์	ผู้อำนวยการสถาบันกัญชา ทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๐)	นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๑)	นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๒)	นางรัชณี จันทร์เกษ	ผู้อำนวยการกองวิชาการ และแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๓)	นายยิ่งศักดิ์ จิตตะโคตร	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๔)	นางสาวสุวภรณ์ แนวจำปา	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการกองสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๕)	นางเสาวภา จงกิตติพงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการกองสุขภาพ ระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ

(๑๖) นางสาวเปรมปวีร์...

(๑๖) นางสาวเปรมปวีร์ บุญยาพรทรัพย์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๗) นางสาวศิริรินภา สระทองทน	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนปฏิบัติการ กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๘) นายอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ	ที่ปรึกษากรรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๙) นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๐) นายสมชาย ธนะสิทธิชัย	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย และประเมินเทคโนโลยี ทางการแพทย์ กรรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๑) นางกนกพร ชนะคำ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์	กรรมการ
(๒๒) นางสาวผกากรอง ขวัญขาว	เภสัชกรชำนาญการ (กลุ่มงานเภสัชกรรม) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี	กรรมการ
(๒๓) นางหทัยทิพย์ จันทระเวชกุล	เภสัชกรชำนาญการ (กลุ่มงานเภสัชกรรมและ คุ้มครองผู้บริโภค) โรงพยาบาลชุมชนบ้านใหม่ไชยพจน์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์	กรรมการ
(๒๔) นางพรอนันต์ กิตติมั่นคง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๕) นางสาวสุภาพร เฉยทิม	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

(๒๖) นางสาวนิภาพร...

(๒๖) นางสาวนิภาพร แซ่ดี	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๗) นางสาวสุกัญญา มวยสีทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนปฏิบัติการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๓. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเด็นระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๓.๑ องค์ประกอบ

(๑) นายสุเทพ เพชรมาก	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	ประธานกรรมการ
(๒) นายพูนลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	รองประธานกรรมการ
(๓) นายสมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๔) นายสมชัย อัครสุดสาคร	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
(๕) นายภุชงค์ ไชยชิน	รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๖) นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๗) นางสุนันทา กาญจนพงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
(๘) นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	กรรมการ
(๙) นางจารุณี จันทร์เพชร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	กรรมการ

(๑๐) นางเอี่ยมพร...

(๑๐) นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	กรรมการ
(๑๑) นายจรัส รัชกุล	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ รักษาราชการผู้อำนวยการ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๒) นางวิรุณศิริ อารยวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๓) นางจีรวรรณ หัสโรค์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๔) นายบุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหาร ระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๕) นางสาวนันทาวดี วรสุวิส	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๖) นางสาวเบญจมาศ พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๗) นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๘) นางสาวศิณภัทร์ จำรัสอริวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๑๙) นายอดิชาติ หงษ์ทอง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๐) นางสาวกฤติยา พุดติ	นักวิเคราะห์นโยบาย และแผนปฏิบัติการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๓.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ

- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๔. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๔.๑ องค์ประกอบ

- | | | | |
|------|----------------------------|--|------------------|
| (๑) | นายทวิศิลป์ วิษณุโยธิน | ผู้ตรวจราชการกระทรวง
เขตสุขภาพที่ ๑๐ | ประธานกรรมการ |
| (๒) | นายธนรักษ์ ผลิตพันธ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง
เขตสุขภาพที่ ๕ | รองประธานกรรมการ |
| (๓) | นายกิตติ กรรภิรมย์ | สาธารณสุขนิเทศก์
เขตสุขภาพที่ ๕ | กรรมการ |
| (๔) | สาธารณสุขนิเทศก์ | เขตสุขภาพที่ ๑๐ | กรรมการ |
| (๕) | นายภุชงค์ ไชยชิน | รักษาราชการแทนผู้อำนวยการ
กองตรวจราชการ | กรรมการ |
| (๖) | นางจรรุภา จันทศักดิ์ | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง
เขตสุขภาพที่ ๕ | กรรมการ |
| (๗) | นางสาวจงกลณี จรรย์วัฒน์ | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง
เขตสุขภาพที่ ๑๐ | กรรมการ |
| (๘) | นางพิมพ์พรพรรณ ต่างวิวัฒน์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ
กรมอนามัย | กรรมการ |
| (๙) | นางสาวนพวรรณ โพนบุญกุล | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย | กรรมการ |
| (๑๐) | นายธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ
กรมอนามัย | กรรมการ |
| (๑๑) | นางณัฐวรรณ เชาว์ลิลิตกุล | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
(ด้านโภชนาการ)
สำนักโภชนาการ
กรมอนามัย | กรรมการ |

(๑๒) นายสแกนต์...

(๑๒) นายสภานต์ บุณนาค	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จ พระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
(๑๓) นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๔) นางวิมล บ้านพวน	รักษาการนักวิชาการ สาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๕) นางสาวจุฑาทิภักดิ์ เจนจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๖) นายพรพิทักษ์ พันธุ์หล้า	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๗) นางจรีพร คงประเสริฐ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๘) นายอรรถเกียรติ กาญจน พิบูลวงศ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๙) นางสาวณัฐฉิรวรรณ พันธุ์มุง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๐) นางสาวนิพา ศรีช้าง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๑) นางสาวสุธาทิพย์ ภัทรกุล วณิชย์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๒) นายกัณชพล ทับหุ่่น	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๓) นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๔) นายณัฐกร จำปาทอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนกรินทร์	กรรมการ
(๒๕) นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๖) นางสาวดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่นราชชนกรินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ

(๒๗) นางสาวนันทาวดี...

(๒๗) นางสาวนันท์ทาวดี วรสุวิส	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๘) นางสาวเบญจมาศ พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๙) นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๓๐) นางสาวพรอินทร์ วัลยาฉิม	รักษาราชการในตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ กองตรวจราชการ	กรรมการ และเลขานุการ
(๓๑) นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบุรณ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๒) นายถาวร โสมแพน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๓) นางสาวนริศรา ปั่นทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๔.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนาจการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนาจการฯ มอบหมาย

๕. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเด็นลดแออัด ลดรอย ลดป่วย ลดตาย โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๕.๑ องค์ประกอบ

- (๑) นายพิทักษ์พล บุญมาลิก ผู้ตรวจราชการกระทรวง ประธานกรรมการ
เขตสุขภาพที่ ๑๑
- (๒) นายณรงค์ อภิกุลวณิช ผู้ตรวจราชการกระทรวง รองประธานกรรมการ
เขตสุขภาพที่ ๖
- (๓) นายสมฤกษ์ จึงสมาน ผู้ตรวจราชการกระทรวง รองประธานกรรมการ
เขตสุขภาพที่ ๗

(๔) นายจิรชาติ...

(๔)	นายจิรชาติ เรืองวัชรินทร์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร	รองประธานกรรมการ
(๕)	นายทรงเกียรติ เล็กตระกูล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครศรีธรรมราช	รองประธานกรรมการ
(๖)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖		กรรมการ
(๗)	นายอุดม ภู่วโรดม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๘)	นายอภิชาติ รอดสม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๙)	นายภูษงค์ ไชยชิน	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๑๐)	นางภาภรณ์ วสุเสถียร	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
(๑๑)	นายชาติ เอี่ยมมา	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๑๒)	นางกอมณี สุรวงษ์สิน	รักษาราชการผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๑๓)	นายปิยวัฒน์ เลาวหุดานนท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเรียงสุราษฎร์ธานี	กรรมการ
(๑๔)	นายวีระศักดิ์ หล่อทองคำ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี	กรรมการ
(๑๕)	นายประกิจ สารเทพ	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา	กรรมการ
(๑๖)	นายสุพีเชร หุ้ยแป	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์กรรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๗)	นายศุภวัชร บุญกษิต์เดช	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๘)	นางสาวศุภสิพร แสงกระจ่าง	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญสถาบันมะเรียงแห่งชาติ กรรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๙)	นางสาวนิธิมา ศรีเกตุ	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ เขตสุขภาพที่ ๑๑ กรรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๐)	นายเฉลิมพล ไชยรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรรมการแพทย์	กรรมการ

(๒๑) นางสาวอรรณ...

(๒๑) นางสาวอรรวรรณ อนุไพรวรรณ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๒) นางวิชนี ธงทอง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๓) นางสาวธัญลักษณ์ ขวัญสนิท	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	กรรมการ
(๒๔) นายคมพจน์ จิระจรัส	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	กรรมการ
(๒๕) นายสมพร สหจารุพัฒน์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๖) นางสาววาสนา โชติชะวราภานนท์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๗) นางสาววรรณดี ศุภวงศานนท์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงาน เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๘) นางพัฒนิกิรณี ทองคำ	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๙) นางศิริเพ็ญ ตลับนาค	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๐) นางสุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๓ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๑) นายสุรวุฒิ รักเมือง	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตะกั่วป่า จังหวัดพังงา	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๒) นายวัลลภ คชบก	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๓) นางมนต์ทิพย์ ตั้งตรงจิตต์	รักษาการนักวิเคราะห์นโยบาย และแผนชำนาญการพิเศษ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๕.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๖. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเด็นระบบธรรมาภิบาล โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๖.๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|------------------------------|---|------------------|
| (๑) นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล | ผู้ตรวจราชการกระทรวง
เขตสุขภาพที่ ๒ | ประธานกรรมการ |
| (๒) นายไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์ | สาธารณสุขนิเทศก์
เขตสุขภาพที่ ๒ | รองประธานกรรมการ |
| (๓) นายภูซงค์ ไชยชิน | รักษาราชการแทนผู้อำนวยการ
กองตรวจราชการ | กรรมการ |
| (๔) นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธ์ | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง
เขตสุขภาพที่ ๒ | กรรมการ |
| (๕) นายกรฤช ลิ้มสมมุติ | ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพ
และหลักประกันสุขภาพ | กรรมการ |
| (๖) นายธนะวัฒน์ วงศ์ผั่น | นายแพทย์เชี่ยวชาญ
(ด้านเวชกรรมป้องกัน)
กองเศรษฐกิจสุขภาพและ
หลักประกันสุขภาพ | กรรมการ |
| (๗) นายอักรพงศ์ จุฑากรณ์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
(ด้านเวชกรรม)
กองเศรษฐกิจสุขภาพและ
หลักประกันสุขภาพ | กรรมการ |
| (๘) นายชุมพล นุชผ่อง | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กองเศรษฐกิจสุขภาพและ
หลักประกันสุขภาพ | กรรมการ |
| (๙) นายวัลลภชัย จีงสารณูพงศ์ | นายแพทย์ชำนาญการ
กองเศรษฐกิจสุขภาพและ
หลักประกันสุขภาพ | กรรมการ |

(๑๐) นางน้อมนงค์...

(๑๐) นางน้อมนงค์ สายรัตน์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๑) นางสาวนาวิณ อินทวงค์	นักวิชาการเงินและบัญชี ปฏิบัติการ กองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๒) นางสาวพิมพ์พิชชา ก้างยาง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๓) นางสาวรณมล อยู่ขนาด	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๔) นางสาวกาญจน์นภา แก้วคง	นักวิชาการตรวจสอบภายใน ชำนาญการพิเศษ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๕) นายชาญยุทธ แสนเลิศ	นักวิชาการตรวจสอบภายใน ชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๖) นางสาวชนม์ศุภางค์ หอเจริญ	นักวิชาการตรวจสอบภายใน ชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๗) นางสาววิพารัตน์ ศรีสวัสดิ์	นักวิชาการตรวจสอบภายใน ชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๘) นายสุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๑๙) นางอนิสสา เกตุกำเนิด	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๐) นางอรชร วิชัยคำ	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๖.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๗. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๗.๑ องค์ประกอบ

- | | | | |
|------|------------------------------------|---|----------------------------|
| (๑) | นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง | ประธานกรรมการ |
| (๒) | ร้อยเอกนายแพทย์ภูริวัชรธน์ โชคเกิด | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑ | รองประธานกรรมการ |
| (๓) | ผู้ตรวจราชการกระทรวง | เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ | กรรมการ |
| (๔) | สาธารณสุขนิเทศก์ | เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ | กรรมการ |
| (๕) | นายภูษงค์ ไชยชิน | รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองตรวจราชการ | กรรมการ |
| (๖) | นางวาสนา วิไลรัตน์ | รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
กลุ่มภารกิจด้านการตรวจราชการและเขตสุขภาพ | กรรมการ |
| (๗) | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง | เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ | กรรมการ |
| (๘) | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ | เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ กองตรวจราชการ | กรรมการ |
| (๙) | นายชิตชนินทร์ นิยมไทย | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
กองตรวจราชการ | กรรมการและเลขานุการ |
| (๑๐) | นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
กองตรวจราชการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๑๑) | นางสาวกฤติยา พุดติ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
กองตรวจราชการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๑๒) | นายพีระพล กล้าหาญ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
กองตรวจราชการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๗.๒ หน้าที่...

ข้อ ๗.๒ หน้าที่และอำนาจ

นายกรัฐมนตรี

ในแต่ละยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนาภาค

โครงการที่กำหนด

(๑) กำหนดกรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนัก

(๒) กำหนดประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

(๓) รายงานข้อมูลตามแผนงาน/โครงการ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวง

(๔) ร่วมตรวจราชการในพื้นที่ พร้อมทั้งติดตาม กำกับ ผลการดำเนินการตาม

(๕) รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการตรวจราชการ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ
เชิงนโยบายเสนอต่อสำนักนายกรัฐมนตรี คณะกรรมการอำนวยการฯ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)

หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

คณะที่ปรึกษา

- | | | |
|-----|---|--|
| ๑. | นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑ |
| ๒. | นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒ |
| ๓. | นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์ | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙ |
| ๔. | นายแพทย์ภานุมาศ ญาณเวทย์สกุล | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒ |
| ๕. | แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓ |
| ๖. | นายแพทย์พูนลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔ |
| ๗. | นายแพทย์ธนรัชต์ ผลิพัฒน์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕ |
| ๘. | นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖ , ๑๓ |
| ๙. | นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗ |
| ๑๐. | นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๑๑. | นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐ |
| ๑๒. | นายแพทย์พิทักษ์พล บุญมาลาก | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑ |
| ๑๓. | นายแพทย์ทศเทพ บุญทอง | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑ |
| ๑๔. | นายแพทย์ไชยรินทร์ ทยาวิวัฒน์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒ |
| ๑๕. | นายแพทย์สมเกียรติ ชำนาญรักษ์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓ |
| ๑๖. | นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔ |
| ๑๗. | นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕, ๑๓ |
| ๑๘. | นายแพทย์ธนิศ เสริมแก้ว | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖ |
| ๑๙. | นายแพทย์อุดม ภู่วโรดม | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗ |
| ๒๐. | นายแพทย์สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๑. | แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙ |
| ๒๒. | ร้อยเอก นายแพทย์ภูรีวรรณ โชคเกิด | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐ |
| ๒๓. | นายแพทย์อภิชาติ รอดสม | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑ |
| ๒๔. | นายแพทย์สมชัย อัครสุตสาคร | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒ |
| ๒๕. | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ | |

คณะผู้จัดทำ

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๒. คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๔ ประเด็นที่ ๑-๗
๓. นายแพทย์ภูซงค์ ไชยชิน ศึกษาราชการแทนผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๔. นางวาสนา วิไลรัตน์ รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
กลุ่มภารกิจด้านการตรวจราชการและเขตสุขภาพ
๕. นางสุนีย์ สว่างศรี รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
กลุ่มภารกิจด้านบริหารยุทธศาสตร์และประเมินผล
๖. นางโกสุม สาลี หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑
๗. นางอนิสสา เกตุกำเนิด หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒
๘. นางสาวฐปนภร เจริญวงศ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓
๙. นายอดิชาติ หงษ์ทอง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔
๑๐. นางอมรรัตน์ ลีมีจิตสมบูรณ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕
๑๑. นายวิวัฒน์ ขอบดี หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖
๑๒. นางศิริเพ็ญ ตลับนาค หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗
๑๓. นางสาวสุภาพร เฉยทิม หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘
๑๔. นายชิตชนินทร์ นิยมไทย หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙
๑๕. นางสาวพรอินทร์ วัลยาณิม หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐
๑๖. นางวาสนา โชติชะวารานนท์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑
๑๗. นางสาวศัญญาภัทร์ จำรัสอริวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒
๑๘. นายณัฐนันท์ สุตะวงศ์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๙. นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์ หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๐. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๑. นางสาวขวัญแก้ว จันทรวีเชียร ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ

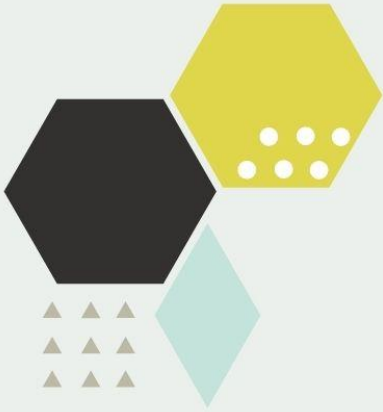
บรรณาธิการ

๑. นายแพทย์ภูงศ์ ไชยชิน
 ๒. นางวาสนา วิไลรัตน์
 ๓. นางสุนีย์ สว่างศรี
 ๔. นางสาวรูปณกร เจริญวงศ์
 ๕. นายชิตชนินทร์ นิยมไทย
 ๖. นางสาวศัญญาภัทร์ จำรัสอิวัฒน์
 ๗. นางสาวพรอินทร์ วัลย์ยามิม
 ๘. นางวาสนา โชติชะวารานนท์
 ๙. นางอนิสสา เกตุกำเนิด
- รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
 รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
 กลุ่มภารกิจด้านการตรวจราชการและเขตสุขภาพ
 รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
 กลุ่มภารกิจด้านบริหารยุทธศาสตร์และประเมินผล
 หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓
 กองตรวจราชการ
 เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
 ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๑
 โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์
 หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙
 กองตรวจราชการ
 เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
 ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๒
 ภัยสุขภาพทางแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ
 หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒
 กองตรวจราชการ
 เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
 ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๓
 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
 หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐
 กองตรวจราชการ
 เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
 ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๔
 สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต
 หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑
 กองตรวจราชการ
 เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
 ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๕
 ลดแออัด ลดรอยคอคย ลดป่วย ลดตาย
 หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒
 กองตรวจราชการ
 เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
 ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๖
 ระบบธรรมาภิบาล

๑๐. นายณัฐนันท์ สุตะวงค์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ
๑๑. นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์ หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ
๑๒. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ
๑๓. นางสาวขวัญแก้ว จันทวิเชียร ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ

ออกแบบปกโดย

นางสาวขวัญแก้ว จันทวิเชียร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ



สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 6 ชั้น 8 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

<http://bie.moph.go.th>

Facebook Page : กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

