สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 2

คำนำ

การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปตามเป้าหมาย แก้ไขปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนออันจะก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกองตรวจราชการ ร่วมกับกรมวิชาการ และผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานจากกรม กองสำนักต่างๆ ได้ดำเนินการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยดำเนินการตรวจราชการรอบที่ ๒ ระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินสภาพปัญหา แผนแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการ ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่สอดคล้องตาม ๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ได้แก่ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ กัญชาทางการแพทย์ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ได้แก่ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย ระบบธรรมาภิบาล ๓) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และ ๔) การตรวจราชการแบบบูรณการ รวมทั้งประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รับผิดชอบประเด็นสำคัญ ๖ ประเด็น และประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการ ดังนี้

๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)
   ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์
   ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์
   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. ๒๕๖๕ ทุกประเด็น ได้สรุปผลจากการตรวจราชการจัดทำเป็นรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๒ เสนอต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาในการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพของหน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
กองตรวจราชการ
ตุลาคม ๒๕๖๕

กิตติกรรมประกาศ

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกองตรวจราชการ ขอขอบคุณ คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นที่ ๑ - ๖ และประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการ และกรมวิชาการ ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้งหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กองบริหารการสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มตรวจสอบภายใน สป. สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สป. กองบริหารทรัพยากรบุคคล และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๒ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานของกรม กอง สำนัก ซึ่งได้ร่วมทีมตรวจราชการกองแผนงานและวิชาการและผู้ประสานงานด้านการตรวจราชการของกรม กอง สำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่กองตรวจราชการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการจัดทำรายงานฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงมา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร ก - จ

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๒

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๒

ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

๑.๑ โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ๑

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์

๒.๑ การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ๒๙

ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓.๑ จำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน ๔๖

๓.๒ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ.ฯ ๔๙

๓.๓ อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.) ๕๓

๓.๔ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ๕๙

ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๔.๑ สุขภาพเด็ก ๖๕

๔.๒ สุขภาพวัยทำงาน ๗๕

๔.๓ สุขภาพผู้สูงอายุ ๙๖

๔.๔ สุขภาพดีวิถีใหม่ ๑๐๗

ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๕.๑ Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด ๑๑๘

๕.๒ Service plan สาขาอุบัติเหตุ ๑๓๐

๕.๓ Service plan สาขามะเร็ง ๑๓๗

๕.๔ Service plan สาขาทารกแรกเกิด ๑๔๘

๕.๕ สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ๑๕๖

สารบัญ (ต่อ)

ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

๖.๑ ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล) ๑๗๔

๖.๒ การเงินการคลังสุขภาพ (วิกฤตการเงินระดับ ๗ และ ระดับ ๖ ระบบจัดเก็บรายได้) ๑๘๕

๖.๓ การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) ๑๙๖

๖.๔ องค์กรแห่งความสุข ๒๐๓

ประเด็นที่ ๗ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ๒๑๖

ภาคผนวก

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจราชการ ๒๕๔
กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ ๒๕๗
กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

คณะที่ปรึกษา ๒๗๘

คณะผู้จัดทำ ๒๗๙

บรรณาธิการ ๒๘๐

บทสรุปผู้บริหาร

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๒

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่สอดคล้องตาม ๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ได้แก่ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ กัญชาทางการแพทย์ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ได้แก่ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย ระบบธรรมาภิบาล ๓) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และ ๔) การตรวจราชการแบบบูรณการ รวมทั้งประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ เพื่อเป็นทิศทางในการตรวจติดตาม กำกับและประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขรวม ๖ คณะ และประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการ ซึ่งคณะตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ได้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ในช่วงเดือนมิถุนายน – สิงหาคม ๒๕๖๕ เสร็จสิ้นเรียบร้อย และได้มีการประชุมสรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๕ รอบที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๕ พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ : โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (อสรจ.) เป้าหมายการพัฒนา อสรจ.** เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐ ผลงานทำได้ร้อยละ ๙๘.๔๑ ยังทำได้ไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย **๒) การบริการสุขภาพช่องปาก** ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย **๓) การบริการสุขภาพจิต** ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ **๔) การป้องกันและควบคุมโรคที่สำคัญ** ด้านการคัดกรองวัณโรค เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐ ผลงานทำได้ร้อยละ ๙๙.๒๕ **ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** ๑) ควรพัฒนาระบบโปรแกรมรายงานให้เป็นแบบเดียวกันทั่วประเทศ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการด้านข้อมูลจากทุกกรม เพื่อให้ง่ายต่อการกรอกข้อมูลของพื้นที่ ๒) บูรณาการภาคีเครือข่ายจากกระทรวงยุติธรรม กรมการปกครอง กรมราชทัณฑ์ มาขับเคลื่อนร่วมกัน โดยให้เรือนจำเป็นเจ้าภาพหลัก ๓) ส่งเสริมให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และหลักสูตรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักสูตรเวชศาสตร์ราชทัณฑ์ หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ ๔ เดือน/การพยาบาลสุขภาพจิต

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์ พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางแพทย์** เป้าหมายร้อยละ ๗๐ ผลงานทำได้ร้อยละ ๙๖.๗๘ **๒) ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ** เป้าหมายร้อยละ ๗๐ ผลงานทำได้ร้อยละ ๑๐๐ **๓) สถานพยาบาลเอกชน** เป้าหมาย เขตสุขภาพละ ๓ แห่ง ผลงานผ่านเกณฑ์ **๔) ร้อยละผู้ป่วย Palliative care** เป้าหมายร้อยละ ๕ ผลงานทำได้ร้อยละ ๔.๓๕ (ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ทำผลงานได้ดี คือ เขตสุขภาพที่ ๘ ร้อยละ ๘.๙๕ รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ ๙ ร้อยละ ๗.๗๘ **๕) ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมด** เป้าหมาย เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ ผลงานเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๒๘.๘ **ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** ๑) ควรเน้นคุณภาพการใช้บริการยากัญชาทางการแพทย์ มากกว่าจำนวนตัวเลขผู้รับบริการ ๒) การให้ความรู้ของประชาชนจะช่วยให้ประชาชนเกิดความมั่นใจในการใช้กัญชามากขึ้น ๓) การชี้แจ้งการเฝ้าระวังควบคุมการใช้กัญชา สถาบันกัญชาทางการแพทย์ควรสื่อสารสาธารณะและสื่อสารกับพื้นที่เพิ่มเติม ๔) ปัญหาอุปสรรคอื่นๆ ควรให้สำนักตรวจราชการกระทรวงฯ ช่วยประสานกับกรมวิชาการ เพื่อหาวิธีแก้ไขทำให้เกิดการขับเคลื่อนต่อไป

ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน ๒) การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ๓) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๔) รพ.สต. ติดดาว** ผ่านเกณฑ์ดีมากทุกประเด็น แต่ยังคงมีการพัฒนาระบบและกลไกการสนับสนุนให้มีแพทย์ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืน โดยการเสริมสมรรถนะและองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวก่อนออกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็งให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ **ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** ๑) ควรมีระบบส่งต่อที่ดีและการสนับสนุนพื้นที่ให้มีการทำงานให้ดีขึ้น ๒) ควรเน้นเรื่องจำนวนประชาชนที่สามารถดูแลตัวเองและสามารถลดการป่วยได้ ๓) ชื่นชม พชอ. ที่มีความครอบคลุมทุกกลุ่มวัย แต่ยังมีปัญหา โดยฉพาะความร่วมมือ/ความเข้าใจของผู้บริหาร และการสื่ออสารกับหลายหน่วยงาน ควรมีการปรับปรุงต่อไป

๔. ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) สุขภาพเด็ก** องค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนตัวชี้วัด เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และสุขภาพของเด็กปฐมวัย การเข้าถึงอนามัยของแม่และเด็กนั้น เน้นเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับสติปัญญาของเด็กทาง biopsychosocial ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงาน ได้แก่ การพัฒนาการเด็ก ในกรณีที่พ่อแม่เด็กต้องย้ายถิ่นไปทำงานที่แห่งอื่นและย้ายเด็กตามไปด้วย แต่ข้อมูลของเด็กส่วนนี้จะหายไปในระบบ เพราะไม่ถูกกำกับติดตาม เห็นควรให้กรมอนามัยดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลให้ได้ทั้งประเทศ **๒) สุขภาพกลุ่มวัยทำงาน (NCD - DM HT)** สถานการณ์ของการป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๕ มีแนวโน้มการกระจายตัวที่สูงขึ้น สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าการติดตามเพื่อยืนยันและวินิจฉัยโรคสูงกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๗) และการดูแลกลุ่มโรคเบาหวาน เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการติดตามเพื่อยืนยันและวินิจฉัยโรคสูงกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐) และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐) ปัญหาที่พบ การคัดกรองค้นหากลุ่มสงสัยป่วยบางพื้นที่ดำเนินการคัดกรองล่าช้า และการโยกย้ายเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่ปฏิบัติงานบ่อยทำให้ขาดประสบการณ์ในการดำเนินงาน **สุขภาพจิต (ฆ่าตัวตายสำเร็จ)** อัตราแนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จ เมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าทุกปีที่ผ่าน (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๘) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ (ซึ่งจะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง) กลุ่มวัยทำงาน ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ตามแนวคิด TK Model ๒๕๖๐ พบว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นเมื่อ “ ๒ มี (ปัจจัยเสี่ยง, ปัจจัยกระตุ้น) ๒ ล้มเหลว (การเฝ้าระวังป้องกัน, ด่านกั้น) ๑ อ่อนแอ (ปัจจัยปกป้อง) ” หากมีเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะไม่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมว่ามีอะไรที่เป็นสัญญาณเตือนหรือไม่ มีสายด่วน Hot Line ที่สามารถดำเนินการได้ทันทีหรือไม่ และการดำเนินการทั้งหมดสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายได้หรือไม่ **๓) ผู้สูงอายุคุณภาพ** ผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การป้องกันภาวะติดบ้านติดเตียงยังไม่ครบคลุม มีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงแต่ยังต้องมีการปรับปรุงคุณภาพ โดยมีแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ สำหรับกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (Pre-Aging) และกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี (Healthy Aging) จะมีการคัดกรองสุขภาพและลงข้อมูลผ่าน Blue Book Application มีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน

โรคในผู้สูงอายุ (Wellness Plan) ในส่วนของกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย (Illness Aging) จะมีการดูแลระยะวิกฤต (Acute/Emergency care) มีการจัดบริการแบบ Fast track รวมถึงการวางแผนระยะยาว (Long Term Care) ในกลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง (Dependent Aging) ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงาน ได้แก่ การคัดกรองภาวะสุขภาพและลงข้อมูลผ่าน Blue Book Application ยังไม่ครอบคลุม อัตรากำลังบุคลากรที่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุไม่เพียงพอ มีบทบาทหน้าที่และการดำเนินงานไม่ชัดเจน **๔) สุขภาพดีวิถีใหม่** ประเด็นตรวจราชการ สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-19 เป็นการตรวจราชการตามนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ "คนไทยมีความรอบรู้สุขภาพ" ประกอบด้วยตัวชี้วัดสำคัญและสรุปผลการดำเนินงาน ดังนี้ ๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์สูงกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ ๘๐) ๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคนสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมาย ๑๐ ล้านคน) และ ๓) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ ๙๐) พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพึงประสงค์มีแนวโน้มลดลงหลังผ่อนคลายมาตรการ กิจการ/สถานประกอบการลงทะเบียนและประเมินตนแองเป็น COVID Free Setting เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนน้อย

ประเด็น ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)** พบว่า ๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๘ ผลงานทำได้ร้อยละ ๙.๔๔ ๒) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๖๐ ผลงานทำได้อยู่ที่ร้อยละ ๖๓.๔๓ ๓) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๖๐ ผลงานทำได้อยู่ที่ร้อยละ ๖๓.๓๘ ซึ่งมีการบูรณาการร่วมกับทีม NCD clinic เพื่อคัดกรองให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วย และควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด **๒) สาขาอุบัติเหตุ** อัตราการเสียชีวิตของผูปวยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๑๒ ผลงานทำได้ร้อยละ ๑๑.๗๒ **๓) สาขามะเร็ง (Cancer)** ๑) รอยละของผูปวยที่ไดรับการรักษาดวยการผาตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๗๕ ผลงานทำได้ร้อยละ ๖๓.๔๙ ๒) รอยละของผูปวยที่ไดรับการรักษาดวยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๗๕ ผลงานทำได้ร้อยละ ๗๕.๙๖ ๓) รอยละของผูปวยที่ไดรับการรักษาดวยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๖๐ ผลงานทำได้ร้อยละ ๗๕.๓๑ **๔) สาขาทารกแรกเกิด (New born)** ๑) อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่มารดาคลอดออกมาน้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม (เป้าหมาย < ๓.๖๐ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ ผลงานร้อยละ ๔.๒๗๒) เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เตียง NICU ภาพรวมเขต) เป้าหมาย ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ ผลงาน ๑ : ๓๘๘ ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดไว้ **๕) สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)** ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน ร้อยละ ๗๐ ผลงานร้อยละ ๘๒.๖๒ **ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** ๑) กรมแพทย์ควรเพิ่มการเข้าถึงพื้นที่ให้มากขึ้นอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง รวมถึงการทำงานร่วมกับกองบริหารสาธารณสุขเพื่อหาแนวทางบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างกรมแพทย์กับสาธารณสุข ๒) ผู้นิเทศควรถอดบทเรียนตัวชี้วัดจากกรมวิชาการเพื่อวิเคราะห์ให้เกิดความชัดเจนในการตรวจราชการ ๓) การดำเนินการ MOU

ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงมหาดไทยในการแลกเปลี่ยนข้อมูล สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็น ๖ ระบบธรรมาภิบาล พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)** เป้าหมายผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ โดยส่วนใหญ่เขตสุขภาพทำได้เกินเป้าหมาย แต่เขตสุขภาพที่ ๕ และเขตสุขภาพที่ ๗ ยังทำได้ไม่ถึงเป้าหมาย **๒) การเงินการคลังสุขภาพ** หน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๖ เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๔ และระดับ ๗ เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๒ และหน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ เป้าหมายร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป ทุกประเด็นผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ **๓) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT)** พบว่าทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด และมีจำนวนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน รับ-ส่งข้อมูล HIS Gateway ของแต่ละเขตสุขภาพ เป้าหมายร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป ผลงานร้อยละ ๘๙.๐๑ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย **๔) องค์กรแห่งความสุข** หน่วยงานมีการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับเขตสุขภาพ อย่างน้อย ๑ แห่ง และระดับจังหวัด อย่างน้อย ๑ แห่ง **ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** ๑) กองเศรษฐกิจและหลักประกันสุขภาพ ควรมีมาตรการหรือแผนปฏิบัติการในการกำกับติดตามการจัดซื้อการจัดเก็บรายได้ ทำเป็นข้อเสนอนำเข้าสู่คณะกรรมการบริหาร ๒) ควรทำใบสั่งซื้อทุกครั้งก่อนนำพัสดุใดๆ ออกมาใช้ เพื่อให้เป็นไปตามกลไกการจัดซื้อจัดจ้าง และมีความโปร่งใส ๓) ควรกำชับหน่วยงานที่รับผิดชอบจัดให้มีผู้จัดซื้อจัดจ้าง โดยกำหนดให้เป็นหน้าที่ต้องปฏิบัติ ๔) เงินสภาพคล่องของโรงพยาบาล สามารถนำกลับมาสร้างประโยชน์ต่อบุคลากรหรือสภาพแวดล้อมที่จำเป็นในการให้บริการ ๕) ควรจัดหาระบบจัดการความปลอดภัย เพื่อป้องกันข้อมูลรั่วไหล

ประเด็น ๗ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)** สร้างการรับรู้และความเข้าใจในพื้นที่ถึงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG มีการพัฒนาองค์ความรู้การผลิต/รับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์/การตลาด อาศัยความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชนโดยเฉพาะสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานและอยู่ภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง **๒) โครงการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์** เน้นผลิตภัณฑ์ได้มาตรฐานสามารถเพิ่มมูลค่าสินค้า มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ (ภาครัฐ/เอกชน/สถาบันการศึกษา) การสร้างแบรนด์/ออกแบบบรรจุภัณฑ์ จำหน่ายสินค้าผ่าน Platform online เพื่อขับเคลื่อนเกษตรแปรรูปตลอดห่วงโซ่อุปทานตั้งแต่การปลูก การแปรรูปและจำหน่าย **๓) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน** คนจนที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน เนื่องจากเป็นคนที่ได้รับการสำรวจว่าจน (survey-based) จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) วัดได้จากดัชนีความยากจนดัชนี MPI (Multidimensional Poverty Index) พิจารณาจาก ๕ มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่ การศึกษา รายได้ และการเข้าถึงบริการรัฐ โดยที่คนจน ๑ คน มีปัญหาได้มากกว่า ๑ ด้าน **๔) โครงการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ** มีการดำเนินการตามมาตรการที่ ๑ : การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเชิงพื้นที่เพื่อรองรับภาวะวิกฤต การสื่อสาร แจ้งเตือน และให้คำแนะนำในการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพ มีการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข การป้องกันสุขภาพจาก

มลพิษทางอากาศ โดยสร้างความรู้ ความเข้มแข็งของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ มาตรการที่ ๒ : การป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด) โดยควบคุมการปล่อยฝุ่นละออง (ตาม พรบ.สธ. ๒๕๓๕) มี พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ และรณรงค์ลดการเผา/ปล่อยฝุ่นละออง **๕) โครงการลดอุบัติเหตุทางถนน** ผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือน ก.ค. ๖๔- มิ.ย. ๖๕ เปรียบเทียบจำนวนเป้าหมายผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกับผลการดำเนินงานพบว่า เป้าหมายภาพรวมประเทศ ๑๘,๕๕๘ ราย ผล ๑๖,๖๑๔ ราย ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายทุกเขต และการเปรียบเทียบอัตราเป้าหมายผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกับผลการดำเนินงานพบว่า เป้าหมายภาพรวมประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๓๗ ต่อประชากรแสนคน ผล ๒๕.๔๘ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายทุกเขต สรุปภาพรวมของทุกจังหวัดพบว่า ๖๓ จังหวัด เป็นไปตามเป้าหมาย ส่วน ๑๔ จังหวัด มีผลสูงกว่าเป้าหมาย **๖) โครงการการพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City)** มีการดำเนินการตามเป้าหมาย ๑๔ จังหวัด ๑๒ เขตสุขภาพ เน้นการส่งเสริมการปลูกเพื่อเป็นแหล่งผลิตวัตถุดิบสมุนไพรของประเทศ การจัดบริการด้วยการแพทย์และการแพทย์ทางเลือก การเป็นแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ มีการยกระดับเมืองสมุนไพรเข้าสู่ห่วงโซ่อุปทานของประเทศ โดยมีจุดเน้นยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรทางการเกษตรและวัตถุดิบสมุนไพร/อุตสาหกรรมสมุนไพร/การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม **๗) โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี** มีการเฝ้าระวัง การป้องกัน การควบคุม และการสร้างพื้นที่ปลอดโรคฯ พบว่า ผู้เสียชีวิตไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค ควรให้ความรู้กับประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยง (สีแดง-สีเหลือง) มีการสอบสวนค้นหา-ติดตามผู้ถูกสัตว์เป็นบ้ากัด ข่วน ภายใน ๔๘ ชั่วโมง เพื่อให้ผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีนตามแนวทางเวชปฏิบัติ หลายพื้นที่ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า แต่มีผู้เสียชีวิตด้วยไข้สมองอักเสบไม่ทราบสาเหตุ (A๘๖) ซึ่งมีอาการทางสมองคล้ายกัน มีการสื่อสารให้แพทย์ส่งตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤติ/ผู้เสียชีวิต หรือสงสัยโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อ R/O Rabies ในบางพื้นที่มีการเร่งรัดการสร้างและประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

ประเด็นที่ ๑

โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๑ : โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

ประเด็นตรวจราชการ : โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
หัวข้อ / ตัวชี้วัด ๑. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ
๑.๑ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ
๑.๒ การให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์)
๒. การบริการสุขภาพช่องปาก
๓. การบริการสุขภาพจิต
๔. การป้องกันและควบคุม
๔.๑ การคัดกรองค้นหาวัณโรคในผู้ต้องขังแรกรับ
๔.๒ การดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส ตับอีกเสบซี ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ
๔.๓ เรือนจำสีขาวปลอดเชื้อ (โรคอุบัติใหม่)
๔.๔ บูรณาการการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำ

ตัวชี้วัด : ๑ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ
๑.๑ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.)

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ในการนิเทศตรวจราชการ รอบที่ ๒ กำหนดเป้าหมายให้แต่ละเรือนจำในเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ รวม ๑๒๖ แห่ง ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ทั้ง ๓ ตัว ได้แก่ ๑) มีสัดส่วน อสรจ. ตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่า ๑ ต่อ ๕๐, ๒) มีการอบรม และ/หรือ อบรมฟื้นฟู อสรจ. ๒ ครั้ง และ ๓) อสรจ. มีส่วนร่วมจัดบริการสุขภาพตามบริบทแต่ละเรือนจำ

๒) สรุปสถานการณ์

การดำเนินงานพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำใน ๑๒ เขตสุขภาพ มีเขตสุขภาพที่มีเรือนจำเป้าหมาย ผ่านตัวชี้วัด (ผ่านเกณฑ์ครบทั้ง ๓ ตัว) รวมทั้งสิ้น ๑๐ เขตสุขภาพ มีจำนวนเรือนจำเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ (ครบทั้ง ๓ ตัว) รวมทั้งสิ้น ๑๒๔ แห่ง (ร้อยละ ๙๘.๔๑) โดยแยกตามรายเกณฑ์ ได้แก่ ๑) มีสัดส่วน อสรจ. ครบตามเกณฑ์ (๑ : ๕๐) ๑๒๖ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐.๐๐), ๒) มีการอบรม และ/หรือ อบรมฟื้นฟู อสรจ. ตามเกณฑ์ ๑๒๔ แห่ง (ร้อยละ ๙๘.๔๑) และ ๓) อสรจ. มีส่วนร่วมจัดบริการสุขภาพตามบริบทแต่ละเรือนจำ ตามเกณฑ์ ๑๒๖ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐.๐๐)

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

สภาพปัญหาการดำเนินงานที่พบ ได้แก่ จำนวนการพ้นโทษ อสรจ. สูง จากเป็นผู้ต้องขังชั้นดี (๑ แห่ง) และการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเรือนจำ เป็นเหตุให้มีการจำกัดกิจกรรม (รวม ๒ แห่ง)

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

กำหนดแผนงาน และแนวทางการพัฒนา อสรจ. ได้แก่ ๑) แผนแก้ไขปัญหา (พ้นโทษ, โควิด 19) ร่วมส่งเสริม/สนับสนุน ให้เรือนจำมีการพัฒนา อสรจ. ใหม่/ฟื้นฟู อย่างต่อเนื่อง ตามบริบทแต่ละเรือนจำ, ๒) แผนคงสภาพ (เกณฑ์ : สัดส่วน อสรจ., การพัฒนา อสรจ., การสนับสนุน อสรจ.) ร่วมพัฒนาเกณฑ์การพัฒนา อสรจ. ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และ ๓) แผนพัฒนา (ผลงานเด่น/นวัตกรรม : นโยบายราชทัณฑ์,

ระบบสนับสนุน กสธ., ความร่วมมือเครือข่าย, การพัฒนาเรือนจำ) ร่วมส่งเสริม/สนับสนุน ระบบการพัฒนาเรือนจำให้มีผลงานเด่น/นวัตกรรม การพัฒนา อสรจ. อย่างต่อเนื่อง ตามบริบทแต่ละเรือนจำ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนา อสรจ. ของเรือนจำแต่ละแห่ง เพื่อให้สามารถพัฒนา อสรจ. ให้บรรลุเป้าหมาย ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

กำกับแผนการดำเนินงานเครือข่ายในแต่ละพื้นที่ ในด้านการสนับสนุนการพัฒนา อสรจ. ที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้สามารถคงสภาพสัดส่วน อสรจ. และสร้างการมีส่วนร่วมจัดกิจกรรมของ อสรจ. ให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๑.๒ การให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์)

๑) เป้าหมาย และผลงาน

การพัฒนาระบบบริการระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ กำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดบริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) ในสถานพยาบาลเรือนจำ ครบตามเกณฑ์คู่มือแนวทางพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ร้อยละ ๖๐ (โดยนับรวมการให้บริการจากแพทย์ทุกสังกัด รวมถึงการบริการผ่าน Telemedicine)

ผลงานจากการนิเทศตรวจราชการในรอบที่ ๒ พบว่า ๑) การให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) โดยนับรวมการให้บริการจากแพทย์ทุกสังกัด รวมถึงการบริการผ่าน Telemedicine จำนวน ๑๒๙ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๗.๗๓ (ไม่ผ่านเกณฑ์ ๓ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๒.๒๗), ๒) มีการเชื่อมต่อข้อมูลกับสถานพยาบาล เรือนจำ จำนวน ๑๒๔ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๓.๙๔ (ยังไม่การเชื่อมต่อข้อมูล ๑๙ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๖.๐๖) ๓) มีการรายงาน สธรจ. ๑๐๑ ทุกเดือน จำนวน ๙๓ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๗๐.๔๕ (ไม่มีการรายงาน สธรจ. ๑๐๑ จำนวน ๓๙ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๒๙.๕๕)

๒) สรุปสถานการณ์

ในภาพรวมโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการให้บริการตรวจรักษาของแพทย์และผู้ต้องขังได้รับบริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) ตามเล่มคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ครบตามเกณฑ์ โดยบางแห่งมีการปรับรูปแบบการให้บริการผ่าน Telemedicine รวมถึงบางแห่งได้รับการสนับสนุนการให้บริการตรวจรักษาจากแพทย์นอกสังกัด และส่วนใหญ่มีการเชื่อมต่อข้อมูลกับสถานพยาบาลเรือนจำ และโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการรายงาน สธรจ. ๑๐๑ ทุกเดือน ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

- เจ้าหน้าที่/บุคลากรทางการแพทย์ในเรือนจำขาดแคลน
- เนื่องจากอยู่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทางเรือนจำมีมาตรการการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ไม่ให้บุคคลภายนอกเข้าเรือนจำ การดำเนินงานจึงขาดความความต่อเนื่องในการให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์)
- การจัดเก็บข้อมูลบริการสุขภาพของผู้ต้องขัง และการรายงานผลการดำเนินการขาดความต่อเนื่อง บางแห่งยังไม่ได้มีการเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและเรือนจำ เนื่องจากข้อจำกัดด้านความมั่นคงของเรือนจำเกี่ยวกับการติดตั้งอินเตอร์เน็ตภายในสถานพยาบาลเรือนจำ ทำให้บางแห่งยังไม่สามารถดำเนินการได้ และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลของกรมราชทัณฑ์มีไม่เพียงพอ

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ปรับเปลี่ยนการบริการให้เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ลดการนำผู้ป่วยออกนอกเรือนจำโดยไม่จำเป็น เพิ่มการใช้ Telemedicine

- เสนอให้โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดทำแผนพัฒนาและมีระบบฐานข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (รพ.แม่ข่าย) / สปสช./ กรมราชทัณฑ์ เพื่อลดภาระการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ แต่ละหน่วยงานสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ร่วมกัน โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์เป็นหลัก โดยไม่เผยแพร่หรือการกระทำอันเป็นการละเมิดหรือกระทบต่อสิทธิของบุคคลตามวรรคหนึ่งหรือการนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ประโยชน์ ไม่ว่าในทางใดๆ จะกระทำมิได้ และกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ความร่วมมือในการดำเนินงานของทุกภาคส่วนและเครือข่ายในพื้นที่ร่วมกันขับเคลื่อนในรูปแบบของการมีคณะกรรมการและคณะทำงาน และกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน
- มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จนสามารถวางแผนเพื่อการบรรลุเป้าหมายได้อย่างเป็นรูปธรรม

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- พัฒนาระบบการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เป็นระบบเดียวกัน และส่งเสริมให้มีการรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานที่สม่ำเสมอและบริการทางการแพทย์

ตัวชี้วัด : ๒ การบริการสุขภาพช่องปาก

๑) เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพช่องปาก คือ ผู้ต้องขังได้รับการบริการสุขภาพช่องปากตามความเหมาะสมและบริบทของพื้นที่ โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ

๑.จำนวนผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากอย่างน้อยร้อยละ ๖๐

๒.จำนวนผู้ต้องขังได้รับบริการรักษาทางทันตกรรมอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก

ผลงานจากการนิเทศตรวจราชการในรอบที่ ๒ ในภาพรวม พบว่า ร้อยละ ๗๐.๗๖ ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก และร้อยละ ๖๖.๐๕ ผู้ต้องขังได้รับบริการรักษาทางทันตกรรม อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี ของผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก

๒) สรุปสถานการณ์

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้เรือนจำได้ประกาศงดการเข้าออกของบุคคลภายนอกทุกกรณีทำให้เป็นข้อจำกัดหลักในการเข้าไปจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำแต่ยังคงมีบริการในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน แม้กระนั้นหลายพื้นที่ได้ปรับรูปแบบบริการโดยมุ่งเน้นกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเรือนจำ เช่น ผู้ต้องขังได้รับการฝึกทักษะการตรวจฟันด้วยตนเอง ฝึกทักษะการแปรงฟัน พัฒนาศักยภาพพยาบาลในเรือนจำ และ อสรจ. ในการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง เป็นต้น รวมทั้งเกิดนวัตกรรมทันตกรรมบริการใหม่ เช่น ทันตกรรมทางไกล การเชื่อมระบบข้อมูลสุขภาพระหว่างเรือนจำกับ HDC

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

- สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่รุนแรงขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดบริการได้ตามแผน
- จำนวนผู้ต้องขังที่ต้องการรับบริการมีจำนวนมาก
- การสื่อสาร การถ่ายทอดตัวชี้วัด และประสานงานไม่ราบรื่นระหว่างสองกระทรวง เนื่องจากเรือนจำไม่ใช่หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ส่งเสริมให้กรมราชทัณฑ์พัฒนานโยบายด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น เครื่องดื่มอ่อนหวาน กิจกรรมแปรงฟัน หรือสนับสนุนยาสีฟันที่มีความเข้มข้นสูง

- พัฒนาระบบ teledentistry ในเรือนจำเพื่อสนับสนุนการบริการในอนาคต

-พัฒนาศักยภาพและเพิ่มจำนวน อสรจ.ด้านสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมมากขึ้น

- จัดทำข้อตกลงการพัฒนาร่วมกันระหว่างกรมราชทัณฑ์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการเชื่อมระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้ต้องขังระหว่างสถานพยาบาลเรือนจำกับระบบฐานข้อมูลก ระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุม

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

การพัฒนาบริการสุขภาพช่องปากแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ ตามแนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมวิถีใหม่ โดยมีการจัดการ

- ด้านบุคลากร (staff) คือการบริหารทีมทันตบุคลากรจัดบริการทันตกรรมแก่ผู้ต้องขัง หมุนเวียนทันตบุคลากรจาก รพ.แม่ข่าย สสจ. หน่วยบริการภายในจังหวัด ทันตแพทย์จิตอาสา

- ด้านระบบ (system) คือ มีระบบการคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขัง มีการจัดลำดับ/การจัดการผู้ขอรับบริการทันตกรรมตามความจำเป็น/เร่งด่วน และจำนวนเหมาะสมตามประเภทบริการและแนวทางปฏิบัติฯ มีการจัดบริการทันตกรรมป้องกันแก่ผู้ต้องขัง เพื่อป้องกันและลดการลุกลามของโรคฟันผุ

- ด้านโครงสร้าง (structure) คือการปรับปรุงห้อง และการระบายอากาศภายในคลินิกทันตกรรมในเรือนจำ

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

- ประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากมีโครงการราชทัณฑ์ฯ

- เชิญเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในเรือนจำ เข้าร่วมให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานในการนิเทศติดตามงานด้วย

- ควรเพิ่มการกำกับติดตามด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพราะเป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง

ตัวชี้วัด : ๓ การบริการสุขภาพจิต

๑) เป้าหมาย และผลงาน

กรมสุขภาพจิตในฐานะกรมวิชาการที่ดูแลรับผิดชอบ กำกับ ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของเรือนจำในด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำภายใต้โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ได้ดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา ในการดำเนินงานได้เหมาะสมกับสถานการณ์และสอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและมีสุขภาพจิตที่ดี โดยผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตแล้วพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ ๑๐๐

๒) สรุปสถานการณ์

๒.๑ ผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า ผู้ต้องขังได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตจำนวน ๑๙๔,๗๙๐ คน จากจำนวนผู้ต้องขังทั้งสิ้น ๒๘๐,๑๑๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๕๓ ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน ๖,๕๙๙ คน ได้รับการดูแลรักษา ๖,๕๙๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ปัจจุบันมีจำนวนผู้ต้องขังจิตเวชทั้งหมด ๖,๔๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๙ โดยได้รับการตรวจผ่านระบบ Telepsychiatry จำนวน ๙,๓๗๔ ครั้ง และมีจิตแพทย์หรือแพทย์เข้าตรวจภายในเรือนจำ หรือได้รับการตรวจที่โรงพยาบาล จำนวน ๑๗,๑๖๗ ครั้ง (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม๒๕๖๕) ดังนี้

เขตสุขภาพที่	(๑) จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดในเรือนจำ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕ (คน)	(๒) จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (คน)	(๓) จำนวนผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (คน)	(๔) จำนวนผู้ต้องขังที่คัดกรองและพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา (คน)	(๕) จำนวนผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งหมด (คน)	(๖) จำนวนผู้ต้องขังได้รับการตรวจผ่านระบบ Telepsychiatry (ครั้ง)	(๗) จำนวนผู้ต้องขังได้รับการตรวจโดยจิตแพทย์/แพทย์ (ครั้ง)
๑	๒๓,๓๑๕	๑๓,๔๘๕	๔๕๒	๔๕๒	๗๓๕	๗๓๕	๑,๒๐๓
๒	๑๖,๔๖๐	๘,๖๐๑	๒๕๘	๒๕๘	๓๘๒	๒๘๖	๘๘๓
๓	๘,๘๐๖	๑๐,๕๑๒	๑๘๑	๑๘๑	๒๐๖	๓๖๒	๗๖๘
๔	๔๘,๓๙๐	๒๘,๕๗๙	๑,๑๕๐	๑,๑๕๐	๑,๐๑๖	๑,๐๖๗	๒,๙๙๔
๕	๒๖,๘๒๗	๖,๙๕๘	๑๗๐	๑๗๐	๕๑๒	๑,๕๖๕	๑,๙๕๔
๖	๓๐,๗๕๙	๒๒,๘๘๔	๑,๕๓๒	๑,๕๓๒	๔๘๖	๓๕๘	๑,๔๙๙
๗	๑๒,๙๖๔	๑๒,๘๒๘	๒๔๙	๒๔๙	๔๕๘	๑,๓๖๐	๑,๒๗๕
๘	๑๗,๕๓๒	๑๔,๕๗๑	๓๙๙	๓๙๙	๕๘๗	๑,๒๓๗	๑,๕๑๓
๙	๒๔,๕๕๕	๒๐,๘๑๓	๒๗๕	๒๗๕	๔๕๙	๔๔๐	๗๔๘
๑๐	๑๒,๑๙๓	๑๓,๗๑๒	๕๙๙	๕๙๙	๔๕๓	๙๐๘	๑,๒๐๙
๑๑	๓๕,๗๑๘	๒๓,๓๘๑	๔๑๒	๔๑๒	๕๗๕	๔๔๙	๑,๕๙๙

เขตสุขภาพที่	(๑) จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดในเรือนจำ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕ (คน)	(๒) จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (คน)	(๓) จำนวนผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (คน)	(๔) จำนวนผู้ต้องขังที่คัดกรองและพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา (คน)	(๕) จำนวนผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งหมด (คน)	(๖) จำนวนผู้ต้องขังได้รับการตรวจผ่านระบบ Telepsychiatry (ครั้ง)	(๗) จำนวนผู้ต้องขังได้รับการตรวจโดยจิตแพทย์/แพทย์ (ครั้ง)
๑๒	๒๒,๕๙๗	๑๘,๔๖๖	๙๒๒	๙๒๒	๕๗๐	๖๐๗	๑,๕๒๒
รวม	**๒๘๐,๑๑๖**	**๑๙๔,๗๙๐ (๖๙.๕๓%)**	**๖,๕๙๙ (๓.๓๘%)**	**๖,๕๙๙ (๑๐๐%)**	**๖,๔๓๙ (๒.๒๙%)**	**๙,๓๗๔**	**๑๗,๑๖๗**

หมายเหตุ: (๑) และ (๕) ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

(๒), (๓), (๔), (๖) และ (๗) ข้อมูลสะสมตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕

๒.๒ จากการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ ๒ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – กรกฎาคม ๒๕๖๕) พบว่า เรือนจำมีการคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ต้องขังแรกรับรายใหม่ทุกราย โดยใช้แบบประเมิน PMHQ-Thai หากพบผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือพบภาวะอันตราย มีการส่งประเมินสุขภาวะสุขภาพจิตซ้ำและส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษาทันที ในเรือนจำบางแห่งมีการตรวจรักษาสุขภาพจิตผู้ต้องขังทุกเดือนหรือ ๓ เดือน/ครั้ง โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับเรือนจำนำร่องมีการให้บริการตรวจรักษาและให้คำปรึกษาบำบัดรักษาแก่ผู้ต้องขังที่มีภาวะเครียด/ซึมเศร้ารวมถึงการเจ็บป่วยทางจิตเวชผ่านทางระบบ Telepsychiatry เรือนจำบางแห่งอยู่ระหว่างการพัฒนาระบบ Telepsychiatry ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยนอกเรือนจำ ปัจจุบันมีเรือนจำที่มีระบบและให้การบำบัดรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry แล้ว จำนวน ๙๒ แห่ง จากเรือนจำทั้งหมด ๑๔๓ แห่งทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๓๓ ส่งผลให้ผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ภายในเรือนจำยังมีระบบเพื่อนช่วยเพื่อนจากอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) ให้การดูแลและช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น ปี ๒๕๖๕ เริ่มมีการติดตามผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยพบว่า ผู้ต้องขังจิตเวชพ้นโทษจำนวน ๒,๓๒๗ คน ได้รับการติดตามจำนวน ๒๗๐ คน (ตุลาคม ๒๕๖๔ - กรกฎาคม ๒๕๖๕) รวมทั้งมีการบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของกรมสุขภาพจิต

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

- โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลแม่ข่าย พร้อมให้บริการตรวจรักษาผู้ต้องขังผ่านระบบ Telepsychiatry แต่ยังมีเรือนจำที่ยังไม่สามารถให้บริการได้ จำนวน ๕๑ แห่ง เนื่องจากติดปัญหา เช่น ไม่มีสัญญาณอินเตอร์เน็ต สัญญาณอินเตอร์เน็ตไม่เสถียร เป็นต้น

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- เพิ่มศักยภาพทุกเรือนจำให้มีบริการตรวจรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry และให้บริการตรวจผู้ต้องขังจิตเวชทางไกลผ่านระบบ Telepsychiatry ในรายที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน

- ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชโดยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้ต้องขังระหว่างสถานพยาบาลเรือนจำและระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขให้สะดวกต่อการใช้งาน พร้อมทั้งจัดประชุมชี้แจงการใช้งานระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเห็นควรผลักดันให้มีการบันทึก

ข้อมูลลงบนฐานข้อมูลนิติจิตเวชอย่างเป็นระบบเพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ต้องขังจิตเวชในการเข้าถึงบริการและได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการและความร่วมมือ ทั้งโรงพยาบาลในพื้นที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่
- ความเข้มแข็งของเรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายทำให้มีการจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ระบบกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการฯ ของกระทรวงสาธารณสุข

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- ติดตามแผนการดำเนินงานการจัดบริการบำบัดรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry ในเรือนจำ
- ติดตามการบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชลงบนฐานข้อมูลนิติจิตเวชของกรมสุขภาพจิต

ตัวชี้วัด : ๔ การป้องกันและควบคุมโรค

๔.๑ การดำเนินการคัดกรองค้นหาวัณโรค

๑) เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมาย : การคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังแรกรับและผลการดำเนินงานร้อยละ ๑๐๐

ผลงาน : ผลการดำเนินงานคัดกรองค้นหาวัณโรคในผู้ต้องขังแรกรับ

ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองวัณโรคร้อยละ ๙๙.๒๕ โดยจำนวนผู้ต้องขังแรกรับทั้งหมด ๙๒,๗๗๗ ราย ได้รับการคัดกรองอาการ ๙๒,๐๗๘ ราย ซึ่งผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) จำนวน ๘๗,๒๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๔ (๘๗,๒๑๖/๙๒,๗๗๗ ราย)

เป้าหมาย : การดำเนินงานการคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังรายเก่า ปีละ ๑ ครั้ง อย่างน้อยร้อยละ ๙๐

ผลงาน : ผลการดำเนินงานการคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังรายเก่า

ผู้ต้องขังรายเก่าได้รับการคัดกรองวัณโรคร้อยละ ๙๖.๑๕ โดยจำนวนผู้ต้องขังรายเก่าทั้งหมด ๑๗๔,๘๘๘ ราย ได้รับการคัดกรองอาการ ๑๖๘,๑๕๙ ราย ซึ่งผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) จำนวน ๑๖๖,๓๑๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๐๙ (๑๖๖,๓๑๔/๑๗๔,๘๘๘ ราย)

ผู้ต้องขังป่วยเป็นวัณโรคและได้รับการรักษา จำนวน ๑,๓๖๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๒ จากจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ ๙.๕ จากผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค

หมายเหตุ*

- ข้อมูลการคัดกรองวัณโรค มาจากโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National TB Information Programmer: NTIP) https://tbcmthailand.ddc.moph.go.th/ ข้อมูล ณ วันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๕
- ข้อมูลจำนวนผู้ต้องขังกลางปี จากกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ http://www.correct.go.th/rt๑๐๓pdf/report_index.php

๒) สรุปสถานการณ์

ผู้ต้องขังเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญต่อการป่วยเป็นวัณโรคและวัณโรคดื้อยา เนื่องจากในเรือนจำมีข้อจำกัดทางด้านโครงสร้าง การเพิ่มขึ้นของผู้ต้องขังที่มีการย้ายเข้า ออก ตลอดเวลา ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ต้องขังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่เรือนจำในประเทศไทยสามารถรองรับผู้ต้องขังได้ประมาณ

๒๐๐,๐๐๐ คนเท่านั้น ทำให้สัดส่วนของผู้ต้องขังมีมากกว่าที่พื้นที่เรือนจำที่กำหนดไว้ตามมาตรฐาน ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายและติดเชื้อในเรือนจำได้ง่ายและรวดเร็ว ปัจจุบันผู้ต้องขังในเรือนจำมีอุบัติการณ์วัณโรคสูงกว่าประชากรทั่วไปประมาณ ๖ - ๘ เท่า สถานการณ์วัณโรคในเรือนจำที่ผ่านมา จากข้อมูลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในเรือนจำ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒, พ.ศ. ๒๕๖๓ และ พ.ศ. ๒๕๖๔ พบผู้ต้องขังป่วยวัณโรคจำนวน ๔,๐๑๘ คน, ๓,๖๐๙ คน และ ๒,๙๒๒ คน คิดเป็นอัตราอุบัติการ (incidence rate) ๑,๓๐๒.๓๒, ๑,๒๒๓.๖๕ และ ๑๕๐๕.๕๐ ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๓) ซึ่งการแพร่ระบาดของวัณโรคส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง และยังส่งผลกระทบต่อบุคลากรในเรือนจำ หลักการสำคัญของการควบคุมวัณโรคในเรือนจำ คือ การคัดกรองวัณโรคในเรือนจำ โดยการค้นหาผู้ป่วยให้พบเร็วที่สุดและรีบรักษาให้หายขาด เพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจากได้มีการส่งเสริมการดำเนินงานผ่านนโยบายการเร่งรัดค้นหาวัณโรคในเรือนจำ จึงทำให้พบผู้ป่วยวัณโรค เข้าสู่ระบบรายงานเพิ่มมากขึ้น และในเรือนจำยังมีผลการรักษาสำเร็จประมาณร้อยละ ๙๐

การดำเนินงานควบคุมวัณโรคในเรือนจำของประเทศไทย มีการดำเนินการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคทั้งการค้นหาแบบเชิงรุก (Active case finding) และการตรวจแบบตั้งรับ (patient-initiated pathway) โดยเฉพาะการค้นหาแบบเชิงรุกที่ดำเนินการคัดกรองประจำปีด้วยการเอกซเรย์ทรวงอก (CXR) ในผู้ต้องขังทุกรายตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ต่อเนื่องทุกปี ซึ่งพบผู้ป่วยวัณโรคเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันมีการนำรถเอกซเรย์เข้าไปคัดกรองวัณโรคในเรือนจำทุกเดือน ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อ ชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ที่ครอบคลุมทุกเรือนจำ โดยดำเนินการคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังเข้าใหม่ทุกราย (ในระยะเวลา ๑ เดือน) และผู้ต้องขังรายเก่า ในเรือนจำช่วยให้พบผู้ป่วยวัณโรคได้เร็วขึ้น ทำให้ผู้ต้องขังมีสิทธิและความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ลดข้อจำกัดในการตรวจวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบการรักษาวัณโรคที่เร็วขึ้น อันเป็นการตัดวงจรการแพร่เชื้อวัณโรคและลดความเหลื่อมล้ำของสังคม สร้างโอกาสความเสมอภาคและความเท่าเทียมตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

- การจำแนกข้อมูลจำนวนผู้ต้องขังแรกรับ และผู้ต้องขังเก่า ควรมีการบูรณาการระหว่างกรมราชทัณฑ์และการมควบคุมโรคในการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อให้เกิดความสอดคล้องในการดำเนินการและได้ข้อมูลการดำเนินงานที่เป็นปัจจุบัน
- สถานการณ์การระบาดของโรคติดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) มีการจำกัดการเข้าออกเรือนจำ ทำให้การดำเนินงานด้วยการเอกซเรย์ปอดไม่สามารถดำเนินการได้
- ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังบุคลากรในการคัดกรอง และการวางแผนการใช้รถเอกซเรย์ และข้อจำกัดด้านบริบทของเรือนจำในพื้นที่

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- การติดตามและการนำเข้าข้อมูลรายงานผลการดำเนินงาน ควรมีการนำเข้าจากแหล่งข้อมูลเดียว และสามารถตรวจสอบได้และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้
- การจัดทำแผนการคัดกรองวัณโรคให้ครอบคลุมและจัดระบบการวินิจฉัยรักษาให้เร็วขึ้น
- การดำเนินการสอบสวนโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมห้อง เมื่อตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ
- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ และอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ เพื่อมีส่วนร่วมและช่วยในการคัดกรองอาการ ทั้งในกลุ่มผู้ต้องทั้งหมด (แรกรับ/รายเก่า) และมีการคัดกรองบนเรือนนอน

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เป็นโครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ และเป็นนโยบายที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ จึงทำให้ได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงานเป็นอย่างดี และโครงการดังกล่าวถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองทำให้มีโอกาสเกิดความสำเร็จของผลการดำเนินงาน และเกิดผลประโยชน์สูง

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- การติดตามผลการรักษาผู้ต้องขังป่วยวัณโรค
- จัดทำแผนการดำเนินงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขตสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- สนับสนุนวิชาการ สิ่งอำนวยความสะดวก เอกสารในการคัดกรองวัณโรค และนิเทศ กำกับติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่
- การคัดกรองโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ให้รวดเร็วในผู้ต้องขังแรกรับ ภายในระยะเวลา ๑ เดือน เพื่อดำเนินการแยกผู้ต้องขังที่ป่วยวัณโรค เอ็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำ

๔.๒ การดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบซี ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

- ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองเอชไอวี ร้อยละ ๕๐
- ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองซิฟิลิส ร้อยละ ๕๐
- ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ร้อยละ ๕๐

<u>ผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑ - ๒)</u>

จำนวนผู้ต้องขังแรกรับทั้งหมด ๑๒๗ เรือนจำ ปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑ – ๓) มีจำนวนทั้งสิ้น ๙๐,๗๑๙ ราย

- ดำเนินการคัดกรองในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับจำนวน ๗๒,๐๙๙ ราย
  โดยผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองเอชไอวี ร้อยละ ๗๙.๔๘
- ดำเนินการคัดกรองในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับจำนวน ๖๓,๒๒๔ ราย
  โดยผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองซิฟิลิส ร้อยละ ๖๙.๖๙
- ดำเนินการคัดกรองในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับจำนวน ๖๐,๓๙๔ ราย
  โดยผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ร้อยละ ๖๖.๕๗

(ข้อมูล ณ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕)

๒) สรุปสถานการณ์

สถานการณ์โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเรือนจำที่ผ่านมา จากข้อมูลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเรือนจำ ปีพ.ศ. ๒๕๖๔ มีการดำเนินการคัดกรองในเรือนจำทั้งหมด จำนวน ๖๙ เรือนจำ โดยคัดกรองเอชไอวี, ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบซีในกลุ่มผู้ต้องขังคิดเป็น ร้อยละ๙๙.๑๘, ๗๑.๔๕ และ ๖๘.๙๘ ตามลำดับ พบผู้ต้องขังที่มีค่าความชุกของการมีผลการคัดกรองเอชไอวี, ซิฟิลิส และ ไวรัสตับอักเสบซี ที่ผิดปกติ คิดเป็น ๐.๘๗, ๒.๑๓ และ ๑.๘๑ ตามลำดับ(กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค,๒๕๖๔) เนื่องจากได้มีการส่งเสริมนโยบายในการส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคให้แก่กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ ด้วยชุดตรวจเลือด (Blood Test) และชุดตรวจเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจสารน้ำในช่องปาก: Oral Fluid Test (OFT) ส่งผลให้มีการนำกลุ่มผู้ต้องขังที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติในส่วน

ของเอชไอวี และซิฟิลิสเข้าสู่การรักษาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อภายในเรือนจำเป็นการสร้างโอกาส และความเสมอภาคให้กับกลุ่มผู้ต้องขังให้มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกันกับกลุ่มประชากรทั่วไปตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

- การรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ HCV ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ในปัจจุบันหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องยังไม่ได้พัฒนาระบบในการดูแลร่วมกันทำให้ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไม่ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานแนวทาง

- พื้นที่ได้รับการจัดสรรสนับสนุนชุดตรวจล่าช้า ส่งผลให้เริ่มดำเนินการตรวจคัดกรอง ๓ โรคล่าช้าตามไปด้วยเนื่องจาก มีขั้นตอนในการบวนการจัดซื้อ-จัดจ้างชุดตรวจซึ่งมีขั้นตอบและการปฏิบัติตามกฎระเบียบด้านการคลังของทางราชการ จึงต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรในการดำเนินการจนแล้วเสร็จไปยังขั้นตอนในการกระจายชุดตรวจลงสู่พื้นที่

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- เพิ่มช่องทางพิเศษในการดูแลรักษาผู้ต้องขังในสถานพยาบาลของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลพื้นที่เรือนจำแต่ละแห่ง

- จัดระบบการรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ภายในเรือนจำ/ทัณฑสถาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหลบหนี และลดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการควบคุมผู้ต้องขังป่วยออกรับการรักษาที่โรงพยาบาลภายนอก

- ควรมีแนวทางในการดูแลรักษาและติดตามผู้ติดเชื้อซิฟิลิสให้เป็นแนวทาง/มาตรฐานเดียวกัน

- การให้ความรู้เรื่องการป้องกันและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคซิฟิลิสในกลุ่มผู้ต้องขังโดยสามารถขอรับการสนับสนุนวิทยากรและสื่อต่างๆ จากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตต่างๆ

- ผู้ต้องขังติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีที่ยังไม่เข้าเกณฑ์รับยา ให้ส่งต่อข้อมูลถึงผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อประสานกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พิจารณาให้เข้าโครงการ Test & Treat

- ในการดำเนินงานปีงบประมาณต่อไป หากต้องดำเนินการคัดกรองต่อเนื่อง ควรเร่งวางแผนดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย

- ข้อจำกัดด้านสิทธิการรักษา เช่น ผู้ต้องขังต่างด้าว สิทธิข้าราชการ(ที่ไม่มีบัตรประชาชนมาด้วย) สิทธิรัฐวิสาหกิจ และสิทธิประกันสังคมนอกเขต ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการตรวจเอชไอวี ซิฟิสิส และไวรัสตับอักเสบซีได้ (ต้องสำรองจ่าย) ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. ประกันสังคม โรงพยาบาลแม่ข่ายควรปรึกษาหารือหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- เป็นโครงการพระราชดำริฯ มีนโยบายและมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงานและให้การสนับสนุนทุกด้าน

- มีการทำงานแบบสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง และมีทีมแพทย์ FM ในการเข้าดูแลรักษาผู้ต้องขัง

- มีการติดตามผล ประสานงานการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยผู้รับผิดชอบในโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ทุกภาคส่วน

- ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และภาคีเครือข่าย ทางด้านบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ

- เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ดมีระบบการติดตามการรักษาของผู้ต้องขัง ผ่าน Group Line อสม. ราชทัณฑ์ในการติดตามผู้ป่วยหลังพ้นโทษ

- เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ดมีแนวทางการดูแลรักษาและระบบการส่งต่อผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ HCV ระหว่างเรือนจำและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กอปรกับมีแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหาร และสามารถตรวจ Viral load HCV ได้และสามารถบริหารจัดการได้ภายในจังหวัด โดยผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาทุกราย

- เรือนจำจังหวัดมหาสารคามมีระบบการคีย์ข้อมูลการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีแบบออนไลน์ ซึ่งสามารถตรวจสอบสถานะการรักษาของผู้ต้องขังได้

- เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ มีโปรแกรมการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบซี ในผู้ต้องขังทุกราย และมีผลตรวจพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี มากเป็นอันดับที่ ๑ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีระบบการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงภายหลังพ้นโทษ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าไปตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- แนวทางในการดูแลรักษาและติดตามผู้ติดเชื้อซิฟิลิส
- แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี และการเบิกจ่ายค่าตรวจรักษา
- หาแนวทางการบริหารจัดการเกี่ยวกับสิทธิรักษาพยาบาลของผู้ต้องขัง กรณี สิทธิข้าราชการที่ไม่มีบัตรประชาชน สิทธิรัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคมนอกเขต และแรงงานต่างด้าว
- จัดให้มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองและการรักษาทุกโรค การประมวลผล แปรผล ผ่านระบบออนไลน์ผ่านเวบไซต์เรือนจำฯ ในระดับจังหวัด/เขต เพื่อการติดตามผลการทำงานได้โดยสะดวกทุกเครือข่าย

๔.๓ การดำเนินเรือนจำสีขาวปลอดโรค

เป้าหมายการป้องกันและควบคุมโรคที่สำคัญ คือ เรือนจำสีขาวปลอดเชื้อ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) มีการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ผู้คุมและผู้ต้องขัง โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ เรือนจำมีมาตรฐานเรือนจำสีขาวปลอดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แผนการดำเนินการเรือนจำสีขาวปลอดเชื้อฯ แผนการดำเนินการและผลการตรวจคัดกรอง รวมถึงแผน และผลการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แก่ผู้ต้องขัง (วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) ตามบริบทของแต่ละเรือนจำ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

- มีการจัดประชุมจัดทำแผนการดำเนินการเรือนจำสีขาวปลอดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- มีรายงานการประชุมและผลการดำเนินงานคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- มีรายงานการประชุมและผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

๒) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

- ยังคงมีความเสี่ยงในการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

๓) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ตรวจสอบตามมาตรฐานทุกแห่ง มีการปรับตามสถานการณ์ และข้อสั่งการจากกรมราชทัณฑ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยเน้นความปลอดภัย

๔) ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์

๔.๔ การบูรณาการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), ไข้หวัดใหญ่, หัด)

บูรณาการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และติดตามประเมินผลแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนหัด วัคซีนโควิด 19

๑) เป้าหมาย และผลงาน

- การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามมาตรการ
- วัคซีนไข้หวัดใหญ่รอการจัดสรรวัคซีน

๒) สรุปสถานการณ์

วัคซีนไข้หวัดใหญ่และวัคซีนหัดในเรือนจำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

- เรือนจำมีผู้ต้องขังเข้าใหม่เข้าออกแต่ละวันเป็นประจำจึงมีโอกาสที่จะมีคนนำเชื้อเข้าไปแพร่ในเรือนจำ หรือนำเชื้อจากเรือนจำมาแพร่ข้างนอกดังเช่นที่เกิดขึ้นในหลาเรือนจำที่ผ่านมา ดังนั้น เรือนจำทุกแห่งจึงต้องมีการจัดทำแผนการดำเนินการ เรือนจำสีขาวปลอดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)โดยมีการคัดกรองผู้ต้องขังและผู้คุมที่จะเข้าออกเรือนจำ และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับกลุ่มดังกล่าว
- ยังคงมีความเสี่ยงในการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ตรวจสอบตามมาตรฐานทุกแห่ง มีการปรับตามสถานการณ์ และข้อสั่งการจากกรมราชทัณฑ์ที่เกิดขึ้นจริงโดยเน้นความปลอดภัย และความมั่นใจของผู้ปฏิบัติงาน
- เคร่งครัดมาตรการองค์กรสำหรับเจ้าหน้าที่และบุคคลภายนอกเพื่อลดการนำเชื้อเข้าไปในแดน

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ 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.เดอะโกลเดนเกท 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

ผลการพัฒนา อสรจ. แยกตามจำนวนเรือนจำ รายเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

ลำดับ	เขตสุขภาพ	เรือนจำเป้าหมาย (แห่ง)	สรุปตัวชี้วัดรวม (ผ่านทั้ง ๓ ตัว)				๑) สัดส่วน อสรจ. ๑ : ๕๐				๒) อบรม อสรจ.๒ ครั้ง/ปี				๓) อสรจ.ร่วมจัดกิจกรรม			
			ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ	สรุป		ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ	สรุป		ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ	สรุป	
									ผ่าน	ไม่ผ่าน			ผ่าน	ไม่ผ่าน			ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑	๑	๑๓	๑๓	๙๒.๓๑	๑๒	๑	๑๓	๑๐๐.๐๐	๑๓	๐	๑๓	๑๐๐.๐๐	๑๓	๐	๑๓	๑๐๐.๐๐	๑๓	๐
๒	๒	๑๐	๑๐	๑๐๐.๐๐	๑๐	๐	๑๐	๑๐๐.๐๐	๑๐	๐	๑๐	๑๐๐.๐๐	๑๐	๐	๑๐	๑๐๐.๐๐	๑๐	๐
๓	๓	๖	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๐	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๐	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๐	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๐
๔	๔	๑๕	๑๕	๑๐๐.๐๐	๑๕	๐	๑๕	๑๐๐.๐๐	๑๕	๐	๑๕	๑๐๐.๐๐	๑๕	๐	๑๕	๑๐๐.๐๐	๑๕	๐
๕	๕	๑๐	๑๐	๙๐.๐๐	๙	๑	๑๐	๑๐๐.๐๐	๑๐	๐	๑๐	๙๐.๐๐	๙	๑	๑๐	๑๐๐.๐๐	๑๐	๐
๖	๖	๑๔	๑๔	๑๐๐.๐๐	๑๔	๐	๑๔	๑๐๐.๐๐	๑๔	๐	๑๔	๑๐๐.๐๐	๑๔	๐	๑๔	๑๐๐.๐๐	๑๔	๐
๗	๗	๖	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๐	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๐	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๐	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๐
๘	๘	๘	๘	๑๐๐.๐๐	๘	๐	๘	๑๐๐.๐๐	๘	๐	๘	๑๐๐.๐๐	๘	๐	๘	๑๐๐.๐๐	๘	๐

ลำดับ	เขตสุขภาพ	เรือนจำเป้าหมาย (แห่ง)	สรุปตัวชี้วัดรวม (ผ่านทั้ง ๓ ตัว)				๑) สัดส่วน อสรจ. ๑ : ๕๐				๒) อบรม อสรจ.๒ ครั้ง/ปี				๓) อสรจ.ร่วมจัดกิจกรรม			
			ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ	สรุป		ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ	สรุป		ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ	สรุป	
									ผ่าน	ไม่ผ่าน			ผ่าน	ไม่ผ่าน			ผ่าน	ไม่ผ่าน
๙	๙	๑๑	๑๑	๑๐๐.๐๐	๑๑	๐	๑๑	๑๐๐.๐๐	๑๑	๐	๑๑	๑๐๐.๐๐	๑๑	๐	๑๑	๑๐๐.๐๐	๑๑	๐
๑๐	๑๐	๖	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๐	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๐	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๐	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๐
๑๑	๑๑	๑๔	๑๔	๑๐๐.๐๐	๑๔	๐	๑๔	๑๐๐.๐๐	๑๔	๐	๑๔	๑๐๐.๐๐	๑๔	๐	๑๔	๑๐๐.๐๐	๑๔	๐
๑๒	๑๒	๑๓	๑๓	๙๒.๓๑	๑๒	๑	๑๓	๑๐๐.๐๐	๑๓	๐	๑๓	๙๒.๓๑	๑๒	๑	๑๓	๑๐๐.๐๐	๑๓	๐
รวม		๑๒๖	๑๒๖	๙๗.๖๒	๑๒๓	๓	๑๒๖	๙๙.๒๑	๑๒๕	๑	๑๒๖	๙๘.๔๑	๑๒๔	๒	๑๒๖	๑๐๐.๐๐	๑๒๖	๐

การวิเคราะห์สถานการณ์ แยกรายตัวชี้วัด การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. จำนวนการพ้นโทษ อสรจ. สูง เนื่องจากเป็นผู้ต้องขังชั้นดี (๑ แห่ง/กลางลำปาง) และสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในเรือนจำเป็นเหตุให้มีการจำกัดกิจกรรม (๒ แห่ง/เรือนจำกลางเขาบิน และเรือนจำอำเภอนาทวี)	- ร่วมส่งเสริมการอบรม/อบรมฟื้นฟู อสรจ. ต่อเนื่อง ตามบริบทเรือนจำ - ร่วมพัฒนาเกณฑ์ที่เหมาะสม - ร่วมพัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนา อสรจ. ของเรือนจำ เพื่อเสริมสร้างผลงานเด่น/นวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง	เรือนจำเป้าหมาย ๑๒๖ แห่ง (เรือนจำ ๑๐๖ แห่ง/ทัณฑสถาน ๑๕ แห่ง/ทัณฑสถานเปิด ๕ แห่ง (ไม่นับรวมสถานกักขังและสถานกักกัน ๖ แห่ง) การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (ผ่านเกณฑ์ครบ ๓ ตัว รวม ๑๐ เขต ได้แก่ เขต ๑, ๒, ๓, ๔, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๑) - ตามเกณฑ์ ๑๒๔ แห่ง (ร้อยละ ๙๘.๔๑) - ไม่ครบตามเกณฑ์ ๒ แห่ง (ร้อยละ ๑.๕๙)
๒. จำนวนการพ้นโทษ อสรจ. สูง เนื่องจาก เป็นผู้ต้องขังชั้นดี (๑ แห่ง/เรือนจำกลางจังหวัดลำปาง)	- เสนอ คกก.ราชทัณฑ์ฯ ระดับพื้นที่ - เสนอปรับรูปแบบของการอบรมตามบริบท - สนับสนุนการจัดกิจกรรมตามการร้องขอ	๑) สัดส่วน อสรจ. - ตามเกณฑ์ (๑ : ๕๐) ๑๒๖ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐.๐๐) - ไม่ครบตามเกณฑ์ ๐ แห่ง (ร้อยละ ๐.๐๐)
๓. สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเรือนจำ เป็นเหตุให้มีการจำกัด	- เสนอ คกก.ราชทัณฑ์ฯ ระดับพื้นที่ - เสนอปรับรูปแบบการอบรมตามบริบท	๒) อบรม อสรจ. ๒ ครั้ง/ปี - ตามเกณฑ์ ๑๒๔ แห่ง (ร้อยละ ๙๘.๔๑) - ไม่ครบตามเกณฑ์ ๒ แห่ง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
กิจกรรม (๒ แห่ง/เรือนจำกลางเขาบิน และเรือนจำอำเภอนาทวี)	- สนับสนุนการจัดกิจกรรมตามการร้องขอ	(ร้อยละ ๑.๕๙) ๓) อสรจ. ร่วมจัดกิจกรรม - ตามเกณฑ์ ๑๒๖ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐.๐๐) - ไม่ครบตามเกณฑ์ ๐ แห่ง (ร้อยละ ๐.๐๐)

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- นโยบายราชทัณฑ์ อาทิ เรือนจำสีขาว, โครงการ To be Number ๑
- ระบบสนับสนุน กสธ. อาทิ Telemedicine, Teledentist, ทันตสุขภาพ, การคัดกรองโรคต่าง ๆ
- ความร่วมมือกับเครือข่าย อาทิ ความร่วมมือกับ อปท. และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่, การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การพัฒนาของเรือนจำ อาทิ การเฝ้าระวังโควิดและโรคต่าง ๆ, การอบรมป่วยติดเตียง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช, การอบรมการปฐมพยาบาลและ CPR, การพัฒนาแกนนำ อสรจ.

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่ ร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานกรมวิชาการ นิเทศ ติดตาม กำกับการดำเนินงานเรือนจำ
สำหรับส่วนกลาง ร่วมให้คำปรึกษาหน่วยงานเครือข่ายกรมวิชาการในพื้นที่ดำเนินการตามแผน

๑.๒ การให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
บุคลากรทางการแพทย์ในเรือนจำขาดแคลน และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	- โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดทำแผนปฏิบัติงาน, หนังสือมอบหมายงาน/รายชื่อผู้รับผิดชอบ - ให้บริการตรวจรักษาของแพทย์ตามเกณฑ์คู่มือฯ และปรับรูปแบบการให้บริการผ่านระบบ Telemedicine และมีแผนการเชื่อมต่อข้อมูลกับสถานพยาบาลเรือนจำ - กำหนดผู้รับผิดชอบและส่งเสริมให้มีการรายงาน สธรจ.๑๐๑	- ผู้ต้องขังได้รับการบริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) ตามเล่ม คู่มือฯ นับรวมการให้บริการจากแพทย์ทุกสังกัด รวมถึงการบริการผ่านทาง Telemedicine ตามเกณฑ์ จำนวน ๑๒๙ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๗.๗๓ (ไม่ผ่านเกณฑ์ ๓ แห่ง คิดเป็น ๒.๒๗) - มีการเชื่อมต่อข้อมูลกับสถานพยาบาลเรือนจำ จำนวน ๑๒๔ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๓.๙๔ (ยังไม่การเชื่อมต่อข้อมูล ๑๙ แห่ง คิดเป็น ๖.๐๖) - มีการรายงาน สธรจ. ทุกเดือน จำนวน ๙๓ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๗๐.๔๕ (ไม่มีการรายงาน สธรจ. ๑๐๑ จำนวน ๓๙ แห่ง คิดเป็น ๒๙.๕๕)

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- โรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนแพทย์เวชปฏิบัติเข้าร่วมบริการหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

- เรือนจำบางแห่งส่งรายงาน สธรจ.๑๐๑ ครบทุกที่ และต่อเนื่อง

- มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ HOSXP มาใช้ในเรือนจำ เพื่อประสานงานในด้านการรักษาให้แพทย์ เจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำ และเครือข่ายบริการสุขภาพในคลินิกหมอครอบครัว

- โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับเรือนจำ พัฒนาระบบเชื่อมต่อ (ส่งต่อ) ข้อมูลสุขภาพ ส่วนการตรวจรักษาและส่งเสริมสุขภาพ โดยบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Hos-PCU ในเรือนจำและส่งออกผ่านฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ภายใต้รหัสสถานพยาบาลของเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ไว้

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่

- ติดตามการเชื่อมโยงระบบข้อมูลหน่วยงานสาธารณสุขกับเรือนจำเป็นระบบเดียว รวมถึงติดตามและประเมินความสมบูรณ์และถูกต้องของข้อมูลการรักษาและส่งเสริมสุขภาพที่ส่งในระบบ ๔๓ แฟ้ม

- ใช้ระบบ Tele Medicine ทดแทนการเข้าไปตรวจรักษาในเรือนจำ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ที่เรือนจำ จำกัดการเข้าออกของบุคคลภายนอกเพื่อป้องกันการระบาด

- โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุนการดำเนินการบันทึกข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลเรือนจำและพัฒนาระบบการบันทึกจัดเก็บข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ครอบคลุม

สำหรับส่วนกลาง

- ประสานงาน ให้คำปรึกษาหน่วยงานและเครือข่ายเพื่อให้การดำเนินการตามแผน

๒. การบริการสุขภาพช่องปาก

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
- ผู้ต้องขังจำนวนมากที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากที่ต้องได้รับการรักษา - รพ.แม่ข่ายไม่สามารถจัดแผนการให้บริการแก่ผู้ต้องขังได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการรักษา - ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เรือนจำงดการเข้า - ออก ทำให้เป็นข้อจำกัดด้านการจัดบริการ	- รพ.แม่ข่ายมีแผนการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามความพร้อมของ รพ. และบริบทของพื้นที่ ในด้านต่างๆ เช่น - กิจกรรมจัดทันตกรรมบริการ - กิจกรรมอบรม อสรจ. ด้านสุขภาพช่องปาก - กิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเรือนจำ - แผนปรับปรุงระบบระบายอากาศในคลินิกทันตกรรมในเรือนจำ	- รพ. แม่ข่ายทุกแห่งมีแผนการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำที่รับผิดชอบ ผลการดำเนินงาน - ร้อยละ ๗๐.๗๖ ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก - ร้อยละ ๖๖.๐๕ ผู้ต้องขังได้รับบริการรักษาทางทันตกรรม อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี ของผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	- ประสานหาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายร่วมจัดบริการ - จัดทำแผนเพิ่มจำนวนคลินิกทันตกรรมในเรือนจำให้ครอบคลุมทั่วประเทศ - มาตรการควบคุมหรืองดการเข้า – ออก เป็นอำนาจแต่ละเรือนจำและสถานการณ์ความรุนแรงการระบาดในแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผน	

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- อสรจ. เป็นผู้คัดกรองสุขภาพช่องปาก ผู้ช่วยทันตแพทย์ ผู้ลงข้อมูลการรักษาทางทันตกรรมในเรือนจำและผู้นำสื่อสารสุขภาพ
- บางพื้นที่เริ่มมีนโยบายเรื่องร้านค้าสงเคราะห์จำหน่ายเครื่องดื่มอ่อนหวาน
- นวัตกรรมสำหรับ อสรจ เช่น คู่มือการลงข้อมูลทันตกรรม, แบบคัดกรอง, สื่อการสอนคัดกรองสุขภาพช่องปาก เป็นต้น

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่

– ควรเพิ่มสัดส่วนการบริการด้านการส่งเสริมป้องกันโรคในเรือนจำ
- เชื่อมต่อระบบข้อมูลสุขภาพระหว่างสถานพยาบาลเรือนจำกับระบบ HDC
- ผลักดันให้สถานพยาบาลเรือนจำเป็นผู้ลงข้อมูลเอง

สำหรับส่วนกลาง

– ร่วมให้คำปรึกษาหน่วยงานเครือข่ายกรมวิชาการในพื้นที่ดำเนินการตามแผน
- ผลักดันให้กรมราชทัณฑ์พัฒนานโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีในเรือนจำ
- ผลักดันให้กรมราชทัณฑ์ดำเนินการเชื่อมต่อระบบข้อมูลสุขภาพระหว่างสถานพยาบาลเรือนจำกับระบบ HDC
- ประสานงานและร่วมกับกรมราชทัณฑ์ในการพัฒนาแนวทางการจัดบริการทันตกรรมอย่างปลอดภัยในเรือนจำ
- กำกับ ติดตาม ช่วยเหลือ ประสานงานพื้นที่และภาคีเครือข่ายเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย

๓. การบริการสุขภาพจิต

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
- เรือนจำ และ รพ.แม่ข่าย ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในผู้ต้องขังรายเก่าได้อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เนื่องจากบุคลากรน้อย	- เพิ่มศักยภาพเรือนจำ (อสรจ.) คัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิตผู้ต้องขังรายเก่าอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง - การให้บริการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้ต้องขังแรกรับรายใหม่ – รายเก่า	ผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า ผู้ต้องขังได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตจำนวน ๑๙๔,๗๙๐ คน จากจำนวนผู้ต้องขังทั้งสิ้น ๒๘๐,๑๑๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๕๓ ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน ๖,๕๙๙ คน ได้รับการดูแลรักษา ๖,๕๙๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ปัจจุบันมีจำนวนผู้ต้องขังจิตเวชทั้งหมด ๖,๔๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๙ โดยได้รับการตรวจผ่านระบบ Telepsychiatry จำนวน ๙,๓๗๔ ครั้ง และมีจิตแพทย์หรือแพทย์เข้าตรวจภายในเรือนจำ หรือได้รับการตรวจที่โรงพยาบาล จำนวน ๑๗,๑๖๗ ครั้ง (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕)

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- การส่งเสริมสุขภาพจิตในเรือนจำ โดยจัดกิจกรรมชมรม TO BE NUMBER ONE ดนตรีบำบัดเพื่อสันทนาการ ผ่อนคลายความเครียด จัดมุมปันสุข หนังสือให้ความรู้ทั่วไป มุมธรรมะสบายใจทุกเรือนจำ
- เรือนจำบางแห่งคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ต้องขังทุกรายได้ร้อยละ ๑๐๐
- ทุกเรือนจำเริ่มติดตามผู้ต้องขังหลังพ้นโทษให้เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- เรือนจำบางแห่งมีจิตแพทย์ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านระบบ Telepsychiatry เป็นประจำทุกเดือน
- พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษที่ต้องรับการดูแลรักษาต่อเนื่องให้พื้นที่ที่ผู้ต้องขังไปอาศัย
- มีการจัดแพทย์เฉพาะทางหมุนเวียนเข้าไปตรวจรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยทางเรือนจำจะคัดเลือกผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยโรคที่เหมาะสมกับแพทย์เฉพาะทางที่เข้าไปตรวจรักษา ทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการที่ดีของผู้ต้องขัง
- เรือนจำบางแห่งมีการบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของกรมสุขภาพจิตครบทุกคน (ร้อยละ ๑๐๐)

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่

- กำกับติดตามสนับสนุนให้เรือนจำสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย แนวทางและมาตรฐานที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่อง

- การปรับแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมสอดคล้องตามสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเรือนจำ, ความแออัดและสภาพแวดล้อมของเรือนจำ ทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้ง่าย, ทรัพยากรที่นำมาใช้ในงานด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19))

- พัฒนาศักยภาพให้เรือนจำในการให้บริการผ่านระบบ Telepsychiatry เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ตามเกณฑ์ และลดจำนวนผู้ต้องขังจิตเวชต้องพบแพทย์ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

- พัฒนา อสรจ. ให้สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้ต้องขังได้เบื้องต้นด้วยระบบเพื่อนช่วยเพื่อนตามบริบทของพื้นที่

- สนับสนุนจิตแพทย์และทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดร่วมให้บริการสุขภาพจิตในเรือนจำหรือตรวจผ่านระบบ Telepsychiatry เป็นประจำทุกเดือน

- สนับสนุน/พัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการให้ครอบคลุมบุคลากรทางการแพทย์ในเรือนจำและอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ด้านสุขภาพจิตเป็นประจำทุกปี

สำหรับส่วนกลาง

- เพิ่มศักยภาพทุกเรือนจำให้มีบริการตรวจรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry และให้บริการตรวจผู้ต้องขังจิตเวชทางไกลผ่านระบบ Telepsychiatry ในรายที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน

- ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชโดยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้ต้องขังระหว่างสถานพยาบาลเรือนจำและระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขให้สะดวกต่อการใช้งาน พร้อมทั้งจัดประชุมชี้แจงการใช้งานระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- เพิ่มศักยภาพเรือนจำ และ รพ.แม่ข่ายคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้ต้องขังรายเก่าอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

- วางแนวทางการติดตามผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษ โดยกรมสุขภาพจิต

๔. การป้องกันและควบคุมโรค

๔.๑ การคัดกรองค้นหาวัณโรค

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
- สถานการณ์การระบาดของโรคติดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการจำกัดการเข้าออกเรือนจำ ทำให้การดำเนินงานด้วยการเอกซเรย์ปอด ไม่สามารถดำเนินการได้	- บูรณาการงานคัดกรองวัณโรคผสานการตรวจคัดกรองวัณโรคร่วมกับการกักตัวผู้ต้องขังเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) - รับการสนับสนุนรถเอ็กซเรย์เคลื่อนที่ (Mobile X - ray) จาก	- ช่วงการระบาดของโรคติดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คัดกรองผู้ต้องขังด้วยวิธีคัดกรองอาการ ทำให้เรือนจำส่วนใหญ่สามารถคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังได้ ร้อยละ ๑๐๐

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือกรมราชทัณฑ์ - ปรับใช้แบบคัดกรองอาการแทนการ X-ray สำหรับเรือนจำที่มีปัญหาเรื่องข้อจำกัดในการเข้าถึงรถ X-ray - ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานและแนวทาง การจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานในเรือนจำทุกแห่ง	
- การคัดกรองวัณโรคยังดำเนินการไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์จากข้อจำกัดบางประการให้ผู้ต้องขังเข้าแดนปกติก่อนแล้วจึงทำมาตรวจภายหลัง	- พัฒนาระบบและรูปแบบบริการ CXR ผู้ต้องขังก่อนส่งเข้าสู่แดนปกติ	- ผสานการตรวจคัดกรองวัณโรคร่วมกับการกักตัวผู้ต้องขังเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19)
- บางเรือนจำ Treatment Coverage และการคัดกรองวัณโรคผู้ต้องขังรายเก่าต่ำกว่าค่าเป้าหมาย	- สร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้ถึงความสำคัญในการป้องกันโรค	- บางเรือนจำ Treatment Coverage และการคัดกรองวัณโรคผู้ต้องขังรายเก่าต่ำกว่าค่าเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังแรกรับ ๑๔๓ แห่ง โดยจำนวนผู้ต้องขังได้รับการคัดกรองอาการ ๒๖๐,๒๓๗ ราย ซึ่งผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) จำนวน ๒๕๓,๕๗๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๔๔ ผล X-ray ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค จำนวน ๑๔,๓๘๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๖๗ ได้รับการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ (AFB) จำนวน ๑,๙๕๘ ราย เป็นวัณโรค ๙๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๕๙ ส่งตรวจเสมหะด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular testing) หรือ X-pert จำนวน ๖,๑๕๔ ราย ผลพบเชื้อวัณโรค (MTB Detected) จำนวน ๔๖๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๔๗ ผู้ต้องขังป่วยวัณโรคและได้รับการรักษา จำนวน ๑,๓๖๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๒ จากจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ ๙.๕ จากผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- บางเรือนจำที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการป้องกันและรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTB)
- การบูรณาการงานคัดกรองวัณโรค ผสานการตรวจคัดกรองวัณโรคร่วมกับการกักตัวผู้ต้องขังเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- บางพื้นที่มีการปรับแผนช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) โดยการคัดกรองอาการผู้ต้องขัง เมื่อพบผู้ต้องขังที่มีอาการเข้าได้กับวัณโรค ดำเนินการส่งตรวจเสมหะต่อไป
- บางพื้นที่มีการประสานงานกับ กรมราชทัณฑ์ และโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการขอสนับสนุนรถเอ็กซเรย์เคลื่อนที่ (Mobile X-ray) ในการเข้ามาช่วย X-ray ผู้ต้องขังในเรือนจำ

- บางเรือนจำปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคในเรือนจำ โดยการคัดกรองผู้ต้องขังแรกรับด้วยวิธี CXR เดือนละ ๑ ครั้ง หรือ ๒-๓ เดือน/ครั้ง

- บางเรือนจำมีการบริหารจัดการห้องแยกโรคที่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย นำไปสู่การลดการแพร่กระจายของโรคได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่

- คัดกรองกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับด้วยวิธีการ CXR เพื่อป้องกันการแพร่กระจายวัณโรคก่อนเข้าสู่แดนขัง

- ติดตามผู้ต้องขังรายใหม่และรายเก่าให้ได้รับการคัดกรอง หากพบผู้ต้องขังป่วยวัณโรค ปฏิบัติตามแนวทางการติดตามการรักษาทั้งขณะอยู่ในเรือนจำและเมื่อพ้นโทษ

- ติดตาม จัดเก็บ รวบรวมข้อมูล และรายงานข้อมูลผู้ป่วยลงในระบบ NTIP

- จัดทำแนวทางการบริหารจัดการรถเอ็กซเรย์เคลื่อนที่ (Mobile X-ray) เพื่อใช้ในการดำเนินการคัดกรองวัณโรคผู้ต้องขัง

- เฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ และผู้ต้องขังที่มีการรับย้ายมาจากเรือนจำอื่น หากผู้ต้องขังมีอาการเข้าได้กับวัณโรค ดำเนินการส่งตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี CXR/ AFB/ Xpert ต่อไป

- การรายงานข้อมูลการคัดกรองวัณโรคให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากข้อมูลเป็นฐานข้อมูลระดับประเทศที่สำคัญสำหรับส่วนกลาง

สำหรับส่วนกลาง

- บูรณาการการติดตามข้อมูล และสถิติผู้ต้องขังเข้าใหม่ กับกรมราชทัณฑ์

- สนับสนุนวิชาการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ทั้งในระดับส่วนกลาง และภูมิภาค

- สนับสนุนเอกสารสำหรับการดำเนินการคัดกรอง เช่น ทะเบียน Register 01, 03 TBP1 และสมุดบันทึกสุขภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับพื้นที่

- แผนการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานวัณโรค

๔.๒ การดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ตับอักเสบซี ซิฟิลิส

จำนวนผู้ต้องขังแรกรับทั้งหมด ๑๒๗ เรือนจำ ปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑ – ๓) มีจำนวนทั้งสิ้น ๙๐,๗๑๙ ราย ดำเนินการคัดกรองเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับจำนวน ๗๒,๐๙๙ ราย โดยผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองเอชไอวี ร้อยละ ๗๙.๔๘ ดำเนินการคัดกรองซิฟิลิสในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับจำนวน ๖๓,๒๒๔ ราย โดยผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองซิฟิลิส ร้อยละ ๖๙.๖๙ ดำเนินการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับจำนวน ๖๐,๓๙๔ ราย โดยผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ร้อยละ ๖๖.๕๗ โดย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
- การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการคัดกรองเอชไอวี ในเรือนจำยังทำได้ไม่ครบทุกแห่ง เนื่องจากติดสถานการณ์การระบาดของโรคติด	- ดำเนินการคัดกรองตามแบบฟอร์มที่กำหนดเพื่อหาความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจสารน้ำจากหลอด	- ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบซี ร้อยละ ๕๐ โดยได้รับการสนับสนุนชุดตรวจจากกรมควบคุมโรค สปสช.

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สามารถเข้าดำเนินการเจาะเลือดได้ ทำให้ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ ได้รับการวินิจฉัย และเริ่มการรักษาล่าช้า ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อ และเพิ่มโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อได้ - การคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ได้รับการสนับสนุนชุดตรวจไม่เพียงพอต่อกลุ่มเป้าหมาย การดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบซี บางเรือนจำยังไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน	เลือดดำ (vein) หรือการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว (Blood screening test) หรือการตรวจจากสารน้ำในช่องปาก (Oral fluid screening test) - ตรวจไวรัสตับอักเสบซี และซิฟิลิส ในผู้ต้องขังแรกรับ ด้วยวิธีการตรวจสารน้ำจากทางหลอดเลือดดำ (vein) หรือการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว (Blood screening test) - ตรวจเลือดคัดกรองค้นหาเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบซี โดยส่งตรวจกับโรงพยาบาลแม่ข่าย - มีแผนการบริหารจัดการการจัดบริการการตรวจคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบซี ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับในเรือนจำที่รับผิดชอบ - รายงานสรุปจำนวนผู้ต้องขังแรกรับที่ได้รับการตรวจคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบซี ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ได้รับความร่วมมือในการคัดกรองจากรพ.แม่ข่าย, NGO - มีการรายงานผลการคัดกรองตามแบบฟอร์ม (ยังไม่ครอบคลุมทุกเรือนจำ) - เรือนจำบางแห่งสามารถตรวจคัดกรองได้ก่อนส่งเข้าสู่แดนปกติ โดยผสานกับการกักตัวเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จึงสามารถดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรอง
- ผู้ตองขังสวนหนึ่งไมตรวจเลือดเนื่องจากกลัวไดรับผลกระทบจากการติดเชื้อ	- ให้สุขศึกษา คำปรึกษา คำแนะนำในการป้องกันโรค และบริการให้คำปรึกษาด้วย Counseling Techniques เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และไวรัสตับอักเสบซี	- ผลการดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบซี ประจำปี ๒๕๖๕ (ประจำไตรมาสที่ ๑ - ๓) ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับทั้งหมด จำนวน ๙๐,๗๑๙ ราย คัดกรองเอชไอวี จำนวน ๗๒,๐๙๙ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๔๘ คัดกรองซิฟิลิส จำนวน ๖๓,๒๒๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๖๙ และคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี จำนวน ๖๐,๓๙๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๕๗ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาตานไวรัส สวนหนึ่งไมสามารถกดเชื้อไวรัสเอชไอวีได - การคัดกรองโรคติดต่อสำคัญคือ HIV, Syphilis และ HCV ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับยังดำเนินการไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ป้องกันการนำโรคติดต่อเข้าในเรือนจำจากข้อจำกัดบางประการทำให้ต้องให้ผู้ต้องขังรายใหม่เข้า	- ทบทวนหาสาเหตุการกินยาตานไวรัสเอชไอวี แลวไมสามารถกดเชื้อไวรัสได และจัดทำแผนการดำเนินงานแกไข - บูรณาการดำเนินงานกับหนวยงานที่เกี่ยวข่องในพื้นที่ ในชวงสถานการณโควิดผอนคลาย - ตรวจคัดกรองเอชไอวี ซิฟลิส และตับอักเสบซี ให่ครอบคลุมผูตองขังเพิ่มขึ้นมากกวาเปาหมายที่กำหนดจนครบทุกคนทุกกลุมจะเป็นการตัดชองทางการแพรระบาดของโรค - เรือนจำและโรงพยาบาลแมขายควรจัดทำแผนใหมีการสนับสนุนชุดตรวจเพิ่มทุกๆ ป เพื่อใหครอบคลุมผูต้องขังทุกรายในเรือนจำ - พัฒนาระบบและรูปแบบบริการให้สามารถคัดกรองโรคติดต่อสำคัญในผู้ต้องขังแรกรับและการเจาะเลือดดตรวจ HIV Syphilis HCV ก่อนส่งเข้าสู่แดนปกติ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยตรวจพบโรคติดต่อเหล่านี้ และรักษาทำให้ป้องกันโรคติดต่อเข้าไประบาดในเรือนจำตลอดจนติดตามผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- มีการทำงานแบบภาคีเครือข่ายและได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงานและให้การสนับสนุนทุกด้าน
- มีการบูรณาการร่วมกับโครงการอื่นที่มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน
- การให้ความรวมมือระหวางเรือนจำและหนวยงานที่เกี่ยวของ
- โรงพยาบาลแมขายให้การสนับสนุนชุดตรวจ
- มีการทำงานแบบสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง และมีทีมแพทย์ FM ในการเข้าดูแลรักษาผู้ต้องขัง
- รางวัลรองชนะเลิศระดับประเทศ เรือนจำองค์กรเข้าใจเอดส์ ปี ๒๕๖๒ (เรือนจำมหาสารคาม)

- รางวัลดีเด่น เรือนจำคืนคนดีสู่สังคม ในการคัดกรองโรคเอดส์และโรคซิฟิลิส ได้อันดับหนึ่งของประเทศประจำปี ๒๕๖๓ (เรือนจำมหาสารคาม)

- . เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ดมีระบบการติดตามการรักษาของผู้ต้องขัง ผ่าน Group Line อสม. ราชทัณฑ์ ในการติดตามผู้ป่วยหลังพ้นโทษ

- เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ดมีแนวทางการดูแลรักษาและระบบการส่งต่อผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ HCV ระหว่างเรือนจำและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กอปรกับมีแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหาร และสามารถตรวจ Viral load HCV ได้และสามารถบริหารจัดการได้ภายในจังหวัด โดยผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาทุกราย

- เรือนจำจังหวัดมหาสารคามมีระบบการคีย์ข้อมูลการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีแบบออนไลน์ซึ่งสามารถตรวจสอบสถานะการรักษาของผู้ต้องขังได้

- เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ มีโปรแกรมการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบซี ในผู้ต้องขังทุกราย และมีผลตรวจพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี มากเป็นอันดับที่ ๑ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีระบบการดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงภายหลังพ้นโทษ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าไปตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

- เรือนจำจังหวัดชัยนาท และ ทัณฑสถานเปิดหนองน้ำขุ่นคัดกรองเอช ไอ วี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบซี(ผู้ต้องขังแรกรับ)ได้ ๑๐๐%

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่

- การดำเนินงานในพื้นที่ควรมีผู้รับผิดชอบงานเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไวรัสตับอักเสบซี มีส่วนร่วมในการวางแผนและติดตามการดำเนินงาน

- พิจารณาการรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ตามแนวทางการรักษา

- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ระหว่างเรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายตามแนวทางการรักษา

- ติดตามการดูแล รักษา ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบซี ที่ย้ายเรือนจำ/ปล่อยตัว

- มีการรายงานและส่งผลการคัดกรองตามแบบฟอร์มอย่างต่อเนื่อง

- ควรมีแนวทางในการดูแลรักษาและติดตามผู้ติดเชื้อซิฟิลิสเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

- ควรมีแนวทางการบริหารจัดการเกี่ยวกับสิทธิรักษาพยาบาลของผู้ต้องขัง กรณี สิทธิข้าราชการที่ไม่มีบัตรประชาชน สิทธิรัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคมนอกเขต และแรงงานต่างด้าว

- ควรมีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ต้องขังติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี เพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

- การดำเนินการคัดกรอง HIV ให้คำปรึกษาการคัดกรอง HIV ผู้ต้องขังแรกรับทุกรายเพื่อสร้างแรงจูงใจในการตรวจเพิ่มมากขึ้น

- การดำเนินการคัดกรองซิฟิลิส รพ.แม่ข่ายและเรือนจำควรมีแผนสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจ

- สสจ. /รพ.แม่ข่ายและเรือนจำ จัดทำแนวทางส่งต่อผู้ต้องขังที่ผลคัดกรอง HCV Positive

- ให้ รพ.แม่ข่ายเป็นผู้ส่งตรวจ HCV RNA Viral load ที่ รพ.สุราษฎร์ธานี

- รพ.แม่ข่าย ประเมินค่าทำงานของตับได้เองโดยใช้ค่า APRI Score หรือ FIB-๔ Score

- ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การรักษาให้ส่งพบแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารของโรงพยาบาลและใช้ระบบ Telemedicine ในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ต้องขังกับแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหาร จากการคัดกรอง HCV ในผู้ต้องขังแรกรับ

- ผู้ต้องขังที่มีผลคัดกรอง HCV Positive พยาบาลเรือนจำและเจ้าหน้าที่ รพ.แม่ข่าย ควรเจาะลึกประวัติในอดีตเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดชนิดฉีด หากเคยใช้เพียง ๑ ครั้ง ก็ถือว่าอยู่ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด

(PWID) ซึ่งหากเป็นกลุ่ม PWID รพ.แม่ข่าย สามารถเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ จาก สปสช. ในโปรแกรม Nap plus ได้ (กรณีผู้ต้องขังที่มีผลคัดกรอง HCV Positive ที่ไม่ใช่ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (PWID) หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี สคร. ๑๑ ประสานกองโรคเอดส์ฯ เข้าร่วมโครงการดูแลรักษา HCV ของสมาคมโรคตับและกองโรคเอดส์ฯ ที่จะสนับสนุนค่าตรวจ HCV Viral load ให้กับผู้ต้องขังที่ไม่สามารถเบิกชดเชยผ่าน Nap plus ได้)

สำหรับส่วนกลาง

- มีการชี้แจงตัวชี้วัด การดำเนินงาน การรายงานผลที่ชัดเจน ให้แต่ละแห่งมีความเข้าใจตรงกัน
- การสนับสนุนชุดตรวจควรเพียงพอกับจำนวนผู้ต้องขังที่ต้องได้รับการคัดกรองให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรและจัดส่งชุดตรวจให้ทันต่อการเริ่มดำเนินการคัดกรองของเรือนจำ
- การผลักดันนโยบาย สิทธิประโยชน์ในการรักษาไวรัสตับอักเสบซีให้ครอบคลุม
- กระทรวงสาธารณสุข/กรมราชทัณฑ์
- ชี้แจงความชัดเจนในการดำเนินงานให้กับทางเรือนจำรับทราบ เน้นย้ำในกิจกรรมที่สำคัญ การรายงานผลตามระยะเวลาที่กำหนด
- มีแนวทางการดูแลผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีที่ชัดเจน
- การสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมในการคัดกรองโรคติดต่อ (HIV HCV SY)
- ปัญหาระบบการบันทึกข้อมูลบริการสุขภาพในเรือนจำ เนื่องจากมีน้อย ไม่เพียงพอต่อปริมาณงาน จึงขอพิจารณาจ้างเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลให้กับสถานพยาบาลในเรือนจำ
- จัดให้มีการบันทึกข้อมูล ประมวลผล แปรผล ผ่านระบบออนไลน์ ในระดับจังหวัด/เขต เพื่อการติดตามผลการทำงานได้โดยสะดวก

๔.๓ การดำเนินงาน เรือนจำสีขาวปลอดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เป้าหมายการป้องกันและควบคุมโรคที่สำคัญ คือ เรือนจำสีขาวปลอดเชื้อ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) มีการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ผู้คุมและผู้ต้องขัง โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ เรือนจำมีมาตรฐานเรือนจำสีขาวปลอดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แผนการดำเนินการเรือนจำสีขาวปลอดเชื้อฯ แผนการดำเนินการและผลการตรวจคัดกรอง รวมถึงแผน และผลการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แก่ผู้ต้องขัง (วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) ตามบริบทของแต่ละเรือนจำ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
- ยังพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ต้องขังรายใหม่และผู้ต้องขังแดนใน	- มีประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้องวางแผนการบูรณาการร่วมกัน ในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญให้ครอบคลุมทั้งผู้ต้องขังรายเก่าและรายใหม่ - มีรายงานการประชุม และผลการดำเนินงาน คัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	- ทุกเรือนจำมีแผนดำเนินการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้ต้องขังและผู้คุม - ทุกเรือนจำมีแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้ต้องขังและผู้คุม ในเรือนจำ - การปรับวิธีการตรวจรักษาโดยสามารถใช้เทคโนโลยีเพื่อให้ผู้ต้องขัง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	- มีแผนการดำเนินงานมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค ตามมาตรการเรือนจำ สีขาว ปลอดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ในเรือนจำได้รับการรักษา การดูแล และได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ผ่านทางไลน์แอพพลิเคชั่น เป็นระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำวิถีใหม่ (New Normal Medical Service)
- ผู้ต้องขังรายใหม่บางรายยังไม่เคยได้รับวัคซีนโควิด 19 และยังรับไม่ครบตามเกณฑ์	- เร่งรัดการฉีดวัคซีนในกลุ่มผู้ต้องขัง เข็ม ๑, ๒ ให้ครบ ๑๐๐% เข็มกระตุ้นให้ครอบคลุมมากกว่า ๘๐ % โดยเน้นในกลุ่ม ๖๐๘	- เจ้าหน้าที่ และผู้ต้องขังในเรือนจำได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ครอบคลุมเข็มกระตุ้นเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด - มีมาตรการแยกกักผู้ต้องขังรายใหม่ รับโอน-ย้ายและผู้ต้องขังที่ออกนอกเรือนจำ เป็นเวลาอย่างน้อย ๑๐-๑๗ วัน และสุ่มตรวจ ATK day ๐,๕,๑๐ - มีการดำเนินมาตรการเฝ้าระวังป้องกันโรคภายในเรือนจำโดยการสุ่มตรวจคัดกรองเจ้าหน้าที่ ผู้ต้องขังที่มีอาการ และผู้ต้องขังกลุ่มเปราะบาง - มีการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ สำหรับแยกกัก และรองรับกรณีเกิดการแพร่ระบาดในเรือนจำ - สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัดกำหนด และมีการประเมินตนเองและดำเนินมาตรการเรือนจำสีขาวอย่างต่อเนื่อง

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- ดำเนินงานตามมาตรการเรือนจำสีขาวยังไม่มีผู้ต้องขังติดเชื้อ รอบที่ ๒ (อำนาจเจริญ)
- มีการคัดกรองแยกผู้ติดเชื้อและป้องกันการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง
- มีการคัดกรองและแยกผู้ติดเชื้อทาHI และ OPSI ในเรือนจำ (อุบลราชธานี)

- มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยทั่วไป กลุ่ม ๖๐๘ เป็นผู้ป่วยกลุ่มเขียว เหลือง แดง (ยโสธร)
- ดำเนินงานตามมาตรการเรือนจำสีขาวยังไม่มี ผตข.ติดเชื้อ รอบที่ ๒ (อำนาจเจริญ)
- มี SOPs มาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค COVID - 19 สำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (มุกดาหาร)
- รพ.กันทรลักษ์มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และบุคลากรในการป้องกันควบคุมโรค (ศรีสะเกษ)

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่

- การถอดบทเรียนการเกิด COVID - 19 เตรียมพร้อมรับสถานการณ์การแพร่ระบาด
- มีการดำเนินงานให้วัคซีนป้องกันโควิด 19 ตามแนวทางปฏิบัติการให้วัคซีนโควิด 19 ในเรือนจำ และความครอบคลุมการให้วัคซีนในเจ้าหน้าที่ ผู้ต้องขังกลุ่มเสี่ยงต่อการทำให้เกิดการระบาด และกลุ่มเปราะบาง
- มีการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคในกลุ่มเจ้าหน้าที่เรือนจำ และกลุ่ม อสรจ. และผู้ต้องขังกลุ่มเปราะบางอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคแดนใน
- เน้นความครอบคลุมวัคซีนครบโดสและเข็มกระตุ้น ตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุข โดยให้สำรวจประวัติ วัคซีนของผู้ต้องขังเข้าใหม่ทุกราย ถ้าผู้ต้องขังยังได้รับวัคซีนไม่ครบ (รวมถึงเข็มกระตุ้น) ให้ดำเนินการฉีด

สำหรับส่วนกลาง

- สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้สามารถดำเนินการได้ตามแนวทาง และมาตรฐานที่กำหนด
- ให้คำปรึกษา หน่วยงานและเครือข่ายเพื่อให้การดำเนินการได้ตามแนวทาง และมาตรฐานที่กำหนด

๔.๔ บูรณาการการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำ

บูรณาการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และติดตามประเมินผลแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนหัด วัคซีนโควิด 19

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
- ยังคงมีความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	- ตรวจสอบตามมาตรฐานทุกแห่ง และมีการปรับตามสถานการณ์และข้อสั่งการจากกรมราชทัณฑ์ที่เกิดขึ้นจริงโดยเน้นความปลอดภัยและความมั่นใจของผู้ปฏิบัติงาน - ตรวจสอบประวัติวัคซีนผู้ต้องขังแรกรับ และวางแผนการให้วัคซีนเข็มกระตุ้นร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	- มีระบบจัดการตามมาตรฐานห้องแยกกักโรคได้ตามมาตรฐาน และมีความเพียงพอทุกแห่งแยกกัก ๕ วัน เมื่อผล ATK เป็นลบ เข้าสู่ Buffer Zone อีก ๗-๑๐ วัน - ทุกแห่งให้ความสำคัญกับ อสรจ. ผู้ช่วยงาน และเจ้าหน้าที่ ในการดำเนินการสุ่มตรวจได้สั่งการให้สุ่มตรวจจากเดิมทุก ๗ วัน เป็นทุก ๑๔ วัน
- ผู้ต้องขังแรกรับได้รับวัคซีนโควิดน้อยกว่า ร้อยละ ๕๐	- มีรายงานผลการบูรณาการการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อสำคัญ และสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน แก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ	- ทุกแห่งมีแผนการให้บริการวัคซีนเข็มกระตุ้นเพิ่มมากขึ้น

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- ทุกแห่งแยกแดนแรกรับเป็นสัดส่วนแยกออกจากแดนปกติ
- มีมาตรการเยี่ยมญาติผ่านช่องทางไลน์ เพื่อลดการสัมผัสโทรศัพท์ของผู้ต้องขังในแต่ละแดน
- สามารถดำเนินการฉีดวัคซีนได้ครบตามมาตรฐานและเร่งรัดเข็ม ๓ ได้ดี

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่

- เคร่งครัดมาตรการองค์กรสำหรับเจ้าหน้าที่และบุคคลภายนอกเพื่อลดการนำเชื้อเข้าไปในแดน
- เฝ้าระวังการระบาดในระลอกใหม่ในเรือนจำทุกแห่ง
- จัดทำและซ้อมแผนประคองกิจการกรณีเจ้าหน้าที่เกิดการติดเชื้อ
- โทรศัพท์ที่ใช้คุยระหว่างเยี่ยมญาติ ให้ทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์ก่อนที่คนถัดไปจะมาใช้

สำหรับส่วนกลาง

- สนับสนุนเวชภัณฑ์ แนวทาง และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ ๒

กัญชาทางการแพทย์

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์

ประเด็นตรวจราชการ : กัญชาทางการแพทย์
หัวข้อ / ตัวชี้วัด : กัญชาทางการแพทย์

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๕	ผลงานภาพรวมของประเทศ	
		จำนวน	ร้อยละ
ร้อยละ รพ. สังกัด สป. ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ ๗๐	๘๗๒/๙๐๑	๙๖.๗๘
ร้อยละ รพ. สังกัดกรมวิชาการมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ ๗๐	๒๖/๒๖	๑๐๐
จำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	เขตสุขภาพละ ๓ แห่ง	๙๗	-
ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ ๕	ผู้ป่วยทั้งหมด =๑๕๘,๘๑๕ ผู้ป่วยที่ได้รับกัญชา = ๖,๙๑๔	๔.๓๕
ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕	ปี ๒๕๖๔ = ๒๒,๘๘๑ ปี ๒๕๖๕ = ๕๒,๓๕๑	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๒๘.๘

หมายเหตุ ข้อมูล ณ ๘ กันยายน ๒๕๖๕ (ไม่รวมเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร)

๒) สรุปสถานการณ์

เขตสุขภาพ	ร้อยละ รพ. สังกัด สป. ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ รพ. สังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	จำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
๑	๙๘.๐๔	๑๐๐	๑๑
๒	๑๐๐	๑๐๐	๔
๓	๑๐๐	๑๐๐	๙

เขตสุขภาพ	ร้อยละ รพ. สังกัด สป. ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ รพ. สังกัดกรมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	จำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
๔	๑๐๐	๑๐๐	๑๗
๕	๘๕.๒๙	๑๐๐	๘
๖	๗๘.๐๘	๑๐๐	๑๓
๗	๑๐๐	๑๐๐	๕
๘	๑๐๐	๑๐๐	๔
๙	๑๐๐	๑๐๐	๗
๑๐	๑๐๐	๑๐๐	๔
๑๑	๙๘.๗๘	๑๐๐	๘
๑๒	๑๐๐	๑๐๐	๗
รวม	**๙๖.๗๘**	**๑๐๐**	**๙๗**

เขตสุขภาพ	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์		
		๒๕๖๔	**๒๕๖๕**	**ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**
๑	๔.๓๖	๑,๗๘๑	๓,๕๕๖	๙๙.๖๖
๒	๒.๓๑	๑,๕๖๙	๓,๐๑๑	๙๑.๙๑
๓	๔.๕๙	๑,๘๐๗	๓,๑๒๖	๗๒.๙๙
๔	๒.๕๒	๖๔๗	๔,๑๖๒	๕๔๓.๒๘
๕	๓.๐๐	๒,๙๕๒	๒,๖๔๕	-๑๐.๔
๖	๐.๙๕	๑,๐๒๕	๒,๖๓๔	๑๕๖.๙๘
๗	๓.๕๙	๑,๓๘๖	๓,๒๖๘	๑๓๕.๗๙
๘	**๘.๙๕** ผ่าน**	๓,๙๕๒	๑๒,๒๑๐	๒๐๘.๙๖
๙	**๗.๗๘** ผ่าน**	๔,๓๘๖	๙,๐๐๓	๑๐๕.๒๗
๑๐	๓.๕๘	๑,๗๖๒	๓,๑๕๓	๗๘.๙๔
๑๑	๓.๑๘	๖๗๐	๓,๗๑๙	๔๕๕.๐๗
๑๒	๒.๔๕	๙๔๔	๑,๘๖๔	๙๗.๔๖
รวม	**๔.๓๕**	**๒๒,๘๘๑**	**๕๒,๓๕๑**	**๑๒๘.๘**

หมายเหตุ ข้อมูล ณ ๘ กันยายน ๒๕๖๕ (ไม่รวมเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร)

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

- ผู้สั่งใช้ไม่มั่นใจในการใช้ยากัญชา เนื่องจากมีประสบการณ์ในการใช้น้อย/ขาดความรู้ความเข้าใจในกัญชาทางการแพทย์ และกังวลในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยากัญชา
- การเข้ารับบริการที่คลินิกกัญชาฯและการเข้าถึงยาของกลุ่ม Palliative care ยังมีน้อย
- ผลการดำเนินงานจากระบบรายงาน HDC และ อย. ไม่ตรงตามยอดการสั่งใช้จริงของพื้นที่
- ยากัญชาในโรงพยาบาล
    - ไม่เพียงพอ
    - ยาหมดอายุเร็ว
    - ขาดการเตรียมแผนจัดซื้อยากัญชา
    - รูปแบบหลากหลายในแต่ละหน่วยบริการ
- โรงงานผลิตยากัญชาทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ผ่านมาตรฐาน GMP ยังไม่เพียงพอ
- ขาดแหล่งปลูกกัญชาที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
- ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ประโยชน์จากกัญชา ทั้งด้านการรักษาโรคและด้านเศรษฐกิจ

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- วางแผนการผลิตและจัดหายากัญชาให้เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วย เพื่อให้มียาใช้อย่างต่อเนื่อง
- จัดวิชาการ อบรมให้ความรู้ หรือ Knowledge Management ด้านกัญชาอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความมั่นใจแก่บุคลากรในการสั่งใช้กัญชา
- ส่งเสริมศักยภาพให้แก่แหล่งปลูกกัญชาเพื่อให้ได้ผลผลิตที่ได้มาตรฐานในการผลิตยา
- พัฒนาระบบการประเมินมาตรฐานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละหน่วยบริการ เพื่อให้การบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- เน้นการประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนทั้งในแง่ประโยชน์และโทษจากการนำกัญชาไปใช้ในทางที่ผิด

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายชัดเจน ทั้งการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และส่งเสริมให้บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้พัฒนาองค์ความรู้เพิ่มเติมเพื่อมาร่วมกันปฏิบัติงานในคลินิกฯ
- การประสานการดำเนินงานร่วมกันในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด
- ความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพในการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์
- การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน
- มีผลงานวิจัยสนับสนุนการใช้กัญชามากขึ้น

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- แผนการผลิตยากัญชาให้เพียงพอกับความต้องการใช้
- การเพิ่มการใช้กัญชาเป็นทางเลือกในการรักษาควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน
- ระบบรายงาน ADR ของกัญชา

๗) การดำเนินงานตามมาตรการ ๕ ด้าน เพื่อสนับสนุนการใช้กัญชาอย่างปลอดภัย

๑. ส่งเสริมการใช้ทางการแพทย์และสุขภาพ

๒. การควบคุมด้วยกฎหมาย

๓. การเฝ้าระวังป้องกันการใช้ในทางที่ผิด

๔. การดูแลรักษาพยาบาล และบำบัดรักษา

๕. การกำกับติดตามผลการขับเคลื่อนตามมาตรการที่กำหนด

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์

๑. ประเด็นตรวจราชการ : กัญชาทางการแพทย์

๒. หัวข้อ : กัญชาทางการแพทย์

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

จากข้อมูลการตรวจราชการรอบที่ ๒

ตัวชี้วัด **ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์** พบว่า ในภาพรวมของประเทศ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๙๐๑ แห่ง มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๘๗๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๗๘ ซึ่งผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายรอบ ๖ เดือน ทุกเขตสุขภาพ (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)

ตัวชี้วัด **ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์** พบว่า ในภาพรวมของประเทศ โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒๖ แห่ง มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๒๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งผ่านตามเกณฑ์เป้าหมาย รอบ ๖ เดือน ทุกเขตสุขภาพ(เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)

ตัวชี้วัด **ร้อยละสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์** พบว่า ทุกเขตสุขภาพมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์มากกว่า ๓ แห่ง ซึ่งตามผ่านเกณฑ์เป้าหมาย รอบ ๖ เดือน (เป้าหมายอย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๓ แห่ง)

ตัวชี้วัด **ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์** พบว่า มีผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) จำนวน ๑๕๘,๘๑๕ คน และได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๖,๙๑๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๓๕ ซึ่งยังไม่ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายรอบ ๖ เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ ๕) แต่เขตสุขภาพที่ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๕ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๘ และ เขตสุขภาพที่ ๙ ผลงานร้อยละ ๘.๙๕ และ ๗.๗๘ ตามลำดับ

ตัวชี้วัด **ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์** ในภาพรวม มีผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๕๒,๓๕๑ คน เทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๒๒,๘๘๑ คน อัตราการเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ ๑๒๘.๘ ซึ่งผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายรอบ ๖ เดือน (เป้าหมาย เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕)

ตาราง ๔.๑ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัด สป. ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (เกณฑ์ ร้อยละ ๗๐)

เขตสุขภาพ	เป้าหมาย (จำนวน รพ.สังกัด สป.)	ผลงาน (จำนวน รพ. ที่เปิดคลินิกกัญชา)	ร้อยละ
๑	๑๐๒	๑๐๐	๙๘.๐๔
๒	๔๗	๔๗	๑๐๐
๓	๕๔	๕๔	๑๐๐
๔	๗๒	๗๒	๑๐๐
๕	๖๘	๕๘	๘๕.๒๙
๖	๗๓	๕๗	๗๘.๐๘
๗	๗๗	๗๗	๑๐๐
๘	๘๘	๘๘	๑๐๐
๙	๘๙	๘๙	๑๐๐
๑๐	๗๑	๗๑	๑๐๐
๑๑	๘๒	๘๑	๙๘.๗๘
๑๒	๗๘	๗๘	๑๐๐
รวม	**๙๐๑**	**๘๗๒**	**๙๖.๗๘**

ตาราง ๔.๒ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (เกณฑ์ ร้อยละ ๗๐)

เขตสุขภาพ	เป้าหมาย (จำนวน รพ.สังกัดกรมวิชาการ)	ผลงาน (จำนวน รพ.ที่เปิดคลินิกกัญชา)	ร้อยละ
๑	๓	๓	๑๐๐
๒	๑	๑	๑๐๐
๓	๒	๒	๑๐๐
๔	๓	๓	๑๐๐
๕	๒	๒	๑๐๐
๖	๒	๒	๑๐๐
๗	๑	๑	๑๐๐
๘	๔	๔	๑๐๐
๙	๑	๑	๑๐๐
๑๐	๒	๒	๑๐๐

เขตสุขภาพ	เป้าหมาย (จำนวน รพ.สังกัดกรมวิชาการ)	ผลงาน (จำนวน รพ.ที่เปิดคลินิกกัญชา)	ร้อยละ
๑๑	๒	๒	๑๐๐
๑๒	๓	๓	๑๐๐
รวม	**๒๖**	**๒๖**	**๑๐๐**

ตาราง ๔.๓ ร้อยละสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (เกณฑ์ ๓ แห่ง)

เขตสุขภาพ	ผลงาน (จำนวน รพ.ที่เปิดคลินิกกัญชา)	หน่วย
๑	๑๑	แห่ง
๒	๔	แห่ง
๓	๙	แห่ง
๔	๑๗	แห่ง
๕	๘	แห่ง
๖	๑๓	แห่ง
๗	๕	แห่ง
๘	๔	แห่ง
๙	๗	แห่ง
๑๐	๔	แห่ง
๑๑	๘	แห่ง
๑๒	๗	แห่ง
รวม	**๙๗**	**แห่ง**

ตาราง ๔.๔ ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (เกณฑ์ ร้อยละ ๕)

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วย palliative care ทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วย palliative care ได้รับกัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ
๑	๑๕,๔๑๐	๖๗๒	๔.๓๖
๒	๑๕,๔๑๑	๓๕๖	๒.๓๑
๓	๖,๒๐๓	๒๘๕	๔.๕๙
๔	๗,๔๙๗	๑๘๙	๒.๕๒
๕	๑๓,๔๗๐	๔๐๔	๓.๐๐
๖	๑๒,๑๒๘	๑๑๕	๐.๙๕

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วย palliative care ทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วย palliative care ได้รับกัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ
๗	๑๖,๒๓๔	๕๘๓	๓.๕๙
๘	๒๑,๖๖๔	๑,๙๓๙	๘.๙๕
๙	๑๕,๙๘๔	๑,๒๔๔	๗.๗๘
๑๐	๑๖,๘๓๖	๖๐๒	๓.๕๘
๑๑	๑๑,๕๓๗	๓๖๗	๓.๑๘
๑๒	๖,๔๔๑	๑๕๘	๒.๔๕
รวม	**๑๕๘,๘๑๕**	**๖,๙๑๔**	**๔.๓๕**

ข้อมูลจากระบบ HDC ณ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๕

ตาราง ๔.๕ ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (เกณฑ์ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕)

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาฯ ปี ๒๕๖๔ (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาฯ ปี ๒๕๖๕ (คน)	ร้อยละ
๑	๑,๗๘๑	๓,๕๕๖	๙๙.๖๖
๒	๑,๕๖๙	๓,๐๑๑	๙๑.๙๑
๓	๑,๘๐๗	๓,๑๒๖	๗๒.๙๙
๔	๖๔๗	๔,๑๖๒	๕๔๓.๒๘
๕	๒,๙๕๒	๒,๖๔๕	-๑๐.๔
๖	๑,๐๒๕	๒,๖๓๔	๑๕๖.๙๘
๗	๑,๓๘๖	๓,๒๖๘	๑๓๕.๗๙
๘	๓,๙๕๒	๑๒,๒๑๐	๒๐๘.๙๖
๙	๔,๓๘๖	๙,๐๐๓	๑๐๕.๒๗
๑๐	๑,๗๖๒	๓,๑๕๓	๗๘.๙๔
๑๑	๖๗๐	๓,๗๑๙	๔๕๕.๐๗
๑๒	๙๔๔	๑,๘๖๔	๙๗.๔๖
รวม	**๒๒,๘๘๑**	**๕๒,๓๕๑**	**๑๒๘.๘**

ข้อมูลจากระบบ HDC ณ วันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๕

ตาราง ๔.๖ วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ แนวทางการแก้ไขปัญหารวมทั้งความก้าวหน้าหรือผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ผู้สั่งใช้ไม่มั่นใจในการใช้ยากัญชา เนื่องจากมีประสบการณ์ในการใช้น้อย/ขาดความรู้ความเข้าใจในกัญชาทางการแพทย์	- สร้างความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพรในสหวิชาชีพ เช่น การจัดประชุมวิชาการทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ การสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ - เพิ่มการใช้สมุนไพรกัญชาเป็นทางเลือกในการรักษา ควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน (ถ้าไม่มีข้อห้ามใช้) - ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์	- การจัดประชุมวิชาการในทุกเขตสุขภาพเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ถ่ายทอดประสบการณ์ระหว่างแพทย์ผู้สั่งจ่ายและทีมสหวิชาชีพ - กรมการแพทย์จัดอำนวยความสะดวกในการจัดสอบขึ้นทะเบียนและต่ออายุผู้สั่งใช้ยากัญชาทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค - ในแต่ละเขตสุขภาพมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับยากัญชาทางการแพทย์
การเข้ารับบริการที่คลินิกกัญชาฯและการเข้าถึงยาของกลุ่ม Palliative care ยังมีน้อย	- ปรับเวลาเปิดบริการของคลินิกฯ - เพิ่มการจัดบริการคลินิกกัญชาฯ ใน รพ.สต. - ประสานกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพเพื่อค้นหาและส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งใช้กัญชา เพื่อรับยากัญชาทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย - จัดทำและพัฒนา Clinical Practice Guideline การใช้กัญชาในผู้ป่วย palliative care	- มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการคลินิกและค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง โดยบูรณาการกับทีมงาน Palliative care, ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยลงสู่ รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทยร่วมดูแลในพื้นที่ - จังหวัด/เขตสุขภาพมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทุกวิชาชีพด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ในทุกกลุ่มโรค
ผลการดำเนินงานจากระบบรายงาน HDC และ อย. ไม่ตรงกับข้อมูลจริงของพื้นที่	- มีแผนจัดการอบรมการบันทึกข้อมูลและการจัดการระบบการบันทึกข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทุกจังหวัดและทุกเขตสุขภาพ - กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกมีการรายงานให้เป็นปัจจุบัน - มีการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ	- สถาบันกัญชาทางการแพทย์ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศฯ ของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการรายงานข้อมูล - จัดอบรมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบลงข้อมูลในระบบ HDC - การรายงานในระบบเป็นปัจจุบันมากขึ้น
ยากัญชาในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ / ยาหมดอายุเร็ว /รูปแบบยากัญชาทางการ แพทย์ในแต่ละหน่วยบริการมีหลายสูตร	- เพิ่มกัญชาทางการแพทย์เข้ากรอบรายการยาสมุนไพรในระดับจังหวัดและ หน่วยบริการจัดทำแผนการจัดซื้อยากัญชา - ผลิตและใช้กัญชาทางการแพทย์ใน	- มีการสำรวจความต้องการใช้ เพื่อวางแผนบริหารจัดการและสนับสนุนยากัญชา - ปัจจุบันมีการจัดสรรยากัญชาจาก รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศรให้แก่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
หลายรูปแบบ	จังหวัดให้เป็นสูตรเดียวกัน เพื่อสามารถบริหารจัดการ และสามารถส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการระหว่างกันได้ง่าย - จัดทำแผน demand – supply matching ให้สอดคล้องกับแผนการผลิตยาสมุนไพร - ส่งเสริมให้มีกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานเพื่อเป็นแหล่งวัตถุดิบสมุนไพรแก่โรงงานผลิต	โรงพยาบาลทั่วประเทศ
โรงงานผลิตยากัญชาทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ผ่านมาตรฐาน GMP ยังไม่เพียงพอ	- วางแผนของบประมาณจากจังหวัดและเขต - พัฒนาให้บุคลากร มีความรู้ในการผลิตยากัญชาทางการแพทย์แบบครบวงจร ตั้งแต่การคัดเลือกวัตถุดิบมาตรฐานการผลิต การควบคุมคุณภาพ เป็นต้น - สนับสนุนและส่งเสริมการปรับปรุงโรงงานผลิต ยาให้เป็นไปตามมาตรฐาน	- เขตสุขภาพสนับสนุนงบประมาณไปยังโรงพยาบาลแหล่งผลิต - มีการผลิตตำรับยากัญชาในโรงพยาบาลของบางเขตสุขภาพ เช่น เขต๙ โรงพยาบาลคูเมือง เขต๑๒ โรงพยาบาลห้วยยอด
ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ประโยชน์จากกัญชาทั้งด้านการรักษาโรคและด้านเศรษฐกิจ	- สร้าง Health literacy ให้ประชาชนและสร้างสรรค์สื่อที่เข้าใจและเข้าถึงได้ง่าย - จัดการออกหน่วยบริการกัญชาแบบเคลื่อนที่เพื่อส่งเสริมและสร้างองค์ความรู้ให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง	- ประชาชนยังขาดความตระหนักในแง่โทษจากการนำกัญชาไปใช้ในทางที่ผิด

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๕.๑ เขตสุขภาพที่ ๑

- จังหวัดลำพูนมีการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ ทำให้ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ในไตรมาสที่ ๓ ใกล้ถึงเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ และคาดว่าจะดำเนินการได้ตามเป้าหมายเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๕

- มีการดำเนินงานวิจัยด้านประสิทธิผลของการใช้กัญชาทางการแพทย์

- การจัดทำ QR Code และระบบ Line โดยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

- ระบบ Telemedicine คลินิกกัญชาทางการแพทย์ เพื่อติดตามและประเมินอาการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

๕.๒ เขตสุขภาพที่ ๒

- มีงานวิจัยของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลร่วมกับสถานศึกษา ครอบคลุมทั้งต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ

- การใช้ยาสมุนไพรผสมกัญชาในผู้ป่วย post Covid-๑๙/long Covid-๑๙

- มีการแก้ปัญหายากัญชาขาดคราว โดยการปรุงยาเฉพาะราย (น้ำมันเถาวัลย์เปรียงเพิ่มสุข ครีมตะไคร้หอม ครีมขมิ้นชัน ขาชงเพิ่มสุข และยาต้มบำรุงปอด)

- รพ.เพชรบูรณ์ จัดทำต้นแบบ ผลิตตำรับยากัญชา ครีมรักษาสะเก็ดเงิน เพื่อแก้ปัญหาน้ำมันกัญชาทั้ง ๕ ขาด โดยมีการนำเอาส่วนผสมของน้ำมันกัญชา ตันบาตู และขมิ้นชัน ซึ่งมีฤทธิ์รักษาสะเก็ดเงิน ลดการอักเสบ และสมานแผลมาช่วยเสริมฤทธิ์ และใช้รักษาสะเก็ดเงิน พบว่า แนวโน้มความรุนแรงของโรค ตามแบบประเมิน (PASI) ลดลง

๕.๓ เขตสุขภาพที่ ๓

- มีปราชญ์กัญชาที่มีองค์ความรู้ เทคนิคการปลูก การดูแลที่ครบวงจร รวมถึงเป็นแหล่งท่องเที่ยวและแปรรูป

- การสร้างชุมชนกัญชาปลอดภัย "รู้ไว้ ใช้เป็น กัญชาทางการแพทย์ปลอดภัย" (Safety Cannabis Community) เริ่มดำเนินการในพื้นที่ตำบลน้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี

- พัฒนาตำรับครีมนวดผสมกัญชา และผลิตตำรับยาที่มีส่วนผสมกัญชาทางการแพทย์ได้ ๓ ตำรับ

- มีการจัดทำผลงานวิจัย R๒R ที่เกี่ยวข้องในประเด็นกัญชา และเข้าร่วมนำเสนอในระดับเขต

๕.๔ เขตสุขภาพที่ ๔

- นวัตกรรมการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและกัญชา HERBAL EXPERT BY MAYUREE

- มีสถานที่ปลูกกัญชา กัญชง ที่ได้รับอนุญาตถูกกฎหมายในทุกจังหวัดรวม ๑๘๓ แห่ง

- มีโรงงานสกัดและแปรรูปกัญชา กัญชงที่ได้รับอนุญาตแล้ว ๑๗ แห่ง

- การพัฒนาต่อยอดเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

๕.๕ เขตสุขภาพที่ ๕

- จังหวัดราชบุรี โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และโรงพยาบาลราชบุรี ดำเนินการในฐานะพี่เลี้ยง ทั้งด้านบริหาร บริการ วิชาการ และการเศรษฐกิจสมุนไพร

- จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดนครปฐม และจังหวัดกาญจนบุรี มีโรงงานผลิตยาสมุนไพร ที่มีความพร้อมในการรองรับการบริหารจัดการยาสมุนไพรในเขตสุขภาพ

๕.๖ เขตสุขภาพที่ ๖

- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีระบบฐานข้อมูลคลินิกกัญชา (ออนไลน์) web base เป็นฐานข้อมูลสำหรับรวบรวมข้อมูลการใช้ยากัญชาในสถานพยาบาลที่รับยากัญชาที่ผลิตโดยโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัย ภูเบศร เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานการวิจัยเกษตร (องค์กรมหาชน) โดยมีการประมวลผลแบบเรียลไทม์ โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะสามารถนำข้อมูลการใช้ไปอ้างอิงได้

- จังหวัดจันทบุรีจัดงานบูรพารวมกัญ มหัศจรรย์กัญชา เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยากัญชาทางการแพทย์และสินค้าที่มีกัญชาปรุงผสม นอกจากนี้ยังได้จัดงานมหกรรมเลิศรสจันท์ อาหารเป็นยา

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่การใช้สมุนไพรเป็นยา ทั้งในรูปแบบงานที่จับต้องได้และเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถดาวน์โหลดได้

๕.๗ เขตสุขภาพที่ ๗

- การซื้อขายวัตถุดิบสมุนไพรระหว่าง ภาครัฐ และกลุ่มวิสาหกิจฯ ผ่านบริษัทประชำรัฐ ลดปัญหาการรอรับเงินนานของเกษตรกร
- มีการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นแก่ผู้ใช้ เช่น ผลิตภัณฑ์ ในนาม Suwannaphum Herb
- มีกลุ่มแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร เช่น ลูกประคบกัญชา ชาชงกัญชา น้ำปลาร้ากัญชา ปลาร้าบอง น้ำมะนาวกัญชา

๕.๘ เขตสุขภาพที่ ๘

- มีการอบรมหลักสูตร อสม. รู้กัญชา
- มีการส่งเสริมการศึกษาวิจัยการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์
- ต่อยอดผลิตภัณฑ์กัญชาและกัญชงสู่การพัฒนาด้านเศรษฐกิจครัวเรือนและชุมชน
- มีศูนย์เรียนรู้ด้านกัญชาครอบคลุมทั้งมิติทางการแพทย์ และเศรษฐกิจ

๕.๙ เขตสุขภาพที่ ๙

- ส่งเสริมการจัดโปรแกรมเส้นทางการท่องเที่ยว กัญชา กัญชงเชิงสุขภาพร่วมกับการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยให้เห็นเป็นรูปธรรม
- มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์ที่หลากหลาย และวางเป้าหมายการพัฒนางานวิจัยภาพรวมระดับจังหวัดทั้งภาครัฐ - ภาคเอกชน โรงพยาบาลและมหาวิทยาลัย เพื่อยกระดับสู่สากล
- โรงพยาบาลคูเมืองเป็นแหล่งผลิตกัญชาทางแพทย์ของเขตสุขภาพที่ ๙ และผลักดันให้โรงพยาบาลขามสะแกแสง โรงพยาบาลจัตุรัส พัฒนาโรงงานผลิตยาให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ GMP
- มีทีมทันตแพทย์ในการขับเคลื่อนกัญชาทางแพทย์ในผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care)

๕.๑๐ เขตสุขภาพที่ ๑๐

- ขยายการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ เช่น คลินิกกัญชาเฉพาะทาง ณ รพ.เด็กสรรพสิทธิประสงค์ คลินิกโรคอื่นในโรงพยาบาลศรีสะเกษ และคลินิกกัญชาฯ ภายนอกโรงพยาบาล ณ คลินิกพิเศษ ศูนย์การค้าอุบลสแควร์
- บูรณาการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ร่วมกับงาน Palliative Care และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด จำนวนรวม ๒๕๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕
- มีการพัฒนาและใช้งาน Application Cannabis Stock (ระบบบริหารคลังยากัญชาทางการแพทย์ และApplication Palliative ๓D (โปรแกรมค้นหา ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยประคับประคอง)
- มีแหล่งผลิตยาสมุนไพรที่สามารถผลิตยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ โรงพยาบาลพนา สามารถผลิตยากัญชาทางการแพทย์แผนไทยได้ ๑๖ ตำรับ

๕.๑๑ เขตสุขภาพที่ ๑๑

- จังหวัดภูเก็ต มีผู้ป่วย palliative care เข้าถึงการบริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากที่สุด ในเขตสุขภาพที่ ๑๑ มี รพ.วชิระภูเก็ต เป็นต้นแบบ ดำเนินการโดยศูนย์ใจรักษ์ และทีมสหวิชาชีพ

- จังหวัดกระบี่ มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทั้งในส่วนของ รพ. กระบี่ และ รพ.สต. มากถึง ๑๕ แห่ง ได้รับการสนับสนุนจาก สสอ.และเชื่อมโยงระบบบริการ บัญชียากัญชาทางการแพทย์ กับ รพ.แม่ข่าย

- มีการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในการรักษาแผลเบาหวาน และแผลกดทับให้กับผู้ป่วยของโรงพยาบาลระนอง

- มีการศึกษาวิจัยและเผยแพร่ผลงานกัญชาทางการแพทย์

๕.๑๒ เขตสุขภาพที่ ๑๒

- จังหวัดตรัง ได้รับรางวัลพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกปี ๒๕๖๕ ระดับเขตสุขภาพ จำนวน ๖ รางวัล

- จังหวัดสงขลา มีเส้นทางท่องเที่ยวกัญชา ตำบลตะพง อ.หาดใหญ่ โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ประเด็นที่ ๓

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- จำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน
- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
- รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นตรวจราชการ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ประกอบด้วย ๔ ตัวชี้วัด คือ

๑. จำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน ค่าเป้าหมาย จำนวน ๓๐ ล้านคน

๒. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ค่าเป้าหมาย จำนวน ๓,๐๐๐ ทีม

๓. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ค่าเป้าหมายร้อยละ ๗๕

๔. ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ (สะสม)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

รอบที่ ๑	รอบที่ ๒
๑. สถานการณ์ (Situation) ผลการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมาย	๑. ประเมินผลจากการดำเนินงาน รอบที่ ๑ (สำเร็จ/ไม่สำเร็จ) ปัญหา อุปสรรค
๒. ชี้เป้า ประเด็นปัญหา, GAP แนวทางการแก้ไขปัญหาและร่วมแก้ปัญหา	๒. จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหาในปีงบประมาณ 2566
๓. กระบวนการติดตาม (Monitor) (วิธีการติดตาม ผู้รับผิดชอบ ความถี่ในการติดตาม)	๓. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

Pain Point, ปัญหา, การพัฒนาและที่ทีมนิเทศจะช่วยดำเนินการ

ตัวชี้วัด	สถานการณ์	ผลจากการตรวจราชการ
ตัวชี้วัดที่ ๑. จำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน ค่าเป้าหมาย จำนวน ๓๐ ล้านคน	ผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๕ ที่ผ่านมาประชาชนมีหมอประจำตัว ๓ คน มีการดำเนินงานดูแลประชากรไปแล้ว ๒๐,๒๙๕,๒๕๒ คน จากประชากรทั้งหมด ๔๕,๒๑๕,๖๙๕ คน (ร้อยละ ๖๗.๗๕)	๑. Service Delivery มีรูปแบบชัดเจนและมีผลลัพธ์ถึงประชาชน เมื่อขับเคลื่อนพร้อมกับการกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพที่เจาะจง ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ (กรมอนามัย/กรมการแพทย์) การดูแลกลุ่มผู้ป่วย NCDs(กรมควบคุมโรค) และ การ บูรณาการงานสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต) รวมทั้งการสร้าง HL ผ่านการขับเคลื่อนนโยบาย HLO ๒. การขยายพื้นที่การดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในรูปแบบ ๓ หมอ ใน ๓ ประเด็น ได้แก่ ผู้สูงอายุ NCDs และสุขภาพจิต จากพื้นที่ต้นแบบอย่างน้อย ๕๐% ของอำเภอ ในทุกจังหวัด

ตัวชี้วัด	สถานการณ์	ผลจากการตรวจราชการ
		ในแต่ละประเด็น และ มีอย่างน้อย ๑ อำเภอของทุกจังหวัดที่ดำเนินงานครบ ทั้ง ๓ ประเด็น ๓. หมอคนที่ ๑ : ขาดสมรรถนะเครื่อง Digital Literacy เนื่องจาก ขาดความชำนาญและระบบสารสนเทศ ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้โดย จัดทำระบบ อสม. buddy และการสนับสนุนจาก รพ.สต. หมอคนที่ ๒ ๔. วัดผลที่เกิดกับประชาชน ๓ ด้าน คือ ๑) ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ดีกว่าเดิม (Accessibility) ๒) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และ ๓) เกิดความมั่นใจในการได้รับบริการ (Health security)
ตัวชี้วัดที่ ๒ : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ค่าเป้าหมาย จำนวน ๓,๐๐๐ ทีม	ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรกต่อเนื่อง และผสมผสาน จำนวน PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียนรวมสะสม ปี พ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๕ จำนวน ๓,๑๙๑ ทีม	๑. ปี ๒๕๖๕ สามารถขึ้นทะเบียนได้ตามเป้าหมาย เมื่อมีการบริหารจัดการและความเข้าใจของทีมโรงพยาบาล (โดยเฉพาะ ผอ.รพ.) แต่จำนวนแพทย์ที่สามารถนำมาขึ้นทะเบียนในระยะต่อไป เริ่มไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม จากนโยบาย ๓ หมอ พบว่า หมอคนที่ ๓ มีจำนวนครบ/ใกล้เคียงตามเกณฑ์เป้าหมาย ๒. อำเภอ/รพ. ทุกแห่ง ที่ยังไม่สามารถดำเนินการขึ้นทะเบียนได้เต็มพื้นที่ ให้ดำเนินการมอบหมายหน้าที่ของแพทย์ (หมอคนที่ ๓ ที่มีรายชื่อ) โดย เชื่อมโยงกับ หมอ คนที่ ๒ ใน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่รับผิดชอบในพื้นที่ และจัดทำแผนส่งแพทย์อบรมพื้นฐานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (Basic Course) ตั้งแต่ไตรมาส ๑ งบประมาณ ๒๕๖๖ โดยมีเป้าหมายให้สามารถขึ้นทะเบียนได้ ๕๐% ของแผน ๑๐ ปี ๓.กำหนดรูปแบบการการปฏิบัติงานของแพทย์โรงพยาบาลที่ทำงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิให้ชัดเจน
ตัวชี้วัดที่ ๓. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๗๕	ในปี ๒๕๖๕ ร้อยละของอำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๘๙.๐๑ (จำนวน ๗๘๒ อำเภอ จากทั้งหมด ๘๗๘ อำเภอ)	๑. ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อประชาชนในพื้นที่ - การมีส่วนร่วม :ประเด็นCOVID ๑๙+ODOP ๒ ประเด็น - สามารถสรุปผลลัพธ์การดำเนินงาน พชอ.ที่เป็นรูปธรรมหรือที่ภาคภูมิใจได้

ตัวชี้วัด	สถานการณ์	ผลจากการตรวจราชการ
		๒. ผลการดูแลกลุ่มเปราะบางที่เป็นรูปธรรม - ดูแลกลุ่มเปราะบาง (ผู้พิการ+ผู้สูงอายุ (ติดเตียง) ,IMC , ผู้ได้รับผลกระทบจากCOVID ๑๙) ๓. รูปแบบการบูรณาการใช้งบประมาณร่วมกัน - บูรณาการทรัพยากร งบประมาณ ความรู้ และข้อมูล ๔. การวัดคุณภาพของพชอ. - พัฒนาคุณภาพ : UCCARE /พัฒนา keyman ในพชอ./พัฒนาทีมเยี่ยมเสริมพลัง - มีการประชุมของคณะกรรมการพชอ./ คณะทำงานแต่ละประเด็น อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ
ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ (สะสม)	จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว จำนวน ๖,๘๗๓ แห่ง (ร้อยละ ๙๕.๙๑)	๑. การรักษามาตรฐานของตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ๒. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องและระบบส่งต่อ โดยเฉพาะการออกแบบระบบสารสนเทศภายในอำเภอ จังหวัด ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู การต่อยอด การรับรองโดยองค์กรภายนอก โดย สรพ. เช่น การประเมินเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอคุณภาพมาตรฐาน (DHSA) พร้อมกับ HA เพื่อการพัฒนา ๓. ความต่อเนื่องของการรักษาคุณภาพและมาตรฐาน ระดับ ๕ ดาว เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การกระจายอำนาจไปยัง อบจ. ท้องถิ่น ๔. พัฒนากลไกการติดตาม การประเมินผลการพัฒนาโดยกลไกสุขภาพในพื้นที่ ภายใต้กรอบระยะเวลาและเป้าหมายที่กาหนดพร้อมบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงาน องค์กร ที่เกี่ยวข้อง

บทบาทของกรมในการนิเทศระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

	๓ หมอ	PCU/NPCU	พชอ.	รพ.สต.ติดดาว
กรมสบส.	- พัฒนาศักยภาพ อสม. - Smart อสม.	-การเชื่อมกับแม่ข่าย	-ตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจาก COVID-19	-การเชื่อมโยงระบบข้อมูล 3 หมอ
กรมควบคุมโรค	- HL การป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ - HL การป้องกันควบคุมโรค COVID-19	-การป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ -การป้องกันควบคุมโรค COVID-19	- การป้องกันควบคุมโรค COVID-19 - การลดอุบัติเหตุทางถนน (RTI)	-การป้องกันควบคุมโรค COVID-19
กรมอนามัย	-HL กลุ่ม 3 หมอ 30 ล้านคน	-HL ในหน่วย PCU/NPCU	-HL กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม 3 ล้านคน	HL ในรพ.สต.
กรมการแพทย์	-HL ผู้พิการและผู้สูงอายุ IMC	-ผู้พิการและผู้สูงอายุ IMC	-ดูแลผู้พิการและผู้สูงอายุ IMC	-ผู้พิการและผู้สูงอายุ IMC
กรมการแพทย์แผนไทยฯ	-พัฒนาศักยภาพ 3 หมอด้านการแพทย์แผนไทย	-มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในPCU/NPCU	-สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย	-มีบริการด้านการแพทย์แผนไทย
กรมสุขภาพจิต	-อสม.ดูแลจิตใจของประชาชน	-ดูแลสุขภาพกายและจิตร่วมกัน	-การเสริมสร้างวัคซีนใจ	-การดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช
อ.ย.	-RDU	-RDU	-RDU	-RDU
กบรส.	-IMC (ข้อมูลเป้าหมาย การติดตาม)	-IMC	-สนับสนุนการดูแล IMC	-IMC

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

๑. บูรณาการการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในประเด็น ผู้สูงอายุ / NCDs / สุขภาพจิต โดยให้หน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องจัดทำ แนวทางดำเนินงาน/คู่มือ/มาตรฐานการปฏิบัติการ เพื่อให้หน่วยงานในระดับจังหวัด/อำเภอ/หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถดำเนินงานได้ตรงกับวัตถุประสงค์

๒. การเสริมสมรรถนะและองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวให้กับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ก่อนออกไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งการอบรม Basic Course/Short Course สำรับแพทย์ที่สนใจ รวมทั้งการจัดตั้งสถาบันผลิต FAMMED ในแต่ละจังหวัด เพื่อให้สามารถขึ้นทะเบียน PCU/ NPCU ได้ต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๓. การพัฒนาคุณภาพ พชอ. อย่างต่อเนื่อง โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

๒. ตัวชี้วัด: จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : นายจรัส รัชกุล ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางจีรวรรณ หัสโรค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

๔. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

การดำเนินงาน ตาม นโยบาย ๓ หมอ ได้มีการดำเนินงานตามแผนของแต่ละเขตสุขภาพที่เป็นไปตามนโยบาย ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ในการประสานการทำงานดูแล ประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งต่อ รักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยมีการดำเนินงานมีการการพัฒนาศักยภาพหมอคนที่ ๑ อบรม อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน ตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายของแต่ละจังหวัด โดยมีการออกแบบบรูปแบบการอบรมที่แตกต่างกันไปตามความเหมาะสมและสะดวกกับพื้นที่มีการให้การรักษาผู้ป่วยผ่าน Telemedicine โดยโปรแกรม zoom มีการเชื่อมระบบบริการปฐมภูมิ (หมอครอบครัว + ๓ หมอ) พชอ. และ รพ.สต. ติดดาว ให้บริการ เชิงรุกในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

๔.๑ รายงานความก้าวหน้าการบันทึกข้อมูล

เขต	ประชากรทั้งหมด	ข้อมูล ๓ หมอ			ประชากรที่มีหมอ ๓ คน	ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุ				ร้อยละ (%)
		หมอประจำบ้าน	หมอสาธารณสุข	หมอครอบครัว		กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	ไม่ระบุ	
๑	๔,๓๔๓,๘๘๑	๑๓๒,๑๓๗	๕,๒๐๙	๖๑๘	๑,๖๙๑,๘๙๗	๔๗๐,๘๙๒	๔๔,๘๓๑	๔,๕๒๕	๖๒,๘๗๑	๕๒.๕๙%
๒	๒,๕๘๑,๗๓๗	๗๐,๕๘๒	๓,๐๙๑	๓๔๙	๙๕๗,๖๙๗	๑๗๕,๒๕๗	๑๔,๔๖๓	๒,๐๗๙	๖๙,๖๖๑	๖๒.๖๕%
๓	๒,๐๘๕,๕๙๓	๖๐,๓๐๑	๒,๖๗๔	๓๒๘	๑,๓๘๔,๕๑๓	๓๓๘,๖๔๔	๓๕,๓๓๕	๓,๙๒๐	๖๗,๕๓๐	๙๙.๓๖%
๔	๔,๑๕๐,๔๙๔	๖๓,๕๒๘	๓,๓๗๕	๔๕๔	๑,๗๖๘,๑๑๕	๔๐๘,๒๑๔	๓๔,๒๐๗	๔,๘๑๙	๕๗,๖๕๐	๕๘.๑๕%
๕	๓,๙๕๕,๘๒๐	๗๒,๖๒๐	๔,๕๕๖	๕๐๔	๒,๗๒๘,๘๓๔	๕๖๓,๔๗๕	๗๘,๕๕๗	๖,๑๐๐	๑๐๗,๖๓๓	๘๘.๙๙%
๖	๔,๕๔๙,๑๘๔	๗๑,๓๕๕	๔,๒๓๕	๔๙๗	๓,๔๙๖,๔๕๒	๕๘๘,๗๗๑	๗๓,๙๓๕	๖,๐๖๔	๑๒๔,๘๔๘	๘๗.๕๐%
๗	๓,๘๔๔,๘๑๙	๑๐๔,๖๑๗	๔,๓๒๓	๔๘๔	๗๒๙,๕๘๙	๑๗๙,๓๓๗	๒๕,๔๘๑	๑,๘๐๐	๒๘,๓๖๕	๔๔.๓๖%
๘	๔,๒๖๑,๕๗๒	๑๐๖,๑๓๙	๕,๒๕๗	๖๐๐	๓,๐๔๗,๔๒๑	๔๗๓,๘๒๔	๘๕,๕๑๐	๖,๓๔๑	๑๓๖,๙๙๓	๙๓.๑๕%
๙	๔,๗๙๓,๕๙๑	๑๒๙,๔๒๐	๕,๓๓๔	๖๐๕	๙๙๕,๖๔๗	๒๖๔,๖๘๒	๔๐,๔๑๒	๓,๘๑๓	๓๘,๖๗๑	๔๖.๗๕%
๑๐	๓,๓๓๐,๖๘๙	๘๖,๕๑๔	๔,๒๒๓	๔๑๖	๑,๑๔๙,๖๗๕	๒๐๗,๙๒๒	๓๒,๑๓๐	๒,๙๘๑	๖๔,๒๒๕	๕๕.๓๓%
๑๑	๓,๓๕๔,๙๗๓	๗๖,๕๙๕	๓,๘๐๓	๔๗๐	๒,๒๙๐,๐๖๖	๓๔๘,๗๘๓	๕๑,๒๗๐	๕,๖๙๒	๑๐๙,๘๐๔	๘๗.๖๔%
๑๒	๓,๙๖๓,๓๔๒	๖๓,๔๒๔	๔,๕๖๖	๔๒๑	๕๕,๓๔๖	๑๑,๗๖๙	๘๕๗	๑๖๒	๑,๙๒๓	๕๑.๖๑%

ที่มา : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระบบรายงานข้อมูลคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน (http://3doctor.hss.moph.go.th/)

๕. ปัญหา แผน/กิจกรรมการแก้ไขและผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด – 19 ที่ต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลกระทบให้ภาระงานของหมอประจำตัวทั้ง ๓ คน เพิ่มมากขึ้นทั้งในแง่ของปริมาณงาน และความเสี่ยงติดเชื้อ ส่งผลทำให้ขวัญและกำลังใจในการดำเนินงานลดน้อยลง	- พัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน (หลักสูตร กรม สบส.) - สื่อสาร / ออกแบบช่องทางการติดต่อ และสร้างการรับรู้กับประชาชนในการมีหมอ ประจำตัว ๓ คน	- ฝึกอบรม อสม.หมอประจำบ้าน (หมอคนที่ ๑) และปรับรูปแบบใช้ระบบออนไลน์เข้ามาช่วยในการอบรม อสม. หมอประจำบ้านตามความเหมาะสมของพื้นที่
๒.ระยะเวลาในการดำเนินงานมีความเร่งด่วน	- วางแผนการดำเนินงานร่วมกันกับพื้นที่ในการจัดสรร หมอ ๓ คน ให้เพียงพอ กับ จำนวนประชากร	- อยู่ระหว่างดำเนินการ ประชากรทั้งหมด ในพื้นที่ มีชื่อหมอ ๓ คน ครบตามจำนวน เป้าหมาย
๓. การรับทราบข้อมูลของประชาชนต่อระบบบ สุขภาพปฐมภูมิ	- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในข้อมูล ที่จะมีผลกระทบต่อประชาชน	- เพิ่มแผนการประชาสัมพันธ์ข้อมูลที่มี ผลกระทบต่อประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจ ให้ประชาชน เตรียมพร้อม สู่การเปลี่ยนแปลง และนำบริการ สู่ประชาชน
๔. จำนวนหมอคนที่ ๓ มีอัตราส่วนต่อประชากรที่ต้องรับผิดชอบสูง	- วางแผนการดำเนินงานร่วมกันกับพื้นที่ ในการจัดสรร หมอ ๓ คน ให้เพียงพอ กับ จำนวนประชากร โดยมีแผนครอบคลุมภายในปี ๒๕๗๐	- บูรณาการการแก้ไขปัญหาในพื้นที่กับการดำเนินงาน PCU/NPCU

๖. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๑. เขตสุขภาพที่ ๒ ใช้ระบบเทคโนโลยี Telemedicine, Line ในการเชื่อมโยงและประสานการดำเนินงาน

๒. เขตสุขภาพที่ ๒ มีการบูรณาการผ่านแอพพลิเคชั่น หมอรู้จักคุณ ในการเยี่ยมบ้าน ของ อสม.หมอประจำบ้านใน รูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)

๓. เขตสุขภาพที่ ๗ นวัตกรรม “๓ หมอออนไลน์” รักษา – จ่ายยา โดยหมอคนที่ ๒, ๓ และสหวิชาชีพออนไลน์ group drug โดยหมอคนที่ ๑ ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยหมอคนที่ ๒,๓

๗. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ/แนวทางการแก้ไขปัญหา

๗.๑ สำหรับพื้นที่

๑. ใช้บทบาท ๓ หมอ ในการกำกับ ติดตาม กลุ่มผู้ป่วย NCD Uncontrol / lost follow up เป็นรายบุคคล และจัดระบบส่งต่อแต่ละหมอที่ชัดเจน

๒. พัฒนาศักยภาพ หมอคนที่ ๑ (อสม.) ให้เป็นนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ เฝ้าระวัง กำกับติดตาม กลุ่มเสี่ยง NCD

๓. พัฒนาเครื่องมือในการเฝ้าระวัง กำกับ ติดตาม กับการจัดการความเสี่ยงในระดับ บุคคล ครอบครัว ทุกช่วงวัย ที่เหมาะสมกับ ๓ หมอ และบริบทของพื้นที่ (แบบบันทึกสุขภาพรายบุคคล)

๔. ต่อยอดการจัดการข้อมูล สารสนเทศ เทคโนโลยี และ Telemedicine

๕. พัฒนาศักยภาพทีม ๓ หมอจัดเวทีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ด้านพัฒนาบุคลากร และองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๗.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑.การสนับสนุนงบประมาณการพัฒนาศักยภาพหมอที่ ๑ (อสม.หมอประจำบ้าน) ให้เพียงพอ และเหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการดำเนินงาน

๒. ส่งเสริม สนับสนุน ให้แพทย์ศึกษาต่อ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพิ่มแรงจูงใจให้กับแพทย์เพื่อให้ เข้าอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเพิ่มความครอบคลุม หมอที่ ๓

๓. ศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ พัฒนาศักยภาพ ๓ หมอ เพิ่มศักยภาพประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

๔. การบันทึกข้อมูลในเว็บไซต์ ๓ หมอ ควรมีความเชื่อมโยงและบูรณาการร่วมกันระหว่างกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

๒. ตัวชี้วัด: การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service) มีความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ ที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรมมากขึ้น รวมทั้งสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลลงได้ ประเทศไทยมีนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นเมื่อมีการกำหนดสาระสำคัญในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ช (๕) ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย และกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ปัจจุบันพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช ๒๕๖๒ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ประกอบด้วย ๖ หมวด และบทเฉพาะกาล รวมทั้งหมด ๔๓ มาตรา โดยมาตรา ๑๐ (๑) บัญญัติให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีหน้าที่และอำนาจเสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ.๒๕๖๔ -๒๕๗๓) ซึ่งเป็นการกำหนดระยะเวลาของแผน ๑๐ ปี เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช ๒๕๖๒ มาตรา ๔๓ ที่บัญญัติไว้ภายในสิบปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้สำนักงานจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการและลักษณะพื้นที่ สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ การตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนระดับจังหวัดและได้มีการประกาศการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้เปิดให้บริการสุขภาพปฐมภูมิกับประชาชนในพื้นที่ โดยมีการประกาศการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต จำนวนรวม ๓,๑๙๑ หน่วย แบ่งเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จำนวน ๑,๑๘๙ หน่วย และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) จำนวน ๒,๐๐๒ หน่วย และมีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๔๙ หน่วย และรอประกาศขึ้นทะเบียนรอบ ๓/๒๕๖๕ อีกจำนวน ๓๑๖ ทีม สรุปได้ว่า ยอดสะสมในจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๒– ๒๕๖๕ ดังนี้ ๑) หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เขตสุขภาพ ๑๒ เขต จำนวน ๓,๑๙๑ หน่วย

๒) หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๔๙ หน่วย รวมทั้งสิ้น จำนวน ๓,๔๔๐ หน่วย ครอบคลุมประชากร ๓๖,๕๓๘,๖๓๖ คน

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

เขต	จำนวน DB Pop (ก.ย.๖๔)	เป้าหมาย			PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียน (หน่วย)					ร้อยละ		ประชากรขึ้นทะเบียน (คน)	
		คำนวณ	แผน ๑๐ปี	แผน ๖๕	สะสม ๖๒-๖๔	ปี ๖๕ ครั้งที่ ๑	ปี ๖๕ ครั้งที่ ๒	ปี๖๕ **ครั้งที่ ๓	รวม สะสม ๖๒-๖๕	เป้า คำนวณ	แผน ๑๐ปี	จำนวน	ร้อยละ
๑	๕,๙๘๕,๖๗๙	๕๙๙	๕๔๗	๕๖	๓๑๒	๑๑	๑๒	๕๒	๓๘๗	๖๔.๖๑	๗๐.๗๕	๓,๙๗๒,๖๕๘	๖๖.๓๗
๒	๓,๖๘๘,๓๒๔	๓๖๙	๒๘๗	๓๙	๑๕๗	๑๒	-	๒๐	๑๘๙	๕๑.๒๒	๖๕.๘๕	๑,๙๙๘,๙๐๕	๕๔.๒๐
๓	๓,๐๖๒,๓๖๗	๓๐๖	๒๕๙	๒๘	๑๖๖	๒	๔	๑๙	๑๙๑	๖๒.๔๒	๗๓.๗๕	๒,๐๓๓,๒๔๒	๖๖.๓๙
๔	๕,๓๐๗,๙๗๗	๕๓๑	๔๒๒	๓๘	๑๗๙	๖	๑๔	๑๖	๒๑๕	๔๐.๔๙	๕๐.๙๕	๒,๒๙๕,๓๕๐	๔๓.๒๔
๕	๕,๔๒๔,๐๓๘	๕๔๒	๓๘๐	๔๒	๒๑๐	๓	๗	๒๔	๒๔๔	๔๕.๐๒	๖๔.๒๑	๒,๕๙๓,๖๓๐	๔๗.๘๒
๖	๖,๑๑๖,๕๒๐	๖๑๒	๕๓๓	๕๒	๒๐๕	๙	๑๗	๗	๒๓๘	๓๘.๘๙	๔๔.๖๕	๒,๕๗๓,๓๖๔	๔๒.๐๗
๗	๕,๑๕๘,๔๕๗	๕๑๖	๓๔๐	๕๗	๒๔๕	๑๑	๒๑	๕	๒๘๒	๕๔.๖๕	๘๒.๙๔	๒,๙๒๗,๐๑๙	๕๖.๗๔
๘	๕,๖๖๓,๐๓๒	๕๖๖	๕๐๙	๘๘	๑๔๐	๒๘	๗๓	๙๑	๓๓๒	๕๘.๖๖	๖๕.๒๓	๓,๓๖๘,๗๘๐	๕๙.๔๙
๙	๖,๙๑๘,๗๒๒	๖๙๒	๕๙๙	๗๒	๒๙๐	๔๓	๑๐	๕๒	๓๙๕	๕๗.๐๘	๖๕.๙๔	๔,๓๗๐,๕๑๖	๖๓.๑๗
๑๐	๔,๗๒๘,๔๗๐	๔๗๓	๔๙๖	๖๗	๑๗๖	๓๗	๑๔	๓	๒๓๐	๔๘.๖๓	๔๖.๓๗	๒,๓๔๔,๙๔๓	๔๙.๕๙
๑๑	๔,๖๑๑,๓๕๒	๔๖๑	๔๐๕	๕๒	๑๗๐	๑	๑๓	๑๑	๑๙๕	๔๒.๓๐	๔๘.๑๕	๒,๐๐๐,๖๐๓	๔๓.๓๘
๑๒	๕,๑๔๕,๙๙๓	๕๑๕	๔๖๔	๕๓	๒๔๗	๒๙	๓	๑๖	๒๙๕	๕๗.๒๘	๖๓.๕๘	๒,๙๖๗,๓๐๐	๕๗.๖๖
รวม	๖๑,๘๑๐,๙๓๑	๖,๑๘๑	๕,๒๔๑	๖๔๔	๒๔๙๗	๑๙๒	๑๘๘	๓๑๖	๓,๑๙๑	๕๑.๖๖	๖๐.๙๒	๓๓,๔๔๖,๓๑๐	๕๔.๑๑
กทม.	๕,๔๔๒,๕๑๖	๕๔๔	๕๔๔	๐	๑๗๘	๗๑	๗๑	๐	๒๔๙	๔๕.๗๗	๔๕.๗๗	๓,๐๙๒,๓๒๖	๕๖.๘๒
รวมทั้งหมด	๖๗,๒๕๓,๔๔๗	๖,๗๒๕	๕,๗๘๕	๖๔๔	๒๖๗๕	๒๖๖	๒๕๙	๓๑๖	๓,๔๔๐	๕๑.๑๘	๕๙.๕๐	๓๖,๕๓๘,๖๓๖	๕๔.๓๓

หมายเหตุ - ข้อมูลจาก สสป. ณ วันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๕ (ประกาศขึ้นทะเบียนครั้งที่ ๓/๒๕๖๕)

- แผนการจัดตั้ง ปี ๒๕๖๕ เป็นข้อมูลจากแผนการจัดตั้ง PCU/NPCU ๑๐ ปี ของจังหวัดที่ได้ทบทวนใหม่

ตาราง ๔.๑ ผลการจัดตั้งและการประกาศขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในพื้นที่เขตสุขภาพ ๑๒ เขต สะสม (รอบ ๑๒ เดือน) รวมจำนวน ๓,๑๙๑ หน่วย และในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๔๙ หน่วย รวทั้งสิ้น ๓,๔๔๐ หน่วย

ตารางแผนอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

โครงการอบรมหลักสูตร Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor ปี ๒๕๖๕

เขต	หน่วยงานรับผิดชอบ	งบประมาณ	จำนวนคน	ระยะเวลาดำเนินการ
๑	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑	๕๖๐,๐๐๐	๖๐	เดือน ม.ค.- ก.ย. ๖๕
๒	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๒	๓๙,๐๕๐	๕๐	ระหว่างวันที่ ๙ – ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕

เขต	หน่วยงานรับผิดชอบ	งบประมาณ	จำนวนคน	ระยะเวลาดำเนินการ
๓	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓	๑๔๒,๘๐๐	๕๐	ม.ค.- ก.ย. ๖๕
๔	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔	๓๕๑,๓๐๐	๕๐	ระหว่าง มิ.ย. - ก.ย. ๖๕
๕	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕	๓๘๒,๑๐๐	๕๗	Module ๑ ระหว่างวันที่ ๗-๘ ก.ค. ๖๕ Module ๒ ระหว่างวันที่ ๔-๕ ส.ค. ๖๕
๖	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖/ รพ.ชลบุรี	๓๐,๖๐๐	๑๐๐	Module ๑ ระหว่างวันที่ ๒๔-๒๕ มกราคม ๖๕ Module ๒ ระหว่างวันที่ ๒๒-๒๓ กุมภาพันธ์ ๖๕
๗	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗	๓๕๐,๐๐๐	๕๐	ระหว่าง ม.ค.- พ.ค. ๖๕
๘	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	๑,๒๑๖,๙๐๐	๑๙๓	รุ่นที่ ๑ จ.อุดรธานี ม.ค.- ก.พ.๖๕ รุ่นที่ ๒ จ.สกลนคร ม.ค.- ก.พ.๖๕ รุ่นที่ ๓,๔ ดำเนินการในไตรมาศ ๓ และ ๔
๙	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙	๑,๑๑๖,๐๖๐	๒๔๖	ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๔
๑๐	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐	๒๑๖,๑๐๐	๖๐	ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๕
๑๑	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑	๓๕๙,๗๐๐	๑๗	Module ๑ ระหว่างวันที่ ๓ - ๔ มี.ค. ๖๕ Module ๒ ระหว่างวันที่ ๓๑ มี.ค. - ๑ เม.ย. ๖๕
๑๒	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒	๒๐๐,๐๐๐	๔๐	ระยะที่ ๑ วันที่ ๒๗ – ๒๘ พ.ค ๖๕ ระยะที่ ๒ วันที่ ๑๐ – ๑๑ มิ.ย. ๖๕
๑๓	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๓/	๒๙๐,๒๐๐	๖๕	ระหว่างเดือนมีนาคม - กันยายน ๒๕๖๕
	รวม	๕,๒๕๔,๘๑๐	๑,๐๓๘	

๔.๒ ปัญหา แผน/กิจกรรมการแก้ไขและผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. มีการเปลี่ยนแปลงของทีมบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวไปศึกษาต่อเฉพาะทางด้าน อื่นๆ โยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน และ ลาออก ส่งผลต่อความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว	- ปรับเป้าหมายตามความ พร้อมของหน่วยบริการ - อบรมแพทย์เพื่อทำงานใน หน่วยปฐมภูมิจะมีการอบรมพื้นฐานในระดับเขตสุขภาพ	- มีการจัดตั้ง PCU/NPCU เพิ่มขึ้นในพื้นที่จังหวัดตาก และ กำหนดอำเภอเป้าหมาย ๑ จังหวัด ๑ อำเภอ ดำเนินการ PCU/NPCU เต็มพื้นที่
๒. แผนการจัดตั้ง PCU / NPCU ๑๐ ปีของระดับจังหวัดมีสัดส่วนประชากรต่อทีมไม่เป็นไปตามที่ กม.ว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ	- ตรวจสอบข้อมูลการทบทวนแผนการจัดตั้งฯ - จัดประชุมชี้แจงพื้นที่	- จังหวัดส่งแผนการจัดตั้งไม่ครบทุกจังหวัด
๓. การคงอยู่ของแพทยเวชศาสตรครอบครัว (ลาออก, ลาศึกษาตอ, โยกยาย)	- จัดอบรมและส่งแพทย์อบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว (หลักสูตร Basic Course)	มีแผนขยาย PCU/NPCU โดยให้แพทย์ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ ครอบครัว เพื่อขึ้นทะเบียนตาม พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๔. จัดบริการของPCU/NPCU ยังไม่ได้มาตรฐาน	- จัดทำแผนพัฒนาการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU)	- มีแผนพัฒนาการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU)

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๑. เขตสุขภาพที่ ๒ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการ โปรแกรม Telehealth/Telemedicine การใช้แอพพลิเคชั่น Line เข้ามาช่วยในการติดต่อสื่อสารในการให้คำปรึกษา หรือความรู้ด้านการดูแลรักษาสุขภาพ ของแพทย์ให้กับประชาชน

๒. เขตสุขภาพที่ ๓ จังหวัดพิจิตร มีรูปแบบการพัฒนา PCU เพื่อการจัดระดับการพัฒนา Pre-PCU Level และ PCU Level แบ่งเป็น ๓ ระดับ และมีการพัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัว (รพ.ตะพานหิน/บางมูลนาก) จะเปิดดำเนินการในปี ๒๕๖๖

๓. เขตสุขภาพที่ ๕ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี มีการจัด Zoon PCU / NPCU ให้บริการเฉพาะด้าน เช่น ด้านกายภาพ ในแต่ละ PCU / NPCU

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. เน้นกิจกรรมการป้องกันและติดตามกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM/HT) และวัณโรค ให้ได้รับ การรักษาอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

๒. พัฒนา และปรับปรุง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมายให้สอดรับกับสถานการณ์ปัญหาและคืนข้อมูลเพื่อการพัฒนางานเชิงคุณภาพ

๓. ส่งเสริม สนับสนุน ให้แพทย์ศึกษาต่อ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพิ่มแรงจูงใจให้กับแพทย์ เพื่อให้เข้าอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว นโยบายให้แพทย์ใช้ทุนเข้ารับการอบรมหลักสูตร basic course /short course ก่อนการลงปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

๔. ส่งเสริมและสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีประเมินผลลัพธ์คุณภาพของการจัดบริการสาธารณสุข

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. ส่วนกลางสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาหลักสูตรออนไลน์สำหรับแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทาง ในหลักสูตรระยะสั้นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สำหรับการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ

๒. ควรมีแนวทางการประเมินรับรองมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๓. ส่วนกลางสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาหลักสูตรออนไลน์สำหรับแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทาง ในหลักสูตรระยะสั้นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สำหรับการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ

๔. ส่งเสริม สนับสนุน อบรมผลิตพัฒนา คณะผู้ให้บริการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๕. การประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ การจัดบริการปฐมภูมิ โดยใช้ตัวชี้วัดผลงาน เช่น OP visit, ANC, Pap smear, Vaccine

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

๒. ตัวชี้วัด: ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กรมสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ

๔. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีเจตนารมณ์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืนสืบไป จึงกำหนดให้ทุกอำเภอของทุกจังหวัดเว้นแต่กรุงเทพมหานคร มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอและดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงานดังกล่าว โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอทั้งจากภาครัฐ 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 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร, E= Essential care การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น) ในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่พื้นที่กำหนดร่วมกัน มีผลลัพธ์การพัฒนาที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ 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 ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
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 ๕๐ผลงาน 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-19)

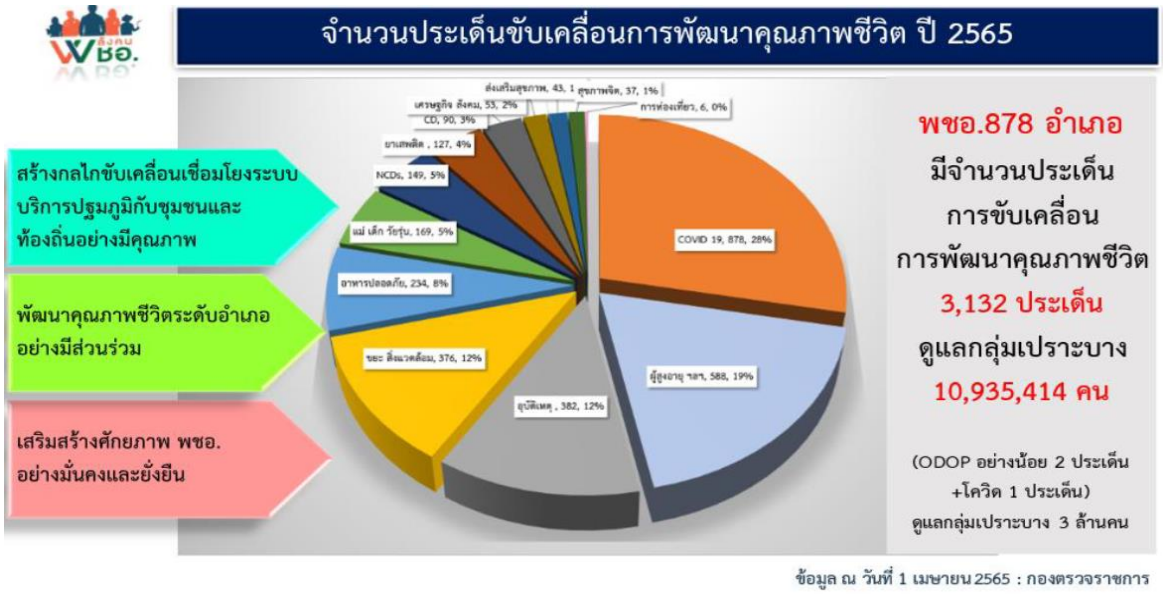
การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการที่สำคัญ ปี ๒๕๖๕

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีมาตรการที่สำคัญ ดังนี้

๑. การสร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ

๒. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม

๓. การเสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน



ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีเจตนารมณ์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในปี ๒๕๖๕ 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 และประเด็นโควิด ๑ ประเด็น รวมอย่างน้อย ๓ ประเด็น รวมทั้งสิ้น ๓,๑๓๒ ประเด็น

ประเด็นที่มีการขับเคลื่อนสูงสุด ๕ อับดับ คือ

๑. ประเด็นโควิด -19 จำนวน ๘๗๘ อำเภอ (ร้อยละ ๑๐๐ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)

๒. ประเด็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้และผู้เปราะบาง จำนวน ๕๘๘ อำเภอ (ร้อยละ ๖๖.๙๗ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)

๓. ประเด็นอุบัติเหตุ จำนวน ๓๘๒ อำเภอ (ร้อยละ ๔๓.๕๑ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)

๔. การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม จำนวน ๓๗๖ อำเภอ (ร้อยละ ๔๒.๘๒ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)

๕. อาหารปลอดภัย เกษตรปลอดสารเคมี จำนวน ๑๖๙ อำเภอ (ร้อยละ ๒๖.๖๕ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)

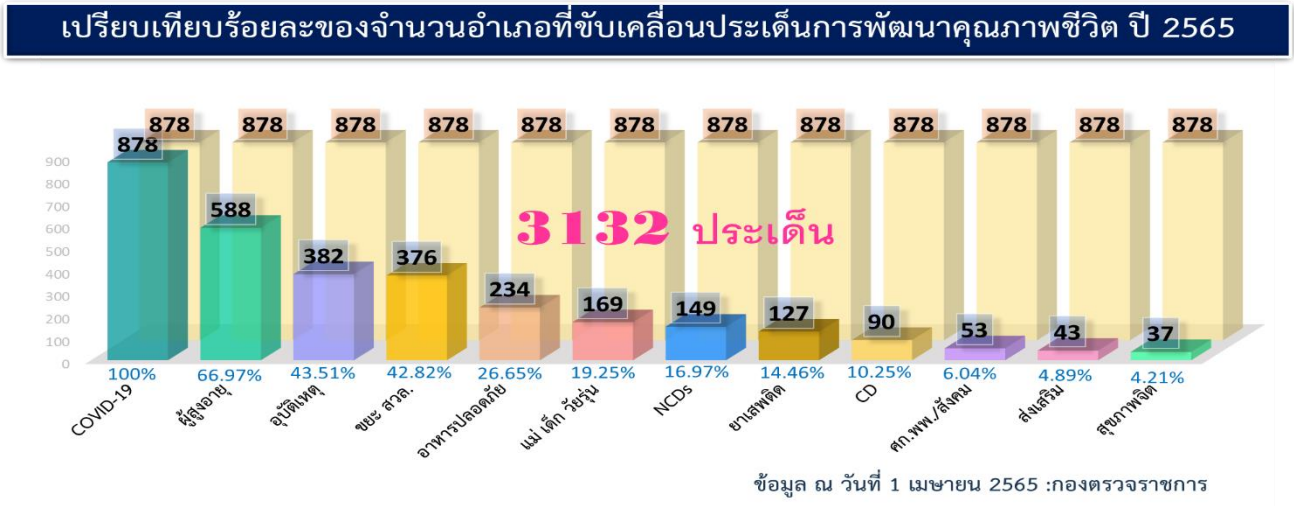
พชอ. มีการดูแลกลุ่มผู้เปราะบาง รวมทั้งสิ้น ๑๔,๕๒๐,๖๕๓ คน ดังนี้ (ข้อมูล ณ วันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๕)

๑. กลุ่มผู้สูงอายุ (ติดเตียง) จำนวน ๗๐๐,๕๗๓ คน

๒. ผู้พิการ จำนวน ๒๙๙,๒๕๒ คน

๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลาง (IMC.) จำนวน ๒๔๙,๙๒๗ คน

๔. ผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด -19 จำนวน ๑๓,๒๗๐,๙๐๑ คนทุกอำเภอ (๘๗๘ อำเภอ)



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. ประเด็นปัญหาที่กระทบคุณภาพชีวิตของประชาชน ในบางพื้นที่ยังไม่สอดคล้องตามบริบท	มีการกำหนดประเด็นปัญหาที่กระทบคุณภาพชีวิตของประชาชนในแต่ละพื้นที่ให้ชัดเจน และพิจารณาขับเคลื่อนประเด็นที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่ตามบริบท	มีการทบทวนประเด็นเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ตามบริบท
๒. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด – 19 ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานในบางประเด็นชะงักหรือล่าช้ากว่าแผนงาน/ โครงการที่กำหนดไว้	ปรับใช้การสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ VDO Conference / Zoom และแอพพลิเคชั่นต่างๆ เช่น Line, Facebook	มีการติดตามผลการประชุมในช่องทางออนไลน์ จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถปรับแผนและดำเนินงานเกี่ยวกับประเด็นการป้องกันและเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) เพื่อไม่ให้เป็นภาระแก่ผู้รับผิดชอบงานมากเกินไป
๓. มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยจึงทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง	มีการชี้แจงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อทบทวนประเด็นปัญหาของแต่ละพื้นที่ และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพร้อมให้การสนับสนุนในทุกพื้นที่	มีการแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างเป็นระบบ โดยให้ทีมเลขานุการดำเนินการทบทวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาขับเคลื่อนร่วมกัน

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

ลำดับ	เขตสุขภาพ	นวัตกรรม
๑	๑	พชอ.แม่ทะ ในระดับเขต ผลงานเด่น คือ พื้นที่ NPCU มีการดำเนินงานขับเคลื่อน “การสร้าง Health Literacy โดยกลไก ๓ หมอ ในการขับเคลื่อนงาน NCD โดยเครือข่ายชุมชนตำบลวังเสือไฟ” NPCU วังเสือไฟ (นากวาง)
๒	๒	พชอ.คีรีมาศ มีผลงานเด่นด้านการสร้างความรู้ด้านสุขภาพชุมชนใช้ยาสมเหตุสมผลอย่างยั่งยืนในระดับเขตสุขภาพที่ ๒ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย
๓	๒	พชอ.วัดโบสถ์ ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพการดาเนินงานป้องกันการบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (D-RTI) และระดับท้องถิ่น (City RTI) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และรางวัลชนะเลิศอันดับ ๑ โครงการสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจร (สอจร.) ภาคเหนือตอนล่าง ปี ๒๕๖๓
๔	๓	พชอ.โพทะเล ดูแลกลุ่มเปราะบาง ขจัดความยากจน พัฒนาคนทุกกลุ่มวัย
๕	๓	พชอ.ชุมแสง ดูแลกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง ลดพฤติกรรมเสี่ยง
๖	๓	พชอ.เมืองอุทัยธานี การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกับกลุ่มเปราะบาง
๗	๓	พชอ.สรรพยา การจัดบริการปฐมภูมิกับความครอบคลุมวัคซีนโควิด -19
๘	๓	พชอ.ทรายทองวัฒนา คนทรายทองสุขภาพดี การลดเสี่ยง ลดโรค ชะลอไตเสื่อม
๙	๕	พชอ.ชะอำ การจัดการเรื่องอุบัติเหตุ มีนวัตกรรม Google map บอกจุดเสี่ยง
๑๐	๕	พชอ.แก่งกระจาน นายอำเภอนำประเด็นอำเภอคุณธรรมต้นแบบ สร้างความร่วมมือและความรับผิดชอบร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ
๑๑	๕	พชอ.ด่านมะขามเตี้ย ได้รับคัดเลือกเป็น พชอ.ต้นแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิเข็มแข็ง ปี ๒๕๖๕ มีนวัตกรรม โครงการชุมชนร่วมใจพัฒนาไกลสู่กรีน (Green Society) มีการดำเนินงานเมืองสีเขียว โดยประยุกต์จากนโยบาย Green & Clean Hospital มาปรับใช้ในการดำเนินงานแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
๑๒	๕	พชอ.ทับสะแก มีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เข้มแข็ง บางพื้นที่มีการขับเคลื่อน ลงสู่ระดับตำบล (พชต.) เชื่อมโยงทุกระดับมีการบูรณาการกับทีม ๓ หมอ เพื่อดูแลกลุ่มเปราะบาง ในชื่อโครงการคนทับสะแกไม่ทอดทิ้งกัน
๑๓	๗	พชอ.นามน : เรื่อง การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน การแก้ไขปัญหา สารเคมีการเกษตรและหมู่บ้านปลอดขยะ
๑๔	๗	พชอ.ท่าคันโท : การป้องกันพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี คนท่าคันโท ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง
๑๕	๗	พชอ.หนองนาคำ : “นาคำโมเดล”
๑๖	๗	พชอ.กระนวน : “การบริโภคยาปลอดภัย”
๑๗	๗	พชอ.เปือยน้อย : “สถานีสุขภาพ สถานีใจ : Stroke
๑๘	๗	พชอ.อุบลรัตน์ พชอ.หนองเรือ : การจัดการขยะดีเด่น
๑๙	๗	พชอ.สีชมพู :กองทุนแก้จนคนสีชมพูไม่ทอดทิ้งกัน
๒๐	๗	อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ได้รับรางวัลคุณภาพแห่งชาติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๔.๐ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ความมุ่งมั่นการพัฒนา ภายใต้โครงการการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอแกดำ (พชอ.) จากสถานการณ์โควิด -19 โดยกองทุนปันสุขบรรเทาทุกข์ชาวแกดำ

ลำดับ	เขตสุขภาพ	นวัตกรรม
๒๑	๗	อำเภอบรบือ ได้รับคัดเลือกให้เป็นพื้นที่ดาเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดีเด่นของเขตสุขภาพที่ ๗ จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเวทีแลกเปลี่ยนบทเรียนการทำงาน ติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ ๗ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕
๒๒	๗	อำเภอบรบือ ได้รับรางวัลการดำเนินงานดีเด่นระดับประเทศ (กรมสุขภาพจิต) การดำเนินงานดีเด่นของ พชอ.ในการดำเนินงานบูรณาการสุขภาพจิตเข้ากับ พชอ. นำเสนอผลงานในวันที่ ๒๔-๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ที่โรงแรม เอเชียแอร์พอร์ต จังหวัดปทุมธานี
๒๓	๙	จังหวัดนครราชสีมา จัดตั้งโรงเรียนเบาหวานโดยใช้กลไก พชอ. และ พชต. ในการขับเคลื่อนร่วมกับทีม ๓ หมอ
๒๔	๑๐	พชอ.น้ำยืน และ อ.ตาลสุม “ฒ.ผู้เฒ่าไม้ล้ม” (ป้องกันการพลัดตก หกล้มในผู้สูงอายุ)
๒๕	๑๐	พชอ.เบญจลักษณ์ “พื้นที่ต้นแบบ Sandbox อสม. โดยอสม. มีการดำเนินการร่วมกับ อสค. ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ด้วยกลไก ๓ หมอ และกลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิตร่วมกับ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑๐ อุบลราชธานี
๒๖	๑๐	จ.ยโสธร “SAVE ๖๐๘ by Booster dose” ความครอบคลุมสูงสุดการณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID -๑๙ ในกลุ่มผู้สูงอายุ
๒๗	๑๐	พชอ.พนา : “ท้องที่ ท้องถิ่น ท้องทุ่ง” จ.อำนาจเจริญ
๒๘	๑๐	พชอ.นิคมคำสร้อย “เรืองเจริญชุมชนอุ่นรัก” (บำบัดยาเสพติดในชุมชน) ชุมชนที่มีผลการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx)
๒๙	๑๑	จ.ระนอง : การดูแลคุณภาพชีวิตในอำเภอกะเปอร์ ในประเด็นผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง เรื่องการมีกองทุนช่วยเหลือกันในชุมชน
๓๐	๑๑	จ.ชุมพร : รางวัลคุณภาพแห่งชาติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๔.๐ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค COVID -๑๙ และ พชอ.สวี : โครงการรู้เร็ว จัดการไว ประชาชนอุ่นใจ ปลอดภัยจาก COVID -๑๙ โดยวัดความพึงพอใจของประชาชนในการกักตัว
๓๑	๑๑	จ.กระบี่ : การพัฒนาระบบสารสนเทศในการรองรับสถานกาณ์โควิด -๑๙ ในอำเภอเมืองกระบี่ “กระบี่ชนะ”

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. ประเด็นที่ดำเนินการสำเร็จในปีที่ผ่านมา และประเด็นที่ยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปีนี้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ ถอดบทเรียน คืนข้อมูลให้กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อ พัฒนา, กระตุ้น, หนุนเสริมการขับเคลื่อนงานเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่กำหนดไว้หรือผลลัพธ์ที่ต้องการ

๒. การคัดเลือกประเด็นปัญหาของพื้นที่ ควรให้ทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมและต้องแก้ไขร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

๓. ควรมีการประเมินประเด็น พชอ. ที่ดำเนินการถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบขยายไปยังพื้นที่อื่น

๔. ทุกจังหวัดมีการกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตทั้งที่เป็นประเด็นร่วมและประเด็นเฉพาะพื้นที่ ซึ่งทำให้จำนวนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอค่อนข้างมาก จึงควรพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์เชิงรูปธรรม และสามารถดึงการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ./เครือข่ายพื้นที่

๕. การบันทึกข้อมูลประเมิน UCCARE รูปแบบใหม่ ในโปรแกรม CL UCCARE

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. การปรับปรุงเกณฑ์การประเมินอำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ UCCARE สู่เกณฑ์การประเมิน CL UCCARE (Collective Learning UCCARE) ในทุกเขตสุขภาพ เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานเชิงคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม เกิดความยั่งยืนภายใต้การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

๒. การขับเคลื่อนการดำเนินงานคณะกรรมการ พชจ. อย่างเป็นรูปธรรม และลงเยี่ยมเสริมพลังโดยคณะกรรมการ พชจ. / พชจ.มิติด้านสุขภาพ

๓. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ควรดำเนินการร่วมกับกรมวิชาการอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อพัฒนากระบวนการและสนับสนุนพื้นที่ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีความครอบคลุมในแต่มิติที่เกี่ยวข้อง

๔. จังหวัดควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน พชอ. - พชต. ในระดับอำเภอ

๕. กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสามารถนำมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ รวมทั้งหาแนวทางในการพัฒนาต่อไป

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง
หัวข้อ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒. ตัวชี้วัดที่ ๔: ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๗๕ (สะสม)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
: นางเนาวรัตน์ สัจจากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น สามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น และการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว (รพ.สต. ติดดาว) ให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อตอบสนองความต้องการ และความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม ๓) บุคลากรดี ๔) บริการดี และ ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่องในแต่ละวัน ส่งผลต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รอบ ๑๒ เดือน ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งได้ดำเนินการประเมินตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (ระดับ ๕ ดาว) และรับรองผลการประเมินตามเกณฑ์ โดยทีมประเมินระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า ผลการประเมิน รพ.สต. ติดดาว ดำเนินการได้ ร้อยละ ๙๗ เปอร์เซ็นต์ (สะสม) จากค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ เปอร์เซ็นต์

๔.๑ รพ.สต. ที่เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (ระดับ ๕ ดาว)

เขต	ผลงาน จำนวน รพ.สต. ที่ผ่าน ๕ ดาว	ร้อยละ
๑	๑,๐๖๒	๙๖.๐๒
๒	๖๒๒	๑๐๐.๐๐
๓	๕๖๒	๙๖.๙๐
๔	๗๗๔	๙๗.๗๓
๕	๘๗๕	๙๖.๒๖
๖	๗๔๘	๙๖.๒๗
๗	๘๐๘	๑๐๐.๐๐
๘	๘๗๔	๑๐๐.๐๐
๙	๙๔๙	๙๙.๘๙
๑๐	๘๐๘	๙๖.๕๔

เขต	ผลงาน จำนวน รพ.สต. ที่ผ่าน ๕ ดาว	ร้อยละ
๑๑	๖๘๙	๙๖.๐๙
๑๒	๗๐๙	๘๘.๕๑
รวม	**๙,๔๘๐**	**๙๗.๐๐**

ที่มา : ระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ - GIS HEALTH และ สนง.เขตสุขภาพ รายงาน ณ วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๕

จากตาราง ๔.๑ ผลการประเมินตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (๕ หมวด) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ดำเนินการประเมินตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว พร้อมรับรองผลการประเมินตามเกณฑ์ โดยทีมประเมินระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพรายงานผลการประเมิน รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ ๙๗ เปอร์เซ็นต์ จากค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ เปอร์เซ็นต์ เรียบร้อยแล้ว

๔.๒ ปัญหา แผน/กิจกรรมการแก้ไขและผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด -19 ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานไม่เป็นไปตามแผนงาน โครงการที่กำหนดไว้ เนื่องจากภาระงานในการควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด -19 มีระยะเวลาที่ยาวนานต่อเนื่อง ตลอดจนงบประมาณที่ตั้งไว้ในแผนงาน โครงการ ถูกนำมาใช้เพื่อป้องกัน การควบคุม การแพร่ระบาดของโควิด -19	๑. ชี้แจง นโยบาย KPI และ Template ในการดำเนินงาน รพ.สต. ๒. วางแผนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของ รพ.สต. ๓. มอบคู่มือการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของ รพ.สต. ๔. วางแผนการจัดอบรมและทบทวนเกณฑ์การประเมิน แก่คณะตรวจประเมินและคณะเยี่ยมเสริมพลังเพื่อสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจในเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐาน ๕. จัดทำกรอบระยะเวลาการดำเนินงานของ รพ.สต. ประเมินตนเอง ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด	๑. การรักษามาตรฐานของตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว ๒. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องและระบบส่งต่อโดยเฉพาะการออกแบบระบบสารสนเทศ ภายในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ๓. พัฒนาทักษะ องค์ความรู้ ด้านคุณภาพมาตรฐานและวิธีการเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อต่อยอดการรับรองจากองค์กรภายนอก เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ในเรื่องการประเมินและรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ(DHSA) รวมทั้งการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ๔. ความต่อเนื่องของการรักษาคุณภาพและมาตรฐาน ระดับ ๕ ดาว เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การกระจายอำนาจไปยัง อบจ. ท้องถิ่น พัฒนากลไกการติดตาม การประเมินผล การพัฒนาโดยกลไกสุขภาพในพื้นที่ ภายใต้กรอบระยะเวลาและเป้าหมายที่กำหนดพร้อมบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี) : - ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. Re-Accreditation ปี ๒๕๖๕ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ ดาว มีการประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมินคุณภาพ และแนวทางการประเมินให้กับทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอและหน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลัง/ทีมประเมิน ให้มีมาตรฐานเดียวกัน

๒. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ต้องเลื่อนการประเมินออกไป ควรจัดลำดับการลงประเมิน (Re-accredit) เพื่อให้ผ่าน ๕ ดาว ตามค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๗๕

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. ปรับรูปแบบการประเมินคุณภาพมาตรฐาน และวิธีการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อพัฒนา รพ.สต. ตามบริบทและสถานการณ์ของพื้นที่ เป็น Onsite /On Line /On Hand ให้เหมาะสม

๒. ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและทีมตรวจประเมินอย่างต่อเนื่อง

๓. กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยเฉพาะในด้านบริการ ส่งต่อ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ที่มีแนวทางชัดเจนในระดับกระทรวงฯ ถ่ายทอดมายังจังหวัด เพื่อนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ต่อไป

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
หัวข้อ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒. ตัวชี้วัดที่ ๔ : ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๗๕ (สะสม)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
: นางเนาวรัตน์ สัจจากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น สามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นและการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม ๓) บุคลากรดี ๔) บริการดี และ ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง ในแต่ละวัน ส่งผลให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รอบ ๑๒ เดือน ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ได้ดำเนินการประเมินตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (ระดับ ๕ ดาว) และรับรองผลการประเมินตามเกณฑ์ โดยทีมประเมินระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า ผลการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ดำเนินการได้ ร้อยละ ๙๗ เปอร์เซ็นต์ (สะสม) จากค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ เปอร์เซ็นต์

๔.๑ รพ.สต. ที่เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (ระดับ ๕ ดาว)

เขต	ผลงาน จำนวน รพ.สต. ที่ผ่าน ๕ ดาว	ร้อยละ
๑	๑,๐๖๒	๙๖.๐๒
๒	๖๒๒	๑๐๐.๐๐
๓	๕๖๒	๙๖.๙๐
๔	๗๗๔	๙๗.๗๓
๕	๘๗๕	๙๖.๒๖
๖	๗๔๘	๙๖.๒๗
๗	๘๐๘	๑๐๐.๐๐
๘	๘๗๔	๑๐๐.๐๐
๙	๙๔๙	๙๙.๘๙

เขต	ผลงาน จำนวน รพ.สต. ที่ผ่าน ๕ ดาว	ร้อยละ
๑๐	๘๐๘	๙๖.๕๔
๑๑	๖๘๙	๙๖.๐๙
๑๒	๗๐๙	๘๘.๕๑
รวม	๙,๔๘๐	๙๗.๐๐

ที่มา : ระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ - GIS HEALTH และ สนง.เขตสุขภาพ รายงาน ณ วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๕

จากตาราง ๔.๑ ผลการประเมินตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (๕ หมวด) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ดำเนินการประเมินตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว พร้อมรับรองผลการประเมินตามเกณฑ์ โดยทีมประเมินระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพรายงานผลการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ ๙๗ เปอร์เซ็นต์ จากค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ เปอร์เซ็นต์ เรียบร้อยแล้ว

๔.๒ ปัญหา แผน/กิจกรรมการแก้ไขและผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด -๑๙ ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานไม่เป็นไปตามแผนงาน โครงการ ที่กำหนดไว้ เนื่องจากภาระงานในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด -๑๙ มีระยะเวลาที่ยาวนานต่อเนื่องตลอดจนงบประมาณที่ตั้งไว้ในแผนงาน โครงการ ถูกนำมาใช้เพื่อป้องกัน การควบคุม การแพร่ระบาดของโควิด -๑๙	๑. ชี้แจง นโยบาย KPI และ Template ในการดำเนินงาน รพ.สต. ๒. วางแผนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน ของ รพ.สต. ๓. มอบคู่มือการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน ของ รพ.สต. ๔. วางแผนการจัดอบรมและทบทวนเกณฑ์การประเมิน แก่คณะตรวจประเมินและคณะเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจในเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐาน ๕. จัดทำกรอบระยะเวลาการดำเนินงาน ของ รพ.สต. ประเมินตนเอง ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด	๑. การรักษามาตรฐานของตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ๒. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องและระบบส่งต่อโดยเฉพาะการออกแบบระบบสารสนเทศภายในอำเภอ จังหวัด ทั้งการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟู การต่อยอด การรับรองโดยองค์กรภายนอก โดย สรพ. เช่น การประเมิน เครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอคุณภาพมาตรฐาน (DHSA) พร้อมกับ HA เพื่อการพัฒนา ๓. ความต่อเนื่องของการรักษาคุณภาพและมาตรฐาน ระดับ ๕ ดาว เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การกระจายอำนาจไปยัง อบจ. ท้องถิ่น พัฒนากลไกการติดตาม การประเมินผล การพัฒนาโดยกลไกสุขภาพในพื้นที่ ภายใต้กรอบระยะเวลาและเป้าหมายที่กำหนด พร้อมบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานองค์กร ที่เกี่ยวข้อง

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี) : - ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. Re-Accreditation ปี ๒๕๖๕ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ ดาว มีการประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ให้กับทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอและหน่วยบริการในพื้นที่ แนวทางการประเมิน เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลัง/ทีมประเมิน ให้มีมาตรฐานเดียวกัน

๒. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ต้องเลื่อนการประเมินออกไป ควรจัดลำดับการลงประเมิน (Re-accredit) เพื่อให้ผ่าน ๕ ดาว ตามค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๗๕

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. ปรับรูปแบบการประเมินคุณภาพ มาตรฐาน และวิธีการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อพัฒนา รพ.สต. ตามบริบทและสถานการณ์ของพื้นที่ เป็น Onsite /On Line /On Hand ให้เหมาะสม

๒. ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและทีมตรวจประเมินอย่างต่อเนื่อง

๓. กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ โดยเฉพาะในด้านบริการ ส่งต่อ การดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่มีแนวทางชัดเจนในระดับกระทรวงฯ ถ่ายทอดมายังจังหวัด เพื่อนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ต่อไป

ประเด็นที่ ๔

สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

- สุขภาพเด็ก
- สุขภาพวัยทำงาน
- สุขภาพผู้สูงอายุ
- สุขภาพดีวิถีใหม่

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็นตรวจราชการ : ระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ของเด็กไทย
หัวข้อ / ตัวชี้วัด : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐

๑) เป้าหมาย และผลงาน

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ประเด็นสุขภาพเด็ก รอบที่2/2565 (ข้อมูล HCD ณ ก.ค.65)

หัวข้อ/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เขตสุขภาพ												รวม
		เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	
1. หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อ อายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	ร้อยละ 75	77.1	80.5	85.9	65.2	79.8	75.0	86.5	88.0	82.4	81.7	82.3	84.9	81.0
2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ค รบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	69.2	73.1	79.7	57.1	72.0	67.5	80.5	80.8	75.7	74.3	76.0	78.5	74.0
3.ทารกแรกเกิดจนถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ 50	51.8	51.2	76.2	54.6	61.5	61.3	71.7	66.4	75.9	57.7	59.5	55.9	61.0
4.เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ 75	77.0	73.7	76.8	76.2	76.5	83.1	83.3	84.6	75.9	84.5	74.8	73.0	78.6
5 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง	ไม่เกินร้อยละ 14	12.5	15.9	13.5	19.2	15.2	17.0	12.9	12.9	14.3	16.1	17.1	16.5	15.4
6.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟลิก	ร้อยละ 100	76.9	87.3	84.5	80.4	83.2	77.8	87.1	81.6	90.2	86.5	79.7	74.8	81.4
7.เด็กอายุ 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง	ไม่เกินร้อยละ 20	22.7	20.7	25.3	22.5	18.1	14.8	31.8	24.1	19.1	15.4	17.5	16.8	18.9
8.เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ 80	69.8	70.4	79.9	40.9	59.3	85.9	85.6	70.7	68.4	83.9	74.1	77.4	72.3
9.ระดับค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิง ตั้งครรภ์	(มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ไมโครกรัมต่อลิตร)	162.4	153.8	175.3	158.5	70.8	132.7	160.4	123.6	131.8	180.5	164.9	156.9	154.9
10. เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำห นัก วัดส่วนสูง	ร้อยละ 90	77.8	72.8	87.9	56.5	81.8	69.2	85.5	73.0	83.8	71.6	70.8	84.4	76.5
11. เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย	ไม่เกินร้อยละ 10	14.3	12.8	9.9	13.1	9.4	9.8	7.9	12.0	12.3	9.2	8.5	11.5	10.9
12. เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	85.6	92.6	97.8	81.6	92.7	89.0	97.5	93.2	94.4	92.3	90.7	87.3	91.0
13. เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	85.1	92.6	97.9	89.5	94.1	91.4	97.9	93.4	94.0	93.1	94.2	90.1	92.9
14. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	82.0	90.5	96.9	79.6	91.2	87.0	96.6	91.5	92.8	90.5	89.4	85.2	89.2

๒) สรุปสถานการณ์

จากตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ประเด็นสุขภาพเด็ก รอบที่ ๒/๒๕๖๕ (ข้อมูล HDC ณ ก.ค. ๖๕) พบว่าตัวชี้วัดที่เขตสุขภาพ ที่ ๑-๑๒ ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายทีกำหนดไว้ มี จำนวน ๕ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

๑. หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ ผลงาน ร้อยละ ๗๔.๐
๒. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๔ ผลงาน ร้อยละ ๑๕.๔
๓. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐ ผลงาน ร้อยละ ๘๑.๔
๔. เด็กอายุ ๖ เดือนถึง ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ ผลงาน ร้อยละ ๗๒.๓
๕. เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐ ผลงาน ร้อยละ ๗๖.๕
๖. เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี มีภาวะเตี้ย เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ผลงาน ร้อยละ ๑๐.๙

ตัวชี้วัดที่เขตสุขภาพ ที่ ๑-๑๒ ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ได้แก่

๑. หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ น้อยกว่า ๑๒ สัปดาห์ เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ ผลงาน ร้อยละ ๘๑.๐

๒. ทารกแรกเกิดจนถึง ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐ ผลงาน ร้อยละ ๖๑.๐

๓. เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ ผลงาน ร้อยละ ๗๘.๖

๔. เด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน มีภาวะโลหิตจาง เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ผลงาน ร้อยละ ๑๘.๙

๕. ระดับค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ผลงาน ๑๕๔.๙ ไมโครกรัมต่อลิตร

๖. เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐ ผลงาน ร้อยละ ๙๑.๐

๗. เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐ ผลงาน ร้อยละ ๙๒.๙

๘. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย เป้าหมาย ร้อยละ ๘๕ ผลงาน ร้อยละ ๘๙.๒

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

๓.๑ การย้ายงานเปลี่ยนงานของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยแม่และเด็ก

๓.๒ ปัจจัยด้านสังคม อาทิ การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์

๓.๓ การขับเคลื่อนงานผ่านกลไกการบูรณาการคณะกรรมการอนามัยแม่ละเด็ก (MCH Board) จังหวัดขาดความต่อเนื่อง

๓.๔ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคหัวใจ การทบทวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์และโรคทางอายุรกรรม

๓.๕ การติดตาม กำกับ การดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก การลงบันทึกข้อมูลขาดความต่อเนื่อง สาเหตุจากภาระงานของเจ้าหน้าที่ในสถานการณ์ COVID ๑๙

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ การขับเคลื่อนงานแม่และเด็ก เน้นติดตาม กำกับ และควบคุมแก้ปัญหา Area Base ระดับจังหวัดและอำเภอ

๔.๒ พัฒนาระบบการคัดกรองและกำกับติดตามงานในระดับพื้นที่ รวมทั้งระบบเฝ้าระวัง โดยเฉพาะประเด็นการแก้ไขปัญหาซีดในแม่และเด็ก และค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงในชุมชนให้เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น

๔.๓ กระตุ้นการใช้เครื่องมือ DSPM ให้พ่อ แม่ ผู้ดูแลเด็ก พร้อมกับพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องการใช้เครื่องมือ DSPM ร่วมกับพัฒนาเครือข่ายพี่เลี้ยงแม่วัยรุ่น

๔.๔ บูรณาการเครือข่ายร่วมลงทุนและดำเนินการเฝ้าระวังโภชนาการเด็กในชุมชน

๔.๕ พัฒนาระบบการติดตามเด็กที่มีปัญหาภาวะโภชนาการรายบุคคล

๔.๖ ควรกำหนดนโยบายการขับเคลื่อนคัดกรองภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด

๔.๗ บูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบองค์รวม

๔.๘ พัฒนาระบบบริการและกลไกในการส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการ

๔.๙ การกำกับติดตามงานตามตัวชี้วัดโดยคณะกรรมการด้านอนามัยแม่ละเด็ก (MCH Board) ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) โดยการมีส่วนร่วมโครงการสามหมอ และ พชอ.

๔.๑๐ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการลงบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน HDC เช่น ข้อมูลการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน การบันทึกข้อมูลด้านพัฒนาการ

๔.๑๑ พัฒนาระบบการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการส่งต่อปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

๔.๑๒ พัฒนาต่อยอด Pre Conceptual clinic จากโรงพยาบาล Node สูติกรรมไปสู่โรงพยาบาลทุกแห่งและติดตามผลลัพธ์

๔.๑๓ การคืนข้อมูลตามยุทธศาสตร์จากศูนย์วิชาการรายไตรมาส เพื่อให้จังหวัดควบคุมติดตามการดำเนินงานของพื้นที่ตามลำดับ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑ มีการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กผ่านคณะกรรมการ Service plan ระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ

๕.๒ มีการขับเคลื่อนและพัฒนาแนวทางการจัดบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยทั้งเชิงรับและเชิงรุก

๔.๓ เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญระดับจังหวัดมีความเข้มแข็ง

๔.๔ การกำกับติดตามงาน วิเคราะห์ข้อมูลและร่วมแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างต่อเนื่องด้านการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

๔.๕ การทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขและบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

๔.๖ปรับรูปแบบการจัดบริการในสถานการณ์ COVID-๑๙ เป็นแบบ New Normal (Home Program, Home visit และติดตามความก้าวหน้าผ่าน Social Application ต่างๆ)

๔.๗ การเชื่อมโยงระบบการดำเนินงานดูแลพัฒนาการเด็กล่าช้าและระบบข้อมูล ตั้งแต่ระดับ รพ.สต., รพช., รพท., รพศ. โดยพัฒนาศักยภาพทีมบริหารจัดการระบบติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าใน Data-exchange และการบันทึกข้อมูลในระบบ ๔๓ แฟ้ม

๔.๘ การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก

๔.๙ การเสริมสร้างความรอบรู้ให้กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ประชาชน ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กเพิ่มช่องทางการสื่อสาร และ สนับสนุนสื่อความรู้วิชาการที่เข้าถึงง่าย

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๖.๑ เลือกตัวชี้วัดที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ของเขตสุขภาพ

๖.๒ ค้นหาปัญหาหรือข้อจำกัดในการดำเนินงานของตัวตัวชี้วัดที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

๖.๓ ร่วมช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหาหรือข้อจำกัดที่ตรวจพบ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๒. หัวข้อ : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ไม่ต่ำกว่า 100

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมอนามัย

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กรมสุขภาพจิต สถาบันราชานุกูล

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑.การตายมารดา ๑.๑ ความล่าช้าในการตัดสินใจรับบริการ (Delay in decision to seek care) ๑.๒ ความล่าช้าในการได้รับบริการที่ถูกต้องและมีคุณภาพ (Delay in receiving care) - การไม่ฝากครรภ์ การฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ - การคัดกรองหญิงวัยเจริญพันธุ์ในคลินิก NCD ยังไม่เป็นตามมาตรการที่กำหนด - ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด๑๙ - ทักษะบุคลากร	๑. ทุกจังหวัดมีแผนงานโครงการและการดำเนินงานในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้กลไกขับเคลื่อน Service plan และMCH Broad ๒. ทุกจังหวัดมีการนิเทศเยี่ยมเสริมพลัง และ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยระบบเครือข่าย พี่เลี้ยง (Node Coaching) keep competency ๓. มีระบบคัดกรองความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด ๓. จัดระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและภาวะวิกฤตเครือข่ายระดับจังหวัด ๔. สร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในการเฝ้าระวังความเสี่ยงในระหว่างตั้งครรภ์	- จังหวัดดำเนินงานตามมาตรการ ๔P Plan ANC - จังหวัดวางแผนให้บุคลากรเข้าพัฒนาทักษะตาม Training และการประชุมวิชาการ MCH Broad ประจำปี ๒๕๖๕ - จังหวัดมีแผนการการนิเทศเยี่ยมเสริมพลัง ร่วมกับMCH Broad ระดับเขต ในการจัดบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๒.พัฒนาการเด็กปฐมวัย ๒.๑ ความครอบคลุมการติดตามเด็ก ไม่ผ่านเกณฑ์ - ติดตามไม่ได้ - ผู้ปกครองไม่พามาตรวจคัดกรอง - ผู้ปกครองไม่กระตุ้นพัฒนาการ	๑. ทุกจังหวัดมีแผนพัฒนาระบบการคัดกรองและติดตามเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ๒. การสร้างHealth Literacy แก่พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก ๓. พัฒนาคุณภาพบริการในสถานบริการ (WCC)/สพด. ในชุมชนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ๔. พัฒนาศักยภาพจนท.สธ./ อสม. ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย	- ทุกจังหวัดมีแผนพัฒนาระบบการคัดกรองและติดตามเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย - ทุกจังหวัดมีแผนการปรับรูปแบบการบริการในWCC - การให้พ่อแม่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการ และใช้คู่มือDSPM
๓.ภาวะซีดและอ้วนในเด็ก ๐-๕ ปี เกินค่าเป้าหมาย	- กำหนดแผนการแก้ไขปัญหาภาวะซีด ควบคู่กับแผนการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก และกิจกรรมทางกาย	
๔.การบันทึกข้อมูลรายงาน HDC และส่งออกข้อมูล ไม่ครบถ้วนถูกต้อง - ขาดทักษะ/ความเข้าใจ - ขาดการกำกับติดตาม	- จัดผู้รับผิดชอบในแผนกฝากครรภ์ และห้องคลอด เป็นผู้ลงข้อมูลอย่างต่อเนื่อง - CPM จังหวัด ติดตาม ตรวจสอบและคืนข้อมูลให้ รพ. ทุกเดือน - ทีมนิเทศเขต ร่วมจัดทำ Action Plan กับจังหวัด - สร้างทีม ครู ก ภายในจังหวัดและ Buddy ระหว่างจังหวัด	
๕.การกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐาน - การติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบบริการภายใต้สถานการณ์ COVID-๑๙	- พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงาน - สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลนัดผู้ป่วยมารับบริการก่อนกำหนดเวลาอย่างน้อย ๒ สัปดาห์ - ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและ	- ทุกจังหวัดมีการกำกับติดตามและคืนข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าทุกเดือน - ทุกจังหวัดมีการจัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานฯ ให้กับผู้รับผิดชอบงานทั้งหมดในจังหวัด เพื่อวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
- ระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้า ในพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง - การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย	เสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กกลุ่มปกติ	
๖. ครู ๓ หมอไม่ได้รับการพัฒนาต่อเนื่องในการเฝ้าระวังและกระตุ้นพัฒนาการด้วย DSPM/DAIM/TEDA๔I เทคนิคการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว ส่วนสูงที่ถูกต้องและการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากในเด็ก ปฐมวัย เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยน/โยกย้ายการทำงานใหม่	- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ครู และ อสม. ทุกจังหวัดด้วยหลักสูตร DSPM/ DAIM/ TEDA๔ I/ ๔ D/ Play Worker	- มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่
๗.การเชื่อมโยงงาน Primary กับ Tertiary Careโดยเฉพาะเขตเมือง ที่ทำให้เด็กเข้าถึงบริการได้ลดลง	- พัฒนาบุคลากรให้เพียงพอ เพื่อเชื่อมโยงงาน Primary กับ Tertiary Care	จังหวัดมีการสำรวจความเพียงพอของ PG ด้านเด็กปฐมวัย และมีแผนการพัฒนาให้เพียงพออย่างน้อยให้ครบตามโรงพยาบาลที่เป็น NODE กุมารเวชกรรม

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

เขตสุขภาพที่ ๑ : Lampang ANC Premium บ้านพักรอคลอด Sky Doctor (จว.น่าน จว.แม่ฮ่องสอน)

เขตสุขภาพที่ ๒ : Best Practice การดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน พื้นที่ต้นแบบพัฒนาทักษะและการใช้เครื่องมือเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ระบบการจัดการภาวะซีดในแม่และเด็ก

เขตสุขภาพที่ ๓ : น้องมด (โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี) เพื่อเป็นสื่อการสอน HL ให้กับเจ้าหน้าที่และหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับความรู้ เพื่อป้องกันการคลอด ก่อนกำหนด

เขตสุขภาพที่ ๗ : ตำบลต้นแบบมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต ระดับเขต ระดับ จังหวัด สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยดีเด่นตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (๔D) และ COVID Free Setting ระดับเขต ระดับจังหวัด พื้นที่ต้นแบบดำเนินงานโปรแกรม Triple-P

เขตสุขภาพที่ ๘ : Mapping Zone กุมารแพทย์ดูแลส่งต่อเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ (จว.อุดรธานี) R ๘ Way Model และ ROBER ๒๐๒๐ ส่งเสริมการดำเนินงาน ๓ หมอพิทักษ์ครรภ์(จว.หนองบัวลำภู) การคัดกรองพัฒนาการ “รุก เร็ว เริ่ม และ คัดกรองพัฒนาการผ่าน APP LINE” (จว.หนองคาย) โปรแกรมระบบข้อมูลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย(จว.เลย) โครงการ กิน กระตุ้น กระตุก(จว.สกลนคร)

เขตสุขภาพที่ ๙ : โครงการมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน พลัส เครือข่าย MCH Board ระดับจังหวัดเข้มแข็งเชื่อมโยงถึง Primary care นโยบายฉีดวัคซีนป้องกันโควิดในหญิงตั้งครรภ์ (๖๐๘) ครอบคลุมทุกจังหวัด คู่มือการดำเนินงาน Preconception care clinic เขตสุขภาพที่ ๙ เพื่อป้องกันการตายมารดาจากสาเหตุ Indirect caused ในโรงพยาบาล Node สูติกรรม การจัดทำโครงการอาหารเช้าคุณภาพใน สพด.

เขตสุขภาพที่ ๑๐ : พัฒนาต่อยอดศูนย์เด็กเล็ก เป็นศูนย์เด็ก EF (จว.ศรีสะเกษ) พัฒนาเด็กเชิงรุกด้วยการมีส่วนร่วมในชุมชนโดย CFCT (จว.อุบลราชธานี) พัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านกลไก พชอ. (จว.ยโสธร) พัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมในชุมชนผ่าน ธรรมนูญตำบล (จว.ยโสธร) CFT ต้นแบบชุมชนบ้านนาไร่ใหญ่ (จว.อำนาญเจริญ) เด็กมุกดาหาร กินดี เล่นได้ สูงสมวัย IQ EQ และ EF ดี” และ ส่งเสริม Smart Parent เลี้ยงลูกถูกวิธี ๙ ต้อง / ๔ ไม่(จว.มุกดาหาร)

เขตสุขภาพที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบข้อมูลและการใช้ Google map ติดตามกลุ่มเป้าหมาย ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (จว.ภูเก็ต) “อ้าออนไลน์” ซึ่งเป็นรูปแบบการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและฟันในกลุ่มเด็กปฐมวัยแบบ New normal (จว.ระนอง) เต้านมหรรษา เป็นสื่อในการสอนมารดาหลังหลอด (จว.สุราษฎร์ธานี)

เขตสุขภาพที่ ๑๒ : โครงการอาหารปลอดภัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (จว.สงขลา) มหัศจรรย์ทีม CFT สร้างแม่-เด็ก เก่งดี ที่นิคมพัฒนา (จว.สตูล) ๑,๐๐๐ วันแรกแห่งชีวิต แม่ลูกผูกพัน สร้างเด็กมหัศจรรย์ที่บ้านควนเมา (จว.ตรัง) ปัตตานีสมาร์ทคิดส์ ดูแลเด็ก ๑ คนแบบองค์รวม (จว.ปัตตานี) บันได check list พัฒนาการดี เริ่มที่พ่อแม่ (จว.ยะลา) Home Program ๓ ภาษา (จว.นราธิวาส)

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

- การสร้างความรอบรู้ Health Literacy ให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กและครูพี่เลี้ยงใน สพด.หรือ อสม. ในการส่งเสริมและเฝ้าระวัง การเจริญเติบโต พัฒนาการ การดูแลสุขภาพช่องปาก
- พัฒนาศักยภาพการกระตุ้นพัฒนาการเด็กของเจ้าหน้าที่ โดยอบรม ผ่านระบบ E-Learning
- พัฒนาทักษะการใช้คู่มือ DSPM สำหรับผู้ปกครอง และ ครูผู้ดูแลเด็กใน สพด.
- กระตุ้นการใช้ DSPM ให้กับพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก เน้นเด็กที่เกิดจากแม่อายุ < ๒๐ ปี
- เพิ่มความครอบคลุมในการเจาะเลือดเด็ก ๖-๑๒ เดือน
- ค้นหาสาเหตุภาวะซีดในเด็ก
- ผลักดันให้มีการคืนข้อมูลและติดตามในการตรวจบูรณาการร่วมกับกระทรวงอื่น
- ยกระดับการจัดบริการในคลินิก WCC เน้นการกระตุ้นพัฒนาการรายด้าน
- ขับเคลื่อนงานเด็กปฐมวัย ร่วมกับ พชอ. อนุกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และเครือข่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น อปท
- เพิ่มอาหารโปรตีน เช่น ไข่ นม ธาตุเหล็ก และ กิจกรรมทางกาย เช่น กระโดดและวิ่ง ในเด็กที่มีส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์
- เร่งรัดการแก้ปัญหาทุพโภชนาการในพื้นที่สีแดงอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ
- เร่งรัดในการกำกับติดตามคุณภาพการคัดกรองพัฒนาการเด็ก
- แก้ไขภาวะโลหิตจางแบบบรูณาการให้ครบวงจรและครอบคลุมทุกพื้นที่
- วางระบบและแผนค้นหาหญิงตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ และให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ ๕ ครั้งตามเกณฑ์

- บูรณาการภาคีเครือข่าย หน่วยงานภาครัฐ/เอกชน ในการเชื่อมประสานข้อมูลในคลินิก และโรงพยาบาลเอกชน ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) ระบุเงื่อนไขการส่งต่อข้อมูลไว้ในการขอขึ้นทะเบียน/ ต่ออายุสถานพยาบาลด้วย
- CPM จังหวัดร่วมกับกุมารแพทย์และ MCHB ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กจังหวัด
- กำกับ ติดตามการให้ไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และเฝ้าระวังการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือนและชุมชน และการรายงานในแพลทฟอร์ม
- กำกับติดตามการดาเนินงานในภาพเขต เพื่อขับเคลื่อนการลดอัตราการคลอดก่อนกาหนด โดยการใช้ Progesterone ผ่านคณะกรรมการ MCH Board เขตและคณะกรรมการ Service plan เขต
- การขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาเด็กโดยการดำเนินงานตามมาตรฐาน สพด. ๔D เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก และการเตรียมความพร้อมในการเปิด สพด.
- การกำกับติดตามการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและภาวะโลหิตจางในเด็กอย่างต่อเนื่อง
- การสนับสนุนการดำเนินงานด้านดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วย TEDA๔i
- บูรณาการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยภายใต้โครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน ฯ Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน, Triple P & ๔D ผ่านกลไกอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด พชอ. และ พชต.
- Advocate อปท. ให้สนับสนุนการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กด้วยงบกองทุนสุขภาพตำบล
- สนับสนุนระบบพี่เลี้ยงและการกำกับติดตามงานอย่างต่อเนื่อง
- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
- ปรับแผนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กให้มีความสอดคล้องกับการแพร่ระบาดของโควิด ๑๙
- วิเคราะห์สาเหตุ และวางแนวทางการแก้ปัญหาการตายมารดาจาก Direct caused และ Indirect Cause ทุกจังหวัด
- ขยายคลินิก Pre Conception care clinic ในโรงพยาบาล Node สูติกรรมทุกแห่ง พร้อมผลลัพธ์การดำเนินงาน
- ควรมีการพัฒนา เรื่องระบบข้อมูล ให้จัดทำข้อมูลให้ทันเวลา และเป็นข้อมูลที่แท้จริง เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ของข้อมูลที่มีอยู่ในระบบฐานข้อมูลได้ เช่น พัฒนาการเด็ก ความครอบคลุมในการรับวัคซีน ข้อมูลเด็กแรกเกิด (แฟ้ม Newborn) ซึ่งพบว่า ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริงถึงร้อยละ ๔๐ ทำให้ข้อมูลที่ประมวลผลออกมาต่ำกว่าความเป็นจริงมาก
- วิเคราะห์ปัญหาตามบริบทของพื้นที่พร้อมทั้งจัดทำแผนกิจกรรมเพื่อแก้ไข รวมถึงพัฒนาการสื่อสารความรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน เช่น การแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในเด็ก
- เน้นการพัฒนาศักยภาพ CPM ในทุกระดับ อย่างต่อเนื่อง โดยใช้การ Coaching เยี่ยมเสริมพลังทั้ง CPM และ รพ.สต.
- จังหวัดจัดทำแผนแม่บท ส่งเสริมนโยบาย พัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต บูรณาการ ระบบการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ในเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น
- ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ หาสาเหตุในพื้นที่ร่วมกับคณะกรรมการ MCH Board เพื่อแก้ไขปัญหาของพื้นที่
- หน่วยบริการสาธารณสุข ให้บริการตามมาตรฐานคุณภาพการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ตลอดจนการดูแลส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการ การเจริญเติบโตเด็ก
- ขยายผลพื้นที่ต้นแบบให้ครอบคลุมมากขึ้น

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีทักษะ ความเชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก เช่น การให้คำปรึกษา การแก้ไขและช่วยเหลือด้านพัฒนาการเด็ก เป็นต้น
- การขับเคลื่อน “นโยบายสู่การปฏิบัติ มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus ประเทศไทย” ของกรมอนามัย ควรมีการประเมินผล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนากระบวนการที่เหมาะสมและจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการขับเคลื่อน และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ต่อไป
- การปรับหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ และคู่มือ DSPM ที่เข้าใจง่าย
- การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ควรผลักดันให้เกิดตัวชี้วัดร่วมของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
- ควรมีฐานข้อมูลใน HDC ในประเด็นเรื่อง Maternal Death.
- ควรมี Template ภาวะซีดในเด็ก ๖ – ๑๒ เดือน ใน HDC
- ควรมีเครื่องมือในการติดตาม IQ เด็กที่ง่ายและสามารถวัดผลได้ในระยะสั้น
- ควรกำหนดรูปแบบแก้ไขปัญหาภาวะซีด ควบคู่กับการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก และกิจกรรมทางกาย โดยบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคฝ่ายเพื่อให้พื้นที่นามาปรับใช้ได้
- ควรมีการกำหนดนโยบายจากกระทรวง กรม สถาบัน ให้ชัดเจนในการปฏิบัติรวมถึงบูรณาการประเด็นกลุ่มเป้าหมายในการดาเนินงานเพื่อลดภาระและความซับซ้อนของงาน
- ส่วนกลางควรบูรณาการระบบข้อมูล Program และ Application ต่าง ๆ
- สนับสนุนให้อัตรากำลังบุคลากรให้เพียงพอต่อภาระงาน และส่งเข้าศึกษาต่อเฉพาะทางเพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่ภาคีเครือข่าย
- ปรับ Template ให้เก็บข้อมูลภาวะซีดในเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน เฉพาะที่มาคัดกรองใน WCC
- สนับสนุน อุปกรณ์ เครื่องมือ TEDA๔I ให้พร้อมและเสริมองค์ความรู้สร้างความเชี่ยวชาญให้บุคคลากรสาธารณสุขในจังหวัดให้คลอบคลุม
- ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ สนับสนุนให้จังหวัดนาข้อมูลจากการกระตุ้นพัฒนาการด้วย Home Program มาบันทึกใน Special PP ตาม Time Line ของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าด้วย TEDA๔I เช่นเดียวกับการให้บริการในสถานบริการ เพื่อความครอบคลุมและเพิ่มความเข้าถึงบริการ
- ผลักดันบทบาทการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยของ ๖ กระทรวงหลัก อย่างเป็นรูปธรรม
- พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตาม และสนับสนุนคู่มือการบันทึกข้อมูล Template การควบคุมป้องกันภาวะโลหิตจาง
- พัฒนาระบบติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กรายบุคคลตั้งแต่แรกเกิด-๑๔ ปี (พัฒนาการโภชนาการสุขภาพฟัน) ให้เป็น Platform เดียวกัน
- สนับสนุนหลักสูตรออนไลน์ เครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เสถียร ใช้ง่าย
- สนับสนุนเครื่องมือ/ ช่องทางสื่อ/ เนื้อหาในการสร้างความรอบรู้สุขภาพเด็กที่ถูกต้อง ใช้ง่าย
- กำหนดให้มีการประกาศเกียรติคุณแก่องค์กร บุคคลที่ดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยดีเด่นระดับประเทศ เพื่อเสริมแรงภาคีเครือข่าย
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร เจ้าหน้าที่ ด้านมาตรฐานการบริการอนามัยแม่และเด็ก ในการจัดการกับความเสี่ยงทางสูติกรรม การเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง การป้องกันและ คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรม และการบันทึกข้อมูล
- การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการลงบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน HDC เช่น ข้อมูลการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน การบันทึกข้อมูลด้านพัฒนาการ

- ควรมีการสนับสนุนสื่อเพื่อพัฒนางาน เช่น จัดทำคลิปวิธีการประเมินภาวะโภชนาการในเด็กที่ถูกต้อง
- ควรมีการตรวจสอบ Template ในการเก็บตัวชี้วัดต่างๆ ให้ถูกต้อง และกำหนดตัวชี้วัดโดยอ้างอิงตามหลักวิชาการหรือข้อมูลพื้นฐานที่มีการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเหมาะสม
- สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแม่และเด็ก ผ่านสื่อโซเชียลให้มีรูปแบบน่าสนใจ เข้าถึงง่าย นำไปใช้สื่อสารให้ถึงเป้าหมาย
- พัฒนาเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ ให้สามารถเข้าถึงผลการวิเคราะห์รายพื้นที่ได้
- ผลักดันเป็นนโยบายระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เรื่อง คัดกรองภาวะซีดในเด็กทุกคน เพื่อจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องตรวจ Hemocue Hb ๒๐๑ ในการคัดกรอง
- บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus ผ่านกิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน”

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็นตรวจราชการที่ ๔ : สุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต

หัวข้อ/ตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน

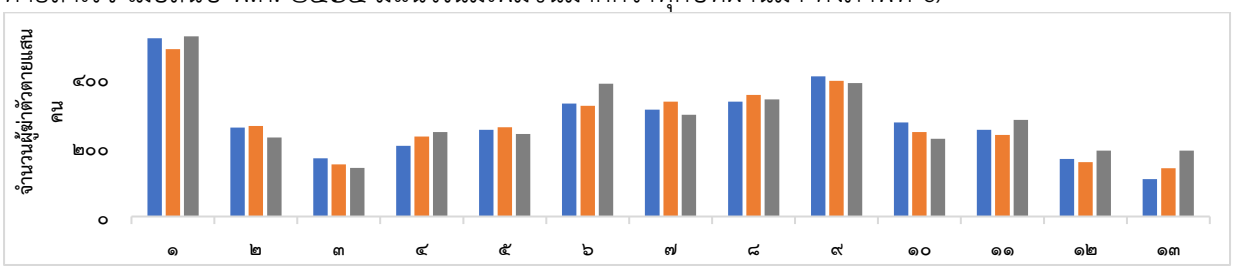
๑. เป้าหมาย และผลงาน

ตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน

ผลงาน : จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๓,๐๑๓ คน (ม.ค.-ก.ค.๖๕) คิดเป็น ๔.๖๒ อัตราต่อประชากรแสนคน

๒. สรุปสถานการณ์

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ (ต.ค.๖๔-ก.ค. ๖๕) พบว่า สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทย มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๓,๐๑๓ ราย เมื่อเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (เดือนมกราคม-กรกฎาคม ๒๕๖๕) พบว่า เขตสุขภาพที่มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๑,๙ และ ๖ ตามลำดับ และคาดการณ์แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จ เมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าทุกปีที่ผ่านมา ดังภาพที่ ๑



เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	กทม.	รวม
ปี ๒๕๖๓	๖๕๘ (๑๑.๘๔)	๓๔๐ (๙.๙๘)	๒๑๖ (๗.๓๒)	๒๘๙ (๕.๓๘)	๓๒๓ (๖.๒๔)	๔๓๔ (๗.๐๙)	๔๔๑ (๘.๗๖)	๔๖๑ (๘.๓๕)	๕๒๙ (๗.๘๕)	๓๖๓ (๗.๙๑)	๓๗๓ (๘.๔๐)	๒๑๐ (๔.๔๒)	๑๗๕ (๓.๑๗)	๔,๘๑๒(๗.๓๗)
ปี ๒๕๖๔	๖๗๑ (๑๑.๖๕)	๓๕๓ (๙.๖๑)	๒๐๙ (๖.๑๙)	๓๑๑ (๖.๕๔)	๓๕๙ (๗.๑๓)	๔๐๙) (๘.๓๘)	๔๓๓ (๘.๐๔)	๔๕๗ (๗.๖๐)	๕๓๘ (๗.๔๖)	๓๓๗ (๖.๔๙)	๓๑๓ (๗.๕)	๒๓๑ (๔.๕๒)	๑๘๙ (๘.๕๑)	๔,๘๑๐(๗.๓๘)
ปี ๒๕๖๕ (ม.ค-ก.ค.๖๕)	๔๓๘ (๗.๙๑)	๑๙๗ (๕.๗๙)	๑๒๗ (๔.๓๔)	๑๙๔ (๓.๖๑)	๒๑๘ (๔.๒๒)	๒๙๔ (๔.๗๘)	๒๓๙ (๔.๗๗)	๒๗๙ (๕.๐๗)	๓๐๐ (๔.๔๗)	๑๗๙ (๓.๙๑)	๒๒๙ (๕.๑๖)	๑๕๗ (๔.๕๗)	๑๖๒ (๒.๙๗)	๓,๐๑๓

ภาพที่ ๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี พ.ศ.๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ (ม.ค.-ก.ค.๖๕) แยกตามรายเขตสุขภาพ

ที่มา : ใบมรณบัตร สำนักทะเบียนราษฎร์ โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ได้ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (ช่วงระยะเวลา เดือนตุลาคม ๒๕๖๔-กรกฎาคม ๒๕๖๕) พบว่า เพศชายยังคงเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงเป็น ๔ เท่า ในส่วนของกลุ่มอายุ พบว่า ช่วงอายุ ระหว่าง ๔๐-๔๔ ปี เป็นช่วงที่มีการฆ่าตัวตายสูงกว่าช่วงอายุกลุ่มอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ ๑๑ รองลงมาคือ ช่วงอายุ ๓๕-๓๙ ปี ร้อยละ ๑๐ และ ช่วงอายุ ๓๐-๓๔ ปี ร้อยละ ๑๐ ตามลำดับ ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มรับจ้าง/ใช้แรงงาน ยังคงเป็นกลุ่มที่มีจำนวนของการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าอาชีพอื่นๆ (๓๘%) รองลงมา คือ ผู้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (๒๙%) และอาชีพเกษตรกร (๒๔%) ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า มีความสัมพันธ์ในหลายปัจจัย กล่าวคือ ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว ๕๐% ๒) ภาวะเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต ๓๐% และ ๓) ผลกระทบจากภาวะเครียดเรื่องเศรษฐกิจ ๒๒% บางรายมีมากกว่า ๒ ปัจจัยร่วม เช่น ปัญหาเศรษฐกิจร่วมกับปัญหา

ความสัมพันธ์ และการดื่มสุรา และพบว่าวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ แขวนคอ ๙๒% ใช้ยากำจัดวัชพืช/ฆ่าแมลง ๔% ใช้ปืน ๒% นอกเหนือจาก ๓ วิธี ดังกล่าว ยังพบวิธีการฆ่าตัวตายวิธีอื่นๆ เช่น ใช้สารเคมีและสารพิษอื่นๆการใช้ยาเกินขนาด เป็นต้น

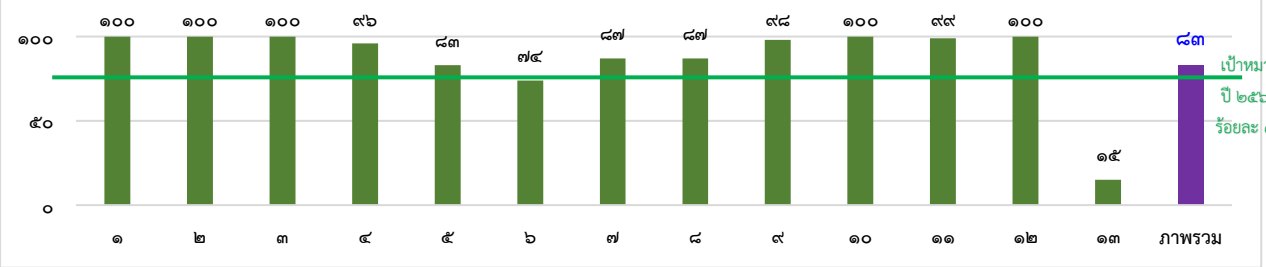
จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ตามแนวคิด T K Model ๒๕๖๐ พบว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จะเกิดขึ้นเมื่อ “๒ มี (ปัจจัยเสี่ยง, ปัจจัยกระตุ้น) ๒ ล้มเหลว (การเฝ้าระวังป้องกัน, ด่านกั้น) ๑ อ่อนแอ (ปัจจัยปกป้อง)” หากมีเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะไม่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดย *(มี)ปัจจัยเสี่ยง* ได้แก่ โรคจิตเวช ๓๕ ติดสุรา ๒๖% สารเสพติด ๑๐% โรคทางกายเรื้อรัง/NCDรุนแรง ๓๐% และคนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย ๘% *(มี)ปัจจัยกระตุ้น* ได้แก่ อาการทางจิตกำเริบ เหตุการณ์วิกฤติที่รู้สึกพ่ายแพ้ ล้มเหลว/อับอาย ขายหน้าและหมดหนทาง และข่าวการฆ่าตัวตาย *ปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ)* ได้แก่ ทักษะ การแก้ไขปัญหา/การปรับตัว ความอบอุ่นในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน/คนใกล้ชิด ๕๐% และการช่วยเหลือดูแลกันในชุมชน ส่วน*การเฝ้าระวังป้องกัน(ล้มเหลว)* ได้แก่ ญาติ/ผู้ใกล้ชิดสังเกตสัญญานเตือน ๒๔% ไม่มีจุดรับแจ้งเหตุเพื่อจัดการช่วยชีวิต และไม่มีการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และ*ด่านกั้น Barrier (ล้มเหลว)* การเข้าถึงวัสดุ/อุปกรณ์/สถานที่ในการฆ่าตัวตาย เช่น สารพิษ ยาฆ่าแมลง เชือกสะพานสูง ผูกคอ ๙๒% ปืน ๒% ยากำจัดวัชพืช ๓% และสารเคมีและสารพิษอื่นๆ ๑%

๒.๑ การดำเนินงานในพื้นที่

ประเด็นการตรวจราชการ รอบที่ ๒ ทั้ง ๔ ประเด็น ได้แก่

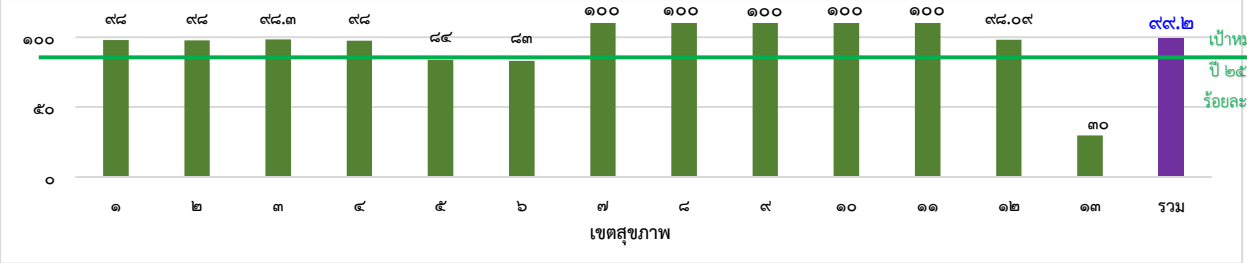
๒.๑.๑ ติดตามระบบบริการด้านการรักษาอย่างต่อเนื่อง กลุ่ม Mental Disorder (Depression, Schizophrenia)

การติดตามประสิทธิภาพของระบบบริการด้านการเข้าถึงบริการ การติดตามดูแลรักษาของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ภาพรวมประเทศมีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ คิดเป็น ร้อยละ ๘๓ ผ่านค่าเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด ปี ๒๕๖๕ (ร้อยละ ๗๔) ซึ่งเขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๑๐๐ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑,๒,๓,๑๐ และ ๑๒ รายละเอียดดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ : ข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ต.ค.-ก.ย. ๖๕)
ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๕

และการติดตามดูแลรักษาของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าถึงระบบบริการ พบว่า ภาพรวมประเทศมีผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ คิดเป็น ร้อยละ ๙๙.๒ ผ่านค่าเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด ปี ๒๕๖๕ (ร้อยละ ๘๕) ซึ่งเขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๑๐๐ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๗,๘,๙,๑๐ และ ๑๑ รายละเอียดดังภาพที่ ๓



ภาพที่ ๓ : ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ (ต.ค.-ส.ค. ๖๕)
ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๕

๒.๒.๒ พัฒนาระบบการส่งต่อดูแลผู้พยายามทำร้ายตนเองอย่างไร้รอยต่อ โดยนำเอาเทคโนโลยีมาใช้เพื่อการติดตามเฝ้าระวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายภายในภายนอกกสาธารณสุข

๑) การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผ่าน Mental Health Check In ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่ม เช่น บุคคลที่ไม่มีงานทำ ผู้ป่วยติดเตียง พระภิกษุ และผู้ป่วยไม่มีญาติ และข้อมูลไม่ครบถ้วน เมื่อคัดกรองแล้วพบความเสี่ยงติดตามไม่ได้ และผู้ทำแบบประเมินไม่ยอมให้ติดตามดูแล

๒) บูรณาการการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายร่วมกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ธนาคารอำเภอละ ๑ แห่ง เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ

๓) การรับรู้สัญญานเตือนของประชาชนต่อการเสี่ยงฆ่าตัวตายยังไม่ครอบคลุม

๔) ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคล

๒.๒.๓ จังหวัดมีทีมสอบสวนระบาดวิทยา การฆ่าตัวตาย และพัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ ในการสอบสวนสาเหตุการตายตามหลักระบาดระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

๑) พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงลึก เพื่อใช้วางแผนแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และกำหนดนโยบายในแต่ละพื้นที่ที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างแท้จริง โดยกรมสุขภาพจิตมีการอบรมพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนไปแล้วทุกเขตสุขภาพ ยกเว้น เขตสุขภาพที่ ๕ ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการ

๒) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในเครือข่ายแกนนำ อสม. ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง ในระดับตำบล

๓) อบรมพัฒนาศักยภาพครูในสถานศึกษา เพื่อค้นหา คัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน บูรณาการการใช้โปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส plus) และ Mental Health Check In

๒.๒.๔ นิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผล แผนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับเขต และจังหวัด

๑) เขตสุขภาพมีการดำเนินการจัดทำแผนในการออกนิเทศ กำกับติดตามในพื้นที่เสี่ยงฆ่าตัวตายสูงภายใต้การผลักดันการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิต ผ่านเวทีประชุมอนุกรรมการพระราชบัญญัติสุขภาพจิตระดับจังหวัด เพื่อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพจิตและร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีการติดตามการดำเนินงานผ่านอนุกรรมการฯ พรบ.สุขภาพจิต ระดับจังหวัด ทั้ง ๗๖ จังหวัด และกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย ๒๕ จังหวัด ซึ่งพบว่า ในทกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฯเรียบร้อยแล้ว และจัดประชุมไปแล้ว ๖๐ จังหวัด ส่วนจังหวัดที่เหลือมีแผนการจัดประชุมและอยู่ระหว่างดำเนินการ โดยดำเนินงานใน ๖ ประเด็นสำคัญ คือ ๑) สร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ ๒) ลดอัตราการฆ่าตัวตาย ๓) ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

จากสถานการณ์ COVID-19 ๔) ผู้ป่วย Long COVID-19 ๕) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และ ๖) การติดตามและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากยาเสพติด

๒) มีการดำเนินการตามแผนป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการคัดเลือกอำเภอนำร่องเพื่อนำมาใช้ในการวิจัยของกรมสุขภาพจิต ภายใต้ทุนสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

๓. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

๑) ระบบข้อมูล

- ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์การฆ่าตัวตายยังไม่สามารถนำมาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในพื้นที่ได้
- การอบรมทีมสอบสวนโรคยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และยังไม่สามารถทำได้ทุกราย
- ข้อมูล รง๕๐๖s กับใบมรณบัตรไม่ตรงกัน ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

๒) ระบบดักจับและระบบป้องกัน/บำบัดของการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข พบว่า

- การคัดกรองความเสี่ยงในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (ซึมเศร้า/การฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วย NCDs/โรคเรื้อรัง) ยังไม่ครอบคลุม
- ประชาชน ญาติ ผู้ใกล้ชิดยังขาดความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน (Warning Signs) และความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย รวมถึงทัศนคติของคนในพื้นที่ (Stigma) เกี่ยวกับปัญหาของการฆ่าตัวตายในกลุ่มพึ่งพิง/จิตเวช/ติดสุรา/ยาเสพติด ทำให้ชุมชนมองว่าเป็นปัญหาส่วนบุคคล
- ช่องทางการให้คำปรึกษา และระบบเฝ้าระวัง/ส่งต่อในระดับหมู่บ้าน/ตำบลทำได้เฉพาะบางอำเภอนำร่องยังไม่ครอบคลุม

๓) ระบบบริหารจัดการและการบูรณาการ

- การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ยังเป็นหน่วยงานในระบบสาธารณสุขเป็นหลัก ไม่สามารถจัดการปัญหาเศรษฐกิจ/สังคม/ยาเสพติดได้
- กำลังคนจิตเวชในการขับเคลื่อนงานเชิงรุก งานส่งเสริมป้องกันยังมีจำกัด

๔. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑) เสริมความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการพัฒนาศักยภาพทีม ๓ หมอและญาติ/ผู้ใกล้ชิด/Gate Keeper ให้รู้ถึงสัญญาณเตือน

๒) จัดระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด โดย

(๑) กำหนดจุดรับแจ้งเหตุการฆ่าตัวตาย

(๒) จัดตั้งทีมปฏิบัติการกู้ชีพการฆ่าตัวตาย

(๓) จัดตั้งทีมสอบสวนโรคเพื่อลงพื้นที่

๓) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จัดตั้งคณะทำงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicide Prevention Team) ประกอบด้วย

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
- หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (รพจ., ศูนย์สุขภาพจิต) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่จำเพาะสำหรับพื้นที่

๔) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.)เป็นเลขานุการนำเขาข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนมาตรการแบบพหุภาคี (Multi-Sectors) ในคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต ระดับจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน

๕. ปัจจัยความสำเร็จ

๑) ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและผลักดันเป็นนโยบายการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับเขตสุขภาพสร้างการมีส่วนร่วมภาคส่วนต่างๆ ที่เป็นรูปธรรม

๒) การจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนระดับจังหวัด/อำเภอ ซึ่งเป็นกลไกการยกระดับมาตรการการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในทุกภาคส่วนร่วมกัน

๓) ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายผ่านกลไกระดับอำเภอ/ชุมชน เช่น พชอ. โดยที่ชุมชนมีส่วนร่วม ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและเป็นเจ้าของในการแก้ปัญหาร่วมกัน

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๒. หัวข้อ : กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน

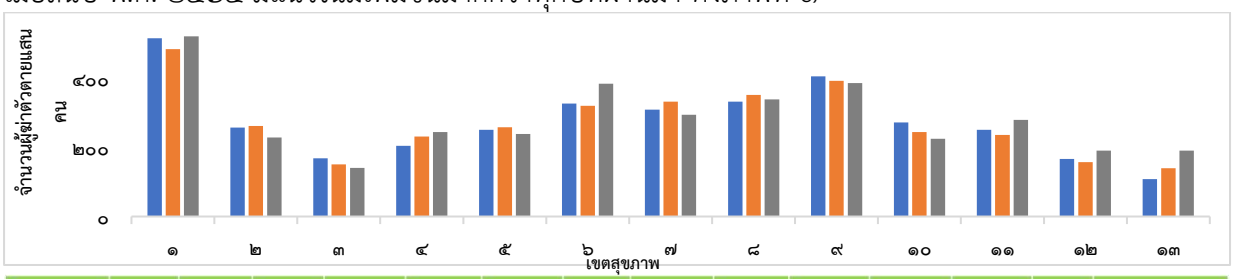
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมสุขภาพจิต

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

๔.๑ ข้อมูลทั่วไปของการฆ่าตัวตาย

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ (ต.ค.๖๔-ก.ค. ๖๕) พบว่า สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทย มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๓,๐๑๓ ราย เมื่อเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (เดือนมกราคม-กรกฎาคม ๒๕๖๕) พบว่า เขตสุขภาพที่มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๑,๙ และ ๖ และคาดการณ์แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จเมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าทุกปีที่ผ่านมา ดังภาพที่ ๑



เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	กทม.	รวม
ปี ๒๕๖๓	๖๕๘ (๑๑.๘๔)	๓๔๐ (๙.๙๘)	๒๑๖ (๗.๓๒)	๒๘๙ (๕.๓๘)	๓๒๓ (๖.๒๔)	๔๓๔ (๗.๐๙)	๔๔๑ (๘.๗๖)	๔๖๑ (๘.๓๕)	๕๒๙ (๗.๘๕)	๓๖๓ (๗.๙๑)	๓๗๓ (๘.๔๐)	๒๑๐ (๔.๔๒)	๑๗๕ (๓.๑๗)	๔,๘๑๒(๗.๓๗)
ปี ๒๕๖๔	๖๗๑ (๑๑.๖๕)	๓๕๓ (๙.๖๑)	๒๐๙ (๖.๑๙)	๓๑๑ (๖.๕๔)	๓๕๙ (๗.๑๓)	๔๐๙) (๘.๓๘)	๔๓๓ (๘.๐๔)	๔๕๗ (๗.๖๐)	๕๓๘ (๗.๔๖)	๓๓๗ (๖.๔๙)	๓๑๓ (๗.๕)	๒๓๑ (๔.๕๒)	๑๘๙ (๘.๕๑)	๔,๘๑๐(๗.๓๘)
ปี ๒๕๖๕ (ม.ค-ก.ค.๖๕)	๔๓๘ (๗.๙๑)	๑๙๗ (๕.๗๙)	๑๒๗ (๔.๓๔)	๑๙๔ (๓.๖๑)	๒๑๘ (๔.๒๒)	๒๙๔ (๕.๗๘)	๒๓๙ (๔.๗๗)	๒๗๙ (๕.๐๗)	๓๐๐ (๔.๔๗)	๑๗๙ (๓.๙๑)	๒๒๙ (๕.๑๖)	๑๕๗ (๔.๔๗)	๑๖๒ (๒.๙๗)	๓,๐๑๓

ภาพที่ ๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี พ.ศ.๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ (ม.ค.-ก.ค.๖๕) แยกตามรายเขตสุขภาพ

ที่มา : ใบมรณบัตร สำนักทะเบียนราษฎร์ โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ได้ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (ช่วงระยะเวลา เดือนตุลาคม ๒๕๖๔-กรกฎาคม ๒๕๖๕) พบว่า เพศชายยังคงเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงเป็น ๔ เท่า ในส่วนของกลุ่มอายุ พบว่า ช่วงอายุ ระหว่าง ๔๐-๔๔ ปี เป็นช่วงที่มีการฆ่าตัวตายสูงกว่าช่วงอายุกลุ่มอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ ๑๑ รองลงมาคือ ช่วงอายุ ๓๕-๓๙ ปี ร้อยละ ๑๐ และ ช่วงอายุ ๓๐-๓๔ ปี ร้อยละ ๑๐ ตามลำดับ ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มรับจ้าง/ใช้แรงงาน ยังคงเป็นกลุ่มที่มีจำนวนของการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าอาชีพอื่นๆ (๓๘%) รองลงมา คือ ผู้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (๒๙%) และอาชีพเกษตรกร (๒๔%) ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า มีความสัมพันธ์ในหลายปัจจัย กล่าวคือ ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว ๕๐% ๒) ภาวะเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต ๓๐% และ ๓) ผลกระทบจากภาวะเครียดเรื่องเศรษฐกิจ ๒๒% บางรายมีมากกว่า ๒ ปัจจัยร่วม เช่น ปัญหาเศรษฐกิจร่วมกับปัญหา

ความสัมพันธ์ และการดื่มสุรา และพบว่าวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ แขวนคอ ๙๒% ใช้ยากำจัดวัชพืช/ฆ่าแมลง ๔% ใช้ปืน ๒% นอกเหนือจาก ๓ วิธี ดังกล่าว ยังพบวิธีการฆ่าตัวตายวิธีอื่นๆ เช่น ใช้สารเคมีและสารพิษอื่นๆการใช้ยาเกินขนาด เป็นต้น

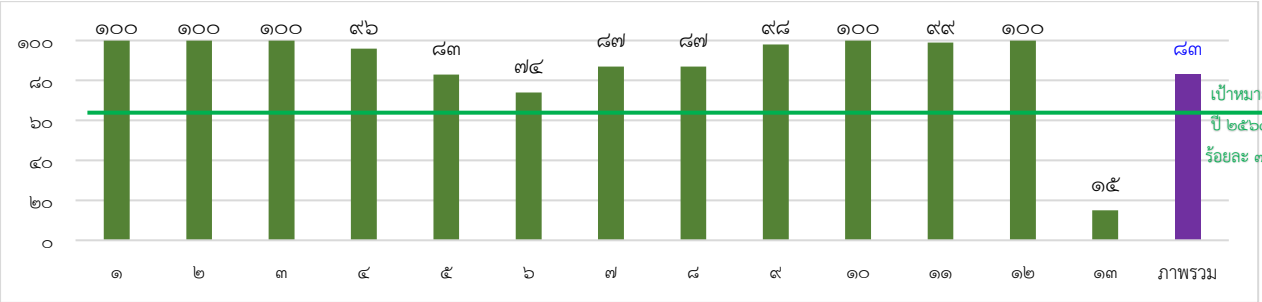
จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ตามแนวคิด T K Model ๒๕๖๐ พบว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จะเกิดขึ้นเมื่อ “๒ มี (ปัจจัยเสี่ยง, ปัจจัยกระตุ้น) ๒ ล้มเหลว (การเฝ้าระวังป้องกัน, ด่านกั้น) ๑ อ่อนแอ (ปัจจัยปกป้อง)” หากมีเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะไม่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดย *(มี)ปัจจัยเสี่ยง* ได้แก่ โรคจิตเวช ๓๕ ติดสุรา ๒๖% สารเสพติด ๑๐% โรคทางกายเรื้อรัง/NCDรุนแรง ๓๐% และคนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย ๘% *(มี)ปัจจัยกระตุ้น* ได้แก่ อาการทางจิตกำเริบ เหตุการณ์วิกฤติที่รู้สึกพ่ายแพ้ล้มเหลว /อับอายขายหน้าและหมดหนทาง และข่าวการฆ่าตัวตาย *ปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ)* ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา/การปรับตัว ความอบอุ่นในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน/คนใกล้ชิด ๕๐% และการช่วยเหลือดูแลกันในชุมชน *ส่วนการเฝ้าระวังป้องกัน(ล้มเหลว)* ได้แก่ ญาติ/ผู้ใกล้ชิดสังเกตสัญญานเตือน ๒๔% ไม่มีจุดรับแจ้งเหตุเพื่อจัดการช่วยชีวิต และไม่มีการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และ*ด่านกั้น Barrier (ล้มเหลว)* การเข้าถึงวัสดุ/อุปกรณ์/สถานที่ในการฆ่าตัวตาย เช่น สารพิษ ยาฆ่าแมลง เชือกสะพานสูง ผูกคอ ๙๒% ปืน ๒% ยากำจัดวัชพืช ๓% และสารเคมีและสารพิษอื่นๆ ๑%

๔.๒ การดำเนินงานในพื้นที่

ประเด็นการตรวจราชการ รอบที่ ๒ ทั้ง ๔ ประเด็น ได้แก่

๔.๒.๑ ติดตามระบบบริการด้านการรักษาอย่างต่อเนื่อง กลุ่ม Mental Disorder (Depression, Schizophrenia)

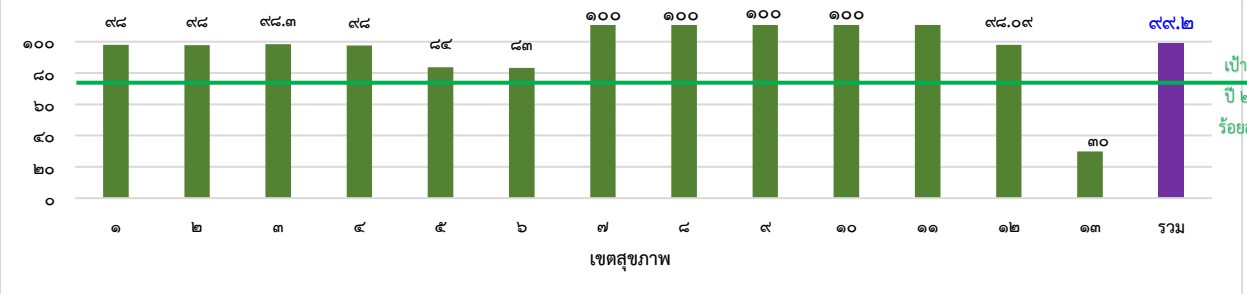
การติดตามประสิทธิภาพของระบบบริการด้านการเข้าถึงบริการ การติดตามดูแลรักษาของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ภาพรวมประเทศมีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ คิดเป็น ร้อยละ ๘๓ ผ่านค่าเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด ปี ๒๕๖๕ (ร้อยละ ๗๔) ซึ่งเขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๑๐๐ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑,๒,๓,๑๐ และ ๑๒ รายละเอียดดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ : ข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ต.ค.-ก.ย. ๖๕)

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๕

และการติดตามดูแลรักษาของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าถึงระบบบริการ พบว่า ภาพรวมประเทศมีผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ คิดเป็น ร้อยละ ๙๙.๒ ผ่านค่าเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด ปี ๒๕๖๕ (ร้อยละ ๘๕) ซึ่งเขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๑๐๐ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๗,๘,๙,๑๐ และ ๑๑ รายละเอียดดังภาพที่ ๓



ภาพที่ ๓ : ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ (ต.ค.-ส.ค. ๖๕)

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๕

๔.๒.๒ พัฒนาระบบการส่งต่อดูแลผู้พยายามทำร้ายตนเองอย่างไร้รอยต่อ โดยนำเอาเทคโนโลยีมาใช้เพื่อการติดตามเฝ้าระวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายภายในภายนอกกสาธารณสุข

๑) การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผ่าน Mental Health Check In ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่ม เช่น บุคคลที่ไม่มีงานทำ ผู้ป่วยติดเตียง พระภิกษุ และผู้ป่วยไม่มีญาติ และข้อมูลไม่ครบถ้วน เมื่อคัดกรองแล้วพบความเสี่ยงติดตามไม่ได้ และผู้ทำแบบประเมินไม่ยอมให้ติดตามดูแล

๒) บูรณาการการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายร่วมกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ธนาคารอำเภอละ ๑ แห่ง เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ

๓) การรับรู้สัญญานเตือนของประชาชนต่อการเสี่ยงฆ่าตัวตายยังไม่ครอบคลุม

๔) ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคล

๔.๒.๓ จังหวัดมีทีมสอบสวนระบาดวิทยา การฆ่าตัวตาย และพัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ ในการสอบสวนสาเหตุการตายตามหลักระบาดระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

๑) พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงลึก เพื่อใช้วางแผนแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และกำหนดนโยบายในแต่ละพื้นที่ที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างแท้จริง โดยกรมสุขภาพจิตมีการอบรมพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนไปแล้วทุกเขตสุขภาพ ยกเว้น เขตสุขภาพที่ ๕ ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการ

๒) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในเครือข่ายแกนนำ อสม. ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง ในระดับตำบล

๓) อบรมพัฒนาศักยภาพครูในสถานศึกษา เพื่อค้นหา คัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน บูรณาการการใช้โปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส plus) และ Mental Health Check In

๔.๒.๔ นิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผล แผนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับเขต และจังหวัด

๑) เขตสุขภาพมีการดำเนินการจัดทำแผนในการออกนิเทศ กำกับติดตามในพื้นที่เสี่ยงฆ่าตัวตายสูง ภายใต้การผลักดันการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิต ผ่านเวทีประชุมอนุกรรมการพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ระดับจังหวัด เพื่อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพจิตและร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีการติดตามการดำเนินงานผ่านอนุกรรมการฯ พรบ.สุขภาพจิต ระดับจังหวัด ทั้ง ๗๖ จังหวัด และกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย ๒๕ จังหวัด ซึ่งพบว่า ในทกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฯเรียบร้อยแล้ว และจัดประชุมไปแล้ว ๖๐ จังหวัด ส่วนจังหวัดที่เหลือมีแผนการจัดประชุมและอยู่ระหว่างดำเนินการ โดยดำเนินงาน ใน ๖ ประเด็นสำคัญ คือ ๑) สร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ ๒) ลดอัตราการฆ่าตัวตาย

๓) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากสถานการณ์ COVID-19 ๔) ผู้ป่วย Long COVID-19 ๕) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และ ๖) การติดตามและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากยาเสพติด

๒) มีการดำเนินการตามแผนป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการคัดเลือกอำเภอนำร่องเพื่อนำมาใช้ในการวิจัยของกรมสุขภาพจิต ภายใต้ทุนสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ(วช.)

๕.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

๑) ระบบข้อมูล

- ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์การฆ่าตัวตายยังไม่สามารถนำมาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในพื้นที่ได้
- การอบรมทีมสอบสวนโรคยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และยังไม่สามารถทำได้ทุกราย
- ข้อมูล รง๕๐๖s กับใบมรณบัตรไม่ตรงกัน ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

๒) ระบบดักจับและระบบป้องกัน/บำบัด ของการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข พบว่า

- การคัดกรองความเสี่ยงในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (ซึมเศร้า/การฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วย NCDs/โรคเรื้อรัง) ยังไม่ครอบคลุม
- ประชาชน ญาติ ผู้ใกล้ชิดยังขาดความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน (Warning Signs) และความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย รวมถึงทัศนคติของคนในพื้นที่ (Stigma) เกี่ยวกับปัญหาของการฆ่าตัวตายในกลุ่มพึ่งพิง/จิตเวช/ติดสุรา/ยาเสพติด ทำให้ชุมชนมองว่าเป็นปัญหาส่วนบุคคล
- ช่องทางการให้คำปรึกษาและระบบเฝ้าระวัง/ส่งต่อในระดับหมู่บ้าน/ตำบลทำได้เฉพาะบางอำเภอนำร่องยังไม่ครอบคลุม

๓) ระบบบริหารจัดการและการบูรณาการ

- การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ยังเป็นหน่วยงานในระบบสาธารณสุขเป็นหลัก ไม่สามารถจัดการปัญหาเศรษฐกิจ/สังคม/ยาเสพติดได้
- กำลังคนจิตเวช ในการขับเคลื่อนงานเชิงรุก งานส่งเสริมป้องกันยังมีจำกัด

๖.นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๑) “๔ Pillars ๔ เสาเราไม่ทิ้งกัน” (เขตสุขภาพที่ ๑)

๒) การพัฒนาระบบ ๓ หมอช่วยแก้ไขการฆ่าตัวตายและสร้างระบบการมีส่วนร่วม ส่งผลให้ปัญหาการฆ่าตัวตายลดลง (เขตสุขภาพที่ ๒)

๓) หยุดการฆ่าตัวตายในชุมชน “Community Set Zero” (เขตสุขภาพที่ ๓)

๔) การวิจัยทางระบาดวิทยาของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ อ.อินทร์บุรี จ.สิงห์บุรี นำผลการวิจัยมาสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยเรื้อรัง (เขตสุขภาพที่ ๔)

๕) โครงการจิตแพทย์สัญจรใกล้บ้านใกล้ใจ จ.ประจวบคีรีขันธ์ (เขตสุขภาพที่ ๕)

๖) สายด่วนสุขภาพจิต รพ. บางละมุง (เขตสุขภาพที่ ๖)

๗) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อ (เขตสุขภาพที่ ๗)

๘) การคัดกรองสุขภาพเชิงรุกบูรณาการ ๓ หมอ ด้วย Mental Health Check In ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงด้วยโปรแกรม R8EOC/R8506Dash Board (เขตสุขภาพที่ ๘

๙) R8 Health Station (เขตสุขภาพที่ ๙)

๑๐) การดำเนินการสอบสวนระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายระดับพื้นที่/อำเภอ สอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตในทุกรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และบันทึกข้อมูลการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในระบบ ๕๐๖s ที่เป็นปัจจุบัน (เขตสุขภาพที่ ๑๐)

๑๑) การพัฒนาต้นแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน Set Zero@บ้านการระเกด อ.เชียรใหญ่ จ.นครศรีธรรมราช (เขตสุขภาพที่ ๑๑)

๑๒) ถอดบทเรียนกรณีการศึกษาผู้พยายามทำร้ายตนเองและผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ภายใน ๑๔ วันหลังเกิดเหตุ (เขตสุขภาพที่ ๑๒)

๗.ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๗.๑ สำหรับพื้นที่

๑) เสริมความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการพัฒนาศักยภาพทีม ๓ หมอและญาติ/ผู้ใกล้ชิด/ Gate Keeper ให้รู้ถึงสัญญาณเตือน

๒) จัดระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด โดย

(๑) กำหนดจุดรับแจ้งเหตุการฆ่าตัวตาย

(๒) จัดตั้งทีมปฏิบัติการกู้ชีพการฆ่าตัวตาย

(๓) จัดตั้งทีมสอบสวนโรคเพื่อลงพื้นที่

๓) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จัดตั้งคณะทำงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicide Prevention Team) ประกอบด้วย

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
- หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (รพจ.,ศูนย์สุขภาพจิต) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่จำเพาะสำหรับพื้นที่

๔) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.)เป็นเลขานุการนำเขาข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนมาตรการแบบพหุภาคี (Multi-Sectors) ในคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต ระดับจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน

๗.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑) กรมสุขภาพจิตออกแบบเครื่องมือที่มีความไวต่อการดักจับ ค้นหา คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มในกลุ่มที่มีการฆ่าตัวตายสูง

๒) กรมสุขภาพจิตพัฒนาโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลการสอบสวนกระทำความรุนแรง โดยให้มีการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ผู้นิเทศสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปัญหาทั้งภาพเขตและภาพรวมประเทศ

๓) กรมสุขภาพจิตปรับปรุงระบบฐานข้อมูลในการจัดเก็บรายงานฆ่าตัวตายสำเร็จที่เป็นมาตรฐาน ให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว น่าเชื่อถือ และนำมาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างแท้จริง

๔) กรมสุขภาพจิตพัฒนา Mental Health Check In เชื่อมต่อกับ Health Data Center

๕) กรมสุขภาพจิตผลิตสื่อวิดีทัศน์เพื่อสื่อสารการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ผ่านสื่อโทรทัศน์ Social Media เช่น Tiktok, Facebook, Instargram และ Tweeter อย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็นตรวจราชการ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต

หัวข้อ: กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัด: การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

ค่าเป้าหมายการดำเนินงาน ไตรมาส ๔ ≥ ๖๗ **ผลงาน** ร้อยละ ๖๙.๑๗

๑.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ค่าเป้าหมายการดำเนินงานไตรมาส ๔ ≥ ๘๐ **ผลงาน** ร้อยละ ๙๑.๖๕

๒) สรุปสถานการณ์

ปัญหาด้านสุขภาพของประชากรโลก ส่วนใหญ่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ จากการสำรวจ NHES๖ ในประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พบความชุกของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยความชุกโรคเบาหวาน พบร้อยละ ๙.๕ (การสำรวจครั้งที่ ๕ พบร้อยละ ๘.๙) ความชุกโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ ๒๕.๔ (การสำรวจครั้งที่ ๕ พบร้อยละ ๒๔.๗) และในฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๕ พบแนวโน้มความชุกของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา ได้ดำเนินการทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มป่วย

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีผลดำเนินงานในเรื่องของการตรวจติดตามยืนยืนวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รอบ ๑๒ เดือน (อ้างอิงข้อมูล HDC วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๕) ดังนี้

- **โรคเบาหวาน** มีกลุ่มเป้าหมายประชากร ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๒,๖๗๘,๗๕๖ คน ได้รับการคัดกรองเพื่อยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทั้งสิ้น ๑๙,๓๗๔,๙๘๗ คน (๘๕.๔๓%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๑๘๓,๖๖๒ คน (๐.๙๕%) และ**ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๑๒๗,๐๔๐ คน (๖๙.๑๗%) ภาพรวมถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสที่ ๔ (เป้าหมาย ≥ ๖๗)*** โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินงานได้ดี ๓ อันดันแรก และผ่านเกณฑ์เป้าหมายรอบ ๑๒ เดือน ได้แก่ เขต ๓ รองลงมา เขต ๖ และ ๘ เท่ากับร้อยละ ๙๐.๒๘ ๗๔.๖๗ และ ๗๓.๒ ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ ๒๙.๓๕ ผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ ภาพรวมถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๔๐)
- **โรคความดันโลหิตสูง** มีกลุ่มเป้าหมายประชากร ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๙,๕๔๘,๔๘๖ คน ได้รับการคัดกรองเพื่อยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งสิ้น ๑๖,๗๓๙,๐๒๒ คน (๘๕.๖๓%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๗๖๘,๕๘๗ คน (๔.๕๙%) และ**ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๗๐๔,๔๑๘ คน (๙๑.๖๕%) ภาพรวมถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสที่ ๔ (เป้าหมาย ≥ ๘๐)** โดยทุกเขตสุขภาพดำเนินงานได้ดีและผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

รอบ ๑๒ เดือน เขตสุขภาพที่ดำเนินงานได้มากที่สุด ได้แก่ เขต ๑๑ รองลงมา เขต ๑๐ เขต ๑ เท่ากับ ร้อยละ ๙๖.๘๐ ๙๕.๔๔ และ ๙๔.๙๔ ตามลำดับ และกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ร้อยละ ๕๓.๕๓ ผลการดำเนินงานลดลงเมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๔ ภาพรวมถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมาย ≥ ๖๐)

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

- **การคัดกรองค้นหากลุ่มสงสัยป่วย** พบว่าบางพื้นที่ดำเนินการคัดกรองล่าช้า และบางพื้นที่มีนโยบายการคัดกรองเลือกผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรค DM HT ก่อน ส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อีกทั้งบริบทเขตเมืองยังส่งผลให้การคัดกรองและการตรวจติดตามฯ ดำเนินการได้ยาก

- **การปรับเทคนิควิธีการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง** เนื่องจากปี ๒๕๖๕ มีการปรับรายละเอียด Template คำนิยาม วิธีการตรวจติดตามฯ และระยะเวลา ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่เข้าใจในรายละเอียด เกิดความสับสน และพบว่า บางแห่งแพทย์ไม่ส่งตรวจ lab เพื่อยืนยันวินิจฉัย และให้กลุ่มสงสัยป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน จึงจะนัดมาตรวจติดตามฯ ทำให้กลุ่มสงสัยป่วยบางรายมีระยะเวลาการตรวจติดตามเกิน ระยะเวลาที่กำหนด

- **ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19** พบว่ากลุ่มสงสัยป่วยไม่สามารถเดินทางไปรับบริการตรวจยืนยันวินิจฉัยที่ รพ. ตามนัดได้รวมทั้งบุคลากรด้าน NCD ถูกดึงไปช่วยภารกิจ COVID - 19 นอกจากนี้การสำรวจผลกระทบของ COVID - 19 ต่อ NCD Clinic ยังพบว่าคลินิก NCD เปิดบริการตามปกติได้เพียง ๑๖.๗%, และปิดให้บริการช่วงโควิดนานเกิน ๑ เดือน ๑๒%

- **การบันทึกและการส่งออกข้อมูล** พบว่าบางพื้นที่บันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง และมีความล่าช้า เกิดปัญหาด้านข้อมูลจากระบบ JHCIS ในรพ.สต. การส่งออกข้อมูลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยเข้าระบบ HDC ล่าช้าบางแห่งส่งออกแล้วผลงานไม่ขึ้น รวมทั้งขาดข้อมูลของกลุ่มสงสัยป่วย/กลุ่มป่วยที่ไปรับบริการนอกพื้นที่ (ข้ามจังหวัด) เนื่องจากยังไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากสถานบริการนอกเขต

- **บุคลากร** พบว่ามีภาระงานเพิ่มมากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลง โยกย้ายงานบ่อย ผู้ปฏิบัติงานใหม่ขาดยังประสบการณ์ในการดำเนินงาน

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

<u>ข้อเสนอเชิงนโยบาย</u>

- พื้นที่ควรมีการกำหนดมาตรการ/ Intervention ให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย เช่น

กลุ่มปกติ - เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง เน้นเรื่องอาหาร & การออกกำลังกาย เพื่อแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

กลุ่มเสี่ยง – วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และจัด Intervention ให้ตรงประเด็นความเสี่ยง เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยรายใหม่ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

กลุ่มสงสัยป่วย - เร่งรัดตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM-HT ให้ได้ตามเป้าหมาย

กลุ่มป่วย - เน้นกระบวนการดูแล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามมาตรการ

ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ข้อเสนอต่อพื้นที่

- การปรับรูปแบบการดำเนินงาน โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรม Service model มาใช้
- พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการในเขตเมือง โดยการจัดตั้ง Health Station ในศูนย์การค้า, สถานที่ราชการ, สถานที่ทำงาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองด้วยตนเอง
- พัฒนากลไกลดเสี่ยง ลดโรคในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของ พชอ./พชต. และท้องถิ่น
- สนับสนุนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข (Non-Health)

ข้อเสนอต่อส่วนกลาง

- จัดทำปฏิทินการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย (Tracking system) เพื่อแจ้งเตือนช่วงเวลาในการตรวจติดตามฯ รวมทั้ง Flow การดำเนินงาน สนับสนุนให้พื้นที่
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น เรื่องการคีย์ข้อมูลในระบบ HDC
- พัฒนา Application ที่สามารถเข้าถึงบริการประชาชนในทุก Setting และเชื่อมโยงกับระบบ HDC ได้ทั้งนี้เพื่อลดความยุ่งยากซับซ้อน
- พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน Case manager, System manager อย่างต่อเนื่อง

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญในการจัดการแก้ไขปัญหา เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่
- การมีคณะกรรมการ NCD board ระดับเขตที่เข้มแข็ง
- การบูรณางานระดับพื้นที่ร่วมกับทีม ๓ หมอ และ PCC Team
- ส่วนกลางและพื้นที่ร่วมกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

- การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย สนับสนุนการตรวจ HbA๑C ในผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ครอบคลุม

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต

๒. หัวข้อ: กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัด: ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

<u>เป้าหมาย:</u>

- การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ≥ ร้อยละ ๖๗*
- การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ ร้อยละ ๘๐

หมายเหตุ* ปรับค่าเป้าหมายการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน รอบ ๑๒ เดือน จาก ≥ ร้อยละ ๘๐ เป็น ≥ ร้อยละ ๖๗ (เมื่อวันที่ ๕ สิงหาคม ๖๕)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ.....กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหาด้านสุขภาพของประชากรโลก ส่วนใหญ่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก ๓๘ ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ ๖๘ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.ศ. ๒๕๕๕ เป็น ๔๑ ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ ๗๑ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) โดยในปีพ.ศ. ๒๕๕๙ พบการเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (๑๗.๙ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๔) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (๙.๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๒) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (๓.๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๙) และโรคเบาหวาน (๑.๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ ๓๐-๖๙ ปีหรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร”มากถึง ๑๕ ล้านคน (รายงานสถานการณ์โรค NCDs, ๒๕๖๒)

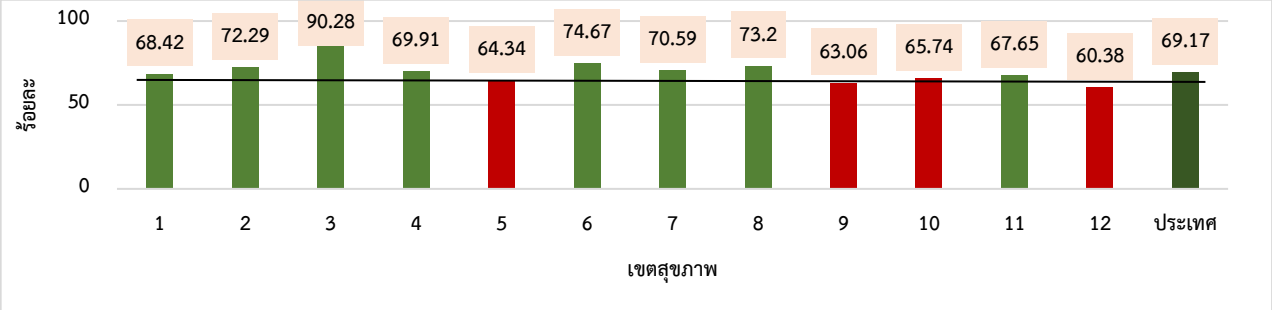
จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๖ พบความชุกของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยความชุกโรคเบาหวาน พบร้อยละ ๙.๕ (การสำรวจครั้งที่ ๕ พบร้อยละ ๘.๙) ความชุกโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ ๒๕.๔ (การสำรวจครั้งที่ ๕ พบร้อยละ ๒๔.๗) สำหรับความชุกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๕ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๕,๗๒๗.๕ ๕,๙๘๐.๕ ๖,๓๕๙.๑ ๖,๖๗๐.๓ ๖,๙๙๕.๙ และ ๗,๒๘๓.๙ ตามลำดับ และอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๑๒,๐๖๗.๗ ๑๒,๖๐๕.๕ ๑๓,๓๖๑.๑ ๑๓,๙๔๐.๒ ๑๔,๖๑๘.๐ และ๑๔,๙๙๘.๔ ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่คิดเป็นร้อยละ ๗๕๙.๑ ๕๐๘.๓ ๔๗๕.๗ ๔๗๐.๒ ๔๘๑.๔ และ ๔๙๐.๗ ตามลำดับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่คิดเป็นร้อยละ ๑,๓๔๖.๘ ๑,๑๘๐.๘ ๑,๐๗๐.๕ ๑,๐๓๒.๙ ๑,๑๐๒.๔ และ ๙๗๑.๐ ตามลำดับ (ข้อมูล HDC วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕)

การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๙,๖๓๐,๔๑๔ คน (๘๗.๖๕%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๒๒๑,๐๐๕ คน (๑.๑๓%) และได้รับการตรวจติดตาม ๑๓๘,๖๘๑ คน (๖๒.๗๕%) การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๗,๐๑๕,๙๗๖ คน (๘๗.๗๗%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๘๑๐,๕๔๓ คน (๔.๗๖%) และได้รับการตรวจติดตาม ๖๑๘,๓๓๓ คน (๗๖.๒๙%) ผลการดำเนินงานพบว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (DM ≥ ๖๐, HT ≥ ๗๐) และมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด จำนวน ๓,๑๗๓,๔๐๕ ราย ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๔๐ พิจารณาจากระดับ HbA๑C น้อยกว่า ๗) เท่ากับ ๙๒๕,๐๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๒ ภาพรวมยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ๖,๖๓๐,๖๓๐ ราย สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (ค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท (เป้าหมาย ≥ ๖๐) จำนวน ๓,๗๑๒,๖๘๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๙ ภาพรวมยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

สำหรับการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ <u>รอบ ๑๒ เดือน</u> (อ้างอิงข้อมูล HDC วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๕) พบว่า

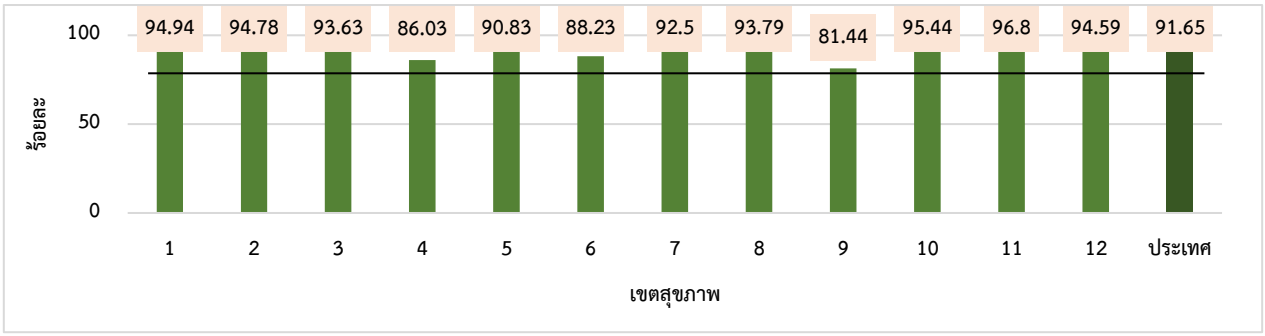
- **โรคเบาหวาน** มีกลุ่มเป้าหมายประชากร ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๒,๖๗๘,๗๕๖ คน ได้รับการคัดกรองเพื่อยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทั้งสิ้น ๑๙,๓๗๔,๙๘๗ คน (๘๕.๔๓%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๑๘๓,๖๖๒ คน (๐.๙๕%) และ**ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๑๒๗,๐๔๐ คน (๖๙.๑๗%) ภาพรวมถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสที่ ๔ (เป้าหมาย ≥ ๖๗)*** โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินงานได้ดี ๓ อันดับแรก และผ่านเกณฑ์เป้าหมาย รอบ ๑๒ เดือน ได้แก่ เขต ๓ รองลงมา เขต ๖ และ ๘ เท่ากับร้อยละ ๙๐.๒๘ ๗๔.๖๗ และ ๗๓.๒ ตามลำดับ (ดังแผนภูมิที่ ๑) และผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ ๒๙.๓๕ ผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ ภาพรวมถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๔๐)
- **โรคความดันโลหิตสูง** มีกลุ่มเป้าหมายประชากร ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๙,๕๔๘,๔๘๖ คน ได้รับการคัดกรองเพื่อยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งสิ้น ๑๖,๗๓๙,๐๒๒ คน (๘๕.๖๓%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๗๖๘,๕๘๗คน (๔.๕๙%) และ**ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๗๐๔,๔๑๘ คน (๙๑.๖๕%) ภาพรวมถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสที่ ๔ (เป้าหมาย ≥ ๘๐)** โดยทุกเขตสุขภาพดำเนินงานได้ดีและผ่านเกณฑ์เป้าหมายรอบ ๑๒ เดือน เขตสุขภาพที่ดำเนินงานได้มากที่สุด ได้แก่ เขต ๑๑ รองลงมา เขต ๑๐ เขต ๑ เท่ากับร้อยละ ๙๖.๘๐ ๙๕.๔๔ และ ๙๔.๙๔ ตามลำดับ (ดังแผนภูมิที่ ๒) และกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ร้อยละ ๕๓.๕๓ ผลการดำเนินงานลดลงเมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๔ ภาพรวมถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมาย ≥ ๖๐)

แผนภูมิที่ ๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (เป้าหมายไตรมาส ๔ ≥ ๖๗%)



***หมายเหตุ :** ปรับค่าเป้าหมายการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน รอบ ๑๒ เดือน จาก ≥ ร้อยละ ๘๐ เป็น ≥ ร้อยละ ๖๗

แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (เป้าหมายไตรมาส ๔ ≥ ๘๐%)



ที่มาของข้อมูล : HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๕

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. การคัดกรองค้นหากลุ่มสงสัยป่วย - บางพื้นที่ดำเนินการคัดกรองล่าช้า ส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย - บางพื้นที่มีนโยบายจากสสจ.ให้เลือกกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง โดยคัดกรองกลุ่มที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรค DM HT ก่อนทำให้ผลการดำเนินงานคัดกรองได้น้อยกว่าเป้าหมาย - กรณีคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ สปสช. ไม่มีพื้นที่ดำเนินการ ทำให้คัดกรองได้น้อยและติดตามกลุ่มสงสัยป่วยไม่ได้ - บริบทเขตเมืองส่งผลให้การคัดกรองและการตรวจติดตามฯ ดำเนินการได้ยาก	วางแผนการดำเนินงานคัดกรองตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ และดำเนินการให้แล้วเสร็จในไตรมาส ๑ – ๒ เพื่อที่จะสามารถตรวจติดตามฯกลุ่มสงสัยป่วยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด	**จากปัญหาการดำเนินงานในรอบที่ ๑ กองโรคไม่ติดต่อได้มีการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ดังนี้** ๑) จัดทำหนังสือราชการเพื่อเร่งรัดติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ และนำปัญหาเข้าวาระการประชุมผู้บริหารทุกระดับเพื่อรับทราบและช่วยเร่งรัดการดำเนินงานของเขต ๒) จัดทำโครงการเร่งรัดตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ภายในระยะเวลา ๒ เดือน (พ.ค. – มิ.ย. ๖๕) โดยลง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๒. การปรับเทคนิควิธีการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง - เนื่องจากปี ๒๕๖๕ มีการปรับรายละเอียด Template คำนิยาม และระยะเวลาตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เข้าใจว่าสามารถดำเนินงานได้เหมือนปี ๒๕๖๔ ทำให้ผลงานไม่ขึ้นและไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมาย - การถ่ายทอดรายละเอียดตัวชี้วัดระหว่าง สสจ. หรือสคร. กับผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ (รพ.สต.) พบว่าส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในรายละเอียด Template ทำให้เกิดความสับสน - การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน โดยการสั่งตรวจ FPG ทางห้องปฏิบัติการต้องขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์เท่านั้น ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า บางแห่งแพทย์ไม่ส่งตรวจ lab เพื่อยืนยันวินิจฉัย และให้กลุ่มสงสัยป่วยไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน จึงจะนัดมาตรวจติดตาม ทำให้กลุ่มสงสัยป่วยบางรายมีระยะเวลาการตรวจติดตามเกิน ๙๐ วัน	๑) กองโรคไม่ติดต่อดำเนินการ ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตัวชี้วัด เน้นเนื้อหาที่มีการปรับเปลี่ยนและอัพเดทองค์ความรู้วิชาการ เช่น แนวทางการคัดกรอง การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน (HBPM) เป็นต้น ๒) บางพื้นที่มีการจัดทำ Flow ขั้นตอนการดำเนินงานแบบสั้นๆ เข้าใจง่ายให้กับผู้ปฏิบัติงาน ๓) บางพื้นที่กำกับติดตามผลการดำเนินงานผ่านเวทีการตรวจราชการและจัดทำหนังสือเร่งรัดการตรวจติดตามฯ ในพื้นที่	พื้นที่ติดตามผลการดำเนินงานสคร. ๔ เขต คือสคร. ๑ ๔ ๘ และ ๑๑ ๓) ดำเนินการขอปรับเป้าหมายและรายละเอียดตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ กระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง (ตัวชี้วัดย่อยที่ ๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน) เพื่อให้เป็นเป้าหมายเดียวกันกับการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกรมควบคุมโรค รอบ ๑๒ เดือน (มติคณะกรรมการกำกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการของส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุข)
๑. ผลกระทบจาก COVID-19 - กลุ่มสงสัยป่วยไม่สามารถเดินทางไปรับบริการตรวจยืนยันวินิจฉัยที่ รพ. ตามนัดได้ - บุคลากรด้าน NCD ถูกดึงไปช่วยภารกิจ COVID-19 - การสำรวจผลกระทบของ COVID-19 ต่อ NCD Clinic พบว่าคลินิก NCD เปิดบริการตามปกติได้เพียง ๑๖.๗%, ปิดให้บริการช่วงโควิดนานเกิน ๑ เดือน ๑๒% (ที่มา: ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อคลินิกโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๔)	๑) กองโรคไม่ติดต่อจัดส่งมาตรการแนวทางการดำเนินงานให้บริการแบบ New Normal ในยุค COVID-19 ๒) พื้นที่ดำเนินการเชิงรุกโดยนัดกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน มาเจาะเลือดที่ รพ.สต. และนำส่งไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อทำการตรวจ FPG ทางห้องปฏิบัติการและบางพื้นที่มีทีมสหวิชาชีพออกเปิดคลินิก PCU ในรพ.สต.เพื่ออำนวยความสะดวกแก่กลุ่มเป้าหมาย	

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	๓) พื้นที่บางแห่งมีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานฉีดวัคซีนป้องกันควบคุมโรค COVID-19	
๔. การบันทึกและการส่งออกข้อมูล ๔.๑ การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง บางพื้นที่บันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง และมีความล่าช้า โดยมีการบันทึกข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยในแฟ้ม NCDSCREEN ซึ่งต้องบันทึกในแฟ้ม LABFU บันทึกข้อมูลแล้วผลงานไม่ขึ้น ๔.๒ ปัญหาจากระบบ JHCIS ในรพ.สต. การบันทึกข้อมูลในแฟ้ม NCD Screen และแฟ้ม LABFU อยู่หน้าเดียวกัน อาจทำให้การคีย์ข้อมูลการตรวจติดตามผิดแฟ้มได้ ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากรพ. ไม่เชื่อมโยงระบบ JHCIS ทำให้บางรพ.สต.ต้องรอผล LAB และดำเนินการบันทึกข้อมูลล่าช้า อีกทั้งการดำเนินการแก้ไขข้อมูลในระบบ JHCIS แล้ว แต่ข้อมูลไม่ขึ้นในระบบ ๔.๓ การส่งออกข้อมูล การส่งออกข้อมูลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยเข้าระบบ HDC ล่าช้า โดยเฉพาะจังหวัดที่มีสถานบริการจำนวนมาก ทำให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน การส่งออกข้อมูลจากสถานบริการ (รพ.สต.) บางแห่งไม่ขึ้นในระบบ HDC ๔.๔ กลุ่มสงสัยป่วย/กลุ่มป่วยไปรับบริการนอกพื้นที่ (ข้ามจังหวัด) ทำให้ขาดข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากยังไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากสถานบริการนอกเขต	๑) กองโรคไม่ติดต่อจัดเวที Forum ชี้แจงการคีย์ ข้อมูลและการส่งออกที่ถูกต้อง และจัด Workshop กับผู้เชี่ยวชาญ HDC เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ๒) ผู้รับผิดชอบงาน/System Manager/ทีมงานสสอ. ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลเป็นระยะ และเร่งรัดให้พื้นที่เป้าหมายดำเนินการตรวจติดตามยืนยันฯ ภายใน ๑๘๐ วัน ๓) บางพื้นที่ให้สถานบริการที่ใช้ระบบ JHCIS ตรวจสอบข้อมูล Data Exchange เพื่อดูการส่งออกข้อมูล หากพบว่าไม่มีการส่งออกจะทำการ Mapping รหัส Lab เพื่อเลือกรหัส CH๑๑ FBS เพื่อบันทึกค่าน้ำตาล	
๕. บุคลากร - มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายงานบ่อย ผู้ปฏิบัติงานใหม่ยังขาดประสบการณ์ในการดำเนินงาน	๑) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	(DM&HT) เพื่อลดความเสี่ยง ลดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ๒) สนับสนุนข้อมูลวิชาการแก่พื้นที่และเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสาร Open chat เพื่อให้สามารถสื่อสารได้สะดวก รวดเร็ว มากยิ่งขึ้น	

แหล่งข้อมูล: รายงานตรวจราชการระดับเขต ๑ – ๑๒ รอบที่ ๒ ปี ๒๕๖๕ และผลการลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานเขต ๑ ๔ ๘ และ ๑๑

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

เขต ๑

- โรงเรียนเบาหวานวิทยา Sunshine Lamphun Model ปี ๒๕๖๕ เน้นเรื่องการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

เขต ๒

- นวัตกรรม NCD กลุ่มสีวิถีใหม่ อ.ทุ่งเสลี่ยม จ.สุโขทัย ดำเนินการขับเคลื่อนกระบวนการ ๓ หมอ + กลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วย Loss F/U

เขต ๓

- ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพโรคเบาหวาน Provincial Network Accreditation จ.นครสวรรค์
- กระบวนการชุมชนลดเค็ม เพื่อจัดการปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดำเนินการนำร่องใน จ.อุทัยธานี

เขต ๔

- การนำเทคโนโลยี/ดิจิทัลมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรอง การตรวจติดตาม และแก้ไขปัญหาผู้ป่วย Loss F/U ในจ.ลพบุรี Lopburi Personal Health Record (LB_PHR) และจ.อยุธยา Ayutthaya Self-care Monitoring

เขต ๕

- การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบและบุคคลต้นแบบด้าน NCD จ.เพชรบุรี
- การบริการเชิงรุก เจาะเลือดที่บ้าน จ. สุพรรณบุรี

เขต ๖

- App.หมอรู้จักคุณ รพ.เขาสุกิม จ. จันทบุรี ลดความแออัด ลดระยะการรอคอยในคลินิก DM HT ลดโอกาสการติดเชื้อ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม Self-monitoring & Self-care

เขต ๗

- “นัดให้ ไม่ต้องรอ” รูปแบบการบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน ลดระยะเวลาการรับบริการ และสร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการ รพ.พยัคฆภูมิพิสัย จ.มหารสารคาม

เขต ๘

- 5G Plus + NCD Innovative Health Care จ.บึงกาฬ การจัดรูปแบบบริการ ป้องกันและรักษาผู้ป่วย NCD ในช่วงสถานการณ์โควิด -19 (ขยายผลครอบคลุมทั้งเขต)

เขต ๙

- โรงเรียนเบาหวานวิทยา “KORAT DM SCHOOL HEALTH LITERACY” จ.นครราชสีมา
- ต้นแบบการบูรณาการ Digital Health Platform จ.บุรีรัมย์

เขต ๑๐

- Class & smart camp (UBON MODEL) รูปแบบการดำเนินงานในคลินิกบริการเพื่อจัดการโรค DM HT โดยทีมสหวิชาชีพ เน้นกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จ.อุบลราชธานี

เขต ๑๑

- โปรแกรม Behavior Psychosocial Care (BPSC) เพื่อลดระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน จ.นครศรีธรรมราช

เขต ๑๒

- โปรแกรม NCD YAHA Hospital เพื่อใช้ติดตามผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD แก้ปัญหาเรื่องระบบข้อมูล ลดภาระบุคลากร รพ.สมเด็จพระยุพราชยะหา จ.ยะลา

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

- กำหนดผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลเพื่อดำเนินการตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูลได้ทันเวลา
- หน่วยบริการเร่งรัดการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวาน โดยการตรวจ FBS ให้ครอบคลุม และทีม สสจ. กำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- ปรับรูปแบบการดำเนินงานโดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรม Service model มาใช้
- พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการในเขตเมือง โดยการจัดตั้ง Health Station ในศูนย์การค้า, สถานที่ราชการ, สถานที่ทำงาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองด้วยตนเอง
- พัฒนากลไกลดเสี่ยง ลดโรคในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของ พชอ./พชต. และท้องถิ่น
- สนับสนุนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข (Non-Health)

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- จัดทำปฏิทินการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย (Tracking system) เพื่อแจ้งเตือนช่วงเวลาในการตรวจติดตามฯ รวมทั้ง Flow การดำเนินงาน สนับสนุนให้พื้นที่
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น เรื่องการคีย์ข้อมูลในระบบ HDC
- พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน Case manager, System manager อย่างต่อเนื่อง
- พัฒนา Application ที่สามารถเข้าถึงบริการประชาชนในทุก Setting และเชื่อมโยงกับระบบ HDC ได้ ทั้งนี้เพื่อลดความยุ่งยากซับซ้อน

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต
หัวข้อ : บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๕๐	๗๓.๑๖
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๓๐	๓๔.๙๗
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๓๐	๘๐.๒๙
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	๙๘	๙๘.๑๘

๒) สรุปสถานการณ์

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (ผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ ๒๐.๐) และในปี พ.ศ. ๒๕๗๔ ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ ๒๘.๐) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย พบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ มีการเสื่อมสภาพตามวัย ส่งผลกระทบต่อการดูแลขั้นพื้นฐานและความต้องการด้านสาธารณสุข จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ ๙๖.๗๖ กลุ่มติดบ้านร้อยละ ๒.๖๕ และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๐.๕๙ ปัญหาด้านสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังในกลุ่ม NCDs ทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเกิดจากทั้งการใช้วิถีชีวิตเดิมตั้งแต่วัยทำงาน กรรมพันธุ์ และสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ

ดังนั้น ความท้าทายการดำเนินงานจากการที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ สัดส่วนของวัยแรงงานน้อยลง ในขณะที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นกลุ่มติดสังคม ยังมีความสามารถในการใช้ชีวิตได้อย่างปกติ รวมถึงการความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ ทำให้เราต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลังของสังคม พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการเพิ่มศักยภาพของบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข อย่างทั่วถึงและยั่งยืน

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

๓.๑ การใช้งานระบบสารสนเทศที่ยังเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ต ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการใช้งานในพื้นที่ห่างไกล และอุปสรรคต่ออาสาสมัครที่ไม่มีอินเตอร์เน็ตหรือสมาร์ทโฟนใช้งาน

๓.๒ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีหลากหลาย ใช้งานในบริบทที่ต่างกัน ทำให้ผู้รับผิดชอบงานต้องลงข้อมูล และฝึกทักษะการใช้งานในหลายระบบ

๓.๓ การขาดบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์และพยาบาลในคลินิกผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ที่มีการโอน/ย้าย/ลาออก/เกษียณ หรือปรับเปลี่ยนงาน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ที่ยังมีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๓.๔ อปท. หลายแหล่งยังไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ทำให้ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ตลอดจนยังมีการจัดทำ Care plan ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด

๓.๕ กระบวนการส่งต่อผู้สูงอายุจากระบบบริการในโรงพยาบาล สู่การดูแลในชุมชนยังไม่เป็นรูปธรรม และยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ

๓.๖ ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ไม่ได้รับค่าตอบแทนพิเศษ แม้ว่าจะมีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจากหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมทั้งค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ยังน้อย เมื่อเทียบกับภาคเอกชนที่ให้บริการในลักษณะที่คล้ายกัน

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เพื่อชะลอความเสื่อม ลดการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ และป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยส่วนกลางทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการและองค์ความรู้ที่จำเป็น ในขณะที่ส่วนภูมิภาคทำหน้าที่ปฏิบัติการและประสานความร่วมมือในระดับพื้นที่

๔.๒ ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการและการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับการถ่ายโอนหน่วยบริการสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการดำเนินงานในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

๔.๓ การสื่อสารนโยบายการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ให้เกิดการรับรู้ และปฏิบัติร่วมกัน

๔.๔ ผลักดันการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) รวมถึงการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ และค่าตอบแทนการปฏิบัติงานกรณีพิเศษสำหรับผู้จัดการการดูแล (Care Manager)

๔.๕ บูรณาการระบบสารสนเทศที่มีความหลากหลายของทั้งหน่วยงานส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ตลอดจนพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และเชื่อมต่อเข้ากับระบบการรายงานผลในระดับกระทรวง

๔.๖ พัฒนาหลักสูตร Care Manager และ Caregiver ให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ รวมถึงบูรณาการกับการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และการดูแลระยะท้าย ตลอดจนปรับรูปแบบการอบรมให้เป็นแบบออนไลน์หรือผสมผสาน

๔.๗ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการทำงานระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนางานอย่างเป็นรูปธรรม

๔.๘ การส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมในชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่

๔.๙ การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายใหม่ๆ อาทิ ภาคการศึกษา ที่สามารถผลิตบุคลากรเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ และการพัฒนานวัตกรรมต่างๆ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑ ผู้บริการทุกระดับให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และให้การสนับสนุนการดำเนินงานเป็นอย่างดี

๕.๒ ผู้รับผิดชอบงานทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๕.๓ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความมุ่งมั่น และตั้งใจปฏิบัติงานเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองสุขภาพของผู้สูงอายุ

๕.๔ มีภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน อาทิ ท้องถิ่น เอกชน ภาคประชาชน ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

๖.๑ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

๖.๒ การส่งต่อผู้สูงอายุ ตั้งแต่การเจ็บป่วยฉุกเฉิน การฟื้นฟูสมรรถภาพในการดูแลระยะกลาง การดูแลสุขภาพในระยะยาว และการดูแลประคับประคองในระยะท้าย

๖.๓ การบูรณาการฐานข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๒. หัวข้อ : บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

- ร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
- ร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

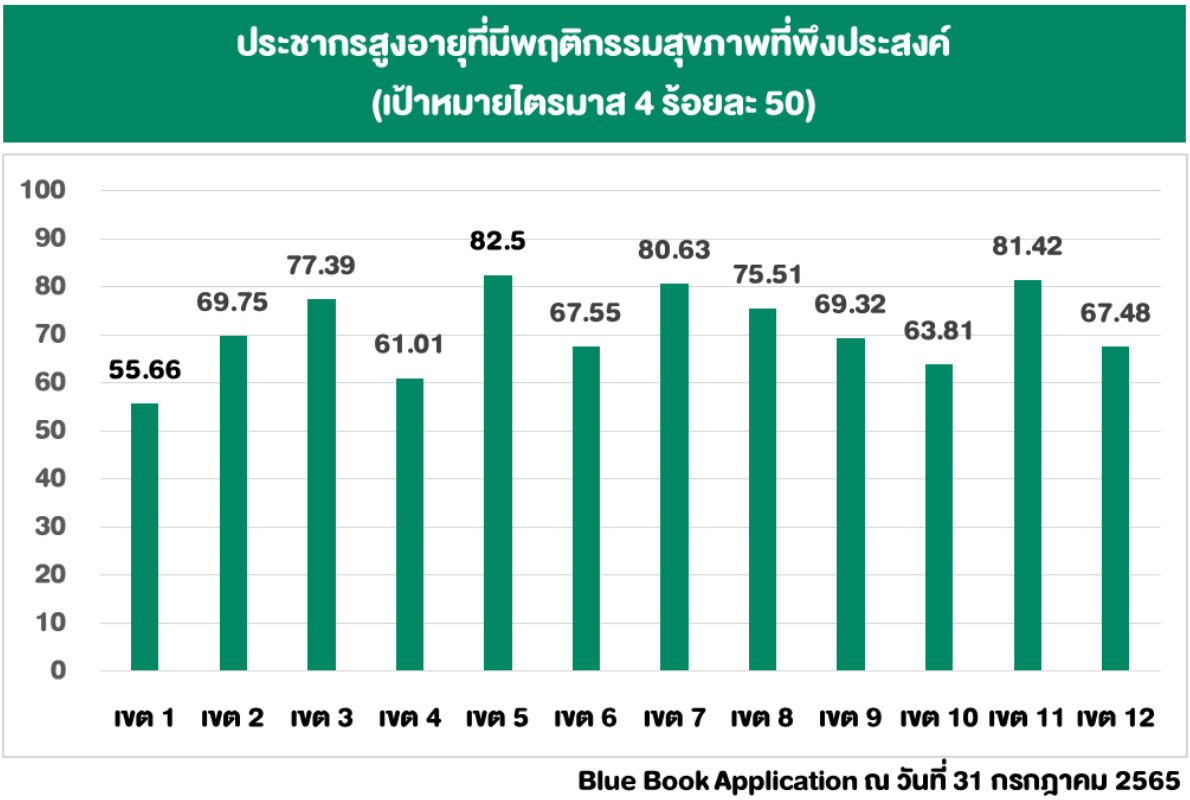
๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (ผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ ๒๐.๐) และในปี พ.ศ.๒๕๗๔ ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ ๒๘.๐) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย พบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ มีการเสื่อมสภาพตามวัย ส่งผลกระทบต่อการดูแลขั้นพื้นฐานและความต้องการด้านสาธารณสุข จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ ๙๖.๗๖ กลุ่มติดบ้านร้อยละ ๒.๖๕ และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๐.๕๙ ปัญหาด้านสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังในกลุ่ม NCDs ทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเกิดจากทั้งการใช้วิถีชีวิตเดิมตั้งแต่วัยทำงาน กรรมพันธุ์ และสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ

ดังนั้น ความท้าทายการดำเนินงานจากการที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ สัดส่วนของวัยแรงงานน้อยลง ในขณะที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นกลุ่มติดสังคม ยังมีความสามารถในการใช้ชีวิตได้อย่างปกติ รวมถึงการความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ ทำให้เราต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลังของสังคม พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการเพิ่มศักยภาพของบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข อย่างทั่วถึงและยั่งยืน

๑. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีสุขภาพที่พึงประสงค์

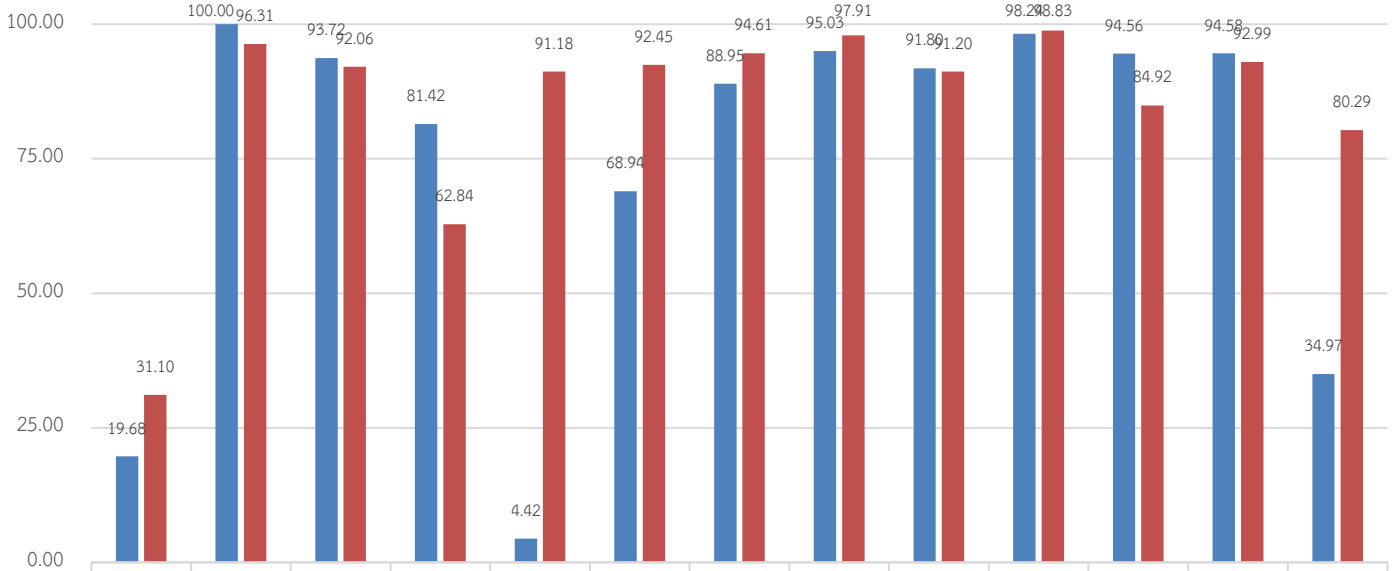
จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ผ่านแอปพลิเคชัน Blue Book ของกรมอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุ จำนวน ๑,๕๕๕,๔๗๒ คน มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จำนวน ๑,๑๓๘,๐๐๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๑๖ ภาพรวมทั้งประเทศผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด โดยเขตสุขภาพที่มีร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีสุขภาพที่พึงประสงค์สูงที่สุด คือเขตสุขภาพที่ ๕ คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๕๐ รายละเอียดตามแผนภาพ ดังนี้



๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า โรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไปทั่วประเทศจำนวน ๒๑๑ มีคลินิกในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินจำแนกเป็นคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานจำนวน ๗๗ แห่ง และคลินิกระดับคุณภาพจำนวน ๙๔ แห่ง รวมคิดเป็นคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐานขึ้นไปจำนวน ๑๗๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๑ ของโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไปทั้งหมด

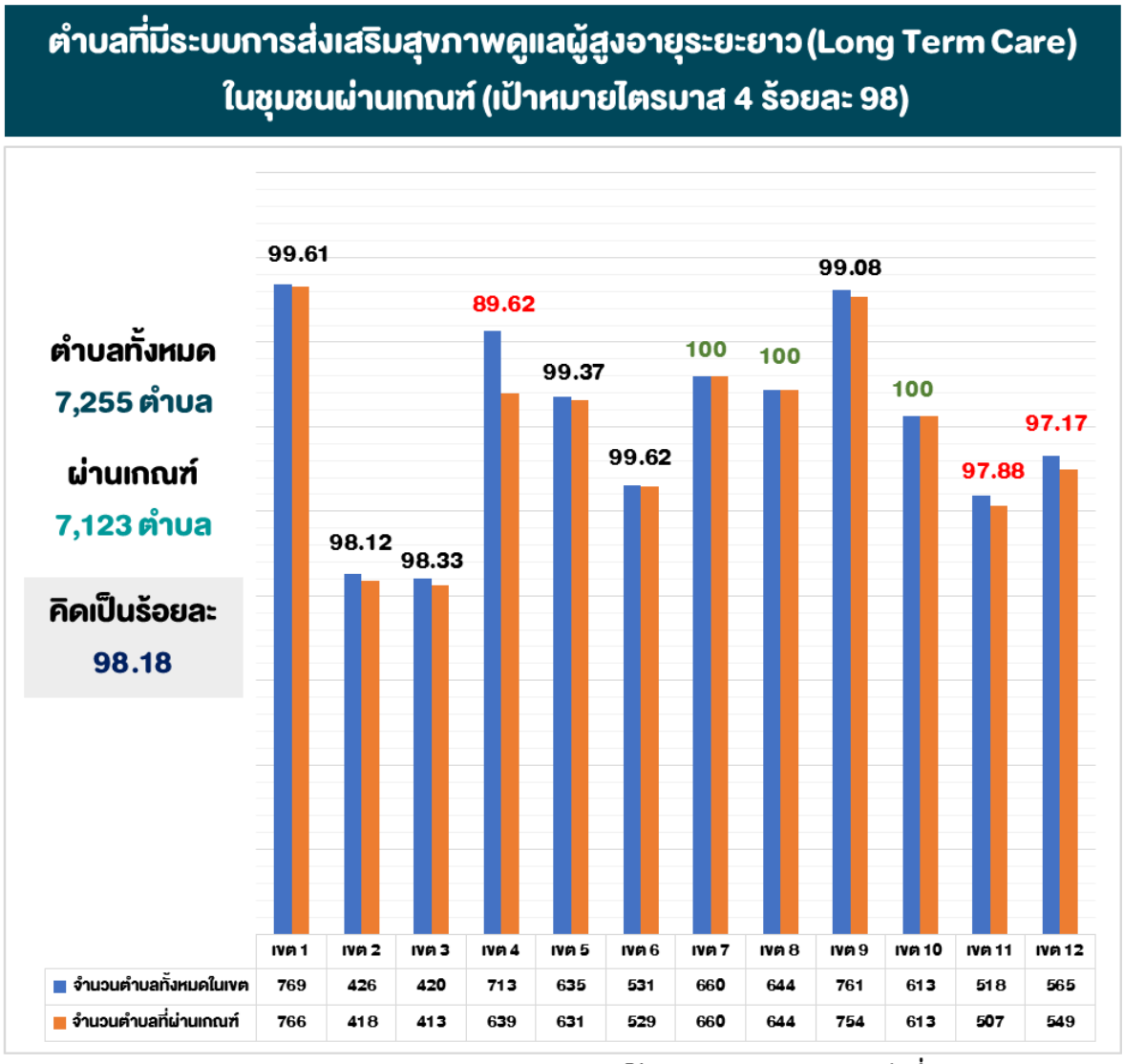
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โดยพบว่า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๓๔.๙๗ และพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๘๐.๒๙



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ภาวะสมองเสื่อม	19.68	100.00	93.72	81.42	4.42	68.94	88.95	95.03	91.80	98.24	94.56	94.58	34.97
ภาวะหกล้ม	31.10	96.31	92.06	62.84	91.18	92.45	94.61	97.91	91.20	98.83	84.92	92.99	80.29

๓. ร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพ Long Term Care

จากการดำเนินงานตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ พบว่า ตำบลทั้งหมด ๗,๒๕๕ ตำบล ผ่านเกณฑ์ ๖ องค์ประกอบ Long Term Care ของกรมอนามัย จำนวน ๗,๑๒๓ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๑๘ ภาพรวมประเทศผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ มีเขตสุขภาพที่ ๔, ๑๑, ๑๒ ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากเป็นการ Re - accredited โดยเขตสุขภาพที่มีร้อยละของตำบลฯ ที่ผ่านเกณฑ์สูงที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๗ เขตสุขภาพที่ ๘ และเขตสุขภาพที่ ๑๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ รายละเอียดตามแผนภาพ ดังนี้



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ระบบการให้บริการ		
การคัดกรองภาวะสุขภาพและลงข้อมูลผ่าน Blue Book Application ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากข้อจำกัดการใช้งาน เช่น ผู้สูงอายุไม่มีอินเตอร์เน็ตหรือสมาร์ทโฟนใช้งาน	- เพิ่มช่องทางการสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนการเข้าถึงแบบประเมิน ทั้งรูปแบบ online และ Manual เพื่อให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกพื้นที่ - ระดับนโยบายมีการ MOU ๗ กระทรวง เพื่อบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาสนับสนุนงานตามภารกิจ	- มีการเข้าถึงการคัดกรองภาวะสุขภาพและลงข้อมูลผ่าน Blue Book Application จำนวน ๔,๓๑๗,๖๕๘ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๒ ก.ย. ๒๕๖๕) - ประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบ ๘ ด้าน ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๗๓.๑๖ ที่มา : Bluebook app. ณ ๓๑ ก.ค. ๖๕ - ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) จำนวน ๙๑,๒๕๖ คน (เป้าหมาย ๓๖,๖๐๐ คน) คน ผ่านชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓ ส.ค. ๒๕๖๕)
อปท. หลายแหล่งยังไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ทำให้ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ตลอดจนยังมีการจัดทำ Care plan ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการประสานความร่วมมือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต และกรมอนามัยลงพื้นที่ เพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานตำบลที่มีระบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่	- ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ **ผลการดำเนินงาน** ร้อยละ ๙๘.๑๘ - ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan **ผลการดำเนินงาน** ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๓๙๐,๙๗๗ คน ได้รับการดูแลตาม Care Plan ๓๖๔,๘๖๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๒ ที่มา : ระบบรายงานโปรแกรม Long Term Care (๓C) วันที่ ๓๐ ส.ค. ๒๕๖๕
บุคลากร		
แพทย์ พยาบาล ไม่เพียงพอในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ และไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่และการดำเนินงานที่ชัดเจน	- ใน รพ.ที่ไม่สามารถแยกบริการคลินิกผู้สูงอายุแยกออกมาจากคลินิกที่มีอยู่เดิม เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร สามารถเลือกดำเนินการโดยใช้รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานซึ่งเป็นการเชื่อมโยง	- กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ และสำนักการแพทย์เขตสุขภาพในเขตต่างๆ ได้จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	การบริการที่มีอยู่เดิมโดยไม่ต้องแยกคลินิกออกมาใหม่ แต่ใช้ concept geriatric care ในแต่ละ OPD โดยยึดแนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ - ดำเนินงานร่วมกับงาน ๓ หมอ และคลินิก NCD คลินิก	ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ พร้อมสนับสนุนคู่มือการดำเนินงาน - จัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นให้กับแพทย์ และ พยาบาล ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ
การขาดบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ที่มีการโอน/ย้าย/ลาออก/เกษียณ หรือปรับเปลี่ยนงาน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ที่ยังมีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- จังหวัดสำรวจและเตรียมส่งบุคลากรอบรม CM ใหม่กับศูนย์อนามัย โดยใช้การอบรมแบบผสมผสาน เพื่อลดค่าใช้จ่าย และทำให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเรียนรู้จากพื้นที่ได้	อยู่ระหว่างการอบรมเพิ่มเติม
ระบบข้อมูล		
ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีหลากหลาย ใช้งานในบริบทที่ต่างกัน ทำให้ผู้รับผิดชอบงานต้องลงข้อมูล และฝึกทักษะการใช้งานในหลายระบบ	- บูรณาการระบบข้อมูล และ โปรแกรม Application ต่างๆ (โปรแกรม Blue Book Application/Aging Health Data/Long Term Care (๓C)/HDC/Smart อสม.)	- อยู่ระหว่างการดำเนินการร่วมกันระหว่างศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กับกรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง
สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID - ๑๙		
ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ COVID-๑๙ ทำให้การดำเนินงานบางพื้นที่ไม่ครอบคลุมตามแผน และเป้าหมาย	- ปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาเป็นเชิงรุก โดยจัด Mobile Ageing Clinic หรือใช้วิธี consult ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ Tele-Medicine	- ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น จากการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุก (Mobile Ageing Clinic)

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

๑. จัดบริการ service package เฉพาะโรคแบบครบวงจร ได้แก่ service package (จังหวัดกำแพงเพชร)
๒. ใช้กลไก “พลังบวร” ขับเคลื่อนการด าเนินการเพื่อเตรียมการรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ (จังหวัดพิจิตร)
๓. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) (จังหวัดนครสวรรค์)
๔. พัฒนาพื้นที่เพื่อรองรับสังคมสูงวัยครบทุกมิติ โดยกำหนดเป็นประเด็นขับเคลื่อนของ พชอ.บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน (อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท)
๕. การขับเคลื่อนเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (ต.วังน้ำเย็น อ.บางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี)
๖. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกด้วยใจ ฝ่าภัยโควิด One stop Service ตามแนวชีวิตวิถีใหม่ ในพื้นที่โรงพยาบาลสามร้อยยอด ต.ไร่ใหม่ อ.สามร้อยยอด จ.ประจวบคีรีขันธ์
๗. การขับเคลื่อนนโยบายของขวัญวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี ๒๕๖๕ ยอดเยี่ยม (เขตสุขภาพที่ ๖)
๘. โปรแกรมการชะลอความเสื่อม (จังหวัดสระแก้ว)
๙. มอบสิทธิประโยชน์แก่ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง (จังหวัดชลบุรี)
๑๐. จังหวัดที่มีการขับเคลื่อน Blue Book Application ดีเด่น (จังหวัดสมุทรปราการ)
๑๑. Age Friendly City ในทต./อบต. เขตสุขภาพที่ ๙
๑๒. เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีการสร้างเครือข่ายและแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในภาพเขต (knowledge Management) รวมถึงการประสานงานร่วมกันกับส่วนกลาง เช่น กรมการแพทย์ กรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต
๑๓. มีแผนขับเคลื่อน Project “ชราธิวาส” บูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร, ไร้รอยต่อ พัฒนาคุณภาพบริการผู้สูงอายุ ทุกระดับ (จังหวัดนราธิวาส)
๑๔. “ตำบลบางด้วน อ.ปะเหลียน รวมพลังภาคี รับมือสังคมสูงวัย” ขับเคลื่อน Big Rock อ.เมือง อ.ห้วยยอด
๑๕. จัดบริการ Mobile Aging Clinic รพ.สตูล รพ.ปัตตานี รพ.พัทลุง และ รพ.สงขลา
๑๖. ขับเคลื่อน Big Rock อ.เมือง และควนขนุน จัดบริการ Mobile Aging Clinic /ส่งเสริม HLในกลุ่มเสี่ยงหกล้ม
๑๗. รพ.สงขลา พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร รพ.หาดใหญ่ มี Mobile Aging Clinic Osteoporosis and fall prevention clinic คลินิกชะลอรักษ์ CMU ๔ แห่ง (๔ วัน/Wk)

๖. ข้อเสนอแนะ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. ควรจัดทำแนวทาง ส่งต่อ รักษา ฟื้นฟูเขตสุขภาพที่ ๙ นำร่องภาวะสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม
๒. ควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุ และค้นหาผู้รับบริการเชิงรุก
๓. การผลักดันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายใน พื้นที่ นำร่องเมือง/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
๔. การจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานในการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ (กลุ่มป่วย)
๕. การผลักดัน อปท. ร่วมดำเนินการจัดตั้ง Day Care ในชุมชน (กลุ่มติดบ้าน)
๖. การขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มติดสังคม)

๗. PM ขับเคลื่อนให้ อปท. เข้าร่วมกองทุน LTC และขับเคลื่อน การดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้ผู้มีสิทธิ โดย ใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.)

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. ตัวชี้วัดควรปรับให้ลดลง เน้นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ มากกว่า ปริมาณ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และยั่งยืน
๒. แอปพลิเคชั่นต่างๆ ควรปรับปรุงให้อยู่ในแพลตฟอร์มเดียวกัน และควรพัฒนาให้สำเร็จก่อนนำมาใช้งาน เพราะเนื่องจากในปัจจุบันมีแอปพลิเคชั่นจำนวนมากและไม่มีความเสถียร
๓. การปรับบทบาทการดำเนินงาน เพื่อรองรับการถ่ายโอนของ หน่วยบริการในพื้นที่
๔. ควรจัดให้มีการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ
๕. ควรพัฒนา Application Blue Book ให้ตอบสนอง ความต้องการผู้ใช้งาน
๖. ผลักดันให้เกิดความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจากชุมชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
๗. ผลิตสื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานส่งเสริมการออกกำลังกายหรือป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ
๘. ควรมีการบูรณาการ กำหนดนโยบาย / แนวทางการดำเนินงาน ให้ไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อน
๙. พัฒนาระบบบริการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและชุมชน, ส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ รวมถึงการเขียน Wellness Plan (ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวต้องบันทึกด้วย Bluebook application โดยเจ้าหน้าที่ต้องทำการประเมินให้)
๑๐. ควรมีการรวมโปรแกรมการบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุเป็นโปรแกรมเดียวกันเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่
๑๑. ปัญหาสถานการณ์ COVID-๑๙ ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรม ประชุม ติดตามงานได้ในระดับพื้นที่ อาจส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนกิจกรรม โดยอาจปรับเป็นรูปแบบ functional clinic

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต นโยบายมุ่งเน้น กระทรวงสาธารณสุข
หัวข้อ / ตัวชี้วัด : สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-19 (นโยบายมุ่งเน้น กระทรวงสาธารณสุข)

๑) เป้าหมาย และผลงาน : คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย

เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐.๙๐ (ข้อมูล ณ ๓๑ สค. ๖๕)
๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคน	๑๒,๒๑๕,๐๖๕ คน ร้อยละ ๑๒๒.๑๕ (ข้อมูล ณ ๑ กย. ๖๕)
๓) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๘.๔๕ (ข้อมูล ณ ๓๑ สค. ๖๕)

๒) สรุปสถานการณ์

ผลการดำเนินงาน สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-19 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

ภาพรวมผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ (ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - ปัจจุบัน) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ มีผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๐ (ข้อมูล ณ ๓๑ ส.ค. ๖๕) เป็นการวัดแนวโน้มพฤติกรรมการปฏิบัติตาตามมาตรการป้องกันโรค DMH และรายพฤติกรรม โดยใช้ Anamai Poll เป็นเครื่องมีในการสำรวจ ซึ่งดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ จากกลุ่มเป้าหมายประชาชน ๒๖๒,๗๔๕ คน พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมพึงประสงค์คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๐ โดยพิจารณาจากแนวโน้มการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค (DMH : เว้นระยะห่าง/สวมหน้ากาก/ล้างมือ) และยังพบว่า แนวโน้มความกังวลของประชาชนที่มีต่อสถานการณ์โควิดลดลง

๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคน มีผลการดำเนินงาน ๑๒,๒๑๕,๐๖๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒๒.๑๕ (ข้อมูล ณ ๑ ก.ย.๖๕) ซึ่งได้จากการสื่อสารความรอบรู้ และส่งเสริม/สนับสนุนให้ประชาชนลงทะเบียน และประเมินความรอบรู้ตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด ผ่าน Application ต่างๆ ที่หน่วยงานกำหนดขึ้น ได้แก่ Application ก้าวท้าใจ, Self-monitoring (โปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง), โปรแกรม Thai Fit Stop Fat, Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป), Application H4U Plus การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ,โปรแกรมสาวไทยแก้มแดง, Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in, Platform ไอโอดีน, Application FunD และ Application Food4Health

ทั้งนี้ หากพิจารณาผลการดำเนินงานเฉพาะโครงการก้าวท้าใจ ปี ๒๕๖๕ ซึ่งกำหนดเป้าหมายโครงการไว้ คือ ๕,๐๐๐,๐๐๐ คน จะพบว่า มีประชาชนมาลงทะเบียนร่วมกิจกรรมโครงการก้าวท้าใจเป็นจำนวน ๔,๘๑๓,๗๖๕ คน

๓) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๔๕ (ข้อมูล ณ ๓๑ ส.ค.๖๕) เป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการส่งเสริมให้กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการ เข้ามาลงทะเบียน ปฏิบัติตามมาตรการ COVID Free Setting และประเมินตนเอง ในระบบ COVID Free Setting โดยพิจารณาจาก ๙ ประเภทกิจการ (Setting) ได้แก่ ร้านเสริมสวย โรงแรม สถานศึกษา สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ห้างสรรพสินค้า ฟิตเนส ตลาด ร้านอาหาร และโรงงาน ภาพรวมผลการดำเนินงาน

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

๑. พฤติกรรมการป้องกันโรคพึงประสงค์มีแนวโน้มลดลงหลังผ่อนคลายมาตรการ

๒. หลายเขตสุขภาพ ประชาชนเข้าร่วมโครงการ ก้าวท้าใจต่ำกว่าเป้าหมาย

๓. กิจการ/สถานประกอบการ ลงทะเบียนและประเมินตนแองเป็น COVID Free Setting เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนน้อย

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑. ประเด็นพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ จังหวัดควรสร้างการรับรู้ในการป้องกันตนเองของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่เป็นหารสร้างการรับรู้ในภาพรวมและสร้างการรับรู้ผ่าน Setting ต่างๆ โดยอาจเน้นหนักไปที่ Setting การระบาด เช่น ตลาด โรงงาน สถานศึกษา ฯลฯ ก่อน และขยายเพิ่มเติมไปยัง Setting อื่นๆ ต่อไป

๒. ประเด็นการเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการก้าวท้าใจ ควรเน้นการส่งเสริม สนับสนุน และชี้นำให้ใช้แพลตฟอร์มก้าวท้าใจเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย/Setting ขนาดใหญ่ เช่น สถานศึกษา โรงงาน ชมรมผู้สูงอายุ หน่วยราชการ ฯลฯ ก่อน แล้วจึงขยายผลไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่นต่อไป

๓. ประเด็นกิจการ/สถานประกอบการ ลงทะเบียนและประเมินตนแองเป็น COVID Free Setting : ซึ่งต้องเร่งสร้างการรับรู้แก่ผู้ประกอบการถึงความจำเป็นในการประเมินตนเองในแพลตฟอร์ม TSC๒+ เพื่อยืนยันตนเองว่าได้ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัย เมื่อ COVID-๑๙ ประกาศว่าเป็นโรคติดต่อเฝ้าระวัง โดยเฉพาะกิจการตาม พ.ร.บ.สธ. และสนับสนุนให้ใช้กลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) ในการกำหนดนโยบายของจังหวัด ให้ อปท. ดำเนินการตาม พ.ร.บ.สธ. โดยออกเทศบัญญัติ กำกับ/ติดตามมาตรการ

- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานสาธารณสุขเพื่อให้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ในการกำกับ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การผลักดันเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด เช่น ผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด

๒. การมีคณะทำงานกำกับติดตามระดับจังหวัดและอำเภอ ที่มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งการสุ่มติดตามอย่างเป็นระบบในระดับพื้นที่ทำให้สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย

๓. มีการบูรณาการเชิงพื้นที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับท้องถิ่น เช่น สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ อปท. ชมรม สมาคม ฯลฯ

๔. มีการสื่อสาร/สร้างความรอบรู้ ให้ประชาชนเห็นความสำคัญ ผ่านช่องทาง และสื่อที่หลากหลาย เช่น Social media (LINE/Facebook)/เสียงตามสาย/ไวนิลประชาสัมพันธ์/แผ่นพับ/วิทยุชุมชน/สื่อบุคคล (รพ.สต. อสม.) ฯลฯ

๕. ใช้กลไกในการควบคุม กำกับ เช่น การติดตามนิเทศงานสาธารณสุข การสื่อสารผ่านเครือข่าย รพ.สต.อสม.

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

- การควบคุมกำกับติดตาม สรุปผล และรายงานการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบอย่างต่อเนื่อง ทั้งในส่วนประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ และกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ)

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๒. หัวข้อ : สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-19

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมอนามัย (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักส่งเสริมสุขภาพ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม หน่วยงานในสังกัดกรมอนามัยทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

๔. วิเคราะห์สถานการณ์ สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-19

ประเด็นตรวจราชการ สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-19 เป็นการตรวจราชการตามนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ “คนไทยมีความรอบรู้สุขภาพ” ด้วยตัวชี้วัดสำคัญ คือ ๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ ๘๐ ๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคน และ ๓) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ ๙๐ และเพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-19 บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงได้มีการกำหนดกลยุทธ์หลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานไว้ ๓ กลยุทธ์ ดังนี้

๑. ขับเคลื่อนนโยบาย/กฎหมาย/มาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐาน

กิจกรรมการดำเนินงาน

๑.๑ ประสานนโยบาย/ความร่วมมือกับเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และประชาชน

- การเชื่อมโยงฐานข้อมูลคน และกิจการ
- จัดทำมาตรการ มาตรฐาน และกลไกกำกับ ตรวจสอบ

๑.๒ จัดทำชุดข้อมูล ความรู้ และช่องทางสื่อสารและตอบโต้ความเสี่ยง

๑.๓ พัฒนาแพลตฟอร์มสุขภาพดีวิถีใหม่ (National PP Platform)

- Health Book Online : Register, Risk Ass, Beh. Change
- ระบบกำกับ ติดตามและขับเคลื่อนกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๑.๔ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย

๒. ยกระดับด้านสุขอนามัย และความรอบรู้สุขภาพประชาชนสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal)

กิจกรรมการดำเนินงาน

๒.๑ ขับเคลื่อนให้คนไทยทุกคนมีสมุดสุขภาพประจำตัวออนไลน์: เด็กแรกเกิด เด็กนักเรียน ป.๑ และประชาชนที่อายุย่างเข้า ๖๐ ปี

๒.๒ National Campaign : สื่อสารสร้างความรอบรู้ On Air, Online, On ground, UP, กิจกรรมทางกาย

๒.๓ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมทั้งภายในและภายนอกบ้าน

๒.๔ ขับเคลื่อนครอบครัวรอบรู้ด้านสุขภาพ/ ครอบครัวรู้สู้โควิด

๒.๕ ขับเคลื่อนองค์กรความรอบรู้ด้านสุขภาพ : HLO (สถานบริการสาธารณสุข)

๓. ยกระดับความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมของกิจการ กิจกรรม และสถานประกอบการเตรียมเปิดเมือง เปิดประเทศ

กิจกรรมการดำเนินงาน

ขับเคลื่อน COVID Free Area ด้วยมาตรการ CFS/Healthy City ในพื้นที่เปิดเมือง เปิดประเทศ

๓.๑ กิจการด้านสังคม

- สพด. ๔D/รร./HPS/กิจการผู้สูงอายุ/ศาสนสถาน

๓.๒ กิจการด้านเศรษฐกิจ และการดำรงชีวิต

- สถานประกอบการประเภทโรงงาน
- ตลาด ร้านอาหาร และอาหารริมบาทวิถี

๓.๓ ยกระดับความปลอดภัยพื้นที่ เมืองท่องเที่ยว ตามแผนเปิดเมือง (Covid Free Area : Covid Free Setting/Healthy City)

๓.๔ เฝ้าระวัง และกำกับระบบการจัดการสุขาภิบาลอาหาร น้ำ สิ่งปฏิกูลและมูลฝอยติดเชื้อ

<u>ผลการดำเนินงาน สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-19 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕</u>

ภาพรวมผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ (ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - ปัจจุบัน) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ ๘๐ มีผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๐ (ข้อมูล ณ ๓๑ ส.ค.๖๕)

๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคน มีผลการดำเนินงาน ๑๒,๒๑๕,๐๖๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒๒.๑๕ (ข้อมูล ณ ๑ ก.ย.๖๕)

๓) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ ๙๐ ผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๔๕ (ข้อมูล ณ ๓๑ ส.ค.๖๕)

ทั้งนี้ หากจำแยกผลการดำเนินงานเป็นรายประเด็น จะพบว่า

๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ เป็นการวัดแนวโน้มพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค DMH และรายพฤติกรรม โดยใช้ Anamai Poll เป็นเครื่องมือในการสำรวจ ซึ่งดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ จากกลุ่มเป้าหมายประชาชน ๒๖๒,๗๔๕ คน พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมพึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๐ โดยพิจารณาจากแนวโน้มการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค (DMH : เว้นระยะห่าง/สวมหน้ากาก/ล้างมือ) และมีนำผลการดำเนินงานมาจำแนกเป็นรายเดือน ดังนี้

แนวโน้มพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามมาตรการป้องกันโรค และความกังวลต่อสถานการณ์โรคโควิด ๑๙								
ช่วงเดือน ม.ค. – ๒๖ ส.ค.๖๕ (N = ๒๖๒,๗๔๕ คน)								
ประเด็นการสำรวจ	**มค.๖๕**	**กพ.๖๕**	**มีค.๖๕**	**เมย.๖๕**	**พค.๖๕**	**มิย.๖๕**	**กค.๖๕**	**สค.๖๕**
M (สวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ)	๙๖.๓	๙๕.๕	๙๕.๔	๙๖.๑	๙๖.๑	๙๕.๑	๙๔.๒	๙๔.๔
H (ล้างมือเป็นประจำ)	๙๓.๒	๘๙.๙	๙๑.๗	๙๑.๗	๙๑.๕	๘๙.๗	๘๗.๖	๘๘.๖
D (เว้นระยะห่าง)	๘๔.๓	๘๓.๑	๘๔.๘	๘๔.๔	๘๔.๖	๘๑.๙	๗๘.๕	๘๗.๓
พฤติกรรมที่พึงประสงค์ D-M-H (ทำครบ ๓ พฤติกรรม)	๘๐.๔	๗๙.๒	๘๐.๙	๘๐.๙	๘๑.๕	๗๗.๘	๗๔.๑	๘๐.๙
ความกังวลต่อสถานการณ์โควิด	๙๒.๙	๙๒.๓	๙๐.๐	๘๘.๐	๘๒.๓	๗๙.๗	๘๔.๑	๘๒.๖
N (คน)	๓๔,๖๑๐	๒๖,๔๖๕	๓๓,๘๖๖	๓๒,๗๐๔	๔๐,๔๔๕	๓๘,๗๕๐	๓๐,๖๙๗	๒๕,๒๐๘

จากการสำรวจ Anamai Poll แนวโน้มพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามมาตรการป้องกันโรค และความกังวลต่อสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ ช่วงเดือน ม.ค. – ๒๖ ส.ค.๖๕ มีรายละเอียดสรุปผลสำรวจ ดังนี้

๑) ตั้งแต่ พ.ค. – ก.ค.๖๕ พบประชาชนมีแนวโน้มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ลดลง อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ ๒๙ ส.ค. ๖๕) พบแนวโน้มมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ฯ เพิ่มขึ้นจากเดือน ก.ค. ๖๕ ทั้งการสวมหน้ากาก (เป็นร้อยละ ๙๔.๔) ล้างมือเป็นประจำ (เป็นร้อยละ ๘๘.๖) และการเว้นระยะห่าง (เป็นร้อยละ ๘๗.๓)

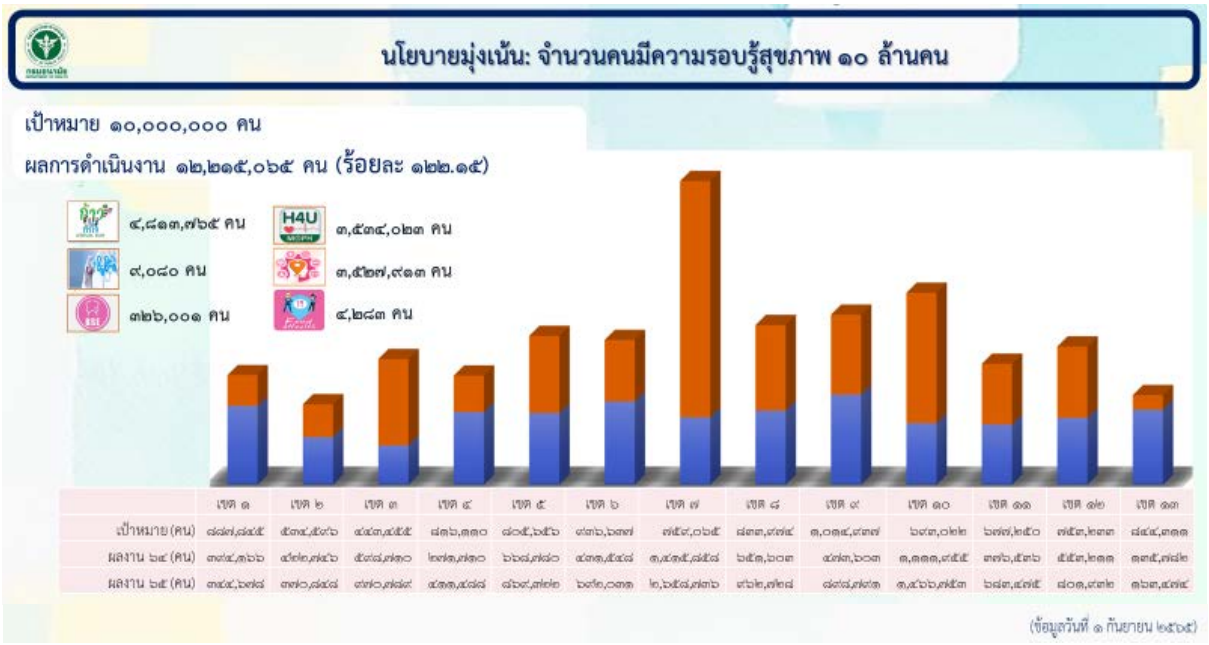
๒) ตั้งแต่ ม.ค. – มิ.ย.๖๕ พบความกังวลต่อสถานการณ์โควิด มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม ในเดือน ก.ค. ๖๕ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (เป็นร้อยละ ๘๔.๑) และลดลงเล็กน้อยในเดือน ส.ค.๖๕ (เป็นร้อยละ ๘๒.๖) โดย ๓ ประเด็นที่ผู้ตอบแบบสำรวจ กังวลมากที่สุด ได้แก่

ร้อยละ ๓๑.๙ - กังวลโรคโควิด ๑๙ สายพันธุ์ใหม่

ร้อยละ ๑๘.๐ - กังวลการติดเชื้อในกลุ่มเด็กนักเรียนอาจนำเชื้อมาสู่ครอบครัว

ร้อยละ ๑๖.๖ – กังวลการผ่อนคลายให้ถอดหน้ากากได้ อาจทำให้ผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ตามลำดับ

๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคน ซึ่งได้จากการสื่อสารความรอบรู้ และส่งเสริม/สนับสนุนให้ประชาชนลงทะเบียน และประเมินความรอบรู้ตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด ผ่าน Application ต่างๆ ที่หน่วยงานกำหนดขึ้น ได้แก่ Application ก้าวท้าใจ, Self-monitoring (โปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง), โปรแกรม Thai Fit Stop Fat, Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป), Application H4U Plus การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ,โปรแกรมสาวไทยแก้มแดง, Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in, Platform ไอโอดีน, Application FunD และApplication Food4Health จากผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ จนถึงปัจจุบัน พบว่า ๑๒,๒๑๕,๐๖๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒๒.๑๕ ซึ่งมี ผลการดำเนินงานมาจำแนกเป็นรายเขต ดังนี้



ทั้งนี้ หากพิจารณาผลการดำเนินงานเฉพาะโครงการก้าวท้าใจ ปี ๒๕๖๕ ซึ่งกำหนดเป้าหมายโครงการไว้ คือ ๕,๐๐๐,๐๐๐ คน จะพบว่า มีประชาชนมาลงทะเบียนร่วมกิจกรรมโครงการก้าวท้าใจเป็นจำนวน ๔,๘๑๓,๗๖๕ คน โดยสามารถจำแนกข้อมูลเป็นรายเขตสุขภาพได้ดังนี้

เขตสุขภาพ	จำนวน(คน) ๑๙ ม.ค. ๖๕	จำนวน(คน) ๑ ก.ย. ๖๕	เพิ่มขึ้น (คน)	เป้าหมาย ปี ๖๕	ยอดที่ต้องดำเนินการ
เขตสุขภาพที่ ๐๑	๒๒๖,๒๐๖	๔๒๓,๓๘๗	๑๙๗,๑๘๑	๔๔๓,๙๒๒	-๒๐,๕๓๕
เขตสุขภาพที่ ๐๒	๑๕๓,๒๖๓	๒๗๓,๓๒๐	๑๒๐,๐๕๗	๒๖๗,๒๙๘	+๖๐๒๒
เขตสุขภาพที่ ๐๓	๒๕๑,๔๑๔	๓๑๘,๖๑๓	๖๗,๑๙๙	๒๒๑,๗๒๗	+๕๐,๐๐๐
เขตสุขภาพที่ ๐๔	๑๒๖,๙๓๙	๑๕๗,๓๖๔	๓๐,๔๒๕	๔๐๘,๐๕๕	-๒๕๐,๖๙๑
เขตสุขภาพที่ ๐๕	๒๔๙,๗๐๑	๒๖๔,๒๒๓	๑๔,๕๒๒	๔๐๒,๗๘๑	-๑๓๘,๕๕๘
เขตสุขภาพที่ ๐๖	๒๑๙,๔๕๗	๓๑๓,๕๙๑	๙๔,๑๓๔	๔๖๘,๓๑๙	-๑๕๔,๗๒๘
เขตสุขภาพที่ ๐๗	๕๗๕,๓๗๔	๑,๐๐๔,๔๒๑	๔๒๙,๐๔๗	๓๗๙,๕๓๓	+๕๐,๐๐๐
เขตสุขภาพที่ ๐๘	๒๗๒,๔๔๔	๓๕๗,๑๒๖	๘๔,๖๘๒	๔๑๖,๙๘๗	-๕๙,๘๖๑
เขตสุขภาพที่ ๐๙	๒๖๑,๐๘๑	๔๐๙,๔๕๗	๑๔๘,๓๗๖	๕๐๗,๔๖๙	-๙๘,๐๑๒
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๕๙๔,๖๒๔	๗๒๑,๒๖๗	๑๒๖,๖๔๓	๓๔๖,๕๑๐	+๕๐,๐๐๐
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑๕๖,๘๘๔	๒๖๘,๕๕๙	๑๑๑,๖๗๕	๓๓๘,๖๒๖	-๗๐,๐๖๗
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑๙๗,๕๓๑	๒๗๕,๗๙๕	๗๘,๒๖๔	๓๗๖,๖๑๗	-๑๐๐,๘๒๒
เขตสุขภาพที่ ๑๓	๒๑,๔๕๖	๒๖,๖๔๒	๕,๑๘๖	๔๒๒,๑๕๖	-๓๙๕,๕๑๔

รวมทั้งหมด	๓,๓๐๖,๓๗๔	๔,๘๑๓,๗๖๕	๑,๕๐๗,๓๙๑	๕,๐๐๐,๐๐๐	-๑๘๖,๒๓๕

จากผลการดำเนินงานโครงการก้าวท้าใจปี ๒๕๖๕ เมื่อจัดลำดับจังหวัดที่มีจำนวนลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการสูงสุด ๑๐ อันดับแรก เรียงลำดับจำมาไปหาน้อย ได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ ขอนแก่น อุบลราชธานี บุรีรัมย์ นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ ฉะเชิงเทรา และ สุรินทร์ ดังนี้

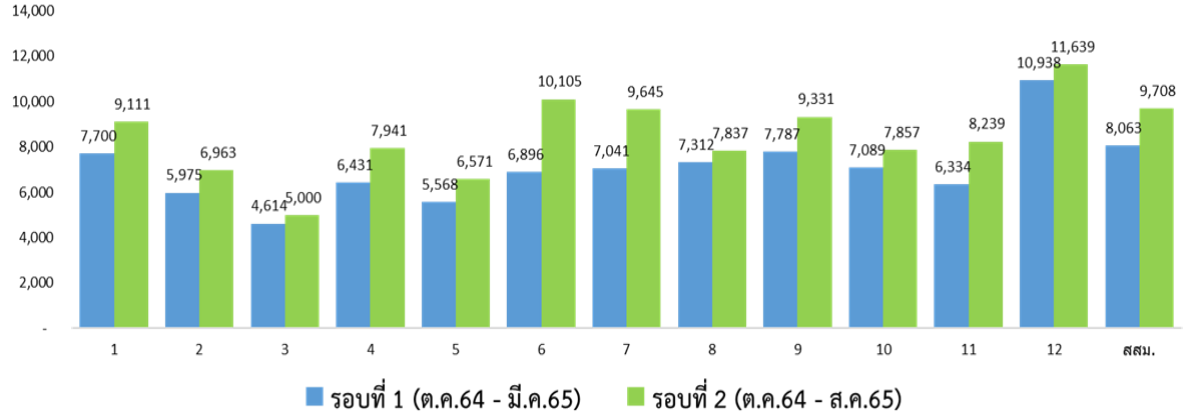
๑๐ อันดับจังหวัดที่มีจำนวนผู้ลงทะเบียนสูงสุด (คน)		
ลำดับ	**จังหวัด**	**จำนวน (คน)**
๑	**มหาสารคาม**	**๓๑๘,๑๒๓**
๒	**ร้อยเอ็ด**	**๓๑๓,๐๖๔**
๓	**ศรีสะเกษ**	**๒๙๗,๐๑๗**
๔	**ขอนแก่น**	**๒๔๑,๙๖๒**
๕	**อุบลราชธานี**	**๑๙๙,๐๗๓**
๖	**บุรีรัมย์**	**๑๕๔,๘๑๔**
๗	**นครสวรรค์**	**๑๓๗,๕๘๓**
๘	**กาฬสินธุ์**	**๑๓๑,๒๗๒**
๙	**ฉะเชิงเทรา**	**๑๑๕,๙๒๖**
๑๐	**สุรินทร์**	**๑๑๕,๕๗๘**

และเมื่อจำแนกกลุ่มผู้ลงทะเบียนออกเป็น กลุ่มประชาชนทั่วไป นักเรียน/นักศึกษา อสม. พนักงานเอกชน และพนักงานภาครัฐ เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ ระหว่าง Season ๓ (๑๙ มกราคม ๒๕๖๕ และ Season ๔ (ปัจจุบัน) จะพบว่า มีจำนวนผู้ลงทะเบียนเข้มร่วมโครงการเพิ่มขึ้น ดังนี้

	ประชาชนทั่วไป	**นักเรียน/ นักศึกษา**	**อสม.**	**พนักงาน เอกชน**	**พนักงานรัฐ**
SS๓ (๑๙ ม.ค. ๖๕)	**๒,๒๑๐,๗๙๓**	**๒๒๔,๑๖๕**	**๕๗๙,๑๘๗**	**๒๘,๘๑๑**	**๒๖๓,๔๑๘**
SS๔ (ปัจจุบัน)	**๓,๓๐๘,๒๙๒**	**๕๑๓,๔๙๘**	**๖๔๑,๓๓๒**	**๔๕,๑๕๗**	**๓๐๕,๔๘๕**
เพิ่มขึ้น	**๑,๐๙๗,๔๙๙**	**๒๘๙,๓๓๓**	**๖๒,๑๔๕**	**๑๖,๓๔๖**	**๔๒,๐๖๗**

๓) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ เป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการส่งเสริมให้กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการ เข้ามาลงทะเบียน ปฏิบัติตามมาตรการ COVID Free Setting และประเมินตนเอง ในระบบ COVID Free Setting โดยพิจารณาจาก ๙ ประเภทกิจการ (Setting) ได้แก่ ร้านเสริมสวย โรงแรม สถานศึกษา สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ห้างสรรพสินค้า ฟิตเนส ตลาด ร้านอาหาร และโรงงาน ภาพรวมผลการดำเนินงาน พบว่า กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการได้ถึงร้อยละ ๙๘.๔๕ ทั้งนี้เมื่อจำแนกผลการดำเนินงานเป็นรายเขตสุขภาพ มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

ข้อมูลเปรียบเทียบการเข้ามาประเมิน COVID Free Setting ของ ๙ Setting รอบที่ ๑ และรอบที่ ๒ จำแนกรายเขตสุขภาพ



	เขต ๑	เขต ๒	เขต ๓	เขต ๔	เขต ๕	เขต ๖	เขต ๗	เขต ๘	เขต ๙	เขต ๑๐	เขต ๑๑	เขต ๑๒	เขตต ๑๓	รวม
B จำนวนที่เข้ามาประเมิน (แห่ง)	๙,๑๑๑	๖,๙๖๓	๕,๐๐๐	๗,๙๔๑	๖,๕๗๑	๑๐,๑๐๕	๙,๖๔๕	๗,๘๓๗	๙,๓๓๑	เขต ๑๑	๘,๒๓๙	๑๑,๖๓๙	๙,๗๐๘	๑๐๙,๙๔๗
A จำนวนที่ประเมิน “ผ่าน” (แห่ง)	๘,๙๔๒	๖,๘๗๑	๔,๙๕๑	๗,๘๓๗	๖,๔๖๙	๙,๙๕๙	๙,๕๑๔	๗,๗๓๐	๙,๒๑๐	๗,๗๖๒	๘,๑๐๐	๑๑,๓๙๑	๙,๕๐๒	๑๐๘,๒๓๘

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๑. การขับเคลื่อน COVID Free Setting ผ่านคณะกรรมการตามมาตรการปลอดภัยในองค์กร (COVID Free Setting) ของจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ และอำนาจเจริญ

๒. การเชิดชูเกียรติอำเภอที่มีผลการประเมิน COVID Free Setting สูงที่สุด ของจังหวัดยโสธร

๓. แบบสำรวจ Phangnga Public Health poll โดยดำเนินการควบคู่กับ Anamai poll กรมอนามัย ของจังหวัดพังงา

๔. App line @KONDEE : ใช้สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับ Covid-๑๙ ได้แก่ ด้านการรับวัคซีน แอพพลิเคชั่น Thai Save Thai การประเมิน Covid Free Setting และThai Stop Covid ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี

๕. เกียรติบัตรรับรอง TSC++ ระดับอำเภอ ของจังหวัดเชียงราย (นายอำเภอลงนามรับรองฯ)

๖. ผลงานเด่น

๑. จังหวัดที่มีจำนวนผู้ลงทะเบียนสมัครเข้าร่วมโครงการก้าวท้าใจ ๓ ลำดับสูงสุด ได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๓๑๘,๑๒๓ คน จังหวัดร้อยเอ็ด ๓๑๓,๐๖๔ คน และจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน ๒๙๗,๐๑๗ คน

๒. จังหวัดยโสธรร่วมกับภาคีเครือข่าย ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรการ COVID Free Setting ครอบคลุมทุกประเภทสถานประกอบการ/กิจการในพื้นที (โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ๙ Settings สำคัญ)

๓. จังหวัดอุบลราชธานีร่วมกับภาคีเครือข่าย เดินหน้าคัดกรองโควิด-19 เชิงรุก ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป

๗. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๗.๑ สำหรับพื้นที่

- เขตสุขภาพ และจังหวัด ส่งเสริมในการเฝ้าระวังพฤติกรรมประชาชน ตามมาตรการ Universal Prevention : UP ผ่านระบบ Anamai Poll เพื่อเป็นข้อมูลประเมินความพร้อมของพื้นที่เข้าสู่ระยะ Endemic
- เร่งรัดการให้กิจกรรม/กิจการ/สถานประกอบการ โดยเฉพาะที่เสี่ยงต่อการระบาดลงทะเบียน และประเมินตนเองตามมาตรการ CFS ผ่านระบบ TSC๒+ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระยะ Endemic
- บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ในกำกับ ติดตาม การดำเนินการตามมาตรการ CFS

๗.๒ สำหรับส่วนกลาง

- ให้การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานสาธารณสุขเพื่อให้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ในการกำกับ ตรวจสอบ กิจการ/กิจกรรม/ให้ดำเนินการตามมาตรการสาธารณสุขและการป้องกันโรคผ่านช่องทางต่างๆ เช่น FB Live/Conference โดยกรมอนามัยทุกเดือน

: Facebookhttps://www.facebook.com/DivisionofLegalAffairs/

- ในการพัฒนา Digital Health platform ควรพัฒนาให้เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อความสะดวกต่อการใช้งานของประชาชน และง่ายต่อการกำกับติดตามของเจ้าหน้าที่ และในกรณีพบปัญหาการใช้งานส่วนกลางควรจะมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบได้อย่างทันที และการให้สิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลที่บันทึกเข้าระบบแล้ว เพื่อใช้ในการกำกับติดตามและประเมินผล

๘. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑. ประเด็นพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ จังหวัดควรสร้างการรับรู้ในการป้องกันตนเองของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่เป็นหารสร้างการรับรู้ในภาพรวมและสร้างการรับรู้ผ่าน Setting ต่างๆ โดยอาจเน้นหนักไปที่ Setting การระบาด เช่น ตลาด โรงงาน สถานศึกษา ฯลฯ ก่อน และขยายเพิ่มเติมไปยัง Setting อื่นๆ ต่อไป

๒. ประเด็นการเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการก้าวท้าใจ ควรเน้นการส่งเสริม สนับสนุน และชี้นำให้ใช้แพลตฟอร์มก้าวท้าใจเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย/Setting ขนาดใหญ่ เช่น สถานศึกษา โรงงาน ชมรมผู้สูงอายุ หน่วยราชการ ฯลฯ ก่อน แล้วจึงขยายผลไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่นต่อไป

๓. ประเด็นกิจการ/สถานประกอบการ ลงทะเบียนและประเมินตนแองเป็น COVID Free Setting : ซึ่งต้องเร่งสร้างการรับรู้แก่ผู้ประกอบการถึงความจำเป็นในการประเมินตนเองในแพลตฟอร์ม TSC๒+ เพื่อยืนยันตนเองว่าได้ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัย เมื่อ COVID-๑๙ ประกาศว่าเป็นโรคติดต่อเฝ้าระวัง

โดยเฉพาะกิจการตาม พ.ร.บ.สธ. และสนับสนุนให้ใช้กลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) ในการกำหนดนโยบายของจังหวัด ให้ อปท. ดำเนินการตาม พ.ร.บ.สธ. โดยออกเทศบัญญัติ กำกับ/ติดตามมาตรการ

ประเด็นที่ ๕

ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

- Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด
- Service plan สาขาอุบัติเหตุ
- Service plan สาขามะเร็ง
- Service plan สาขาทารกแรกเกิด
- สาขาการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (IMC)

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

๑) เป้าหมายและผลงาน

ตัวชี้วัดหลัก: อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
(เป้าหมาย < ร้อยละ ๘) = ร้อยละ ๙.๐๕

ตัวชี้วัดรอง: ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ได้แก่

๑) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐) = ร้อยละ ๕๗.๓๒

๒) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐) = ร้อยละ ๕๕.๔๒

๒) สรุปสถานการณ์

โรคหัวใจและหลอดเลือด ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของประชากรไทย จากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในกลุ่ม Acute Coronary Syndrome (ACS) จากโปรแกรม Thai ACS Registry ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ ซึ่งมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในการลงข้อมูลทั้งหมด ๗๖๐ โรงพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วย STEMI ๖,๐๑๓ ราย มีอัตราการตายของผู้ป่วย STEMI คิดเป็นร้อยละ ๙.๐๕ ผู้ป่วย STEMI โดยพบว่า อัตราตายที่สูงส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (Killip class ๓ - ๔) และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าโดยมีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนเข้าถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๑๖๕ นาที และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PPCI มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๒๔๙ นาที

ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือด (Reperfusion rate) ด้วยการให้ยากลุ่ม Fibrinolysis หรือได้รับการทำ Primary PCI (PPCI) คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๙ มีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดกลุ่ม Fibrinolysis ภายในเวลาที่กำหนด (๓๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๓๒ ในขณะที่ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายในเวลาที่กำหนด (๑๒๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๔๒

จากสรุปสถานการณ์พบว่า

- อัตราตายของผู้ป่วย STEMI ร้อยละ ๙.๐๕ จากข้อมูล Thai ACS registry และร้อยละ ๙.๔๔ ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศ ซึ่งมีแนวโน้มอัตราตายลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ร้อยละ ๑๐.๐๓) (ข้อมูล Thai ACS Registry ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔)
- ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
    - มีอัตราการได้รับการเปิดหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (Reperfusion Rate)
    - ผู้ป่วยยังไม่ทราบถึงอาการโรคกลุ่ม ACS และเข้าถึงระบบบริการล่าช้า (Patient Delay)
    - มีความล่าช้าในระบบการให้บริการ (System Delay)
- ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (Killip class ๓ - ๔) มีอัตราตายสูง

- มีการปรับการให้บริการในสถานการณ์การระบาดของ COVID-๑๙ ได้แก่ระบบ STEMI fast track, Clinical practice guideline (CPG), และแนวทางการให้การรักษา
- อัตรากำลังของบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ

ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI ยังมีแนวโน้มค่อนข้างสูง ได้แก่

๑. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเข้าถึงการรักษาล่าช้าเนื่องจากประชาชนไม่ทราบอาการของโรคกลุ่ม ACS
๒. มีการเข้าถึงระบบ EMS/๑๖๖๙ น้อย มีความล่าช้าในระบบการส่งต่อ การให้คำปรึกษา และการให้การรักษาผู้ป่วย (System delay)
๓. ผู้ป่วยกลุ่ม NCD มีภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
๔. ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ความไม่พร้อมหรือไม่เพียงพอของ CCU, Cath Lab และอุปกรณ์ทางการแพทย์
๕. อัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน
๖. กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า
๗. บุคลากรขาดความมั่นใจในการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วย
๘. มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยในการสรุปผลตรวจราชการของแต่ละเขตสุขภาพ ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวชี้วัด

๓) ปัญหา/จุดรวมสะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จต่องาน

ปัญหา/สาเหตุ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
Patient delay - ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเข้าถึงการรักษาล่าช้าเนื่องจากประชาชนไม่ทราบอาการของโรคกลุ่ม ACS - มีการเข้าถึงระบบ EMS/๑๖๖๙ น้อย	- Health Literacy แก่ประชาชนรับรู้ early warning sign เพื่อให้ประชาชนตระหนักรู้ถึงอาการโรค ACS (patient alert/awareness) โดย Primary care/ อสม. - ประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการใช้บริการ ๑๖๖๙/ EMS และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
CAD Risk factors ผู้ป่วยกลุ่ม NCD มีภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	บูรณาการกับทีม NCD clinic เพื่อคัดกรอง ให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วย และควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
COVID-๑๙ pandemic ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์	ปรับปรุง Flow การรับผู้ป่วย Fast track กรณีที่มีการระบาดของ COVID -๑๙ (New normal medical service)
Health workforce อัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน	- เพิ่มอัตรากำลังแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับภาระงาน - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในองค์ความรู้การรักษาและส่งต่อผู้ป่วย - พัฒนาศักยภาพ Case Manager และความก้าวหน้าในวิชาชีพ - สนับสนุนด้านงบประมาณ และบุคลากรตามแผนพัฒนาเพื่อขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ
System delay - กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า	- มีระบบ STEMI Fast Track ในการส่งต่อและให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ

ปัญหา/สาเหตุ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
- บุคลากรขาดความมั่นใจในการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วย	- ทบทวน Clinical Practice Guideline ให้ได้มาตรฐาน - พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับมีความพร้อมและสามารถในการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ - พัฒนาศักยภาพศูนย์หัวใจในแต่ละเขตสุขภาพให้สามารถทำ PPCI ได้ ๒๔ ชั่วโมง, ๗ วันต่อสัปดาห์ - บูรณาการให้การรักษาผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลภายในเขตสุขภาพในด้านการรักษา วิชาการ ฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพบุคลากร - ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหา เพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วย - ส่วนกลางสนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา TNK แทนการใช้ SK
Database - มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยในการสรุปผลตรวจราชการของแต่ละเขตสุขภาพ - เก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวชี้วัด	- การบันทึกข้อมูล การจัดทำรายงาน ควรพัฒนาเป็นแบบแผนเดียวกัน และสามารถใช้ข้อมูลเพื่อติดตามงานร่วมกันได้ - มีนโยบายที่ชัดเจนและสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้

๔) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑. รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำ Mapping ของระบบบริการในแต่ละเขตสุขภาพ จำนวนบุคลากร ปัญหาที่พบ ระบบข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (เครื่องมือ, อุปกรณ์, ครุภัณฑ์ทางการแพทย์) ระบบการเงิน (กิจกรรม, หัตถการ) จำนวนและประเภทของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแต่ละพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อระหว่างจังหวัด และระหว่างเขตสุขภาพ

๒. ส่งเสริมให้มีการบูรณาการร่วมกันในการบริหารจัดการระบบการบริการแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรคหัวใจ ทั้งในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และเอกชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา

๓. กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาศักยภาพและวางนโยบายการให้บริการในโรงพยาบาลแต่ละระดับ โดยแบ่งตามศักยภาพของโรงพยาบาลได้แก่

- โรงพยาบาลศูนย์ สามารถให้บริการการให้การรักษาด้วย Fibrinolytics, CAG & PCI, CABG, Special clinic, Cardiovascular prevention, และ Cardiac rehabilitation เป็นต้น
- โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้การวินิจฉัย ให้การรักษาด้วย Fibrinolytics และการรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นได้
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถให้การทำความรู้กับประชาชนถึงอาการของโรคและการเข้าถึงการบริการ

๔. การจัดทำแผนให้มีจำนวน CCU, Cath lab และห้องผ่าตัด ให้เหมาะสมในแต่ละเขตสุขภาพ และสนับสนุนงบประมาณให้กับโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพที่ขาดพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อเพิ่มศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยและลดระยะเวลารอคอยการทำ CAG, PCI และ CABG

๕. สนับสนุนให้อัตรากำลังบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้เพียงพอต่อภาระงานและส่งบุคลากรศึกษาต่อเฉพาะทาง เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจที่สามารถทำ Intervention แพทย์ศัลยศาสตร์ทรวงอก พยาบาลเฉพาะด้าน นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักรังสีการแพทย์ เป็นต้น

๖. สนับสนุนเชิงนโยบายในการให้ Tenecteplase (TNK) แทนการใช้ Streptokinase (SK) เนื่องจากมีอัตราการเปิดหลอดเลือดดีกว่าและผลข้างเคียงน้อยกว่า มีการจัดทำแนวทางระดับนโยบายในการบริหารจัดการยาละลายลิ่มเลือด โดยส่วนกลางช่วยเหลือสนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา TNK แทนการใช้ SK

๗. การบูรณาการตัวชี้วัดร่วมกันกับทีม NCD ในการดำเนินการคัดกรอง, การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และ Health Literacy

๘. สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Patient Awareness) และการเข้าถึงการบริการเมื่อมีภาวะฉุกเฉินโดย EMS หรือ ๑๖๖๙

๙. สนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS registry เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดมุ่งเน้นที่ Service plan สาขาโรคหัวใจ (STEMI) อย่างต่อเนื่องและติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาที่ได้จัดทำไว้

๒. มีระบบเครือข่ายการให้คำปรึกษา การส่งต่อ STEMI Fast Track และรักษาผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่และสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน

๓. จัดสรรแพทย์เฉพาะทางและจัดทำแผนงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและเหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยในแต่ละเขตสุขภาพ

๔. มีศูนย์หัวใจและ Cardiac Catheterization Lab (Cath Lab) ในทุกเขตสุขภาพและสามารถให้การบริการได้ ๒๔ ชั่วโมง, ๗ วันต่อสัปดาห์

๕. มีนโยบายที่ชัดเจนและมีระบบฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้และมีข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสามารถนำมาพัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้ โดยสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry เพิ่มมากขึ้น

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามในการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑. ทบทวนมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย ACS (CPG, Work Flow)

๒. ความพร้อมในระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast track ทั้งในด้านความเพียงพอของรถพยาบาลและอุปกรณ์การช่วยชีวิต, ความพร้อมของบุคลากรในการส่งต่อผู้ป่วย, จัดเวรบุคลากรเพื่อพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง, สามารถทำ Advanced cardiac life support (ACLS) ได้ รวมทั้งแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่ม ACS ที่มีประสิทธิภาพและปฏิบัติได้จริงทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ และการสามารถให้บริการแบบไร้รอยต่อ

๓. บูรณาการการรักษาและการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย STEMI ระหว่างโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ มหาวิทยาลัย/ เอกชน ในเขตสุขภาพ

๔. มีระบบการลดระยะเวลารอคอยการรักษาโดยการทำ CAG/PCI หรือการผ่าตัด Coronary Artery Bypass Surgery (CABG) โดยมีระบบการส่งต่อในเครือข่ายหรือระหว่างเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

๕. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มของ NCD และควบคุมปัจจัยเสี่ยงตามมาตรฐานการรักษา รวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง, ความตระหนักของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงอาการโรคหัวใจ และวิธีเข้าถึงการบริการได้อย่างรวดเร็ว มีการให้ความรู้กับประชาชนในการทำ Basic life support (BLS)

๖. ติดตามผลตามการดำเนินการและความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลตามตัวชี้วัด และสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๒. หัวข้อ/ตัวชี้วัด: Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก: กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์และโครงการพิเศษ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม: แพทย์หญิงอรวรรณ อนุไพรวรรณ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ตัวชี้วัดหลัก: อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (เป้าหมาย < ร้อยละ ๘)

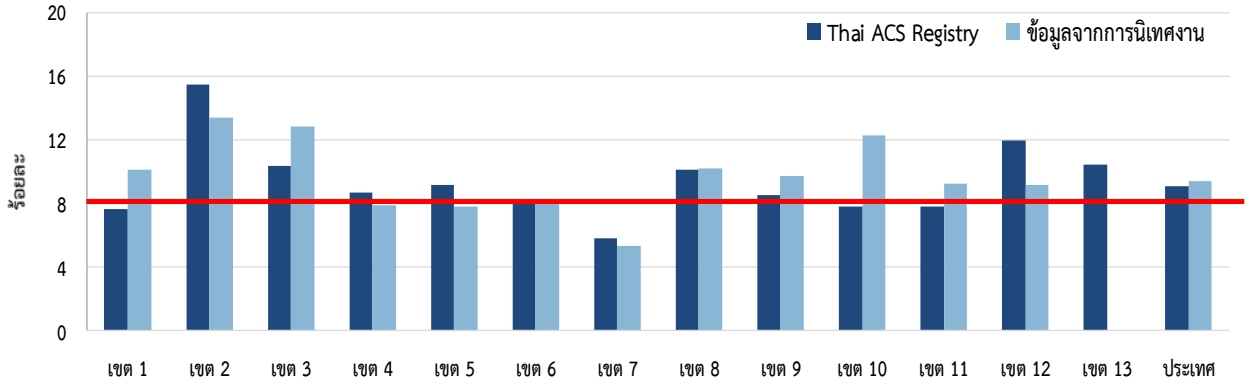
ตัวชี้วัดรอง: ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ได้แก่

- ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐) หรือ
- ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาขาหัวใจและหลอดเลือด จากข้อฐานข้อมูลของ Thai ACS Registry (ข้อมูลระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕) พบว่า ภาพรวมของประเทศมีอัตราตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI คิดเป็นร้อยละ ๙.๐๕ (จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ - WHO - I๒๑.๐ - I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด ๕๔๔ ราย จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ - WHO - I๒๑.๐ - I๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด ๖,๐๑๓ ราย) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากการตรวจราชการในพื้นที่ พบว่า อัตราตายของผู้ป่วย STEMI คิดเป็นร้อยละ ๙.๔๔ (ดังแสดงในภาพที่ ๑ และตารางที่ ๑) โดยมีแนวโน้มอัตราตายลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ร้อยละ ๑๐.๐๓) (ข้อมูล Thai ACS Registry ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔)

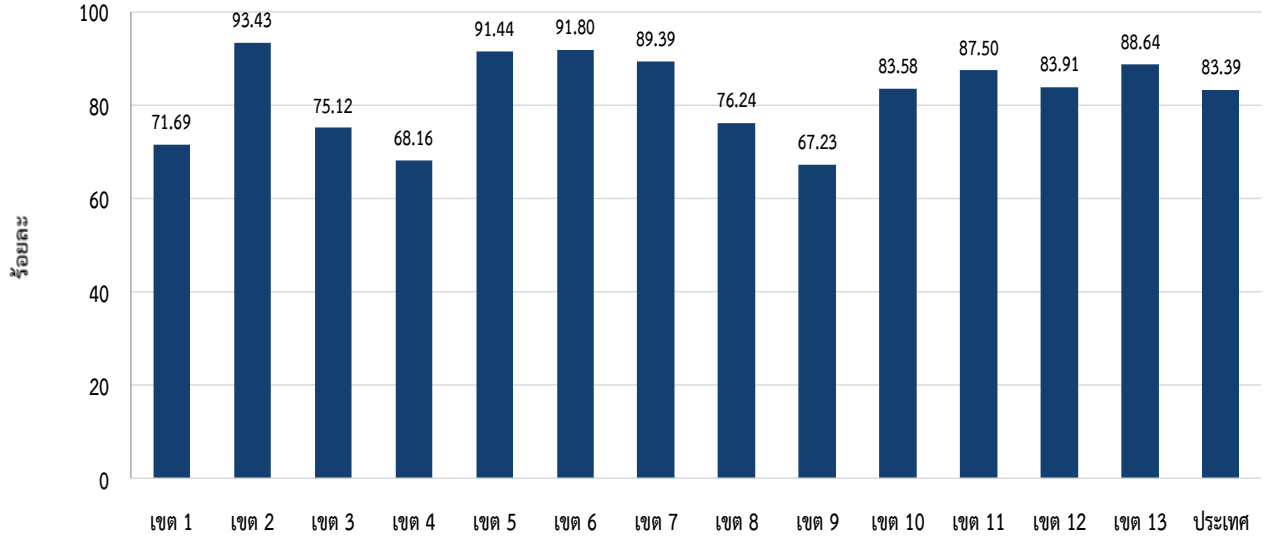
สำหรับการรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด จากฐานข้อมูลของ Thai ACS Registry (ข้อมูลระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕) พบว่า ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือด (Reperfusion rate) ด้วยการให้ยากลุ่ม Fibrinolysis หรือได้รับการทำ Primary PCI (PPCI) คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๙ (ดังแสดงในภาพที่ ๒) ซึ่งการรักษาหลักในผู้ป่วย STEMI ได้แก่ การให้ยากลุ่ม Fibrinolysis และการทำ Primary PCI (PPCI) จากข้อมูล พบว่าภาพรวมของประเทศมีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดกลุ่ม Fibrinolysis ภายในเวลาที่กำหนด (๓๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๓๒ ในขณะที่ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายในเวลาที่กำหนด (๑๒๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๔๒ ผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด (ดังแสดงในภาพที่ ๓, ๔ และตารางที่ ๑)

จากข้อมูล Thai ACS Registry พบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง (Killip class ๓-๔) มีอัตราตายสูง และพบว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาช้า โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนเข้าถึงการได้รับ ยาละลายลิ่มเลือดมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๑๖๕ นาที และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PPCI มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๒๔๙ นาที

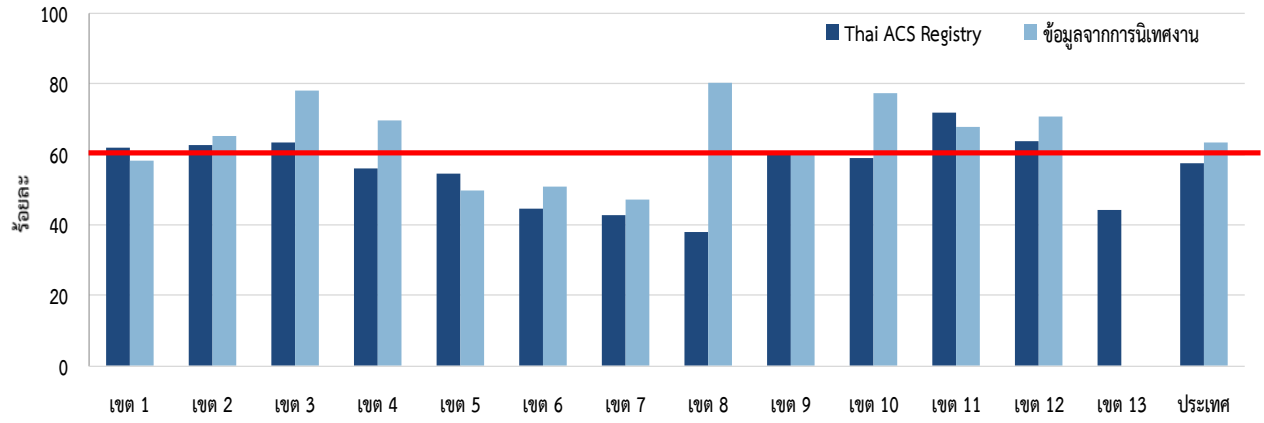


แหล่งข้อมูล	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ประเทศ
Thai ACS Registry	7.67	15.49	10.33	8.66	9.20	8.06	5.81	10.15	8.50	7.84	7.81	11.99	10.45	9.05
ข้อมูลจากการนิเทศงาน	10.09	13.42	12.87	7.91	7.81	8.19	5.35	10.19	9.74	12.28	9.26	9.16	-	9.44

ภาพที่ ๑ กราฟแสดงข้อมูลอัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ข้อมูล Thai ACS Registry ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕)

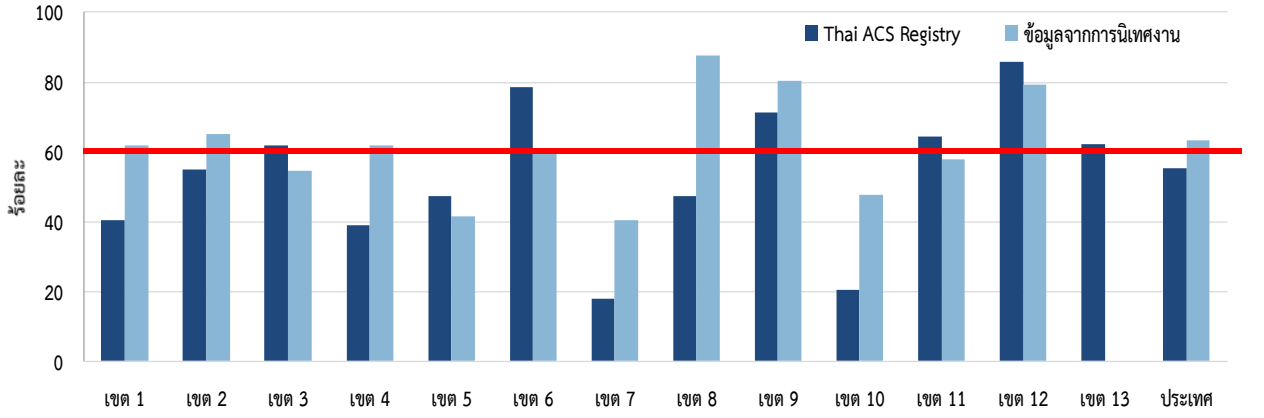


ภาพที่ ๒ กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วยการให้ยากลุ่ม Fibrinolysis หรือได้รับการทำ Primary PCI (PPCI) (Reperfusion rate) (ข้อมูล Thai ACS Registry ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕)



แหล่งข้อมูล	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ประเทศ
Thai ACS Registry	61.93	62.65	63.33	56.03	54.45	44.64	42.70	37.78	60	58.99	71.94	63.76	44.19	57.32
ข้อมูลจากการนิเทศงาน	58.31	65.27	78.10	69.80	49.56	50.74	47.14	80.43	59.96	77.39	67.81	70.78	-	63.43

ภาพที่ ๓ กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐) (ข้อมูล Thai ACS Registry ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕)



แหล่งข้อมูล	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ประเทศ
Thai ACS Registry	40.43	55.05	61.70	38.89	47.31	78.56	18.07	47.37	71.43	20.59	64.52	85.71	62.31	55.42
ข้อมูลจากการนิเทศงาน	61.80	65.28	54.44	61.96	41.60	60.65	40.58	87.78	80.38	47.73	57.94	79.14	-	63.38

ภาพที่ ๔ กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐) (ข้อมูล Thai ACS Registry ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕)

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแต่ละเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

เขตสุขภาพที่	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
๑	๗.๖๗	๖๑.๙๓	๔๐.๔๓
๒	๑๕.๔๙	๖๒.๖๕	๕๕.๐๕
๓	๑๐.๓๓	๖๓.๓๓	๖๑.๗๐
๔	๘.๖๖	๕๖.๐๓	๓๘.๘๙
๕	๙.๒๐	๕๔.๔๕	๔๗.๓๑
๖	๘.๐๖	๔๔.๖๔	๗๘.๕๖
๗	๕.๘๑	๔๒.๗๐	๑๘.๐๗
๘	๑๐.๑๕	๓๗.๗๘	๔๗.๓๗
๙	๘.๕๐	๖๐.๐๐	๗๑.๔๓
๑๐	๗.๘๔	๕๘.๙๙	๒๐.๕๙
๑๑	๗.๘๑	๗๑.๙๔	๖๔.๕๒
๑๒	๑๑.๙๙	๖๓.๗๖	๘๕.๗๑
๑๓	๑๐.๔๕	๔๔.๑๙	๖๒.๓๑
ภาพรวมประเทศ	**๙.๐๕**	**๕๗.๓๒**	**๕๕.๔๒**

ที่มา: ข้อมูลจาก Thai ACS Registry (ข้อมูลระว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕)

ตารางที่ ๒ สรุปปัญหา ข้อเสนอแนะ และผลดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
Patient delay - ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเข้าถึงการรักษาล่าช้าเนื่องจากประชาชนไม่ทราบอาการของโรคกลุ่ม ACS - มีการเข้าถึงระบบ EMS/๑๖๖๙ น้อย	- Health Literacy แก่ประชาชนรับรู้ early warning sign เพื่อให้ประชาชนตระหนักรู้ถึงอาการโรค ACS (patient alert/awareness) โดย Primary care/ อสม. - ประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการใช้บริการ ๑๖๖๙/ EMS และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	มีการประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนถึงอาการของโรคหัวใจ, Self awareness และการเข้ารับการบริการ
CAD Risk factors ผู้ป่วยกลุ่ม NCD มีภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	บูรณาการกับทีม NCD clinic เพื่อคัดกรองให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วย และควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	- มีการคัดกรองและควบคุมโรคกลุ่ม NCD ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง CVD - ติดตามการรักษาผู้ป่วยใน NCD clinic
COVID-๑๙ pandemic ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์	ปรับปรุง Flow การรับผู้ป่วย Fast track กรณีที่มีการระบาดของ COVID -๑๙ (New normal medical service)	- มีเครือข่ายระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast track และแนวทางการให้คำปรึกษา/รักษาผู้ป่วยในทุกเขต

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
		สุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ - มีการพัฒนาระบบ Telemedicine ในพื้นที่ที่มีความพร้อม
Health workforce อัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน	- เพิ่มอัตรากำลังแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับภาระงาน - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในองค์ความรู้การรักษาและส่งต่อผู้ป่วย - พัฒนาศักยภาพ Case Manager และความก้าวหน้าในวิชาชีพ - สนับสนุนด้านงบประมาณ และบุคลากรตามแผนพัฒนา เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ	- มีการสำรวจอัตรากำลังของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับการให้บริการในเครือข่าย - สนับสนุนด้านงบประมาณ และอัตรากำลังบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เพียงพอกับภาระงาน
System delay - กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า - บุคลากรขาดความมั่นใจในการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วย	- มีระบบ STEMI Fast Track ในการส่งต่อและให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ - ทบทวน Clinical Practice Guideline ให้ได้มาตรฐาน - พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับมีความพร้อมและสามารถในการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ - พัฒนาศักยภาพศูนย์หัวใจในแต่ละเขตสุขภาพให้สามารถทำ PPCI ได้ ๒๔ ชั่วโมง, ๗ วันต่อสัปดาห์ - บูรณาการให้การรักษาผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลภายในเขตสุขภาพในด้านการรักษา วิชาการ ฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพบุคลากร - ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหา เพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วย - ส่วนกลางสนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา TNK แทนการใช้ SK	- มีระบบบริหารจัดการยา Fibrinolysis ระหว่างโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ - มีระบบให้คำปรึกษาในการให้ยา Fibrinolysis ในเครือข่าย - จัดสรรบุคลากรเพื่อเข้ารับการอบรม
Database - มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยในการสรุปผลตรวจราชการของแต่ละเขตสุขภาพ	- การบันทึกข้อมูล การจัดทำรายงาน ควรพัฒนาเป็นแบบแผนเดียวกัน และสามารถใช้ข้อมูลเพื่อติดตามงานร่วมกันได้ - มีนโยบายที่ชัดเจนและสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในระดับเขต	สนับสนุนให้ทุกเขตสุขภาพมีการลงข้อมูลใน Thai ACS registry เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
- เก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวชี้วัด	สุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้	

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

<u>เขตสุขภาพที่ ๑</u>

- จังหวัดแม่ฮ่องสอน/ จ.น่าน จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในอาการเจ็บหน้าอกทั้งโปสเตอร์ ส่งตาม Line ต่างๆ การออกรายการวิทยุ จัดทำคลิป VDO เรื่องอาการเจ็บอก
- จังหวัดเชียงใหม่ จัดทำสื่อการสอน และแผ่นพับในการดูแลและการจัดการเมื่อเกิดอาการเจ็บอก จัดกิจกรรมเชิงรุกจากศูนย์หัวใจโรงพยาบาลนครพิงค์ สู่ชุมชนในการให้ความรู้ สร้างความตระหนักแก่กลุ่มเสี่ยง
- จังหวัดลำปาง
    ๑) Lampang Campaign
    ๒) จัดททำวีดีทัศน์ ประชาสัมพันธ์ ให้ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปได้เข้าถึง symptom awareness
    ๓) Basic life support (BLS) training
    ๔) ขยายให้ทุกรพ.สต.มีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
    ๕) โครงการพี่เยี่ยมน้อง เพื่อติดตามรับฟังปัญหาแนวทางการแก้ไข สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจกับโรงพยาบาลชุมชน
- จังหวัดเชียงราย การออกแบบ New Timing CR-STEMI System เพื่อหา pain point ของระบบและ Gap analysis

<u>เขตสุขภาพที่ ๖</u>

- ระบบ Fast Track Non STEMI High Risk
- Flow chart Fast Track STEMI “Early ๒ Early Strategy”
- ระบบ Telemedicine pacemaker Clinic และการรักษาหัวใจโดยใช้การตรวจวินิจฉัยทางสรีรวิทยาไฟฟ้าหัวใจ โดยทรัพยากรร่วมกัน ในจังหวัดที่มี Cath lab (ชลบุรี, จันทบุรี, ปราจีนบุรี) โดยมี Cardiac Electrophysiology Intervention ที่โรงพยาบาลชลบุรี ส่งทีมงานไปทำที่จันทบุรี ปราจีนบุรี ๓ เดือน/ครั้ง
- พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI ในจังหวัด โดยระบบ Cardio Refer - Assistant ร่วมกับ Application Discord
- การกำหนด Emergency lane เพื่อเพิ่มช่องทางฉุกเฉิน
- มีบริการ Warfarin Clinic ครบทุกโรงพยาบาล
- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจสวนหัวใจในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙

<u>เขตสุขภาพที่ ๗</u>

- แนวทางการนัดผู้ป่วย NTEMI แบบ online/ NSTEMI fast track
- โรงพยาบาลขอนแก่น นวัตกรรมชุดพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยหลังการตรวจสวนหัวใจ เพื่อลดอาการปวดหลังของผู้ป่วยได้โดยไม่ก่อให้เกิดภาวะ Bleeding และ Hematoma

<u>เขตสุขภาพที่ ๘</u>

จังหวัดหนองบัวลำภูมีการออกนิเทศ ติดตาม Service plan สัญจรในทุกโรงพยาบาลชุมชน

<u>เขตสุขภาพที่ ๙</u>

- จังหวัดนครราชสีมา การปักหมุดผู้ป่วย Atrial Fibrillation (AF) ผ่าน Google Map, การสร้างระบบ “Alarm Alert Alive”
- การดำเนินการด้าน NCD ครบวงจร ได้แก่ การดำเนินการ Health Station และHealthy All for NCDs
- จังหวัดสุรินทร์ จัดกิจกรรม STEMI Alert ให้กับประชาชน
- จังหวัดบุรีรัมย์
    ๑) มีคู่มือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย STEMI สำหรับบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบไร้รอยต่อในจังหวัดที่เป็นแนวทางเดียวกัน
    ๒) โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดโดยประชาชน/ชุมชน
    ๓) นำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ รวมกับการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถในตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ

<u>เขตสุขภาพที่ ๑๐</u>

- โครงการผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลศรีสะเกษร่วมกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
- โครงการ workshop “การพัฒนาศักยภาพการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะซับซ้อน ร่วมกับการแก้ไขเส้นเลือดในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม” โดยการเชิญแพทย์จากศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการดูแลรักษาผู้ป่วย Complex case

๖. **ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ**

๖.๑ สำหรับพื้นที่

- พัฒนาระบบเครือข่าย STEMI Network เพื่อการเข้าถึงการรักษาเฉพาะทาง และการส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ (Seamless refer) และทบทวนแนวทางการส่งต่อ แผนพัฒนาเครือข่ายการ Refer PPCI/ Post PCI ทั้งในจังหวัดและในเขตสุขภาพ
- บูรณาการการรักษาและการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย STEMI ระหว่างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/ โรงพยาบาลเอกชน รวมถึงความร่วมมือด้านวิชาการในการฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพบุคลากร และการพัฒนางานวิจัย
- พัฒนาการศูนย์ความเป็นเลิศ (COE) ด้านโรคหัวใจแบบครบวงจร รวมถึงพัฒนาศักยภาพในการให้บริการด้านการผ่าตัดหัวใจ ร่วมกันในเขตสุขภาพ
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสุขภาพ ในองค์ความรู้เรื่องการวินิจฉัยอาการเบื้องต้นจากอาการและการแสดงเพื่อให้การช่วยเหลือและการส่งต่อผู้ป่วย
- สนับสนุนเชิงนโยบายให้พยาบาลในสถานบริการทุกระดับผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก การพัฒนาศักยภาพพยาบาลแกนนำในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ (Case Manager) และสนับสนุนด้านงบประมาณ และบุคลากรตามแผนพัฒนา เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

- ส่งเสริมความสามารถในการควบคุมโรคใน NCD Clinic และการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ
- ส่งเสริม Health literacy ให้ประชาชนและประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการใช้บริการ EMS/๑๖๖๙
- การบันทึกข้อมูล การจัดทำรายงาน ควรพัฒนาเป็นแบบแผนเดียวกัน ตรงกับตัวชี้วัดและสามารถใช้ข้อมูลเพื่อติดตามงานร่วมกันได้

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำ Mapping ของระบบบริการในแต่ละเขตสุขภาพ จำนวนบุคลากร ปัญหาที่พบ ระบบข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (เครื่องมือ, อุปกรณ์, ครุภัณฑ์ทางการแพทย์) ระบบการเงิน (กิจกรรม, หัตถการ) จำนวนและประเภทของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแต่ละพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อระหว่างจังหวัด และระหว่างเขตสุขภาพ
- การบูรณาการ ร่วมกันในการบริหารจัดการระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ (STEMI) แบบไร้รอยต่อทั้งในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และเอกชน
- กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาศักยภาพและวางนโยบายการให้บริการในโรงพยาบาลแต่ละระดับ โดยแบ่งตามศักยภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละระดับได้
- การจัดทำแผนให้มีจำนวน CCU, Cath lab และห้องผ่าตัด ให้เหมาะสมในแต่ละเขตสุขภาพ และสนับสนุนงบประมาณให้กับโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพที่ขาดพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อเพิ่มศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยและลดระยะเวลารอคอยการทำ CAG, PCI และ CABG
- จัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรให้สอดคล้องกับภาระงาน บริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรและการส่งฝึกอบรม เช่น แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจที่สามารถทำ Intervention แพทย์ศัลยศาสตร์ทรวงอก พยาบาลเฉพาะด้าน นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักรังสีการแพทย์ เป็นต้น
- การจัดทำแนวทางระดับนโยบายในการบริหารจัดการยาละลายลิ่มเลือด: ส่วนกลาง ช่วยเหลือสนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา Tenecteplase แทนการใช้ Streptokinase
- การบูรณาการตัวชี้วัดร่วมกันกับทีม NCD ในการดำเนินการคัดกรอง, การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และ Health Literacy
- ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในความตระหนักของผู้ป่วยเพื่อสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และการเข้าถึงการบริการเมื่อมีภาวะฉุกเฉินโดย EMS หรือ ๑๖๖๙
- สนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐาน

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ/ ตัวชี้วัด: สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Trauma)

1) เป้าหมายและผลงาน

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)

(เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 12) (Trauma < 12%, Non-trauma < 12%)

ผลการดำเนินการ

เขตสุขภาพที่	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง Trauma และ non-trauma ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง) (A)	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด (B)	(A/B) x 100
1	371	3,168	11.71
2	442	4,473	9.88
3	640	3,148	20.33
4	418	3,310	12.63
5	349	2,202	15.85
6	675	6,394	10.56
7	259	2,239	11.57
8	269	3,730	7.21
9	233	4,166	5.59
10	434	3,051	14.22
11	181	1036	17.47
12	192	1166	16.47
ภาพรวม	**4,463**	**38,083**	**11.72**

ที่มา: HDC ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2565

2) สรุปสถานการณ์

อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 12 ผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ 3 พบว่า ภาพรวมประเทศ **ผ่านเกณฑ์** คิดเป็นร้อยละ 11.72 จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง เสียชีวิต 4,463 ราย จากจำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด 38,083 ราย โดยรอบ 9 เดือน สามารถดำเนินการผ่าน 6 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 2 6 7 8 และ 9 ผลการดำเนินงานอัตราตายสูงสุดสุด คือ เขตสุขภาพที่ 3 (ร้อยละ 20.33) รองลงมาเขตสุขภาพที่ 11 (ร้อยละ 17.47) และเขตสุขภาพที่ 12 (ร้อยละ 16.47) ตามลำดับ

3) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

1. Fast track trauma / traumatic brain injury ขาดความเชื่อมโยงตั้งแต่ต้นน้ำ ถึงปลายน้ำ
2. การเข้าถึงระบบบริการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ 1669 ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
3. ER/ Trauma audit ขาดความต่อเนื่อง
4. ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉิน level 1 ไม่ได้ส่งผ่านแฟ้ม accident

4) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

1. ต้นน้ำ

- เพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ triage, diagnosis, resuscitation โดยการอบรมผ่านหลักสูตร comprehensive life support แก่บุคลากรห้องฉุกเฉินในทุกระดับ
- การดูแลผู้ป่วยวิกฤติระหว่างส่งต่อ โดยใช้ระบบ Ambulance operation center with telemedicine
- กำหนด EMS protocol ในระดับจังหวัด

2. กลางน้ำ

- การทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย โดยเลือกกลุ่มโรคที่สำคัญหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง, Under triage, miss DX, revisit เพื่อวิเคราะห์หา GAP และปรับระบบการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน
- พัฒนาระบบ fast track ในกลุ่มโรคที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่ เช่น pneumonia, traumatic brain injury, UGIB

3. ปลายน้ำ

- การบริหารเตียงรองรับผู้ป่วย Severe sepsis, Pneumonia ใน ICU อายุรกรรม
- ลดขั้นตอนจาก รพช. ถึง definite Tx (fast pass) โดยการเลือกกลุ่มโรคสำคัญ เช่น pneumonia with respiratory failure, UGIB, Severe traumatic brain injury, Severe sepsis/septic shock

เพื่อลดขั้นตอนในการต้องผ่านห้องฉุกเฉิน โดยมี protocol ที่สามารถส่งต่อปรึกษาจาก รพช. และรับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในโดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนที่ห้องฉุกเฉิน

5) ปัจจัยความสำเร็จ

1. แพทย์ EP ครอบคลุมโรงพยาบาลศูนย์ครบทุกแห่ง
2. TEA unit สามารถนำข้อมูลมาพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยได้ เช่น การทำ Fast track Fast pass
3. New normal ER ในโรงพยาบาลระดับ A S M ทุกแห่ง

6) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

1. ห้องฉุกเฉินมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ER audit ต่อเนื่อง อย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อเดือน
2. ห้องฉุกเฉินส่งข้อมูลรับบริการผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ทุกราย ผ่านแฟ้ม accident ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม
3. ห้องฉุกเฉินมีการซ้อมแผนรองรับภาวะวิกฤติในสถายการณ์ต่างๆ เช่น EID, mass casualty, violence
4. ห้องฉุกเฉินผ่านการประเมิน TEA unit คุณภาพ และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้
5. ห้องฉุกเฉินทุกแห่งมีระบบ fast track ในกลุ่มโรคสำคัญที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
6. ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์กำกับติดตามและนิเทศงานห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

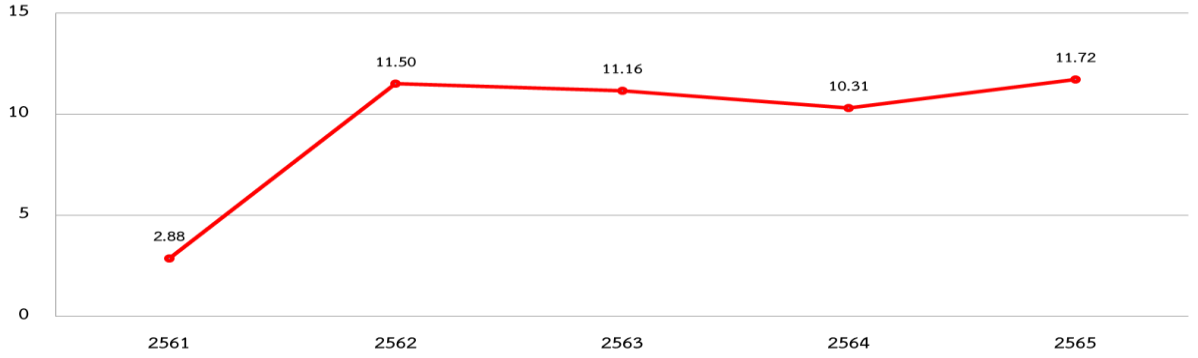
๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๒. หัวข้อ : สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ) : กรมการแพทย์

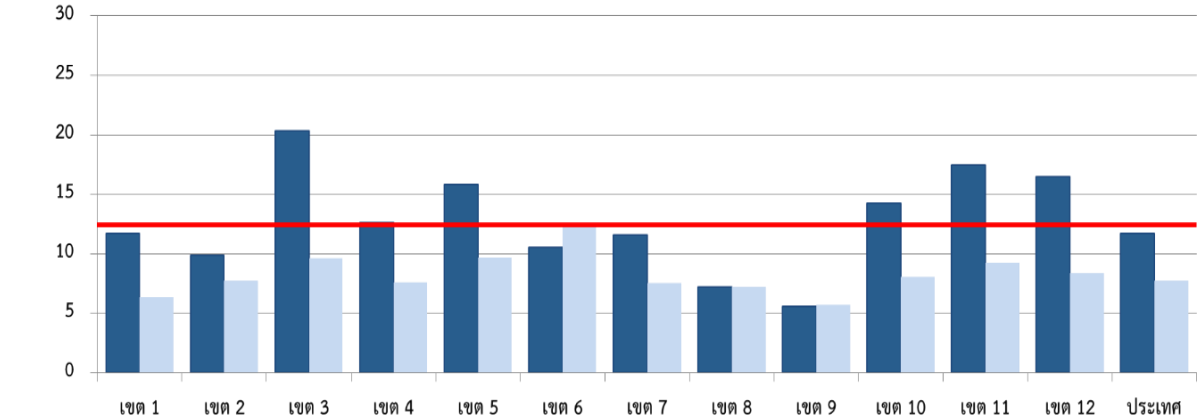
๔. วิเคราะห์สถานการณ์

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑- ๒๕๖๕



ที่มา: HDC ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ และสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) เปรียบเทียบข้อมูลจาก HDC และการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ ๒/๒๕๖๕



		เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
HDC	A	371	442	640	418	349	675	259	269	233	434	181	192	4,463
	B	3,168	4,473	3,148	3,310	2,202	6,394	2,239	3,730	4,166	3,051	1,036	1,166	38,083
	ร้อยละ	11.71	9.88	20.33	12.63	15.85	10.56	11.57	7.21	5.59	14.22	17.47	16.47	11.72
พื้นที่	A	1,516	930	825	1,285	1,359	1,545	1,706	1,275	1,792	1,038	389	471	14,131
	B	23,898	12,050	8,580	16,959	14,045	12,251	22,695	17,757	31,456	12,893	4,209	5,605	182,398
	ร้อยละ	6.34	7.72	9.62	7.58	9.68	12.61	7.52	7.18	5.70	8.05	9.24	8.40	7.75

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ และการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ ๒/๒๕๖๕

หมายเหตุ: ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ ๒/๒๕๖๕ ไม่มีข้อมูล เขต ๔: นครนายก เขต ๕: กาญจนบุรี เขต ๖: ระยอง จันทบุรี เขต ๑๑: นครศรีธรรมราช พังงา สุราษฎร์ธานี ชุมพร เขต ๑๒: สงขลา ตรัง

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมาย < ร้อยละ ๑๒

เขตสุขภาพที่	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง Trauma และ non-trauma ที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง) (A)	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด (B)	(A/B) × ๑๐๐
๑	๓๗๑	๓,๑๖๘	๑๑.๗๑
๒	๔๔๒	๔,๔๗๓	๙.๘๘
๓	๖๔๐	๓,๑๔๘	๒๐.๓๓
๔	๔๑๘	๓,๓๑๐	๑๒.๖๓
๕	๓๔๙	๒,๒๐๒	๑๕.๘๕
๖	๖๗๕	๖,๓๙๔	๑๐.๕๖
๗	๒๕๙	๒,๒๓๙	๑๑.๕๗
๘	๒๖๙	๓,๗๓๐	๗.๒๑
๙	๒๓๓	๔,๑๖๖	๕.๕๙
๑๐	๔๓๔	๓,๐๕๑	๑๔.๒๒
๑๑	๑๘๑	๑๐๓๖	๑๗.๔๗
๑๒	๑๙๒	๑๑๖๖	๑๖.๔๗
ภาพรวม	**๔,๔๖๓**	**๓๘,๐๘๓**	**๑๑.๗๒**

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
Fast track trauma / traumatic brain injury ขาดความเชื่อมโยงตั้งแต่ต้นน้ำ ถึงปลายน้ำ	- Protocol สำหรับ traumatic head injury with multiple trauma - ทบทวนสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วย trauma - พัฒนา fast track trauma เชื่อมโยงตั้งแต่ รพช. รพศ. และในเขตสุขภาพ - กำหนดตัวชี้วัดในเชิงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย Trauma	A = ๔,๔๖๓ B = ๓๘,๐๘๓ ร้อยละ ๑๑.๗๒
การเข้าถึงระบบบริการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ๑๖๖๙ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	- เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึง การส่งต่อ และบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานปฐมภูมิและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	
ER/ Trauma audit ขาดความต่อเนื่อง	- บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพห้องฉุกเฉินซึ่งมีรองผู้อำนวยด้านการแพทย์เป็นประธาน ในการกำกับติดตาม	
ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉิน level ๑ ไม่ได้ส่งผ่านแฟ้ม accident	- ประชุมทำความเข้าใจ/ อบรมในการเก็บข้อมูลและตัวชี้วัด โรงพยาบาลระดับ A, S, M - กำหนด job สำหรับผู้ดูแลข้อมูลตัวชี้วัดของห้องฉุกเฉิน	

๕. นวัตกรรม/ ตัวอย่างที่ดี

Patient care	- มีการกำหนดกลุ่มโรคสำคัญในการทำ fast track เช่น pneumonia, UGIB, NSTEMI, จิตเวช - มีการกำหนด fast pass protocol ในกลุ่มโรค เช่น pneumonia, sepsis, Trauma ที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลชุมชน
Patient flow	- การเพิ่มห้องตรวจสำหรับโรคไม่ฉุกเฉินนอกเวลาราชการ - การจัดการเตียง ICU โดยมีคณะกรรมการ bed management
Preparedness	- ER new normal ห้องฉุกเฉินทุกแห่งในโรงพยาบาลระดับ A, S, M
Information system	- TEA unit มีการใช้ข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ และนวัตกรรมในห้องฉุกเฉิน เช่น mapping cardiac arrest, Application ๒๗๐ Stroke Fast Tract Timer

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

- ห้องฉุกเฉินมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ER audit ต่อเนื่องอย่างน้อย ๑-๒ ครั้งต่อเดือน
- ห้องฉุกเฉินส่งข้อมูลรับบริการผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level ๑) ทุกราย ผ่านแฟ้ม accident ในระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
- ห้องฉุกเฉินมีการซ้อมแผนรองรับภาวะวิกฤติ ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น Mass casualty, Violence

- ห้องฉุกเฉินผ่านการประเมิน TEA unit คุณภาพ และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยห้องฉุกเฉินได้
- ห้องฉุกเฉินทุกแห่งมีระบบ fast pass ที่เชื่อมโยง อย่างไร้รอยต่อ อย่างน้อย ๑ กลุ่มโรค (Sepsis, STEMI, STROKE, Trauma)
- ห้องฉุกเฉินมีระบบ Fast track ในกลุ่มโรคสำคัญที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์กำกับติดตามและนิเทศงานห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ : Service Plan สาขามะเร็ง

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งทุกโรคได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งทุกโรคได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ๗๕%

๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๗๕%

๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๖๐%

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ๗๕%
ผลงาน ร้อยละ ๗๒.๘๕ ไม่ผ่านเกณฑ์

๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๗๕%
ผลงาน ร้อยละ ๗๓.๒๐ ไม่ผ่านเกณฑ์

๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๖๐%
ผลงาน ร้อยละ ๖๐.๑๑ ผ่านเกณฑ์

๒) สรุปสถานการณ์

ผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก
โดยผลการดำเนินงานในตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งทุกโรคได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด มีเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ ดังนี้

- การเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์
  ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๕ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๔, ๗, ๘ และ ๑๐
- การเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์
  ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๕ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๒
- การเข้าถึงการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์
  ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๒

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

๑) ระบบการส่งต่อ Cancer Anywhere การบันทึกข้อมูล บางโรงพยาบาล ไม่ได้เข้ารับการอบรมการบันทึกข้อมูล ทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการดำเนินงาน

๒) ระยะเวลาการรอคอยการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งด้วยวิธีการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา พบว่ายังมีหลายจังหวัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (เนื่องจากการระบาดของโรคไวรัสโควิด-๑๙ ส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์)

๓) ด้านระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศ ยังขาดความเชื่อมโยงข้อมูล ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และขาดผู้รับผิดชอบ และขาดบุคลากรด้านมะเร็ง ทั้งแพทย์ พยาบาลและบุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้อง

๔) การตรวจคัดกรองยังต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากการระบาดของโรคไวรัสโควิด-๑๙ ทำให้ต้องชะลอการตรวจคัดกรอง ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

เขตสุขภาพ

๑) เขตสุขภาพ ควรมีการประชุมวางแผนการดำเนินการร่วมกันทุกไตรมาส วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค การใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขตสุขภาพเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน หากในเขตสุขภาพมีทรัพยากรไม่เพียงพอ เช่น ศูนย์การฉายแสง อาจมีข้อตกลงขอความร่วมมือจัดระบบการรับส่งไปยังศูนย์บริการที่ใกล้

๒) เพิ่มศักยภาพการคัดกรองและรณรงค์ โดยการเพิ่มศักยภาพเครือข่ายทุกระดับ ในการคัดกรองด้านโรคมะเร็ง มีการจัดประชุม ทบทวนแนวทางการคัดกรอง โรคมะเร็งและการส่งต่อในเครือข่ายบริการ การออกหน่วยคัดกรอง มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกเชิงรุก ในพื้นที่ให้มีความต่อเนื่อง การส่งเสริมการใช้บริการในคลินิกเลิกบุหรี่ การจัดงานรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก และการตระหนักการส่งเสริมสุขภาพในการลดความเสี่ยงโรคมะเร็ง

๓) การใช้ระบบ cancer anywhere ร่วมกับนวัตกรรม Telemedicine และ e-refer เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาการลดคิวรอคอย และ seamless referral system ระหว่างจังหวัดในเขตสุขภาพ รวมถึงจัดตั้งศูนย์บัญชาการเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในเขต และออกนอกเขตสุขภาพ

๔) พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ดีมีการอบรมการใช้โปรแกรม TCB ในโรงพยาบาล มีผู้รับผิดชอบชัดเจนและดาเนินการอย่างต่อเนื่อง

๕) การดูแลอัตรากำลังคน การส่งฝึกอบรมเฉพาะด้านตามแผนที่วางไว้ จัดให้มีกรอบความก้าวหน้าในวิชาชีพสำหรับผู้ที่ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานตรงตามที่อบรม

๖) การพัฒนาโปรแกรม TCB และ TCB Plus ให้เป็นโปรแกรมเดียวกัน

ส่วนกลาง

๑) จัดฝึกอบรม หลักสูตรต่าง ๆ รวมถึงคู่มือแนวทางการดำเนินงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทุกสาขารวมถึงการจัดเก็บตัวชี้วัด

๒) ร่วมกับพื้นที่วิเคราะห์ปัญหาให้ข้อมูลและให้การสนับสนุนเขตสุขภาพในการดำเนินงาน

๓) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จรวมถึงแนวทางการแก้ปัญหาระหว่างเขตสุขภาพ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- การใช้งานโปรแกรม TCB, TCB Plus และ The One ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- มีบุคลากรและครุภัณฑ์ด้านโรคมะเร็งที่เพียงพอและกระจายทั่วถึงทุกภูมิภาคเพื่อใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง และบุคลากรมีความรู้ ทักษะในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง มีความเข้มแข็งในการขับเคลื่อน Service Plan และบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่าย

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- ติดตามผลตามการดำเนินการตามตัวชี้วัด
- การดำเนินการตามนโยบาย Cancer Anywhere
- การขับเคลื่อนเชิงนโยบายให้มีการใช้โปรแกรม TCB, TCB Plus และ The One ทั้งประเทศ ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล
- การส่งเสริมให้มี Cancer Coordinator ในทุกโรงพยาบาล และการเร่งรัดการดำเนินงานคัดกรองโรคมะเร็ง ในปีงบประมาณถัดไป
- การเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดหลักจาก ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งทุกโรคได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด เป็นร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ซึ่งตัวชี้วัดหลักเดิมเปลี่ยนเป็นตัวชี้วัดรองที่ยังคงต้องกำกับติดตามผลการดำเนินงานต่อไป

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

๒. หัวข้อ : Service Plan สาขามะเร็ง

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก

- การเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๕ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๔, ๗, ๘ และ ๑๐
- การเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๕ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๒
- การเข้าถึงการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๒

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

(๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ร้อยละ ๗๕

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ (A/B) × ๑๐๐
เขต ๑	๗๓๒	๙๔๐	๗๗.๘๗
เขต ๒	๖๓๗	๙๕๐	๖๗.๐๕
เขต ๓	๓๙๕	๖๑๖	๖๔.๑๒
เขต ๔	๑๑๗๑	๑๔๗๕	๗๙.๓๙
เขต ๕	๑๒๓๔	๑๗๒๑	๗๑.๗
เขต ๖	๔๔๙	๖๘๑	๖๕.๙๓
เขต ๗	๒๑๐	๒๕๙	๘๑.๐๘
เขต ๘	๑๕๗๖	๑๙๗๐	๘๐
เขต ๙	๗๑๙	๑๐๗๑	๖๗.๑๓
เขต ๑๐	๖๙๗	๘๗๗	๗๙.๔๘
เขต ๑๑	๘๗๐	๑๒๗๔	๖๘.๒๙
เขต ๑๒	๘๕๗	๑๒๗๐	๖๗.๔๘
ภาพรวม	**๙๕๔๗**	**๑๓๑๐๔**	**๗๒.๘๕**

(๒) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ร้อยละ ๗๕

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A/B) × ๑๐๐
เขต ๑	๑๐๓๘	๑๒๓๑	๘๔.๓๒
เขต ๒	๑๑๐๒	๑๕๗๒	๗๐.๑๐
เขต ๓	๖๐๑	๘๔๓	๗๑.๒๙
เขต ๔	๑๒๕๐	๒๓๖๕	๕๒.๘๕
เขต ๕	๑๕๔๕	๒๐๐๒	๗๗.๑๗
เขต ๖	๙๓๘	๑๑๘๒	๗๙.๓๖
เขต ๗	๒๘๐	๒๙๕	๙๔.๙๒
เขต ๘	๑๘๓๒	๒๑๙๘	๘๓.๓๕
เขต ๙	๑๒๐๙	๑๕๐๙	๘๐.๑๒
เขต ๑๐	๗๘๑	๑๐๑๑	๗๗.๒๕
เขต ๑๑	๑๔๕๗	๒๓๔๑	๖๒.๒๔
เขต ๑๒	๑๑๕๙	๑๔๗๓	๗๘.๖๘
ภาพรวม	**๑๓๑๙๒**	**๑๘๐๒๒**	**๗๓.๒๐**

(๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ร้อยละ ๖๐

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A/B) × ๑๐๐
เขต ๑	๑๐๐๗	๑๓๗๘	๗๓.๐๘
เขต ๒	๗๓	๑๑๘	๖๑.๘๖
เขต ๓	๒๙๖	๔๗๑	๖๒.๘๔
เขต ๔	๑๕๐๒	๒๒๗๗	๖๕.๙๖
เขต ๕	๔๗	๒๖๙	๑๗.๔๗
เขต ๖	๕๗๘	๗๖๔	๗๕.๖๕
เขต ๗	๓๖	๓๗	๙๗.๓
เขต ๘	๕๔๓	๘๑๘	๖๖.๓๘
เขต ๙	๕๑๒	๗๘๒	๖๕.๔๗
เขต ๑๐	๔๓๙	๔๙๕	๘๘.๖๙
เขต ๑๑	๑๙๓	๙๔๑	๒๐.๕๑
เขต ๑๒	๒๔๘	๓๕๘	๖๙.๒๗
ภาพรวม	**๕๔๗๔**	**๙๑๐๗**	**๖๐.๑๑**

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. ระบบการส่งต่อ Cancer Anywhere การบันทึกข้อมูล บางโรงพยาบาล ไม่ได้เข้ารับการอบรมการบันทึกข้อมูล ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ครบถ้วน ประชาชนยังไม่ตระหนักใน การตรวจคัดกรองมะเร็ง, การเข้าถึงข้อมูลการคัดกรอง การรักษาของ ประชาชนในเขตเมืองเขต บ้านจัดสรร ยังเข้าถึงได้ไม่ ครอบคลุม	๑) การใช้ระบบ cancer anywhere ร่วมกับนวัตกรรม Telemedicine และ e-refer เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาการลดคิวรอคอย และ seamless referral system ระหว่างจังหวัดในเขตสุขภาพ รวมถึงจัดตั้งศูนย์บัญชาการเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในเขต และออกนอกเขตสุขภาพ	
๒. ระยะเวลาการรอคอยการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งด้วยวิธีการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา พบว่ายังมีหลายอำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	๒.๑) ดำเนินการวางแผนจัดทำคิวรังสีรักษา โดยเริ่มจากรพ.มะเร็งภูมิภาค ๗ แห่ง และในเบื้องต้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้แนะนำให้ทุกโรงพยาบาล ส่งขอคิวรังสีรักษาหลังการผ่าตัด หรือก่อนการรักษาด้วยเคมีเข็มสิ้นสุด ๒.๒) สร้างความตระหนักในกลุ่มภาคีเครือข่าย บูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน สนับสนุนการใช้สื่อรณรงค์การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงมะเร็ง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนให้เป็นนโยบายระดับประเทศ	
๓. ด้านระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศยังขาดความเชื่อมโยงข้อมูล ความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา และขาดผู้รับผิดชอบและขาดบุคลากรด้านมะเร็ง ทั้งแพทย์พยาบาลและบุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้อง	๓.๑) ปรับแผนการส่งต่อคนไข้ไปยังโรงพยาบาลที่พร้อมรับ และการลงข้อมูล TCB plus ให้มากขึ้น ๓.๒) วางแผนการการจัดการทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเครือข่าย ๓.๓) สนับสนุนให้มี Cancer Coordinator ให้เพียงพอครอบคลุม เพื่อทำให้ข้อมูลมะเร็งมีความสมบูรณ์ รวมถึงการใช้โปรแกรม TCB Plus/The One เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ ๓.๔) ติดตามการลงข้อมูลสารสนเทศด้านโรคมะเร็งให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล มีการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับจังหวัด	

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๔. การตรวจคัดกรองยังต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากการระบาดของโรคไวรัสโควิด-๑๙ ทำให้ต้องชะลอการตรวจคัดกรองผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ๔.๑. ประชาชนยังไม่ตระหนักใน การตรวจคัดกรองมะเร็ง, การเข้าถึงข้อมูลการคัด กรอง การรักษาของ ประชาชนในเขตเมือง เขต บ้านจัดสรร ยังเข้าถึงได้ไม่ครอบคลุม	๔.๑) ปรับรูปแบบการคัดกรอง ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นใน รพ.เครือข่าย เช่น ตรวจคัดกรอง COVID-๑๙ ATK หากไม่พบเชื้อ ให้ทำการวินิจฉัยให้เร็ว และจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งก่อน ๔.๒) วางแผนแนวทางการคัดกรอง การจัดแบบบริการแบบวิถีใหม่ การกำกับการคัดกรองให้เป็นไปตามเป้าหมายและมุ่งเน้นการติดตามผู้ป่วยที่พบความผิดปกติจากการคัดกรองให้อยู่ในระบบ	

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

<u>สถาบันมะเร็งแห่งชาติ</u>

- พัฒนาโปรแกรม TCB, TCB Plus, The One, Cancer Anywhere
- พัฒนาโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (HPVcxs๒๐๒๐)

<u>เขตสุขภาพที่ ๑</u>

- จ.แม่ฮ่องสอน จัดอบรมการทำทะเบียนมะเร็งทั้งจังหวัดปีละ ๑ ครั้งเพื่อพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน ร่วมกันวิเคราะห์แก้ปัญหา
- จ. ลำพูน (๑). การคัดกรองมะเร็ง : - ในแต่ละพื้นที่มี case manager ของรพช.เป็นแกนหลักในการดำเนินการและติดตามผลการดำเนินการ คัดกรองมะเร็งแต่ละชนิด (Colorectal Cancer / Cervical Cancer Screening) - Case manager รพ.ลำพูนติดตามผลในภาพรวมของจังหวัด - เริ่มจัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งตับในกลุ่มเสี่ยง (๒) การลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัด : - ลดระยะเวลารอคอยผลชิ้นเนื้อให้ได้ภายใน ๑ สัปดาห์ - จัดทำคิวผ่าตัด กรณีมะเร็งเป็นคิวรวมของกลุ่มงานศัลยกรรม
- จ.เชียงใหม่ - ผลของการอธิบายโดยประยุกต์กระบวนการพยาบาลและสื่อ Power point สำหรับสตรีที่มีผลผิดปกติ จากการตรวจ HPV testing ร่วมกับการตรวจ Cervical cytology โดยพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสันป่าตอง - ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผิวปากมดลูกและการทำนายโอกาสเกิดรอยโรค ปากมดลูกขั้นสูง โดยสูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลนครพิงค์
- จ.น่าน - Incubator ช่วยได้ลดฟุ้งกระจายยาเคมีบำบัดชนิด Cyclophosphamide , Ifosphamide และได้รับ รางวัล Best Practice สาขาโรคมะเร็ง จากศูนย์มะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ - Home Chemotherapy ผลการดำเนินงานจำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการจำนวน ๔ ราย อ.เมือง ๑ ราย อ.ภูเพียง ๑ ราย อ.ปัว ๑ ราย และ อ.นาน้อย ๑ ราย ประเมินผล

ความพึงพอใจ ได้ร้อยละ ๙๘ ยังมีผู้ป่วยที่สนใจเข้า ร่วมโครงการเพิ่มอีกยังติดปัญหาที่โรคไม่ตรงกับที่สปสช. กำหนดจึงไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ เช่น มะเร็งตับ และท่อน้ำดี มะเร็งกล่องเสียง หรือมะเร็งกระเพาะอาหาร - การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมะเร็งเต้านมด้วยวิธี ABUS และ Tumour board Conference & Collaboration ร่วมกับเครือข่ายราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

- ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์วิธีการตรวจต่อมน้ำเหลืองด้วยตนเอง, แผ่นพับ หรือสื่อสำหรับการสอนตรวจต่อมน้ำเหลือง, พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยเมื่อตรวจคัดกรองพบต่อมน้ำเหลือง - พัฒนาการเก็บข้อมูลและการสื่อสารระหว่าง รพ.สต รพช. เพื่อให้ข้อมูลไม่สูญหายมีระบบที่สามารถ ระบุได้ว่า ผู้ป่วยรายไหนมาจากการตรวจคัดกรองเพื่อการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ
- จ.แพร่ - การลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม (การคัดกรอง (Screening) เพื่อค้นหา Precancerous lesion (ระยะก่อนเป็นโรคมะเร็ง), การตรวจค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early Detection) ในผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูก, มะเร็งเต้านม, มะเร็งลำไส้และมะเร็งท่อน้ำดี, สนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การป้องกันโรคมะเร็งแต่ละชนิดในทุกกลุ่มเป้าหมาย) - การพัฒนาระบบการจัดเก็บและการส่งชิ้นเนื้อรวมทั้งการรายงานผลชิ้นเนื้อให้มีประสิทธิภาพและ ระยะเวลา ๗-๑๐ วัน - การบริหารจัดการห้องผ่าตัดเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคอื่นๆอย่างเหมาะสม - การพัฒนาระบบการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย การรักษา และการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน - การพัฒนาระบบสารสนเทศและการส่งต่อข้อผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อรองรับ นโยบายโรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (Cancer Anywhere) - การพัฒนาบุคลากรผู้ประสานงานด้านโรคมะเร็ง (Cancer Coordination) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มะเร็งในโปรแกรม TCB และ TCB Plus
- จ.ลำปาง - ได้รับรางวัล Best Practice Service Plan สาขาโรคมะเร็ง “ระดับดีเด่น” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ในการประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาโรคมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการ แพทย์ - ผู้ป่วยมะเร็งที่ส่งนัดคิว CT ภายในโรงพยาบาลำปางมีระยะเวลารอคอยคิว CT นานมากกว่า ๑ เดือน ⟶ แนวทางแก้ไขประสานงานเครือข่ายภายใน จ.ลำปาง โดย : ๑. ผู้ป่วยสิทธิบัตรสุขภาพ เขตอำเภอโซนเหนือ จ.ลำปาง ส่งทำ CT ที่ รพ.เกาะคำ ๒. ผู้ป่วยสิทธิบัตรสุขภาพ อื่นๆ ประสานส่งทำ CT ที่ รพ.มะเร็งลำปางผ่านโปรแกรม Cancer Anywhere - โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จัดอบรมการฟื้นฟูความรู้ทักษะ การอบรมเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ๑. ประชุมเชิงปฏิบัติการหลักสูตร “การจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล” วันที่ ๒๓-๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๔ ณ โรงแรมทรีธารา อ.เมือง จ.ลำปาง ๒. การอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หลักสูตร ๔ เดือน วันที่ ๓๑ มกราคม – ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ โดย รพ.มะเร็งลำปาง ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา และ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
- จ.พะเยา - โรงพยาบาลพะเยา ได้เริ่มดำเนินงานมะเร็งรักษาได้ทุกที่ ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ จนถึงปัจจุบัน โดยมี Coordinator nurse เป็นผู้รับผิดชอบ ดำเนินการลงทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกรายใน TCB Plus และ Complete ในโปรแกรม TCB Hos. base และเปิดโปรแกรม The one และประสานงานหน่วยบริการ แนะนำ การส่งต่อเพื่อ Investigation หรือ

Treatment ต่อไป - โรงพยาบาลพะเยาจัดทำแผนรองรับ Chemotherapy Ward ภายใน ๕ ปี (๒๕๖๕-๒๕๖๙)

- จ.เชียงราย - ระบบ Teleconsultation ที่ทำร่วมกับโรงพยาบาลเชียงคำ โดยมีแผนจะขยายไปโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดเชียงราย ที่มีศัลยแพทย์ประจำ - พัฒนาระบบจองเตียง “Admit Online” (อยู่ระหว่างดำเนินการ) เพื่อลดปัญหาอัตราการครองเตียง ในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด ดำเนินการโดยคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็งและคณะกรรมการฝ่าย IT โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ - พัฒนาระบบการให้บริการ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งชนิด Solid tumor ระยะเริ่มต้นที่รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้สามารถบริการแก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลารอคอยที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก และลด visit ของการมาพบแพทย์ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข ผ่านโครงการ คลินิกเคมีคลีนิกออนไลน์ (Televisit)

<u>เขตสุขภาพที่ ๖</u>

- จ.ฉะเชิงเทรา : Prognostic Impact of the Advanced Lung Cancer Inflammation Index (ALI) in Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer Treated with First Line Chemotherapy (The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention (Asian Pacific Journal of Cancer Prevention ๒๐๒๑) และ Correlation Between Age and Prognostic Factors in Thai Breast Cancer Women : A Single Institute Analysis (Manuscript accepted in The Journal of Medical Association of Thailand ๒๐๒๑)
- จ.จันทบุรี : ด้านงานวิจัยเปิดศูนย์วิจัยทางคลินิก (Clinical Research Center) เพื่อเป็นองค์กรสนับสนุนการทำวิจัยทางคลินิกให้มีคุณภาพอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งในปัจจุบันศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็งมีงานวิจัยที่ทำอยู่ทั้งหมดจำนวน ๔ trial ด้าน Genomic Lab เปิดห้องปฏิบัติการจีโนมิกส์แห่งแรกในเขตสุขภาพที่ ๖ โดยให้บริการตรวจวิเคราะห์การกลายพันธ์ของยีนส์ (Gene mutation) เพื่อรองรับการรักษาแบบ Precision medicine ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปัจจุบันตรวจไปแล้วประมาณ ๒๐๐ คน
- จ.ตราด : การสื่อสารผู้ป่วยด้วยระบบ Telemedicine เรื่องการแจ้งผลการตรวจคัดกรอง และการสื่อสารต่าง ๆ (Line ID : trat_cancer)

<u>เขตสุขภาพที่ ๗</u>

- โปรแกรม “FIT Test@Khon Kaen มะเร็งลำไส้ใหญ่” เป็นโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT Test ผล Positive ที่ต้องส่งต่อ Colonoscopy ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย
- การนำโครงการ CA Breast Fast Track นำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- งานวิจัยโรคมะเร็งตับและท่อทางเดินน้ำดี วิจัยด้านรังสีรักษา วิจัยมะเร็งปอด วิจัยมะเร็งลำไส้ วิจัยเคมีบำบัดมะเร็งเต้านม วิจัยมะเร็งช่องปาก

<u>เขตสุขภาพที่ ๘</u>

- จ.บึงกาฬ : ชนะเลิศระดับประเทศตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฯ
- จ.สกลนคร : ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตร Nurse Sonographer ๗ คน, มีบ่อบำบัดใช้ได้ ๑๙ แห่ง
- จ.หนองคาย : นวัตกรรม“นักสืบพาข้าว”

เขตสุขภาพที่ ๙

- จ.สุรินทร์ : (๑) เข้าร่วมโครงการวิจัย GecciCA ร่วมกับ CASCAP มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วย CCA ระหว่าง Gemcitabine กับ Gemcitabine + Cisplatin (๒) มีโครงการส่งตรวจ GENOMICS Thailand ร่วมกับคณะอนุพันธ์ศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
- จ.ชัยภูมิ : ได้รับการคัดเลือกข้อมูลที่มีคุณภาพในการทำหนังสือ Cancer in Thailand
- จ. นครราชสีมา : (๑) การมี MMG Fast Track (๒) Tele consult
- จ.บุรีรัมย์ : การลงข้อมูล TCB Plus บุรีรัมย์

เขตสุขภาพที่ ๑๐

- จัดพิมพ์เล่มทะเบียนมะเร็ง ประจำปี ๒๕๖๔ (ดำเนินการจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล Hospital based ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๗ จนถึงปัจจุบัน) - พัฒนาเป็นหน่วยตรวจ HPV DNA test ผ่านการรับรองแล้ว - มีศูนย์ Consult รพ.ศรีสะเกษ ประสานแม่ข่าย รพ.มะเร็ง For RT และลงข้อมูล Cancer anywhere - ระบบประสานให้คิวนัดทำ Colonoscope/ เตรียมลำไส้ ระหว่างศูนย์ Consult รพ.ศรีสะเกษ /เครือข่าย รพช.

เขตสุขภาพที่ ๑๑

- จ.นครศรีธรรมราช : มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านรังสีรักษา และสามารถรองรับการส่งต่อจากจังหวัดอื่นๆ ในเขตสุขภาพที่ ๑๑
- จ.ระนอง : มี Cancer Center ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา เป็นหน่วยประสานส่งต่อและเยี่ยมติดตาม ผู้ป่วยมะเร็ง
- มีการจัดทำ Tumor Teleconference เพื่อลด Refer out
- จ.สุราษฎร์ธานี : รถตรวจมะเร็งสตรีเคลื่อนที่ (Mobile Lady Check) และมีการพัฒนาผลงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรม การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑) เขตสุขภาพ

๑) เขตสุขภาพ ควรมีการประชุมวางแผนการดำเนินการร่วมกันทุกไตรมาส วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค การใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขตสุขภาพเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน หากในเขตสุขภาพมีทรัพยากรไม่เพียงพอ เช่น ศูนย์การฉายแสง อาจมีข้อตกลงขอความร่วมมือจัดระบบการรับส่งไปยังศูนย์บริการที่ใกล้

๒) เพิ่มศักยภาพการคัดกรองและรณรงค์ โดยการเพิ่มศักยภาพเครือข่ายทุกระดับ ในการคัดกรองด้านโรคมะเร็ง มีการจัดประชุม ทบทวนแนวทางการคัดกรอง โรคมะเร็งและการส่งต่อในเครือข่ายบริการ การออกหน่วยคัดกรอง มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกเชิงรุก ในพื้นที่ให้มีความต่อเนื่อง การส่งเสริมการใช้บริการในคลินิกเลิกบุหรี่ การจัดงานรณรงค์วัดงดสูบบุหรี่โลก และการตระหนักการส่งเสริมสุขภาพในการลดความเสี่ยงโรคมะเร็ง

๓) การใช้ระบบ cancer anywhere ร่วมกับนวัตกรรม Telemedicine และ e-refer เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาการลดคิวรอคอย และ seamless referral system ระหว่างจังหวัดในเขตสุขภาพ รวมถึงจัดตั้งศูนย์บัญชาการเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในเขต และออกนอกเขตสุขภาพ

๔) พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ดีมีการอบรมการใช้โปรแกรม TCB ในโรงพยาบาล มีผู้รับผิดชอบชัดเจนและดาเนินการอย่างต่อเนื่อง

๕) การดูแลอัตรากำลังคน การส่งฝึกอบรมเฉพาะด้านตามแผนที่วางไว้ จัดให้มีกรอบความก้าวหน้าในวิชาชีพสำหรับผู้ที่ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานตรงตามที่อบรม

๖.๒) ส่วนกลาง

๑) จัดฝึกอบรม หลักสูตรต่าง ๆ รวมถึงคู่มือแนวทางการดำเนินงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทุกสาขารวมถึงการจัดเก็บตัวชี้วัด

๒) ร่วมกับพื้นที่วิเคราะห์ปัญหาให้ข้อมูลและให้การสนับสนุนเขตสุขภาพในการดำเนินงาน

๓) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จรวมถึงแนวทางการแก้ปัญหาระหว่างเขตสุขภาพ

๗. ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑) ติดตามผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย

๒) ติดตามผลการดำเนินงานการให้บริการ ด้านการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์ให้ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๓) ติดตามผลการดำเนินงานการให้บริการ ด้านการรักษาด้วยการให้รังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์ให้ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

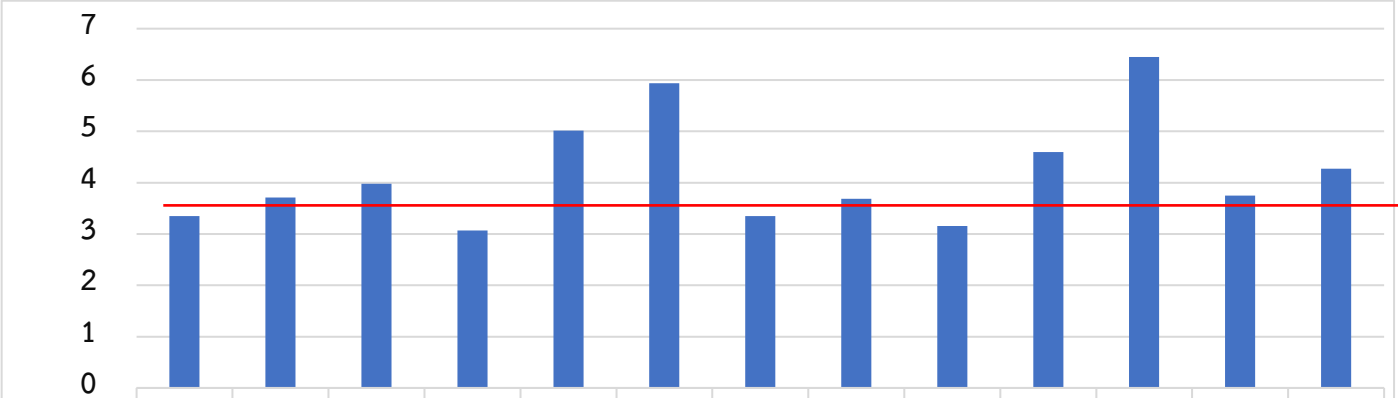
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
หัวข้อ/ ตัวชี้วัด: สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)

๑) เป้าหมายและผลงาน

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม
(เป้าหมาย < ๓.๖๐ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ)

ผลการดำเนินการ



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
HDC	3.35	3.71	3.98	3.07	5.02	5.94	3.35	3.69	3.15	4.60	6.45	3.75	4.27

จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ ๒๘ วัน (A) **= ๙๗๓ ราย**
จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B) **= ๒๒๗,๗๐๒ ราย**
ที่มาข้อมูล : Health Data Center (HDC) วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

๒) สรุปสถานการณ์

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม เป้าหมาย < ๓.๖๐ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ ผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๒ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕) พบว่า ภาพรวมประเทศไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นอัตราตาย ๔.๒๗ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ ๒๘ วัน ๙๗๓ ราย จากจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ๒๒๗,๗๐๒ ราย) โดยดำเนินการผ่านเกณฑ์ ๔ เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑, ๔, ๗, และ ๙

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

๑. ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm, PPHN, ภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา และมารดาติดเชื้อ COVID-๑๙ จึงทำให้อัตราการเกิด Preterm birth สูงขึ้น

๒. อัตราตายทารกแรกเกิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
๓. ระบบ ANC คุณภาพยังไม่ครอบคลุม
๔. ระบบ Refer Back ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ต้นน้ำ:

๑. พยายามลดจำนวนทารกที่เกิดก่อนกำหนดโดยประสานงานกับราชวิทยาลัยสูตินรีเวช และ Service Plan สาขาสูติกรรม เพื่อออกแนวทางเชิงนโยบายให้กับแพทย์เวชปฏิบัติได้มีแนวทางมาตรฐานเดียวกันในการให้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดรวมทั้งการใช้ยาและกลยุทธ์อื่นๆ เพื่อลดจำนวนทารกที่เกิดก่อนกำหนดตั้งแต่ต้นทาง
๒. พัฒนาและประสานงานการทำงานของ MCH Board ในทุกเขตสุขภาพบริการให้มีความต่อเนื่องในการทำงานร่วมกันของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
๓. มีการรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย ANC ๕ ครั้งในสถานพยาบาล และสนับสนุนให้มารดาที่ตั้งครรภ์หลัง ๑๒ สัปดาห์ รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เนื่องจากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กลางน้ำ:

๑. ให้การสนับสนุนในการจัดสร้างหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตเพิ่มเติมรวมถึงครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและมีการปรับปรุงทั้งระบบโครงสร้าง ระบบการดูแลความปลอดภัยและความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการตั้งรับเพื่อดูแลทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
๒. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งทางด้านสูติติกรรม และกุมารเวชกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิดโดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนด เช่น การจัดอบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR ตามแนวทางปี ๒๐๒๐ เพื่อลดภาวะ Asphyxia และอบรมการส่งต่อ Refer ทารกแรกเกิดอย่างปลอดภัยตามมาตรฐาน STABLE program
๓. มีการตรวจประเมินกำกับติดตาม ให้มีการดูแลมาตรฐานทั้งมารดาที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดโดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนดให้เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานของราชวิทยาลัยที่กำหนดขึ้น
๔. พัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อทั้ง Refer in และ Refer back โดยเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ M หรือ Nodes ให้สามารถดูแลทารกแรกเกิดที่พ้นภาวะวิกฤตและรับกลับมาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่าเพื่อดูแลต่อได้เพิ่มขึ้น

ปลายน้ำ:

๑. เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตโดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง และกลุ่มทารกแรกเกิดครบกำหนดซึ่งมีภาวะความดันเลือดปอดสูง PPHN และ Asphyxia โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ จัดสรรงบประมาณเพื่อจัดหาครุภัณฑ์ เช่น Inhaled Nitric Oxide ซึ่งใช้ในการดูแลรักสาภาวะ PPHN และ Cooling System ซึ่งใช้รักษาในทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง

๒. สร้างแนวทางมาตรฐานในระดับจังหวัด เขตสุขภาพบริการ ในการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดในแต่ละเขตและผลักดัน ติตามกำกับ ให้มีการใช้เป็นแนวทางมาตรฐานเดียวกัน
๓. เตรียมการในการรับกับสถานการณ์โควิด ในทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) โดย
    - Structure: ปรับปรุงโครงสร้างหอผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยป้องกันการติดเชื้อมาสู่บุคลากร
    - Staffs: อบรมทักษะเชิงปฏิบัติการให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีความสามารถในการดูแลรักษาทารกในกลุ่มนี้ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อที่แพร่กระจายจากทั้งคนไข้และบุคลากร ลดความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในบุคลากรและคนไข้
    - Services system and Supplies: จัดระบบแนวทางในการดูแลรักษาทารกกลุ่มเสี่ยงและมีการพัฒนาปรับปรุงตามองค์ความรู้ใหม่เป็นระยะรวมทั้งจัดทำแผน BCP Business Care Plan เพื่อเตรียมการตั้งรับล่วงหน้าในด้านระบบการส่งตัวคนไข้ การดูแลป้องกัน รวมทั้งวัสดุครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
๔. จัดทำโครงการเพื่อของบประมาณในด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เพิ่มเติม รวมถึงอัตรากำลังที่จำเป็นตามการคาดประมาณในเขตสุขภาพบริการที่ไม่เพียงพอ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากสำนักปลัดกระทรวงเพื่อผลักดันให้ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดเป็นหนึ่งในห้าของสาขาหลัก
๒. บุคลากรทางด้านสูติกรรมและกุมารเวชกรรม มีความร่วมมือในการทำงานผ่าน MCH Board
๓. มีการประสานงานกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ราชวิทยาลัยต่างๆ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ กองบริหารงานสาธารณสุข ในการสนับสนุนโครงการดำเนินงานต่างๆ

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

Objectives	มาตราการในการดำเนินการ
ลดป่วย	➢ **การลด preterm delivery**: การให้การศึกษา รณรงค์ให้มีการฝากครรภ์และจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ เพิ่มมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธต่างๆ รวมทั้งการใช้ยา progesterone เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด มีการพิจารณานำเสนอโครงการเพื่อผลักดันให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ ***Reimbursement*** หรือชุดสิทธิประโยชน์ในภาวะกลุ่มโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะ และภาระโรค กลุ่มโรค PPHN ความดันเลือดปอดสูง ได้ดำเนินการของบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการใช้แก๊สไนตริกออกไซด์เพื่อรักษาภาวะนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากกรรมการของ สปสช. แล้ว อยู่ในระหว่างดำเนินการ และนอกจากนี้ยังมีแผนจะนำเสนอชุดสิทธิประโยชน์ หรือ ***Optimum reimbursement*** ของการดูแลรักษาทารก Preterm ทั้งในช่วงแรกเกิดและช่วงรอเลี้ยงโต ➢ **ลด birth asphyxia ลดการติดเชื้อ**: การฝากครรภ์คุณภาพ จัดอบรมห้องคลอดคุณภาพ การกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR การส่งต่อทารกให้มีความปลอดภัย (STABLE program) เน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้ง Online และ Onsite ➢ **ลดความพิการแต่กำเนิด**: การฝากครรภ์คุณภาพ การให้ folic acid แก่หญิงมีครรภ์ และการให้ความรู้แก่หญิงที่พร้อมจะมีบุตร
ลดตาย	➢ **ลดอัตราตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate)** ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากร ➢ **วางระบบเครือข่ายการรับส่งต่อ**ภายในเขตและส่งออกนอกเขต สนับสนุนให้มี intrauterine transfer ➢ **มีระบบฐานข้อมูลและระบบปรึกษาทางไกล** ช่วยเหลือเกื้อกูลกันของแต่ละจังหวัดภายในเขต และจังหวัดนอกเขตที่เป็นจังหวัดรอยต่อ
ลดการรอคอย	➢ **จัดระบบการ refer และบริหารเตียงแบ real-time** ➢ **เพิ่มจำนวนเตียง NICU และเตียง sick-newborn** พร้อมครุภัณฑ์ ให้แก่สถานพยาบาล ➢ **จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง** เพื่อเพิ่มบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ กุมารแพทย์ NNP พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์สาขาอื่นตามความเหมาะสม ➢ **จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่** เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สถานพยาบาลโดยการ เพิ่มจำนวนทุนเรียนต่อ ทำให้มีจำนวนผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น ➢ **เพิ่ม reimbursement** ให้แก่สถานพยาบาล

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๑.ประเด็นตรวจราชการ: ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๒. หัวข้อ: สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๕)	จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ ๒๘ วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราตาย : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ (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	๑,๗๔๗	๓๖๓,๐๓๘	๔.๘๑
๒๕๖๕ (๙ เดือน)	**๙๗๓**	**๒๒๗,๗๐๒**	**๔.๒๗**

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

๔.๑ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม (เป้าหมาย < ๓.๖๐ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ)

เขตสุขภาพ	จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ ๒๘ วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราตาย : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ (A/B) x ๑๐๐๐)
๑	๖๘	๒๐,๓๒๒	**๓.๓๕**
๒	๕๕	๑๔,๘๑๖	**๓.๗๑**
๓	๓๑	๗,๗๘๘	**๓.๙๘**
๔	๕๒	๑๖,๙๔๒	**๓.๐๗**
๕	๑๑๘	๒๓,๕๒๕	**๕.๐๒**
๖	๑๖๙	๒๘,๔๖๗	**๕.๙๔**
๗	๔๗	๑๔,๐๔๐	**๓.๓๕**

เขตสุขภาพ	จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ ๒๘ วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราตาย : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ (A/B) x ๑๐๐๐)
๘	๖๕	๑๗,๖๒๘	**๓.๖๙**
๙	๖๙	๒๑,๘๗๔	**๓.๑๕**
๑๐	๖๙	๑๕,๐๑๓	**๔.๖๐**
๑๑	๑๒๖	๑๙,๕๔๕	**๖.๔๕**
๑๒	๑๐๔	๒๗,๗๔๒	**๓.๗๕**
ประเทศ	**๙๗๓**	**๒๒๗,๗๐๒**	**๔.๒๗**

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

๔.๒ เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เป้าหมาย ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ)

เขตสุขภาพ	จำนวนเตียงNICU (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ เฉลี่ยปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ (B)	อัตรา ๑ : ๕๐๐ (B/A)
๑	๙๕	๓๕,๘๑๖	**๓๗๗**
๒	๗๖	๒๒,๔๘๙	**๒๙๖**
๓	๓๔	๑๔,๑๘๘	**๔๑๗**
๔	๙๖	๒๘,๗๖๘	**๓๐๐**
๕	๑๒๔	๔๓,๒๙๓	**๓๔๙**
๖	๑๑๒	๕๐,๘๔๓	**๔๕๔**
๗	๖๘	๒๕,๘๒๙	**๓๘๐**
๘	๗๕	๓๐,๘๘๘	**๔๑๒**
๙	๑๐๗	๓๗,๒๖๓	**๓๔๘**
๑๐	๖๒	๒๔,๘๙๕	**๔๐๒**
๑๑	๙๔	๓๔,๔๐๑	**๓๖๖**
๑๒	๗๖	๔๖,๙๔๓	**๖๑๘**
ประเทศ	**๑๐๑๙**	**๓๙๕,๖๑๘**	**๓๘๘**

ที่มา: การตรวจราชการรอบ ๒/๒๕๖๕

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm, PPHN, ภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา และมารดาติดเชื้อ COVID-๑๙ จึงทำ	- มีการรวบรวมข้อมูลสาเหตุการตายของทารก การคลอดก่อนกำหนด การมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อแก้ไขปัญหาและ	ร้อยละ ๔.๒๗ A = ๙๗๓ ราย B = ๒๒๗,๗๐๒ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ให้อัตราการเกิด Preterm birth สูงขึ้น	ป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ หามาตรการลด Preterm birth เช่น การใช้ Progesterone, ASA x - มีการทบทวน MCH Broad ทุกปี และมีระบบบริหารจัดการแนวทางการให้บริการ Progesterone เพื่อแก้ปัญหาการเสียชีวิตจาก Preterm	
๒. อัตราตายทารกแรกเกิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น	- จัดอบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิดให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลระดับ A, S ทุกปี ทั้งแผนกสูติกรรมและกุมารเวชกรรม - เพิ่มจำนวนเตียง NICU ให้เพียงพอต่อการคลอดในทุกเขตสุขภาพบริการ - โรงพยาบาลระดับ M๑ สามารถให้บริการดูแลรักษาทารกภาวะกึ่งวิกฤตได้	
๓. ระบบ ANC คุณภาพยังไม่ครอบคลุม	มีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสาขาสูติกรรม และสาขาทารกแรกเกิดตามกระบวนการ ๖ Value MCH Program	
๔. ระบบ Refer Back ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน	- มีการประชุมพัฒนาระบบ refer และการประสานงานเพื่อการส่งต่อ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต - เพิ่มศักยภาพการดูแลทารกไปที่โรงพยาบาลเครือข่ายระดับ M๑ เพื่อลดความแออัด	

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพที่ ๑

- **จังหวัดเชียงใหม่**: Neonatal emergency box เป็นกล่องที่ใช้บรรจุ ยา สารน้ำ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการกู้ชีพ
- **จังหวัดน่าน**: โปรแกรมคำนวณและสั่งการรักษาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ สามารถคำนวณ TPN จากสูตรที่มีทำให้สะดวกต่อการใช้งานของแพทย์ ลดข้อผิดพลาดในการคำนวณ และเชื่อมต่อผ่าน google drive ทำให้แพทย์สามารถสั่ง TPN ที่เตียงคนไข้ได้ในขณะที่ round
- **จังหวัดเชียงราย**: Application การคัดกรองภาวะความผิดปกติของการตรวจคัดกรองการได้ยิน (OAE)

เขตสุขภาพที่ ๕

- จังหวัดสุพรรณบุรี: นวัตกรรม SNB Blood Transfusion monitoring แนวทางการติดตามสัญญาณชีพในทารกที่ได้รับเลือดเพื่อปฏิบัติในแนวทางเดียวกันตามมาตรฐาน ประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว และนวัตกรรมถุงปลอดภัยสายไม่เลื่อนหลุด (Safety bag) : ป้องกัน ปัญหา tube, line เลื่อนหลุด

เขตสุขภาพที่ ๖

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

เขตสุขภาพที่ ๙

- จังหวัดสุรินทร์ : คลินิกเจ้าตัวน้อยติดตามดูแลทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า ๕,๐๐๐ กรัม หลังจำหน่ายแบบ One stop service โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- จังหวัดชัยภูมิ :
  - Nest สำเร็จรูปใช้สำหรับเป็นเบาะรองที่นอนทารกคลอดก่อนกำหนด
  - หมวก Super cap ใช้สำหรับเป็นระบบปดในผู้ป่วยที่ใส่ CPAP
  - กางเกง Minizumo ใช้แทนผ้าอ้อมในทารกคลอดก่อนกำหนดเพื่อวัดปริมาณปัสสาวะ
  - ผ้าคลุมเครื่องสองไฟเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาเด็กตัวเหลือง

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๑. มีข้อสั่งการเชิงนโยบายลงไปในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ โดยประสานงานกับ Service Plan สาขาสูติกรรม ให้เป็นเกณฑ์ตัวชี้วัดหลักระดับประเทศ ให้มีอัตราการคลอดทารกก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < ๓๗ สัปดาห์) ไม่เกินร้อยละ ๕ ภายในระยะเวลา ๓ ปี

๒. แต่งตั้งคณะทำงานวิเคราะห์ ศึกษา หาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มารดาคลอดก่อนกำหนดและออกมาตรการป้องกันให้เป็นรูปธรรม โดยร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ ชมรม สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

๓. ตั้งเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับเขตลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดโดยมีงบประมาณสนับสนุน จัดเป็นโครงการเร่งด่วนพิเศษ

๔. รณรงค์ทำ Campaign ให้มีการสื่อสารสู่สาธารณะ ให้มี Public Awareness ในเรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และอื่นๆ โดยประสานงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในพื้นที่ต่างๆ

๕. M & E: แต่งตั้งคณะทำงานติดตาม ประเมินผลการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนดในระดับเขต และระดับประเทศ มีการติดตามแบบ Online Onsite และมีการรายงานผลการติดตามส่งมาที่ส่วนกลางในทุกไตรมาส

๖. จัดตั้งคณะกรรมการแม่และเด็กในการกำหนดแนวทางมาตรฐานในระดับชาติ ในการออกแนวปฏิบัติในการดูมารดาที่ติดเชื้อโควิดและลทารกที่เกิดจากมารดาโควิดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๗. กำหนดให้แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางได้เป็นสาขาขาดแคลน เพิ่มค่าตอบแทนให้ได้ใกล้เคียงองค์กรอื่นๆ สนับสนุนโควต้าการเข้ารับการฝึกอบรมเป็นกรณีพิเศษ

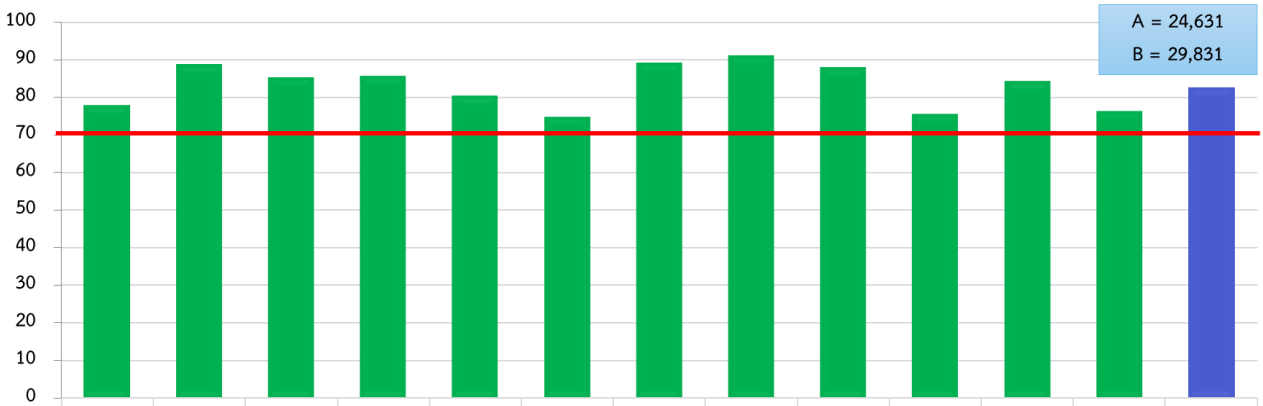
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
หัวข้อ / ตัวชี้วัด : การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)

๑. เป้าหมายและผลงาน

ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)

ผลการดำเนินงาน



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
รอบ 2 ปีงบ 65	77.90	88.67	85.20	85.59	80.28	74.63	89.12	90.97	87.92	75.53	84.25	76.25	82.57

- จำนวนผู้ป่วย Intermediate care* ทุกราย ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index<๑๕ ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือจน Barthel index=๒๐ (A)
  = ๒๔,๖๓๑ ราย
- จำนวนผู้ป่วย Intermediate care* รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา ๖ เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐ (B)
  = ๒๙,๘๓๑ ราย

ที่มาข้อมูล : จากการรายงานของพื้นที่และการนิเทศงานรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๓)

๒. สรุปสถานการณ์

ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐) ผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๓ พบว่า ภาพรวมประเทศผ่าน คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๕๗ โดยมีผู้ป่วยได้รับการบริบาลฟื้นสภาพฯ ทั้งหมด ๒๔,๖๓๑ ราย จากผู้ป่วยฯรายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้าสู่ระบบทั้งหมด ๒๙,๘๓๑ ราย เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๘ (ร้อยละ ๙๐.๙๗) รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๗ (ร้อยละ ๘๙.๑๒) และเขตสุขภาพที่ ๒ (ร้อยละ ๘๘.๖๗) ตามลำดับ ซึ่งหากพิจารณารายจังหวัด พบว่า มีจังหวัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จำนวน ๗ จังหวัด ได้แก่ พะเยา (ร้อยละ ๖๙.๓๔)

เพชรบูรณ์ (ร้อยละ ๖๙.๒๘) พังงา (ร้อยละ ๖๘.๓๙) ระนอง (ร้อยละ ๖๔.๕๒) สมุทรปราการ (ร้อยละ ๕๕.๒๗) ยะลา (ร้อยละ ๕๑.๔๘) และ ตราด (ร้อยละ ๓๙.๓๙)

๓. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

๑) ด้านระบบบริการ

- จากสถานการณ์ COVID-๑๙ ส่งผลให้การดูแลและติดตามขาดความต่อเนื่อง
- การส่งกลับผู้ป่วย (refer back) เพื่อรักษาต่อที่ รพช. มีจำนวนน้อย
- กรณีผู้ป่วยถูกส่งต่อข้ามจังหวัดไม่สามารถติดตามได้
- ผู้ป่วยและญาติบางรายขาดความตระหนักในการดูแลและฟื้นฟูระยะกลาง

๒) ด้านบุคลากร:

- บุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะด้านยังไม่เพียงพอ ได้แก่ พยาบาลฟื้นฟู (๔ เดือน) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด เป็นต้น
- บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย IMC
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังไม่เพียงพอและครอบคลุม

๓) ด้านระบบสารสนเทศ

- การส่งต่อข้อมูลและดูแลต่อเนื่องมีความล่าช้า
- ยังไม่มีระบบส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วยระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่ายที่เป็นรูปแบบเดียวกันและสะดวกต่อการใช้งาน

๔) ด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น

- Intermediate bed/ward ส่วนใหญ่ยังไม่มียาลดเกร็ง (ยา Baclofen บัญชี ข)
- ขาดแคลนเครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุทางการแพทย์สำหรับการดูแลผู้ป่วย IMC

๕) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

- มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน IMC ในพื้นที่ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง
- บางพื้นที่ขาดนโนบาย/ การสนับสนุนที่ชัดเจนจากผู้บริหาร

๖) ด้านงบประมาณ

- ปีงบ ๒๕๖๕ สปสช. ไม่ได้สนับสนุนงบ IP rate พิเศษ ทำให้เขตสุขภาพไม่สามารถเบิกจ่ายค่าบริการแบบ on top IMC ได้

๔. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑) ด้านระบบบริการ

- พัฒนาระบบบริการในรูปแบบ New Normal เพื่อรองรับสถานการณ์ COVID-๑๙
- พัฒนาระบบดูแลและติดตามผู้ป่วย โดยใช้ Telemedicine/ Telerehabilitation
- มีระบบปรึกษาทางไกล (Teleconsultation) ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย
- พัฒนาเครือข่าย/เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่อง

๒) ด้านการพัฒนาบุคลากร

- พื้นที่: จัดทำแผนเพิ่มอัตรากำลัง/แผนพัฒนาบุคลากรในวิชาชีพที่ขาดแคลน
- ส่วนกลาง: เสนอกรอบอัตรากำลังของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องใน รพ. แต่ละระดับ เพื่อให้เพียงพอและเหมาะสมกับภาระงาน

๓) ด้านระบบสารสนเทศ

- พื้นที่: พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย IMC ระหว่าง รพ.แม่ข่าย และลูกข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่อง (พิจารณาตามความพร้อมของพื้นที่ เช่น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเอง Line, Google sheet เป็นต้น)
- ส่วนกลาง: พัฒนาระบบสารสนเทศที่เป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศ

๔) ด้านงบประมาณ

- ส่วนกลาง: ผลักดันข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ที่เหมาะสม

๕. ปัจจัยความสำเร็จ

๑) มีเครือข่ายบริการภายในจังหวัดที่เข้มแข็ง และมีการบูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน

๒) การพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับการส่งต่อและระบบ teleconsultation เพื่อติดตามข้อมูลผู้ป่วย และเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วย

๓) การจัดอัตรากำลังคนที่เหมาะสมและจัดอบรมเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วย

๔) มีการจ่ายค่าบริการสำหรับผู้ป่วย IMC ที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เปิดบริการ

๖. ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑) การพัฒนาการให้บริการ IMC ให้ได้คุณภาพ ทั้งทางด้านโครงสร้าง ระบบบริการ และบุคลากร

- จังหวัดมีการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ ยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้เพียงพอต่อการให้บริการ
- เยี่ยมเสริมพลังในแต่ละเขตสุขภาพ
- มีระบบส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลภายในจังหวัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

๒) การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

- มีแผนการบริหารกรอบอัตรากำลังของเขตสุขภาพ ตามวิชาชีพที่ขาดแคลน
- มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในวิชาชีพที่ขาดแคลน และดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๒. หัวข้อ: การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)

	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
รอบ 2 ปีงบ 65	77.90	88.67	85.20	85.59	80.28	74.63	89.12	90.97	87.92	75.53	84.25	76.25	82.57

- จำนวนผู้ป่วย Intermediate care* ทุกราย ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < ๑๕ ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือจน Barthel index=๒๐ (A)
  = ๒๔,๖๓๑ ราย
- จำนวนผู้ป่วย Intermediate care* รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา ๖ เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐ (B)
  = ๒๙,๘๓๑ ราย

ที่มาข้อมูล : จากการรายงานของพื้นที่และการนิเทศงานรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๓)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๑		
๑. จากสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙ ทำให้ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านและให้การฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องได้ รวมทั้งผู้ป่วยไม่สามารถออกมารับบริการได้ ส่งผลให้ขาดการกำกับติดตามและ intensive program ขาดความต่อเนื่อง ๒. การส่งกลับผู้ป่วย (refer back) เพื่อรักษาต่อที่ รพช. ตามแนวทางของ IMC ๓. ข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ไม่เพียงพอและภาระงานที่มากขึ้นโดยเฉพาะจากสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙ ๔. ขาดแคลนยาที่จำเป็น โดยเฉพาะยาสำหรับการลดเกร็ง ๕. ขาดอุปกรณ์/ครุภัณฑ์ที่จำเป็น อุปกรณ์ในการฟื้นฟูผู้ป่วยยังไม่ครบถ้วนและเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด และยังขาดอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ๖. การสนับสนุนเงินชดเชยการให้บริการ on top IMC	๑. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ให้ได้รับการดูแลและติดตามจนครบ ๖ เดือน ตาม KPI ๒. พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียนส่งต่อและติดตามผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพทั้งองค์ความรู้และทักษะเพื่อการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ๔. ดำเนินการพัฒนาจัดทำระบบเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยที่ส่งกลับระหว่าง รพ.แม่ข่ายและ รพช. (ในจังหวัดที่มีปัญหาเรื่องการใช้โปรแกรมในการเก็บข้อมูลและติดตามผู้ป่วย) เช่น การพัฒนาโปรแกรม PIMC, COC-link ๒๐๒๐ หรือ CM-IMC เป็นต้น ๕. ควรมีการกำหนดเงินสนับสนุนการให้บริการ on top IMC ให้ครอบคลุมและเท่าเทียมทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ	ร้อยละ ๗๗.๙๐ A = ๒,๙๓๐ ราย B = ๓,๗๖๑ ราย
เขตสุขภาพที่ ๒		
๑. แนวทางการรับส่งต่อและจำหน่ายผู้ป่วยยังมีความไม่สอดคล้องกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย ทำให้ไม่สามารถส่งกลับผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการฝึกแบบ IPD ๒. อุปสรรคในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน และการประเมินความคืบหน้า เนื่องจากสถานการณ์โควิด ระยะทางไกล และไม่มีรถออกให้บริการ ๓. ขาดทีมฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟู ๕ วัน หรือ ๔ เดือน นักกิจกรรมบำบัด	๑. มีแผนการดูแล (Care plan) จาก รพ. แม่ข่าย สู่ รพ. ลูกข่าย และแผนการจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Discharge plan) ๒. มีแผนการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจากระยะกลางสู่การดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long term care) และแบบประคับประคอง (Palliative care) อย่างต่อเนื่อง ๓. มีแผนพัฒนาบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โดยจัดรวมในภาพเขตสุขภาพ ๔. พัฒนาการเก็บข้อมูลระดับจังหวัดเป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อง่ายต่อการติดตามผู้ป่วย โดยเป็น “โปรแกรมเก็บข้อมูล New IMC Program”	ร้อยละ ๘๘.๖๗ A = ๑,๗๓๗ ราย B = ๑,๙๕๙ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๔. ระบบข้อมูลที่ผิดพลาด ระบบฐานข้อมูลที่ไม่เชื่อมโยงกัน		
เขตสุขภาพที่ ๓		
๑. ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลต่อเนื่องที่ตึกผู้ป่วย นักกายภาพบำบัดมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ ๒. การจัดระบบเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลและการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจนและ ไม่มี Data center ๓. ขาดแคลนวัสดุ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง	๑. จัดทำแผนกำลังคน IMC โดยของบสนับสนุนจากเขตสุขภาพ ส่งบุคลากรอบรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หลักสูตร ๔ เดือน ให้ครบทุก รพช. อย่างน้อย รพช.ละ ๑ คน ๒. มีการบันทึกข้อมูลทะเบียน IMC โดย การเขียน Note ใน HosXp ทุกรายและมีการบันทึกข้อมูล Barthel index หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ๗ วัน และทุก ๑, ๓, ๖ เดือนหลังจากที่ทีมกายภาพบำบัด และ รพ.สต ลงติดตามเยี่ยมบ้านทันที ๓. สร้างเครือข่ายระบบการดูแล ส่งต่อ และ consult	ร้อยละ ๘๕.๒๐ A = ๙๒๗ ราย B = ๑,๐๘๘ ราย
เขตสุขภาพที่ ๔		
๑. การส่งกลับผู้ป่วย ระบบ Refer Back เพื่อรับบริการ IMC bed/ward ในจังหวัด ๒. ส่วนใหญ่ Intermediate bed/ward ส่วนใหญ่ไม่มียาลดเกร็ง (ยา Baclofen บัญชี ข) ๓. ศูนย์ร่วมสุขบางแห่งยังขาด เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น และยังไม่มีคลังอุปกรณ์ ศูนย์ซ่อมแซ่มอุปกรณ์ รวมไปถึงงบในการการปรับสภาพบ้าน ๔. การพัฒนาศักยภาพ ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แก่สหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและอาสาสมครฟื้นฟูชุมชน ๕. ผู้ป่วยและญาติบางรายขาดความตระหนักในการดูแลและฟื้นฟูสภาพในช่วงระยะกลาง	๑. ทำแผนทบทวนแนวทางการ Refer Back เพื่อรับบริการ IMC bed/ward ในจังหวัด ผ่านระบบ Smart COC ๒. พัฒนาระบบเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างศูนย์ประสาน IMC แม่ข่ายกับรพท./รพช. ในจังหวัด ๓. พัฒนาระบบมาตรฐาน Intermediate Bed/Ward ที่ชัดเจน ทั้งทางด้านโครงสร้าง ยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็น วัสดุทางการแพทย์ และระบบบริการ ๔. อบรมทักษะการดูแลผู้ป่วย IMC ระยะสั้น ๕. สนับสนุนการส่งอบรมภายในเขตสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลฟื้นฟู (หลักสูตร ๔ เดือน) ๖. จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นประจำศูนย์ รวมทั้งพัฒนาศูนย์ยืม-คืนอุปกรณ์และศูนย์ซ่อมแซมในจังหวัด ๗. จัดกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง สร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ (Empowerment & Psycho Support) สร้างเป้าหมายในการรักษาร่วมกัน และจัดอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ Care giver	ร้อยละ ๘๕.๕๙ A = ๑,๐๙๙ แห่ง B = ๑,๒๘๔ แห่ง
เขตสุขภาพที่ ๕		
๑. การส่งกลับผู้ป่วย (refer back) เพื่อรักษาต่อที่ รพช. น้อย	๑. เพิ่ม node IMC ในแต่ละ รพช. และพัฒนาระบบ refer back ให้ชัดเจนและปฏิบัติได้ พร้อมทั้งสนับสนุน Telemedicine	ร้อยละ ๘๐.๒๘ A = ๒,๖๙๑ ราย B = ๓,๓๕๒ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๒. ระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานอยู่ในช่วงพัฒนาและผู้ป่วยและญาติไม่พร้อมที่จะอยู่รักษาจนครบ ๑๔ วัน ๓. ขาดแคลนบุคลากร และเครื่องมืออุปกรณ์ยังไม่เพียงพอ	๒. พัฒนาระบบส่งต่อและติดตามข้อมูล และสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย IMC ในชุมชน ๓. พัฒนาบุคลากรและติดตามการใช้เตียง IMC ที่ รพช.	
เขตสุขภาพที่ ๖		
๑. จากสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙ ทำให้ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านและให้การฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องได้ ๒. ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการเข้ารับบริการฟื้นฟู ๓. การส่งกลับผู้ป่วย (refer back) เพื่อรักษาต่อที่ รพช. น้อย และมีความกังวลเรื่องการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในรายมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปัญหาทางระบบหายใจ เป็นต้น ๔. ปัญหาเครือข่ายอินเตอร์เน็ตที่บ้านผู้ป่วย หรือผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์ ทำให้ติดตามในรูปแบบออนไลน์ไม่ได้ ๕. ไม่ได้รับเงิน on top IMC ตามที่ลงข้อมูลในระบบ ๖. ขาดบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ พยาบาลฟื้นฟู หลักสูตร ๑ เดือน และ ๔ เดือน	๑. สนับสนุนให้โรงพยาบาลสร้างช่องทางเชื่อมต่อกับหน่วยบริการและผู้ป่วยเพื่อติดตามและให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น video call Facebook และให้บริการ home program เป็นต้น ๒. สร้างเครือข่ายด้านสุขภาพให้มีความรู้ทักษะในการฟื้นฟูผู้ป่วยขั้นพื้นฐานในระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกตำบล ๓. จัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการฟื้นฟูผู้ป่วยให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน ๔. ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น และประสานงานกับ สปสช. เขต ๖ โดยตรง ๕. แนะนำทีมเยี่ยมบ้านออกเยี่ยมบ้านเพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องที่ รพ.ในจังหวัด หรือ รพ.เอกชน ทั้งนี้ ทีมเยี่ยมสำรวจสามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทางระบบ COC เพื่อให้รับการดูแลต่อเนื่องได้ ๖. เพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยเฉพาะราย และสนับสนุนการสงอบรมพยาบาลฟนฟู	ร้อยละ ๗๔.๖๓ A = ๒,๓๘๐ ราย B = ๓,๑๘๙ ราย
เขตสุขภาพที่ ๗		
1. จากสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙ ทำให้ระบบบริการแบบ intensive rehab ลดลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและมีผลกระทบต่อระบบบริการการฟื้นฟูทั้ง ๓ รูปแบบ 2. บุคลากรไม่เพียงพอและขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมฟื้นฟู	๑. เปลี่ยนรูปแบบบริการเป็น Telemedicine ๒. มีการเชื่อมโยงด้วยระบบสามหมอ โดยการเยี่ยมบ้านแบบ New Normal (Telemedicine) ๓. มีศูนย์ฝึกการดูแลก่อนจำหน่าย มีศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ ๔. การพัฒนาศักยภาพสหสาขา สนับสนุนงบประมาณและสนับสนุนด้านฝึกอบรมทั้งระยะสั้น และระยะยาว	ร้อยละ ๘๙.๑๒ A = ๑,๕๖๕ ราย B = ๑,๗๕๖ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
3. ระบบข้อมูลการเข้าถึงผู้ป่วย การส่งต่อและเชื่อมโยงบริการ ๓ หมอ จากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 4. รูปแบบการส่งออกข้อมูลผู้ป่วย IMC ของแต่ละหอผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่วางไว้ และ รพช.ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนเมื่อรับ refer ผู้ป่วยกลับ	๕. พัฒนาระบบเชื่อมต่อกับทาง Service plan: Capture the fracture (FLS) เพื่อความครอบคลุมเป็นระบบ ๖. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัดและระดับเขต และจัดทำฐานข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยของระบบการส่งต่อในเขตสุขภาพ	
เขตสุขภาพที่ ๘		
๑. ขาดแคลนอัตรากำลังในระบบบริการฟื้นฟู ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลฟื้นฟู หลักสูตร ๔ เดือน ๒. การติดตามการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ๓. จำนวนเตียงและอุปกรณ์การแพทย์ยังไม่เพียงพอ	๑. มีแผนสนับสนุนบุคลากรให้เพียงพอสำหรับการให้บริบาลฟื้นสภาพเพิ่มขึ้น ๒. มีแผนเพิ่มการติดตามผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้านให้ได้รับการฟื้นฟูใน รพ.ใกล้บ้าน อย่างต่อเนื่อง ๓. มีแผนรายการครุภัณฑ์เพื่อเตรียมขอสนับสนุนงบจากเขตสุขภาพ	ร้อยละ ๙๐.๙๗ A = ๓,๗๘๖ ราย B = ๔,๑๖๒ ราย
เขตสุขภาพที่ ๙		
๑. ขาดการติดตามข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วย IMC ที่จำหน่ายจาก รพศ. ไป รพ.สต. ๒. การติดตามเยี่ยมบ้านในสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙ ๓. ความเพียงพอของอัตรากำลังคน	๑. เพิ่มบทบาทของ รพ. A และ S ในการประสานงานติดตามข้อมูลผู้ป่วยและการให้บริการปรึกษาทางไกล ๒. เพิ่มการเยี่ยม นิเทศ สร้างความเข้าใจการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย IMC ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ๓. พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย IMC แก่ อสม. ๔. เพิ่มช่องทางการติดต่อในสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙ ผ่านระบบ Line official	ร้อยละ ๘๗.๙๒ A = ๑,๙๗๙ ราย B = ๒,๒๕๑ ราย
เขตสุขภาพที่ ๑๐		
๑. ขาดแคลนอัตรากำลังในระบบบริการฟื้นฟู เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด พยาบาลฟื้นฟู และนักกายภาพบำบัด ๒. ระบบการส่งต่อหลากหลายโปรแกรม (PRM / COC/ Pt soft /Smart refer) ๓. ขาดระบบฐานข้อมูลสำหรับผู้ป่วย IMC ที่สะดวกต่อการใช้งานและสรุปงาน ๔. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการไม่เพียงพอและทั่วถึง	๑. มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานภายในจังหวัด มีแผนส่งบุคลากรอบรมเฉพาะทาง ๒. จัดเครือข่ายให้บริการ IMC ในจังหวัด ๓. ติดตามคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วย IMC ทั้ง OPD/IPD/ home visit ๔. พัฒนาระบบ Refer Back ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยผ่านระบบ Telemedicine	ร้อยละ ๗๕.๕๓ A = ๑,๖๐๕ ราย B = ๒,๑๒๕ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๕. เงินสนับสนุนการให้บริการ On top IMC ในปี ๒๕๖๔ ถูกยกเลิก		
เขตสุขภาพที่ ๑๑		
๑. ขาดแคลนอัตรากำลัง ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ๒. การจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบและใช้โปรแกรมที่หลากหลายภายในจังหวัด ๓. ไม่มีห้องน้ำคนพิการในหอผู้ป่วยใน ๔. ขาดแคลนเครื่องช่วยความพิการ ๕. ไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการให้บริการ IMC bed/ward ๖. การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทาง และการจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบ ใช้โปรแกรมที่หลากหลายภายในจังหวัด	๑. จัดอบรมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลฟื้นฟูให้ได้ตามหลักสูตรที่กำหนด ๒. จัดทำระบบยืม-คืนอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการจาก รพ.แม่ข่าย ๓. ปรับปรุงโครงสร้างห้องคนพิการและจัดทำแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ๔. พิจารณาเพิ่มอัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพให้ครบตามกรอบที่กำหนด	ร้อยละ ๘๔.๒๕ A = ๒,๐๒๘ ราย B = ๒,๔๐๗ ราย
เขตสุขภาพที่ ๑๒		
๑. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-๑๙ ทำให้การบริการลดลง ในรพ.ระดับ M และ F ส่งผลต่อการ refer back เพื่อทำ intensive rehab ซึ่งอาจมีผลต่อ Quality of life ๒. ความพร้อมการให้บริการ IMC แต่ละโรงพยาบาลชุมชนแตกต่างกัน ๓. ขาดแคลนครุภัณฑ์ทางการแพทย์สำหรับดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ๔. ในโครงสร้างกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูไม่มีตำแหน่งพยาบาลฟื้นฟู	๑. พัฒนาระบบบริการ new normal rehabilitation ๒. พัฒนาระบบสารสนเทศ การส่งต่อข้อมูล แบบ two way communication ๓. พัฒนาเชื่อมต่อข้อมูลกับ HHC, COC ๔. พัฒนารูปแบบ Telemedicine, Tele consult ร่วมกับ รพช. / Primary care ๕. พัฒนาศักยภาพทีมด้านการดูแล Hip fracture	ร้อยละ ๗๖.๒๕ A = ๑,๙๐๔ ราย B = ๒,๔๙๗ ราย

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
เขตสุขภาพที่ ๑	**แม่ฮ่องสอน :** ๑. การสอนผ่าน VDO call ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด โดยนักแก้ไขการพูด โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง (อยู่ระหว่างดำเนินการ) มีการวางแผนการสอนทำกายอุปกรณ์ จาก รพ.แม่ข่ายให้แก่ รพช. ๒. การจัดทำรายงานทาง Google Sheet ๓. จัดทำสื่อการสอนโปสเตอร์รูปภาพ “การฟื้นฟูสมรรถภาพ” ๔. การทำ Shoulder – Bobath sling จากวัสดุเหลือใช้เพิ่ม **ลำพูน :** พัฒนา protocol ในการดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยตามบริบทของพื้นที่ โดยการนำ telemedicine เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาล **เชียงใหม่ :** ๑. โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (Speedy Plan) สำหรับโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลในเครือข่าย และโปรแกรมระบบกายภาพบำบัด / ฟื้นฟูสภาพทางไกล (Speedy Tele) สำหรับผู้รับบริการ ๒. การอบรมพัฒนาศักยภาพการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง รูปแบบ E-Learning สำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และพยาบาล รพ.สต. ของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๒ จ.เชียงใหม่ ๓. โครงการวิจัยรูปแบบการพัฒนาระบบการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ระดับแม่ข่ายโรงพยาบาลสันทราย และการเชื่อมโยงสู่เครือข่ายบริการโซนสอง จังหวัดเชียงใหม่ ๔. โปรแกรมการบันทึกการให้บริการและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย (โปรแกรม CM-IMC) ๕. App sheet for IMC และ โปรแกรมบันทึกข้อมูลคนพิการอำเภอสารภี **น่าน :** ๑. ประสานการใช้ข้อมูลผ่านระบบ Thai COC ของผู้รับผิดชอบงานมากขึ้น มีการเพิ่มช่องทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจาก รพ.แม่ข่าย ผ่านกลุ่ม Line หรือโทรประสานงานโดยตรงกรณีเร่งด่วน และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ไปยังโรงพยาบาลชุมชน ๒. การรายงานติดตามผู้ป่วยจนครบ ๖ เดือนหรือจน BI = ๒๐ โดยการสร้างระบบ google form เพื่อความสะดวกและต่อเนื่องของข้อมูลในการรายงานของทีมเยี่ยมติดตาม เช่น กรณี OPD Case ให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ OPD/IPD Case ให้กับทีมกายภาพบำบัด รพ.ชุมชนทุกแห่ง ส่งข้อมูลเข้าระบบผู้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓. การพัฒนาหอผู้ป่วยใน รพ.ภูเพียง (๑๐ เตียง) เพื่อรองรับผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองน่าน ภูเพียง และใกล้เคียงในการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องของผู้ป่วย IMC (และวางแผนเปิด IMC ward (๖ เตียง) ที่ รพร.ปัว เมื่ออาคารผู้ป่วยใน ๑๑๔ เตียงสร้างแล้วเสร็จ) **แพร่ :** ๑. มีโปรแกรม PIMC ทั้ง ๕ กลุ่มโรค ได้แก่ Hip fracture , Ischemic stroke, Hemorrhagic stroke, Spinal cord injury, Traumatic brain injury ใช้ในการส่งต่อ ติดตาม ดูแลให้การรักษาต่อเนื่องในแต่ละพื้นที่ของจังหวัดแพร่ โดยข้อตกลงระหว่างเขตสุขภาพที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๔/๖/๖๕ จะใช้โปรแกรม PIMC ในการดูแลส่งต่อผู้ป่วย IMC ทั้งเขตสุขภาพที่ ๑

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	๒. มีการเปิด IMC ward ที่ส่งจาก รพ.แพร่ จำนวน ๒ แห่งคือ รพ.สูงเม่น จำนวน ๖ เตียง (๑ ต.ค ๖๕) และ รพ.ร้องกวาง จำนวน ๔ เตียง (๑ ก.ค ๖๕) ๓. มี Line OA แต่ละกลุ่มโรค ที่ให้ความรู้และคำปรึกษาโดยทีมนักกายภาพบำบัดเวียงโกศัย ๔. มีระบบ Tele consult ระหว่างนักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลแพร่และโรงพยาบาลชุมชน ๑ครั้ง/เดือน ๕. มีระบบติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และ Tele rehabilitation ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน **ลำปาง :** ๑. จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาระบบการดูและผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) จ.ลำปาง และแผนพัฒนาศักยภาพผู้ที่ดูแลรักษาผู้ป่วย IMC รวมถึงมีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการติดตาม และฝึกผู้ป่วยแบบ Tele-rehab ๒. ทบทวน และ Update แนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วย IMC ของจังหวัดลำปาง จากโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชุมชน (admit for less intensive rehab) และการส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง ในรูปแบบของ IMC ward (admit for intensive rehab) ๓. มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล การรักษา และติดตามผล โดยโปรแกรม COC link ๒๐๒๐ และเชื่อมข้อมูลกับโรงพยาบาลชุมชน และ Application เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดูแลต่อไป ๔. ประเมินผลการดูแลรักษา ฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วย IMC ของจ.ลำปาง โดยรูปแบบโครงการวิจัยของรพ.เวชชารักษ์ ลำปาง ร่วมกับรพ.ทุกแห่งในจังหวัด (กำลังอยู่ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลการวิจัย) **พะเยา :** กลุ่มโรคที่เข้ารับบริการ IMC มี ๕ กลุ่มโรค โดยเพิ่มเติมจาก Stroke, TBI, SCI ได้แก่ Post-op ortho (hip fracture) และ chronic wound **เชียงราย :** โครงการวิจัย “ประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง เมื่อเทียบกับการฟื้นฟูแบบเดิมที่โรงพยาบาลระดับชุมชน”
เขตสุขภาพที่ ๒	**พิษณุโลก :** ๑. การพัฒนาการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองให้ครบถ้วนในโปรแกรมบริการ (Hosxp) ได้แก่ จำนวนครั้งการฟื้นฟูสภาพและการประเมิน Barthel index ในการจัดสรรงบพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ (QOF) ของ สปสช. ๒. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ มีการให้บริการผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับบริการแบบ OPD หรือชุมชน โดยสอบถามช่องทางที่ผู้ป่วยสะดวก มีการโทรศัพท์หรือไลน์ติดตามเดือนละ ๑-๒ ครั้ง **สุโขทัย :** มีธนาคารยืมกายอุปกรณ์ของโรงพยาบาลสุโขทัยและศรีสังวรสุโขทัย **อุตรดิตถ์ :** ๑. มีการปรับการดูแลผู้ป่วยโดยมีการประเมินผู้ป่วยและแบ่งกลุ่มย่อยตาม BI เพื่อปรับการให้บริการในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ๒. มีการบูรณาการการดำเนินงานด้าน IMC- LTC – PC

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	๓. มีการนำโปรแกรม UTT care และ UTT seamless care มาใช้ ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลมีความสะดวกและถูกต้องมากขึ้น
เขตสุขภาพที่ ๓	**นครสวรรค์ :** โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครสวรรค์ สามารถให้การดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางได้เอง (ส่งทำ CT Scan ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แล้วรับผู้ป่วยกลับไปดูแลเองที่โรงพยาบาลชุมชนต่อไป)
เขตสุขภาพที่ ๔	๑. การบริการ Tele – Rehabilitation : ฟื้นฟูและติดตามทางไกลผ่าน VDO call ๒. คลิปวิดีโอการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๓. คลิปวิดีโอในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกมาใช้ให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ๔. พัฒนา Home Program และคู่มือสำหรับผู้ป่วยและญาติ Care giver อสม. และการดูแลผู้สูงอายุ ให้ง่าย สะดวกต่อการเข้าถึง เช่น คลิปวิดีโอ ผ่าน YouTube เพิ่มช่องทางการให้คำแนะนำและติดตามผู้ป่วยให้สามารถติดต่อนักกายภาพบำบัดผ่านทาง Line Open chat ช่วยส่งผลต่อการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องได้ดี ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ
เขตสุขภาพที่ ๖	**สระแก้ว :** ๑. จัดทำคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบบูรณาการ จังหวัดสระแก้ว ๒. บูรณาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย IMC ร่วมกับระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care: COC) และส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Thai COC โดยมีแพทย์แผนไทยร่วมเป็น Manager กับทีมสหวิชาชีพ IMC **สมุทรปราการ :** ๑. นวัตกรรมที่นอน "สบายใจ" เป็นที่นอนที่ทำจากถุงน้ำยาล้างไตบรรจุเจล ซึ่งใช้แทนที่นอนลม ประหยัดค่าใช้จ่ายและลดปริมาณขยะ (ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับเขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒) ๒. นวัตกรรมผ้าอ้อม "ร่วมใจ" ผ้าอ้อมเย็บจากผ้าและใช้แผ่นรองใช้แทนผ้าอ้อมสำเร็จรูปทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและลดปริมาณขยะ (ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับเขตสุขภาพที่ ๖ และได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ ๒ ระดับประเทศ) ๓. ที่ยกแขนสูง ลดอาการบวมบริเวณปลายมือ เริ่มทดลองใช้ปี ๒๕๖๓ (ร่วมกับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกแขนที่ลดอาการบวมบริเวณปลายมือ) **ปราจีนบุรี :** ใช้ระบบ Telemedicine เพื่อใช้ทรัพยากรร่วมกัน มีการจัดโปรแกรมการกระตุ้นกลืนให้ผู้ป่วยแบบออนไลน์ โดยในขั้นต้นทำการสอนนักกายภาพบำบัดใน รพช. ผ่านระบบออนไลน์ก่อน เมื่อนักกายภาพบำบัดมีความพร้อม จึงให้ฝึกผู้ป่วยร่วมกับนักกิจกรรมบำบัดแนะนำผ่านระบบออนไลน์จากโรงพยาบาลศูนย์ **ชลบุรี :** ๑. เปิดบริการ Day care ที่องค์การบริการส่วนตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ เพื่อให้บริการผู้ป่วย Intermediate Care และ Long Term Care ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยองค์กรปกครอง

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	ท้องถิ่น เป็นเจ้าภาพตั้งแต่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๓ และโรงพยาบาลชลบุรีร่วมลงนาม MOU กับเทศบาลบ้านสวน อำเภอ เมืองชลบุรี เมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๔ เพื่อร่วมดำเนินการเตรียมความพร้อม และเปิดบริการ Day care ใน ปลายปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ๒. Telerehabilitation ในงานบริการ OPD IMC โรงพยาบาลชลบุรีตั้งแต่มิถุนายน ๒๕๖๔
เขตสุขภาพที่ ๗	**ขอนแก่น :** มีภาคีเครือข่าย Stroke ที่สามารถดำเนินการค้นหาและติดตามผู้ป่วย IMC เชิงรุกในชุมชน ประสานงานและทำการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง และมีการใช้โปรแกรม Stroke@BI ในการส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วย acute, intermediate และ long term care **ร้อยเอ็ด :** มีโปรแกรม Nemocare Roi-ET เป็นโปรแกรมส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วย IMC ที่เชื่อมโยงทั้งระบบ
เขตสุขภาพที่ ๘	**หนองคาย :** ๑. มีการประสานงานเชื่อมโยงกันระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพ. Node ๒. มีแผนและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ๓. มี QR code for Home PT program สำหรับผู้ป่วยในการดูแลตัวเองที่บ้าน **สกลนคร :** จัดทำโปรแกรม IMC SAKON NAKHON (google.com) สำหรับการใช้ส่งต่อและตอบกลับข้อมูลผู้ป่วย IMC ในจังหวัดสกลนคร
เขตสุขภาพที่ ๙	**นครราชสีมา :** ๑. การจัดบริการและจัดระบบศูนย์สุขภาพ “สุขใจใกล้บ้าน” สนับสนุนการสร้างเครือข่าย เปิดศูนย์สุขใจใกล้บ้าน โดยการมีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ๑แห่ง/อำเภอ ทุกอำเภอ ๒. จัดระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วย IMC ที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาล NODE ระบบ Zoom meeting : IMC Tele Consult ทุกวันพฤหัสบดี **ชัยภูมิ :** ๑. IMC Notification พัฒนาระบบการสร้าง IMC code แบบอัตโนมัติผ่าน Line notification เพื่อเป็นระบบการส่งปรึกษา (consult) ทีมสหวิชาชีพอัตโนมัติ ซึ่งช่วยลดการลงข้อมูลซ้ำซ้อน ส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ๒. Tele-rehabilitation เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพ ให้แก่ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะกลาง ๓. PMIC โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องระยะกลาง ซึ่งเป็นโปรแกรมซึ่งสามารถเชื่อมต่อข้อมูลบางส่วนจากแม่ข่ายในการส่งต่อ ช่วยลดขั้นตอนในการบันทึกข้อมูล ซึ่งจะเพิ่มเวลาในการให้บริการผู้ป่วยได้
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๑. การพัฒนาการให้บริการฟื้นฟูสภาพโดยใช้นวัตกรรมสวนฝึกเดินสามมิติอินดอร์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ๒. มหาวิทยาลัยราชภัฏ ร่วมกับโรงพยาบาลศรีสะเกษเตรียมเปิดศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง ณ ตึกคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษปี ๒๕๖๕ ๓. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์กรมหาชน) ได้เลือกโรงพยาบาลศรีสะเกษ และอำนาจเจริญเข้าร่วมโครงการช่วยฝึกเดินในผู้สูงอายุและคนไข้ในระยะ Intermediate Care
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑. มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ในการจัดตั้ง Day care Center จำนวน ๙ แห่ง ในจังหวัดกระบี่ สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต และนครศรีธรรมราช ๒. มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในจังหวัด (แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด)

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	๓. ทุกจังหวัดมีการใช้ระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูล ติดตามผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยผ่านระบบ Tele – Raheb
เขตสุขภาพที่ ๑๒	**ตรัง :** บริการ new normal rehabilitation ในช่วง COVID-๑๙ ทีม IMC รพ.ตรัง วางแผนทำระบบ Tele consult กับ ทีม IMC รพช. ทีม IMC รพ.ตรัง ทำระบบ Telemedicine เยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีม รพ.สต.และทีม HHC **พัทลุง :** ได้รับสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูจังหวัดจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน ๓ ศูนย์ตามโซนเหนือ กลาง ใต้ (อำเภอควนขนุน เขาชัยสน ปากพะยูน) โดย รพ.พัทลุง เป็นพี่เลี้ยงในการอบรมความรู้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยแก่อาสาสมัคร และมีแผนจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูเพิ่มเติมอีก ๓ ศูนย์ในปี ๒๕๖๖ **สงขลา:** นำโปรแกรม PRM referral network มาใช้ในการส่งต่อข้อมูล จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ระดับ A และ S ไปยังโรงพยาบาลลูกข่าย ระดับ M และ F และธนาคารศูนย์สร้างสุข โดยการจัดตั้งศูนย์สาธิตยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ **สตูล:** พัฒนาระบบ Community based IMC : ศูนย์ CBR มีศูนย์ CBR ๕ ศูนย์ ครอบคลุม ๕ อำเภอ (๗๑%) พัฒนาระบบ Tele-consul ในเครือข่าย และพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยผ่าน Telemedicine ครอบคลุมทุกอำเภอ **ยะลา:** มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย IMC แบบ New Normal พัฒนาให้เกิด Application- Yala IMC กับโปรแกรม Home Health Care สนับสนุนการดำเนินงาน IMC Ward ๒ แห่ง ที่ รพ.ยะหา และรพศ.ยะลา **นราธิวาส:** สามารถส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานทุติยภูมิ และปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ รวมทั้งยังสามารถส่งต่อผู้ป่วย จาก Intermediate cate ไปสู่ Long term care ได้อย่างมีประสิทธิภาพ **ปัตตานี:** มีการ Refer back ผู้ป่วยโดยใช้ โปรแกรม Thai refer ให้ รพช.ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการ IMC ง่ายขึ้น

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
เขตสุขภาพที่ ๑	**สำหรับพื้นที่ :** ๑. ลดแออัด ลดรอคอย ในผู้ป่วยกลุ่ม NCDs, กระจายผู้ป่วย DM, HT ที่ควบคุมได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรับการดูแลรักษาใน รพช.และ รพ.สต. ส่วน รพท.รับดูแล เฉพาะ DM, HT ที่มีภาวะแทรกซ้อน ๒. ทบทวนแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย เพิ่มการประสานงานกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย IMC รวมถึงการจัดทำเกณฑ์ และ Flow การรับและส่งต่อผู้ป่วย IMC ระหว่างวิชาชีพ/แผนก/สาขา ในแต่ละโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับลูกข่าย ๓. ดำเนินการประชุม/ทบทวนและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพระยะกลาง การเก็บข้อมูลผลลัพธ์การดูแลและติดตามต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ๔. เสนอขอเพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลแม่ข่าย และใช้บุคลากรร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล กรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือขาดแคลน ๕. การพัฒนาบุคลากรของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ และพัฒนาทักษะด้านการฟื้นฟู ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติ พัฒนา IMC ของทีมนักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด การอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ภาคีเครือข่ายและผู้ดูแล และการเพิ่มกรอบบุคลากรที่จำเป็นสำหรับงาน IMC ภายในจังหวัด เช่น พยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๔ เดือน นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
	๖. จัดคอร์สฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม IMC ในรูปแบบ online/onsite เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น จัดประชุมเชิงวิชาการ โดย case conference เสริมวิชาการ เช่น OT, PO, speech และแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ดีในแต่ละ รพช. เช่น telehealth อย่างน้อย ทุก ๓ เดือน (ทั้งแบบ online + onsite) เป็นต้น ๗. พัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐาน Intermediate Bed โดยเฉพาะขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย ควรมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ผู้ดูแล ภาคส่วนต่างๆ เช่น สังคมสงเคราะห์ พมจ. อปท. ชมรม/เครือข่ายต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ๘. สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-๑๙ ทำให้มีความยากในการติดตามรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ การพัฒนาระบบ Teleconsultation/rehabilitation เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ปรับรูปแบบการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้านในสถานการณ์การระบาด COVID-๑๙ หากมีการเตรียมความพร้อมในการวางระบบ Tele-Rehab consult ดังกล่าวจะพัฒนาใช้ในรูปแบบเครือข่ายทั้งจังหวัดและเขตสุขภาพต่อไป ๙. พัฒนาระบบ Telemedicine service เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทุกระยะ ขยายระบบ Tele consult โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องได้ intensive rehabilitation และการสนับสนุนให้เกิดระบบ Telehealth ให้มากขึ้น (ซึ่งทางจังหวัดลำปางได้มีการปรับรูปแบบการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการติดตาม โดยวางระบบ Tele- Rehab consult ซึ่งจะพัฒนาใช้ในรูปแบบเครือข่ายทั้งจังหวัดต่อไป) **สำหรับส่วนกลาง :** ๑. สื่อสารผลักดัน ให้ สปสช. เขต ๑ พิจารณาเรื่อง ระบบการเบิกจ่าย IP On top สำหรับ case IMC ที่ refer ไป admit เหมือน สปสช. เขตอื่นๆ เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการ refer ผู้ป่วย IMC ในภาพรวมของจังหวัดและเขตสุขภาพที่ ๑ ๒. การเพิ่มกรอบบุคลากรที่จำเป็นสำหรับงาน IMC ภายในจังหวัด เช่น พยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๔ เดือน นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด และนักกายอุปกรณ์ (บางรพช.) เป็นต้น ๓. การจัดสรรตำแหน่งเพิ่มของนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลฟื้นฟู เนื่องจากจำนวนนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย Stroke ที่มีจำนวนค่อนข้างมาก ๔. การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแลในการให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมถึงการเพิ่มช่องทางการเรียนรู้ให้สะดวกและทันสมัยต่อสถานการณ์ ๕. สนับสนุนการพัฒนาโปรแกรม PIMC ให้สามารถใช้ส่งต่อ ติดตาม ดูแลให้การรักษาผู้ป่วย IMC ได้เป็นอย่างดี หากมีการขยายขอบเขตการส่งต่อกันในเขตสุขภาพที่ ๑ เพื่อส่งผู้ป่วยข้ามจังหวัดได้น่าจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องต่อไป (มีข้อตกลงระหว่างเขตสุขภาพที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕ จะใช้โปรแกรม PIMC ในการดูแลส่งต่อผู้ป่วย IMC ทั้งเขตสุขภาพที่ ๑) ๖. พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยที่ส่งกลับระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพช. (ในจังหวัดที่มีปัญหาเรื่องการใช้โปรแกรมในการเก็บข้อมูลและติดตามผู้ป่วย) เช่น การพัฒนาโปรแกรม PIMC, COC-link ๒๐๒๐ หรือ CM-IMC ซึ่งสามารถใช้ส่งต่อ ติดตาม ดูแลให้การรักษาผู้ป่วย IMC ได้เป็นอย่างดี หากมีการขยายขอบเขตการส่งต่อกันในเขตสุขภาพที่ ๑ เพื่อส่งผู้ป่วยข้ามจังหวัดได้ น่าจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องต่อไป หรืออาจพิจารณาให้ระบบเครือข่ายนักกายภาพบำบัด

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
	ใช้เป็น google sheet ทำให้ข้อมูลตอบกลับจาก รพช. ไม่สูญหาย เพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบการเก็บข้อมูลและดึงนำกลับมาวิเคราะห์ ๗. การสนับสนุนการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD-FP และติดตามเยี่ยมบ้านโดย Telemedicine / Tele-Rehabilitation ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด (เชียงใหม่) ๘. การเพิ่มกลุ่มโรคเพื่อให้ได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพสาขาอื่นๆ เช่น IMC Newborn/Chronic wound เป็นต้น
เขตสุขภาพที่ ๒	**สำหรับพื้นที่ :** ๑. จัดประชุม Video Conference case ทุกเดือน ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถให้การดูแลระยะกลางตามบริบทจังหวัดได้ และต้องมีการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลต้นทาง และปลายทางให้ชัดเจน ทบทวนผลการดำเนินงานภายในจังหวัด **สำหรับส่วนกลาง** : สนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องแบบบูรณาการณ์ IMC LTC & Palliative care
เขตสุขภาพที่ ๓	**สำหรับพื้นที่ :** ๑. เพิ่มการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น โดยการปรับกลยุทธ์ใหม่เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้แม้จะมีการระบาดของโรค COVID-๑๙ ๒. เพิ่มพูนทักษะของชุมชนในการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบ IMC มากขึ้น ๓. ใช้ Telemedicine เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น
เขตสุขภาพที่ ๔	๑. ประชุม/หารือ ประเด็น Refer Back เพื่อรับบริการ IMC bed/ward ในจังหวัด ให้เกิดระบบที่ชัดเจนในแต่ละกลุ่มโรค เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการนำไปใช้หรือกำหนดเป็น CPG รายโรค ใช้เป็นมาตรฐานและมีทิศทางเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ เพื่อช่วยให้เกิดการ Refer Back เพิ่มมากขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ๒. ศูนย์ร่วมสุขบางแห่งมีความพร้อมด้านบริการและศักยภาพบุคลากรมาก ควรขยายบริการไปยังกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่ม Long-term Care และกลุ่ม Palliative Care หรือพื้นที่ข้างเคียง โดยใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน และเป็นประโยชน์ต่อชุมชนมากที่สุด ๓. พัฒนาแนวทางร่วมเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลชุมชน เช่น สนับสนุนการจ้างงานนักกายภาพบำบัดเพื่อดูแลผู้ป่วยในพื้นที่อย่างทั่วถึง การบริการรถรับส่ง ของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัดให้ช่วยสนับสนุนระบบคลังอุปกรณ์ชุมชน ศูนย์ซ่อมอุปกรณ์ และการปรับสภาพบ้าน ขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายร่วมสนับสนุนการปรับปรุงสถานที่ เป็นต้น ส่วนในจังหวัดใดที่มีการดำเนินการร่วมกันได้ดีอยู่เดิมแล้ว ควรร่วมกันถอดบทเรียนเพื่อนำมาเป็นข้อมูลขยายผลให้พื้นที่อื่นๆ และในเขตสุขภาพเป็นข้อมูลพัฒนาต่อไป
เขตสุขภาพที่ ๕	**สำหรับพื้นที่ :** ๑. การพัฒนา Service Mapping และการ Share ข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล และ สสจ. สสอ. ๒. การทำงานเป็นภาพรวมของจังหวัด โดยเฉพาะการรับการส่งต่อของผู้ป่วย ๓. การเชื่อมโยงของ Service Plan กับ ระบบการเงิน นวัตกรรม ปฐมภูมิ เป็นต้น **สำหรับส่วนกลาง :**

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
	๑. การพัฒนา Service Mapping และการ Share ข้อมูลระหว่างจังหวัด ๒. การติดตามการส่งผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ ๓. การมองภาพรวมของเขตสุขภาพ ในเรื่องของผู้สูงอายุ กับ Service Plan สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
เขตสุขภาพที่ ๖	**สำหรับพื้นที่** : ๑. พัฒนาและขับเคลื่อน รพช. จัดระบบบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC Bed/Ward) ตามเกณฑ์มาตรฐาน ๒. การเชื่อมโยงข้อมูล และระบบบริการที่เชื่อมต่อกับแม่ข่ายให้ครอบคลุมครบถ้วน รวมทั้งการจัดระบบการดูแล IMC ที่เชื่อมโยงกับ ๓ หมอ ๓. เตรียมสถานที่ให้เหมาะสมกับการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย IMC เช่น ห้องน้ำคนพิการ เป็นต้น ๔. การสร้างความร่วมมือร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อติดตามผู้ป่วย IMC **สำหรับส่วนกลาง :** ๑. การสนับสนุนครุภัณฑ์ที่ใช้ในงานบริการ Tele-rehabilitation ๒. กำหนดการจ่ายค่าบริการ Tele-rehabilitation อย่างเหมาะสม
เขตสุขภาพที่ ๗	๑. ระบบข้อมูลเชื่อมโยง refer out/refer back/service plan/การเบิกจ่าย ๒. การมีส่วนร่วมของชุมชน และ รพ.ลูกข่าย ในการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วย IMC ๓. แนวทางการเพิ่มรายได้ รพช. จากการทำ IMC
เขตสุขภาพที่ ๘	**สำหรับพื้นที่** : ๑. สนับสนุนบุคลากรให้เพียงพอสำหรับการให้บริบาลฟื้นสภาพเพิ่มขึ้น ๒. เพิ่มการติดตามผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้านให้ได้รับการฟื้นฟูใน รพ.ใกล้บ้าน อย่างต่อเนื่อง ๓. สนับสนุนครุภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ให้เพียงพอ
เขตสุขภาพที่ ๙	**สำหรับพื้นที่** : ๑. การสนับสนุนองค์ความรู้และช่องทางในการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน ๒. พัฒนาให้มีระบบจัดสรรอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้เพียงพอ ๓. พัฒนาการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยผ่านระบบ R๙ gateway ทั้งไปและกลับ **สำหรับส่วนกลาง** : ๑. พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย Caregiver และ อสม. อบรม IMC Nurse ให้ครบทุกโรงพยาบาลชุมชน ๒. ออกแบบการเก็บข้อมูลระบบ Thai COC และ E-Claim เรียกเก็บเงินสนับสนุนให้อยู่ในระบบเดียวกัน ๓. ปรับปรุงเชื่อมโยงข้อมูลการลงทะเบียน เพื่อให้เป็นชุดเดียวกัน และทันสมัย
เขตสุขภาพที่ ๑๐	**สำหรับพื้นที่** : พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่านระบบ Telemedicine **สำหรับส่วนกลาง** : พัฒนาระบบฐานข้อมูลสำหรับผู้ป่วย IMC ที่สะดวกต่อการใช้งานและสรุปงาน
เขตสุขภาพที่ ๑๑	**สำหรับพื้นที่** : ๑. พัฒนาและควบคุมคุณภาพการดำเนินงานในจังหวัด ๒. ส่งเสริมให้มีการสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมกับ อปท.เพื่อการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืน ๓. พัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วย IMC ที่มีข้อจำกัดไม่สามารถเข้ารับบริการใน รพช.ได้ ใช้ระบบ Tele – Rehab ระบบ ๓ หมอ หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
	๔. เชื่อมโยงข้อมูลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยในภาพรวมจังหวัด และส่งข้อมูลย้อนกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ๕. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการติดตาม และ ควบคุมคุณภาพการให้บริการ IMC หลัง refer back เช่น PRM referral network ของสถาบันสิรินธรฯ เป็นต้น ๖. ส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์ IMC ชุมชน เพื่อความยั่งยืน **สำหรับส่วนกลาง** : ๑. ผลักดันงบประมาณหรือเชิงนโยบายในการจ่ายเงินชดเชย IPD On Top ใน รพ.ที่มีการรับผู้ป่วย IMC ๒. สนับสนุนงบประมาณ สถานที่ ในการจัดตั้ง IMC Ward และจัดสรรแพทย์ นักกายภาพบำบัดให้คลอบคลุมทุกพื้นที่ ๓. จัดอบรมพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพตามหลักสูตร
เขตสุขภาพที่ ๑๒	**สำหรับพื้นที่:** ๑. พัฒนาระบบบริการ new normal rehabilitation ๒. พัฒนาระบบสารสนเทศ การส่งต่อข้อมูล แบบ two way communication ๓. พัฒนาเชื่อมต่อข้อมูลกับ HHC, COC ๔. พัฒนารูปแบบ Tele-medicine, Tele-consult ร่วมกับ รพช. / Primary care ๕. พัฒนาศักยภาพทีมด้านการดูแล Hip fracture

ประเด็นที่ ๖

ระบบธรรมาภิบาล

- ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)
- การเงินการคลังสุขภาพ (วิกฤตการเงินระดับ 7 และ ระดับ 6, ระบบจัดเก็บรายได้)
- การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT)
- องค์กรแห่งความสุข

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

ประเด็นตรวจราชการ : แผนเงินบำรุง

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : การกำกับ ติดตาม การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ โดย

๑. ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้รับผิดชอบสอบทานแผนเงินบำรุงก่อนเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอนุมัติ มีแนวทาง/กระบวนการกำกับ ติดตามแผน - ผลเงินบำรุงของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รวมถึงมีการทบทวนปรับแผนเงินบำรุงให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และเสนอผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติ

๒. ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีการควบคุมการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงอย่างมีประสิทธิภาพ แผนเงินบำรุงสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการประจำปี และแผนจัดซื้อ/จัดจ้าง กรณีมีการก่อหนี้ผูกพันที่มีระยะเวลามากกว่า ๑ ปี มีแผนกลยุทธ์ทางการเงินรองรับ และประเมินผลประสิทธิภาพการบริหารแผนเงินบำรุง แผนจัดซื้อจัดจ้าง และแผนปฏิบัติการประจำปี รอบ ๖ เดือน โดยประเมินการกำกับการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงตามหลัก ๔P คือ การจัดทำและการกำกับแผนเงินบำรุง แผนจัดซื้อจัดจ้าง (Plan) การปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง (Procurement) การรับของเข้าคลัง การรายงานคลังย่อย (Port) การรับรู้เจ้าหนี้และการบริหารการจ่ายหนี้ (Pay) และการวิเคราะห์ ๓S คือ Structure System และ Staff โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการมีการดำเนินการด้านรายจ่ายและการก่อหนี้ผูกพันเป็นไป ตามระเบียบ และมีข้อมูลสำหรับผู้บริหารควบคุม กำกับ การใช้จ่ายเงินอย่างมีประสิทธิภาพตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑

๒) สรุปสถานการณ์

๒.๑ การกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง

การตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่ตรวจประเมิน เสร็จเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๗๖ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โดยกลุ่มเป้าหมายในการตรวจราชการและนิเทศงาน คือ ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑ แห่ง ระดับโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑ แห่ง รวมกลุ่มเป้าหมายจำนวน ๑๐๘ แห่ง และได้กำหนดเป้าหมายประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ซึ่งผลการตรวจราชการ และนิเทศงาน มีดังนี้

- ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น ๗๖ จังหวัด พบว่า ผู้รับผิดชอบสอบทานแผนเงินบำรุง มีทั้ง กลุ่มงานประกันสุขภาพ งานการเงินและบัญชี งานยุทธศาสตร์และแผน รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ทำหน้าที่สอบทานแผนเงินบำรุงก่อนเสนอให้นายแพทย์

สาธารณสุขจังหวัดลงนามอนุมัติแผน ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการจัดทำแผนเงินบำรุงที่ถูกต้อง ไม่สามารถเป็นพี่เลี้ยงให้กับหน่วยบริการในกำกับได้ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังไม่มีแนวทางการกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงที่ชัดเจนอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม รวมถึงไม่ได้มีการกำหนดนโยบายการปรับแผนเงินบำรุงในระหว่างปีที่ชัดเจน แต่มีหน่วยบริการหลายแห่งที่เริ่มมีการนำเทคโนโลยีด้านโปรแกรมมาเป็นเครื่องมือช่วยในการกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน เพื่อลดภาระและความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน

๒.๒ ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน ตามกระบวนการ ๔P มีดังนี้

- ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

PLAN พบว่า รายการวัสดุที่ใช้ในแผนงาน วัสดุในโครงการไม่นำมารวมในแผนจัดซื้อ/จ้าง การสำรวจความต้องการใช้ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มงานในหน่วยงาน ไม่ตั้งงบกลางสำรองกรณีฉุกเฉินจำเป็นเร่งด่วน แผนเงินบำรุงไม่สอดคล้องกับแผนจัดซื้อ เนื่องจากรายการพัสดุที่จะซื้อนอกแผนยังไม่ได้รับการอนุมัติให้ปรับแผนซื้อจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แผนปฏิบัติการและแผนซื้อครุภัณฑ์ไม่สอดคล้องกับแผนเงินบำรุง แผนจัดซื้อจัดจ้างรายการวัสดุทันตกรรม และวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลซึ่งผู้มีอำนาจอนุมัติเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด การจัดซื้อจัดจ้างมีการจัดทำสัญญาข้ามปีงบประมาณ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖) ไม่มีแผนกลยุทธ์ทางการเงินรองรับของรายการก่อหนี้ผูกพันปีงบประมาณ ๒๕๖๖ หน่วยงานนำเงินของศูนย์แพทย์มารวมไว้ในแผนเงินบำรุง ไม่จัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้างรายการวัสดุทั่วไป ครุภัณฑ์และจ้างเหมาบริการ เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ รายการจ้างเหมาบริการจัดทำงบประมาณเป็นภาพรวม โดยไม่แยกเป็นแต่ละรายการ ทำให้ไม่สามารถทราบรายการที่จัดจ้าง เช่น จ้างเหมาเก็บขยะ จ้างเหมาประกอบอาหาร จ้างเหมาบริการอื่น ๆ จัดทำแผนด้านรับงบลงทุน(ค่าเสื่อม) สูงกว่าแผนขาลงที่ได้รับอนุมัติ ไม่นำรายรับสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกมารวมกับการจัดทำแผนเงินบำรุง แผนรายจ่ายไม่ครอบคลุมรายจ่ายที่สนับสนุน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แผนเงินบำรุงไม่สอดคล้องครอบคลุมกับแผนจัดซื้อจัดจ้าง เช่น ด้านรายจ่ายของแผนเงินบำรุงไม่มีรายการจ้าง เช่า เหมาซ่อม ตามแผนซื้อจ้าง เป็นต้น

PROCUREMENT จากการตรวจสอบภาพรวม พบว่า หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุหน่วยบริการขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามที่ระเบียบพัสดุกำหนด ไม่ดำเนินการตามระเบียบกำหนด เช่น ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะของพัสดุ รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ ใบส่งของไม่ระบุผู้รับของและวันที่ มีการแก้ไขวันที่ในประกาศผู้ชนะการเสนอราคาใบสั่งซื้อ ใบสั่งซื้อผู้ขายไม่ได้ลงนามรับใบสั่งซื้อแต่เจ้าหน้าที่พัสดุของหน่วยบริการลงนามแทนผู้ขาย และไม่ปิดประกาศผู้ชนะเสนอราคา ณ สถานที่ปิดประกาศหน่วยงาน ใบตรวจรับรายการจ้างเหมาประกอบอาหารไม่ปฏิบัติตามแนวทางการจัดหาอาหารสำหรับผู้ป่วยโรงพยาบาลสนามและเอกสารประกอบการเบิกจ่ายไม่ครบถ้วน การจัดซื้อวัสดุบริโภค วัสดุงานบ้าน และการจ้างบริการทำความสะอาดยังมีความเสี่ยงต่อการแบ่งซื้อแบ่งจ้าง มีการรับวัสดุเข้าคลังโดยจัดทำเอกสารย้อนหลัง รายงานขอซื้อขอจ้างยังไม่ได้เสนอหัวหน้าหน่วยงานของรัฐ รายการที่ซื้อไม่อยู่แผนการจัดซื้อประจำปี และไม่มีบันทึกเพื่อขออนุมัติในกรณีที่รายการที่ซื้อไม่ได้อยู่ในแผน กระบวนการ

ดำเนินการจัดซื้อไม่เป็นไปตามระเบียบฯ จัดซื้อโดยไม่ผ่านการอนุมัติจากผู้มีอำนาจ คณะกรรมการตรวจรับลงลายมือชื่อไม่ครบถ้วนและมีการเบิกจ่ายวัสดุออกจากคลัง เอกสารชุดจัดซื้อยาบางรายการสูญหาย ผู้ขายจัดส่งพัสดุให้หน่วยงานและคณะกรรมการตรวจรับพัสดุก่อนได้รับอนุมัติให้มีการจัดซื้อจัดจ้าง การจัดซื้อจัดจ้างในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ แต่นำมาเบิกจ่ายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งไม่ได้อยู่ในแผนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ กระบวนการในการจัดซื้อ/จัดจ้าง ระบุวันที่วันเดียวกัน ตั้งแต่กระบวนการขั้นต้นจนถึงสิ้นสุด การแต่งตั้งผู้กำหนดคุณลักษณะของวัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม แต่ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งไม่มีความรู้ความสามารถในด้านนั้น เรียกรับใบเสร็จรับเงินก่อนการเบิกจ่าย เป็นต้น

PORT จากการตรวจสอบภาพรวม พบว่า การบริหารคลังพัสดุ การเบิกจ่ายพัสดุจากคลัง ไม่ถูกต้องครบถ้วน ไม่เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด เช่น ใบเบิกพัสดุไม่มีเลขที่ใบเบิกและลงลายมือผู้มีสิทธิเบิกชื่อ - สกุล ไม่ชัดเจน ลงลายมือชื่อผู้อนุมัติสั่งจ่ายในใบเบิกพัสดุ ไม่เป็นไปตามคำสั่งแต่งตั้ง ไม่จัดทำบัญชีวัสดุ หรือจัดทำบัญชีวัสดุ ไม่ครบทุกรายการ/ไม่เป็นปัจจุบัน ขาดการรายงานคลังย่อยทุกสิ้นเดือนจากคลังวัสดุบริโภค (ประเภทอาหารแห้ง) คลังวัสดุ OR คำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้า หัวหน้าเจ้าหน้าที่ และคำสั่งแต่งตั้งหัวหน้าหน่วยพัสดุ (คลังบริหารทั่วไป และคลังวิทยาศาสตร์) เป็นบุคคลคนเดียวกันซึ่งไม่เหมาะสม จัดทำรายงานยอดวัสดุคงเหลือแต่ไม่ถูกต้องตรงกับงานบัญชี คณะกรรมการตรวจรับครบถ้วนแต่ของฝากไว้ที่บริษัท เนื่องจากใช้ไม่ทัน และไม่มีสถานที่จัดเก็บ เก็บ รวมทั้ง หัวหน้าหน่วยคลังอนุญาตให้บริษัทยืมยาออกจากคลังซึ่งไม่ปฏิบัติตามระเบียบฯ น้ำยาไตเทียม/วัสดุ OR เมื่อคณะกรรมการตรวจรับแล้ว มีการเบิกจ่ายให้กับหน่วยที่ใช้ทั้งจำนวน โดยไม่มีการรายงานคลังย่อย จัดทำบัญชีวัสดุด้วย Manual รายงานการเบิกใช้และรายงานมูลค่าคงเหลือด้วยวิธีหักกลบลบกัน ทำให้ข้อมูลการเบิกจ่ายและบัญชีคลาดเคลื่อนไม่ถูกต้อง

PAY พบว่า งานบัญชีเป็นผู้จัดทำทะเบียนคุมเจ้าหนี้รายตัว การบันทึกบัญชีรับรู้เจ้าหนี้โดยไม่มีเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง (รับรู้จากใบส่งของ) ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเจ้าหนี้การค้า และไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์การชำระหนี้ที่เป็นรูปธรรม บางแห่งมีการกำหนดแนวทางการจ่ายชำระหนี้จากผู้บริหาร และพบมีเจ้าหนี้ค้างนานตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ และระยะเวลาในการชำระหนี้เกินกว่า ๙๐ วัน ไม่รายงานเจ้าหนี้ค้างชำระเสนอผู้บริหารทราบทุกสิ้นเดือน ขาดกระบวนการบริหารจัดการเจ้าหนี้อย่างเป็นระบบขาดการยืนยันเพื่อสอบทานความมีอยู่จริงของเจ้าหนี้ การจัดส่งเอกสารการเบิกจ่ายเงินให้งานการเงินล่าช้า

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

<u>Structure</u>

๑. การถ่ายทอดนโยบายหรือแนวทางการจัดทำแผนเงินบำรุงให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน ขาดการสื่อสาร ชี้แจงประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการจัดทำแผนเงินบำรุง

๒. ขาดการบริหารจัดการเงินนอกงบประมาณ (แผนเงินบำรุง) ในภาพรวมที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับหน่วยบริการ ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ

๓. ผู้บริหาร/คณะกรรมการบริหารของหน่วยบริการไม่เห็นความสำคัญในการควบคุม กำกับติดตามแผนเงินบำรุง และการบริหารพัสดุภาครัฐ

๔. ขาดการนำแผนเงินบำรุง แผนปฏิบัติการประจำปี และแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ในการขับเคลื่อนเพื่อปฏิบัติงาน ไม่มีระบบการควบคุม กำกับ แผนฯ ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแผนเรียบร้อยแล้ว

๕. การมอบหมายผู้รับผิดชอบในการควบคุม กำกับ ติดตามแผนเงินบำรุงของหน่วยงานยังไม่ชัดเจน

๖. กำหนดหน่วยจัดซื้อ/หน่วยคลัง หลายหน่วยงาน ส่งผลทำให้การบริหารจัดการคลังขาดประสิทธิภาพ

System

๑. ขาดการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนเงินบำรุง การควบคุม กำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงรวมถึงการก่อหนี้ผูกพันตามแผนจัดซื้อ/จ้าง เพื่อให้การใช้จ่ายเป็นไปตามกรอบวงเงินที่ได้รับอนุมัติ

๒. หน่วยงานเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับแผนประมาณรายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย (Plan fin) กับแผนเงินบำรุง ข้อมูลนำเข้าแผนทั้งสองดังกล่าวข้างต้น เป็นข้อมูลเดียวกัน

๓. มีการนำโปรแกรมที่หลากหลายมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการคลังพัสดุ ซึ่งส่งผลให้มีความเสี่ยงของระบบการควบคุมคลังพัสดุ และการปฏิบัติงานด้านพัสดุไม่เป็นระบบและไม่ไปตามที่ระเบียบกำหนด เกิดความเสี่ยงและข้อผิดพลาดสูง

๔. ขาดเครื่องมือด้านเทคโนโลยีช่วยในการปฏิบัติงานในการควบคุม กำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ให้มีความสะดวก รวดเร็วถูกต้อง และลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน และเป็นไปแนวทางเดียวกัน

Staff

๑. บุคลากรผู้เกี่ยวข้องขาดความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความเข้าใจในเรื่องแผนเงินบำรุง

๒. ทีมพี่เลี้ยง (Coaching) ในระดับจังหวัด ขาดความรู้ ทักษะประสบการณ์เกี่ยวกับแผนเงินบำรุง จึงไม่สามารถให้คำปรึกษาที่ถูกต้องกับโรงพยาบาลชุมชนในกำกับได้

๓. ผู้ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลการปฏิบัติงานจัดซื้อ/จ้าง ขาดความเข้าใจวิธีปฏิบัติงานตามที่ระเบียบพัสดุกำหนด

๔. ในระดับโรงพยาบาลชุมชนภาระงานด้านพัสดุเกินกรอบอัตรากำลัง (รพช.)

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑) เห็นควรมอบให้เขตสุขภาพ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามแผนเงินบำรุงภาพรวมเขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนดนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับแผนเงินบำรุงให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกปี เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานให้ชัดเจน เพื่อให้หน่วยบริการสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๒) มอบผู้รับผิดชอบพัฒนาระบบเทคโนโลยีด้านโปรแกรมให้กับหน่วยบริการ ได้แก่ โปรแกรมด้านบริหารคลังพัสดุ โปรแกรมกำกับแผนรับ - จ่ายเงินบำรุง โปรแกรมบริหารจัดการเจ้าหนี้ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดขั้นตอนระยะเวลาการปฏิบัติงานและสะดวกต่อการกำกับ ติดตาม รวมถึงการมีฐานข้อมูลด้านทรัพยากรทุกระบบของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผู้บริหารแต่ละระดับสามารถนำไปใช้เป็น

เครื่องมือสำหรับการบริหารงาน ได้สะดวก รวดเร็วขึ้น รวมถึงขอทำความตกลงกับกรมบัญชีกลาง ในภาพรวมในการนำเทคโนโลยีมาใช้ปฏิบัติงานในการบริหารจัดการคลัง เพื่อให้เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด และสามารถบริหารจัดการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญ กำหนดนโยบายและมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจนและกำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง

๒. มีการรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน รับทราบปัญหาเพื่อกำหนดมาตรการ/แนวทางเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งองค์กร

๓. มีเครื่องมือทางด้านเทคโนโลยีช่วยในการปฏิบัติงาน ช่วยลดขั้นตอนระยะเวลาการปฏิบัติงาน ลดข้อผิดพลาดและสะดวกต่อการควบคุม และกำกับ ติดตาม

๔. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจ ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในกระบวนการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑. ติดตามการพัฒนาประสิทธิภาพการกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงที่เชื่อมโยงและสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการประจำปี และแผนจัดซื้อจัดจ้าง

๒. กำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ได้แก่ การดำเนินการด้านรายจ่ายและก่อหนี้ผูกพันให้เป็นไปตามระเบียบที่กำหนด ตั้งแต่การจัดทำแผนจัดซื้อ (Plan) การปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดซื้อ (Procurement) การรับของเข้าคลัง การรายงานคลังย่อย (Port) การรับรู้เจ้าหนี้และการบริหารการจ่ายหนี้ (Pay) โดยผู้ตรวจสอบภายในประจำเขตสุขภาพ และผู้ตรวจสอบภายในเครือข่ายระดับจังหวัด

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

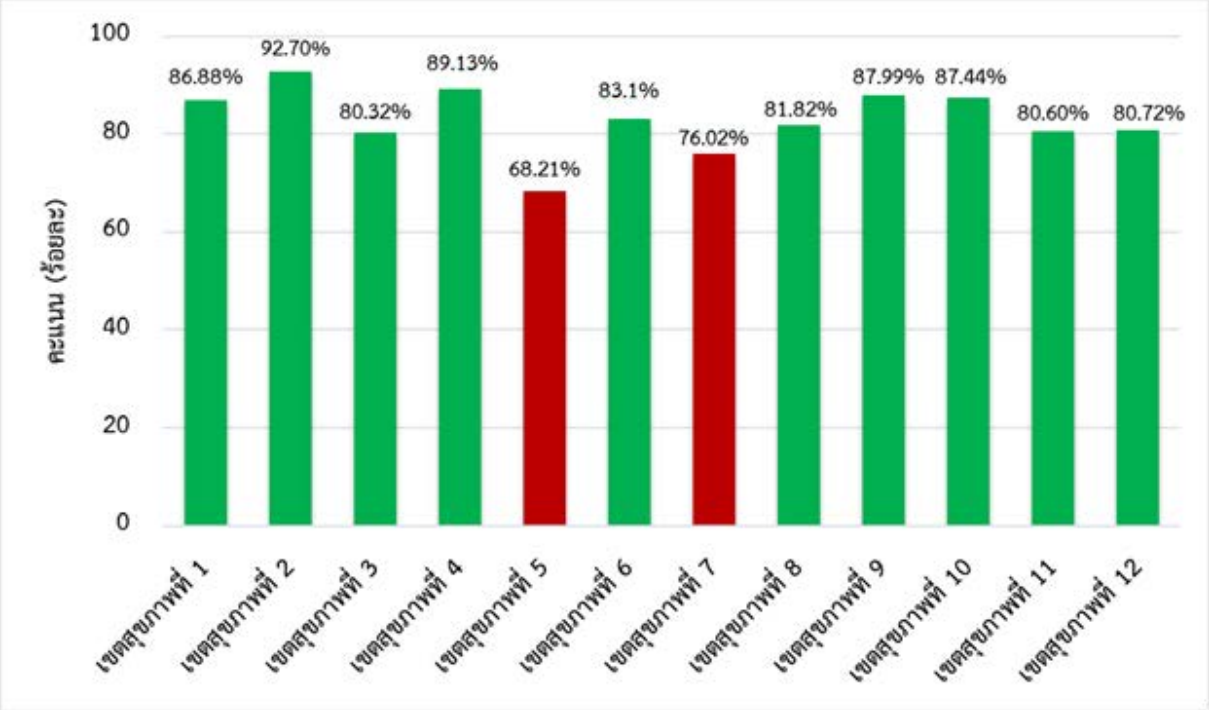
๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

๒.๑ การกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง

การตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่ตรวจประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๗๖ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โดยกลุ่มเป้าหมายในการตรวจราชการและนิเทศงาน คือ ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑ แห่ง ระดับโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑ แห่ง รวมกลุ่มเป้าหมายจำนวน ๑๐๘ แห่ง และได้กำหนดเป้าหมายประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ซึ่งผลการตรวจราชการ และนิเทศงาน มีดังนี้



จากกราฟ พบว่า ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงภาพรวมเขตที่ผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ มีจำนวน ๑๐ เขต ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ ๒ ๓ ๔ ๖ ๘ ๙ ๑๐ ๑๑ ๑๒ และไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๒ เขต ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๕ และ ๗ ซึ่งตรวจพบสถานการณ์ดังนี้

- ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น ๗๖ จังหวัด พบว่า ผู้รับผิดชอบสอบทานแผน เงินบำรุง มีทั้ง กลุ่มงานประกันสุขภาพ งานการเงินและบัญชี งานยุทธศาสตร์และแผน รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน

ด้านการตรวจสอบ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ทำหน้าที่สอบทานแผนเงินบำรุงก่อนเสนอให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนามอนุมัติแผน ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการจัดทำแผนเงินบำรุงที่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังไม่มีแนวทางการกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงที่ชัดเจนอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม รวมถึงไม่ได้มีการกำหนดนโยบายการปรับแผนเงินบำรุงในระหว่างปีที่ชัดเจน แต่มีหน่วยบริการหลายแห่งที่เริ่มมีการนำเทคโนโลยีด้านโปรแกรมมาเป็นเครื่องมือช่วยในการกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน เพื่อลดภาระและความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน

๒.๒ ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน ตามกระบวนการ 4P มีดังนี้

- ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

PLAN พบว่า รายการวัสดุที่ใช้ในแผนงาน วัสดุในโครงการไม่นำมารวมในแผนจัดซื้อ/จ้าง การสำรวจความต้องการใช้ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มงานในหน่วยงาน ไม่ตั้งงบกลางสำรองกรณีฉุกเฉินจำเป็นเร่งด่วน แผนเงินบำรุงไม่สอดคล้องกับแผนจัดซื้อ เนื่องจากรายการพัสดุที่จะซื้อนอกแผนยังไม่ได้รับ การอนุมัติให้ปรับแผนซื้อจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แผนปฏิบัติการและแผนซื้อครุภัณฑ์ไม่สอดคล้องกับแผนเงินบำรุง แผนจัดซื้อจัดจ้างรายการวัสดุทันตกรรม และวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลซึ่งผู้มีอำนาจอนุมัติเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด การจัดซื้อจัดจ้างมีการจัดทำสัญญาข้ามปี (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖) ไม่มีแผนกลยุทธ์ทางการเงินรองรับของรายการก่อหนี้ผูกพันปีงบประมาณ ๒๕๖๖ หน่วยงานนำเงินของศูนย์แพทย์มารวมไว้ในแผนเงินบำรุง ไม่จัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้างรายการวัสดุทั่วไป ครุภัณฑ์และจ้างเหมาบริการ เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ รายการจ้างเหมาบริการจัดทำงบประมาณเป็นภาพรวม โดยไม่แยกเป็นแต่ละรายการ ทำให้ไม่สามารถทราบรายการที่จัดจ้าง เช่น จ้างเหมาเก็บขยะ จ้างเหมาประกอบอาหาร จ้างเหมาบริการอื่น ๆ จัดทำแผนด้านรับงบลงทุน(ค่าเสื่อม) สูงกว่าแผนขาลงที่ได้รับอนุมัติ ไม่นำรายรับสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกมารวมกับการจัดทำแผนเงินบำรุง แผนรายจ่ายไม่ครอบคลุมรายจ่ายที่สนับสนุน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แผนเงินบำรุงไม่สอดคล้องครอบคลุมกับแผนจัดซื้อจัดจ้าง เช่น ด้านรายจ่ายของแผนเงินบำรุงไม่มีรายการจ้าง เช่า เหมา ซ่อม ตามแผนซื้อจ้าง เป็นต้น

PROCUREMENT จากการตรวจสอบภาพรวม พบว่า หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุหน่วยบริการ ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามที่ระเบียบพัสดุกำหนด ไม่ดำเนินการตามระเบียบกำหนด เช่น ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะของพัสดุ รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ ใบส่งของไม่ระบุผู้รับของและวันที่ มีการแก้ไขวันที่ในประกาศผู้ชนะการเสนอราคาใบสั่งซื้อ ใบสั่งซื้อผู้ขายไม่ได้ลงนามรับใบสั่งซื้อแต่เจ้าหน้าที่พัสดุของหน่วยบริการลงนามแทนผู้ขาย และไม่ปิดประกาศผู้ชนะเสนอ ราคา ณ สถานที่ปิดประกาศหน่วยงาน ใบตรวจรับรายการจ้างเหมาประกอบอาหารไม่ปฏิบัติตามแนวทางการจัดหาอาหารสำหรับผู้ป่วยโรงพยาบาลสนามและเอกสารประกอบการเบิกจ่ายไม่ครบถ้วน การจัดซื้อวัสดุบริโภค วัสดุงานบ้าน และการจ้างบริการทำความสะอาดยังมีความเสี่ยงต่อการแบ่งซื้อแบ่งจ้าง มีการรับวัสดุเข้าคลังโดยจัดทำเอกสารย้อนหลัง รายงานขอซื้อขอจ้างยังไม่ได้เสนอหัวหน้าหน่วยงานของรัฐ รายการที่ซื้อไม่อยู่

แผนการจัดซื้อประจำปี และไม่มีบันทึกเพื่อขออนุมัติในกรณีที่รายการที่ซื้อไม่ได้อยู่ในแผน กระบวนการดำเนินการจัดซื้อไม่เป็นไปตามระเบียบฯ จัดซื้อโดยไม่ผ่านการอนุมัติจากผู้มีอำนาจ คณะกรรมการตรวจรับลงลายมือชื่อไม่ครบถ้วนและมีการเบิกจ่ายวัสดุออกจากคลัง เอกสารชุดจัดซื้อยาบางรายการสูญหาย ผู้ขายจัดส่งพัสดุให้หน่วยงานและคณะกรรมการตรวจรับพัสดุก่อนได้รับอนุมัติให้มีการจัดซื้อจัดจ้าง การจัดซื้อจัดจ้างในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ แต่นำมาเบิกจ่ายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งไม่ได้อยู่ในแผนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ กระบวนการในการจัดซื้อ/จัดจ้าง ระบุวันที่วันเดียวกัน ตั้งแต่กระบวนการขั้นต้นจนถึงสิ้นสุด การแต่งตั้งผู้กำหนดคุณลักษณะของวัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม แต่ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งไม่มีความรู้ความสามารถในด้านนั้น เรียกรับใบเสร็จรับเงินก่อนการเบิกจ่าย เป็นต้น

PORT จากการตรวจสอบภาพรวม พบว่า การบริหารคลังพัสดุ การเบิกจ่ายพัสดุจากคลัง ไม่ถูกต้องครบถ้วน ไม่เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด เช่น ใบเบิกพัสดุไม่มีเลขที่ใบเบิกและลงลายมือผู้มีสิทธิเบิกชื่อ - สกุล ไม่ชัดเจน ลงลายมือชื่อผู้อนุมัติสั่งจ่ายในใบเบิกพัสดุ ไม่เป็นไปตามคำสั่งแต่งตั้ง ไม่จัดทำบัญชีวัสดุ หรือจัดทำบัญชีวัสดุ ไม่ครบทุกรายการ/ไม่เป็นปัจจุบัน ขาดการรายงานคลังย่อยทุกสิ้นเดือนจากคลังวัสดุบริโภค (ประเภทอาหารแห้ง) คลังวัสดุ OR คำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้า หัวหน้าเจ้าหน้าที่ และคำสั่งแต่งตั้งหัวหน้าหน่วยพัสดุ (คลังบริหารทั่วไป และคลังวิทยาศาสตร์) เป็นบุคคลคนเดียวกันซึ่งไม่เหมาะสม จัดทำรายงานยอดวัสดุคงเหลือแต่ไม่ถูกต้องตรงกับงานบัญชี คณะกรรมการตรวจรับครบถ้วนแต่ของฝากไว้ที่บริษัท เนื่องจากใช้ไม่ทัน และไม่มีสถานที่จัดเก็บ เก็บ รวมทั้ง หัวหน้าหน่วยคลังอนุญาตให้บริษัทยืมยาออกจากคลังซึ่งไม่ปฏิบัติตามระเบียบฯ น้ำยาไตเทียม/วัสดุ OR เมื่อคณะกรรมการตรวจรับแล้ว มีการเบิกจ่ายให้กับหน่วยที่ใช้ทั้งจำนวน โดยไม่มีการรายงานคลังย่อย จัดทำบัญชีวัสดุด้วย Manual รายงานการเบิกใช้และรายงานมูลค่าคงเหลือด้วยวิธีหักกลบลบกัน ทำให้ข้อมูลการเบิกจ่ายและบัญชีคลาดเคลื่อนไม่ถูกต้อง

PAY พบว่า งานบัญชีเป็นผู้จัดทำทะเบียนคุมเจ้าหนี้รายตัว การบันทึกบัญชีรับรู้เจ้าหนี้โดยไม่มีเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง (รับรู้จากใบส่งของ) ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเจ้าหนี้การค้า และไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์การชำระหนี้ที่เป็นรูปธรรม บางแห่งมีการกำหนดแนวทางการจ่ายชำระหนี้จากผู้บริหาร และพบมีเจ้าหนี้ค้างนานตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ และระยะเวลาในการชำระหนี้เกินกว่า ๙๐ วัน ไม่รายงานเจ้าหนี้ค้างชำระเสนอผู้บริหารทราบทุกสิ้นเดือน ขาดกระบวนการบริหารจัดการเจ้าหนี้อย่างเป็นระบบขาดการยืนยันเพื่อสอบทานความมีอยู่จริงของเจ้าหนี้ การจัดส่งเอกสารการเบิกจ่ายเงินให้งานการเงินล่าช้า

ปัญหา/สาเหตุ

<u>Structure</u>

๑. การถ่ายทอดนโยบายหรือแนวทางการจัดทำแผนเงินบำรุงให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน ขาดการสื่อสาร ชี้แจงประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการจัดทำแผนเงินบำรุง

๒. ขาดการบริหารจัดการเงินนอกงบประมาณ (แผนเงินบำรุง) ในภาพรวมที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับหน่วยบริการ ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ

๓. ผู้บริหาร/คณะกรรมการบริหารของหน่วยบริการไม่เห็นความสำคัญในการควบคุม กำกับติดตามแผนเงินบำรุง และการบริหารพัสดุภาครัฐ

๔. ขาดการนำแผนเงินบำรุง แผนปฏิบัติการประจำปี และแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ในการขับเคลื่อนเพื่อปฏิบัติงาน ไม่มีระบบการควบคุม กำกับ แผนฯ ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแผนเรียบร้อยแล้ว

๕. การมอบหมายผู้รับผิดชอบในการควบคุม กำกับ ติดตามแผนเงินบำรุงของหน่วยงานยังไม่ชัดเจน

๖. กำหนดหน่วยจัดซื้อ/หน่วยคลัง หลายหน่วยงาน ส่งผลทำให้การบริหารจัดการคลังขาดประสิทธิภาพ

System

๑. ขาดการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนเงินบำรุง การควบคุม กำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงรวมถึงการก่อหนี้ผูกพันตามแผนจัดซื้อ/จ้าง เพื่อให้การใช้จ่ายเป็นไปตามกรอบวงเงินที่ได้รับอนุมัติ

๒. หน่วยงานเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับแผนประมาณรายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย (Plan fin) กับแผนเงินบำรุง ข้อมูลนำเข้าแผนทั้งสองดังกล่าวข้างต้น เป็นข้อมูลเดียวกัน

๓. มีการนำโปรแกรมที่หลากหลายมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการคลังพัสดุ ซึ่งส่งผลให้มีความเสี่ยงของระบบการควบคุมคลังพัสดุ และการปฏิบัติงานด้านพัสดุไม่เป็นระบบและไม่ไปตามที่ระเบียบกำหนด เกิดความเสี่ยงและข้อผิดพลาดสูง

๔. ขาดเครื่องมือด้านเทคโนโลยีช่วยในการปฏิบัติงานในการควบคุม กำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ให้มีความสะดวก รวดเร็วถูกต้อง และลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน และเป็นไปแนวทางเดียวกัน

Staff

๑. บุคลากรผู้เกี่ยวข้องขาดความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความเข้าใจในเรื่องแผนเงินบำรุง

๒. ทีมพี่เลี้ยง (Coaching) ในระดับจังหวัด ขาดความรู้ ทักษะประสบการณ์เกี่ยวกับแผนเงินบำรุง จึงไม่สามารถให้คำปรึกษาที่ถูกต้องกับโรงพยาบาลชุมชนในกำกับได้

๓. ผู้ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลการปฏิบัติงานจัดซื้อ/จ้าง ขาดความเข้าใจวิธีปฏิบัติงานตามที่ระเบียบพัสดุกำหนด

๔. ในระดับโรงพยาบาลชุมชนภาระงานด้านพัสดุเกินกรอบอัตรากำลัง (รพช.)

แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

สำหรับส่วนกลาง ผู้รับผิดชอบควรกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และพัฒนาระบบโปรแกรมใช้ในการกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงประมวลผลข้อมูลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด เพื่อไม่เป็นภาระงานในพื้นที่ มีช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงานด้านพัสดุ

สำหรับพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นพี่เลี้ยงการปฏิบัติงานด้านพัสดุ และกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ของหน่วยบริการให้เป็นไปตามแผนที่ได้รับอนุมัติ โดยดำเนินการด้านรายจ่ายและก่อหนี้ผูกพันเป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด

ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน

สำหรับส่วนกลาง มีข้อมูลสถานะและความเคลื่อนไหวของเงินนอกงบประมาณในภาพรวมของหน่วยบริการ ในสังกัด สามารถจัดทำงบประมาณบริหารงบประมาณควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลและรายงานสถานะเงินนอกงบประมาณในภาพรวมได้

สำหรับพื้นที่ หน่วยบริการสามารถใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ในการปฏิบัติหน้าที่หรือการดำเนินงานอย่างโปร่งใส คุ้มค่าและประหยัด มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑

๓. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

(รพท.พะเยา) การจัดทำแผนเงินบำรุงโดยใช้โปรแกรม “Inventory management” ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โดยงานแผนและยุทธศาสตร์เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

(รพท.น่าน) กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยใช้โปรแกรม “ระบบงานควบคุมการจัดซื้อจัดจ้าง” ผู้รับผิดชอบแต่ละหมวดรายการจ่ายเป็นผู้ลงข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างตามแผน มีระบบรองรับกระบวนการ/ขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง จนสิ้นสุดถึงกระบวนการจ่าย แต่กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องไม่นำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ประโยชน์

(รพท.ศรีสังวรสุโขทัย) มีโปรแกรมการบริหารคลังทรัพย์สินในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเบิกจ่าย เก็บรักษาพัสดุได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้สินทรัพย์ในคลังให้เกิดประสิทธิภาพ

(รพท. พุทธชินราช มีโปรแกรมจัดทำแผนมาช่วยดำเนินงาน โปรแกรมการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและโปรแกรมการบริหารคลังทรัพย์สินในการกำกับการบริหารสินทรัพย์ในคลังให้เกิดประสิทธิภาพ และมีโปรแกรมสำรวจความต้องการใช้พัสดุ ส่งผลให้สามารถสำรวจได้ครอบคลุมทุกกลุ่มงาน

๔. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๔.๑ สำหรับพื้นที่

- ระดับ สสจ./รพท./รพช.

๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญ ควรมีการประสาน และบูรณาการร่วมกันจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในองค์กรในการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง รวมถึงการมอบหมายผู้รับผิดชอบควบคุม กำกับ การใช้จ่ายเงินให้เป็นไปตามแผนที่ได้รับอนุมัติ

๒. จัดระบบโครงสร้างอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุที่เพียงพอและเหมาะสมต่อภาระงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านพัสดุ ตั้งแต่กระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง การควบคุมเก็บรักษา และการรายงานวัสดุคงคลังเป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

๓. สร้างทีมพี่เลี้ยง (Coaching) ในระดับจังหวัดร่วมออกตรวจสอบภายใน สอบทานระบบงานด้านพัสดุ ด้านเจ้าหนี้ และด้านจัดเก็บรายได้ เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การวิเคราะห์ผลตามแผนเงินบำรุง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายในจังหวัดเพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๔.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑) เห็นควรมอบให้เขตสุขภาพ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามแผนเงินบำรุงภาพรวมเขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนดนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับแผนเงินบำรุงให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกปี เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานให้ชัดเจน เพื่อให้หน่วยบริการสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๒) มอบผู้รับผิดชอบพัฒนาระบบเทคโนโลยีด้านโปรแกรมให้กับหน่วยบริการ ได้แก่ โปรแกรมด้านบริหารคลังพัสดุ โปรแกรมกำกับแผนรับ - จ่ายเงินบำรุง โปรแกรมบริหารจัดการเจ้าหนี้ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดขั้นตอนระยะเวลาการปฏิบัติงานและสะดวกต่อการกำกับ ติดตาม รวมถึงการมีฐานข้อมูลด้านทรัพยากรทุกระบบของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผู้บริหารแต่ละระดับสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารงาน ได้สะดวก รวดเร็วขึ้น รวมถึงขอทำความตกลงกับกรมบัญชีกลางในภาพรวมในการนำเทคโนโลยีมาใช้ปฏิบัติงานในการบริหารจัดการคลัง เพื่อให้เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด และสามารถบริหารจัดการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

ประเด็นตรวจราชการ : ระบบธรรมาภิบาล

หัวข้อ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ ๑ : รอยละของหนวยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑.๑) เป้าหมาย

ตัวชี้วัดที่ ๑ : รอยละของหนวยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
ระดับ ๗ ไมเกินรอยละ ๒ และระดับ ๖ ไมเกินรอยละ ๔
ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป

๑.๒) ผลงาน

ตัวชี้วัดที่ ๑ : รอยละของหนวยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
ระดับ ๖ จำนวน ๐ แหง รอยละ ๐ (คาเปาหมาย ไมเกินรอยละ ๔)
ระดับ ๗ จำนวน ๐ แหง รอยละ ๐ (คาเปาหมาย ไมเกินรอยละ ๒)
ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก
ร้อยละ ๙๕.๔๔ จำนวน ๘๕๙ แห่ง (ค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป)

๒) สรุปสถานการณ์

๒.๑ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ และระดับ ๖

สถานการณ์การเงินการคลัง ปี ๒๕๖๕ไตรมาสที่ ๓ หน่วยบริการค่อนข้างมีความมั่นคงทางการเงินการคลัง สะท้อนจากร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ และ ๗ ลดลงต่อเนื่องโดยปี ๒๕๖๔ ไตรมาสที่๓ มีหน่วยงานที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ จำนวน ๑๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๔ ไตรมาส ๓ มีหน่วยงานที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๗ มี ๕ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๐.๕๖ สำหรับปี ๒๕๖๕ ทั้งไตรมาส ๑, ๒ และ ๓ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤต เนื่องจากหน่วยบริการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากรายได้ โควิด และเงินช่วยเหลือโควิด ประกอบกับมีการบริหารสภาพคล่องที่ดี ระยะต่อไปหากรายได้โควิดลดลงเฝ้าระวัง ระยะการเรียกเก็บชำระหนี้ให้เร็วขึ้นเพื่อสภาพคล่องและเพิ่มความสามารถในการทำกำไร ลดต้นทุนและนำสินทรัพย์ที่มีอยู่มาสร้างรายได้ให้คุ้มค่า

ตารางที่ ๑ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติการเงินระดับ ๖ และ ๗ ไตรมาส ๒ - ๓ ปงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕

เขต	ปงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕					ปงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔				
	จำนวนแหง (ทั้งหมด)	ไตรมาส ๒		ไตรมาส ๓		จำนวนแหง (ทั้งหมด)	ไตรมาส ๒		ไตรมาส ๓	
		จำนวนระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวนระดับ ๗ (แหง)	จำนวนระดับ ๖ (แหง)	จำนวนระดับ ๖ (แห่ง)		จำนวนระดับ ๖ (แหง)	จำนวนระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวนระดับ ๖ (แหง)	จำนวนระดับ ๗ (แหง)
๑	๑๐๒	-	-	-	-	๑๐๒	๑	๐	๕	๑
๒	๔๗	-	-	-	-	๔๗	๐	๐	๒	๐
๓	๕๔	-	-	-	-	๕๔	๐	๐	๐	๐
๔	๗๒	-	-	-	-	๗๑	๑	๐	๑	๑
๕	๖๗	-	-	-	-	๖๗	๐	๐	๐	๐
๖	๗๓	-	-	-	-	๗๓	๐	๐	๐	๑
๗	๗๗	-	-	-	-	๗๗	๐	๐	๐	๐
๘	๘๘	-	-	-	-	๘๘	๑	๐	๑	๐
๙	๘๙	-	-	-	-	๘๙	๐	๐	๐	๐
๑๐	๗๑	-	-	-	-	๗๑	๐	๐	๐	๐
๑๑	๘๒	-	-	-	-	๘๑	๐	๐	๓	๐
๑๒	๗๘	-	-	-	-	๗๘	๐	๐	๐	๒
รวม	**๙๐๐**	-	-	-	-	**๘๙๘**	**๓**	**๐**	**๑๒**	**๕**
	ร้อยละ	-	-	-	-	**ร้อยละ**	**๐.๓๔**	**-**	**๑.๓๔**	**๐.๕๖**

๒.๒ หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C)

การไม่มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ที่ชัดเจน การเรียกเก็บเงินจากกองทุนล่าช้าและไม่ครบถ้วน ขาดเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญในการตรวจสอบข้อมูลก่อนการส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บ ส่งผลให้ขาดความถูกต้องของข้อมูล ทำให้หน่วยบริการได้รับชดเชยค่าบริการจากกองทุนน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้หน่วยบริการประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน จึงควรขับเคลื่อนให้หน่วยบริการดำเนินการพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ จากผลการดำเนินงาน โดยการเก็บข้อมูลจากแบบประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C) หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น ๙๐๐ แห่ง พบว่า มีหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับดีและดีมาก จำนวน ๘๕๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๔๔ ของหน่วยบริการทั้งหมด

การขับเคลื่อนศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C) ประกอบด้วย

๑. การประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔ S๔C)

ด้านที่ ๑ โครงสร้างระบบจัดเก็บรายได้(Structure)

ด้านที่ ๒ ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)

ด้านที่ ๓ ระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill)

ด้านที่ ๔ การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)

ด้านที่ ๕ การบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลครบถ้วน และถูกต้อง (Code)

ด้านที่ ๖ ระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน (Claim & Account)

๒. การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)

ด้านที่ ๑ มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)
ด้านที่ ๒ ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)
ด้านที่ ๓ มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)
ด้านที่ ๔ มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)

ผลการดำเนินงานระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ พบว่า หน่วยบริการมีระบบจัดเก็บรายได้อยู่ในระดับดีมาก จำนวน ๕๕๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๕๖ ระดับดี จำนวน ๓๐๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๘๙ ระดับปานกลาง จำนวน ๓๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔.๓๓ ระดับพอใช้ จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๒ และไม่มีหน่วยบริการที่อยู่ในระดับปรับปรุง

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

- การบันทึกบัญชีให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีที่ถูกต้อง ระบบการรายงานข้อมูลงบทดลอง และ ข้อมูลบริการให้ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา
- สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการต้นทุนบริการ
- ติดตาม กำกับ แผนทางการเงิน ให้เป็นไปตามแผน
- จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การควบคุมรายจ่ายไม่เป็นไปตามแผน โดยเฉพาะหมวดค่าตอบแทน และการลงทุนเพื่อจัดให้บริการผู้ติดเชื้อฯ
- นักบัญชียังขาดทักษะ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงงานบ่อย
- การจัดเก็บรายได้จากการให้บริการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงบ่อย ส่งผลต่อการโดนปฏิเสธค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง
- จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 มีเวชระเบียนที่ต้องตรวจสอบเป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่ได้รับการตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งเบิก ส่งผลให้มีข้อมูลติด C หรือ Deny
- ขาดโปรแกรม/Software ที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างศูนย์จัดเก็บรายได้กับงานการเงิน/บัญชี
- ระบบเบิกจ่ายมีหลายกองทุน และใช้หลายโปรแกรม ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติ

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑) สำหรับพื้นที่

๔.๑.๑) การเงินการคลัง

- กำกับ ติดตาม การบริหารหนี้บริหารจัดการหนี้สิน ตามมติคณะทำงานบริหารจัดการหนี้กระทรวงสาธารณสุข
- ควรมีการเร่งรัดเรียกเก็บลูกหนี้ทุกสิทธิ
- CFO จังหวัด กำกับ ติดตาม การบริหารหนี้ระหว่างหน่วยบริการ (ค่ารักษา OP UC นอก CUP ในจังหวัด)
- การจัดทำแผนทางการเงิน Planfin
  (๑) ควรให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม เช่น กรรมการบริหารโรงพยาบาล และกลุ่ม/งานต่างๆ
  (๒) ต้องมีความซื่อสัตย์ในการจัดทำ Plnfin

(๓) มีการควบคุมกำกับ Planfin อย่างเข้มข้น โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีแนวโน้มจะเกิดวิกฤติทางการเงิน

- นักบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด (CFO) ทบทวนความแม่นยำของแผนทางการเงิน (Planfin) รายได้ รายจ่าย (± ไม่เกินร้อยละ ๕) และข้อมูลที่นำมาคำนวณต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน
- ควรติดตามการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการให้เป็นไปตามแผน Planfin ควรมีการนิเทศติดตามทุกเดือน
- สร้างความมั่นคง และสร้างขวัญกำลังใจ ให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการเงิน การบัญชี และพัสดุ (สัดส่วนจำนวน ข้าราชการ ,พนักงานราชการ, ลูกจ้าง)

๔.๑.๒) ระบบจัดเก็บรายได้

- พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ในทุกหน่วยบริการ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ
- ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสำหรับบริหารข้อมูล ในการรวบรวม ตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลการเรียกเก็บ และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อลดความผิดพลาดหรือปัญหาของการเรียกเก็บ อย่างเป็นระบบ
- เพิ่มประสิทธิภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ ด้วยการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างศูนย์จัดเก็บรายได้และงานบัญชี เพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาล
- พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ ในระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็ง
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง และคณะทำงานศูนย์จัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ ให้เข้าใจหลักเกณฑ์และกระบวนการดำเนินงาน รวมถึง software ที่เกี่ยวข้อง
- จัดให้มีการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งรูปแบบนวัตกรรมที่ใช้ ปัญหาและวิธีการแก้ไข เพื่อให้ได้รูปแบบแนวทางการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ที่ชัดเจน
- นำเสนอในที่ประชุมเขตสุขภาพทุกเดือน จัดให้มีการให้รางวัล และชื่นชมจังหวัดที่มีระยะเวลาเรียกเก็บเฉลี่ยต่ำที่สุด และให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการรายงานระยะเวลาการเรียกเก็บผ่านที่ประชุมกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ทุกเดือน

๔.๒) สำหรับส่วนกลาง

๔.๒.๑) การเงินการคลัง

- เกณฑ์การตรวจสอบ วิเคราะห์งบการเงิน ควรกำหนดรูปแบบการตรวจสอบระบบบัญชี (Accounting Management) ให้ชัดเจน
- การควบคุม กำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus efficiency) ควรให้มีการปรับปรุงค่ากลาง (Mean) ให้เป็นปัจจุบัน
- ควรมีการประกันรายรับหน่วยบริการเงินกองทุน UC ไม่น้อยกว่าประมาณรายรับเบื้องต้นของปีที่ผ่านมา
- คณะกรรมการ CFO ทุกจังหวัด มีการประชุมติดตามสถานการณ์ทางการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง และมีการนำเสนอสถานการณ์การเงินในการประชุม กวป.ทุกเดือน

- มีเครื่องมือที่เป็นนวัตกรรมในการกำกับติดตาม ข้อมูลการเงินการคลัง การจัดเก็บรายได้ เพิ่มประสิทธิภาพในการกำกับติดตาม
- มีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพทีม CFO และเครือข่ายบุคลากรด้านการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง และจัดให้มีการเยี่ยมเสริมพลังด้านการเงินการคลัง ในระดับจังหวัดและระดับเขต
- เสริมสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางการบัญชีมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เพื่อเสริมสร้างความผูกพันกับองค์กร

๔.๒.๒) ระบบจัดเก็บรายได้

- ควรกำหนดกรอบโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ และกำหนดกรอบบุคลากร รวมทั้งบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน
- ถอดบทเรียนเกณฑ์การประเมินและจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน
- ควรมีหลักสูตรการอบรม เพื่อพัฒนาบุคลากรศูนย์จัดเก็บรายได้ พัฒนาระบบ Software ช่วยในการจัดเก็บรายได้ ให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้
- ควรมีหลักสูตรการอบรม เพื่อพัฒนาบุคลากรศูนย์จัดเก็บรายได้ พัฒนาระบบ Software ช่วยในการจัดเก็บรายได้ ให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้
- ควรสนับสนุนทีมงานด้านการเงินการคลัง ให้มีความมั่นคงในตำแหน่งหน้าที่ราชการ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัจจุบันมีการหมุนเวียนผู้รับผิดชอบใหม่จากที่คนเดิมลาออกหรือสอบบรรจุได้ในหน่วยงานอื่น ทำให้ประสิทธิภาพของการจัดเก็บรายได้ ยังขาดความถูกต้อง ครบถ้วน

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑) มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง

๕.๑.๑) การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)

๕.๑.๒) พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)

๕.๑.๓) พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแกเครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)

๕.๑.๔) สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

๕.๑.๕) ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)

๕.๒) ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ

๕.๒.๑) ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C)

๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)

๒. ระบบงานศูนย์จัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)

๓. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.

๔. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)

๕. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)

๖. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน

๕.๒.๒) การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)

๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)

๒. ระบบงานศูนย์จัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)

๓. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)

๔. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)

๕. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๖.๑) ขับเคลื่อนระบบการเงินการคลัง อย่างต่อเนื่องประเด็น

- การจัดทำแผนเงินบำรุงร่วมกับแผนทางการเงิน Planfin แบบบูรณาการ
- การพัฒนาประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus Efficiency) ของหน่วยบริการ
- การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (TPS: Total Performance Score)

๖.๒) ขับเคลื่อนหน่วยบริการให้มีระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ

- พัฒนาการตรวจสอบข้อมูลก่อนการส่งข้อมูลก่อนการส่ง Claim
- พัฒนาประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุนให้เพิ่มขึ้น โดย
  (๑) กองทุนประกันสังคม : ส่งข้อมูลเบิกจ่ายภายในระยะเวลาที่กองทุนกำหนด
  (๒) สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ : พัฒนาการบันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย
  (๓) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลก่อนการจัดส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บทุกครั้ง
- พัฒนาและส่งเสริมการโปรแกรม /Software ช่วยในการจัดเก็บรายได้
- พัฒนาการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ เป็น Advanced ๔S๔C
- พัฒนาระบบการเรียกเก็บกองทุนย่อย ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ระบบธรรมาภิบาล

๒. หัวข้อ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ ๑ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒ ระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๔

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ ๒ : ร้อยละของหน่วยบริการมีระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
สถานการณ์การเงินการคลัง ปี ๒๕๖๕ไตรมาสที่ ๓ หน่วยบริการค่อนข้างมีความมั่นคงทางการเงินการคลัง สะท้อนจากร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ และ ๗ ลดลงต่อเนื่องโดยปี ๒๕๖๔ ไตรมาสที่ ๓ มีหน่วยงานที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ จำนวน ๑๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๔ ไตรมาส ๓ มีหน่วยงานที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๗ มี ๕ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๐.๕๖ สำหรับปี ๒๕๖๕ ทั้งไตรมาส ๑, ๒ และ ๓ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤต เนื่องจากหน่วยบริการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากรายได้ โควิด และเงินช่วยเหลือโควิด ประกอบกับมีการบริหารสภาพคล่องที่ดี ระยะต่อไปหากรายได้โควิดลดลงเฝ้า	๑. มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง (๕ มาตรการ) ๑.๑ พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management) ๑.๒ การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting) ๑.๓ พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่าย และบุคลากร (Competency) ๑.๔ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Division of regional health) ๑.๕ ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Efficiency) ๒. ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C) ๒.๑ การประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔ S๔C) ๑. มีโครงสร้างระบบจัดเก็บรายได้ (Structure) ๒. มีระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) ๓. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ มีจำนวน และทักษความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ. (Staff & skill) ๔. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)	๑. ในปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ที่ ๑, ๒ และ ๓ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ และ ๗ (ค่าเป้าหมาย ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒ ระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๔) ๒. หน่วยบริการมีระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก ร้อยละ ๙๕.๔๔ จำนวน ๘๕๙ แห่ง (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ระวัง ระยะการเรียกเก็บชำระหนี้ให้เร็วขึ้นเพื่อสภาพคล่องและเพิ่มความสามารถในการทำกำไร ลดต้นทุนและนำสินทรัพย์ที่มีอยู่มาสร้างรายได้ให้คุ้มค่า	๕. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลครบถ้วน และถูกต้อง (Code) ๖. มีระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน (Claim & Account) ๒.๒ การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey) ๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure) ๒. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) ๓. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care) ๔. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลครบถ้วน และถูกต้อง (Code) ๕.มีระบบเบิกจ่าย (Claim & Account)	

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

๕.๑ วิกฤตทางการเงิน

- การพัฒนาและใช้โปรแกรมการบริหารงบประมาณตามแผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล
- การจัดสรรเงินช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ NWC ติดลบ
- การจัดสรรตามสัดส่วนโรงพยาบาล ระดับ M๑ M๒ F๑
- การจัดสรรตามสัดส่วนประมาณการรายได้ OP PP IP ปี ๖๕
- การจัดสรรตามสัดส่วนประมาณการรายได้ OP PP IP ที่ลดลง
- การกันเงิน Virtual account
- มีผู้บริหารที่มีศักยภาพ และให้ความสำคัญ รวมถึงมีโรงพยาบาลที่เป็น ครู ก. ทางด้านการเรียกเก็บรายได้ และพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง ระดับจังหวัดและระดับเขต
- มีการใช้โปรแกรม E-HOS Accounting มาช่วยในการจัดเก็บรายได้ รวมถึงนักบัญชีสามารถดึงข้อมูลมาลงรายการลูกหนี้รายวันได้

๕.๒ ระบบจัดเก็บรายได้

- ใช้โปรแกรม/Software ไปใช้ในการบริหารการเรียกเก็บในทุกโรงพยาบาล และขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยมีเครือข่ายการใช้โปรแกรมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ด้านการเรียกเก็บรายได้ (ครูก.) และเผยแพร่ความรู้ไปยังหน่วยบริการอื่น เพื่อสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเรียกเก็บรายได้ในระดับจังหวัดและระดับเขต

- มีการพัฒนาระบบการเรียกเก็บ เช่น คนน่านทุกสิทธิรักษาทุกที่, R๘ Anywhere พัฒนาระบบการเรียกเก็บร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ R๘ Sandbox นำร่องเพื่อพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ให้มีคุณภาพ และพัฒนาโปรแกรม R๙ Referral Hub เชื่อมโยงการดำเนินงาน ๓๐ บาทรักษาทุกที่
- มีการพัฒนา Software Application ระบบการจัดเก็บรายได้
- มีการพัฒนาโปรแกรมเรียกเก็บและโปรแกรมติดตามลูกหนี้เพิ่มเติม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บ เช่น E-HOS, RCM, AAA, PK claim, CIPN, KTNClaim, MoneyDr.BAT, CCMS, SSB, Self_Isolation, CheckIPDScan, BMSHOSxPCHIExport, KTN, VPM, CSCD, CIPN, Panacea, SSIP,CSMBS,CSOP,SRC, PPK, GLAR, Medee soft, Dfin, Data Audit, JJM, HSoftXE๗,Hsooter Claim Export, Fantacy, K-mecc, sn tool, himproEclaim Sipo๙, EHA, Krasaesin Report, PMK, PTL finance, CSOP,CIPN,SSIP, Yala smart, RVP, SSCHI , Debtor

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๖.๑.๑ วิกฤตทางการเงิน

- หน่วยบริการควรติดตามกำกับแผนรายได้และค่าใช้จ่ายรายเดือนให้เป็นไปตามเป้าหมาย และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น โดยเฉพาะในรพ.ที่มีความเสี่ยงและมีรายจ่ายสูงกว่าแผนที่ได้วางไว้ รวมทั้งเร่งรัดการชำระหนี้แต่ละประเภทในไตรมาส ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และรพ.ที่มี cash ratio สูง ควรได้ทำแผนพัฒนาตามนโยบายกระทรวง
- การจัดทำแผนการชำระหนี้ค่ายาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา อย่างมีประสิทธิภาพและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
- ควรมีการติดตามเร่งรัดลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของทุกกองทุนอย่างต่อเนื่อง และมีการรายงานสรุปลูกหนี้คงเหลือ ระยะเวลาการค้างชำระ ของแต่ละสิทธิให้คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเป็นประจำทุกเดือน
- การจัดทำแผนธุรกิจรายสิทธิ รายกองทุน เพื่อเชื่อมโยงกับแผนเงินบำรุง แผนจัดซื้อจัดจ้าง และแผนการเงิน (Planfin)
- การพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) อย่างต่อเนื่องและให้ผ่าน ≥ ๑๐.๕
- เร่งกระจาย ปรับเกลี่ยงบเงินกันเพื่อประกันความเสี่ยงด้านการเงินจากสถานการณ์ระบาดของโรคโคโรนา 2019
- ควรมีการประกันรายรับหน่วยบริการเงินกองทุน UC ไม่น้อยกว่าประมาณรายรับเบื้องต้นของปีที่ผ่านมา

๖.๑.๒ ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ

- ควรจัดทำ Flow Chart การปฏิบัติงาน และมอบหมายงานที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถควบคุมการเบิกจ่าย ในแต่ละกองทุนให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
- ทีม CFO ของจังหวัด/เขต ควรกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีระบบติดตามการเรียกเก็บ (Claim) ให้มีความครบถ้วน และ ออกตรวจสอบโรงพยาบาลที่มีปัญหาในการดำเนินการ

และ นำโปรแกรมเรียกเก็บมาใช้ เพิ่มประสิทธิภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างศูนย์จัดเก็บรายได้กับงานการเงิน/บัญชีและพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีอย่างต่อเนื่อง

- ควรมีโปรแกรมสำหรับบริหารข้อมูล ในการรวบรวม ตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลการเรียกเก็บและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อลดความผิดพลาดหรือปัญหาของการเรียกเก็บ อย่างเป็นระบบ
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง และคณะทำงานศูนย์จัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ ให้เข้าใจหลักเกณฑ์และกระบวนการดำเนินงาน รวมถึง software ที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ในทุกหน่วยบริการ โดยใชโปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ
- ระบบการเรียกเก็บมีหลายกองทุน ทำให้มีโปรแกรมการเรียกเก็บจำนวนมาก ซึ่งแต่ละกองทุนเรียกเก็บไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นภาระงานแก่บุคลากรในหน่วยบริการที่ขาดแคลน จึงควรมีระบบหรือโปรแกรมเรียกเก็บเดียวกัน เพื่อให้สะดวกต่อการเรียกเก็บและไม่เป็นอุปสรรคต่อการส่งข้อมูล

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๖.๒.๑ วิกฤตทางการเงิน

- เกณฑ์การตรวจสอบ วิเคราะห์งบการเงิน ควรกำหนดรูปแบบการตรวจสอบระบบบัญชี (Accounting Management) ให้ชัดเจน
- การควบคุม กำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus efficiency) ควรให้มีการปรับปรุงค่ากลาง (Mean) ให้เป็นปัจจุบัน
- เสนอให้มีการพัฒนาด้านการเงินการคลัง ในประเด็นระบบจัดเก็บรายได้ Planfin และเงินบำรุง และมีกลไกสนับสนุน ติดตามกำกับ สร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- นโยบายบัญชีการตัดหนี้สูญควรชัดเจน เพื่อให้หน่วยบริการสามารถจัดทำข้อมูลลูกหนี้ของหน่วยบริการได้ถูกต้อง

๖.๒.๒ ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ

- ระบบเบิกจ่ายมีหลายสิทธิ และหลายกองทุน ทำให้การเรียกเก็บมีหลายโปรแกรม เป็นอุปสรรคต่อการส่งข้อมูล จึงเสนอให้ส่วนกลางมีระบบ/ใช้โปรแกรมเดียวกัน เพื่อให้สะดวกต่อการเรียกเก็บ
- ควรจัดทำแนวทางพัฒนาโปรแกรม/Software จัดเรียกเก็บรายได้
- ควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการเรียกเก็บรายได้ ของศูนย์จัดเก็บรายได้ เพื่อสนับสนุนข้อมูลในระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับหน่วยบริการ
- ถอดบทเรียนเกณฑ์การประเมินและจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน
- ควรมีหลักสูตรการอบรม เพื่อพัฒนาบุคลากรศูนย์จัดเก็บรายได้ พัฒนาระบบ Software ช่วยในการจัดเก็บรายได้ ให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้

- ควรสนับสนุนทีมงานด้านการเงินการคลัง ให้มีความมั่นคงในตำแหน่งหน้าที่ราชการ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัจจุบันมีการหมุนเวียนผู้รับผิดชอบใหม่ จากที่คนเดิมลาออกหรือสอบบรรจุได้ในหน่วยงานอื่น ทำให้ประสิทธิภาพของการจัดเก็บรายได้ ยังขาดความถูกต้อง ครบถ้วน

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

ประเด็นที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ประเด็นตรวจราชการ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน
ตัวชี้วัดที่ ๖๙ : ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

๑) เป้าหมาย และผลงาน

<u>วัตถุประสงค์</u>

๑. เพื่อให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความพร้อมในการให้บริการข้อมูลสุขภาพแก่ผู้รับบริการที่เป็นเจ้าของข้อมูลได้อย่างไร้รอยต่อ

๒. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองได้อย่างสะดวก รวดเร็ว

๓. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดูแลรักษาความปลอดภัยข้อมูลสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล

<u>คำนิยาม</u> การใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง โรงพยาบาลเชื่อมโยงข้อมูลตามชุดข้อมูลที่กำหนด ระหว่างกันได้สำเร็จผ่าน HIS Gateway และจังหวัดมีมาตรการในการกำกับดูแลด้านธรรมาภิบาล มีการแต่งตั้งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ

<u>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</u> โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม

<u>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</u>

๑. สสจ. ส่งสำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ มาที่อีเมล ictmoph@moph.go.th โดยส่งจากอีเมลภาครัฐของ สสจ. ระบุชื่อเรื่อง (subject) ว่า “สสจ.xxxxxx ส่ง สำเนาคำสั่งคณะฯ ธรรมาภิบาลข้อมูลฯ” พร้อมแนบไฟล์และ หลักฐานการประชุมคณะทำงานฯ ครั้งแรก

๒. โรงพยาบาลที่มีการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway จะถูกบันทึกข้อมูลความสำเร็จในเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server)

<u>วิธีการประเมินผล</u> ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. ตรวจสอบและรายงาน

<u>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</u> ร้อยละ = (จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกรมภายในจังหวัด ที่มีผลการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway x ๑๐๐) / จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกรม ทั้งหมดภายในจังหวัด

เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน
ทุกจังหวัด มีการแต่งตั้งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ	ร้อยละ ๒๐	-	ร้อยละ ๖๐

หมายเหตุ

๑. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. เชิญอบรมติดตั้ง HIS Gateway

๒. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. จัดทำรายงานรายจังหวัด แสดง สถานะการจัดส่งสำเนาคำสั่งและสถานะการรับส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway ไว้ในเว็บไซต์ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ที่ URL : https://hisgateway.moph.go.th/monitor

๒) สรุปสถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้บริหารจัดการจากศูนย์กลางให้มีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และมีความพร้อมใช้ ให้บริการแก่เจ้าของข้อมูลในรูปแบบของ PHR (Personal Health Record) และความรู้สุขภาพ เฉพาะบุคคล (Personal Health Literacy) พร้อมให้บริการข้อมูลแก่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาชีวิตและสุขภาพของเจ้าของข้อมูล เพื่อประโยชน์แก่วงการสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศไทย โดยกำหนดให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งทำการติดตั้งระบบการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อเชื่อมโยงข้อมูล ตามชุดข้อมูลที่กำหนดระหว่างกันได้สำเร็จผ่าน HIS Gateway

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

สรุปผลตัวชี้วัดร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

๑.สรุปจำนวน สสจ. ที่ส่งคำสั่งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัดทั้งหมด	จำนวนที่ได้รับ	คิดเป็นร้อยละ	ยังไม่ได้รับจากจังหวัด
๑	๘	๘	๑๐๐	-
๒	๕	๕	๑๐๐	-
๓	๕	๕	๑๐๐	-
๔	๘	๘	๑๐๐	-
๕	๘	๘	๑๐๐	-
๖	๘	๘	๑๐๐	-
๗	๔	๔	๑๐๐	-
๘	๗	๗	๑๐๐	-
๙	๔	๔	๑๐๐	-
๑๐	๕	๕	๑๐๐	-
๑๑	๗	๗	๑๐๐	-
๑๒	๗	๗	๑๐๐	-

(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๕)

ที่มา : https://his-gateway-kpi.moph.go.th/

๒. สรุปผลตัวชี้วัดร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัดทั้งหมด	จำนวนจังหวัดที่มีจำนวน รพ. ที่มีผลการรับ-ส่งข้อมูล ผ่าน HIS Gateway ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป	จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด	จำนวนโรงพยาบาลที่มีผลการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway (ร้อยละของจำนวน รพ. ทั้งหมดในเขตสุขภาพ)		รายชื่อจังหวัดที่มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีผลการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway ยังไม่ถึงร้อยละ ๖๐
๑	๘	๘ (๑๐๐%)	๑๐๓	๙๑	๘๘.๓๕%	-
๒	๕	๔ (๑๐๐%)	๔๗	๔๑	๘๗.๒๓ %	-
๓	๕	๕ (๑๐๐%)	๕๔	๕๑	๙๔.๔๔%	-
๔	๘	๕ (๖๒.๕๐%)	๗๒	๕๑	๗๐.๘๓%	นนทบุรี,๓๗.๕๐% , ลพบุรี, ๔๕.๔๕% , พระนครศรีอยุธยา ๕๐%
๕	๘	๖(๗๕%)	๖๗	๕๗	๘๕.๐๗%	สมุทรสาคร ๕๐.๐๐% , สมุทรสงคราม ๓๓.๓๓%
๖	๘	๗(๘๗.๕๐%)	๗๓	๖๒	๘๔.๙๓%	ปราจีนบุรี ๔๗.๑๔%
๗	๔	๔ (๑๐๐%)	๗๗	๗๗	๑๐๐%	-
๘	๗	๗ (๑๐๐%)	๘๘	๗๑	๘๔.๐๙%	-
๙	๔	๔(๑๐๐%)	๘๙	๗๙	๘๘.๗๖%	-
๑๐	๕	๕(๑๐๐%)	๗๑	๗๑	๑๐๐%	-
๑๑	๗	๕(๗๑.๔๓%)	๘๒	๕๔	๖๕.๘๕%	ภูเก็ต ๐% , สุราษฎ์ธานี ๓๓.๓๓%
๑๒	๗	๗(๑๐๐%)	๗๘	๖๘	๘๗.๑๘%	-
รวม	**๗๖**	**๖๘ (๘๙.๔๗%)**	**๙๐๑**	**๗๗๓**	**๘๖.๓๙%**	

(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๕)
ที่มา: https://hisgateway.moph.go.th/monitor

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

โรงพยาบาลส่งข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลกลางไม่สำเร็จ

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ ผู้บริหารโรงพยาบาล มอบนโยบายเรื่องการเชื่อมข้อมูลผ่าน HIS Gateway เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย

๔.๒ การกำกับติดตาม และการผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ควรครอบคลุมโรงพยาบาลทุกสังกัด

๔.๓ การพัฒนาระบบงาน แอปพลิเคชัน ของเขตสุขภาพ ควรพิจารณาความยั่งยืนในการดูแลบำรุงรักษาและการขยายผลเพื่อบริการประชาชนข้ามเขตสุขภาพได้ด้วย หรืออาจพิจารณาขอใช้ระบบหรือแอปพลิเคชันที่มีใช้อยู่แล้วในเขตอื่นๆ ก่อนคิดพัฒนาใหม่

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ตรวจราชการและผู้บริหารระดับจังหวัดให้ความสำคัญ และสนับสนุนเจ้าหน้าที่ไอทีของโรงพยาบาลในการเชื่อมข้อมูลผ่าน API HIS Gateway

๕.๒ สสจ. และ คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ มีบทบาทในการกำกับติดตามผลสำเร็จของการส่งข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

๕.๓ โรงพยาบาลที่ดำเนินการได้บรรลุเป้าหมาย เพราะมีระบบคอมพิวเตอร์ (Hardware) และมีเจ้าหน้าที่ไอที ที่มีศักยภาพ

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๖.๑ คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ ระดับจังหวัด ได้มีการประชุมอย่างต่อเนื่องหรือไม่

๖.๒ โรงพยาบาลสังกัดอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน ในจังหวัด จะเชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน ได้เมื่อไหร่ ด้วยวิธีการใด โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๒. หัวข้อ : การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT)เป็นศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

ตัวชี้วัดที่ ๖๙ : ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : ไม่มี

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้บริหารจัดการจากศูนย์กลางให้มีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และมีความพร้อมใช้ให้บริการแก่เจ้าของข้อมูลในรูปแบบของ PHR (Personal Health Record) และความรู้สุขภาพ เฉพาะบุคคล (Personal Health Literacy)พร้อมให้บริการข้อมูลแก่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาชีวิตและสุขภาพของเจ้าของข้อมูล เพื่อประโยชน์แก่วงการสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศไทย โดยกำหนดให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งทำการติดตั้งระบบการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อเชื่อมโยงข้อมูล ตามชุดข้อมูลที่กำหนดระหว่างกันได้สำเร็จผ่าน HIS Gateway

<u>เกณฑ์การประเมิน</u>

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
ทุกจังหวัด มีการแต่งตั้งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ	ร้อยละ ๒๐	-	ร้อยละ ๖๐

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. โรงพยาบาลส่งข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลกลางไม่สำเร็จ	๑) ศทส.สป.สธ. เพิ่มศักยภาพของเครื่องแม่ข่าย(sever) ๒) ศทส.สป.สธ. ปรับปรุง API ให้รองรับการติดตั้งใน HIS ทุกยี่ห้อ	๑) ขยายศักยภาพและเพิ่มประสิทธิภาพระบบฐานข้อมูลกลาง HIS Gateway ๒) ปรับแต่งโปรแกรมการรับข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลกลางให้มีความเร็วมากขึ้น ๓) พัฒนาปรับปรุง API และปรับกระบวนการ/ขอบเขตข้อมูลที่ส่งออกจาก รพ.

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ ผู้บริหารโรงพยาบาล มอบนโยบายเรื่องการเชื่อมข้อมูลผ่าน HIS Gateway เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย

๖.๒ การกำกับติดตาม และการผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ควรครอบคลุมโรงพยาบาลทุกสังกัด

๖.๓ การพัฒนาระบบงาน แอปพลิเคชัน ของเขตสุขภาพ ควรพิจารณาความยั่งยืนในการดูแลบำรุงรักษาและการขยายผลเพื่อบริการประชาชนข้ามเขตสุขภาพได้ด้วย หรืออาจพิจารณาขอใช้ระบบหรือแอปพลิเคชันที่มีใช้อยู่แล้วในเขตอื่นๆ ก่อนคิดพัฒนาใหม่

๗. ปัจจัยความสำเร็จ

๗.๑ ผู้ตรวจราชการและผู้บริหารระดับจังหวัดให้ความสำคัญ และสนับสนุนเจ้าหน้าที่ไอทีของโรงพยาบาลในการเชื่อมข้อมูลผ่าน API HIS Gateway

๗.๒ สสจ. และ คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ มีบทบาทในการกำกับติดตามผลสำเร็จของการส่งข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

๗.๓ โรงพยาบาลที่ดำเนินการได้บรรลุเป้าหมาย เพราะมีระบบคอมพิวเตอร์ (Hardware) และมีเจ้าหน้าที่ไอที ที่มีศักยภาพ

๘) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๘.๑ คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ ระดับจังหวัด ได้มีการประชุมอย่างต่อเนื่องหรือไม่

๘.๒ โรงพยาบาลสังกัดอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัด จะเชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน ได้เมื่อไหร่ ด้วยวิธีการใด โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

ประเด็นตรวจราชการ : องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

หัวข้อ/ ตัวชี้วัด

มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

- ระดับเขตสุขภาพ อย่างน้อย ๑ แห่ง
- ระดับจังหวัด อย่างน้อย ๑ แห่ง

๑) เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลการดำเนินงาน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒ **มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ** - ระดับเขตสุขภาพ อย่างน้อย ๑ แห่ง - ระดับจังหวัด อย่างน้อย ๑ แห่ง			
กลุ่มเป้าหมาย ๑) สำนักงานเขตสุขภาพ ๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ๔) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๕) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	พัฒนาองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพทั่วทั้งกระทรวง	๑. ติดตามการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข ๒. หน่วยงานมีการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับเขตสุขภาพอย่างน้อย ๑ แห่ง - ระดับจังหวัดอย่างน้อย ๑ แห่ง ๓. รับฟัง ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับเขตสุขภาพ จำนวน ๑๑ เขต - ระดับจังหวัด จำนวน ๗๒ จังหวัด (ณ วันที่ ๓๑ ส.ค. ๖๕)

๒) สรุปสถานการณ์

จากประเด็นยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) มีเป้าหมายที่จะให้กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นคนดี มีคุณค่า และมีความผาสุกในการทำงาน โดยการประสานความร่วมมือกับสถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ในการขอใช้ เครื่องมือวัดความสุขในระดับบุคคล (Happinometer) และองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) โดยกำหนดให้มีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข

(Happinometer) และการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) ในทุก ๒ ปี โดยได้มีการประเมินมาแล้วทั้งหมด ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ (ระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐) ครั้งที่ ๒ (ระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ – ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒) เพื่อนำผลการประเมินมาทำการวิเคราะห์ วางแผน และดำเนินการสร้างสุขให้แก่บุคลากรในด้านต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ควบคู่กับการมีสุขภาพกายที่ดี ครอบครัวที่อบอุ่น สังคมที่ปลอดภัย

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้มีการกำหนดให้มีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ครั้งที่ ๓ (ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ – ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) ผ่านเว็บไซต์ Happy MOPH https://happy.moph.go.th) โดยกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานกระทรวง พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค) กำหนดกลุ่มเป้าหมายให้มีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ร้อยละ ๗๐ ของจำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน มีกลุ่มเป้าหมายจำนวน ๓๖๙,๕๙๒ คน และมีผู้ตอบแบบประเมินฯ จำนวนทั้งสิ้น ๓๑๘,๑๗๔ คน คิดอัตราการตอบกลับเป็นร้อยละ ๘๖.๐๙ (ข้อมูลจากระบบการประเมิน ณ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขในภาพรวมร้อยละ ๖๓.๙๒ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขมากที่สุด คือ มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) ร้อยละ ๗๑.๑๘ รองลงมาคือ มิตินำ้ใจดี (Happy Heart) ร้อยละ ๗๐.๗๗ และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มิติสุขภาพการเงินดี (Happy Money) ร้อยละ ๕๒.๙๖

และการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) ครั้งที่ ๓ (ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ – ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) ผ่านเว็บไซต์ Happy MOPH https://happy.moph.go.th) กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงาน หัวหน้ากลุ่ม/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค) เป็นผู้ตอบแบบประเมิน มีหน่วยงานเข้าร่วมตอบแบบประเมินฯ จำนวน ๕,๒๒๖ หน่วยงาน ๒๒,๓๗๘ คน ซึ่งผลการประเมินพบว่า สุขภาวะองค์กรกระทรวงสาธารณสุข มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ ๖๔.๓๑ และเมื่อพิจารณารายหมวดพบว่า หมวดที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ หมวดที่ ๑ ความสำเร็จ (Success) ที่ร้อยละ ๘๑.๘๖ รองลงมาคือ หมวดที่ ๔ บรรยากาศ (Atmosphere) หมวดที่ ๓ สุขภาพกาย-ใจ (Body & Mind) หมวดที่ ๒ การบริหาร (Administration) และหมวดที่ ๕ การลงทุน (Investment) ที่ร้อยละ ๖๒.๗๔ ๖๐.๐๔ ๕๙.๓๒ และ ๕๗.๕๗ ตามลำดับ

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

๓.๑ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

๓.๒ การลงทะเบียนเข้าระบบประเมิน ยังพบการใส่รหัสหน่วยงานผิด ทำให้ต้องมีการย้ายหน่วยงานและต้องทำแบบประเมินใหม่อีกครั้ง

๓.๓ ระยะเวลาในการทำแบบประเมิน เนื่องแบบประเมินมีข้อคำถามจำนวนมาก และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการขอความร่วมมือในการเข้าทำแบบประเมินยังน้อย ทำให้บุคลากรเข้าระบบทำแบบประเมินไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนดไว้

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายแบบมุ่งเป้า “ความสุขมิติสุขภาพการเงินดี (Happy Money)”

๔.๒ พัฒนาเครือข่ายองค์กรแห่งความสุข แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการความรู้การขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข เพื่อสามารถนำองค์ความรู้จากการสร้างสุขของหน่วยงานต่าง ๆ มาปรับใช้อย่างเหมาะสม ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH (https://happy.moph.go.th)

๔.๓ ขยายผลการขับเคลื่อนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ตามระดับหน่วยงาน ได้แก่ ระดับกรม/ สป. (ส่วนกลาง) ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑ ผู้บริหาร/ ผู้นำให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขในหน่วยงาน รวมทั้งการสนับสนุนกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุข ความผูกพันในองค์กรของบุคลากร

๕.๒ ผู้บริหาร/ ผู้นำเป็นแกนนำ และมีส่วนร่วมในทุก ๆ กิจกรรม

๕.๓ บุคลากรในหน่วยงานให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างสุขที่จัดทำขึ้น

๕.๔ มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งมีการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของบุคลากรในหน่วยงาน

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

๑. ประเด็นตรวจราชการ : องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

๒. หัวข้อ/ ตัวชี้วัด

มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

- ระดับเขตสุขภาพ อย่างน้อย ๑ แห่ง
- ระดับจังหวัด อย่างน้อย ๑ แห่ง

เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลการดำเนินงาน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒ **มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ** - ระดับเขตสุขภาพ อย่างน้อย ๑ แห่ง - ระดับจังหวัด อย่างน้อย ๑ แห่ง			
กลุ่มเป้าหมาย ๑) สำนักงานเขตสุขภาพ ๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ๔) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๕) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	พัฒนาองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ทั่วทั้งกระทรวง	๑. ติดตามการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข ๒. หน่วยงานมีการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับเขตสุขภาพ อย่างน้อย ๑ แห่ง - ระดับจังหวัด อย่างน้อย ๑ แห่ง ๓. รับฟัง ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับเขตสุขภาพ จำนวน ๑๒ เขต - ระดับจังหวัด จำนวน ๗๕ จังหวัด (ณ วันที่ ๑๖ ก.ย. ๖๕)

๓. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

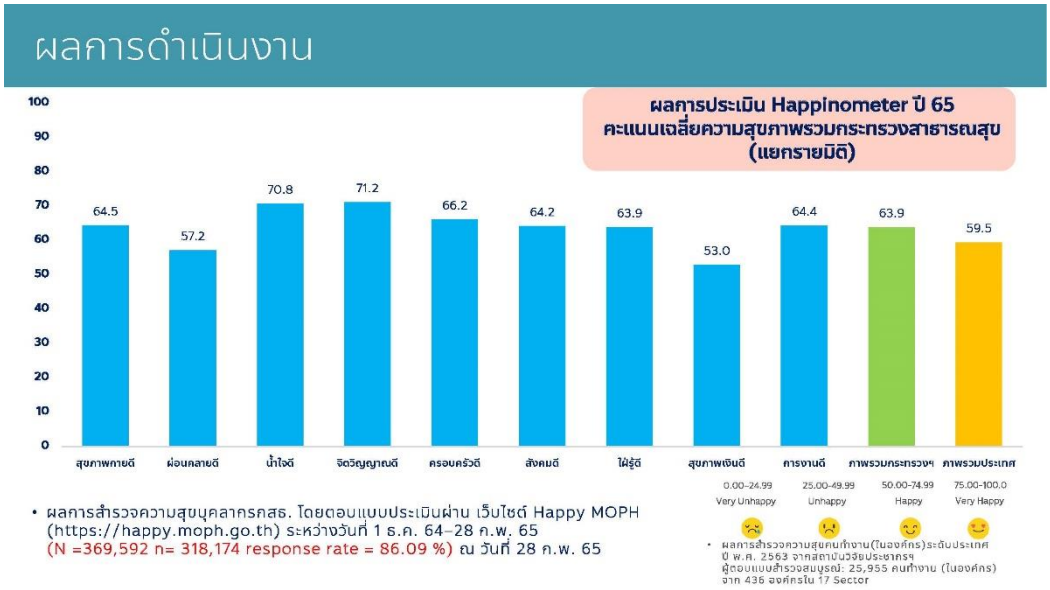
๔. วิเคราะห์สถานการณ์

จากประเด็นยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) มีเป้าหมายที่จะให้กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นคนดี มีคุณค่า และมีความผาสุกในการทำงาน โดยการประสานความร่วมมือกับสถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ในการขอใช้ เครื่องมือวัดความสุขในระดับบุคคล (Happinometer) และองค์กร (Happy Public

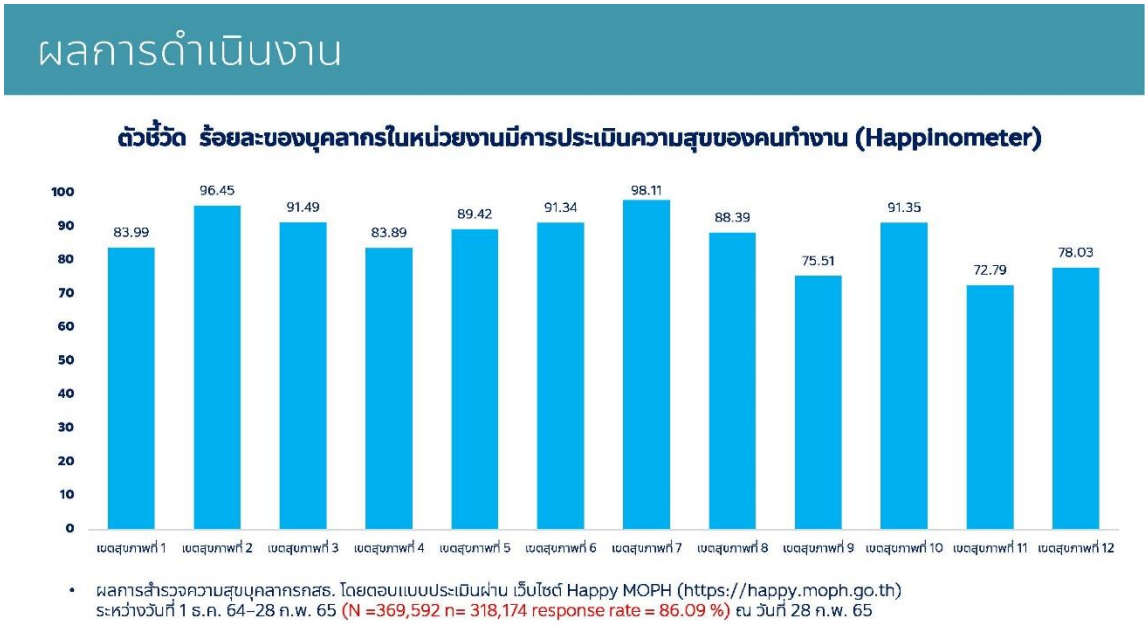
Organization Index: HPI) โดยกำหนดให้มีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) ในทุก ๒ ปี โดยได้มีการประเมินมาแล้วทั้งหมด ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ (ระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐) ครั้งที่ ๒ (ระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ – ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒) เพื่อนำผลการประเมินมาทำการวิเคราะห์ วางแผน และดำเนินการสร้างสุขให้แก่บุคลากรในด้านต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ควบคู่กับการมีสุขภาพกายที่ดี ครอบครัวที่อบอุ่น สังคมที่ปลอดภัย

๔.๑ การประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)

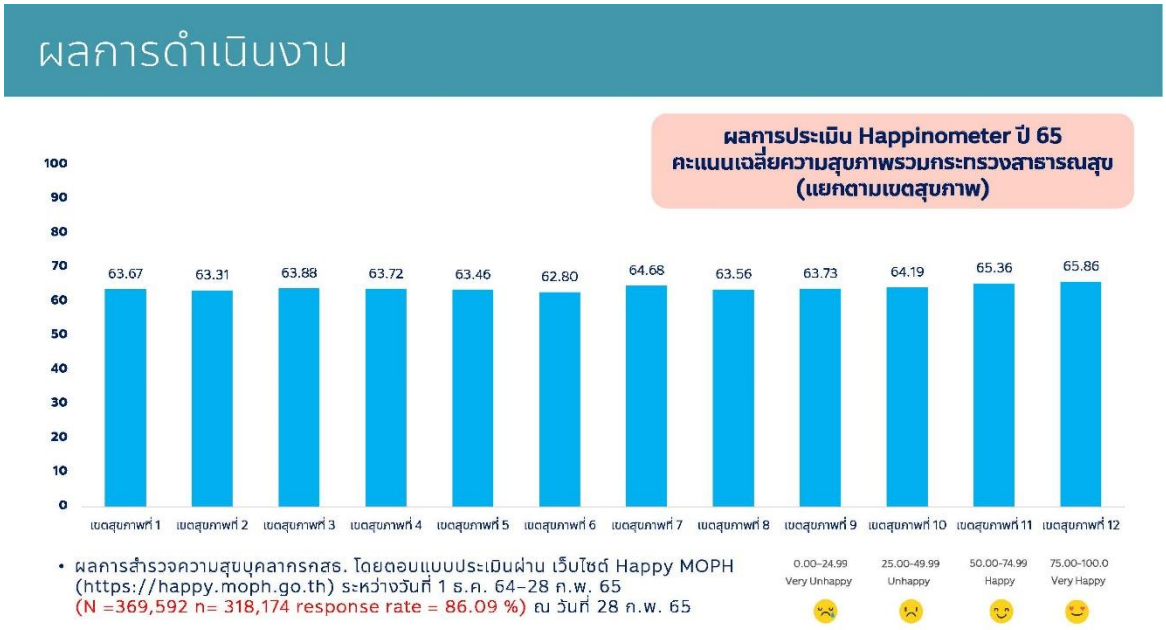
ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้มีการกำหนดให้มีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ครั้งที่ ๓ (ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ – ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) ผ่านเว็บไซต์ Happy MOPH https://happy.moph.go.th) โดยกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานกระทรวง พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค) กำหนดกลุ่มเป้าหมายให้มีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ร้อยละ ๗๐ ของจำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน มีกลุ่มเป้าหมายจำนวน ๓๖๙,๕๙๒ คน และมีผู้ตอบแบบประเมินฯ จำนวนทั้งสิ้น ๓๑๘,๑๗๔ คน คิดอัตราการตอบกลับเป็นร้อยละ ๘๖.๐๙ (ข้อมูลจากระบบการประเมิน ณ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขในภาพรวมร้อยละ ๖๓.๙๒ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขมากที่สุด คือ มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) ร้อยละ ๗๑.๑๘ รองลงมาคือ มิตินำ้ใจดี (Happy Heart) ร้อยละ ๗๐.๗๗ และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มิติสุขภาพการเงินดี (Happy Money) ร้อยละ ๕๒.๙๖ (ตามภาพที่ ๑ ภาพที่ ๒ และภาพที่ ๓)



ภาพที่ ๑ แสดงคะแนนเฉลี่ยความสุขภาพรวมกระทรวงสาธารณสุข (แยกรายมิติ)



ภาพที่ ๒ แสดงร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขคนทำงาน (Happinometer) รายเขตสุขภาพ

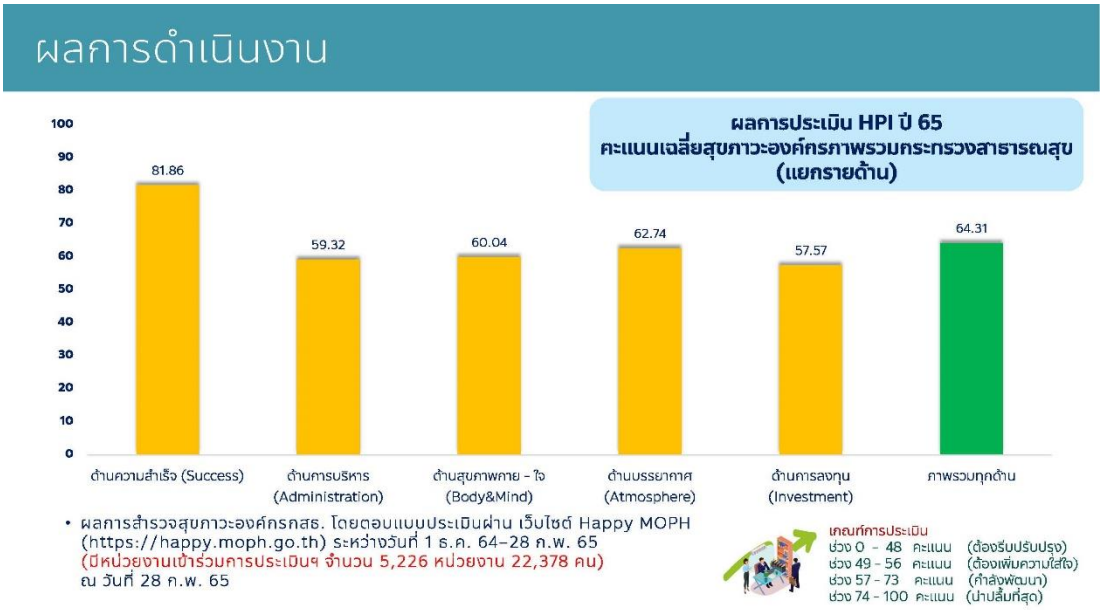


ภาพที่ ๓ แสดงคะแนนเฉลี่ยความสุขภาพรวมกระทรวงสาธารณสุข (แยกตามเขตสุขภาพ)

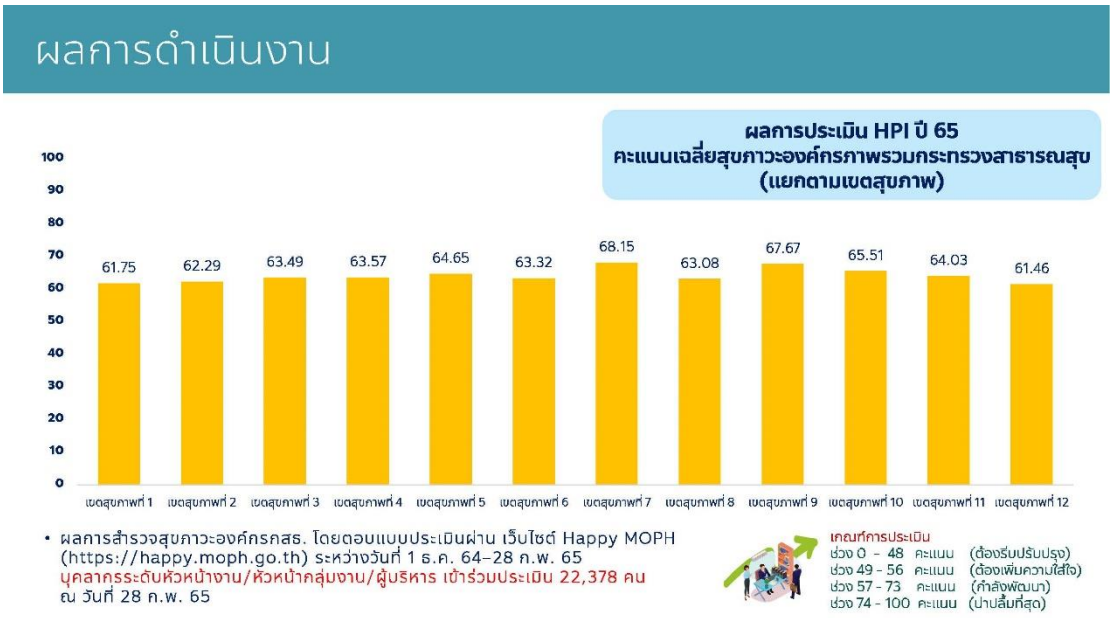
๔.๒ การประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI)

การประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) ครั้งที่ ๓ (ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ – ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) ผ่านเว็บไซต์ Happy MOPH https://happy.moph.go.th) กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงาน หัวหน้ากลุ่ม/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค) เป็นผู้ตอบแบบประเมิน มีหน่วยงานเข้าร่วมตอบแบบประเมินฯ

จำนวน ๕,๒๒๖ หน่วยงาน ๒๒,๓๗๘ คน ซึ่งผลการประเมินพบว่า สุขภาวะองค์กรกระทรวงสาธารณสุข มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ ๖๔.๓๑ และเมื่อพิจารณารายหมวดพบว่า หมวดที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ หมวดที่ ๑ ความสำเร็จ (Success) ที่ร้อยละ ๘๑.๘๖ รองลงมาคือ หมวดที่ ๔ บรรยากาศ (Atmosphere) หมวดที่ ๓ สุขภาพกาย-ใจ (Body & Mind) หมวดที่ ๒ การบริหาร (Administration) และหมวดที่ ๕ การลงทุน (Investment) ที่ร้อยละ ๖๒.๗๔ ๖๐.๐๔ ๕๙.๓๒ และ ๕๗.๕๗ ตามลำดับ (ตามภาพที่ ๔ และภาพที่ ๕)



ภาพที่ ๔ แสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะองค์กรภาพรวมกระทรวงสาธารณสุข (แยกรายด้าน)



ภาพที่ ๕ แสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะองค์กรภาพรวมกระทรวงสาธารณสุข (แยกตามเขตสุขภาพ)

๕. นวัตกรรม/ ตัวอย่างที่ดี

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ทั้งในระดับเขตสุขภาพ ทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ เป้าหมายเขตสุขภาพละ ๑ แห่ง (ตามตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๑ แสดงหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด

ระดับเขต	ระดับจังหวัด
เขตสุขภาพที่ 1	
โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัง จังหวัดน่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน
เขตสุขภาพที่ 2	
โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์	โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก โรงพยาบาลศรีสังวร จังหวัดสุโขทัย โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
เขตสุขภาพที่ 3	
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอชุมตาบง และแม่เปิน จังหวัดนครสวรรค์	เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอชุมตาบงและแม่เปิน จังหวัดนครสวรรค์ โรงพยาบาลหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท กำแพงเพชร (ไม่มีข้อมูล) โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะนง จังหวัดพิจิตร
เขตสุขภาพที่ 4	
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี	โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก หมู่ที่ 13 จังหวัดปทุมธานี

ระดับเขต	ระดับจังหวัด
	โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก
เขตสุขภาพที่ 5	
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (อันดับ 1) โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี (อันดับ 2) โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (อันดับ 3)	โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี (อันดับ 1) โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี (อันดับ 2) โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม (ภาพรวม) โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (อันดับ 1) โรงพยาบาลบ้านลาด (อันดับ 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหญ้าปล้อง (อันดับ 3) โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
เขตสุขภาพที่ 6	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (สสจ) โรงพยาบาลชลบุรี (รพศ) โรงพยาบาลบางละมุง (รพท) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะจันทร์ (สสอ)	โรงพยาบลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ (รพศ) โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ (รพท) โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ (รพช) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (สสจ) โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี (รพศ) โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี (รพท) โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี (รพช)

ระดับเขต	ระดับจังหวัด
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี (สสอ)
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง (อันดับ 1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง (อันดับ 2) โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรี (อันดับ 1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี (อันดับ 2) โรงพาบาลตราด จังหวัดตราด (รพท) โรงพยาบาลแหลมงอบ จังหวัดตราด (รพช) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด (สสอ) โรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา (รพช) สำนักงานสาธารณสุขท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา (สสอ) โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี (รพท) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (สสจ) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว (รพท.) โรงพยาบาลวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว (รพช) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว (สสอ)
เขตสุขภาพที่ 7	
โรงพยาบาลฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์	โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
เขตสุขภาพที่ 8	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม	โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โรงพยาบาลกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ระดับเขต	ระดับจังหวัด
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (สสจ.) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ (รพช.) โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ (รพช.) โรงพยาบาลสระใคร (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหนัง (รพ.สต.) โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร จังหวัดสกลนคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
เขตสุขภาพที่ 9	
โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (อันดับ 1) โรงพยาบาลเทพรัตน์มหาราช จังหวัดนครราชสีมา (อันดับ 2) โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (อันดับ 1) โรงพยาบาลนางรอง (อันดับ 2) โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ (อันดับ 1) โรงพยาบาลจอมพระ (อันดับ 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนบุรี (อันดับ 3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำดวน (อันดับ 4) โรงพยาบาลจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ (อันดับ 1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองบัวระเหว (อันดับ 2)
เขตสุขภาพที่ 10	
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 (ภาพรวม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (อันดับ 1) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (อันดับ 2) โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (อันดับ 3) โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ (อันดับ 4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (อันดับ 1) โรงพยาบาลศรีสะเกษ (อันดับ 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย (อันดับ 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ (อันดับ 4)

ระดับเขต	ระดับจังหวัด
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร (สสจ) โรงพยาบาลยโสธร (รพท.) โรงพยาบาลค้อวัง จังหวัดยโสธร (รพช 1) โรงพยาบาลไทยเจริญ จังหวัดยโสธร (รพช 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา (สสอ 1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทยเจริญ (สสอ 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ (อันดับ 1) โรงพยาบาลอำนาจเจริญ (อันดับ 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร (อันดับ 1) โรงพยาบาลมุกดาหาร (อันดับ 2) โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย (อันดับ 3) โรงพยาบาลหนองสูง (อันดับ 4) โรงพยาบาลหว้านใหญ่ (อันดับ 5)
เขตสุขภาพที่ 11	
โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช	โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ (อันดับ 1) โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ (อันดับ 2) สำนักสาธารณสุขอำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ (อันดับ 3) โรงพยาบาลท้ายเหมืองชัยพัฒน์ จังหวัดพังงา (อันดับ 1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพังงา (อันดับ 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลละอุ่น จังหวัดระนอง โรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร
เขตสุขภาพที่ 12	
โรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส	โรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมะนัง จังหวัดสตูล (อันดับ 1) โรงพยาบาลทุ่งหว้า จังหวัดสตูล (อันดับ 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล (อันดับ 3)

ระดับเขต	ระดับจังหวัด
	โรงพยาบาลย่านตาขาว จังหวัดตรัง
	โรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง
	โรงพยาบาลสายบุรี จังหวัดปัตตานี
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา
	โรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส

๖. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

๖.๑ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

๖.๒ การลงทะเบียนเข้าระบบประเมิน ยังพบการใส่รหัสหน่วยงานผิด ทำให้ต้องมีการย้ายหน่วยงานและต้องทำแบบประเมินใหม่อีกครั้ง

๖.๓ ระยะเวลาในการทำแบบประเมิน เนื่องแบบประเมินมีข้อคำถามจำนวนมาก และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการขอความร่วมมือในการเข้าทำแบบประเมินยังน้อย ทำให้บุคลากรเข้าระบบทำแบบประเมินไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนดไว้

๗. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๗.๑ พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายแบบมุ่งเป้า “ความสุขมิติสุขภาพการเงินดี (Happy Money)”

๗.๒ พัฒนาเครือข่ายองค์กรแห่งความสุข แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการความรู้การขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข เพื่อสามารถนำองค์ความรู้จากการสร้างสุขของหน่วยงานต่าง ๆ มาปรับใช้อย่างเหมาะสม ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH (https://happy.moph.go.th)

๗.๓ ขยายผลการขับเคลื่อนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ตามระดับหน่วยงาน ได้แก่ ระดับกรม/ สป. (ส่วนกลาง) ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด

๘. ปัจจัยความสำเร็จ

๘.๑ ผู้บริหาร/ ผู้นำให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขในหน่วยงาน รวมทั้งการสนับสนุนกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุข ความผูกพันในองค์กรของบุคลากร

๘.๒ ผู้บริหาร/ ผู้นำเป็นแกนนำ และมีส่วนร่วมในทุก ๆ กิจกรรม

๘.๓ บุคลากรในหน่วยงานให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างสุขที่จัดทำขึ้น

๘.๔ มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งมีการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของบุคลากรในหน่วยงาน

กรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

- โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)
- โครงการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์
- โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน
- โครงการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ
- โครงการลดอุบัติเหตุทางถนน
- โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร
- โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

๑. โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model) : มีการขับเคลื่อนโครงการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของเศรษฐกิจฐานราก บูรณาการนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับ BCG Model โดยมีกระบวนการขับเคลื่อนแบบ Value Chain (ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ) และพยายาม ปิด GAP ในส่วนผลิตภัณฑ์มวลรวมของวิสาหกิจชุมชนที่ลดลงไม่สามารถสร้างมูลค่าเพิ่มได้ ให้ได้รับอนุญาตและขึ้นทะเบียน/จดแจ้งผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข มีผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ส่งเสริมแนะนำการขออนุญาตผลิต (ปลูก) กัญชา กัญชง ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด, การขออนุญาตผลิต (สกัด) กัญชา กัญชง ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด, การขออนุญาตสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพตามพระราชบัญญัติอาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร, การขออนุญาตขึ้นทะเบียน/จดแจ้งผลิตภัณฑ์สุขภาพตามพระราชบัญญัติอาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร ทำให้มีศักยภาพและเพิ่มมูลค่าสินค้าในการจำหน่าย หรือส่งออกสำหรับผลิตภัณฑ์บางประเภทได้ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐ มีการจัดทำแผนงาน/โครงการในการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อน BCG Model ด้านการเกษตรของจังหวัดตามบริบทของพื้นที่ และมีการส่งต่อข้อมูลระดับจังหวัด อำเภอ เพื่อประสานความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ประกอบการในพื้นที่ พร้อมใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการให้คำปรึกษาและบริการต่อไป รวมถึงการผลักดันให้แต่ละกระทรวงเลือกกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาเป็นกลุ่มเดียวกัน

๒. โครงการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์ : มีการส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน โดยใช้มาตรการสาธารณสุขขับเคลื่อนและฟื้นฟูเศรษฐกิจ นำพาประเทศกลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งประชาชนกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติยิ่งขึ้น และการพัฒนาพืชสมุนไพร กัญชา กัญชง กระท่อม และภูมิปัญญาไทย (สร้างงาน สร้างอาชีพ สร้างรายได้) ซึ่งมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับหน่วยงานนอกได้แก่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือมูลค่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น และประชาชนมีทางเลือกและเข้าถึงผลิตภัณฑ์สมุนไพรกัญชา กัญชง และกระท่อม ตามภูมิปัญญาเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐานและปลอดภัย และสร้างรายได้แก่เกษตรกรและเศรษฐกิจฐานราก

๓. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน : รัฐบาลให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนกลุ่มเปราะบาง โดยมีเป้าหมายการแก้ปัญหาแบบบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และใช้กลไกของ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ มีการประชุมร่วมกันระหว่าง ๑) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) ๒) คณะกรรมการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน ๓) คณะกรรมการบริหารศูนย์อำนวยการขจัดความยากจน และพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงจังหวัด (คจพ.จ.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจกำหนดแนวทางการบูรณาการ และสร้างฐานข้อมูลหรือกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในการดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้หลักการ ONE DATA, ONE ORGANIZATION, ONE PLAN การแก้ไขปัญหาในระดับอำเภอ/พื้นที่ใช้กลไก พชอ. ในการขับเคลื่อน คือ มีการบูรณาการ และการมีส่วนร่วมของ ๓ ภาคส่วน คือ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน ในการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม (๕ มิติ) ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ลดความซ้ำซ้อน เกิดความเสมอภาค

เท่าเทียม ทั่วถึง และเป็นธรรม มีคณะกรรมการ พชอ. ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐ และมีการกำหนดประเด็นในการแก้ไขปัญหาในกลุ่มเปราะบาง พร้อมที่จะบูรณาการในการช่วยเหลือร่วมกัน

๔. โครงการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ : มีการขยายผล ยกระดับ หรือปรับปรุงมาตรการการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศของจังหวัด เพื่อให้เป็นไปตามมาตรการภายใต้แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง” ที่มีผลกระทบของฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM๒.๕ ต่อสุขภาพ มักประสบปัญหาในระดับเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมกันหาแนวทางการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง PM๒.๕ การขยายพื้นที่ติดตั้งเครื่องตรวจวัดคุณภาพอากาศ โครงการศูนย์ข้อมูลสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง (ประชาชนกลุ่มเสี่ยง หมายถึง เด็ก คนชรา หญิงมีครรภ์ และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคทางเดินหายใจ และโรคหัวใจ และหลอดเลือด) เพิ่มความระมัดระวังเป็นกรณีพิเศษ หากมีอาการเบื้องต้น เช่น ไอ หายใจลำบาก ระคายเคืองตา ควรลดระยะเวลาในการทำกิจกรรมกลางแจ้ง ตรวจสอบ ติดตามข้อมูลคุณภาพอากาศ และสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM๒.๕ จากกรมควบคุมมลพิษ

๕. โครงการลดอุบัติเหตุทางถนน : การเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนภายหลังผ่อนคลายมาตรการป้องกันโควิด พบว่าสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนเพิ่มขึ้นขณะเดียวกันในช่วงเทศกาลสำคัญ เช่น เทศกาลปีใหม่ และเทศกาลสงกรานต์ ที่ผ่านมามีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สาเหตุเกิดจากการ ดื่มสุรา ไม่สวมหมวกนิรภัย และไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดได้แก่ มอเตอร์ไซค์ เส้นทางที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด ได้แก่ ถนนทางหลวง ถนนในหมู่บ้าน ได้มีการประชาสัมพันธ์ลงพื้นที่เยี่ยมด่านชุมชนและจุดตรวจบูรณาการ เตือนเฝ้าระวังควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่สถานประกอบการ โดยกำหนดมาตรการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ๔ มาตรการ ได้แก่ บริหารจัดการ ข้อมูล ป้องกัน รักษา โดยบูรณาการข้อมูลการบาดเจ็บจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง ขนส่ง ทางหลวง กู้ภัย ฯลฯ

๖. โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร : แผนยุทธศาสตร์จังหวัดพัฒนาเมืองสมุนไพร มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานสนับสนุนการดำเนินงานโครงการเมืองสมุนไพร (Herbal City) มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขา โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงาน จำนวน ๔ คณะ ได้แก่ ๑) คณะทำงานด้านบริหารโครงการ ๒) คณะทำงานด้านส่งเสริมการปลูกสมุนไพรปลอดภัย ๓) คณะทำงานด้านพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร ๔) คณะทำงานด้านการตลาดและประชาสัมพันธ์ โดยได้รับงบประมาณตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีของจังหวัดในการขับเคลื่อนงาน และงบประมาณจากโครงการพัฒนาและส่งเสริมการเกษตรในกลุ่มจังหวัด กิจกรรมสมุนไพร สำหรับจัดซื้อครุภัณฑ์เพื่อพัฒนาศักยภาพการแปรรูปสมุนไพรในการจัดตั้งกองทุนยาสมุนไพร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข การบูรณาการร่วมกับจังหวัดอื่นที่อยู่ในกลุ่มคลัสเตอร์เดียวกัน

๗. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี : มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับสำนักงานปศุสัตว์จังหวัด สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด ในการปลูกจิตสำนึกเด็กและเยาวชนให้มีการเลี้ยงสัตว์อย่างรับผิดชอบ ในโครงการความร่วมมือการรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒
ประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

การตรวจราชการแบบบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เน้นการบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็วและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรค เร่งด่วนของประเทศ ก่อให้เกิดประโยชน์สุขกับประชาชนด้วยความ โปร่งใส เป็นธรรม ประหยัด และมีประสิทธิภาพ ตามหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีต่อไป ประกอบด้วย

๑. การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (Issue) ได้แก่ การฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) การจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืนตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model) และการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน

๒. การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์ และการเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถของเศรษฐกิจฐานราก

๓. การติดตามความคืบหน้าการแก้ไขปัญหาสำคัญในเชิงพื้นที่ ได้แก่ การจัดการประมงอย่างยั่งยืน การเตรียมการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศของแม่น้ำโขง การพัฒนาเมืองสมุนไพร การแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ และการลดอุบัติเหตุทางถนน

๔. การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนหรือข้อร้องเรียนของประชาชน หรือการผลักดันการดำเนินโครงการ/มาตรการสำคัญในเชิงพื้นที่ของส่วนราชการ

โครงการที่เกี่ยวกับกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

๑. โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)

๒. โครงการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์

๓. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน

๔. โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร

๕. โครงการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ

๖. โครงการลดอุบัติเหตุทางถนน

๗. การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนหรือข้อร้องเรียนของประชาชน

๘. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี (โครงการกรณีพิเศษ/เร่งด่วน)

๑. โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความ ยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น และกองแผนงานและยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๑. สรุปผลการตรวจราชการ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนโครงการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืนตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model) เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของเศรษฐกิจฐานราก โดยการบูรณาการนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ

ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพให้สอดคล้องกับ BCG Model ซึ่งมีกระบวนการขับเคลื่อนแบบ Value Chain (ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ) และส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้ได้รับอนุญาตสถานที่ผลิต สามารถขึ้นทะเบียน/จดแจ้งผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขร่วมดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การส่งเสริมผู้ผลิตในการให้คำปรึกษาการขออนุญาตผลิต (ปลูก/สกัด) กัญชา-กัญชง ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด, การขออนุญาตสถานที่ผลิต การขออนุญาตขึ้นทะเบียน/จดแจ้งผลิตภัณฑ์สุขภาพตามพระราชบัญญัติอาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร ส่งผลให้สามารถเพิ่มมูลค่าสินค้าในการจำหน่าย หรือส่งออกสำหรับผลิตภัณฑ์บางประเภทได้ รวมถึงการเพิ่มโอกาสและช่องทางในการจำหน่ายสินค้าทางแพลตฟอร์มออนไลน์ต่างๆ เป็นต้น

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐ มีการจัดทำแผนงาน/โครงการในการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อน BCG Model ด้านการเกษตรของจังหวัด การคัดเลือก/ขับเคลื่อนผลิตภัณฑ์ตามบริบทของพื้นที่ และมีการส่งต่อข้อมูลระดับอำเภอ จังหวัด เพื่อประสานความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ประกอบการในพื้นที่ พร้อมใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการให้คำปรึกษาและบริการต่อไป รวมถึงเสนอให้มีการประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกันต่อไป

๒. ผลการตรวจติดตาม

๒.๑ ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่มาขอรับมาตรฐานตามกฎหมาย เช่น ขอขึ้นทะเบียนยา ขอเลขที่จดแจ้งจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับกับจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ในทำเนียบของหน่วยงานราชการอื่น เช่น มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.) OTOP เป็นต้น

๒.๒ ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการรับรองมาตรฐานตามกฎหมายในแต่ละปีมีปริมาณลดลง ทั้งยังไม่สามารถพัฒนาต่อยอดและสร้างมูลค่าเพิ่มได้

๒.๓ การพัฒนา**วิสาหกิจชุมชน**ของแต่ละหน่วยงานราชการยังบูรณาการไม่ครบวงจร การพัฒนาผู้ประกอบการไม่ต่อเนื่อง และผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมายไม่ใช่กลุ่มเดียวกัน

๒.๔ **วิสาหกิจชุมชน**ที่ขอรับอนุญาตสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนมีเงินทุนจำกัด และยังขาดองค์ความรู้ด้านเทคโนโลยี การตลาด ทำให้การส่งเสริมให้กลุ่มวิสาหกิจชุมชนให้ได้รับการรับรองมาตรฐานตามกฎหมายขับเคลื่อนแบบค่อยเป็นค่อยไป

๓. ผลการดำเนินการตามข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ของผู้ตรวจราชการ

ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่	ผลการดำเนินการตามข้อเสนอแนะระดับพื้นที่
๑. กลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ต้องการขอรับรองมาตรฐานตามกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพมีเงินทุนจำกัด และขาดองค์ความรู้ด้านการตลาด และเทคโนโลยี ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ ส่งผลให้การพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้เป็นไปตามมาตรฐาน/กฎหมายมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปตามเงินทุนที่มี	<u>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</u> - กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข (คบส.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และพนักงานเจ้าหน้าที่ ระดับอำเภอ ประสานความร่วมมือส่งต่อข้อมูลและความช่วยเหลือแก่กลุ่มวิสาหกิจชุมชน เพื่อพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย - กลุ่มงาน คบส. พัฒนาระบบบริการการให้คำปรึกษาการขอรับมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนตามกฎหมาย ผ่าน Smart Counter Service และเพิ่มช่องทางในการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์
	<u>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</u> - แต่ละกระทรวงที่เกี่ยวข้องกำหนดนโยบายที่สอดคล้อง และมุ่งพัฒนากลุ่มเป้าหมายในแต่ละปีให้เป็นกลุ่มเดียวกัน และชี้แจงในระดับพื้นที่เพื่อรับทราบแนวทางพัฒนากลุ่มชุมชนที่เป็นเป้าหมายเดียวกัน

๔. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. การสนับสนุนผู้ประกอบการเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจอย่างมีประสิทธิภาพควรเป็นนโยบายที่มีกลไกการติดตามจากทุกกระทรวง และควรกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนนโยบายความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกัน ๒. ผู้ปฏิบัติยังไม่ทราบเป้าหมายที่ส่วนกลางคาดหวังอย่างชัดเจน ระหว่างเศรษฐกิจกับสิ่งแวดล้อม อาจทำให้การปฏิบัติในพื้นที่คาดเคลื่อนจากความคาดหวังของส่วนกลาง ๓. ผู้ประกอบการที่เป็นกลุ่มวิสาหกิจชุมชนยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ในการบริหารจัดการและการตลาดและการผลิต จึงยังจำหน่ายสินค้าได้ในวงแคบตามนโยบายความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกัน	<u>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</u> - ทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้องด้านเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจนเพื่อบรรลุเป้าหมายทั้งสองด้านร่วมกันก่อนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติแก่พื้นที่ดำเนินการ	กระทรวงหรือหน่วยงานที่ดูแลด้านเศรษฐกิจและด้านสิ่งแวดล้อม

๒. โครงการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น และกองแผนงานและยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๑. สรุปผลการตรวจราชการ

การส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน โดยใช้มาตรการสาธารณสุขขับเคลื่อนและฟื้นฟูเศรษฐกิจ นำพาประเทศกลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งประชาชนกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติยิ่งขึ้น และการพัฒนาพืชสมุนไพร กัญชา กัญชง กระท่อม และภูมิปัญญาไทย (สร้างงาน สร้างอาชีพ สร้างรายได้) ซึ่งมีการ บูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับหน่วยงานนอก ได้แก่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือมูลค่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น และประชาชนมีทางเลือกและเข้าถึงผลิตภัณฑ์สมุนไพรกัญชา กัญชง และกระท่อม ตามภูมิปัญญาเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐานและปลอดภัย และสร้างรายได้แก่เกษตรกรและเศรษฐกิจฐานราก

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานโดยร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขับเคลื่อนตามนโยบายเศรษฐกิจฐานราก สนันสนุนกลุ่มผู้ปลูก/ผลิตพืชผัก สมุนไพร กัญชากัญชง และการแปรรูปผลิตภัณฑ์ ทำให้ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีเครือข่ายเกษตรกรปลอดภัยส่งพืชผักข้าวเข้าโรงพยาบาลและจำหน่ายในชุมชน และมีกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรกัญชากัญชงที่ได้มาตรฐานและเกิดเป็นผลิตภัณฑ์แปรรูปจากกัญชากัญชงที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน

๒. ผลการตรวจติดตาม

๒.๑ การสร้างการรับรู้ถึงแผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมหรือสนับสนุนการยกระดับเกษตรกร วัตถุดิบและสินค้าเกษตรให้ได้มาตรฐาน และการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์ ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ มีการประสานแผนงานแผนการสนับสนุนวิสาหกิจชุมชนและเครือข่ายวิสาหกิจชุมชนของหน่วยงานภาคี มีการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน บูรณาการกับภาคีเครือข่าย ทั้งนี้เน้นผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง และผลิตภัณฑ์ผักผลไม้ปลอดภัย โดยเป็นการประสานงานร่วมกันระหว่าง สำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานพัฒนาชุมชน สหกรณ์การเกษตร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน

๒.๒ การรวมกลุ่มเกษตรกร และการพัฒนาวัตถุดิบเพื่อการเกษตรแปรรูป

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ และกลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก บางจังหวัดมีการสร้างเครือข่าย ๒ เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายกลุ่มวิสาหกิจชุมชน และชมรมกัญชากัญชง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้ในการปลูกผลิตและแปรรูปผลิตภัณฑ์ระหว่างวิสาหกิจชุมชนในเครือข่าย โดยพัฒนาเครือข่ายผู้ปลูก ผู้แปรรูปผลิตภัณฑ์จากกัญชากัญชง เพื่อส่งเสริมกัญชาให้เป็นพืชเศรษฐกิจและใช้ในทางการแพทย์เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

๒) มีการสนับสนุนความรู้ด้านการผลิต การพัฒนาสถานที่ การเก็บตัวอย่างวิเคราะห์คุณภาพในผลิตภัณฑ์แปรรูป โดยให้ความรู้เกษตรกร/ผู้ผลิตอาหารแปรรูป เน้นผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง และผลิตภัณฑ์ผักผลไม้ปลอดภัย ตั้งแต่แปลงปลูก จนถึงการแปรรูปจำหน่าย การแปรรูปเนื้อสัตว์ ได้แก่ ปลาร้า ปลาส้ม

๒.๓ การส่งเสริม/สนับสนุน ให้เกษตรกร กลุ่มเกษตรกร สถาบันเกษตรกร สหกรณ์ และผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชน เข้าถึงเทคโนโลยีการเกษตรแปรรูป

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับอุตสาหกรรมจังหวัดในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ ออกแบบผลิตภัณฑ์ และบรรจุภัณฑ์แก่ผู้ประกอบการ อาทิ การพัฒนาผลิตภัณฑ์น้ำมันหอมระเหยผสมสารสกัดกัญชาของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนเกษตรอินทรีย์เสลภูมิพอเพียงตามศาสตร์พระราชา มีการพัฒนาสูตรตำรับร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่นและอุตสาหกรรมจังหวัดร้อยเอ็ด

๒) ส่งเสริม พัฒนา และเพิ่มองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ผู้ประกอบการผ่านโครงการต่างๆ เช่น โครงการการพัฒนาระบบการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพเชิงรุก เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของเศรษฐกิจฐานราก ซึ่งจัดโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นอกจากนี้ยังร่วมมือกับสำนักงานพาณิชย์จังหวัด สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด สำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด และสถาบันการศึกษาต่างๆ ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ในรูปแบบใหม่ สร้างแบรนด์สินค้า ออกแบบบรรจุภัณฑ์ และสนับสนุนช่องทางการตลาดเพื่อให้สินค้าเกษตรแปรรูปเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย

๓) มีการสนับสนุนเกษตรแปรรูป ได้แก่ โรงคัดบรรจุผักและผลไม้ ให้มีความรู้ด้านการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐาน ทั้งนี้เกษตรกรยังขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เป็นเทคโนโลยีที่ทันสมัย

๒.๔ การเข้าถึงแหล่งทุนของเกษตรกรเพื่อปรับเปลี่ยนการทำเกษตรแบบเดิมสู่การเกษตรแปรรูป

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีการสนับสนุนองค์ความรู้ด้านการพัฒนาสถานที่ผลิต การใช้สารเคมีต่างๆ การสนับสนุนค่าวิเคราะห์ให้กับผู้ประกอบการ เพื่อทำให้กระบวนการพัฒนาสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์อาหารมีความปลอดภัย สร้างความมั่นใจแก่ผู้บริโภค ด้วยการสนับสนุนด้านค่าตรวจวิเคราะห์ต่างๆ โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑-๑๒ และสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีการประสานงานภาคีเครือข่ายแหล่งทุนต่างๆ เช่น หน่วยงาน SME ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ให้สนับสนุนเกษตรเพื่อเข้าถึงแหล่งทุนพัฒนาได้ง่าย

๒.๕ การตลาดของสินค้าเกษตรแปรรูป

๑) การส่งเสริมเครือข่ายผู้ประกอบการ ให้มีความรู้ด้านการผลิต อาหาร เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยมีผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง ที่ได้รับอนุญาตแล้ว จำนวน ๑๒ รายการ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร เช่น น้ำปลาร้าผสมใบกัญชา จำนวน ๔ ผลิตภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง จำนวน ๘ รายการ เช่น น้ำมันบำรุงผิว ครีมบำรุง แว๊กซ์กำจัดขน ที่มีสารสกัดกัญชาจาก THC , CBD เป็นส่วน ประกอบและที่กำลังพัฒนาซึ่งเป็นเครื่องสำอางอีก ๓ รายการ โดยสถานที่และการพัฒนาผลิตภัณฑ์มีความปลอดภัย และเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

๒) สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายผู้ประกอบการ (คัดและบรรจุผัก) สถานที่ผลิตตามมาตรฐานสถานที่วิธีการผลิตที่ดีในการผลิตอาหาร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ ๓๘๖ พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษา ผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลากเพื่อให้การจำหน่ายเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน และสอบย้อนกลับได้

๒.๖ การนำผลงานวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสู่การผลิตสินค้าเกษตรแปรรูป

๑) การสนับสนุนส่งเสริมกลุ่มวิสาหกิจชุมชนคณิศรฟาร์ม และการพัฒนาสูตรผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่มีส่วนประกอบของกัญชง และสารสกัดจากมันแกว

๒) มีแผนการดำเนินการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน การควบคุมคุณภาพ คำขอรับการคุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ไทย (GI) สินค้า “กล้วยหอมทองหนองบัวแดง” และสินค้า “มะม่วงน้ำดอกไม้สีทองบ้านโหล่น”

๓) มีโครงการพัฒนานวัตกรรมเกษตรและอาหารปลอดภัยกลุ่มนครชัยบุรินทร์ กิจกรรมหลักยกระดับการผลิตโคเนื้อ คุณภาพและโควากิวนครชัยบุรินทร์ เพื่อสนับสนุนการส่งออกที่มีมาตรฐาน โดยจำนวนฟาร์มเกษตรกรผ่านการรับรองฟาร์มมาตรฐานโคเนื้อ GFM ต้นแบบ ๕๑๐ ราย ผลการดำเนินการ

ฝึกอบรมยกระดับการผลิตโคเนื้อคุณภาพและโควากิวนครชัยบุรินทร์ เพื่อสนับสนุนการส่งออกที่มีมาตรฐาน ให้กับเกษตรกร จำนวน ๕๑๐ ราย เรียบร้อยแล้ว เบิกจ่ายงบประมาณครบ ๑๐๐% อยู่ระหว่างดำเนินการปรับปรุงฟาร์มโคเนื้อเพื่อขอรับรองมาตรฐาน GFM

๔) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานเกษตรจังหวัดบุรีรัมย์ มีแนวคิดที่จะนำผลการศึกษาวิจัยของสถาบันการศึกษา มาการจัดการและเพิ่มมูลค่าวัสดุเหลือใช้หรือผลพลอยได้จากการกระบวนผลิต ข้าวหอมมะลิดินภูเขาไฟ เช่น ๑) การส่งเสริมการไถกลบฟางข้าวหลังฤดูกาลทำนาโดยเพิ่มการปรับโครงสร้าง เพิ่มอินทรียวัตถุในดินและลดการเผาในการเกษตร ๒) สบู่รำข้าว* ๓) บรรจุภัณฑ์ (จาน ชาม) จากฟางข้าว*

๕) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และสถาบันการศึกษาภายในพื้นที่ในการสนับสนุนด้านการวิจัย การพัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อต่อยอดและยกระดับมาตรฐานสถานที่ผลิตและคุณภาพวัตถุดิบ/วัสดุเหลือใช้ที่มีมากในท้องถิ่น นำแปรรูปและเพิ่มมูลค่าเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย ให้ผ่านการรับรองจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ปั๊มโซล่าเซลล์ เพื่อลดต้นทุนและลดการใช้พลังงานแปรรูปผลิตภัณฑ์มะขาม เครื่องอบแห้งพลังงานแสงอาทิตย์แบบพาราโบลาโดมร่วมพลังงานไฟฟ้า และเครื่องตัดก้อนมะขามแบบกึ่งอัตโนมัติ เพื่อช่วยในกระบวนการแปรรูปและเพิ่มมูลค่าให้กับผลิตภัณฑ์มะขาม การพัฒนานวัตกรรมการแปรรูปขั้นต้นให้เป็นสินค้าเกษตรแปรรูปต่างๆ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ทุเรียนกวนเสริมพรีไบโอติก ไม่ใส่น้ำตาล ผลิตภัณฑ์เซรั่มสารสกัดจากเปลือกลางสาด ผลิตภัณฑ์กัมมี่มะม่วง และผลิตภัณฑ์กล้วยอบสอดไส้ และการนำแกนต้นกัญชงที่เหลือทิ้งจากผลิตเส้นใยกัญชงมาเป็นวัตถุดิบในพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ไม้อัดบล็อกจากแกนกัญชา เป็นต้น

๒.๗ การบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อน เกษตรแปรรูป ตลอดห่วงโซ่อุปทานการเกษตร ดังนี้

๑) บูรณาการภาคีเครือข่ายกับเกษตรจังหวัด พัฒนาชุมชน เครือข่ายสาธารณสุข ผู้ประกอบการเพื่อขับเคลื่อนเรื่องผัก ผลไม้ปลอดภัย พัฒนาโรงคัดบรรจุผักผลไม้ (มูลนิธิปิดทองหลังพระ) สื่อสารแนวพระราชดำริเพื่อพัฒนาสถานที่ร่วมกับเกษตรอำเภอ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและภาคเอกชน รวมทั้งประสานข้อมูลเพื่อให้เกษตรกรเข้าถึงการประเมิน GAP ทำให้ต้นน้ำมีความปลอดภัย

๒) การพัฒนาส่งเสริมผลิตภัณฑ์อาหารที่ผสมกัญชา กัญชง มีการบูรณาการกับเกษตรอำเภอ พัฒนาชุมชน แหล่งทุนต่างๆ เช่น ธนาคารออมสิน ธกส. หน่วยงาน SME เป็นต้น ทั้งด้านการสนับสนุนแหล่งทุน การสนับสนุนการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชนเพื่อแปรรูปด้านสมุนไพร การพัฒนาสถานที่ผลิตอาหารให้ได้มาตรฐานวิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร GMP๔๒๐ การควบคุมคุณภาพการผลิต และผลิตภัณฑ์ให้เป็นไปตามมาตรฐาน ตลอดจนการติดตามการจำหน่ายให้ผลิตภัณฑ์แสดงฉลากอย่างถูกต้อง มีการสอบทานย้อนกลับได้

๒.๘ การส่งเสริมและสนับสนุนการเกษตรอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

ดำเนินการส่งเสริมเศรษฐกิจฐานราก ภายใต้ BCG Model โดยใช้มาตรการเดียวกับที่ อย. กำหนด ทั้งโครงการส่งเสริมเกษตรกรปลอดสาร เพื่อส่งผักเข้าโรงครัวโรงพยาบาล ภายใต้โครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โดยมีคณะกรรมการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยของแต่ละโรงพยาบาลควบคุมกำกับการผลิต/ปลูกของเกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการให้มีการปลูกผลิตพืชผักที่ปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ โดยโรงพยาบาลได้มีการสุ่มตรวจสอบความปลอดภัยของพืชผักด้วยชุดทดสอบหายาฆ่าแมลงเบื้องต้นเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยของพืชผักจากเกษตรกร นอกจากนี้ยังได้รับความร่วมมือระหว่างหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit) เป็นหน่วยงานจากภายนอกเพื่อสุ่มตรวจสอบความปลอดภัยของผลผลิตเพื่อสะท้อนกระบวนการปลูกผลิตของเกษตรกรให้ได้มาตรฐาน GAP การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ ตลอดจน

การสอบทานย้อนกลับไปจนถึงแปลงปลูกให้มีความปลอดภัยและมั่นใจตลอดห่วงโซ่อุปทานตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดทั้งด้านสถานที่ปลูกและการแปรรูป

๒.๙ ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่สามารถยกระดับและสร้างมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์ที่ประสบผลสำเร็จ จากการดำเนินการตามข้อ ๑.๑.๑ - ๑.๑.๘

๑. ผลิตภัณฑ์ More เครื่องดื่มมะระขี้นก โดยบริษัทหมอยาไทย ๑๐๑ จำกัด

๒. Tram Drink น้ำมะขามผสมใบกัญชา

๓. ปลาร้าผสมใบกัญชา ยี่ห้ออินทรีย์อีสาน

๔. ชาแก่นตะวัน

๕. น้ำปลาร้าสูตรผสมใบกัญชายี่ห้อตำมั่ว

๖. น้ำปลาร้าสูตรผสมใบกัญชายี่ห้ออิหล่าคำแพง

๗. สครับขัดผิวสมุนไพร

๘. สบู่ขมิ้นชัน

๙. แขมพูสระผมอัญชันผสมขมิ้นชัน

๑๐. เซรั่มมันแกว

๑๑. ผลิตภัณฑ์อาหารพร้อมบริโภค น้ำปลาร้าปรุงรสจำนวน ๔ รายการ

๑. ผลิตภัณฑ์อาหารพร้อมบริโภค น้ำปลาร้าปรุงรสจำนวน ๔ รายการ

ชื่อผลิตภัณฑ์	ชื่อสถานที่	เลขสารบบ	วันที่รับ	วันที่อนุมัติ
น้ำปลาร้าปรุงรสผสมใบกัญชา ตรา แซ่บกัญ	บริษัท โรงงานปลาร้าแม่ประกาศ จำกัด	40-2-00661-6-0192	25/3/2565	25/3/2565
น้ำปลาร้าปรุงรสผสมใบกัญชา ตรา ท่านอ่อง	บริษัท โรงงานปลาร้าแม่ประกาศ จำกัด	40-2-00661-6-0219	27/4/2565	12/7/2565
น้ำปลาร้าปรุงรสผสมใบกัญชา ตรา ด็อกเตอร์พี	บริษัท โรงงานปลาร้าแม่ประกาศ จำกัด	40-2-00661-6-0218	27/4/2565	12/7/2565
น้ำปลาร้าปรุงรสผสมใบกัญชา ตรา นัวกัญ สูตร ปรุงรสใบกัญชา	บริษัท โรงงานปลาร้าแม่ประกาศ จำกัด	40-2-00661-6-0217	27/4/2565	12/7/2565

๒. ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง จำนวน ๘ รายการ ได้แก่

เลขที่จดแจ้ง	รายการผลิตภัณฑ์	ประเภทสินค้าการเกษตรที่ใช้แปรรูป	วันที่ได้รับอนุญาต
๔๐-๑-๖๕๐๐๐๒๕๒๔๓	Medii hemp seed oil daily hydrating gel cleanser	น้ำมันเมล็ดกัญชง	๑๘ กค.๒๕๖๕
๔๐-๑-๖๕๐๐๐๒๕๒๔๐	HEMP SEED OIL REFRESH & EXFOLIATING TONER	น้ำมันเมล็ดกัญชง	๑๘ กค.๒๕๖๕
๔๐-๑-๖๕๐๐๐๒๓๒๑๙	HEMP SEED OIL MASSAGE AND BODY OIL	น้ำมันเมล็ดกัญชง	๓๐ มิย.๒๕๖๕
๔๐-๑-๖๕๐๐๐๒๐๒๖๔	HEMP SEED OIL + CICA DEEP MOISTURE & BRIGHTENING SERUM	น้ำมันเมล็ดกัญชง	๑๐ มิย.๒๕๖๕
๔๐-๑-๖๕๐๐๐๐๙๓๑๒	HEMP SEED OIL + CICA DEEP MOISTURE & BRIGHTENING SERUM	น้ำมันเมล็ดกัญชง	๑๕ มีค.๒๕๖๕
๔๐-๑-๖๕๐๐๐๐๘๕๓๕	Maleecha hemp seed oil face and body lotion	น้ำมันเมล็ดกัญชง	๙ มีค.๒๕๖๕
๔๐-๑-๖๕๐๐๐๐๗๙๓๔	Rachaella hemp seed oil to form anti-acne gentle cleanser	น้ำมันเมล็ดกัญชง	๓ มีค.๒๕๖๕
๔๐-๑-๖๕๐๐๐๐๘๕๓๖	Vasarin hemp seed oil hair removal herbal wax	น้ำมันเมล็ดกัญชง	๙ มีค.๒๕๖๕

๓. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
- กลุ่มวิสาหกิจ ขาดเงินทุนในการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ	<u>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</u> - ขอให้แหล่งเงินทุน เช่น ธกส ปรับเงื่อนไขและประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มวิสาหกิจ ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย	ธกส. / ธนาคารอื่นๆ
	<u>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</u> - ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการผลิตกัญชา กัญชง ซึ่งเป็นพืชเศรษฐกิจ มีความชัดเจน มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เพื่อให้ถูกต้องตามที่กฎหมาย	อย.
๑. ยังไม่มีหน่วยงานที่มาสนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงที่เพิ่มประสิทธิภาพ/ผลผลิต (ยังดำเนินการด้วยแรงงานและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน)	<u>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</u> ๑. สนับสนุนเทคโนโลยีการผลิต/แปรรูปและองค์ความรู้ให้กับเกษตรกร	กระทรวงหรือหน่วยงานที่ดูแลด้านเศรษฐกิจและด้านสิ่งแวดล้อม
๒. ขาดการบูรณาการในการจัดทำแผนระยะยาวระดับจังหวัด ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการส่งเสริมการผลิตและแปรรูปสินค้าการเกษตร	<u>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</u> ๒. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนระยะสั้น ระยะยาว ในการสนับสนุนส่งเสริมการผลิตและแปรรูปสินค้าการเกษตร	
๓. การแปรรูป มีปัญหาเกี่ยวกับพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒ ไม่สามารถนำสมุนไพรแปรรูปหรือผลิตภัณฑ์นำไปจำหน่ายนอกชุมชนพื้นที่ได้	๓. หน่วยงานในจังหวัด ควรมีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานสังกัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง สถาบันการศึกษาในพื้นที่ และภาคเอกชน ในการจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพเกษตรกร เสนอของบประมาณเพื่อสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและเอกชน กลุ่มวิสาหกิจชุมชน ที่มีการแปรรูปสมุนไพร เป็นรูปแบบต่างๆ เช่นแคปซูล อัดเม็ด อื่นๆ ที่มีวัตถุประสงค์ทาง การรักษาเป็นยา ต้องมาขึ้นทะเบียนเป็นยาสมุนไพรกับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
๔. ความร่วมมือจากหน่วยงานในจังหวัด และสถาบันการศึกษาในพื้นที่เพื่อการวางแผนการนำนวัตกรรมหรืองานวิจัยมาใช้ในการพัฒนาตามแผนงาน/โครงการ โดยพิจารณาความต้องการของประชาชนในการยกระดับผลิตภัณฑ์เป็นหลัก เพื่อให้นำผลการพัฒนานวัตกรรม/ผลงานวิจัย	<u>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</u> ๔. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นทางเลือก หรือทดแทนยาแผนปัจจุบัน	
๕. ผู้ประกอบการขาดความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับขออนุญาตสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์	<u>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</u> - บูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ และระหว่างหน่วยงานราชการ เพื่อ	มหาดไทย เกษตรและสหกรณ์

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
สุขภาพ และขาดความรู้ด้านกระบวนการผลิต และการพัฒนาหรือดัดแปลงสูตรผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ๖. ผู้ประกอบการมีข้อจำกัดเรื่ององค์ความรู้ นวัตกรรม เงินทุนสำหรับวัสดุ อุปกรณ์ หรือบรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ๗. สสจ.ขาดทักษะและความเชี่ยวชาญด้านการสร้างแบรนด์และการตลาด ๘. หน่วยงานรัฐไม่สามารถสนับสนุนเงินทุนในการพัฒนาสถานที่ ผลิต เนื่องจากข้อจำกัดว่าด้วยระเบียบ ทางราชการ	ส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มชุมชนรักษามาตรฐานการผลิตตามที่กฎหมายกำหนด ทุกด้านและทุกช่องทางที่สามารถสนับสนุนได้ เช่น วัตถุดิบ อุปกรณ์การผลิต การตลาด เทคโนโลยี แหล่งเงินทุน เป็นต้น <u>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</u> - กำหนด นโยบาย ที่สนับสนุนการผลิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รวมถึงการมีต้นแบบในพื้นที่ และสนับสนุนงบประมาณ	(เกษตร ปศุสัตว์ ประมง สหกรณ์) พาณิชย์ และสาธารณสุข (สสจ. และ รพ.ทุกแห่ง)

๔. ข้อคิดเห็นจากที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการภาคประชาชน ๔ ด้าน

๔.๑ จังหวัดควรส่งเสริมให้ผู้ประกอบการปรับตัวสู่ตลาด Online โดยเริ่มต้นง่ายๆ จากสื่อ Social Media ที่คุ้นเคย เช่น Facebook, Tik Tok, You tube, เป็นต้น และพัฒนาไปสู่ Platform online เช่น Shopee, Lazada ต่อไป ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 และพฤติกรรมของผู้บริโภคในปัจจุบันที่มีการซื้อสินค้าผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น

๔.๒ หน่วยงานในจังหวัดควรมีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานสังกัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง สถาบันการศึกษาในพื้นที่ และภาคเอกชน ในการจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพเกษตรกรเสนอของบประมาณเพื่อสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและเอกชน

รูปภาพกิจกรรมการดำเนินงานของจังหวัด

น้ำมันหอมระเหยผสมสารสกัดกัญชา

๓. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และกองแผนงานและยุทธศาสตร์ กรมอนามัย

๑. สรุปผลการตรวจราชการ

รัฐบาลให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนกลุ่มเปราะบาง โดยมีเป้าหมายการแก้ปัญหาแบบบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และใช้กลไกของ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ มีการประชุมร่วมกันระหว่าง ๑) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) ๒) คณะกรรมการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน ๓) คณะกรรมการบริหารศูนย์อำนวยการขจัดความยากจนและพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงจังหวัด (คจพ.จ.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจกำหนดแนวทางการบูรณาการ และสร้างฐานข้อมูลหรือกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในการดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้หลักการ ONE DATA, ONE ORGANIZATION, ONE PLAN

การแก้ไขปัญหาในระดับอำเภอ/พื้นที่ใช้กลไก พชอ. ในการขับเคลื่อน คือ มีการบูรณาการ และการมีส่วนร่วมของ ๓ ภาคส่วน คือ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน ในการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม (๕ มิติ) ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ลดความซ้ำซ้อน เกิดความเสมอภาค เท่าเทียม ทั่วถึง และเป็นธรรม มีคณะกรรมการ พชอ. ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐ และมีการกำหนดประเด็นในการแก้ไขปัญหาในกลุ่มเปราะบาง พร้อมที่จะบูรณาการในการช่วยเหลือร่วมกัน

๒. ผลการตรวจติดตาม

ผลความก้าวหน้า/ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการให้ความช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือนตามภารกิจความรับผิดชอบ

๑) การขับเคลื่อนการดำเนินงาน การขจัดความยากจน และพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืนตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงในระดับพื้นที่ ได้ดำเนินการดังนี้

๑.๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการประชุมผ่าน Video conference ร่วมกับพื้นที่เป้าหมาย (รพ./สสอ./รพ.สต.) ทะเบียนครัวเรือนตามระบบ TPMAP เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานการขจัดความยากจนและพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในระดับพื้นที่ มิติด้านสุขภาพ และจัดทำแผนในการแก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่ปรากฏในระบบ TPMAP ด้านสุขภาพ

๑.๒) ประชุมคณะทำงานรับผิดชอบตามมิติของปัญหาการขจัดความยากจนและพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง คณะทำงานรับผิดชอบตามมิติของปัญหาการขจัดความยากจนและพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบาย แนวทาง ขั้นตอนการขับเคลื่อน และกรอบระยะเวลาในการดำเนินงาน และให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานผลการแก้ไขปัญหาทุกเดือน

๑.๓) จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยจัดบริการที่ครอบคลุม บริการด้านการดูแลระยะกลาง ระยะยาว และระยะสุดท้ายภายใต้ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นบริการทั้งในสถานพยาบาล เชื่อมต่อถึงการให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุและการให้บริการในชุมชน

๑.๔) พัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยใช้หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๗๐ ชั่วโมง ของกรมอนามัย ในการผลิตผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) รวมทั้งการอบรมอาสาบริบาลท้องถิ่นโดยกรมอนามัย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดอบรมร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๕) เปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ โดยมีการจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกที่ครอบคลุม การคัดกรอง, การรับส่งต่อจากระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (community screening) และการประเมิน วินิจฉัย กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ผานการคัดกรองและพบวาเปน Geriatric Syndromes ไดรับการดูแลรักษาในคลินิกผูสูงอายุ

๑.๖) ส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานในการดูแล สนับสนุนให้มีการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลโดยครอบครัว (Home Health Care) ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน

๑.๗) ส่งเสริมให้มีการดำเนินการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ : จัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุและคนทุกวัย โดยใช้แนวคิดการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design) ซึ่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๑๑ ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองการส่งเสริมและสนับสนุนในด้านการอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่นโดยการใช้ Universal Design หรือการออกแบบสำหรับทุกคนในสังคมมาเป็นมาตรฐานในการออกแบบสิ่งก่อสร้างและจัดสภาพแวดล้อมในสังคมโดยเฉพาะบริการสาธารณะ เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงได้อย่างสะดวกและปลอดภัยทั้งเด็ก สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ คนพิการ

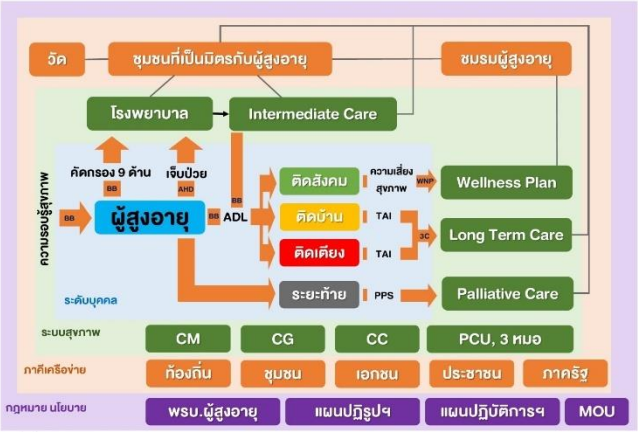
๑.๘) พัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุ จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุม และมีความละเอียดเป็นการเฉพาะโดยมีการแยกแยะกลุ่มผู้สูงอายุ (Segmentation) ตามระดับอายุ หรือ ระดับการพึ่งพา (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนรองรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

๒) ข้อเสนอแนะเพื่อการขับเคลื่อนดำเนินงาน

๒.๑) เสริมสร้างศักยภาพและขยายระยะเวลาของการเป็น Active aging เพื่อลดความเปราะบางที่อาจจะเกิดขึ้น

๒.๒) การเตรียมพร้อมประชากรในการเข้าสู่วัยสูงอายุด้วยการส่งเสริมการรวมกลุ่มที่สำคัญ คือ เป็นการยกระดับกิจกรรมดำเนินการของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของ พมจ. ที่มีโครงสร้าง ระบบการจัดการให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ

๒.๓) ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลครัวเรือนเปราะบางระดับท้องถิ่น ข้อค้นพบชี้ให้เห็นถึงการจัดทำฐานข้อมูลครัวเรือนเปราะบางในระดับท้องถิ่น ที่จะช่วยกระตุ้นความตระหนักและการรับรู้ที่เท่าทันต่อสถานการณ์ครัวเรือนเปราะบางในพื้นที่ อันจะนำไปสู่การออกแบบและกำหนดนโยบาย ตลอดจนมีแนวทางการดำเนินการเพื่อดูแลครัวเรือนเปราะบาง (Care plan) ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่



๓. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการให้ความช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. ขาดการสื่อสารเชื่อมโยง ประสาน ส่งต่อข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (พัฒนาชุมชน กับ รพ.สต. ในพื้นที่) ในการประเมิน จปฐ. ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในครัวเรือนที่พบปัญหา และขาดการคืนข้อมูลจากหน่วยงานที่สำรวจปัญหาให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อการแก้ไขปัญหาโดยเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ ๒. การบันทึกข้อมูลในระบบ TPMAP เมื่อบันทึกแล้วไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อน/ผิดพลาดได้ ๓. กลุ่มเป้าหมายเสียชีวิตก่อนช่วงเวลาที่ทางพื้นที่เข้าไปดำเนินงานแก้ไข ๔. ความรอบรู้และเศรษฐฐานะของประชาชน ยังไม่เพียงพอ จึงยังพบปัญหาและส่งผลกับการแก้ไขปัญหา เช่น การใช้ยาบำบัดการเจ็บป่วยในประชาชน การรับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกายหรือไม่มีเวลาในการออกกำลังกายเนื่องจากต้องทำมาหากิน เด็กน้ำหนักน้อยเนื่องจากมารดาขาดโภชนาการที่เหมาะสมเหตุเพราะสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว ฯลฯ ๕. กลุ่มเป้าหมายบางคนไม่อยู่ในพื้นที่ ออกไปทำงานที่อื่น ทำให้ติดตามแก้ไขปัญหาได้ยาก	<u>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</u> ๑. การประชุมชี้แจง ในการสำรวจข้อมูล จปฐ. รวมถึงการบันทึกข้อมูล เห็นควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าร่วมประชุมรับฟังด้วย ๒. ควรมีการคืนข้อมูลการสำรวจให้หน่วยงานในพื้นที่ตรวจสอบ เพื่อยืนยันข้อมูล ก่อนเผยแพร่ และบันทึกในระบบ TPMAP ของ พช. ๓. สร้างความรอบรู้ ในทุกมิติ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ๔. การประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ท้องถิ่น, ผู้นำในพื้นที่, อสม. ในการดำเนินการเพื่อให้มีการดำเนิน การแก้ไขปัญหาระยะยาว/ยั่งยืน <u>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</u> ๑. ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน ที่หน่วย งานในทุกกระทรวงได้ใช้ฐานข้อมูลเดียว กัน เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตให้ครอบคลุมในทุกมิติ ๒. พัฒนาระบบรายงาน ผลการดำเนินงานรายครัวเรือน ในทุกมิติ เพื่อกำกับติดตามการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน	๑๒ กระทรวง และ ๑ หน่วยงาน (กทม.)

รูปภาพการติดตามการดำเนินงานการขจัดความยากจนและพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงในระดับพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๔. โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองวิชาการและแผนงาน กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. สรุปผลการตรวจราชการ

แผนยุทธศาสตร์จังหวัดพัฒนาเมืองสมุนไพร มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานสนับสนุนการดำเนินงานโครงการเมืองสมุนไพร (Herbal City) มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขา โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงาน จำนวน ๔ คณะ ได้แก่ ๑) คณะทำงานด้านบริหารโครงการ ๒) คณะทำงานด้านส่งเสริมการปลูกสมุนไพรปลอดภัย ๓) คณะทำงานด้านพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร ๔) คณะทำงานด้านการตลาดและประชาสัมพันธ์ โดยได้รับงบประมาณตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีของจังหวัดในการขับเคลื่อนงาน และงบประมาณจากโครงการพัฒนาและส่งเสริมการเกษตรในกลุ่มจังหวัด กิจกรรมสมุนไพร สำหรับจัดซื้อครุภัณฑ์เพื่อพัฒนาศักยภาพการแปรรูปสมุนไพร ดังนี้

๑.๑ จัดตั้งกองทุนยาสมุนไพร โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มอบหมายให้โรงพยาบาล ผลิตยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐานแจกจ่ายให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดเพื่อใช้ในการรักษาประชาชน

๑.๒ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการพัฒนาส่งเสริมสมุนไพร กัญชง กัญชา ต้นน้ำ-ปลายน้ำ มุ่งสู่พัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบที่มีมาตรฐานปลอดภัย และโครงการยกระดับมาตรฐานและความปลอดภัยด้านอาหารและส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจฐานราก เพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ประกอบการในการผลิต/พัฒนา และจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร

๑.๓ การบูรณาการร่วมกับจังหวัดอื่นที่อยู่ในกลุ่มคลัสเตอร์เดียวกัน โดยจัดทำคำสั่งคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานโครงการเมืองสมุนไพรจังหวัด ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน หัวหน้าส่วนราชการต่างๆ เป็นกรรมการ และมีภาคเอกชนร่วมเป็นกรรมการ เพื่อวางแนวทางในการดำเนินงานของโครงการเมืองสมุนไพร ซึ่งภาคเอกชนได้เข้ามาสนับสนุนการผลิต การแปรรูป และการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรในส่วนของอาหารและเครื่องสำอาง

๒. ผลการตรวจติดตาม

๒.๑ ข้อค้นพบ/ประเด็นปัญหา

๑) แผนปฏิบัติราชการที่ดำเนินการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีการส่งเสริมและพัฒนาการผลิตภาคการเกษตรเพื่อสร้างรายได้กับเกษตรกรในการสร้างมูลค่าเพิ่ม ช่องทางการตลาด พัฒนาคุณภาพและเพิ่มศักยภาพการผลิต

๒) กำหนดแผนปฏิบัติราชการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๗๐ มีการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพเกษตรกรให้ปลูกพืชสมุนไพร มาตรฐาน GAP/Organics โดยสำนักงานเกษตรจังหวัดและกรมวิชาเกษตร ได้มีกิจกรรมดำเนินงาน ดังนี้

๒.๑) ส่งเสริมและจัดอบรมเกษตรรายใหม่เข้าร่วมโครงการปลูกพืชสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน

๒.๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้การปลูกพืช GAP/Organics

๒.๓) พัฒนาศักยภาพผู้ที่ปลูกสมุนไพรอยู่แล้วให้ได้มาตรฐาน GAP/Organics

๓) ส่งเสริมการแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพรให้ได้คุณภาพตามความต้องการของตลาด

๓.๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถ่ายทอดองค์ความรู้การเตรียมหรือแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพรสดเป็นวัตถุดิบตามเกณฑ์คุณภาพที่ตลาดสมุนไพรต้องการ

๓.๒) พาณิชย์จังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดช่วยขยายและหาช่องทางการตลาดให้เกษตรกร

๔) การรับรองมาตรฐานพืชสมุนไพร GAP/Organics โดยกรมวิชาการเกษตรจังหวัด ตรวจรับรองแปลงสมุนไพร

๕) ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการแปรรูปผลิตภัณฑ์สมุนไพรท้องถิ่น โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและพัฒนาชุมชนจังหวัด อบรมให้ความรู้และสนับสนุนการแปรรูปผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้สามารถจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง

๖) การกระจายวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรสู่ตลาด

๖.๑) จัดกิจกรรมจับคู่ธุรกิจระหว่างผู้ประกอบการและผู้ผลิตวัตถุดิบสมุนไพร เพื่อหาช่องทางการตลาดให้จากโรงงานผลิตยาทั้งภาคเอกชนและรัฐบาล

๖.๒) ส่งเสริมให้มีการนำวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรแสดงในงานนิทรรศการต่างๆ และนำเสนอสินค้าให้ถึงมือผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมาย

๒.๒ ความคืบหน้าการดำเนินงานการขับเคลื่อนการพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - มิถุนายน ๒๕๖๕ (๙ เดือน)

เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
๑. จังหวัดมีรายงานการกำหนด การใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ๑ รายการ คือ ฟ้าทะลายโจร	๑. มีหนังสือแจ้งให้ทุกหน่วยบริการ ให้ใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ได้แก่ *ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน มะขามแขก ยาน้ำแก้ไอมะขามป้อม พญายอครีม เพชรสังฆาต* สรุปมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข เพิ่มขึ้น
๒. มีข้อมูลเกษตรกรที่ปลูกสมุนไพรเป้าหมาย ที่ได้มาตรฐาน GAP ในจังหวัดเมืองสมุนไพร	๒. ข้อมูลเกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรในพื้นที่จังหวัด ที่ได้รับมาตรฐาน GAP มาตรฐาน Organics สมุนไพรเด่น ได้แก่ ขมิ้นชัน ไพล ว่านชักมดลูก ตะไคร้ ใบบัวบก มะขามป้อม

เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
๓. กำหนดและมีแผนการรับซื้อสมุนไพรเป้าหมายที่จะทำเกษตรพันธสัญญาเพื่อเข้าสู่โรงงาน WHO-GMP ในจังหวัดเมืองสมุนไพร	๓. มีแผนการรับซื้อสมุนไพรและทำพันธสัญญาซื้อสมุนไพรจากเกษตรกร
๔. ผลการส่งตรวจโลหะหนักในวัตถุดิบสมุนไพรผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	๔. สมุนไพรที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ ผงพญายอ ผงกระเจี๊ยบแดง ผงหญ้าดอกขาว

๒.๓ เกณฑ์ตัวชี้วัดเมืองสมุนไพร คลัสเตอร์เกษตรวัตถุดิบสมุนไพร ปี ๒๕๖๕

๑) กลุ่มเกษตรกรมีการขยายช่องทางการตลาดในภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้น โดยมีสินค้าวัตถุดิบสมุนไพรที่มีความต้องการจำนวนมาก ได้แก่ ขมิ้นชัน ไพล ว่านชักมดลูก ตะไคร้ ข่า ใบบัวบก ตลาดรองรับ คือ LAZADA และใบบัวบกแห้ง ที่มีบริษัทเครื่องสำอางและบริษัทยาภาคเอกชนต้องการวัตถุดิบจำนวนมาก

๒) กลุ่มวิสาหกิจชุมชนบางแห่งต้องการ โรงล้างโรงตาก โรงเก็บที่ได้มาตรฐาน เพื่อเพิ่มศักยภาพการผลิตให้ตอบสนองต่อความต้องการของตลาด แต่ขาดเงินทุนสำหรับการก่อสร้าง

๓) ผลผลิตวัตถุดิบสมุนไพรของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้มาตรฐานตามคุณสมบัติของวัตถุดิบสมุนไพรที่ใช้ในโรงงานผลิตยาสมุนไพร เนื่องจากมีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรให้ได้มาตรฐานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการควบคุมกำกับติดตามให้มีการผลิตวัตถุดิบสมุนไพรให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์อย่างสม่ำเสมอ

๒.๔ การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาเมืองสมุนไพร

มีการติดตามการดำเนินงานของทุกพื้นที่ผ่านการลงพื้นที่จริงและการติดตามผ่านการประมวลผลระบบข้อมูล HDC ของจังหวัดทุก ๓ เดือน สำหรับพื้นที่อำเภอที่มีปัญหาที่ต้องแก้ไขเร่งด่วนได้มีการลงพื้นที่เฉพาะกิจเพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา มีการประชุมคณะกรรมการเมืองสมุนไพรเพื่อติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส

๒.๕ การประสานและบูรณาการความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ รวมถึงจังหวัดอื่นที่อยู่ในกลุ่มคลัสเตอร์เดียวกันหรือที่อยู่ต่างกลุ่มคลัสเตอร์

๑) มีการบูรณาการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อให้โครงการและกิจกรรมการพัฒนางานสอดคล้องกันและมีเป้าหมายที่เหมือนกัน รวมทั้งการเสนอโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณของแต่ละหน่วยงาน ต้องผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการเมืองสมุนไพรและโครงการต้องสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนางาน

๒) มีการส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานสาธารณสุขเป็นแหล่งข้อมูลกลางสำหรับการพัฒนางานเมืองสมุนไพร

๓) มีการสื่อสารข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสุมนไพรให้ผู้รับผิดชอบงานเมืองสมุนไพรจังหวัดอื่นๆ เพื่อขยายกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรตามความต้องการของตลาด

๓. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

➢ **ระดับพื้นที่**

ปัญหาอุปสรรค/ข้อจำกัดในการดำเนินการ	ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการระดับพื้นที่
<u>ต้นน้ำ</u> ๑. ฐานข้อมูลกลุ่มผู้ปลูกชนิดพืช พื้นที่การปลูก และข้อมูลผลผลิตสมุนไพร ยังไม่มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่สะดวกและยังไม่เป็นที่รู้จักของผู้ประกอบการ	๑. จัดทำฐานข้อมูลเกษตรกรผู้ปลูกพืชสมุนไพรแยกตามพื้นที่ และชนิดของสมุนไพร รวมทั้งการจำแนกมาตรฐานของแปลกปลูกอย่างชัดเจน
๒. ผลผลิตวัตถุดิบสมุนไพรของกลุ่มต้นน้ำยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของตลาดภาคเอกชน	๒. ส่งเสริมให้กลุ่มเกษตรกรในพื้นที่ ปลูกสมุนไพรชนิดที่มีความต้องการของตลาดสูง ได้แก่ ใบบัวบก ขมิ้นชัน ไพล มะขามป้อม ตะไคร้ ข่า
๓. การแปรรูปสมุนไพรเป็นวัตถุดิบสมุนไพรของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนยังขาดแคลนสาธารณูปโภคที่มีความสำคัญได้แก่ โรงล้าง โรงตาก และโรงเก็บสมุนไพร	๓. พัฒนาศักยภาพกลุ่มวิสาหกิจให้สร้างโรงล้าง โรงตาก และโรงเก็บสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน สะดวกต่อการปฏิบัติงาน และสามารถผลิตวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้คุณภาพ
<u>กลางน้ำ</u> กลุ่มวิสาหกิจชุมชนผู้ปลูกพืชสมุนไพรยังไม่มีโรงงานแปรรูปผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ทำให้ผลิตภัณฑ์ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน	- ส่งเสริมและพัฒนากลุ่มวิสาหกิจชุมชนให้มีโรงงานผลิตผลิตภัณฑ์แปรรูปสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน
<u>ปลายน้ำ</u> ๑. การจ่ายยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขมีมูลค่าลดลง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19	๑. ส่งเสริมการจ่ายยาในแพทย์แผนปัจจุบันโดยใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ทุกระดับหน่วยบริการ โดยเน้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๒. ขาดช่องทางการตลาดออนไลน์	๒. พัฒนารูปแบบการขายวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สมุนไพรออนไลน์

➢ **ระดับนโยบาย**

ปัญหาอุปสรรค/ข้อจากัดในการดาเนินการ	ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการระดับนโยบาย
๑. ขาดความเชื่อมโยงของหน่วยงานระดับกระทรวง กรม ในการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดำเนินงานเมืองสมุนไพร ๒. หน่วยงานระดับกระทรวง กรมขาดความชัดเจนในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของตัวชี้วัดแต่ละหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์	๑. ควรสนับสนุนงบประมาณการพัฒนางานเมืองสมุนไพรในส่วนที่เป็นปัญหาด้านการผลิตของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน เพื่อให้สามารถเพิ่มศักยภาพและกำลังการผลิตวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ และปริมาณตามความต้องการของตลาด ที่สามารถสร้างรายได้หลักให้กลุ่มเกษตรกรได้จริง ๒. ผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ควรให้การสนับสนุนและความร่วมมือในวางแผนการ

ปัญหาอุปสรรค/ข้อจากัดในการดาเนินการ	ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการระดับนโยบาย
๓. ขาดความต่อเนื่องในการสนับสนุนงบประมาณ ส่งผลให้ไม่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ มาตรการ และแผนงานโครงการได้	ดำเนินงานพัฒนาเมืองสมุนไพรร่วมกัน ทำให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

๕. โครงการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ๑. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย
๒. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
๓. กองแผนงานและยุทธศาสตร์ กรมอนามัย และ กรมควบคุมโรค
๔. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๑. ผลการตรวจติดตาม/ข้อค้นพบ

๑.๑ สถานการณ์คุณภาพอากาศในภาพรวม

การขยายผล ยกระดับ หรือปรับปรุงมาตรการการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศของจังหวัด เพื่อให้เป็นไปตามมาตรการภายใต้แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง”

๑) มลพิษทางอากาศ ได้มีการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหามลพิษทางอากาศ ที่เกินมาตรฐานและประสบปัญหาในระดับเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นมา หน่วยบริการสาธารณสุขในทุกระดับ ทั้งเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่บูรณาการร่วมกันหาแนวทางการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง PM๒.๕

๒) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ เช่น หยุดยั้งปัญหา ควบคุมพื้นที่ ติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM๒.๕ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์ และสร้างการรับรู้ให้ประชาชน การขยายพื้นที่ติดตั้งเครื่องตรวจวัดคุณภาพอากาศไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ให้ครอบคลุม โดยบูรณาการความร่วมมือกับศูนย์ข้อมูลสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และเครื่อง DUSTBOY จากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) รวมทั้งจากหน่วยงานอื่นๆ เพื่อเฝ้าระวังและแจ้งเตือนความเสี่ยงให้กับประชาชน

๓) การป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด) เช่น ยานพาหนะ การเผาในที่โล่ง/ภาคการเกษตร การก่อสร้างและผังเมือง อุตสาหกรรม ภาคครัวเรือน หน่วยงาน รพ. รพ.สต. ดำเนินการเป็นต้นแบบองค์กรปลอดฝุ่นในสำนักงาน จัดทำกิจกรรม Big Cleaning จัดทำเสวียนล้อมต้นไม้ กวาดใบไม้แห้งใส่ในเสวียน เพื่อทำเป็นปุ๋ยบำรุงต้นไม้แทนการเผา ลดปัญหาฝุ่นควัน ป้องกันการเกิดมลพิษที่ต้นทาง เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับประชาชนในพื้นที่ร่วมกิจกรรมรณรงค์แก้ไขปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM๒.๕ ในการตรวจวัดควันดำรถยนต์ที่ใช้ในส่วนราชการ เพื่อป้องกันปัญหามลพิษทางอากาศ

๔) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมลพิษ เช่น การพัฒนาเครือข่ายการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง (ประชาชนกลุ่มเสี่ยง หมายถึง เด็ก คนชรา หญิงมีครรภ์ และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคทางเดินหายใจ และโรคหัวใจ และหลอดเลือด) เพิ่มความ

ระมัดระวังเป็นกรณีพิเศษ หากมีอาการเบื้องต้น เช่น ไอ หายใจลำบาก ระคายเคืองตา ควรลดระยะเวลาในการทำกิจกรรมกลางแจ้ง ตรวจสอบ ติดตามข้อมูลคุณภาพอากาศ และสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM๒.๕ จากกรมควบคุมมลพิษ รวมทั้งข้อมูลด้านสุขภาพและแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ เพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้ให้ประชาชน เข้าใจถึงสถานการณ์ ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง

๑.๒ การควบคุมดูแลสถานการณ์ไฟป่า หมอกควัน และฝุ่นละออง ให้มีคุณภาพที่ดีขึ้นมากกว่าปีที่ผ่านมา

จังหวัด/กรุงเทพมหานคร ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาไฟป่าและฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM๒.๕) ประกอบด้วย แผนทำแนวกันไฟ จัดชุดลาดตระเวนไฟป่า แผนการลาดตระเวน แผนปลูกป่า/ฝาย และแผนการจัดการป่าชุมชน รวมถึงกำหนดเป้าหมายลดจุด Hotspots ลง และพื้นที่เผาไหม้ลดลง ๒๐% ของค่าเฉลี่ยย้อนหลัง ๓ ปี โดยออกคำสั่งจัดตั้งคณะทำงานหมอกควันและไฟป่าระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ในช่วงระยะวิกฤติ ได้จัดตั้งศูนย์บัญชาการหมอกควัน เพื่อกำกับ ติดตามไฟป่า และสถานการณ์หมอกควันในพื้นที่ รวมถึง ใช้แอปพลิเคชั่น FireD ในการบริหารจัดการเชื้อเพลิงในพื้นที่เกษตร/การใช้โดรน/UAV/อากาศยาน/การใช้ประโยชน์ที่ดินป่าไม้ และการใช้ระบบฐานข้อมูลเดียวกัน

๑.๓ ภาพรวมผลการดำเนินการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

การเตรียมความพร้อมและดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่า หมอกควัน และฝุ่นละอองตามแผนเฉพาะกิจเพื่อการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ปี ๒๕๖๕ ตามหลักแนวคิด “๑ สื่อสาร ๕ ป้องกัน ๓ เผชิญเหตุ” ดำเนินการตามมาตรการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM๒.๕) ๔ มาตรการ ได้แก่

๑) การเฝ้าระวังและแจ้งเตือนสถานการณ์

๑.๑) ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง $PM_{๒.๕}$ ให้กับพื้นที่ และประชุมชี้แจงแนวทางการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM๒.๕) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ผ่านโปรแกรม zoom meeting

๑.๒) สนับสนุนการดำเนินงาน ติดตาม เฝ้าระวัง ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่มีสาเหตุจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM๒.๕) เพื่อให้จังหวัดมีการจัดทำรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพ การรายงาน การแจ้งรายงาน และการสอบสวนโรค (กรณีพบผู้ป่วย/สงสัยป่วย/เข้าเกณฑ์สอบสวน) และสนับสนุนให้จังหวัดเป้าหมายนำมาตรการเฝ้าระวังสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยงไปใช้ในการเฝ้าระวังสถานการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง PM๒.๕

๑.๓) เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาหมอกควัน ใน ๑๓ กลุ่มโรคและผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ จากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข และระบบฐานข้อมูลหมอกควัน (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข)

๑.๔) ติดตามสถานการณ์ค่าฝุ่นละออง PM๒.๕ ดัชนีคุณภาพอากาศ (AQI) จากเวปไซต์ Air๔Thai กรมควบคุมมลพิษ และตำแหน่งจุดความร้อนจากดาวเทียม Suomi NPP (VIIRS) จากระบบฐานข้อมูลจุดความร้อนจากภาพถ่ายดาวเทียม กรมป่าไม้ เป็นต้น

๑.๕) จัดทำรายงานสถานการณ์และการดำเนินงานแก้ไขภาวะหมอกควันด้านการแพทย์และสาธารณสุขประจำสัปดาห์ และจัดทำ Infographic รายงานสถานการณ์ฯ ส่งให้เครือข่ายหมอกควันผ่าน Line Application

๒) การเฝ้าระวังการเจ็บป่วยและสอบสวนโรค

๒.๑) ติดตามสถานการณ์การเจ็บป่วยของประชาชนจากระบบรายงาน HDC และระบบฐานข้อมูลหมอกควันของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

๒.๒) สนับสนุนทางด้านวิชาการสอบสวนโรคกรณีพบความผิดปกติการเจ็บป่วยของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับมลพิษหมอกควัน

๒.๓) จัดเตรียมความพร้อมในการสนับสนุนหน้ากากอนามัย/หน้ากาก N๙๕ ให้หน่วยงานเครือข่าย

๒.๔) เตรียมทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรค เพื่อสนับสนุนการสอบสวนกรณีเหตุการณ์ผิดปกติที่สงสัยเกี่ยวกับหมอกควัน PM๒.๕

๒.๕) สอบสวนโรคกรณีพบความผิดปกติการเจ็บป่วยของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับมลพิษหมอกควันหรือจังหวัดร้องขอ

๒.๖ จัดประชุมเพื่อทบทวนแนวทางการรายงานผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องกับ PM๒.๕ ตามรหัส ICD-๑๐ ผ่านโปรแกรม zoom meeting โดยมีผู้เชี่ยวชาญ/ผู้บริหาร กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แพทย์จากคลินิกอาชีวเวชกรรม ผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM๒.๕ เจ้าหน้าที่ไอทีและเวชสถิติ จาก รพศ./รพท. หัวหน้ากลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม/ผู้รับผิดชอบงานโรคจากการประกอบอาชีพฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒.๗) ลงพื้นที่ติดตามและประเมินระบบเฝ้าระวังโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM๒.๕) โดยประเมินระบบการแจ้งและรายงานข้อมูลผู้ป่วย หรือผู้สงสัยป่วยด้วยกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่น PM๒.๕ รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินฯ ไปพัฒนาระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรค รวมถึงนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน กำหนดนโยบายการปฏิบัติงานมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่น PM๒.๕ ที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่

๓) สื่อสารความเสี่ยง

๓.๑) สื่อสาร เตือนภัย สถานการณ์ PM๒.๕ และให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติตนทั้งประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงตามระดับความรุนแรง โดยสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น แอปพลิเคชั่น เว็บไซต์, คู่มือ, แผ่นพับ, โปสเตอร์ และการสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุก (ผ่านสถานีวิทยุ/โทรทัศน์) และกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน ส่วนราชการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภาคเอกชน ได้มีความรู้ความเข้าใจถึงปัญหาไฟป่า หมอกควัน และประเด็นพิษภัยของหมอกควันที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

๓.๒) พัฒนาระบบเฝ้าระวังสื่อสารความเสี่ยงฝุ่นควันอัตโนมัติ ประกอบด้วยระบบย่อย ๓ ระบบ ดังนี้

๑) “ผ่อดีดีตำบล” เป็นระบบเฝ้าระวังฝุ่นควันอัตโนมัติสำหรับระดับตำบลเพื่อแก้ไขปัญหาตอบโต้สถานการณ์ และปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) แบ่งความรุนแรงเป็น ๔ ระดับ กรณีระดับ ๓-๔ จะแจ้งเตือนอัตโนมัติไปยังระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหา

๒) “ผ่อดีดีโรงเรียน” เป็นระบบแจ้งเตือนสถานการณ์ฝุ่นควันอัตโนมัติและแนวการปฏิบัติตามมาตรการกระทรวงศึกษาธิการสำหรับโรงเรียน สถานศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แจ้งเตือนวันละ ๓ ครั้ง คือ ๐๗.๐๐ ๑๐.๐๐ และ ๑๕.๐๐ เช่น การงดกิจกรรมนอกห้องเรียน การป้องกันส่วนบุคคลของนักเรียน เป็นต้น

๓) “smokealert” สำหรับกลุ่มเสี่ยง ประชาชน โดยลงทะเบียนใช้งานระบบผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ (Line) ระบบจะแจ้งสถานการณ์ PM๒.๕ พื้นที่ใกล้เคียงวันละ ๒ ครั้ง และข้อแนะนำการปฏิบัติตัว การประเมินเบื้องต้น รวมทั้งข้อมูลห้องปลอดฝุ่นในรัศมี ๑๐, ๒๐ กิโลเมตร ที่เปิดให้บริการ

๔) การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

๔.๑) สนับสนุนองค์ความรู้การทำห้องปลอดฝุ่น และสนับสนุนให้มีการจัดห้องปลอดฝุ่นในสถานที่ต่างๆ โดยเฉพาะสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งปี ๒๕๖๕ มีมากกว่า ๑,๗๙๗ แห่ง กระจายในจังหวัดต่างๆ

๔.๒) เปิดคลินิกมลพิษในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศ จำนวน ๖๒ แห่ง คลินิกมลพิษ corner ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ๖๘ แห่ง และคลินิกมลพิษออนไลน์ ๗๗ แห่ง

๔.๓) พัฒนาศักยภาพทีมปฏิบัติการระดับตำบล ได้แก่ อปท. รพ.สต. โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้นำชุมชน อสม. แกนนำในการตอบโต้สถานการณ์ แก้ไขปัญหา และปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข(PHEOC) ในพื้นที่ สร้างทีมพี่เลี้ยงสนับสนุนในระดับสสจ. สสอ. รพช. และพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังฝุ่นควัน

๔.๔) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. อสม. อสส. และจิตอาสาพระราชทาน ลงพื้นที่เคาะประตู ออกเยี่ยมบ้าน ดูแล ติดตามอาการผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และประเมินอาการผู้ป่วย

๕) มาตรการด้านกฎหมาย

๕.๑) สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย (พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒) และมาตรการชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๕.๒) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์และให้ข้อแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒

๖) บูรณาการและสร้างเครือข่ายแก้ปัญหาฝุ่นควันกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๖.๑) การสร้างภาคีเครือข่าย โดยพิธีบันทึกความร่วมมือ (MOU) เพื่อบูรณาการข้อมูล แนวปฏิบัติการตอบโต้สถานการณ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการสื่อสาร เช่น แนวปฏิบัติตามมาตรการกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ ปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข การทำให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ และมีประสทธิภาพ

๖.๒) การบูรณาการเครือข่ายเครื่องวัดฝุ่น โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูล API เครือข่ายเครื่องวัดฝุ่น (Data Lake & API management) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ DustBoy (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) Yakkaw (ยักษ์ขาวมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา วิทยาเขตเชียงราย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย), Cusense และ Sensor for All (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ กฟภ.)

๒. การขยายผล ยกระดับ หรือปรับปรุงมาตรการการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศของจังหวัด เพื่อให้เป็นไปตามมาตรการภายใต้แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง”

จังหวัด/กรุงเทพมหานคร ได้ดำเนินการบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่า หมอกควัน และฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM๒.๕ กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง ได้พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM๒.๕) ดำเนินการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากมลพิษอากาศ ๑๓ กลุ่มโรค รายวันในโปรแกรม เพื่อสามารถนำข้อมูลมาจัดทำสถานการณ์เสนอผู้บริหาร สำหรับใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที มีการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อทบทวนแนวทางการรายงานผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องกับ PM๒.๕ ตามรหัส ICD-๑๐ และลงพื้นที่ติดตามและประเมินระบบเฝ้าระวังโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM๒.๕) โดยประเมินระบบการแจ้งและรายงานข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้สงสัยป่วยด้วยกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่น PM๒.๕ รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินฯ ไปพัฒนาระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรค รวมถึงนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน กำหนดนโยบายการปฏิบัติงานมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่น PM๒.๕ ที่เป็นปัญหาสำคัญเพื่อดำเนินการในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ตลอดจน เร่งสื่อสาร สร้างความรอบรู้ ให้คำแนะนำ และจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อคุ้มครอง ดูแลสุขภาพของประชาชนให้ทันท่วงทีต่อไป

๓. การบูรณาการภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ และการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนของประชาชนเกี่ยวกับปัญหามลพิษทางอากาศ

จังหวัด/กรุงเทพมหานคร ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์บัญชาการเหตุการณ์จังหวัด (ไฟป่าหมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM๒.๕) เปิดศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข EOC เพื่อติดตามสถานการณ์การเกิดภาวะหมอกควันพื้นที่

๔. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค/ข้อจำกัดในการดำเนินการ	ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการ	
	ระดับพื้นที่	ระดับนโยบาย
๑. ข้อมูลเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพที่รายงานเข้าโปรแกรมเฝ้าระวังฯ เป็นข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะโรงพยาบาลภาครัฐ ขาดข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ รพ.เอกชน และ รพ.สต.	- พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับให้เห็นความสำคัญของการลงข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องมาจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	- เชื่อมโยงข้อมูลสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็กและผลกระทบต่อสุขภาพ
๒. การเฝ้าระวังปริมาณฝุ่นละอองในอากาศมีหลายหน่วยงานและหลายภาคส่วน (ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษใช้ค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง หน่วยงานอื่นใช้ค่าเฉลี่ยรายชั่วโมงหรือนาที) ทำให้ประชาชนมีความสับสนในการสื่อสาร แจ้งเตือนภัย	- การสื่อสาร แจ้งเตือนภัย สำหรับประชาชน ในประเด็นค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า ๒.๕ ไมครอน ($PM_{2.5}$) ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักเพื่อให้การสื่อสารแจ้งเตือนภัยไปในทิศทางเดียวกันและทันต่อสถานการณ์	- ควรเพิ่มจุดติดตั้งสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

ภาพกิจกรรมการดำเนินงานของจังหวัด

๖. โครงการลดอุบัติเหตุทางถนน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

๑. สรุปผลการตรวจราชการ

การเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนภายหลังผ่อนคลายมาตรการป้องกันโควิด มีการเดินทางเพิ่มขึ้น พบว่าสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนเพิ่มขึ้นขณะเดียวกันในช่วงเทศกาลสำคัญ เช่นเทศกาลปีใหม่ และเทศกาลสงกรานต์ ที่ผ่านมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สาเหตุเกิดจากไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มสุรา และไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดได้แก่ มอเตอร์ไซค์ เส้นทางที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด ได้แก่ ถนนทางหลวง ถนนในหมู่บ้าน ได้มีการประชาสัมพันธ์ลงพื้นที่เยี่ยมด่านชุมชนและจุดตรวจบูรณาการดำเนินงานตรวจเตือนเฝ้าระวังควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่สถานประกอบการสถานบริการ

๒. ข้อค้นพบ/ประเด็นปัญหา

สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดในภาพรวมช่วงสภาวะปกติ ตลอดปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (๑ มกราคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔) และช่วงเทศกาลปีใหม่ ๒๕๖๕ (๗ วันอันตราย)

ช่วงเวลา	อุบัติเหตุ (ครั้ง)	บาดเจ็บ (ราย)	ทุพพลภาพ (ราย)	เสียชีวิต (ราย)
➢ ช่วงสภาวะปกติ ตลอดปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (๑ มกราคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔)	-	๙๒๙,๒๐๖	๘,๓๓๔ (๔.๖% ของ admit)	๑๖,๙๕๗
➢ ช่วงเทศกาลปีใหม่ ๒๕๖๕ (๗ วันอันตราย) (๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๔ - ๔ มกราคม ๒๕๖๕)**	๒,๗๐๗	๒,๖๗๕	๑๒๓ (๔.๖% ของ admit)	๓๓๓

** แหล่งข้อมูลจากศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน

๒.๑ ผลการดำเนินการขับเคลื่อนการลดอุบัติเหตุทางถนน ตามแผนบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาล และช่วงวันหยุด พ.ศ. ๒๕๖๕

● ด้านการบริหารจัดการ

ดำเนินการจัดตั้งและขับเคลื่อนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ในระดับพื้นที่

๑) ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (ศปถ.จ.) ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๕ และให้ดำเนินการเข้มข้นในทุกอำเภอ อย่างเคร่งครัด วิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่ ถอดบทเรียน และนำมาจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลและวันหยุดยาว กำหนดมาตรการ วิธีการ ติดตามการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามตัวชี้วัดที่กำหนด ดังนี้

- ดำเนินการตามแนวทางการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๕/ช่วงวันหยุดยาว
- โรงพยาบาลให้ความร่วมมือตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด
- ด่านชุมชน จุดตรวจหลัก จุดตรวจรอง/จุดบริการ ด่านชุมชน จุดเสี่ยง มีการแต่งตั้ง คกก. ดำเนินการทุกอำเภอ

๒) ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อ.) ด่านชุมชน จุดตรวจหลัก จุดตรวจรอง/จุดบริการ ด่านชุมชน ติดตามผลการดำเนินงาน ศปถ.อปท.

๓) ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.)

● ด้านลดปัจจัยเสี่ยงด้านถนนและสภาพแวดล้อม

๑) ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ รับข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุรายวัน และจุดเสี่ยงจาก ศปถ. จังหวัด และดำเนินการปรับแก้

๒) ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงจุดเสี่ยงที่มีผู้เสียชีวิต และอุบัติเหตุซ้ำซ้อน

๓) วางนโยบายคืนผิวถนนช่วงเทศกาล โดยหยุดการซ่อมสร้างถนนทุกเส้นในช่วงเทศกาล เก็บอุปกรณ์ในการซ่อมสร้าง และทำสัญญาณไฟในพื้นที่ที่มีการพักการซ่อมสร้าง เพื่อเพิ่มช่องทางการจราจร

๔) ประสานกับแขวงรถไฟในช่วงเทศกาล ติดตามจุดตัดทางรถไฟ และทางลักข้ามของทางรถไฟ

● ด้านลดปัจจัยเสี่ยงด้านยานพาหนะ

๑) สำนักงานขนส่งจังหวัด ได้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตรวจสอบ และควบคุมการเดินรถโดยสารสาธารณะ รถบรรทุก ยานพาหนะทุกประเภท รวมทั้งรถของผู้ประกอบการขนส่งอาหาร หรือผู้ประกอบการขนส่งสินค้าฯ ให้มีความปลอดภัยในการเดินทาง

๒) มีนโยบายให้สำรวจการต่อ พรบ. ทุกครัวเรือนและประชาสัมพันธ์ให้ต่อ พรบ. ทุกปี โดยมีการติดตามในเวทีการประชุม ศปถ.จังหวัด (สาธารณสุขรับผิดชอบให้ติดตามการต่อ พรบ. ในรถของ อสม. ให้ครบ ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์)

● ด้านผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย

มีการบูรณาการจากทีมสหสาขาและการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในทุกระดับ มีการประชุมประจำทุกเดือน มีการออกสอบสวนเหตุในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุรุนแรง หรือเป็นอุบัติเหตุที่น่าสนใจ ร่วมกับทีมสหสาขา ซึ่งสาธารณสุขอำเภอมีหน้าที่รับผิดชอบในการวิเคราะห์การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนโดยใช้ตาราง Haddon Matrix เพื่อให้ได้ข้อมูลมาวางแผนแก้ไขและป้องกันการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ พร้อมนำเสนอเพื่อให้เกิดระบบจัดการและการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการในการดำเนินการป้องกัน และลดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเพื่อแก้จุดเสี่ยง การออกมาตรการแก้ปัญหาที่ตรงจุด การกำหนดเป้าหมายและพื้นที่เข้มข้น และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

● ด้านการช่วยเหลือหลังเกิดอุบัติเหตุ

มีหน่วยปฏิบัติการยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่เนื่องจาก อบจ. หมดสัญญาการเช่ารถกู้ชีพให้กับ อบต. ทำให้ต้องขยายพื้นที่รับผิดชอบในบางหน่วยปฏิบัติการ โดยมีการประสานงานและเตรียมความพร้อมของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ อบจ.มหาสารคาม ด้วยการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ ขนส่ง ตำรวจ ในการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีคำสั่งให้ทุกโรงพยาบาลเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล ฯลฯ เพื่อรองรับผู้บาดเจ็บทางถนน

๒) มีคำสั่งให้ทุกโรงพยาบาล เตรียมหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับในพื้นที่ เพื่อรองรับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

๒.๒ ระบบเฝ้าระวัง injury surveillance

- มีการเริ่มใช้ระบบ IS Online ในการบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตตั้งแต่ มกราคม ๒๕๖๔ โดยพบว่า การวิเคราะห์และการคำนวณค่า PS มีความถูกต้องมากขึ้น แต่ยังพบปัญหาอุปสรรคในการใช้ระบบ เช่น ยังไม่สามารถเก็บข้อมูลผู้บาดเจ็บได้อย่างครบถ้วนทุกราย จะเก็บเฉพาะในรายที่เสียชีวิตหรือรายที่เป็นผู้บาดเจ็บในหลายระบบ และบุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจการใช้ระบบ IS Online โดยเฉพาะเรื่อง รหัส ICD-๑๐ ซึ่งในอนาคตจะมีปรับใช้ระบบ IS Online ในโรงพยาบาลทุกแห่งพร้อมจัดอบรมเพิ่มทักษะให้กับบุคลากร

๒.๓ การตรวจสอบคุณภาพการตอบสนองหลังเกิดเหตุ และช่วยเหลือ ผู้ประสบอุบัติเหตุ

๑) มีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลการออกปฏิบัติการของชุดปฏิบัติการในระดับต่างๆ ทุกครั้งที่ส่งเอกสารขอรับค่าชดเชย

๒) ติดตามข้อมูลตามตัวชี้วัด และทำสถิติ ข้อมูลการออกปฏิบัติงานโดยผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด

๓) ในอนาคตจะมีการลงสุ่มตรวจคุณภาพด้านการบริการ รถปฏิบัติการและบุคลากรตามจุดประจำการ

๒.๔ ผลการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนน

๑) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม. ออกตรวจเตือน ประชาสัมพันธ์ และบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑, พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ และประกาศสำนักรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทาง พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยเน้นหนักในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์

๒) ร่วมกับสำนักงานสรรพสามิต ตำรวจภูธรฯ และกลุ่มงานควบคุมโรคในการติดตามมาตรการห้ามเปิดร้านขายสุราให้เยาวชนอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และนำเสนอที่ประชุม ศปถ.จังหวัด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการตามกฎหมายแล้ว

๓. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค/ข้อจำกัดในการดำเนินการ	ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการระดับพื้นที่
๑. การขยายระบบเฝ้าระวัง IS online ในโรงพยาบาลชุมชน เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการเกิดอุบัติเหตุสูงบนถนนทางหลวงชนบท ทำให้เพิ่มภาระงานห้องฉุกเฉินที่จะต้องรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิต แทนที่จะต้องดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ นอกเวลา ๒. การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง ๑๐-๑๙ ปี ใช้พาหนะรถจักรยานยนต์ และปัจจุบันยังไม่มีมาตรการป้องกันในกลุ่มเยาวชนที่เป็นระบบ	๑. การดำเนินงานต้องขับเคลื่อนผ่าน ศปถ.จังหวัด อำเภอและมีการแลกเปลี่ยนคืนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ๒. ควรขับเคลื่อนกลไก ศปถ.ทุกระดับในการกำหนดมาตรการ/แผนงานโครงการป้องกันอุบัติเหตุในกลุ่มเยาวชนร่วมกับสถานศึกษาหรือเครือข่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และประเมินผลลัพธ์ร่วมกัน

ปัญหาอุปสรรค/ข้อจำกัดในการดำเนินการ	ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการระดับนโยบาย
๑. ข้อมูลผลการส่งตรวจแอลกอฮอล์ไม่มีระบบการสะท้อนคืนข้อมูลที่ชัดเจน เนื่องด้วยข้อจำกัดทางกฎหมายและสิทธิมนุษยชน	๑. ควรมีการสื่อสารนโยบายป้องกันเมาแล้วขับที่ต่อเนื่อง และสะท้อนข้อมูลความเสี่ยง และมาตรการเข้มงวดและมีคณะทำงาน กำกับ สนับสนุน ติดตามประเมินผลร่วมกับเครือข่ายสหสาขา

๔. ข้อคิดเห็นของที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการภาคประชาชน ๔ ด้าน

๑. ให้ ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.ท้องถิ่น เพิ่มการรณรงค์การขับขี่ปลอดภัย ผ่านสื่อโซเชียลมิเดียทุกชนิด

๒. ให้สำนักงานขนส่งจังหวัด ร่วมกับตำรวจภูธรจังหวัด ในการตั้งด่าน / จุดสกัดความเร็ว ตรวจสภาพความพร้อมของรถ และใบขับขี่

๓. ให้สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด ขอความร่วมมือบริษัท ห้างร้าน ในการเน้นมาตรการความปลอดภัยในพนักงานขับรถ โดยเน้นเรื่องการใช้สุราและการพักผ่อนที่เพียงพอ

๔. ให้สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยจังหวัด และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยทางรถ รณรงค์ให้ประชาชนทำประกันภัยภาคบังคับ และภาคสมัครใจเพิ่มมากขึ้น ผ่านสื่อโซเชียลมิเดีย ทุกชนิด

โครงการกรณีพิเศษ/เร่งด่วน

๗. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

๑. ผลการตรวจติดตาม : การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน

มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับสำนักงานปศุสัตว์จังหวัด สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด ในการปลูกจิตสำนึกเด็กและเยาวชนให้มีการเลี้ยงสัตว์อย่างรับผิดชอบ ในโครงการความร่วมมือการรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒนวรขัตติยราชนารี ดังนี้

๑.๑ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้กับประชาชน เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและในสัตว์ การสร้างจิตสำนึกในการเลี้ยงสุนัขอย่างถูกวิธี และตระหนักถึงอันตรายจากโรคพิษสุนัขบ้า การป้องกันตนเอง เน้นให้ประชาชนรีบล้างแผลทันที และไปพบแพทย์หลังถูกสุนัขกัด โดยผ่านช่องทางเสียงตามสายในหมู่บ้าน แผ่นพับให้ความรู้ ช่องทางสื่อออนไลน์ต่างๆ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๑.๒ ประสานหน่วยงานในสังกัด โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ร่วมจัด/สนับสนุนกิจกรรม กับทุกหน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบ

๑.๓ มีการประชาสัมพันธ์เชิงบูรณาการเพื่อสื่อสารความเสี่ยงแก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านสื่อ Social Network ได้แก่ Facebook โปสเตอร์ แผ่นพับ วิดิโอมัลติมีเดีย คู่มือความรู้ ผ่านช่องทาง Line กลุ่มต่างๆ มีการประกาศเสียงตามสายทุกหมู่บ้าน โดยได้รับการสนับสนุนสื่อแผ่นพับเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า จากกรมควบคุมโรค

๑.๔ ร่วมกับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ประเมินความรู้ความเข้าใจของประชาชนเรื่องความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และร่วมจัด/สนับสนุนกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับสำนักงานปศุสัตว์จังหวัด

๑.๖ ดำเนินการสำรวจจำนวนอาสาสมัคร และบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า หรือเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เพื่อการจัดสรรวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแบบป้องกันโรคล่วงหน้า โดยเน้นย้ำการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สัมผัสโรคต้องไปรับวัคซีนต่อเนื่องให้ครบตามวันนัดที่ระบุในบัตรนัด และแนะนำการป้องกันไม่ให้ถูกสุนัขหรือแมวกัด

๒. ปัญหาอุปสรรค

๒.๑ ประชาชนที่ถูกสัตว์กัดข่วน เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันที่โรงพยาบาลไม่ครบชุด เนื่องจากบางพื้นที่มีความยากลำบากในการเดินทาง

๒.๒ มีการบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสในระบบ ร.๓๖ online น้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้สัมผัสจริงในระบบ Hos-xp ของแต่ละ รพ. และล่าช้าไม่เป็นปัจจุบันในบางพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้เต็มที่

๒.๓ มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานใหม่ และขาดความต่อเนื่องในการทำงาน

๒.๔ อัตราการใช้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคนของแต่ละ รพ.ยังคงสูงอยู่ เนื่องจากสัตว์ที่สัมผัสบางส่วนไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนหรือไม่ทราบประวัติที่แน่นอน

๒.๕ ประชาชนที่ถูกสัตว์กัดข่วน เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันที่โรงพยาบาลไม่ครบชุด (ขาดเข็มสุดท้าย)

๒.๖ แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ามีรายละเอียดค่อนข้างมาก และจากหลายหน่วยงาน การซักซ้อมความเข้าใจแนวทางปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดในระดับพื้นที่ ทำให้เกิดความสับสนในทางปฏิบัติ

๒.๗ บางพื้นที่พบเชื้อในหัวสุนัขตามชายแดนที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งมักจะมีสุนัขจรจัดข้ามพรมแดนมาจากประเทศเพื่อนบ้าน ที่อาจนำเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าเข้ามาแพร่เชื้อในหมู่บ้านตามแนวชายแดน

๒.๘ จำนวนบ่อขยะชุมชนในหลายพื้นที่ ซึ่งเป็นแหล่งอาหารและที่อยู่อาศัยของสุนัขจรจัด และไม่สามารถจับฉีดวัคซีน หรือทำหมันเพื่อควบคุมการเพิ่มประชากรได้ ส่งผลให้คนมีความเสี่ยงมากขึ้น

๓. การประเมินผลการดำเนินโครงการ

๓.๑ ระดับพื้นที่โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จ เจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ระยะที่ ๒ โดยมีเป้าหมายให้ประเทศไทยปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้าภายในปี ๒๕๖๘ มีการเร่งรัดการสร้างและประเมินพื้นที่ปลอดโรคอย่างต่อเนื่อง ประเมินตนเองตามหลักเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการในระดับพื้นที่

๓.๒ ระดับนโยบาย บางจังหวัดได้ดำเนินกิจกรรม “โครงการปศุสัตว์ร่วมใจกำจัดภัยโรคพิษสุนัขบ้า”

ประมวลภาพกิจกรรมการตรวจติดตามในพื้นที่

๔. ข้อเสนอแนะ

๔.๑ ระดับพื้นที่

๑) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันประชาสัมพันธ์/สร้างความตระหนักให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการไปรับการฉีดวัคซีนหลังสัมผัสให้ครบชุดตามนัด และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด ข่วน หรือเลียบาดแผล ให้รีบล้างแผลด้วยน้ำและสบู่ทันที ใส่ยาฆ่าเชื้อแล้วรีบไปพบแพทย์โดยเร็วและไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ครบชุดตามนัดทุกครั้ง

๒) ประชาสัมพันธ์/สร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับประชาชน หากพบสัตว์ป่วย ตายผิดปกติ ไม่ควรตัดหัวสุนัขเอง ให้แจ้ง ปศส./ อส.ป.ในพื้นที่

๓) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันประชาสัมพันธ์/สร้างความตระหนักให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการนำสัตว์เลี้ยงไปรับการฉีดวัคซีนตามกำหนด เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบในคน

๔) ขอความอนุเคราะห์สำนักวิชาการ ช่วยออกแบบสื่อโปสเตอร์เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ ที่ดูง่าย ติดในห้องฉุกเฉินทุกสถานบริการ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับเจ้าหน้าที่

๔.๒ ระดับนโยบาย

๑) ผู้บริหารทุกระดับ ควรมีการเน้นย้ำนโยบายการบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสในระบบ ร.๓๖ online ให้ครบทุกราย เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ความเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง พื้นที่เสี่ยงได้ชัดเจน

๒) อปท. เพิ่มความถี่การให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ อย่างน้อย ๓-๔ เดือน/ครั้ง

๓) อปท.ในแต่ละพื้นที่ควรมีการบริหารจัดการบ่อขยะชุมชน ตาม พรบ./เทศบัญญัติท้องถิ่น อย่างจริงจังและต่อเนื่อง รวมทั้งจัดตั้งงบประมาณรองรับการทำหมันสุนัขจรจัดทุกปี

การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
เขตสุขภาพที่ ๒

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล) พร้อมด้วยคณะ ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวงเกี่ยวข้อง จังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์

วันที่ 16 สิงหาคม 2565 ณ ศาลากลางจังหวัดพิษณุโลก นพ.ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 2 ร่วมสนับสนุนการตรวจราชการ ตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 2 ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นางรุ่งรัตนา บุญ-หลง) และคณะผู้ตรวจราชการกระทรวง เขต 17 จังหวัดพิษณุโลก โดยเวลา 8:40 น.เข้าพบผู้ว่าราชการจังหวัดพิษณุโลก เพื่อหารือข้อราชการ ณ ห้องรับรองสมเด็จพระเอกาทศรถ ชั้น 2 ศาลากลางจังหวัดพิษณุโลก ต่อมาเวลา 9:00 น. เข้าร่วมประชุมกับหัวหน้าส่วนราชการ เพื่อติดตามงาน / โครงการตามแผนการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ณ ห้องประชุม พระพุทธชินราช ห้อง 771 ชั้น 7 ศาลากลางจังหวัดพิษณุโลก และเวลา 13:30 น. ลงพื้นที่ติดตามงาน / โครงการ จำนวน 2 โครงการ ดังนี้ 1. โครงการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตบุคลากรด้านสาธารณสุข อย่างยั่งยืนบนฐานสังคมแห่งการเรียนรู้ ณ อาคารผู้ป่วยในการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก 2. โครงการกิจกรรมปลูกและแปรรูปสมุนไพรบ้าน ณ วิสาหกิจชุมชนปลูกและแปรรูป สมุนไพรบ้าน ตำบลหัวยยาเขียว อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

วันที่ 17 สิงหาคม 2565 ณ ศาลากลางจังหวัดอุตรดิตถ์ นพ.ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 2 ร่วมตรวจราชการ ตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 2 ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นางรุ่งรัตนา บุญ-หลง) และคณะผู้ตรวจราชการกระทรวง เขต 17 จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยเวลา 8:40 น. เข้าพบผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อหารือข้อราชการ ณ ห้องรับรองผู้ว่าราชการจังหวัด ชั้น 5 ศาลากลางจังหวัดอุตรดิตถ์ ต่อมาเวลา 9:00 น. เข้าร่วมประชุมกับหัวหน้าส่วนราชการ เพื่อติดตามงาน / โครงการตามแผนการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ณ ห้องประชุมศิลาอาสน์ ชั้น 1 ศาลากลางจังหวัดอุตรดิตถ์ และเวลา 13:30 น. ลงพื้นที่ติดตามงาน / โครงการ จำนวน 2 โครงการ ดังนี้ 1.วิสาหกิจชุมชน กลุ่มส่งเสริมอาชีพ บ้านหาดไก่ต้อย (เม็ดมะม่วงพิมพานต์) ตำบลหาดสำลี อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ 2.โครงการขุดเจาะบ่อบาดาล หมู่ที่ 5 ตำบลช่องลม อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

วันที่ 18 มีนาคม 2565 ณ ศาลากลางจังหวัดตาก นพ.ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 2 ร่วมการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 2 ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นางรุ่งรัตนา บุญ หลง) และคณะผู้ตรวจราชการกระทรวงเขต 17 จังหวัดตาก โดยเวลา 8:40 น. เข้าพบผู้ว่าราชการจังหวัดตาก เพื่อหารือข้อราชการ ณ ห้องรับรองผู้ว่าราชการจังหวัด ชั้น 5 ศาลากลางจังหวัดตาก ต่อมาเวลา 9:00 น. เข้าร่วมประชุมกับหัวหน้าส่วนราชการ เพื่อติดตามงาน / โครงการตามแผนการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ณ ห้องประชุมศาลากลางจังหวัดตาก ชั้น 5 ศาลากลางจังหวัดตาก และเวลา 13:30 น. ลงพื้นที่ติดตามงาน / โครงการ จำนวน 2 โครงการ ดังนี้ 1. โครงการสร้างมูลค่าเพิ่มสินค้าเกษตรแปรรูปโดยใช้นวัตกรรม "ผลิตภัณฑ์ทัศนูยาแตบหนู" กิจการแตบหนูบ้านาแปรรูปเป็นน้ำพริกทาขนมปัง หมู่ 5 ตำบลวังจันทร์ อำเภอสามเงา จังหวัดตาก 2. โครงการยกระดับแปลงใหญ่ด้วยเกษตรสมัยใหม่และเชื่อมโยงตลาด "แปลงใหญ่ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์" หมู่ที่ 12 ตำบลยกกระบัตร อำเภอสามเงา จังหวัดตาก

วันที่ 19 สิงหาคม 2565 ณ ศาลากลางจังหวัดสุโขทัย นพ.ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 2 มอบหมายให้ นพ.ดนัย สังข์ทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 2 ร่วมการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 2 ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นางรุ่งรัตนา บุญ-หลง) และคณะผู้ตรวจราชการกระทรวงเขต 17 จังหวัดสุโขทัย โดยเวลา 8:40 น. เข้าพบผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย เพื่อหารือข้อราชการ ณ ห้องรับรองผู้ว่าราชการจังหวัด ชั้น 2 ศาลากลางจังหวัดสุโขทัย ต่อมาเวลา 9:00 น. เข้าร่วมประชุมกับหัวหน้าส่วนราชการ เพื่อติดตามงาน / โครงการตามแผนการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ณ ห้องประชุมศรีนคร ชั้น 3 ศาลากลางจังหวัดสุโขทัยและเวลา 13:30 น. ลงพื้นที่ติดตามงาน / โครงการ จำนวน 2 โครงการ ดังนี้ 1. โครงการแปลงใหญ่จิงหรีดเท่าทัย หมู่ 3 ตำบลท่าชัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย 2. โครงการส่งเสริมสนับสนุนการอนุรักษ์ฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (งวดที่ 3) ณ Art Farm โรงนาบ้านไร่ อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

เขตสุขภาพที่ ๓

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (พญ.วิพรรณ สังคหะพงศ์) พร้อมด้วยคณะ ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวงเกี่ยวข้อง จังหวัดชัยนาท พิจิตร อุทัยธานี กำแพงเพชร นครสวรรค์

วันจันทร์ที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ น. แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๓ มอบหมายให้นายแพทย์อดิสรณ์ วรรธนะศักดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เป็นผู้แทนผู้ตรวจราชการกระทรวงฯ เข้าร่วมการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการ ของคณะผู้ตรวจราชการเขตตรวจราชการที่ ๑๘ (เขตสุขภาพที่ ๓) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ รอบที่ ๒ โดยมีนายพีระ ทองโพธิ์ หัวหน้าผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ ๑๘ เป็นประธานการประชุมตรวจราชการ ตามแผนงาน/โครงการที่ตรวจติดตาม ได้แก่ การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล และการติดตามตรวจสอบและประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ ณ ห้องประชุมหลวงพ่อเพชร ศาลากลางจังหวัดพิจิตร

วันพุธที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ น. แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๓ พร้อมด้วย ดร.ปนิตา ธีรสกุษกุล ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการฯ เข้าร่วมการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการ ของคณะผู้ตรวจราชการเขตตรวจราชการที่ ๑๘ (เขตสุขภาพที่ ๓) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ รอบที่ ๒ โดยมีนายพีระ ทองโพธิ์ หัวหน้าผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ ๑๘ เป็นประธานการประชุมตรวจราชการ ตามแผนงาน/โครงการที่ตรวจติดตาม ได้แก่ การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล และการติดตามตรวจสอบและประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ โดยมีนายแพทย์จักราวุธ จุฑาสงฆ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เป็นผู้นำเสนอรายงานตามประเด็น ณ ห้องประชุม ๓๐๑ ศาลากลางจังหวัดนครสวรรค์

วันพุธที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ น. แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๓ พร้อมด้วย ดร.ปนิตา ธีรสกุษกุล ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการฯ เข้าร่วมการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการ ของคณะผู้ตรวจราชการเขตตรวจราชการที่ ๑๘ (เขตสุขภาพที่ ๓) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ รอบที่ ๒ โดยนายพีระ ทองโพธิ์ หัวหน้าผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ ๑๘ เป็นประธานการประชุมตรวจราชการ ตามแผนงาน/โครงการที่ตรวจติดตาม ได้แก่ การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล และการติดตามตรวจสอบและประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ โดยมีนายแพทย์จักราวุธ จุฑาสงฆ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เป็นผู้นำเสนอรายงานตามประเด็น ณ ห้องประชุม ๓๐๑ ศาลากลางจังหวัดนครสวรรค์

ในพุธที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ น. แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๓ มอบหมายให้นายแพทย์ทัศนัย ยอดสิริรัตนา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท เข้าร่วมการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการ ของคณะผู้ตรวจราชการเขตตรวจราชการที่ ๑๘ (เขตสุขภาพที่ ๓) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ รอบที่ ๒ โดยนันทยุทธ์ วิจิตรโอภาร หัวหน้าผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ ๑ เป็นประธานการประชุมตรวจราชการ ตามแผนงาน/โครงการที่ตรวจติดตาม ได้แก่ การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล และการติดตามตรวจสอบและประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ ณ ห้องประชุมรวรรจจักร ศาลากลางจังหวัดชัยนาท

วันพฤหัสบดีที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ น. แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๓ และผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงฯ เข้าร่วมการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการ ของคณะผู้ตรวจราชการเขตตรวจราชการที่ ๑๘ (เขตสุขภาพที่ ๓) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ รอบที่ ๒ โดยนันทยุทธ์ วิจิตรโอภาร หัวหน้าผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ ๑๘ เป็นประธานการประชุมตรวจราชการ ตามแผนงาน/โครงการที่ตรวจติดตาม ได้แก่ การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล การติดตามตรวจสอบและประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ และการพัฒนาเมืองสมุนไพร โดยมีแพทย์หญิงมาลินา พรรณวดี รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เป็นผู้นำเสนอรายงานตามประเด็น ณ ห้องประชุมสะแกกรัง ศาลากลางจังหวัดอุทัยธานี

เขตสุขภาพที่ ๖

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นพ. ณรงค์ อภิกุลวณิช) พร้อมด้วยคณะ

ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวงเกี่ยวข้อง

สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง ปราจีนบุรี สระแก้ว จันทบุรี ตราด

เขตสุขภาพที่ ๗

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์) พร้อมด้วยคณะ ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวงเกี่ยวข้อง จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม

เขตสุขภาพที่ ๘

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ปราโมทย์ เสถียรรัตน์) พร้อมด้วยคณะ ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวงเกี่ยวข้อง จังหวัดบึงกาฬ เลย หนองคาย อุดรธานี หนองบัวลำภู นครพนม สกลนคร

เขตสุขภาพที่ ๙

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.พงศ์เกษม ไชมุกด์) พร้อมด้วยคณะ ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวงเกี่ยวข้อง จังหวัดชัยภูมิ สุรินทร์ นครราชสีมา บุรีรัมย์

เขตสุขภาพที่ ๑๐

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นพ. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน) พร้อมด้วยคณะ

ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวงเกี่ยวข้อง

จังหวัดชุมพร นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง

การตรวจราชการแบบบูรณาการ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๒ จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
วันพุธที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๐๐ น.
ณ ห้องศูนย์ปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ดิจิทัล ชั้น ๒ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
นางสุมิตรา อติศัพท์
ผต.นร. เขต ๑๔
นายพงศ์รัตน์ ภิรมย์รัตน์
ผจ.อุบลราชธานี
รองประธาน
ก.จ.จ. อุบลราชธานี
ที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการกระทรวง
ผต.นร. เขต ๑๔ (นางสุมิตรา อติศัพท์) พร้อมด้วยคณะผู้ตรวจราชการกระทรวง ที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการกรมควบคุมโรค และรองประธานกรรมการธรรมนูฯ ประจำจังหวัดอุบลราชธานี ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการ รอบที่ ๒ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อติดตามผลการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ และการดำเนินการโครงการสำคัญตามแผนการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี (นายพงศ์รัตน์ ภิรมย์รัตน์) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนงาน/โครงการที่ตรวจติดตาม ซึ่งมีผลการตรวจติดตาม และข้อเสนอแนะของคณะผู้ตรวจราชการ ดังนี้
๑. การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (Issue)
๑.๑ การฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)
๑.๒ การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)
๒. การพิจารณาเห็นชอบและรับทราบรายงานการพัฒนาเศรษฐกิจรวมภาคเศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)
๓. การเห็นชอบการจัดสรรงบประมาณเพื่อช่วยเหลือ SMEs
๔. การลงพื้นที่ตรวจติดตามความก้าวหน้าโครงการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูป และการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model) ณ เขตรอบนิคมฯ อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี
๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลพุนพิน
๖. การลงพื้นที่ตรวจติดตามการดำเนินงานโครงการพัฒนาการผลิตไข่ไก่อินทรีย์ ณ ฟาร์มไก่ไข่อินทรีย์ ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา
๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลกะปง
๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลคุระบุรี
๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลตะกั่วป่า
๑๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลท้ายเหมือง
๑๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลเกาะยาว
๑๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง
๑๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลถลาง
๑๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลเกาะสิเหร่
๑๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลกะทู้
๑๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลป่าตอง
๑๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลกะรน
๑๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลเกาะพยาม
๑๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลระนอง
๒๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลกระบุรี
๒๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลสุขสำราญ
๒๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลละอุ่น
๒๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลกะเปอร์
๒๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลชุมพร
๒๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลปะทิว
๒๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลหลังสวน
๒๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลท่าแซะ
๒๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลสวี
๒๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๓๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๓๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๓๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๓๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๓๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๓๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๓๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๓๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๓๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๓๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๔๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๔๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๔๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๔๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๔๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๔๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๔๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๔๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๔๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๔๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๕๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๕๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๕๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๕๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๕๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๕๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๕๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๕๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๕๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๕๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๖๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๖๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๖๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๖๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๖๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๖๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๖๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๖๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๖๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๖๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๗๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๗๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๗๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๗๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๗๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๗๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๗๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๗๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๗๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๗๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๘๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๘๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๘๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๘๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๘๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๘๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๘๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๘๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๘๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๘๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๙๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๙๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๙๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๙๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๙๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๙๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๙๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๙๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๙๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๙๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๐๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๐๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๐๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๐๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๐๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๐๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๐๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๐๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๐๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๐๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๑๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๑๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๑๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๑๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๑๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๑๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๑๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๑๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๑๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๑๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๒๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๒๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๒๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๒๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๒๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๒๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๒๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๒๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๒๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๒๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๓๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๓๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๓๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๓๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๓๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๓๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๓๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๓๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๓๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๓๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๔๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๔๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๔๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๔๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๔๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๔๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๔๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๔๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๔๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๔๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๕๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๕๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๕๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๕๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๕๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๕๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๕๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๕๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๕๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๕๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๖๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๖๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๖๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๖๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๖๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๖๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๖๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๖๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๖๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๖๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๗๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๗๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๗๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๗๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๗๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๗๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๗๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๗๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๗๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๗๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๘๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๘๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๘๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๘๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๘๔. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๘๕. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๘๖. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๘๗. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๘๘. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๘๙. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๙๐. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๙๑. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๙๒. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลทุ่งตะโก
๑๙๓. การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจเจ้าหน้า

เขตสุขภาพที่ ๑๒

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.สุเทพ เพชรมาก) พร้อมด้วยคณะ ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวงเกี่ยวข้อง จังหวัดสงขลา พัทลุง ตรัง สตูล นราธิวาส ปัตตานี ยะลา

การตรวจราชการแบบบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 2 ผ่านสื่อสิ่งอิเล็กทรอนิกส์
ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ 6 (นางสาวปัทมัณ อัษราสิริธิ)
และผู้ตรวจราชการกระทรวง/กรม
ในวันจันทร์ที่ 18 สิงหาคม 2565
ณ ห้องประชุมสำนักตรวจราชการ ชั้น 3 สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
และห้องประชุมโอ่โถงบัญวัง ชั้น 4 ศาลากลางจังหวัดสตูล
นางสาวปัทมัณ อัษราสิริธิ ผอ.นร. เขต 6
นางวรรณกรณ์ เกลุทัล ผอ.นคม.
นายอดุลิ ประสานสอน ผอ.สธ.
นายอภินันท์ เมืองก่อง ผอ.มท.
นายวิรัช ไตรสุทัณฑ์ ผอ.กษ.
นายชนเทพ ส่งเสริม ผอ.ปค. เขต 6 และ 7
นายทัน สร้อยศักดิ์ ผอ.กรม ยธ.
นางสุดารัตน จักรมานนท์ ผอ.ปภ.
นายธีรยุทธ สำราญภูมิรินทร์ ผอ.ศค.
นางสุนันทา กาญจนวงศ์ เขตสุขภาพที่ 12 แทน ผอ.สช.
นายชาลี ณ ถลาง ปลัดจังหวัดสตูล
นางปาลิมัะ ปุ่นเบี้ยซั ทปษ. ผอ. ภาคประชาชน ด้านสังคม
นายวิศิษฐ์ ม่วงปลอด ทปษ. ผอ. ภาคประชาชน ด้านเศรษฐกิจ
นายเหม กาสา ทปษ. ผอ. ภาคประชาชน ด้านสิ่งแวดล้อม
รับมอบฤทัยยิ่งที่ 18 สิงหาคม 2565 ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ 6 (นางสาวปัทมัณ อัษราสิริธิ) พร้อมด้วยผู้ตรวจราชการกระทรวง/กรม
หรือผู้แทน และที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการภาคประชาชน ได้ประชุมตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยมีนายชาลี ณ ถลาง) และทัวหน้าส่วนราชการจังหวัดสตูล เข้าร่วมประชุม ดังนี้
1. การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล ได้แก่
1.1 การฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด – 19) : มีมาตรการรองรับการแพร่ระบาดฯ และมีการจัดกิจกรรมกระตุ้นเศรษฐกิจและส่งเสริมการท่องเที่ยว รวมทั้งมีการเปิดด่านชายแดนรับประชาชนเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2565 และเตรียมความพร้อมการเปิดด่านสำหรับต่างชาติ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 และด่านหลักเปิด - ด่านมาเลเซีย วันที่ 20 ตุลาคม 2565
1.2 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความยั่งยืน ตามแนวการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model) : มีการจัดการสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมการดำเนินธุรกิจตามแนวการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว
1.3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางจากวิกฤติรอบด้าน : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการดูแลการเยียวยาให้ความช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง เช่นให้ครอบครัวผู้ต้องขังรายได้ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านความเป็นอยู่ และการเข้าถึงบริการภาครัฐ รวมทั้งมีการดำเนินงานเรื่องของรับสัตลผู้สูงอายุ
2. การพัฒนาการศึกษา ตรวจสอบ และประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติสู่การปฏิบัติ ได้แก่
2.1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาศักยภาพของ ผู้ต้องขังที่ป่วยติดเตียง (ด้านกาย) และสินค้าที่เป็นอัตลักษณ์ของพื้นที่จังหวัดสตูล ตั้งแต่การผลิต แปรรูปและการจำหน่าย
2.2 การเปิดโอกาสและมีความสามารถของเศรษฐกิจฐานราก : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการส่งเสริมการพัฒนาสินค้าเกษตร โดยเฉพาะสินค้าที่ป่วยที่ทาง ภูมิศาสตร์ (ด้านกาย) และสินค้าที่เป็นอัตลักษณ์ของพื้นที่จังหวัดสตูล ตั้งแต่การผลิต แปรรูปและการจำหน่าย
2.2 การเปิดโอกาสและมีความสามารถของเศรษฐกิจฐานราก : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการส่งเสริมการพัฒนาสินค้าเกษตร โดยเฉพาะสินค้าที่ป่วยที่ทาง ภูมิศาสตร์ (ด้านกาย) และสินค้าที่เป็นอัตลักษณ์ของพื้นที่จังหวัดสตูล ตั้งแต่การผลิต แปรรูปและการจำหน่าย
3. โครงการพัฒนาคลองไทย คนปลอดภัย จากโรคติดต่อทุกชนิดในช่วงเวลาเร่งด่วน ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
4. การตรวจราชการตามแผนพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัด ตามมาตรา 34 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ พ.ศ. 2551 : จังหวัดมีการต่อหนี้ลูกบัวและเบิกจ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีแล้ว จำนวน 128,865,056 บาท คิดเป็นร้อยละ 77.26 และแผนปฏิบัติราชการกลุ่มจังหวัดภาคใต้ชั้นล่างมีมติการเบิกจ่ายเดือนร้อยละ 10.45
ทั้งนี้ ขอให้จังหวัดสตูลและหน่วยงานที่รับผิดชอบรับข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะผู้ตรวจราชการกระทรวง/กรม ในที่ประชุมไปดำเนินการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามแผนงาน/โครงการ ในแต่ละประเด็นการตรวจราชการต่อไป
จัดทำโดย เขตตรวจราชการที่ 6

การตรวจราชการแบบบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 2 ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ 6 (นางสาวปัทมัณ อัษราสิริธิ)
และผู้ตรวจราชการกระทรวง/กรม
ในวันจันทร์ที่ 18 สิงหาคม 2565
ณ ห้องประชุมสำนักตรวจราชการ ชั้น 3 สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
และห้องประชุมศิลัง ชั้น 3 ศาลากลางจังหวัดตรัง
นางสาวปัทมัณ อัษราสิริธิ ผอ.นร. เขต 6
นางสาวนุสรา กาญจนกุล ผอ.นคม.
นายอภินันท์ เมืองก่อง ผอ.มท.
นายวิชระศักดิ์ รุดราเมี ผอ.กค.
นายชนเทพ ส่งเสริม ผอ.ปค. เขต 6 และ 7
นายธีรยุทธ สำราญภูมิรินทร์ ผอ.ศค.
นางสุดารัตน จักรมานนท์ ผอ.ปภ.
นางสุนันทา กาญจนวงศ์ เขตสุขภาพที่ 12 แทน ผอ.สช.
นายสถาพร มุ่งเนียนมั่น ทปษ. ผอ. ภาคประชาชน ด้านสังคม
นายเอิดิร เอกฉิศาลสิริ ทปษ. ผอ. ภาคประชาชน ด้านเศรษฐกิจ
นางชิษา แก้วสามสอง ทปษ. ผอ. ภาคประชาชน ด้านสิ่งแวดล้อม
รับมอบฤทัยยิ่ง 19 สิงหาคม 2565 ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ 6 (นางสาวปัทมัณ อัษราสิริธิ) พร้อมด้วยผู้ตรวจราชการกระทรวง/กรม
หรือผู้แทน และที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการภาคประชาชน ได้ประชุมตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยมีรองผู้ว่าราชการจังหวัดตรัง (นายกุวณัฐ สมใจ) และทัวหน้าส่วนราชการจังหวัดตรัง เข้าร่วมประชุม ดังนี้
1. การขับเคลื่อนประเด็นโยบายสำคัญของรัฐบาล ได้แก่
1.1 การฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด – 19) : มีมาตรการรองรับการแพร่ระบาดฯ การจัดกิจกรรมส่งเสริม
SMEs เน้นพัฒนาชุมชนออนไลน์ และส่งเสริมอาหารชีวิตู้ด การส่งเสริมการจำงงาน และการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เน้นส่งเสริมความปรอดภัยในด้านท่องเที่ยว แบบ New
Normal
1.2 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความยั่งยืน ตามแนวการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model) : มีการจัดการ
สิ่งแวดล้อม โดยมีกิจกรรมปลูกป่าและลดการใช้พลาสติก และส่งเสริมการดำเนินธุรกิจ และการเกษตรตามแนวการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และ
เศรษฐกิจสีเขียว
1.3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางจากวิกฤติรอบด้าน : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการดูแลการเยียวยาให้ความช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง เช่นให้ครอบครัวผู้
ต้องขังรายได้ โดยการจัดหาตำแหน่งงานที่เหมาะสมให้กับผู้ต้องขังที่พ้นโทษ ด้านสุขภาพ การเน้นให้ปัญหาสุขภาพมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการศึกษา
โดยมอบหมายการศึกษา ด้านความเป็นอยู่ โดยการให้ความช่วยเหลือด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการเข้าถึงบริการภาครัฐ เน้นการมีคุณภาพที่ดีขึ้น
2. การพัฒนาการศึกษา ตรวจสอบ และประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติสู่การปฏิบัติ ได้แก่
2.1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง และสินค้าที่เป็นอัตลักษณ์ : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาสินค้าเกษตร การเข้าถึงแหล่งโภชนาการ
โดยมีการให้ความรู้และสนับสนุนกลุ่มเป้าหมาย เน้นพัฒนาคุณภาพและการมีมาตรฐานสินค้าเพิ่มเติมจากระบบการผลิต แปรรูป และการจำหน่าย
2.2 การเปิดโอกาสและมีความสามารถของเศรษฐกิจฐานราก : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการส่งเสริมการพัฒนาสินค้าอัตลักษณ์ และสนับสนุนช่องทางการจำหน่าย
สินค้า เน้นพัฒนาให้ได้สูงขึ้น โดยการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ และร่วมกับมหาวิทยาลัยแห่งโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์
ส่งเสริม และสนับสนุนผลงานวิจัยนวัตกรรมและงานวิจัย (RIC) จังหวัดตรัง เน้นพัฒนาวิสาหกิจชุมชนด้านการเกษตร
3. โครงการพัฒนาคลองไทย คนปลอดภัย จากโรคติดต่อทุกชนิดในช่วงเวลาเร่งด่วน ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 : จังหวัดตรังคนโรคติดต่อทุกชนิดในช่วงเวลาเร่งด่วน ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ได้รับงบประมาณดำเนินการประจำปีของจังหวัดตรัง จำนวน 6,917,900 บาท เน้นดำเนินโครงการก่อสร้างอาคารศูนย์บัญชาการ
ศูนย์รองจังหวัดตรัง ณ โรงงานบริบาลบุญคุณภาพน้ำหลังคาคลองตรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ตำบลนาเกาะเคี่ยม อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการ หากดำเนินการแล้วเสร็จจะใช้สนับสนุนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังต่อไป
4. การตรวจราชการตามแผนพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัด ตามมาตรา 34 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ
พ.ศ. 2551 : จังหวัดมีการต่อหนี้ลูกบัวและเบิกจ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีแล้ว จำนวน 94.33 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 67.64 และแผน
ปฏิบัติราชการกลุ่มจังหวัดภาคใต้ชั้นล่างมีมติการเบิกจ่ายเดือนร้อยละ 11.15
5. การใช้ประโยชน์จากสินทรัพย์ของสถาบันศึกษาที่ถูกยุบเลิก กรณีโรงเรียนวัดสันติวิถี ด้านสถานที่ทำแหน่ง อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง : บ้านนักเล็กและครอบครัว
จังหวัดตรังได้รับมอบการอนุโลมให้ใช้สินทรัพย์ดังกล่าวได้ตั้งแต่ปี 2545 และมีการจัดตั้งศูนย์นักบิณฑ์บุญจังหวัดตรัง จำนวน 1 แห่ง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในส่วนของการขับระเบียบ และมีอัตราสิน ร่วมทั้งการขอรายสินเงินร่อยส่งต่อเนื่อง
4. การตรวจราชการตามแผนพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัด ตามมาตรา 34 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ
พ.ศ. 2551 : จังหวัดมีการต่อหนี้ลูกบัวและเบิกจ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีแล้ว จำนวน 128,865,056 บาท คิดเป็นร้อยละ 77.26 และ
แผนปฏิบัติราชการกลุ่มจังหวัดภาคใต้ชั้นล่างมีมติการเบิกจ่ายเดือนร้อยละ 10.45
ทั้งนี้ ขอให้จังหวัดสตูลและหน่วยงานที่รับผิดชอบรับข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะผู้ตรวจราชการกระทรวง/กรม ในที่ประชุมไปดำเนินการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
และประสิทธิผลตามแผนงาน/โครงการ ในแต่ละประเด็นการตรวจราชการต่อไป
จัดทำโดย เขตตรวจราชการที่ 6

ภาคผนวก

สำเนาคู่ฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๑๓๐ /๒๕๖๔
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดิน และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดว่า การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการจัดทำภารกิจยิ่งขึ้น เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้การพัฒนาและการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการสามารถสนับสนุนการตรวจราชการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด มีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑ องค์ประกอบ

๑.๑	นายสุเทพ เพชรมาก หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
๑.๒	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย	รองประธาน
๑.๓	สาธารณสุขนิเทศก์ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๑.๔	รองอธิบดีกรมทุกกรม ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๑.๕	นายวัชรพงษ์ คำหล้า นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	กรรมการ
๑.๖	ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป	กรรมการ
๑.๗	นางสมพิศ จำปาเงิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอู่ทอง ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	กรรมการ
๑.๘	นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย	กรรมการ
๑.๙	นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

๑.๑๐ นางสาวอังคณา...

๑.๑๐	นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
๑.๑๑	นางภารณี วสุเสถียร ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
๑.๑๒	นายชาลี เอี่ยมมา ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
๑.๑๓	นางโกสุม สาลี หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
๑.๑๔	นายอติชาต หงษ์ทอง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
๑.๑๕	นายวัลลภ คชบก หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และเลขานุการ
๑.๑๖	นางสาวสิรินันท์ พานพิศ ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑๗	นางสาวพวงผกา มะเสนา ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑๘	นางสุพาพร เกิดฤทธิ์ ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีหน้าที่และอำนาจ

๒.๑ ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการตรวจราชการให้เป็นไปอย่างบูรณาการสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวง และการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่

๒.๒ วิเคราะห์บทบาท ภารกิจการตรวจราชการ ระบบตรวจราชการและกระบวนการตรวจราชการให้สอดคล้องตามพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๓ จัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบตรวจราชการกระทรวงและปรับปรุงกระบวนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ต่อที่ประชุมสำนักตรวจราชการกระทรวงเพื่อพิจารณา

๒.๔ กำหนดแนวทาง ให้คำปรึกษา และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรการและวิธีการ ในการพัฒนาระบบตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๕ ส่งเสริม สนับสนุน กำกับ ติดตาม เกี่ยวกับการพัฒนาระบบตรวจราชการ ตลอดจนแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาระบบตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๖ สนับสนุน...

๒.๖ สนับสนุนการดำเนินงานของผู้ตรวจราชการและคณะ เพื่อให้การตรวจราชการในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๗ ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายสุเทพ เพชรมาก)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาคู่ฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๒๙๕/๒๕๖๔
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดินและระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กล่าวว่า การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่ง ในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการจัดทำภารกิจยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นไปตามหลักการการบริหารแบบบูรณาการและการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้กำหนดขอบเขตการตรวจราชการที่สอดคล้องตาม Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์ ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล ประเด็น Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ รวมทั้งการตรวจราชการแบบบูรณการ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ดังนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายสุเทพ เพชรมาก หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	ประธานกรรมการ
(๒)	นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์ รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	รองประธานกรรมการ
(๓)	นายณรงค์ อภิกุลวณิช รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	รองประธานกรรมการ
(๔)	นายสมฤกษ์ จึงสมาน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๕)	นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๖)	นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ

(๗) นายพูลลาภ...

(๗) นายพูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ กรรมการ
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔
(๘) นายธนรักษ์ ผลิพัฒน์ กรรมการ
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕
(๙) นายสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ กรรมการ
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗
(๑๐) นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์ กรรมการ
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘
(๑๑) นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน กรรมการ
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐
(๑๒) นายพิทักษ์พล บุณยมาลิก กรรมการ
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑
(๑๓) นายทศเทพ บุญทอง กรรมการ
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑
(๑๔) สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒ กรรมการ
(๑๕) นายสมเกียรติ ขำนุรักษ์ กรรมการ
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓
(๑๖) นายสมยศ ศรีจารนัย กรรมการ
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔
(๑๗) นายกิตติ กรรภิรมย์ กรรมการ
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕
(๑๘) สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖ กรรมการ
(๑๙) นายอุดม ภู่วโรดม กรรมการ
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗
(๒๐) นายจรัญ จันทมัตตุการ กรรมการ
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘
(๒๑) นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล กรรมการ
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙
(๒๒) นายดนัย ธีวันดา กรรมการ
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐
(๒๓) นายมนู ศุกลสกุล กรรมการ
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑
(๒๔) นายธนิศ เสริมแก้ว กรรมการ
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒
(๒๕) เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล กรรมการ
การตรวจราชการ ประเด็นที่ ๑-๗
(๒๖) นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ กรรมการและ
ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ เลขานุการ

(๒๗) นายวัลลภ...

(๒๗)	นายวัลลภ คชบก นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๘)	นางสาวสิรินันท์ พานพิศ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ งานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๙)	นางสาวพวงผกา มะเสนา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ งานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๐)	นางสุพาพร เกิดฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

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 ให้ยกเลิก...

ข้อ ๑.๓ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๒/๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๔

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายสุเทพ เพชรมาก)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาคู่ฉบับ

คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
ที่ ๒/๒๕๖๔
เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการจำนวน ๗ คณะ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งมีหน้าที่กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการตามประเด็น และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์ ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล ประเด็น Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ รวมทั้งการตรวจราชการแบบบูรณาการ นั้น

อาศัยอำนาจตามความข้อ ๑.๒ (๖) แห่งคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๒๙๕/๒๕๖๔ เรื่อง คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการจำนวน ๗ คณะ ดังนี้

๑. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นโครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	ประธานกรรมการ
(๒)	นายสมเกียรติ ขำนุรักษ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓	รองประธานกรรมการ
(๓)	นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๔)	นางสาวปนิตา ธีรสฤษกุล	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
(๕)	นายพรเพชร ปัญจปิยะกุล	ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริหารสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๖)	นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ

(๗) นางสาวอรรฉราพรรณ...

(๗)	นางสาวอรรฉราพรรณ ชมภู่	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๘)	นางพาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ์	ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการโครงการพระราชดำริโครงการเฉลิมพระเกียรติและโครงการที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๙)	นางชีวนันท์ เลิศพิริยะสุวัฒน์	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๐)	นางผลิน กมลวัทน์	ผู้อำนวยการกองวัณโรค กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๑)	นายพรพิทักษ์ พันธ์หล้า	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๒)	นายศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา	ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๓)	นางสาวเบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๔)	นายอภิชาติ แสงสิน	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๕)	นางอุทยา นาคเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๖)	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ

(๑๗) นายธีรภัทร...

(๑๗)	นายธีรภัทร อัตวินิจตระการ	นายแพทย์ชำนาญการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๘)	นายณัฐพงศ์ กันทะวงค์	ทันตแพทย์ชำนาญการ ผู้อำนวยการสถาบัน ปัณณทัต กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๙)	นายจรัส รัชกุล	ผู้อำนวยการกองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ	กรรมการ
(๒๐)	นายสมภพ อาจชนะศึก	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาค ประชาชน กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๑)	นายเชาวลิต นาคสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองสนับสนุนสุขภาพภาค ประชาชน กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๒)	นางสาวฐปณภร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๓)	นางสาวกัญญา กสิพร้อง	เจ้าพนักงานธุรการ ชำนาญงาน	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๔)	นายวีรพันธ์ สุขฉัตร	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๕)	นางสาวชุติมา บุดดาชุย	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผน (จ้างเหมาบริการ)	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 และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ

(๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๒. คณะอนุกรรมการ...

๒. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นกัญชาทางการแพทย์ โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๒.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	ประธานกรรมการ
(๒)	นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธานกรรมการ
(๓)	นายจรัญ จันทมัตตุการ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๔)	นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๕)	นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๖)	นายชาลี เอี่ยมมา	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๗)	นางสิริพรรณ โชติกมาศ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๘)	นางจุฑารัตน์ มากคงแก้ว	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๙)	นายกิตติ โล่สุวรรณรักษ์	ผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๐)	นางกนกพร ชนะค้า	รองผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๑)	นางสาวผกากรอง ขวัญข้าว	รองผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๒)	นางสาวปัจฉิมา หลอมประโคน	รองผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๓)	นางสุชีรา วีระดนัยวงศ์	เภสัชกรชำนาญการ สถาบันกัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๔)	นางสาวชลธิชา จึงมั่นคง	เภสัชกรชำนาญการ สถาบันกัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๕)	นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๖)	นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๗)	นายอนันต์ กนกศิลป์	ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

(๑๘) นางรัชนี...

(๑๘) นางรัชนี จันทร์เกษ	ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๙) นางมาลา สร้อยสำโรง	ผู้อำนวยการสำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๒๐) นางสาวสุวภรณ์ แนวจำปา	ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๑) นางเสาวภา จงกิตติพงศ์	ผู้อำนวยการกองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๒) นางนลินา ตันตินิรามัย	ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๓) นายอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๔) นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๕) นายสมชาย ธนะสิทธิชัย	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๖) นายบุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๗) นายเทอดศักดิ์ เดชคง	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๘) นางสาวเบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๙) นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ

(๓๐) นางสาว...

(๓๐) นางสาวนันทวรรณ เมฆา	ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
(๓๑) นางสาวพรทิพย์ เจียมสุชน	รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
(๓๒) นางสาววรสุดา ยูงทอง	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
(๓๓) นางสาวนันทิยา บุณยะจินดา	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
(๓๔) นางศิริวรรณ ชัยสมบูรณ์พันธ์	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
(๓๕) นายสมศักดิ์ สุนทรพาณิชย์	ผู้อำนวยการสำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
(๓๖) นายสมชาย ชินวานิชย์เจริญ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	กรรมการ
(๓๗) นายเจษฎาพร โชติรัตน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๙ กองตรวจราชการ	กรรมการและเลขานุการ
(๓๘) นางสาวสุภาพร เฉยทิม	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๘ กองตรวจราชการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๙) นางสาวขวัญแก้ว จันทรวิเชียร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๔๐) นางสาวนาถฤดี ศิรินาม	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒.๒ หน้าที่...

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. ๒๕๖๕ ประเด็นระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๓.๑ องค์ประกอบ

(๑) นายพูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	ประธาน กรรมการ
(๒) นายธนรักษ์ ผลิพัฒน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	รองประธาน กรรมการ
(๓) นายสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	รองประธาน กรรมการ
(๔) นายสมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๕) นายกิตติ กรรภิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๖) นายอุดม ภู่วโรดม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๗) นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๘) นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๙) นางจารุภา จำนงศักดิ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๑๐) นายชาลี เอี่ยมมา	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๑๑) นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	กรรมการ
(๑๒) นายสฤษดิ์เดช เจริญไชย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	กรรมการ

(๑๓) นางจารุณี...

(๑๓) นางจารุณี จันทร์เพชร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	กรรมการ
(๑๔) นางเอื้อมพร จันทร์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	กรรมการ
(๑๕) นายจรัส รัชกุล	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๖) นายสุรกิต ฉัตรเจริญพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๗) นางจีรวรรณ หัสโรค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๘) นายบุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๙) นางสาวนันทาวดี วรวสุวัส	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๐) นางสาวเบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๑) นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๒) นางสาวนิพา ศรีช้าง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๓) นางวิมล โรมา	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข) กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(๒๔) นางรัชนี บุญเรืองศรี	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ

(๒๕) นายอติชาต...

(๒๕) นายอติชาต หงษ์ทอง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔ กองตรวจราชการ	กรรมการและเลขานุการ
(๒๖) นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบูรณ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕ กองตรวจราชการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๗) นางศิริเพ็ญ ตลับนาค	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗ กองตรวจราชการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๘) ดร.สุภัญญา รอบจังหวัด	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ เขตสุขภาพที่ ๔ กองตรวจราชการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๙) นายเจตภาส ไชยะกุล	นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการ เขตสุขภาพที่ ๔ กองตรวจราชการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๓.๒ 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

๔. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจดังนี้

ข้อ ๔.๑ องค์ประกอบ

(๑) นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	ประธานกรรมการ
(๒) ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑		รองประธานกรรมการ
(๓) นายดนัย ธีวันดา	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๔) นายมนู ศุกลสกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๕) นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๖) นางสาวจงกลนี จริยานุวัฒน์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ

(๗) นางกองมณี...

(๗)	นางกองมณี สุรวงษ์สิน	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๘)	นางพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(๙)	นายนิธิรัตน์ บุญตานนท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๐)	นายธีรชัย บุญยะลีพรรณ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๑)	นายสุทิน ปุณฑริกภักดิ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๒)	นางสาวบังเอิญ ทองมอญ	นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๓)	นางแคทธิยา โฆษร	นักโภชนาการปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๔)	นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๕)	นายกฤษฎา หาญบรรเจิด	ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๖)	นางจุรีพร คงประเสริฐ	รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๗)	นางสาวณัฐธิวรรณ พันธ์มุง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๘)	นางสาวกุลพิมน เจริญดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๙)	นายณัฐกร จำปาทอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	กรรมการ
(๒๐)	นายประภาส อุครานันท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	กรรมการ
(๒๑)	นายบุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๒)	นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๓)	นางสาวดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ

(๒๔) นางสาวนันทาวดี...

(๒๔)	นางสาวนันทาวดี วรวสุวัส	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๕)	นางสาวเบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๖)	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๗)	นายอัครฐาน จิตนุยานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๘)	นางสาวชลกร ภู่สกุลสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๙)	นายปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐	กรรมการ
(๓๐)	นางสุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐	กรรมการ
(๓๑)	นางสาวพรอินทร์ วังยายฉิม	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๐ กองตรวจราชการ	กรรมการและเลขานุการ
(๓๒)	นางวาสนา โชติชะวารานนท์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๑ กองตรวจราชการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๓)	นางสาวนริศรา ปั้นทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนกองตรวจราชการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๔.๒ 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

๕. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๕.๑ องค์ประกอบ.

ข้อ ๕.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายณรงค์ อภิกุลวณิช	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	ประธานกรรมการ
(๒)	นายสมฤกษ์ จึงสมาน	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	รองประธานกรรมการ
(๓)	นายทศเทพ บุญทอง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๔)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖		กรรมการ
(๕)	นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๖)	นางสาวปริญดา ทุนคำ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๗)	นางภารณี วสุเสถียร	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
(๘)	นายณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ
(๙)	นางปฐมพร ศิรประภาศิริ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรม) ปฏิบัติหน้าที่ผู้บริหารจัดการเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร	กรรมการ
(๑๐)	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์		กรรมการ
(๑๑)	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์		กรรมการ
(๑๒)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์		กรรมการ
(๑๓)	ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์		กรรมการ
(๑๔)	ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์		กรรมการ
(๑๕)	นายศุภวัชร บุญกษิดิ์เดช	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๖)	นางสาวศุลีพร แส่งกระจ่าง	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๗)	นายเฉลิมพล ไชยรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๘)	นางสาวอรวรรณ อนุไพรวรรณ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	กรรมการ

(๑๙) นางวิชนี...

(๑๙) นางวิชนี ธงทอง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๐) ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
(๒๑) ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
(๒๒) ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์		กรรมการและเลขานุการ
(๒๓) นายวิวัฒน์ ชอบดี	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖ กองตรวจราชการ	กรรมการและเลขานุการ
(๒๔) นางโกสุม สาลี	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ กองตรวจราชการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

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. ๒๕๖๕ ประเด็นระบบธรรมาภิบาล โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๖.๑ องค์ประกอบ

(๑) นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	ประธานกรรมการ
(๒) สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒		รองประธานกรรมการ
(๓) นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อานวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๔) นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๕) นายสุรวิทย์ ศักดานุภาพ	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ

(๖) นายอัครพงศ์...

(๖) นายอัครพงศ์ จุธากรณ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๗) นายชุมพล นุชผ่อง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๘) นางสาวปิยาภรณ์ ยิ้มศิริวัฒนะ	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๙) นางณัฐญาภรณ์ เพชรถิรสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๐) นางอุทัย เกษรา	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๑) นางสาววรกมล อยู่นาค	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๒) นายชาญยุทธ แสนเลิศ	นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๓) นางสาวชนม์ศุภางค์ หอเจริญ	นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๔) นางสาววิพารัตน์ ศรีสวัสดิ์	นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๕) นางเดือนเพ็ญ โยเฮือง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ
(๑๖) นางสาวกฤติยา สุขพัฒนากุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ

(๑๗) นางกนกวรรณ...

(๑๗) นางกนกวรรณ มาป้อง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๘) นายราชิ ปาลือชา	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๙) นางอนิสสา เกตุกำเนิด	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๒ กองตรวจราชการ	กรรมการและเลขานุการ
(๒๐) นายวิวัฒน์ คล้ายหล่อ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๑) นางขวัญจิต ศรีภาวินทร์	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

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. ๒๕๖๕ ประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการ โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๗.๑ องค์ประกอบ...

ข้อ ๗.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายสุเทพ เพชรมาก	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	ประธานกรรมการ
(๒)	นายพงษ์เกษม ไข่มุกด์	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	รองประธานกรรมการ
(๓)	นายณรงค์ อภิกุลวณิช	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	รองประธานกรรมการ
(๔)	นายธนิศ เสริมแก้ว	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	รองประธานกรรมการ
(๕)	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒		กรรมการ
(๖)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒		กรรมการ
(๗)	นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๘)	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒		กรรมการ
(๙)	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ กองตรวจราชการ		กรรมการ
	๑. โครงการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ		
(๑๐)	ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย		กรรมการ
(๑๑)	ผู้อำนวยการกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค		กรรมการ
(๑๒)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี	กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๓)	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ		กรรมการ
	๒. โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร		
(๑๔)	ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		กรรมการ
(๑๕)	ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		กรรมการ
(๑๖)	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		กรรมการ
	๓. โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน		
(๑๗)	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๘)	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ	กรมอนามัย	กรรมการ

๔. จัดการ...

๔. จัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)

(๑๙)	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา		กรรมการ

๕. การลดอุบัติเหตุทางถนน

(๒๐)	ผู้อำนวยการกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค		กรรมการ
(๒๑)	นายวัลลภ คชบก	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองตรวจราชการ	กรรมการและเลขานุการ
(๒๒)	นางสุภาวดี อัศวศรีอนันต์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๓)	นางสาวพวงผกา มะเสนา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๗.๒ หน้าที่และอำนาจ

(๑) กำหนดกรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

(๒) กำหนดประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

(๓) รายงานข้อมูลตามแผนงาน/โครงการ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงในแต่ละยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนาภาค

(๔) ร่วมตรวจราชการในพื้นที่ พร้อมทั้งติดตาม กำกับ ผลการดำเนินการตามโครงการที่กำหนด

(๕) รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการตรวจราชการ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อสำนักนายกรัฐมนตรี คณะกรรมการอำนวยการฯ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายสุเทพ เพชรมาก)
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

คณะที่ปรึกษา

๑.	นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒
๒.	นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙
๓.	นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖
๔.	นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑
๕.	นายแพทย์ภานุมาศ ญาณเวทย์สกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒
๖.	แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓
๗.	นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔
๘.	นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕
๙.	นายแพทย์สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗
๑๐.	นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘
๑๑.	นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐
๑๒.	นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑
๑๓.	นายแพทย์ทศเทพ บุญทอง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑
๑๔.	นายแพทย์ชิโนรส ลี้สวัสดิ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒
๑๕.	นายแพทย์สมเกียรติ ขำนุรักษ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓
๑๖.	นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔
๑๗.	นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕
๑๘.	นายแพทย์สุริยะ คูหะรัตน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖
๑๙.	นายแพทย์อุดม ภู่วโรดม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗
๒๐.	นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘
๒๑.	แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙
๒๒.	นายแพทย์ดนัย ธีวันดา	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐
๒๓.	นายแพทย์มนู ศุกลสกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑
๒๔.	นายแพทย์ธนิศ เสริมแก้ว	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒
๒๕.	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

คณะผู้จัดทำ

๑. คณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๒. คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๕ ประเด็นที่ ๑-๗

๓. นายแพทย์มานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๔. นายแพทย์นเรศ มณีเทศ	รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๕. นางสุนีย์ สว่างศรี	รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ กลุ่มภารกิจด้านบริหารยุทธศาสตร์และประเมินผล
๖. นางโกสุม สาลี	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑
๗. นางอนิสสา เกตุกำเนิด	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒
๘. นางสาวฐปณภร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓
๙. นายอติชาต หงษ์ทอง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔
๑๐. นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบูรณ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕
๑๑. นายวิวัฒน์ ชอบดี	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖
๑๒. นางกัญณ์ฐรินทร์ กล่ำวิจิตร	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗
๑๓. นางสาวสุภาพร เฉยทิม	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘
๑๔. นายเจษฎาพร โชติรัตน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙
๑๕. นางสาวพรอินทร์ วังยายฉิม	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐
๑๖. นางวาสนา โชติชะวารานนท์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑
๑๗. นางสาวศิญาภัสร์ จำรัสอธิวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒
๑๘. นางญาณี แสงสง่า	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๙. นางสุภาวดี อัศวศรีอนันต์	หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๐. นายภาณุวัฒน์ คงหนู	ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๑. นางสาววัชราวัลย์ ธีรวัฒน์	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีพิเศษ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๒. นางมนต์ทิพย์ ตั้งตรงจิตต์	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีพิเศษ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๓. นางสาวณัฏฐณิชา แก้วเจริญสีทอง	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๔. นางสาวพรศิริ โง้นแดง	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ

บรรณาธิการ

๑. นายแพทย์มานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๒. นายแพทย์นเรศ มณีเทศ	รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๓. นางสุนีย์ สว่างศรี	รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ กลุ่มภารกิจด้านบริหารยุทธศาสตร์และประเมินผล
๔. นางสาวฐปณภร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ กองตรวจราชการ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล การตรวจราชการ ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์
๕. นายเจษฎาพร โชติรัตน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙ กองตรวจราชการ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล การตรวจราชการ ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์
๖. นายอติชาต หงษ์ทอง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔ กองตรวจราชการ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล การตรวจราชการ ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๗. นางสาวพรอินทร์ วังยายฉิม	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ กองตรวจราชการ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล การตรวจราชการ ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต
๘. นายวิวัฒน์ ชอบดี	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖ กองตรวจราชการ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล การตรวจราชการ ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
๙. นางอนิสสา เกตุกำเนิด	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒ กองตรวจราชการ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล การตรวจราชการ ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล
๑๐. นางญาณี แสงสง่า	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ
๑๑. นางสุภาวดี อัศวศรีอนันต์	หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๒. นายภาณุวัฒน์ คงหนู	ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๓. นางสาววัชราวัลย์ ธีรวัฒน์	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีพิเศษ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๔. นางมนต์ทิพย์ ตั้งตรงจิตต์	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีพิเศษ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ

๑๕. นางสาวณัฏฐณิชา แก้วเจริญสีทอง	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๖. นางสาวพรศิริ โง้นแดง	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ

ออกแบบปกโดย : นางสาวณัฏฐณิชา แก้วเจริญสีทอง 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