



รายงาน  
ผลการดำเนินงาน  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565  
เขตสุขภาพที่ 4



นครจตุบุรีศรีปทุมทอง

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน เขตสุขภาพที่ 4	5
1.1 ข้อมูลทั่วไป	5
1.2 ข้อมูลประชากร	7
1.3 ข้อมูลหน่วยบริการ	11
1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ	19
1.5 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่พึงประสงค์	23
1.6 งบประมาณที่รับการจัดสรร	27
1.7 ระบบบริการสุขภาพ	29
ส่วนที่ 2 นโยบายเขตสุขภาพที่ 4	41
2.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม	41
2.2 การขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับเขต	42
2.2.1 ประเด็นมุ่งเน้น เขตสุขภาพที่ 4	42
2.2.2 กลไกการบริหารจัดการระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต	43
2.3 นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	44
ส่วนที่ 3 รายงานผลการดำเนินงานสำคัญ เขตสุขภาพที่ 4	47
3.1 การดำเนินงานประเด็น Sand Box	47
3.1.1 การดำเนินงานภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Chief Operation Officer : COO)	47
3.1.2 การดำเนินงานด้านกำลังคน (Chief Human Resource Officer : CHRO)	49
3.1.3 การดำเนินงานด้านสารสนเทศด้านสุขภาพ (Chief Information Officer : CIO)	59
3.1.4 การดำเนินงานด้านเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Chief Service Officer : CSO)	65
3.1.5 การดำเนินงานด้านการเงินการคลัง (Chief Financial Officer : CFO)	68
3.1.6 การดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ (Chief Knowledge Officer : CKO)	77
3.1.7 การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบเภสัชกรรม (Chief Pharmacy Officer : CPO)	85
3.1.8 การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค (Chief Health Promotion Prevention and Protection Officer : CPPO)	94

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ส่วนที่ 3 รายงานผลการดำเนินงานสำคัญ เขตสุขภาพที่ 4 (ต่อ)	
3.2 การดำเนินงานประเด็น Big Rock	104
3.2.1 การดำเนินงานการป้องกันโรคติดต่อ (Communicable Diseases: CD)	104
3.2.2 การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs)	123
3.2.3 การดำเนินงานผู้สูงอายุ	138
3.2.4 การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้อง	143
3.2.5 การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่	148
3.2.6 การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)	153
3.2.7 การดำเนินงานการคลอดก่อนกำหนด (Preterm)	160
3.2.8 การดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน (Road Traffic Injury)	172

## สารบัญแผนภูมิ

เรื่อง	หน้า
แผนภูมิที่ 1 ข้อมูลสัดส่วนประชากรจำแนก 3 กลุ่มวัย (0-14 ปี 15-59 ปี 60 ปี)	8
แผนภูมิที่ 2 ข้อมูลแสดงสัดส่วนภาวะพึ่งพิงวัยเด็ก วัยสูงอายุ พึ่งพิงรวม (ปี 2555 – 2565)	8
แผนภูมิที่ 3 ข้อมูลแสดงอัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่มตามธรรมชาติ (ปี 2550 – ปี 2565)	9
แผนภูมิที่ 4 ข้อมูลแสดงอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth : LE) (ปี 2555 – ปี 2565)	9
แผนภูมิที่ 5 ข้อมูลแสดงอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy) (ปี 2555 – ปี 2565)	10
แผนภูมิที่ 6 ข้อมูลแสดงสัดส่วนประชากรแฝง (กลางวัน – กลางคืน) ปี 2565	10
แผนภูมิที่ 7 ข้อมูลแสดงสัดส่วนประชากรต่างด้าว ปี 2565	11
แผนภูมิที่ 8 ข้อมูลแสดงร้อยละของประเภทเจ้าหน้าที่	14
แผนภูมิที่ 9 ข้อมูลแสดงสัดส่วนจำนวนบุคลากร จำแนกตาม Generation (B, X, Y, Z)	14
แผนภูมิที่ 10 ข้อมูลสัดส่วนแสดงแนวโน้มการสูญเสียบุคลากร (ปี 2559 - 2565)	17
แผนภูมิที่ 11 ข้อมูลสัดส่วนแสดงแนวโน้มการสูญเสียบุคลากร จำแนกเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ	18
แผนภูมิที่ 12 ข้อมูลผู้ป่วยนอก (OPD) 5 อันดับโรค 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565)	19
แผนภูมิที่ 13 ข้อมูลผู้ป่วยใน 5 (IPD) 5 อันดับโรค 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565)	20
แผนภูมิที่ 14 ข้อมูลสาเหตุการตาย 5 อันดับโรค 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563 -2565)	21
แผนภูมิที่ 15 ข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคระบาด 5 อันดับ 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563 -2565)	22
แผนภูมิที่ 16 ข้อมูลแสดงร้อยละของการทานผัก ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565	23
แผนภูมิที่ 17 ข้อมูลแสดงร้อยละของการเติมเครื่องปรุงรสเค็ม ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565	24
แผนภูมิที่ 18 ข้อมูลแสดงร้อยละของการดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565	24
แผนภูมิที่ 19 ข้อมูลแสดงร้อยละของการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565	25
แผนภูมิที่ 20 ข้อมูลแสดงร้อยละของการสูบบุหรี่ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565	25

## สารบัญแผนภูมิ (ต่อ)

แผนภูมิที่ 21 ข้อมูลแสดงร้อยละของดีมีเครื่องแอลกอฮอล์ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565	26
แผนภูมิที่ 22 ข้อมูลงบประมาณที่ได้รับจัดสรร 3 ปี ย้อนหลัง ปี (2563 - 2565)	27

## สารบัญตาราง

เรื่อง	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	6
ตารางที่ 2 ระดับและจำนวนสถานบริการสุขภาพ จำแนกรายจังหวัด	12
ตารางที่ 3 จำนวนและประเภทเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565	13
ตารางที่ 4 จำนวนและสัดส่วนบุคลากร จำแนกเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565	15
ตารางที่ 5 จำนวนและสัดส่วนบุคลากร จำแนกเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ในภาครัฐและเอกชน	16
ตารางที่ 6 ข้อมูลผู้ป่วยนอก (OPD) 5 อันดับโรค 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565)	19
ตารางที่ 7 ข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) 5 อันดับโรค 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565)	20
ตารางที่ 8 สาเหตุการตาย 5 อันดับโรคจำแนกรายจังหวัด	21
ตารางที่ 9 สาเหตุการป่วยด้วยโรคระบาด 5 อันดับโรค จำแนกรายจังหวัด	22
ตารางที่ 10 จำนวนงบประมาณ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง รวมผูกพันเดิมที่ได้รับการจัดสรร 3 ปี ย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2563 - 2565)	28
ตารางที่ 11 จำนวนเตียง สัดส่วนเตียงต่อประชากร ปี 2565	29
ตารางที่ 12 โรคที่มีการส่งต่อออกนอก เขตมากที่สุด 10 อันดับ	30
ตารางที่ 13 ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยใน นอกเขต 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565)	31
ตารางที่ 14 ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยนอก นอกเขต (ปี 2563 - 2565)	32
ตารางที่ 15 ข้อมูลสถานบริการสุขภาพ ปี 2565	33
ตารางที่ 16 จำนวนเตียงประเภทต่างๆ ปี 2565	37

## สารบัญรูปภาพ

เรื่อง	หน้า
ภาพที่ 1 แผนที่ 8 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 4	5
ภาพที่ 2 พีรามิดประชากร เขตสุขภาพที่ 4	7
ภาพที่ 3 จำนวนหน่วยบริการแยกตามระดับ	11
ภาพที่ 4 กำหนดระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 4	40



## ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4



นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์  
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4

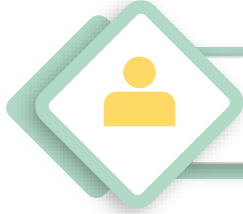


นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย  
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 4



นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์  
ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 4





## ผู้บริหารสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4



นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย  
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 4  
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4



นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร  
รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4



นายแพทย์ธนะวัฒน์ วงศ์ผั่น  
รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4



## นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด



นายแพทย์รุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี



นายแพทย์ภูงศ์ ไชยชิน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี



นายแพทย์กฤษณ์ สกุลแพทย์  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี



นายแพทย์ยุทธนา วรรณโพธิ์กลาง  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา



นายแพทย์สุชิน คันศร  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี



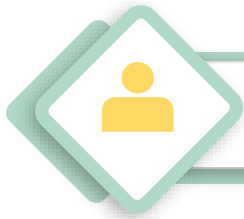
นายแพทย์โชคชัย สาครพานิช  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี



นายแพทย์ธนะวัฒน์ วงศ์ผัน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง



แพทย์หญิงอรรัตน์ จันทร์เพ็ญ  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก



## ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



นายแพทย์โชคชัย ลิโทชวลิต  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา



นายแพทย์อนันต์ กมลเนตร  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี



นายแพทย์ศักดิ์ดา อัลภาชน์  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



นายแพทย์วีรพล กิตติบุลย์  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี



นายแพทย์ธีระชัย คงเอี่ยมตระกูล  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก



นายแพทย์พงษ์นรินทร์ ชาดิรังสรรค์  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี



แพทย์หญิงนุชรินทร์ อักษรดี  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช



แพทย์หญิงดวงพร อิศวรราชันย์  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง



นายแพทย์ธงชัย เขมรัตน์ตระกูล  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาท



นายแพทย์ธงชัย เขมรัตน์ตระกูล  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี



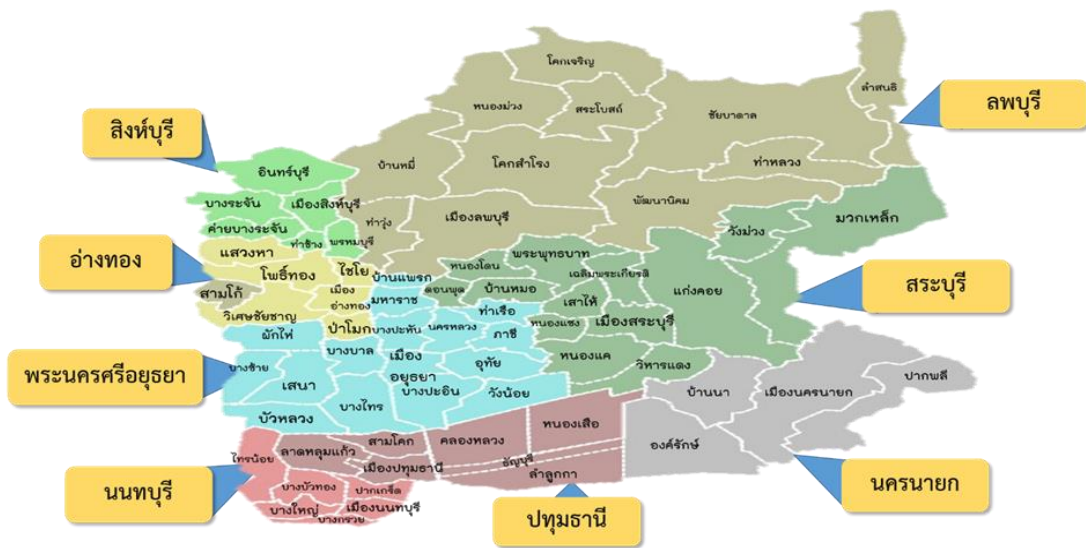
นายแพทย์ธนศ ดุสิตสุนทรกุล  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา



นายแพทย์จรัญ บุญฤทธิการ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่

# 1. ข้อมูลพื้นฐาน

## 1.1 ข้อมูลทั่วไป



ภาพที่ 1 แผนที่ 8 จังหวัดในเขตรับผิดชอบ เขตสุขภาพที่ 4

เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบไปด้วย 8 จังหวัด ซึ่งอยู่ในภาคกลางตอนบน ได้แก่ จังหวัดนครนายก จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดลพบุรี จังหวัดสระบุรี จังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง มีพื้นที่รวมกันประมาณ 18,393.89 ตารางกิโลเมตรและมีประชากร 5,422,367 คน

การปกครอง มีอำเภอทั้งสิ้น 70 อำเภอ 713 ตำบล 5,662 หมู่บ้าน และ 2,609,993 หลังคาเรือน อาณาเขต เขตสุขภาพที่ 4 มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

- ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ และอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์
- ทิศใต้ ติดต่อกับเขตบางพลัด เขตตลิ่งชัน และเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร
- ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
- ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอศรีประจันต์ อำเภอเมืองสุพรรณบุรี และอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

สภาพภูมิประเทศโดยทั่วไป เป็นพื้นที่ราบลุ่มและมีทิวเขากระจายอยู่ทั่วไปครอบคลุมอยู่ในพื้นที่ จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี และจังหวัดนครนายก มีลำคลองอยู่เป็นจำนวนมาก และแม่น้ำไหลผ่านอยู่หลายสาย ได้แก่ แม่น้ำเจ้าพระยา แม่น้ำป่าสัก แม่น้ำน้อย และแม่น้ำนครนายก สำหรับการคมนาคม มีทั้งการคมนาคมขนส่งทางรถไฟ ทางถนน ทางน้ำ โดยเฉพาะจังหวัดสระบุรีนับเป็นเสมือนด่านผ่านระหว่างภาคกลางกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ตอนเหนือติดกับจังหวัดลพบุรี ทางตะวันออกติดกับนครราชสีมา ทางใต้ติดกับนครนายก ปทุมธานี และพระนครศรีอยุธยา ส่วนทางตะวันตกติดกับพระนครศรีอยุธยาและลพบุรี และในอนาคตจังหวัดสระบุรีจะมีโครงข่ายเส้นทางระบบการคมนาคมขนส่งขนาดใหญ่ทั้งรถไฟความเร็วสูงไทย-จีน รถไฟทางคู่ และมอเตอร์เวย์ ตัดผ่าน

พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มกว้างใหญ่ มีแม่น้ำสำคัญหลายสายไหลผ่าน ประชากรส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ทำนาปลูกข้าว มีสวนผลไม้ และทำไร่ นอกจากนี้ ยังมีกิจการปศุสัตว์ เลี้ยงโค

พันธุ์เนื้อพันธุ์นม มีฟาร์มไก่ และเลี้ยงปลา รวมไปถึงอาชีพรับจ้างในโรงงาน อุตสาหกรรม กิจการพาณิชย์ งานหัตถศิลป์ อีกทั้งกิจกรรมทางการท่องเที่ยวมากมายด้วย

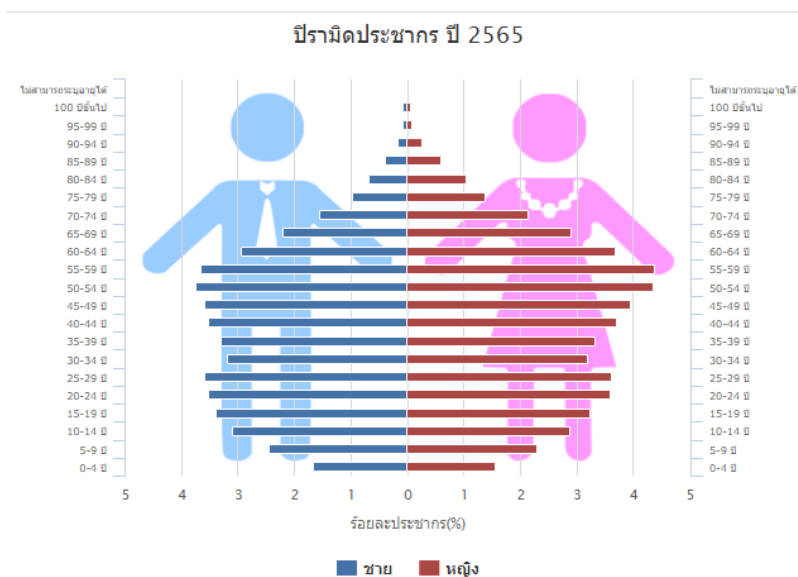
อัตลักษณ์ของเขตสุขภาพที่ 4 เป็นพื้นที่ที่มีความแตกต่างของบริบทพื้นที่ค่อนข้างมาก มีทั้งส่วนจังหวัดที่เป็นเขตปริมณฑล เขตชนบท และเขตอุตสาหกรรม มีประชากรหนาแน่นกว่าพื้นที่ทั่วไป ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่เขตปริมณฑล มีประชากรหนาแน่นมากที่สุดเป็นอันดับ 2 ของประเทศ รองจากกรุงเทพมหานคร และมีประชากรแฝงเป็นจำนวนมาก สำหรับการทำอาชีพ ประชากรส่วนใหญ่ทำงานในภาคบริการ อุตสาหกรรม ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และจังหวัดสระบุรี ซึ่งเป็นเขตเศรษฐกิจที่สำคัญ มีผลิตภัณฑ์มวลรวมสูงเป็นอันดับต้นๆของประเทศ เป็นฐานการผลิตอาหาร แหล่งองค์ความรู้ด้านการศึกษา นวัตกรรม และโลจิสติกส์ โดยเฉพาะจังหวัดสระบุรี นับเป็นศูนย์รวมการคมนาคม และการขนส่งที่สำคัญแห่งหนึ่งของประเทศ เสมือนด่านผ่านระหว่างภาคกลางกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนจังหวัดนครนายก จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดอ่างทอง และจังหวัดลพบุรี เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท มีอาชีพผสมผสานทั้งเกษตรกรรม และอุตสาหกรรม นอกจากนี้ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ยังเป็นจังหวัดที่มีการพัฒนาเป็นเมืองที่อยู่อาศัยที่มีการผสมผสานวัฒนธรรมระหว่างชุมชนดั้งเดิมกับชุมชนใหม่ที่เป็นบ้านจัดสรร อาคารชุด และคอนโดมิเนียมจำนวนมาก ได้แก่ จังหวัดนนทบุรีและจังหวัดปทุมธานี อีกทั้ง ยังมีแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมรดกโลกเชิงประวัติศาสตร์ คือ นครประวัติศาสตร์พระนครศรีอยุธยา เมืองบรีวาร รวมถึงจังหวัดอ่างทองซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงศิลปวัฒนธรรมอยู่ที่บ้านเอกราช ซึ่งเป็นแหล่งผลิตกลองที่ใหญ่ที่สุดแห่งเดียวในประเทศ

#### ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จังหวัด	ประชากร	พื้นที่ (km <sup>2</sup> )	ความหนาแน่น (ตร.กม)	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	เทศบาล	อบต.
นครนายก	260,433	2,122	122.56	4	41	408	6	39
นนทบุรี	1,288,637	622.30	2,051.65	6	52	329	22	23
ปทุมธานี	1,190,060	1,525.86	770.98	7	60	494	29	35
พระนครศรีอยุธยา	820,512	2,556.64	320.37	16	209	1,452	36	121
ลพบุรี	739,473	6,199.75	119.831	11	124	1,129	23	102
สระบุรี	643,963	3,576.49	180.01	13	111	973	38	70
สิงห์บุรี	204,526	822.48	250.33	6	43	364	8	33
อ่างทอง	274,763	968.37	285.61	7	73	513	21	43
เขต 4	5,422,367	18,393.89	4,101.37	70	713	5,662	183	466

ที่มา : ระบบสถิติทางการทะเบียน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ข้อมูล ณ 2 ตุลาคม 2565

## 1.2 ข้อมูลประชากร



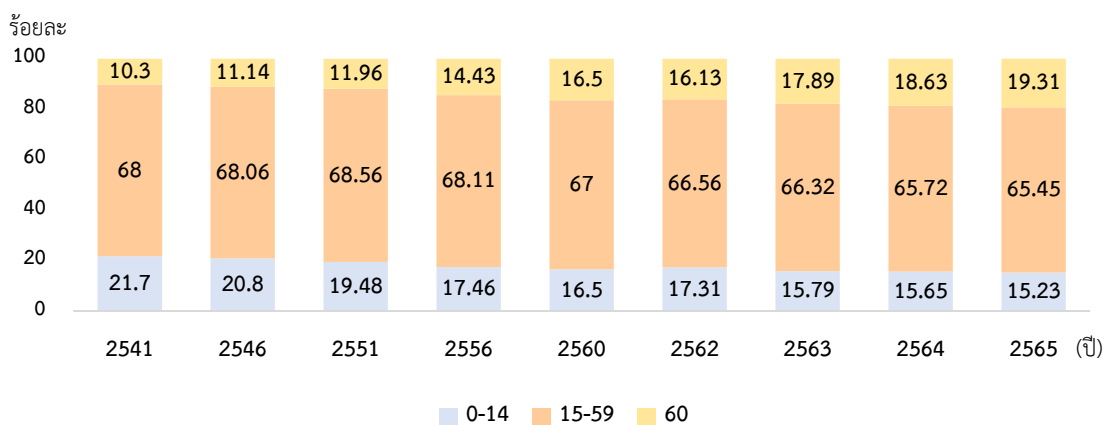
ภาพที่ 2 ปิรามิดประชากร เขตสุขภาพที่ 4

ที่มา : สำนักทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2565

ประชากรในเขตสุขภาพที่ 4 มีจำนวน 5,422,367 คน จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 2,599,373 คน คิดเป็นร้อยละ 47.94 และเป็นหญิง จำนวน 2,822,994 คน คิดเป็นร้อยละ 52.06 ดังภาพที่ 2 หากเปรียบเทียบสัดส่วนประชากรจำแนก 3 กลุ่มวัย พบว่า สัดส่วนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2541 – 2564 มีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 952,417 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 ในปี 2541 เหลือ 825,843 คน คิดเป็นร้อยละ 15.23 ในปี 2565 ในส่วนของประชากรวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี นั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 3,524,451 คน ในปี 2541 เพิ่มขึ้นเป็น 3,549,207 คน ในปี 2565 สำหรับประชาชนกลุ่มสุดท้าย คือ กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 ปี ซึ่งคนกลุ่มนี้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2541 มีประชากรผู้สูงอายุอยู่ 732,642 คน คิดเป็นร้อยละ 10.3 เมื่อถึงปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 1,121,089 คน คิดเป็นร้อยละ 19.31 เท่ากับเพิ่มขึ้นในเวลา 24 ปี และนับได้ว่าประชากรในเขตสุขภาพที่ 4 ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aging Society) แล้ว และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (Aged Society) ในบางจังหวัด ได้แก่ จังหวัดอ่างทอง จังหวัดนครนายกและจังหวัดสิงห์บุรี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในระดับเขต และจังหวัดสิงห์บุรี มีร้อยละผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 ของประเทศ ร้อยละ 29.1 (สถิติผู้สูงอายุประเทศไทย 31 ธันวาคม 2565 ,กรมกิจการผู้สูงอายุ) ดังแผนภูมิที่ 1 โดยจากข้อมูลของ United Nations World Population Ageing รายงานว่า ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งสหประชาชาติระบุว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging Society และจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ” (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 โดยตัวเลขของประเทศไทย คาดการณ์ว่าในปี 2566 ไทยจะเข้าสู่สังคมประชากรสูงวัยแบบสมบูรณ์ โดยมีผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี เกินร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ขณะที่สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่า ปี 2566 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย

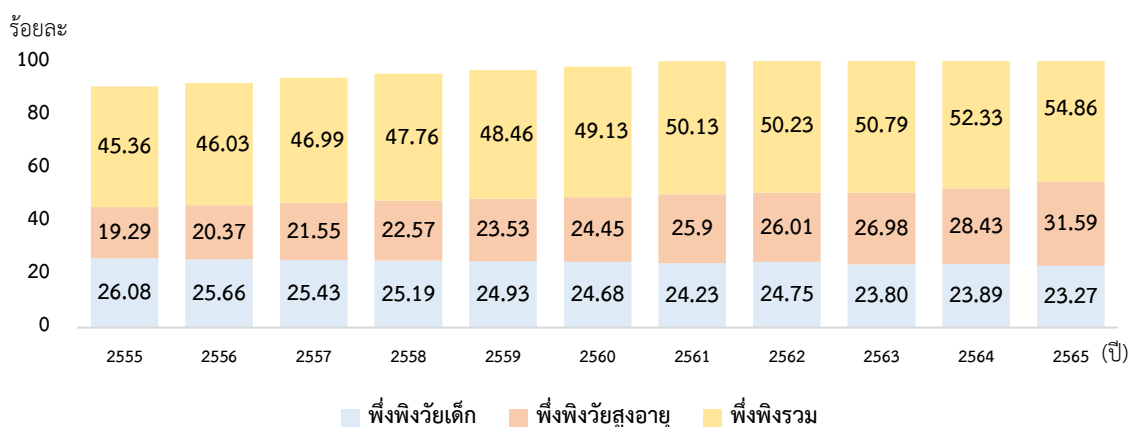
อย่างสมบูรณ์ เป็นประเทศที่สองของอาเซียน รองจากสิงคโปร์ และสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ยังคงคาดการณ์อีกว่านับจากปี พ.ศ. 2565 ไปอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรวัยแรงงานและวัยเด็กมีแนวโน้มจะลดต่ำลง วัยเด็ก ร้อยละ 21.7 ลดลงในปี 2564 เหลือ ร้อยละ 15.23 และวัยแรงงาน ร้อยละ 68 ลดลงเหลือ 65.45 ในปี 2565 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ข้อมูลสัดส่วนประชากรจำแนก 3 กลุ่มวัย (0-14 ปี 15-59 ปี 60 ปี)



ที่มา : สำนักทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2565

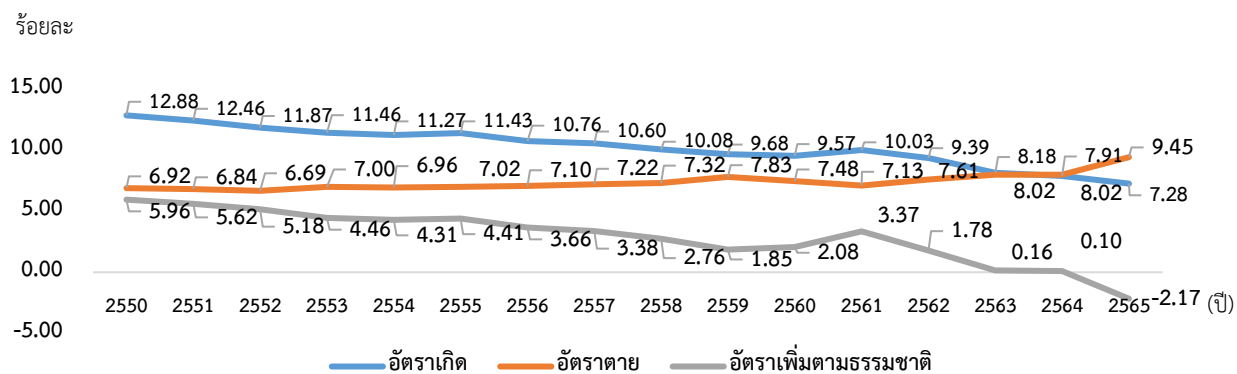
แผนภูมิที่ 2 ข้อมูลแสดงสัดส่วนภาวะพึ่งพิงวัยเด็ก วัยสูงอายุ พึ่งพิงรวม (ปี 2555 - 2565)



ที่มา : สำนักทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2565

จากแผนภูมิข้างต้น ค่าอัตราส่วนพึ่งพิงรวม พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น หมายความว่า มีผู้ต้องพึ่งพิง (เด็กและผู้สูงอายุ) มากขึ้นหรือมีจำนวนเป็นครึ่งหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (วัยแรงงาน) สาเหตุเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุได้เพิ่มมากขึ้นนั่นเอง ด้วยเหตุนี้ เมื่อพิจารณา แยกอัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กและวัยชราแล้วนั้น ก็จะพบว่าอัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่อัตราส่วนพึ่งพิงวัยชราได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาเดียวกันจึงอาจสรุปได้ว่าแนวโน้มรูปแบบการพึ่งพิงในระดับเขตจะเปลี่ยนจากการพึ่งพิงของเด็ก มาสู่การพึ่งพิงของผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ดังแผนภูมิที่ 2

### แผนภูมิที่ 3 แสดงอัตราเกิด อัตราตายและอัตราเพิ่มตามธรรมชาติ ปี 2550 – 2565

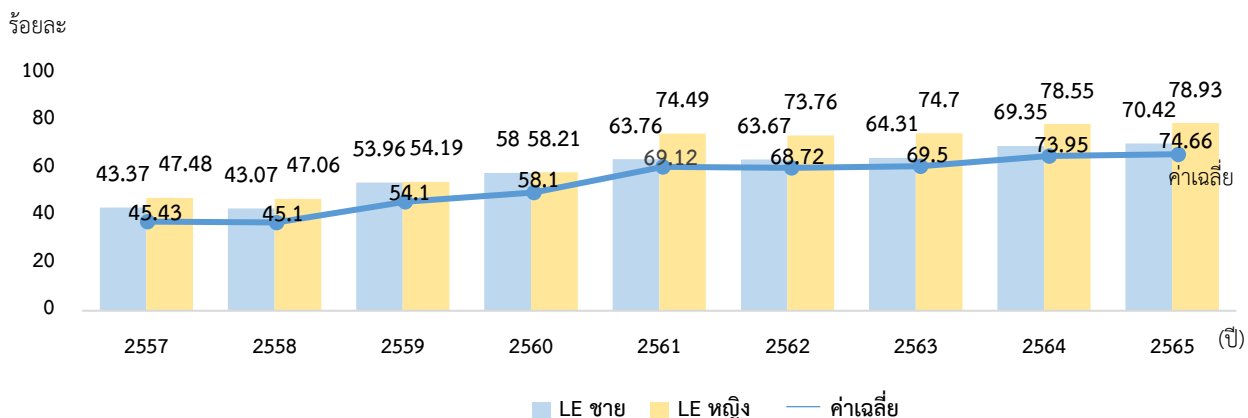


ที่มา : สำนักทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2565

จากแผนภูมิข้างต้น พบว่า อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ และอัตราการเกิดของเขตสุขภาพที่ 4 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มประชากรวัยเจริญพันธุ์ลดลงเรื่อยๆ แต่ในทางกลับกัน พบว่าอัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังแผนภูมิที่ 3

ดังนั้น สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรได้ก่อให้เกิดการพัฒนา นโยบายด้านสาธารณสุขระดับเขตหลายประการ คือ 1) เด็กเกิดใหม่ลดน้อยลง จึงมุ่งเน้นคุณภาพเด็กเกิดใหม่ โดยเฉพาะการยกระดับงานอนามัยแม่และเด็กให้มากขึ้น เช่น การป้องกันภาวะการคลอดก่อนกำหนด (Preterm) 2) สังคมกำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ จึงมีการพัฒนาโครงการ/มาตรการ รองรับการเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ เช่น Seamless Care และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ Intermediate Care ให้ความสำคัญการดูแลพลัดตก หกล้มในผู้สูงอายุ เป็นต้น

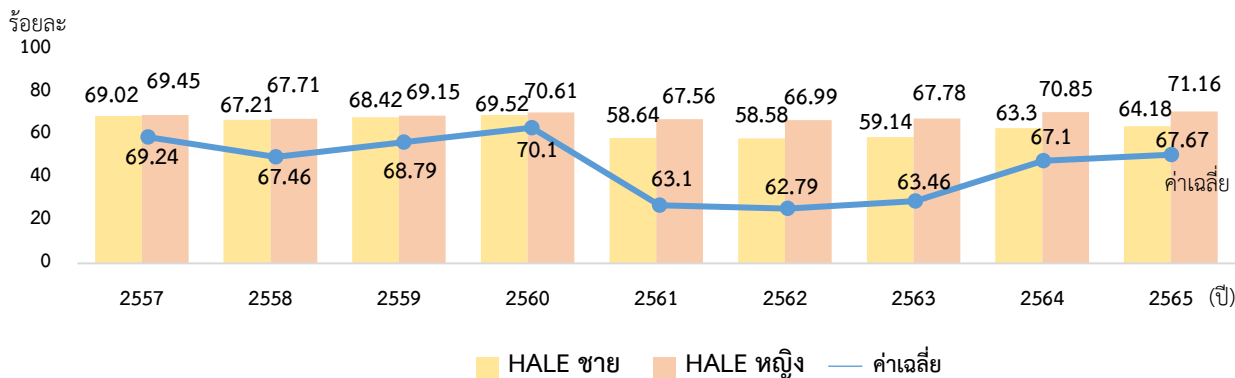
### แผนภูมิที่ 4 ข้อมูลแสดงอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth : LE) ปี 2557 – 2565



ที่มา : สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ณ เดือนตุลาคม ปี 2565



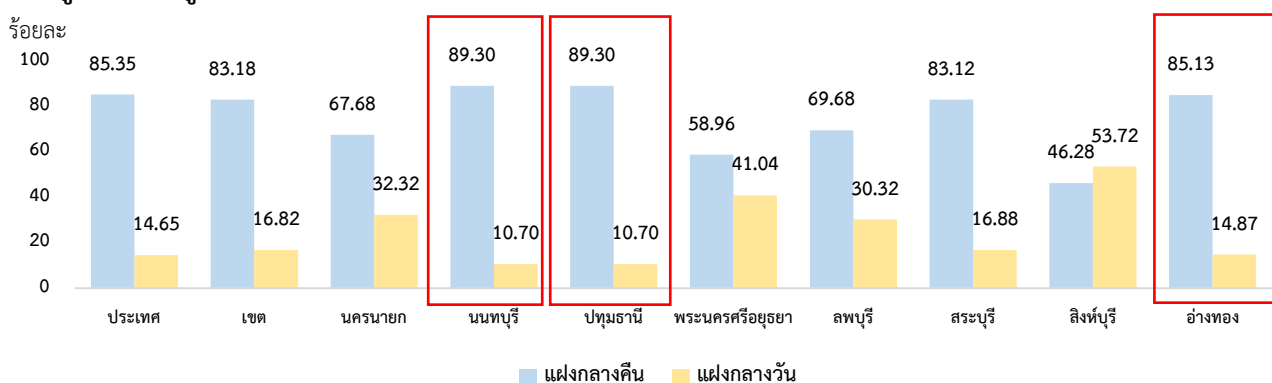
แผนภูมิที่ 5 ข้อมูลแสดงอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE) ปี 2557 – 2565



ที่มา : สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ณ เดือนตุลาคม ปี 2565

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth : LE) ของเขตสุขภาพที่ 4 เห็นได้ว่า ประชากรมีแนวโน้มอายุยืนยาวมากขึ้นตามลำดับ จากอายุยืน 45.43 ในปี 2557 เพิ่มมาเป็น 74.66 ในปี 2565 ซึ่งเมื่อจำแนกเพศ พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มอายุยืนมากกว่าเพศชาย ดังแผนภูมิที่ 4 นอกจากนั้น อายุยืนแบบมีสุขภาพดี (Health Adjust Life Expectancy : HALE) ก็ลดลงใกล้เคียงจาก 69.24 ในปี 2557 มาเป็น 67.67 ในปี 2565 เมื่อจำแนกเพศ จะเห็นว่า ในปี 2565 ผู้หญิงมีอายุยืนแบบสุขภาพดีมากกว่าผู้ชาย คือ เพศหญิงเท่ากับ 71.16 ปี เพศชาย เท่ากับ 64.18 ปี จากข้อมูลสรุปได้ว่าประชาชนเขตสุขภาพที่ 4 มีแนวโน้มชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาพที่ดีขึ้น อาจแสดงให้เห็นว่าการพัฒนางานด้านสาธารณสุขทั้งการควบคุมโรค การรักษาพยาบาล ป้องกัน และฟื้นฟู ต้องมีการปรับปรุงแก้ไขกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางที่ดียิ่งขึ้น ให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชน พร้อมตั้งเป้าหมายให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในอีก 20 ปีข้างหน้า อยู่ที่ 85 ปี และต้องอยู่อย่างมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 75 ปี

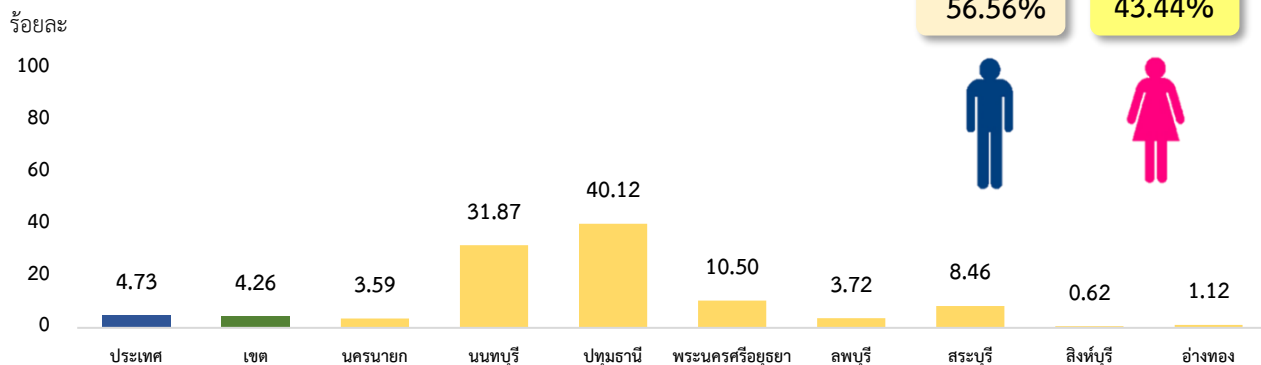
แผนภูมิที่ 6 ข้อมูลแสดงสัดส่วนประชากรแฝง (กลางวัน – กลางคืน) ปี 2565



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2565

จากแผนภูมิข้างต้น พบว่า ประชากรแฝงกลางวัน (ทั้งที่เข้ามาทำงานและเข้ามาศึกษา) ภาพระวมเขตมีสัดส่วนร้อยละ 16.82 ส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดนครนายก ร้อยละ 53.72 ร้อยละ 41.04 และร้อยละ 32.32 ตามลำดับ เมื่อดูประชากรแฝงกลางคืนมากที่สุดอยู่จังหวัดนนทบุรี รองลงจังหวัดปทุมธานี และจังหวัดอ่างทอง คือ ร้อยละ 89.30 และร้อยละ 85.13 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 6

## แผนภูมิที่ 7 ข้อมูลแสดงสัดส่วนประชากรต่างด้าว ปี 2565



ที่มา : กลุ่มงานพัฒนาระบบควบคุมการทำงานของคนต่างด้าว สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2565

เมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรต่างด้าวที่เข้ามาอาศัยอยู่และมาทำงานในจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ภาพรวมเขตมีร้อยละ 4.26 จำแนกเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.56 และเพศหญิง ร้อยละ 43.44 ซึ่งจังหวัดที่มีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่มากที่สุดคือจังหวัดปทุมธานี รองลงมาจังหวัดนนทบุรี และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา คือ ร้อยละ 40.12 ร้อยละ 31.87 และร้อยละ 10.50 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 7

### 1.3 ข้อมูลหน่วยบริการ

1.3.1 หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีทั้งสิ้นจำนวน 989 แห่ง จำแนกรายละเอียดได้ดังภาพที่ 3 และตารางที่ 2



ภาพที่ 3 จำนวนหน่วยบริการแยกตามระดับ

ตารางที่ 2 ระดับและจำนวนสถานบริการสุขภาพ จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	A	S	M1	M2	F1	F2	F3	PCU	NPCU	ศสม.	สอณ.	สอณ. (พระราชทาน)	รพ.สต.
นครนายก		1				2	1	1	13	3	2	1	56
นนทบุรี	1			2	2	2	1	36	26	31	1		76
ปทุมธานี		1		1		6		9	13	27	5	3	78
พระนครศรีอยุธยา	1		1	1	1	9	3	11	121	17	1		206
ลพบุรี		1	1	2	1	5	1	9	62	12	1		132
สระบุรี	1		1		1	7	2	8	56	12	1		126
สิงห์บุรี		1	1			3	1	0	23	2	2		47
อ่างทอง		1			1	4	1	2	28	4	1		76
เขตสุขภาพที่ 4	3	5	4	6	6	38	10	76	342	108	14	4	797

ที่มา : ข้อมูลพื้นฐานกองบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565

### 1.3.2 จำนวนบุคลากร

#### 1.3.2.1 จำนวนและประเภทบุคลากร

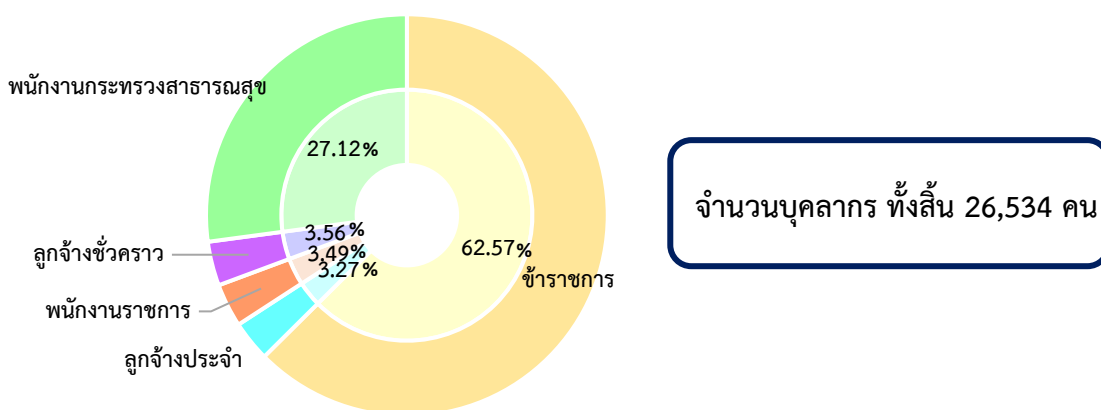
ตารางที่ 3 จำนวนและประเภทเจ้าหน้าที่ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

จังหวัด	ข้าราชการ	พนักงาน ราชการ	พนักงานกระทรวง สาธารณสุข	ลูกจ้าง ประจำ	ลูกจ้าง ชั่วคราว	รวมทั้งหมด
นครนายก	1,054	68	269	104	52	1,547
นนทบุรี	2,270	91	959	80	240	3,640
ปทุมธานี	1,946	36	869	37	139	3,027
พระนครศรีอยุธยา	3,090	157	1,406	164	253	5,070
ลพบุรี	2,569	149	1,122	168	96	4,104
สระบุรี	3,007	237	1,524	159	92	5,019
สิงห์บุรี	1,297	107	493	73	10	1,980
อ่างทอง	1,368	82	553	82	62	2,147
เขตสุขภาพที่ 4	16,601	927	7,195	867	944	26,534

ที่มา : จำนวนบุคลากร จากโปรแกรม HROPS ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565

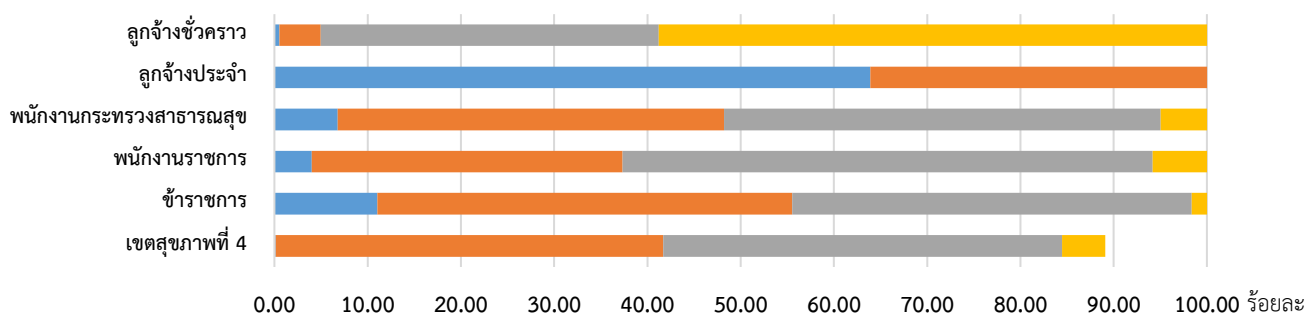
เขตสุขภาพที่ 4 มีบุคลากรจำนวน 26,534 คน แบ่งเป็น ข้าราชการ จำนวน 16,601 คน คิดเป็นร้อยละ 62.57 รองลงมาตามลำดับ คือ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7,195 คน คิดเป็นร้อยละ 27.12 ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 944 คน คิดเป็นร้อยละ 3.56 พนักงานราชการ จำนวน 927 คน คิดเป็นร้อยละ 3.49 และน้อยที่สุดคือ ลูกจ้างประจำ จำนวน 867 คน คิดเป็นร้อยละ 3.27 ดังตารางที่ 3 และแผนภูมิที่ 8

## แผนภูมิที่ 8 ข้อมูลแสดงร้อยละของประเภทเจ้าหน้าที่



ที่มา : จำนวนบุคลากร จากโปรแกรม HROPS ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565

## แผนภูมิที่ 9 ข้อมูลแสดงสัดส่วนจำนวนบุคลากร จำแนกตาม Generation (B, X, Y, Z)



	เขตสุขภาพที่ 4	ข้าราชการ	พนักงานราชการ	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว
Gen B	0.11	11.04	3.99	6.80	63.90	0.53
Gen X	41.58	44.50	33.33	41.43	36.10	4.45
Gen Y	42.77	42.84	56.85	46.81	0.00	36.23
Gen Z	4.65	1.62	5.83	4.96	0.00	58.79

ที่มา : จำนวนบุคลากร จากโปรแกรม HROPS ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565

บุคลากร เขตสุขภาพที่ 4 มีประชากรต่างวัย 18 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 26,534 คน โดยกลุ่ม Generation Y (เกิดระหว่าง พ.ศ. 2521- 2538 มีอายุระหว่าง 23-40 ปี) มีสัดส่วนมากกว่ากลุ่ม Generation X (เกิดระหว่าง พ.ศ. 2506- 2520 มีอายุระหว่าง 41-55 ปี) คิดเป็นร้อยละ 42.77 และร้อยละ 41.58 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มที่มีจำนวนน้อย คือ กลุ่ม Generation Z (เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป) และกลุ่ม Generation B (เกิดตั้งแต่ พ.ศ. 2487 – 2505 อายุ 56 -74 ปี) คิดเป็นร้อยละ 4.65 และ คิดเป็นร้อยละ 0.11 และเมื่อจำแนกประเภทบุคลากร พบว่า Generation X ทำงานในตำแหน่งข้าราชการมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่ม Generation B และกลุ่ม Generation Y คิดเป็นร้อยละ 44.50 และร้อยละ 42.84 ตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า บุคลากรเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่เป็นประชากรกลุ่ม Generation X และ Y ซึ่งกลุ่ม Generation X เป็นคนในช่วงโลกกำลังเริ่มต้นการพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นระบบการศึกษา ระบบการสาธารณสุข ครอบครัวจะเน้นให้ลูกหลานได้เรียนหนังสือเพื่ออนาคต ซึ่งในสมัยนั้น ส่วนใหญ่จะเน้นให้ลูกหลานทำงานกลุ่มราชการและรัฐวิสาหกิจ มากกว่าการทำงานกับเอกชน ส่วนกลุ่ม Generation Y คนกลุ่มนี้เติบโตมาพร้อมกับยุคสมัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะเทคโนโลยี มีค่านิยมที่แตกต่างจากรุ่นก่อนหน้านี้ ชอบอะไรที่รวดเร็ว ส่งผลให้เมื่อเข้าสู่วัยทำงาน จะมีความเป็นตัวของตัวเองสูง มีความรักองค์กรน้อยกว่ารุ่นพ่อแม่ แต่มีความรักในตัวเอง ชอบทำงานที่มีค่าและท้าทาย ที่มาพร้อมกับผลประโยชน์ที่เหมาะสม จะเห็นได้ว่า เรื่อง Generation เป็นช่องว่างระหว่างวัยที่เกิดขึ้นในที่ทำงาน และมีผลต่อการทำงานอย่างมาก ดังนั้น การบริหารจัดการและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรที่มีบุคลากรต่างวัยต่าง Generation จึงมีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นพลังขับเคลื่อนองค์กรไปสู่ความสำเร็จ ดังแผนภูมิที่ 9

#### ตารางที่ 4 จำนวนและสัดส่วนบุคลากร จำแนกเป็น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ

ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

ตำแหน่ง	จำนวนบุคลากร (คน)	สัดส่วนต่อประชากร (เขต)	สัดส่วนต่อประชากร (ประเทศ)
แพทย์	2,042	1 : 2,655	1 : 3,045
ทันตแพทย์	665	1 : 8,154	1 : 9,152
เภสัชกร	1,493	1 : 3,632	1 : 5,962
พยาบาลวิชาชีพ	10,803	1 : 502	1 : 519

ที่มา : จำนวนรายวิชาชีพ เขตสุขภาพที่ 4 จากโปรแกรม HROPS ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565  
จำนวนประชากร จากสำนักทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย,  
ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ (GIS health) ปีงบประมาณ 2565  
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 (เขต : 5,422,367 คน และ ประเทศ : 66,171,439 คน)

ตารางที่ 5 จำนวนและสัดส่วนบุคลากร จำแนกเป็น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพในภาครัฐและภาคเอกชน

ตำแหน่ง	นครนายก	สัดส่วน ต่อ ประชากร	นนทบุรี	สัดส่วน ต่อ ประชากร	ปทุมธานี	สัดส่วน ต่อ ประชากร	พระนครศรี อยุธยา	สัดส่วน ต่อ ประชากร	ลพบุรี	สัดส่วนต่อ ประชากร	สระบุรี	สัดส่วน ต่อ ประชากร	สิงห์บุรี	สัดส่วน ต่อ ประชากร	อ่างทอง	สัดส่วน ต่อ ประชากร	จำนวน บุคลากร (คน)	สัดส่วน ต่อประชากร	
																		เขต	ประเทศ
แพทย์	206	1 : 1,264	1,651	1 : 781	2,485	1 : 479	681	1 : 1,205	367	1 : 2,015	546	1 : 1,179	115	1 : 1,778	135	1 : 375	6,186	1 : 877	1 : 1,007
ทันต แพทย์	61	1 : 4,269	249	1 : 5,175	242	1 : 4,918	118	1 : 6,953	79	1 : 9,360	99	1 : 6,505	28	1 : 7,305	40	1 : 6,869	916	1 : 5,920	1 : 6,149
เภสัชกร	78	1 : 3,339	998	1 : 1,291	312	1 : 3,814	214	1 : 3,834	157	1 : 4,710	171	1 : 3,766	54	1 : 3,788	73	1 : 3,764	2,057	1 : 2,636	1 : 3,760
พยาบาล วิชาชีพ	1,051	1 : 248	3,694	1 : 349	2,950	1 : 403	1,927	1 : 426	1,792	1 : 413	2,086	1 : 309	734	1 : 279	733	1 : 375	14,967	1 : 362	1 : 341

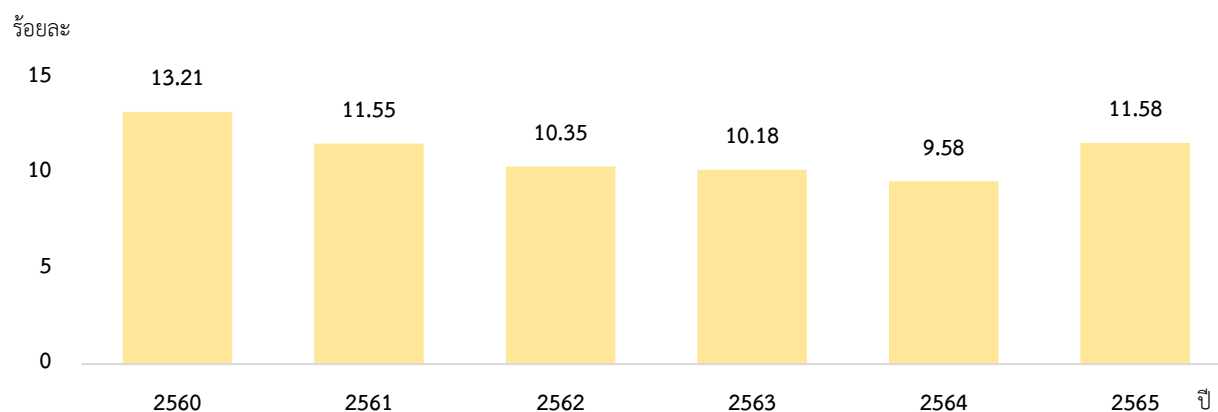
ที่มา : จำนวนรายวิชาชีพ เขตสุขภาพที่ 4 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ปีงบประมาณ 2565 จำนวนประชากร จากสำนักทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ (GIS health) ปีงบประมาณ 2565 จำนวนบุคลากร จากโปรแกรม HROPS ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 (เขต : 5,422,367 คน และ ประเทศ : 66,171,439 คน)

ปริมาณกำลังคนด้านสุขภาพ เฉพาะสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4 พบว่าแพทย์มีจำนวน 2,042 คน สัดส่วนการดูแลประชาชนอยู่ที่ 1 ต่อ 2,655 คน ทันตแพทย์ จำนวน 665 คน สัดส่วน 1 ต่อ 8,154 คน เภสัชกร จำนวน 1,493 คน สัดส่วน 1 ต่อ 3,632 และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10,803 คน สัดส่วน 1 ต่อ 502 ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงระดับประเทศ หากจำแนกข้อมูลรายจังหวัด พบว่า การกระจายตัวของบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในจังหวัดที่มีประชากรมาก จะพบว่ามีจำนวนบุคลากรที่ต้องดูแลประชาชนน้อยกว่าจังหวัดอื่นๆ ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดสระบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดลพบุรี ยกเว้นจังหวัดปทุมธานี

อย่างไรก็ดี เมื่อดูข้อมูลจำนวนและสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของทุกสังกัดในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า มีปริมาณบุคลากรมากกว่าปริมาณบุคลากรในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเกือบ 2 เท่า (ทุกสังกัด 24,126 คน สป. 15,003 คน) โดยเฉพาะจังหวัดปทุมธานี มีจำนวนแพทย์จากสังกัดอื่นรวมภาคเอกชน ปริมาณมากกว่าถึง 8 เท่า (ทุกสังกัด 2,485 คน สป. 290 คน) ดังตารางที่ 5

#### แผนภูมิที่ 10 แสดงแนวโน้มการสูญเสียบุคลากร (ปี 2560 - 2565)

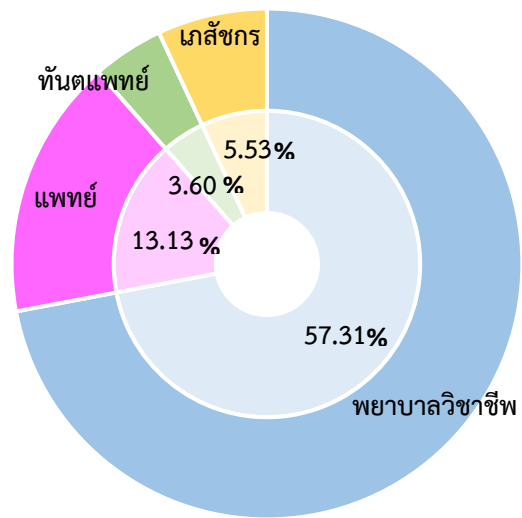


ที่มา : จำนวนบุคลากร จากโปรแกรม HROPs กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565

จากแผนภูมิข้างต้น แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการสูญเสียบุคลากร 6 ปีย้อนหลัง (ปี 2560-2565) เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า มีสัดส่วนการเพิ่มขึ้น ลดลงที่คงที่ ในปี 2560 มีการสูญเสียสูงถึง จำนวน 2,077 คน คิดเป็นร้อยละ 13.57 และค่อยๆเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนในปี 2565 เหลือจำนวน 8,712 คน คิดเป็นร้อยละ 11.58 ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ดังแผนภูมิที่ 10 และเมื่อพิจารณาประเภทบุคลากร พบว่ามีการสูญเสียน้อยลงเนื่องจากสถานการณ์ Covid-19 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายสร้างขวัญและกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่โดยการบรรจุข้าราชการตั้งใหม่จำนวน 3 หมื่นกว่าอัตราและยังรวมไปถึงการโอน ย้ายเข้ามาในสายงานวิชาชีพตามที่จำแนกเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ เป็นต้น จึงทำให้มีแนวโน้มบุคลากรเพิ่มขึ้น คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7,632 คน คิดเป็นร้อยละ 57.31 รองลงมา แพทย์ จำนวน 1,748 คน คิดเป็นร้อยละ 13.13 เภสัชกร จำนวน 736 คน คิดเป็นร้อยละ 5.53 และทันตแพทย์ จำนวน 480 คิดเป็นร้อยละ 3.60 ดังแผนภูมิที่ 11



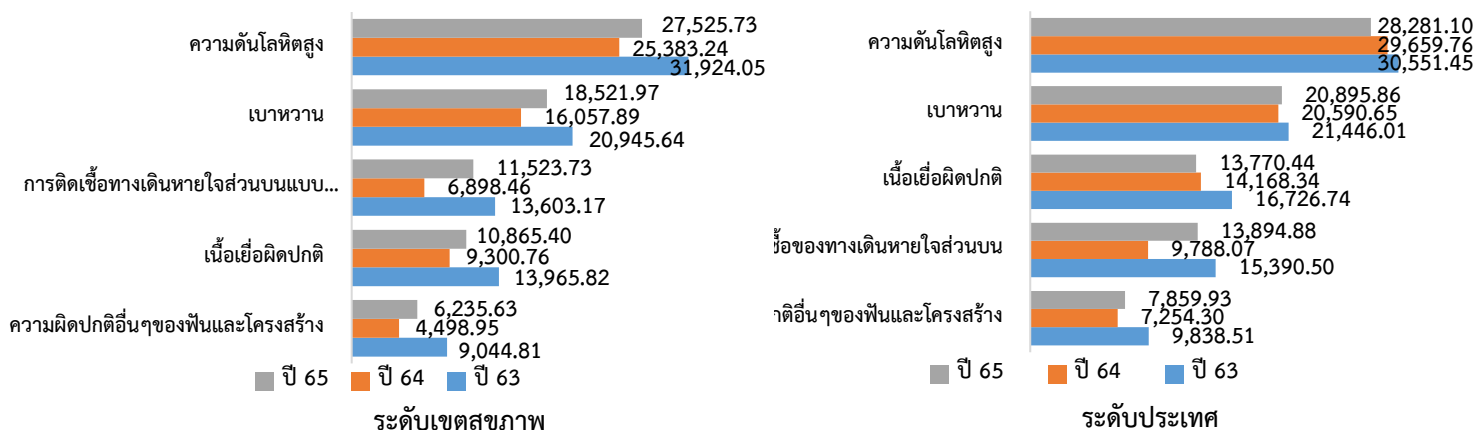
แผนภูมิที่ 11 แสดงแนวโน้มการสูญเสียบุคลากร จำแนกเป็น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ



ที่มา : จำนวนบุคลากร จากโปรแกรม HROPs กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565

## 1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ

### แผนภูมิที่ 12 ผู้ป่วยนอก (OPD) อันดับโรค 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565)



ที่มา : Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

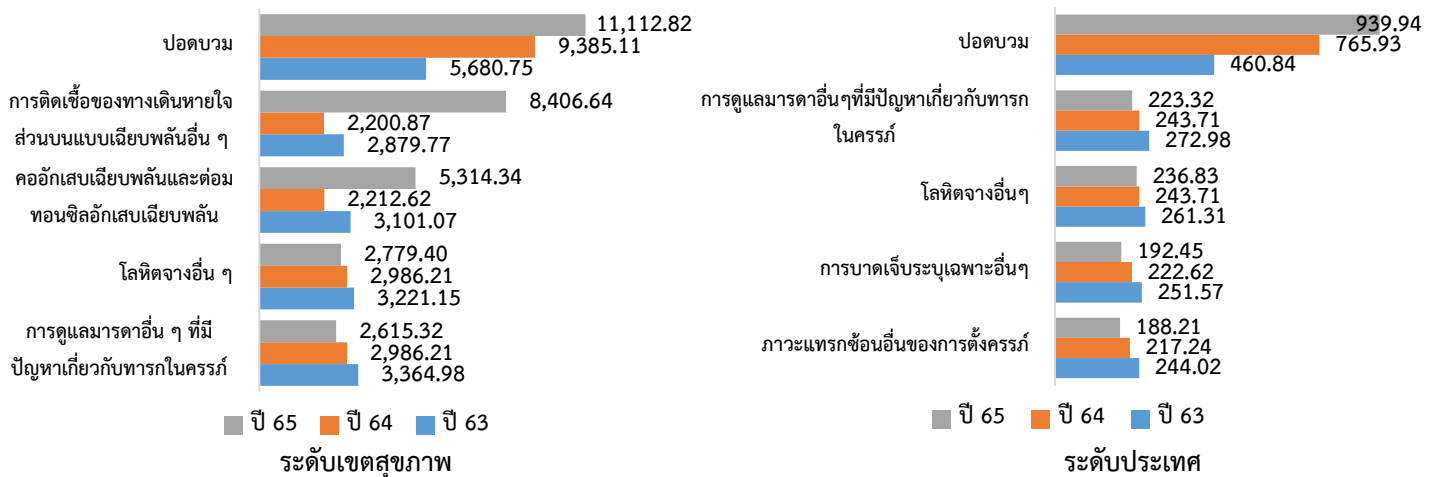
อัตราป่วยต่อแสนประชากร

ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565) เขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases : NCDs) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันอื่นๆ เนื้อเยื่อผิดปกติ และความผิดปกติของฟันและโครงสร้าง ดังแผนภูมิที่ 12

### ตารางที่ 6 ผู้ป่วยนอก (OPD) 5 อันดับโรค 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565) จำแนกรายจังหวัด

ลำดับ	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	พระนครศรีอยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง
1	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง
2	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน
3	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน	เนื้อเยื่อผิดปกติ	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน	เนื้อเยื่อผิดปกติ
4	เนื้อเยื่อผิดปกติ	เนื้อเยื่อผิดปกติ	เนื้อเยื่อผิดปกติ	เนื้อเยื่อผิดปกติ	เนื้อเยื่อผิดปกติ	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน	เนื้อเยื่อผิดปกติ	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน
5	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน	ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	โรคอื่น ๆ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง

### แผนภูมิที่ 13 ผู้ป่วยใน 5 อันดับโรค 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565)



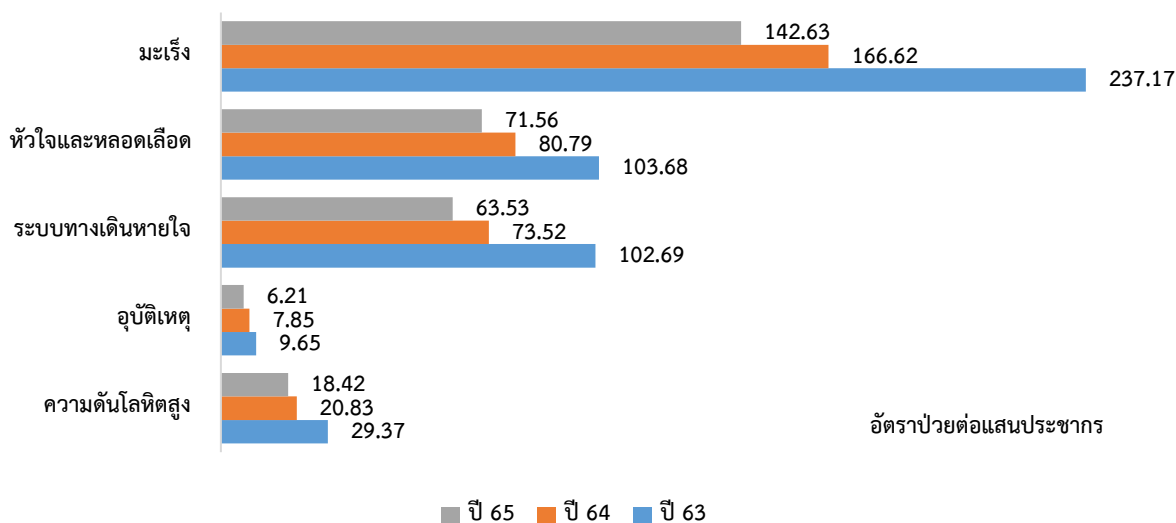
ที่มา : Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

อัตราป่วยต่อแสนประชากร

สำหรับกลุ่มโรคที่พบในผู้ป่วยในมากที่สุด 5 อันดับแรก 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565) คือ โรคปอดบวม การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน โลหิตจางอื่น ๆ และการดูแลมารดาอื่น ๆ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับทารกในครรภ์ ดังแผนภูมิที่ 13 และตารางที่ 7 ตารางที่ 7 ผู้ป่วยใน (IPD) 5 อันดับโรค 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565) จำแนกรายจังหวัด

ลำดับ	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	พระนครศรีอยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง
1	หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน	ปอดบวม	ปอดบวม	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน	ปอดบวม	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน	ปอดบวม
2	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน	คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบ	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน	คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบ	คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบ	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน	ปอดบวม	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน
3	ปอดบวม	ปอดบวม	ต่อกระจกและความผิดปกติของเลนส์	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน	ปอดบวม	ต่อกระจกและความผิดปกติของเลนส์	คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบ	คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบ
4	ต่อกระจกและความผิดปกติของเลนส์	โรคหัวใจขาดเลือดอื่น ๆ	เนื้อสมองตาย	โลหิตจางอื่น ๆ	ต่อกระจกและความผิดปกติของเลนส์	โลหิตจางอื่น ๆ	โรคจากไวรัสอื่น	ต่อกระจกและความผิดปกติของเลนส์
5	ภาวะอื่นๆในระยะปรีกำเนิด	หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	หัวใจล้มเหลว	ต่อกระจกและความผิดปกติของเลนส์	หัวใจล้มเหลว	คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบ	ต่อกระจกและความผิดปกติของเลนส์	โลหิตจางอื่น ๆ

แผนภูมิที่ 14 สาเหตุการตาย 5 อันดับโรค 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565)



ที่มา : health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

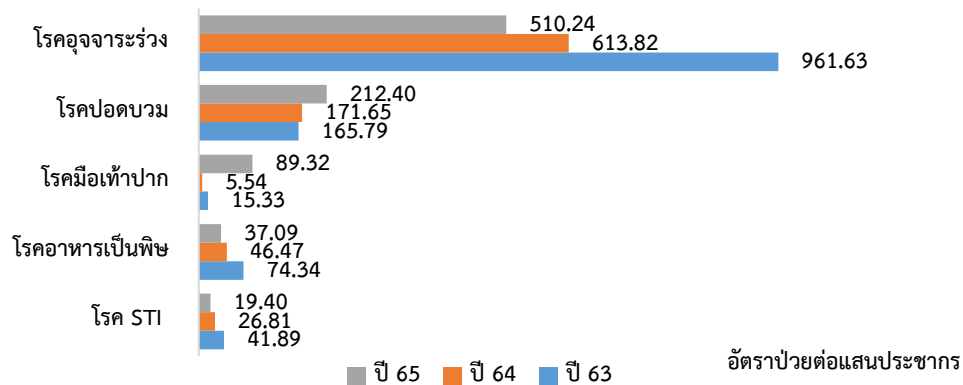
สาเหตุหลักของการเสียชีวิตระดับต้นๆในเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง จำนวน 7,734 คน คิดเป็นร้อยละ 40.96 เมื่อจำแนกประเภทมะเร็ง พบว่าเสียชีวิตด้วยมะเร็งเนื้องอกสูงสุด จำนวน 4,500 คน คิดเป็นร้อยละ 71.23 รองลงมาคือมะเร็งเนื้องอกชนิดร้ายที่เหลื่ออยู่ จำนวน 1,035 คน คิดเป็นร้อยละ 16.38 และมะเร็งที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด จำนวน 783 คน คิดเป็นร้อยละ 12.39 สำหรับการเสียชีวิตสำคัญที่รองลงมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 3,880 คน คิดเป็นร้อยละ 20.55 และระบบทางเดินหายใจ จำนวน 3,445 คิดเป็นร้อยละ 18.24 ดังแผนภูมิที่ 14 และตารางที่ 8

ตารางที่ 8 สาเหตุการตาย 5 อันดับโรค จำแนกรายจังหวัด

ลำดับ	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	พระนครศรีอยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง
1	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง
2	โรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคหัวใจและหลอดเลือด	ระบบทางเดินหายใจ	ระบบทางเดินหายใจ	ระบบทางเดินหายใจ	โรคหัวใจและหลอดเลือด
3	ระบบทางเดินหายใจ	ระบบทางเดินหายใจ	ระบบทางเดินหายใจ	ระบบทางเดินหายใจ	โรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคหัวใจและหลอดเลือด	ระบบทางเดินหายใจ
4	ความดันโลหิตสูง	อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุ
5	อุบัติเหตุ	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง

ที่มา : มรณะบัตร ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

แผนภูมิที่ 15 อัตราป่วยด้วยโรคระบาด 5 อันดับ 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565)



ที่มา : สำนักระบาดวิทยาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

จากสถานการณ์โรคที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับแรก 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563 -2565) เขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวม โรคมือเท้าปาก โรคอาหารเป็นพิษ และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(Sexually Transmitted Infections : STIs) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี พบข้อสังเกตว่า จำนวนการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงปี 2565 ลดลงจากปี 2563 ถึง 2 เท่า รวมถึงโรคระบาดทางเดินหายใจอื่นๆด้วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดด้วยการให้ล้างมือบ่อยๆ สวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่าง ซึ่งประชาชนเกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการป้องกันตนเองอย่างจริงจัง ดังแผนภูมิที่ 15 และตารางที่ 9

ตารางที่ 9 สาเหตุการป่วยด้วยโรคระบาด 5 อันดับโรค จำแนกรายจังหวัด

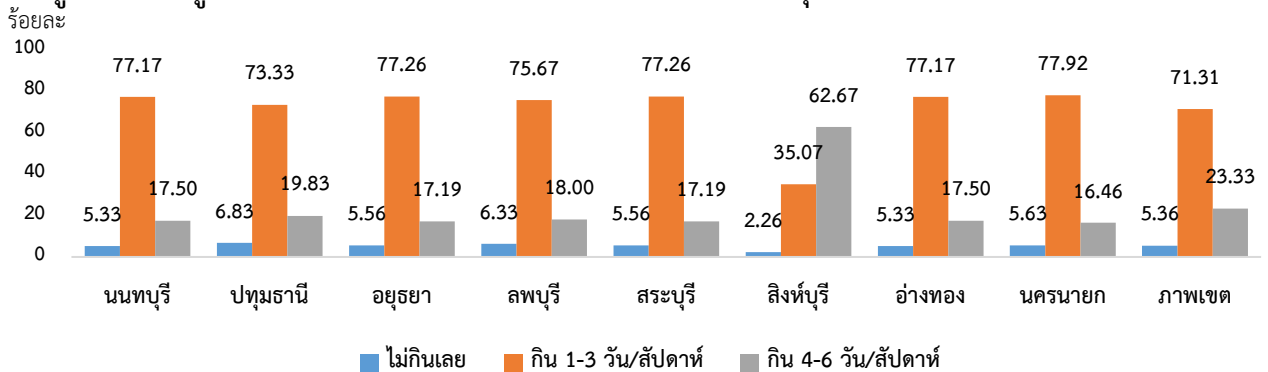
ลำดับ	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	พระนครศรีอยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง
1	โรคอุจจาระร่วง	โรคอุจจาระร่วง	โรคอุจจาระร่วง	โรคอุจจาระร่วง	โรคอุจจาระร่วง	โรคอุจจาระร่วง	โรคอุจจาระร่วง	โรคอุจจาระร่วง
2	โรคมือเท้าปาก	โรคปอดบวม	โรคปอดบวม	โรคปอดบวม	โรคปอดบวม	โรคปอดบวม	โรคมือเท้าปาก	โรคปอดบวม
3	โรคปอดบวม	โรคมือเท้าปาก	โรคมือเท้าปาก	โรคมือเท้าปาก	โรคมือเท้าปาก	โรคมือเท้าปาก	โรคปอดบวม	โรคมือเท้าปาก
4	โรคอาหารเป็นพิษ	โรคอาหารเป็นพิษ	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	โรคอาหารเป็นพิษ	โรคอาหารเป็นพิษ	โรคอาหารเป็นพิษ	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	โรคอาหารเป็นพิษ
5	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	โรคอาหารเป็นพิษ	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	โรคอาหารเป็นพิษ	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

## 1.5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่พึงประสงค์

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรมและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่พึงประสงค์ ไม่ว่าจะเป็นการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ และการบริโภคหวาน มัน เค็ม ที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย รวมถึงการบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุกและไม่สะอาด ล้วนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพและเป็นปัญหาสุขภาพ ซึ่งได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคกระเพาะ โรคหลอดเลือดสมองและโรคระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น ซึ่งเมื่อพิจารณาปัญหาการป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases : NCDs) การป่วยโดยโรคไม่ติดต่อของเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และเสียชีวิตด้วยโรคกระเพาะ โรคหัวใจ และหลอดเลือด และความดันโลหิตสูง ดังแผนภูมิที่ 16 สูงเป็นอันดับต้นๆของเขต จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่ถูกต้อง เป็นพฤติกรรมเสี่ยงร่วมก่อให้เกิดโรคเหล่านั้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ในการเสริมสร้างร่างกายและปลอดภัย ด้วยการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ การมีสุขภาพที่ดีไม่ได้หมายถึงการมีน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่หมายถึงการที่เราดูแลตัวเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตั้งแต่เรื่อง การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การลดหรือเลิกสิ่งที่เป็นพิษต่อสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุของการเกิดโรคและความเจ็บป่วย และเมื่อนำมาพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 แสดงให้เห็นได้ ดังนี้

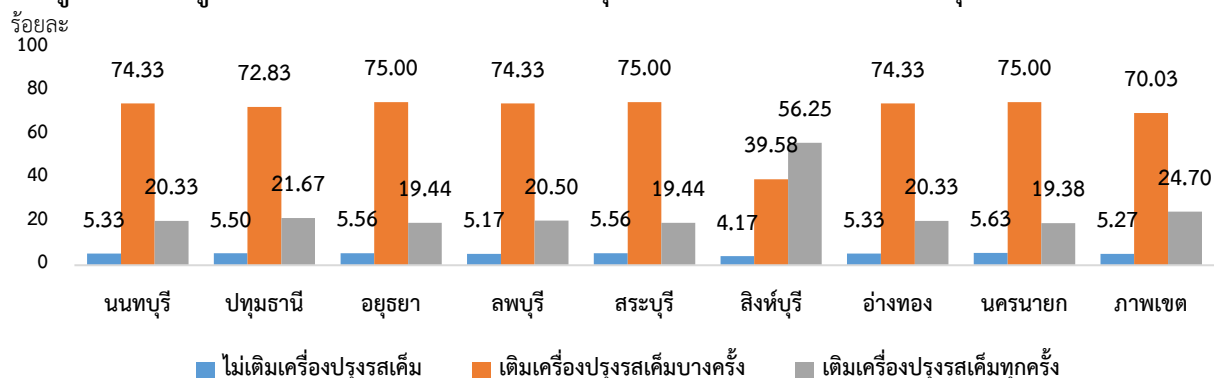
แผนภูมิที่ 16 ข้อมูลแสดงร้อยละของการทานผัก ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565



ที่มา : กองสุขาภิบาล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

จากแผนภูมิแสดงให้เห็นถึงการทานผักของประชาชนเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานวันละ 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 71.31 รองลงมาทาน 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 23.33 และไม่ทานเลยร้อยละ 5.36 แต่มีข้อสังเกตว่าจังหวัดที่มีการทานผักมากที่สุดได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี ร้อยละ 62.67 และน้อยสุดจังหวัดนครนายก ร้อยละ 16.46 ดังแผนภูมิที่ 16

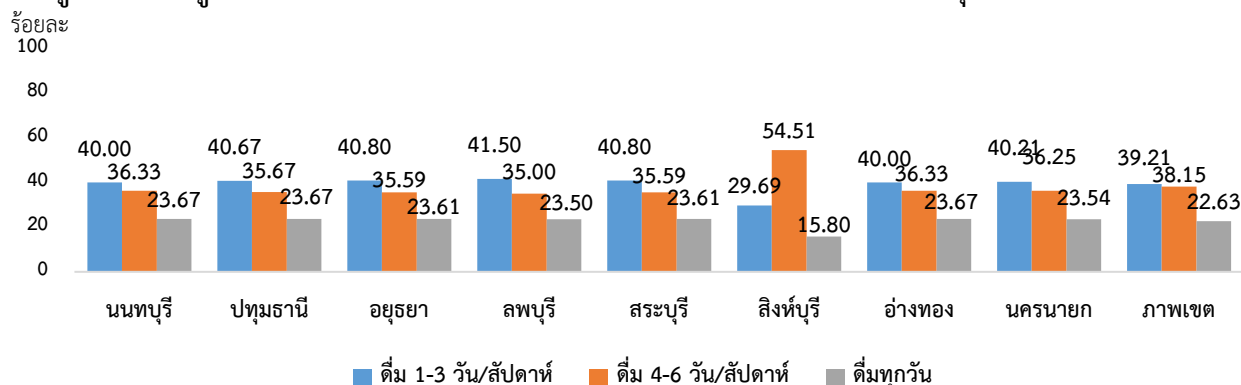
**แผนภูมิที่ 17 ข้อมูลแสดงร้อยละของการเติมเครื่องปรุงรสเค็ม ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565**



ที่มา : กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

จากแผนภูมิข้างต้นแสดงให้เห็นถึงการเติมเครื่องปรุงของประชาชนเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง ร้อยละ 70.03 รองลงมาเติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง ร้อยละ 24.70 และไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม ร้อยละ 5.27 และเมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่าส่วนใหญ่ เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้งมากที่สุด 3 จังหวัด คือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสระบุรี และจังหวัดนครนายก ร้อยละ 75 รองลงมาเติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง จังหวัดสิงห์บุรี ร้อยละ 56.25 และไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม ร้อยละ 4.17 ดังแผนภูมิที่ 17

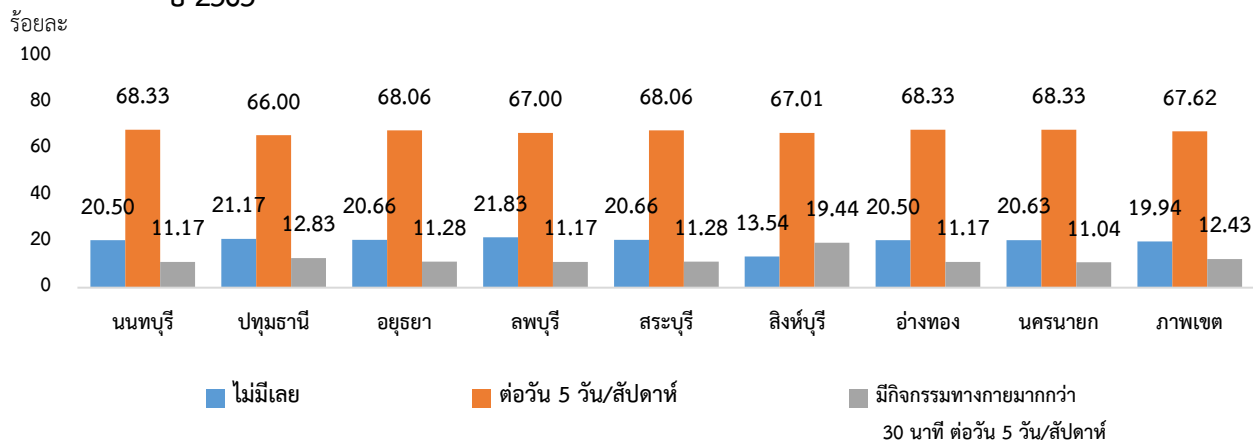
**แผนภูมิที่ 18 ข้อมูลแสดงร้อยละของการต้มเครื่องต้มรสหวาน ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565**



ที่มา : กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

จากแผนภูมิข้างต้นแสดงให้เห็นถึงการต้มเครื่องต้มรสหวานของของประชาชนเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่ ต้ม 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 39.21 รองลงมาต้ม 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 38.15 และต้มทุกวัน ร้อยละ 22.63 และเมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่าส่วนใหญ่ ต้ม 1-3 วัน/สัปดาห์ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดลพบุรี จังหวัดสระบุรี จังหวัดอ่างทอง และจังหวัดนครนายกมากถึงร้อยละ 40 กว่า ดังแผนภูมิที่ 18 ซึ่งจะเกี่ยวเนื่องในการเข้าสู่ภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานตามมาได้ ซึ่งเขตก็มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงเป็นอันดับ 2 ของเขต ดังแผนภูมิที่ 12

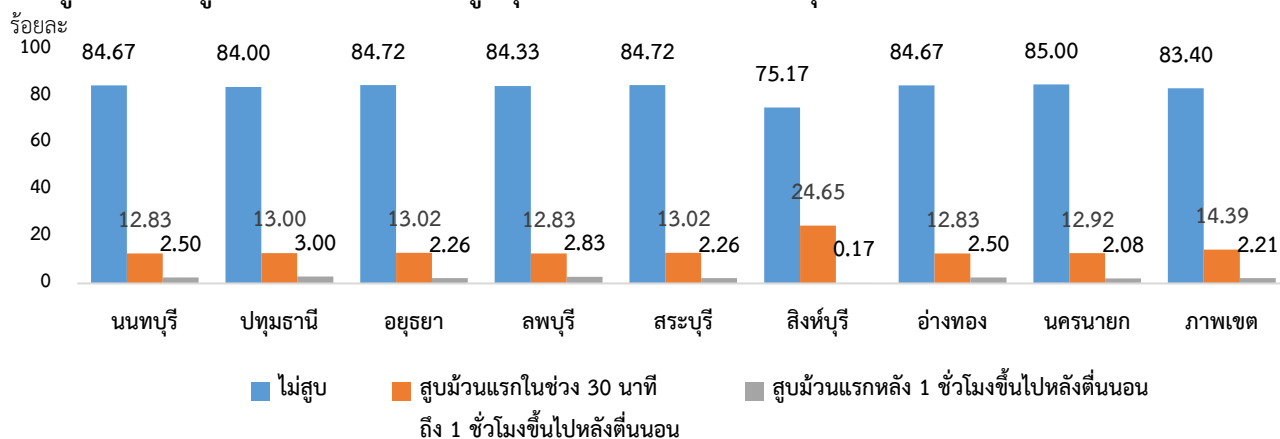
**แผนภูมิที่ 19 ข้อมูลแสดงร้อยละของการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565**



ที่มา : กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

จากแผนภูมิข้างต้นแสดงให้เห็นถึงการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่ ออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย ต่อวัน 5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 67.62 รองลงมาไม่ออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 19.94 และออกกำลังกายทุกวัน ร้อยละ 12.43 ดังแผนภูมิที่ 19

**แผนภูมิที่ 20 ข้อมูลแสดงร้อยละของการสูบบุหรี่ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565**

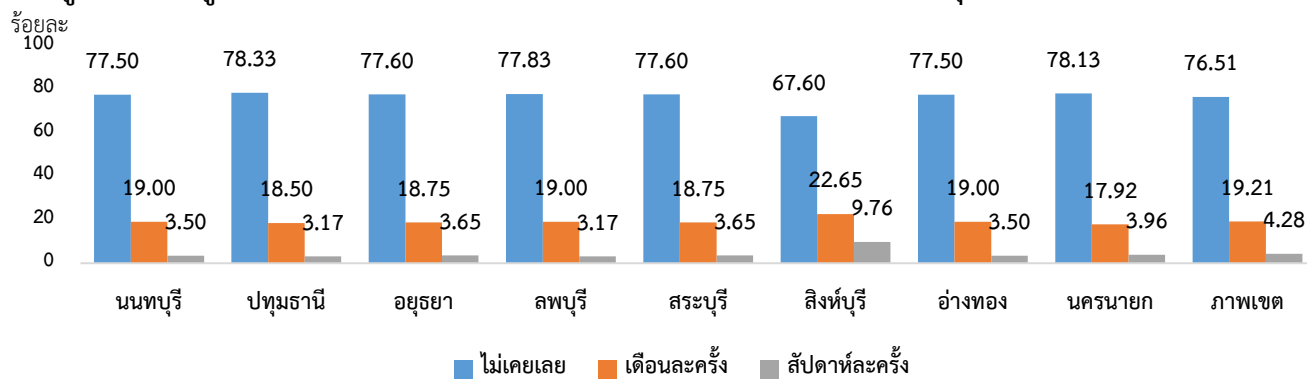


ที่มา : กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

จากแผนภูมิข้างต้นแสดงให้เห็นถึงการสูบบุหรี่ ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.40 รองลงมาสูบม้วนแรกในช่วง 30 นาที ร้อยละ 14.39 และสูบม้วนแรกหลัง 1 ชั่วโมงขึ้นไปหลังตื่นนอน ร้อยละ 2.21 ดังแผนภูมิที่ 20



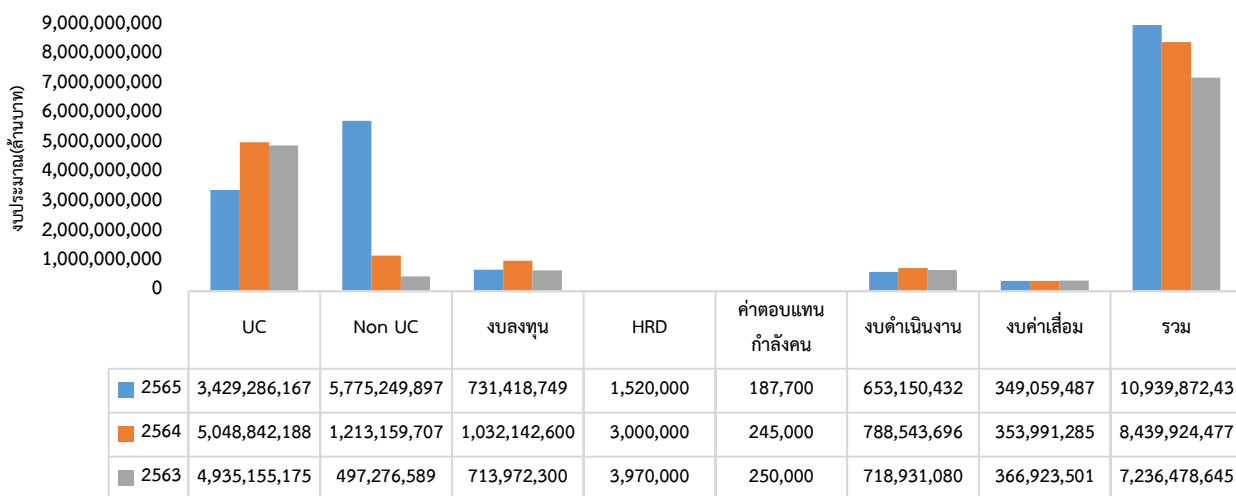
แผนภูมิที่ 21 ข้อมูลแสดงร้อยละของตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565



จากแผนภูมิข้างต้นแสดงให้เห็นถึงการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่เคยเลยร้อยละ 76.51 รองลงมาเดือนละครั้ง ร้อยละ 19.21 และสัปดาห์ละครั้ง ร้อยละ 4.28 ดังแผนภูมิที่ 21

## 1.6 งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

แผนภูมิที่ 22 งบประมาณที่ได้รับจัดสรร 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565) เขตสุขภาพที่ 4



หมายเหตุ งบลงทุน เป็นจำนวนงบประมาณไม่รวมงบผูกพันเดิม

ที่มา : ข้อมูลจากกลุ่มงานบริหารจัดการงบลงทุนภูมิภาค สำนักบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

ระบบรายงานการโอนเงิน (NHSO Budget) ,ระบบรายงานการใช้ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม)

กองบริหารการสาธารณสุข(กบร.ส.) กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรทุกหมวด 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565) พบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี 2563 ได้รับจัดสรรจำนวน 7,236 พันล้านบาท และปี 2565 ได้รับจัดสรรจำนวน 10,939 พันล้านบาท ซึ่งได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้นจากปี 2563 ซึ่งรายการที่เพิ่มขึ้นได้แก่ Non UC เป็น 10 เท่า เมื่อพิจารณารวมภาพเขตแล้ว เป็นจำนวน 3,703 พันล้านบาท ดังแผนภูมิที่ 22

ตารางที่ 10 จำนวนงบลงทุน ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง รวมผูกพันเดิม ที่ได้รับการจัดสรร 3 ปีซ้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2563 - 2565) เขตสุขภาพที่ 4

ประเภทงบ	2564						2565						2566			
	งบปกติ		งบเหลือจ่าย		งบ พรก.เงินกู้ปัญหาผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		งบปกติ		งบเงินกู้		งบเหลือจ่าย		งบปกติ		งบ สบพช.	
	หน่วย	วงเงิน	หน่วย	วงเงิน	หน่วย	วงเงิน	หน่วย	วงเงิน	หน่วย	วงเงิน	หน่วย	วงเงิน	หน่วย	วงเงิน	หน่วย	วงเงิน
ครุภัณฑ์	488	355,141,400	15	3,000,000	3,758	545,925,600	146	145,494,100	679	400,390,900	8	8,350,000	469	361,190,900	6	1,057,000
ก่อสร้างปีเดียว	85	227,925,800	0	0	335	92,684,600	93	59,925,000	0	0	29	6,792,902.30	63	134,626,900	0	0
ก่อสร้างผูกพันใหม่	7	116,456,200	0	0	0	0	2	23,451,400	0	0	0	0	2	65,651,400	0	0
ก่อสร้างผูกพันเดิม	4	332,619,200	0	0	0	0	11	531,557,100	0	0	0	0	7	460,128,000	0	0
รวม	584	1,032,142,600	15	3,000,000	4,093	638,610,200	252	760,427,600	679	400,390,900	37	15,142,902.3	541	1,021,597,200	6	1,057,000

ที่มา: ข้อมูลจากกลุ่มงานบริหารจัดการงบลงทุนภูมิภาค สำนักบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565

## 1.7 ระบบบริการสุขภาพ

### 1.7.1 จำนวนเตียงต่อประชากร ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 4

ตารางที่ 11 จำนวนเตียง สัดส่วนเตียงต่อประชากร ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 4

จังหวัด	จำนวนประชากร	จำนวนเตียง	จำนวนเตียงต่อประชากร (สังกัด สป.) 2 : 1,000 คน	จำนวนเตียงต่อประชากร (ภาครัฐภาคเอกชน) 2.5 : 1,000 คน
นครนายก	260,433	424	1.63	จำนวนเตียงทั้งหมด 100,163 เตียง คิดเป็น 1.51 ต่อ 1,000 คน
นนทบุรี	1,288,637	1,232	0.96	
ปทุมธานี	1,190,060	852	0.72	
พระนครศรีอยุธยา	820,512	1,327	1.62	
ลพบุรี	739,473	1,405	1.90	
สระบุรี	643,963	1,396	2.17	
สิงห์บุรี	204,526	556	2.72	
อ่างทอง	274,763	676	2.46	
เขตสุขภาพที่ 4	5,422,367	7,868	1.45	

ที่มา : ข้อมูลพื้นฐานกองบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565

### 1.7.2 ข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย เขตสุขภาพที่ 4

ตารางที่ 12 โรคที่มีการส่งต่อออกนอกเขตมากที่สุด 10 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	PDX	โรค	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ
1	C20	Malignant neoplasm of rectum	229	3.32
2	C220	Liver cell carcinoma	212	3.08
3	F840	Childhood autism	173	2.51
4	I251	Atherosclerotic heart disease	135	1.96
5	C56	Malignant neoplasm of ovary	116	1.68
6	C541	Malignant neoplasm of endometrium	113	1.64
7	C187	Malignant neoplasm of colon sigmoid colon	113	1.64
8	C910	Acute lymphoblastic leukaemia	104	1.51
9	F83	Mixed specific developmental disorders	77	1.12
10	C221	Intrahepatic bile duct carcinoma	76	1.10

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2565

โรคที่มีการส่งต่อออกนอกเขตมากที่สุด คือ เนื้องอกร้ายที่ลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง (Malignant neoplasm of rectum) จำนวน 229 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.32 รองลงมาโรคมะเร็งเซลล์ตับ (Liver cell carcinoma) จำนวน 212 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.08 และอาการหมกมุ่นในวัยเด็ก (Childhood autism) จำนวน 173 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.51 ตามลำดับ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 13 ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยใน ไปรักษานอกเขต 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565)

จังหวัด	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565	
	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนเงิน (บาท)
นครนายก	558	15,409,067.88	413	12,410,325.13	323	10,087,333.96
นนทบุรี	3,884	114,443,394.84	2,871	93,655,134.93	2,322	70,479,121.29
ปทุมธานี	2,954	70,311,717.37	2,061	49,541,733.10	1,788	46,016,068.46
พระนครศรีอยุธยา	1,965	51,099,346.85	1,501	41,059,790.02	1,073	29,659,198.85
ลพบุรี	949	28,295,483.56	588	20,057,777.14	526	16,529,209.02
สระบุรี	495	14,977,739.30	366	10,424,749.10	316	9,939,702.71
สิงห์บุรี	376	11,860,455.86	300	8,669,555.38	252	7,632,055.43
อ่างทอง	581	14,237,734.47	398	9,576,805.73	292	9,096,935.23
เขต	11,762	320,634,940.13	8,498	245,395,870.53	6,892	199,439,624.95

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2565

ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกไปรักษานอกเขต 3 ปี ย้อนหลัง(ปี 2563-2565) เขตสุขภาพที่ 4 จำแนกรายปีที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด คือ ปี 2563 จำนวน 320,634,940.13 บาท รองลงมาปี 2564 จำนวน 245,395,870.53 บาท และ ปี 2565 จำนวน 199,439,624.95 บาท ตามลำดับ ดังตารางที่ 13 และตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยนอก ไปรักษานอกเขต ปี 2563 - 2565

จังหวัด	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565	
	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนเงิน (บาท)
นครนายก	6,855	12,027,745.80	4,752	8,588,982.40	2,677	4,784,259.50
นนทบุรี	43,128	89,746,524.74	23,133	41,200,025.10	12,899	23,199,207.65
ปทุมธานี	38,537	76,321,656.50	25,587	50,397,454.35	14,007	27,224,195.36
พระนครศรีอยุธยา	26,144	53,349,307.64	16,633	33,410,931.34	9,587	18,730,590.11
ลพบุรี	11,792	26,179,738.76	7,479	17,160,946.58	4,281	9,522,081.27
สระบุรี	5,388	10,531,409.10	3,560	7,785,144.02	2,033	4,209,082.55
สิงห์บุรี	5,831	11,552,482.75	3,819	7,507,194.36	2,330	4,462,301.74
อ่างทอง	7,442	12,599,882.50	4,907	8,814,728.50	2,965	5,454,737.75
เขต	145,117	292,308,747.79	89,870	174,865,406.65	50,779	97,586,455.93

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2565

ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยนอกไปรักษานอกเขต 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563-2565) เขตสุขภาพที่ 4 มีค่าใช้จ่ายในการส่งต่อลดจำนวนลงเรื่อยๆ เมื่อจำแนกรายปี พบว่า ปี 2563 มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด จำนวน 292,308,747.79 บาท รองลงมาปี 2564 จำนวน 174,865,406.65 บาท และ ปี 2565 จำนวน 97,586,455.93 บาท ซึ่งมีค่าใช้จ่ายลดลงจากปี 2563 จำนวน 194,722,291.86 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.48 ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 15 ข้อมูลสถานบริการสุขภาพ ปี 2565

ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	เตียงตาม กรอบ	Active Bed 2565	อัตราครองเตียง 2565 (%)	CMI_2565	IP_2565	วันนอน ผู้ป่วยใน 2565	Total AdjRw_ 2565	OP Visit_ 2565	Risk Scoring ไตรมาส 4/65
<b>จังหวัดนนทบุรี</b>										
รพ.พระนั่งเกล้า	A	611	604.53	98.94	1.987	27,988	202,517	55,630.80	730,700	0
รพ.บางใหญ่	M2	144	267.61	185.84	0.681	12,244	97,678	8,347.70	224,830	0
รพ.บางบัวทอง	M2	220	171.50	77.96	0.803	7,477	57,453	6,004.02	201,334	0
รพ.บางกรวย	F1	60	127.30	212.17	0.639	1,689	42,647	1,079.25	182,903	0
รพ.ปากเกร็ด	F1	76	111.60	146.84	0.698	5,580	37,385	3,897.25	201,170	0
รพ.ไทรน้อย	F2	58	49.98	86.18	0.833	2,542	12,146	2,118.56	223,084	0
รพ.บางบัวทอง 2	F2	33	32.01	97.02	0.588	1,260	10,725	741.89	28,235	0
<b>จังหวัดปทุมธานี</b>										
รพ.ปทุมธานี	S	408	527.76	129.35	1.649	30,623	176,801	50,516.90	624,745	0
รพ.ธัญบุรี	M2	120	63.28	52.73	0.902	4,569	21,199	4,124.81	225,339	0
รพ.คลองหลวง	F2	94	64.91	69.05	1.023	2,881	19,733	2,948.80	187,296	0
รพ.ประชาธิปัตย์	F2	67	165.60	247.16	0.639	5,783	50,341	3,697.29	103,002	0
รพ.ลาดหลุมแก้ว	F2	34	32.90	96.77	0.769	1,984	11,022	1,526.02	121,562	0
รพ.ลำลูกกา	F2	55	37.29	67.79	0.728	2,303	12,491	1,677.99	176,696	0
รพ.หนองเสือ	F2	37	31.72	85.72	0.960	1,754	11,577	1,685.46	100,635	0
รพ.สามโคก	F2	37	70.69	191.05	0.651	2,878	25,801	1,874.61	77,651	0



ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	เตียงตาม กรอบ	Active Bed 2565	อัตราครองเตียง 2565 (%)	CMI_2565	IP_2565	วันนอน ผู้ป่วยใน 2565	Total AdjRw_ 2565	OP Visit_ 2565	Risk Scoring ไตรมาส 4/65
<b>จังหวัดสระบุรี</b>										
รพ.สระบุรี	A	700	676.54	96.65	1.770	43,783	164,399	80,296.20	719,519	1
รพ.พระพุทธบาท	M1	315	289.33	91.85	1.258	14,428	105,605	18,153.60	261,181	2
รพ.เสาไห้	F2	30	19.32	64.40	0.723	1,533	7,052	1,108.29	103,059	0
รพ.มวกเหล็ก	F2	35	79.48	227.09	0.566	3,935	29,011	2,227.22	108,215	0
รพ.หนองแซง	F2	17	44.13	259.60	0.661	2,157	16,108	1,427.17	49,682	0
รพ.หนองแค	F2	74	32.65	44.13	0.632	2,267	10,939	1,433.15	229,499	0
รพ.วังม่วง	F2	34	22.56	66.37	0.608	1,184	6,160	720.49	83,092	0
รพ.แก่งคอย	F1	76	167.82	220.82	0.622	8,818	56,220	5,493.03	281,841	0
รพ.บ้านหมอ	F2	32	10.61	33.15	0.632	984	3,225	621.94	107,081	0
รพ.วิหารแดง	F2	48	39.35	81.99	0.535	3,511	14,364	1,879.25	106,697	0
รพ.ดอนพุด	F3	15	16.13	107.54	0.511	770	4,904	393.92	32,367	0
รพ.หนองโดน	F3	20	7.04	35.22	0.624	753	2,571	470.29	66,254	0
<b>จังหวัดพระนครศรีอยุธยา</b>										
รพ.พระนครศรีอยุธยา	A	550	475.35	86.43	1.615	26,270	159,243	42,443.60	578,148	0
รพ.เสนา	M1	208	198.16	95.27	1.259	11,521	72,329	14,572.70	256,891	0
รพ.บางปะอิน	M2	90	85.30	94.78	0.960	5,847	28,576	5,617.52	154,423	0
รพ.บางไทร	F2	40	35.62	89.06	0.728	1,981	13,003	1,443.41	100,116	0
รพ.บางบาล	F2	26	7.06	27.14	0.691	606	2,364	419.30	52,619	0
รพ.บางปะหัน	M2	30	29.34	97.79	0.737	1,676	9,828	1,236.42	119,731	0
รพ.ผักไห่	F2	31	42.81	138.10	0.757	2,105	14,342	1,594.54	103,577	0
รพ.ภาชี	F2	46	26.29	57.15	0.763	1,675	9,596	1,278.58	95,147	0

ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	เตียงตาม กรอบ	Active Bed 2565	อัตราครองเตียง 2565 (%)	CMI_2565	IP_2565	วันนอน ผู้ป่วยใน 2565	Total AdjRw_ 2565	OP Visit_ 2565	Risk Scoring ไตรมาส 4/65
รพ.ลาดบัวหลวง	F2	40	52.12	130.31	0.690	2,661	19,025	1,836.81	103,756	0
รพ.วังน้อย	F1	90	28.02	31.14	0.754	2,014	8,519	1,519.27	154,423	0
รพ.สมเด็จพระสังฆราช (นครหลวง)	F2	60	124.67	207.79	0.701	2,455	41,765	1,722.07	110,720	0
รพ.อุทัย	F2	30	67.11	223.70	0.611	2,946	22,482	1,801.13	264,030	0
รพ.ท่าเรือ	F2	30	69.28	230.94	0.769	2,887	23,209	2,220.88	143,885	0
รพ.บางซ้าย	F3	10	11.56	115.61	0.658	688	3,873	453.18	38,274	0
รพ.บ้านแพรง	F3	22	18.55	84.32	0.791	785	6,214	621.16	42,741	0
รพ.มหาราช	F3	24	11.66	48.58	0.725	585	3,544	424.15	50,296	0
<b>จังหวัดลพบุรี</b>										
รพ.พระนารายณ์มหาราช	S	561	412.71	73.57	1.690	26,287	150,637	44,426.7	592,556	0
รพ.บ้านหมี่	M1	258	222.63	86.29	1.125	9,217	60,777	10,372.0	155,274	2
รพ.โคกสำโรง	M2	123	152.21	123.75	0.968	5,996	36,987	5,808.70	161,859	0
รพ.ชัยบาดาล	M2	137	434.15	316.90	0.723	17,740	131,983	12,826.30	285,130	1
รพ.หนองม่วง	F2	32	27.16	84.89	0.739	1,209	6,601	894.08	87,719	0
รพ.ท่าม่วง	F2	48	71.12	148.17	0.577	3,332	23,826	1,924.35	111,698	0
รพ.ท่าหลวง	F2	56	46.76	83.51	0.717	2,451	15,666	1,757.25	75,579	0
รพ.พัฒนานิคม	F1	78	38.25	49.04	0.742	3,295	12,813	2,446.34	156,284	0
รพ.ลำสนธิ	F2	41	23.52	57.37	0.829	414	2,164	343.45	74,705	0
รพ.โคกเจริญ	F2	41	34.97	85.29	0.643	2,481	12,763	1,597.05	63,101	0
รพ.สระโบสถ์	F3	30	39.95	133.17	0.784	1,061	7,271	832.33	66,566	0

ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	เตียงตาม กรอบ	Active Bed 2565	อัตราครองเตียง 2565 (%)	CMI_2565	IP_2565	วันนอน ผู้ป่วยใน 2565	Total AdjRw_ 2565	OP Visit_ 2565	Risk Scoring ไตรมาส 4/65
<b>จังหวัดลพบุรี</b>										
รพ.สิงห์บุรี	S	282	306.16	108.51	1.091	17,543	102,565	19,139.00	360,668	0
รพ.อินทร์บุรี	M1	190	103.65	69.10	1.217	5,745	25,186	7,029.84	186,066	0
รพ.บางระจัน	F2	30	20.69	68.97	0.755	898	3766	678.36	89,755	0
รพ.ค่ายบางระจัน	F2	30	18.92	63.06	0.716	1,052	4,597	753.42	80,671	1
รพ.ท่าช้าง	F2	30	4.00	11.12	0.812	254	1,341	206.36	63,777	0
รพ.พรหมบุรี	F3	10	7.52	26.84	0.762	739	2,518	560.82	59,317	0
<b>จังหวัดอ่างทอง</b>										
รพ.อ่างทอง	S	324	202.93	62.63	1.770	12,262	74,070	21,709	297,842	0
รพ.วิเศษชัยชาญ	F1	90	77.39	81.46	0.716	6,360	28,246	4,556.47	210,304	0
รพ.แสวงหา	F2	30	29.55	61.57	0.677	1,427	8,068	966.76	102,577	0
รพ.โพธิ์ทอง	F2	60	98.35	121.42	0.577	4,700	29,898	2,713.18	192,487	0
รพ.ไชโย	F2	30	92.15	255.98	0.563	3,699	30,871	2,086.01	78,556	0
รพ.ป่าโมก	F2	60	27.86	51.60	0.677	958	5,071	649.23	109,620	0
รพ.สามโก้	F3	30	30.10	79.21	0.568	1,382	10,083	777.93	63,819	0
<b>จังหวัดนครนายก</b>										
รพ.นครนายก	S	314	450.72	143.54	1.261	20,557	137,018	25,934.80	394,644	0
รพ.บ้านนา	F2	70	41.97	59.95	0.58	4,921	15,318	2,803.5	163,459	0
รพ.องครักษ์	F2	33	45.03	136.47	0.624	1,445	14,943	842.941	120,849	0
รพ.ปากพลี	F3	10	9.38	93.81	0.728	809	3,424	589.37	67,783	1

ที่มา : กองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2565

ตารางที่ 16 จำนวนเตียงประเภทต่างๆ ปี 2565

ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	จำนวน (เตียง)					
		เตียง ICU	เตียง NICU	เตียง CCU	เตียง ICU แผนกอื่น	รวมเตียง ICU	ห้องผ่าตัด
<b>จังหวัดนนทบุรี</b>							
รพ.พระนั่งเกล้า	A	0	10	0	86	46	13
รพ.บางบัวทอง	M2	0	0	0	0	0	3
รพ.บางใหญ่	M2	0	0	0	144	0	0
รพ.บางกรวย	F1	0	0	0	0	0	2
รพ.ปากเกร็ด	F1	0	0	0	0	0	3
รพ.ไทรน้อย	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.บางบัวทอง2	F2	0	0	0	6	0	0
<b>จังหวัดปทุมธานี</b>							
รพ.ปทุมธานี	S	0	14	0	0	58	8
รพ.ธัญบุรี	M2	0	0	0	0	0	4
รพ.คลองหลวง	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ประชาธิปไตย	F2	0	0	0	67	0	0
รพ.ลาดหลุมแก้ว	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.ลำลูกกา	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.หนองเสือ	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.สามโคก	F2	0	0	0	0	0	0
<b>จังหวัดสระบุรี</b>							
รพ.สระบุรี	A	0	12	8	142	52	18
รพ.พระพุทธบาท	M1	0	4	0	10	20	8
รพ.เสาไห้	F2	0	0	0	30	0	0
รพ.มวกเหล็ก	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.หนองแซง	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.หนองแค	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.วังม่วง	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.แก่งคอย	F1	0	0	0	0	0	0
รพ.บ้านหมอ	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.วิหารแดง	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.ดอนพุด	F3	0	0	0	15	0	0
รพ.หนองโดน	F3	0	0	0	20	0	0
<b>จังหวัดพระนครศรีอยุธยา</b>							
รพ.พระนครศรีอยุธยา	A	16	10	0	0	50	10
รพ.เสนา	M1	8	5	0	0	27	4
รพ.บางปะอิน	M2	4	0	0	0	6	3

ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	จำนวน (เตียง)					
		เตียง ICU	เตียง NICU	เตียง CCU	เตียง ICU แผนกอื่น	รวมเตียง ICU	ห้องผ่าตัด
รพ.บางไทร	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.บางบาล	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.บางปะหัน	F2	0	0	0	29	0	1
รพ.ผักไห่	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.ภาชี	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ลาดบัวหลวง	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.วังน้อย	F1	0	0	0	0	0	1
รพ.สมเด็จพระสังฆราช (นครหลวง)	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.อุทัย	F2	0	0	0	30	0	0
รพ.ท่าเรือ	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.บางซ้าย	F3	0	0	0	10	0	0
รพ.บ้านแพรก	F3	0	0	0	0	0	0
รพ.มหาราช	F3	0	0	0	0	0	0
<b>จังหวัดลพบุรี</b>							
รพ.พระนารายณ์มหาราช	S	0	8	0	0	40	10
รพ.บ้านหมี่	M1	8	5	0	0	13	6
รพ.โคกสำโรง	M2	8	0	0	91	8	2
รพ.ชัยบาดาล	M2	9	4	0	0	13	4
รพ.หนองม่วง	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.ท่าม่วง	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.ท่าหลวง	F2	0	0	0	52	0	0
รพ.พัฒนานิคม	F1	0	0	0	74	0	1
รพ.ลำสนธิ	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.โคกเจริญ	F2	0	0	0	38	0	0
รพ.สระโบสถ์	F3	0	0	0	0	0	0
<b>จังหวัดสิงห์บุรี</b>							
รพ.สิงห์บุรี	S	17	4	0	0	21	5
รพ.อินทร์บุรี	M1	8	4	0	0	12	5
รพ.บางระจัน	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ค่ายบางระจัน	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ท่าช้าง	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.พรหมบุรี	F3	0	0	0	0	0	0

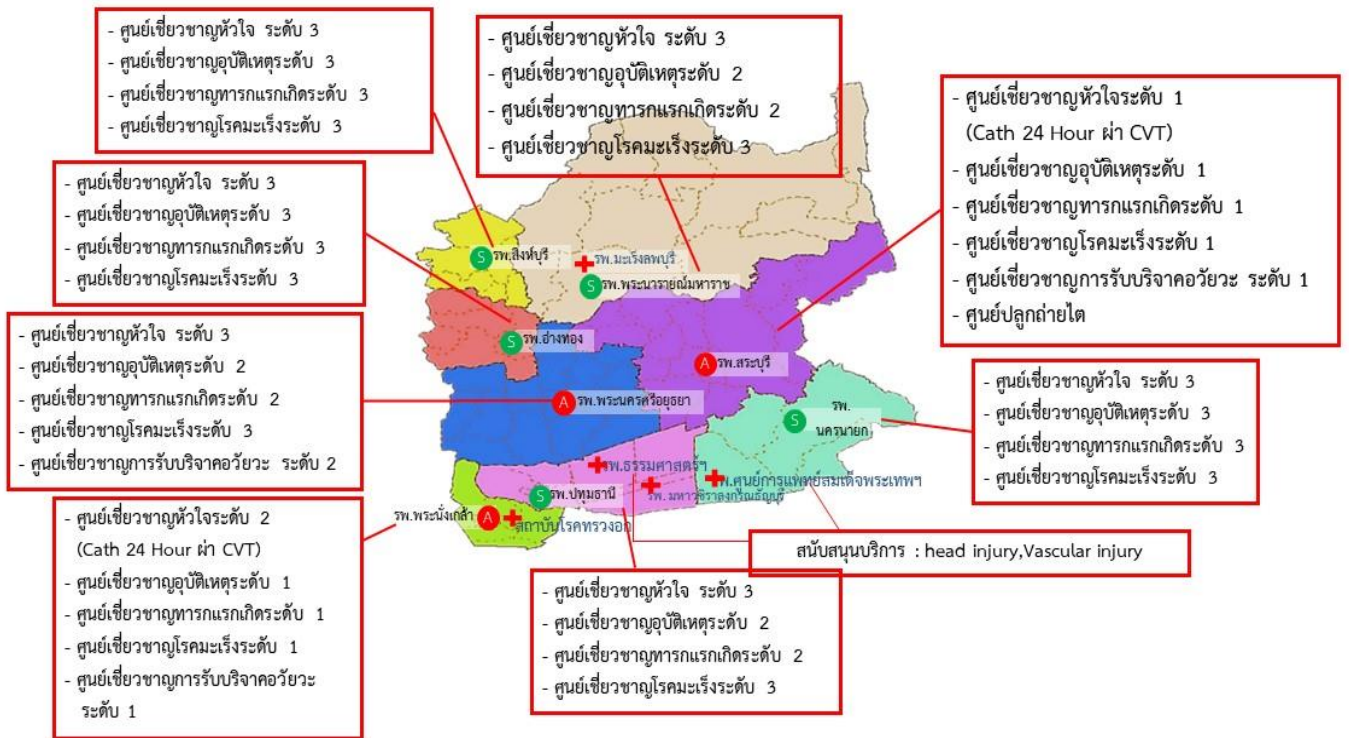
ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	จำนวน (เตียง)					
		เตียง ICU	เตียง NICU	เตียง CCU	เตียง ICU แผนกอื่น	รวมเตียง ICU	ห้องผ่าตัด
<b>จังหวัดอ่างทอง</b>							
รพ.อ่างทอง	S	0	8	0	0	28	10
รพ.วิเศษชัยชาญ	F1	0	0	0	85	0	3
รพ.แสวงหา	F2	0	0	0	48	0	0
รพ.โพธิ์ทอง	F2	0	0	0	60	0	2
รพ.ไชโย	F2	0	0	0	36	0	0
รพ.ป่าโมก	F2	0	0	0	54	0	0
รพ.สามโก้	F3	0	0	0	33	0	0
<b>จังหวัดนครนายก</b>							
รพ.นครนายก	S	0	6	0	0	22	8
รพ.บ้านนา	F2	0	0	0	31	0	0
รพ.องครักษ์	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.ปากพลี	F3	0	0	0	0	0	0
<b>รวมทั้งหมด</b>		<b>78</b>	<b>94</b>	<b>8</b>	<b>1,212</b>	<b>416</b>	<b>143</b>

ที่มา : กองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2565

### 1.7.3 การกำหนดระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์



## การพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญ



ภาพที่ 4 การกำหนดระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 4

## 2. นโยบาย เขตสุขภาพที่ 4

### 2.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม



#### CORE VALUE

#### REGION 4 PLUS



- MASTERY
- ORIGINALITY
- PEOPLE CENTERED APPROACH
- HUMILITY

- C Creative
- E Ethics
- N Non Profit Desires Performance
- T Team
- R Remember Marit of Social
- A Accountability
- L Learning



**เป้าหมาย :** ประชาชนสุขภาพดีพึ่งตนเองทางสุขภาพ  
เจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายมีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน



## ยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 4

- 1) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนด้วยกระบวนการประชารัฐ
- 2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- 3) พัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรในเขตสุขภาพเพื่อมุ่งมั่นสู่เขตสุขภาพชั้นนำ
- 4) พัฒนาระบบบริการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่ออภิบาลระบบสุขภาพนำประชาชนสู่สุขภาพที่ดี

## 2.2 การขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับเขต

### 2.2.1 ประเด็นมุ่งเน้น เขตสุขภาพที่ 4



## 2.2.2 กลไกการบริหารจัดการระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ดังนี้

### ระดับเขต

1. คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ
2. คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ
3. คณะกรรมการ Chief Officer ได้แก่ (CIO, CSO, CFO, CHRO, CPPO, CKO, CPO, CDO, COO)
4. คณะกรรมการการขับเคลื่อนการดำเนินงานปฏิรูปเขตสุขภาพที่ 4 ตามเป้าหมายผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ 8 Big Rock
5. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตสุขภาพที่ 4
6. คณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (5 x 5)
7. คณะกรรมการตามระบบปัญหาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4

### ระดับจังหวัด

1. คณะกรรมการคณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุขวางแผนและประเมินผล (กwap)
2. คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ.)
3. คณะกรรมการบริหารและจัดหาระบบคอมพิวเตอร์

### ระดับอำเภอ

1. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.)
2. คณะกรรมการด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ (Data Center) ระดับอำเภอ



## 2.3 นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

การขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่อนาคตสาธารณสุขสำหรับปี 2565 ให้มีความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติเพื่อเทิดพระเกียรติพระบรมวงศ์ทุกพระองค์ และได้กำหนดประเด็นจุดมุ่งเน้นที่สำคัญในการดำเนินการให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน 10 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

### 2.3.1 นโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565

**นโยบายมุ่งเน้น กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565**

- 1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง**
  - ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน
  - พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ sw.สอ.
- 2. เศรษฐกิจสุขภาพ**
  - เพิ่มมูลค่านวัตกรรมผลิตภัณฑ์/บริการทางสุขภาพ นำสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ
- 3. สมุนไพร ภัยสุขภาพ ภัยชง**
  - พัฒนาพืชสมุนไพร ภัยสุขภาพ ภัยชง กระเทียม และภูมิปัญญาไทย
- 4. สุขภาพวิถีใหม่**  
Living with COVID-19
- 5. COVID-19**
  - Smart Control
  - Vaccine Coverage
- 6. ระบบบริการก้าวหน้า**
  - ผลิตต้น 30 นวัตกรรมสุขภาพ
  - พัฒนาศักยภาพรองรับผู้ป่วยโรคภัย และโรคทางเดินหายใจ
  - Innovative Healthcare Management : EMS (Environment modernize Smart Service)
- 7. ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม**
  - บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
  - ครบถ้วน BMTEC (Brain-Mental-Teeth - Eye&Ear - Cardio)
  - พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ
- 8. ภูมิคุ้มกัน**
  - ยึดหลักธรรมชาติบำบัด สอดคล้อง ปลอดภัย ประโยชน์ของประชาชน
  - พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางสุขภาพประชาชน
- 9. องค์กรแห่งความสุข**
  - พัฒนาองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพงานได้ผล คนเป็นสุข ปลอดภัย สร้างผู้นำรุ่นใหม่

ณ วันที่ 18 ต.ค. 64

## 2.3.2 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ปี 2565

# ยุทธศาสตร์ ความเป็นเลิศ ปี 2565

## 4

**ด้าน**  
**Excellences**

## 14

**แผนงาน**

## 38

**โครงการ**

**ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)**

**แผนงานที่ 1 :**  
การพัฒนาศูนย์สุขภาพวิถีชีวิตไทยยุคใหม่ (ต้นสุขภาพ)  
1) โครงการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพคนไทยยุคใหม่  
2) โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

**แผนงานที่ 2 :**  
การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ  
1) โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (WBO)

**แผนงานที่ 3 :**  
การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ  
1) โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ  
2) โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ  
3) โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

**แผนงานที่ 4 :**  
การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม  
1) โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

**ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)**

**แผนงานที่ 6 :**  
การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ  
1) โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ  
2) โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ OBU.

**แผนงานที่ 8 :**  
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)  
1) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
2) โครงการพัฒนาระบบบริการโรคไต โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง  
3) โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล  
4) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการกลืน  
5) โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยที่มีชีวิต  
6) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ  
7) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช  
8) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 6 สาขาหลัก  
9) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ  
10) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคเรื้อรัง  
11) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต  
12) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจิตวิทยา  
13) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ  
14) โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด  
15) โครงการบริการฟื้นฟูสภาพระยะยาว (Intermediate Care: IC)  
16) โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery: ODS  
17) โครงการกัญชาทางการแพทย์

**แผนงานที่ 7 :**  
การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของระบบการส่งต่อ  
1) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของระบบการส่งต่อ


**ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)**

**แผนงานที่ 11 :**  
การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลขององค์กรสุขภาพ  
1) โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส  
2) โครงการพัฒนาองค์กรสุขภาพ

**แผนงานที่ 12 :**  
การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ  
1) โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารภายในองค์กรสุขภาพแห่งชาติ  
2) โครงการ Smart Hospital


**แผนงานที่ 13 :**  
การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ  
1) โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน  
2) โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

**แผนงานที่ 14 :**  
การพัฒนาความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพ  
1) โครงการพัฒนาระบบวิจัยนวัตกรรมด้านสุขภาพและภาคโมดิฟายการแพทย์



**ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)**

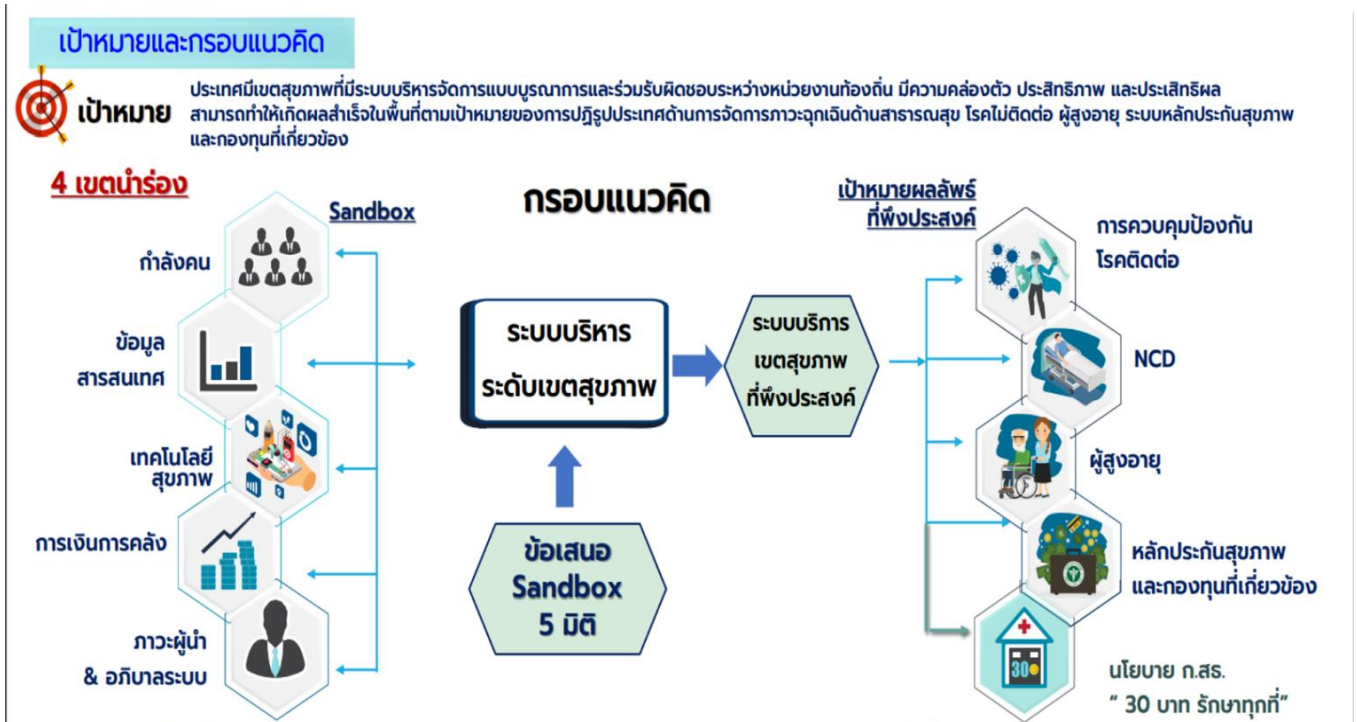
**แผนงานที่ 10 :**  
การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ  
1) โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ  
2) โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข  
กระทรวงสาธารณสุข



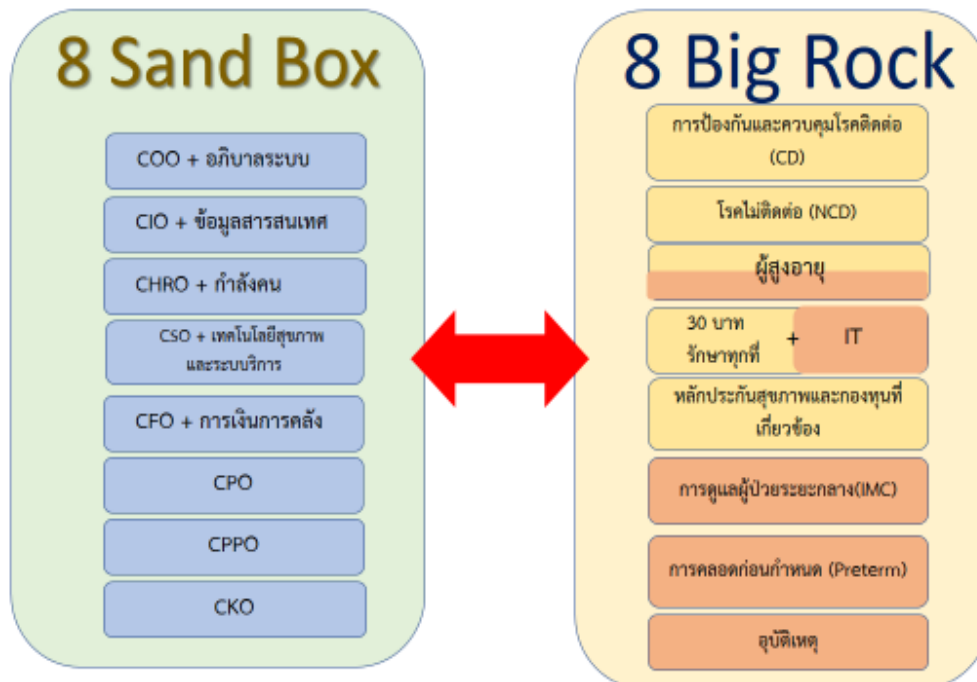
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## 2.4 นโยบายสำคัญการขับเคลื่อนเขตสุขภาพ

### 2.4.1 การปฏิรูปเขตสุขภาพนำร่อง



2.4.2 8 Sand Box 8 Big Rock ระดับเขตสุขภาพ



### ส่วนที่ 3 รายงานผลการดำเนินงานสำคัญ เขตสุขภาพที่ 4

#### 3.1 การดำเนินงานประเด็น Sand Box

##### 3.1.1 การดำเนินงานภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Chief Operation Officer : COO)

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

เขตสุขภาพที่ 4 เป็นเขตสุขภาพเพื่อการปฏิรูปการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ (เขตสุขภาพนำร่อง) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อการปฏิรูปการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ พ.ศ.2564 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความคล่องตัว โดยมีการบูรณาการความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างหน่วยราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตอบสนองต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง

จากระเบียบดังกล่าวได้มีการกำหนดให้เขตสุขภาพมีคณะกรรมการในการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพ 2 คณะ ได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ และคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ โดยมีสำนักงานเขตสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการทั้ง 2 คณะ และคณะกรรมการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

#### 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

จากการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา เขตสุขภาพได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการต่าง ๆ เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1) คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ
- 2) คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ
- 3) คณะอนุกรรมการ Chief Officer

ซึ่งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการได้ดำเนินการตามภารกิจ และบทบาทหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย โดยผ่านการประชุมหารือ และกำหนดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ รายละเอียดดังตาราง

องค์คณะ	จำนวนครั้งที่ประชุม	มติการประชุม
คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ	3 ครั้ง	วางระบบการบริการสุขภาพของเขต จำนวน 2 ประเด็น ได้แก่ IMC และผู้สูงอายุ โดยตั้งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ	8 ครั้ง	ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ และระบบบริหารงานของเขตสุขภาพ มุ่งเน้นที่การบริหารทรัพยากร และการบริหารงบประมาณ

นอกจากการดำเนินงานเกี่ยวกับคณะกรรมการชุดต่าง ๆ แล้ว เขตสุขภาพยังได้จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี เพื่อใช้กำกับการดำเนินงานของสำนักงานเขตสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปีงบประมาณ 2565 มีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของเขตสุขภาพ ซึ่งคณะทำงานได้ลงความเห็นแล้วว่ายังคงใช้วิสัยทัศน์ และพันธกิจเดิม เนื่องจากยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตามนโยบาย เขตสุขภาพที่ 4 โดยมี วิสัยทัศน์ คือ เป็นเขตสุขภาพชั้นนำ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งสู่สภาวะที่ดีของประชาชนที่ยั่งยืน และพันธกิจ คือ พัฒนาระบบสุขภาพด้วยกระบวนการประชาธิปไตย และเพื่อให้การดำเนินงานของเขตสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมาย ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ ได้กำหนดให้สำนักงานเขตสุขภาพมีกิจกรรม “สถานที่ทำงานน่าอยู่” ซึ่งผลการดำเนินงานของสำนักงานเขตสุขภาพ เป็นดังนี้

ตามเกณฑ์ Happy Work place (HWP) “สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี และมีชีวิตชีวา สมดุลชีวิต”

นอกจากการพัฒนาสำนักงานเขตในเชิงโครงสร้างแล้ว ยังพัฒนาบุคลากรในสำนักงานในประเด็นการถอดบทเรียนในประเด็น 8 Big rock ได้แก่

- 1) การดำเนินงานการป้องกันโรคติดต่อ (Communicable Diseases: CD)
- 2) การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs)
- 3) การดำเนินงานผู้สูงอายุ
- 4) การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้อง
- 5) การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่
- 6) การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)
- 7) การดำเนินงานการคลอดก่อนกำหนด (Preterm)
- 8) การดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน (Road Traffic Injury)

### 3. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

การดำเนินงานในปี 2565 ยังพบในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระเบียบด้านการเงินที่ยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดความซับซ้อนด้านการบริหารงบประมาณ โดยเฉพาะเงินบำรุง ซึ่งกระทรวงจะต้องสร้างความชัดเจนโดยเฉพาะระเบียบการใช้เงินบำรุงของสำนักงานเขตสุขภาพ

### 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

1) ติดตามการดำเนินงานในประเด็นเข็มมุ่งปี ๒๕๖๖ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการกำหนดไว้ โดยผนวกกับการออกตรวจราชการ

2) พัฒนาสำนักงานเขตสุขภาพให้มีมาตรฐานในการบริหารจัดการสำนักงานงานภาครัฐ เช่น PMQA สถานที่ทำงานน่าอยู่ สำนักงานสีเขียว เป็นต้น

### 3.1.2 การดำเนินงานด้านกำลังคน (Chief Human Resource Officer : CHRO)

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามนโยบายการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้มีการปฏิรูปการบริหารในเขตสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามแผนปฏิรูปด้านสาธารณสุข อันจะก่อให้เกิดความคล่องตัวและตอบสนองต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงในเขตสุขภาพ ทำให้เกิดการกระจายอำนาจการบริหารจากส่วนกลางไปส่วนภูมิภาค ทั้งนี้ เพื่อให้เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการ และแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ตรงประเด็นมากขึ้น ไม่ติดกรอบกับนโยบายระดับชาติ อีกทั้งยังสามารถดึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติงานได้อย่างดี เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ และมีทิศทางการดำเนินงาน การบริหารจัดการในเขตสุขภาพ โดยการนำกลไก Sandbox มาขับเคลื่อนการบริหารจัดการเขตสุขภาพในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ดังนี้

1.1 ด้านกำลังคน เกิดการบูรณาการกำลังคนของทุกภาคส่วน เข้ามาร่วมกันดำเนินงานด้านสุขภาพ และเป็นการกระจายอำนาจการบริหารจัดการกำลังคนในเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ

1.2 ด้านข้อมูลสารสนเทศ มีการวางระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพของประชาชนในเขตสุขภาพ โดยรวมเป็นฐานข้อมูลเดียว ประชาชนไม่ต้องใช้ไป refer และโรงพยาบาลในเขตสุขภาพสามารถดูข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยได้แบบ real time รวมทั้งพัฒนาระบบ HIS Gateway เพื่อรองรับการขยายการดำเนินงานด้าน IT ของเขตสุขภาพ

1.3 ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ เกิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพที่ลดขั้นตอน และช่วยให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นได้ เช่น การคัดกรอง NCD ในระดับหมู่บ้าน/ตำบล โดยใช้ระบบ Health station

ซึ่งสามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังระบบ Cloud ได้ นำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของประชาชน นำไปวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.4 ด้านการเงินการคลัง เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในเขตสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการเงินการคลัง นำเงินงบประมาณที่กระจายอยู่ในพื้นที่มาร่วมกันดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด มีการระดมทุนด้านสุขภาพ

1.5 ด้านอภิบาลระบบ มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่เปิดเสรีภายในเขตสุขภาพ ซึ่งเกิดความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ลดขั้นตอนที่ซับซ้อน มีโครงสร้างการบริหารที่เป็นรูปธรรม มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของเขตสุขภาพ เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานภายในเขตสุขภาพ ข้อดีของการนำกลไก Sandbox มาขับเคลื่อนการบริหารจัดการเขตสุขภาพ

1. เป็นกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการองค์กรตามที่ WHO กำหนด คือ Six Building Blocks of a Health System ซึ่งเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและได้รับการยอมรับกันอย่างทั่วถึง ส่งผลให้เกิดการวิเคราะห์ข้อมูลระบบสุขภาพได้อย่างรอบด้านมากขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของเขตพื้นที่ได้ดีขึ้น ตอบสนองความต้องการของประชาชน ครอบคลุมด้านการเงิน และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ



2. ใช้ Sandbox ที่กำหนดไว้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนที่ไร้กรอบ ทดลองใช้ระบบบริหารจัดการในรูปแบบใหม่ๆ ได้อย่างเป็นอิสระทางความคิด ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถปรับแนวทางการทำงานได้ตามบริบทของเขตสุขภาพ

#### ข้อจำกัดของการนำกลไก Sandbox มาขับเคลื่อนการบริหารจัดการเขตสุขภาพ

1. บาง Sandbox ยังติดกรอบการบริหารจัดการอยู่ในบ้างประเด็น เช่น การบริหารการเงิน การพัสดุ การบริหารกำลังคน เป็นต้น

2. ระดับผู้ปฏิบัติงานยังไม่เข้าใจแนวคิดของ Sandbox ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ในการปฏิรูประบบงาน ทำให้ไม่เข้าใจแนวทางที่ชัดเจนในการทำงาน

## 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

การบริหารทรัพยากรบุคคล สนับสนุนการดำเนินงานเขตสุขภาพปฏิรูป มีการกระจายอำนาจการบริหารจากส่วนกลางไปส่วนภูมิภาค เพื่อให้เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ตรงประเด็นมากขึ้น จึงได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 654/2564 เรื่อง แต่งตั้งผู้อำนวยการสำนักงานที่ 1 เขตสุขภาพที่ 4 เขตสุขภาพที่ 9 และเขตสุขภาพที่ 12 เพื่อบริหารจัดการงานในสำนักงานเขตสุขภาพที่เป็นเขตปฏิรูปนำร่องในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และมีการมอบอำนาจให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ จำนวน 4 เขต ดังกล่าว ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีประเด็นตามคำสั่งมอบอำนาจและขอบเขตการดำเนินการ ดังนี้

ลำดับ	ประเด็นการมอบอำนาจ	ขอบเขตการดำเนินการ
1	การบริหารกรอบอัตรากำลัง/ให้ความเห็นขอการขอใช้ตำแหน่ง	บริหารกรอบอัตรากำลังหน่วยงานภายในเขตสุขภาพ ขยาย ปรับ เกื้อหนุน ไม่เกินกรอบภาพรวมเขต (100%)
2	การบริหารตำแหน่งว่าง	อนุมัติให้ใช้ตำแหน่งว่างของหน่วยงานภายในเขตสุขภาพ กรณีไม่เป็นการเปลี่ยนตำแหน่ง หรือเกลี้ยตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษลงไป
3	การคัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้ง ระดับชำนาญการพิเศษ	คัดเลือกและมีคำสั่งแต่งตั้ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และหัวหน้าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป
4	ให้ความเห็นขอการบรรจุแต่งตั้ง	- บรรจุแต่งตั้งระดับชำนาญการพิเศษ - เลื่อนระดับประเภทวิชาการ ชำนาญการพิเศษและประเภททั่วไปอาวุโส
5	การโอน การย้าย	เห็นชอบการโอน การย้าย ระดับอาวุโสลงมา

ลำดับ	ประเด็นการมอบอำนาจ	ขอบเขตการดำเนินการ
6	การประเมินผลการปฏิบัติราชการ	เห็นชอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของผู้ปฏิบัติงาน ณ สำนักงานเขตสุขภาพ รวมถึงผู้มาช่วยราชการ ณ สำนักงานเขตสุขภาพ
7	การบริหารวงเงินเลื่อนข้าราชการ	เห็นชอบการบริหารวงเงินของข้าราชการของผู้ปฏิบัติงาน ณ สำนักงานเขตสุขภาพ รวมถึงผู้มาช่วยราชการ ณ สำนักงานเขตสุขภาพ
8	การประเมินผลงานทางวิชาการ	เห็นชอบการประเมินผลงานทางวิชาการของข้าราชการภายในเขตสุขภาพ
9	การอนุมัติปรับระดับชั้นงาน/การเปลี่ยนตำแหน่งของลูกจ้างประจำ	อนุมัติค่าขอปรับระดับชั้นงาน/ค่าขอเปลี่ยนตำแหน่งสายงานของลูกจ้างประจำ
10	การดำเนินการทางวินัย	รับทราบผลการดำเนินการทางวินัยของหน่วยงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

## 2.1 ผลการดำเนินงานตามคำสั่งมอบอำนาจ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 753/2564 ลงวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 4 เขตสุขภาพที่ 9 และเขตสุขภาพที่ 12 และคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ 1793/2564 ลงวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 4 เขตสุขภาพที่ 9 และเขตสุขภาพที่ 12 มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

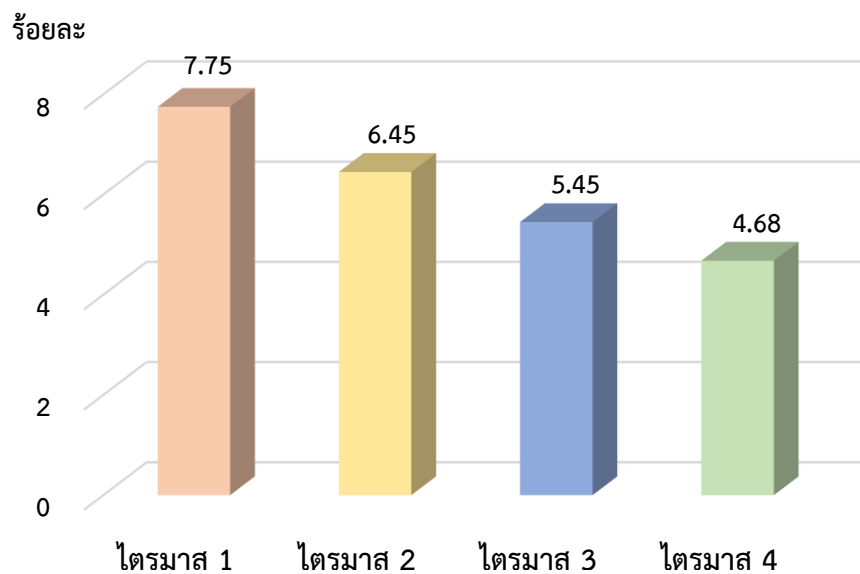
ลำดับที่	เรื่องที่ยอมให้ดำเนินการ	อำนาจ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	อำนาจ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ
1	การบริหารอัตรากำลัง 1) การอนุมัติใช้กรอบอัตรากำลัง (เกิน 100%) 2) การอนุมัติใช้กรอบอัตรากำลัง (เกิน 80% ไม่เกิน 100%)	2 สายงาน 9 หน่วยงาน -	- 22 สายงาน 73 หน่วยงาน
2	การอนุมัติใช้ตำแหน่งว่าง	อนุมัติ 1,284 อัตรา	เห็นชอบ 1,284 อัตรา
3	- การจัดทำคำสั่งเลื่อนข้าราชการ ประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ	21 ราย	-

ลำดับที่	เรื่องที่มีมอบให้ดำเนินการ	อำนาจ ผู้ตรวจ ราชการกระทรวง สาธารณสุข	อำนาจ ผู้อำนวยการ สำนักงานเขตสุขภาพ
	- การจัดทำคำสั่งเลื่อนข้าราชการ ประเภทวิชาการ ระดับ ชำนาญการพิเศษ และระดับอาวุโสลงมา		
4	การประเมินผลการปฏิบัติราชการข้าราชการระดับเชี่ยวชาญ ขึ้น ไป	417 ราย	-
5	การบริหารการเงินและการเลื่อนเงินเดือนข้าราชการ 1) บริหารการเงิน ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 และ 1 เมษายน 2565 ประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ ขึ้นไป 2) การเลื่อนเงินเดือนข้าราชการ โดยใช้ผลการประเมิน ระดับ ชำนาญการพิเศษ	417 ราย 17 ราย	- -
6	อนุมัติคำสั่งให้ข้าราชการได้รับเงินเพิ่มพิเศษ พ.ต.ก.	2 ราย	-
7	ลงนามคำสั่งรับโอน/ให้โอน ข้าราชการ 1) ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษลงมา 2) ประเภททั่วไป ระดับอาวุโสลงมา	17 ราย -	- 5 ราย
8	การบริหารการเงินและการเลื่อนเงินเดือนข้าราชการของ ข้าราชการและพนักงานราชการที่มาปฏิบัติราชการที่สำนักงาน เขตสุขภาพที่ 4 1) ประเภทข้าราชการ รอบ 1 เมษายน 2565 และ 1 ตุลาคม 2565 2) ประเภทพนักงานราชการ รอบ 1 ตุลาคม 2565	- -	18 ราย 14 ราย
9	ลงนามคำสั่ง ย้ายข้าราชการ/ให้ข้าราชการปฏิบัติราชการ (ย้าย ออนไลน์) 1) ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษลงมา 2) ประเภททั่วไป ระดับอาวุโสลงมา 3) ย้ายแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร	ย้าย 5 ราย/ ปฏิบัติ 1 ราย - ย้าย 7 ราย/ ปฏิบัติ 2 ราย	- ย้าย 2 ราย -
10	การจัดทำคำสั่งย้ายข้าราชการ ระดับเชี่ยวชาญ	3 ราย	-
11	การจัดทำคำสั่งให้ข้าราชการลาออก ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ	2 ราย	-

ลำดับที่	เรื่องที่ยื่นขอให้ดำเนินการ	อำนาจ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	อำนาจ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ
12	การพิจารณากลับกรองผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะเข้ารับการประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ	-	24 อัตรา 47 ราย
13	การปรับระดับชั้นงานลูกจ้างประจำ	-	31 ราย
14	การประเมินผลงานทางวิชาการ	รวมดำเนินการแล้ว 361 ราย	

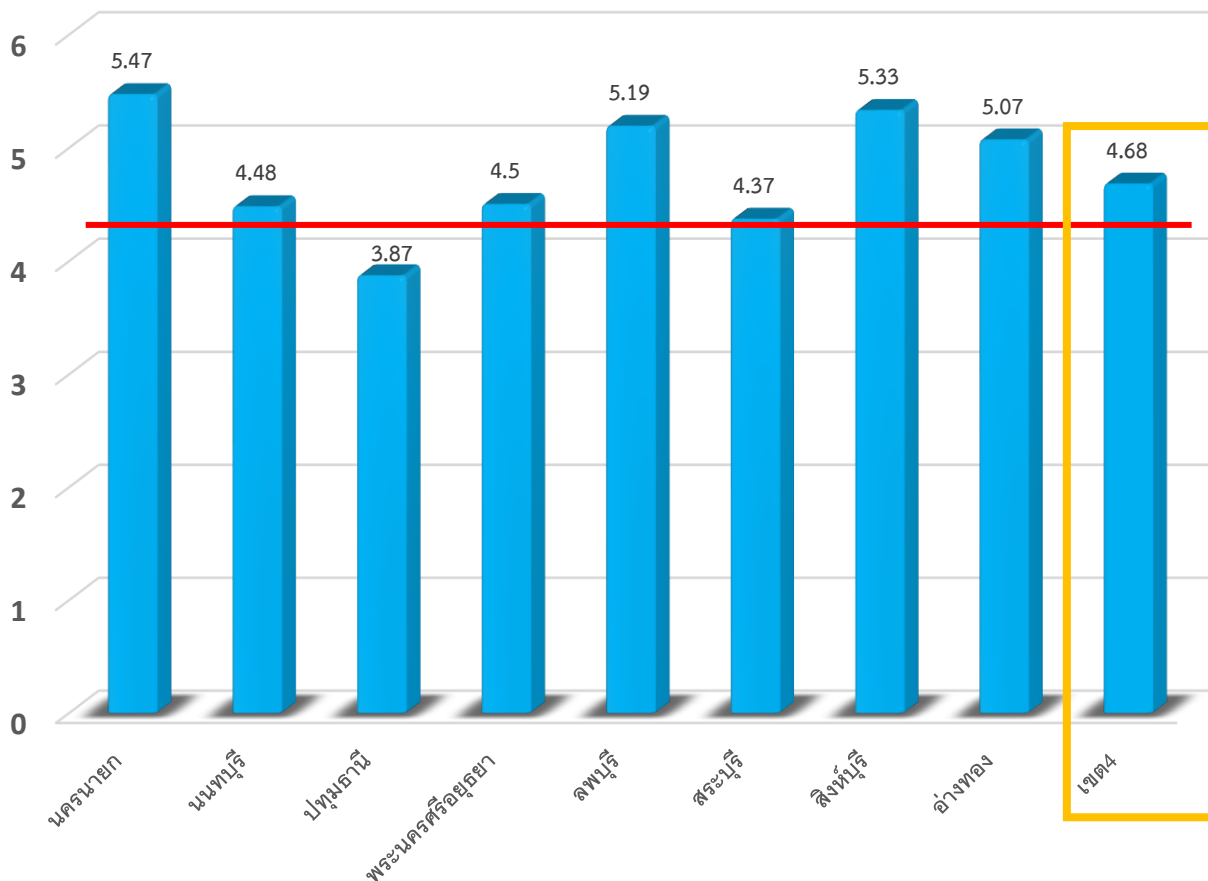
## 2.2 การบริหารตำแหน่งว่างข้าราชการ

เขตสุขภาพที่ 4 มีตำแหน่งว่างข้าราชการ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 จำนวน 1,458 อัตรา คิดเป็นร้อยละอัตรว่าง 7.75 ไตรมาสที่ 2 ลดลงเหลือร้อยละ 6.45 ไตรมาสที่ 3 ลดลงเหลือร้อยละ 5.45 และไตรมาสที่ 4 ลดลงเหลือร้อยละ 4.68



แผนภูมิที่ 1 ร้อยละการบริหารตำแหน่งว่างไตรมาส 1 - 4

## ร้อยละ



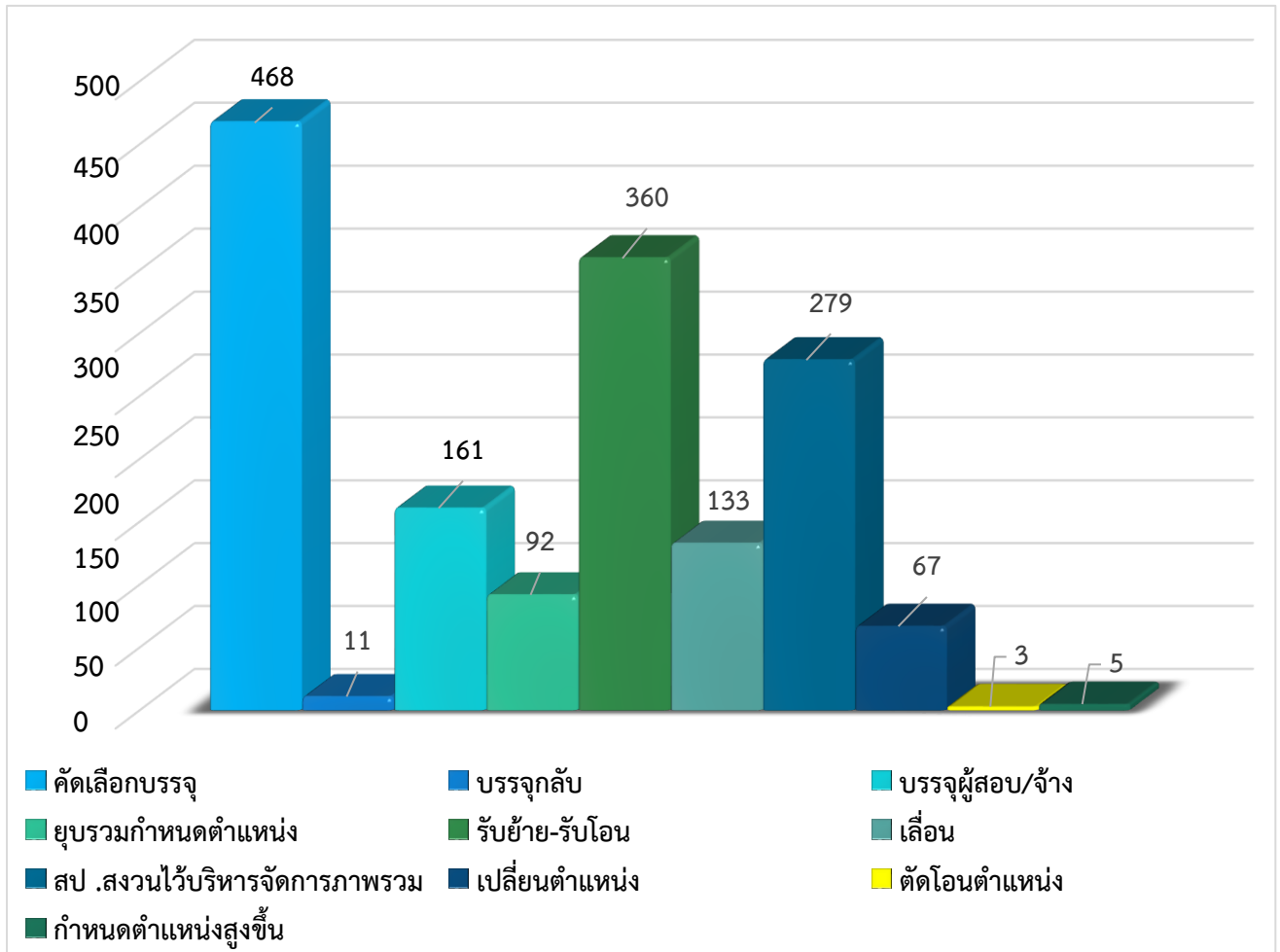
### แผนภูมิที่ 2 การบริหารตำแหน่งว่างข้าราชการ จำแนกรายจังหวัด ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

ภาพรวมร้อยละตำแหน่งว่างเขตสุขภาพที่ 4 ลดลงเหลือร้อยละ 4.68 จังหวัดที่มีการบริหารจัดการตำแหน่งว่างลดลงเหลือน้อยที่สุด ร้อยละ 3.87 ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี รองลงมา ได้แก่ จังหวัดสระบุรี ร้อยละ 4.37 จังหวัดนนทบุรีร้อยละ 4.48 จังหวัดพระนครศรีอยุธยาร้อยละ 4.50 จังหวัดอ่างทองร้อยละ 5.07 จังหวัดลพบุรีร้อยละ 5.19 จังหวัดสิงห์บุรีร้อยละ 5.33 และจังหวัดที่มีร้อยละตำแหน่งว่าง มากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนครนายกร้อยละ 5.47

### 2.3 การจัดทำแผนบริหารอัตรากำลัง

เขตสุขภาพที่ 4 โดยท่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลของเขตสุขภาพ จึงให้มีการดำเนินการจัดกิจกรรมการจัดทำแผนบริหารอัตรากำลัง 5 ประเภทการจ้างงาน ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราว โดยมีอาจารย์ภาวนา เพ็ญผาสุข ที่ปรึกษาด้านกำลังคนเขตสุขภาพที่ 4 มาช่วยแนะนำ ให้คำชี้แนะในการจัดทำแผน ทั้งนี้ ได้เชิญผู้บริหารส่วนราชการ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 8 จังหวัด 20 หน่วยงาน มาร่วมระดมความคิดและช่วยกันจัดทำแผนบริหารอัตรากำลัง ทำให้เกิดแผนบริหารอัตรากำลังของเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 5 แผน ได้แก่ แผนบริหารตำแหน่งว่าง แผนบริหารตำแหน่งจะว่าง แผนปรับปรุงกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น แผนการยุบตำแหน่ง และแผนบริหารตำแหน่งไม่ตรง จ.18

จำนวนตำแหน่งว่าง (อัตรา)



แผนภูมิที่ 3 แผนการบริหารตำแหน่งว่างข้าราชการ เขตสุขภาพที่ 4

ปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 4 มีแผนบริหารตำแหน่งว่างและแนวทางการบริหารจัดการตำแหน่งว่าง รวมจำนวน 1,579 อัตรา ได้แก่ การคัดเลือกบรรจุ จำนวน 468 อัตรา การบรรจุกลับเข้ารับราชการ จำนวน 11 อัตรา การบรรจุผู้สอบแข่งขัน จำนวน 161 อัตรา การยุบรวมกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น จำนวน 92 อัตรา การรับย้าย/รับโอนข้าราชการ จำนวน 360 อัตรา การเลื่อนข้าราชการ จำนวน 133 อัตรา การบริหารจัดการตำแหน่งว่างที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสงวนไว้บริหารภาพรวม จำนวน 279 อัตรา การเปลี่ยนตำแหน่งข้าราชการ จำนวน 67 อัตรา การตัดโอนตำแหน่งว่าง จำนวน 3 อัตรา และการกโหนดตำแหน่งสูงขึ้น จำนวน 5 อัตรา



## ภาพที่ 1 กิจกรรมการประชุมจัดทำแผนการบริหารตำแหน่ง เขตสุขภาพที่ 4

### 2.4 การดำเนินงานด้าน HR SANDBOX

เนื่องจากประชากรในเขตสุขภาพที่ 4 กำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.63 มีผู้สูงอายุ หรือผู้พิการที่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงสูงขึ้น เนื่องจากการป่วยโดยโรค NCD ที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เฉลี่ยปีละ 12,700 ราย ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่จนรอดชีวิตเฉลี่ยปีละ 10,900 ราย โดยยังมีผู้ป่วยร้อยละ 27 หรือประมาณ 3,000 ราย ที่ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องการการดูแลในระยะกลาง ทำให้ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะกลาง ซึ่งเขตสุขภาพที่ 4 มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู มีจำนวน 6 ราย นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย มีจำนวน 3 ราย นักกิจกรรมบำบัด มีจำนวน 13 ราย นักกายภาพบำบัด มีจำนวน 239 ราย ช่างกายอุปกรณ์ มีจำนวน 10 ราย และนักกายอุปกรณ์ มีจำนวน 2 ราย ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย จึงได้มีการเสนอแนวคิด “รูปแบบการจ้างงานที่หลากหลาย” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีบุคลากรที่เพียงพอต่อการให้บริการตั้งแต่ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัดและเขตสุขภาพ มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีความสามารถในการให้บริการด้าน IMC โดยใช้รูปแบบการจ้างงานแบบพิเศษ โดยให้ได้รับเงินเดือนเทียบเท่ากับเอกชน และเพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมหรือชุมชนได้อย่างปกติ “เปลี่ยนภาวะเป็นพลัง” และเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน ซึ่งเขตสุขภาพที่ 4 ได้เสนอแนวทางดังกล่าวให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการต่อไปเรียบร้อยแล้ว

### 2.5 การดำเนินการด้านงบประมาณ

ปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 4 สนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานด้านกำลังคน (HR SANDBOX) จำนวน 2,000,000 บาท เพื่อนำไปใช้ในกิจกรรมการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องสำหรับการพัฒนาบุคลากร ซึ่งในส่วนนี้ยังไม่ได้มีการนำเงินงบประมาณดังกล่าวมาใช้ เนื่องจาก ไม่สามารถดำเนินการจัดกิจกรรมได้ทันภายในระยะเวลาที่กำหนด ประกอบกับการเขียนโครงการยังไม่ครอบคลุม และตรงตามวัตถุประสงค์ที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงต้องนำกลับมาทบทวนกิจกรรม การดำเนินการใหม่ เพื่อให้มีการใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 3. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

### 3.1 ปัญหาอุปสรรค

1) โครงสร้างการบริหารงานของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 ยังไม่ชัดเจน เช่น การบริหารงานที่เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรภายในสำนักงานเขตสุขภาพตาม จ.18 ขึ้นอยู่กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีซึ่งเป็นที่ตั้งของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 ในขณะที่สายบังคับบัญชาขึ้นอยู่กับผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามลำดับ

2) ทิศทาง นโยบายการดำเนินงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลระดับเขตสุขภาพไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารใหม่ ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง

3) ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ ความเข้าใจ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน

4) การเปลี่ยนแปลงของบุคลากรด้านงานบุคคลมีการเข้าและออกอยู่ตลอดเวลา ทำให้ต้องมีการเรียนรู้งานและสอนงานใหม่

5) การปรับ เปลี่ยน กฎ ระเบียบ หลักเกณฑ์ ต่างๆ ทำให้ต้องมีการศึกษา เรียนรู้และทำความเข้าใจอยู่ตลอดเวลา

6) การดำเนินงานตามคำสั่งมอบอำนาจซึ่งเป็นงานใหม่ ทำให้มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น และต้องมีการศึกษา กฎ ระเบียบ และขั้นตอนการดำเนินงาน ทำให้บางครั้งเกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน

### 3.2 ข้อเสนอแนะ

1) สนับสนุนให้สำนักงานเขตสุขภาพมีโครงสร้างการบริหารงานที่ชัดเจน บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตสุขภาพในปัจจุบัน ควรได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ (เป็นกรณีพิเศษ) เพื่อสร้างขวัญกำลังใจและความคงอยู่ของบุคลากร รวมถึงมี Career Path ที่ชัดเจน เพื่อดึงคนที่มีความรู้ความสามารถให้อยู่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตสุขภาพ

2) มีการกำหนดทิศทางด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลระดับเขตสุขภาพที่ชัดเจน ประสานความร่วมมือและสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3) จัดอบรมและพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล

4) ส่งเสริมให้แต่ละหน่วยงานมีการจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้เป็นแหล่งความรู้ที่สามารถส่งต่อให้กับบุคลากรใหม่ๆ ได้

5) ศึกษา เรียนรู้ ทำความเข้าใจและปรับตัวให้ทันกับกฎ ระเบียบ หลักเกณฑ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจสอบถามผู้ที่มีความรู้ความสามารถจากส่วนกลาง หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

6) กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่งผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน มาช่วยปฏิบัติงานที่สำนักงานเขตสุขภาพที่เป็นเขตนาร่องเป็นการประจำ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7) การสรรหาบุคลากร เช่น การจ้างงานที่หลากหลายภายใต้รูปแบบสัญญาจ้าง หรือการจ้างเฉพาะงานที่จำเป็นต่อภารกิจ

## 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

4.1 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ "การบริหารอัตรากำลังทุกประเภทการจ้างงาน เขตสุขภาพที่ 4" ปีงบประมาณ 2566

วัตถุประสงค์ เพื่อจัดทำแผนบริหารอัตรากำลัง และพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานบริหารทรัพยากรบุคคล ให้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดทำแผนบริหารอัตรากำลัง ของหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 4

เป้าหมาย ผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานเขตสุขภาพ

4.2 โครงการฝึกอบรมพัฒนางานด้านการบริหารงานทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2566



วัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานด้านทรัพยากรบุคคลทุกระดับในเขตสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพ และ HR SANDBOX

เป้าหมาย ผู้บริหารทุกระดับ นักทรัพยากรบุคคล ผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลในเขตสุขภาพ

4.3 โครงการฝึกอบรมพัฒนางานด้านการบริหารงานทั่วไป เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2566

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้ ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มงานบริหารทั่วไปทุกระดับในเขตสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพ และ HR SANDBOX

เป้าหมาย ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงิน การบัญชี ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานเขตสุขภาพ

### 3.1.3 การดำเนินงานด้านสารสนเทศด้านสุขภาพ (Chief Information Officer : CIO)

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เขตสุขภาพที่ 4 เป็นเขตสุขภาพนำร่องการปฏิรูปด้านสุขภาพ ตามนโยบายการปฏิรูปประเทศ โดยกำหนดให้มีการปฏิรูปตามกล่องภารกิจ 5 ด้าน(Sand Box) เพื่อให้เกิดเป้าหมายผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ 5 ด้าน(Big Rock) โดยกล่องภารกิจด้านข้อมูลและสารสนเทศ เป็นนโยบายมุ่งเน้นที่สำคัญ เพื่อให้ประชาชนเข้ารับบริการสุขภาพด้วยชุดข้อมูลสุขภาพของตนเองได้จากโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างไร้รอยต่อ โดยมีการกำกับดูแลอย่างมีธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยี มีการดำเนินงานเป็นไปตามแนวปฏิบัติได้อย่างยั่งยืนภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562 ซึ่งแต่ละจังหวัดมีการจัดทำ Data Center ของแต่ละจังหวัด แต่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงในภาพเขตสุขภาพที่ 4 ได้ และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้หน่วยบริการสาธารณสุข เชื่อมโยงข้อมูลการบริการผู้ป่วยผ่านระบบ HIS Gateway ไปที่ศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับระบบระเบียบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (Personal Health Record: PHR) และเป็นคลังข้อมูลด้านสุขภาพของระดับประเทศ และระดับเขตสุขภาพ

ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 4 ได้ดำเนินการติดตั้งระบบ HIS Gateway เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพไปยังศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 30 พฤษภาคม 2565 ผลพบว่าในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน จำนวนทั้งหมด 72 แห่ง ดำเนินการติดตั้งไปแล้วจำนวน 71 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 98.61 โดยสามารถส่งข้อมูลไปยังศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข ได้จำนวน 40 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.56 และยังไม่มีการติดตั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไรก็ตามแม้ว่าหากสามารถส่งข้อมูลไปยังกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง เขตสุขภาพที่ 4 จำเป็นต้องมีคลังข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับรองรับการใช้งานข้อมูลจากหน่วยบริการ เพื่อจัดเก็บข้อมูลรองรับการใช้งานข้อมูลต่าง ๆ ในรูปแบบของ Web Application และ Dashboard เพื่อการบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของเขตสุขภาพ รวมถึงเพื่อคืนข้อมูลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเองได้

#### 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

##### 2.1 การเชื่อมโยงระบบ HIS Gateway

ในปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 4 ได้ดำเนินการติดตั้งระบบ HIS Gateway เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพไปยังศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2565 ผลพบว่าในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน จำนวนทั้งหมด 72 แห่ง ดำเนินการติดตั้งไปแล้วจำนวน 71 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 98.61 โดยสามารถส่งข้อมูลไปยังศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข ได้จำนวน 61 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84.72 และยังไม่มีการติดตั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ 1 : แสดงผลการส่งข้อมูลผ่านระบบการเชื่อมโยง HIS Gateway จำแนกรายจังหวัด  
ของเขตสุขภาพที่ 4

ลำดับ	จังหวัด	สพ. สว. สข. ติดตั้งโปรแกรมเชื่อมโยง HIS Gateway				
		สว.ทั้งหมด (แห่ง)	จำนวนที่ส่งข้อมูล (สว.)	จำนวนที่ยังไม่ส่งข้อมูล (สว.)	คิดเป็น %	หมายเหตุ
1	นครนายก	4	4	0	100	สว.พระนครศรีอยุธยา อยู่ระหว่างรอศูนย์เทคโนโลยี พัฒนาฐานข้อมูลของ HIS Home C เพื่อใช้ในการ รับข้อมูลเข้า HIS Gateway
2	นนทบุรี	8	5	3	62.50	
3	ปทุมธานี	8	7	1	87.50	
4	พระนครศรีอยุธยา	16	15	1	93.75	
5	ลพบุรี	11	6	5	54.55	
6	สระบุรี	12	11	1	91.67	
7	สิงห์บุรี	6	6	0	100	
8	อ่างทอง	7	7	0	100	
<b>เขต 4</b>		<b>72</b>	<b>61</b>	<b>11</b>	<b>84.72</b>	

## 2.2 Application คู่กับหมอ “ระบบให้คำปรึกษา”

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการจัดระบบบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการสร้างคามเข้มแข็งให้ระบบบริการปฐมภูมิ ยกกระตักการให้บริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพ โดยเน้นการบริการสุขภาพเชิงรุก ได้มีการพัฒนา Application คู่กับหมอ ร่วมกันระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 ,สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และ บริษัท ทริปเปิลที บรอดแบนด์ จำกัด (มหาชน) ที่สามารถใช้งานได้ทั้งโทรศัพท์ที่ใช้ระบบ IOS และ Android เพื่อประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการและปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องรอเดินทางมาที่หน่วยบริการสาธารณสุข ดังคำที่ว่า “คู่กับหมอ ไม่ต้องรอมารโรงพยาบาล”

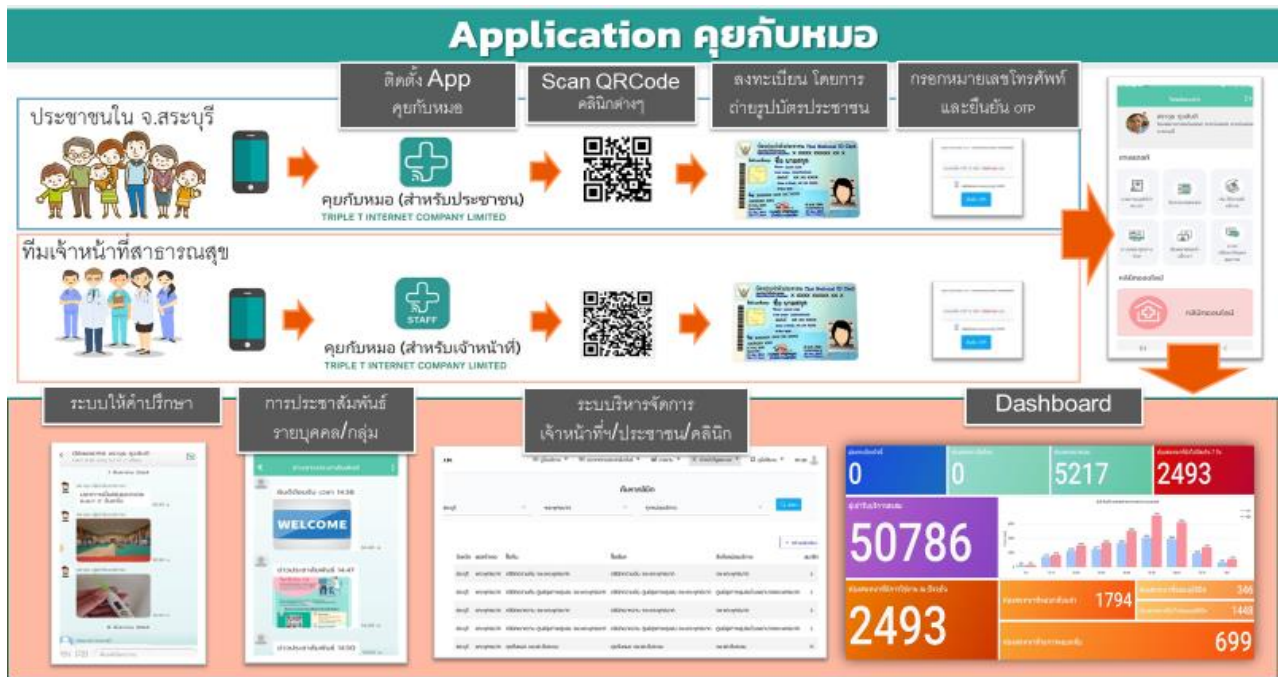
โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนสามารถขอคำปรึกษาปัญหาสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีการตั้งคลินิกให้คำปรึกษาเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันในระดับโรงพยาบาลทุกแห่ง (Clinic Based) และให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข (Area Based) ในรูปแบบ Private Chat ดังนี้

1. เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและประชาชน
2. ทำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นในการดูแลให้คำปรึกษา
3. ลดความเสี่ยงของบุคลากรทางการแพทย์ในการสัมผัสผู้ป่วย
4. แพทย์สามารถ VDO Call กับผู้ป่วยได้(หากจำเป็น)
5. ลดความแออัด โดยปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ได้โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล/หน่วยบริการสาธารณสุข

### เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดัน ในโรงพยาบาลทุกแห่ง
2. ผู้ป่วยด้วยโรค COVID-19
3. อาสาสมัครสาธารณสุข
4. ผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่เข้ารับการรักษาที่ รพ.สต.และโรงพยาบาล

## 5. ประชาชนทั่วไป



### ผลการดำเนินงาน

ข้อมูล ณ วันที่ 6 ตุลาคม ๒๕๖๕ จังหวัดสระบุรี มีประชาชนเข้าสมัครใช้งานจำนวน ๕๐,๗๘6 คน คิดเป็นร้อยละ ๙.๑๒ ของประชากร มีห้องสนทนาระหว่างประชาชนกับบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน ๕,๒๑๗ ห้องสนทนา โดยพบว่าเรื่องที่ประชาชนปรึกษา ๓ ลำดับแรกได้แก่ เวียนหัว/ปวดหัว ไข้ และท้องเสีย ตามลำดับ

### 2.3 การบริหารและจัดระบบคอมพิวเตอร์ ฯ เขตสุขภาพที่ 4

ได้ดำเนินการประชุมพิจารณาทั้งหมด 3 ครั้ง มีหน่วยบริการที่ส่งรายงานเพื่อพิจารณา 9 แห่ง จำนวน 10 โครงการ วงเงินรวมทั้งสิ้น 167,448,989.35 บาท ดังนี้

ตารางที่ 2 : แสดงผลการบริหารและจัดหาระบบคอมพิวเตอร์ ฯ ของเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ลำดับ	สังกัดหน่วยงาน	จำนวนโครงการ	ชื่อโครงการ	หน่วยงานเจ้าของเรื่อง	ประเภท	วงเงิน	แหล่งเงิน
1	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	1	โครงการจัดหาครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์สนับสนุนการปฏิบัติงาน และบริการ	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	Hardware ตรง เกณฑ์และไม่ตรงตามเกณฑ์ฯ	2,645,280	งบสนับสนุนจากแหล่งงานอื่น
2	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง	1	โครงการพัฒนาระบบบริการทรัพยากรองค์กร ERP : Enterprise Resource Planning	โรงพยาบาลไชโย	Software	2,996,000	งบสนับสนุนเงินบำรุง BR, SB จาก สนง.เขต4
3	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี	1	โครงการจัดหาครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2566	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี/โรงพยาบาล เสาไห้ฯ	Hardware ตรงตามเกณฑ์ฯ	3,492,400	งบลงทุนปีงบประมาณ 2566 กองบริหารสาธารณสุข(กบร.ส.)
4	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก	1	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพประชาชนเขตสุขภาพที่ 4	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก	Hardware ตรง เกณฑ์และไม่ตรงตามเกณฑ์ฯ	15,027,000	งบประมาณตามประเด็น 8 Big Rock ประจำปีงบประมาณ 2566 กองนโยบายและแผน(กยผ.)
5	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นนทบุรี	1	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพประชาชนเขตสุขภาพที่ 4 BMS – HOSxP XE	โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์	Software	1,800,000	เงินบำรุง
6	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นนทบุรี	1	โครงการจัดการระบบคอมพิวเตอร์สำหรับหน่วยงานภายใน	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	Hardware ตรงตามเกณฑ์ฯ	3,757,009.35	เงินบำรุง
7	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก	1	จัดหาระบบคอมพิวเตอร์ ปีงบประมาณ 2565	โรงพยาบาลนครนายก	Hardware ตรง เกณฑ์และไม่ตรงตามเกณฑ์ฯ	2,771,300	เงินบำรุง
8	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง	1	จัดหาระบบคอมพิวเตอร์แม่ข่ายสำหรับประมวลผลระดับสูง (Hyper-Converged Infrastructure)	โรงพยาบาลอ่างทอง	Hardware ตรง เกณฑ์และไม่ตรงตามเกณฑ์ฯ	5,000,000	เงินบำรุง
9	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี	2	1. โครงการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	โรงพยาบาลสระบุรี	Hardware ตรง เกณฑ์และไม่ตรงตามเกณฑ์ฯ	54,960,000	เงินบำรุง
			2. โครงการจัดหาระบบสารสนเทศและระบบการจัดการโรงพยาบาล		Software	75,000,000	

### 3. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

#### 3.1 การเชื่อมโยงระบบ HIS Gateway

##### ปัญหาอุปสรรค

- โรงพยาบาลที่ใช้ HIS Home C ยังไม่สามารถส่งข้อมูลได้เนื่องจาก ศูนย์เทคโนโลยีฯ ยังไม่ได้ดำเนินการสร้างฐานข้อมูลรองรับ

- โรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลได้แล้วยังไม่สามารถตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลได้

- ระบบยังไม่สามารถรองรับการเชื่อมโยงระบบระเบียบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (Personal Health Record: PHR) ได้

- ระบบยังไม่สามารถรองรับการดำเนินการด้านคลังข้อมูลสุขภาพ ของเขตสุขภาพที่ 4 ได้

##### ข้อเสนอแนะ

- ศูนย์เทคโนโลยีฯ ร่วมกับ โรงพยาบาลที่ใช้ HIS Home C จัดทำโครงสร้างและฐานข้อมูลรองรับการเชื่อมโยง ข้อมูลผ่าน HIS Gateway

- ศูนย์เทคโนโลยีฯ เพิ่มทรัพยากรทางด้าน Hardware ให้เพียงพอ

- เขตสุขภาพที่ 4 ขับเคลื่อนการเชื่อมโยงข้อมูลของหน่วยบริการสาธารณสุข และคลังข้อมูลสุขภาพ ของเขตสุขภาพที่ 4

#### 3.2 Application คู่กับหมอ “ระบบให้คำปรึกษา”

##### ปัญหาอุปสรรค

- การประชาสัมพันธ์การใช้งาน Application คู่กับหมอยังไม่ทั่วถึง ประชาชนทุกกลุ่ม

- เจ้าหน้าที่บางส่วนไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของการใช้งาน และคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระในการปฏิบัติงาน

- ประชาชนบางกลุ่มเข้าไม่ถึงและไม่สะดวกในการใช้งานเนื่องจากต้องใช้โทรศัพท์ Smart Phone ไม่มี Internet ในการติดตั้งและใช้งาน Application เช่นกลุ่มสูงอายุ,เด็ก,กลุ่มคนที่ไม่มีโทรศัพท์ Smart Phone

- ขั้นตอนการติดตั้งและการใช้งานค่อนข้างยุ่งยาก

- ประชาชนถามปัญหาสุขภาพเข้าไปในระบบ แต่ไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตอบคำถาม หรือทิ้งช่วงระยะเวลาในการตอบคำถาม

##### ข้อเสนอแนะ

- กำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงาน ของจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เช่น กำหนดตัวชี้วัด เป้าหมายความสำเร็จ การจัดเวรในการตอบคำถามด้านสุขภาพในระบบ ของแต่ละพื้นที่/คลินิก

- ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยเร่งรัดการแนะนำ ประชาสัมพันธ์ การใช้งานโปรแกรมกับประชาชน และช่วยในการสอบถามปัญหาด้านสุขภาพต่าง ๆ แทนกลุ่มประชาชนที่ยังไม่มีความพร้อมทั้ง Smart Phone และ Internet

- ประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการและผนวกไปกับงานอื่น ๆ เช่น การลงเยี่ยมบ้าน

- ปรับปรุงโปรแกรมให้ลดขั้นตอนการติดตั้ง และใช้งานได้สะดวกยิ่งขึ้น

### 3.3 การบริหารและจัดหาระบบคอมพิวเตอร์ ฯ เขตสุขภาพที่ 4

#### ปัญหาอุปสรรค

- หน่วยบริการยังไม่เข้าใจระเบียบและการดำเนินการตามขั้นตอนตามระเบียบและแนวทางการบริหารจัดการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ กระทรวงสาธารณสุข

- ขาดความครบถ้วนถูกต้องของเอกสาร และรายละเอียดต่าง ๆ ทำให้ต้องใช้เวลาในการแก้ไข

#### ข้อเสนอแนะ

จังหวัดตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร และระเบียบที่เกี่ยวข้อง ก่อนส่งมายังสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อการดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว และให้เสนอรายงานจัดหาโดยคำนึงถึงความคุ้มค่า และเหมาะสม

### 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

ขับเคลื่อนการเชื่อมโยงข้อมูลของหน่วยบริการสาธารณสุข และคลังข้อมูลสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อเป็นคลังข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับรองรับการใช้งานข้อมูลต่าง ๆ ในรูปแบบของ Web Application และ Dashboard ในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของเขตสุขภาพ รวมถึงการคืนข้อมูลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเองได้

### 3.1.4 การดำเนินงานด้านเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Chief Service Officer : CSO)

#### “โครงการพัฒนาโซลูชัน Internet of Things (IoT) สำหรับตรวจจัดการหกล้ม และพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ”

##### 1. สถานการณ์/ หลักการและเหตุผล

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเนื่องด้วยความเสื่อมสภาพ (ageing) จากตัวโรค (disease) และจากการไม่ใช้งาน (disuse) ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในหลายมิติทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งมีความยากซับซ้อน แก้ไขจัดการได้ยากในปี 2564 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 ของประชากรไทย จัดได้ว่าเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Completed aged society) เมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นและอายุยืนยาวขึ้นในสังคมสูงวัยนี้ จึงเป็นความท้าทายของการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องให้ความสำคัญ เตรียมความพร้อมและส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ปัญหาการหกล้ม เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีอันตรายกว่าคนวัยอื่น แต่ละปี 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมักประสบกับการลื่นล้มและครึ่งหนึ่งลื่นล้มมากกว่า 1 ครั้งต่อปี เนื่องจากปัจจัยความเสื่อมของร่างกายโดยรวม ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงและสูญเสียการทรงตัว รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อื่น ๆ ได้แก่ สิ่งกีดขวาง แสงสว่าง การใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาท โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 28-35 และแปรผันตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการลื่น สะดุด ก้าวพลาดบนพื้น ทั้งระดับเดียวกันและต่างระดับกัน ผลกระทบที่สำคัญจากการหกล้มได้แก่ ด้านร่างกาย อาจเกิดขึ้นตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ไปถึงรุนแรง ได้แก่ บาดแผลฉีกขาดฟกช้ำ ปวดหลัง กระดูกหัก เลือดออกในสมอง หรือเสียชีวิต และด้านจิตใจ ทำให้ขาดความมั่นใจในการเดิน กลัวการหกล้ม อาจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งหากผู้สูงอายุมีภาวะกระดูกหักจะเกิดผลกระทบในระยะยาว ได้แก่ กลัวการเดิน เดินไม่ได้ มีความพิการ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง จากสถิติ พบว่า ร้อยละ 20 ผู้สูงอายุหกล้มแล้วกระดูกสะโพกหักจะมีโอกาสเสียชีวิตได้ในระยะเวลา 1 ปี

เขตสุขภาพที่ 4 เป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก ได้เล็งเห็นประโยชน์ของการนำโซลูชัน Internet of Things (IoT) มาใช้ในการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจจัดการหกล้มในผู้สูงอายุ และนับเป็นจุดเริ่มต้นของวงการแพทย์ในการนำเทคโนโลยีสุขภาพสมัยใหม่มาบูรณาการออกแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพปลอดภัยและทันเวลา



## 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อออกแบบและพัฒนาโซลูชัน IoT ตรวจจัดการหกล้มในผู้สูงอายุและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุระหว่างเขตสุขภาพที่ ๔ และบริษัท ดิงส์ ออน เน็ต จำกัด เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2565 ณ ห้องประชุมศิริพานิช โรงพยาบาลสระบุรี

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนการเฝ้าระวังภาวะและป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้โซลูชัน

IoT ตรวจจัดการหกล้มในผู้สูงอายุระยะที่ 1 และ 2 ครั้งที่ 1 : เพื่อเตรียมความพร้อมและซักซ้อมความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ งานอุบัติเหตุ ผู้ดูแลระบบและผู้เกี่ยวข้องของสถานพยาบาลแม่ข่าย/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2565 ณ ห้องประชุมศิริพานิช โรงพยาบาลสระบุรี

3. จัดประชุมเพื่อร่วมออกแบบและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (prehospital care) แบบไร้รอยต่อเพื่อรองรับโซลูชัน IoT ตรวจจัดการหกล้มในผู้สูงอายุระยะที่ 1 และ 2 และทบทวนร่างข้อตกลง ขอบเขตของงาน (Terms of Reference : TOR) การกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ คุณสมบัติของอุปกรณ์ที่สอดคล้องกับความต้องการการใช้งาน และวัตถุประสงค์ของโครงการ เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565 ณ โรงพยาบาลสระบุรี

4. บริษัท ดิงส์ ออน เน็ต จำกัด ได้นำเสนอตัวอย่างอุปกรณ์ และโซลูชัน IoT ตรวจจัดการหกล้มในผู้สูงอายุ ที่เชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 4 เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2565 ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

5. บริษัท ดิงส์ ออน เน็ต จำกัด ได้ดำเนินการจัดทำร่างข้อตกลง ขอบเขตของงาน (Terms of Reference : TOR) ตามข้อเสนอจากที่ประชุมผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อใช้เป็นเอกสารดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุ

## 3. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. โครงการที่ได้วางแผนดำเนินการในครั้งนี้เป็นนวัตกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงของโซลูชันที่จำเป็นต้อง

เชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ใช้งานได้จริงในขณะที่เกิดเหตุ ซึ่งปัจจุบันอุปกรณ์ดังกล่าวยังไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาพัฒนา และทดสอบโซลูชันดังกล่าวเพื่อให้เกิดความมั่นใจ และปลอดภัยสำหรับผู้ใช้งาน จึงเป็นเหตุผลส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้าของโครงการนี้

2. การนำโซลูชัน Internet of Things (IoT) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลด้านสุขภาพประชาชนจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยเฉพาะความสะดวก ความง่ายของการใช้งาน อุปกรณ์ที่พัฒนาขึ้น รวมถึงการเชื่อมต่อสัญญาณ Internet อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น เนื่องจากจะมีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนที่จะเลือกใช้งานอุปกรณ์เหล่านี้

3. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้อุปกรณ์ ความคุ้มค่าในระยะยาวหลังครบสัญญา รวมถึงการบำรุงรักษาอุปกรณ์ ค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในภายหลังซึ่งผู้ใช้งานควรมีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้

#### 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

กิจกรรม	Q1	Q2	Q3	Q4
1. โครงการจัดซื้อ/จัดจ้าง Solution IOT ตรวจจัดการหกล้มในผู้สูงอายุ และติดตั้งอุปกรณ์	พฤศจิกายน- ธันวาคม 2565 (2.2 ล้านบาท)	มกราคม- กุมภาพันธ์ 2566		
2. ประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมและซักซ้อม ความเข้าใจผู้ดูแลระบบ /ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อน โครงการ จำนวน 2 ครั้ง	ธันวาคม 2565 – มกราคม 2566			
3. ติดตั้ง Solution IOT ตรวจจัดการหกล้มในผู้สูงอายุ ในพื้นที่นำร่อง 8 จังหวัด		กุมภาพันธ์ – เมษายน 2566		
4. ติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลลัพธ์การใช้งาน Solution				กรกฎาคม 2566
5. สรุปผลการดำเนินงาน				สิงหาคม 2566

### 3.1.5 การดำเนินงานด้านการเงินการคลัง (Chief Financial Officer: CFO)

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

กระบวนการบริหารและการจัดการทรัพยากรภายในองค์กร ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้องค์กรเห็นโอกาสและแนวทางที่ทำให้เกิดการพัฒนาและเติบโตอย่างยั่งยืน ดังนั้นการจัดการข้อมูลภายในองค์กรที่มีจำนวนมากขึ้น อาจเป็นปัญหาหนึ่งในการพัฒนา หากยังไม่มีระบบที่จัดการข้อมูลที่กระจัดกระจาย หรือการจัดการรูปแบบการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย ส่งผลทำให้องค์กรไม่สามารถวางแผนการลงทุนและบริหารทรัพยากรขององค์กรโดยรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบบริหารจัดการหลังบ้านขององค์กร ที่จะช่วยวางแผนและจัดการฐานข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลถูกนำมาบริหารจัดการในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด หน่วยงานสามารถประหยัดเวลาการทำงาน งานที่ทำได้แล้วไม่ต้องทำซ้ำ เช่น การจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารงานบุคคล งานงบประมาณ บริหารการเงินบัญชี ระบบบริหารข้อมูลออนไลน์ งานที่ไม่ต้องมาคีย์ข้อมูลซ้ำหรือทำใหม่ โดยข้อมูลที่เก็บจะส่งถึงกันทั้งหมดอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจุบันเริ่มมีหน่วยงานภาครัฐนำมาประยุกต์ใช้ภายในองค์กรมากขึ้น

คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ 4 ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบบริหารสารสนเทศในโรงพยาบาล เพราะถือเป็นหน่วยบริการที่สำคัญในการดูแลประชาชน ซึ่งในปัจจุบันระบบให้บริการของหน้าบ้าน (Front Office) ได้มีการพัฒนาไปค่อนข้างมาก เพื่อให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลคนไข้ ให้ได้รับความสะดวกสบายขึ้น แต่ในส่วนของระบบหลังบ้าน (Back Office) โรงพยาบาลส่วนมากยังคงใช้ระบบเก่าที่ยังไม่ได้รับการพัฒนา ทำให้การเข้าถึงและเชื่อมโยงกับระบบหน้าบ้านไม่มีประสิทธิภาพมากนักในการจัดการ และการตรวจสอบข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที ประกอบกับเขตสุขภาพที่ 4 ได้ให้ความสำคัญกับกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญเร่งด่วนและดำเนินการร่วมกับหลายหน่วยงาน โดยให้มีการวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรมในช่วงปี 2564-2565 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมการปฏิรูปในพื้นที่เขตสุขภาพ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการผลักดันการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมตามช่วงเวลาที่กำหนด คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ 4 จึงดำเนินการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรองค์กร ERP : Enterprise Resource Planning เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อพัฒนาระบบบริหารสารสนเทศสำนักงานโดยการนำระบบ ERP มาประยุกต์ใช้ในการรวบรวม เชื่อมโยง วิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลระหว่างแผนกในองค์กรให้เป็นหนึ่งเดียว ซึ่งจะช่วยให้การวางแผนและจัดการทรัพยากรขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มความถูกต้องของข้อมูลที่ใช้ในการวางแผน และการตัดสินใจของผู้บริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ 4 มีการนำระบบบริหารทรัพยากรองค์กร ERP : Enterprise Resource Planning มาใช้ในการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรองค์กร และสามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลการให้บริการของหน่วยงาน
2. เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระบบบริการ (HIS) กับระบบ ERP เข้าด้วยกันและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลทุกหน่วยงานเป็นข้อมูลส่วนกลางของเขตสุขภาพที่ 4

3. เพื่อให้ผู้บริหารมีข้อมูลในการตัดสินใจบริหารทรัพยากรภายในเขตสุขภาพที่ 4 ให้เกิดความเป็นธรรม และเกิดประโยชน์สูงสุด

#### เป้าหมาย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 แห่ง
2. โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 72 แห่ง

#### 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

2.1 ได้วิเคราะห์และออกแบบระบบบริหารทรัพยากรองค์กร ERP : Enterprise Resource Planning 8 ระบบ ดังนี้

1. ระบบงานจัดซื้อ (Purchasing) เป็นระบบงานที่ใช้ในการบริหารจัดการในส่วนงานการสรรหาสินค้า ให้เหมาะสมให้กับหน่วยงาน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดซื้ออย่างมีประสิทธิภาพ ระบบงานจัดซื้อยังสามารถเชื่อมโยงไปยังระบบงานเจ้าหน้าที่ ระบบงานสินทรัพย์ และระบบงานสินค้าคงคลัง โดยสามารถกำหนดรหัสบัญชีแยกประเภทต่างๆ ในสินค้าแต่ละชนิด ประเภท และระบบสามารถทำการตรวจรับสินค้าได้ตามปริมาณน้อยกว่าหรือเท่ากับจำนวนตามใบสั่งซื้อ

##### ฟังก์ชันการใช้งาน

- สามารถกำหนดรหัสสินค้าได้ตามตามรูปแบบที่หน่วยงานกำหนด
- สามารถรองรับการจัดกลุ่มของสินค้าได้หลายประเภทสินค้า
- สามารถกำหนดหน่วยของสินค้า ได้ตามการใช้งานและรองรับการแปลงหน่วย (Conversion)
- มีระบบหน่วยสองแบบในสินค้าตัวเดียว คือหน่วยย่อยที่สุดของสินค้า และหน่วยในการสั่งซื้อ
- สามารถกำหนดสิทธิในการซื้อสินค้าตามแผนกที่ขอสั่งซื้อ
- สามารถนำเข้าภาพสินค้า
- สามารถกำหนดให้สินค้าที่เป็นสินทรัพย์ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลสินทรัพย์กับระบบงาน

##### สินทรัพย์

- สามารถสร้างการขอซื้อ (PR) ได้
- สามารถกำหนดสิทธิในการขอซื้อและการอนุมัติขอซื้อ ตามวงเงินได้
- สามารถบันทึกข้อความเพิ่มเติมของการขอซื้อ เพื่อแสดงไปยังผู้ขายและใบสั่งซื้อ
- สามารถแนบไฟล์เมื่อทำการขอซื้อ
- สามารถตรวจสอบสถานะของการขอซื้อและสั่งซื้อได้
- สามารถสร้างการสั่งซื้อโดยการคีย์ข้อมูลสั่งซื้อได้
- สามารถสร้างการสั่งซื้อให้อัตโนมัติโดยการดึงข้อมูลจากข้อมูลการขอซื้อได้
- สามารถรองรับการสั่งซื้อแบบมีของแถม
- สามารถบันทึกข้อความเพิ่มเติม ของการสั่งซื้อ
- สามารถแนบไฟล์เมื่อทำการสั่งซื้อ
- สามารถรองรับการคำนวณภาษีมูลค่าเพิ่มเมื่อสั่งซื้อ
- สามารถออกรายงานต่างๆของการสั่งซื้อและรับของ
- สามารถออกรายงานการขอซื้อ

- สามารถออกรายงานการสั่งซื้อ
- สามารถออกรายงานการรับของประจำวัน

2. ระบบงานสินค้าคงคลัง (Inventory) เป็นระบบงานเกี่ยวกับการบริหารจัดการข้อมูลของสินค้าคงคลัง ซึ่งระบบ สามารถรองรับการทำการรับสินค้า (Good Receiving) การตัดเบิกสินค้า (Issue) การโอนยอดสินค้าระหว่างคลัง (Transfer) การปรับปรุงยอดสินค้า (Adjustment) รวมถึงการปรับปรุงราคาต้นทุนของสินค้า เป็นต้น และสามารถนำข้อมูลที่เกิดขึ้นมาออกเป็นรายงานเพื่อดูข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลสินค้าคงคลังของกิจการ โดยการกำหนดข้อมูลพื้นฐานและฟังก์ชันงานที่ใช้งานมีดังต่อไปนี้

#### ฟังก์ชันการใช้งาน

- สามารถกำหนดข้อมูลคลังสินค้า และ Location การจัดเก็บสินค้า
- สามารถรองรับการรับสินค้าทั้งแบบที่มีใบสั่งซื้อ และรับสินค้าแถมนอกบิล
- สามารถรองรับการรับสินค้าโดยการอ้างอิงใบสั่งซื้อ ทั้งแบบรับสินค้าเต็มจำนวนและรับสินค้าบางส่วน
- สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการรับสินค้ากับระบบเจ้าหนี้และระบบสินค้าคงคลัง
- รองรับงานบัญชีสินค้าคงคลังทั่วไปได้ทั้งแบบ Perpetual (automated) และแบบ Periodic (manual)
- สามารถกำหนดวิธีการคำนวณต้นทุนสินค้าได้ทั้งแบบ เฉลี่ยและแบบต้นทุนมาตรฐาน (Standard Cost)
- สามารถทำการตัดจำหน่ายสินค้าจากคลังไปให้ยังหน่วยงานที่ร้องขอ
- สามารถโอนยอดสินค้าระหว่างคลังสินค้า
- สามารถทำการปรับปรุงราคาสินค้า (Adjust Cost) กรณีที่ต้นทุนสินค้าไม่ถูกต้อง
- รายงานของระบบสินค้าคงคลัง
- รายงานสินค้าคงเหลือแยกตามคลังสินค้า (Stock Balance)
- รายงานการเคลื่อนไหวสินค้าคงคลัง (Stock Move)
- รายงานตามประเภทการรับสินค้า (Receive Transaction)
- รายงานตามประเภทการโอนยอดสินค้า (Transfer Transaction)
- รายงานตามประเภทการปรับปรุงยอดของสินค้าคงคลัง (Adjustment Transaction)

3. ระบบงานเจ้าหนี้ (Account Payable) เป็นระบบที่รองรับการตั้งเจ้าหนี้ที่เกิดจากการซื้อสินค้า รวมถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ โดยรองรับการชำระเงินที่เป็นเงินสด เช็ค และการโอนเงิน สามารถรองรับทั้งในส่วนของ การคิดภาษีมูลค่าเพิ่ม และภาษีหัก ณ ที่จ่าย และรองรับรายงานต่างๆ สามารถทำให้บริหารหนี้สินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทราบสถานะหนี้และวางแผนการใช้จ่ายเงินได้อย่างครบถ้วน โดยมีการกำหนดข้อมูลพื้นฐานและฟังก์ชันงานที่ใช้งานดังต่อไปนี้

#### ฟังก์ชันการใช้งาน

- สามารถตั้งรหัสผู้ขาย (Vendor/Supplier)
- สามารถกำหนดให้เจ้าหนี้ มีการตั้งข้อมูลเครดิตเทอม

- สามารถกำหนดข้อมูลผู้ขายให้คำนวณภาษีมูลค่าเพิ่ม และภาษีหัก ณ ที่จ่าย อัตโนมัติเมื่อมีรายการ
  - สามารถจัดการกระบวนการการตั้งเจ้าหนี้ดังนี้
    - สามารถบันทึกการตั้งหนี้จากข้อมูลใบสั่งซื้อ (PO) และข้อมูลการรับสินค้า (Receipt)
    - สามารถแนบเอกสารเมื่อทำการตั้งหนี้
    - สามารถใส่ข้อมูลเพิ่มเติม (Comment) เมื่อทำการตั้งหนี้
    - สามารถปรับปรุงแก้ไขข้อมูลการตั้งหนี้
    - สามารถยกเลิกการตั้งหนี้
    - สามารถแก้ไขข้อมูลการตั้งหนี้
    - สามารถจัดการกระบวนการทำจ่ายเจ้าหนี้ได้ดังนี้
      - สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการตั้งหนี้ก่อนทำจ่าย โดยทำการตรวจสอบข้อมูลการตั้งหนี้ ข้อมูลการสั่งซื้อ และข้อมูลการรับของก่อนทำจ่าย
      - สามารถทำการชำระโดยเงินสด (Cash) ชำระโดยเช็ค (Cheque)
      - สามารถรองรับการพิมพ์ใบสำคัญจ่าย (Payment Voucher)
      - สามารถรองรับการคำนวณภาษี ค่าธรรมเนียม ค่าใช้จ่าย และแบบฟอร์มภาษีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเจ้าหนี้ดังนี้
        - สามารถรองรับการคำนวณภาษีมูลค่าเพิ่มให้อัตโนมัติเมื่อมีการตั้งหนี้
        - สามารถรองรับการคำนวณภาษีหัก ณ ที่จ่ายให้อัตโนมัติเมื่อมีการทำจ่ายเจ้าหนี้
        - สามารถพิมพ์หนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย และหนังสือ 1 ใบสามารถหักภาษีได้มากกว่า 1 อัตรา
    - สามารถออกเอกสารเพื่อนำส่งภาษีต่างๆ เช่น ภงด.3 และ ภงด.53
    - สามารถรองรับการพิมพ์รายงานภาษีซื้อ
    - สามารถออกรายงานบัญชีเจ้าหนี้
    - รายงานวิเคราะห์อายุหนี้ ตามเจ้าหนี้ (Vendor) ตามเอกสาร (Invoice) และสามารถกำหนดช่วงวันที่ที่จะวิเคราะห์ได้ (Payable Aging Report)
      - รายงานเจ้าหนี้รายตัว
      - รายงานหนี้ที่ครบกำหนดชำระ
      - รายงานการชำระหนี้
    - สามารถทำการเชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกบัญชีกับระบบบัญชีแยกประเภท (General Ledger)
    - สามารถทำการเชื่อมโยงข้อมูลสินทรัพย์กับระบบสินทรัพย์ (Asset Management)
    - สามารถทำการเชื่อมโยงข้อมูลการตั้งหนี้กับระบบจัดซื้อ (Purchasing)
4. ระบบงานสินทรัพย์ (Asset Management) เป็นระบบที่ใช้ในการเก็บรวบรวมรายละเอียดของสินทรัพย์ทั้งข้อมูลด้านการเงินและข้อมูลทางกายภาพ สามารถคำนวณและเก็บประวัติของค่า

เสื่อมราคา การจัดทำรายการบัญชีสินทรัพย์และบัญชีค่าเสื่อมราคาและเชื่อมโยงข้อมูลไปยังระบบบัญชีแยกประเภททั่วไป โดยมีการกำหนดข้อมูลพื้นฐานและฟังก์ชันงานที่ใช้งานดังต่อไปนี้ ฟังก์ชันการใช้งาน

- สามารถกำหนดกลุ่มของสินทรัพย์เพื่อประโยชน์ของข้อมูลทางบัญชี สำหรับการบันทึกบัญชีและอายุการใช้งาน
- สามารถกำหนดกลุ่มของสินทรัพย์เพื่อประโยชน์ของข้อมูลทางรายงาน
- สามารถกำหนดวิธีการคำนวณค่าเสื่อมแบบเส้นตรง
- สามารถบันทึกประวัติการแจ้งซ่อม
- สามารถบันทึกข้อมูลสินทรัพย์ โดยมีรายละเอียดดังนี้
- สามารถรองรับการกำหนดรหัสสินทรัพย์ได้แบบอัตโนมัติ (Automatic)
- สามารถบันทึกรูปภาพสินทรัพย์และแนบไฟล์ข้อมูลสินทรัพย์ เช่น เอกสารกำหนดคุณสมบัติของสินทรัพย์ เป็นต้น
- สามารถบันทึกข้อมูลการตัดจำหน่ายสินทรัพย์ (Retire)
- สามารถรองรับการคำนวณค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ (Depreciation Calculate)
- สามารถรองรับการพิมพ์ Label/Tag ติดสินทรัพย์ และสามารถพิมพ์บาร์โค้ด
- สามารถทำการเชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกบัญชีกับระบบบัญชีแยกประเภท (General Ledger)
- สามารถทำการเชื่อมโยงข้อมูลสินทรัพย์กับระบบเจ้าหนี้ (Account Payable)
- สามารถทำการเชื่อมโยงข้อมูลการสินทรัพย์กับระบบจัดซื้อ (Purchasing)
- ระบบสามารถออกรายงานต่างๆทางบัญชีของบัญชีสินทรัพย์ดังนี้ เป็นต้น
- รายงานสินทรัพย์ได้ทั้งแบบรวมและแบบแสดงรายละเอียดสินทรัพย์รายตัว
- รายงานทะเบียนสินทรัพย์พร้อมค่าเสื่อมราคา
- รายงานค่าเสื่อมราคาประจำเดือน/ประจำปี
- รายงานการปรับปรุงประเภทสินทรัพย์
- รายงานการตัดจำหน่ายสินทรัพย์

5. ระบบงานบัญชีลูกหนี้ (Account Receivable) เป็นระบบงานเกี่ยวกับการบริหารจัดการข้อมูลลูกหนี้การค้า ซึ่งระบบ สามารถรองรับการรับข้อมูลของใบแจ้งหนี้ อีกทั้งผู้ใช้งานสามารถบันทึกข้อมูลอื่นๆของลูกหนี้เข้าในระบบได้เอง เช่น การปรับปรุงยอดจากการลดหนี้ หรือเพิ่มหนี้ การออกใบวางบิลให้กับลูกค้า การรับชำระและการตัดลูกหนี้ออกจากระบบซึ่งมีหลายวิธีให้เลือกตามความเหมาะสม อีกทั้งในระบบลูกหนี้ยังสามารถออกรายงานลูกหนี้ได้หลายแบบเพื่อใช้ในการดูข้อมูลและการวิเคราะห์ลูกหนี้ด้วย โดยการกำหนดข้อมูลพื้นฐานและฟังก์ชันงานที่ใช้งานมีดังต่อไปนี้

ฟังก์ชันการใช้งาน

- งานบัญชีลูกหนี้สามารถรองรับการกำหนดข้อมูลลูกค้า ดังนี้
- สามารถแบ่งแยกประเภทลูกหนี้ได้
- สามารถเก็บบันทึกเลขประจำตัวผู้เสียภาษี ได้

- สามารถระบุรายละเอียดของลูกค้าได้
- สามารถกำหนด Payment Term และ Credit Profile ของแต่ละลูกค้าได้
- สามารถสร้างใบแจ้งหนี้ทั้งแบบมี VAT และไม่มี VAT
- สามารถแนบเอกสารสำคัญ
- สามารถทำการตัดจำหน่ายหนี้เพื่อปรับปรุงยอดได้
- สามารถส่งพิมพ์ใบวางบิลตามกลุ่มของลูกค้าที่จัดกลุ่มไว้เพื่อวางบิลในรอบเดียวกันได้

หลากหลายรูปแบบ

- สามารถบันทึกข้อมูลจากลูกค้าหลังการวางบิลแล้ว เช่น วันที่นัดรับเช็ค
- รายงานของระบบบัญชีลูกหนี้มีดังต่อไปนี้
- รายงานวิเคราะห์อายุลูกหนี้ (A/R Aging) ทั้งแบบแยกและแบบรวม
- รายงานลูกหนี้รายตัวทั้งแบบแยกและแบบรวม
- รายงานแสดงข้อมูลลูกหนี้ประจำวัน
- รายงานรับชำระหนี้ประจำวัน

6. ระบบงานบัญชีแยกประเภท (General Ledger) เป็นระบบที่ใช้ในการกำหนดผังบัญชี เพื่อบันทึกรายการบัญชี สามารถเชื่อมโยงกับระบบต่างๆ เพื่อทำการเชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกบัญชีจากระบบนั้นๆ มายังระบบบัญชีแยกประเภท และยังเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำงานการเงินต่างๆ สามารถกำหนดรายงานได้ตามต้องการเพื่อจัดทำงบการเงินและรายงานอื่นๆ ได้ตามต้องการ โดยมีการกำหนดข้อมูลพื้นฐานและฟังก์ชันงานที่ใช้งานดังต่อไปนี้

ฟังก์ชันการใช้งาน

- ผังบัญชี ระบบสามารถรองรับการกำหนดผังบัญชีได้ตามต้องการ
- สามารถกำหนดรอบระยะเวลาบัญชีได้ โดยกำหนดแต่ละงวดได้เองอาจจะมากกว่า/น้อยกว่า 1 เดือน และสามารถเปิด/ปิดงวดได้
- สามารถรองรับวิธีการบันทึกรายการบัญชี (ใบสำคัญ)
- สามารถกำหนดการบันทึกบัญชี ให้ใช้หลักการบัญชีคู่ ระบบจะเช็ค Debit และ Credit Balance ก่อนจบ Voucher
- สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบอื่นเพื่อนำข้อมูลเข้าระบบบัญชีแยกประเภทอัตโนมัติ
- สามารถรับข้อมูลการบันทึกบัญชีกับระบบอื่นต่าง ๆ
- สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกบัญชีของระบบบัญชีลูกหนี้ (Account Receivable)
- สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกบัญชีของระบบเจ้าหนี้ (Account Payable)
- สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกบัญชีของระบบสินทรัพย์ (Asset Management)
- สามารถออกรายงานต่างๆทางบัญชีของบัญชีแยกประเภทต่างได้ดังนี้ เป็นต้น
- รายงานบัญชีแยกประเภท
- รายงานงบทดลอง
- รายงานงบดุล
- รายงานงบกำไรขาดทุน



## 7. ระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (Employee) ระบบบริหารจัดการโครงสร้างองค์กร

ฟังก์ชันการใช้งาน รองรับการกำหนดข้อมูลพื้นฐานดังต่อไปนี้

- การสร้างหน่วยงาน (Department)
- สามารถสร้างจำนวนหน่วยงานได้ไม่จำกัด
- สามารถกำหนด Manager Type ของหน่วยงานตาม Employee ID และ Position ได้
- สามารถทำการค้นหาหน่วยงาน ตำแหน่ง หรือ กลุ่มงานได้จากข้อมูลต่าง ๆ ที่มีการเก็บอยู่ในระบบ
- สามารถบันทึกข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงาน เช่น ข้อมูลส่วนตัว เลขบัญชีธนาคาร เป็นต้น
- สามารถบันทึก แก้ไข จัดเก็บข้อมูลผู้ปฏิบัติงานได้ทุกประเภท เช่นผู้ปฏิบัติงาน พนักงานประจำ ลูกจ้างชั่วคราว เป็นต้น ทั้งที่เป็นข้อมูลสถานะปัจจุบัน และย้อนหลัง
- สามารถกำหนดรหัสประจำตัวผู้ปฏิบัติงาน
- สามารถสร้าง Profile สำหรับพนักงานได้
- Managers สามารถเรียกดูข้อมูล Profile ของผู้ใต้บังคับบัญชาได้
- HR สามารถเรียกดูข้อมูล Profile ของพนักงานได้
- สามารถสร้างประเภทของสวัสดิการต่างๆ ที่องค์กรจัดให้กับบุคลากร ตลอดจนการใช้สวัสดิการนั้นๆ ได้โดยไม่จำกัด
- สามารถกำหนด แก้ไข ปฏิทินวันหยุดประจำปี
- สามารถกำหนดวันทำการ วันหยุด หรือวันนักขัตฤกษ์
- สามารถกำหนด นำเข้าตารางทำงานผ่าน File Excel ได้ตาม Format ที่ระบบกำหนด
- รองรับเก็บข้อมูล พร้อมแสดงรายละเอียดและผลสรุปของข้อมูลการมาปฏิบัติงาน มา สาย การขาดงานและการลา
- สามารถเรียกดูข้อมูลในระบบการจัดการเวลาย้อนหลังได้ เช่น ประวัติการลาหยุดงาน ประวัติการทำงานล่วงเวลา เป็นต้น
- สามารถบันทึก แก้ไขข้อมูลการปฏิบัติงานที่ไม่บันทึกเวลาทำงาน เช่น ปฏิบัติงานภายนอก การอบรม/สัมมนา
- สามารถทำการประมวลผลเวลาทำงานตามจริงเพื่อคำนวณหาจำนวนชั่วโมงการทำงาน ล่วงเวลา การทำงานแบบกะ เป็นต้น และประมวลผลตามช่วงเวลาทำงานเพื่อคำนวณหาจำนวน ชั่วโมงขาดงาน การลา มาสาย เป็นต้น
- สามารถสร้างประเภทการลาได้ไม่จำกัด เช่น พักผ่อน ลากิจ ลาป่วย ลาบวช
- กำหนดวันหยุดนักขัตฤกษ์และวันหยุดของบุคลากรได้ไม่จำกัด
- สามารถกำหนดเงื่อนไขของแต่ละประเภทการลาได้
- สามารถจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องสำหรับประมวลผลเงินเดือนเช่นเงินเดือน เงินได้ประเภทต่างๆ เงินหักประเภทต่างๆ และข้อมูลในการคำนวณเพื่อหักลดหย่อนภาษีเงินได้ เป็นต้น
- สามารถบันทึก/แก้ไข ข้อมูลบัญชีเงินเดือนเพื่อทำจ่ายให้กับพนักงาน

- สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจำนวนวัน/จำนวนชั่วโมง จากระบบการจัดการเวลาเพื่อ คำนวณเงินตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อจ่ายผ่านระบบได้
- สามารถบันทึกหรือเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบบริหารจัดการข้อมูลบุคลากร เพื่อคำนวณเงินรายการเงินได้ประจำต่างๆ อาทิเช่น ค่าเบี้ยประชุม เบี้ยขยัน เป็นต้น
- สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบบริหารจัดการการเวลาและระบบการจัดการลา คำนวณเงินรายการหัก อาทิเช่น ทำผิดวินัยการมาทำงานจากการขาดงาน มาสาย กลับก่อน เงินหักการลา โดยไม่ได้รับเงินเดือน เป็นต้น
- สามารถทำการประมวลผลข้อมูลประจำเดือน และเก็บสะสมเงินได้ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนในแต่ละปี เพื่อนำไปจัดทำหนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย
- สามารถทำการพิมพ์ Pay Slip ผ่านทางเครื่องพิมพ์และสามารถดู Pay Slip ออนไลน์ผ่านทางระบบ Employee
- สามารถจัดทำไฟล์ข้อมูลการจ่ายเงินเดือนตาม Format ของธนาคารได้
- สามารถจัดทำเอกสารและไฟล์ข้อมูล ภ.ง.ด.1 และ ภ.ง.ด.1 ก
- สามารถจัดทำเอกสาร ภ.ง.ด. 91 และ ภ.ง.ด. 90
- สามารถจัดทำหนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย (50 ทวิ) ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน

8. ระบบข้อมูลกลาง เป็นระบบที่ทำการดึงข้อมูลในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลในโครงการ ให้มาอยู่ที่ระบบข้อมูลส่วนกลาง โดยจะต้องมีการแปลงข้อมูลในรูปแบบที่เหมาะสม หรือแปลงข้อมูลในภาพรวมแล้ว ฟังก์ชันการใช้งาน รองรับการกำหนดข้อมูลพื้นฐานดังต่อไปนี้

- ดึงข้อมูลสินค้าคงคลัง ณ ปัจจุบันได้
- ดึงข้อมูลลูกหนี้ได้
- ดึงข้อมูลเจ้าหนี้ได้
- ดึงข้อมูลงานบุคคลได้
- เชื่อมโยงไปที่ระบบฐานข้อมูลการใช้จ่ายและเวชภัณฑ์จากระบบ HIS ได้ (ถ้าระบบ HIS รองรับการเชื่อมต่อ หรือมี Gate Way ที่เชื่อมต่อไปได้)

2.2 จัดประชุมชี้แจงการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบให้กับหน่วยบริการทุกแห่ง

2.3 รวบรวมรายชื่อหน่วยบริการที่เข้าร่วมพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรองค์กร ERP : Enterprise Resource Planning เพื่อเตรียมความพร้อมโดยติดตั้งระยะที่ 1 จำนวน 24 แห่ง

2.4 นำเสนอการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรองค์กร ERP : Enterprise Resource Planning ต่อคณะกรรมการบริหารและจัดหาระบบคอมพิวเตอร์ เขตสุขภาพที่ 4 และเสนอต่อคณะกรรมการบริหารและจัดหาระบบคอมพิวเตอร์ ประจำกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาและอนุมัติในการจัดทำระบบ

2.5 ดำเนินการจัดทำประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อจัดหาผู้วางระบบบริหารทรัพยากรองค์กร ERP : Enterprise Resource Planning

2.6 ดำเนินการติดตั้งระบบบริหารทรัพยากรองค์กร ERP : Enterprise Resource Planning

พร้อมทั้งอบรมให้ความรู้ และการใช้งานในระบบให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง  
ณ เดือนพฤศจิกายน 2565

### 3. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

การดำเนินงานวางระบบบริหารทรัพยากรองค์กร ERP : Enterprise Resource Planning ไม่เป็นไปตามแผนการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565 ล่าช้า เนื่องจากเป็นการจัดหาชุดโปรแกรมสำเร็จรูป จึงต้องเสนอต่อคณะกรรมการบริหารและจัดหาระบบคอมพิวเตอร์ เขตสุขภาพที่ 4 และเสนอต่อคณะกรรมการบริหารและจัดหาระบบคอมพิวเตอร์ ประจำกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาและอนุมัติในการจัดทำระบบบริหารทรัพยากรองค์กร ERP : Enterprise Resource Planning

### 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

1. ดำเนินการจัดทำประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อจัดหาผู้วางระบบ ERP
2. ติดตั้งระบบ ERP ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการที่เข้าร่วมพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรองค์กร ERP : Enterprise Resource Planning ติดตั้งระยะที่ 1 จำนวน 24 แห่ง
3. อบรมความรู้ และการใช้งานในระบบให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องภายในองค์กร
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการลงข้อมูลพื้นฐาน
5. ติดตามผลการปฏิบัติงาน ความสมบูรณ์ ครบถ้วนของข้อมูล ปัญหาอุปสรรคของระบบ
6. หากมีปัญหาจากระบบดำเนินการแก้ไข
7. ติดตามความสมบูรณ์และตอบสนองการใช้งาน Final
8. ขยายการติดตั้งไปยังหน่วยบริการอื่น ในเขตสุขภาพที่ 4

### 3.1.6 การดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ (Chief Knowledge Officer : CKO)

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM) เป็นวัฒนธรรมที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดผลดีต่อองค์กร การจัดการความรู้ทำให้องค์กรเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพัฒนาไปสู่โลกแห่งยุคเศรษฐกิจฐานความรู้ (Knowledge Based Economy) เป็นยุคของการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดข้อมูลข่าวสารมากมาย ทำให้องค์กรต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ และวิธีการ ทำงานใหม่ เพื่อให้สามารถแข่งขันในสังคมโลกได้ในสังคมยุคเศรษฐกิจฐานความรู้ (Knowledge Based Economy : KBE) (วิจารณ์ พานิช, 2553) ซึ่งสังคมยุคเศรษฐกิจฐานความรู้นี้ ทรัพยากรที่มีค่าขององค์กรนอกจากบุคลากร ก็คือความรู้ ซึ่งเป็นทรัพย์สินทางกลยุทธ์ที่สำคัญ (ศรีไพร ศักดิ์รุ่งพงศากุล เจษฎาพร ยุทธวิบูลย์ชัย, 2549) อีกทั้งเป็นทรัพย์สินที่มีค่าขององค์กรในการ สร้างสรรค์ และเพิ่มคุณค่าให้แก่ผลิตภัณฑ์ และบริการซึ่งต้องอาศัยการจัดการความรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสมในการนำความรู้ฝังลึกในตัวคน (Tacit Knowledge) กับความรู้ที่เปิดเผย (Explicit Knowledge) มาใช้ประโยชน์ เพื่อพัฒนาองค์กร โดยองค์กรจะต้องมีการตระหนักว่าความรู้เป็นสิ่งขับเคลื่อนหลักที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ และผู้นำจะต้องเห็นคุณค่าของการจัดการความรู้ รวมทั้งต้องมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการสร้างสรรค์ความรู้ (Salis & Jones, 2002)

การจัดการความรู้ที่ได้ผลเกิดจากการมีเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมมาเป็นเครื่องมือ ในการขับเคลื่อนให้คนในองค์กรได้มีการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก 1) เทคโนโลยีการสื่อสาร (Communication Technology) ช่วยทำให้การเข้าถึงความรู้ทำได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว น่าสนใจ เช่น Internet หรือ Intranet 2) เทคโนโลยีสนับสนุนการทำงานร่วม (Collaboration Technology) ช่วยให้คนในองค์กรสามารถประสานการทำงานกันได้ เช่น Weblog, Web board 3) เทคโนโลยีการจัดเก็บข้อมูล เป็นเสมือนคลังความรู้ เช่น Data Warehouse (ภราดร จินดาวงศ์, 2549) สอดคล้องกับ ปรีชญนันท์ นิลสุข, (2552) ได้กล่าวว่า เทคโนโลยีสนับสนุนการทำงานร่วมอย่างเว็บล็อก (Weblog) เป็นเครื่องมือสื่อสารหนึ่งที่ใช้งานบนเว็บไซต์เป็นที่นิยมนำไปใช้ ในการจัดการความรู้ เนื่องจากมีลักษณะที่เป็นเหมือนบันทึกหรือไดเรกทอรีในการจัดเก็บข้อความ จะแสดงข้อมูลในลักษณะที่เป็นหัวข้อประกอบบทคัดย่อ ทำให้กลายเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้สำหรับ การจัดการความรู้ เพราะสะดวกและง่ายต่อการใช้งานอย่างยิ่ง และสามารถนำไปใช้ในการจัดการ ความรู้ได้ทุกระดับ จะเห็นได้ว่าเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ กระบวนการจัดการความรู้ประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยเชื่อมโยงบุคคลที่อยู่ต่างสถานที่ เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อกระจาย ถ่ายโอน เผยแพร่ แลกเปลี่ยนแบ่งปันข้อมูล ทรัพยากร ความรู้ ความคิด ทักษะ ประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้เกิดการปฏิสัมพันธ์และการทำงานที่เกี่ยวเนื่องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อินเทอร์เน็ตที่เป็นเทคโนโลยีที่เชื่อมคนทั่วโลกเข้าด้วยกันทำให้กระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ (knowledge Transfer) ทำได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้การนำเสนอสามารถเลือกได้หลายรูปแบบเช่น ตัวอักษร รูปภาพ แอนิเมชัน เสียง วิดีโอ ซึ่งช่วยให้การเรียนรู้ทำได้ง่ายยิ่งขึ้น นอกจากนี้เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารยังช่วยในการจัดเก็บและดูแลปรับปรุงความรู้และสารสนเทศต่างๆ (knowledge storage and maintenance) ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการในกระบวนการ จัดการความรู้ด้วย จึงนับได้ว่าเป็นเครื่องมือสนับสนุนและเพิ่ม ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการ ความรู้ (สมชาย นำประเสริฐชัย, 2549) แนวคิดการเรียนรู้แบบเพื่อน

ช่วยเพื่อนเป็นวิธีการและขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการ จัดการความรู้ โดยการเชื่อมโยงคนหรือกลุ่มคนที่ทำงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ได้ผลดีเยี่ยม (Best Practice) มาแลกเปลี่ยนแบ่งปัน ทักษะประสบการณ์ ความรู้ในเรื่องต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยการถ่ายทอด ความรู้ และการติดต่อสื่อสารผ่านการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน โดยใช้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นหลักเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก่อนเริ่มทำงาน (วิจารณ์ พาณิช, 2547) จึงเห็นได้ว่าแนวคิดการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนนี้ เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ ในการทำงานร่วมกันเป็นทีม การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การแบ่งปัน ทักษะ ประสบการณ์ ซึ่งจะ นำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆร่วมกัน เพื่อพัฒนาคน พัฒนางาน และพัฒนาองค์กร

เขตสุขภาพที่ 4 มีวารสารซึ่งเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ องค์ความรู้ต่างๆ ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 ดังนี้

1. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4
2. วารสารวิชาการสาธารณสุขเขต 5 โรงพยาบาลพระพุทธบาท
3. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
4. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี

นอกจากนี้ หน่วยงานต่างๆยังมีการเผยแพร่ผลงานวิชาการผ่าน Web sit ของหน่วยงาน และจัดการนำเสนอผลงานวิชาการในหน่วยงานของแต่ละหน่วยงานอีกด้วย

## 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

2.1 จัดการประชุมคณะกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ผ่านออนไลน์ เพื่อกำหนดแนวทางเผยแพร่ผลงานวิชาการภายในเขตสุขภาพที่ 4

2.2 จัดงานมหกรรมวิชาการเขตสุขภาพที่ 4 ประจำปีงบประมาณ 2565 ณ โรงแรมชลพฤกษ์ รีสอร์ท อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก โดยมีกิจกรรมทางวิชาการดังนี้

### 2.2.1 บรรยายความรู้เกี่ยวกับเรื่อง

- ทางเลือกใหม่ของการมีสุขภาพดี โดย นายแพทย์บุญชัย อิศราพิสิษฐ์
- กัญชากับการดำเนินงานทางการแพทย์และสาธารณสุข โดย ดร. สุภาภรณ์ ปิติพร

### 2.2.2 การนำเสนอผลงาน service plan ในเขตสุขภาพที่ 4

1) สาขาไต เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแสวงหา จังหวัดอ่างทอง โดย นางสาวณิรันท์ วีระพล

2) สาขาหัวใจและหลอดเลือด เรื่อง การประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล ต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก โดย นางสาวธัญลักษณ์ จิตประเสริฐ

3) สาขามะเร็ง เรื่อง การพัฒนาระบบการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเครือข่าย จังหวัดปทุมธานี โดย นางสาวมรกต บัณฑิตตันสกุล

4) สาขาทารกแรกเกิด เรื่อง ผลของการพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดจากมารดาที่ติดโควิด 19 โรงพยาบาลปทุมธานี โดย แพทย์หญิง ปายณ์ ปรมกุล นางสาวอรัญญา ศิลป์ประกอบ และนางสาวมาลี โภชะ

5) สาขาแม่และเด็ก เรื่อง ผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค COVID-19 โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี โดย นางสาวอรัญญา ศิลป์ประกอบ

6) สาขาปฐมภูมิ เรื่อง ผลของการใช้ Telepharmacy สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยา Favipiravir ในระบบ Home Isolation โรงพยาบาลอ่างทอง โดย นางสาวปภัสรา วรรณทอง

### 2.2.3 การนำเสนอ Oral Presentation

- 1) ผลการใช้ยาฟ้าทะลายโจรในการรักษาผู้ป่วย COVID-19 พื้นที่จังหวัดสระบุรี โดย คุณชวัลลภย์ เมฆสวัสดิชัย
- 2) การจัดทำสื่อวีดิทัศน์การปฏิบัติตัวเมื่อผ่าตัดต่อกระจุกุโควิด โดย นางสาวภาสินี มนเทียนทอง
- 3) รวมพลังจิตอาสา พัฒนาคุณธรรมสังคมไทย เทิดไท้องค์ราชันการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (เรื่องเล่า) โดย นางละมุล แจ่มวาริต
- 4) การพัฒนาระบบการเข้าถึงผู้ป่วยสมองตาย โรงพยาบาลสระบุรี โดย นางณัฐพัชญ์ นาคสมพันธ์
- 5) เธอกินยาถูกไหมให้เอาปากกามาวง โดย นางสาวณิรันดร์ วีระพล
- 6) การศึกษาการสั่งใช้ยา Metformin ในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตต่างๆ โดย นางสาวฐาปณีย์ เดชป้อง
- 7) การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มเบต้าแลคแคมที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยไตบกพร่องโรงพยาบาลแสวงหา โดย นางสาวณิรันดร์ วีระพล
- 8) ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง โดย จีรวรรณ ศรีธนะชัยวงศ์

### 2.2.4 การนำเสนอผลงานวิชาการ R2R นวัตกรรม งานวิจัย ประจำปี 2565 จำนวน 86 เรื่อง

- 1) การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ ในจังหวัดสระบุรี โดย นางสาวชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์
- 2) การพัฒนารูปแบบการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดสระบุรี โดย นายยอดชาย สุวรรณวงษ์
- 3) ผลการตรวจสอบภายในด้านการจัดการระบบยา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน 4 อำเภอของจังหวัดสระบุรี โดย นางลักขณา วงศ์เสาร์
- 4) " การศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมงานบริการให้คำปรึกษาการใช้ยาสูดพ่นในผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลดอนพุด จังหวัดสระบุรี "โดย นางสาวกัญต์กนิษฐ์ กิตติพรเพชรดี
- 5) ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหารายบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดย นางสาวนงลักษณ์ มณีรอด
- 6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ของผู้ป่วยที่นำส่งด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดย นายแพทย์ วสันต์ ลิ้มสุริยกานต์
- 7) การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย (Nursing Care of Patient with Septic Shock : Comparative 2 case study) โดย นางพรทิพย์ ฟุ้งศักดิ์

- 8) การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก โดย นางสาวโสภรัตน์ บุตรโอบล
- 9) "การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง : กรณีศึกษา" โดย นางเจนจิรา แพงหลวง
- 10) "ผลของการส่งเสริมมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการดื่มชาสมุนไพร น้ำนมราชสีห์ต่อปริมาณและการไหลของน้ำนมมารดาหลังคลอด" โดย นางจารุณี เอกผล
- 11) การพยาบาลผู้ป่วย Necrotizing Fasciitis ที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดย นางธันนธร แดงทองดี
- 12) การพยาบาลผู้ป่วย Diabetic ketoacidosis และภาวะติดเชื้อ โดย นางลดาวัลย์ สบายสมัย
- 13) การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจากภาวะกระดูกพรุนและไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดย นางวิสสะวีร์ ลีมพลาสุข
- 14) การพยาบาลผู้ป่วยช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดย นางสาวพิมล วรรณธำ
- 15) การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะ น้ำเกิน หัวใจล้มเหลวที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดย นางสาวแก่นใจ อับดุลเลาะห์
- 16) ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อโควิด-19 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดย นางกชกร สมมั่ง
- 17) ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้รับวัคซีนโควิด-19 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี โดย นางศิรินันท์ ทานโสทธิ
- 18) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคภูมิแพ้และโรคหืด แบบไร้รอยต่อ โดย นางศศิภาส อริสริยวงศ์
- 19) การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัด โดย นางนงนุชฉิณี สิทธิบุญ
- 20) การพยาบาลผู้สูงอายุที่มารับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดย นางพัชรา อัมรินทร์พรชัย
- 21) การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในภาวะวิกฤต โดย นางศิริพร จิระสถาวร
- 22) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรัง : กรณีศึกษา 2 รายเปรียบเทียบ โดย นางสาวพิณ แหวนทองคำ
- 23) “บวร” รื้อถอนปัญหาเสพติด ชูชีวิตครอบครัว โดย นางสาวเฉลิมศรี ราชนาจันทร์
- 24) "การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการทับหม้อเกลือและทับหม้อหินน้อย ในหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี" โดย นางอัจฉริยา พรหมสวัสดิ์
- 25) การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย โดย นางเจษฎา ศรีงาม
- 26) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดย นางเฉลิมศรี รอดคำ
- 27) การศึกษาประสิทธิผลแผ่นแปะสมุนไพรกรุงเขมาลดบิตะบริเวณผิวหนังสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อขี้เตาที่อวัยวะสืบพันธุ์ โดย นางสาวชนิษฐา คงสุวรรณ

- 28) "การศึกษาประสิทธิผลยาสมุนไพรพอกเข้าของผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงรากน้อย อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา" โดย นางสาวจิราภรณ์ ศรีเพ็ชร
- 29) การพยาบาลผู้ป่วยเนื่องกมลลูกที่ ผ่านการผ่าตัดคลอดและมีภาวะพังผืดติดแน่นในช่องท้องซึ่งได้รับการผ่าตัดมดลูกทั้งหมดผ่านกล้อง โดย นางสาวฝน เศรษฐีสมบัติ
- 30) ผลลัพธ์การใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชา (DEJA FORMULA) ในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โดย นางสาวศกุนกาญจน์ ใจเมือง
- 31) พุทธจิตวิทยาสร้างเสริมการมีส่วนร่วมเครือข่ายวัยคึกซ์ใจในชุมชนลำไทร อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เขตบริการสุขภาพที่ 4 โดย นางสาวกนกกรัษต์ สุดลาภา
- 32) เปรียบเทียบความถูกต้องและระยะเวลาในการคำนวณยา rt-PA ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันระหว่างการใช้ application และการคำนวณยาแบบเดิม โดย นางสาวณัฐฉิรินทร์ ปัดวิชัย และนางสาวพัชรา มหามิต
- 33) การพยาบาลผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจตีบที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัดผ่านกล้องรักษาเอ็นข้อไหล่ โดย นางเกณิกา รุ่งสิทธิมงคล
- 34) ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดย นางจารุณี ปลายยอด นางเจียรระโน ภูสี และนางชีวรัตน์ ต่ายเกิด
- 35) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการจัดการรายการนัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง โดย "นางสินีนาฏ ทิพย์มุสิก และนางชราพร ภาศิริณ"
- 36) อิทธิพลของสุขภาพจิตต่อความสุขประชาชนไทยในเขตสุขภาพที่ 4 โดย นางสาวฉัตรพร เพ็งสุวรรณ
- 37) กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตอะเบติกคีโตอะซิโดสิสในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดย นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ
- 38) การศึกษาการรับรู้การใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของผู้ให้บริการผู้ป่วยในสถานพยาบาลสาธารณสุขอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี ปี 2563 โดย นางชุตานา อินประสงค์
- 39) การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดย นางสาวพรทิพย์ รัตนทรงธรรม
- 40) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการล้างไตทางช่องท้อง(CAPD) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดย นางสาวจันทนา ชูเกสร
- 41) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดย นางบุษบา คล้ายมุข
- 42) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด โดย นางประภาพร ประศรี
- 43) การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการกินยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครนายก โดย แพทย์หญิง มัทนียา จำปาพันธ์
- 44) การส่งเสริมการดูแลสุขภาพประชาชนในอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี โดย นายชนธ วงศ์วรรณ



- 45) ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 จังหวัดสระบุรี โดย ว่าที่ร้อยตรีหญิงนัยนา อินโคกสูง
- 46) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการส่งैयाจากสมุนไพร ของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โดย เกศักรหญิงชวัลลย์ เมฆสวัสดิชัย
- 47) ความรอบรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 2019 ของประชาชนในอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดย นายธรรมศักดิ์ สายแก้ว
- 48) ผลการใช้สมุดภาพบันทึกน้ำยาล้างไตในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่องที่ไม่รู้หนังสือ โดย นางชราพร ภาศิริณ
- 49) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสระบุรี ปี 2564 โดย นางชุตานา อินประสงค์
- 50) ประสิทธิภาพของน้ำมันกัญชา(ตำรับหมอเดชา)กรณีศึกษาในผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับยามอร์ฟีน โดย นางสาวรัตติกาล คุณพระ
- 51) ผลของการส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายในบุคลากรโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2565 โดย นายวิสุทธิ สุกรินทร์
- 52) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดย นางสาวจุไรรัตน์ คงล้อมญาติ
- 53) การพัฒนาน้ำมันนวดจากสารสกัดสมุนไพรผสมน้ำมันกัญชาพันธุ์หางกระรอกเพื่อบรรเทาอาการปวดของปลายเท้าผู้ป่วยอัมพฤกษ์ โดย นางสุรัสวดี เพชรคง
- 54) กรณีศึกษาการใช้สารสกัดกัญชาในน้ำมันมะพร้าวตำรับหมอเดชารักษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยpalliative โดย นายกิตติคุณ แสงคำ
- 55) การศึกษาประสิทธิผลของยาสมุนไพรพอกเข้าตำรับที่ใช้ในวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศรในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดย นางสาวศิริรัตน์ ทรัพย์อ่อนก
- 56) ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI) ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองอ่างทอง โดย นางสาวบุณิกา สุ่มทอง
- 57) การพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ที่มีถุงน้ำคร่ำรั่วร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง : กรณีศึกษาโดย นางสาวชล ชินชัยพงษ์
- 58) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care Stroke) โดย นางสาวชุตินาถ งามโรจน์ศิริ
- 59) การพยาบาลผู้ป่วยงูเห่ากัดที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตในภาวะวิกฤต โดย นางสาวตปนิยา อาศัยบุญ
- 60) การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อค โดย นางจิราภรณ์ กลิ่นดอกแก้ว
- 61) การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อค โดย นางจิราภรณ์ กลิ่นดอกแก้ว
- 62) การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก และภาวะปอดเรื้อรัง โดย นางอารี ฉะอ้อนโหม

- 63) ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดย นางสาวรัฐัญญา เกษไชย
- 64) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบริหารจัดการสต็อกแบบเรียลไทม์ ด้วยแอปพลิเคชันกูเกิลชีท โดย นางสาวรัฐัญญา เกษไชย และนางอังคณา ตัดโส
- 65) กรณีศึกษาพัฒนาการทารกคลอดก่อนกำหนดที่เกิดจากมารดาติดเชื้อโควิด โรงพยาบาลปทุมธานี โดย นางปริญญารัตน์ บุญยะสง
- 66) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ร่วมกับมีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว โดย นางเกษร รุ่งเรืองบุรณะกุล
- 67) การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดย นางสุจิตรา เหล่าทวี
- 68) การพยาบาลผู้ป่วยต่อกระจกที่มีภาวะต่อหิมนมเปิดได้รับการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมและผ่าตัดเปิดทางระบายน้ำจากลูกตาออกสู่เยื่อตาขาว โดย นางสาวจิรนุช เรืองฤทธิ์ฉายแสง
- 69) การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร่วมกับมีภาวะการหายใจล้มเหลว โดย นางญามะณี จำพิชม
- 70) การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการเจาะไขกระดูกและให้เคมีบำบัด โดย นางสาวปิยะดา ชื่นครุฑ
- 71) การพยาบาลการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล โดย นางณัฐวรรณ พรหมศรีโชติ
- 72) การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดย นางสาวกนกพร ทิวะเวช
- 73) การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ โดย นางบังอร นาคฤทธิ์
- 74) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแสวงหา จังหวัด โดย นางสาวณิรันท์ วีระพล
- 75) การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก ร่วมกับภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดย นางนฤมล พลอยแดง
- 76) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามเส้นที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Triple Vessel Disease And Nursing Care Post Operation Of Coronary Artery Bypass Graft; CABG ) โดย นางวิจิตร บ้านศาลเจ้า
- 77) การเปรียบเทียบต้นทุนค่าใช้จ่าย และค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หยาเครื่องช่วยหายใจด้วย SENA piece ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลเสนา A comparison of costs and Oxygen saturation among post-operation patient on SENA piece at surgical ward in Sena hospital. โดย นางสาวศุขศรี สุขสำราญ
- 78) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่บ้าน โดย นางเยาวพันธ์ ศรีเจริญ

79) การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีเลือดออกบริเวณเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา ร่วมกับภาวะเลือดออกซ้ำ โดย นางวนิดา ชูรักษา

80) การพยาบาลผู้สูงอายุข้อสะโพกหัก และ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดย นางรุจิรา พงษ์วร

81) การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว โดย นางสาวกาญจนา จันทร์พงษ์

82) การพัฒนาแนวปฏิบัติเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนและหลังการได้ยาระงับความรู้สึก ด้วย Pre-Post-Pain Management by Mobile Line Application (3P) โดย นางอุษา เอี่ยมลอม

83) ผลการพัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จังหวัดนนทบุรี โดย นางสาวสรिता นิลแสง

84) ประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดย นายประสาร ช่างกระทัด

85) รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดย นางสาวอรทัย กิตตินุกุลกิจ

86) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดย นางละเอียด แก้วจรัส

### 3. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานที่ผ่านมา

ผลการดำเนินงานวิชาการในแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ที่มีผลงานที่ดีเด่นและน่าสนใจ เป็นประโยชน์ สมควรนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานยังมีอีกมากมายซึ่งขาดการบูรณาการ รวบรวมเป็นฐานข้อมูลกลางในระดับเขต จึงควรมีการรวบรวมข้อมูลจากทุกจังหวัดเป็นข้อมูลของเขตต่อไป

### 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการเผยแพร่ผลงานวิชาการ ระดับเขตสุขภาพที่ 4
2. มหกรรมวิชาการเขตสุขภาพที่ 4

### 3.1.7 การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบเภสัชกรรม (Chief Pharmacy Officer : CPO)

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

ตามนโยบายการปฏิรูปด้านสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4 กำหนดให้มีการปฏิรูปเขตสุขภาพที่ขับเคลื่อนด้วย 8 Sandbox ประกอบด้วย 1) คณะอนุกรรมการด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (COO) 2) คณะอนุกรรมการด้านบริหารทรัพยากรบุคคล (CHRO) 3) คณะอนุกรรมการด้านระบบการเงินการคลัง (CFO) 4) คณะอนุกรรมการด้านเทคโนโลยีสุขภาพ (CSO) 5) คณะอนุกรรมการด้านข้อมูลสารสนเทศ (CIO) 6) คณะอนุกรรมการด้านการจัดการความรู้ (CKO) 7) คณะอนุกรรมการด้านการพัฒนาระบบเภสัชกรรม (CPO) 8) คณะอนุกรรมการด้านการส่งเสริมและป้องกันควบคุมโรค (CPPO) และ 8 Big Rock ประกอบด้วย 1) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการควบคุมป้องกันโรค (Big Rock EID) 2) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Big Rock NCD) 3) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนผู้สูงอายุ 4) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้อง 5) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ 6) คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 7) คณะอนุกรรมการการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 8) คณะอนุกรรมการอุบัติเหตุทางถนน

สำหรับคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบเภสัชกรรม (Chief Pharmacy Officer: CPO) เป็นหนึ่งใน Sandbox ที่มุ่งปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมต่อยอดการดำเนินงานด้านระบบเภสัชกรรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ได้กำหนดให้การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบเภสัชกรรม เขตสุขภาพที่ 4 มีคณะอนุกรรมการดำเนินงานตามภารกิจประกอบด้วย

1) คณะทำงานด้านพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลด้านเภสัชกรรมส่วนบุคคล (Personal Medication Data Records) เพื่อให้เขตสุขภาพที่ 4 พัฒนาระบบสารสนเทศด้านเภสัชกรรมของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ เพื่อประสานงาน บูรณาการข้อมูลสารสนเทศด้านเภสัชกรรมของหน่วยบริการระดับจังหวัดสู่หน่วยบริการในเขตสุขภาพและเชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพ

2) คณะทำงานบริหารจัดการและพัฒนากำลังคนด้านเภสัชกรรม มีวัตถุประสงค์พัฒนามาตรฐานการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข พัฒนาด้านการบริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ และบริการเภสัชกรรมตาม Service plan สาขาต่าง ๆ ของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ และเชื่อมโยงสู่ระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วยในการเข้าถึงยา การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ลดความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ และบรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

3) คณะทำงานด้านพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์น้ำเกลือ มีวัตถุประสงค์พัฒนามาตรฐานการบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพ และเชื่อมโยงสู่ระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ ในด้านระบบบริหารเวชภัณฑ์น้ำเกลือ เพื่อพัฒนามาตรฐานการบริหารเวชภัณฑ์น้ำเกลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ

4) คณะทำงานด้านการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) พัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสาร (Telecommunication) โดยเลือกระบบให้มีการใช้งานง่ายและเสถียรและสามารถนำไปใช้อย่างแพร่หลาย

5) คณะทำงานด้านสมุนไพร กัญชา กัญชง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสมุนไพร กัญชา กัญชง ที่มีคุณภาพ สร้างมูลค่าและส่งเสริมเศรษฐกิจด้านสมุนไพรให้มากยิ่งขึ้น

จากคณะทำงานทั้ง 5 คณะที่แต่งตั้งขึ้นมานั้นได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานและมีแผนปฏิบัติการ พร้อมสำหรับการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์เขตสุขภาพที่ 4 โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบเภสัชกรรม จึงได้จัดทำโครงการการดำเนินงานพัฒนาระบบเภสัชกรรม (Chief Pharmacy Officer: CPO) เขตสุขภาพที่ 4 ขึ้น เพื่อสนับสนุนทรัพยากรด้านกำลังคน งบประมาณ และสิ่งของ ผลักดันให้ทุกกิจกรรมบรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะยังประโยชน์สูงสุดเกิดขึ้นแก่ประชาชนที่เข้ามารับบริการในสถานบริการเขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

## 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ปีงบประมาณ 2565 คณะกรรมการพัฒนาระบบเภสัชกรรม (Chief Pharmacy Officer: CPO) มีผลการดำเนินงานแต่ละคณะทำงานย่อยดังนี้

2.1 คณะทำงานระบบบันทึกข้อมูลด้านเภสัชกรรมส่วนบุคคล (Personal Medication Data Records & E-Refer)

ทีมงานได้ประสานงานกับที่ปรึกษาคณะกรรมการฯ ในการพัฒนาระบบ Personal Health Record (PHR) ตามประเด็น Big Rock 30 บาท รักษาทุกที่ ของเขตสุขภาพที่ 4 โดยขอให้เพิ่มข้อมูล Medication Safety ในการเชื่อมโยงข้อมูลด้วย จากการทดลองเข้าใช้ระบบ PHR พบว่า ข้อมูล Medication Safety ของผู้ป่วยยังไม่เชื่อมต่อกัน

2.2 คณะทำงานบริหารจัดการและพัฒนากำลังคนและพัฒนาศักยภาพ และประชุมวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบเภสัชกรรม

2.2.1 สรุปผลการประชุมวิชาการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรม เขตสุขภาพที่ 4 ระหว่างวันศุกร์ที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึง วันศุกร์ที่ 22 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ผ่านระบบประชุมทางไกล Zoom Meeting จำนวน 10 ครั้ง

ครั้งที่ 1 วันศุกร์ที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 เวลา 09.00 – 12.00 น. หัวข้อ ความก้าวหน้าวิชาชีพเภสัชกรรม โดย เภสัชกรหญิง นุชน้อย ประภาโส เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองบริหารการสาธารณสุข โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (CPE) จำนวน 3 หน่วยกิต มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 69 คน

ครั้งที่ 2 วันศุกร์ที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 เวลา 13.00 – 16.00 น. หัวข้อ การจัดทำผลงานวิชาการโดย ภก. ประสาท ลิ่มตุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันเภสัช สำนักงานคณะกรรมการ ข้าราชการพลเรือน โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (CPE) จำนวน 3 หน่วยกิต มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 65 คน

ครั้งที่ 3 วันพุธที่ 8 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 เวลา 09.00 – 12.00 น. หัวข้อ Digital for Health and Pharmacy โดย รศ.ภก.ดร. วิทยา กุลสมบุรณ์ ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการสร้างเสริมพลังสุขภาพ กองทุนศตวรรษที่ 2 (C2F) และประธานมูลนิธิเภสัชชนบท หัวข้อ Geographic Information System for Area Base Visualization โดย ผศ.ดร.ฐิติรัตน์ ปั้นบำรุงกิจ หัวหน้าภาควิชาภูมิศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หัวข้อ HOMDANG@ : GIS and Google Data Studio Software for Health

and Pharmacy Consumer Protection in Village Grocery โดย ภญ. รัชชวีญ เชื้อลี และ เกศษกร คณัฐวุฒิ หลวงเทพ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (CPE) จำนวน 3 หน่วยกิต มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 64 คน

ครั้งที่ 4 วันพุธที่ 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 เวลา 09.00 – 12.00 น. หัวข้อ กฎ ระเบียบ และการกำกับดูแลกัญชา กัญชง ที่เปลี่ยนไป หลังประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 มีผลใช้บังคับ โดย เกศษกรหญิง ศรีณยา ชวนิชย์ เกศษกรชำนาญการ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หัวข้อ การดำเนินการเกี่ยวกับกัญชา กัญชง ภายหลังจากวันที่ 9 มิถุนายน 2565 (ภายใต้ พ.ร.บ. ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562) โดย นางสาวรุจิรา หวังธีระประเสริฐ เกศษกรชำนาญการ กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หัวข้อ กฎหมายและการดำเนินการเกี่ยวกับการขอรับอนุญาตอาหารที่มีกัญชา กัญชง โดย นายญาณพล ชาวพลศรี นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (CPE) จำนวน 3 หน่วยกิต มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 95 คน

ครั้งที่ 5 วันพุธที่ 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 เวลา 13.00 – 16.00 น. หัวข้อ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชา กัญชง และกระท่อม โดย รศ.ดร.ภญ. จุฑามณี สุทธิสีสังข์ รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (CPE) จำนวน 3 หน่วยกิต มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 100 คน

ครั้งที่ 6 วันศุกร์ที่ 1 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เวลา 09.00 – 12.00 น. หัวข้อ การบริหารผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง โดย อ.ภญ. ชิตชนก รุ่งเรือง ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (CPE) จำนวน 3 หน่วยกิต มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 62 คน

ครั้งที่ 7 วันศุกร์ที่ 1 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เวลา 13.00 – 15.00 น. หัวข้อ การรักษา Covid-19 เรื่องยาที่เภสัชกรควรรู้ โดย ผศ.ภญ. โชติรัตน์ นครานุรักษ์ ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (CPE) จำนวน 2 หน่วยกิต มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 77 คน

ครั้งที่ 8 วันพุธที่ 6 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เวลา 13.00 – 16.00 น. หัวข้อ การเพิ่มศักยภาพเภสัชกรครอบครัวและเภสัชชุมชนภูมิ แบบ next normal โดย รศ.ดร. กรแก้ว จันทภาษา สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคม และการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (CPE) จำนวน 3 หน่วยกิต มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 47 คน

ครั้งที่ 9 วันพฤหัสบดีที่ 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เวลา 09.00 – 11.00 น. หัวข้อ การพัฒนาองค์กรโดยแนวคิด Objective and Key Results (OKR) และ Data Analytic and Dashboard for Organization Driving โดย รศ.ดร.วันชัย ตริยะประเสริฐ ผู้ช่วยอธิการบดี และ ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (CPE) จำนวน 3 หน่วยกิต มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 26 คน

ครั้งที่ 10 วันศุกร์ที่ 22 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เวลา 09.00 – 16.00 น. หัวข้อ Updated in cardiovascular disease pharmacotherapy โดย อ.ภก.กฤติน บัณฑิตานุกูล ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (CPE) จำนวน 6.5 หน่วยกิต มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 70 คน

2.2.2 สรุปผลการประชุมวิชาการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรม เขตสุขภาพที่ 4 วันพุธที่ 20 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เวลา 08.30 – 16.30 น. สถานที่ โรงแรมเดอะ คาวาลิ คาซ่า รีสอร์ท จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

การประชุมวิชาการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรม เขตสุขภาพที่ 4 พิธีเปิด โดย นายแพทย์ยุทธนา วรรณโพธิ์กลาง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กล่าวรายงาน โดย แพทย์หญิง นุชรินทร์ อักษรดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบเภสัชกรรม (Chief Pharmacy Officer; CPO) เขตสุขภาพที่ 4 มีกิจกรรมการบรรยาย หัวข้อ "Tenecteplase for STEMI" โดย อ.ภก.ธนวัฒน์ ชัยะโสทธิ สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และหัวข้อ "การเขียน Case report ในงานคุ้มครองผู้บริโภค" โดย อ.ดร.ภก.ตุลาการ นาคพันธ์ สาขาวิชาเภสัชกรรมสังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และกิจกรรมการประกวดการนำเสนอผลงานวิชาการในรูปแบบ Oral presentation และ Poster presentation โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (CPE) จำนวน 4.75 หน่วยกิต มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 86 คน จากทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 4

### 2.3 คณะทำงานด้านระบบบริหารเวชภัณฑ์น้ำเกลือ

ปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการด้านระบบบริหารเวชภัณฑ์น้ำเกลือแล้วมีจำนวน 3 โรงพยาบาล คือ

1. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ดำเนินการ 1 หน่วยงาน
2. โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ดำเนินการ 3 หน่วยงาน
3. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ดำเนินการ 37 หน่วยงาน

ในส่วนของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีขั้นตอนการดำเนินงาน แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 หน่วยงานนำร่อง จำนวน 7 หน่วยงาน เริ่มดำเนินการ 3 มีนาคม 2565

ระยะที่ 2 หน่วยงานที่เหลือ จำนวน 30 หน่วยงาน เริ่มดำเนินการ 4 กรกฎาคม 2565

ระบบบริหารเวชภัณฑ์น้ำเกลือของโรงพยาบาล ใช้โปรแกรมการเบิกจ่ายที่พัฒนาโดยบริษัท GHP คือ โปรแกรม G-Solutions มีรายการน้ำเกลือที่ดำเนินการด้วยระบบ Logistics นี้ทั้งหมดจำนวน 8 รายการ ผลการดำเนินงาน จากโครงการดังกล่าว ทำให้ลดพื้นที่จัดเก็บสำรองของคลังน้ำเกลือ ลดปริมาณน้ำเกลือที่สำรอง เป็นการลดต้นทุน นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระงานการเบิกจ่ายและขนส่งน้ำเกลือระหว่างหน่วยงานที่เบิกและคลังน้ำเกลือของโรงพยาบาล

### 2.4 คณะทำงานด้านการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

- ระยะที่ 1 มีนาคม 2565- เมษายน 2565 : ให้บริการ Telepharmacy ผ่านโปรแกรม Dietz

ผลลัพธ์ : จำนวนผู้รับบริการ 10 ราย ใช้งานยาก เข้าถึงยาก ฐานข้อมูลไม่เพียงพอต่อการเข้าถึงของผู้ป่วย

- ระยะที่ 2 พฤษภาคม 2565-สิงหาคม 2565 : ให้บริการ Telepharmacy ผ่าน Line official ขยายให้ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วย covid19 พิเศษชุดที่ตรงตาม Inclusion criteria แนะนำวิธีใช้ Line official และให้ศูนย์คอมพิวเตอร์จัดการ QR CODE เพื่อแนะนำวิธีการใช้กับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเพิ่มเพื่อน

ผลลัพธ์ : จำนวนผู้รับบริการ 12 ราย ใช้งานง่ายขึ้น แต่ยังมีปัญหาเรื่องความล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยไม่มี internet ติดเรื่องไม่สามารถ VDO call ได้ใช้ได้แต่ระบบแชทและโทรคุยกับผู้รับบริการ

- ระยะที่ 3 กันยายน 2565 : ให้บริการ Telepharmacy ผ่าน Line พัฒนาสมัคร Line โดยศูนย์คอมพิวเตอร์ การสมัครโดยหน่วย IT ไม่สำเร็จ ไม่สามารถสมัครได้ถ้าไม่มีเบอร์โทรศัพท์ ยังไม่ได้รับการอนุมัติเบอร์โทรและเครื่อง ทดลองใช้ Line ส่วนตัวในการลองสมัครและพบว่า ใช้งานง่าย แต่ไม่มีความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยจะโทรมาสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมคะแนนประเมินความพึงพอใจ 10/10

ผลลัพธ์ : จำนวนผู้รับบริการ 15 ราย ปรับ setting และเพิ่มอุปกรณ์เพื่อความสะดวกและจัดทำแนวทางการดำเนินการอย่างเป็นระบบ

## 2.5 คณะทำงานด้านสนับสนุนการผลิต และกระจายสมุนไพรสมุนไพร

- ยอดการส่งยาเขต 4 แบ่งเป็น

- โรงพยาบาลเสาไห้ 14,442,974 บาท
  - โรงพยาบาลหนองโดน 8,633,847 บาท
  - โรงพยาบาลอินทร์บุรี 3,339,321 บาท
- สามารถส่งยาได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

- นโยบายลดการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ (RDU) ตั้งเป้าหมาย  $\leq$  ร้อยละ 20 ในปี 2565 ในระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก สามารถทำได้ ร้อยละ 9.24

- นโยบายทดแทนการใช้จ่ายสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน สามารถทำได้ดีขึ้นเมื่อเทียบระหว่างมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน

- มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรมากขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อน ได้แก่

มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรปี 2563 60,260,717.53 บาท

มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรปี 2564 55,590,170.09 บาท

มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรปี 2565 70,291,399.07 บาท

## 3. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

### 3.1 คณะทำงานระบบบันทึกข้อมูลด้านเภสัชกรรมส่วนบุคคล (Personal Medication Data Records & E-Refer)

การพัฒนา ระบบ Personal Health Record (PHR) ตามประเด็น Big Rock 30 บาท รักษาทุกที่ของเขตสุขภาพที่ 4 ยังดำเนินการไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งทำให้การส่งต่อข้อมูล Medication Safety ยังไม่สำเร็จตามไปด้วย

### 3.2 คณะทำงานบริหารจัดการและพัฒนากำลังคนและพัฒนาศักยภาพ และประชุมวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบเภสัชกรรม



1. การดำเนินการเสนอโครงการและการอนุมัติงบประมาณล่าช้า กำหนดการกระชั้นชิด ทำให้มีเวลาเตรียมงาน ประสาน และประชาสัมพันธ์ไม่เพียงพอ และการขอหน่วยกิต CPE ต้องขอล่วงหน้าประมาณ ๑ เดือน ทำให้ในบางหัวข้อหากกระชั้นชิดอาจไม่ได้รับหน่วยกิต CPE

2. การอบรมวิชาการผ่าน zoom มีผู้เข้าร่วมน้อย เนื่องจากจัดในวันเวลาราชการทำให้หลายท่านอาจไม่สะดวก และขาดการประชาสัมพันธ์ที่เพียงพอ

3. การบันทึกการประชุมเป็นวิดีโอเพื่อย้อนหลัง ต้องใช้พื้นที่ในการอัปโหลดไฟล์ขึ้นบน Google drive จำนวนมาก และต้องใช้เวลามากหลายชั่วโมง จึงอาจไม่มีการแจกไฟล์วิดีโอบันทึกการประชุม

4. การเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมประชุม Zoom เพื่อขอหน่วยกิต CPE ด้วยวิธีการบันทึกภาพหน้าจอ มีปัญหาเรื่องการตรวจสอบรายชื่อย้อนหลัง เนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมไม่เปลี่ยนเป็นชื่อในห้องประชุม Zoom และอาจมีการฟังเครื่องเดียวกันหลายท่าน ทำให้อาจมีบางท่านที่ไม่ได้ลงทะเบียนไม่ได้รับหน่วยกิต CPE

### 3.3 คณะทำงานด้านระบบบริหารเวชภัณฑ์น้ำเกลือ

1. ภาระงานของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ พื้นที่จัดเก็บของหน่วยงานเพื่อสำรองน้ำเกลือมีไม่เพียงพอ ดังนั้นทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งยังไม่มีภาระงานในด้านนี้

2. รายการน้ำเกลือที่เข้าร่วมโครงการยังไม่ครอบคลุมทุกรายการ

- คลังน้ำเกลือจะต้องสำรองรายการที่ใช้น้อย
- คลังน้ำเกลือมี Buffer ของน้ำเกลือที่เข้าร่วมโครงการสำหรับหน่วยงานที่มีการเบิกจากโครงการไม่เพียงพอ

3. ระเบียบพัสดุเกี่ยวกับการจัดซื้อ/จัดหายา

### 3.4 คณะทำงานด้านการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

- กลุ่มผู้รับบริการ: จำนวนผู้ป่วยเข้าโครงการไม่มาก ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการได้ไม่มาก ไม่ได้ตามเป้าหมาย ข้อจำกัดด้าน ความรู้ทาง IT ของผู้ป่วยชาวลพบุรี
- บุคลากรไม่พร้อม: เภสัชกร คือ บุคลากรสำคัญ เภสัชกร work load มากเกินไป การดำเนินงานล่าช้า ปรับกระบวนการดำเนินงานให้ง่ายขึ้น สร้างความน่าสนใจในการให้บริการ งาน IT work load มาก ไม่สามารถให้ข้อมูลได้รวดเร็ว ต้องเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินการจริง
- ปรับ setting: การดำเนินงานเพื่อให้ได้จำนวนผู้ป่วยเข้าโครงการมากขึ้น
- อุปกรณ์ไม่พร้อม: การใช้ computer เข้าถึงยากกว่าการให้บริการโดย smart phone ไม่มี smart phone ของหน่วยงาน
- ผู้บริหาร: \*\*\*\*\*สำคัญที่สุด ถ้ามีการผลักดันและสนับสนุน\*\*ด้านกำลังคน \*\*งบประมาณ

### 3.5 คณะทำงานด้านสนับสนุนการผลิต และกระจายสมุนไพร

ทีมคณะทำงานด้านสนับสนุนการผลิต และกระจายสมุนไพรสมุนไพร

## ด้านการผลิต

1. เครื่องมือในการผลิตมีการซ่อมบำรุงบ่อย
2. กำลังคน เนื่องจากรับสมัครแล้วความสามารถของผู้สมัครไม่เหมาะสมกับงานเนื่องจากการสมัครรับเป็นลูกจ้างรายวัน ทำให้ประสิทธิภาพเป็นไปตามค่าแรงที่ได้
3. ไม่มีช่างดูแลเครื่องจักรเป็นประจำ ถ้าเกิดปัญหาทำให้ไม่สามารถจัดการได้ทันที ทำให้เกิดความล่าช้าในการผลิต
4. บุคลากรมีจำกัดซึ่งต้องทำงานประจำที่เกี่ยวข้องกับการผลิตยาของกลุ่มงานเภสัชกรรมด้วยจึงต้องมีการวางแผนการผลิตที่ดีเพื่อให้ผลิตยาสมุนไพรทันแต่ละไตรมาส (รพ.อินทร์บุรี)
5. วัตถุดิบหาได้ค่อนข้างยาก ในช่วงเดือนมี.ค.-มิ.ย. ซึ่งเป็นฤดูแล้งที่ฟ้าทะลายโจรไม่สามารถเติบโตได้ (รพ.หนองโดน)
6. เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้มีความต้องการใช้ยาฟ้าทะลายโจรค่อนข้างสูง บางจังหวัดขอเบิกยาฟ้าทะลายโจรล่วงหน้า ทำให้มีผลกระทบต่อแผนการผลิต จึงต้องมีการปรับแผนการผลิตเพื่อทันกับความต้องการที่เพิ่มขึ้น (รพ.หนองโดน)

## ด้านการกระจายยา

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) แต่ละแห่งมีพื้นที่เก็บยาจำกัด ทำให้เมื่อเวลาจัดส่งยาแล้วไม่สามารถรองรับได้ทั้ง 3 โรงผลิต
2. กำลังคนในการขนส่งยามีไม่เพียงพอ (รพ.เสาไห้)
3. บางสสจ. ต้องการยาก่อนวันที่กำหนดตามไตรมาส เช่น สสจ.อยุธยาต้องการยาของไตรมาส 3 เดือน ก.ค. ขอเป็นเดือนมิ.ย. เป็นต้น (รพ.เสาไห้)

## ด้านการตอบรับจากลูกค้า

1. กล่องยาหอมเทพจิตรไม่มีฉลากแปะด้านนอกกล่องใหญ่ (รพ.หนองโดน)

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เขตสุขภาพที่ 4 ให้การสนับสนุนงบประมาณผลิตยาสมุนไพรเพื่อใช้ในระบบบริหารต่อเนื่องในปี 2566-2567
2. บูรณาการ ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันและลดการใช้ยาปฏิชีวนะ (RDU)
3. การบูรณาการร่วมระหว่าง Service plan สาขาอื่น
4. ติดตามรวบรวมข้อมูลการสั่งใช้ยาสมุนไพรภาพจังหวัด ภาพเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อประเมินผลสู่การขับเคลื่อนเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง

#### 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

กิจกรรม	ช่วงเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ระยะที่ 1 Pilot Phase</p> <p>ทดสอบระบบการเชื่อมโยงข้อมูล Medication Safety ของผู้ป่วยจาก HDC ที่ส่งออกจาก สสจ. ให้สามารถเชื่อมต่อและใช้ผ่านระบบ HIS ของโรงพยาบาลได้เลย โดยให้จังหวัดนครนายกเป็นจังหวัดนำร่อง</p> <p>ระยะที่ 2 Review Phase</p> <p>สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการทดสอบระบบการเชื่อมโยงข้อมูล Medication Safety ของผู้ป่วยจาก HDC ที่ส่งออกจาก สสจ. ส่งต่อทีม CPO เขตฯ เพื่อหาว่ามีโอกาสที่จะดำเนินการในภาพเขตฯต่อไปหรือไม่</p> <p>ระยะที่ 3 Migration Phase</p> <p>ดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูล Medication Safety ของผู้ป่วยจาก HDC ที่ส่งออกจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในแต่ละจังหวัด ให้สามารถเชื่อมต่อและใช้ผ่านระบบ HIS ของโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 4 ได้</p>	<p>ระยะที่ 1 Pilot Phase</p> <p>*** ตุลาคม 65 - ธันวาคม 65</p> <p>ระยะที่ 2 Review Phase</p> <p>*** มกราคม 66 - กุมภาพันธ์ 66</p> <p>ระยะที่ 3 Migration Phase</p> <p>*** มีนาคม 66 - กันยายน 66</p>	<p>ระยะที่ 1 Pilot Phase</p> <p>*** 5,000 บาท</p> <p>ระยะที่ 2 Review Phase</p> <p>*** ไม่มีค่าใช้จ่าย</p> <p>ระยะที่ 3 Migration Phase</p> <p>*** ค่าใช้จ่ายประมาณการ 5,000 บาท ต่อ 1 แม่ข่าย (1 โรงพยาบาลแม่ข่าย + 19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)</p>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ร่วมกับโรงพยาบาลนครนายก</p> <p>โรงพยาบาลนครนายก</p> <p>โรงพยาบาลนครนายก</p>
<p>ทดสอบระบบการเชื่อมโยงข้อมูล Medication Safety ของผู้ป่วยจาก HDC โดยทำให้สามารถเชื่อมต่อและใช้ผ่านระบบ HIS ของโรงพยาบาลได้เลย</p>	<p>ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566</p>	<p>5,000 บาท ต่อ 1 CUP</p>	<p>โรงพยาบาลนครนายกร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก</p>
<p>ผลักดันให้มีการทำ Telemedicine ร่วมกับการทำ Telepharmacy</p>	<p>ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566</p>		<p>โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช</p>

กิจกรรม	ช่วงเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การอบรมการทำวิจัยทางเภสัชศาสตร์และการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิจัย หลักสูตร 3 วัน เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีและการทำวิจัยสำหรับเภสัชกรในเขตสุขภาพที่ 4	ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566	98,000 บาท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
การอบรมการใช้โปรแกรม Excel ในการสรุปและประเมินผลการทำงาน เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีในการทำงานสำหรับเภสัชกรในเขตสุขภาพที่ 4	ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566	156,000 บาท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
คำวิสัยในการผลิตยาแผง Blister เพื่อปรับเปลี่ยน packaging ยา จากแบบกระปุกไปเป็นแผง เพื่อเพิ่มความสะดวกในการใช้ยาของผู้ป่วย และเพื่อรักษาคุณภาพยา	ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566	99,300 บาท	โรงพยาบาลเสาไห้, โรงพยาบาลหนองโดน, โรงพยาบาลอินทร์บุรี
วิเคราะห์ตัวอย่างสมุนไพร 7 รายการ รายการละ 2 batch เพื่อควบคุมคุณภาพยาสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน	ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566	30,000 บาท	โรงพยาบาลเสาไห้, โรงพยาบาลหนองโดน, โรงพยาบาลอินทร์บุรี
รวม		701,300 บาท	หมายเหตุ งบประมาณเงินบำรุงฯ ปี 2565

### 3.1.8 การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค

(Chief Health Promotion Prevention and Protection Officer : CPPO)

#### 1. หลักการและเหตุผล

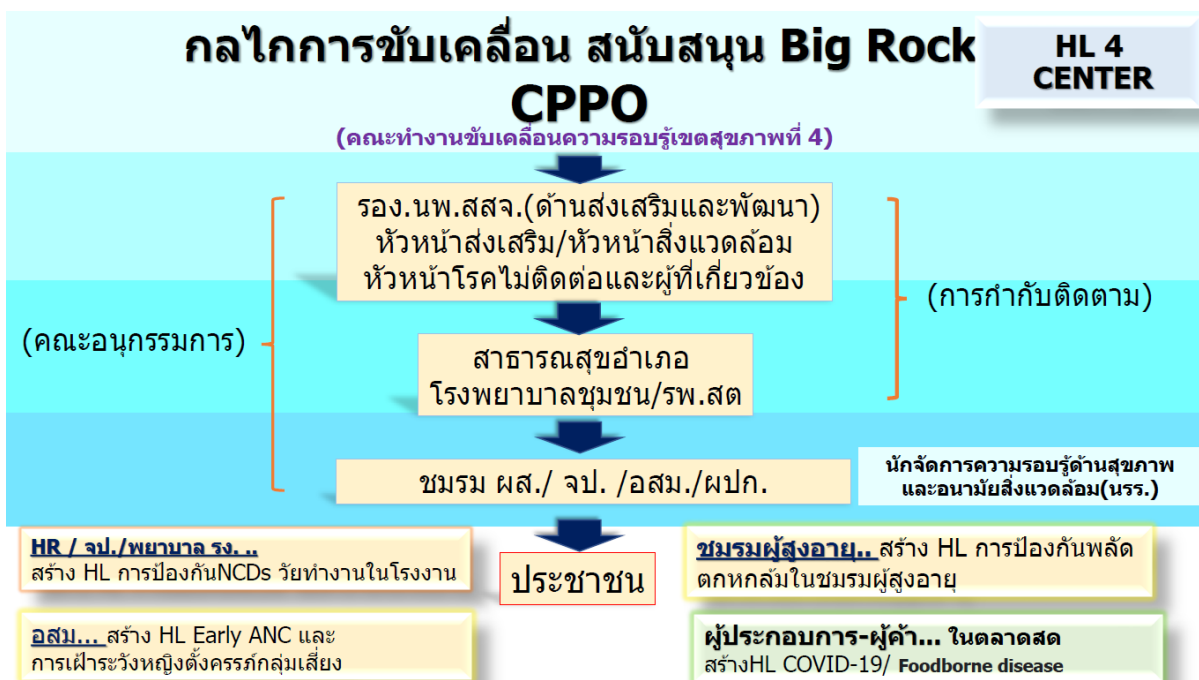
ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของประเทศไทย ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ โดยได้กำหนดเป็นแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (13) ประเด็น การเสริมสร้างคนไทยมีสุขภาพที่ดี เป้าหมายคนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และในปี 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย 10 ประเด็น ซึ่งประเด็นเรื่องสุขภาพดีวิถีใหม่ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สู่ New Normal ด้วยหลัก อาหาร ออกกำลังกาย และ Health Literacy สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี (กรมอนามัย,2564) หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสถานะโดยรวมกล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาบุคลากรด้านสาธารณสุข เพิ่มสูงขึ้น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข,2554) เนื่องจากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลา ในการอยู่โรงพยาบาลด้านสาธารณสุขสั้นลง และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลง(Mancuso JM,2008)

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ซึ่งจะส่งผลต่อการทำนายถึงภาวะสุขภาพการดำเนินชีวิตของคนๆนั้นตลอดช่วงชีวิตในเชิงลบ ตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึงวัยชรา หากมีการคลอดก่อนกำหนดในอัตราที่สูงก็จะทำให้ประชากรในเขตสุขภาพที่ 4 ด้อยคุณภาพ ฉะนั้นการแก้ไขหรือป้องกันได้ตั้งแต่เริ่มการตั้งครรภ์ถือว่ามีความคุ้มค่าและสุดท้ายจะมีประชากรคุณภาพ ซึ่งยังพบปัญหาสุขภาพในวัยทำงานช่วงอายุช่วงอายุ 18 - 59 ปี โดยพบว่าวัยแรงงาน มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้ประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มากกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ หมายความว่าวัยทำงานมีคนอ้วนมากและมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้คนวัยทำงานเกิดโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ (NCDs) และกลายเป็นผู้สูงอายุที่ไม่แข็งแรงได้ในอนาคต ฉะนั้นการสร้างความรู้ให้กับคนวัยทำงานจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนที่จะถึงขั้นเจ็บป่วยรุนแรง และจะส่งผลกระทบต่อไปยังวัยผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากรายงานสถานการณ์หกล้มระดับประเทศในผู้สูงอายุ พ.ศ.2560 - 2564 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุถึง 3 เท่า และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับใกล้เคียงกันทั้งประเทศ และยังพบอีกว่าในปี 2565 เขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราการคัดกรองภาวะหกล้มเพียง ร้อยละ 58.62 ซึ่งพบว่ามีอัตราต่ำสุดในระดับเขตสุขภาพ โดยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะผิดปกติ ร้อยละ 6.06 และยังพบปัญหาข้อเข่าถึงร้อยละ 9.38 ซึ่งพบสูงที่สุดในระดับเขตสุขภาพ (HDC,2564) ซึ่งประเด็นดังกล่าว การสร้างความรู้สู่ประชาชน เป็นเรื่องสำคัญในมิติใหม่แทนการสอนสุขภาพศึกษาโดยเฉพาะยังขาดการสร้างแกนนำในเจ้าหน้าที่เพื่อขยายผลสู่ประชาชนในทุกกลุ่มวัย

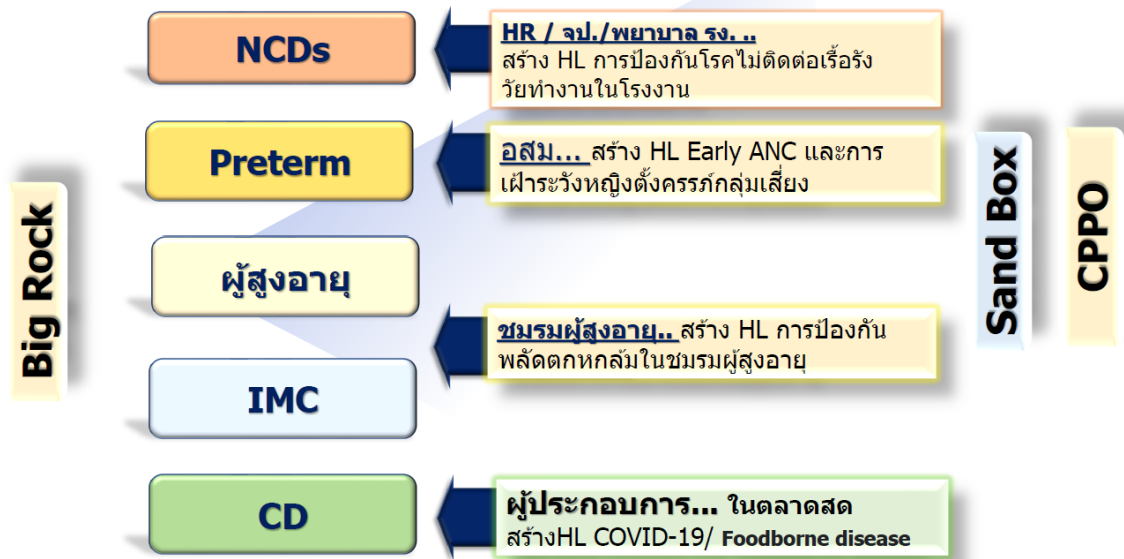
จากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและปัญหาดังกล่าว เขตสุขภาพที่ 4 เห็นถึงความสำคัญถึงปัญหาดังกล่าว งานพัฒนาคุณภาพระบบงานส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรค (Chief Health Promotion Prevention and Protection Officer :CPPO) เป็นหนึ่งในกลไกของ Sandbox ที่สนับสนุนการดำเนินงานของ Big Rock โดยขับเคลื่อนประเด็นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับบุคคล ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อ เพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม นำรูปแบบการดำเนินงานสร้างความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้ไปประยุกต์สู่การปฏิบัติ เพื่อขยายผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

### วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อพัฒนา รูปแบบ ในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมใน ประเด็น การป้องกันการคลอตก่อนกำหนด ,การป้องกันโรคไม่ติดต่อ ในวัยทำงาน, ภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และ การป้องกันโรคติดต่อในผู้ประกอบการ ผู้ค้าในตลาดสด
- 2 เพื่อดำเนินงานสนับสนุนการขับเคลื่อน Big Rock



## SAND BOX (CPPO) สนับสนุน Big Rock

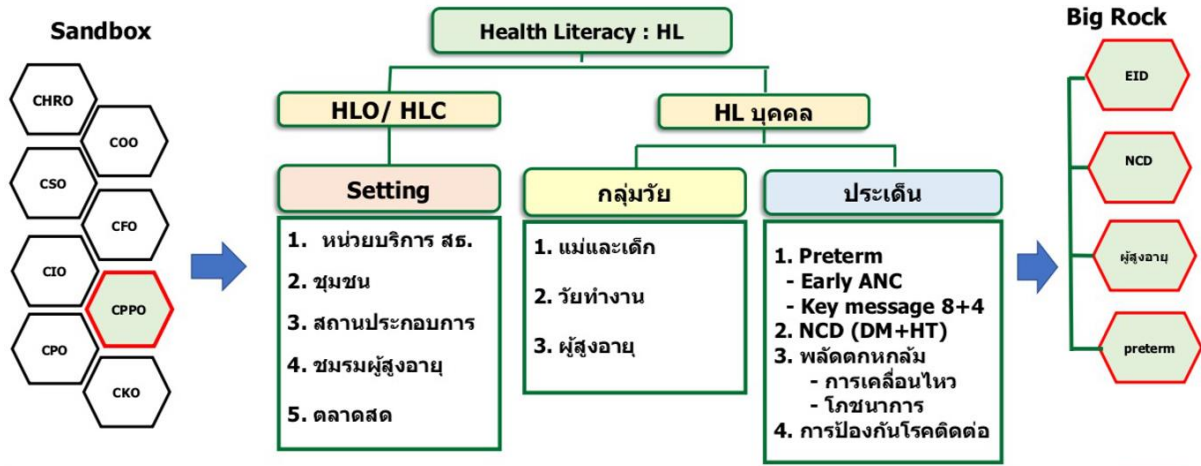


### กลุ่มเป้าหมาย

1. คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ชมรมละ 10 คน จำนวน 8 ชมรม รวม 80 คน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/นักรับบาล พื้นที่ละ 20 คน รวม 8 แห่ง จำนวน 160 คน
3. แกนนำ(HR/จป./พยาบาลประจำโรงงาน) สุขภาพในโรงงาน โรงงานละ 3 คน จำนวน 8 แห่ง  
รวม 24 คน
4. ผู้ประกอบการ และผู้ค้า ในตลาดสด แห่งละ 10 คน จำนวน 8 แห่ง จำนวน 80 คน
5. คณะกรรมการ CPPO จำนวน 38 คน
6. คณะทำงานขับเคลื่อน HL เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 36 คน



## กรอบแนวคิดการขับเคลื่อนงาน HL ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 4



กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ **อสม. จว.ละ 50 คน / HR, จปม พยาบาล รง. จว.ละ 15 คน / ชมรมผู้สูงอายุ จว.ละ 50 คน / ผู้ประกอบการตลาด จว.ละ 5 คน ผู้ค้าในตลาด จว.ละ 30 คน**

### พื้นที่เป้าหมายดำเนินงาน

กิจกรรม	นนทบุรี	ปทุมธานี	สระบุรี	ลพบุรี	อยุธยา	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก
<b>Big Rock preterm</b> (กลุ่มเป้าหมาย พยาบาล ANC/หญิงตั้งครรภ์)	อ.เมือง	อ.คลองหลวง	อ.เมือง	อ.เมือง	อ.เสนา	อ.เมือง	อ.โพธิ์ทอง	อ.เมือง
<b>CPPO</b> (กลุ่มเป้าหมาย อสม.ในชุมชน จว.ละ 50 คน)	อ.เมือง	อ.คลองหลวง	อ.เมือง	อ.เมือง	อ.เสนา	อ.เมือง	อ.โพธิ์ทอง	อ.เมือง
<b>Big Rock NCDs</b> พื้นที่เป้าหมาย	ชุมชน	ชุมชน	รง./สถานที่ราชการ	รง.	รง./สถานที่ราชการ	ชุมชน อ.บางระจัน	ชุมชน	ชุมชน
<b>CPPO</b> (HR,จป/พยาบาล โรงงาน จังหวัดละ 15 คน)	ชุมชน (อ.เมือง / อ.บางบัวทอง)	อ.เมือง	อ.หนองแค บ.ไทย มาลา ยา กลาส จำกัด	บ.เบทาโกร และในเครือ 5 แห่ง อ.พัฒนานิคม	บ.วังน้อยเบเวอเรจ อ.วังน้อย	ชุมชนพิกัด อ.บางระจัน	ชุมชน ตำบลบ้านแห อ.เมือง	บ. Tyson อ.องครักษ์
<b>Big Rock ผู้สูงอายุ</b>	อ.บางบัวทอง	อ.เมือง	อ.วิหารแดง	อ.สระโบสถ์	อ.เสนา	อ.เมือง	อ.เมือง	อ.ปากพลี
<b>CPPO (ชมรมผู้สูงอายุ จว.ละ 50 คน)</b>	ชมรมผู้สูงอายุ รพ.บางบัวทอง อ.บางบัวทอง	อ.เมือง	ชมรมผู้สูงอายุ ต.เจริญธรรม อ.วิหารแดง	อ.สระโบสถ์	ชมรมยุงทอง ต.บ้านแพน อ.เสนา	อ.เมือง	ชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบล ศาลาแดง อ.เมือง	ชมรมผู้สูงอายุ ต.หนองแสง อ.ปากพลี
<b>Big Rock CD (ผู้ประกอบการ, ผู้ค้า)</b>	อ.เมือง	อ.ลาดหลุมแก้ว	อ.ดอนตูม อ.หนองไผ่	อ.พัฒนานิคม	อ.นครหลวง	อ.ท่าช้าง	อ.ไชโย	อ.เมือง
<b>CPPO (ผู้ประกอบการ จว.ละ 5, ผู้ค้า 30 คน)</b>	ตลาดเทศบาลนครนนทบุรี อ.เมือง	ตลาดอูมทรัพย์ อ.ลาดหลุมแก้ว	ตลาดสัง อ.เมือง	ตลาดกล้วยกล้วย อ.เมือง	ตลาดสุวรรณเกษียทอง อ.นครหลวง	ตลาดไม้ตัด อ.บางระจัน	ตลาดไชโย อ.ไชโย	ตลาดเกียรติประ อ.บ้านนา



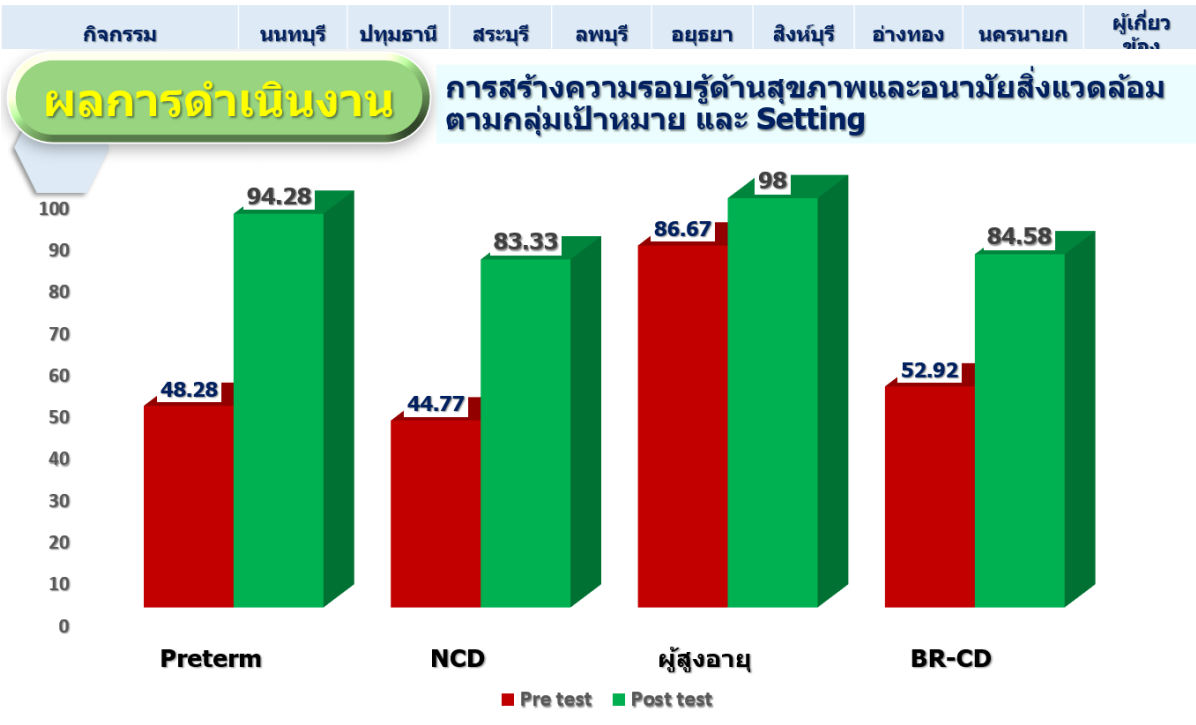
ระยะเวลาการดำเนินงาน มกราคม 2565 - กรกฎาคม 2565

## 2. แผนการดำเนินงานและกิจกรรม

กิจกรรม	แผนการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
<b>1. การดำเนินงานระดับเขต</b> 1. จัดทำโครงการ เพื่อขออนุมัติโครงการ 2. จัดทำเครื่องมือการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และกำหนด กรอบระยะเวลาในการดำเนินการ	มีนาคม 2565	คณะกรรมการ CPPO
<b>2. การดำเนินงานระดับจังหวัด</b> 1. ประชุมชี้แจงคณะทำงานระดับจังหวัดและอำเภอในการ ดำเนินการโครงการ	เมษายน 2565	รอง ส. 8 จังหวัด
3. จัดทำเอกสารขอรับงบประมาณ และโครงการดำเนินงานของแต่ละจังหวัด	เมษายน 2565	รอง ส. 8 จังหวัด
4. สรุปลพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินโครงการ	เมษายน 2565	รอง ส. 8 จังหวัด
5. เตรียมเครื่องมือ การประเมินความรู้ ก่อน-หลัง การดำเนินงาน (Pre - Post test)	ดำเนินงาน ภายใน 30 เมษายน 2565	รอง ส. 8 จังหวัด
6. ทำแบบประเมินความรู้ก่อนการดำเนินงาน (Pre-test) ใน กลุ่มเป้าหมาย	ดำเนินการ ภายใน 10 พฤษภาคม 2565	รอง ส. 8 จังหวัด
7. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัญหาและแนวทางดำเนินการ	ดำเนินการ ภายใน 15 พฤษภาคม 2565	รอง ส. 8 จังหวัด + ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี
8. ดำเนินกิจกรรม สร้างความรู้ ตามประเด็น ในพื้นที่ จำนวน 3 ครั้งต่อจังหวัด	ดำเนินการ ภายใน 15 มิถุนายน 2565	รอง ส. 8 จังหวัด + ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี
9. ทำแบบประเมินความรู้หลังการดำเนินงาน (Post-test) ในกลุ่มเป้าหมาย	ดำเนินการ ภายใน 30 มิถุนายน 2565	รอง ส. 8 จังหวัด



## ผลการเบิกจ่ายงบประมาณโครงการ CPPO ปีงบประมาณ 2565 และความก้าวหน้าการดำเนินโครงการ

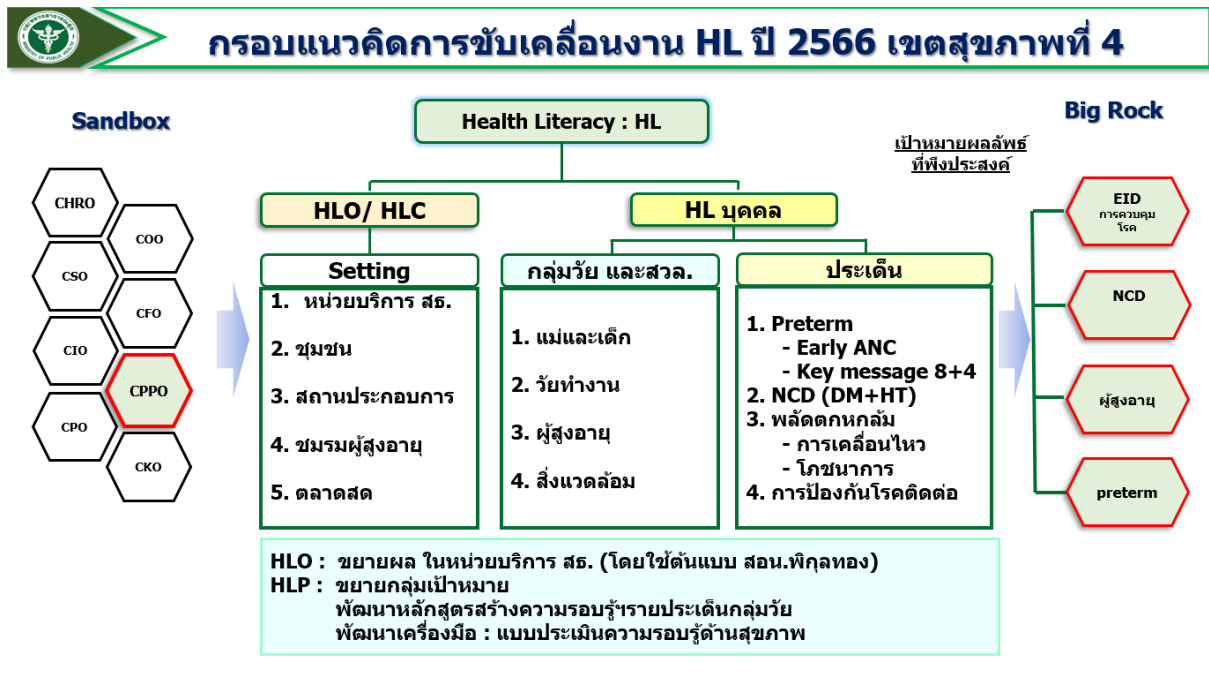


### 3. ผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินกิจกรรมขับเคลื่อนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ต้นแบบ พบว่า 1) ประเด็นการคลอดก่อนกำหนด Preterm กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.) ผลการสำรวจความรู้ ก่อนดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 48.28 หลังดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 94.28 2) ประเด็น NCD กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ แกนนำ(HR/จป./พยาบาลประจำโรงงาน) ผู้ดูแลด้านสุขภาพในโรงงาน ผลการสำรวจความรู้ ก่อนดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 44.77 หลังดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 83.33 3) ประเด็นผลิตภัณฑ์หกล้อมในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ แกนนำจากชมรมผู้สูงอายุ ผลการสำรวจความรู้ ก่อนดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 86.67 หลังดำเนินการสร้างความรู้ คิดเป็นร้อยละ 98.00 4) ประเด็นการป้องกันโรคติดต่อ CD กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ประกอบการ และผู้ค้าในตลาดสด ผลการสำรวจความรู้ ก่อนดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 52.92 หลังดำเนินการสร้างความรู้ คิดเป็นร้อยละ 84.58



#### 4. แนวทางการขับเคลื่อนปี 2566



#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเชื่อมต่อการใช้งานผ่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับกิจกรรมที่จะขับเคลื่อนผ่านศูนย์วิชาการ
2. ควรติดตามผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่องตามวัตถุประสงค์
3. ควรมีการปรับระยะเวลาในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับ Big rock
4. การสร้างความเข้าใจของคณะกรรมการระดับจังหวัดกับ ศูนย์วิชาการ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจน

ภาพกิจกรรมการดำเนินโครงการ (บางส่วน)





ภาคผนวก ก. รายชื่อพื้นที่ต้นแบบ ในการดำเนินโครงการ  
พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ Big rock  
พื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2565

Big Rock/จังหวัด	ปทุมธานี	นนทบุรี	สระบุรี	ลพบุรี	อยุธยา	สิงห์บุรี	นครนายก	อ่างทอง
โรคติดต่อ	อ.ลาดหลุมแก้ว	อ.เมือง	อ.แก่งคอย	อ.พัฒนานิคม	อ.นครหลวง	อ.ท่าช้าง	อ.เมือง	อ.ไชโย
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	อ.เมือง	อ.เมือง	อ.หนองแค	อ.พัฒนานิคม	อ.วังน้อย	อ.เมือง	อ.องครักษ์	อ.เมือง
ผู้สูงอายุ	อ.เมือง	อ.บางบัวทอง	อ.วิหารแดง	อ.สระโบสถ์	อ.เสนา	อ.เมือง	อ.ปากพลี	อ.เมือง
คลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์	อ.คลองหลวง	อ.บางบัวทอง	อ.เมือง	อ.เมือง	อ.เสนา	อ.เมือง	อ.เมือง	อ.โพธิ์ทอง

หมายเหตุ พื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงาน อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

## 3.2 การดำเนินงานประเด็น Big Rock

### 3.2.1 การดำเนินงานการป้องกันโรคติดต่อ (Communicable Diseases: CD)

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

การเกิดโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ เป็นโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์สถานการณ์ ที่เกิดขึ้นได้อย่างทันที่ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อประชากรในหลายมิติ เช่น มิติด้านสุขภาพ มิติด้านเศรษฐกิจ ดังนั้น เพื่อให้ประเทศไทยมีความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงได้กำหนดประเด็นปฏิรูปเพื่อเป็นการวางทิศทาง การพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ รับมือกับสถานการณ์ความท้าทายที่มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการและการให้บริการทางด้านสาธารณสุขโดยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกการปฏิรูปเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข กำหนดให้มีการขับเคลื่อนกิจกรรมการปฏิรูป Big Rock ในพื้นที่เขตสุขภาพ เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการที่เป็นเอกภาพ คล่องตัว และสามารถปรับระบบบริการให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยกำหนดให้มีเขตสุขภาพนำร่อง 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12 เป็นเขตนำร่องรองรับการดำเนินงานการ ปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตามเป้าหมายผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ 5 Big Rock (การจัดการภาวะฉุกเฉินและโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ การดูแลโรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุ ระบบหลักประกันสุขภาพ และนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่) โดยดำเนินการให้ 4 เขตสุขภาพนำร่อง มีการปฏิรูประบบบริหารจัดการและการบูรณาการดำเนินงาน

เขตสุขภาพที่ 4 มีพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก มีประชากรประมาณ 6 ล้านคน มีแหล่งอุตสาหกรรม ตลาดค้าส่ง สถานศึกษา ทำให้เขตสุขภาพที่ 4 เป็นศูนย์กลางการค้า แหล่งท่องเที่ยว และถือได้ว่าศูนย์กลางทางเศรษฐกิจที่สำคัญแห่งหนึ่งของประเทศ มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นรองจากกรุงเทพมหานครซึ่งได้แก่จังหวัดเขตปริมณฑล (จังหวัดปทุมธานีและจังหวัดนนทบุรี) ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างด้าว นอกจากนี้ยังพบการระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ในโรงงานอุตสาหกรรม และพบการติดเชื้อภายในครอบครัวจำนวนมาก จากปัญหาการระบาดในครั้งนี้ส่งผลประชาชนได้รับผลกระทบในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยถูกจำกัดการเดินทาง จำกัดเวลาในการประกอบอาชีพในบางอาชีพ บางกิจการต้องถูกปิดตัวลงหรือชะลอลงไป ในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ต้องยุติการผลิตหรือลดการผลิตลง ส่งผลกระทบต่อ การส่งออกระหว่างประเทศ พบอัตราการว่างงานที่สูงที่สุดในรอบ 11 ปี ราว 7.5 แสนคน ในปี พ.ศ. 2563 ระบบสาธารณสุขมีศักยภาพไม่เพียงพอที่จะรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น จากปัญหาการระบาดที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชาชนและเศรษฐกิจทุกระดับ เขตสุขภาพที่ 4 จึงเร่งรัดแก้ไขปัญหาการระบาดโดยการกำหนดมาตรการการควบคุมโรค ในช่วงแรกกำหนดให้มีพื้นที่ต้นแบบดำเนินการตามมาตรการ 3S (3S Model) ประกอบด้วย 1. Sentinel surveillance 2. Smart Control 3. Safety in school โดยเริ่มในช่วงปลายเดือนตุลาคม 2564 จากการร่วมมือของ ศูนย์วิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทุกแห่ง และถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติให้แก่พื้นที่เสนอต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเพื่อดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด 7 ตัวชี้วัด แต่เมื่อเข้าสู่ปี พ.ศ. 2565 พบการระบาด COVID-

19 สายพันธุ์ใหม่ (Omicron) ที่สามารถติดต่อได้ง่ายมากยิ่งขึ้นรวดเร็วขึ้น แต่ผู้ติดเชื้อมีอาการไม่รุนแรง ประกอบด้วยนโยบายของรัฐบาลมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคที่ต้องดำเนินไปพร้อมกับการประกอบเศรษฐกิจของประเทศ มีการคลายล็อกมาตรการให้สามารถดำเนินชีวิตได้เกือบปกติภายใต้มาตรการควบคุมป้องกัน COVID-19 จึงทำให้มีผู้ติดเชื้อตั้งแต่ระลอกเดือนมกราคม 2565 จนถึงเดือนเมษายน 2565 มีผู้ติดเชื้อต่อวันมากกว่าวันละ 20000 ราย ในระดับประเทศและมีแนวโน้มลดลง สำหรับเขตสุขภาพที่ 4 มีผู้ติดเชื้อวันละมากกว่า 1000 ราย แต่ไม่พบการระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการอยู่ในระดับสีเขียวและอยู่ในระบบการดูแลแบบ HI หรือ CI มากขึ้น เขตสุขภาพที่ 4 เน้นติดตามการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มอายุ 12 ปี ขึ้นไปให้มากกว่าร้อยละ 80 การควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนและการควบคุมโรคให้ได้ภายใน 28 วัน กำหนดอัตราการตายไม่เกินร้อยละ 0.2 การดำเนินงานในพื้นที่เสี่ยง ได้แก่ ตลาดสด โรงงานอุตสาหกรรม โรงเรียน โรงพยาบาล และการเข้าถึงการตรวจ ATK อย่างน้อยให้มีจุดคัดกรอง 1 ชุมชนต่อ 1 จุดคัดกรอง เพื่อให้มีมาตรการรองรับการระบาดที่เตรียมความพร้อมที่ทันต่อเหตุการณ์ ทั้งคน เงิน ของ มาตรการส่วนบุคคลที่เน้นย้ำให้ประชาชนไม่ประมาทในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ รวมไปถึงนโยบายการบริหารจัดการที่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงในปัจจุบัน ในช่วงเดือนกันยายน 2565 สถานการณ์การระบาดเริ่มคลี่คลายรัฐบาลจึงประกาศให้วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โดยมีการปรับเกณฑ์การกักตัวการรักษาและให้บริการในหน่วยบริการ ในส่วนของเขตสุขภาพที่ 4 มีการดำเนินการรองรับปรับตัวให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว กำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับโรคติดต่อที่ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ดำเนินการตามกลยุทธ์ 2p2r และสนับสนุนการดำเนินงานในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ มุ่งพัฒนาระบบการดำเนินงานควบคุมโรค สู่เป้าหมาย เขตสุขภาพที่ 4 มีการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินการระบาดของโรคอุบัติใหม่ - อุตบัติซ้ำที่มีประสิทธิภาพ “เตรียมพร้อม ซ้อมรับ ปรับได้ทันที”

## 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

การดำเนินงานควบคุมโรคเขตสุขภาพที่ 4 ตามนโยบายการปฏิรูปเขตสุขภาพที่มีการขับเคลื่อนโดย 5 Sand Box และ 8 Big Rock โดยมีหนึ่งในการขับเคลื่อน คือ Big Rock EID มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานตามนโยบาย ส่วนกลางให้สอดคล้องกับการระบาดของโรค ซึ่งมีการดำเนินแบ่งเป็นช่วง ดังนี้

### 1. การดำเนินการพื้นที่ 3s Model (อำเภอพื้นที่ต้นแบบ)

สรุปผลการดำเนินงาน 3 S Model ในอำเภอต้นแบบ											
ลำดับ	จังหวัด/เขตสุขภาพ/อำเภอ	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน วันที่ 10 ม.ค. 65								
			เมืองใหม่ (อ.เมือง)	วังน้อย (ตาชะอุ่ม/วัง)	ธวัชชัย (บึงสามพัน)	สนม (สนม)	สนม (สนม)	สนม (สนม)	สนม (สนม)	สนม (สนม)	สนม (สนม)
1	เขตสุขภาพที่ 4 (อ.เมือง)	State 80	97.25	94.87	96.25	88.04	87.65	88.24	89.70	96.74	83.75
2	เขตสุขภาพที่ 4 (อ.เมือง)	State 80	95.44	93.81	91.97	93.11	93.84	91.8	94.66	94.1	75.98
3.1	เขตสุขภาพที่ 4 (อ.เมือง)	State 80	91.15	92.31	91.97	83.97	84.62	80.68	80.00	90.20	80.26
3.2	เขตสุขภาพที่ 4 (อ.เมือง)	State 100	88.50	90.75	96	89	84.55	78	96.03	97.64	80.16
4	โรงพยาบาลเมืองเก่า (อ.เมือง)	State 100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5	โรงพยาบาลเมืองเก่า (อ.เมือง)	State 100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
6	โรงเรียน - สนม (อ.เมือง)	State 100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	โรงพยาบาลเมืองเก่า (อ.เมือง)	State 100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
8	โรงพยาบาลเมืองเก่า (อ.เมือง)	State 100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
สรุป			9 ต.พ.ว.	อำเภอ 9 ต.พ.ว.	อำเภอ 9 ต.พ.ว.	อำเภอ 9 ต.พ.ว.	อำเภอ 9 ต.พ.ว.	อำเภอ 9 ต.พ.ว.	อำเภอ 9 ต.พ.ว.	อำเภอ 9 ต.พ.ว.	อำเภอ 9 ต.พ.ว.



การดำเนินการพื้นที่ 3s Model (อำเภอต้นแบบ) เริ่มต้นดำเนินการเมื่อช่วงปลายเดือนตุลาคม 2564 โดยจังหวัดคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบสำหรับดำเนินการตามนโยบาย 3S Model ประกอบด้วย S1 : Sentinel surveillance S2 : Smart Control S3 : Safety Zone in School โดยความร่วมมือของศูนย์วิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผลักดันการดำเนินงานสู่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด รายละเอียดการติดตามดำเนินการกำหนดให้มี 8 ตัวชี้วัด สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ ดังนี้

## 2. การติดตามการดำเนินงานในการตรวจราชการครั้งที่ 1/2565

เขตสุขภาพที่ 4 เป็น 1 ใน 4 เขตปฏิรูปสุขภาพนาร่อง โดยมีการดำเนินงานผ่าน 5 Big Rock และ 8 Sand Box เพื่อให้การดำเนินงานปฏิรูปเขตเป็นไปตามวัตถุประสงค์ เขตสุขภาพที่ 4 จึงกำหนดให้มีการติดตามผลการดำเนินงานของแต่ละ Big Rock ผ่านการตรวจราชการครั้งที่ 1/2565 และเพื่อให้เขตสุขภาพที่ 4 มีแนวทางการตรวจติดตามตรวจราชการที่เป็นในทิศทางเดียวกัน คณะอนุกรรมการป้องกันขับเคลื่อนป้องกันควบคุมโรคติดต่อ (Big Rock EID) จึงกำหนดให้มีการจัดประชุมหารือเพื่อกำหนดแนวทางการติดตามตรวจราชการ เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 มีรายละเอียด ดังนี้

หัวข้อการตรวจราชการ	เกณฑ์การประเมิน	แนวทางติดตามตรวจราชการ	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบหลัก
1. Coverage COVID-19 vaccine	Coverage COVID-19 vaccine เข็มที่ 1 อายุ 12 ปี ขึ้นไป ≥ ร้อยละ 80	- ผลการดำเนินงานฉีดวัคซีน - ติดตามการดำเนินงาน ปัญหา/อุปสรรคกับ ผู้รับผิดชอบขับเคลื่อนเร่งรัด เป้าหมายที่ยังไม่ได้รับวัคซีน COVID-19 ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ coverage ไม่ถึงเป้าหมาย -แนวทางการติดตามผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน	- กลุ่มงานรับผิดชอบ vaccine สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล -อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน	1. นายเดชา สุคนธ์ 2. นางสาวศุภร วิเศษชาติ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี)

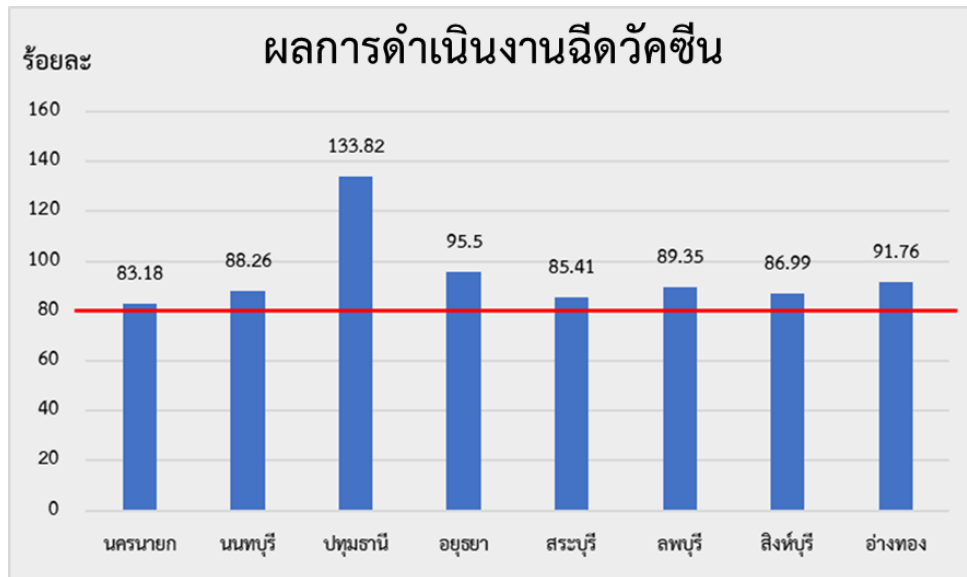
หัวข้อการตรวจ ราชการ	เกณฑ์การ ประเมิน	แนวทางติดตามตรวจ ราชการ	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบหลัก
2. COVID Free Setting ในโรงพยาบาลรัฐ โรงงานอุตสาหกรรม โรงงานอุตสาหกรรม (ขนาด 200 คน ขึ้น ไป) ตลาดสดประเภท 1 โรงเรียน	โรงพยาบาลรัฐ โรงงาน อุตสาหกรรม (ขนาด 200 คน ขึ้นไป) ตลาด ประเภท1 และ โรงเรียน ผ่าน COVID Free Setting ร้อยละ 90	- ประเมินตนเองผ่านระบบ ออนไลน์ TSC+  - ทีมวิชาการสุ่มประเมิน รพ.ที่ประเมินผ่านการ ประเมินตนเอง ด้าน สิ่งแวดล้อม / ผู้รับบริการ  และแผนประกอบกิจการ กรณี บุคลากร ติดเชื้อ	- โรงพยาบาล  - โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล  - โรงงานอุตสาหกรรม ขนาด 200 คนขึ้นไป  - ตลาดประเภท 1  - โรงเรียน	นายวิชาญ ดำรงค์กิจ  (ศูนย์อนามัยที่ 4)
3. การปฏิบัติตาม universal prevention	ประชาชนปฏิบัติ มาตรการ DMH มากกว่า ร้อยละ 80	- สํารวจผ่าน Anamai Poll  - สุ่มประเมิน สัมภาษณ์ สังเกต ในชุมชน/Setting	กลุ่มผู้รับผิดชอบ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด  สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ/โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล  -อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน  เลือก 1 Setting โรงเรียน/โรงงาน/ตลาด	นายวิชาญ ดำรงค์กิจ  (ศูนย์อนามัยที่ 4)

หัวข้อการตรวจราชการ	เกณฑ์การประเมิน	แนวทางติดตามตรวจราชการ	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบหลัก
4. การป้องกันการระบาดแบบ Cluster และสามารถควบคุมโรคได้ภายใน 28 วัน	มีผู้ติดเชื้อไม่เกิน 10% และควบคุมโรคได้ภายใน 28 วัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรายงานสถานการณ์ประจำวัน</li> <li>- การวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณ์ประจำวัน</li> <li>- การดำเนินควบคุมโรคกรณี เกิด cluster</li> <li>- ข้อเสนอแนะ การรณรงค์</li> <li>- การตรวจ RT-PCR /ATK</li> <li>- ผลการดำเนินงาน COVID free setting</li> <li>- ทีม CCRT/CDCU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล</li> <li>ส่งเสริมสุขภาพตำบล</li> <li>- อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน</li> <li>- ทีม CCRT/CDCU</li> <li>เลือก 1 Setting</li> <li>โรงเรียน/โรงงาน/ตลาด</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นายเดชา สุคนธ์</li> <li>2. นางสาวศุภษร วิเศษชาติ</li> </ol> <p>(สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี)</p>
5. ลดอัตราป่วยตายโรค COVID-19	อัตรารายไม่เกินร้อยละ 0.2 (2 ใน 1000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรายงานสถานการณ์ประจำวัน</li> <li>- รายงานการสอบสวนสาเหตุการตาย</li> <li>- ระบบการรักษา</li> <li>- ระบบส่งต่อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล</li> <li>ส่งเสริมสุขภาพตำบล</li> <li>- อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน</li> <li>- ทีม CCRT/CDCU/MCATT</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นายเดชา สุคนธ์</li> <li>2. นางสาวศุภษร วิเศษชาติ</li> </ol> <p>(สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี)</p>

หัวข้อการตรวจ ราชการ	เกณฑ์การ ประเมิน	แนวทางติดตามตรวจ ราชการ	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบหลัก
			- Case Management	
6. Village Covid Check Station จุด คัดกรองโควิดประจำ ชุมชน/หมู่บ้าน	ชุมชนมีจุดคัด กรอง COVID-19 อย่างน้อยชุมชน ละ 1 แห่ง	- ทีมวิชาการสุ่มประเมิน	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด  สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ/โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล-- อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน  - ทีม CCRT/CDCU/MCATT  - Case Management	1. นางสาวธันนันทน์ โตประมาณ  2. นายเจตต์ วันแต่ง

จากตัวชี้วัดที่กำหนด 6 ตัวชี้วัด ได้มีการแจ้งแนวทางให้จังหวัดรับทราบและยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติในการตรวจติดตามและนิเทศงาน กรณีปกติ ครั้งที่ 1/2565 สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ ดังนี้

## 2.2.1 ตัวชี้วัดที่ 1 : Coverage COVID-19 vaccine เข็มที่ 1 อายุ 12 ปี ขึ้นไป $\geq$ ร้อยละ 80



จากตารางผลการดำเนินงานฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 อายุ 12 ปี ขึ้นไป พบว่า จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายทุกจังหวัด คือ มี: Coverage COVID-19 vaccine เข็มที่ 1 อายุ 12 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 80

**ปัจจัยความสำเร็จ**

- การให้บริการเชิงรุก เคาะประตูบ้าน
- เปิดจุดฉีดระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ Walk In
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยจัดหาวัคซีน
- เพิ่มช่องทางการเข้าถึง เช่น การลงทะเบียนผ่านเว็บไซต์ และแอปพลิเคชัน
- ให้บริการฉีดในวันหยุดราชการ

### ข้อค้นพบจังหวัดที่เป็นลักษณะเขตเมือง (จังหวัดนนทบุรี และ ปทุมธานี)

ปัญหา คือ การเข้าไปโดยการสำรวจประชากรกลุ่มเสี่ยง(กลุ่ม 608) มีความเป็นไปได้ยาก ประชาชนที่มาอาศัยอยู่จริงในพื้นที่(Type 3) ที่ยังไม่ได้สำรวจมีจำนวนมาก ประกอบกับประชากรแฝงมีจำนวนมาก ส่งผลต่อภาพรวม %vaccine ที่เกิน 100% เป้าหมายผู้ไม่ได้ฉีดวัคซีนที่ต้องการติดตาม ทั้ง 2 จังหวัดนี้ทำได้ยาก และต้องใช้จำนวนคนสำรวจ และเวลาในการสำรวจมากกว่าจังหวัดอื่น แต่จากการต้องรับมือสถานการณ์ที่จำนวนผู้ป่วยจำนวนมาก และเกิดขึ้นทั่วทั้งจังหวัด จึงต้องให้ความสำคัญกับการสอบสวน การรักษา การเร่งรัดการฉีดวัคซีน และการดำเนินการตามมาตรฐาน COVID Free Setting ที่เป็นเหตุการณ์เฉพาะหน้าก่อน

## 2.2.2 ตัวชี้วัดที่ 2 : โรงเรียน ผ่าน COVID Free Setting ร้อยละ 90

ตัวชี้วัด ระดับกิจกรรม (Output)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน								
		นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก	
		(อ.บางบัวทอง)	(ลาดหลุมแก้ว)	(นครหลวง)	(พัฒนา นิคม)	(หนองโดน/ดอนพุด)	(ท่าช้าง)	(ไชโย)	(อ.เมือง)	
โรงเรียน (ไป – กลับ) ผ่านเกณฑ์ COVID FREE SETTING (กรณีเปิดเรียน)	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100 ( 58 แห่ง)	ร้อยละ 100 (29 แห่ง)	ร้อยละ 100 (มีทั้งหมด 18 แห่ง มัธยม 2 แห่ง ประถม 16 แห่ง)	ร้อยละ 100 (34 แห่ง)	ร้อยละ 100 (10 แห่ง)	ร้อยละ 100 (7 แห่ง)	ร้อยละ 100 (12 แห่ง)	ร้อยละ 100 (21 แห่ง)	ร้อยละ 100 (47แห่ง)

## 2.2.3 ตัวชี้วัดที่ 2 : โรงงานอุตสาหกรรม (ขนาด 200 คน ขึ้นไป) ผ่าน COVID Free Setting ร้อยละ 90

ตัวชี้วัด ระดับ กิจกรรม (Output)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน								
		นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก	
		(อ.บางบัวทอง)	(ลาดหลุมแก้ว)	(นครหลวง)	(พัฒนา นิคม)	(หนองโดน/ดอนพุด)	(ท่าช้าง)	(ไชโย)	(อ.เมือง)	
โรงงานขนาด 200 คนขึ้นไป	ผลงานผ่าน ร้อยละ 93.85	ร้อยละ 57 (7 แห่ง) ผ่าน 4 แห่ง)	ร้อยละ 100 (6 แห่ง)	ร้อยละ 100 (6 แห่ง)	ร้อยละ 100 (17แห่ง)	ร้อยละ 100 (1 แห่ง)	โรงงาน ขนาดเล็กผ่าน เกณฑ์	โรงงาน ขนาดเล็ก ผ่านเกณฑ์	โรงงาน ขนาดเล็ก ผ่าน เกณฑ์	ร้อยละ 100 (3 แห่ง)

หมายเหตุ : โรงงานที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ การคัดกรองความเสี่ยงผู้มาติดต่องานด้วย Thai Save Thai หรือ APP อื่นๆ

2.2.4 ตัวชี้วัดที่ 2 :ตลาดประเภท1 ผ่าน COVID Free Setting ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดระดับ กิจกรรม (Output)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน								
		นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี		สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก
		(อ.บาง บัวทอง)	(ลาดหลุม แก้ว)	(นคร หลวง)	(พัฒนา นิคม)	(หนองโดน/ดอน พุด)		(ท่าช้าง)	(ไชโย)	(อ.เมือง)
ตลาด ประเภทที่1	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100  (8 ผ่าน 8)	ร้อยละ 100  (1 ผ่าน 1)	ร้อยละ 100  (1 ผ่าน 1)	ร้อยละ 100  (3 ผ่าน 3)	ตลาด ประเภท ที่ 2  ผ่าน เกณฑ์	ตลาด ประเภท ที่ 2  ผ่าน เกณฑ์	ตลาด ประเภทที่ 2  ผ่านเกณฑ์	ตลาด ประเภท ที่ 2  ผ่าน เกณฑ์	ร้อยละ 100  (3 ผ่าน 3)

หมายเหตุ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดติดตามกำกับมาตรการการดำเนินงานในแต่ละเดือน คอ.4 ลงพื้นที่พัฒนา health literacy ตลาดรอบรัฐสุโขทัยให้กับพื้นที่ต้นแบบในช่วงเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2565 เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินการด้วยตลาดและชุมชน

2.2.5 ตัวชี้วัดที่ 2 โรงพยาบาลรัฐ ผ่าน COVID Free Setting ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดระดับ กิจกรรม (Output)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน								
		นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี		สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก
		(อ.บางบัว ทอง)	(ลาดหลุม แก้ว)	(นคร หลวง)	(พัฒนา นิคม)	(หนองโดน/ดอน พุด)		(ท่าช้าง)	(ไชโย)	(อ.เมือง)
โรงพยาบาล	ร้อยละ90	ร้อยละ 100  1 ผ่าน 1	ร้อยละ 100  1 ผ่าน 1	ร้อยละ 100  1 ผ่าน 1	ร้อยละ 100  1 ผ่าน 1	ร้อยละ 100  1 ผ่าน 1	ร้อยละ 100  1 ผ่าน 1	ร้อยละ 100  1 ผ่าน 1	ร้อยละ 100  1 ผ่าน 1	ร้อยละ 100  1 ผ่าน 1

หมายเหตุ : สิ่งที่จะดำเนินงานต่อไปในการกำกับติดตาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับ ศูนย์อนามัยที่ 4 ลงประเมิน โรงพยาบาล ในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน 2565 และมีการติดตามการรายงานผลการดำเนินในแต่ละเดือน

### 2.2.6 ตัวชี้วัดที่ 3 : ประชาชนปฏิบัติมาตรการ DMH มากกว่า ร้อยละ 80

ระดับประเทศ	เขต	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน								
			นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก	
79.21	79.96	มากกว่า ร้อยละ 80	86.96	82.37	77.06	78.77	80	80	68.29	82.5	83.74

การสำรวจพฤติกรรมการสุภาพของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด-19 (DMH) ในแต่ละเดือนโดยใช้แอปพลิเคชัน Anamai Poll โดยภาคประชาชน เดือนละ 200 คน ในแต่ละจังหวัด ในประเด็น ได้แก่ การล้างมือสวมหน้ากาก เว้นระยะห่าง ประเด็นที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ต้องพัฒนาทำต่อได้แก่ การล้างมือหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ และการเว้นระยะห่าง

### 2.2.7 ตัวชี้วัดที่ 4 : มีผู้ติดเชื้อไม่เกิน 10% กรณีเกิดการระบาดแบบ Cluster สามารถควบคุมโรคได้ภายใน 28 วัน

Cluster ที่เกิดในเขตสุขภาพจำนวน 96 Cluster เป็นกลุ่มก้อนเล็กๆ โดยมี Cluster ที่ควบคุมได้จำนวน 96 Cluster ลักษณะการระบาดในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4สถานประกอบการ โรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ Camp คมนาคมก่อสร้าง ตลาดสด การติดเชื้อภายในครัวเรือน

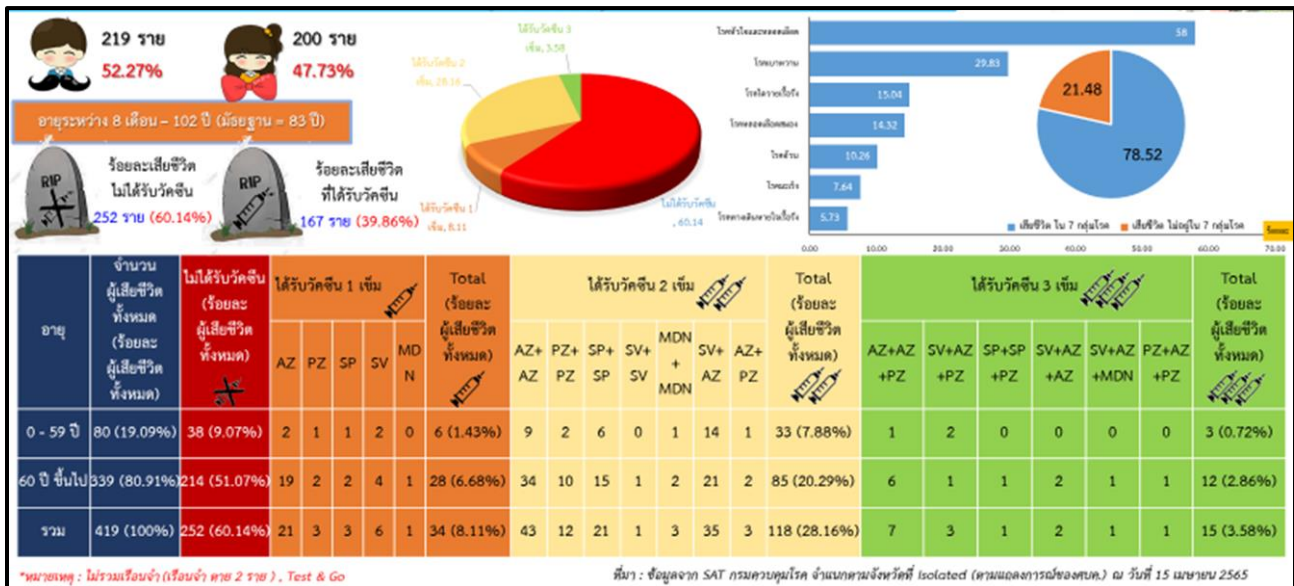
**\*\* ปัจจัยเสี่ยงติดเชื้อที่สำคัญ ได้แก่ การสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยันภายในครัวเรือน ซึ่งพบการติดเชื้อจากสาเหตุนี้ ร้อยละ 68.51**

**มาตรการ/แนวทางในการดำเนินงานควบคุมโรค มีรายละเอียด ดังนี้**

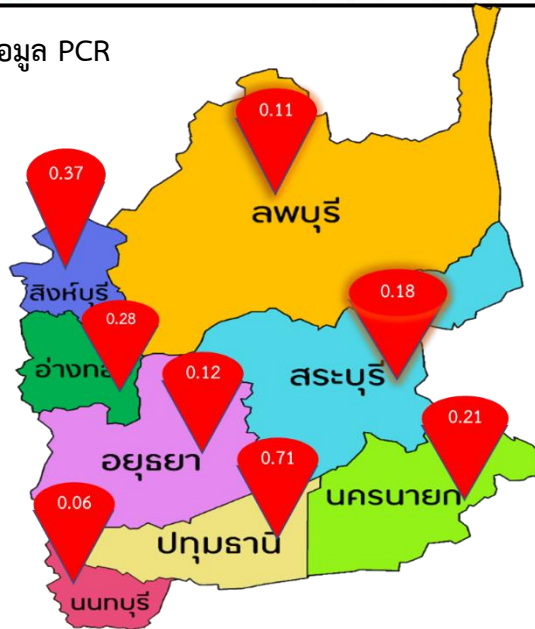
- มีระบบการติดตามการดำเนินงานทั้งในระดับจังหวัด/อำเภอ ผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ/ตำบล
- ทีม CDCU ดำเนินการสอบสวน ค้นหา ประเมินแยกผู้สัมผัสเสี่ยงสูง – เสี่ยงต่ำ เพื่อนำเข้าสู่การกักกันตามแนวทางฯ และดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่
- ตรวจสอบคัดกรองเชิงรุก ในกรณีที่เกิดการระบาดแบบ Cluster
- COVID Free Setting ในตลาด โรงเรียน โรงงาน ร้านอาหาร
- เร่งรัดการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19
- มีการจัดทำแผนเผชิญเหตุในแต่ละ setting
- สื่อสารความเสี่ยง เน้นย้ำการปฏิบัติตามมาตรการ DMHT



2.2.8 ตัวชี้วัดที่ 5 : อัตราตายไม่เกินร้อยละ 0.2 (ข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วย COVID-19 เขตสุขภาพที่ 4)



ข้อมูลอัตราตาย โดยใช้ข้อมูล PCR



เขตสุขภาพที่ 4 ดำเนินการเร่งรัดฉีดวัคซีนอย่างต่อเนื่อง เพื่อหวังสร้างความครอบคลุมของวัคซีนให้มากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเมื่อติดเชื้อจะสามารถลดอัตราการตายลงได้ ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า เขตสุขภาพที่ 4 มีจังหวัดที่มีอัตราตายมากกว่าร้อยละ 0.2 ได้แก่ จังหวัดพทุมธานี มีอัตราตาย ร้อยละ 0.71 จังหวัดสิงห์บุรี อัตราตาย ร้อยละ 0.37 จังหวัดอ่างทอง อัตราตายร้อยละ 0.28 และจังหวัดนครนายก อัตราตายร้อยละ 0.21

## 2.2.9 ตัวชี้วัดที่ 6 : ชุมชนมีจุดคัดกรอง COVID-19 อย่างน้อยชุมชนละ 1 แห่ง

เกณฑ์การประเมิน : ชุมชนมีจุดคัดกรอง COVID-19 อย่างน้อยชุมชนละ 1 แห่ง การติดตามตรวจราชการ : สุ่มประเมินพื้นที่ชุมชนลงพื้นที่ตรวจติดตาม ระหว่างวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2565 ถึง 22 มีนาคม 2565 จำนวนทั้งสิ้น 8 จังหวัด

จุดคัดกรอง	จุดเด่น/ข้อชื่นชม	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
ทั้ง 8 จังหวัดมีการจัดตั้งจุดคัดกรอง Covid-19 ประจำหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ยมากกว่า 2 แห่ง ในแต่ละอำเภอที่ลงพื้นที่ตรวจประเมิน	1. ทุกแห่งได้รับการสนับสนุนทั้งด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล สถาบันการศึกษา โรงเรียน และผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน 2. ผู้ปฏิบัติงาน(เจ้าหน้าที่ สสจ. สสอ. รพ.สต. อสม. ครู) ได้รับการถ่ายทอดวิธีตรวจ ATK จาก สคร./ศูนย์วิทยฯ/คสบส	1. ชุดตรวจ ATK ที่ได้รับสนับสนุนจาก สปสช. เข้าถึงได้ยาก/ไม่เพียงพอในบางแห่ง 2. ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจในการตรวจ ATK ด้วยตนเอง	จุดคัดกรองฯ ควรทำหน้าที่เป็นที่เล็งในการให้ความรู้การตรวจ ATK ด้วยตนเองแก่ประชาชน พร้อมแนะนำแหล่งจัดซื้อ หรือ การเข้าถึง ATK จากแหล่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ในแต่ละชุมชน พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว/การส่งต่อผู้ป่วยเมื่อพบ ATK บวก

## 2.3 การติดตามการดำเนินงานในการตรวจราชการครั้งที่ 2/2565

ประเด็นการตรวจติดตามในการตรวจราชการ ครั้งที่ 2/2565 มีการปรับเปลี่ยนการติดตามตรวจนิเทศงานตามสถานการณ์และนโยบายในขณะนั้น โดยมีการตรวจติดตาม ดังนี้

1. แผน Post Pandemic
2. การถอดบทเรียน COVID-19
3. กิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่ปัจจุบัน
4. ARI Clinic
5. Coverage Vaccine
6. ระบบการคัดกรองผู้ป่วยปอดอักเสบ
7. การตรวจสายพันธุ์เชื้อ COVID-19
8. Dead Case Conference กรณีเสียชีวิตจาก COVID-19
9. การดำเนินการตามเกณฑ์ COVID-19 เป็นโรคประจำถิ่น
  - 9.1 ผู้ป่วยรายใหม่ไม่เกิน 10,000 คน/วัน
  - 9.2 อัตราป่วยตายน้อยกว่า 0.1%
  - 9.3 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 10%
  - 9.4 กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยรุนแรงได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 โดส มากกว่า 80%

ลักษณะการตรวจติดตามได้มีการพูดคุยซักถามจากจังหวัด เกี่ยวกับประเด็นที่กำหนดว่ามีการดำเนินการในพื้นที่หรือไม่ ซึ่งพบว่า จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ดำเนินการครบถ้วนตามประเด็นที่ได้มีการติดตามทั้งหมด ซึ่งเน้นให้มีการดำเนินการจัดทำแผนเพื่อเข้าสู่โรคประจำถิ่น การรณรงค์ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง จัดบริการ ARI Clinic ในโรงพยาบาล และมีระบบคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ทั้งนี้ ทีมตรวจนิเทศได้มีการแนะนำให้พื้นที่ที่พบการระบาดสูงสุ่มตรวจสาย

พันธุ์อย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการกลายพันธุ์ และเมื่อพบกรณีเสียชีวิตจาก COVID-19 ให้มีการจัดประชุม Dead Case Conference กลุ่มเล็กเพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิต

## 2.4 นวัตกรรม

การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา เขตสุขภาพที่ 4 โดยจังหวัดได้มีการปรับกลยุทธ์ให้สามารถควบคุมโรคได้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งมีหลายพื้นที่ที่ปรากฏนวัตกรรมที่ดีเยี่ยมทำให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

### 2.4.1 ด้านการเฝ้าระวังควบคุมโรค

- การควบคุมโรคในเมืองใหญ่
- การควบคุมโรคในตลาดขนาดใหญ่
- การสร้างทีมคัดกรองชุมชน /one ทีม
- การบูรณาการการควบคุมโรค
- Mr. ATK
- ระบบคัดกรองชุมชนแบบตาข่ายประรด
- Bubble & Seal ต้นแบบ

### 2.4.2 ด้านบริการและรักษา

- Drive True for Covid – 19
- ศูนย์กักกันแบบ 360 องศา
- อำเภอกอง One Stop Service
- เครือข่าย LAB /LAB โรงพยาบาลชุมชน/LAB เคลื่อนที่

### 2.4.3 ด้านอื่นๆ

- เงินบริจาคมหากุศล
- Super EOC in Community
- F Family for Super EOC

## 3. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

### 3.1 ปัญหาอุปสรรค

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางแห่งขับเคลื่อนด้วย EOC ยังไม่เต็มที่ แต่ใช้ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดขับเคลื่อนแทน
- บุคลากรบางส่วน ยังไม่เข้าใจในระบบบัญชาการเหตุการณ์
- บางจังหวัดไม่สามารถหาสถานที่กักกันได้เพียงพอกับจำนวนกลุ่มเสี่ยง
- จำเียงรองรับผู้ป่วย/สถานที่แยกโรค ยังเป็นจุดอ่อนของการระบาดขนาดใหญ่

- ยังมีจุดอ่อนในการใช้ BB&S / FAI ในจังหวัดที่มีโรงงานจำนวนมาก
- LAB ปกติในจังหวัดยังไม่สามารถรองรับการระบาดขนาดใหญ่ได้
- การแสดงบทบาทของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่ชัดเจน
- EOC เขตสุขภาพขับเคลื่อนได้ต่อเนื่อง แต่กล่องภารกิจต่าง ๆ ยังไม่มีความ ชัดเจนในทางปฏิบัติ

### 3.2 ข้อเสนอแนะการดำเนินงานที่ผ่านมา

#### 3.2.1 ปรับโครงสร้าง ICS/EOC เขตสุขภาพที่ 4

- ปรับโครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) เขตสุขภาพที่ 4 ให้สามารถรองรับกับการปฏิบัติการได้จริง
  - กล่องภารกิจต่าง ๆ กำหนดให้มีความเหมาะสมตามความจำเป็นเท่านั้น
  - กล่องภารกิจต่าง ๆ มอบหมายให้ศูนย์วิชาการเข้ามารับหน้าที่ให้คล้ายกับโครงสร้างของ EOC กระทรวงสาธารณสุขที่ส่วนใหญ่มอบหมายให้กรมต่าง ๆ รับผิดชอบกล่องภารกิจ
  - ในกรณีที่นอกเหนือจากภารกิจต่าง ๆ มอบหมายให้ศูนย์วิชาการ อาจจะมอบหมายให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 หรือบางจังหวัดรับผิดชอบได้ที่เป็นภารกิจค่อนข้างเป็นการเฉพาะ
  - เขตสุขภาพที่ 4 จะต้องพัฒนาให้มีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินขึ้นจริง พร้อมกับวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือสื่อสาร ตามมาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการของกระทรวงสาธารณสุข/หรืออ้างอิงกรมควบคุมโรค
  - ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดจะต้องปฏิบัติการได้จริง และมีศักยภาพสูงในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทั้งโรคและภัยธรรมชาติ

#### 3.2.2 การพัฒนาระดับหน่วยปฏิบัติการ

##### 3.2.2.1 ด้านบุคลากร

###### ผู้บริหาร

- ความรู้และเข้าใจในระบอบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) บุคลากรของหน่วยงานภาคีเครือข่าย
- การพัฒนาผู้บริหารและหัวหน้ากล่องภารกิจในระบบ ICS ในทุกระดับ รวมถึงผู้นำของหน่วยงานภาคีเครือข่ายให้มีทักษะการบัญชาการเหตุการณ์
- ผู้บริหารระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ควรจะผ่านหลักสูตรระบาดวิทยาและการบริหารจัดการทีมสำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก(Field Epidemiology & Management Team : FEMT)

### **ผู้ปฏิบัติงาน**

- ความรู้ ความเข้าใจในระบบการเฝ้าระวัง สบสวน ควบคุมโรคติดต่ออันตราย
- ความรู้และทักษะในการคัดกรองผู้ป่วย/การค้นหาผู้ป่วย ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง
- ด้านการดูแลรักษาพยาบาล เกือบทุกสถานพยาบาลบุคลากรมีความตื่นกลัวการติด

เชื้อ ไม่มีความมั่นใจในการป้องกันตนเอง

- พัฒนาผู้ที่ทำหน้าที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตาม พระราชบัญญัติโรคติดต่อ

2558 ให้มีความรู้และทักษะในการบังคับใช้กฎหมาย อย่างชัดเจน

### **ด้านงบประมาณ**

- ปรับปรุงและสร้างความเข้าใจประเด็นระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณ ต้องให้อีกต่อ

การทำงานในภาวะฉุกเฉิน

- ปรับปรุงระเบียบการเบิกจ่ายงบจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ยังไม่สามารถจ่ายตรงไปที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ได้ทำให้เกิดความยุ่งยากต่อการบริหารจัดการในพื้นที่มาก โดยเฉพาะการบริหารจัดการของ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.)

### **ด้านวัสดุ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุวิทยาศาสตร์**

- สร้างระบบการสำรอง การจัดหา และการกระจายวัสดุ อุปกรณ์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ ทั้งระดับเขต/ระดับจังหวัด

- การกระจายทรัพยากรควรส่งตรงไปที่จังหวัดไม่ควรรวมศูนย์กลาง ทำให้เกิดความล่าช้าในการใช้งานยกเว้นในระยะเตรียมการสามารถรวบรวมไว้ในจุดใดจุดหนึ่งได้

- การพัฒนาห้องปฏิบัติการ (LAB) ให้มีศักยภาพในการรองรับการระบาดขนาดใหญ่

ในอนาคต

### **ด้านอาคารสถานที่**

- การจัดเตรียมสถานที่กักกัน แยกกัก กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย หรือจัดทำให้ทันต่อสถานการณ์การระบาดของโรค (รพ.สนาม/LQ/cohort ward)

- ควรกำหนดอาคารแยกโรคสำหรับรองรับการระบาดขนาดใหญ่ในแต่ละสถานพยาบาลให้ชัดเจน มาตรฐาน และการก่อสร้าง

### **ด้านระบบปฏิบัติการ (system)**

- หน่วยงานในระดับอำเภอ ตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS/EOC) ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

- ระบบ EMS/Refer ของแต่ละจังหวัดต้องเชื่อมต่อกันได้อย่างเป็นระบบ

- ระบบการบริหารจัดการ รพ.สนาม/CI/FAI ควรมีความชัดเจนว่าหน่วยงานใดเป็น  
เจ้าภาพหลักในการจัดการ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายงบประมาณ

- ระบบ IT/ฐานข้อมูลไม่มีความซ้ำซ้อน ทั้งรูปแบบการรายงานและหน่วยงานที่ขอใช้  
ข้อมูล ซึ่งในภาวะฉุกเฉินจะต้อง ลดแบบรายงาน คงใช้เฉพาะรายงานที่จำเป็นต่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเท่านั้น

- ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องทันสมัยและมีความพร้อมตอบสนองกับ  
สถานการณ์การระบาดในพื้นที่ได้ทันที

- ระบบการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ต้องใช้ได้จริงในทุกระดับ

- สร้างระบบการตอบโต้สื่อที่ทันสมัยและรวดเร็ว

- มีการฝึกซ้อมแผนต้องต่อเนื่องและครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- พัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีน และการตรวจคัดกรองตนเองของประชาชน

#### ด้านภาคีเครือข่าย (Network)

- การสร้างความร่วมมือของภาคประชาชนให้มีความรอบรู้ และมีส่วนสำคัญในการลด  
การแพร่ระบาดในพื้นที่

- การแสดงบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในฐานะ  
เจ้าของพื้นที่

- การระบาดซึ่งเป็นไปตามกฎหมายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ต้องมีความชัดเจน

- ใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/ระดับพื้นที่ (พชต.)

ในการขับเคลื่อน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกตำบล

### 1. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

เขตสุขภาพที่ 4 โดยคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนป้องกันควบคุมโรคติดต่อ กำหนดประชุมหารือเพื่อ  
กำหนดแผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2565 ณ ห้องประชุมสำนักงานป้องกันควบคุมโรค  
ที่ 4 สระบุรี มีรายละเอียดดังนี้

#### 4.1 วัตถุประสงค์

1. อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดแต่ละโรค

2. อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อไม่เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดแต่ละโรค

3. ควบคุมการระบาดของโรคติดต่อไม่เกิน Generation ที่ 2

โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้

GAP	ประเด็นกลยุทธ์	แผนพัฒนา/กิจกรรม	การวัดผล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>- มีการสร้างข่าวเท็จ ข่าวลือ ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน เช่น การฉีดวัคซีน</p> <p>- บุคลากรบางส่วน ยังไม่เข้าใจในระบบบัญชาการเหตุการณ์</p> <p>- โครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) เขตสุขภาพที่ 4 ไม่สามารถรองรับกับการปฏิบัติการได้จริง</p> <p>- LAB ปกติในจังหวัดยังไม่สามารถรองรับการระบาดขนาดใหญ่ได้</p>	<p><b>Prevention and Preparedness</b></p> <p><b>(การป้องกันและการเตรียมความพร้อม)</b></p> <p>1. สร้างองค์ความรู้/วิถีปฏิบัติ แก่ประชาชน หน่วยงาน/องค์กร ให้มีความรู้ และตอบโต้ข่าวปลอม</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพผู้บริหาร และบุคลากรทุกระดับ</p> <p>3. การทบทวนและพัฒนากการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินตามกล่องภารกิจให้มีศักยภาพและความพร้อมปฏิบัติการ</p>	<p>1. สร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์ สื่อสารความเสี่ยง ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตอบโต้ข่าวปลอม ให้สุขศึกษาแก่ประชาชน และหน่วยงาน องค์กร ต่างๆ ในระดับเขต และจังหวัด</p>	<p>ทุกจังหวัดมีเครือข่ายประชาสัมพันธ์ สื่อสารความเสี่ยง</p>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>Risk Communication</p> <p>ศูนย์อนามัย</p>
		<p>2. พัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพกำลังคนด้านสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะ และสามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>- อบรม/ฟื้นฟูสมรรถนะผู้บริหารในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน</p> <p>- อบรม/ฟื้นฟูทีม CDCU/CCRT/JIT ครอบคลุมมาตรฐาน และมีศักยภาพพร้อมในการสอบสวนโรคตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค</p> <p>- พัฒนาศักยภาพบุคลากร MCATT, บุคลากรถ่ายทอดความรู้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน</p> <p>- การถ่ายทอดความรู้และแนวทางปฏิบัติที่เป็นปัจจุบันแก่เจ้าหน้าที่</p>	<p>- เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรร้อยละ 80</p>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี</p> <p>ศูนย์สุขภาพจิต</p> <p>ศูนย์อนามัย</p>
		<p>3. การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ICS ตามกล่องภารกิจ EOC ในระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด มีศักยภาพและความ</p>	<p>- มีแผนและซ้อมแผนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์</p>

GAP	ประเด็นกลยุทธ์	แผนพัฒนา/กิจกรรม	การวัดผล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		<p>พร้อมปฏิบัติการ และมีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานนอกสาธารณสุข</p> <p>- ทบทวน/ปรับ ICS ในระดับเขต/จังหวัด ตามกล่องภารกิจ EOC ที่ปฏิบัติได้จริง</p> <p>- มีการซ่อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคและภัยสุขภาพ</p> <p>- พัฒนาศักยภาพและเครือข่ายห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจวินิจฉัย EID</p> <p>- มีระบบการรายงาน การเก็บข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการบริหารจัดการสถานการณ์</p> <p>- สร้างและพัฒนาโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูล คลังยา-เวชภัณฑ์-วัคซีน-เตียงผู้ป่วย</p> <p>- จัดทำ BCP ระดับจังหวัด (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์) ระดับเขต</p> <p>- มีการบูรณาการภารกิจร่วมกับหน่วยงานนอกสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อกำหนดบทบาทการดูแล และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>- ทุก CUP/องค์กร คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในเขตสุขภาพที่ 4 มีแผน BCP</p> <p>- ห้องปฏิบัติการมีศักยภาพตรวจวินิจฉัยโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ 1 แห่ง / จังหวัด</p> <p>- คุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการตรวจวินิจฉัยโรค EID ผ่านมาตรฐาน 1 แห่ง / จังหวัด</p>	<p>สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4</p> <p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์</p> <p>กรมการแพทย์/โรงพยาบาลสระบุรี (ครู ก.)</p>



GAP	ประเด็นกลยุทธ์	แผนพัฒนา/กิจกรรม	การวัดผล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บางแห่งขับเคลื่อนด้วย EOC ยังไม่เต็มที่ แต่ใช้ คกก.รตจ. ขับเคลื่อนแทน EOC เขตสุขภาพขับเคลื่อนได้ต่อเนื่อง แต่กล่องภารกิจต่าง ๆ ยังไม่มีความชัดเจนในทางปฏิบัติ ประธานกล่องภารกิจเป็นตัวแทนของจังหวัด ไม่สามารถสั่งการข้ามจังหวัดได้</p>	<p>Response  (การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน EID</p>	<p>การดำเนินการตามแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในระบบ ICS เป็นไปตามมาตรฐาน</p>	<p>-การเปิด EOC ได้ทันเวลาภายใน 3 ชม.(ทุกกล่องภารกิจสามารถ activate ได้พร้อมดำเนินการ)  - ลงสอบสวนโรคติดต่ออันตรายภายใน 12 ชม.</p>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  เขตสุขภาพที่ 4  ศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้อง</p>
<p>- ขาดแผนการฟื้นฟูและเยียวยาแบบองค์รวมและขาดการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานนอกสังกัด</p>	<p>Recovery  (ระยะฟื้นฟู)</p>	<p>-มีแผนฟื้นฟูและเยียวยาแบบองค์รวม (กาย-จิตใจ-สังคม) ของผู้ได้รับผลกระทบโดยบูรณาการในสาธารณสุข(หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ และศูนย์วิชาการ) กับหน่วยงานนอกสาธารณสุข เช่น พม. กษาด ปกครอง  -ถอดบทเรียนและพัฒนาจัดทำแผนเพื่อรองรับเหตุการณ์สำคัญในอนาคต</p>	<p>-ทุกจังหวัดมีแผนฟื้นฟูและเยียวยาแบบองค์รวม (กาย-จิตใจ-สังคม) ของผู้ได้รับผลกระทบโดยบูรณาการในสาธารณสุข  -ทุกจังหวัดมีการถอดบทเรียน และพัฒนาเพื่อรองรับเหตุการณ์การเกิดโรคในอนาคต</p>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  เขตสุขภาพที่ 4  ศูนย์สุขภาพจิต  สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี  ศูนย์วิชาการ</p>

### 3.2.2 การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs)

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพอันดับต้นของโลก องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs เป็นจำนวนกว่า 41 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (WHO,2564) สำหรับประเทศไทยในทุกๆ ปีมีประชากรไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มสูงขึ้นเป็นจำนวนกว่า 8,687.5 คน โดยเฉพาะ 4 โรคที่เป็นสาเหตุหลัก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง นั้นทำให้ประเทศไทยให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค NCDs นี้อย่างเร่งด่วน

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น (จุรีพร และคณะ, 2563) สอดคล้องกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 4 จากรายงานฐานข้อมูล HDC ปีงบประมาณ 2561-2564 เขตสุขภาพที่ 4 พบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยรายใหม่ที่สูงมากกว่าระดับประเทศ และในปี 2564 พบว่าเขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ โรคเบาหวาน 576.68/แสนประชากรซึ่งถือว่าเป็นเขตสุขภาพ ที่มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่สูงสุดจัดเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ หากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควบคุมตนเองได้ไม่ดี จะนำไปสู่สภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดเลือดหัวใจ ฯลฯ ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตทั้งสิ้น สอดคล้องกับข้อมูล อัตราตายจาก โรคหลอดเลือดสมอง ปี 2564 พบว่า เขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราตายร้อยละ 14.76 ซึ่งสูงสุดในประเทศไทย และอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (STEMI) ของเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2564 สูงถึงร้อยละ 8.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด (รายงานผลดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (SERVICE PLAN สาขาหัวใจ),2564)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ นับเป็นกลุ่มโรควิถีชีวิต เนื่องจากมีสาเหตุจากหลายปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่ เปลี่ยนไป จากการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ยังคงพบพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่ปลอดภัย กินหวาน มัน เค็ม ขาดการ ออกกำลังกาย การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ขาดการตรวจคัดกรองร่างกาย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่ ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนสุขภาพปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัว และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพเหล่านี้ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ปรับระบบบริการ ที่เพิ่มทักษะให้ประชาชน ดูแลตนเองได้ สามารถประเมินสภาวะสุขภาพตนเองได้ เพื่อลดผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ และกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังควบคุมได้ดี ช่วยลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ

## 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ผลการดำเนินงานปฏิรูปเขตสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ (Big Rock : NCDs) พื้นที่ดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 2 Setting คือ Setting ชุมชน (ชุมชนเมือง ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี ชุมชนชนบท ได้แก่ จังหวัด อ่างทอง สิงห์บุรี นครนายก) Setting สถานประกอบ (จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สระบุรี และลพบุรี) เป้าหมายการดำเนินงาน ลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่จากจากกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดี โดยสร้างกระบวนการ Health literacy โดย “ตั้งเป้าหมายเพื่อวัดผลความสำเร็จของการดำเนินงาน เป็น OKR และผลการดำเนินงานแต่ละ OKR” ดังนี้

KR1 : ประชาชนรับรู้สถานะตนเอง (ร้อยละ 92.33 )

KR2 : ประชาชนมี Health literacy ในเรื่อง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

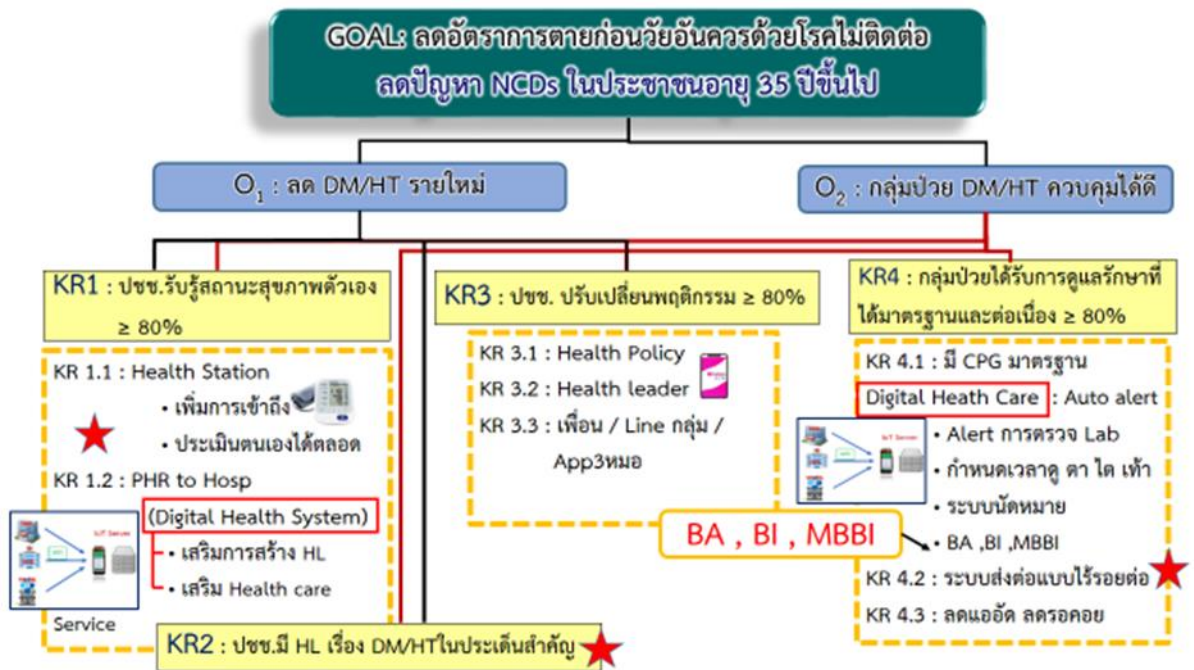
1. มีช่องทางการสร้างความรู้ให้กับประชาชนผ่าน web board คลังความรู้เกี่ยวกับ NCDs
2. ผลการประเมิน Health literacy ใน Health Leader ( ร้อยละ 69.33 )

KR3 : มีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. Health Policy ในเรื่อง “การส่งเสริมให้มีสุขภาพดี”
2. การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ในเรื่อง การพัฒนาสถานที่ออกกำลังกาย และการพัฒนาร้านอาหาร และร้านเครื่องดื่ม ในเรื่องเมนูสุขภาพ และเครื่องดื่มหวานน้อยสั่งได้
3. คัดเลือกและพัฒนาศักยภาพ Health Leader ในเรื่อง MI , HL
4. มีการสื่อสารผ่าน Line กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

KR4 : กลุ่มผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน มีการติดตามภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่อง

1. มีระบบการติดตามดูแลกลุ่มป่วย ละส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด Self-care
2. บุคลากร รพสต. ได้รับการการสร้างเสริมสุขภาพในเรื่อง BA BI (100 แห่ง)
3. พัฒนาระบบส่งต่อและเชื่อมโยงการดูแลรักษา ระหว่าง ชุมชน โรงงาน กับ สถานบริการ



## 2.1 พื้นที่ดำเนินการ Big Rock NCDs ในเขตสุขภาพที่ 4 ดังนี้

ชุมชน เป้าหมาย : 9,404 คน

- จังหวัดนนทบุรี (2 ตำบล ได้แก่ ตำบลบางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี , ตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด) (4 ชุมชน ได้แก่ หมู่ที่ 5 ชุมชนโค้งมะขาม ต.บางกรวย อ.บางกรวย , หมู่ที่ 4 ชุมชนบ้านหนองกางเขน ต.บางแม่นาง อ.บางใหญ่ , หมู่ที่ 5 ชุมชนรัตนาวดี ต.บางรักพัฒนา อ.บางบัวทอง , หมู่ที่ 4 ชุมชนบ้านคลองสอง ต.ทวีวัฒนา อ.ไทรน้อย)
- จังหวัดปทุมธานี (ตำบลบ้านฉาง อำเภอเมืองปทุมธานี)
- จังหวัดอ่างทอง (ตำบลบ้านแห อำเภอเมืองอ่างทอง)
- จังหวัดนครนายก (ตำบลดงละคร อำเภอเมืองนครนายก)
- จังหวัดสิงห์บุรี (ตำบลผักทัน อำเภอบางระจัน)

สถานประกอบการ เป้าหมาย : 6,624 คน

- จังหวัดสระบุรี (บริษัทไทยมาลา ยา กลาส จำกัด อำเภอหนองแค)
- จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (บริษัทวังน้อยเบเวอเรจ จำกัด อำเภอวังน้อย)
- จังหวัดลพบุรี (กลุ่มบริษัทเครือเบทาโกร อำเภอพัฒนานิคม)

สถานที่ราชการ เป้าหมาย : 1,078 คน

- ศาลากลางจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

## 2.2 การเปลี่ยนแปลง ก่อน – หลังปฏิรูป Big rock NCDs

### ก่อนการปฏิรูป

1. คัด แล้วย กอง ขาดการแก้ไข ปรับปรุงผลหลังจากที่คัดกรอง มาแล้ว
2. การคัดกรองอยู่ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่ค่อยมีการนำIT มาประยุกต์ใช้
3. รูปแบบการให้ข้อมูลแบบให้สุขศึกษา ดูแลเป็นวงกว้าง

### หลังการปฏิรูป

1. นำ IT มาใช้ในการทำงาน เกิด Personnel health record ที่ทำให้ประชาชนรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง และมีการเชื่อมโยงข้อมูลกันทุกระดับ Primary secondary tertiar
2. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ แทนการให้สุขศึกษาแบบเดิม เป็นกระบวนการใหม่มุ่งให้ประชาชน ค้นหาข้อมูลความรู้เอง
3. การปรับมาเริ่มจากที่ตัวบุคคลก่อน ก่อนหน้านี้เราจะสั่งเป็นนโยบายลงมา แต่ตอนนี้เราจะไปเริ่มที่ตัวบุคคลก่อน ต้องให้ประชาชนรู้สภาวะตนเอง

## 2.3 ผลการดำเนินงานภาพรวม

KR1 : ประชาชนรับรู้สถานะตนเอง (มากกว่าร้อยละ80)

1. ประชาชนได้รับการประเมิน PHR (ร้อยละ 92.33 )
  - ชุมชน (ร้อยละ 94.22 )
  - โรงงาน (ร้อยละ 99.43 )
  - สถานที่ราชการ (ร้อยละ 32.10 )
2. ประชาชนรู้สถานะตนเอง (ร้อยละ 92.33 )
3. ประชาชนเข้าถึงบริการ Health Station และมีการประเมินตนเองซ้ำได้ (ร้อยละ 38.44)
4. สถานที่ตั้ง Health Station
  - ชุมชน
  - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)
  - โรงงานอุตสาหกรรม หรือสถานประกอบการ
  - วัด
  - ชมรมผู้สูงอายุ
  - ศาลากลางจังหวัด



KR2 : ประชาชนมี Health literacy ในเรื่อง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเด็นสำคัญ

1. มีช่องทางการสร้างความรู้ให้กับประชาชนผ่าน webboard คลังความรู้เกี่ยวกับ NCDs

- <https://hpc4.anamai.moph.go.th/th> ,

- <https://hpc4.anamai.moph.go.th/th/knowledge-ncd>



2. ผลการประเมิน Health literacy ใน Health Leader ( ร้อยละ 69.33 )

Health literacy	ระดับการประเมิน HL		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ด้านการรับรู้ เข้าถึง (access)	52.9	35.3	11.8
2. ด้านความเข้าใจ (understand)	35.5	58.8	5.9
3. ด้านการตัดสินใจ ไต่ถาม (questioning)	29.4	23.5	47.1
4. ด้านการปฏิบัติตนเองที่ถูกต้อง และตัดสินใจ (make decision)	29.4	29.4	45.6
5. ด้านนำไปใช้ และบอกต่อ (apply)	-	35.3	64.8

KR3 : มีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. Health Policy ในเรื่อง “การส่งเสริมให้มีสุขภาพดี”
  - การลด BMI และการลดน้ำหนัก (ทุกแห่ง)
  - การลดการบริโภคโซเดียม (ในจังหวัดนนทบุรี และสระบุรี)
2. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ในชุมชน /โรงงาน /สถานที่ราชการการ
  - พัฒนาสถานที่ออกกำลังกาย
  - พัฒนาร้านอาหาร และร้านเครื่องดื่ม ในเรื่องเมนูสุขภาพ และเครื่องดื่มหวานน้อยสั่งได้
3. คัดเลือกและพัฒนาศักยภาพ Health Leader ในเรื่อง
  - Motivational Interviewing (MI)
  - Health literacy (HL)
4. มีการสื่อสารผ่าน Line กลุ่มเสียง และกลุ่มป่วย

KR4 : กลุ่มผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน มีการติดตามภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่อง (ร้อยละ 80)

1. มีระบบการติดตามดูแลกลุ่มป่วย ละส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด Self-care
2. บุคลากร รพสต. ได้รับการการสร้างเสริมสุขภาพในเรื่อง BA BI (100 แห่ง)
3. พัฒนาระบบส่งต่อและเชื่อมโยงการดูแลรักษา ระหว่าง ชุมชน โรงงาน กับ สถานบริการ

## 2.4 ผลการดำเนินงาน NCDs จำแนกรายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 4

### 1) จังหวัดนนทบุรี

พื้นที่เป้าหมาย ตำบลบางไผ่ เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี (รพ.สต.บางไผ่)

#### การดำเนินงาน

รับนโยบายจากส่วนกลาง ได้แต่งตั้งคณะทำงานและกำหนดกิจกรรม BR ของงบประมาณ และชี้แจงถ่ายระดับกำหนดพื้นที่เป้าหมายและรูปแบบการดำเนินงานแล้ว กำลังวางแผนจัดประชุม IT PHR จัดซื้อ IOT จัดซื้อเครื่องตรวจเกลือ จัดซื้ออุปกรณ์ตรวจความหวานในอาหาร อบรม Health leader MI Early warning signs

#### จุดเด่น

1. มีทรัพยากรบุคคล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวช่วยขับเคลื่อนงาน ทำให้ทีมเข้มแข็ง
2. การตัดกิจกรรม และเครื่องมือ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยใช้ IT เป็นตัวนำ
3. เลือกกลุ่มเป้าหมายได้ชัด จุดดีคือการเลือกครอบครัวกลุ่มป่วย ทำให้เขามีความเข้าใจพื้นฐานอยู่พอควร ทำให้นำจะเห็นผลการขับเคลื่อนได้ดี
4. ชื่นชมการนำเอา SK STI early warning sing มาพ่วง
5. มีการ BA, BI ทักเป็น ชมเป็น ถามเป็น มีสมาธิมีสติในการทำ
6. การดำเนินการปัจจุบันมีจุดเด่น ใช้ IT ได้เหมาะสมต่อบริบทพื้นที่ และเลือกกลุ่มเป้าหมายในการเลือกทำในกลุ่มครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพื้นฐานพอเข้าใจเกี่ยวกับโรค NCDs

### 2) จังหวัดปทุมธานี

พื้นที่เป้าหมาย ตำบลบ้านฉาง อำเภอเมืองปทุมธานี (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฉาง)

#### การดำเนินงาน

ได้มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เพื่อดำเนินการคัดกรอง และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้บุคลากรสาธารณสุข เครือข่าย และแกนนำสุขภาพ ไปเรียบร้อยแล้ว ปัจจุบันอยู่ในช่วงของการจัดซื้ออุปกรณ์ IOT

ดำเนินงานผ่านกลไกการขับเคลื่อนงาน NCDs ในระดับจังหวัดผ่านคณะกรรมการ NCDs จังหวัด ประชุมปีละ 2 ครั้ง และมีผู้รับผิดชอบของแต่ละอำเภอและโรงพยาบาลเป็นกรรมการ โดยมีสาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน และกลุ่ม NCDs เป็นเลขานุการ

#### ปัญหา/อุปสรรค

1. ระยะเวลาในการดำเนินการน้อยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจจะไม่ได้ผลเท่าที่ควร
2. การใช้อุปกรณ์ที่เป็นเทคโนโลยีในการคัดกรองเป็นสิ่งต้องเรียนรู้เพิ่มเติม ทำให้การดำเนินงานอาจมีความล่าช้ามากขึ้น



3. การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองและดำเนินโครงการกับช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นไปได้ยากและต้องใช้เวลา

4. การติดตามกลุ่มเป้าหมายที่พบว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อประเมินและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมมีความยากลำบากเนื่องจากอยู่ในกลุ่มวัยทำงาน

5. กลไกยังติดอยู่กับการที่เจ้าหน้าที่ติดให้สุขศึกษาอยู่ ยังไม่ได้เสริมทักษะให้ประชาชนมี HL รับรู้สุขภาพตนเอง

#### ข้อค้นพบ/ข้อเสนอแนะ

1. ควรชี้เป้าตัวบุคคลผู้รับผิดชอบงานให้ชัดเจน ขอชื่อที่ชัดเจน เพื่อสะดวกในการกำกับติดตาม
2. IOT อยู่ระหว่างการดำเนินการสั่งทำ ภาคปฏิบัติอาจต้องทำ manual หน่วยงานไปก่อน ยังไม่ต้องรอ IT
3. กรมอนามัยต้องเพิ่มทักษะ HL ให้เจ้าหน้าที่และชาวบ้าน และสื่อสาร 302 ส ให้ตรงใจชาวบ้าน
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคสนับสนุนเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบสุขภาพตนเองปีละครั้ง
5. กรมการแพทย์ ศึกษาความเสี่ยงว่าจะเป็นการเสี่ยงเท่าไร ก็จะเป็นโรคถ้ามีพฤติกรรมแบบนี้
6. RRHL ยังไม่ถึงพื้นที่

### 3) จังหวัดอ่างทอง

พื้นที่เป้าหมาย พื้นที่ตำบลแห อำเภอมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง (รพ.สต.บ้านแห)

#### การดำเนินงาน

1. ลงพื้นที่ รพ.สต.บ้านแห ประสานและชี้แจงการดำเนินงาน
2. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

#### ปัญหา/อุปสรรค

1. งบประมาณในการขับเคลื่อนงานล่าช้า
2. การถ่ายทอดนโยบายขับเคลื่อน Big Rock ในระดับชุมชน ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน

#### ข้อค้นพบ/ข้อเสนอแนะ

1. พื้นที่ที่มีการรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง, ผู้ป่วย DM/HT ควบคุมได้, การคัดกรอง เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการวิเคราะห์ในการจัดทำแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังไม่ได้สรุปว่า pain point ของโรค DM/HT ของพื้นที่คืออะไร

2. New service models ของพื้นที่คือ การนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อให้ประชาชนรู้สถานะตัวเอง

3. มีการวางแผนพัฒนาบุคลากรบูรณาการกับงานที่ทางส่วนกลางถ่ายทอด ได้แก่ การใช้ Smart อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3. งบประมาณบูรณาการร่วมกับหน่วยอื่นๆ เช่น กองทุนสุขภาพตำบล วัสดุอุปกรณ์ พื้นที่ใช้ IOT ของ อยุธยา และ Smart อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

#### 4) จังหวัดสิงห์บุรี

พื้นที่เป้าหมาย พื้นที่ตำบลพักพัน จังหวัดสิงห์บุรี (สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ พักพัน)

##### การดำเนินงาน

ดำเนินงานโดยใช้หลัก OKR ปัจจุบันอยู่ในช่วงจัดอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยจากที่ได้มีการอบรม App smart อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในภาพรวมแล้ว จำนวน 327 คน พบว่า สามารถมีอุปกรณ์จะใช้งานได้เพียง 20% ทางจังหวัดวางแผนอบรมเชิงลึกอีกครั้ง และจัดซื้อเครื่องมือวัด

##### ปัญหา/อุปสรรค

อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอุปสรรคเรื่องเครื่องมือ อุปกรณ์ สื่อสาร และการใช้ App

##### ข้อค้นพบ/ข้อเสนอแนะ

1. App smart อสม. สามารถทำไปกับการคัดกรองปกติได้ หากทำได้จะช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในการคีย์ข้อมูลตามหลัง
2. สามารถขยายพื้นที่แล้วทำเป็นภาพทั้งอำเภอได้จะดีมาก
3. ขอติดตามข้อมูลผลจากการคัดกรอง และควรมีการเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่เทียบกับของเดิม
4. รอแผนอบรม HL เพื่อขับเคลื่อนต่อ

#### 5) จังหวัดนครนายก

พื้นที่เป้าหมาย ตำบลดงละคร อำเภอเมืองนครนายก ได้แก่ (รพ.สต.บ้านท่าแห และ รพ.สต.บ้านหนองทองทราย)

##### การดำเนินงาน

ได้ชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจกับชุมชนว่าเราจะทำอะไรร่วมกัน คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงเรียบร้อยแล้ว ขณะนี้อยู่ในช่วงดำเนินการสั่งซื้อจัดหา IOT และวางแผนคืนข้อมูล และจัดทำแผนชุมชนเพื่อลดการบริโภคเกลือ น้ำตาล และอบรมการใช้ IOT ในเดือนเมษายน 2565 และอบรมสร้าง Health Leader กลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายในเดือนพฤษภาคม หลังจากนั้นเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2565 ให้กลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยกลุ่มเสี่ยงปฏิบัติตัว ตามแผนรายบุคคล และวางแผนสรุปผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเดือน สิงหาคม 2565

## ปัญหา/อุปสรรค

1. รูปแบบของการที่จะไปสร้างความรอบรู้เรื่องDM, HT ยังไม่ชัดเจน

## ข้อค้นพบ/ข้อเสนอแนะ

1. ข้อค้นพบที่ประชาชนจะรับทราบสภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถรู้ได้ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 และสามารถให้หมอ
2. แนะนำเพิ่มเติมได้ ดำเนินการได้เลย ไม่จำเป็นต้องรอนกว่าจะได้IoT เพราะอย่างน้อยเมื่อได้อุปกรณ์IoT มากก็จะมีพื้นฐานข้อมูลสุขภาพไว้ก่อนแล้ว

## 6) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พื้นที่เป้าหมาย สถานประกอบการ 1 แห่ง ได้แก่ บริษัทวิทยุน้อยเบเวอเรจ จำกัด และสถานที่ราชการ 1 แห่ง ได้แก่ ศาลากลางจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

### การดำเนินงาน

1. Ayutthaya Health care Ecosystem ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเก็บข้อมูล บริการและคืนค่าข้อมูลให้ประชาชนทราบ ในการบริการทุกระดับ โดย IOT server ที่ลาดบัวหลวง และ Telemedicine และ Tele pharmacy เน้นการใช้Community base แล้วinput ข้อมูลเข้าระบบ
2. กิจกรรมที่มุ่งเน้น คือ 1) ปรับบริการเป็นแบบวิถีใหม่ New service model 2) มีการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงาน (Healthy workplace policy)
3. กำหนดการดำเนินงาน ดังนี้
  - เดือน กุมภาพันธ์ 2565 ประชุมคณะทำงาน ผู้รับผิดชอบ NCDs และสถานประกอบการ
  - เดือน มีนาคม 2565 MOU และซื้ออุปกรณ์
  - เดือน เมษายน 2565 อบรมการใช้ IOT และHealth leader team
  - เดือน พฤษภาคม 2565 เชื่อมโยงข้อมูลและคืนPHR
  - เดือน มิถุนายน ทีม HL สุ่มตรวจโซเดียมและน้ำตาลในโรงอาหาร
  - เดือน กรกฎาคม 2565 วิเคราะห์และคืนข้อมูลให้ผู้บริหาร
  - เดือน กันยายน 2565 ประเมินผล DM HT รายใหม่ลดลง พนักงานสุขภาพดี

## ปัญหา/อุปสรรค

1. เครื่องมือยังไม่เป็น Home use ยังต้องไปใช้ที่ Station อยู่ (โดยอยุธยาแจ้งว่าสามารถทำได้)
2. ช่วงแรกมีปัญหาเรื่องไม่เข้าใจเรื่องการเบิกใช้งบประมาณ แต่ปัจจุบันได้มีการชี้แจงสอบถามเข้าใจแล้ว
3. ควรกำหนดวิเคราะห์ประเด็นข้อมูลให้ชัดไว้ก่อนถึงช่วงวิเคราะห์เลย เช่นดูเรื่องความครอบคลุมหลังทำได้มากกว่าเดิมหรือไม่ กรณีกลุ่มป่วยเสี่ยง มีการMonitor ตนเองถี่เท่าใด

4. การมีเครื่องมือเข้าไปในสถานบริการ จะทำให้เราทราบข้อมูลกลุ่มดี เสี่ยง ป่วย ควรมีการคืนข้อมูล และมีรูปแบบที่แนะนำให้เขาทำต่อ ตามกลุ่มเขา

5. นอกจากทราบข้อมูลตนเอง ต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีเอื้ออำนวย มีกลุ่ม มีทีมหรือhealth leader ในการชวนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

#### ข้อค้นพบ/ข้อเสนอแนะ

1. ขอนำModel นี้ไปขยายต่อในอีก 5 จังหวัด
2. อุตสาหกรรมวิเคราะห์ทางไอทีและโมเดลวิเคราะห์อยู่แล้ว แต่data frame ควรได้รับคำรับรองจากศูนย์วิชาการ เพื่อดูtrend data สำหรับให้พื้นที่ส่งdata ไป Analysis ก็จะได้เลย ดังนั้นอยากขอความร่วมมือศูนย์วิชาการทำtrend data ไว้ ซึ่งตอนนี้วางแผนใช้จาก Smart อสม และ H4U
3. ควรมีข้อมูลพื้นฐานกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เป้าหมายที่เลือกแล้ว ว่ามีกลุ่มดีเสี่ยงป่วยเท่าใด เพื่อวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตัวเอง เพื่อจะได้นำไปเป็นเป้าหมายว่าจะแก้อะไร ทำกิจกรรมอย่างไร วัดเป้าหมายอย่างไร
4. ต้องการข้อมูลวิชาการจากกรมแพทย์ว่าคุณมีโอกาสอีกกี่ปีป่วยเป็นไต เป็นโรคหัวใจ เช่นคล้ายๆ CVD risk
5. ควรมีการระบุเป้าหมายสั้นๆในพื้นที่เป้าหมายว่าสุดท้ายแล้วจะเห็นอะไร เนื่องจากเป้าหมายใหญ่อาจใช้เวลา 2-3 ปีที่จะเริ่มเห็นว่ากลุ่มป่วยรายใหม่ลดลง แต่ในระยะ 1 ปี ควรเห็นได้ชัดในเรื่องของความครอบคลุมPHR ที่เพิ่มขึ้น และรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริม

#### **7) จังหวัดลพบุรี**

พื้นที่เป้าหมาย พื้นที่วัยทำงาน กลุ่มบริษัทเครือโรงงานเบทาโกร จำนวน 18 โรงงาน

#### การดำเนินงาน

1. ตุลาคม 2564 – มกราคม 2565 ทบทวน วางแผนงานและงบประมาณ พัฒนา Platform ประกาศนโยบาย motivation โดยผู้บริหารเบทาโกร แบ่งกลุ่มพนักงาน ดี เสี่ยง ป่วย
2. เดือนมีนาคม 2565 อบรมการใช้ระบบดิจิทัล และจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ เช่น BP/Salt meter/ เครื่องวัดความหวาน
3. มกราคม - มิถุนายน 2564 โรงงานเบทาโกรดำเนินการตามแผน มีHealth leader มีกระบวนการสร้างHL (CPPO สนับสนุน) และเครื่องมือวัดHL ผ่านApp Smart อสม. H4U, MHealth โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับ ติดตาม ตามตัวชี้วัดทุกเดือน
4. วันที่ 9 กรกฎาคม 2565 แลกเปลี่ยนระหว่างโรงงานและภาคีเครือข่าย

#### ปัญหา/อุปสรรค

-

### จุดเด่น

- ลพบุรีมี Application เดิมอยู่ คือ LB\_PHR ช่วย self-monitoring เชื่อม รพสต มีระบบรับส่งยาที่บ้าน มีร้านขายยาเข้าร่วม 100 ร้าน มีการทำ telemedicine ไปแล้ว 1 คน และจะนำไปขยายต่อ
- ท่านสาธารณสุขนิเทศ ขอให้นัดเยี่ยมชมการดำเนินงานของโรงงานช่วง
- ที่ตำบลห้วยขาม อำเภอพัฒนานิคม นำร่องโมเดลการให้ประชาชนดูแลตนเองแล้ว มารับยาเองได้

### 8) จังหวัดสระบุรี

พื้นที่เป้าหมาย สถานประกอบการ 1 แห่ง ได้แก่ บริษัทไทยมาลา ยา กลาส จำกัด (520 คน) และองค์กร 1 แห่ง คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี (80 คน)

### การดำเนินงาน

เนื่องจากจังหวัดสระบุรี มีแนวโน้มผู้ป่วย DM ,HT รายใหม่สูงขึ้น เป้าหมายในการขับเคลื่อน คือ

1. ลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง
2. ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี

การดำเนินการได้จัดประชุมคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้องแล้ว และเดือนเมษายน 2565 จะจัดอบรมแกนนำสุขภาพ วางแผนช่วงเมษายน - พฤษภาคม 2565 อบรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วย), - 3อ2ส/สุขภาพจิต/ยาเสพติด/ทันตกรรม/แผนไทย สร้าง Hotline และติดตามต่อเนื่อง/ประกวดบุคคลต้นแบบ และช่วงเดือนสิงหาคม 2565 จัดเวทีถอดบทเรียน และประเมินโครงการ

### 2.5 ผลการเบิกจ่ายงบประมาณ จำแนกรายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 4

จังหวัด	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	เบิกจ่ายแล้ว		คงเหลือ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นนทบุรี	633,400	538,730	85.05	94,670	14.95
ปทุมธานี	297,800	82,320	27.64	215,480	72.36
พระนครศรีอยุธยา	413,100	352,210	85.26	60,890	14.74
อ่างทอง	237,800	188,800	79.39	49,000	20.61
ลพบุรี	660,000	299,000	45.30	361,000	54.70
สิงห์บุรี	227,800	46,800	20.54	181,000	79.46

จังหวัด	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	เบิกจ่ายแล้ว		คงเหลือ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สระบุรี	292,300	230,812	78.96	61,488	21.04
นครนายก	237,800	91,200	38.35	146,600	61.65
รวม	3,000,000	1,829,872	61.00	1,170,128	39.00

**หมายเหตุ :**

1. จังหวัดนนทบุรี: เหลือจัดซื้อเครื่องวัดความหวาน
2. จังหวัดปทุมธานี : กิจกรรมดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ยังไม่เบิกจ่ายงบประมาณ และการจัดซื้อเครื่องวัดความหวาน และเครื่องวัดความเค็ม (คาดว่าไม่มีงบประมาณคงเหลือ)
3. จังหวัดพระนครศรีอยุธยา : ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ที่เหลือขอใช้ต่อเนื่องปี 2566
4. จังหวัดอ่างทอง : ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ที่เหลือขอใช้ต่อเนื่องปี 2566 เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์
5. จังหวัดลพบุรี : ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้วโดยใช้งบประมาณของสถานประกอบการร่วมด้วย ส่วนงบประมาณที่เหลือจะต่อยอดการดำเนินงานในชุมชนในพื้นที่อำเภอพัฒนานิคม
6. จังหวัดสิงห์บุรี : กิจกรรมดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ยังไม่เบิกจ่ายงบประมาณ (คาดว่าไม่มีงบประมาณคงเหลือ)
7. จังหวัดสระบุรี : เหลือจัดซื้อเครื่องวัดความหวาน และเครื่องวัดความเค็ม
8. จังหวัดนครนายก : เหลือจัดซื้อเครื่องวัดความหวาน และเครื่องวัดความเค็ม และติดตามประเมินผล (คาดว่าไม่มีงบประมาณคงเหลือ)

**2.5 ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา**

1. ประชากรยังเข้าถึงการคัดกรองบริภาพน้อย
2. ประชาชนไม่ทราบสภาวะสุขภาพของตนเองและไม่ทราบวิธีการจัดการความเสี่ยงที่ถูกต้อง
3. ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่จะต้องคัดกรองสุขภาพตนเองประจำปี เป็นเรื่องสำคัญที่เรา

ต้องทำ HL

4. ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตไม่ได้
5. ความแออัดในหน่วยบริการ
6. สถานการณ์โรคระบาด ภาระงานเพิ่ม ปรับเปลี่ยนการบริการ

### ข้อค้นพบ/ข้อเสนอแนะ

1. ยังเห็นการทำงานเป็นส่วนๆยังไม่เชื่อมโยง
2. หลังทำกิจกรรมสักระยะจะติดตามเรื่องจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ และจำนวนผู้ป่วยจากกลุ่มเสี่ยง
3. ใช้เรื่องสุขภาพจิตด้วย เรื่องสุขภาพช่องปาก แพทย์แผนไทยช่วยเรื่องอาหารเป็นยา ไปบูรณาการงานด้วย
4. ปรับกลยุทธ์ในการเข้ากับบริบทสถานประกอบการ ที่ค่อนข้างให้เราเข้าพื้นที่ยาก โดยใช้เทคโนโลยีช่วย พัฒนา Application คุยกับหมอเพิ่ม
5. ควรบูรณาการหน่วยงานอื่นเข้ามาร่วมเป็นกลไกทำงาน เช่นแรงงานจังหวัด สวัสดิการแรงงานจังหวัด ควรมีการบูรณาการร่วมกัน โดยจังหวัดจะประสานงานนอกรอบ หากทำเป็นคำสั่งแต่งตั้งจะช่วยให้การร่วมมือมากขึ้น
6. ผกทบทวนNew service model บางอย่างไม่ใช่New service เช่น green channel
7. กิจกรรมประเมินผลเดือนสิงหาคมน่าจะไม่ทัน เพราะจะมีทีมติดตามจากกระทรวงมาตรวจช่วงเดือนกรกฎาคม ขอให้ขยับแผนขึ้นมา

#### 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	กลุ่ม เป้าหมาย	ระยะเวลาดำเนินการ				ผู้รับ ผิดชอบ
				Q1	Q2	Q3	Q4	
1. การขยาย พื้นที่การปฏิรูป สุขภาพด้าน NCDs	<p>KR1 : กลุ่มเป้า หมายเข้าถึงการประเมิน ตนเอง และประเมินตนเอง ได้เป็นระยะ</p> <p>KR2,3 : กลุ่มย่อย / Buddy กระตุ้นเตือนเป็น ระยะ (MI,HL)</p> <p>KR3 : จัดการสิ่งแวดลอม ให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม</p> <p>KR4 : รับประทาน และดูแล รักษาสม่ำเสมอ ผ่าน 3 หมอ</p>	<p>1. ขยาย &amp; สร้าง พื้นที่ต้นแบบปฏิรูป สุขภาพด้าน NCDs (อย่างน้อย setting ละ 1 แห่ง/จังหวัด)</p> <p>- โรงงาน / สถาน ประกอบการ</p> <p>- ชุมชน (เมือง/ ชนบท)</p> <p>- โรงเรียน / สถานศึกษา (หมอน้อยในบ้าน)</p>	<p>สำนักงานสา ธารณ สุขอำเภอ/ โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล/ อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำ หมู่บ้าน/ โรงเรียน / โรงงาน</p>	✓	✓	✓	✓	<p>สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด/ สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอ/ โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล</p>
2. การลดภาวะ ไตเสื่อมใน ผู้ป่วย DM / HT	<p>1. กลุ่มป่วยที่มี eGFR decline (eGFR ลดลงมากกว่า 5%)</p>	<p>2. คลินิกชะลอไต เสื่อม &amp; ชุมชนลด โซเดียม (อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง)</p>	<p>โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล</p>	✓	✓	✓		<p>สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอ/ โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล</p>



### 3.2.3 การดำเนินงานผู้สูงอายุ

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

เขตสุขภาพที่ 4 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเทียบกับฐานประชากรที่อยู่จริงพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 20.50 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ จึงกำหนดให้มีการปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุ(Big Rock ผู้สูงอายุ) โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ(Functional Ability) ของผู้สูงอายุแต่ละรายตามระดับของศักยภาพภายในตนเอง(Intrinsic capacity) โดยนำเครื่องมือการคัดกรองความถดถอยของร่างกายของผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Community Screening) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลและให้บริการส่งเสริมสุขภาพ(Intervention) ตามแผนการดูแลอย่างมีส่วนร่วมและมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการขาดสารอาหาร และด้านสุขภาพช่องปากส่วนด้านอื่นที่เหลือให้ดูแลช่วยเหลือ ตามระบบเดิมที่ดำเนินการ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุต่อไป

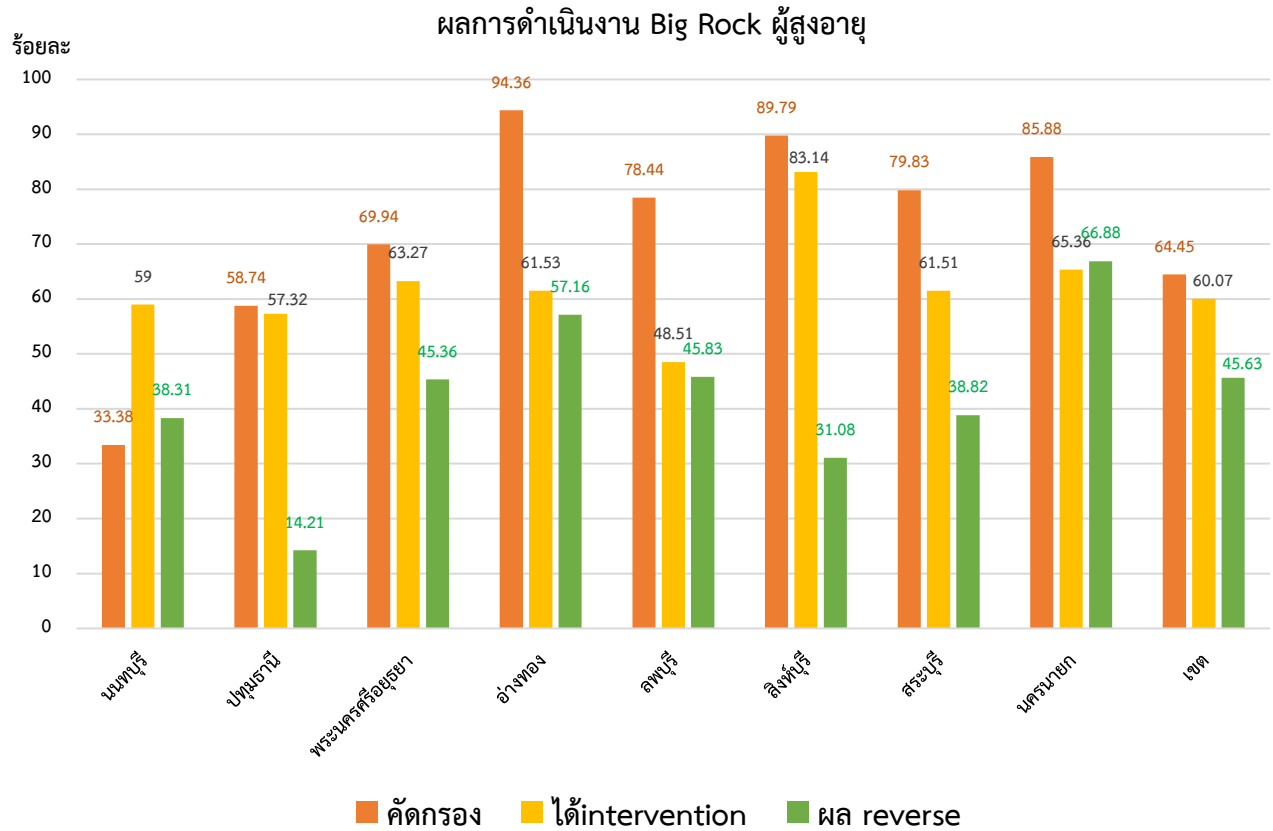


#### 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

การดำเนินงานระดับเขต

- คณะกรรมการขับเคลื่อน Big Rock & Age Friendly City ประชุม Online 4 ครั้ง เพื่อบูรณาการขับเคลื่อนเมืองที่เป็นมิตร และติดตามผลการดำเนินงาน
- คณะกรรมการดำเนินงานปฏิรูประบบประเด็นผู้สูงอายุ ประชุม online 8 ครั้ง เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ชี้แจงการบันทึกข้อมูล การแก้ไขรหัสการบันทึก และติดตามผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานเมื่อเสร็จสิ้นแต่ละขั้นตอนดำเนินงาน
- ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานที่ จันทรา รีสอร์ท นครนายก 1 วัน

- ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนที่ จันทรา รีสอร์ท นครนายก 1 วัน
- ศึกษาดูงานการส่งเสริมสุขภาพ( intervention ) 3 ด้าน ที่อำเภอท่าม่วง ลพบุรี 1 วัน
- ประชุมทบทวนการปฏิบัติ( AAR) และจัดทำแผน Action plan ที่อำเภอท่าใหม่ จันทบุรี 2 วัน



ผลการดำเนินงาน 6 ตุลาคม 2565

จังหวัด	ประชากรผู้สูงอายุ(คน)	จำนวนคัดกรองผ่านเกณฑ์(คน)	ร้อยละ	จำนวนที่ได้รับ intervention(คน)	ร้อยละ	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยดีขึ้น (Reverse)จากกิจกรรมตาม CP (คน)	ร้อยละ
นนทบุรี	228,713	76,341	33.38	1,150	59	กำลังบันทึก	38.31
ปทุมธานี	140,480	82,511	58.74	779	57.32	55	14.21
พระนครศรีอยุธยา	141,640	99,070	69.94	3,206	63.27	209	45.36
อ่างทอง	55,693	52,550	94.36	2,895	61.53	249	57.16
ลพบุรี	118,830	93,205	78.44	2,916	48.51	2,225	45.83
สิงห์บุรี	47,154	42,341	89.79	1,188	83.14	20	31.08
สระบุรี	106,230	84,800	79.83	2,723	61.51	1,243	38.82
นครนายก	45,624	39,180	85.88	1,585	65.36	625	66.88
รวม	884,364	569,998	64.45	16,442	60.07	4,626	45.63

3. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

3.1 care แนวทางการดำเนินงานไม่ชัดเจน มีการชี้แจงล่าช้า เครื่องมือในการดำเนินงานเข้าใจยาก หมอคนที่ 1 สูงอายุไม่เข้าใจแนวทางการคัดกรอง ไม่สามารถใช้เครื่องมือได้ตามวัตถุประสงค์

3.2 code ไม่เสถียร มีการปรับรหัสต่อเนื่อง หน่วยบริการบันทึกไม่ทัน ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ในขั้นตอนการบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานขั้นตอนที่ 4 ยังไม่มีการกำหนดรหัสการบันทึกและประมวลผลในระบบ HDC (เลขาคณะทำงาน ออกแบบ Google form เฉพาะกิจ เพื่อเก็บข้อมูลผลลัพธ์ปี 2565)

3.3. Claim งบประมาณในการพัฒนา บริหารจัดการ จัดสรรล่าช้า ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนเนื่องจากระเบียบการเบิกจ่ายไม่เอื้อต่อการปฏิรูประบบ

#### 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

##### 4.1 งบประมาณจัดการ 800,000 บาท (เงินกันเซต CF)

กิจกรรม	ตัวชี้วัด	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย/ จำนวน	วัน/เดือน/ปี ดำเนินการ	งบประมาณรวม (บาท)	แหล่ง งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
1. ประชุมชี้แจงแนว ทางการดำเนินงาน ปี 2566			100 คน	พฤศจิกายน	70,000		คณะกรรมการขับเคลื่อน BR สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4
2 พัฒนาเครื่องมือการ คัดกรอง 3 พัฒนาหลักสูตร ระยะสั้น สำหรับบุคลากร (หมอ 2) 4 พัฒนาระบบการ สื่อสารระหว่าง เครือข่ายเพื่อแจ้ง ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ แนวทาง ต่างๆ 5 พัฒนาระบบส่งต่อ และการบริการแบบไร้ รอยต่อ	1.ผู้สูงอายุได้รับการคัด กรองโดยใช้แบบ Community Screening ร้อยละ 80 2.ผู้สูงอายุที่มีความ ผิดปกติด้านการ เคลื่อนไหว ช่องปาก/ โภชนาการได้รับการทำ Care Planและ Intervention ร้อยละ 50	เพื่อให้เจ้าหน้าที่ มีความรู้ และ สามารถใช้แบบ ประเมิน Community Screening พร้อมทั้ง ให้บริการส่งเสริม สุขภาพใน โปรแกรม ได้ ถูกต้อง	50 คน	ต.ค. -ธ.ค.65	100,000 100,000 100,000 90,000		คณะกรรมการขับเคลื่อน BR สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 ศูนย์อนามัยที่ 4 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดทุกแห่ง
6 ติดตามเยี่ยมเสริม พลังในพื้นที่ 8 จังหวัด 7 สรุปลงาน และ ถอดบทเรียน 8 ศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้	ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ ด้านการเคลื่อนไหว ช่อง ปาก/โภชนาการได้รับ Intervention และภาวะ ถดถอยลดลง ร้อยละ 50	เพื่อเสริมพลัง บุคลากรและ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ พร้อมทั้ง สรุปผลการ ดำเนินงาน		มี.ค., ก.ค.66 ส.ค. 66 ก.ค. 66	40,000 200,000 100,000		คณะกรรมการขับเคลื่อน BR สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4

4.2 งบประมาณพื้นที่ในการดำเนินการ 3,000,000 บาท  
(จัดสรรตามหัวประชากรสูงอายุกลุ่มติดสังคม = 4.77 บาท/หัว)

จังหวัด	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ADL				ร้อยละ	ร่าง งบจัดสรรตามหัว ประชากรกลุ่มติดสังคม
		ติดสังคม(ADL 12-20)	ติดบ้าน(ADL 5-11)	ติดเตียง(ADL 0-4)	คัดกรองรวม		
นนทบุรี	229,432	109,025	1,740	589	111,354	48.53	520,500
ปทุมธานี	140,560	101,496	1,936	510	103,942	73.95	484,500
พระนครศรีอยุธยา	141,830	102,433	2,875	697	106,005	74.74	489,000
อ่างทอง	55,775	51,439	1,344	427	53,210	95.4	245,500
ลพบุรี	118,858	99,131	1,926	854	101,911	85.74	473,000
สิงห์บุรี	47,170	41,379	825	339	42,543	90.19	197,500
สระบุรี	106,366	85,720	1,780	533	88,033	82.76	409,000
นครนายก	45,674	38,005	1,084	250	39,339	86.13	181,000
รวม	885,665	628,628	13,510	4,199	646,337	72.98	3,000,000

### 3.2.4 การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้อง

เรื่อง ลดการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โดยการจัดการบริการและจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า

(Value-based healthcare & payment) ในเขตสุขภาพที่ 4

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก โดยในแต่ละปีคาดการณ์ว่า มีเด็กจำนวน 15 ล้านคน คลอดก่อนกำหนด (คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์) และ มากกว่า 1 ใน 10 ของเด็กที่คลอดก่อนกำหนด หรือประมาณ 1 ล้านคนเสียชีวิตจากการคลอดก่อนกำหนด เด็กที่คลอดก่อนกำหนดต้องได้รับการดูแลพิเศษและอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าเด็กปกติทั่วไป ทั้งนี้อาจจะต้องอยู่ในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤติ (Neonatal intensive care unit: NICU) ต้องได้รับการดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาลเฉพาะทาง หากรอดชีวิตก็อาจจะเจอปัญหาอาการแทรกซ้อนทั้งอาการแทรกซ้อนในระยะสั้น เช่น ปัญหาเรื่องการหายใจ (Breathing problems) ปัญหาเมตาบอลิซึม (Metabolism problems) ปัญหาในการควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย (Temperature control problems) และอื่น ๆ อีกทั้งยังส่งผลในระยะยาว เช่น โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning disability) หรือปัญหาเรื่องการมองเห็นและการได้ยิน (Vision and hearing problems) ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ (Behavioral and psychological problems)

ในหลายประเทศค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการคลอดก่อนกำหนดและเด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อยอยู่ในระดับต้น ๆ ของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราการเกิดการคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 12 ของการคลอดมีชีพทั้งหมด แต่ภาระของการเกิดการคลอดก่อนกำหนดนั้นชัดเจน ได้แก่ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดถึงร้อยละ 70 และได้แก่ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 36 นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของความพิการทางระบบประสาทของเด็กเล็กถึงร้อยละ 25-50 อีกมีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลรายปีประมาณ 26.2 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือมากกว่า 51,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อทารกที่คลอดก่อนกำหนด 1 คน จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กคลอดก่อนกำหนดนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับประเทศและในระดับครัวเรือน

การคลอดก่อนกำหนดในประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประมาณร้อยละ 13.3 ซึ่งถือได้ว่าเป็นสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับทวีปอื่น ๆ ประเทศไทยมีการเกิดการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศ ในช่วงปีพ.ศ. 2563 และ 2564 จำนวน 39,876 คน จากทั้งหมด 322,150 คน คิดเป็นร้อยละ 12.38 และจำนวน 3,605 คน จากทั้งหมด 289,140 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.47 ตามลำดับ ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 4 มีการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 น้อยกว่าจำนวนรวมจากทั่วประเทศ โดยพบว่ามีการเกิดการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 2,934 คน จากทั้งหมด 27,902 คน คิดเป็นร้อยละ 10.52 และจำนวน 2,605 คน จากทั้งหมด 25,142 คน คิดเป็นร้อยละ 10.36 ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2564 จังหวัดที่มีการเกิดการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี คิดเป็นร้อยละ 14.02 (510/4,503) รองลงมาเป็นจังหวัดนครนายก และจังหวัดนนทบุรี คิดเป็นร้อยละ 12.66 (288/2275) และร้อยละ 11.33 (510/4,503) ตามลำดับ

การเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่เกิดของเด็กที่คลอดก่อนกำหนดสามารถลดลงได้ด้วยปัจจัยแทรกที่ให้กับแม่เริ่มตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์และระหว่างการตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด โดยกิจกรรมต่าง ๆ ใ้มุ่งไปที่การป้องกันในระยะแรกในการลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด เช่น การสูบบุหรี่และ การดื่มสุรา รวมถึงการลดความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสในการคลอดก่อนกำหนด เช่น การให้ฮอร์โมน (Progestational agents) การเย็บผูกปากมดลูก (Cervical cerclage) ถึงอย่างไรก็ดีที่ดีที่สุดของกิจกรรมในการป้องกันคือการทำให้การคลอดก่อนกำหนดซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้มีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดีขึ้น เช่น Antenatal Corticosteroids, Magnesium sulfate และ Antibiotic prophylaxis รวมถึงการดูแลพิเศษในกลุ่มคลอดก่อนกำหนด ถึงอย่างไรก็ตามการที่จะลดอัตราการตายและการป่วยของการคลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องพัฒนาร่วมกันกับระบบบริการ การมีนโยบายที่เหมาะสม ที่เน้นส่งเสริมการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยั่งยืน

การจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการเป็นกระบวนการหลักที่จะสนับสนุนผู้พฤติกรรมผู้ให้บริการและส่งผลกระทบต่อการจัดบริการด้านสุขภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพจะทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ความหลากหลายและความแตกต่างกันในการจัดการเงินที่ไม่เหมือนกัน จะส่งเสริมและสนับสนุนความเท่าเทียมของการได้รับบริการ และเกิดความครอบคลุมประชากรมากที่สุด ทั้งนี้โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ และการคลอดก่อนกำหนดในเด็กทารก เป็นสาเหตุที่ทำให้แนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปี ฉะนั้นหลักการจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการตามปริมาณงาน และทรัพยากรที่ใช้ไป (volume and resources based) อาจจะไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอได้ในระยะยาวในปัจจุบันได้มีการนำหลักการใหม่ในการจ่ายชดเชย เรียกว่าหลักการจัดบริการที่เน้นคุณค่า (value-based healthcare) โดยมีสมการคือ คุณค่า (value) เท่ากับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (outcomes) หารด้วย ค่าใช้จ่าย (costs) โดยจะเป็นการยกระดับประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการดูแลสุขภาพในโรคที่ป้องกันได้ ที่เป็นภาระทางการเงิน และทำให้เกิดความเหมาะสมของการใช้บริการสุขภาพ

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในแง่ของสุขภาพของเด็ก และมารดา รวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจที่จะเกิดขึ้น โดยที่การปรับบริการที่น่าจะส่งผลในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ การวัดปากมดลูก และการให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายเงินมาเป็นแบบมุ่งเน้นคุณค่า โดยที่ต้องมีการพิสูจน์ถึงความแตกต่างที่เกิดจากการวัดความยาวปากมดลูกแบบทางหน้าท้อง และทางช่องคลอด เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้วัด และกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสุขภาพ และกลุ่มที่ได้สุศึกษาทั่วไป และสุดท้ายคือการเปรียบเทียบรูปแบบการจ่ายเงินที่เป็นแบบปัจจุบัน (PP-Itemized) เทียบกับมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based purchasing)

## 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เขตสุขภาพที่ 4 ได้พยายามดำเนินการในช่วงปี 2562-2564 โดยมีกระบวนการเปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ของการลดทารกคลอดก่อนกำหนด ดังนี้

1. ในปี 2562 มีหญิงไทยตั้งครรภ์เดี่ยว 26,196 มาฝากครรภ์ และพบว่า ปากมดลูกสั้นจะได้รับยาฮอร์โมน Progesterone กรณี SPTB พบว่า มีการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 13.05 (3,404 ราย)

2. ในปี 2564 มีหญิงไทยตั้งครรภ์เดี่ยว 25,142 ราย มาฝากครรภ์ และพบว่า ปากมดลูกสั้นจะได้รับยาฮอร์โมน Progesterone กรณี SPTB การวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอด 4,000 ราย จะให้ยาฮอร์โมน Progesterone กรณี SPTB โดยพบว่า มีการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.36 (2,605 ราย) ลดลงจากร้อยละ 13.05 (ในปี 2562) เหลือร้อยละ 10.36 (2,605 ราย) หรือจำนวน 799 ราย

## 3. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ระบบการจ่ายเงินปัจจุบัน เป็นการจ่ายตามการปฏิบัติงาน (PP-itemized) ซึ่งหน่วยบริการจะได้รับเงินตามรายการกิจกรรมบริการที่กำหนด ให้มีการจ่ายเงินได้ ระบบนี้มีจุดอ่อนที่ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาเด็กคลอดก่อนกำหนดได้ โดยที่กระบวนการป้องกัน และดูแลรักษาที่ทำกันอยู่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจาก

ก. ไม่มีการค้นหาและคัดกรองเชิงรุกหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดทุกราย ตามกระบวนการที่พิสูจน์ว่าได้ผล ซึ่งรวมถึงการคัดกรอง และให้การรักษา เพื่อป้องกันความเสี่ยง

ข. ปัจจุบันยังไม่มีการสร้างความรู้ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ตามกระบวนการที่พิสูจน์ว่าได้ผล และออกแบบให้เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์แต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองได้ และป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

## 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

ดำเนินการจัดบริการและจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based healthcare & payment) โดยมีกระบวนการดูแลสุขภาพแบบมุ่งเน้นคุณค่า ปี 2565 หญิงไทยตั้งครรภ์เดี่ยวที่มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ตามเกณฑ์ 15 ข้อ จะมีกระบวนการ ดังนี้

1. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก
2. คัดกรองความเสี่ยง ด้วยความยาวปากมดลูกทาง abdominal ด้วย U/S
3. วัดความยาวปากมดลูกทาง vaginal
4. การใช้ยา Progesterone ฉีด และเหน็บทางช่องคลอด
5. การเข้า program การสร้างทักษะด้วย HL 3 ครั้ง

ทำให้มีเพิ่มการเพิ่มทารกคลอดครบกำหนด (มากกว่า และเท่ากับ 37 สัปดาห์) คือ คลอด Late preterm (มากกว่า และเท่ากับ 34 สัปดาห์ ถึง 36+6 สัปดาห์) เพิ่มขึ้นตามเงื่อนไข



## นวัตกรรม : Patient journey

หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และมีความเสี่ยงตาม 15 ข้อ ที่กำหนดโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. มีประวัติคลอดก่อนกำหนด (สร้าง HL ครั้งที่ 2 ใน GA  $\leq$  25 สัปดาห์ ) ให้ได้รับยาฮอร์โมน PG และเมื่อวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอด ( GA 18-24 สัปดาห์ )

1.1 ผลการวัดความยาวปากมดลูกปกติ ( $\geq$  25 mm) จะต้องให้ยาฮอร์โมน Progesterone ต่อและวัด CL ซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง

1.2 ผลการวัดความยาวปากมดลูกพบว่าสั้น ( $<$  25 mm) เย็บผูกปากมดลูกร่วมกับการให้ยาฮอร์โมน Progesterone ต่อ และวัด CL ซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง

2. ไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด (สร้าง HL ครั้งที่ 2 ใน GA  $\leq$  25 สัปดาห์ )

2.1 วัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอด (GA18-24 สัปดาห์)

2.1.1 พบปากมดลูกสั้น ( $<$ 25mm) ให้ยาฮอร์โมน PG และวัด CL ซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง

2.1.2 พบว่าความยาวปากมดลูกปกติ ( $\geq$ 25 mm) ให้บริการตามแนวทางปกติ

2.2 ตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้องดูความยาวปากมดลูก

2.2.1 ผลปกติให้บริการตามแนวทางปกติ

2.2.2 ผลผิดปกติให้วัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอด (GA18-24 สัปดาห์)

- พบว่าความยาวปากมดลูกสั้น ( $<$ 25mm) ให้ยาฮอร์โมน Progesterone และวัด CL ซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง

- พบว่าความยาวปากมดลูกปกติ ( $\geq$ 25 mm) ให้บริการตามแนวทางปกติ

## กลไกการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า

งบประมาณการจ่ายเงินในรูปแบบของ IP Rate พิเศษ กล่าวคือ เมื่อมีการคลอดก่อนกำหนดที่ลดลง ก็จะเป็นการลดเงิน IP ซึ่งจะนำเงินที่เหลือนั้นให้กับหน่วยบริการที่คลอดสำเร็จตามกำหนดใน 3 กรณี คือ

1. ในรายที่มีประวัติ previous preterm delivery และสามารถคลอดครบกำหนดได้ (History Previous preterm) + HPG จ่ายในอัตรา 4,000 บาท

1.1 ผลตรวจความยาวปากมดลูกจาก Ultrasound ทางหน้าท้องสั้น และผลตรวจความยาวปากมดลูกทางช่องคลอดปกติหรือไม่ได้ทำ และสามารถคลอดครบกำหนดได้ จ่ายในอัตรา 1,200 บาท

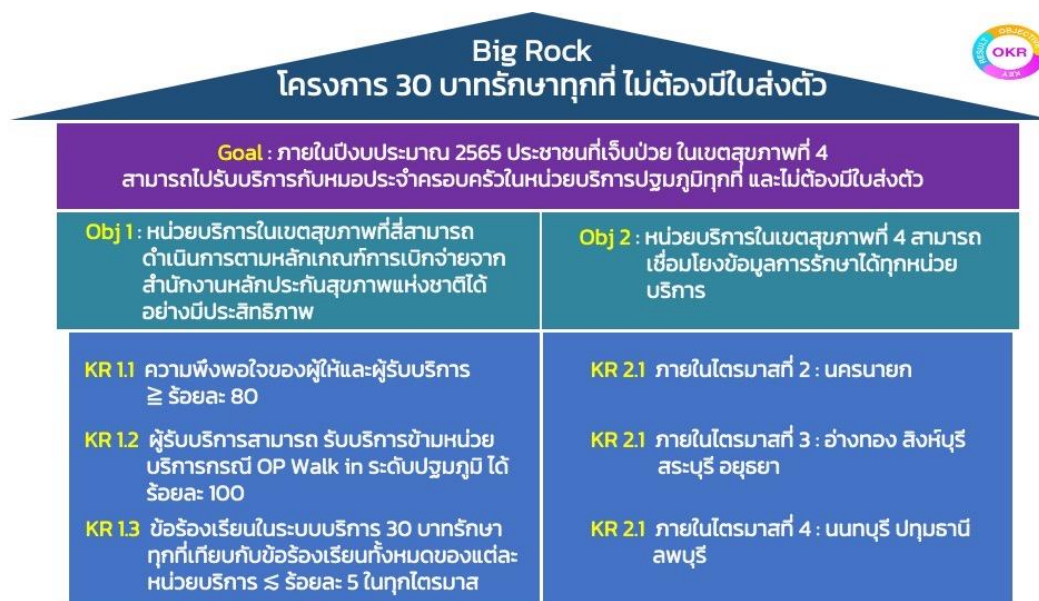
1.2 ผลตรวจความยาวปากมดลูกจาก Ultrasound ทางหน้าท้องสั้นหรือไม่ได้ทำ และผลตรวจความยาวปากมดลูกทางช่องคลอดสั้น และสามารถคลอดครบกำหนดได้ จ่ายในอัตรา 5,100 บาท

3. ในกรณีที่มีการดำเนินงานไม่ว่ามีความเสี่ยงใดๆ หรือไม่ แต่ยังมีคลอดก่อนกำหนดอยู่ จ่ายในอัตรา 1,200 บาท

2. จัดทำงานวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล และการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่าของโปรแกรมป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบกับการดูแลแบบมาตรฐานในเขตสุขภาพที่ ๔ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

### 3.2.5 การดำเนินงาน “การขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ไม่ต้องมีใบส่งตัว”

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล



การดำเนินงานตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกที่ ไม่ต้องมีใบส่งตัว เขตสุขภาพที่ 4 ได้กำหนดดำเนินการพร้อมกันทุกจังหวัด ในวันที่ 1 มกราคม 2565 เป็นต้นไป โดยมีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

**Goal :** ภายในปีงบประมาณ 2565 ประชาชนที่เจ็บป่วย ในเขตสุขภาพที่ 4 สามารถไปรับบริการกับหมอประจำครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกที่ และไม่ต้องมีใบส่งตัว

**Objective 1 :** หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 สามารถดำเนินการตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

KR 1.1 : ความพึงพอใจของผู้รับบริการ  $\geq$  ร้อยละ 100

KR 1.2 : ผู้รับบริการสามารถ รับบริการข้ามหน่วยบริการ กรณี OP Walk in ระดับปฐมภูมิได้ ร้อยละ 100

KR 1.3 : ข้อร้องเรียนในระบบบริการ 30 บาทรักษาทุกที่ เทียบกับข้อร้องเรียนทั้งหมดของแต่ละหน่วยบริการ  $\leq$  ร้อยละ 5 ในทุกไตรมาส

**Objective 2 :** หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาได้ทุกหน่วยบริการ

## 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

### 2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างการเข้ารับบริการกรณีเหตุสมควร (OP Walk-in) ก่อนและหลังทำ

ก่อนทำ	หลังทำ
1. ผู้ป่วยต้องได้รับใบส่งตัว จึงสามารถเข้ารับบริการได้	1.กรณีผู้ป่วยมีเหตุสมควร จำเป็น สามารถเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องไปขอใบส่งตัว
2. เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการกรณีผู้ป่วยเห็นว่าฉุกเฉิน แต่แพทย์ไม่ให้ฉุกเฉิน	2.ไม่เกิดความขัดแย้ง ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้ โดยไม่ต้องรอการพิจารณาของแพทย์
3. หน่วยบริการ ไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้หลังให้บริการ	3.สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### 2.2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ผลงาน
KR1.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ $\geq$ ร้อยละ 100	- ความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80
KR1.2 ผู้รับบริการสามารถ รับบริการข้ามหน่วยบริการกรณี OP Walk in ระดับปฐมภูมิได้ ร้อยละ 100	- เข้ารับบริการได้ทุกแห่ง
KR1.3 ข้อร้องเรียนในระบบบริการ 30 บาทรักษาทุกที่ เทียบกับข้อร้องเรียนทั้งหมดของแต่ละหน่วยบริการ $\leq$ ร้อยละ 5 ในทุกไตรมาส	- น้อยกว่าร้อยละ 5 (มีเพียง 1 เรื่อง ผู้ป่วยเข้ารับบริการจากนอกเขตพื้นที่รอยต่อ)
KR2 หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาได้ทุกหน่วยบริการ	-

2.3 ผลการเบิกค่าใช้จ่าย กรณีเหตุสมควร (OP walk-in) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูล ณ วันที่ 23 กรกฎาคม 2565

จังหวัด	จำนวน(ราย)	เรียกเก็บ(บาท)	ชดเชย(บาท)
นครนายก	1,354	760,399.35	411,578.10
นนทบุรี	32	5,755.75	4,742.25
ปทุมธานี	619	176,179.50	78,921.75
พระนครศรีอยุธยา	622	140,476.95	92,361.05
ลพบุรี	479	122,101.75	107,810.00
สระบุรี	257	52,325.75	47,218.25
สิงห์บุรี	12	3,255.50	3,255.50
อ่างทอง	17	8,154.50	5,334.50
รวมทั้งสิ้น	3,392	1,268,649.05	751,221.40

3. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรม e-Claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้	1 ให้ โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นพี่เลี้ยงในการใช้งานโปรแกรม e-Claim 2 สร้างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้นแบบในการจัดทำบัญชีรายการยา (Drug Catalogue) ประกอบการเบิกค่าใช้จ่ายในโปรแกรม e-Claim เพื่อส่งต่อ (Copy) ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ
2. การขอเบิกค่าใช้จ่ายของ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (บางจังหวัด) ไม่ตรงกับแหล่งเงิน คือ - เบิกจากเงินกัน(VA) ภายในจังหวัด (ควรจะเบิก กรณีเหตุสมควรจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)	3 จัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากจังหวัดอื่น ๆ ภายในเขต คือ ส่งผู้แทนไปร่วมเป็นทีมนิเทศงานของการตรวจราชการ ทั้ง 2 รอบ อย่างน้อยจำนวน 2 จังหวัด ทีมนิเทศงานของการตรวจราชการ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงาน จากงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ของทุกจังหวัด อย่างน้อย จังหวัดละ 2 คน
3. โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มีความกังวลเรื่อง จำนวนผู้ป่วยที่อาจจะเพิ่มขึ้นมาก และค่าใช้จ่ายที่จะเบิกได้	

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<p>4. ประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีเหตุสมควร ไม่ชัดเจน คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เหตุสมควรอะไรบ้าง ที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้</li> <li>- การเข้ารับบริการจากจังหวัดนอกเขตพื้นที่ รอยต่อ</li> </ul>	<p>ชี้แจงทำความเข้าใจ โดยใช้ข้อมูลอ้างอิง จากจังหวัดอื่น</p>

#### 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

ประเด็น	แผนการดำเนินงาน (Action Plan)
<p>1. การสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) สามารถเบิกค่าใช้จ่ายกรณีเหตุสมควรจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่าย สนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) CUP จัดทำบัญชีรายการยา (Drug catalogue) ให้ผ่านการ Approve จาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>2. หน่วยบริการแม่ข่าย เป็นพี่เลี้ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน CUP ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายในการ ให้บริการ กรณีเหตุสมควร (ผู้รับบริการจากนอกจังหวัด) และการตรวจสอบ/แก้ไข REP</li> </ol>
<p>2. การบริหารจัดการให้โรงพยาบาลระดับ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง สามารถเบิกค่าใช้จ่าย กรณีเหตุสมควร จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่มีการขอเบิกจากเงินกัน VA ภายในจังหวัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การสร้างความเข้าใจในการบริหารจัดการระดับจังหวัด ในการดำเนินงานตามประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีเหตุสมควร</li> <li>3. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องในการ จัดบริการ และขอรับค่าใช้จ่ายฯ จากโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง</li> </ol>

5. ผลการดำเนินงานด้านการเชื่อมโยงข้อมูล “การขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ไม่ต้องมีใบส่งตัว” (IT)  
ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ได้มีการพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลภายในจังหวัดนครนายก (จังหวัดนาร่อง) และติดตั้งโปรแกรมเชื่อมโยงข้อมูลในจังหวัดนครนายกครบทั้ง 4 อำเภอ พร้อมทั้งอบรมติดตั้งโปรแกรมเชื่อมโยงข้อมูลครบทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 (เหลือจังหวัดลพบุรีที่ยังไม่ได้ติดต่อเข้ามาเพื่อขอรับการอบรมเนื่องจากอุปกรณ์เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายไม่พร้อม)

6. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ปัญหาด้านโครงสร้างฐานข้อมูล HIS ไม่เหมือนกันทำให้ดึงข้อมูลไม่ได้
2. ระบบฐานข้อมูล Mysql ของเครื่องแม่ข่าย ในหน่วยบริการบางที่ไม่รองรับกับการดึงข้อมูล
3. ข้อมูลในฐานข้อมูลยังไม่มี cleaning ทำให้เวลาดึงข้อมูลมาไม่สามารถดึงมาได้ครบ
4. ปัญหาด้านเครือข่ายเน็ตเวิร์คของบางโรงพยาบาล
5. ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการข้อมูลแพทย์กรอกข้อมูลไม่ครบ เช่น วันเดือนปีเกิด รหัสบัตรประจำตัวประชาชน หรือมีการย้ายออกไปแล้วแต่ยังไม่ได้ลงข้อมูลการย้ายออก ทำให้โปรแกรมไม่สามารถดึงข้อมูลได้ เนื่องจากโปรแกรมจะมีการเช็คข้อมูลพื้นฐานก่อน
6. ปัญหาด้านอุปกรณ์เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายไม่พร้อมสำหรับการฝึกอบรม

### 3.2.6 การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) เขตสุขภาพที่ 4 ได้ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องโดยแต่ละจังหวัดได้มีการพัฒนาระบบบริการตามบริบทของพื้นที่ ความสำเร็จที่เห็นได้ชัดคือมีการพัฒนากระบวนการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน (IPD) ที่ Intermediate Bed/Ward ในโรงพยาบาลตามภูมิภาค ซึ่งเป็นโอกาสดีในการพัฒนาคุณภาพบริการ Intermediate Care โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในปี 2563 ที่ผ่านมามีการกำหนดนโยบายให้กลุ่มผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักจากถื่นทรายเป็นรุนแรง (Fragility Fracture Around The Hip) เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ด้วย ซึ่งจังหวัดสระบุรีได้พัฒนา Standing Order Sheet For Fracture Around The Hip ให้กับโรงพยาบาลที่รับกลับผู้ป่วย เพื่อดูแลต่อเนื่องแบบ Intermediate Bed/Ward โดยเกิดจากความร่วมมือกับ Service Plan Orthopedics เพื่อให้เกิดการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีมาตรฐานเดียวกันในโรงพยาบาลที่เป็น Intermediate Bed/Ward และได้เผยแพร่แนวทางการส่งกลับผู้ป่วย (Refer back for IMC Bed/Ward) ให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อเป็นแนวทางที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันในการส่งกลับผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางดังนี้

1. กำหนดใน CPG Discharge planning ผู้ป่วย IMC ที่ค่าคะแนน Barthel index  $\leq 15$  ให้พิจารณา Refer Back for IMC Bed/Ward เป็นลำดับแรก
2. ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย IMC ที่ค่าคะแนน Barthel index  $\leq 15$  ควรได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ Intermediate Bed/Ward ทุกราย
3. พยาบาลประจำ Ward Stroke Unit อายุรกรรม ศัลยกรรมประสาท ร่วมคัดกรองและแจ้งแพทย์ เพื่อ Refer Back ผู้ป่วย IMC ที่ค่าคะแนน Barthel index  $\leq 15$
4. เริ่มมีการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย IMC กลุ่ม fragility fracture hips โดยแต่ละจังหวัดจัดทำแนวทางการดูแลร่วมกันที่ชัดเจนต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ในการดำเนินงานปฏิรูปเขตสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4 โดยเน้นการขับเคลื่อนงาน IMC ตั้งแต่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงชุมชน ผ่านการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชนต้นแบบครบทุกจังหวัดและทุกอำเภอในเขตสุขภาพที่ 4 โดยแต่ละจังหวัดได้มีการพัฒนาระบบบริการตามบริบทของพื้นที่ ความสำเร็จที่เห็นได้ชัดคือทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ได้จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชนต้นแบบเพื่อเตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วย IMC เข้ามาดูแลอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนในชุมชนโดยมีนักกายภาพบำบัด และนักฟื้นฟูชุมชนมาให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน ตามศักยภาพของพื้นที่นั้น ๆ นอกจากนี้ยังได้มีการติดตามการดำเนินงานของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในทุกจังหวัด ซึ่งมีการจัดตั้งคณะกรรมการ และประชุมหารือเรื่องงบประมาณในการสนับสนุนศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชนต้นแบบ เพื่อให้ผู้ป่วย IMC ในพื้นที่ได้เข้าถึงบริการและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อนึ่ง ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ที่มีการระบาดใหม่อย่างต่อเนื่องในช่วงต้นปี 2565 ที่ผ่านมานั้น ณ ขณะนี้อาจทำให้บางหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดกลุ่มเสี่ยงต้องให้บริการ Intermediate Care ภายใต้มาตรการการป้องกันตามประกาศกรมควบคุมโรคแบบเข้มข้นอีกครั้ง เพื่อลดการ



แพร่ระบาดของโรค Covid-19 บางพื้นที่ต้องวางแผนกลับมาให้บริการผู้ป่วยในชุมชนผ่าน Telemedicine งดลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน แต่ในบางแห่งที่ไม่ใช่พื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อ ยังสามารถลงเยี่ยมบ้านได้ แต่ต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัด หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ชุมชนที่มีความเสี่ยง และการให้บริการแบบ Intermediate Ward นั้น บางแห่งต้องเปลี่ยนเป็น Cohort Ward เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-19 แต่ทั้งนี้ ในช่วงสถานการณ์ที่ยังต้องเฝ้าระวังการระบาด อาจมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน Intermediate Care ไปตามสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

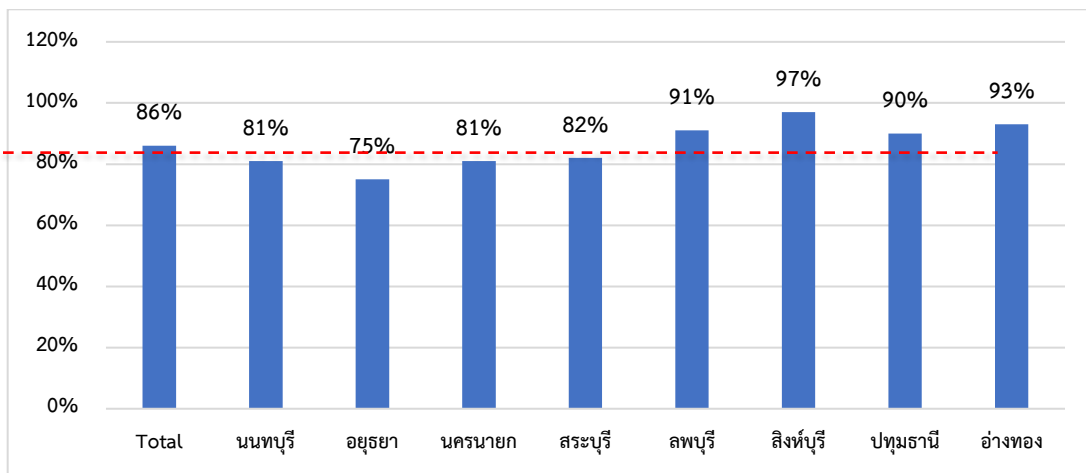
## 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ไตรมาส 3 ปี 2565 ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเข้าระบบมีจำนวนทั้งสิ้น 1,300 ราย แยกรายกลุ่มโรคได้ดังนี้ Stroke 1,023 ราย (ร้อยละ 79) TBI 29 ราย (ร้อยละ 2) SCI 28 ราย (ร้อยละ 2) และ Fracture around hip 220 ราย (ร้อยละ 17) โดยมีผู้ป่วย Refer Back เพื่อกลับไปรับบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ณ Intermediate Bed/Ward ทั้งสิ้น 241 ราย (ร้อยละ 19)

**ตัวชี้วัดหลัก :** ผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรคที่รอดชีวิตและมีค่าคะแนนดัชนีบาร์เทิลน้อยกว่า 15 คะแนน รวมทั้งมากกว่า 15 คะแนนแต่มีความบกพร่องรวมกันตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index เท่ากับ 20 คะแนน

**ค่าเป้าหมาย :** ร้อยละ 70 (รอบ 12 เดือน)

**ค่าที่ได้ :** ร้อยละ 82



**แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละการติดตามค่าคะแนนดัชนีบาร์เทิลได้เมื่อครบกำหนด 6 เดือน**

จากแผนภูมิที่ 1 รายงานข้อมูลผลการติดตามผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อครบ 6 เดือน ไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2565 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,284 ราย (ยอดผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนธันวาคม 2564) ซึ่งครบกำหนดติดตามข้อมูล 6 เดือนที่ไตรมาส 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่าผู้ป่วยที่สามารถติดตามค่าคะแนนดัชนีบาร์เทิลได้ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,099 ราย ร้อยละ 82) มีผู้ป่วยมีค่าคะแนนบาร์เทิลดีขึ้น 795 ราย (ร้อยละ 72) คงเดิม 158 ราย (ร้อยละ 14) ลดลง 26 ราย (ร้อยละ 2) และเสียชีวิต 195 ราย (ร้อยละ 18)

ผลจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานในปัจจุบัน คือ

- มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงาน IMC ประจำโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่ว ทั้ง 12 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 4
- มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูชุมชน ครอบครัวทั้ง 8 จังหวัด เปิดให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

โดยนักกายภาพบำบัด 1 คน และนักฟื้นฟูชุมชน 5 คน ต่อศูนย์

จังหวัดสระบุรีเปิดให้บริการ 13 ศูนย์ และอีก 7 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 เปิดให้บริการจังหวัดละ 1 ศูนย์

- มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ ครบทั้ง 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4

### 3. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

วิเคราะห์ตาม 6 building block	GAP (สิ่งที่ขาด)	สถานการณ์ที่ผ่านมา (สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค)	แนวทางการแก้ไข
1. Health Service Delivery	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การ refer back IMC bed/ward ตามภูมิลำเนายังน้อยกว่าที่ควรจะเป็น</li> <li>- การให้บริการต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน แบบ OPD และในชุมชน ยังไม่มีการประเมินจำนวนครั้งและความถี่ในการให้บริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานการณ์ COVID19 ทำให้ IMC bed/ward หลายแห่งหยุดให้บริการชั่วคราว และการให้บริการเยี่ยมบ้านทำได้ยาก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้จัดทำคลิปวิดีโอบน YouTube เพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าใจถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการ refer back IMC bed/ward</li> <li>- จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูชุมชน</li> </ul>
2. Health Workforce	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักกายภาพบำบัดชุมชน นักกิจกรรมบำบัด และนักแก้ไขการพูด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรภาครัฐมีน้อยและติดที่รอบจำนวนบุคลากร ทำให้ไม่สามารถเปิดตำแหน่งรับบุคลากรได้เพียงพอ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดให้บริการเป็นกลุ่มที่ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น</li> <li>- ส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการมากขึ้น เช่น บริการ IMC ที่คลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่น</li> <li>- ส่งนักกายภาพบำบัดจำนวน 9 คน เข้ารับการอบรมหลักสูตรกายภาพบำบัด IMC ระยะ 4 เดือน</li> </ul>
3. Health System Financing	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจ่ายค่าบริการ IPD IMC ยังเป็นแบบ acute care DRGs อย่างเดียว ซึ่งไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมกับการให้บริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปีงบประมาณ 2565 เงิน on top IP refer back รายเขต ถูกยกเลิก การจ่ายทั่วประเทศ</li> <li>- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายค่าบริการ IMC ราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามการจ่ายสมทบค่าบริการ IPD IMC โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ 7x7 แล้ว</li> <li>- จัดทำข้อเสนอการจ่ายค่าบริการ IMC รายครั้งให้เท่าเทียมกันในแต่ละวิชาชีพ</li> </ul>

วิเคราะห์ตาม 6 building block	GAP (สิ่งที่ขาด)	สถานการณ์ที่ผ่านมา (สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค)	แนวทางการแก้ไข
		<p>ครึ่งไม่เท่าเทียมกันสำหรับแต่ละวิชาชีพ (กายภาพบำบัด ครึ่งละ 450 บาท กิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูด ครึ่งละ 150 บาท)</p>	<p>- จัดทำข้อเสนอการจ่ายค่าบริการ IMC ที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการที่ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน</p>
4. Health Information System	<p>- ยังไม่มีโปรแกรมการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ</p>	<p>- การส่งต่อข้อมูลในปัจจุบันแต่ละจังหวัดมีการส่งต่อและติดตามข้อมูลในรูปแบบที่ต่างกัน ส่งมากเป็นการส่งผ่าน Application Line กลุ่ม ซึ่งยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจนและเชื่อถือได้</p>	<p>- พัฒนารูปแบบการส่งต่อและติดตามข้อมูลออนไลน์ที่เป็นรูปแบบเดียวกัน</p>
5. Leadership and Governance	<p>- ทีมนำในแต่ละจังหวัดยังมีความหลากหลาย และขับเคลื่อนงานได้ไม่เท่ากันและยังขาดทีมนำช่วยงานในระดับเขต</p> <p>- กองทุนฟื้นฟูฯจังหวัดยังดำเนินการได้ไม่ครบทุกจังหวัด</p>	<p>- ทีมนำที่ร่วมขับเคลื่อนงานในระดับเขตและในแต่ละจังหวัดยังมีน้อย และไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนนโยบาย</p> <p>- ยังไม่มีการวางโครงสร้างงาน IMC ที่ชัดเจนในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป</p>	<p>- จัดตั้งศูนย์บริการ IMC ประจำโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง โดยมีนักกายภาพบำบัดประจำ มีสถานที่และอุปกรณ์สำนักงานอย่างเหมาะสม</p>
6. Medical Product, Vaccine and Technology	<p>- บางจังหวัดยังไม่มีการพัฒนาแนวทางการให้บริการ IMC ในผู้ป่วย fragility hip fracture</p> <p>- ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นยังมีให้บริการไม่ครบในทุก โรงพยาบาลชุมชน เช่น ยาลดเกร็ง plastic AFO, shoulder sling เป็นต้น</p>	<p>- การที่ยังขาดยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการให้บริการผู้ป่วย IMC ในบาง โรงพยาบาลชุมชน ทำให้ผู้ป่วยหลายรายขาดโอกาสในการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น</p>	<p>- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการสำรวจ และส่งเสริมให้ทุกโรงพยาบาลชุมชน จัดให้มียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น โดยเวชภัณฑ์สามารถบันทึกข้อมูล เรียกเก็บได้จากโปรแกรม e-claim และ disability portal ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>

วิเคราะห์ตาม 6 building block	GAP (สิ่งที่ขาด)	สถานการณ์ที่ผ่านมา (สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค)	แนวทางการแก้ไข
			- คณะกรรมการ service plan IMC ในแต่ละจังหวัดควรวางแผนการให้บริการ IMC สำหรับผู้ป่วย fragility fracture hip ให้มีความชัดเจน ปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน

#### 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

ประเด็น/โอกาสพัฒนา	กิจกรรม	ตัวชี้วัด	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1. เพิ่มยอดการส่งกลับ (refer back) เพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ให้ถึงเป้าหมาย (ร้อยละ 20)	1.1) สร้างระบบ Auto refer และเสนอทางเลือกการเข้ารับบริการ IPD IMC Bed/Ward ที่โรงพยาบาลชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยใช้คลิปวิดีโอ บน YouTube ของเขตสุขภาพที่ 4	1.1) ร้อยละการ Refer Back เพื่อรับบริการ IMC bed /ward	ผู้ป่วย IMC 4 กลุ่มโรค ได้แก่ Stroke, TBI, SCI, CTF ที่ BI < 15 หรือ BI ≥ 15 with multiple impairment	1 ตุลาคม 65 – 30 กันยายน 66	คณะกรรมการ SP IMC เขตสุขภาพที่ 4
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย IMC ในชุมชน	2.1) จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชนเพิ่มอีก 21 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 4 2.2) สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ท้องถิ่น โดยมีนักฟื้นฟูฯ ชุมชนอย่างน้อย 5 คนต่อศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน	2.1) มีศูนย์ร่วมสุขต้นแบบแห่งใหม่ ให้บริการผู้ป่วย IMC ในชุมชน 2.2) ศูนย์ร่วมสุขมีนักฟื้นฟูฯชุมชนอย่างน้อย 5 คนต่อศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน	2.1) ผู้ป่วย IMC 4 กลุ่มโรค ได้แก่ Stroke, TBI, SCI, CTF ที่ BI < 15 หรือ BI > 15 with multiple impairment 2.2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน CG/CM/นัก	1 ตุลาคม 65 – 30 กันยายน 66	คณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน ทั้ง 21 แห่ง คณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน ทั้ง 21 แห่ง

ประเด็น/โอกาสพัฒนา	กิจกรรม	ตัวชี้วัด	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
			บริหารชุมชน แต่ละ แห่ง		
3. พัฒนาศักยภาพ บุคลากร 3.1 บุคลากร เชี่ยวชาญเฉพาะ ด้าน เช่น นัก กายภาพบำบัด นัก กิจกรรมบำบัด นักแก้ไข การพูด พยาบาล ฟื้นฟู (4 เดือน) เป็นต้น	3.1) จัดทำแผนส่ง บุคลากรเข้ารับการ อบรมตามนโยบายเขต สุขภาพเพื่อพัฒนา ศักยภาพของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ นัก กายภาพบำบัด และ พยาบาล ฟื้นฟู (4 เดือน) และ หลักสูตรอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง	3.1) มีบุคลากร เชี่ยวชาญเฉพาะ ด้านที่ผ่านการ อบรมหลักสูตร เฉพาะด้าน ต่างๆ เช่น กายภาพบำบัด สาขาการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วย ระยะ กลาง (4 เดือน) , พยาบาลที่ผ่าน การอบรม หลักสูตรพยาบาล ฟื้นฟู (4 เดือน/5 วัน) และฝึกพูด/ ฝึกกลืน เบื้องต้น เป็นต้น	นักกายภาพบำบัด, พยาบาลวิชาชีพ, นัก กิจกรรมบำบัด, นักแก้ไขการพูด และ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	1 ตุลาคม 65 – 30 กันยายน 66	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด
3.2 นักฟื้นฟูฯชุมชน	3.2) จัดอบรมเพื่อเพิ่ม ศักยภาพนักฟื้นฟูฯ ชุมชนให้สามารถร่วม ให้บริการฟื้นฟู สมรรถภาพทาง กาย และฝึกพูด/ฝึก กลืน เบื้องต้นที่ศูนย์ ฟื้นฟูฯชุมชนและที่บ้าน ได้	3.2) มีนักฟื้นฟูฯ ชุมชนอย่าง น้อย 5 คนต่อศูนย์ ฟื้นฟูฯชุมชนที่ ผ่านการอบรม หลักสูตรฝึกพูดฝึก กลืน และฟื้นฟู สมรรถภาพทาง กายเบื้องต้น	นักฟื้นฟูฯชุมชนอย่าง น้อย 5 คนต่อศูนย์ ฟื้นฟูฯชุมชน	1 ตุลาคม 65 – 30 กันยายน 66	คณะกรรมการ SP IMC เขตสุขภาพ ที่ 4

ประเด็น/โอกาสพัฒนา	กิจกรรม	ตัวชี้วัด	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
4. มีการดำเนินงาน กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดอย่างเป็น รูปธรรม	4.1) เขียนโครงการ ขอรับงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินงาน ต่างๆ เช่น โครงการ จัดหาอุปกรณ์ในศูนย์ ฟื้นฟูฯชุมชน, โครงการ จัดทำคลังอุปกรณ์เพื่อ การฟื้นฟูฯ, โครงการ ปรับสภาพบ้านเพื่อเอื้อ ต่อการฟื้นฟูฯ เป็นต้น	4.1) มีโครงการที่ ได้รับการ สนับสนุนจาก กองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด	ผู้ป่วย IMC, ผู้ป่วยพิการ, ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะ จำเป็นต่อการฟื้นฟูฯ	1 ตุลาคม 65 – 30 กันยายน 66	ศูนย์ ประสานงาน IMC
5. ผู้ป่วย IMC เข้าถึง บริการการฟื้นฟูสภาพ อย่างเหมาะสมโดยการมี ส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย	5.1) องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วม ในการรับ-ส่ง ผู้ป่วย IMC เพื่อมาเข้า รับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน 5.2) องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนเข้ามามี ส่วนร่วมในการพิจารณา การปรับสภาพบ้านเพื่อ เอื้อต่อการฟื้นฟูฯ 5.3) องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และ ภาคเอกชนมีส่วนร่วมใน การจ้างนัก กายภาพบำบัด	5.1) ผู้ป่วย IMC สามารถเข้าถึง บริการในศูนย์ ฟื้นฟูฯชุมชน 5.2) ผู้ป่วย IMC ไ ด้รับการปรับ สภาพที่เหมาะสม 5.3) มีนัก กายภาพบำบัด ประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน	ผู้ป่วย IMC 4 กลุ่ม โรค ได้แก่ Stroke, TBI , SCI, CTF ที่ BI < 15 หรือ BI ≥ 15 with multiple Impairme nt	1 ตุลาคม 65 – 30 กันยายน 66	คณะกรรมการ ศูนย์ฟื้นฟู ชุมชน

### 3.2.7 การดำเนินงานการคลอดก่อนกำหนด (Preterm)

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ กำหนดให้ในช่วงการตั้งครรภ์/ปฐมวัย เน้นการเตรียมความพร้อมให้แก่แม่ก่อนการตั้งครรภ์ ส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมการให้สารอาหารที่จำเป็นต่อสมองเด็ก และให้มีการลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัยทุกด้าน จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าอัตราการเจริญพันธุ์ของมารดาหรือค่าเฉลี่ยการมีบุตรของผู้หญิงหนึ่งคน เท่ากับ 1.5 ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทน (เท่ากับ 2) ตั้งแต่ ปี 2558 ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ส่วนในปี 2559 มีเด็กเกิดในภาพรวมของประเทศ จำนวน 670,000 คน และในปี 2563 ลดลงเหลือจำนวน 541,023 คน

งานอนามัยแม่และเด็กเป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเริ่มตั้งแต่การดูแลหญิงชายวัยเจริญพันธุ์ให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนแต่งงาน และก่อนมีบุตร เมื่อตั้งครรภ์ก็จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ ตลอดระยะการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เพื่อให้ “ทารกเกิดรอด แม่คลอดปลอดภัย” มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงต่อเนื่องตลอดช่วงปฐมวัย มุ่งหวังสร้างทรัพยากร ที่มีคุณค่าเป็นอนาคตของชาติ สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก พบมารดาตายระดับประเทศ ในปีงบประมาณ 2562 - 2565 (ตุลาคม 64 – กันยายน 65) มีอัตราส่วนการตายมารดาไทย อยู่ที่ 22.5, 22.9, 39.8 และ 23.9 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 64 – กันยายน 65) อัตราการตายอยู่ที่ 39.62 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งสูงกว่าในระดับประเทศ เมื่อจำแนกในรายเขตสุขภาพ 12 เขต เขตสุขภาพที่ 4 มีผลการดำเนินงานสูงเกินค่าเป้าหมาย (เป้าหมายน้อยกว่า 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 4 ของประเทศรองจากเขตสุขภาพที่ 2 (ที่มา:สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ 30 กันยายน 65)

สถานการณ์คลอดก่อนกำหนด เขตสุขภาพที่ 4 ในปี 2562 - 2565 (ตุลาคม 64 – กันยายน 65) พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 12.99, 11.73, 10.36 และ 9.12 ตามลำดับ สอดคล้องกับทารกแรกเกิดมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 5.89, 5.94, 6.08 และ 5.97 ตามลำดับ การคลอดก่อนกำหนดนั้นจะส่งผลโดยตรงต่อต้นทุนมนุษย์ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 จึงกำหนดเป็นหนึ่งในสี่เข็มมุ่งที่สำคัญในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีเป้าหมายให้ลดลงจากเดิม ร้อยละ 10 คืออัตราการคลอดก่อนกำหนด น้อยกว่าร้อยละ 9 ภายในปีงบประมาณ 2565 (ที่มา : HDC 30 กันยายน 2565)

ความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อสร้างแม่ลูกคุณภาพ เป็นการดูแลตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ ตลอดระยะการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เพื่อให้ “ทารกเกิดรอด แม่คลอดปลอดภัย” ในการส่งเสริมก่อนตั้งครรภ์ให้หญิงตั้งครรภ์ ให้มีความรู้และความรอบรู้ ที่ถูกต้อง ในปี 2565 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 68.72 (ค่าเป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 75) การฝากครรภ์

5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 60.54 (ค่าเป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 75) รวมถึงการติดตามเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้ง ร้อยละ 54.23 (ค่าเป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 75) และการดูแลส่งเสริมมารดาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อย่างไรก็ตามจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาจะเห็นว่าสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กยังมีประเด็นที่ต้องติดตาม ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลสุขภาพตลอดการตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ และทารกแรกเกิดถึง 6 เดือน ได้รับนมแม่อย่างเดียว ร่วมกับอาหารเสริมตามวัยถึงอายุ 2 ปี รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการดูแลตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก สามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม เกิดการขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง บุคลากร ที่ปฏิบัติงานมีสื่อ อุปกรณ์ ข้อมูล รวมถึงเครื่องมือช่วยในการให้ความรู้กับประชาชน ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลผลการดำเนินงานของพื้นที่ และสามารถติดตามการประเมินผลได้ ทั้งมารดาและทารกเพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก และพัฒนาระบบบริการเครือข่ายให้เกิดการจัดการระบบการดูแลมารดาและทารกแรกเกิดและระบบส่งต่อของหญิงตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยมุ่งเน้นการลดจำนวนมารดาเสียชีวิตและลดจำนวนเด็กคลอดก่อนกำหนด ตามนโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4 ตลอดจนสร้างความพึงพอใจแก่ประชาชนที่ได้รับบริการและขับเคลื่อนการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัดการพัฒนาระบบบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กได้รับการพัฒนาศักยภาพให้ได้มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องต่อไป

## 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ผลการดำเนินงานปฏิรูปเขตสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Big Rock Preterm) พื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ได้ดำเนินงานขับเคลื่อนป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 8 จังหวัดได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดนครนายก โดยตั้งเป้าหมายเพื่อวัดผลความสำเร็จการดำเนินงาน เป็น OKR ดังนี้

**Objective: ลดการคลอดก่อนกำหนด**

**KR1 : หญิงวัยเจริญพันธุ์ท้องเมื่อพร้อม  $\geq 80$  %**

KR 1.1 ประชาชนมี HL ท้องเมื่อพร้อม

- ตรวจสุขภาพ, Vaccines

- กิน Folic

**KR2 : หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองป้องกันการคลอดก่อนกำหนด  $\geq 50$ %**

KR 2.1 เพิ่ม Early ANC  $> 75$  %

- ภาคประชาชนค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก

- ลงทะเบียนฝากท้อง online



KR 2.2 เพิ่ม ANC คุณภาพ >75 %

KR 2.3 คัดกรองป้องกัน Preterm > 50 %

- เพิ่มการค้นหาและป้องกัน Preterm ตาม CPG >50 %
- ส่งต่อ TVCL

**KR3 : หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองได้ > 80%**

KR 3.1 หญิงตั้งครรภ์มี HL 8+4 >75 %

- พัฒนาทักษะ HL ใน ANC
- การรับให้คำปรึกษา online

KR 3.2 ครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วม

- ภาคประชาชนเยี่ยมบ้าน
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สนับสนุนโครงการโภชนาการ

**KR4 : เข้าถึงบริการรักษาภาวะคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสม**

KR 4.1 การเข้าถึงระบบบริการ

- Medication
- Surgery

KR 4.2 ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

- Intrauterine refer
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สนับสนุนโครงการโภชนาการ

KR 4.3 เครือข่ายช่วยเหลือการเดินทางเข้ารับบริการ

โดยมีกลไกการทำงานงบ PPA บูรณาการคณะกรรมการ (3C = Care Code Claim) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานดังนี้

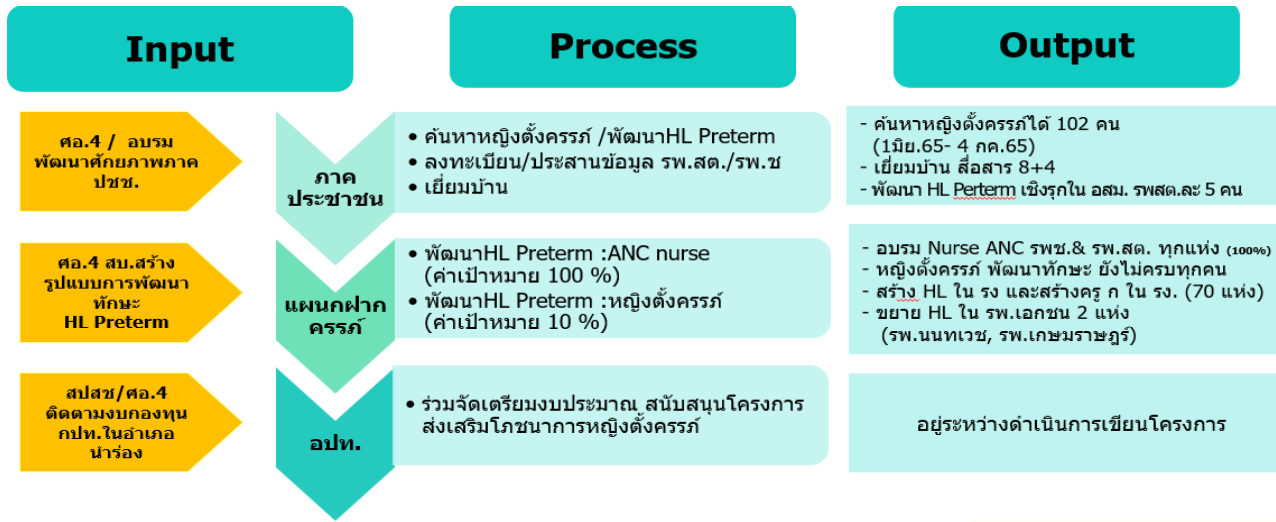
**Care :** Service Delivery กำหนดพื้นที่เป้าหมายออกแบบบริการโดย ศูนย์วิชาการและ Service Plan มีการกำหนดผลลัพธ์เป้าหมายที่ต้องการ และมีการชี้แจงหน่วยบริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามผลลัพธ์บริการ

**Code :** เป็นการกำหนดรูปแบบการจัดเก็บข้อมูล รายบุคคลชี้แจงหน่วยบริการ และมีการติดตามกำกับจากข้อมูล HDC

**Claim :** เป็นการกำหนดรูปแบบการจ่ายตามเกณฑ์ผลลัพธ์ที่เป็นไปตามเป้าหมาย ชี้แจงหน่วยบริการติดตามกำกับ ทุก 3 เดือน โดย ทีม M&E คืบข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง มีการรายงานผลต่อ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) และ นำเสนอคณะกรรมการพัฒนาบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนกลาง

เขตสุขภาพที่ 4 มีจังหวัดที่ดำเนินงานขับเคลื่อน Big Rock preterm 8 จังหวัดโดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้  
จังหวัดนนทบุรี

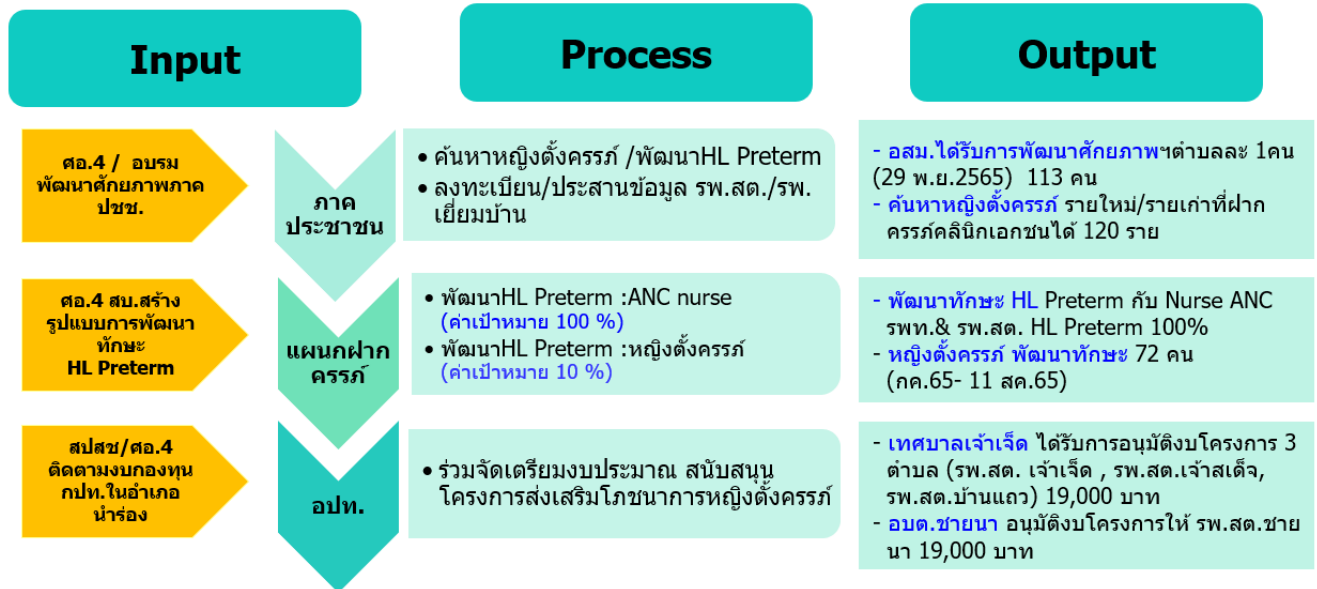
1. ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด = 10.86 %
2. ร้อยละหญิงไทย GA 15-25 wks. ได้รับการวัด CL= 17.46 เป้าหมาย 100 % (PPA 36 %)
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ (HL) ปี 2565 = 7.5 % เป้าหมาย 100 %  
( PPA 10 %)



แหล่งข้อมูล : HDC วันที่ 5 กรกฎาคม 2565

## จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

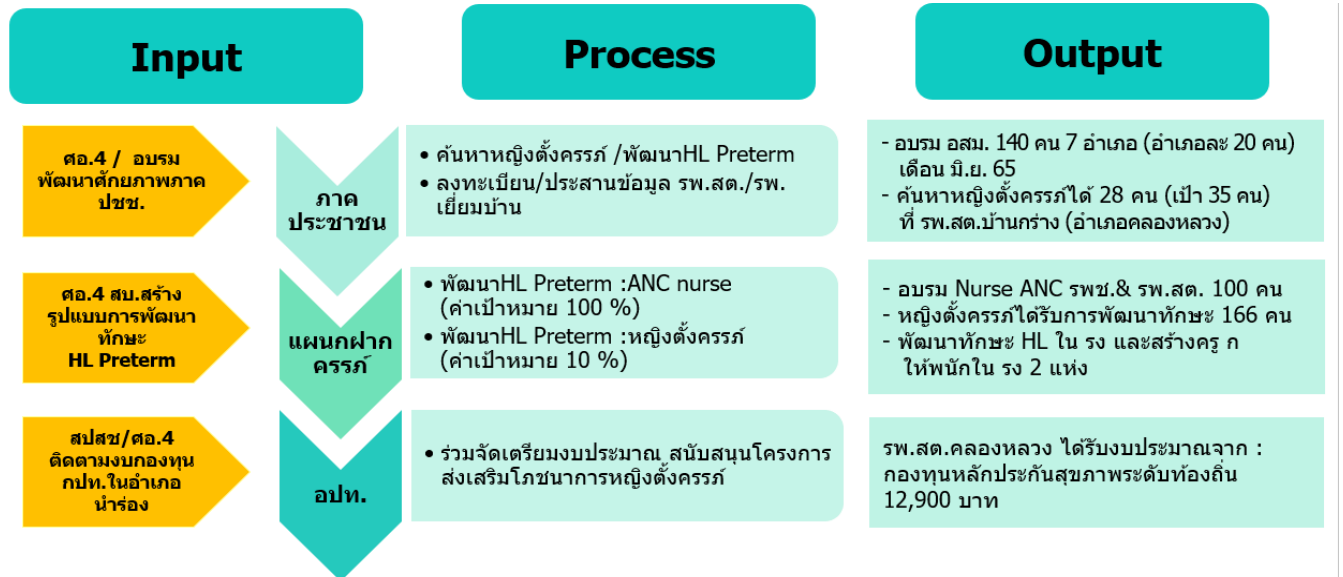
1. ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด = 8.56 % (เป้าหมาย <9 %)
2. ร้อยละหญิงไทย GA 15-25 wks. ได้รับการวัด CL 2565 = 53.3 เป้าหมาย 100 % (PPA 36 %)
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับ (HL)ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปี 2565 ปี = 11.2 % เป้าหมาย 100 % (PPA 10 %)



แหล่งข้อมูล : HDC วันที่ 12 สิงหาคม 2565

## จังหวัดปทุมธานี

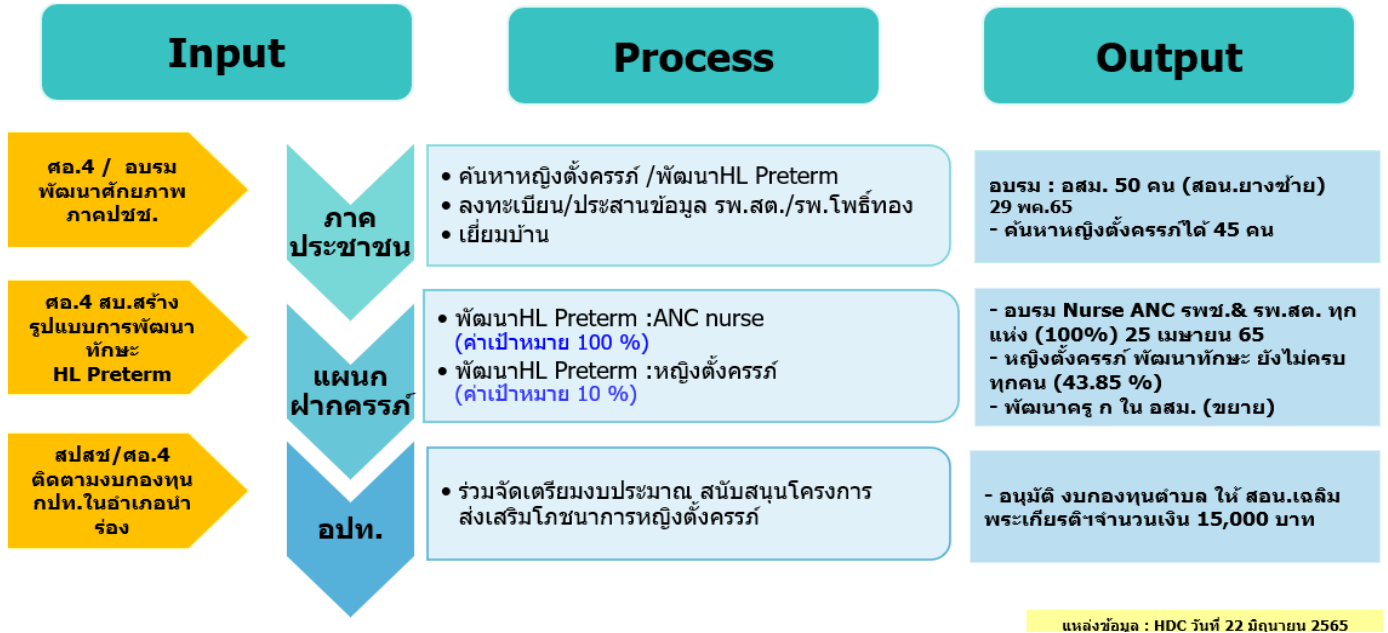
1. ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด = 8.89 % (เป้าหมาย <9 %)
2. ร้อยละหญิงไทย GA 15 - 25 wks. ได้รับการวัด CLปี 2565 = 48.37 เป้าหมาย 100 % (PPA 36 %)
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ (HL) ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปี 2565 = 34.45 % เป้าหมาย 100 % (PPA 10 %)



แหล่งข้อมูล : HDC วันที่ 1 สิงหาคม 2565

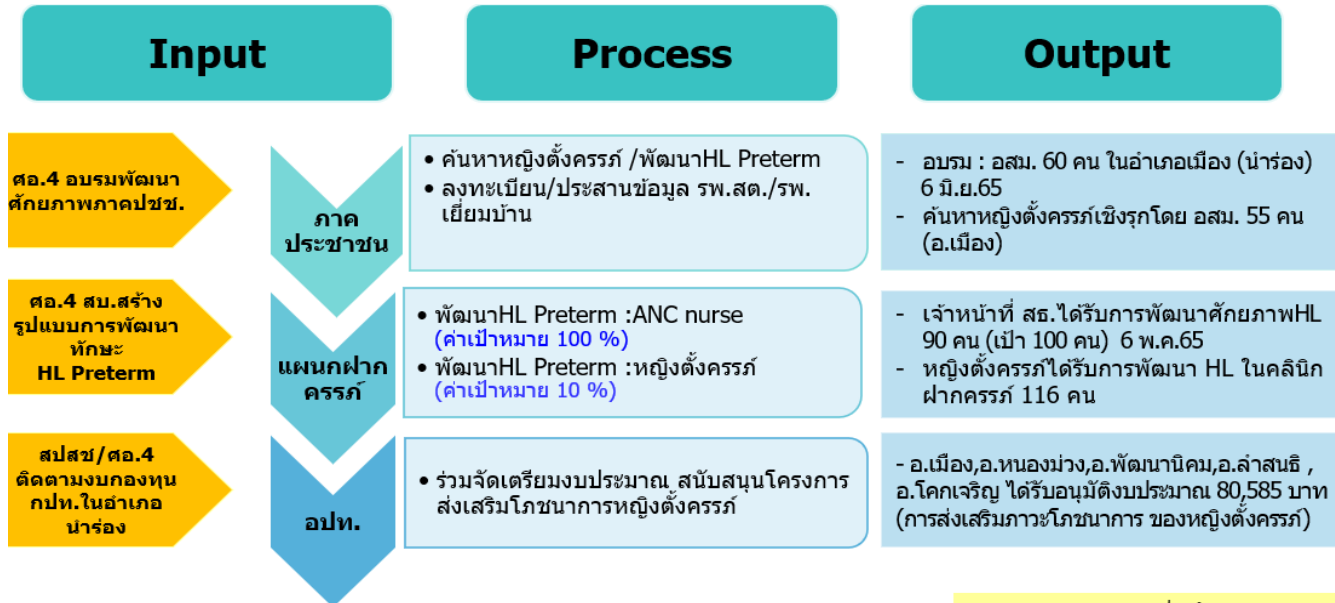
## จังหวัดอ่างทอง

1. ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด = 8.32 % (เป้าหมาย <9 %)
2. ร้อยละหญิงไทย GA 15 - 25 wks. ได้รับการวัด CLปี 2565 = 67.22 เป้าหมาย 100 % (PPA 36 %)
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ (HL) ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปี 2565 = 4.23 % เป้าหมาย 100 % (PPA 10 %)



## จังหวัดลพบุรี

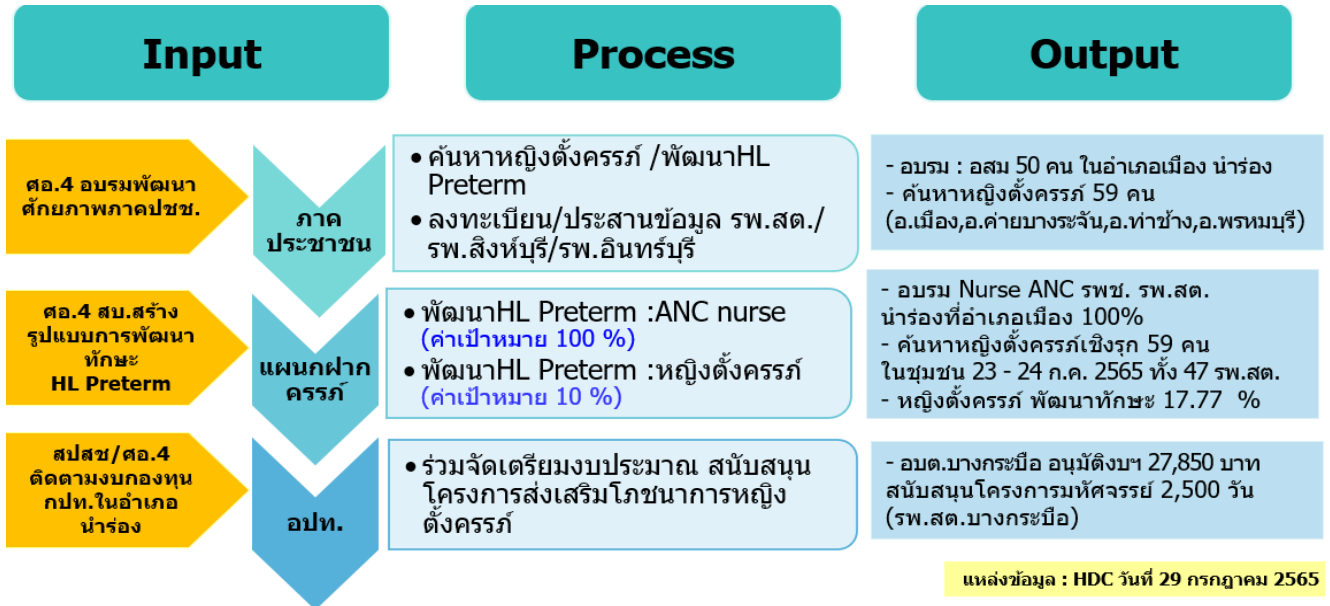
1. ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด = 7.81 % (เป้าหมาย <9 %)
2. ร้อยละหญิงไทย GA 15 - 25 wks ได้รับการวัด CL ปี 2565 = 47.34 เป้าหมาย 100 % (PPA 36 %)
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ (HL) ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปี 2565 = 14.9 % เป้าหมาย 100 % (PPA 10 %)



แหล่งข้อมูล : HDC วันที่ 7 สิงหาคม 2565

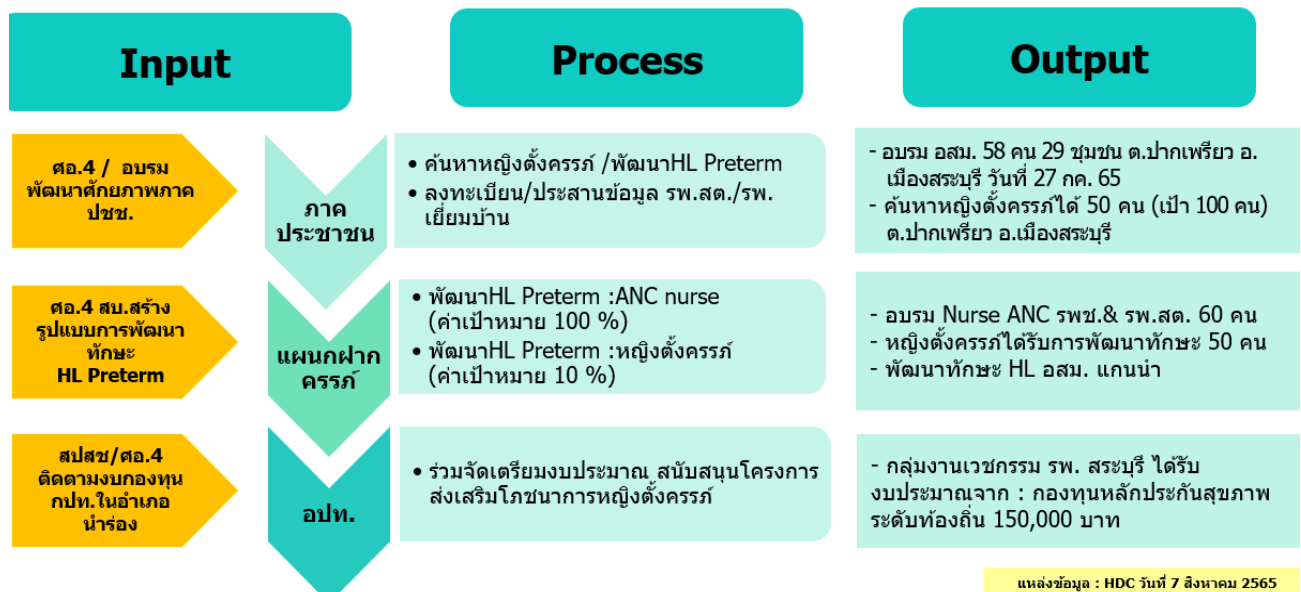
## จังหวัดสิงห์บุรี

1. ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด = 4.22 % (เป้าหมาย <9 %)
2. ร้อยละหญิงไทย GA 15 - 25 wks. ได้รับการวัด CLปี 2565 = 47.63 เป้าหมาย 100 % (PPA 36 %)
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ (HL) ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปี 2565 = 17.77% เป้าหมาย 100 % (PPA 10 %)



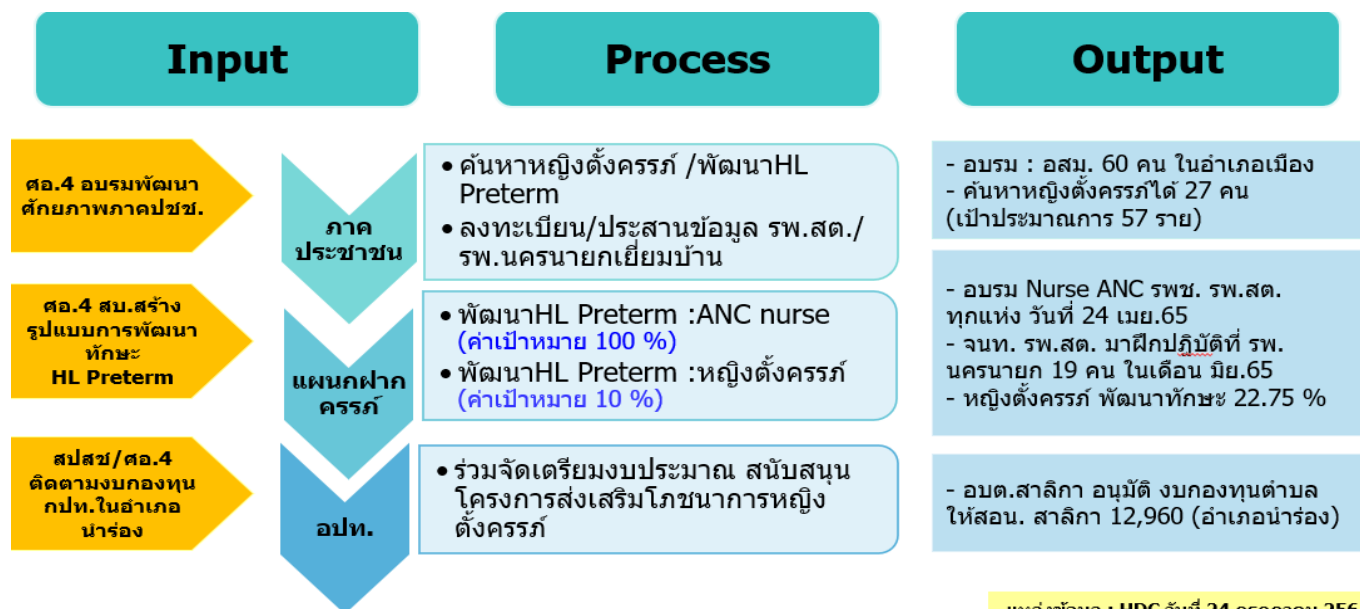
## จังหวัดสระบุรี

1. ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด = 11.33 % (เป้าหมาย <9 %)
2. ร้อยละหญิงไทย GA 15 - 25 wks. ได้รับการวัด CLปี 2565 = 30.84 เป้าหมาย 100 % (PPA 36 %)
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ (HL) ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปี 2565 = 22.06 % เป้าหมาย 100 % (PPA 10 %)



## จังหวัดนครนายก

1. ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด = 11.01 % (เป้าหมาย <9 %)
2. ร้อยละหญิงไทย GA 15 - 25 wks. ได้รับการวัด CLปี 2565 = 21.12 เป้าหมาย 100 % (PPA 36 %)
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ (HL) ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปี 2565 = 8.08 % เป้าหมาย 100 % (PPA 10 %)



## สรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณ Big Rock preterm 2565

ชื่อหน่วยบริการ	สนับสนุน Big Rock	จำนวนเงินโอน	ยอดใช้ไป	ร้อยละ	ยอดคงเหลือ	ร้อยละ
1. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี	Preterm	160,750	90,050	56.01	70,700	43.98
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี	Preterm	173,150	173,150	100	0	0
3. โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	Preterm	326,750	317,531	97	9,219	2.82
4. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี	Preterm	1,324,650	917,690	69.27	406,960	30.72
5. โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี	Preterm	241,950	241,830	100	120	0.04
7. โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง	Preterm	151,900	7,500	5	144,400	95.06



ชื่อหน่วยบริการ	สนับสนุน Big Rock	จำนวนเงินโอน	ยอดใช้ไป	ร้อยละ	ยอดคงเหลือ	ร้อยละ
8. โรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก	Preterm	117,900	16,200	14	101,700	86.25
รวมทั้งสิ้น		2,604,150	1,853,131	71.16	751,019	28.83

### 3. ปัญหาอุปสรรค

#### การฝากครรภ์ :

- หญิงตั้งครรภ์ : ไม่รีบฝากท้อง / ท้องไม่พร้อม / ปกปิดข้อมูลการตั้งครรภ์ / ไม่สามารถทำงานได้
- หน่วยบริการ :

CL : พบว่าแพทย์ยังไม่สามารถวัด CL ได้ทุกคน

HL : ระยะเวลาในการทำกิจกรรม HL ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดใช้เวลานาน

Preterm : ยังเกินเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 9.52 (ร้อยละ  $\leq 9$ )

#### การทำงานร่วมกับภาคประชาชน

- สถานการณ์โควิด 19 ทำให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสารหน่วยบริการและผู้ให้บริการ
- การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
- หญิงตั้งครรภ์ท้องปกปิด ทำให้การเข้าถึงระบบบริการช้า
- การติดตามหญิงตั้งครรภ์ ที่หลังคลอดอาศัยอยู่นอกพื้นที่รับผิดชอบ

#### การทำงานร่วมกับอปท. : การอนุมัติโครงการล่าช้า

### 4. ข้อเสนอแนะ

#### การฝากครรภ์

- หญิงตั้งครรภ์ : ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกในชุมชน โรงงาน
- หน่วยบริการ :

CL : พัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

HL : ปรับรูปแบบให้ง่าย และสะดวก

#### การทำงานร่วมกับภาคประชาชน

- เพิ่มช่องทางการสื่อสาร
- การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน และให้ความรู้การฝากครรภ์เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์
- ส่งต่อข้อมูลกับหน่วยบริการหลักเพื่อติดตามหลังคลอด

#### การทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) : จัดทำโครงการให้สอดคล้องกับระเบียบกับท้องถิ่น

#### 4. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

โครงการ	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	หน่วยรับโอน
1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก (M&E)	- พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูล ANC ระหว่างหน่วยบริการภาครัฐและคลินิกเอกชน (เชิงปฏิบัติการลงพื้นที่ที่จังหวัดซีเป่า)  - ประชุมสัญจรเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่	- บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ	- 250,000 บาท  (จังหวัดละ 31,250 บาท)	โรงพยาบาลอินทร์บุรี
2. การประชุมกำกับติดตามผลการดำเนินงาน	- ประชุมคณะกรรมการรายเดือน	- คณะทำงาน BR Preterm	- 50,000 บาท	โรงพยาบาลอินทร์บุรี
รวม			300,000 บาท	-

### 3.2.8 การดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน (Road Traffic Injury)

#### 1. สถานการณ์/หลักการและเหตุผล

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่องและมีสถิติการเกิดอุบัติเหตุเสียชีวิตเป็นอันดับต้นของโลกนับว่าเป็นภัยเงียบที่สร้างความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินไม่น้อย โดยกลุ่มช่วงอายุที่มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดเกิดในช่วงอายุ 15 – 19 ปี โดยเฉพาะในกลุ่มรถจักรยานยนต์ซึ่งถือเป็นรูปแบบการ เดินทางหลักของประชาชนไทย ถึงแม้ว่าสถานการณ์ โรคติดเชื้อโควิด-19 จะส่งผลให้สถิติการเกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตลดลง แต่ยังคงนับว่าเป็นสถิติที่สูงกว่าค่าเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนหากพิจารณาแล้วจะพบว่าการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณปีละ 0.7 ต่อประชากรแสนคนเท่านั้น และอัตราการเสียชีวิตไม่ลดลงอย่างต่อเนื่องทุกปี ในบางปียังพบอัตราผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น

เขตสุขภาพที่ 4 มีถนนเส้นทางหลวงหลักที่เชื่อมไปสู่จังหวัดทั้งภาคเหนือ ได้แก่ ถนนสายเอเชีย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ถนนมิตรภาพ ในช่วงที่มีเทศกาลวันหยุดยาว เช่น เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ ก็มักจะมีปริมาณรถจำนวนมากบนท้องถนน ในช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. 2565 ช่วงเฝ้าระวัง 7 วันอันตราย (วันที่ 29 ธันวาคม 2564 – 4 มกราคม 2565) พบว่า เขตสุขภาพที่ 4 มีจำนวนผู้บาดเจ็บสะสม จำนวน 1,894 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.13 อยู่ในลำดับที่ 4 ของประเทศ จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.87 อยู่ในลำดับที่ 4 ของประเทศ ยานพาหนะส่วนใหญ่ที่ประสบเหตุได้แก่ รถจักรยานยนต์ มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ การดื่มสุรา ไม่สวมหมวกนิรภัย จากปัญหาดังกล่าว เขตสุขภาพที่ 4 จึงกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อแก้ไขโดยกำหนดให้การดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนนเป็นการดำเนินงาน Area Base ที่ต้องเร่งแก้ไขปัญหา ซึ่งมีการส่งเสริมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พัฒนาระบบส่งต่อและการรักษาพยาบาลวิกฤตฉุกเฉิน มีคุณภาพและได้มาตรฐานพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศกาลบาดเจ็บ และกำหนดมาตรฐานด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ลดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินต่อไป

#### 2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

การดำเนินงาน Big Rock RTI เขตสุขภาพที่ 4 กำหนดตัวชี้วัดสำหรับการติดตามดำเนินการ ดังนี้

1. มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First responder: FR) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 มีพื้นที่ต้นแบบดำเนินการประเด็นอุบัติเหตุทางถนน อย่างน้อย 1 อำเภอ
3. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน (Sky Doctor) นำร่องในจังหวัดปทุมธานี จังหวัดสระบุรี
4. มีระบบฉุกเฉินทางการแพทย์ ศูนย์รับเรื่องและส่งการดีจิตอล (D1669) นำร่องในจังหวัดปทุมธานี จังหวัดสระบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สรุปผลการดำเนินการ ดังนี้

ตัวชี้วัด	สระบุรี	ลพบุรี	นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	นครนายก
การจัดตั้ง FR 50 % ของจำนวนอพท.	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✗	✗
พื้นที่ต้นแบบ อย่างน้อย 1 อำเภอ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน	✓	-	-	✗	-	-	-	-
ศูนย์รับเรื่องและ สั่งการดิจิทัล (D1669)	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓

ข้อค้นพบจากการตรวจราชการ

1. จำนวนชุดปฏิบัติการยังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับพื้นที่ เช่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สระบุรี สิงห์บุรี
2. จำนวนชุดปฏิบัติการมีเพียงพอระดับหนึ่งแต่การกระจายตัวยังไม่เหมาะสม (ควรมีรัศมีทำการ 10 กม. ต่อ 1 หน่วย) เช่น จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี ลพบุรี)
3. ในบางพื้นที่ที่ท่าอากาศยานไม่สามารถออกปฏิบัติการได้ในวันและเวลาที่ทีมรับผิดชอบ เช่น จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี
4. หน่วยปฏิบัติการของอพท.บางพื้นที่ที่ดำเนินการเฉพาะในเวลาราชการ เช่น จังหวัดนครนายก จังหวัดปทุมธานี
5. ในส่วนของจังหวัดลพบุรี ที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เริ่มได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที (response time) ผลงานสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 59.1 เกิดจากปัจจัยความเข้มแข็งและการกระจายตัวของทีมอาสา/มูลนิธิกู้ชีพ

## 2.1 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สถานการณ์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2564 พบจำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจร มีแนวโน้มลดลง

ปี	ประชากร	เป้าหมายกระทรวง		ผลการดำเนินการของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	
		จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร	อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรต่อประชากรแสนคน	จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร	อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรต่อประชากรแสนคน
2561	807,606	167	20.74	367	45.4
2562	810,232	251	31.79	354	43.16
2563	810,232	296	36.56	298	36.16
2564	816,709	364	43.2	162	19.83
2565	819,088	313	38.23	234	27.79

### ทรัพยากรด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

จำนวนบุคลากร ER จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 12 คน พยาบาลวิชาชีพ 117 คน จำนวน ENP 25 คน EN 2 คน AEMT (EMT-I) 24 คน EMT (EMT-B) 20 คน ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ ALS จำนวน 16 ชุด ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ BLS จำนวน 19 ชุด ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ FR จำนวน 142 ชุด หน่วยปฏิบัติการสังกัดสถานพยาบาลของรัฐ จำนวน 16 หน่วย สังกัดมูลนิธิ/ สมาคม จำนวน 4 หน่วย และสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 แห่ง รวมหน่วยปฏิบัติการทั้งสิ้น 24 หน่วย

### ผลการปฏิบัติการปี 2565

1. เพิ่มจำนวนชุดปฏิบัติการระดับ BLS และ ALS โดยตรวจรับรองรถระดับ ALS จำนวน 32 คัน ระดับ BLS จำนวน 6 คัน และ FR จำนวน 57 คัน
2. จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาการตายและบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์ TSY Program ร่วมกับ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี กลุ่มเป้าหมาย 3 โรงเรียน คือ โรงเรียนลุมพินีอนุบาล (อำเภอพระนครศรีอยุธยา) โรงเรียนนครหลวง (อุดมรัษฎ์วิทยา) และโรงเรียนอุทัย (อำเภออุทัย)
3. TEA unit นำข้อมูลวิเคราะห์สาเหตุการตายจากเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เพื่อพัฒนาบริการร่วมกับเครือข่าย ปี ละ 2 ครั้ง
4. การเตรียมความพร้อมถ่ายโอนภารกิจศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ /การเพิ่มหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน ของ อปท. /D1669 ศึกษาดูงานในจังหวัดระยอง และจังหวัดสระแก้ว และอยู่ระหว่างการ (ร่าง) MOUชี้แจงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของอปท. (คาดการณ์ประมาณเดือนกันยายน)
5. ประชุมอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด เพื่อผ่อนผันในการขึ้นทะเบียนของหน่วยปฏิบัติงาน
6. พัฒนาคุณภาพผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยการอบรมการใช้ off line Protocol in Trauma และ CPR & AED

7. ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ผ่านกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) และศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน ศปถ.ระดับอำเภอ 16 อำเภอ เพิ่มความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการ/การขึ้นทะเบียนรถ คน/การขึ้นหน่วยปฏิบัติการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)  
(ในวันที่ 30 มีนาคม 2565) โดยมีผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 185 คน
8. วิเคราะห์จุดเสี่ยงซึ่งมีจุดเสี่ยงที่ ศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน (ศปถ.) อำเภอแก้ไขได้ 34 จุดเสี่ยง และศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน (ศปถ.) จังหวัดต้องแก้ไข 1 จุด

### นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพื้นที่ต้นแบบ RTI ได้แก่

1. รางวัลเลิศรัฐของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ สาขาการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ชื่อ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ของพื้นที่ อำเภอบางปะหัน
2. ตำบลปลอดภัย องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเรียน
3. รางวัลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินดีเด่น (ระดับ อบต.)

### ปัญหาและอุปสรรค

1. ชุดปฏิบัติการระดับ BLS มีจำนวนน้อย
2. ไม่มีการเปิดอบรม EMT ในจังหวัด
3. ชุดปฏิบัติการระดับ BLS และ FR ตั้งในพื้นที่กระจุกไม่กระจาย

### 2.2 จังหวัดนครนายก

แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครนายก มีแนวโน้มลดลง จากปี 2563-2565 คิดเป็น 47.85,43.60 และ 26.11 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้านอายุที่เกิดอุบัติเหตุ ปี 2563-2565 พบว่า อายุ 10 – 24 ปี เป็นกลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.92,32.83 และ 31.75 ตามลำดับ และจากการวิเคราะห์ด้านปัจจัยเสี่ยง 4 ด้าน คน รถ ถนน สิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 81 เช่น การขับรถประมาท ขับรถเร็วเกินกำหนด ไม่สวมหมวกกันน็อก

### มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. การกำหนดมาตรการองค์กรในหน่วยงานราชการ สาธารณสุข เอกชน และอื่นๆ ได้แก่
  - การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่จักรยานยนต์ 100 %
  - การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ 100 %
  - การปฏิบัติตามวินัยจราจรอย่างเคร่งครัด
2. สร้างจิตสำนึก ทักษะสติ และวัฒนธรรมการใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย
  - การหยุดรถก่อนถึงทางข้าม การลดความเร็วในเขตชุมชน หรือจุดเสี่ยง จุดอันตราย เป็นต้น

3. การช่วยเหลือและการบริการด้านสาธารณสุข
  - การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบล
  - การช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว และปลอดภัย

#### ผลการดำเนินงาน

1. ขับเคลื่อนการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด
2. ขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุอย่างบูรณาการและเป็นรูปธรรมในอำเภอต้นแบบผ่านกลไก ศูนย์อำนวยความสะดวกปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ระดับอำเภอ
3. การเพิ่มหน่วยปฏิบัติการให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยทำความเข้าใจและกำหนดบทบาทของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) และกำกับติดตามคืนข้อมูลให้หน่วยปฏิบัติการ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น
4. การพัฒนาด้านผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (EMR) และการขึ้นทะเบียนรถ EMS และพัฒนาคุณภาพมาตรฐานรถ EMS
5. การส่งมอบภารกิจศูนย์สั่งการให้อยู่ในการบริหารของ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)
6. การเชื่อมโยงงาน EMS กับงานอื่นๆ เช่น งานสูงอายุ NCDs เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย

#### 2.3 จังหวัดนนทบุรี

1. มีการแก้ไขจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดนนทบุรี 25 จุดเสี่ยง
2. ประชุม ศูนย์อำนวยความสะดวกปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) จังหวัดนนทบุรี / คณะกรรมการศูนย์อำนวยความสะดวกปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) จังหวัดนนทบุรี (ด้านการบังคับใช้กฎหมาย) ทุกเดือนต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง
3. MOU การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนนทบุรี

วันที่ 22 ม.ค. 2565

○ โครงการ 1 ตำบล 1 กู้ชีพ

○ ปี 2565 ลงนาม MOU จัดซื้อรถ EMS/อุปกรณ์

○ ปี 2566 อบจ.นนทบุรี จัดตั้งศูนย์สั่งการคู่ขนาน กัรบพ.พระนั่งเกล้า

○ ปี 2567 พัฒนาศูนย์สื่อสารทดลองระบบเต็มรูปแบบโดย องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี แก้ปัญหา ระบบ EMS

(รถและบุคลากรไม่เพียงพอ) และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) เข้าร่วมระบบ EMS เพิ่ม จำนวน 2 แห่ง

(เทศบาลนครปากเกร็ด และ อบต.ท่าอิฐ กำลังดำเนินการ)

4. มีแผนพัฒนาบุคลากร จัดสรรทุนสนับสนุนการศึกษาให้ครอบคลุมทุกงาน (บุคลากรทุกระดับ)
5. ปรับกลยุทธ์ Fast Track Trauma
6. พัฒนา TEA Unit ใช้ข้อมูลขับเคลื่อนงาน ECS คุณภาพ และ RTI
7. ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าร่วมจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนนทบุรี ระดับ ALS ,BLS หรือ FR (1 ตำบล 1 กู้ชีพ)
8. รมรงค์เชิงรุก ประชาสัมพันธ์ การติดตั้งเครื่อง AED นอกสถานพยาบาล สอน CPR /การใช้ AED การใช้เบอร์ 1669 และ warning signs

### ปัญหา อุปสรรค

1. อัตราการขยายตัวของเมือง และจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น รวมกับประชากรแฝงที่เพิ่มขึ้นทุกปี จากนโยบายจังหวัดนนทบุรีเป็นจังหวัดที่เป็นเมืองน่าอยู่ ซึ่งไม่สอดคล้องกันเมื่อเทียบกับการเพิ่มของหน่วยบริการบุคลากร และทรัพยากรทางการแพทย์ การจราจรที่ติดขัดในบางพื้นที่
  2. จำนวนรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
    - ระดับ ALS ของโรงพยาบาล ไม่เพียงพอ
    - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่เข้าร่วมในระบบการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมครบทุกตำบล
  3. อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ในห้องฉุกเฉินไม่เพียงพอ
    - ไม่ได้แยกอัตรากำลังของงาน ER และ EMS โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)
    - จำนวนของ ENP และ EN ไม่ครอบคลุมการปฏิบัติงานทุกเวร
    - พนักงานขับรถไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่มีอายุมาก / ระเบียบจัดจ้าง/อัตราค่าจ้างที่ต่ำ เมื่อเทียบกับความเสี่ยงในการทำงาน

### 2.4 จังหวัดปทุมธานี

พื้นที่ต้นแบบ : โรงเรียนต้นแบบการดำเนินการประเด็นอุบัติเหตุทางถนน อำเภอละ 1 แห่งระบบการส่งต่อ

1. อำเภอเมืองปทุมธานี ได้แก่ โรงเรียนหอวัง ปทุมธานี
2. อำเภอธัญบุรี ได้แก่ โรงเรียนธัญบุรี
3. อำเภอลำลูกกา ได้แก่ โรงเรียนเทพศิรินทร์ คลองสิบสาม ปทุมธานี
4. อำเภอสามโคก ได้แก่ โรงเรียนชัยสิทธิवास พัฒน์ สายบำรุง
5. อำเภอลาดหลุมแก้ว ได้แก่ โรงเรียนบัวแก้วเกษร
6. อำเภอหนองเสือ ได้แก่ โรงเรียนหนองเสือวิทยาคม
7. อำเภอลองหลวง ได้แก่ โรงเรียนที่ปิงกรวิทยาพัฒนา (มัธยมวัดหัตถสารเกษตร) ในพระบรมราชูปถัมภ์



## กลไกการขับเคลื่อนพื้นที่ต้นแบบ

1. คืบข้อมูลสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ให้กับครูอนามัยโรงเรียน (โรงเรียนต้นแบบขับเคลื่อนความปลอดภัย ทั้ง 7 แห่ง)

2. ประชุม ทีมเลขาธิการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ระดับอำเภอ และครูอนามัยโรงเรียน

3. อบรมพัฒนาทีม ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ระดับอำเภอ และครูอนามัยโรงเรียน

4. อบรมวิทยากร (ครู ก ) ด้านความปลอดภัยทางถนน จังหวัดปทุมธานี ประมาณ 70 คน เพื่อนำมาถ่ายทอดความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน (วัคซีนจราจร) ใน โรงเรียนนาร่อง ทั้ง 7 อำเภอ

## พื้นที่มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First responder : FR)

ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดปทุมธานี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั้งหมด 64 แห่ง เข้าร่วมแล้ว 23 แห่ง กำลังดำเนินการ 3 แห่ง ในปี 2566 เป้าหมายจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (อปท.) จำนวน 3 อำเภอ คือ อำเภอหนองเสือ, อำเภอสามโคก และอำเภอเมืองปทุมธานี

## ศูนย์รับเรื่องและสั่งการดิจิทัล (D1669)

การพัฒนาระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉินสนับสนุนภารกิจศูนย์รับเรื่องและสั่งการเป็นโครงการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจัดตั้งศูนย์การแพทย์ทางไกล เชื่อมต่อการรักษาด้วย Telemedicine & Teleconsultation 7 อำเภอ กับโรงพยาบาลปทุมธานี และโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง

## ผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน Sky doctor

- Staff : EP 5 คน (ร้อบรมการเคลื่อนย้ายทางอากาศ 1 คน), พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรม 4 คน
- Structure : ลานจอด ฮ ชั้น 18 โรงพยาบาลปทุมธานี, สนามฟุตบอล โรงเรียนหนองเสือวิทยาคม
- เคยมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ rotator wing ช่วงสถานการณ์น้ำท่วมใหญ่ ปี 2554

### ประเด็นในการพัฒนา

- Staff ส่งอบรมการเคลื่อนย้ายทางอากาศ, ศึกษาดูงานในหน่วยงานที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ
- Structure ขาดการดูแลรักษาพื้นที่ อาจมีการปรับปรุงเพื่อให้พร้อมรับกับการดูแลผู้ป่วยทางอากาศ
- Service จัดทำแผนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ และทางน้ำจังหวัดปทุมธานี

## การดำเนินงาน (Big rock RTI) ปี 2565

1. ประชุมทบทวนพื้นที่ความรับผิดชอบในระบบปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดปทุมธานี 2 มิถุนายน 2565
2. อบรมอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์การแพทย์ (EMR) เทศบาลคลองหลวง จำนวน 50 คน
3. อบรมพนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรถพยาบาล เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 2 รุ่น เมื่อวันที่ 15-16 มิถุนายน และ 20-21 มิถุนายน 2565 จำนวน 80 คน



## ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน

1. ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดสิงห์บุรี ครั้งที่ 1 / 2565 เพื่ออนุมัติแผนปฏิบัติการและแผนพัฒนาด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสิงห์บุรี เมื่อวันที่ วันที่ 1 เมษายน 2565
2. อบรมหลักสูตร “การปฐมพยาบาลและปฏิบัติการช่วยการแพทย์ขั้นพื้นฐาน” (EMR) จำนวน 55 คน
3. อบรมพนักง pre – hospital nurse ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 4
4. อบรมพนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับพนักงาน ขับรถยนต์โรงพยาบาลทุกแห่งและองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี
5. จัดทำแผนเตรียมความพร้อมหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี
6. ขึ้นทะเบียน “รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” จำนวน 14 คัน อยู่ระหว่างการขึ้นทะเบียน 22 คัน

## 2.6 จังหวัดสระบุรี

จังหวัดสระบุรี มีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นทะเบียนในระบบ ทั้งสิ้น 74 หน่วย ครอบคลุมทุกอำเภอ จำนวน 13 อำเภอ แต่ไม่ครอบคลุมตำบลอีก 74 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 66.67 จากจำนวนตำบลทั้งสิ้น 111 ตำบล มีจำนวนชุดปฏิบัติการในระบบ ITEMS ทั้งสิ้น 544 ชุด สังกัดในโรงพยาบาลของรัฐ 13 แห่ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 26 แห่ง มูลนิธิ/สมาคม 4 แห่ง และกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช (อุทยานน้ำตก 7 สำนวน้อย) 1 แห่ง จำแนกเป็น ระดับ ALS จำนวน 50 ชุด สังกัดอยู่ในโรงพยาบาล ทั้งสิ้น ระดับ BLS จำนวน 42 ชุด ระดับ FR จำนวน 358 ชุด ซึ่งส่วนใหญ่สังกัดในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิ รวมจำนวนทั้งสิ้น 450 ชุด มีจำนวนผู้ปฏิบัติการรวมทั้งสิ้น 1,627 คน

## ผลการดำเนินงานและแผนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสระบุรี

1. ปรับปรุงและจัดทำคำสั่ง Service Plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2565
2. จัดทำโครงการพัฒนาระบบและการจัดการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสระบุรีปี 2565 1 โครงการ
3. ตรวจรับรองมาตรฐานรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 127 คัน เดือนในเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2565
4. มีแผนและแนวทางลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน
5. มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ /บูรณาการพัฒนาระบบโดยประชุม Service plan ในสาขาที่เกี่ยวข้อง 1 ครั้ง ในเดือน กุมภาพันธ์ 2565
6. มีการประเมิน มาตรฐาน ECS คุณภาพ โดยวิธี Internal survey ในไตรมาสแรก ผลการประเมินโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป (10 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 ยกเว้น โรงพยาบาลหนองแขง
7. มีมาตรการลดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน จัดบริการนอกเวลา
8. มีมาตรการ ระยะเวลาที่ผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉินอยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชั่วโมง
9. มีการทบทวนและ วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิต ของผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง

โดย Case conference RTI จำนวน 1 ครั้ง เดือน มกราคม 2565 และมีแผนจัดทำ Case conference RTI และ Case ที่สำคัญ ทุก 2 เดือน กำหนดครั้งถัดไป วันที่ 7 มีนาคม 2565

10. จัดประชุมเตรียมความพร้อมถ่ายโอนภารกิจศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการไปยัง อบจ. 1 ครั้ง ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 กำหนดดูสถานที่ตั้งศูนย์ฯ ชั่วคราว ที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี ในวันที่ 8 มีนาคม องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแผนใช้ทีมเจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของโรงพยาบาลสระบุรี ในระยะแรก ในศูนย์ฯชั่วคราว และจะจัดสร้างอาคารศูนย์สั่งการใหม่และจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ใหม่พร้อมทั้งมีแผนการจัดตั้งหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในปีถัดไป

11. พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน (Fast Tack) ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จาก ER ไปยัง OR

12. ดำเนินการจัดอบรมฟื้นฟู AED&CPR และรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ FR 70 คน ในเดือน พฤศจิกายน 2564

13. จัดอบรม ทีม SCOT (Pre hospital) เพื่อรับส่งผู้ป่วยโควิดไปรับการดูแลรักษาในสถานพยาบาล 2 รุ่นๆละ 30 คน ในเดือน ธันวาคม 2564

15. มีแผน ให้แหล่งฝึกอบรม อย่างน้อย 1 แห่ง (โรงพยาบาลมวกเหล็ก ) จำนวนอย่างน้อย 30 คน

16. มีการประเมินความพร้อมในการผลิต/จัดอบรม FR ( EMR) อย่างน้อย 30 คน/ปี ในปีถัดไปวางแผนอบรม อีก 60 คน โรงพยาบาลสระบุรี โดยการเก็บค่าลงทะเบียน ในปี 2564 ผ่านการอบรมหลักสูตร EMR โรงพยาบาลหนองแค จำนวน 20 คน ไม่ผ่าน 10 คน ในปี 2565 พบปัญหาไม่สามารถจัดอบรมแบบออนไลน์ได้ เนื่องจากความรู้ต้องใช้ทักษะการฝึกปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่

17. มีแผนจัดอบรม การใช้ AED&CPR และรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งเรียก 1669 แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน /เยาวชน 4 ครั้งๆละ 50 คน

18. มีแผนพัฒนาระบบ sky doctor ในพื้นที่และเตรียมความพร้อมพื้นที่ ใน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง ถนน สนาม องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี ลานพื้นที่แข่ง มท.บ.ที่ 18 และลานสนาม ศูนย์การทหารม้าในค่ายทหาร สระบุรี อำเภอแก่งคอย ในลานสนามโรงปูนซิเมนต์นครหลวง อำเภอมวกเหล็ก ในลานสนามโรงเรียนทหารอากาศ และมีแผนจะจัดอบรมทีม Sky Doctor จำนวน 5-8 คน ในปี 2566 งบประมาณจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4

19. มีแผนประชุมแบบบูรณาการ โดยระบบออนไลน์และออนไซต์ ทุก ไตรมาส

20. สนับสนุนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ผ่าน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน (ศปถ.) และเพิ่ม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัดโดยพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ตำรวจ/นักเรียน/FR มุขนิธิงานอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน(อปพร.) ให้สามารถฝึกการช่วยเหลือเบื้องต้น เรียก 1669 กรณี เกิดอุบัติเหตุ

21. มีแผนบูรณาการและพัฒนาระบบ EMS การรักษาพยาบาล การส่งต่อ
22. เร่งรัดสนับสนุน ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามารับบทบาทหน้าที่ จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการ
23. จัดทำประชาสัมพันธ์ 1669 และมีแผนการจัดทำ สติกเกอร์ 1669 เพิ่มเติมไตรมาสที่ 3-4
24. ดำเนินการซ่อมแผน TTX กรณี ในผู้ป่วยจิตเวชคลุ้มคลั่งอาละวาด อำเภอหนองโดน เดือนธันวาคม 2564 จำนวน 1 ครั้ง และจัดทำ Protocol ในการรับแจ้งเหตุ กรณี โทร.1669 ในผู้ป่วยจิตเวชคลุ้มคลั่งอาละวาด
25. จัดทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบ จำนวน 440 คน เดือนกุมภาพันธ์ 2565
26. มีแผน FSC /TTX เรื่อง RTI และระบบ EMS ในเดือน เมษายน 2565
27. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในวันที่ 8 มีนาคม เพื่อส่งเสริม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 83 แห่ง เข้าระบบและจัดตั้งหน่วย EMS
28. คืบข้อมูล ปัญหาสถานการณ์ FR ให้พื้นที่ ทุกเดือนและติดตามกำกับความก้าวหน้าการดำเนินงาน
29. มีแผนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พื้นที่ต้นแบบ ไตรมาสที่ 3
30. ใช้ระบบ line / ออนไลน์ แพลตฟอร์ม เป็นช่องทางในการบริหารจัดการพัฒนางาน/สื่อสารเพิ่มขึ้น
31. มีแผนประชุมคณะกรรมการEMS คุณภาพเพื่อทบทวนและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแก่บุคลากร สาธารณสุข ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน อาสาสมัคร มูลนิธิ อปท.ภาคีเครือข่ายทุก 4 เดือน
32. มีแผนตรวจมาตรฐานรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินในหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล มูลนิธิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกอำเภอ ในไตรมาสที่ 3
33. ถอดบทเรียนระบบการแพทย์ฉุกเฉินแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน/มูลนิธิ/ภาคีเครือข่าย ในสถานที่ของรัฐและเอกชน 1 ครั้ง
34. พัฒนาพยาบาล ห้อง ER ในโรงพยาบาลอบรม หลักสุตรพยาบาล Pre hospital จำนวน 10 คน โดยงบบ้านงานเขตสุขภาพที่ 4 ในเดือนมิถุนายน 2565 พัฒนางานพนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล จำนวน 10 คน โดยงบบเขต 4 ในเดือน มิถุนายน 2565
35. จัดประชุมเร่งรัดเพิ่มหน่วย FR ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อยู่ระหว่างการจัดตั้ง เพื่อเตรียมขึ้นทะเบียนและปรับปรุงรถให้เป็นไปตามมาตรฐานเกณฑ์ใหม่เพิ่มขึ้น อีก 13 แห่ง ใน 6 อำเภอ ได้แก่ อ.พระพุทธรบาท ( เทศบาลตำบลพุ่มม่วง/เทศบาลตำบลธารเกษม/องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยป่าหวาย) อำเภอเสาไห้ (เทศบาลตำบลบ้านยาง) อำเภอบ้านหมอ (เทศบาลตำบลตลาดน้อย/ เทศบาลตำบลท่าลาน) อำเภอวังม่วง (เทศบาลตำบลแสงพัน/ทต.คำพราน) อำเภอมวกเหล็ก(องค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างเสือ/องค์การบริหารส่วนตำบลมิตรภาพ/องค์การบริหารส่วนตำบลซับสนุ่น) อำเภอแก่งคอย (องค์การบริหารส่วนตำบลท่าคล้อ / องค์การบริหารส่วนตำบลหินซ้อน) และอุทยานฯน้ำตกสามหลั่น รวมทั้งสิ้น 14 แห่ง ในเดือนมิถุนายน 2565 เพิ่ม และในไตรมาสที่ 4 ปี 2565 องค์การบริหารส่วนตำบลหนองยาว

อำเภอเมืองสระบุรี มีแผนจะบูรณาการEMS กับมูลนิธิในพื้นที่เดือนสิงหาคม 2565 กำหนดจัดประชุมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมหน่วยปฏิบัติการในระบบประเมินคุณภาพหน่วยงานตนเอง (TEMSA) และจะบูรณาการจัดการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่น

36. เดือนกันยายน 2565 จัดประชุมคณะกรรมการฯเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินปี 2566

37. วันที่ 30 กันยายน 2565 ร่วมดำเนินการด้านการถ่ายโอนภารกิจศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด จากที่ตั้งเดิมรพ.สระบุรีไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี( ชั่วคราว ) ซึ่งเดิมวางแผนย้ายในสิงหาคม เลื่อนออกไปเนื่องจากพบปัญหาต้องใช้งบประมาณในการเตรียมวัสดุ ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องงบประมาณไม่น้อยกว่า 500,000 บาท (โดยใช้งบประมาณในการเตรียมการ กรกฎาคม-กันยายน 2565) ต้องใช้กระบวนการระบบ ระยะเวลา ในการจัดซื้อจัดจ้าง จึงไม่ทันเวลา องค์การบริหารส่วนจังหวัดเสนอใช้วิธีเฉพาะเจาะจง อาจพิจารณาใช้วิธีจ้างเหมา ปรับปรุง แทน และให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจารณาแนวทางต่อไป ในปี 2566 องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ ใหม่ทั้งหมด ทอยยคืนวัสดุอุปกรณ์ให้ โรงพยาบาลสระบุรี สรรหาอัตรากำลังเข้าประจำศูนย์ฯ พิจารณาย้ายตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรณีองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอัตรากำลังไม่เพียงพอ โดยรอการพิจารณาห้วงระยะเวลาาร่วมกัน

## 2.7 จังหวัดลพบุรี

จังหวัดลพบุรีเป็นหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งเป็นเขตสุขภาพนำร่องที่ขับเคลื่อนและดำเนินการตามภารกิจปฏิรูปพัฒนาด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ที่มุ่งเน้นการขับเคลื่อนและดำเนินงานในการลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่ของแต่ละจังหวัด โดยจังหวัดลพบุรีมีเป้าหมายลดอัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในปี 2565 ให้ไม่เกิน 36.59 ต่อแสนประชากร หรือมีผู้เสียชีวิตไม่เกิน 272 คน หลังจากขับเคลื่อนมาถึงไตรมาสที่ 3

ตารางจำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมายปี 65 ไม่เกิน (คน)	ต.ค.- 64	พ.ย.- 64	ธ.ค.- 64	ม.ค.- 65	ก.พ.- 65	มี.ค.- 65	เม.ย.-65	พ.ค.-65	มิ.ย.- 65	รวม (คน)	อัตราต่อแสน พชก.
1	เมืองลพบุรี	90	4	8	4	8	4	10	7	7	9	61	24.79
2	ชัยบาดาล	33	0	5	2	2	2	2	0	5	4	22	24.58
3	บ้านหมี่	27	0	0	2	1	1	0	2	2	0	8	10.98
4	ท่าเรือ	18	0	2	1	1	1	2	2	0	1	10	20.60
5	โคกสำโรง	30	0	2	2	1	3	2	0	0	2	12	14.60
6	พัฒนานิคม	25	7	5	2	3	5	2	4	3	4	35	51.42
7	สระโบสถ์	8	0	1	0	0	1	0	1	0	0	3	14.04
8	ท่าหลวง	11	0	2	1	1	1	0	0	3	0	8	26.97
9	หนองม่วง	12	1	1	1	1	2	3	0	1	3	13	39.48
10	โคกเจริญ	9	3	1	1	0	2	0	2	1	0	10	41.01
11	ลำสนธิ	10	2	1	0	2	1	1	1	1	0	9	33.03
	รวม	272 คน (36.59 ต่อแสน พชก.)	17	28	16	20	23	22	19	23	23	191	25.71

### มาตรการการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่าย

1. กำหนดจุดเสี่ยงร่วมกับ หน่วยรักษาความปลอดภัยระดับจังหวัด ผ่านทางกลไก ศูนย์อำนวยความสะดวกปลอดภัยทางถนน (ศปท.) ระดับจังหวัด
2. มีพื้นที่ต้นแบบที่อำเภอท่าหลวง ที่ดำเนินการโดย มีหมู่บ้านหนองผักแว่นเป็นต้นแบบ มีแนวคิดในการสร้างหมู่บ้านความปลอดภัยทางถนนทุกหมู่บ้านในอำเภอ เพื่อสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัยทางถนนในหมู่บ้านทั้งอำเภอ ทั้งหมด 45 หมู่บ้าน โดยเน้นให้แกนนำชุมชนและเครือข่ายอำเภอมีบทบาทร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนในชุมชน

### มาตรการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล

1. ส่งพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกโรงพยาบาล เข้าร่วมอบรม Pre hospital Nurse กับจังหวัดนนทบุรี จำนวน 10 คน
2. ส่งพนักงานขับรถของทุกโรงพยาบาล อบรมหลักสูตร Emergency Vehicle Operation Course (EVOC) ร่วมกับจังหวัดปทุมธานี จำนวน 20 คน
3. ประสานขอความร่วมมือกับ ท้องถิ่นจังหวัดลพบุรี เพิ่มหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งแต่เดิมมีให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 23 แห่ง โดยในปี 2565 มีเป้าหมายเพิ่มหน่วยปฏิบัติการอีก 11 แห่ง แต่พบว่ามีความพร้อมในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5 แห่ง

ลำดับ	ชื่อหน่วยงาน	ตำบล	อำเภอ	ความพร้อมในการปฏิบัติการ การแพทย์ฉุกเฉิน	
				พร้อม	ไม่พร้อม
1	อบต.บ้านใหม่สามัคคี	บ้านใหม่สามัคคี	ชัยบาดาล	✓	-
2	อบต.ม่วงค่อม	ม่วงค่อม	ชัยบาดาล	✓	-
3	อบต.ห้วยหิน	ห้วยหิน	ชัยบาดาล	✓	-
4	ทต.ถนนใหญ่	ถนนใหญ่	เมืองลพบุรี	✓	-
5	อบต.ท้ายตลาด	ท้ายตลาด	เมืองลพบุรี	✓	-

4. อัตราเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใน 8 นาที ในไตรมาสที่ 3 เพิ่มขึ้นเป็น 59.10 จากไตรมาสที่ 1 ที่พบเพียง ร้อยละ 33.33 โดยเมื่อแยกเป็นรายอำเภอ

5. ผลการประเมิน ECS คุณภาพ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 ทั้งหมด 10 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90.91 (เกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 80)

## มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศการบาดเจ็บ

1. บูรณาการข้อมูล 3 ฐาน ร่วมกับ ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดลพบุรี พร้อมทั้งนำข้อมูลที่ได้เสนอในที่ประชุม ศูนย์อำนวยความสะดวกภัยทางถนน (ศปท.) จังหวัดทุกเดือน เพื่อติดตามและดำเนินการวางมาตรการต่อไป

2. อบรมทีมสอบสวนอุบัติเหตุแบบสหสาขาวิชาชีพ จังหวัดลพบุรี ในวันที่ 15 – 17 มิถุนายน 2565 โดยมีผู้เข้าร่วมอบรมเป็นทีมสอบสวนฯ จาก 11 อำเภอ ประกอบด้วย ปลัดอำเภอ, เจ้าหน้าที่ตำรวจ, แขวงทางหลวงหรือแขวงทางหลวงชนบท, เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานด้านอุบัติเหตุทางถนนของโรงพยาบาล, เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, ผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือมูลนิธิ), เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดลพบุรี, เจ้าหน้าที่สำนักงานขนส่งจังหวัดลพบุรี และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีที่รับผิดชอบงานด้านอุบัติเหตุทางถนน

## มาตรการด้านการป้องกัน

ขับเคลื่อนการดำเนินงานลดและป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้กลไก ศูนย์อำนวยความสะดวกภัยทางถนน (ศปท.) จังหวัด เชื่อมโยงสู่ ศูนย์อำนวยความสะดวกภัยทางถนน (ศปท.) ระดับอำเภอ ในการแจ้งหรือวางมาตรการต่างๆ และติดตามผลการดำเนินงานลดและป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตามข้อมูลจุดเสี่ยงของทุกอำเภอในการประชุม ศูนย์อำนวยความสะดวกภัยทางถนน (ศปท.) ระดับจังหวัด

เขตสุขภาพที่ 4 พบปัญหาไม่สามารถดำเนินการให้ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัด เช่น ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เริ่มได้รับการฉุกเฉินภายใน 8 นาที นับจากการแจ้งเหตุของเขตสุขภาพที่ 4 ในไตรมาสที่ 3/65 อยู่ที่ร้อยละ 26.70 (ค่าเฉลี่ยของประเทศอยู่ที่ร้อยละ 32.72) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาลของเขตสุขภาพที่ 4 ในไตรมาสที่ 3/65 อยู่ที่ร้อยละ 11.19 (ค่าเฉลี่ยของประเทศอยู่ที่ร้อยละ 4.24) คณะทำงาน BR RTI จึงร่วมประชุมหารือกำหนดแนวทางการปรับแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยกำหนดรายละเอียดกิจกรรมดำเนินงาน ดังนี้



### 3. ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ยังคงเข้าถึงได้ล่าช้า เนื่องจาก จำนวนชุดและหน่วยปฏิบัติการไม่เพียงพอในเกือบทุกจังหวัด หรือในบางจังหวัดมีจำนวนเพียงพอแต่ยังขาดการกระจายตัวไม่ครอบคลุมรวมถึงขาดการกำกับติดตามให้ออกปฏิบัติการได้ตามที่ได้รับมอบหมาย โดยการจะขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรมต้องอาศัยกลไก คณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดที่เข้มแข็ง รวมถึงการมีบทบาทในการมีส่วนร่วมของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ในการร่วมดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ว่าจะดำเนินการเอง หรือ การกำกับการทำงานของมูลนิธิหรืออาสาสมัคร

2. ระบบส่งต่อ ยังคงมีปัญหาความไม่ชัดเจนในระบบส่งต่อ เป็นเหตุให้คนไข้ได้รับบริการล่าช้า โดยการจะขับเคลื่อนต้องมีแนวทางที่ชัดเจนผ่านคณะกรรมการรับส่งต่อผู้ป่วยระดับเขต

### 4. ข้อเสนอแนะการดำเนินงานที่ผ่านมา

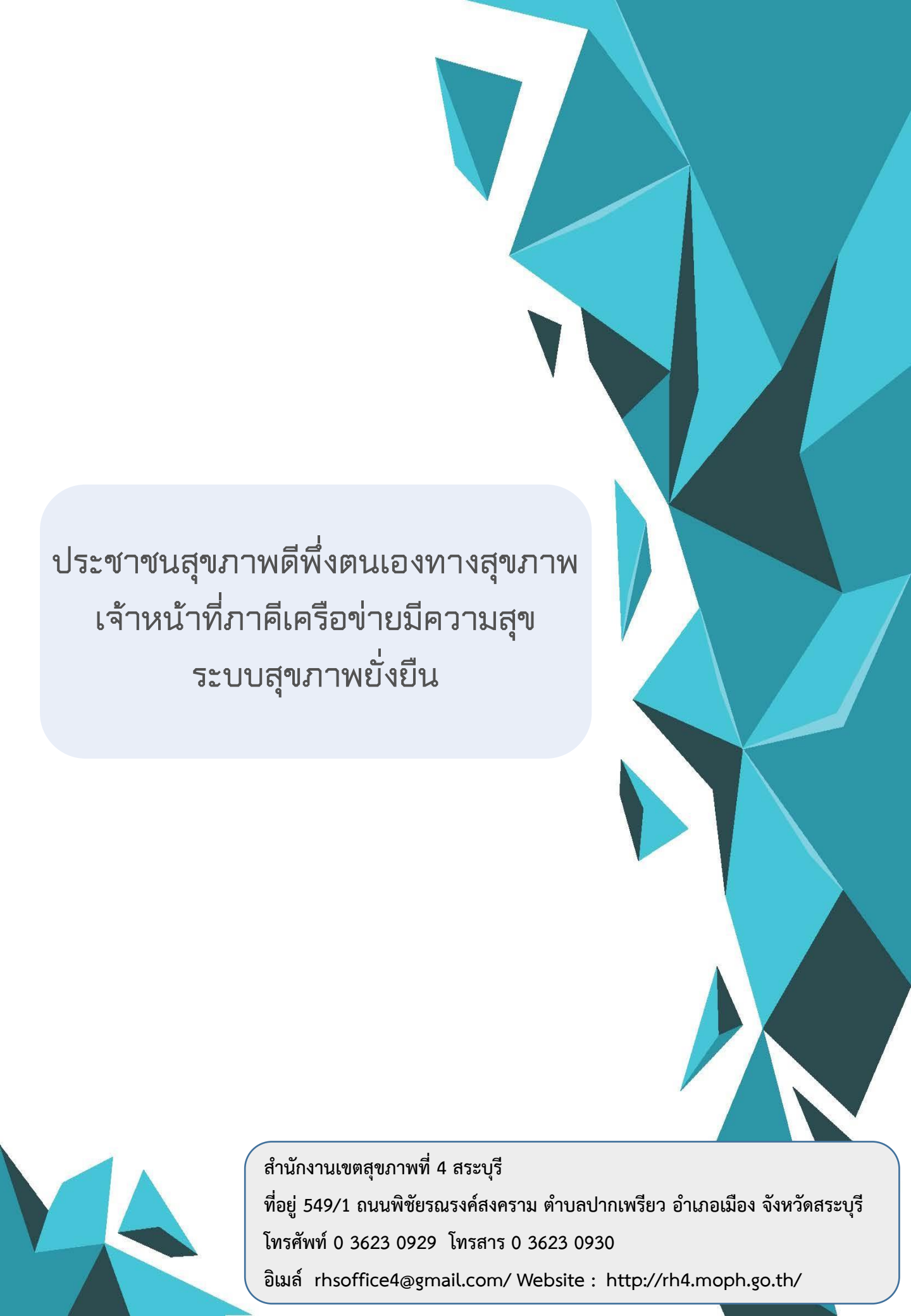
1. พัฒนาเพิ่มทีม BLS ALS เพื่อการเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสมและทันที่
2. เพิ่มการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน, โรงพยาบาลฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติงาน EMR
3. ประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อส่งมอบภารกิจศูนย์สั่งการ
4. ขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุผ่านกลไก ศูนย์อำนวยความสะดวกปลอดภัยบนท้องถนนอำเภอเมืองอย่างบูรณาการและเป็นรูปธรรม

5. แผนที่จะดำเนินงานต่อไปในปี 2566

แผนการดำเนินงาน Big Rock RTI เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2566

ลำดับ	แผนการดำเนินงาน	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ (บาท)	หน่วยบริการ ที่ให้โอนเงิน
1	จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่ 4 วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ร่วมกับ โรงพยาบาลสระบุรี	เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล สาขาการ พยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดสระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา และปทุมธานี จำนวน 20 คน	ม.ค. - พ.ค. 2566	งบประมาณ ที่ใช้จำนวน 20 คน ทุนละ 65,000 บาท รวมทั้งสิ้น 1,300,000 บาท	วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สระบุรี
2	โครงการ การจัดการและแก้ปัญหาการ ตายจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและ เยาวชน (TSY Program : Thailand Safe Youth Program)+	พัฒนาทีมผู้เชี่ยวชาญในการอบรมนักเรียนตามโครงการ TSY (ครู ก.) ของทุกจังหวัด จังหวัดละ 20 คน รวม 160 คน	ต.ค. 2565 - ก.ย. 2566	180,400 บาท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
3	โครงการอบรมหลักสูตรพยาบาลกึ่งชีพ (Pre Hospital Nurse) เขตสุขภาพที่ 4 (3 วัน) จำนวน 120 คน	พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย และผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล	พ.ค. 2566	187,600 บาท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา

ลำดับ	แผนการดำเนินงาน	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ (บาท)	หน่วยบริการ ที่ให้โอนเงิน
4	โครงการอบรมพนักงานขับรถบริการ การแพทย์ฉุกเฉินและรถพยาบาล จังหวัด ละ 10 คน รวม 80 คน	พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการขับรถพยาบาลให้ปลอดภัย	มี.ค. 2566	200,000 บาท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
5	โครงการพัฒนาศักยภาพ รพช.(แก่งคอย) ในการวินิจฉัยผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ และผู้ป่วย stroke ได้อย่างทันที่	พัฒนาระบบการวินิจฉัยผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ และผู้ป่วย stroke ได้อย่างทันที่	พ.ค. 2566	จ้างเหมาบริการ CT scan ครั้งละ 1,500 บาทจำนวน 500 ครั้ง รวมเป็นเงิน 750,000 บาท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
รวมเป็นเงิน				2,618,000 บาท	



ประชาชนสุขภาพดีพึ่งตนเองทางสุขภาพ  
เจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายมีความสุข  
ระบบสุขภาพยั่งยืน

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี

ที่อยู่ 549/1 ถนนพิชัยณรงค์สงคราม ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

โทรศัพท์ 0 3623 0929 โทรสาร 0 3623 0930

อีเมล [rhsoffice4@gmail.com](mailto:rhsoffice4@gmail.com) / Website : <http://rh4.moph.go.th/>