สรุปผล

การตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

๒๕๖๐

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
กองตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

คำนำ

การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นไปตามเป้าหมาย แก้ไขปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนอ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกองตรวจราชการ ร่วมกับกรมและผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานจากกรม กอง สำนักต่างๆ ได้ดำเนินการตรวจราชการ ตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ดำเนินการตรวจราชการ รอบที่ ๒ ระหว่างเดือนมิถุนายน-เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินสภาพปัญหา แผนแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการ ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ เน้นการติดตามในเชิงกระบวนการตามกรอบประเด็นการตรวจราชการ ประกอบด้วย ๒ ภารกิจ ๕ ด้าน ๓๒ หัวข้อ ๔๓ ตัวชี้วัดการตรวจราชการ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ และคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (คกต.) คณะที่ ๑-๕ รับผิดชอบภารกิจทั้งหมด ๕ คณะ ได้แก่

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์

คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ

คณะที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

บัดนี้ คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (คกต.) คณะที่ ๑-๕ และคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้นำสรุปผลจากการตรวจราชการมาจัดทำรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ รอบที่ ๒ เสนอต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาในการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพของหน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
กองตรวจราชการ
ตุลาคม ๒๕๖๐

กิตติกรรมประกาศ

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกองตรวจราชการ ขอขอบคุณ คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (คกต.) คณะที่ ๑-๕ คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานของกรม กอง สำนัก ซึ่งได้ร่วมทีมตรวจราชการ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ กองแผนงานและวิชาการ และผู้ประสานงานด้านการตรวจราชการของกรม กอง สำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่กองตรวจราชการทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการจัดทำรายงานฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงมา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ก

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ รอบที่ ๒

คณะที่ ๑ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ๑

๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย ๑

๑.๑.๑ สตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) ๑

๑.๑.๒ เด็กวัยเรียน ๑๓

๑.๑.๓ วัยรุ่น ๒๒

๑.๑.๔ วัยทำงาน ๓๓

๑.๑.๕ ผู้สูงอายุ ๔๕

๑.๒ ระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ ๕๑

๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ๖๙

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ ๘๐

๒.๑ สาขาการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ๘๐

๒.๑.๑ การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.ติดดาว) ๘๐

๒.๑.๒ การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) ๘๒

๒.๑.๓ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ (DHS) ๘๓

๒.๒ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ๘๖

๒.๒.๑ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ๘๖

๒.๒.๒ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ๘๗

๒.๒.๓ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๙๐

๒.๓ สาขา RDU (การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล) ๙๓

๒.๔ สาขาทารกแรกเกิด ๙๗

๒.๕ สาขา Palliative Care ๑๐๐

๒.๖ สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ๑๐๒

๒.๗ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ๑๐๔

๒.๘ ๓ สาขาหลัก plus ๑๐๖

๒.๘.๑ สาขาสูติกรรม ๑๐๖

๒.๘.๒ สาขากุมารเวชกรรม ๑๐๗

๒.๘.๓ สาขาออร์โธปิดิกส์ ๑๐๗

๒.๘.๔ สาขาอายุรกรรม ๑๐๘

๒.๘.๕ สาขาศัลยกรรม ๑๑๐

สารบัญ (ต่อ)

๒.๙ สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด ๑๑๒

๒.๑๐ สาขามะเร็ง ๑๑๔

๒.๑๑ สาขาไต ๑๑๖

๒.๑๒ สาขาตา ๑๑๘

๒.๑๓ สาขาสุขภาพช่องปาก ๑๒๐

๒.๑๔ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ ๑๒๒

๒.๑๕ สาขาอุบัติเหตุ ๑๒๔

๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพบริการ ๑๒๘

คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ ๑๓๐

๓.๑ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ๑๓๐

๓.๒ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ๑๔๒

๓.๓ การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ ๑๔๓

คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ ๑๔๖

๔.๑ ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๑๔๖

๔.๑.๑ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ๑๔๖

๔.๑.๒ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ๑๕๐

๔.๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ๑๕๓

๔.๓ การเงินการคลังสุขภาพ ๑๕๕

๔.๔ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๐

๔.๕ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ๑๖๔

คณะที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ๑๗๐

๕.๑ การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ๑๗๐

๕.๒ การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ๑๘๕

ภาคผนวก

- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ๑๙๑
- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (คกต.) ๑๙๓

คณะที่ปรึกษา ๒๐๘

คณะผู้จัดทำ ๒๐๙

บรรณาธิการ ๒๑๐

บทสรุปผู้บริหาร

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ รอบที่ ๒

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อเป็นแนวทางในการกำกับ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนภูมิภาค ประกอบด้วยภารกิจ ๕ ด้าน (คณะ) โดยมีประเด็นตรวจติดตามที่สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข และได้ดำเนินการตรวจราชการรอบที่ ๑ ในช่วงเดือนมกราคม ถึง มีนาคม ๒๕๖๐ และรอบที่ ๒ ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม ๒๕๖๐ เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ผลการตรวจราชการในภาพรวม พบว่าผู้บริหารทุกระดับทั้งในส่วนกลาง และภูมิภาคให้ความสำคัญตอบสนองต่อนโยบาย ผลการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยผลการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีดังนี้

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มีการบูรณาการร่วมกันภายใต้คำสั่งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค บริหารจัดการในการดูแลสุขภาพในประชากรแต่ละกลุ่มวัย เช่น MCH Board , NCD Board และคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ เป็นต้น ดำเนินงานโดยกลยุทธ์ PIRAB (Participation, Investment, Regulation, Advocacy, Building capacity)

<u>กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ๐-๕ ปี</u> ในภาพรวมพบอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๐.๔๖ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เขตสุขภาพที่ ๑ มีอัตราตายมารดาสูงที่สุด รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ ๓, ๑๒, ๑๑ และ๔ ตามลำดับ สาเหตุการตาย ๓ อันดับแรก เกิดจาก Direct Cause อันเนื่องมาจาก Postpartum Hemorrhage (PPH) , Pregnancy Induced Hypertension (PIH) และ Embolism เขตสุขภาพควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการลดการตายมารดาจาก PPH และ PIH และเสริมสร้างความเข้มแข็งกลไก MCH Board ระดับเขต/จังหวัดในการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง สำหรับการพัฒนาพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัย เด็กปฐมวัยมีพัฒนาสมวัยร้อยละ ๙๔.๖๓ พัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ ๑๕.๒๑ และพบเด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วนร้อยละ ๔๙.๕๐ อย่างไรก็ตามควรมีการส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM ในการเฝ้าระวังพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอนเฝ้าดูฟัน เพิ่มบทบาทนักโภชนาการในโรงพยาบาล ในการให้คำแนะนำโภชนาการในคลินิก ANC และ Well Child Clinic รวมทั้งการการบูรณาการงานระหว่าง ๔ กระทรวงหลักในระดับพื้นที่

<u>กลุ่มเด็กวัยเรียน</u> เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนร้อยละ ๖๖.๐๕ (เกณฑ์ร้อยละ ๖๖) เด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุร้อยละ ๗๑.๖๗ (เกณฑ์ร้อยละ ๕๒) การพัฒนาสุขภาพในกลุ่มวัยเรียนจำเป็นต้องบูรณาการร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ พัฒนาระบบฐานข้อมูลเด็กวัยเรียน และการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมคุณภาพเด็กวัยเรียน การดูแลด้านโภชนาการ รวมถึงพัฒนาระบบการส่งต่อรักษา เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงที่มี Obesity sign ขับเคลื่อนการจัดการปัญหาเด็กอ้วนผ่านกลไก DHS สำหรับปัญหาการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี พบอัตราตายจากการจมน้ำ ๕ ต่อประชากรเด็กแสนคน (เกณฑ์ ๕ ต่อประชากรเด็กแสนคน) ควรทบทวนมาตรการและเพิ่มการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภายนอก ควรจัดทำรายงานการสอบสวนโรคเพื่อนำไปสู่การแก้ไขสาเหตุ และขับเคลื่อนการแก้ปัญหาโดยกลไก DHS

<u>กลุ่มวัยรุ่น</u> อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๓๖.๕ ต่อพันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (เกณฑ์ ๔๒ ต่อพันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี) พบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้น ควรมุ่งเน้นในเรื่องการคุมกำเนิดถาวร

<u>กลุ่มวัยทำงาน</u> มีความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๘๓.๘ และ ๘๖.๒ ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ ๒.๓๑ (เกณฑ์ร้อยละ ๒.๔) โดยมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่สูงกว่าเป้าหมายใน ๓๐ จังหวัด อย่างไรก็ตามพบข้อจำกัดด้านข้อมูลที่ใช้ในการกำกับติดตาม ควรเชื่อมโยงฐานข้อมูลรายบุคคลระหว่างสถานบริการและจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน สำหรับการลดอัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน มีการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจาก

การจราจรทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI) ใน ๕๙๙ อำเภอ (ร้อยละ ๖๘.๒๒) อัตราผู้เสียชีวิต คิดเป็น ๑๔.๙ ต่อประชากรแสนคน การแก้ปัญหาลดอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรจำเป็นต้องบูรณาการร่วมกับภาคส่วนต่างๆ และควรกำหนดเป็นตัวชี้วัดร่วมระหว่างกระทรวง

กลุ่มผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) มีตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐.๗ (เกณฑ์ร้อยละ ๕๐) พบว่าการคัดเลือกตำบลเป้าหมายไม่สอดคล้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการทำให้เกิดปัญหาในการผลิต Care Manager และ Care Giver ส่งผลให้การดำเนินงานล่าช้า ความเข้าใจเรื่องระเบียบการเบิกจ่ายเงินระหว่างหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน การดำเนินงาน Long Term Care ควรเร่งรัดในเชิงคุณภาพตั้งแต่การจัดทำ Care Plan การพัฒนา Care Manager และ Care Giver ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง และควรมีความเชื่อมโยงกับการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว (PCC)

๑.๒ ระบบจัดการสุขภาพในพื้นที่ มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ซึ่งสามารถดำเนินการได้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ทุกจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้ แต่ต้องพัฒนาความรู้ความเข้าใจในหลักการ ICS เพิ่มเติม การควบคุมโรคระบาดเน้นการป้องกันควบคุมวัณโรค การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกดำเนินการได้ต่ำกว่าเป้าหมาย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยช้าและเข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้า อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๗๙.๙ (เกณฑ์ร้อยละ ๘๕) ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ร้อยละ ๘๒.๖ (เกณฑ์ร้อยละ ๙๐) ควรเร่งรัดกลไกการติดตามการรักษา ป้องกันการขาดยาโดยภาคีเครือข่ายและใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในการติดตามผู้ป่วย รวมทั้งการเร่งรัดติดตามในเชิงคุณภาพเพื่อเฝ้าระวังและรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและมีผลกระทบในวงกว้าง สำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยยาเสพติดร้อยละ ๙๙.๗๑ หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัด (เกณฑ์ร้อยละ ๙๒)

๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวัง ตรวจสอบในกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการดำเนินการอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด การตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ ๙๗.๐๓ ส่วนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานร้อยละ ๙๗.๖๐ อย่างไรก็ตามการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพจำเป็นต้องบูรณาการร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เพื่อให้ดำเนินการได้ครบวงจร การเฝ้าระวังและตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พบว่าสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ ๙๕.๘๕ (เกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐) ส่วนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๘๔.๙๒ (เกณฑ์ร้อยละ๖๐) สำหรับการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital พบว่า มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๙๐.๖๒ (เกณฑ์ร้อยละ ๗๕) โดยการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อยังเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งรัดติดตาม

คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) เป็นการจัดระบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ใน ๑๘ สาขา ในภาพรวมประเทศมีการดำเนินงานตามแนวทางสำคัญโดยการสร้างกลไกการบริหารจัดการการพัฒนา Service plan ในภาพรวมและรายสาขาซึ่งทุกเขตสุขภาพได้มีการดำเนินการ ตามกรอบแนวทางที่กำหนด มีการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงกันทั้งเขต ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และระดับศูนย์ความเชี่ยวชาญ ในส่วนของการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ ร้อยละ ๙๗.๕๘ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนพัฒนาผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ ร้อยละ ๗๓.๐๘ พบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่เข้าสู่

กระบวนการพัฒนาคุณภาพ HA อีก ๖๐ แห่งที่จะต้องเร่งรัดต่อไป ในส่วนของ รพ.สต. มีการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๖.๖ ทั้งนี้การพัฒนาควรดำเนินการภายใต้ความต้องการของประชาชนผสมผสานกับงานปฐมภูมิอื่นๆ สำหรับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องเร่งรัดการขับเคลื่อนในเชิงระบบ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เป็นรากฐานสำคัญในการบูรณาการงานในระดับพื้นที่ และผลักดันให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการในสาขาต่างๆ คลินิกหมอครอบครัว (PCC) เป็นจุดเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการและชุมชน สำหรับการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) ปี ๒๕๖๐ สามารถเปิดดำเนินการได้ ๕๙๐ แห่ง ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามมีประเด็นในเชิงคุณภาพที่ควรให้ความสำคัญคือการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการเน้นบทบาทด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) มีการดำเนินงานอำเภอละ ๓ เรื่องในแต่ละเขตสุขภาพ ในประเด็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ การดูแลกลุ่มพึ่งพิง ประเด็น DHS-RTI และ Long term Care

การพัฒนาระบบบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) รายสาขาเกือบทุกสาขามีแนวโน้มการพัฒนาเป็นไปในทิศทางที่ดี สำหรับสาขาทารกแรกเกิด สาขากุมารเวชกรรมและสูติกรรม ซึ่งเป็นสาขาที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ควรบูรณาการร่วมกันใน MCH Board เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและพัฒนาอย่างเป็นระบบ *สาขาสูติกรรม* พบว่า การผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ทำในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ส่วนโรงพยาบาลระดับ M๒ มีการผ่าตัดคลอดร้อยละ ๑๗.๔๔ ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด (เกณฑ์ร้อยละ ๒๕) พบมารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ๓ ราย (เขตสุขภาพที่ ๔, ๘, ๑๒) *สาขาทารกแรกเกิด* ทุกเขตมีการจัดระบบ Intrauterine Transfer บริหารจัดการเตียงรองรับการส่งกลับและมีเครือข่ายการรับส่งต่อทารกแรกเกิดภายในเขตสุขภาพ อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ในภาพรวมประเทศ ๓.๕๑ ต่อ พันการเกิดมีชีพ เขตสุขภาพที่พบว่ามีอัตราเสียชีวิตของทารกแรกเกิดสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๒, ๓, ๔, ๗ และ ๑๑ *สาขากุมารเวชกรรม* พบอัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็กอายุ ๑ เดือน – ๕ ปี ร้อยละ ๐.๓ พบอัตราป่วยตายสูงสุดในเขตสุขภาพที่ ๑๒ รองลงมาได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๒, ๔, ๕ และ ๑๐ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยการระบาด Seasonal Flu และความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

การพัฒนาระบบบริการ*สาขา NCD* อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ในส่วนของการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังดำเนินการได้ต่ำกว่าเกณฑ์ในทุกพื้นที่ ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ ๒๒.๐๘ (เกณฑ์ร้อยละ ๔๐) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ร้อยละ ๓๕.๒๒ (เกณฑ์ร้อยละ ๕๐) ควรทบทวนมาตรการในหน่วยบริการและเพิ่มมาตรการในชุมชน การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงดำเนินการได้ร้อยละ ๘๐.๓๐ ผ่านเกณฑ์ในเกือบทุกเขตสุขภาพ อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจแม้ว่าจะต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดในทุกเขต แต่ก็มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ควรเร่งการค้นหาและคัดกรองในชุมชน รวมถึงการสื่อสารประชาสัมพันธ์ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชน เช่นเดียวกับกรณีอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่ามีอัตราตายสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ ๗) ปัญหาสำคัญคือผู้ป่วยมารับการรักษาช้า ควรเน้นมาตรการในชุมชน ให้ประชาชนมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญ (Public Awareness/Alert) และพัฒนา Stroke Unit ให้ครอบคลุมในโรงพยาบาลระดับ A และ S ทุกแห่ง รวมถึงการแยกวิเคราะห์แยกสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองกรณีแตกและตีบ เพื่อการบริหารจัดการและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและตรงประเด็นมากขึ้น นอกจากนี้ควรพิจารณาประเด็นคุณภาพในการวินิจฉัยสาเหตุการตายประกอบด้วย เนื่องจากมีผลต่อข้อมูลอัตราตายของโรคสำคัญ เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น สำหรับการชะลอไตเสื่อม ทุกเขตสุขภาพยังดำเนินการได้ต่ำกว่าเป้าหมาย ควรขยายบริการให้ครอบคลุมโรงพยาบาลระดับ F๓ และเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกับ PCC

สำหรับการพัฒนาระบบบริการในสาขาอื่นๆ มีดังนี้ *สาขาตา* มีการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุในภาพรวมได้ร้อยละ ๗๓.๕๕ (เกณฑ์ร้อยละ ๗๕) ควรเร่งรัดการคัดกรองในเขตสุขภาพที่ ๗, ๘, ๑๑, ๑๒ ผู้ป่วย Blinding

Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน ในภาพรวมดำเนินการได้ร้อยละ ๘๔.๐๙ (เกณฑ์ร้อยละ ๘๐) *สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ* มี Donor Center ที่เป็น โรงพยาบาลระดับ A ครบตามเป้าหมาย ๓๓ แห่ง และ มี Brain Death Donor ๒๑๒ ราย (ร้อยละ ๒๘ ของเป้าหมาย) ส่วนการบริจาคดวงตา ดำเนินการได้ร้อยละ ๑๖ ของเป้าหมาย พบว่าประชาชนมีทัศนคติและความเข้าใจที่ดีขึ้น *สาขามะเร็ง* การเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์, การเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์ และการเข้าถึงการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ ๗๘.๙๙, ๘๑.๘๙ และ ๗๔.๕๕ ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ ๘๐) *สาขาสุขภาพช่องปาก* รพ.สต. และ ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ได้ร้อยละ ๖๕ (เกณฑ์ร้อยละ ๖๐) *สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช* อัตราการฆ่าตัวตายในภาพรวมประเทศ ๔.๑๓ ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ ๑ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ ๒ และ ๑๑ *สาขา Palliative Care* ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด โรงพยาบาล A, S, M๑ ดำเนินการได้ร้อยละ ๙๗.๓๒ ส่วนโรงพยาบาล M๒,F๑-F๓ ดำเนินการได้ร้อยละ ๙๖ ประเด็นที่ยังดำเนินการได้ไม่ครบถ้วน คือ Full time palliative nurse , การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการดูแล palliative care ที่ยังไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มโรค รวมทั้งมีข้อจำกัดเกี่ยวกับยา opioid ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย *สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน* ทุกเขตสุขภาพมีการขับเคลื่อนงาน มีนโยบายการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาปฏิชีวนะ Frist line drug (ขมิ้นชันและฟ้าทะลายโจร) ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๑๙.๔๒ (เกณฑ์ร้อยละ ๑๘.๕) *๓ สาขาหลัก (ออร์โธปิดิกส์, อายุรกรรม และศัลยกรรม)* สาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป ดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้ ร้อยละ ๗๕.๗๑ สาขาอายุรกรรม กำหนดให้ Sepsis เป็นโรคที่ต้องนำมาพัฒนาด้านคุณภาพการดูแล พบอัตราป่วยตายจาก sepsis/septic shock มีแนวโน้มลดลง อัตราป่วยตายจาก sepsis/septic shock คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๐๕ นอกจากมาตรการในระดับสถานบริการแล้ว ควรมีมาตรการในชุมชนด้วย สำหรับสาขาศัลยกรรม กำหนดภาวะปวดท้องเฉียบพลันและภาวะแขนขาขาดเลือด เป็นจุดเน้นในการขับเคลื่อนผ่านกลไก service plan โดยเน้นมิติด้านลดอัตราตาย (acute abdomen, limb ischemia),ลดระยะเวลารอคอยการวินิจฉัยหรือรักษา(ruptured appendicitis) ผลการดำเนินงานพบ อัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบร้อยละ ๑๕.๔๔, การเสียชีวิตของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ ร้อยละ ๓.๕๗, การเสียชีวิตของผู้ป่วยขาดเลือดที่ขาหรือแขน ร้อยละ ๖.๔๖, การถูกตัดขาจากภาวะขาดเลือดที่ขาที่ไม่ใช่จากการบาดเจ็บ ร้อยละ ๑๙.๔๘ ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด *สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน* อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) มีแนวโน้มลดลง สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบ ECS และ การพัฒนาคุณภาพ ER ที่ดีขึ้น พบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps. Score ≥ ๐.๗๕ ร้อยละ ๐.๖๙ (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ ๑) โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพร้อยละ ๖๖.๐๔ และผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ร้อยละ ๘๔.๔๕ ปัญหาและข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น EP EN Neurosurgery และ Nurse coordinator ใน TEA Unit รวมทั้งข้อจำกัดด้านระบบข้อมูล ที่ควรเร่งรัดพัฒนาและเชื่อมโยงระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับโรคและการเจ็บป่วยที่เกิดจากสาเหตุภายนอก สาเหตุหลักยังคงเกิดจากสุรา ความประมาท และการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งต้องขับเคลื่อนในเชิงการส่งเสริมป้องกันและบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ มีประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓ ประเด็น

๓.๑ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ กำหนดแนวทางให้เขตสุขภาพบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนใน ๕ องค์ประกอบ มี ๔ เขตสุขภาพที่สามารถดำเนินการได้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่เขตสุขภาพที่ ๔, ๖, ๗ และ ๑๒ การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนในภาพรวม พบว่า ทุกจังหวัดและเขตสุขภาพมีแผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๒ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ ทุกเขตมีความร่วมมือกับสถาบันด้านการผลิตและพัฒนาอย่างน้อย ๑ แห่ง แต่พบข้อจำกัดเกี่ยวกับหลักสูตรอบรมที่ไม่ครอบคลุม ความต้องการ โดยเฉพาะหลักสูตรที่รองรับ

ตาม Service Plan จึงควรพิจารณาเพิ่มผู้แทนจากสถาบันการศึกษาร่วมในคณะกรรมการระดับเขตเพื่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรต่างๆเพิ่มมากขึ้น ในด้านงบประมาณสนับสนุนการผลิตและพัฒนากำลังคน ที่จัดสรรให้เขตละ ๕ ล้านบาท ในภาพรวมมีการเบิกจ่ายงบประมาณเพียงร้อยละ ๖๔.๑ (เป้าหมายร้อยละ ๗๐) ควรเร่งจัดสรรงบประมาณตั้งแต่ต้นปี และปรับหลักเกณฑ์การใช้จ่ายงบอุดหนุนให้มีความคล่องตัวมากขึ้น สำหรับการผลิตและพัฒนากำลังคน ดำเนินการได้ ร้อยละ ๖๙.๑ พบข้อจำกัด ได้แก่ บุคลากรไม่ผ่านการคัดเลือก บางหลักสูตรมีสถาบันเปิดอบรมน้อย ไม่ตรงกับความต้องการ เป็นต้น ควรทบทวนและพัฒนาระบบกำกับติดตามให้ต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาร่วมกันในระดับเขต รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ (Learning Center) ระดับเขต นอกจากการพัฒนาตามองค์ประกอบทั้ง ๕ แล้ว ส่วนกลางและภูมิภาคควรเร่งรัดพัฒนาระบบฐานข้อมูลการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงทุกระดับ

๓.๒ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน ติดตามการบริหารจัดการการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงาน พบว่า ร้อยละ ๘๗.๑๐ ของหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคล ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขของบุคลากรอยู่ที่ ๖๒.๖๐ คะแนน เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีค่าคะแนนความสุขเฉลี่ยสูงสุด คือ ๖๓.๘๗ คะแนน การวิเคราะห์ผลการประเมินใน ๙ มิติ พบว่ามิติสุขภาพเงินดี มีค่าคะแนนต่ำที่สุด (๕๐.๖๕ คะแนน) มีการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อให้หน่วยงานได้วิเคราะห์และจัดทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานต่อไป จากการดำเนินการมีข้อเสนอแนะว่า ควรปรับปรุงเครื่องมือให้สอดรับความต้องการของผู้ใช้ให้มากขึ้น รวมทั้งพัฒนาระบบ/ช่องทางการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

๓.๓ การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ มุ่งขยายฐานพัฒนา อสค. “อาสาสมัครประจำครอบครัว” ให้ครอบคลุมครัวเรือนที่มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ ๔ และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง กำหนดเป้าหมาย อสค.จำนวน ๕๐๐,๐๐๐ คน ผลการดำเนินงานสามารถผลิต อสค. ได้ ๔๘๕,๕๓๓ คน (ร้อยละ ๙๗.๑๑) และครอบคลุมครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ ๙๓.๒๖ พบว่าบุคลากรยังขาดความเข้าใจในนโยบายและแนวทางการพัฒนา อสค. และนอกจากการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการพัฒนา อสค.ให้ได้จำนวนตามเป้าหมายแล้ว แนวทางการพัฒนาควรบูรณาการกับงานด้านส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน นอกจากนี้ควรนำข้อมูลจากระบบ HDC มาใช้ในการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

คณะ ๔ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ มีประเด็นตรวจติดตาม ๖ ประเด็น

๔.๑ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

๔.๑.๑ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ในภาพรวมหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA เพียงร้อยละ ๖๐ (เกณฑ์ร้อยละ ๘๕) โดยมีเขตที่จะต้องเร่งสื่อสารและสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน และกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๕, ๘ และ ๑๑ ซึ่งกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ ควรจัดให้มีทีมพี่เลี้ยงที่เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาแนะนำในการทำงาน ตลอดจนสนับสนุนให้มีเทคโนโลยีช่วยการพัฒนาระบบงานและดำเนินงานภายใต้กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อลดการใช้ดุลยพินิจอันเกิดจากการละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน

๔.๑.๒ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ทุกเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาในหน่วยงานทุกระดับ ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการจัดซื้อร่วมระดับเขต และมีการแต่งตั้งคณะทำงานแยกตามหมวดเวชภัณฑ์ พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่จัดทำกรอบบัญชีรายการยาที่สอดคล้องและลดหลั่นกันตามระดับของโรงพยาบาลและตาม Service plan ส่วนกรอบบัญชีรายการเวชภัณฑ์มิใช่ยามีการจัดทำเพียงบางประเภทและในบางจังหวัด มีการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา เป็นมูลค่าประมาณ ๙,๓๓๔.๔ ล้านบาท จากมูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด ๓๒,๒๖๒.๙ ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ ๒๘.๙๓ (ยา ร้อยละ ๒๙.๑๓, เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ร้อยละ ๒๘.๕๒) ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐) เขตสุขภาพที่ ๓ และ ๖ ควรติดตาม

กำกับให้ดำเนินการเพิ่มในส่วนของเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาให้เป็นไปตามเป้าหมายต่อไป ประเด็นปัญหาและข้อสังเกตสำคัญที่พบคือ การที่หน่วยงานใช้วิธีการหลากหลายในการจัดซื้อร่วม ขาดผู้ประสาน/ผู้รับผิดชอบด้านเวชภัณฑ์ฯ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องด้านพัสดุขาดความรู้ด้านระเบียบฯ และทักษะการดำเนินการจัดซื้อร่วม และขาดกลไกการกำกับติดตามประเมินผลในระดับจังหวัดและเขต โดยเฉพาะเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา รวมทั้งพบว่าวิธี e-bidding มีปัญหาการบันทึกข้อมูลระบบ e-GP ข้อเสนอแนะคือ สำนักงานเขตสุขภาพควรมีเจ้าหน้าที่พัสดุ เพื่อดำเนินการจัดซื้อร่วมระดับเขต และพัฒนาระบบการรายงานผลแบบออนไลน์ให้ต่อเนื่องและครอบคลุมทุกกลุ่มเวชภัณฑ์ ในระดับจังหวัดควรจัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาระดับจังหวัดให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการแต่ละแห่ง เอื้อต่อระบบส่งต่อและการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด และควรมีกลไกส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร ให้มีการยกย่อง เชิดชูหน่วยงาน องค์กร หรือผู้ปฏิบัติที่มีการประพฤติปฏิบัติตามระเบียบและเกณฑ์จริยธรรมที่ดี นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินการต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ฯ รายการที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว และทำสัญญาในระดับประเทศ เพื่อลดภาระหน่วยงานในภูมิภาค

๔.๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ตรวจติดตามใน ๒ ประเด็นคือ คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย และคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ พบว่า ในภาพรวมไม่มีเขตสุขภาพใดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพสาเหตุการตาย ในระดับจังหวัดมีจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพสาเหตุการตาย เพียง ๑๒ ใน ๗๖ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๘ คุณภาพการบันทึกสาเหตุการตายในโรงพยาบาลมีความถูกต้องมากกว่าในส่วนของนอกโรงพยาบาล สำหรับประเด็นคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ มีเพียงร้อยละ ๒๑.๒๖ ของจังหวัดที่หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคถูกต้องครบถ้วน (เกณฑ์ร้อยละ ๘๐) ปัญหาที่พบคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพข้อมูลมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในส่วนของเกณฑ์ และดำเนินการไม่ครอบคลุมทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ กระทรวงและเขตควรให้ความสำคัญต่อการอบรมฟื้นฟูความรู้การบันทึกสาเหตุการตายให้แก่ แพทย์จบใหม่, ทีมตรวจสอบคุณภาพข้อมูลระดับจังหวัดและอำเภอ, นายทะเบียนผู้บันทึกสาเหตุการตาย ควรพัฒนาระบบช่วยนายทะเบียน กระทรวงมหาดไทยในการลงสาเหตุการตาย และควรพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลการตายจากโรงพยาบาลลงสู่ระดับพื้นที่เพื่อการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

๔.๓ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในภาพรวมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ ๗๕.๘๑ (เกณฑ์ร้อยละ ๗๕) เขตสุขภาพที่ ๗, ๘, ๙ และ ๑๐ มีผลดำเนินการที่ต่ำกว่าเป้าหมาย พบว่าปัญหาความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ขึ้นทะเบียนในระบบแต่ไม่ออกปฏิบัติงาน อันเนื่องมาจากความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง ควรประสานกระทรวงมหาดไทยให้สื่อสารทำความเข้าใจกับหน่วยงานในสังกัด (อปท.) เกี่ยวกับกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง และควรผลักดันเชิงนโยบายให้ อปท. มีโครงสร้าง และอัตรากำลังปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

๔.๔ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ประเด็นการตรวจราชการ ได้แก่ ๑) หน่วยบริการได้รับการจัดสรรงบที่พอเพียงต่อการให้บริการมีรายได้ไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย ๒) การบริหาร และติดตามกำกับแผนการเงินการคลัง ด้วยแผนทางการเงิน (Plan fin Management) ทุกเดือน ๓) การประเมินกระบวนการทำงาน (FAI) ๔) ประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยใช้ดัชนี ๗ ตัว ๕) ตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง / คะแนนคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ และ ๖) มีเครือข่ายด้านการเงินการคลัง และพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผลการดำเนินการพบว่า มีโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ ใน ๘๙๖ แห่ง ที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินที่ระดับ ๗ คิดเป็นร้อยละ ๓.๒๔ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๖) เขตสุขภาพที่มีผลดำเนินการไม่ผ่านเกณฑ์คือ เขตสุขภาพที่ ๔ มีโรงพยาบาลประสบภาวะวิกฤติทางการเงินที่ระดับ ๗ ๘ ใน ๗๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๑.๒๗) และเขตที่จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงคือ เขตสุขภาพที่ ๘ มีโรงพยาบาลประสบภาวะวิกฤติทางการเงินที่ระดับ ๗ จำนวน ๗ ใน ๘๘ แห่ง (ร้อยละ ๗.๙๕) ซึ่งต้องเฝ้าระวังและกำกับติดตามใกล้ชิด ปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จคือ การที่ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญการขับเคลื่อนพัฒนา

นโยบายการเงินการคลัง CFO และ Auditor ระดับเขต ระดับจังหวัดที่เข้มแข็ง กำกับติดตามและสนับสนุนการดำเนินงาน

๔.๕ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ติดตามในประเด็นการนำผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพไปใช้ประโยชน์ พบว่า ทุกจังหวัดและเขตสุขภาพมีผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ รวม ๓,๙๗๖ เรื่อง มีระบบฐานข้อมูลในภาพรวมอย่างน้อยเขตละ ๑ แห่ง มีผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ ๔๘.๔๘ (เกณฑ์ร้อยละ ๒๐) อย่างไรก็ตามควรส่งเสริมและสนับสนุนการนำปัญหาในพื้นที่มาเป็นฐานในการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อให้ผลงานวิจัยนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง และควรสร้างเครือข่ายการพัฒนาร่วมกับศูนย์วิชาการ/สถาบันการศึกษาในเขตสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลร่วมกับทีม CIO เขต

คณะ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

๕.๑ การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม จากการตรวจราชการพบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๙๕๙ แห่ง มีการดำเนินงานตามแนวทาง GREEN&CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ๘๖๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๖๒ ส่วนการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อนั้น พบว่า โรงพยาบาลผ่านการประเมินฯ จำนวน ๘๖๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๗๘ พบว่า ข้อที่ไม่ผ่านการประเมินมากที่สุด คือ สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ เนื่องจากสถานที่กำจัดขยะติดเชื้อยังไม่กระจายทั่วทุกภูมิภาค ทำให้เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในการจ้างบริษัทเอกชนขนย้ายกำจัด ในส่วนของชุมชนมีการดำเนินการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายที่ต้นทาง ใน ๔๕ จังหวัด (ร้อยละ ๕๘.๔๔) ควรบูรณาการงานทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชน และขับเคลื่อนเชิงนโยบายในด้านการบังคับใช้กฎหมายและให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญ สำหรับการเฝ้าระวังป้องกันด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพและประชาชนที่สัมผัสขยะ ผู้ประกอบอาชีพสัมผัสขยะ มีระดับความเสี่ยงและมีอาการรุนแรง ร้อยละ ๕.๔๒ ความเสี่ยงที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการปวดหลัง ภูมิแพ้ ผื่นคัน และโรคระบบทางเดินหายใจ

๕.๒ การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย (ตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐) มีผู้เสียชีวิต จำนวน ๙,๗๔๖ ราย และอัตราผู้เสียชีวิต คิดเป็น ๑๔.๙ ต่อประชากรแสนคน ส่วนจังหวัดที่มีผู้เสียชีวิตลดลง ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา สมุทรสาคร และภูเก็ต สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดมีการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัด ขับเคลื่อนงานโดย ศปถ. อำเภอ ศปถ. , อปท. ,คณะทำงานข้อมูล และทีมสอบสวนสหสาขา กำหนดมาตรการในสถานศึกษา สถานประกอบการ และด่านชุมชน รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับการดำเนินการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มีการเร่งรัดดำเนินการตามมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน (Ambulance Safety) ปัจจัยความสำเร็จในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน คือ การมีส่วนร่วมขององค์กรทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ควรกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดร่วมกันระหว่างกระทรวง/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาและข้อเสนอแนะในภาพรวมจากการตรวจราชการ

จากการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า ระบบข้อมูลและคุณภาพข้อมูลยังคงเป็นปัญหาสำคัญ และมีผลกระทบต่อการตรวจ กำกับติดตาม ประเมินผลในทุกประเด็นตัวชี้วัด ซึ่งควรเร่งรัดพัฒนาระบบข้อมูลและการกำกับติดตามทั้งในระดับกระทรวง กรม เขต และจังหวัด สำหรับในส่วนของกระบวนการตรวจราชการ มีข้อสังเกตว่าทีมตรวจราชการเป็นทีมขนาดใหญ่ ทำให้ขาดความคล่องตัว และในกระบวนการตรวจราชการควรมุ่งเน้นการวิเคราะห์และอภิปรายเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานร่วมกันให้มากขึ้น ควรมีการพัฒนาทีมตรวจราชการให้มีจำนวนที่เหมาะสม เพื่อความคล่องตัว และสนับสนุนการแก้ปัญหาและพัฒนางานร่วมกันได้อย่างมีคุณภาพ

คณะที่ ๑

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย

- **๑.๑.๑ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)**
- **๑.๑.๒ เด็กวัยเรียน**
- **๑.๑.๓ วัยรุ่น**
- **๑.๑.๔ วัยทำงาน**
- **๑.๑.๕ ผู้สูงอายุ**

๑.๒. ระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่

- **๑.๒.๑ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน**
- **๑.๒.๒ การป้องกันควบคุมโรควัณโรค**
- **๑.๒.๓ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**

๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

- **๑.๓.๑ การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ**
- **๑.๓.๒ การเฝ้าระวัง และตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป**
- **๑.๓.๓ การเฝ้าระวังและตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ**
- **๑.๓.๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อม**

โดย คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข (คกต.) คณะที่ ๑

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

.....

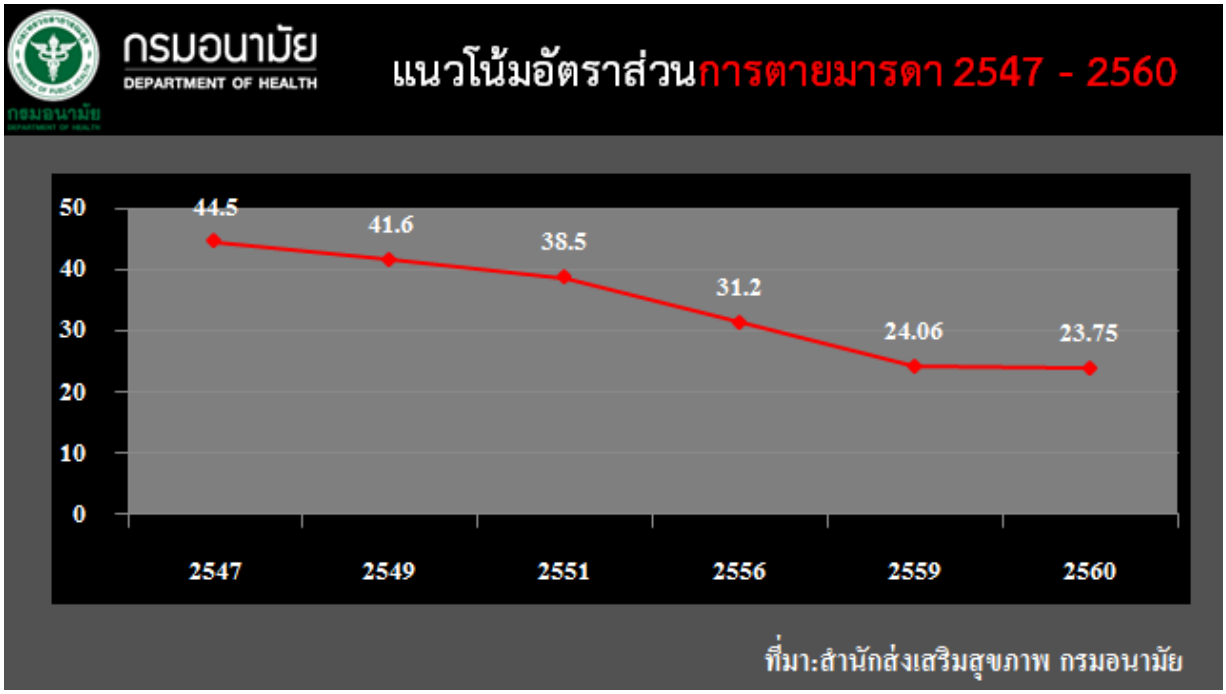
๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย

๑.๑.๑ สตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ จากการสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า ปี พ.ศ.๒๕๔๗, ๒๕๔๙, ๒๕๕๑, ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๙ อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนเท่ากับ ๔๔.๕, ๔๑.๖, ๓๘.๕, ๓๑.๒ และ๒๔.๐๖ ตามลำดับ และจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขรอบ ๒ ประจำปี ๒๕๖๐ (๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐) พบว่ามีมารดาตายจำนวน ๘๘ ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน เท่ากับ ๒๓.๗๕ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ซึ่งเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน แสดงว่าการดำเนินงานในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐ ยังเป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวงที่กำหนดไว้

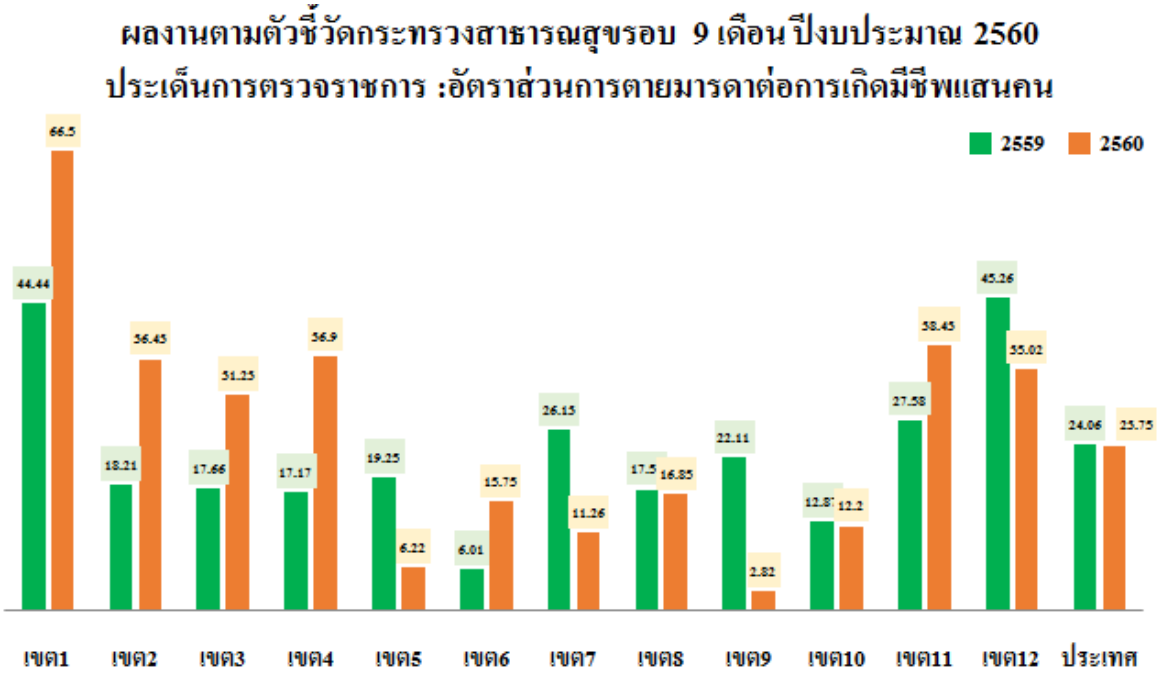
กราฟที่ ๑ แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๖๐



สถานการณ์มารดาตายตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐ มีรายงานมารดาตาย จำนวน ๘๘ ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๓.๗๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) แสดงให้เห็นว่า สถานการณ์มารดาตายในปี ๒๕๖๐ ลดลงเมื่อเทียบกับอัตราส่วนการตายมารดาในช่วงเวลาเดียวของปี ๒๕๕๙ ซึ่งมีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๔.๐๖ ต่อการเกิดมีชีพแสนคนโดยมีเขตบริการสุขภาพที่ ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, และ ๑๐ ผ่านค่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข (กราฟที่ ๒) เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของมารดาส่วนหนึ่งมาจากภาวะแทรกซ้อนช่วงระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ได้แก่ ภาวะ

PPH และ PIH อีกส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากสาเหตุโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม เช่น โรคหัวใจ, Sepsis, HIV เป็นต้น จึงต้องมุ่งเน้นการทบทวนสาเหตุการตายของมารดาเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์และหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหรือโรคทางอายุรกรรมและการจัดการรายบุคคล และทบทวนระบบการดูแลรักษาในระหว่างการคลอดและหลังคลอด

กราฟที่ ๒ อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน



แหล่งข้อมูล : 2559 รายงานตรวจราชการรอบ 2 ปี 2559 สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2560 รายงานตรวจราชการรอบ 2 ปี 2560 สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผลการจัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กพบว่า โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และจำนวน๖๑๖ แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด ๗๐๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๒๕ นอกจากนี้งานบริการฝากครรภ์คุณภาพ ได้แก่การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์และภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ และไม่เกินร้อยละ ๒๐) คือร้อยละ ๖๕.๑๘ และ ร้อยละ ๑๖.๖๑ ตามลำดับ (ซึ่งผลงานดีกว่าการรายงานตรวจราชการรอบ ๒ ปี พ.ศ.๒๕๕๙ ทั้งสองตัวชี้วัด) แต่ก็ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ๕ ครั้ง และการดูแลหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๖๐ และ ร้อยละ ๖๕) คือ ร้อยละ ๕๒.๙๔ และ ๔๗.๘๙ ตามลำดับ อย่างไรก็ตามในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ กรมอนามัยได้มีตัวชี้วัดกระบวนการในประเด็นการแก้ไขปัญหามารดาตายระดับจังหวัด คือ จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการตายมารดาในพื้นที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ พบว่า โดยภาพรวมสามารถดำเนินการได้ร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้ถึงแม้ว่าจังหวัดจะสามารถดำเนินการได้ครบทั้ง ๕ องค์ประกอบ คือ ๑) มีคณะกรรมการ MCH board ๒) มีการดำเนินงานตาม มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ๓) มีการจัดโซนนิ่งและระบบส่งต่อ ๔) มีการสืบสวนสาเหตุการตาย และ ๕) รวบรวม วิเคราะห์และส่งกลับ แต่เมื่อนำเงื่อนไขผลการดำเนินงานของจังหวัดในการลดอัตราการตายมารดาให้ได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐ เทียบกับปี พ.ศ.๒๕๕๙ พบว่ามีหลายจังหวัดที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้

ตารางที่ ๑ ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ (ข้อมูลรอบ ๙ เดือน : เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐)

ตัวชี้วัด		ศอ๑	ศอ๒	ศอ๓	ศอ๔	ศอ๕	ศอ๖	ศอ๗	ศอ๘	ศอ๙	ศอ๑๐	ศอ๑๑	ศอ๑๒	ประเทศ
๑.อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	เป้าหมาย	๑๙๕๔๙	๒๑๙๖๒	๑๖๐๑๐	๒๗๑๐๓	๓๒๑๓๑	๕๐๘๐๘	๒๖๖๕๔	๓๕๕๙๙	๓๕๕๑๑	๒๔๕๙๖	๒๓๔๑๙	๕๗๑๑๓	๓๗๐๔๕๕
	ผลงาน	๑๓	๘	๕	๑๐	๒	๘	๓	๖	๑	๓	๙	๒๐	๘๘
	อัตรา	๖๖.๕๐	๓๖.๔๓	๓๑.๒๓	๓๖.๙๐	๖.๒๒	๑๕.๗๕	๑๑.๒๖	๑๖.๘๕	๒.๘๒	๑๒.๒๐	๓๘.๔๓	๓๕.๐๒	๒๓.๗๕
๒.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย	๑๙๒๒๖	๑๓๘๖๑	๑๐๒๒๙	๑๕๘๘๐	๒๐๙๕๐	๒๒๐๑๓	๑๗๘๗๙	๒๕๒๐๙	๒๓๘๕๙	๑๙๗๓๕	๒๒๖๙๙	๓๖๗๙๑	๒๔๘๓๓๑
	ผลงาน	๑๓๔๓๕	๖๘๘๑	๖๒๗๔	๗๔๑๗	๑๓๔๓๑	๑๐๘๔๒	๑๒๑๖๑	๑๙๑๐๓	๑๔๗๖๕	๑๔๑๗๑	๑๕๖๕๐	๒๗๗๔๔	๑๖๑๘๗๔
	ร้อยละ	๖๙.๘๘	๔๙.๖๔	๖๑.๓๔	๔๖.๗๑	๖๔.๑๑	๔๙.๒๕	๖๘.๐๒	๗๕.๗๘	๖๑.๘๘	๗๑.๘๑	๖๘.๙๕	๗๕.๔๑	๖๕.๑๘
๓.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ๖๐	เป้าหมาย	๑๙๐๑๖	๑๓๖๖๔	๑๐๒๑๒	๑๕๘๒๒	๒๐๗๖๓	๒๑๙๓๔	๑๗๘๓๔	๒๕๐๐๕	๒๓๘๒๓	๑๙๖๐๗	๒๒๕๒๙	๓๕๓๑๕	๒๔๕๕๒๔
	ผลงาน	๑๐๗๑๙	๖๘๕๐	๔๖๘๔	๕๔๖๐	๑๑๑๔๖	๘๑๑๕	๙๙๑๕	๑๕๔๒๘	๑๑๖๐๖	๑๑๓๓๖	๑๒๒๒๙	๒๒๔๘๖	๑๒๙๙๗๔
	ร้อยละ	๕๖.๓๗	๕๐.๑๓	๔๕.๘๗	๓๔.๕๑	๕๓.๖๘	๓๗.๐๐	๕๕.๖๐	๖๑.๗๐	๔๘.๗๒	๕๗.๘๒	๕๔.๒๘	๖๓.๖๗	๕๒.๙๔
๔.ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ๖๕	เป้าหมาย	๑๙๐๑๖	๑๓๖๖๔	๑๑๒๑๒	๑๕๘๒๒	๒๐๒๖๘	๒๑๙๓๔	๑๗๘๘๔	๒๕๐๐๕	๐	๑๙๖๐๗	๒๒๕๒๙	๔๖๔๓๐	๒๓๓๓๗๑
	ผลงาน	๑๐๒๘๑	๗๗๑๗	๕๑๒๕	๕๘๒๗	๑๑๓๐๒	๘๒๒๗	๘๐๓๙	๑๓๐๙๐	๐	๑๐๕๐๗	๘๐๙๑	๒๓๕๖๕	๑๑๑๗๗๑
	ร้อยละ	๕๔.๐๖	๕๖.๔๘	๔๕.๗๑	๓๖.๘๓	๕๕.๗๖	๓๗.๕๑	๔๔.๙๕	๕๒.๓๕	๐.๐๐	๕๓.๕๙	๓๕.๙๑	๕๐.๗๕	๔๗.๘๙
๕.ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ไม่เกินร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย	๒๐๕๙๑	๑๕๕๓๔	๑๐๖๘๑	๑๑๖๔๕	๒๕๙๘๐	๒๖๑๗๔	๑๖๐๔๕	๑๘๗๗๙	๑๘๔๖๙	๑๙๘๐๓	๒๕๑๑๕	๖๐๑๑๙	๒๖๘๙๓๕
	ผลงาน	๒๕๐๒	๒๔๙๖	๑๔๒๘	๒๐๐๘	๔๘๒๐	๔๕๓๘	๒๘๑๑	๒๖๒๘	๓๒๒๕	๒๔๙๒	๔๕๙๒	๑๑๑๓๑	๔๔๖๗๑
	ร้อยละ	๑๒.๑๕	๑๖.๐๗	๑๓.๓๗	๑๗.๒๔	๑๘.๕๕	๑๗.๓๔	๑๗.๕๒	๑๓.๙๙	๑๗.๔๖	๑๒.๕๘	๑๘.๒๘	๑๘.๕๑	๑๖.๖๑
๖.ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย	๙๗	๔๗	๔๗	na	๖๘	๗๑	๖๘	๘๔	na	๖๗	๗๙	๗๘	๗๐๖
	ผลงาน	๘๗	๔๗	๔๔	na	๖๘	๕๓	๖๘	๘๐	na	๖๕	๖๗	๓๗	๖๑๖
	ร้อยละ	๘๙.๖๙	๑๐๐.๐๐	๙๓.๖๒	na	๑๐๐.๐๐	๗๔.๖๕	๑๐๐.๐๐	๙๕.๒๔	na	๙๗.๐๑	๘๔.๘๑	๔๗.๔๔	๘๗.๒๕

ที่มา : ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบ ๒ ปี ๒๕๖๐ (เดือน ตุลาคม ๒๕๕๙- มิถุนายน ๒๕๖๐) ศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑. ความชัดเจนของนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น โครงการสาวไทยแก้มแดงฯ และการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากขาดแนวทางการดำเนินงาน วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์และงบประมาณสนับสนุน

๒. ความเข้มแข็งของคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก (MCHB) และคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพร่วมกันขับเคลื่อนงาน ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การสื่อสารนโยบายสำคัญ กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในเขตฯ ให้มีความต่อเนื่อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๓. การบันทึกข้อมูลงานแม่และเด็กในระบบรายงาน ๔๓ แฟ้มยังไม่สมบูรณ์ ไม่ครบถ้วน และมีโปรแกรมบันทึกข้อมูลใน รพท./รพศ.ที่หลากหลาย เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล การส่งข้อมูล ทำให้ข้อมูลไม่ปรากฏขึ้นในระบบ HDC ทำให้ได้ข้อมูลไม่ตรงกับข้อมูลที่แท้จริง (manual) เกิดการประมวลผลคลาดเคลื่อน ซึ่งจะมีผลต่อการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ไม่ตรงกับสภาพที่แท้จริง ตลอดจนไม่สามารถนำมาวางแผนแก้ปัญหาที่เหมาะสมของพื้นที่ได้

๔. ความครอบคลุมในการคัดกรองความเสี่ยงและการปฏิบัติจริงตามแนวทางคัดกรองความเสี่ยงอย่างถูกต้องและทันเวลาจะช่วยลดความเสียงและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นโดยเฉพาะลดการตายของมารดาลงได้

๕. กระบวนการโรงเรียน พ่อ แม่ ไม่สามารถจัดได้อย่างครอบคลุมโดยเฉพาะสถานบริการระดับ รพ.สต.รวมทั้งพ่อ แม่ให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียน พ่อ แม่ ค่อนข้างน้อย

๖. การดำเนินงานเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่ายท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้งานสำเร็จทั้งฝากครรภ์เร็ว ฝากครรภ์ครบ การคัดกรองภาวะเสี่ยง รวมทั้งการช่วยค้นหาเด็กเพื่อการคัดกรองพัฒนาการ การติดตามเด็กที่สงสัยล่าช้าเพื่อกระตุ้นและส่งต่อที่รวดเร็ว

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
๑.ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน	
๑.๑ การขับเคลื่อนงานผ่านกลไก MCH Board ต้องอาศัยความร่วมมือของคณะกรรมการฯ เนื่องจากพื้นที่มีบุคคลากรน้อยและมีภาระงานมาก จึงทำให้คณะกรรมการบางท่านไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานขาดความต่อเนื่องไปด้วย รวมทั้งขาดการบูรณาการระหว่าง MCH Board & Service Plan	๑. จัดประชุมสัญจร มอบจังหวัดในพื้นที่แลกเปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพเพื่อสร้างความตื่นตัวและลดภาระเรื่องการเดินทาง ๒. ใช้กลไก MCH Board ขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กโดยบูรณาการงานกับ Service Plan และเชื่อมโยงกับ DHS ในเขตเพื่อให้เห็นปัญหาและกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน
๑.๒ การรับรู้นโยบายและความชัดเจนในระดับพื้นที่ปฏิบัติการมีน้อย นโยบายและตัวชี้วัดเปลี่ยนแปลงบ่อยการเปลี่ยนตัวบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน ต้องใช้เวลาในการทำให้ความเข้าใจด้านการปฏิบัติงานและการรวบรวมผลงาน	๑. สื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายลงสู่พื้นที่หลากหลายช่องทาง ๒. ผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายผ่านกลไก MCH Board โดยจัดทำข้อตกลงและแนวทางการดำเนินงานและเสนอต่อผู้มีอำนาจในการตัดสินใจของจังหวัดต่อไป ๓. ปฏิบัติตามนโยบายที่ปรับเปลี่ยน ถ้าหากมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ประสานแจ้งกับทาง สสจ. เพื่อหารือปัญหาที่เกิดขึ้น ๔. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ๕. ผลักดันเขตสุขภาพให้มีนโยบายเชิงพื้นที่ที่ชัดเจนในการลดการตายมารดาจาก PPH และ PIH

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
๒.ระบบบริการที่มีคุณภาพ	
๒.๑ ความครอบคลุมในการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์มีน้อยและไม่ได้ดำเนินการการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อการดูแลตามตามแนวทางคัดกรองความเสี่ยงอย่างถูกต้องและทันเวลาซึ่งจะช่วยลดความเสียงและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นโดยเฉพาะลดการตายของมารดาลงได้ตามขั้นตอนที่กำหนด	๑. พัฒนามาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กเทียบเท่าสากล ๒. พัฒนาระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉิน หามาตรการและกลไกเชิงพื้นที่ในการป้องกันการเกิด ๓D : Delay Detection, Delay Refer, Delay Decision ๓.พัฒนาศักยภาพบุคลการให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอน ๔. การให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองเพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย ๕. พัฒนาระบบการสื่อสารและการส่งต่อที่รวดเร็วทั้งการวินิจฉัย การส่งต่อ และการรักษา ๖. พัฒนาเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น อสม. และชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแล คัดกรองความเสี่ยง และติดตามกรณีมีความเสี่ยงในเบื้องต้น ๗. พัฒนาสื่อความรู้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ๘. การนิเทศ ติดตามและเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง
๓.การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยง	
๓.๑ หญิงตั้งครรภ์และสามีไม่ให้ความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียน พ่อ แม่ และกระบวนการโรงเรียน พ่อ แม่ ไม่สามารถจัดได้อย่างครอบคลุมโดยเฉพาะสถานบริการระดับ รพ.สต.	๑. ให้ความรู้ กระตุ้นและสร้างแรงบันดาลใจให้พ่อ แม่เข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่เพราะเป็นแหล่งให้ความรู้สำคัญที่จะนำพาไปสู่พฤติกรรมและพัฒนาการที่ดีของเด็ก ๒. สนับสนุนศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล ในการนำกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ไปใช้ เพื่อให้ผู้ปกครอง เกิดความรู้และตระหนักในความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยด้วยตนเอง ๓. หน่วยบริการทุกระดับ มีและใช้แผนการสอนพ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก (โรงเรียนพ่อแม่) ในการเลี้ยงดูเด็กด้วยกระบวนการกิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน และใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๔. รพช.สร้างระบบร่วมกับรพ.สต.โดยกำหนดแผนการสอน การจัดสื่อ เอกสารการสอนให้เชื่อมโยงและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติระดับ รพ.สต. ในภาพรวมของ CUP และต่อยอดไปถึงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและ อสม.ให้เป็นรูปธรรม ๕. จัดระบบพี่เลี้ยงและสนับสนุนให้มีการนำกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ไปใช้ให้ได้อย่างเป็นรูปธรรม ๖. สร้างกระแสความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการความเสี่ยงของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ๗. สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น กำหนดมาตรการสังคม ในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ๘. ขยายการประชาสัมพันธ์ผ่าน รร.พ่อแม่ /ทีม DHS/FCT/อสม. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าระบบบริการฝากครรภ์เร็ว ๙. การศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
๔. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	
๔.๑ การรายงานข้อมูลล่าช้าและไม่ครอบคลุม เนื่องจากเป็นข้อมูลรายบุคคล พื้นที่จึงต้องใช้เวลาในการทบทวนเป็นรายกรณี ๔.๒ ขาดการนำข้อมูลมาใช้ในวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดาเนินงานและการแก้ไขปัญหา ข้อมูลมีมากแต่นามาใช้ประโยชน์ได้น้อย ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการเฝ้าระวังความเสี่ยง ๔.๓ การบันทึกข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็กมีหลากหลายโปรแกรม ผู้บันทึกข้อมูลไม่เข้าใจขั้นตอนการบันทึกและการประมวลผล ตลอดจนขาดการประสานงานระหว่างผู้รับผิดชอบงาน ทำให้ระบบรายงาน ๔๓ แฟ้มไม่สมบูรณ์ ขาดความครบถ้วน และถูกต้อง ไม่สามารถส่งข้อมูลออกไปเชื่อมต่อกับระบบ HDC ได้ และนอกจากนี้การติดตามผลการดำเนินงานใน HDC ยังไม่ครอบคลุมตามตัวชี้วัด และขาดข้อมูล รพ.เครือข่ายที่อยู่นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ รพ.เอกชน ทำให้ข้อมูลในระบบ HDC มีจำนวนที่น้อยไม่ตรงกับผลการปฏิบัติงานจริง	๑. วิเคราะห์ข้อมูลรายจังหวัดและติดตามผลต่อเนื่อง ๒. ควรมีข้อมูลของสถานบริการมาใช้ประกอบการตรวจสอบและเปรียบเทียบกับระบบ HDC ทั้งนี้เพราะถ้าหากได้ข้อมูลที่มีความคลาดเคลื่อน จะส่งผลต่อการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ไม่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ตลอดจนการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาที่เหมาะสมและการคืนข้อมูลปัญหาสู่พื้นที่ ๓. ทีมสารสนเทศของจังหวัดจัดอบรมผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การส่งต่อข้อมูลในระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม พร้อมทั้งจัดทำคู่มือให้ทุกหน่วยบริการ ๔. กำกับติดตาม และตรวจสอบให้หน่วยบริการบันทึกและส่งออกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามเวลา โดยประสานความร่วมมือระหว่างไอที จังหวัด อำเภอ และผู้ที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก

ข้อเสนอแนะ

๑. มีนโยบายพัฒนา MCH Board ที่ชัดเจนจากส่วนกลาง เช่นมีการประชุมเพื่อสนับสนุนให้เกิด MCHB อย่างเป็นรูปธรรมโดยผู้บริหารระดับสูงผ่าน Teleconference เป็นต้น

๒. ประกาศนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน พร้อมทั้ง สนับสนุนยาเวชภัณฑ์และงบประมาณดำเนินงานอย่างพอเพียง

๓. ศึกษาผลกระทบด้านบวกและด้านลบของนโยบายฝากครรภ์ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

๔. ผลักดันตัวชี้วัดการตายของมารดาให้เป็นวาระชาติ มีการจัดประชุมสืบสวนการตายมารดาระดับชาติเป็นประจำทุกปี เพื่อกระตุ้นการดำเนินงานอย่างจริงจังและเข้มแข็ง

๕. ปัญหาในการลงข้อมูลในระบบ ๔๓ แฟ้มของหน่วยบริการในพื้นที่ เนื่องจากข้อมูลที่บันทึกรายงานกับข้อมูล HDC ไม่ตรงกัน จึงเสนอให้มีการทบทวนระบบการรายงาน และพัฒนาศักยภาพผู้บันทึกข้อมูลให้มีความเข้าใจตรงกันเพื่อลดความผิดพลาดในการบันทึกและเพิ่มความครอบคลุมในการรายงานข้อมูล

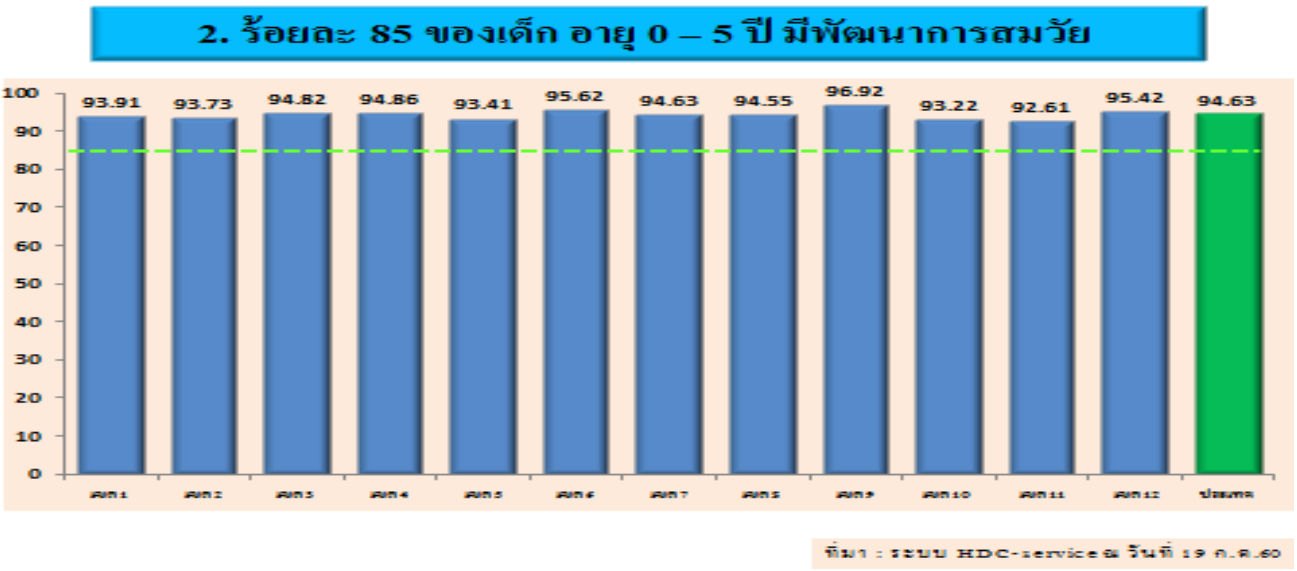
๖. ส่วนกลางควรมีการสื่อสารสังคมผ่านสื่อโทรทัศน์เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญและเห็นประโยชน์ของการมาฝากครรภ์เร็วก่อน ๑๒ สัปดาห์และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย ๖ เดือนในภาพรวมทั้งประเทศ

๗. สื่อที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพ่อ แม่ ควรปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้สะดวกในการใช้และอ่านง่ายเนื่องจากตัวหนังสือมีขนาดเล็กมากและแจกให้ครบทุกสถานบริการ รณรงค์และผลิตสื่อสาธารณะถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์เร็วและการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อ แม่ รวมทั้งจัดทำ Application LINE เพื่อเพิ่มช่องทางให้ถึงกลุ่มเป้าหมายทุกรูปแบบได้มากยิ่งขึ้น และเพียงพอ

๘. กำหนดบทบาทตามมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพระหว่างกรมอนามัยและกรมการแพทย์ให้ชัดเจน

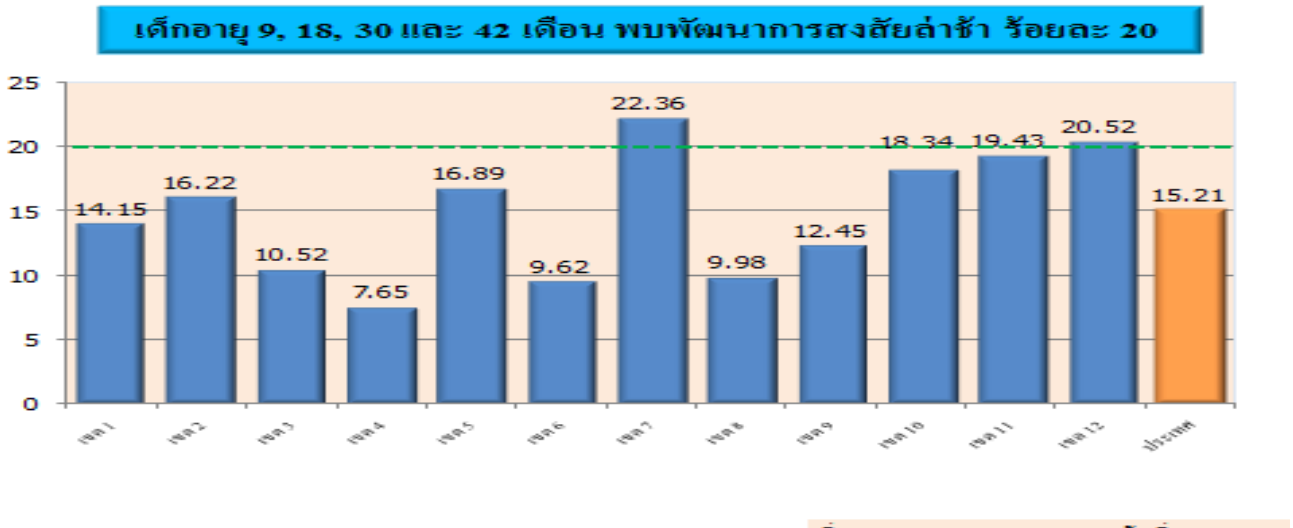
ตัวชี้วัด : ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

กราฟที่ ๑ แสดงความครอบคลุมในการคัดกรอง (๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๑๙ กรกฎาคม๒๕๖๐)



ที่มา : ระบบ HDC-service ณ วันที่ 19 ก.ค.60

กราฟที่ ๒ แสดงร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐



ที่มา : ระบบ HDC-service ณ วันที่ 19 ก.ค.60

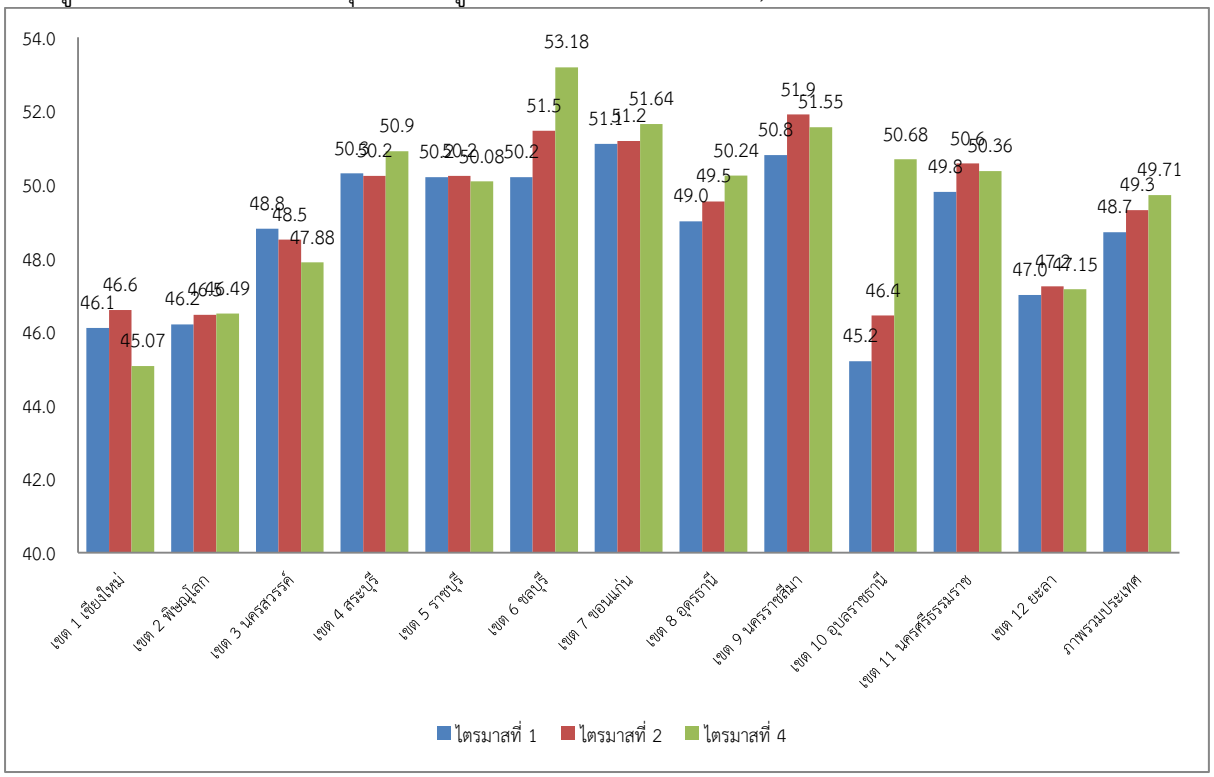
จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข (๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๐) พบว่าภาพรวมทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพเด็ก ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยคิดเป็นร้อยละ ๙๔.๖๓ ซึ่งทุกเขตสุขภาพสามารถดำเนินงานได้เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดและจากผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยสามพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (เกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐) ดำเนินการได้ร้อยละ ๑๕.๒๑ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ดี คือ เขตสุขภาพที่ ๗ และ ๑๒ (ร้อยละ ๒๒.๓๖, ๒๐.๕๒ ตามลำดับ) ปัญหาที่พบในการคัดกรองคือ การใช้เครื่องมือ DSPM, เด็กที่พบพัฒนาการล่าช้าขาดการติดตามและการดำเนินกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กระบวนการ “กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน” เป็นต้น ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาบุคลากร การสอนใช้ DSPM ให้กับผู้ปกครองและการให้หน่วยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. โรงเรียน ชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ตัวชี้วัด : ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑

สถานการณ์

จากรายงานการตรวจราชการพบว่าสถานการณ์ของแต่ละจังหวัดที่รายงานเป็นข้อมูลคนละช่วงเวลา และไม่ได้มีการรายงานเป็นภาพรวมของเขต ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาเปรียบเทียบสถานการณ์ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วนได้ ดังนั้นจึงขอสรุปรายงานสถานการณ์ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ในไตรมาสที่ ๑ และ ๒ ปี ๒๕๖๐ ตามแผนภูมิที่ ๑ พบว่าสถานการณ์ดีขึ้นทุกเขตสุขภาพ ยกเว้น เขต ๓ , ๔ และ ๕ โดยภาพรวมของประเทศเป็นร้อยละ ๔๙.๓ เมื่อพิจารณาเป็นรายเขตพบว่า เขตที่มีเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน มากกว่าค่าเป้าหมายได้แก่เขต ๖ , ๗ และ ๙ แต่เมื่อดูอัตราการเพิ่มขึ้นรายเขตสุขภาพ อัตราการเพิ่มขึ้นของค่าเป้าหมายยังค่อนข้างต่ำ ในไตรมาสที่ ๔ ภาพรวมทั้งประเทศยังต่ำค่าเป้าหมายได้เพียงร้อยละ ๔๙.๗๑

แผนภูมิที่ ๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ในไตรมาสที่ ๑ , ๒ และ ๔ ปี ๒๕๖๐ แยกรายเขต



ที่มา (ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล และวันที่ประมวลผล) HDC แฟ้มโภชนาการไตรมาสที่ ๑,๒ และ ๔

ไตรมาสที่ ๑ ประมวลผลวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๙

ไตรมาสที่ ๒ ประมวลผลวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๐

ไตรมาสที่ ๔ ประมวลผลวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๐

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ในไตรมาสที่ ๒ แยกรายเขต

เขตสุขภาพ	ผลการดำเนินงาน		
	จำนวนเด็ก๐-๕ ปีที่ได้รับการประเมินทั้งหมด	จำนวนเด็ก ๐-๕ ปี ที่สูงดีสมส่วน	ร้อยละ
เขต ๑เชียงใหม่	๑๙๑,๖๙๖	๘๖,๔๐๖	๔๕.๐๗
เขต ๒พิษณุโลก	๑๒๒,๑๗๘	๕๖,๘๐๕	๔๖.๔๙
เขต ๓นครสวรรค์	๘๖,๔๕๒	๔๑,๓๙๐	๔๗.๘๘
เขต ๔สระบุรี	๑๔๙,๙๑๔	๗๖,๓๐๓	๕๐.๙

เขตสุขภาพ	ผลการดำเนินงาน		
	จำนวนเด็ก๐-๕ ปีที่ได้รับการประเมินทั้งหมด	จำนวนเด็ก ๐-๕ ปี ที่สูงดีสมส่วน	ร้อยละ
เขต ๕ราชบุรี	๑๙๖,๒๔๙	๙๘,๒๗๙	๕๐.๐๘
เขต ๖ชลบุรี	๒๐๗,๐๒๑	๑๑๐,๐๘๔	๕๓.๑๘
เขต ๗ขอนแก่น	๑๘๖,๕๒๓	๙๖,๓๑๓	๕๑.๖๔
เขต ๘อุดรธานี	๒๐๕,๔๐๔	๑๐๓,๒๐๕	๕๐.๒๔
เขต ๙นครราชสีมา	๒๑๘,๖๖๙	๑๑๒,๗๒๙	๕๑.๕๕
เขต ๑๐อุบลราชธานี	๑๘๗,๔๒๑	๙๔,๙๙๔	๕๐.๖๘
เขต ๑๑นครศรีธรรมราช	๑๖๔,๙๗๖	๘๓,๐๗๗	๕๐.๓๖
เขต ๑๒ ยะลา	๒๗๒,๔๗๔	๑๒๘,๔๖๗	๔๗.๑๕
ภาพรวมประเทศ	**๒,๑๘๘,๙๗๗**	**๑,๐๘๘,๐๕๒**	**๔๙.๗๑**

ที่มา (ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล และวันที่ประมวลผล) HDC แฟ้มโภชนาการ วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๐

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกการดำเนินงาน/ความเสี่ยง จากการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ (Small success)
๑. การขับเคลื่อนนโยบายเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนสู่การปฏิบัติ	๑.๑ จังหวัดถ่ายทอดนโยบายเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนให้แก่ระดับอำเภอและตำบล ๑.๒ จังหวัด/อำเภอ/ตำบล กำหนดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	๑. จังหวัดมีการรับฟังการจัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานจากส่วนกลาง จากที่จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบบริการด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดี และการใช้โปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๐-๑๘ ปี รูปแบบออนไลน์ และชี้แจงนโยบายแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ๒. บางจังหวัดมีการกำหนดตัวชี้วัดค่าเป้าหมายเด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน และมีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่โดยจังหวัดและอำเภอ (สสอ./รพช./รพ.สต.) ในผลงานข้อนี้มีเพียง ๒๖ จังหวัดที่มีการดำเนินงานถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ๓. การดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงานเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ส่วนใหญ่จะขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ MCH Board ของแต่ละจังหวัด แต่ก็ไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าคณะกรรมการมีการขับเคลื่อนในเรื่องเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ๔. การดำเนินงานส่งเสริมเด็กปฐมวัย ในรายงานการตรวจราชการแทบทุกจังหวัดจะเน้นในเรื่องส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นหลัก	๗๖ จังหวัด

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกการดำเนินงาน/ความเสี่ยง จากการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ (Small success)
		๕. ข้อมูลที่รายงานในการตรวจราชการในเรื่องการขับเคลื่อนเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ส่วนใหญ่จะมีแต่ข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นผลการดำเนินงาน มีข้อมูลเชิงคุณภาพการดำเนินงานที่น้อยมาก หรือบางจังหวัดไม่มีรายงานผลการดำเนินงานขับเคลื่อนเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	
๒. การดำเนินงานพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย	๒.๑ จังหวัด/อำเภอ/ตำบล มีการประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ๒.๒ จังหวัด/อำเภอ/ตำบล มีแผนพัฒนางานโภชนาการทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกายและการนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ใน ๕ setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขอปท. ศูนย์เด็กเล็ก ชุมชน และครอบครัว ๒.๓ มีผลการดำเนินงานพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย	๑. ส่วนใหญ่จะรับทราบนโยบายที่จะต้องมีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย แต่ในรายงานยังไม่มีการดำเนินงานตาม small success ในประเด็นนี้ ๒. มีอยู่ ๓ จังหวัดได้แก่ แม่ฮ่องสอน จันทบุรี และหนองบัวลำภู มีการประชุมชี้แจงการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยผ่านกลไกจังหวัดเพื่อเด็กปฐมวัย โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานการประชุม ๓. มีการเขียนรายงานการชี้แจงการดำเนินงานพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านการประชุมคณะกรรมการ MCH Board แต่ก็ไม่มีรายละเอียดที่บ่งชี้ว่าคณะกรรมการมีการชี้แจงการดำเนินงานอย่างไร	
๓. ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปาก โดยใช้กลไก Primary Care Cluster (PCC)	๓.๑ การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปาก โดยใช้กลไก PCC ๓.๒ จังหวัดและอำเภอมีการประเมินผลการดำเนินงานของ PCC ในการจัดบริการโภชนาการและสุขภาพช่องปากสตรีและเด็กปฐมวัย	๑.จากรายงานตรวจราชการ ในประเด็นนี้ยังไม่มีการเขียนผลการดำเนินงานออกมาชัดเจน หรือมีข้อมูลที่บ่งชี้ถึงการดำเนินงานการจัดบริการโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย Primary Care Cluster: PCC	

การดำเนินงานตามกระบวนการเชิงยุทธศาสตร์ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ และความยั่งยืน

การดำเนินงานของจังหวัดส่วนใหญ่รายงานเฉพาะข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ยังขาดข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งกำหนดมาตรการไว้ ๓ เรื่อง คือ ๑)การขับเคลื่อนนโยบายเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ๒)การมีส่วนร่วมเพื่อเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน โดยพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน (อาหารแม่และเด็กยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก กิจกรรมทางกาย การนอน) ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ๓)การจัดบริการโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย โดยใช้กลไก PCC

กระบวนการดำเนินงานพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ใช้แนวคิด PDCA แต่เริ่มจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับการดำเนินงานโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาพช่องปาก และสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ใน ๕ setting ของแต่ละตำบล ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ANCและWCC) ชุมชน/หมู่บ้าน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัวเพื่อให้ทราบสถานการณ์การดำเนินงานด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาพช่องปาก และสุขาภิบาลอาหารและน้ำ และบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล ประสาน อปท. , อสม. และครูพี่เลี้ยง นำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์และวางแผนร่วมกันกับนักวิชาการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการ (อาหารแม่ ทารก และเด็กอายุ ๑-๕ ปียาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก) กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาพช่องปาก และสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ตามแผนนั้นตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละ setting ในแต่ละปี ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ส่วนการจัดบริการโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย ในสถานบริการสาธารณสุข เน้นการพัฒนารูปแบบการให้บริการโภชนาการใน ANC และ WCC โดยการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) และใช้กลไก PCC ดำเนินงานเชิงรุกด้านโภชนาการ (อาหารแม่ ทารก และเด็กอายุ ๑-๕ ปียาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก) และสุขภาพช่องปาก ถึงระดับศูนย์เด็กเล็ก ชุมชน/หมู่บ้าน และครอบครัว โดยมี อปท.ให้การสนับสนุน

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
๑. การขับเคลื่อนนโยบายเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน สู่การปฏิบัติ ๒. การดำเนินงานพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ๓. การจัดบริการโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย โดยทีม PCC	- ขาดการถ่ายทอดมาตรการดำเนินงานเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน จากจังหวัดสู่ระดับอำเภอและตำบล - บุคลากรสาธารณสุขใน ANC และ WCC ขาดความรู้และทักษะด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย - บุคลากรสาธารณสุขใน ANC และ WCC มีจำนวนน้อย ภาระงานมากทำให้ไม่สามารถให้ความรู้และฝึกทักษะการจุดกราฟ แปลผลการจัดอาหารให้เหมาะสมแก่หญิงตั้งครรภ์และพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก - ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงของเด็ก ต่ำ รวมทั้งเครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว/ส่วนสูง ไม่เหมาะสม ไม่ได้มาตรฐาน วิธีการชั่งวัดไม่ถูกต้อง	- จังหวัดควรชี้แจงมาตรการดำเนินงานเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ให้กับระดับอำเภอและตำบลทุกแห่ง -พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัยทั้งการเฝ้าระวังน้ำหนักแม่ เฝ้าระวังส่วนสูงและน้ำหนักลูก อาหารตามวัย -บุคลากรสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการติดตามการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงของเด็กทุก ๓ เดือน โดยเน้นการใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานและวิธีการประเมินที่ถูกต้อง - เพิ่มบทบาทนักโภชนาการของรพศ./รพท./รพช.ในการให้คำแนะนำโภชนาการใน ANC และ	- เพิ่มการสื่อสารองค์ความรู้รายละเอียดการดำเนินงานกับหน่วยรับตรวจ - เยี่ยมเสริมพลังให้กับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
		WCC - สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ควรมีการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย เพื่อใช้ในการให้คำแนะนำปรึกษาการบริโภคอาหารเป็นรายบุคคล -เพิ่มบริการโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัยใน PCC - เพิ่มนักโภชนาการของ รพศ./รพท./รพช.ในทีม PCC	

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ลำดับ	ประเด็นข้อเสนอแนะ
๑.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	๑. เพิ่มเป้าประสงค์ “เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน” และการให้บริการโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัยใน PCC ๒. เพิ่มนักโภชนาการของ รพศ./รพท./รพช.ในทีม PCC ๓.ต้องมีการสร้างกระแสสังคมเพื่อให้เกิดความตื่นตัว และเห็นความสำคัญของการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน
๒.ข้อเสนอแนะในพื้นที่	๑. จังหวัดควรชี้แจงมาตรการดำเนินงานเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ให้กับระดับอำเภอและตำบลทุกแห่ง ๒. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัยทั้งการเฝ้าระวังน้ำหนักแม่ เฝ้าระวังส่วนสูงและน้ำหนักลูก อาหารตามวัย ๓. บุคลากรสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการติดตามการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงของเด็ก ทุก ๓ เดือน โดยเน้นการใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานและวิธีการประเมินที่ถูกต้อง ๔. เพิ่มบทบาทนักโภชนาการของ รพศ./รพท./รพช.ในการให้คำแนะนำโภชนาการใน ANC และ WCC ๕. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ควรมีการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย เพื่อใช้ในการให้คำแนะนำปรึกษาการบริโภคอาหารเป็นรายบุคคล ๖. เพิ่มบริการโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัยใน PCC เพิ่มนักโภชนาการของ รพศ./รพท./รพช.ในทีม PCC ๗. ระดับพื้นที่ควรมีการตรวจสอบปัญหาที่แท้จริงและหาแนวทางแก้ไขในการจัดเก็บข้อมูลตามระบบเพื่อให้ความถูกต้องครบถ้วนและมีความทันเวลา ๘. พื้นที่ต้องสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่มีการบูรณาการร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม และมีความต่อเนื่อง

๑.๑.๒ เด็กวัยเรียน

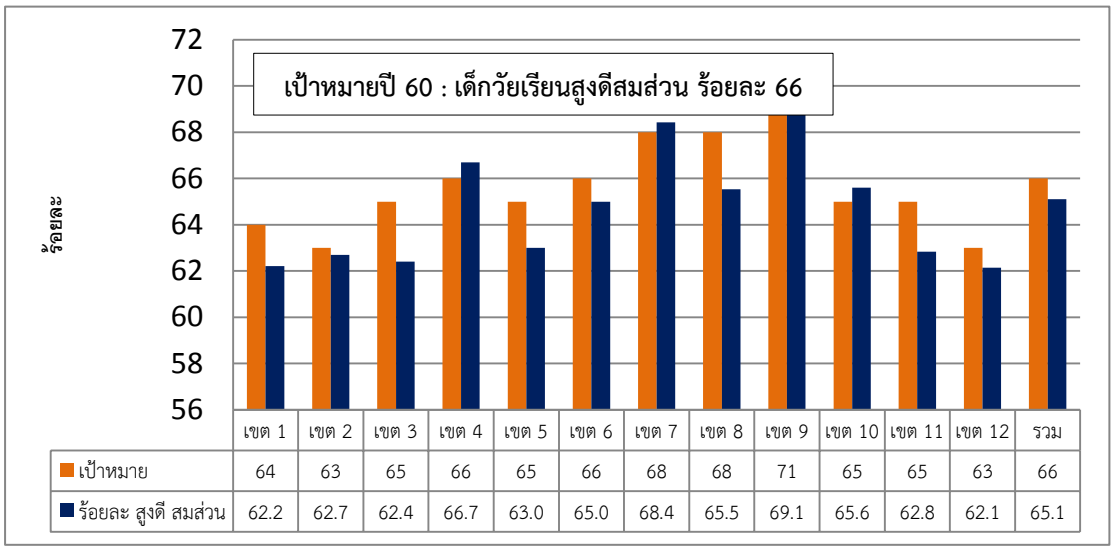
ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖

ผลการดำเนินงานรอบ ๙ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๙ – สิงหาคม ๒๕๖๐)

จากข้อมูลสถานการณ์เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ในช่วง ๙ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๙ – สิงหาคม ๒๕๖๐) โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผลดำเนินงานรายเขตสุขภาพส่วนใหญ่ยังคงต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ภาพรวมคิดเป็นร้อยละ ๗๕ ประกอบด้วย เขต ๑,๒,๓,๔,๕,๖,๗,๘,๙,๑๐,๑๑ และ ๑๒ มีเพียง ๓ เขตสุขภาพเท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ ๔,๗ และ ๑๐ ส่งผลให้ภาพรวมของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนยังไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งกำหนดไว้ที่ร้อยละ ๖๖ แต่ผลการดำเนินงานเพียงร้อยละ ๖๕.๑ เท่านั้น (รายละเอียดดังภาพ)

ภาพแสดงร้อยละเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ไตรมาสที่ ๓ : ต.ค. ๕๙ –ส.ค.๖๐)

จำแนกรายเขต



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
เป้าหมาย	64	63	65	66	65	66	68	68	71	65	65	63	66
ร้อยละ สูงดี สมส่วน	62.2	62.7	62.4	66.7	63.0	65.0	68.4	65.5	69.1	65.6	62.8	62.1	65.1

ที่มา : ระบบรายงาน HDC ณ วันที่ ๑ ส.ค. ๖๐

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม โดยแบ่งเป็นรายละเอียดดังนี้ คือ

๑) ผลการดำเนินงาน ๒) ระบบรายงานข้อมูล ๓) มาตรฐานการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ
๔) การจัดการสิ่งแวดล้อมในและนอกเขตโรงเรียน ๕) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์

ปัญหาอุปสรรค

ประเด็น	รายละเอียด
๑. กระบวนการดำเนินงาน	การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ ยังไม่บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ตามแผนปฏิบัติการ เนื่องจากจำนวนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานวัยเรียนมีไม่เพียงพอกับปริมาณงาน
๒. ระบบรายงานข้อมูลของ HDC ระบบข้อมูลยังไม่มีประสิทธิภาพด้านความถูกต้องและความครอบคลุม	ขาดความครอบคลุมและความถูกต้องในระบบรายงาน HDC - ปัญหาการบันทึกข้อมูลในระบบ คือ การบันทึกจะบันทึกข้อมูลนักเรียน ๔ type คือ Type ๑ คือ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ

ประเด็น	รายละเอียด
	และอยู่จริง Type ๒ คือ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ แต่ตัวไม่อยู่จริง Type ๓ คือ มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ(ตามทะเบียนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ) แต่ชื่ออยู่ทะเบียนบ้านนอกเขตรับผิดชอบ Type ๔ คือ ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามารับบริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ใช้ข้อมูลเพียง ๒ type เท่านั้น คือ Type ๑ และ Type ๒ ข้อมูลอีก ๒ type ไม่ได้นำมาใช้เพราะเป็นนักเรียนนอกระบบ/ต่างด้าว จึงส่งผลกระทบต่อข้อมูลส่วนนี้สูญหายไป - ข้อมูลเด็กวัยเรียนในเขตเมือง เช่น โรงเรียนที่อยู่ในสังกัดเทศบาล หรือโรงเรียนเอกชนบางแห่งไม่มีการ Key ข้อมูลเข้ามาในระบบ เพราะนักเรียนมีจำนวนมากทำให้ผู้รับผิดชอบงานไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ทัน และมีปัญหาทางเทคนิคทำให้ไม่สามารถดึงข้อมูลได้ ทำให้เกิดผลกระทบกับความครอบคลุม และเด็กกลุ่มนี้ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา - การบันทึกข้อมูลการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงของโรงเรียนส่วนใหญ่บันทึกไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน เช่น ไม่บันทึกจุดทศนิยม ทำให้การแปรผลเกิดความคาดเคลื่อนได้ - ระบบการรายงานคัดกรอง การดูแลช่วยเหลือเด็กอ้วน กลุ่มเสี่ยง ยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจน
๓. มาตรฐานการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ	เครื่องมือการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต เช่น เครื่องชั่งน้ำหนักที่วัดส่วนสูง ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงวิธีการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง
๔. การจัดการสิ่งแวดล้อมในและนอกเขตโรงเรียน	การจัดการปัจจัยแวดล้อมด้านอาหาร หวาน มัน เค็ม ในรอบรั้วโรงเรียน ซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะอ้วนในนักเรียน ความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีน้อยมาก
๕. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์	- การประชาสัมพันธ์และรณรงค์สร้างความตระหนักยังไม่ทั่วถึง ทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่เห็นความสำคัญในการร่วมกันจัดการปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. ดำเนินการสื่อสารนโยบาย/มาตรการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ตั้งแต่ระดับประเทศ เขต และพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมทุกระดับและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒. ควรมีการสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือการแก้ไขปัญหาเด็กอ้วน และการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศึกษาธิการ มหาดไทย และสาธารณสุข

๓. การสร้างกระแสสังคมในวงกว้าง เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาเด็กอ้วน โดยใช้การสื่อสารหลายช่องทาง ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุชุมชน หรือ social media ต่างๆ

๔. ควรมีกระบวนการบริหารจัดการข้อมูล ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งในส่วนของสถานศึกษาและสาธารณสุข

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่ผุ (Cavity free) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๒

สถานการณ์

ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การสงเสริมสุขภาพปองกันโรคในชองปาก เพื่อใหเด็กปราศจากฟนผุ

๒. ควบคุมโรคในชองปากและลดการสูญเสียฟนแทในเด็กอายุ ๑๒ ป

๓. ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดลอมที่เอื้อตอทันตสุขภาพในศูนยพัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน

สถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปาก

จากข้อมูลรายงาน HDC พบว่าเด็กกลุ่มอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๗๑.๗ โดยมีเขตสุขภาพที่ ๑๒, ๒ และ ๑๑ น้อยที่สุดตามลำดับ ส่วนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๖๑.๑ เด็ก ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ ๗๑.๙ โดยมีเขตสุขภาพที่ ๑๒, ๑๑ และ ๕ น้อยที่สุดตามลำดับ เขตสุขภาพที่ ๑๑ และ ๑๒ มีปัญหาโรคฟันผุสูงทั้งในเด็กอายุ ๓ ปี และ ๑๒ ปี แม้ว่าร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุและร้อยละเด็กอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ ๕๐ และ ร้อยละ ๕๒ ตามลำดับ แต่มีข้อสังเกตว่าแหล่งข้อมูลที่ใช้ต่างกัน คือที่ผ่านมาใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด อีกทั้งความครอบคลุมการตรวจฟันเด็กอายุ ๓ ปีและ ๑๒ ปีในรายงาน HDC ร้อยละ ๕๘ และ ร้อยละ ๔๑ ตามลำดับ ซึ่งควรได้มีการเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจระดับจังหวัดปี ๒๕๖๐ ต่อไป

ตัวชี้วัด	เขตสุขภาพ												
	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑-๑๒
ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ	๗๔.๖	**๖๗.๕**	๗๔.๔	๗๑.๒	๗๐.๓	๗๕.๙	๗๖.๙	๗๕.๐	**๗๐.๙**	๗๕.๓	**๖๘.๑**	**๖๒.๔**	๗๑.๗
ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุ	๖๒.๙	๕๗.๒	๕๖.๘	๕๗.๘	๕๕.๕	๖๓.๗	๗๐.๒	๖๕.๑	**๖๑.๘**	๖๙.๐	๕๓.๓	**๔๕.๔**	๖๑.๑
ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ	๗๖.๑	๗๐.๔	๗๒.๙	๖๗.๘	๖๕.๕	๗๒.๗	๗๙.๓	๗๘.๓	๗๑.๙	๘๐.๑	๖๒.๐	**๕๕.๘**	๗๑.๙

แหล่งข้อมูล : รายงาน HDC ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๑. การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ

กิจกรรมสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุในกลุ่มเด็ก ๐-๒ ปี คือการฝึกผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก ในภาพรวมทำได้ครอบคลุม ร้อยละ ๕๘.๑ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๘ (ร้อยละผู้ดูแลเด็กอายุ ๙ เดือน-๒ ปี ได้รับการฝึกแปรงฟัน ร้อยละ ๓๑.๗) เด็ก ๐-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ร้อยละ ๔๘.๖ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๘ (เด็กอายุ ๙ เดือน-๒ปี ได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิช ร้อยละ ๓๖.๙) และเขตสุขภาพที่ ๑๒ และ ๙ มีผลงานสูงกว่าเขตอื่นๆ ทั้ง ๒ กิจกรรม

กิจกรรมสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุในกลุ่มเด็ก ๓-๕ ปีคือ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ๓-๕ ปี เพื่อเฝ้าระวังโรคฟันผุ ผลงานตรวจสุขภาพเด็ก ๓-๕ ปี ครอบคลุมเพียงร้อยละ ๕๓.๖ เขตสุขภาพที่มีผลงานความครอบคลุมน้อย คือเขตสุขภาพที่ ๒, ๔, ๕ และ ๖ การที่เด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจะนำไปสู่การได้รับบริการส่งเสริมป้องกันและบริการรักษาทางทันตกรรมที่เหมาะสมต่อไป

กิจกรรมสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุในฟันถาวรคือบริการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กกลุ่มอายุ ๖ ปี ผลงานการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันในกลุ่มอายุ ๖ ปี ครอบคลุม ร้อยละ ๒๔.๑ จากข้อมูลรายงาน HDC

พบว่าเด็กอายุ ๑๒ ปี เป็นโรคฟันผุ (มีประสบการณ์โรคฟันผุ) ร้อยละ ๓๙.๙ ซึ่งแสดงว่ามีกลุ่มเสี่ยงฟันถาวรผุไม่น้อยกว่าน้อยละ ๔๐ จึงควรทบทวนเป้าหมายให้เหมาะสมมากขึ้น อย่างไรก็ตามในการป้องกันโรคฟันผุจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของเด็ก แต่ส่วนใหญ่จังหวัดจะไม่มีข้อมูลด้านทันตสุขภาพของเด็กรวมทั้งส่วนใหญ่ไม่มีแผนงาน/โครงการที่ส่งเสริมพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของเด็กซึ่งจะต้องดำเนินการในปีต่อไป

ตัวชี้วัด	เขตสุขภาพ												
	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑-๑๒
ร้อยละของเด็ก๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันโดยลงมือปฏิบัติ	๔๐.๖	๔๖.๖	๕๐.๘	๕๗.๑	๕๓.๙	๕๖.๓	๖๓.๓	๕๕.๙	**๘๒.๑**	๕๘.๒	๔๒.๓	**๗๑.๔**	๕๘.๑
ร้อยละของเด็ก๐-๒ ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	๓๑.๔	๓๖.๖	๔๘.๑	๔๐.๗	๔๕.๐	๔๕.๕	๕๑.๓	๔๐.๗	**๖๙.๗**	๔๗.๑	๓๔.๘	**๗๔.๔**	๔๘.๖
ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๕๔.๔	**๔๔.๒**	๔๗.๕	**๔๕.๗**	๔๖.๒	๕๓.๒	๖๒.๖	๕๔.๗	๖๖.๕	๕๙.๗	**๔๖.๙**	๕๐.๔	๕๓.๖
ร้อยละของเด็กอายุ ๖ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	๑๔.๘	๑๗.๘	๒๗.๑	๑๔.๒	๑๕.๖	๑๖.๕	**๔๐.๐**	๒๖.๔	**๔๑.๗**	๒๙.๐	**๑๗.๗**	๒๒.๘	๒๔.๑

แหล่งข้อมูล : รายงาน HDC ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

๒. ควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ปี

ผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเด็กกลุ่มอายุ ๖-๑๒ ปีครอบคลุม ร้อยละ ๕๓.๖ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด

๓. ร้อยละ ๖๐ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลรายงานสถานการณ์สุขภาพช่องปากเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี พบว่าฟันดีไม่มีผุร้อยละ ๗๒ นั่นคือยังมีเด็กอายุ ๑๒ ปี ที่ต้องได้รับบริการทันตกรรมเพื่อควบคุมโรคในช่องปากร้อยละ ๓๘ ส่วนในเด็กกลุ่มอายุ ๓-๕ ปี ผลงานบริการทันตกรรมร้อยละ ๖๖.๘ สูงกว่ากลุ่มอายุ ๖-๑๒ ปี แต่ถ้าไม่นับรวมบริการส่งเสริมป้องกันพบว่าเด็กกลุ่มอายุ ๖-๑๒ ปีได้รับบริการร้อยละ ๒ สูงกว่าเด็กกลุ่มอายุ ๓-๕ ปี ที่ได้รับบริการเพียงร้อยละ ๑ การเพิ่มความครอบคลุมบริการทันตกรรมไม่สามารถทำได้ ด้วยข้อจำกัดในเรื่องกำลังคน (ทันตาภิบาลประจำ รพ.สต.ร้อยละ ๔๓) และงบประมาณในการจัดหาครุภัณฑ์ทางทันตกรรม จึงต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุให้มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัด	เขตสุขภาพ												
	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑-๑๒
ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับบริการทันตกรรม	๕๖.๗	๕๒.๘	๔๙.๒	๔๕.๔	๔๔.๓	๔๖.๗	**๖๗.๐**	๕๖.๑	**๖๑.๗**	๖๘.๔	๕๓.๙	๔๓.๕	๕๓.๙
ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับบริการทันตกรรม	๖๘.๒	๖๐.๔	๕๙.๐	๖๑.๐	๖๒.๐	๖๒.๓	**๗๕.๐**	๖๙.๓	**๘๒.๘**	๗๑.๘	๕๘.๑	๖๑.๗	๖๖.๘

๔. ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน

เด็กอายุ ๓ – ๑๒ปี จะอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนเฉลี่ยวันละ ๖-๘ ชั่วโมง จึงต้องจัดสภาพแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนให้เอื้อต่อการพัฒนาทักษะสุขภาพของเด็กซึ่งจะส่งผลให้เด็กปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้น จากรายงานผลการตรวจราชการรอบที่ ๒ พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ ๙๕.๖ (ข้อมูล ๓๘ จังหวัด) ซึ่งลดลงจากปี ๒๕๕๘ ที่ครอบคลุม ร้อยละ ๙๘.๔ ส่วนการจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนประถมศึกษาพบว่าโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลฯ ร้อยละ ๖๖.๔ ลดลงจากผลการตรวจราชการครั้งที่ ๑ ที่ครอบคลุมร้อยละ ๖๘ จึงควรมีการประสานความร่วมมือกับโรงเรียนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขยายความครอบคลุมเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัด	เขตสุขภาพ												
	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑-๑๒
ร้อยละของ ศพด. มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	๙๖.๙		๙๘.๔ (๔จว.)	๙๙.๐ (๔จว.)	๙๖.๖		๙๖.๒ (๓จว.)			๙๒.๖	๙๕.๗ (๖จว.)		๙๕.๖ (๓๘จว.)
ร้อยละของโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลไม่เกิน ๕%	๘๐.๒ (๗จว.)			๗๔.๗	๖๙.๕ (๗จว.)		๖๗.๑	๗๓.๕ (๑จว.)	๔๘.๓ (๓จว.)	๕๙.๐			๖๖.๔ (๔๒จว.)

แหล่งข้อมูล : รายงาน ตก.๒

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

๑. เด็กมีพฤติกรรมการรับประทานขนมหวาน น้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ประกอบกับมีร้านค้าในชุมชนเพิ่มขึ้น อีกทั้งการแปรงฟันไม่มีประสิทธิภาพ

๒. มีการเคลื่อนย้ายของเด็กต่างอำเภอเข้ามาเรียนในอำเภอเมืองเป็นจำนวนมาก เพิ่มภาระงานทำให้บริการสุขภาพช่องปากไม่ครอบคลุม

๓. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข มีการเปลี่ยนตาแหน่งและสายงาน ทำให้ขาดผู้ปฏิบัติงาน และมีแนวโน้มที่จะขาดมากขึ้นในอนาคต ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ และส่งผลต่อการดาเนินงานในภาพรวมของจังหวัด

๔. รพ.สต.หลายแห่ง ไม่มีผู้ช่วยงานทันตกรรม ทำให้ปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่ และส่งผลกระทบถึงคุณภาพของงาน เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น

๕. ทันตแพทย์บางพื้นที่ มีการโยกย้ายบ่อย หรือ ลาออก ทำให้การทางานในพื้นที่ไม่ต่อเนื่อง

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑.การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพในโรงเรียน เช่น การจำหน่ายขนม เครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อฟันผุ ฯลฯ ยังไม่ครอบคลุมทุกโรงเรียน	๑.กำหนดนโยบายสาธารณะ ร่วมกับฝ่ายการศึกษาในการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงทางการเรียน และการเฝ้า ระวังทางสุขภาพ ตลอดจนการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาควบคู่กันไป	
๒.การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและภาคีเครือข่ายยังครอบคลุมไม่มาก ทันตบุคลากรยังมุ่งเน้นในเรื่องบริการสุขภาพช่องปาก	๑.พัฒนาการทำงานเชิงรุกรวมทั้งสนับสนุนบทบาทของภาคีเครือขาย (ชมรม/ครู/อสม)ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ๒.พัฒนาศักยภาพทันตาภิบาลในการทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง	
๓.ทันตแพทย์ที่เป็น CUP Manager ขาดประสบการณ์ในการวางแผนและแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนท้องถิ่น	ควรวางแนวทางในการสนับสนุนการทำงานของ CUP Manager รวมทั้งให้มีการประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทางานร่วมกัน และให้มีการติดตามการดำเนินงานในพื้นที่	ศูนยอนามัย และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการ สาขาสุขภาพชองปาก ระดับเขตจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรูเพื่อพัฒนาศักยภาพของทันตแพทย Oral Health Care Manager อยางตอเนื่อง
๔.ไม่มีข้อมูลสถานการณ์สุขภาพช่องปากรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงในบางพื้นที่และมีปัญหาคุณภาพระบบข้อมูล HDC	๑.สสจ.สนับสนุนใหมีการสำรวจขอมูลสุขภาพช่องปากและปัจจัยเสี่ยงระดับอำเภอ ๒.พัฒนาระบบตรวจสอบข้อมูลHDC ให้คำปรึกษาพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และ สะท้อนข้อมูลให้หน่วยบริการ	๑.ศูนยอนามัยสนับสนุน ขอมูลการวางแผน การดำเนินการสุมสำรวจขอมูลสุขภาพชองปากระดับจังหวัด/อำเภอ เพื่อเฝาระวัง ทันตสุขภาพ ๒.ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้สะดวกต่อการใช้งาน

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๕.ระบบกำกับติดตามงานระดับอำเภอไม่มีประสิทธิผล (Effective)	พัฒนากลไกระดับอำเภอ (ทันตแพทย รพ.แมขาย และ คปสอ.) ในการกำกับติดตามงานของหน่วยบริการในพื้นที่ รวมทั้งปรับระบบบริการเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. ส่วนกลางควรประสานความร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อประกาศนโยบายอาหารและเครื่องดื่มในสถานศึกษาที่เอื้อต่อสุขภาพดี และประกาศนโยบายซ้ำทุกต้นปีการศึกษา

๒. ส่วนกลางควรมีการใช้สื่อสาธารณะสร้างกระแส ปรับค่านิยมของคนในสังคมให้ดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

๓. ประเด็นการตรวจราชการ ควรมีความชัดเจน และต่อเนื่องกันในแต่ละปี เพื่อจังหวัดจะสามารถวางแผนการทำงานได้อย่างเหมาะสม

๔. ส่วนกลางควรมีการจัดทาแนวทาง/คู่มือ/มาตรการ ที่ชัดเจน เพื่อใช้สาหรับการดูแล ช่วงวัยต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

๕. ควรมีการจัดอบรม CUP Manager สำหรับทันตบุคลากรรุ่นใหม่ รวมทั้งมีการเสริมศักยภาพคนเดิม อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทางานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

๖. การเพิ่มความก้าวหน้าของทันตาภิบาล รวมทั้งเพิ่มการบรรจุเป็นข้าราชการของทันตาภิบาลที่เรียน ๔ ปี

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน โรงพยาบาลพุทธชินราช , รพ.สต.หัวรอ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

๒. โครงการต้นแบบ ตำบลฟันดี เด็ก ๐-๓ ปี ไม่มีฟันผุ เขตสุขภาพที่ ๑

๓. งานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ๐-๓ ปี อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี

๔. โครงการฟันดี วิถีกำปง อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส

๕. พัฒนาศักยภาพ อสม.รักฟน หรือ อสม.เชี่ยวชาญดานทันตสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี

๖. รูปแบบบริการสงเสริมปองกันสุขภาพชองปากเด็กอายุ ๐-๒ ปเชิงรุกในเขตเทศบาล ตำบลสามชุก

๗. การดำเนินงานตำบลสงเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปสุขภาพดี ตำบลกระเสียว อำเภอสามชุก บูรณาการงาน “๓ ดี” พัฒนาการดี หุนดี ฟนดี

๘. โครงการโรงเรียนในฝนดานทันตสุขภาพ จังหวัดสุพรรณบุรี

๙. เครือข่ายเด็กไทยเด็กฟันดีระดับประเทศ ปี ๒๕๕๙ ระดับยอดเยี่ยม อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ระดับดีมาก อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น และระดับดี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

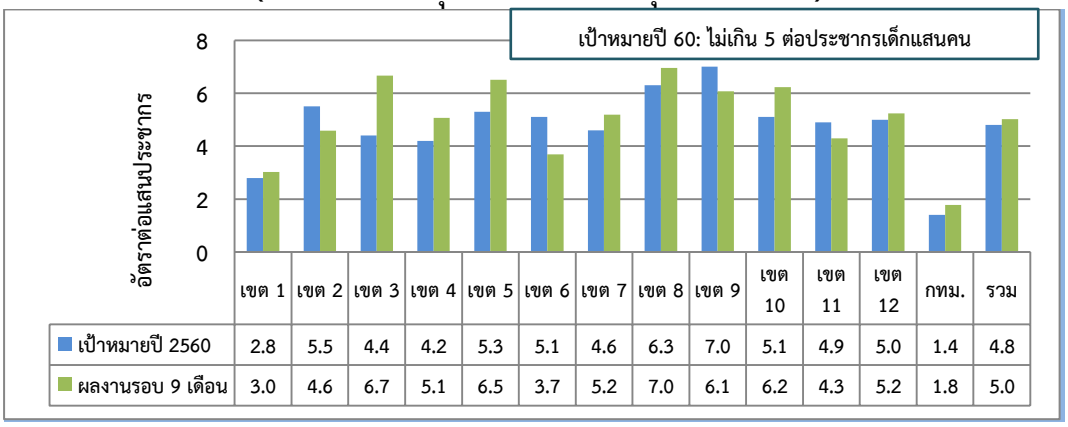
ตัวชี้วัด : ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี

ผลการดำเนินงานรอบ ๙ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐)

จากข้อมูลการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงมิถุนายน ๒๕๖๐ (๙ เดือน) โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีทั่วประเทศเท่ากับ ๕ ต่อประชากรเด็กแสนคน ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิต

เท่ากับค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐ เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเกือบทุกเขตสูงเกินกว่าค่าเป้าหมายของแต่ละเขต ยกเว้นเขตสุขภาพที่ ๒,๖,๙ และ ๑๑ ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (รูปที่ ๑)

รูปที่ ๑ อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีต่อประชากรเด็กแสนคน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ไตรมาสที่ ๓ : ตุลาคม ๒๕๕๙ –มิถุนายน ๒๕๖๐) จำแนกรายเขต



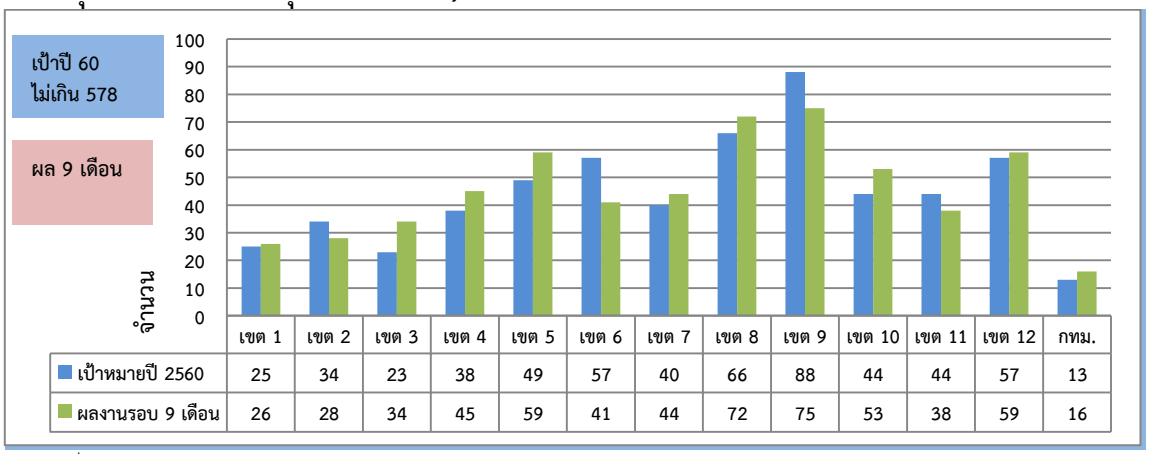
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	กทม.	รวม
เป้าหมายปี 2560	2.8	5.5	4.4	4.2	5.3	5.1	4.6	6.3	7.0	5.1	4.9	5.0	1.4	4.8
ผลงานรอบ 9 เดือน	3.0	4.6	6.7	5.1	6.5	3.7	5.2	7.0	6.1	6.2	4.3	5.2	1.8	5.0

ที่มา : สำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

รวมรวมและวิเคราะห์โดย : กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๑ กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ข้อมูลเบื้อต้น ณ วันที่ ๑๑ ส.ค.๖๐

เมื่อวิเคราะห์เป็นจำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า๑๕ ปี ซึ่งปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ได้กำหนดเป้าหมายไว้ไม่เกิน ๕๗๘ คน พบว่าเพียง ๙ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงมิถุนายน ๒๕๖๐) มีเด็กเสียชีวิตเท่ากับ ๕๙๐ คน ซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมาย ๑๒ คน ทั้งนี้เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพพบว่าจำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเกือบทุกเขตสูงเกินกว่าค่าเป้าหมายของแต่ละเขต ยกเว้นเขตสุขภาพที่ ๒, ๖, ๙ และ ๑๑ ที่มีจำนวนการเสียชีวิตต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (รูปที่ ๒)

รูปที่ ๒ จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๐(ไตรมาสที่ ๓ : ตุลาคม ๒๕๕๙ –มิถุนายน ๒๕๖๐) จำแนกรายเขต



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	กทม.
เป้าหมายปี 2560	25	34	23	38	49	57	40	66	88	44	44	57	13
ผลงานรอบ 9 เดือน	26	28	34	45	59	41	44	72	75	53	38	59	16

ที่มา : สำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

รวบรวมและวิเคราะห์โดย : กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๑ กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ข้อมูลเบื้อต้น ณ วันที่ ๑๑ ส.ค.๖๐

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

๑) การดำเนินงาน ๒) ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ๓) ระบบข้อมูล

๔) การติดตามประเมินผล ๕) งบประมาณ

ปัญหาอุปสรรค

ประเด็น	รายละเอียด
๑. การดำเนินงาน	- การจัดทำรายงานสอบสวนยังไม่นำสู่การแก้ไขหรือกำหนดมาตรการตามกลไกทีมผู้ก่อการดี - การเชื่อมเครือข่ายงานจมน้ำยังมีข้อจำกัดด้านการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง การบูรณการหลักสูตรการเรียนการสอน การจัดการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการสร้างทีมผู้ก่อการดีเพิ่ม - หลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดยังมีข้อจำกัดด้านการสอนทักษะเด็กที่ยั่งยืน (ไม่เป็นหลักสูตรภาคบังคับ) - ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งให้ความสำคัญน้อยและขาดความร่วมมือ จากเครือข่าย - สถานที่ฝึกสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดมีน้อย และอยู่ไกลไม่สะดวก - พื้นที่ที่เป็นแหล่งน้ำเสี่ยงมีจำนวนมากและผู้ปกครองดูแลไม่ทั่วถึง
๒. ด้านการสื่อสารความเสี่ยง	- สื่อการสอนไม่เพียงพอ - การดูแลภายในครอบครัวการเป็นชุมชนเมือง และภาวะเศรษฐกิจ อาจทำให้ขาดความตระหนักรู้เรื่องดังกล่าวโดยเฉพาะพื้นที่ที่ไม่เคยเกิดเหตุการณ์
๓. ระบบข้อมูล	- พื้นที่ขาดการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพในการหาปัจจัย สาเหตุ และความสัมพันธ์ของการตาย แล้วนำไปใช้ในการวางแผน
๔. การติดตามประเมินผล	- พื้นที่ขาดการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ของมาตรการการดำเนินงาน และขาดการประเมินเชิงคุณภาพ
๕. งบประมาณ	- ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร

<u>ด้านนโยบาย</u>

- ให้ขับเคลื่อนงานป้องกันเด็กจมน้ำร่วมกับDHS และอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง
- ควรมีการชี้แจงและทำความเข้าใจและผลักดันการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายอื่นร่วมด้วย
  - ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการให้พัฒนา ๑ training center ต่อ ๑ อำเภอ ในการสอนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด และเป็นแหล่งเรียนรู้ร่วมกันโดยมีชุมชน โรงเรียนและแหล่งน้ำต้นแบบ
  - ร่วมกับกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงศึกษาธิการ บูรณาการร่วมกันเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการสร้างทีมผู้ก่อการดี
  - ควรผลักดันทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ให้เป็นหลักสูตรในการเรียนการสอนขั้นพื้นฐาน เช่น ประถมศึกษา เนตรนารี

<u>เกณฑ์การประเมินทีมผู้ก่อการดี</u>

- ปรับเกณฑ์การประเมินทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง จากเดิม ให้ศูนย์เด็กเล็กฯ ดำเนินการ ๓ แห่ง/อำเภอ เพิ่มเป็น ๕ แห่ง/อำเภอ หรือตามบริบทของพื้นที่ หรือร้อยละ ๓๐ ของอำเภอในจังหวัด
- ปรับเกณฑ์ทีมผู้ก่อการดีในองค์ประกอบด้านการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ควรให้สะสมผลงานได้ (จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี/ประชาชน) ที่ผ่านการเรียนการสอน

<u>การสื่อสารความเสี่ยง</u>

- เพิ่มการสื่อสารความเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์ให้เข้มข้น ต่อเนื่องและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

<u>การพัฒนาคน</u>

- สร้างและพัฒนาแกนนำเด็กสอนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด เพื่อเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ (ลดความกลัว)ในกลุ่มเด็กวัยใกล้เคียงกัน

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- ต้นแบบแหล่งน้ำเพื่อการท่องเที่ยวปลอดภัยคืออ่างเก็บน้ำตามแนวพระราชดำริห้วยตึงเฒ่า จังหวัดเชียงใหม่
- ทีมผู้ก่อการดีตำบลดอนแก้วอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่เป็น training center ระดับเขต
- สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่สวนสาธารณะริมหาดแม่น้ำน่านและพื้นที่ในกำกับดูแลเพื่อป้องกันการจมน้ำในจังหวัดอุตรดิตถ์
- ปืนยิงห่วงยางช่วยชีวิต (ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลเกาะช้างกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดตราด)
- โปรแกรมรายงานการเสียชีวิตจากการตกน้ำจมน้ำออนไลน์ในจังหวัดอุดรธานี
- สิ่งประดิษฐ์อื่นๆ เช่น แพมะพร้าว (อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร) แพขวดน้ำพลาสติก (อำเภอโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร) เสื้อชูชีพทำด้วยขวดน้ำพลาสติก (อำเภอปากโทก จังหวัดพิษณุโลก) เสื้อชูชีพจากวัสดุเหลือใช้ที่มีในชุมชน (ตำบลท่าข้าม จังหวัดฉะเชิงเทรา) กะลอไม้ไผ่ใช้ตีเรียกคนมาช่วยเวลาตกน้ำ (อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ)

ข้อเสนอแนะจากส่วนกลาง

- เนื้อหาบางส่วนของหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดมีบรรจุอยู่ใน “กิจกรรมลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้”
- นวัตกรรมเกี่ยวกับสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ ที่ถูกพัฒนาขึ้น ควรมีการศึกษา ทดสอบ และประเมินเชิงคุณภาพโดยเฉพาะด้านความปลอดภัย ก่อนนำไปใช้งานจริง เพื่อให้ไม่เกิดอันตราย ขณะถูกนำไปใช้งาน

๑.๑.๓ วัยรุ่น

ตัวชี้วัด : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๔๒ ต่อพันประชากร

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) และการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

๒. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

๓. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด

สถานการณ์

เนื่องจากสถานการณ์การตั้งครรภ์ในประเทศไทยไม่มีข้อมูลอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ดังนั้นจึงใช้อัตราการคลอดมีชีพของวัยรุ่นเพื่อสะท้อนถึงสถานการณ์ปัญหา โดยอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี หมายถึง การคลอดมีชีพของมารดาวัยรุ่นหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ได้นำข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยมาวิเคราะห์จำแนกรายเขตสุขภาพ เป้าหมายการดำเนินงานใน พ.ศ. ๒๕๖๐ ไม่เกิน ๔๒ ต่อพันประชากร

อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์นั้น ต้องใช้เวลาในการตรวจสอบและประมวลผลจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งต้องรอให้มีการประกาศจำนวนประชากรกลางปี (ประมาณเมษายน- พฤษภาคมของปีถัดไป) จึงเป็นข้อมูลย้อนหลัง ๑ ปี โดยข้อมูลอย่างเป็นทางการจะสามารถวิเคราะห์ได้ประมาณเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม ในปีถัดไป ดังนั้นในการตรวจราชการทั้งในรอบที่ ๑ และ รอบที่ ๒ เขตสุขภาพส่วนใหญ่จึงใช้ข้อมูลอัตราการคลอดจากระบบ Health Data Center (HDC) ในการรายงานข้อมูลสถานการณ์คลอดของวัยรุ่น ซึ่งข้อมูลที่ได้จากระบบ HDC มีความแตกต่างเป็นอย่างมากกับข้อมูลจาก

ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ทั้งจากแหล่งที่มาของข้อมูลส่วนใหญ่ที่บันทึกได้เฉพาะผู้มารับบริการในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และการขาดข้อมูลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนั้นสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย จึงได้มีการปรับ (adjusted) ข้อมูลกับอัตราการคลอดที่ได้จากฐานทะเบียนราษฎร์ที่มีความครอบคลุมในการบันทึกการเกิดมีชีพในประเทศมากกว่า เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากระบบ HDC โดยอัตราการคลอดของหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จำแนกรายเขตสุขภาพ มีดังต่อไปนี้

เขตสุขภาพ	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	
	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (ข้อมูลอัตราคลอด พ.ศ. ๒๕๕๙)	**HDC** (adjusted) รอบ ๙ เดือน (มิถุนายน ๒๕๖๐)
เขตสุขภาพที่ ๑	๓๔.๑	๒๙.๖
เขตสุขภาพที่ ๒	๔๓.๔	๓๙.๘
เขตสุขภาพที่ ๓	๔๔.๖	๓๐.๙
เขตสุขภาพที่ ๔	๔๓.๙	๔๐.๒
เขตสุขภาพที่ ๕	๕๐.๕	๔๖.๒
เขตสุขภาพที่ ๖	๕๒.๖	๔๘.๒
เขตสุขภาพที่ ๗	๓๖.๙	๓๐.๗
เขตสุขภาพที่ ๘	๔๓.๒	๓๔.๔
เขตสุขภาพที่ ๙	๔๓.๕	๓๔.๑
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๓๙.๓	๒๗.๙
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๔๕.๘	๔๐.๗
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๓๗.๐	๓๔.๗
กรุงเทพมหานคร	๓๗.๗	-
รวม	๔๒.๕	๓๖.๖

นอกจากนี้สถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ทุกเขตสุขภาพอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ ๑๐) โดยรวมแล้วพบร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำเฉลี่ย ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๓ ร้อยละ ๑๗.๑ โดยที่ปัญหาสำคัญเกิดจากการไม่ได้รับบริการคุมกำเนิด โดยเฉพาะการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้ง ที่พบว่าร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีหลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร เท่ากับ ร้อยละ ๖๔.๐ ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐) ส่วนการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นตามเกณฑ์มาตรฐาน Youth Friendly Health Service (YFHS) พบว่าร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS เท่ากับ ๗๘.๗๖ และร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ เท่ากับ ๖๗.๙

ในการการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดซึ่งเป็นกลไกการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด มีการแต่งตั้งคำสั่งคณะอนุกรรมการฯ จำนวน ๕๗ จังหวัด และมีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการฯ จำนวน ๓๗ จังหวัด (ข้อมูล ณ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	เขต (ข้อมูล ณ วันตรวจราชการ)												ภาพรวมประเทศ (ข้อมูล ณ สิ้นสุดเดือนมิถุนายน ๒๕๖๐
			๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	
๑.	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	ไม่เกิน ๔๒/ปชก.หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑๐๐๐ คน	๓๔.๑	๔๓.๔	๔๔.๖	๔๓.๙	๕๐.๕	๕๒.๖	๓๖.๙	๔๓.๒	๔๓.๕	๓๙.๓	๔๕.๘	๓๗.๐	๔๒.๕ (อัตราการคลอดจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)
๒.	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	ไม่เกินร้อยละ ๑๐	๑๕.๕	๑๖.๓	๑๔.๒	๑๙.๐	๑๘.๗	๒๐.๕	๑๔.๕	๑๔.๕	๑๕.๕	๑๓.๙	๒๐.๙	๒๐.๓	๑๗.๑
๓.	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีหลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๔๗.๒	๓๙.๑	๗๐.๖	๖๙.๗	๖๙.๐	๗๖.๙	๖๙.๘	๔๙.๒	๗๐.๘	๓๙.๐	๖๑.๘	๕๓.๘	๖๔.๐
๔.	ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.กระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานYFHS	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๙๐.๘	๗๓.๙	๔๒.๖	๙๑.๔	๖๒.๑	๙๑.๓	๙๖.๙	๙๓.๘	๘๔.๑	๘๕.๙	๖๘.๔	๔๖.๘	๗๘.๘
๕.	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	๗๓.๘	๖๓.๘	๓๑.๕	๘๔.๓	๒๕.๘	๖๘.๑	๙๘.๗	๙๐.๘	๖๑.๔	๘๕.๗	๖๘.๙	๔๐.๓	๖๗.๙

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

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
๑. การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	- การขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด - นโยบายการให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)	- การป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่น ขาดการบูรณาการการทำงานของกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด - จังหวัดไม่เข้าใจชัดเจนในเรื่องการแต่งตั้งและการจัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด - จังหวัดขาดความเข้าใจในบทบาทการดำเนินงานในฐานนะเป็นเลขาคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๙ และยังไม่ได้ประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฯ ตาม พรบ.ฯ - นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ถ่ายระดับลงสู่ผู้ปฏิบัติยังไม่ชัดเจนและครอบคลุม เช่น การชี้แจง Small success	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) ภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยอยู่ระหว่างการจัดพิมพ์ยุทธศาสตร์ฯ เพื่อชี้แจงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกจังหวัด - มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ๓๓ จังหวัด - มีการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด จำนวน ๒๖ จังหวัด - มีการทำหนังสือแจ้งคำสั่งของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพื่อชี้แจงให้ทุกจังหวัดรับทราบ
๒.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	- การใช้ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ในการติดตามสถานการณ์ - การจัดการระบบข้อมูลการติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ การคลอด	- ข้อมูลการให้บริการใน HDC กับข้อมูลการให้บริการจากสถานบริการไม่ตรงกัน - การเข้าไม่ถึงข้อมูลของบุคลากรด้านสาธารณสุข ในนักเรียนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและนักเรียนที่อยู่ในภาวะที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ	- มีการกำหนด template ตัวชี้วัดที่ร่วมกับผู้รับผิดชอบระบบฐานข้อมูล HDC ของกรมอนามัย เพื่อปรับปรุงแก้ไขความสมบูรณ์ของระบบการ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
	และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งในวัยรุ่น		รายงาน - มีระบบการตรวจสอบและแจ้งปัญหาที่พบจากระบบ HDC ให้ผู้รับผิดชอบในการดูแลระบบ HDC - มีระบบเฝ้าระวังด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (การเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย) โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
๓.พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	- การจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service: YFHS) - การดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ - การส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ในหญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี หลังคลอดหรือหลังแท้ง	- รพ.ที่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานคลินิกวัยรุ่นและอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์พัฒนางานไม่ต่อเนื่อง - นโยบายในการให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอด / แท้ง โดยเฉพาะก่อนออกจากโรงพยาบาล ขึ้นกับนโยบายผู้บริหารแต่ละหน่วยงาน - โรงพยาบาลหลายแห่งไม่มีการสำรองเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรให้เพียงพอและพร้อมสำหรับการให้บริการ เมื่อมีวัยรุ่นที่ต้องการรับบริการจึงไม่สามารถให้บริการได้ทันที ทำให้เสียโอกาสในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มวัยรุ่น - ขาดแคลนบุคลากรผู้ให้บริการวางแผนครอบครัว	- มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น โดยมี รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐาน YFHS ร้อยละ ๗๘.๗๖ - วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงบริการสุขภาพและสุขภาพทางเพศได้หลากหลายรูปแบบมากขึ้น - มีเครือข่ายการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการประสานการดำเนินงานระหว่างสถานบริการสาธารณสุข ครอบครัว /ชุมชน และสถานศึกษาตามโครงการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ ๖๗.๙ - มีแผนการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
			วัยรุ่นระดับจังหวัด/อำเภออย่างเป็นระบบและรอบด้าน - มีการจัดอบรมการให้บริการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีกึ่งถาวรให้แก่พยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกปี
๔.ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ	- การร่วมมือระหว่าง กรม กระทรวง อปท. ชุมชน ตลอดจนหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกลุ่มวัยรุ่น	- วัยรุ่นหญิงหลังคลอด/หลังแท้ง ขาดความตระหนัก เพราะไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ส่งผลให้ไม่ได้คุมกำเนิดหลังคลอดหรือแท้ง - การป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่น ขาดการบูรณาการการทำงานของกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด - ผู้นำท้องถิ่น ไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต - สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อการรับรู้ของวัยรุ่นและพฤติกรรมเลียนแบบในทางที่ไม่เหมาะสม	- ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์และปัญหาพฤติกรรมมีแนวโน้มลดลง - มีการดำเนินงานโครงการส่งเสริมบทบาทของ อปท.ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การดำเนินงานตามกระบวนการเชิงยุทธศาสตร์ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ และความยั่งยืน

Partner	- มีการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ภายใต้ พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น และมีการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ - คณะทำงานแต่ละกระทรวงหลักที่รับผิดชอบมีการผลักดันการขับเคลื่อนงานวัยรุ่นให้เข้มแข็งและมีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม - บุคลากรและภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบงานมีความรู้และเข้าใจปัญหา มีจิตสาธารณะ มุ่งมั่นทำงานร่วมมือการดำเนินงานอย่างเต็มที่
Invest	- ผู้บริหารเห็นความสำคัญ สนับสนุน มีโครงสร้างและกลไกการขับเคลื่อนงานทุกระดับที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และติดตามการดำเนินการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน - ภาครัฐสนับสนุนวิชาการ - โรงเรียนและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน - ได้รับสนับสนุนงบประมาณจาก สสส.
Regulations	- มีกลไกการขับเคลื่อนงานภายใต้ พรบ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น และมีการติดตามประเมินผล - มีการใช้มาตรฐานคุณภาพในการพัฒนางาน - มีมาตรการการบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ - จังหวัดมีการติดตามการดำเนินงาน

Advocacy	- จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์รณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ - ผลิตสื่อที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย - เพิ่มช่องทางในการสื่อสารให้มีความหลากหลายและเหมาะสม
Building Capacity	- มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และเครือข่ายทุกภาคส่วน - มีระบบส่งต่อวัยรุ่นที่เผชิญปัญหาร่วมกันระหว่างสถานศึกษาและหน่วยบริการสาธารณสุข โดยมีระบบ/ขั้นตอนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑.การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	- การบูรณการการแก้ไขปัญหาในวัยรุ่นร่วมกันหน่วยงานและเครือข่ายยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน - ความไม่ชัดเจนในการแต่งตั้งและการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด	- จังหวัดจัดประชุมคณะอนุกรรมการ เพื่อขับเคลื่อน พรบ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด - เน้นประชาสัมพันธ์ พรบ. ฯ ให้กับสถานบริการสาธารณสุขรับทราบและดำเนินการ - จังหวัด ติดตาม สนับสนุนและพัฒนาโรงพยาบาลและอำเภอให้ผ่านมาตรฐาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์	- ขอให้ส่วนกลางชี้แจงแนวทางดำเนินงานในฐานะเลขานุการภายใต้ พรบ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี ๒๕๕๙ ให้ชัดเจน - ผู้บริหารทุกระดับ และผู้ปฏิบัติงานต้องรู้เท่าๆกัน และเดินหน้าทำงานไปด้วยกันทั้งหมด (ให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง ทำให้เป็นนโยบายระดับต่างๆ) - ชี้แจงการดำเนินงานตามมติคณะกรรมการให้ชัดเจน - การติดตามผลการขับเคลื่อนถ่ายทอดกฎกระทรวง - สนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ
๒. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	- ข้อมูลในระบบ HDC ไม่ตรงกับข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาล - ขาดข้อมูลในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในพื้นที่วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มด้อยโอกาสในพื้นที่ เพื่อใช้ในวางแผน และติดตามผลการดำเนินงานการดำเนินงาน	- สสจ. ควรมีบทบาทในการแจ้งไปยังสถานบริการระดับต่างๆ ที่มีการรายงานข้อมูลในระบบ HDC ตรวจเช็คความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลในระบบที่ปรากฏ - ในกรณีที่พบข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ต้องแจ้งไปยัง สสจ. เพื่อประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปรับปรุงแก้ไขต่อไป - จังหวัดควรให้ความสำคัญและกำหนดแผนงานโครงการเพื่อศึกษาวิจัยและเฝ้าระวังในด้าน	- มีหน่วยงานกลางเพื่อเป็นแกนหลักเรื่องระบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการหารือร่วมกับเจ้าภาพตัวชี้วัดเพื่อพัฒนาระบบรายงานให้ครบถ้วนสมบูรณ์ - กำหนดแผนการชี้แจงให้จังหวัดและผู้เกี่ยวข้องทราบและเข้าใจตรงกันในระบบฐานข้อมูลการรายงานอัตราการคลอดจากแหล่งต่างๆ ที่มีอยู่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
		พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น - ควรมีการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การทำ case management ใช้กระบวนการ counseling ศึกษาวิจัย R๒R เพื่อหาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของแต่ละพื้นที่ เพื่อหาแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่	
๓. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	- การตั้งครรภ์ซ้ำสูง ให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร(ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)น้อย - โรงพยาบาลไม่มีการสำรองเวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวร.	- ควรมีการประชาสัมพันธ์ประโยชน์ของการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรในภาพกว้างทางสื่อโทรทัศน์ - ผลักดันนโยบายผ่านคณะกรรมการ MCH board ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เน้นการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในมารดาวัยรุ่น - โรงพยาบาลควรมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์สำรองไว้เพื่อให้บริการมารดาวัยรุ่นที่สมัครใจในการคุมกำเนิดกึ่งถาวร - ปรับระบบการให้บริการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ให้คุมกำเนิดหลังคลอดทันที หรือภายใน ๔๒ วันหลังคลอด ทั้งแบบกึ่งถาวร หรือแบบถาวร หรือวิธีชั่วคราวก่อนกลับบ้าน ไม่รอนัดครั้งหน้า ซึ่งอาจทำให้ผู้รับบริการเปลี่ยนใจ	- กำหนดมาตรการเพื่อให้ รพ.มีการสำรองเวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวรให้พร้อมสำหรับให้บริการได้ทันที - กำหนด และสนับสนุนบทบาทของ สสจ. ในการกำกับติดตามระบบการสำรองเวชภัณฑ์คุมกำเนิดของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ
๔. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ	- การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพดำเนินงานได้ในบาง setting ยังไม่สามารถ	- การบูรณาการร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการในการส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถี	- การกำกับติดตามกลไกการบูรณาการร่วมกันระหว่างกระทรวง และหน่วยงานที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
	ดำเนินงานได้ครอบคลุมวัยรุ่นในทุกกลุ่มวัย - วัยรุ่นตั้งครรภ์บางรายมีความพร้อมในการตั้งครรภ์ต่อ/ประเพณีที่ยึดถือปฏิบัติ เช่น ชาวไทภูเขา	ศึกษา ทักษะชีวิต แก่วัยรุ่นในสถานศึกษา - การค้นหาวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงกลุ่มด้อยโอกาส เพื่อดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย - เน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในการคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอด โดยเฉพาะการคุมกำเนิดกึ่งถาวรซึ่งสามารถคุมกำเนิดได้นานกว่าคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว เพื่อเว้นระยะการตั้งครรภ์	เกี่ยวข้องในการกำหนดมาตรการกลไกการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาพทางเพศให้แก่วัยรุ่นอย่างคลอบคลุมรอบด้าน และไม่ซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน
๕. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของครอบครัว ชุมชน	- ครอบครัวปัจจุบัน พ่อแม่มีเวลาดูแลลูกน้อยลง ส่งผลขาดความใกล้ชิดกับลูก - อปท.บางแห่งไม่ให้ความสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมด้านคุณภาพชีวิตของประชาชน	- การสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานเรื่องเพศคุยได้ เพื่อให้พ่อแม่ผู้ปกครองสามารถพูดคุยและให้คำปรึกษาลูกวัยรุ่นได้ - บูรณาการการทำงานร่วมกับ MCH board เพื่อหาแนวร่วมในการทำงาน และ พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร่วมกับงานอนามัยแม่และเด็ก(เพื่อลดภาวะเสี่ยงในแม่วัยรุ่น LBW, Anemia)	- การส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างวัยรุ่นและครอบครัว - การสนับสนุนบทบาทของ อปท.ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

<u>การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร</u>

๑. บุคลากรสาธารณสุข ให้ความรู้ทักษะการให้คำปรึกษาวัยรุ่น/ทักษะการให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัย) ให้ความรู้/ทักษะการเป็นวิทยากร การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานวัยรุ่นระดับจังหวัด

๒. แกนนำชมรม/ภาคประชาชน ให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์/ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่/การจัดค่ายพ่อแม่และค่ายเยาวชน

<u>การบริหารจัดการ การดำเนินงานวัยรุ่นระดับจังหวัด</u>

๑. ควรมีการบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน

๒. ส่งเสริม/สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน/จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด

๓. เพิ่มการนิเทศกำกับติดตามการดำเนินงานในพื้นที่เป้าหมายที่เป็นปัญหา

๔. ดำเนินมาตรการในการลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างจริงจัง ในการกำกับติดตามการสำรองเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ให้เพียงพอและพร้อมสำหรับให้บริการได้ทันที

๕. มีการปรับทัศนคติผู้ให้บริการ และการสร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

ระบบข้อมูล

๑. วางแผนพัฒนาระบบข้อมูลให้น่าเชื่อถือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหาวัยรุ่น

๒. กำหนดกรอบการประชุมเรื่องระบบข้อมูลระหว่างเจ้าภาพตัวชี้วัดและผล

๓. สนับสนุน หรือจัดทำสื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เช่น Social media โฆษณาทาง TV, สปอตวิทยุ เป็นต้น

การพัฒา Model

๑. พัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบทีจัดตั้งคลินิกให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน YFHS ในสถานบริการทุกระดับ (รพท. , รพช. , รพ.สต.)

๒. พัฒนาต้นแบบการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

เขต ๒

จังหวัดอุตรดิตถ์ มีการส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน จัดทำโครงการการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น “STOP TEEN MOM” ปี ๒๕๖๐ โดยการจัดประกวดคลิปวีดีโอ “ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น” STOP TEEN MOM ปี ๒๕๖๐ “อนาคตสดใส ร่วมสร้างประเทศภัย ป้องกันภัย ท้องในวัยรุ่น จังหวัดอุตรดิตถ์ " ปี ๒ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมในภาพกว้าง และมีการขยายผลการดำเนินงานในช่องทางแฟนเพจ UTT STOP TEEN MOM

เขต ๔

- จังหวัดนครนายก การพัฒนากระบวนการสอนเพศศึกษาและกระเป๋าคุณชูต่อยอด จากกิจกรรมเดิม ของโรงพยาบาลบ้านนา

- กรีนการ์ด สำหรับวัยรุ่น ของจังหวัดอ่างทอง เพื่อเพิ่มช่องทางด่วนสำหรับวัยรุ่นที่เข้าใช้บริการ

- อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี เป็นอำเภอที่มีผลลัพธ์การขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์เต็มรูปแบบ โดยมีเครือข่าย โรงเรียน อปท. ชุมชน จิตอาสา และภาคเอกชน

เขต ๕

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

- หลักสูตรการสื่อสารในครอบครัว และการเสริมพลังครอบครัว
- การผลักดันกลไกการทำงานระดับอำเภอ จนเป็นโมเดลระดับจังหวัดของอำเภอบางสะพาน
- เขาล้านโมเดล พื้นที่สร้างสรรค์และการทำงานกับเยาวชนนอกสถานศึกษา

เขต ๖

- ศูนย์บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชน ตำบลยายร้า อำเภอท่าใหม่ เป็นต้นแบบอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ (จันทบุรี)

- อำเภอลิขสิทธิ์อนามัยการเจริญพันธุ์ อำเภอมะขาม (จันทบุรี)

- มีต้นแบบจัดทำธรรมนูญตำบลเยาวชนกล้าทำดีบูรณาการกับตำบลจัดการสุขภาพในพื้นที่อำเภอละ ๑ ตำบล (ปราจีนบุรี)

- มีการพัฒนาเยาวชนลูกกตัญญูต่อยอดความรู้การแพทย์แผนไทย ดูแลผู้ป่วย LTC เรียกว่า Teen Ranger (ปราจีนบุรี)

- ศูนย์เยาวชน LAMPS TEEN CENTER (ชลบุรี)

- รูปแบบการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (ผลิตสื่อรักได้ แต่ให้ปลอดภัย/นิทรรศการมีชีวิต/รณรงค์รักได้ แต่ให้ปลอดภัยในวันวาเลนไทน์) (ระยอง)

- มีจุดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นในระดับพื้นที่นำร่องใน รพ.สต. โรงเรียน และ อบต. (ฉะเชิงเทรา)

- การดำเนินงานแบบบูรณาการภายใต้ ๔ ดี วิถีพอเพียง (สระแก้ว)

<u>เขต ๗</u>

จังหวัดกาฬสินธุ์

- รูปแบบชุมชนเข้มแข็งบ้านหนองแข้ อำเภอกุฉินารายณ์
- การใช้กลไกการขับเคลื่อนเชิงบูรณาการผ่านโครงการ “โรงเรียน ๓ ดี เด็กดี สุขภาพดี ปัญญาดี”
- ชุมชนต้นแบบ เยาวชนคนดี TO BE NUMBER ONE ไม่ดื่ม ไม่เสพ ไม่ท้อง

จังหวัดร้อยเอ็ด

- หลักสูตร วัยรุ่น วัยใส ไม่เสพ ไม่ท้อง และครอบครัวอบอุ่นต้นแบบ
- ศูนย์เรียนรู้ TO BE NUMBER ONE ต้นแบบในโรงเรียนมัธยมศึกษา เชื่อมต่อกับคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น

จังหวัดขอนแก่น และ มหาสารคาม

กำลังดำเนินโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ครอบคลุมทุกมิติ ตาม ๙ ภารกิจที่กำหนด (ของ สสส.)

<u>เขต ๘</u>

- จังหวัดนครพนม อำเภอบ้านแพง วิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์
- จังหวัดหนองคาย อำเภอโพนพิสัย “กุดบงโมเดล” เด่น OHOS และ Teen PATH
- จังหวัดเลย วัยรุ่นเลยหัวใจ Strong ไม่แทง ไม่ท้อง ไม่แท้ง ไม่ทิ้ง ก๋อ
- จังหวัดอุดรธานี UD Model การพัฒนาศักยภาพทักษะชีวิตและเสริมพลังในวัยรุ่น UD New gen

<u>เขต ๑๑</u>

การพัฒนางานวัยรุ่นของอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีเยาวชนได้มีการช่วยกันใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนท้องถิ่นทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณจนทำให้เกิดความสำเร็จเป็นชุมชนต้นแบบ

<u>เขต ๑๒</u>

- จังหวัดปัตตานี มีการจัดเก็บข้อมูล ผ่านทาง google.doc ทำให้มีข้อมูลที่เป็น real time สามารถนำไปเฝ้าระวังในการดำเนินงานได้

- จังหวัดสงขลา Teen card ของโรงพยาบาลบางกล่ำ ใช้ในการสื่อสาร ทำให้เกิดบริการที่วัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้ง่าย เป็นความลับจึงเกิดความไว้วางใจ

๑.๑.๔ วัยทำงาน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

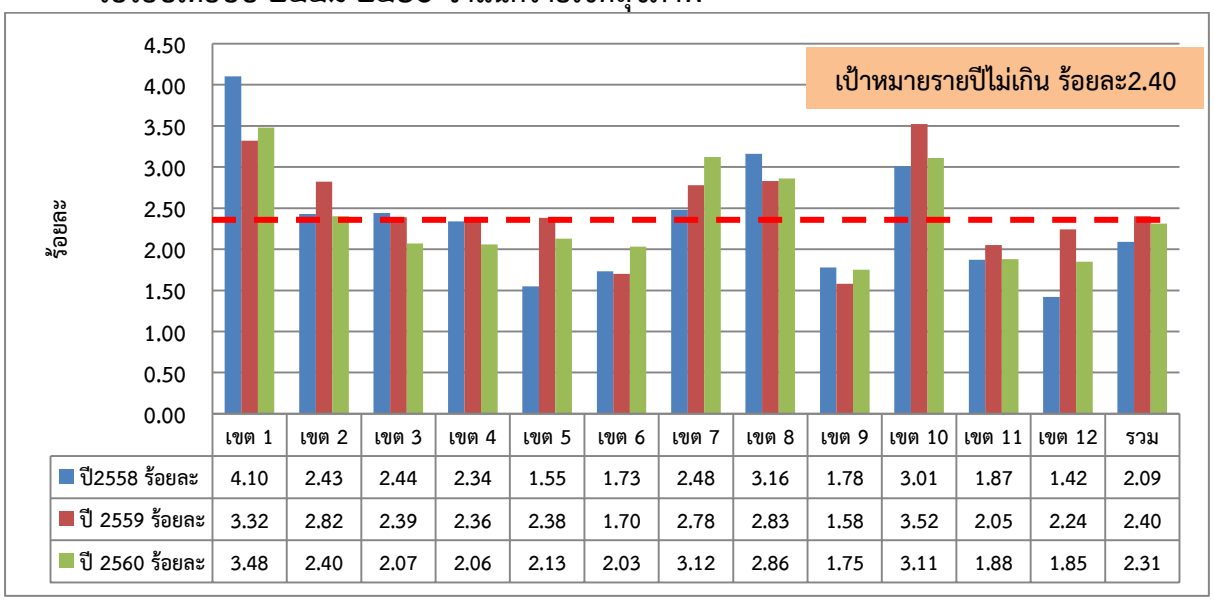
ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

จากข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยอ้างอิงจากระบบ Health data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๐ พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ภาพรวมทั้งประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๑ ซึ่งถือว่าไม่เกินเป้าหมาย (๒.๔๐) ที่กำหนดไว้ เขตที่มีร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ๓ ลำดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ ๙, ๑๒ และ ๑๑ คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๕, ๑.๘๕ และ ๑.๘๘ ตามลำดับ ดังรูปที่ ๑

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ พบว่า เขตสุขภาพที่มีร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่ลดลงรวม ๗ เขต คือ เขตสุขภาพที่ ๒,๓, ๔, ๕, ๑๐, ๑๑ และ ๑๒ สำหรับเขตสุขภาพที่มีร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นรวม ๕ เขต คือ เขตสุขภาพที่ ๑, ๖, ๗, ๘ และ ๙ ดังรูปที่ ๑

รูปที่ ๑ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เปรียบเทียบปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ จำแนกรายเขตสุขภาพ



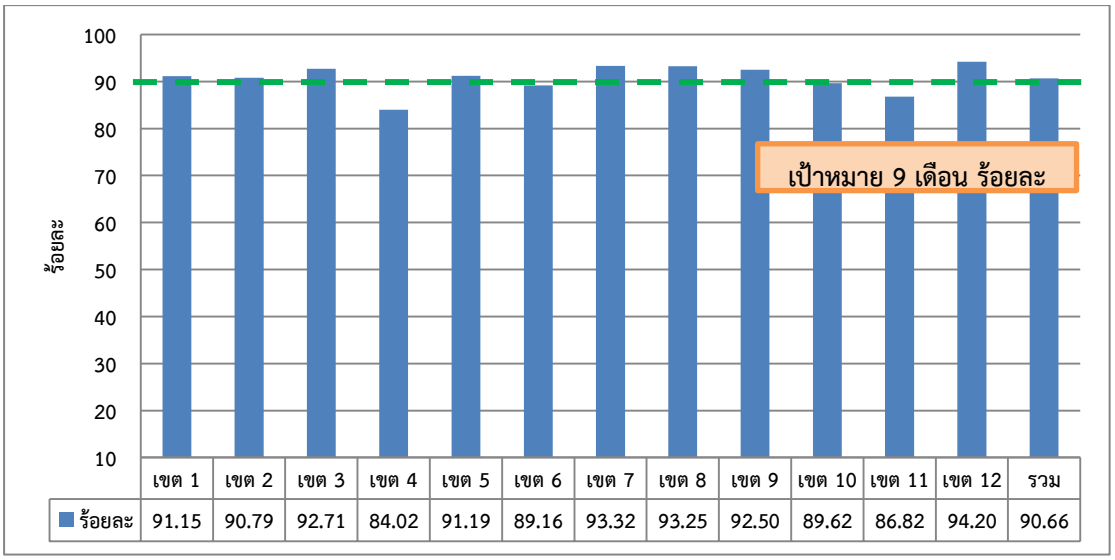
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ปี2558 ร้อยละ	4.10	2.43	2.44	2.34	1.55	1.73	2.48	3.16	1.78	3.01	1.87	1.42	2.09
ปี 2559 ร้อยละ	3.32	2.82	2.39	2.36	2.38	1.70	2.78	2.83	1.58	3.52	2.05	2.24	2.40
ปี 2560 ร้อยละ	3.48	2.40	2.07	2.06	2.13	2.03	3.12	2.86	1.75	3.11	1.88	1.85	2.31

ที่มา : ระบบ HDC ข้อมูล ณ วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๐

ผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ –๘ สิงหาคม ๒๕๖๐

ข้อมูลจากระบบ Health data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๐ พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ภาพรวมประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๙๐ ซึ่งได้ตามค่าเป้าหมาย เมื่อวิเคราะห์รายเขตสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ จำนวน ๘ เขต ดำเนินการได้มากกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด เขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ดีที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๗, ๘ และ ๙ คิดเป็น ร้อยละ ๙๓.๓๒, ๙๓.๒๕ และ ๙๒.๕๐ ตามลำดับ ดังรูปที่ ๒

รูปที่ ๒ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ แยกรายเขตสุขภาพ



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ร้อยละ	91.15	90.79	92.71	84.02	91.19	89.16	93.32	93.25	92.50	89.62	86.82	94.20	90.66

ที่มา : ระบบ HDC ข้อมูล ณ วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๐

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

ประเด็นสำคัญสรุป ๓ ประเด็น ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านระบบข้อมูล และด้านการติดตามประเมินผล

ปัญหาอุปสรรค

ประเด็น	รายละเอียด
๑) ด้านบุคลากร	- ไม่เพียงพอ
	- ขาดทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
	- CM ได้รับการอบรมไม่ครอบคลุม
๒) ด้านระบบข้อมูล	- ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ไม่สอดคล้องกับ HDC
	- ข้อมูล ๔๓ แฟ้มยังมีคุณภาพน้อย (ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา)
	- ขาดการวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์
๓) ด้านการติดตามประเมินผล	- ขาดระบบการติดตามประเมินผลในกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร

ประเด็น	รายละเอียด
๑) ด้านบุคลากร	ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเพิ่มการอบรมระยะสั้น (Collaborative NCDs Nurse : CNN) ให้กับพยาบาลระดับปฐมภูมิ ในประเด็น - การวิเคราะห์ และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลความเสี่ยง - แนวทางและระบบการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดเสี่ยงลดโรค
๒) ด้านระบบข้อมูล	ควรพัฒนาระบบข้อมูล - ปรับปรุงการลงข้อมูลที่ต้นทางให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา - สามารถเชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับ มีการนำข้อมูลที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ และนำมากำกับติดตามประเมินผลในระดับเขตสุขภาพได้
๓) ด้านการติดตามประเมินผล	ควรพัฒนาระบบติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีรูปแบบที่ชัดเจน

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ผลการรวบรวมข้อมูลจากรายงานตรวจราชการ ๒ (ตก.๒) ของแต่ละเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ ๑ เชียงใหม่ มีนวัตกรรม ๒๑ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๒ พิษณุโลก ไม่มีบันทึกรายงาน เขตสุขภาพที่ ๓ นครสวรรค์ มีนวัตกรรม ๑ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๔ สระบุรี มีนวัตกรรม **๒๕** เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๕ ราชบุรี มีนวัตกรรม ๗ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๖ ชลบุรี มีนวัตกรรม ๗ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๗ ขอนแก่นอยู่ระหว่างจัดส่งรายงาน เขตสุขภาพที่ ๘ อุดรธานี มีนวัตกรรม ๕ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๙ นครราชสีมา มีนวัตกรรม ๒ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๑๐ อุบลราชธานี มีนวัตกรรม ๖ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๑๑ นครศรีธรรมราชและเขตสุขภาพ ๑๒ สงขลาไม่มีบันทึกรายงาน โดยมีรายละเอียดรายเขตสุขภาพมีดังนี้

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๑
จังหวัดเชียงใหม่

- โปรแกรมในการตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยตามตัวชี้วัด NCDs ที่จังหวัดกำหนด (CM BIS)
- มีการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงบุคคลต้นแบบ ๓ ตำบล (เชียงดาว/เมืองงาย/นาหวาย) “ The fit อรชรปี ๒”
- รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทักษะการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivational Interviewing: MI) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม

จังหวัดลำพูน

- “Fit For Life” โปรแกรมการให้สุขศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอำเภอเมืองลำพูน
- “สุขภาพดีวิถีธรรม” อำเภอป่าซาง/อำเภอลี้/อำเภอเวียงหนองล่อง
- “สุขภาพดีวิถีพุทธ” อำเภอบ้านธิ
- “บูรณาการสุขภาพองค์รวม” อำเภอบ้านโฮ่ง/อำเภอทุ่งหัวช้าง
- การรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนอำเภอแม่ทา
- การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่อำเภอบ้านโฮ่ง

จังหวัดลำปาง

- การดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับบูรณาการระบบ DHS ของอำเภอเถินและอำเภอแม่พริก

จังหวัดแพร่

- งานศพปลอดเหล้าอำเภอสองเริ่มดำเนินการในปี ๒๕๕๗ – ปัจจุบัน
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ทักษะการ Coaching โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยม อำเภอเมือง
- การสร้างเสริมสุขภาพดีด้วยวิถีรำวงย้อนยุคบ้านโป่งศรี ตำบลบ้านถิ่น อำเภอเมืองแพร่
- เครือข่ายสุขภาพชาวบ้านถิ่นร่วมใจช่วยชุมชนพ้นภัยบุหรี่ อำเภอเมืองแพร่

จังหวัดน่าน

- รูปแบบลดเลิกพฤติกรรมสูบบุหรี่ด้วยกระบวนการ ๘A๑N จังหวัดน่าน
- การบริโภคอาหารอาหาร ๓ สีของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านนาหนุน อำเภอท่าวังผา
- ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบ้านสบขุ่น อำเภอท่าวังผา
- การพัฒนาระบบบริการคลินิก DPAC กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ รพ.สต.บ้านห้วยไฟ-ตะเคียนทอง อำเภอเวียงสา
- การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหมู่บ้านดอนชัย อำเภอทุ่งช้าง

จังหวัดพะเยา

- มีนโยบายสาธารณะได้แก่มาตรการงดบริการอาหารหวานมันเค็มในงานบุญ/งานศพอำเภอเมืองภูกามยาวจุนและภูซาง
- มาตรการลดละเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบมีส่วนร่วมของอำเภอเชียงม่วนปงภูกามยาวดอกคำใต้
- มาตรการลดการเข้าถึงเครื่องปรุงรสหมู่บ้านปลอดโซเดียม ...ร้านชำปลอดของหวานของอำเภอแม่ใจ

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๔

จังหวัดปทุมธานี

- กระเป๋ารสเค็ม เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง ทราบถึงปริมาณโซเดียมที่มีอยู่ในอาหารแต่ละชนิดที่บริโภคอยู่เป็นประจำในชีวิตประจำวันและปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงลง

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๕

จังหวัดกาญจนบุรี

- โครงการ “ขาวดีมีรางวัล” ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถรักษาระดับสีขาวที่เชื่อมโยงกับปิงปอง ๗ สี (สีขาว คือ กลุ่มปกติไม่เสี่ยงไม่ป่วยจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ก็จะมีรางวัลให้โดยเป็นแรงจูงใจให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมที่ดีและคงพฤติกรรมนั้นไว้ อีกทั้งยังเป็นโอกาสเพิ่มการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ที่เข้าร่วมโครงการซึ่งต้องตรวจคัดกรองก่อนเข้าโครงการด้วย

จังหวัดสุพรรณบุรี

- การใช้ “โปรแกรม SHINE ” เป็นโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD ซึ่งสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต.เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- การประยุกต์ใช้นวัตกรรมเก้าอี้ขยี้พุงในกลุ่มวัยทำงานในหมู่บ้าน/ชุมชนไร้พุง

จังหวัดสมุทรสงคราม

- แต่งเพลงรณรงค์ให้มาคัดกรองเบาหวาน/ความดันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทำนองเพลงที่สนุกเป็นที่รู้จักติดหูประชาชนทั่วไปลงใน You Tube , line กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันและเปิดให้ผู้ป่วยที่มารับบริการได้ฟัง
- จัดภูมิทัศน์เพื่อให้เป็นบริเวณสำหรับการออกกำลังกายสำหรับผู้มารับบริการและมีการจัดตั้งฟิตเน็ตทุกแห่ง
- ปรับอาหารเบรกให้เป็นอาหารเพื่อสุขภาพโดยใช้น้ำสมุนไพรเป็นเครื่องดื่ม “น้ำเจ็ดสีมณีเจ็ดแสง”

จังหวัดราชบุรี

- เลิกบุหรี่ด้วยวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้า มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการจำนวน ๕๓๒ ราย สามารถเลิกบุหรี่ได้จำนวน ๑๘๔ รายคิดเป็นร้อยละ ๓๔.๕๙

จังหวัดเพชรบุรี

- กิจกรรมสมาธิบำบัดโดยให้แพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลมาสอนการฝึกการหายใจประกอบท่าทางต่างๆ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีค่ารอบเอวเกินค่า Cholesterol สูงผลพบว่าสามารถลดรอบเอวและค่าระดับ Cholesterol ลงได้
- จัดทำ Mobile เปลือกหอย เพื่อใช้แยกสีเปลือกหอยที่แขวนหน้าบ้านโดยกลุ่มปกติใช้เปลือกหอยสีเขียวกลุ่มเสี่ยงใช้เปลือกหอยสีเหลืองและผู้ป่วย DM,HT ใช้เปลือกหอยสีแดงแขวนที่หน้าประตูบ้าน ทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความตระหนักเพิ่มมากขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ อสม. เกิดความสะดวกในการทำงาน
- ชุมชนตลาดจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเข้าจังหวะลดโรคลดเสี่ยงลดเครียด โดยใช้เพลงจังหวะต่างๆเช่น บีกินตะลุงชะชะช่า จัดกิจกรรมทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๐๐ น. ผลพบว่าสามารถลดรอบเอวน้ำหนักลดลงค่าระดับน้ำตาลลดลงจากค่า ๒๐๐ ขึ้นไปลดลงเหลือ ๑๓๐-๑๔๐ ค่าความดันโลหิตลดลงทำให้แพทย์ลดการใช้ยาลงได้
- หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคใช้หลัก ๓อ ๒ส โดย ๓ อ ๑. อ : อาหารปลูกผักปลอดสารพิษเพิ่มการบริโภคผัก ๒. อ : ออกกำลังกายแบ่งกลุ่ม ๓ กลุ่มคือกลุ่มไม่ป่วยออกกำลังกายด้วยวิธีปั่นจักรยาน , กลุ่มเสี่ยงออกกำลังกายด้วยวิธีเล่นชักเย่อกะลาและกลุ่มป่วยมีศูนย์การเรียนรู้ชุมชนให้ความรู้ ๓. อ : อารมณ์มีการเข้าวัดฟังธรรมทุกวันพระและมีการจัดตั้งค่ายพุทธบุตร ๒ ส คือ ๑. ส : ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะในบริเวณวัดและหมู่บ้านและ ๒. ส : ไม่ดื่มสุราได้รับรางวัลหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับเขตสุขภาพปี ๒๕๕๙

จังหวัดสมุทรสาคร

- Alert pop up ที่หน้าจอ OPD เตือนให้ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตาไตเท้าส่งผลให้ตรวจภาวะแทรกซ้อนตาไตเท้าได้ครอบคลุม

- จัดตั้งทีม Health Leader ในเทศบาล โดยตั้ง Health Leader หมู่ละ ๑ คนโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยในเรื่อง ๑. ควบคุมความดันโลหิต ๒. ควบคุมน้ำหนักค่า BMI ๓. ค่ารอบเอวซึ่งจะมีแผ่น Chart เตือนใจใช้การประเมินตนเองสำหรับผู้ป่วยผลพบว่าผู้ป่วยจำนวน ๑๗๗ รายมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นจำนวน ๑๕๐ รายคิดเป็นร้อยละ ๘๔.๗๕

จังหวัดนครปฐม

- มาตรการทางสังคม ๓ ไม่ (๑. ไม่ดื่มน้ำอัดลม ๒. ไม่มีพริกน้ำปลาบนโต๊ะอาหาร ๓. ไม่จิ้มพริกเกลือกับผลไม้) กำหนดเป็นนโยบายสาธารณะระดับตำบลและประกาศเป็นนโยบายสาธารณะอำเภอ
- พัฒนานวัตกรรมศูนย์การเรียนรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพของสภาการพยาบาล
- การพัฒนานวัตกรรมของคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม One Day for Fit โดยการจัดแนวทางการดูแลตามระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตและนัดหมายจัดการดูแลเข้มข้นแตกต่างกันตามวัน
- เกิดธรรมนูญตำบลเพื่อให้ประชาชนมีครรลองที่ดีมีศีลธรรมธรรมนูญแบ่งออกเป็น ๑๑ หมวด มีการพูดถึงการจัดตั้งสภาวัฒนธรรมตำบล, การจัดระบบ EMS , มาตราการจราจร, การจัดการขยะ, การจัดระบบรองรับภัยพิบัติรวมไปถึงการสร้างสัมมาชีพชุมชนฯลฯ
- การพัฒนางานด้านสาธารณสุขสู่ไทยแลนด์ ๔.๐" ในผลงาน : พิกัด "ชีวิต" EMS และได้รับรางวัลชมเชยระดับประเทศ
- โครงการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่เชิงรุกในกลุ่มพระภิกษุสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม
- ได้รับมอบโล่เกียรติยศต้นแบบคลินิกไร้พุง (DPAC) คุณภาพ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
- คลินิกโรคเรื้อรังแบบ One ตำบล One คลินิก : เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอำนวยความสะดวกกับ อบต./อปท. จัดเตรียมรถขนส่งเมื่อต้องนัดตรวจภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
- ร่วมกับชมรมโต๊ะจีนจัดสาธิตและชิมอาหารโต๊ะจีนสไตล์ออร์กานิคในงาน Organic & natural Nakhonpathom
- บูรณาการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญโรคเรื้อรังในตำบล LTC เน้นทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องการเฝ้าระวังคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยโรคไตสมองขาดเลือดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและเทคโนโลยีสื่อสาร อสม.ออนไลน์เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงบริการอย่างทันท่วงที
- แผนสุขภาพตำบลเพื่อป้องกันและควบคุมโรค NCD ใน ๑๒ ตำบลนำร่องสำหรับปี ๒๕๖๑ เพื่อให้มีแผนชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชนและชุมชนร่วมเป็นเจ้าของแผนสุขภาพดังกล่าวฯ

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

- จัดกิจกรรมให้ชุมชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักการออกกำลังกายการปลูกผักโดยนำกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงมาให้ อสม. ดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๑-๒ ปี ผลการดำเนินงานพบว่ากลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วยลดลงจากปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๒.๑๗ ปี ๒๕๖๐ ลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๑.๑๐

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัดจันทบุรี

- พื้นที่ตำบลต้นแบบตำบลตลาดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยเน้นโรคหัวใจขาดเลือดปี ๒๕๖๐ (CBI-IHD)
- พัฒนาโปรแกรม wmwebmanager ๒๐๑๓ ในการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง

- โรงพยาบาลมะขามมีนวัตกรรมที่ตวงข้าวให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- เป็นอำเภอลิขสิทธิ์ด้าน NCDs การดำเนินการขับเคลื่อนตามแนวทาง ๖ ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

จังหวัดตราด

- มีการบูรณาการการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ภายใต้กรอบการบริหารจัดการแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (IRBM) มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง TRAT ๗ DECREASE CKD/TRAT NCD MODEL

จังหวัดฉะเชิงเทรา

- มีการดำเนินการด้านระบบข้อมูลโดยให้ IT ของจังหวัดดำเนินการโปรแกรม Data exchange มาดำเนินการ pop up โปรแกรม “เอ๊ะ” เพื่อติดตามข้อมูลในระบบ HDC ลงลึกถึงระดับ รพ.สต. เพื่อติดตามข้อมูลตามตัวชี้วัดได้อย่างต่อเนื่อง

จังหวัดสระแก้ว

- มีการบริบาลด้านเภสัชกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ (Good Control) โรงพยาบาลเขาฉกรรจ์

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๘

จังหวัดนครพนม

- นโยบายคัดเลือก ๑ อำเภอให้เป็นต้นแบบการเรียนรู้และศึกษาดูงานเรียกว่า “อำเภอลิขสิทธิ์” สำหรับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคืออำเภอนาแก

จังหวัดสกลนคร

- จัดทำหลักสูตร “สายสืบอาหารและสิ่งแวดล้อม” เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการรับประทานอาหารหวานมันเค็มออกกาลังกาย และงดดื่มสุราสูบบุหรี่ของกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน โดยอบรมเครือข่ายครูโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน การแบ่งกลุ่มอำเภอต้นแบบ (HbA๑c < ๗ %) กินตามสีชะลอไตเสื่อมโดยนักโภชนาการ (โรงพยาบาลเต่างอย) โคกโมเดลไอปองแจ้งสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย (โรงพยาบาลพรรณานิคม) ไตเพียเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการปฏิบัติตัวในการชะลอไตเสื่อม (รพ.สต.เพีย) และกระเป๋ายาบอกเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามเวลาอย่างถูกต้อง (โรงพยาบาลพังโคน)

จังหวัดหนองบัวลำภู

- โครงการถนนสุขภาพโดย รพ.สต.มีการส่งเสริมในเรื่องของการทำกิจกรรมทางกายเพื่อลดเสี่ยงลดโรคในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งประชาชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

จังหวัดอุดรธานี

- มีโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรค Metabolic syndrome ด้วยแพทย์วิถีธรรมทุก รพ.สต. และติดตามประเมินกลุ่มเสี่ยงทุกราย (คปสอ.เพ็ญ)
- Tomato model (โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย) ใช้เป็นสื่อการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงได้รับรู้ถึงระดับความรุนแรงของโรคที่ตนเองเป็น รวมถึงการจัดการตนเองตามโซนสีในระดับความรุนแรงของโรค

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๙

- โครงการคัดกรองความเสี่ยงและให้คำปรึกษาต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดงบ PPA สปสช. จานวน ๕๐๐,๐๐๐ บาท เพื่อคัดกรองประชาชน ๓๕ ปีขึ้นไป
- หลักสูตรการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงระยะที่๑, ๒ และ ๓A สำหรับ รพ.สต.

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๑๐

จังหวัดอุบลราชธานี

- เขื่องในโมเดลอำเภอเขื่องใน และเครือข่ายโรงพยาบาลเขื่องในได้รับการคัดเลือกเป็นเครือข่าย NCD Clinic Plus ผลงานดีเด่นระดับเขตสุขภาพปี ๒๕๖๐

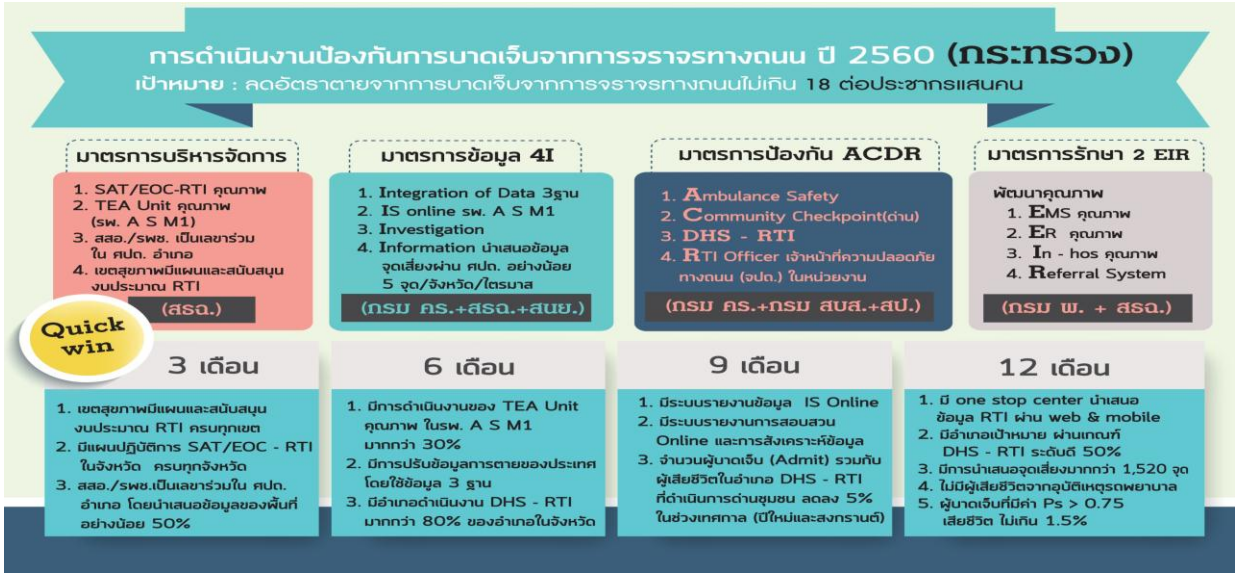
จังหวัดยโสธร

- ยา ๙ เม็ด ๗ อรหันต์อำเภอค้าเขื่อนแก้ว
- ค้อวังโมเดล
- CUP. MEUANG MODEL (ดูแลผู้ป่วย)

จังหวัดศรีสะเกษ

- NCD Clinic Plus ผลงานดีเด่นระดับประเทศปี ๒๕๖๐
- วงล้อปิงปองจราจรชีวิต ๗ สี

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน ๑๘ ต่อแสนประชากร



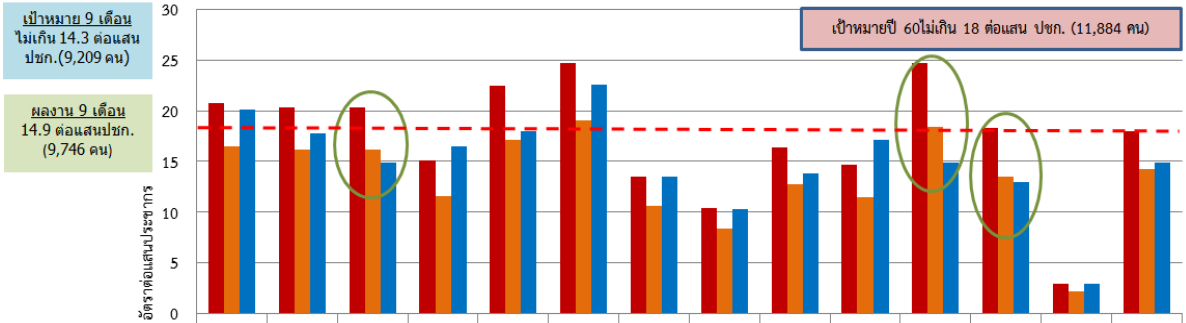
ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรอบ ๙ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐)

จากข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงมีนาคม ๒๕๖๐ โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วประเทศเท่ากับ ๑๔.๙ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีอัตราสูงค่าเป้าหมายรอบ ๙ เดือน (๑๔.๓) เมื่อ

จำแนกรายเขตสุขภาพพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของเกือบทุกเขตสูงเกินกว่าค่าเป้าหมายของแต่ละเขต ยกเว้นเขตสุขภาพที่ ๓,๑๑ และ ๑๒ ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ดังรูปที่ ๑

รูปที่ ๑ อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากรเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ๙ เดือน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐) แยกรายเขตสุขภาพ



	เขต1	เขต2	เขต3	เขต4	เขต5	เขต6	เขต7	เขต8	เขต9	เขต10	เขต11	เขต12	กทม.	รวม
เป้าหมายปี 60	20.8	20.3	20.3	15.1	22.5	24.7	13.5	10.4	16.3	14.7	24.7	18.3	2.9	18.0
ค่าเป้าหมายรอบ 9 เดือน	16.5	16.2	16.1	11.6	17.2	19.1	10.7	8.4	12.8	11.5	18.4	13.5	2.2	14.3
ผลงานรอบ 9 เดือน	20.1	17.8	14.9	16.5	18.0	22.5	13.5	10.3	13.8	17.2	14.9	13.0	3.0	14.9

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิเคราะห์โดย : สำนักโรคไม่ติดต่อ

ผลการดำเนินงานตาม Quick Win ไตรมาสที่ ๑-๓

การรายงานผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๓ ผ่านทางระบบ Quick Win for Road Safety ข้อมูล ณ วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๖.๐๐ น.

มาตรการบริหารจัดการ TEA unit มีการจัดการข้อมูล ๔๗ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๘ SAT/EOC-RTI ในจังหวัด จำนวน ๗๕ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗

มาตรการด้านการจัดการข้อมูล มีจังหวัดที่ดำเนินการบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลาง) จำนวน ๖๘ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๔ จำนวนจุดเสี่ยงที่มีการชี้เป้า จำนวน ๒,๑๓๙ จุด จุดเสี่ยงที่มีการแก้ไขแล้ว จำนวน ๑,๐๔๑ จุด คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๗

มาตรการป้องกัน

๑. **การดำเนินงานมาตรการองค์กร**ความปลอดภัยทางถนน รถพยาบาล มีโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป รายงานการดำเนินงาน จำนวน ๘๔ แห่ง

การดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
๑.จำนวนรถพยาบาลทั้งหมด	๔๕๘ คัน	-
๒.จำนวนรถพยาบาลที่ติดตั้ง GPS	๓๘๑ คัน	๘๓.๑๙
๓.จำนวนรถพยาบาลติดตั้งกล้องบันทึกภาพหน้ารถ/คนขับ	๓๖๖ คัน	๗๙.๙๑
๔.จำนวนรถพยาบาลทำประกันภาคสมัครใจ	๔๐๓ คัน	๘๗.๙๙
๕.จำนวนรถพยาบาลที่ดำเนินการควบคุมความเร็วไม่เกิน ๘๐ กม./ชม	๔๒๖ คัน	๙๓.๐๑
๖.จำนวนพนักงานขับรถพยาบาลทั้งหมด	๙๒๗ คน	-
๗.จำนวนพนักงานขับรถพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมและยังปฏิบัติหน้าที่	๖๓๘ คน	๗๓.๖๘

๒. **การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS –RTI)** สรุปผลการดำเนินงาน

จำนวนอำเภอที่ดำเนินการ DHS-RTI จำนวน ๖๑๖ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๑๖ (เป้าหมาย ๓๐% ของอำเภอทั้งประเทศ หรือ ๒๖๔ อำเภอ)

จำนวนด่านชุมชน ๕ ด่าน/อำเภอ ในอำเภอที่ดำเนินการ DHS-RTI เทศกาลปีใหม่ ๔๘๖ อำเภอ เทศกาลสงกรานต์ ๕๒๓ อำเภอ (เป้าหมาย ๓๐% ของอำเภอทั้งประเทศ หรือ ๒๖๔ อำเภอ)

จำนวนอำเภอที่ดำเนินเนินการผ่านเกณฑ์ ๔๐๘ อำเภอ (เป้าหมาย ๑๓๒ อำเภอ) แบ่งเป็น ดี (Good) ๒๗๑ อำเภอ , ดีมาก (Excellent) ๘๕ อำเภอ และดีเยี่ยม (Advanced) ๕๒ อำเภอ

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

การขับเคลื่อน DHS-RTI จำนวน ๖๑๖ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๑๖ ในอำเภอที่ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดการเสียชีวิตและการบาดเจ็บลงได้ ควรมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินการทั้งการแก้ไขจุดเสี่ยง การสวบสวนฯ ด่านชุมชน มาตรการองค์กร และการขับเคลื่อนลงสู่ท้องถิ่น ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการเชื่อมโยงกับ ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.ท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) ส่วนอำเภอที่ดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพ เกิดจากการเชื่อมโยงกับเครือข่ายในพื้นที่น้อย และการวิเคราะห์ข้อมูลยังไม่ได้ประเด็นเพียงพอที่จะนำไปสู่การแก้ไขที่ตรงกับปัญหาของพื้นที่

TEA Unit TEA Unit การดำเนินงานที่เห็นผลเป็นรูปธรรมน้อย ปัจจัยเกิดจากขาดกำลังคนในขับเคลื่อน/ภาระงานมาก/ความก้าวหน้าของบุคลากร

การจัดการข้อมูล ๓ ฐาน (สธ. ตำรวจ และบริษัทกลาง) ระดับจังหวัด ดำเนินการได้ประมาณ ๖๐ จังหวัด ปี ๒๕๖๑ เน้นให้มีคุณภาพมากขึ้นและการนำไปใช้ประโยชน์ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรพัฒนาในจังหวัดที่ยังดำเนินการไม่ได้

ปัญหาอุปสรรค

๑) ศปถ.อำเภอ ส่วนใหญ่ยังเน้นเฉพาะช่วงเทศกาลและขาดความต่อเนื่อง
๒) DHS-RTI อำเภอที่มีอัตราการตายสูงแต่ยังไม่มีการดำเนินการที่ชัดเจน
๓) ด่านชุมชน สภาพชุมชนกึ่งเมืองและบริบททางสังคมไม่เหมาะกับการจัดตั้งด่านชุมชน
๔) การสอบสวนการบาดเจ็บฯ บุคลากรสาธารณสุข ขาดทักษะและการนำไปใช้ประโยชน์
๕) TEA Unit ขาดกำลังคนในขับเคลื่อน/ภาระงานมาก/ความก้าวหน้าของบุคลากร
๖) การแก้ไขจุดเสี่ยง ดำเนินงานได้ยาก ใช้งบประมาณสูง
๗) งบประมาณ งบประมาณในระดับพื้นที่ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร

๑) ควรสนับสนุนการให้มีการใช้มาตรการ DHS-RTI เป็นมาตรการหลักในการจัดการปัญหาในพื้นที่ แล้วขยายให้เชื่อมกับ ศปถ.อำเภอ/ศปถ.ท้องถิ่นตำบล

๒) สนับสนุนให้หน่วยงานระดับจังหวัด มีการติดตาม การดำเนินงานและการรายงานข้อมูลใน website ICT PHER อย่างใกล้ชิด

๓) ควรบูรณาการระบบฐานข้อมูล ๓ ฐานอย่างเป็นระบบเป็นข้อมูลฐานเดียว เพื่อกำกับติดตามประเมินผลและนำมาใช้ประโยชน์ ทั้งในส่วนกลางและพื้นที่

๔) ผลักดันให้มีการกำหนดเป็นมาตรการองค์กร ๑๐๐% โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัด และมีมาตรการพัฒนาและติดตามอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะรถพยาบาลและรถยนต์ราชการ

๕) ผลักดันการใช้มาตรการด้านกฎหมายอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในช่วงเทศกาล เช่น การจัด Safety Zone และงดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่เสี่ยงสูง

๖) ควรผลักดันมาตรการด่านชุมชนให้เป็นบทบาทหลักของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง :

ผลการรวบรวมข้อมูลจากรายงานตรวจราชการ ๒ (ตก.๒) ของแต่ละเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ ๑ เชียงใหม่ มีนวัตกรรม ๒ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๒ พิษณุโลก มีนวัตกรรม ๓ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๓ นครสวรรค์ เขตสุขภาพที่ ๔ สระบุรี และเขตสุขภาพที่ ๕ ราชบุรี ไม่มีบันทึกรายงาน เขตสุขภาพที่ ๖ ชลบุรี มีนวัตกรรม ๔ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๗ ขอนแก่นอยู่ระหว่างจัดส่งรายงาน เขตสุขภาพที่ ๘ อุดรธานี มีนวัตกรรม ๓ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๙ นครราชสีมา มีนวัตกรรม ๑ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๑๐ อุบลราชธานี มีนวัตกรรม ๓ เรื่อง เขตสุขภาพที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช มีนวัตกรรม ๘ เรื่อง เขตสุขภาพ ๑๒ สงขลาไม่มีบันทึกรายงาน โดยมีรายละเอียดรายเขตสุขภาพมีดังนี้

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๑
จังหวัดเชียงใหม่

- เป็นจังหวัดเดียวในเขตสุขภาพที่ ๑ ใช้โปรแกรม ISWIN ทุกโรงพยาบาลในสังกัด รวมถึงโรงพยาบาลนอกสังกัดและโรงพยาบาลเอกชนบางส่วน ให้ความร่วมมือในการส่งข้อมูลร่วมด้วย
- ยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดผ่าน HDML (DHB) สามารถบูรณการประเด็นงานป้องกันอุบัติเหตุร่วมกับศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนแต่ละระดับ ควรบูรณาการให้เกิดกระบวนการตามแนวทาง DHS RTI ให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง เช่น ในจังหวัดลำปางบางอำเภอและจังหวัดน่าน

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๒
จังหวัดอุตรดิตถ์

- มีการจัดเก็บข้อมูลการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน และการบาดเจ็บจาก ๑๙ สาเหตุ โดยใช้โปรแกรมจัดเก็บข้อมูลการบาดเจ็บ IS Win (Injury Surveillance for Win) ในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งของจังหวัด

จังหวัดสุโขทัย

- พัฒนาโปรแกรม JOC ๒๐๑๖ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย สามารถบอกพิกัดสถานที่เกิดเหตุ/เสียชีวิต นำข้อมูลเสนอในที่ประชุม ศปถ.จังหวัด และที่ประชุมกรมการจังหวัด สะท้อนตำแหน่งที่เหมาะสมในการตั้งด่านได้

ภาพรวมเขต

- อำเภอที่มีการดำเนินงาน DHS-RTI และผลประเมินการดำเนินงานฯ ผ่านระดับดีเยี่ยม ๔ อำเภอ ได้แก่ อำเภอนครไทย อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก อำเภอสวรรคโลก และอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัดชลบุรี

- โครงการ ๑ อำเภอ ๑ อปท. ๑ ถนนปลอดภัย ให้ดำเนินการเป็นรูปธรรมทั้งจังหวัด มีเส้นทางภายในจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น ๑๐๙ สาย

จังหวัดปราจีนบุรี

- นำเสนอผลงาน “การแข่งขันการจัดการสาธารณภัย ประเทศญี่ปุ่น”
- อำเภอนาดี และอำเภอกบินทร์บุรี มีการพัฒนางานการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บทางถนนจากจังหวัดสู่มาตรการทางสังคมและชุมชน นายอำเภอนาดี มีนโยบายนำร่องในการขับเคลื่อนงานลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ผ่าน ศปถ.ตำบล ได้แก่ ศปถ.ตำบลบุพราหมณ์ ตำบลแก่งดินสอ และตำบลทุ่งโพธิ์ โดยมีนายก อบต.เป็นประธานฯ

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๘

จังหวัดสกลนคร

- ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็วที่สามารถเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว และสามารถจัดตั้งเป็นด่านเคลื่อนที่ที่มีประสิทธิภาพ
- การสร้างด่านชุมชนที่เข้มแข็งในการบริหารจัดการและดูแลตนเองในช่วงเทศกาล (ปีใหม่ ๒๒๓ ด่าน และสงกรานต์ ๔๗๔ ด่าน) และการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การตั้งด่านชุมชนร่วมกับหน่วยงานทหารเพื่อลดอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลสงกรานต์ เป็นต้น

จังหวัดอุดรธานี

- นวัตกรรมตำบลนาร่องของอำเภอมีการประยุกต์ใช้ระบบสุขภาพตำบล (Sub District Health System : SDHS) เป็นตำบลต้นแบบป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน (Sub District Health System- Road traffic injuries: SDHS-RTI)

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๙

จังหวัดสุรินทร์

- มีจัดการในการแก้ปัญหาในพื้นที่ โดยการขับเคลื่อนในรูปแบบของ ศปถ. ระดับอำเภอ อำเภอที่สามารถขับเคลื่อนในรูปแบบของ “กลไก” ที่ชัดเจนเป็นต้นแบบได้ ๒ อำเภอ ได้แก่ จอมพระ ศรีณรงค์

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๑๐

- การบันทึกพิกัดจุดเสี่ยงใน Google Map มีความครอบคลุมและเป็นปัจจุบันมีรายงานผลการจัดการจัดการจุดเสี่ยงเปรียบเทียบก่อน-หลังดำเนินการ
- การสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอทุกราย
- การพัฒนาทักษะในการทางานของทีมช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุอย่างต่อเนื่องและได้รับรางวัลชนะเลิศระดับประเทศ

Best Practices/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของเขตสุขภาพที่ ๑๑

จังหวัดกระบี่

- มีการพัฒนา RTI Team ระดับตำบล บูรณาการผ่านตำบลจัดการสุขภาพ โดยมีการออกแบบเกณฑ์การติดตามประเมินงานด้านอุบัติเหตุในทุกตำบล

จังหวัดชุมพร

- มีการบูรณาการงานป้องกันการบาดเจ็บจากจราจรทางถนนกับงานตำบลจัดการสุขภาพของตำบลนากระตาม อำเภอท่าแซะ ใช้ชื่อ “นากระตามปลอดภัย”

จังหวัดพังงา

- มีโครงการเจาะลึกแก้ปัญหาจุดเสี่ยงกับ ปภ. กระตุ้นให้ท้องที่แก้ปัญหาด้วยตัวเอง หากพื้นที่แก้ไม่ได้ก็ให้แจ้งจังหวัดดำเนินการต่อไป
- มีการถอดบทเรียนช่วงเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ เพื่อดูการดำเนินงานเครือข่าย ๕ E ว่า E ไหนยังไม่ได้ทำบทบาทก็ติดตามรายงานในเวทีความมั่นคงจังหวัดทุกเดือน ผู้ว่าราชการจังหวัดกระตุ้นไปที่ปลัดปกครองที่รับผิดชอบงานความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สินของแต่ละอำเภอ

จังหวัดภูเก็ต

- มีโครงการตรวจจับบังคับใช้กฎหมายโดยเทคโนโลยี Red light camera

จังหวัดภูเก็ต

- การนำหลัก ๕ ส. (สารสนเทศ สุดเมี่ยง สุดคุ้ม สหสาขา ส่วนร่วม) ๕ ช. (ชม ชง เชียร์ เชื่อม แชร์) มาใช้ในการวางแผนและดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับภาคีเครือข่ายของจังหวัดภูเก็ต

จังหวัดระนอง

- มีทีมสอบสวนอุบัติเหตุกรณีเสียชีวิตทุกรายโดยสหสาขาครบทุกเหตุการณ์
- มีระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บโปรแกรม IS ของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอ

๑.๑.๕ ผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๐

สถานการณ์

สถานการณ์ “สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ” จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี ๒๕๕๓–๒๕๘๓ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. ๒๕๕๓ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นฐานในการประมาณ พบว่าในปี ๒๕๘๓ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๓) ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สูงถึง ๒๐.๕ ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๒ ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด โครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากการลดลงของจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานจะกระทบศักยภาพการผลิต นอกจากนี้ การเพิ่มของประชากรสูงอายุยังสะท้อนการเพิ่มขึ้นของภาระทางการคลังจากจำนวนประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาสภาพชีวิตความเป็นอยู่ และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุจากครอบครัวยากจน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะทั้งในการทำงาน และการดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพยังไม่มีส่วนร่วมในการทำงานและการพัฒนาประเทศเท่าที่ควร การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ส่งผลให้ความชุกของโรคที่เกี่ยวเนื่องกับความเสื่อมถอยของอวัยวะจะ

เพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการระบบบริการฟื้นฟูสภาพและการดูแลระยะยาว ส่งผลให้รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเกิดจาก ปัจจัยร่วมที่สำคัญ ๒ ปัจจัย คือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้นตามอายุและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ “ก่อนการเสียชีวิต”

จากรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖ (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, ๒๕๕๗) พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ ๙๕ มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพ ดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ ๔๑), โรคเบาหวาน (ร้อยละ ๑๘), ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ ๙), เป็นผู้พิการ (ร้อยละ ๖), โรคซึมเศร้า (ร้อยละ ๑) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ ๑) ขณะที่มีเพียงร้อยละ ๕ เท่านั้นที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพดังกล่าว

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	เขต												ภาพรวมประเทศ
		๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	
๗	ร้อยละ ๓๕	๔๔.๔๙	๔๐.๑๗	๖๑.๔๐	๔๖.๐๔	๓๖.๐๖	๔๕.๘๒	๘๖.๙๐	๔๘.๖	๕๗.๑๗	๖๖.๕๘	๔๓.๑๕	๓๕	๕๐.๘๖

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ(ผลการดำเนินงาน/กลไกการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ (Small success)
๑.การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	- มีคณะทำงานทุกระดับ - มีพื้นที่เข้าร่วมโครงการครบทุกจังหวัดอำเภอ - มีการประชุมชี้แจง	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน - ขับเคลื่อนงานตำบล Long Term Care โดยใช้แนว ๓ C ๔ ขั้นตอน - การขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดย PM จังหวัดและอำเภอที่เข้มแข็ง - จัดเวทีชี้แจงและติดตามงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- มีนโยบายในการขับเคลื่อนและมีการประสานงานภาคีเครือข่าย - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน LTC ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และมีการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง
๒. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	-	-	-
๓.พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	- ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๓๕ - เขตสุขภาพจัดอบรม CM/CG มี CM ๑,๗๔๐ คน และ CG ๖,๙๖๐ คน - ผู้สูงอายุได้รับการดูแล	- ผลการดำเนินการในรอบ ๓ เดือนและ ๖ เดือน เป็นไปตามเป้าหมาย - ระเบียบการเบิกจ่ายยังไม่มีความชัดเจน	- ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๔๔.๗๕ - มี CM ๕,๔๒๒ คน และ CG ๑๘,๓๕๖ คน - ผู้สูงอายุได้รับการดูแลร้อยละ ๔๓.๓๘

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ(ผลการดำเนินงาน/กลไกการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ (Small success)
	ร้อยละ ๓๐ – ๕๙ (จากเป้าหมาย ๑๕๐,๐๐๐ คน)		
๔.ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ	-	-	-

การดำเนินงานตามกระบวนการเชิงยุทธศาสตร์ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ และความยั่งยืน

Partner	๑. มีการประชุมวางแผนอย่างเป็นระบบ มีกระบวนการที่เชื่อมต่อการทำงานลงพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม ในการเป็น Focal point ประสานงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ๒. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดย PM จังหวัดและอำเภอที่เข้มแข็ง มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน LTC ที่เป็นทิศทางเดียวกันทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล มีการกำกับติดตามงานอย่าง ตาม Timeline อย่างต่อเนื่อง ๓. ผู้บริหาร (ผู้ว่าราชการจังหวัด / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด) ให้ความสำคัญ มีนโยบายและแนวทางการ ดำเนินงานที่ชัดเจนและ สนับสนุนการดำเนินงาน
Invest	๑. มีการพัฒนาคุณภาพการบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) รวมทั้งการกำกับติดตามให้มีการจัดบริการตามแผน
Regulations	-
Advocacy	๑. จังหวัดจัดเวทีชี้แจงและติดตามงาน โดยเชิญบุคลากรที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข และ อปท. เพื่อขับเคลื่อนงาน LTC และการเบิกจ่ายเงินตาม Care plan ๒. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ๓. มีการสื่อสารการดำเนินงานหลายช่องทาง ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทำให้เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงานรับทราบและเกิดความเข้าใจตรงกัน ส่งผลให้การดำเนินงานต่างๆ รวดเร็วขึ้น
Building Capacity	๑. มีนโยบายในการขับเคลื่อนงานการส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน โดยคณะทำงานขับเคลื่อนและบูรณาการตามภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข CIPO : Long Term Care& Aging Society ๒. มีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต ๙ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้โครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ๓. มีการส่งบุคลากรเข้าอบรม Care manager ๔. จังหวัดจัดอบรม Care giver โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากศูนย์อนามัย/CUP/กองทุนฟื้นฟู ๕. ขับเคลื่อนงานตำบล Long Term Care โดยใช้แนว ๓ C ๔ ขั้นตอน คือ ๓ C : Care Manager (ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ)/Care Giver (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) /Care Plan (แผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล) ๔ ขั้นตอน : ๑. จัดอบรม Care manager Care giver. ใช้งบกรมอนามัย ๒. Care manager และทีมออกประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงและทำ Care plan. ใช้งบที่ สปสช.โอนให้ CUP. แห่งละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ๓. เสนอ Care plan. ต่อคณะอนุกรรมการ LTC เพื่อรับการสนับสนุนงบจัดบริการดูแลระยาวในผู้สูงอายุ ๕๐๐๐ บาท/คน ๔. หน่วยบริการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ตาม Care plan โดย Care giver ได้รับสนับสนุนการทำงานไม่เกิน ๓๐๐ บาท/คน/เดือน

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
๑. การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อน	-	- เร่งรัดการประเมิน/จัดทำแผนดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ให้ครอบคลุม - ติดตามการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง	ขับเคลื่อนงาน LTC โดย ผอ.รพ.และ สสอ.เข้าไปทำความเข้าใจกับนายก อปท. เพื่อผลักดันให้มีการเบิกจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการตาม Care Plan ให้ครอบคลุม
๒. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	-	-	- พัฒนาโปรแกรมการเก็บข้อมูลให้บูรณาการและครอบคลุมในการคัดกรอง เพื่อให้ง่ายต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและสามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้ - สนับสนุนคณะกรรมการระดับเขตในการติดตามประเมินผล -ประสานกรมอนามัยชี้แจงรายละเอียดแบบเก็บข้อมูลรายงาน
๓. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	- อปท.ไม่มั่นใจระเบียบการบริหาร งบประมาณ LTC ทำให้ อปท. ส่วนใหญ่ยังไม่กล้าอนุมัติเบิกจ่ายเงินตาม Care Plan - การคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายตำบล LTC ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีความล่าช้า เนื่องจากต้องใช้เวลาในการ ติดต่อประสานงานและความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ - ข้อจำกัดด้านการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการอบรม Care giver ในระดับพื้นที่ - จำนวน Care Giver ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เกณฑ์ CG ๑ คน: ผู้สูงอายุ ๕-๑๐ คน) - มีข้อจำกัดด้านวิทยากรการอบรมหลักสูตร Care Manager ที่มีจำนวนน้อยและขาดทักษะการสอน	- วางแผนเตรียมอบรมเพิ่ม โดยชี้แจงและคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่พร้อมเป็นจิตอาสาหรือญาติผู้สูงอายุเพื่อให้ได้จำนวน Care Giver ที่สอดคล้องกับความต้องการในแต่ละพื้นที่ - เยี่ยมเสริมพลัง ติดตาม เร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุน LTC ตามแนวทางการบริหารจัดการ โครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- ประสานกับ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย - ประสาน สปสช. เพื่อให้คำปรึกษาในการเบิกจ่ายงบประมาณ แก่คณะอนุกรรมการ LTC - ชี้แจงแผนการดำเนินงานตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ เพื่อให้จังหวัดวางแผนการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกระดับ - กรมการแพทย์และกรมอนามัยควรดำเนินการแบบบูรณาการ เพื่อทำความเข้าใจวิธีการใช้แบบคัดกรองในกลุ่มผู้ปฏิบัติ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
	- ข้อจำกัดในการคัดเลือก Care giver ตามคุณสมบัติในการเข้ารับการอบรมเนื่องจากเป็นระบบอาสาสมัคร		
๔. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ	-	-	-
๕. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของครอบครัวชุมชน	-	-	-

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ/กฎหมาย

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนฯ Long Term Care มีการประชุมปรึกษาหารือและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ ร่วมชี้แจงทำความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดและพื้นที่ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น VDO Conference

๒. จัดทำระเบียบ แนวทางการเบิกจ่ายที่ชัดเจน แก่ อปท. และหน่วยบริการ

๓. เยี่ยมเสริมพลัง ติดตาม เร่งรัด การเบิกจ่ายงบประมาณกองทุน LTC ตามแนวทางการบริหารจัดการโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. ศูนย์อนามัยเขต ๒ : ศูนย์ต่อลมหายใจ บ้านแม่กื๊ดหลวงฯ ตำบลแม่กาษา

๒. ศูนย์อนามัยเขต ๓ : จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งใหม่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง ๖๐-๗๐ ปี ที่ อบต.ท่าโพธิ อำเภอหนองขาหย่าง

๓. ศูนย์อนามัยเขต ๔ :

- นวัตกรรมผ้าอ้อมซักได้ ของอำเภอบางสีทอง จังหวัดนนทบุรี ช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย
- มือช้างออกำลังกาย ป้องกันข้อติดของจังหวัดปทุมธานี
- รำวงมาตรฐานเก้าช่องป้องกันสมองเสื่อมของโรงพยาบาลอ่างทอง ๒ จังหวัดอ่างทอง

๔. ศูนย์อนามัยเขต ๕:

- โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลจอมปลวก จังหวัดสมุทรสงคราม
- นวัตกรรมสัญญาณเตือนภัยเพื่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุพึ่งพิงที่อยู่ตามบ้าน สอ.เฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดสมุทรสาคร

๕. ศูนย์อนามัยเขต ๖ : จังหวัดสระแก้ว เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มีระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน ประกอบด้วยภาคท้องถิ่น โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ชมรมสูงอายุ , Care Giver ภายใต้การดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการ LTC และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการพัฒนา Care Manager, Care Giver ต่อยอดให้มีความเชี่ยวชาญ (Super Care Giver) มีระบบการเยี่ยม ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ มีกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

๖. ศูนย์อนามัยเขต ๗ : มีพื้นที่ต้นแบบ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในทุกจังหวัด ได้แก่ เทศบาลตำบลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เทศบาลเมืองเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น อบต.หนองตาไก้ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด เทศบาลตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามและมีศูนย์ Day Care ต้นแบบที่ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

๗. ศูนย์อนามัยเขต ๘ :

๗.๑ จังหวัดอุดรธานี มีโปรแกรมบันทึกข้อมูล Aging Survey V.๒ ที่สามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลอื่นได้

๗.๒ จังหวัดเลย มีการจัดสมัชชาสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดเลย

๗.๓ จังหวัดเลย มีอำเภอต้นแบบในการจัด “เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” (Age-Friendly Cities) ที่อำเภอด่านซ้าย

๗.๔ จังหวัดหนองบัวลำภู โรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดหนองบัวลำภูได้รับเกียรติบัตรเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ๒๔ แห่งทั่วประเทศและยกระดับฐานะจากครูใหญ่เป็นผู้อำนวยการ

๗.๕ จังหวัดหนองบัวลำภู โรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นที่ศึกษาดูงานให้กับชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดและจังหวัดข้างเคียงในเรื่องการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุที่ขับเคลื่อนโดยสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

๘. ศูนย์อนามัยเขต ๑๑

๘.๑ จังหวัดกระบี่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุทุกภาคส่วน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน ทั้งด้านบุคลากร สถานที่งบประมาณ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

๘.๒ จังหวัดพังงา ใช้หลักบวร ในการดูแลผู้สูงอายุส่งให้ผู้สูงอายุของจังหวัดพังงามีค่าเฉลี่ยอายุยืนสูงที่สุดในภาคใต้

๘.๓ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีรูปแบบในการพัฒนางานผู้สูงอายุ โดยการนำเอาระบบข้อมูลเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ ใช้การสร้าง Brand เป็นกลยุทธ์ มีการผลิตคลังสมองของจังหวัดและให้ความเชื่อมั่น และใช้ความเป็นพี่น้องซึ่งกันและกันในชุมชน ในการเข้าถึงการแก้ปัญหาสาธารณสุข

๙. ศูนย์อนามัยเขต ๑๒

๙.๑ การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลนาเกตุ, ตำบลมะกรูด, ตำบลนาประดู่ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

๙.๒ การติดตามการเยี่ยมบ้านออนไลน์ เชื่อมโยง รพ.สต.ได้ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

๙.๓ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุตัวน้อย ตำบลกะมิยอ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

๙.๔ โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน ของชมรมผู้สูงอายุเอง ชุมชนหลังแขวง ตำบลรูสะมิแล อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

๙.๕ การบูรณาการการดำเนินงานระบบ LTC กับทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

๙.๖ พื้นที่ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีคุณภาพ คือ ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง

๙.๗ พื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ปี ๒๕๕๙ คือ โรงพยาบาลควนขนุน

๙.๘ โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน HHC Yala Province ของโรงพยาบาลศูนย์ยะลา

๙.๙ โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลท่าสาป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

๙.๑๐ การดำเนินงานระบบ LTC โรงพยาบาลบางกล่ำ อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา

๙.๑๑ การประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ One Stop Cervices PCU ชุมชนเตาหลวง (เครือข่าย โรงพยาบาลสงขลา)

๙.๑๒ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนตำบลทับช้าง อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

๙.๑๓ รูปแบบการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของ อบต.พร่อน ชมรมคนพิการ อำเภอตากใบ เชื่อมโยงระบบการดูแลคนพิการ และผู้สูงอายุกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลตากใบ

๑.๒ ระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่

๑.๒.๑ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ ๘๐)

เป้าหมายรอบ ๙ เดือน

ร้อยละ ๘๐ ของจังหวัด มีการซ้อมแผนเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) เริ่มปฏิบัติงานประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด

ข้อมูลสถานการณ์

กรมควบคุมโรคมีนโยบายพัฒนาระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศให้ได้มาตรฐานสากล สามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติได้รวดเร็วและสามารถตอบโต้สถานการณ์ได้ทันที ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค (Emergency Operations Center : DDC's EOC) โดยพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์สาธารณสุข (Situation Awareness Team : SAT) และทีมสอบสวนควบคุมโรคร่วมกันปฏิบัติงานตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ ตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ และประสานงานกับทีมอื่นๆ โดยรายงานข้อมูลการระบาดของโรคและภัยสุขภาพตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านการระบาดของโรคและภัยสุขภาพแบบ Real Time โดยสนับสนุนให้ทุกจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ผ่านกลไกการกำกับติดตามจากหน่วยงานทั้งในส่วนกลาง และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ ร่วมกันจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management : PHEM) รองรับการปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ซึ่งต้องมีการพัฒนาบุคลากรจากหลายหน่วยงานร่วมกันปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงการปฏิบัติงานครอบคลุมเขตสุขภาพ

การดำเนินงานตามกระบวนการเชิงยุทธศาสตร์ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์และความยั่งยืน

การดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (เป้าหมายร้อยละ ๘๐) เป็นการดำเนินงานบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างกรมควบคุมโรคและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขับเคลื่อนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ซึ่งกรมควบคุมโรคโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) มีการกำกับติดตามการดำเนินงานฯ ผ่านกลไกการตรวจราชการระดับจังหวัด

ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน แผนงาน/โครงการ (Small Success)

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานสำคัญ
๑. จัดทำโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการจัดทำโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และจัดตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดยมีการจัดทำคำสั่ง EOC & SAT เสร็จสิ้นทั้ง ๗๖ จังหวัด (ร้อยละ ๑๐๐)
๒. จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ตามความเหมาะสม เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด	ติดตามผลการจัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์สำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีสถานที่และเทคโนโลยีสารสนเทศขั้นพื้นฐาน (จำนวน ๑๖ รายการ) ที่กำหนดไว้ครบทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ทั้งนี้บางจังหวัดอาจไม่มีอุปกรณ์ไว้ประจำห้อง EOC แต่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขขึ้น สามารถระดมทรัพยากร (อุปกรณ์ที่จำเป็น) จากกลุ่มงานอื่นมาใช้ได้ทันที ตามแบบสำรวจที่ได้ระบุไว้
๓. สมาชิกทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน	๑. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ในวันที่ ๑๓-๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๙ ณ โรงแรมไมด้าทวารวดี จังหวัดนครปฐม โดยมีตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกแห่ง เข้าร่วมอบรมและรับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ขั้นพื้นฐานเพื่อเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ จากส่วนกลาง (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค) จำนวน ๖๘ จังหวัด (ร้อยละ ๘๙.๔๗) ๒. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ทุกแห่ง จัดอบรม/ชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ให้แก่ตัวแทน/ผู้ปฏิบัติงานทีม SAT จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตพื้นที่อีกครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ๘ จังหวัดที่เหลือ ได้แก่ - สสจ.แม่ฮ่องสอน อบรม/ชี้แจง โดย สคร.๑ เชียงใหม่ - สสจ.นครนายก อบรม/ชี้แจง โดย สคร.๔ สระบุรี - สสจ.เพชรบุรีและกาญจนบุรี อบรม/ชี้แจง โดย สคร.๕ ราชบุรี - สสจ.ปราจีนบุรี อบรม/ชี้แจง โดย สคร.๖ ชลบุรี - สสจ.บึงกาฬ อบรม/ชี้แจง โดย สคร.๘ อุดรธานี - สสจ.ศรีสะเกษ อบรม/ชี้แจง โดย สคร.๑๐ อุบลราชธานี - สสจ.กระบี่ อบรม/ชี้แจง โดย สคร.๑๑ นครศรีธรรมราช โดยใช้หลักสูตรและแนวทางการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ขั้นพื้นฐาน ที่ได้รับการอบรมจากส่วนกลาง (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค) มาถ่ายทอดให้ตัวแทน สสจ. ทั้ง ๘ จังหวัด
๔. การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด และมีการเริ่มปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดยประเมินสถานการณ์	- สสจ.จำนวน ๗๔ จังหวัด ได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานสำคัญ
โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด	ได้แก่สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) - ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report, Outbreak Verification list และ Executive Summary

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย (หน่วยงานส่วนกลาง ให้รายงานจำแนกราย สคร.)

หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ระดับประเทศ	ขั้นตอนที่ ๔	๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งมีการจัดทำคำสั่ง EOC & SAT เสร็จสิ้นทั้ง ๗๖ จังหวัด (ร้อยละ ๑๐๐) ๒. มีการติดตามผลการจัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์สำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีสถานที่และเทคโนโลยีสารสนเทศขั้นพื้นฐาน (จำนวน ๑๖ รายการ) ที่กำหนดไว้ครบทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ทั้งนี้บางจังหวัดอาจไม่มีอุปกรณ์ไว้ประจำห้อง EOC แต่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขขึ้น สามารถระดมทรัพยากร (อุปกรณ์ที่จำเป็น) จากกลุ่มงานอื่นมาใช้ได้ทันที ตามแบบสำรวจที่ได้ระบุไว้ ๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๔. สสจ.จำนวน ๗๔ จังหวัด ได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๕. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary
สคร.๑ เชียงใหม่	ขั้นตอนที่ ๔	๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. ทุกจังหวัดมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ๔. ทุกจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๕. ทุกจังหวัดได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่

หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๖. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary
สคร.๒ พิษณุโลก	ขั้นตอนที่ ๔	๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. ทุกจังหวัดมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ๔. ทุกจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๕. ทุกจังหวัดได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๖. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary
สคร.๓ นครสวรรค์	ขั้นตอนที่ ๔	๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. ทุกจังหวัดมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ๔. ทุกจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๕. ทุกจังหวัดได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๖. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary

หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
สคร. ๔ สระบุรี	ขั้นตอนที่ ๔	๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. ทุกจังหวัดมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ๔. ทุกจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๕. สสจ. ๗ จังหวัด ได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๖. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary
สคร. ๕ ราชบุรี	ขั้นตอนที่ ๔	๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. ทุกจังหวัดมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ๔. ทุกจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๕. ทุกจังหวัดได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๖. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary
สคร. ๖ ชลบุรี	ขั้นตอนที่ ๔	๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. ทุกจังหวัดมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะ

หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		ฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ๔. ทุกจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๕. ทุกจังหวัดได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๖. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary
สคร. ๗ ขอนแก่น	ขั้นตอนที่ ๔	๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. ทุกจังหวัดมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ๔. ทุกจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๕. ทุกจังหวัดได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๖. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary
สคร. ๘ อุดรธานี	ขั้นตอนที่ ๔	๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. ทุกจังหวัดมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ๔. ทุกจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๕. ทุกจังหวัดได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่

หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๖. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary
สคร. ๙ นครราชสีมา	ขั้นตอนที่ ๔	๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. ทุกจังหวัดมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ๔. ทุกจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๕. สสจ. ๓ จังหวัด ได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๖. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary
สคร. ๑๐ อุบลราชธานี	ขั้นตอนที่ ๔	๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. ทุกจังหวัดมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ๔. ทุกจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๕. ทุกจังหวัดได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๖. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary

หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
สคร. ๑๑ นครศรีธรรมราช	ขั้นตอนที่ ๔	๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. ทุกจังหวัดมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ๔. ทุกจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๕. สสจ. ๖ จังหวัด ได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๖. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary
สคร. ๑๒ สงขลา	ขั้นตอนที่ ๔	๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. ทุกจังหวัดมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ๔. ทุกจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๕. ทุกจังหวัดได้ฝึกการจัดทำแผน IAP (โดยการแบ่งกลุ่มรายเขตสุขภาพ) จากการประชุมฯเมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดทำ ๓ โรค/ภัยสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์น้ำท่วม โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ Road Traffic Injury (RTI) ๖. ทุกจังหวัดมีการจัดทำประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น Spot Report ,Outbreak Verification list และ Executive Summary

หมายเหตุ :

๑. หน่วยงานประสานงานรายละเอียดตัวชี้วัด คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒

ปัญหาและอุปสรรค

๑. จังหวัดเน้นจัดทำคำสั่ง EOC & SAT ตามรูปแบบข้อสั่งการจากส่วนกลาง แต่มีความเข้าใจในหลักการ ICS ไม่มากพอ จึงอาจเกิดปัญหาเชิงระบบ หากต้องเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (บางแห่งยังใช้โครงสร้างหน่วยราชการในภาวะปกติมาดัดแปลง และยังไม่ระบุผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน)

๒. จังหวัดกำหนดสถานที่ EOC และจัดหาวัสดุ – อุปกรณ์ ที่จำเป็น (๑๖ รายการ) ได้ครบตามที่กำหนด กรณีต้องเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข อาจมีอุปกรณ์ไม่ครบตามรายการนั้น เนื่องจากยังไม่ได้สื่อสารให้ทั้งองค์กรทราบว่าสิ่งเหล่านี้ต้องถูกระดมมาใช้ และไม่ได้เช็คความพร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง

๓. บางจังหวัดยังไม่มีผู้รับผิดชอบงาน EOC ที่ชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาเรื่องการติดต่อประสานงาน

ข้อเสนอแนะ

๑. ชี้แจงสร้างความเข้าใจในหลักการ EOC&ICS ให้ผู้บริหารทั้งส่วนกลางและจังหวัดเข้าใจตรงกัน และกำหนดเป็นภารกิจสำคัญที่ผู้บริหารต้องผลักดันให้สำเร็จกำหนด

๒. ให้จังหวัดจัดตั้งคณะทำงานประจำด้าน EOC ที่มีสมาชิกจากทุกกลุ่มงาน และจัดทำแผนระดมบุคลากรในสำนักงานมาปฏิบัติงานเวร SAT ระดับจังหวัด เพิ่มเติม

๓. จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์ EOC ที่จำเป็นบางรายการ หากไม่สามารถระดมทรัพยากรจากกลุ่มงานใดได้

๑.๒.๒ การป้องกันควบคุมโรควัณโรค

ตัวชี้วัด : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕)

สถานการณ์/ปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น ๓ กลุ่มได้แก่ ๑) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคสูง (TB) ๒) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ ๓) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทย เป็น ๑ ใน ๑๔ ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง ๓ กลุ่มดังกล่าวมา โดยปี พ.ศ.๒๕๕๙ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า ๑๐ ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๘ (๒๐๓๕)

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานโดยมีมาตรการหลักในการจะบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้นจำเป็นต้อง (๑) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ ๙๐ ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ (๒) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุมร้อยละ ๙๐ (๓) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center care)ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ ด้วยผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายทั้ง ๓ ที่สำคัญนี้ จะส่งผลให้อุบัติการณ์วัณโรคลดลงอย่างรวดเร็วสู่เป้าหมายยุติวัณโรคได้

ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ ๑๒๐,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็น ๑๗๒ ต่อประชากรแสนคน (WHO, Global TB Report ๒๐๑๖) การจะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรคนั้น ประเทศไทยต้องมีอัตราลดอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ ๑๒.๕ ต่อปี ในขณะที่ปัจจุบันระยะ ๑๕ ปีที่ผ่านมามีอัตราลดลงของอุบัติการณ์เพียง

ร้อยละ ๒.๗ ต่อปี จากผลการดำเนินงานวัณโรคที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายสำคัญ เช่น ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ๖๗,๗๘๙ ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ ๕๙ และในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ๖๒,๑๕๔ ราย คิดเป็นความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ ๕๕.๓ (www.tbthailand.org/data)

จากนี้องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าปี ๒๕๕๘ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยและทราบผลการตรวจ เอชไอวี (HIV-positive) มีจำนวนถึง ๗,๘๑๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๓ โดยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) ๕,๓๘๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๙ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือผู้ป่วยที่มีเชื้อวัณโรคดื้อยาหลักอย่างน้อย ๒ ชนิด คือไอโสไนอาสิดและไรแฟมพิซิน (Multi-Drug Resistant-TB : MDR-TB) องค์การอนามัยโลกคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) ๔,๕๐๐ ราย โดยพบในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ ๒.๒ และผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน ร้อยละ ๒๔ แต่จากรายงานพบว่าได้รับการวินิจฉัยและรักษาเพียง ๒๐๐ ราย สะท้อนให้เห็นถึงการรายงานผู้ป่วยที่ต่ำกว่าความเป็นจริง รวมทั้งผู้ป่วยที่สงสัยไม่ได้รับการส่งตรวจทดสอบความไว ต่อยาทางห้องปฏิบัติการชันสูตร

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น การดำเนินงานวัณโรคของไทย พบปัญหาทั้งการวินิจฉัยและตรวจพบผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๕๕.๓ ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่คาดประมาณ อีกทั้งผลการรักษายังต้องเพิ่มความสำเร็จการรักษาให้สูงขึ้น ดังนั้นแผนงานควบคุมวัณโรคจึงกำหนดแนวทางการควบคุมโรคโดยมุ่งเน้น “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบและเครือข่าย นโยบายมุ่งมั่น สร้างสรรค์นวัตกรรม” ทั้งผู้ป่วยวัณโรคที่ไวต่อยา (Drug Susceptible TB:DS-TB) และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา(Drug Resistant-TB:DR-TB) รวมทั้งการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอดส์เป็นสำคัญ

เป้าหมาย

อุบัติการณ์ของวัณโรคน้อยกว่า ๘๘ ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.๒๕๖๔

มาตรการ

๑) เร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

๒) ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ

ข้อมูลการดำเนินงาน

การดำเนินงานของมาตรการการเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมวัณโรค ภายใต้ยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี และยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการอุบัติการณ์ของวัณโรคน้อยกว่า ๘๘ ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.๒๕๖๔ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ได้กำหนดให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ตัวชี้วัด อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่มีเป้าหมายของภาพประเทศที่ร้อยละ ๘๕ ซึ่งมีเป้าหมายการลดโรคและมาตรการที่จะนำไปสู่ความสำเร็จดังนี้

เป้าหมายสู่การลดโรค

- อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคทุกประเภท
- ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ตรวจพบและรายงาน

มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ประเมิน (Small Success) ซึ่งมี ๒ มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ ๑ เร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

๑.๑. การค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

มาตรการที่ ๒ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ

๒.๑ การเร่งรัดการรายงานและความครอบคลุมของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค

๒.๒ การประเมินอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate)

๒.๓ การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB)

๒.๔ การประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP)

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรค

อัตราสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เป้าหมาย ร้อยละ ๘๕

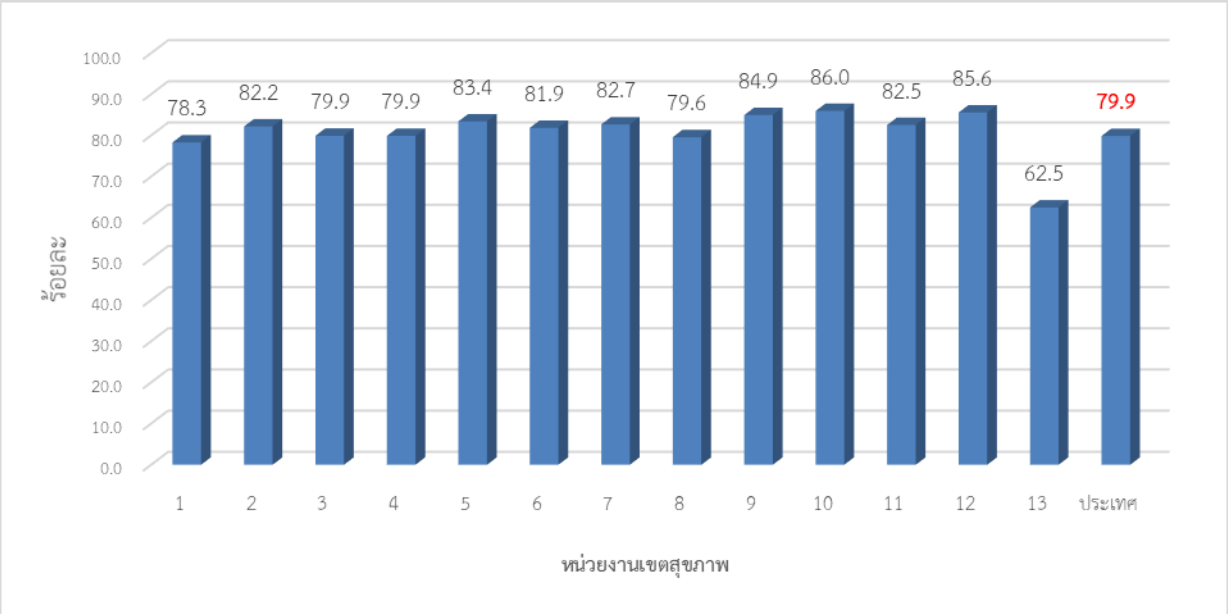
สรุปผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน ข้อมูล ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๐ แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูล TBCM ๒๐๑๐ Data Center มีอัตราสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เท่ากับร้อยละ ๗๙.๙

โดยใช้สูตรคำนวณ = (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐(ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๙) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) = ๑๓,๗๑๒ ราย

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาส ที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๙) = ๑๗,๑๖๘ ราย

แผนภูมิที่ ๑ อัตราสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน จำแนกรายเขตสุขภาพ



ข้อมูล ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๐

ที่มา ฐานข้อมูล TBCM ๒๐๑๐ Data Center สำนักวัณโรค http://www.tbcmthailand.org

ตารางที่ ๑ อัตราสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน จำแนกรายเขตสุขภาพ

หน่วยงาน สคร./ เขตสุขภาพ	อัตราความสำเร็จการรักษา วัณโรครายใหม่ ร้อยละ ๘๕		ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค มีอัตราการขาดยาลดลง		ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค มีอัตราการตายลดลง	
	เป้าหมาย ปี ๖๐	ผลการดำเนินงาน ปี ๖๐ **	เป้าหมาย <๓%	ผลการดำเนิน ปี ๖๐**	เป้าหมาย <๕%	ผลการดำเนิน ปี ๖๐**
ระดับประเทศ	**≥๘๕**	**๗๙.๙**	**≤๓**	**๕.๒**	**≤๕**	**๘.๑**
๑	≥๗๒	๗๘.๓	≤๒	๓.๗	≤๑๒.๖	๑๔.๓
๒	≥๘๓	๘๒.๒	≤๒	๓.๒	≤๗	๑๒.๓
๓	≥๘๕	๗๙.๙	≤๓	๕.๑	≤๘	๑๑.๙
๔	≥๘๒	๗๙.๙	≤๔	๘.๕	≤๕	๖.๓
๕	≥๘๖	๘๓.๔	≤๓	๔.๐	≤๕	๗.๗
๖	≥๘๓	๘๑.๙	≤๕	๔.๙	≤๕	๗.๑
๗	>๘๕	๘๒.๗	≤๓	๖.๒	≤๕	๗.๙
๘	≥๘๖	๗๙.๖	≤๓	๑๒.๗	≤๕	๑๖.๔
๙	≥๘๕	๘๔.๙	≤๓	๔.๒	≤๕	๖.๗
๑๐	≥๘๗	๘๖.๐	≤๒	๒.๗	≤๕	๘.๖
๑๑	≥๗๘	๘๒.๕	≤๓	๕.๐	≤๘	๙.๐
๑๒	≥๘๔	๘๕.๖	≤๓	๓.๖	≤๕	๕.๗
สปคม.	≥๗๔	๖๒.๕	≤๓	๖.๗	≤๕	๓.๐

* ๑. ค่าเป้าหมายให้กำหนดเองโดย สคร/สปคม ตามบริบทและศักยภาพของพื้นที่
อ้างอิงจาก เอกสารประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ (๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๙)

** ๒. ผลการดำเนินงานรอบ ๑๒ เดือน ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๙)

ข้อมูล ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๐

ที่มา ฐานข้อมูล TBCM ๒๐๑๐ Data Center สำนักวัณโรค http://www.tbcmthailand.org

ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ตรวจพบและรายงาน เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐

ผลการดำเนินงานในด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การตรวจวินิจฉัยและการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค คาดประมาณการเป้าหมายผู้ป่วยวัณโรคที่คาดว่าจะตรวจพบและรายงาน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๑๑๒,๓๙๗ ราย (ค่าคาดประมาณการ ๑๗๑/แสนประชากร) จากข้อมูลที่ได้รับการรายงาน ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๐ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค ทุกประเภทที่ตรวจพบและรายงาน ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๖ กันยายน ๒๕๖๐ จำนวน ๕๙,๗๕๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๑๖ ของจำนวนที่คาดประมาณการไว้

ตารางที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ทุกประเภทที่ตรวจพบและรายงาน ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๖ กันยายน ๒๕๖๐ (ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

หน่วยงาน สคร./ เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ตรวจพบและรายงาน ร้อยละ ๘๐ (ราย)	
	เป้าหมายการดำเนินงานปี ๖๐ (ทั้งปี)*	ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๐)
ระดับประเทศ	**๘๙,๙๑๗**	**๕๙,๗๕๙**
๑	๘,๐๐๗	๕,๑๔๕
๒	๔,๘๔๓	๓,๐๙๒
๓	๔,๑๑๙	๒,๔๓๐
๔	๗,๑๗๖	๔,๔๔๐
๕	๗,๑๘๕	๕,๑๓๓
๖	๘,๑๐๔	๕,๕๔๘
๗	๖,๙๑๗	๕,๖๑๘
๘	๗,๕๕๕	๔,๔๕๕
๙	๙,๒๓๐	๖,๓๕๓
๑๐	๖,๒๘๐	๔,๕๘๖
๑๑	๖,๐๒๗	๔,๒๕๘
๑๒	๖,๖๘๓	๔,๐๓๘
สปคม.	๗,๗๙๓	๔,๖๖๓

* ๑. ค่าเป้าหมายให้กำหนดเองโดย สคร./สปคม. ตามบริบทและศักยภาพของพื้นที่
อ้างอิงจาก เอกสารประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ (๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๙)

** ๒. ผลการดำเนินงาน ณ ปัจจุบันของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๖ กันยายน ๒๕๖๐)

ข้อมูล ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๐

ที่มา ฐานข้อมูล TBCM ๒๐๑๐ Data Center สำนักวัณโรค http://www.tbcmthailand.org

ผลการดำเนินงานของมาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ประเมิน (Small Success) ซึ่งมี ๒ มาตรการ

มาตรการที่ ๑ เร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

๑) การค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

เป้าหมาย รอบ ๑๒ เดือน คือ อำเภอเป้าหมายทุกแห่งได้รับการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๒๓๑ อำเภอ โดยคัดเลือกจากอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงสุดจำนวน ๓ อำเภอ/จังหวัด ทั้งหมด ๗๗ จังหวัด (อำเภอเป้าหมาย (๓ อำเภอ/จังหวัด))

เป้าหมาย รอบ ๙ เดือน คือ ทุกอำเภอเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอเป้าหมาย เท่ากับ ๒๓๑ อำเภอ)

<u>ผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน</u> พบว่า อำเภอเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองในรอบ ๙ เดือน เป็นจำนวน ๒๓๑ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๐๐ (ข้อมูล ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๐) ซึ่งหน่วยงานในระดับพื้นที่ที่ดำเนินการมาตรการเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงนี้

อยู่ระหว่างการสรุปผลการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและรายงานผลในโปรแกรม TBCM ๒๐๑๐ หรือ โปรแกรม TBCM Online

มาตรการที่ ๒ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ

๑) การเร่งรัดการรายงานและความครอบคลุมของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค

เป้าหมายการดำเนินงาน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐หรือ โปรแกรม TBCM Online

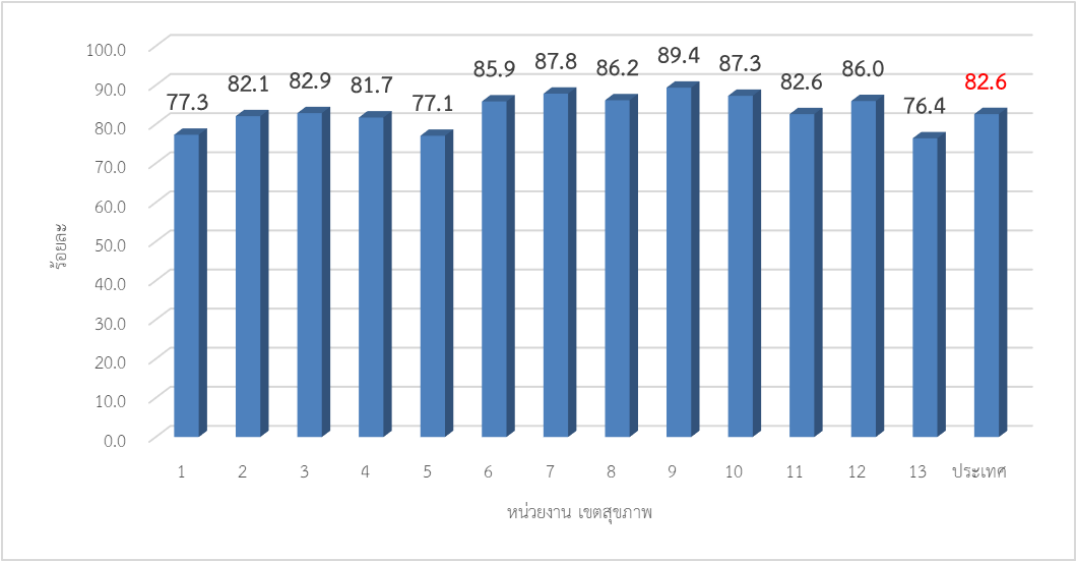
ผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน พบว่า มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐หรือ โปรแกรม TBCM Online ๘๕๘ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๔ ข้อมูล ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๐ แหล่งข้อมูล http://www.tbcmthailand.org

๒) การประเมินอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate)

เป้าหมายการดำเนินงาน อัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ(Bacteriologically confirmed : B+) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕

ผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน พบว่า อัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีค่าเท่ากับ ร้อยละ ๘๒.๖ ข้อมูล ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๐ แหล่งข้อมูล http://www.tbcmthailand.org

แผนภูมิที่ ๒ อัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน ข้อมูล ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๐ จำแนกรายเขตสุขภาพ



ข้อมูล ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๐

ที่มา ฐานข้อมูล TBCM ๒๐๑๐ Data Center สำนักวัณโรค http://www.tbcmthailand.org

๓) การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB)

เป้าหมายการดำเนินงาน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นเป้าหมายในการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ในปี ๒๕๖๐ เลือกจากโรงพยาบาลที่ผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในปี ๒๕๕๙ อย่างน้อย ๓ โรงพยาบาลต่อจังหวัด จำนวน ๗๗ จังหวัด รวม ๒๓๑ โรงพยาบาล

ผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นเป้าหมายได้รับการประเมินมาตรฐาน QTB ในปี ๒๕๖๐ ในรอบ ๑๒ เดือน จำนวน ๒๓๑ แห่ง (๑๐๐ % ของเป้าหมาย) และอยู่ระหว่างการจัดทำรายงานสรุปผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB)

๔) การประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP)

เป้าหมายการดำเนินงาน การกำหนดเรือนจำเป้าหมายที่ประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในปี ๒๕๖๐ โดยเลือกเรือนจำ ๑ แห่งต่อจังหวัด ๗๗ จังหวัด คิดเป็นเรือนจำ ๗๗ แห่ง

ผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน พบว่า เรือนจำเป้าหมายได้รับการประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในปี ๒๕๖๐ จำนวน ๗๗ แห่ง และอยู่ระหว่างการจัดทำรายงานสรุปผลการประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ซึ่งในระดับพื้นที่ได้มีการดำเนินงานบูรณาการไปพร้อมกับการคัดกรองเชิงรุกในเรือนจำทั่วประเทศ จำนวน ๑๔๒ แห่ง

สรุปประเด็นปัจจัยสำคัญ/ปัญหา อุปสรรค ที่ผลต่อความสำเร็จของมาตรการตัวชี้วัด และข้อเสนอแนะในการเร่งรัดการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะของการดำเนินงานตามมาตรการที่ ๑ เร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

๑. การเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๑) การเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จ ต้องเลือกเครื่องมือที่มีความไว เช่น การเอกซเรย์ โดยต้องคำนึงถึงต้นทุนในการดำเนินการ งบประมาณ และปริมาณงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล รวมถึงการบริหารจัดการภายในจังหวัด

๒) ในระดับโรงพยาบาล ควรพิจารณากำหนดอัตรากำลัง และวางแผนดำเนินการคัดกรองโดยพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษา และจำนวนผู้ป่วยที่สงสัยและเป็นวัณโรค เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ตลอดจนกำหนดกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายในการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคให้ชัดเจนตามสภาพปัญหาของพื้นที่เพื่อให้เหมาะสมกับงบประมาณ และต้นทุนของโรงพยาบาล เช่น คัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถคุมน้ำตาลได้ เป็นต้น

๓) ควรมีการวางระบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดให้ลงไปถึงในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในชุมชนควรมีการให้นโยบายการดำเนินงาน ในระดับพื้นที่ของผู้บริหารและการสนับสนุน แผนการปฏิบัติงานแบบบูรณา

การทีม หรือทีมสหวิชาชีพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔) การควบคุม กำกับ ติดตาม ความก้าวหน้าการค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง

๕) การผลักดันเชิงนโยบายในการสนับสนุน/บริหารจัดการงบประมาณจาก สปสช. เพื่อจ่ายค่าชดเชยงานวัณโรคที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองเชิงรุก

ข้อเสนอแนะของการดำเนินงานตามมาตรการที่ ๒ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ

๒. ความครอบคลุมของการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐ หรือ โปรแกรม TBCM Online

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๑) วางระบบการตรวจสอบ/ทวนสอบข้อมูลรายงานผู้ป่วยวัณโรคของหน่วยงานที่ดูแลข้อมูลในแต่ละระดับ โดยการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ควรกำหนดให้รายงานภายใน ๑ เดือนหลังสิ้นไตรมาส เนื่องจากต้องรอรับรายงานจากโรงพยาบาลต่างๆในพื้นที่ ต้องใช้เวลาตรวจสองความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล

๒) การพัฒนาโปรแกรมบริหารงานคลินิกและการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (TB-clinic and case management : TBCM๒๐๑๐) เป็น Single data entry โดยไม่ต้องใช้โปรแกรมระบบสารสนเทศให้บริการผู้ป่วยวัณโรค (TB data hub) เป็นข้อตกลงร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓) นิเทศงาน กำกับติดตามการใช้โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐ของผู้ดูแลระบบแต่ละระดับ

๓. การประเมินอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (B+) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๑) การเพิ่มกระบวนการเร่งรัดการบันทึกข้อมูลผลติดตามเสมหะหลังสิ้นสุดระยะเข้มข้น และตรวจสอบ/ทวนสอบข้อมูลรายงานผู้ป่วยวัณโรคก่อนนำเข้าระบบ

๒) เน้นการดูแลรักษาแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Care Approach)

๔. โรงพยาบาลเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB)

ประเด็นปัญหาอุปสรรคและข้อเสอนแนะ

๑) การปรับเปลี่ยนกระบวนการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) โดย ปรับแผนการเมินบูรณาการกับแผนงาน/โครงการที่มี เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร เวลาและงบประมาณ รวมถึงการที่หน่วยงานประเมินตนเองแบบออนไลน์เพื่อนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงแก้ไขปิดช่องว่าง (GAP) ของหน่วยงาน

๒) การพัฒนาบุคลากรด้านวัณโรคในการใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB)

๕. เรือนจำเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในปี ๒๕๖๐

ประเด็นปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๑) การปรับเปลี่ยนกระบวนการประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) โดยปรับแผนการเมินบูรณาการกับแผนงาน/โครงการที่มี เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร เวลาและงบประมาณ รวมถึงการที่หน่วยงานประเมินตนเองแบบออนไลน์เพื่อนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงแก้ไขปิดช่องว่าง (GAP) ของหน่วยงาน

๒) การพัฒนาบุคลากรด้านวัณโรคในการใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP)

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

๑) อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หน่วยงาน สคร.มีข้อเสนอแนวทางการแก้ไขและพัฒนา ดังนี้

- ปัญหาการไม่นำมาประเมิน ส่วนหนึ่งเกิดจากไม่ได้จำหน่ายผลการรักษาในโปรแกรม TBCM ข้อเสนอแนะ คือ สคร.ดำเนินการส่งข้อมูล Feed back ให้กับพื้นที่ตรวจสอบการบันทึกข้อมูล

- ปัญหาการขาดยา ข้อเสนอแนะ คือ สนับสนุนให้เกิดการกำกับการกินยาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสนับสนุนทางด้านสังคมสงเคราะห์

- ปัญหาการเสียชีวิต ข้อเสนอแนะ คือ สนับสนุนให้เกิดระบบการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงด้วยการเอกซเรย์ในกลุ่มผู้ต้องขัง และผู้ป่วยเบาหวาน ตลอดจนให้เกิดระบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล

- ปัญหาการโอนออกโดยไม่ทราบผลการรักษา ข้อเสนอแนะ คือ สร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM

๒) สนับสนุนให้เกิดการสังคมสงเคราะห์ให้กับผู้ป่วยวัณโรค

ที่มา : แบบรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ รอบ ๓ ,๖ , ๙ เดือน ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๐

ข้อเสนอเพื่อการเร่งรัดการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อยุติวัณโรค

๑) การผลักดันยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ และแผนงานวัณโรค เข้าสู่กระบวนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายของผู้บริหารในแต่ละระดับของประเทศภายใต้คณะกรรมการยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติฯ และระดับกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงนโยบายการดึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนแผนงานวัณโรค แต่ละมาตรการ

๒) การผลักดันวัณโรคดื้อยาเข้าเป็นโรคติดต่ออันตราย ภายใต้ พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ รวมถึงการเร่งรัดอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการเร่งรัดการรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคให้เกิดความครอบคลุม ถูกต้องและทันเวลา

๓) เพิ่มความครอบคลุมของการบันทึก และการรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐ หรือ โปรแกรม TBCM Online ซึ่งกำหนดแนวทางให้เป็น Single data entry ในการกำกับ ติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค และเน้นคุณภาพ ความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค

๔) การเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ตามคู่มือการคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา โดยเน้นการวางระบบการคัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ที่การบูรณาการการมี

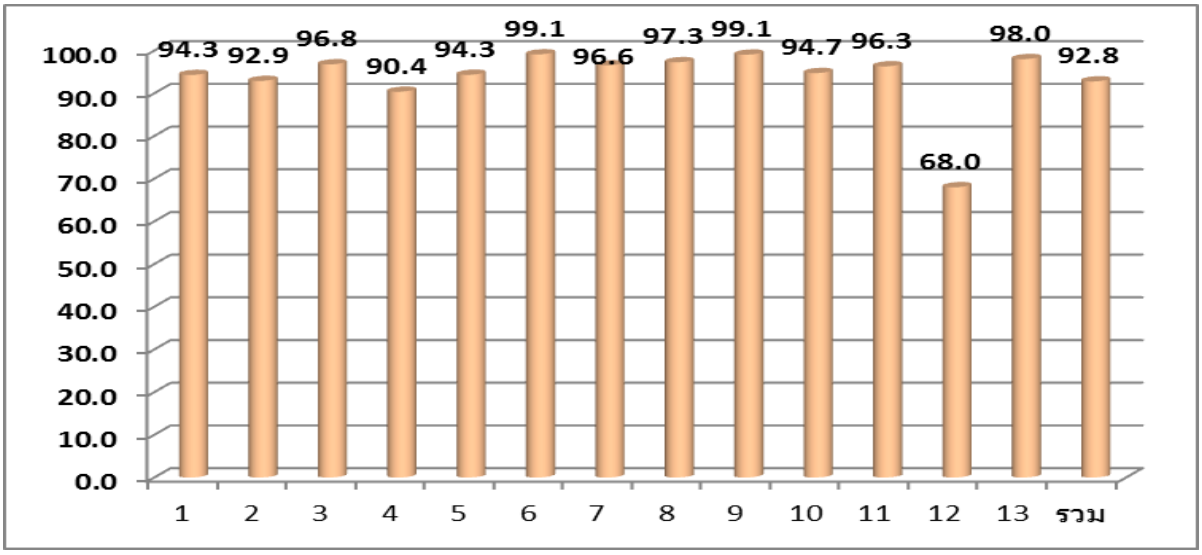
ส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพทั้งในระดับพื้นที่และชุมชน รวมถึงการรายงานผลการคัดกรองผ่านโปรแกรม TBCM ๒๐๑๐ หรือ โปรแกรม TBCM Online

๕) เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการรักษาด้วยกระบวนการที่เน้นการดูแลรักษาแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Care Approach) และการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาวัณโรคตามมาตรฐานสากล

๑.๒.๓ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (๓ month remission rate) (ร้อยละ ๙๒)

ข้อมูล/สถานการณ์



จากฐานข้อมูล ระบบรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ใหม่ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐) ผลการดำเนินงานภาพรวมทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๘ (โดยประเมินจากผู้ป่วยเฉพาะที่ได้รับการรักษาตามเกณฑ์กำหนดและติดตามได้ ซึ่งเป็นเพียงร้อยละ ๘๕ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด) ซึ่งสามารถดำเนินงานได้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ ๙๒ โดยทุกเขตสุขที่มีอัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา เกินจากเป้าหมายที่กำหนด ยกเว้นเพียงเขตสุขภาพที่ ๔ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ ที่ต้องพิจารณาผลการดำเนินงาน ควบคู่กับการนำเข้าข้อมูล บสต.ใหม่ ซึ่งการประเมินผลข้อมูลในรอบการตรวจราชการในรอบที่ ๒ จะประเมินโดยใช้ข้อมูลสะสม จากฐานข้อมูล บสต.ใหม่ ซึ่งเริ่มใช้ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ซึ่งบางพื้นที่ยังมีปัญหาการนำเข้าข้อมูลและการประสานส่งต่อข้อมูลกับกรมคุมประพฤติกระทรวงยุติธรรม และต้องพิจารณาข้อมูลอื่น ๆ ประกอบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา เช่น ผลการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มเสพติดรุนแรงเรื้อรัง กลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตที่ต้องรับยาต่อเนื่อง และกลุ่มที่ต้องรับยาทดแทนระยะยาวซึ่งไม่สามารถหยุดเสพได้

ปัญหา/อุปสรรค

- นโยบายและแนวทางปฏิบัติต่อการดูแลผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่เป็นผู้ป่วยของแต่ละหน่วยงานไม่เป็นทิศทางเดียวกัน ทั้งตำรวจที่เน้นการจับกุมมากกว่าให้โอกาส มหาดไทยเน้นการทำงานตามเป้า โรงเรียนยังต้องการรักษาชื่อเสียง ท้องถิ่น โรงงาน สถานประกอบการ รวมทั้งภาคประชาชนยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง

- สถานที่บำบัดหรือส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางยาเสพติด หรือผู้ป่วยที่เกินศักยภาพของ รพช./รพท. หรือสถานที่บำบัดผู้ติดรุนแรงยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

- ขาดบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางด้านยาเสพติด เช่น พยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด เวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติฉุกเฉินด้านยาเสพติด ยังไม่ครอบคลุมและมีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพแพทย์ พบว่าปัจจุบันมีแพทย์ที่ได้รับการอบรมความรู้ เรื่องยาเสพติดทั่วประเทศมีเพียง ๓๑๐ คน จากที่ควรมีทุกโรงพยาบาลอย่างน้อย ๑ คน

- ผู้ปฏิบัติงานขาดองค์ความรู้ในเรื่องการบำบัดรักษา ผู้ป่วยติดสารเสพติดอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การบำบัดบุหรี่ สุรา การบำบัดผู้เสพติดพืชกระท่อม และการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดตัวใหม่ๆ

- จากนโยบายการถ่ายโอนภารกิจการบำบัดรักษายาเสพติดมาให้กระทรวงสาธารณสุข ทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้นการเตรียมการด้าน งบประมาณ บุคลากร และโครงสร้างงานยังขาดความพร้อม หน่วยงานบางแห่งยัง ไม่มีผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดเฉพาะ ต้องทำงานหลายด้าน ในขณะที่ภาระงานเพิ่มมากขึ้นจากการถ่ายโอนภารกิจด้านการบำบัดรักษาจากกระทรวงยุติธรรมมาให้กระทรวงสาธารณสุขดูแล จึงไม่สามารถรองรับได้

- นโยบายและแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) และการป้องกันปัญหายาเสพติดและการบูรณาการเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ยังขาดความชัดเจนทั้งระดับปฏิบัติและระดับนโยบาย

- ระบบฐานข้อมูลยาเสพติดของประเทศ (บสต.) อยู่ระหว่างการปรับปรุง ยังไม่สามารถเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลผู้รับการบำบัดยาเสพติด ระหว่างหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมคุมประพฤติ และกระทรวงมหาดไทย

- บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขในการกำกับดูแลด้านการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ (บังคับบำบัด และต้องโทษ) ในระดับพื้นที่ ยังมีความเป็นจริงได้น้อย

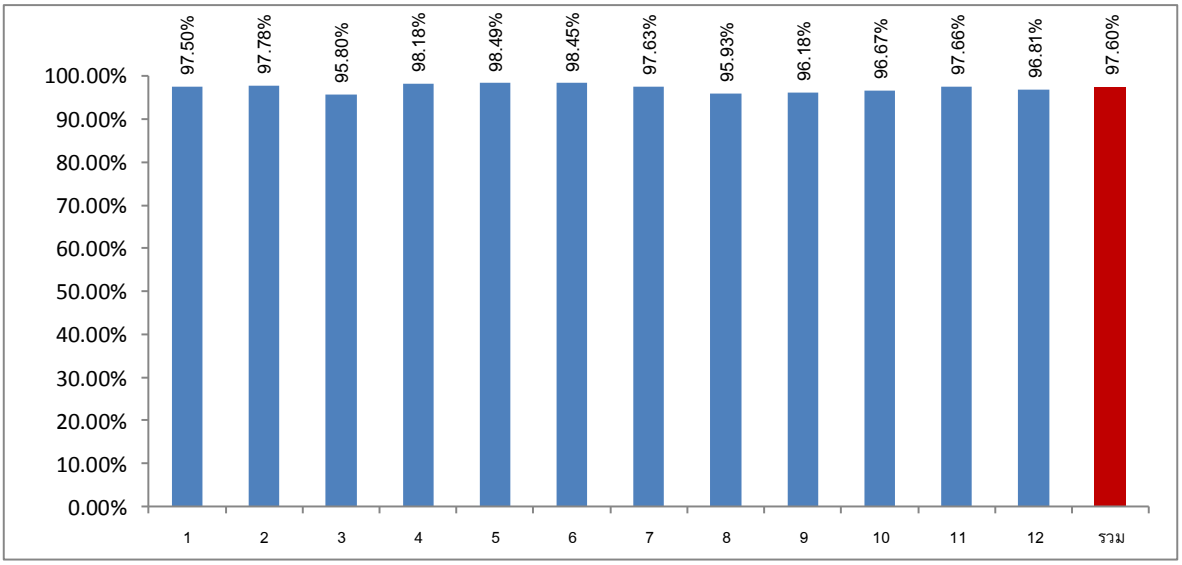
๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๑.๓.๑ การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๙๕)

ผลการตรวจราชการ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๙๗.๖๐



แผนภูมิแสดงร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ที่มา: แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

ปัญหา อุปสรรคที่พบจากการสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบตรวจราชการ และข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑.จำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจวิเคราะห์มีจำนวนมาก ทำให้การรอผลวิเคราะห์จากศูนย์วิทย์ฯ ใช้ระยะเวลานาน ซึ่งส่งผลกรณีตัวอย่างที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามกฎหมายได้ทันท่วงที	- การร่วมหารือกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อวางแผนการเก็บและส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ - เสนอผู้บริหารพิจารณาสื่อสารให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พิจารณาดำเนินการเร่งรัดกระบวนการตรวจวิเคราะห์ และระยะเวลาให้รวดเร็วขึ้น - ควรเร่งขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ให้รวดเร็วขึ้น เช่น ควรได้รับการแจ้งผลการวิเคราะห์ภายใน ๑ สัปดาห์หลังส่งวิเคราะห์ เพื่อให้สามารถดำเนินการตามกฎหมายได้ทันท่วงที
๒.จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ออกสู่ท้องตลาด มีหลายประเภท และมีจำนวนมากในแต่ละปี ต้องใช้งบประมาณจำนวนเพิ่มขึ้นในการสุ่มตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ แต่มีงบประมาณค่าตรวจวิเคราะห์จำกัดทำให้ไม่สามารถเก็บตัวอย่างได้ครอบคลุม ทั้งรายการตัวอย่างและรายการตรวจวิเคราะห์	- ใช้งบประมาณของ อย. ตามเป้าหมายที่ได้ตกลงกันไว้ หาก สสจ. ต้องการตรวจวิเคราะห์เพิ่มจากที่ตกลงกันไว้ ให้ สสจ. จัดสรรงบของจังหวัดมาตรวจวิเคราะห์ตามความเหมาะสม - จังหวัดวางแผนการสุ่มตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพชนิดที่มีความเสี่ยงเป็นลำดับแรก - วิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ที่ตกมาตรฐาน ๓ ปีย้อนหลัง เพื่อกำหนดเป้าหมายการเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงให้จังหวัดเพื่อให้มีความเหมาะสมต่อไป
๓.ผู้ประกอบการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น น้ำดื่ม โครงการประชารัฐ ซึ่งผู้ประกอบการขาดความเข้าใจในเรื่องหลักเกณฑ์การขออนุญาต	- การบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาชุมชน อปท. ในการร่วมกันดูแล พัฒนา และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการ
๔.ผู้ประกอบการขาดความรู้ ความเข้าใจ ในกระบวนการผลิต และการจัดเตรียมสถานที่ผลิตให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานที่ผลิตที่ดี และ	- ส่วนกลางควรจัดงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ โดยจัดหลักสูตรฝึกอบรมหรือศึกษาดูงานเพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการทำงานเฉพาะเรื่องที่เป็นปัญหาในแต่ละพื้นที่ เพื่อ

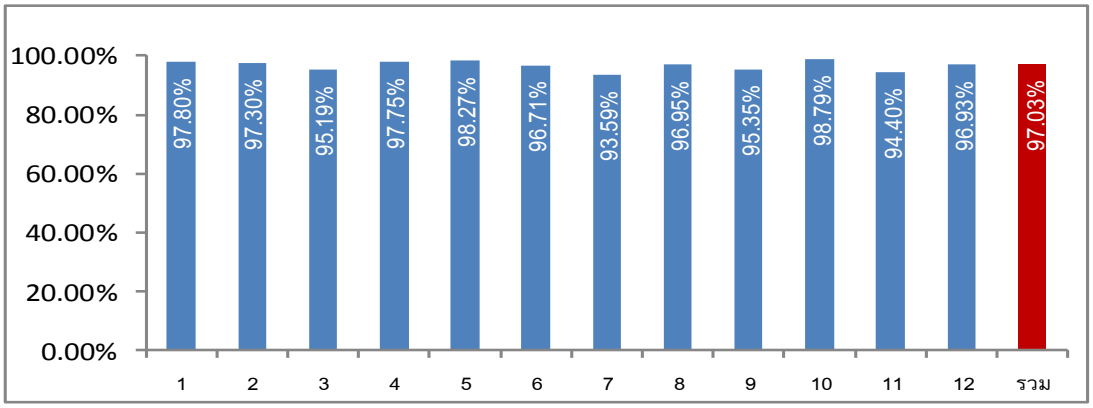
ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
ขาดทุนทรัพย์ในการพัฒนาสถานที่	นำไปช่วยเหลือผู้ประกอบการในการแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงประเด็น - การประสานงานกับกระทรวงมหาดไทย เพื่อทราบถึงหลักเกณฑ์การขออนุญาตดำเนินการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในกรณีที่จะมีการสนับสนุนงบประมาณแก่ชุมชน
๕.กรณีอาหาร ผู้ประกอบการขาดความใส่ใจและการควบคุมคุณภาพมาตรฐานการผลิตให้สม่ำเสมอ ทำให้ผลิตภัณฑ์ตกมาตรฐาน	ขอให้มีการสนับสนุนชุดทดสอบเบื้องต้นแก่ผู้ประกอบการ เช่น ชุดทดสอบโคลิฟอร์ม ชุดทดสอบความกระด้างชุดทดสอบปริมาณไอโอดีน
๖.ปัญหาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอไม่เพียงพอ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางแห่งได้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เป็นผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค จึงมีข้อจำกัดในการดำเนินการโดยเฉพาะในประเด็นการบังคับใช้กฎหมายเพื่อจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่	เน้นการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อลดผลกระทบ การฝึกทักษะผ่านการปฏิบัติหน้างาน และการขอกำลังจากจังหวัดหากจำเป็นต้องบังใช้กฎหมาย
๗.ความรู้ ความเข้าใจ ของพนักงาน เจ้าหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ กฎ กระทรวง ประกาศกระทรวง หรือระเบียบ ตามกฎหมายฉบับใหม่ที่จำเป็นต้องมีการติดตามให้ทันต่อเหตุการณ์	มอบหมายเจ้าหน้าที่เข้ารับการประชุมชี้แจง หรือเข้ารับการอบรม และนำมาถ่ายทอดต่อให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยทั่วกัน
๘.ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการจัดการปัญหาโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่	- กำหนดเป็นยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาการโฆษณาในระดับเขต โดยให้ทุกจังหวัดใช้แนวทางการปฏิบัติงานตาม SOP เพื่อลดการเกิดปัญหาความเลื่อมล้ำหรือความไม่เท่าเทียมในการจัดการปัญหาและการดำเนินคดีผู้กระทำผิด - ควรจัดให้มีการฝึกอบรม หรือ coaching พนักงานเจ้าหน้าที่ในระดับอำเภอและตำบล เพื่อช่วยเฝ้าระวัง และเก็บรวบรวมพยานหลักฐานเพื่อใช้ในการดำเนินคดีกับผู้ฝ่าฝืนโฆษณา
๙. การขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ในปัจจุบัน ในระบบ e-submission การจดทะเบียนทำได้รวดเร็ว ไม่ได้ผ่านการตรวจสอบที่ละเอียดจากภาครัฐบางประเด็น อาจส่งผลกระทบต่อการกำกับดูแลเรื่องฉลากสินค้า และคุณภาพของผลิตภัณฑ์ ซึ่งผู้บริโภคอาจได้รับข้อมูลบนฉลากที่ไม่เหมาะสม รวมถึงปัญหาด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์นั้นๆ	- รวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นในการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านระบบ e-submission ว่ามีปัญหาทางด้านใด เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปแก้ไขระบบต่อไป - นำข้อมูลปัญหาระบบ e-submission เสนอต่อผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านระบบ e-submission ต่อไป

๑.๓.๒ การเฝ้าระวัง และตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย (ร้อยละ ๘๐)

<u>ผลการตรวจราชการ</u>

ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ ๙๗.๐๓

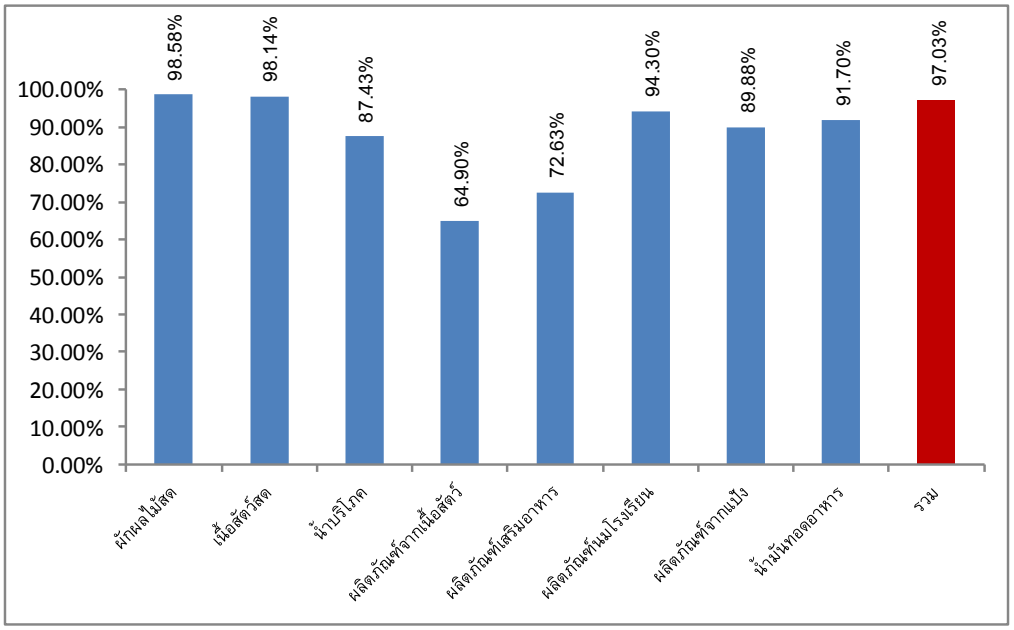


แผนภูมิแสดงร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย เขต ๑ – ๑๒

ที่มา: แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

<u>แยกรายผลิตภัณฑ์</u>

๑) ผักและผลไม้สด ๒) เนื้อสัตว์สด ๓)น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ๔) ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ๕) ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ๖) ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ๗) ผลิตภัณฑ์จากแป้ง และ ๘) น้ำมันทอดอาหาร



แผนภูมิแสดงร้อยละของร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย รายผลิตภัณฑ์

ที่มา: แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

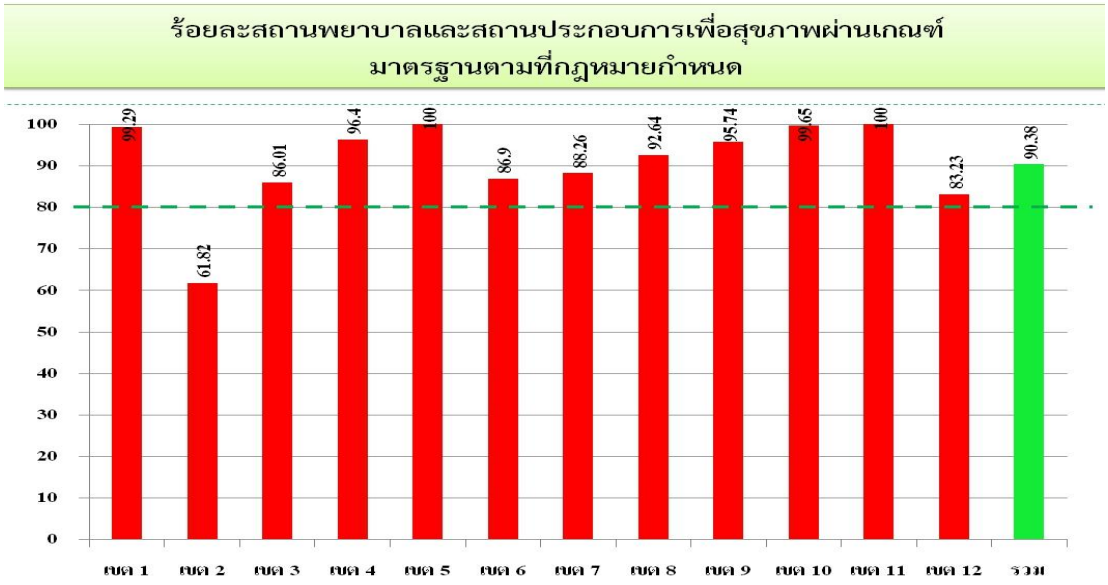
ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑.ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ฉลากไม่ถูกต้อง อวดอ้างสรรพคุณทางยา เช่น ลดความอ้วน เสริมสมรรถภาพทางเพศ พบมีการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรมีการทบทวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยมีการตรวจสอบสารสำคัญที่เป็นส่วนประกอบ และมีมาตรการในการเฝ้าระวังที่เข้มข้น จากการตรวจพบปัญหาการปนเปื้อนสารที่มีฤทธิ์ทางยา
๒.กรณีเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากสถานที่จำหน่าย	ควรมุ่งเน้นดำเนินการตรวจสอบ ควบคุม กำกับกับผู้ผลิต

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
แล้วผลวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย แนวทางการดำเนินการของส่วนกลางให้ดำเนินคดีแก่ผู้ประกอบการ ซึ่งผู้ประกอบการไม่สามารถทราบได้เลยว่าผลิตภัณฑ์ดังกล่าวจะมีสารที่มีฤทธิ์ทางยาปลอมปนด้วยหรือไม่ เนื่องจากผู้ประกอบการสามารถตรวจสอบเบื้องต้นได้จากฉลาก และเลขสารบบเท่านั้น	
๓.ไม่สามารถติดตามหาแหล่งต้นทางของผลิตภัณฑ์อาหารสด เช่น - แหล่งปลูกผักหรือผลไม้ที่มีการใช้สารกำจัดศัตรูพืช - ฟาร์มเลี้ยงสุกรที่มีการใช้สารเร่งเนื้อแดง - ฟอร์มาลินในตัวอย่างจำพวก หมึกกรอบ สไบนาง และหมึกสด	- ส่วนกลางควรมีนโยบายการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผลิตผลการเกษตร เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ที่มีหน้าที่ในการควบคุมการใช้ การจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อให้มีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ - ประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เกษตร ปศุสัตว์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการ และภาคประชาชน เพื่อทราบแหล่งต้นทางของผลิตภัณฑ์อาหารสด เพื่อสามารถดำเนินการตามกฎหมายได้
๔.ผู้ประกอบการที่จำหน่ายอาหารทอดด้วยน้ำมันไม่มีความตระหนักถึงพิษภัยของน้ำมันทอดซ้ำ และไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหาร	- สร้างและพัฒนาสถานที่ต้นแบบงานเฝ้าระวังน้ำมันทอดอาหาร - ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ถึงอันตรายของน้ำมันทอดซ้ำ
๕.งบประมาณการตรวจวิเคราะห์มีจำนวนจำกัด เมื่อผลการตรวจวิเคราะห์ในรอบแรกไม่ผ่านทางจังหวัดไม่สามารถเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจสอบอีกครั้งได้	ทำความตกลงกับผู้ประกอบการที่ไม่ผ่านเกณฑ์กำหนดในรอบแรกให้เก็บตัวอย่างและส่งตรวจวิเคราะห์เองเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ประกอบการรับผิดชอบและพัฒนาตนเอง

๑.๓.๓ การเฝ้าระวังและตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (ร้อยละ ๘๐)

สถานการณ์/ปัญหา



ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่พบจากการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๐

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
โฆษณาโอ้อวดเกินจริง โฆษณาลดแลกแจกแถม เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ เข้าควบคุม กำกับ ผู้ประกอบการ ให้ข้อมูลว่า ได้นำข้อมูลมาจากสาขาใหญ่ที่กรุงเทพมหานคร หรือคัดลอกมาจากสถานพยาบาลอื่น โดยอ้างว่าสถานพยาบาลอื่นสามารถทำได้	ให้คำแนะนำ ประเด็นการโฆษณาสถานพยาบาล ที่มีการแก้ไขปรับปรุง พ.ร.บ.สถานพยาบาล ๒๕๔๑ ฉบับที่ ๙ ซึ่งมีการมอบอำนาจให้ระดับจังหวัด ในการพิจารณาอนุญาตการโฆษณา ซึ่งผู้ประกอบการสถานพยาบาลต้องมาขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก่อนการโฆษณาสถานพยาบาล
จำนวนบุคลากรและเจ้าหน้าที่ น้อย ภาระงานมาก บางครั้งไม่สามารถปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนด	ประสานงานกับ สบส. เขต เพื่อร่วมดำเนินการกิจกรรมควบคุม กำกับ ติดตามสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
พบการใช้ประกาศฯปลอมรับรองวุฒินวด โดยพบว่ามีการซื้อมาเป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท	ขอความร่วมมือทางกรมสนับสนุนบริการสุขภาพติดตามหาบุคคลที่จัดทำประกาศปลอมในการรับรองวุฒิผู้ให้บริการ และดำเนินการทางกฎหมาย เพื่อยุติการกระทำดังกล่าว
แบบตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชน มีการปรับปรุงแก้ไขปีละหลายครั้ง ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน	ให้ข้อมูลกับ สพรศ. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงต่างๆ ส่งเสริมให้มีการสื่อสารระดับส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อลดช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
รถตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ : ควรมีนโยบายเข้มงวดในการควบคุมรถตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ เพราะพบว่ามีการใช้บุคลากรที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพมาให้บริการ	เฝ้าระวังและควบคุมกำกับการให้บริการ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ถึงข้อกฎหมายและแนวทางปฏิบัติให้มากขึ้นผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ
ผู้ประกอบวิชาชีพมีความเห็นแย้งในประเด็นมาตรฐาน	ทีมตรวจเยี่ยมพื้นที่ (สสจ.) ได้แนะนำและแจ้งให้เจ้าของสถานพยาบาลดำเนินการปรับแก้ไขให้ถูกต้องเพิ่มความปลอดภัยให้มีมาตรฐาน
การไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการตรวจคลินิกเสริมความงาม	ขอให้มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพนักงานเจ้าหน้าที่ในการตรวจประเมินสถานพยาบาล
พนักงานเจ้าหน้าที่ ยังขาดความรู้และทักษะในการดำเนินการตามกฎหมาย เนื่องจาก พรบ. สถานพยาบาลได้ออกกฎกระทรวง รวมถึงวิธีการดำเนินการตรวจสอบใหม่หลายฉบับและในการตรวจสอบสถานพยาบาล	จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในระดับจังหวัดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดนำความรู้ไปถ่ายทอดต่อให้กับเจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ต่อไป
ผู้ประกอบการ ยังขาดความเข้าใจ และความตระหนักในการปฏิบัติตามกฎหมายและมาตรฐานวิชาชีพ	จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานหรือคำอธิบายสำหรับเจ้าหน้าที่และแนวทางขั้นตอนการปฏิบัติตนสำหรับสถานพยาบาลและประชาสัมพันธ์ชี้แจงแนวทางตามกฎหมายใหม่ ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบอยู่เสมอ
ฐานข้อมูลสถานพยาบาลเอกชน และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไม่เป็นปัจจุบัน	พัฒนาฐานข้อมูลสถานพยาบาลและสถานประกอบการฯ ให้เป็นปัจจุบันและถูกต้อง
การควบคุมสถานประกอบการไม่เท่าเทียมกัน โดยสถานประกอบการลดน้ำหนักเอกชนปัจจุบันมีการใช้เครื่องมือแพทย์และโฆษณาไปในทำนองการรักษาพยาบาล	เพิ่มมาตรการควบคุมสถานประกอบการ และตรวจสอบมาตรฐานสถานบริการที่ให้บริการคล้ายคลึงคลินิกเวชกรรมเสริมความงาม
ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่องหลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตร หรือประกาศนียบัตรที่	กำหนดเวลา ที่กำหนดในบทเฉพาะกาล ตามประกาศฯที่เกี่ยวข้อง ควรมีระยะเวลาให้ผู้เกี่ยวข้องได้เตรียมความ

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ผู้ดำเนินการหรือผู้ให้บริการได้รับจากสถาบันการศึกษา ฯ ใช้บังคับในวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๙ ตามบทเฉพาะกาล ข้อ ๑๘ มีเงื่อนไขด้านเวลา ซึ่งมีหลายสถาบัน เตรียมการไม่ทัน	พร้อม เพื่อลดผลกระทบโดยตรงกับผู้เกี่ยวข้อดำเนินการส่งเสริมพัฒนา และจัดอบรมให้ความรู้ กฎหมายใหม่ กับพนักงานเจ้าหน้าที่ทุกคนเพื่อทำความเข้าใจกับพนักงานเจ้าหน้าที่ ในการตอบข้อซักถามของผู้ประกอบการต่อไป
การยื่นเอกสารขออนุญาตเป็นผู้ให้บริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทางระบบออนไลน์ก่อนที่กฎหมายลำดับรองจะออกทำให้ไม่มีผลตามกฎหมาย ผู้ให้บริการต้องมายื่นที่ สสจ. อีกครั้งหนึ่ง	กรม สบส. กำลังจัดทำหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่อธิบดีกรมฯ กำหนดตามกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
ผู้ประกอบการ มายื่นเอกสารขออนุญาตเปิดสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ แต่ไม่มีแบบตรวจมาตรฐาน ซึ่งกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพยังไม่ส่งมาให้ ส่งผลให้ไม่สามารถออกตรวจมาตรฐานผู้ยื่นคำขอได้	ประสานขอความช่วยเหลือด้านเอกสารแบบตรวจมาตรฐานและขอคำแนะนำในกรณีการตรวจมาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด
ไม่มีผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาในการตอบคำถามต่างๆ ให้กับจังหวัด	ส่วนกลางควรจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาในการตอบคำถามต่างๆ ให้กับจังหวัด
ความไม่พร้อมของบุคลากรและเครือข่ายในการปฏิบัติงาน	สนับสนุนการจัดอบรมแก่เครือข่าย และแนะนำ สสจ. ให้พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในทุกระดับให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมและตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล
การตอบคำถามและการแจ้งแนวทางปฏิบัติของกรมฯ ยังไม่เป็นเอกภาพ ทำให้เจ้าหน้าที่ในทุกระดับ เข้าใจกฎหมายไม่ตรงกัน	- จัดให้มีผู้รับผิดชอบหลักตอบคำถาม ข้อสงสัยของจังหวัดให้ชัดเจนและรวดเร็ว - ออกหนังสือหรือ แนวทางการปฏิบัติ รวมทั้งสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องให้จังหวัดรับทราบอย่างต่อเนื่อง
มีเบาะแสการซื้อขายใบประกาศนียบัตรด้านการนวด แต่ไม่มีความชัดเจนในการแก้ปัญหาดังกล่าว	สสจ.ทำหนังสือแจ้งข้อร้องเรียนไปยังกองกฎหมาย กรม สบส. เพื่อดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. ขอการสนับสนุนจากส่วนกลางในการตอบข้อหารืออย่างรวดเร็วทันการ

๒. เร่งรัดดำเนินการออกกฎกระทรวงและประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

๓. จัดเวทีวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคให้ครอบคลุมและกฎหมายใหม่ ให้กับทุกจังหวัด

๔. จัดทำคู่มือ แนวทางการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับภูมิภาค

๕. จัดให้มีช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด และควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบช่วยตอบคำถามโดยเร่งด่วน

๖. ควรเร่งดำเนินการสร้างเครื่องมือแบบตรวจมาตรฐานเพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดได้ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินมาตรฐานสถานประกอบการ

๗. สร้างความชัดเจนในการดำเนินงานให้กับเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดในทุกๆด้าน

๘. ควรมีนโยบายการกำกับการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ (Compliance Policy) และมาตรการบังคับใช้กฎหมาย (Law Enforcement) อย่างเข้มงวดแก่ผู้ประกอบวิชาชีพที่เจตนากระทำความผิดซ้ำซ้อนหรือร้ายแรง

๙. ส่วนกลางควรเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดของสถานพยาบาลสู่สาธารณชน

๑๐. ภาครัฐควรสร้างแรงจูงใจให้แก่สถานพยาบาลเอกชนที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม CSR

๑๑. ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง

๑๒. เครื่องมือแพทย์และเครื่องมือวินิจฉัยทางการแพทย์ที่มีใช้ในคลินิก จะต้องมีการประเมินความปลอดภัย มีมาตรฐาน และได้รับการทดสอบ/เทียบ บำรุงรักษา อย่างต่อเนื่อง

๑๓. เกณฑ์มาตรฐานการตรวจสถานพยาบาลแบบใหม่ควรมีความกระชับชัดเจน และกำหนดวันบังคับใช้พร้อมกันทั้งประเทศ

๑๔. จัดทำคู่มือประชาชนในการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (พ.ร.บ. การอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ)

นวัตกรรม/สิ่งที่ค้นพบที่สามารถเป็นแบบอย่าง

เขต	สิ่งที่ค้นพบ
๑	การขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ แนวทางปฏิบัติมีดังนี้ ๑. การศึกษาและวิเคราะห์กฎหมาย ๒. จัดทำแนวปฏิบัติ /คู่มือ ๓. ประสานและสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ๔. การประชาสัมพันธ์เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ๕. การเสริมสร้างความรู้เข้าใจแก่กลุ่มเป้าหมาย ๖. การมอบหมาย และการกระจายอำนาจ
๔	- คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์เร่งรัด (๕ ปี) - สำรวจปัญหาเจ้าหน้าที่ พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานใหม่มีจำนวนมาก มีการทำ SWOT ในพื้นที่ - สสจ. ร่วมกับ สสอ. และ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานพยาบาลผลการตรวจไปยัง คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค - อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค (อย.น้อย, อส.คบ. และ consumer spy, สื่อพิทักษ์ผู้บริโภค)
๕	จัดทำสื่อคลิปวีดีโอเพื่อนำเสนอประเด็นการเลือกคลินิกและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (นวดเพื่อสุขภาพ/สปา) ที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย โดยนำเสนอผ่านสื่อโทรทัศน์ทางเคเบิ้ลทีวี
๖	- การกระจายอำนาจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้แก่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ - ผู้บริหารสนับสนุนและมีการประชุมคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อพิจารณาอนุญาตสถานพยาบาลที่ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (รายใหม่) - วางแนวทางการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล การส่งเสริมสถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ - การใช้ระบบเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค ของ คปสอ. ดำเนินการติดตามตรวจมาตรฐาน ในพื้นที่ทุกอำเภอทำให้สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐ ภายในไตรมาสที่ ๑
๗	- การทำสำนวนสืบสวนและสรุปผล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ พรบ.สถานพยาบาล ก่อนดำเนินคดีทุกครั้ง - การรวบรวมและฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นอีสาน เพื่อนำมาปรับประยุกต์ใช้ในการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ภายใต้แนวคิด “อัตลักษณ์ไทยอีสานสปา”
๘	-สสจ.นครพนมชี้แจงนโยบายการกำกับดูแลมาตรฐานคลินิกของจังหวัดนครพนม และชี้แจงแนวทางในการควบคุมดูแลมาตรฐานของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด -สสจ.สกลนครมีมาตรการควบคุมขยะมูลฝอยติดเชื้อของคลินิก โดยไม่ให้ทิ้งขยะมูลฝอยติดเชื้อลงในถังขยะเทศบาล -สสจ.สกลนครให้คลินิกทุกแห่งนำขยะมูลฝอยติดเชื้อฝากกำจัดได้ที่โรงพยาบาลรัฐ โดยชำระค่าธรรมเนียมเป็นค่าบริการรับฝากกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อโดยคิดราคาต่อกิโลกรัม
๑๐	จังหวัดศรีสะเกษ มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด

เขต	สิ่งที่ค้นพบ
๑๑	- การเพิ่มบทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นตัวแทนในแต่ละวิชาชีพร่วมตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลในวิชาชีพตัวเอง - การสร้างพื้นที่สื่อสารระหว่างพนักงานเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบกับผู้ประกอบการ ผู้ดำเนินการ และผู้ให้บริการ

๑.๓.๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital (เป้าหมาย: ร้อยละ ๗๕ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ., รพช., รพท. และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ) พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน)

ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

สถานการณ์

จากการวิเคราะห์รายงานตามแบบ ตก. ๒ และรายงานผลการดำเนินงาน โดยกรมอนามัยและศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒ ณ วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๐ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการประเมินโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๙๓๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๓๗ แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด ๙๔๕ แห่ง (ไม่รวมกรุงเทพฯ) โดยผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ๘๗๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๐๖ รายละเอียดดังนี้

๑. Small Success

- โรงพยาบาลมีการประเมินตนเอง ๙๓๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๐๕
- โรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์ ๙๓๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๔๑
- โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินตามเกณฑ์ฯจากทีมผู้ประเมินระดับจังหวัด จำนวน ๙๓๙ แห่ง (ร้อยละ ๙๙.๓๗)
- ศูนย์อนามัยมีการสุ่มประเมินโรงพยาบาล ๔๒๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๑๙ (จากเป้าหมายที่ต้องสุ่มประเมินฯ ร้อยละ ๓๐)

๒. รายละเอียดผลการตรวจประเมิน

- ยังไม่ได้รับตรวจประเมิน ๖ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๐.๖๓
- ไม่ผ่านเกณฑ์ ๖๙ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๗.๓๐
- ผ่านระดับพื้นฐาน ๔๙๔ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๕๒.๒๘
- ผ่านระดับดี ๒๗๘ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๒๙.๔๒
- ผ่านระดับดีมาก ๙๘ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๑๐.๓๗

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ตัวชี้วัด		เขต												ภาพรวมประเทศ
		๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	
ร้อยละของ	เป้าหมาย	๑๐๙	๔๘	๕๖	๗๙	๖๘	๗๙	๘๑	๙๓	๙๑	๗๔	๘๔	๘๓	๙๔๕
ร.พ. ที่	ผลงาน	๙๕	๔๔	๕๒	๗๘	๖๔	๗๔	๘๑	๙๑	๘๐	๖๕	๗๓	๗๓	๘๗๐

ตัวชี้วัด		เขต												ภาพรวมประเทศ
		๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	
พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ G & C Hospital	อัตรา/ร้อยละ	๘๗.๑๖	๙๑.๖๗	๙๒.๘๖	๙๘.๗๓	๙๔.๑๒	๙๓.๖๗	๑๐๐	๙๗.๘๕	๘๗.๙๑	๘๗.๘๔	๘๖.๙๐	๘๗.๘๖	๙๒.๐๖

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

กิจกรรม G-R-E-E-N ประกอบด้วยหลายกิจกรรม กรณีปรับปรุงโครงสร้างและมีการใช้งบลงทุน จะมีขั้นตอนด้านงบประมาณและใช้เวลานานในการดำเนินการ ทำให้บางโรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเกณฑ์ กิจกรรมสำคัญที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๔๕ การพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) และการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
๑. การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน และคณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คบสอ.) ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ๒. การกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบหลักเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานทั้งโรงพยาบาล (โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่) เป็นไปด้วยความยากลำบาก เพราะต้องทำงานร่วมกันหลายกลุ่ม/ฝ่าย ๓. การบริหารจัดการ และประสานงานภายในองค์กรของโรงพยาบาลหลายแห่งยังไม่ชัดเจน ๔. การสื่อสารนโยบายไม่ครอบคลุม ทำให้การมีส่วนร่วมดำเนินงานของบุคลากรฝ่ายต่างๆ ภายในหน่วยงานมีน้อย	๑.ทีมตรวจประเมินและทีมสนับสนุนวิชาการระดับจังหวัด ควรติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากร โรงพยาบาลรับทราบนโยบายการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาล ๒. ควรขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอ เพื่อขยายความครอบคลุมการดำเนินงานถึง รพ.สต. และชุมชน ๓. ควรสนับสนุนให้โรงพยาบาล มีการขยายการดำเนินงาน และส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน เพื่อยกระดับมาตรฐาน และบูรณาการกับการดำเนินงานตำบลจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในระดับท้องถิ่น และชุมชน รวมทั้งการผลักดันผ่านกลไกคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	๑. ประสานเพื่อหาแนวทางสนับสนุนงบประมาณ ด้านวิชาการ และความรู้เชิงเทคนิค การดำเนินงานประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (โดยเฉพาะการปรับปรุงที่พักมูลฝอยติดเชื้อ) และระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญและเป็นปัญหาที่ทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑) ควรกำหนดให้การดำเนินงานนี้ เป็นนโยบายอย่างต่อเนื่อง และขยายเป้าหมายให้โรงพยาบาลทุกแห่งต่อยอดการพัฒนาให้เกิดนวัตกรรม และขยายผลสู่ชุมชน เพื่อพัฒนาเป็น GREEN & CLEAN Community

๒) สนับสนุนการพัฒนาเชิงคุณภาพและสร้างระบบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการการสาธารณสุขให้เกิดความยั่งยืน ขยายการดำเนินงานในมิติใหม่ ๆ ที่เป็นประเด็นความร่วมมือระดับภูมิภาคและระดับสากล อาทิ การพัฒนา Climate Smart Healthcare

๒. ข้อเสนอต่อส่วนกลาง

๑) กระทรวงสาธารณสุข (สป.) ควรสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการปรับปรุงโครงสร้างของโรงพยาบาล โดยเฉพาะระบบบำบัดน้ำเสียของ รพท./รพศ. ที่ยังปัญหาไม่ได้มาตรฐาน

๒) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับกรมอนามัย เร่งรัดการออกแบบที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อให้เป็นแบบมาตรฐานเพื่อสนับสนุนพื้นที่ดำเนินการให้ได้ตามกฎหมาย

๓. ข้อเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลทุกแห่ง ทุกระดับ ควรให้ความสำคัญ และกำหนดเป็นนโยบายเน้นหนักของโรงพยาบาล และมีการกำกับติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง G-R-E-E-N

G-Garbage

- โรงพยาบาลพนมดงรัก เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการคิดค้นวิธีการจัดการขยะติดเชื้อและขยะทั่วไป” และได้เสนอใน อสธจ. และมีนโยบายให้ทุกอำเภอใช้เป็นตัวแบบ ที่รียกว่า “พนมดงรักโมเดล”
- โรงพยาบาลลำปาง ได้นำขยะรีไซเคิลมาประดิษฐ์เป็น “กล่องปลดเข็ม”
- โรงพยาบาลวังน้ำเขียว ดำเนินการกักเก็บขยะอันตรายในบ่อวงซีเมนต์

R-Restroom

- โรงพยาบาลสมเด็จฯ องค์ที่ ๑๗ นำน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วใช้เป็นน้ำเข้าชักโครก แทนน้ำประปา

E-Energy

- โรงพยาบาลบัวใหญ่ มีการผลิต Biogas จากเศษอาหารจากโรงครัวโรงพยาบาลและร้านอาหารในโรงพยาบาลเพื่อใช้ในโรงพยาบาล และนำพลังงานความร้อนที่เหลือทิ้งจากเครื่องควบคุมความชื้นมาเป่าเครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์ให้แห้ง
- โรงพยาบาลลำปาง ได้คิดค้นเครื่องควบคุมอุณหภูมิในระบบปรับอากาศ แบบซิลเลอร์ เพื่อใช้ทดแทนของเดิม และสามารถประหยัดพลังงานไฟฟ้าลงได้

E-Environment

- โรงพยาบาลสอง มีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพแก่ผู้รับบริการใสนคลินิกความดันโลหิตสูง

N-Nutrient

- โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลพาน โรงพยาบาลเชียงของ โรงพยาบาลสมเด็จยุพราช โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช โรงพยาบาลสมเด็จฯ องค์ที่ ๑๗ จัดทำโครงการอาหารสะอาด ปลอดภัยในโรงพยาบาล

.....

คณะที่ ๒

การพัฒนาระบบบริการ

๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๒.๒ Service Plan สาขา NCD

๒.๒.๑ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

๒.๒.๒ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๒.๒.๓ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒.๓ Service Plan สาขา RDU

๒.๔ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

๒.๕ Service Plan สาขา Palliative Care

๒.๖ Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

๒.๗ Service Plan สาขาสุขภาพจิต

๒.๘ Service Plan ๓ สาขาหลัก plus

๒.๘.๑ สูติกรรม

๒.๘.๒ กุมารเวชกรรม

๒.๘.๓ ออร์โธปิดิกส์

๒.๘.๔ อายุรกรรม

๒.๘.๕ ศัลยกรรม

๒.๙ Service Plan โรคหัวใจและหลอดเลือด

๒.๑๐ Service Plan โรคมะเร็ง

๒.๑๑ Service Plan โรคไต

๒.๑๒ Service Plan สาขาตา

๒.๑๓ Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก

๒.๑๔ Service Plan สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๒.๑๕ Service Plan สาขาอุบัติเหตุ

๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ

โดย คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข (คกต.) คณะที่ ๒

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

.....

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) เป็นการจัดระบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ใน ๑๘ สาขา สร้างระบบการทำงานที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายตั้งแต่ระดับบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ รวมทั้งศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง ภายใต้กรอบแนวคิดการบริหารร่วมการ บริการร่วม การใช้ทรัพยากรร่วมกัน อย่างคุ้มค่า สามารถเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน โดยมุ่งหวังให้เกิดผลที่ดีต่อสุขภาพประชาชน กล่าวคือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดระยะเวลารอคอย และลดความแออัด

ในภาพรวมประเทศมีการดำเนินงานตามแนวทางสำคัญโดยการสร้างกลไกการบริหารจัดการการพัฒนา Service plan ในภาพรวมและรายสาขาซึ่งทุกเขตสุขภาพได้มีการดำเนินการ Service plan แต่ละสาขาตามกรอบแนวทางที่กำหนด ได้แก่ มีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ และปัญหาการบริการ โดยกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดทั้งที่เป็นตัวชี้วัด Outcome (ลดป่วย, ลดตาย) และตัวชี้วัด Service Outcome (ลดการรอคอยบริการ เพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มขีดความสามารถ ลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น) มีการออกแบบและวางระบบบริการที่เชื่อมโยงการบริการกันทั้งเขต ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน /ทั่วไป/ศูนย์ และระดับศูนย์ความเชี่ยวชาญที่มีการพัฒนาเชิงระบบของ PCC และ DHS เพื่อเป็นฐานการพัฒนาระบบบริการ Service Plan ในทุกสาขาซึ่งในการตรวจราชการ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๒.๑.๑ รพ.สต.ติดดาว

เป็นการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการระดับปฐมภูมิซึ่งรวมเกณฑ์คุณภาพบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการบริหารจัดการเข้าด้วยกัน เป็นเกณฑ์เดียวที่บูรณาการในกรอบการประเมินรูปแบบเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานบริการปฐมภูมิ และเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขใหม่ของปี ๒๕๖๐ ซึ่งไม่มีข้อมูลระดับประเทศมาก่อน แต่มีการพัฒนาในบางเขตสุขภาพและบางจังหวัด

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคุณภาพมาตรฐาน

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

- ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๑๐ โดยมี small success ดังนี้

ระยะ ๓ เดือน มีการประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว

ระยะ ๖ เดือน ทีมประเมินระดับเขตสุขภาพชี้แจงการดำเนินงาน และพัฒนาทีมประเมินระดับจังหวัด และอำเภอ

ระยะ ๙ เดือน รพ.สต.ร้อยละ ๑๐๐ มีการนำเกณฑ์คุณภาพไปประเมินตนเอง

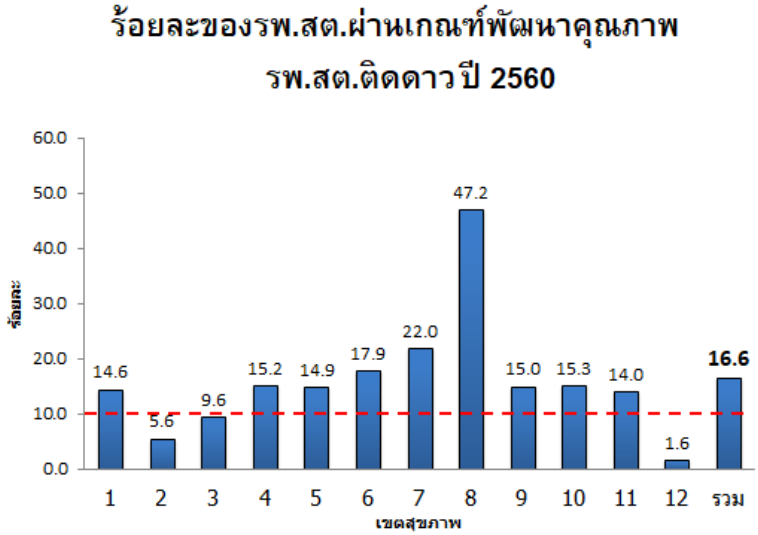
ระยะ ๑๒ เดือน ทีมประเมินระดับเขต ลงประเมินรับรองผลการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. และได้ รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๐

มาตรการสำคัญ

๑. พัฒนาเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาวและจัดทำคู่มือ
๒. พัฒนาคณะทำงานทุกระดับ ได้แก่ ระดับประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ
๓. สื่อสารชี้แจง ประชาสัมพันธ์นโยบาย แนวทางและแผนพัฒนาองค์กรคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
๔. พัฒนาระบบฐานข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ
๕. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ผลลัพธ์

ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐ พบว่า ระดับประเทศมีการประชุมชี้แจงนโยบาย รพ.สต.ติดดาว เมื่อ ๒๓-๒๕ มกราคม ๒๕๖๐ และระดับเขต/จังหวัด ได้ดำเนินการแล้วทุกเขตสุขภาพ ขณะนี้มี รพ.สต.ที่ได้ประเมินตนเองแล้ว จำนวน ๙,๘๒๗ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ๓,๐๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๖๔ และ มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี ๒๕๖๐ ภาพรวมประเทศ ร้อยละ ๑๖.๖ โดยแบ่งรายเขตสุขภาพ ดังนี้



ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ ๑) การที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ ๒) มีการร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ๓) ประชาชนมีส่วนร่วม และ ๔) รพ.สต.มุ่งมั่นพัฒนาตนเอง

ปัญหา อุปสรรค

๑. เกณฑ์ละเอียด ไม่ชัดเจน ทำให้ทีมประเมินไม่เข้าใจและอาจทำการประเมินคลาดเคลื่อน
๒. นโยบายปี ๒๕๖๐ ชี้แจงล่าช้า มีระยะเวลาในการดำเนินงานน้อย
๓. ขาดงบประมาณสนับสนุนในพื้นที่ และขาดเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.
๔. มีการประเมินคุณภาพ รพ.สต.หลายทีม หลายเกณฑ์ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.สับสน และแต่ละทีมลงพื้นที่ประเมินต่างเวลากัน ทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีภาระในการรับทีมประเมินมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

รพ.สต.ควรพัฒนาคุณภาพภายใต้ความต้องการของประชาชน รวมงาน รพ.สต.ติดดาว เข้ากับงานปฐมภูมิอื่นๆ และบูรณาการออกตรวจประเมินฯ เกณฑ์คุณภาพร่วมกับชมรมสาธารณสุขอำเภอและเขตสุขภาพ

Best Practice

เขต ๑ รพ.สต. ต่อแพ จังหวัดแม่ฮ่องสอน
เขต ๒ รพ.สต. เขาแก้วศรีสมบูรณ์ จังหวัดสุโขทัย
เขต ๓ รพ.สต. น้ำซึม จังหวัดอุทัยธานี
เขต ๔ รพ.สต.กุดตาเพชร จังหวัดลพบุรี
เขต ๕ รพ.สต. ทัพหลวง จังหวัดสุพรรณบุรี
เขต ๖ รพ.สต. บางแก้ว จังหวัดสมุทรปราการ
เขต ๗ รพ.สต. บ้านดอนบม จังหวัดขอนแก่น
เขต ๘ และ เขต ๙ อยู่ระหว่างดำเนินการประเมิน
เขต ๑๐ รพ.สต. แก้งเหนือ จังหวัดอุบลราชธานี
เขต ๑๑ รพ.สต. เกาะแก้ว จังหวัดภูเก็ต
เขต ๑๒ รพ.สต. บ่อตรุ จังหวัดสงขลา

๒.๑.๒ การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster)

การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวตามแผนที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ใช้เวลา ๑๐ ปี ในการพัฒนาให้มีคลินิกหมอครอบครัวครบทั่วประเทศ เนื่องจากประเทศไทยขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวง ในการเพิ่มกำลังการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ได้ ๖,๕๐๐ คน ใน ๑๐ ปี ซึ่งปัจจุบันมีศักยภาพในการผลิตมากขึ้นเรื่อยๆ และมากที่สุดได้ถึง ๑,๐๐๐ คนต่อปี ภายในปี ๒๕๖๕

ในเรื่องของการเปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว เริ่มดำเนินการนำร่องตั้งแต่ ปี ๒๕๕๙ ซึ่งทั่วประเทศดำเนินการทุกเขตตามความพร้อมของพื้นที่รวม ๔๘ แห่ง ซึ่งในปี ๒๕๖๐ กำหนดเป้าหมายเปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวอีกจำนวน ๔๒๔ ทีม ขณะนี้มีสามารถเปิดดำเนินการรวมทั้งสิ้น ๕๙๐ ทีม ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

เป้าหมายและความคาดหวังในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว นอกจากเป้าหมายด้านปริมาณแล้ว กระทรวงสาธารณสุขมีความคาดหวังอย่างยิ่งในการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย โดยการขับเคลื่อนนโยบายคลินิกหมอครอบครัวซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับการบริการอย่างเป็นองค์รวม มีภาวะสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ ถ้าไม่เจ็บป่วยก็สามารถทำงานสร้างรายได้ ซึ่งจะได้เป็นกำลังในการสร้างความมั่นคง มั่งคั่ง ของประเทศไทยได้อย่างยั่งยืนต่อไป

แนวทางการขับเคลื่อนคลินิกหมอครอบครัวในปี ๒๕๖๐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๐๔๕/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่องจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.) เป็นหน่วยงานเทียบเท่ากองภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ กลไกและรูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิผลักดัน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากำลังคน สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจนพัฒนาระบบติดตามประเมินผล และระบบบริหารจัดการ ซึ่งสำนักงานนี้จะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนคลินิกหมอครอบครัว ให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

นอกจากนี้มีการประชาสัมพันธ์ความคืบหน้าและการพัฒนาของคลินิกหมอครอบครัวให้กับเจ้าหน้าที่ ประชาชน อสม.ทราบทางสื่อออนไลน์ ได้แก่ Line@primarycarecluster (คลินิกหมอครอบครัว) และ Facebook fanpage PR๔PCC (คลินิกหมอครอบครัว) ซึ่งมีทีม Admin ไว้เพื่อค่อยตอบคำถามและ

สื่อสารข้อมูลความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองให้เข้มแข็งสมบูรณ์ต่อไป

๒.๑.๓ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ (DHS)

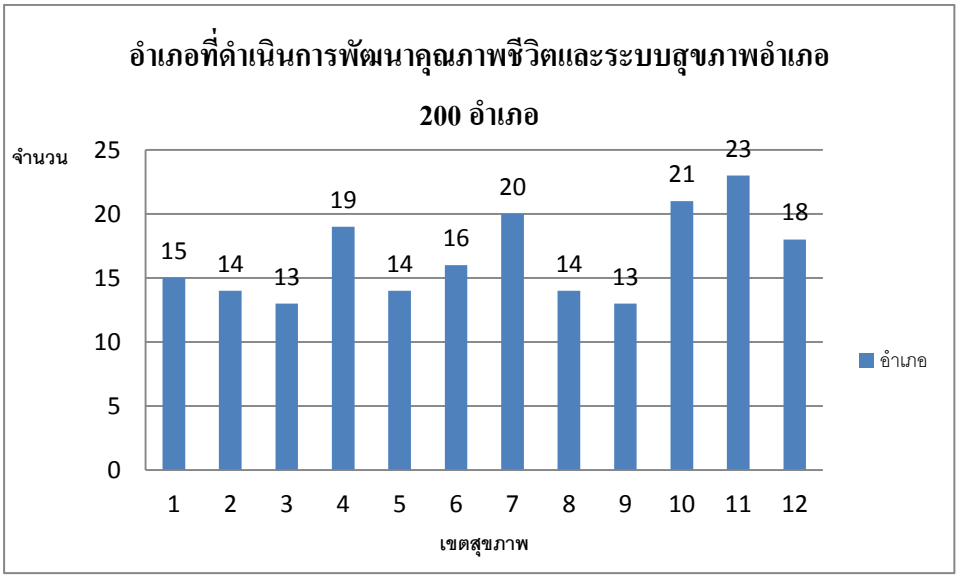
๑. สถานการณ์ /สภาพปัญหาสำคัญ

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ District health System ครบทุกพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ที่ขับเคลื่อนไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และการดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งได้กำหนดนโยบายหลักที่ต้องดำเนินการคือ ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ตามบริบท การดูแลกลุ่มพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว การแก้ปัญหาจุดเสี่ยงทางถนน และได้มีการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) จำนวน ๒๐๐ อำเภอ กระจายครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาครัฐ

๒.ข้อมูลประกอบการตรวจติดตามวิเคราะห์

๒.๑ ผลการดำเนินงานของอำเภอที่มี District health System ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐ พบว่า พื้นที่ที่ดำเนินการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จำนวน ๒๐๐ อำเภอ ดังแผนภูมิ ๑

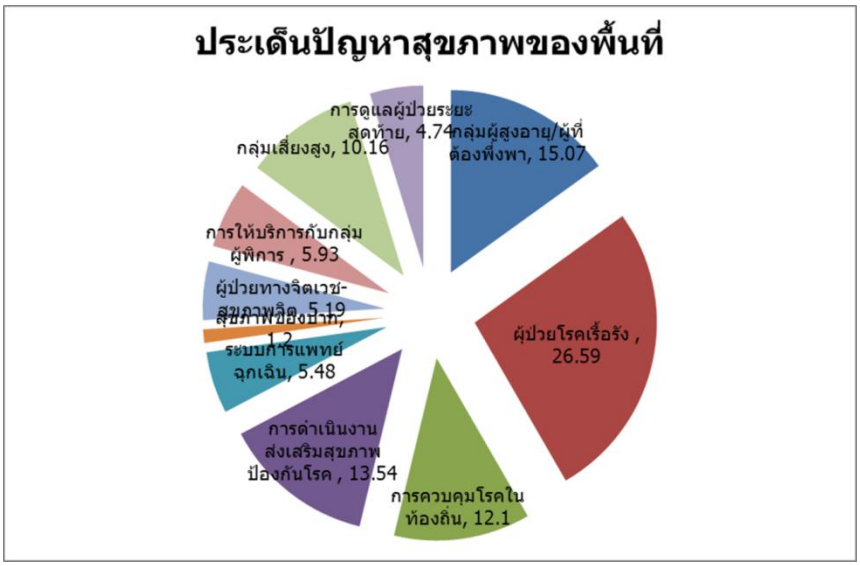
แผนภูมิ แสดงจำนวนอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จำแนกรายเขต



ที่มา : ข้อมูลจากสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ปี ๒๕๖๐

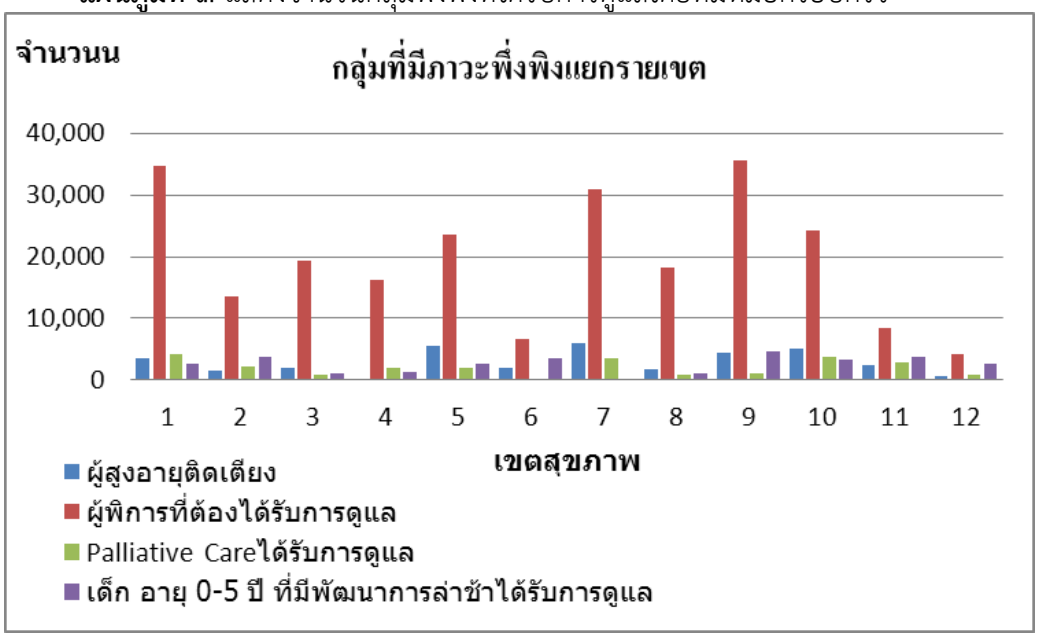
๒.๒ ผลการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่อำเภอละ ๓ เรื่องในแต่ละเขตสุขภาพ พบว่า มีการดำเนินการใน ๓ ประเด็นที่สำคัญคือ ๑.ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ๒.การดูแลกลุ่มพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ๓. ประเด็นนโยบายหลักที่ต้องดำเนินการทุกอำเภอ (DHS-RTI และ Long term Care การพัฒนา Care manager Care Giver) แสดงดังแผนภูมิ ๒ , ๓ , ๔ และ ๕

แผนภูมิที่ ๒ แสดงร้อยละของประเด็นปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่



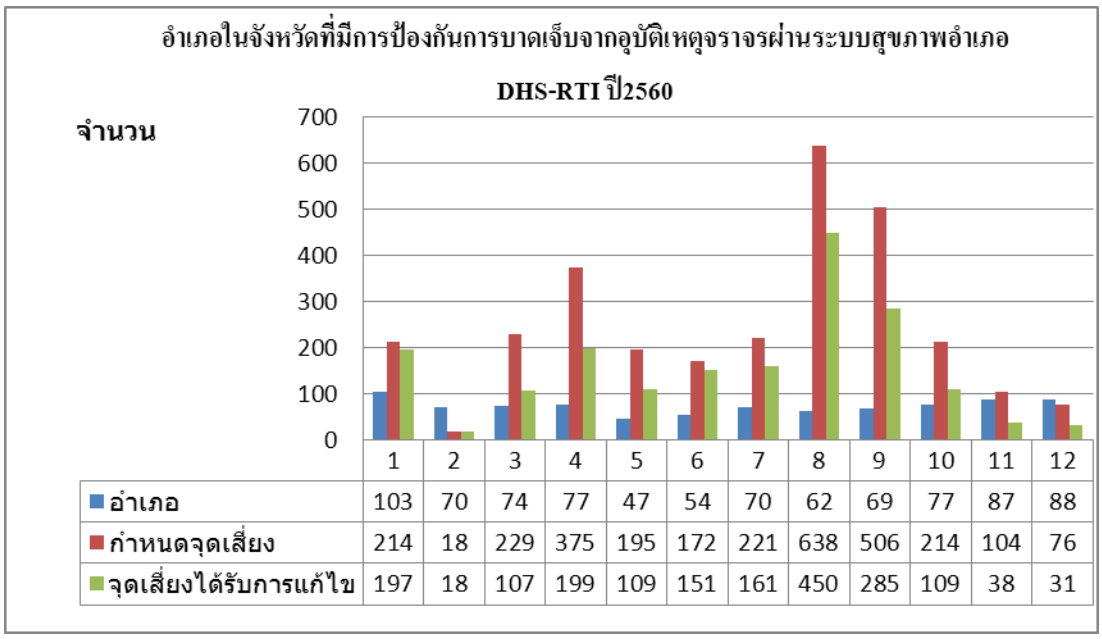
ที่มา : รายงาน ตก.๒ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

แผนภูมิที่ ๓ แสดงจำนวนกลุ่มพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว



ที่มา : แบบรายงานตก. ๑ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

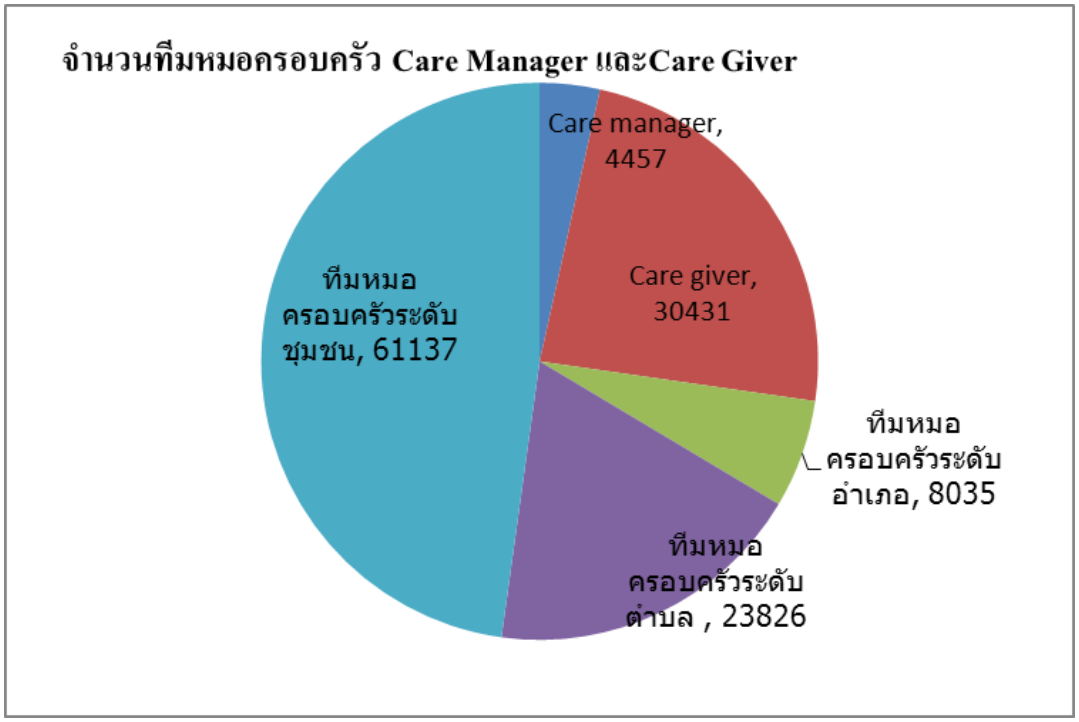
แผนภูมิที่ ๔ แสดงจำนวนจุดเสี่ยงและแก้ไขจุดเสี่ยงผ่านระบบสุขภาพอำเภอในการป้องกันอุบัติเหตุ



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
อำเภอ	103	70	74	77	47	54	70	62	69	77	87	88
กำหนดจุดเสี่ยง	214	18	229	375	195	172	221	638	506	214	104	76
จุดเสี่ยงได้รับการแก้ไข	197	18	107	199	109	151	161	450	285	109	38	31

ที่มา: จาก ตก. ๑ แบบรายงาน DHS-RTI เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

แผนภูมิที่ ๕ แสดงจำนวนทีมหมอครอบครัว Care Manager และ Care Giver ในการดูแลแบบบูรณาการ ผู้สูงอายุติดเตียงและดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง



ที่มา : ตก.๑ แบบรายงาน LTC เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

๓.ข้อเสนอแนะ

๑. ควรขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ District health System อย่างต่อเนื่อง ตามแนวทาง UCCARE ที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) และบูรณาการกับงานนโยบาย เช่น การดูแลระยะยาวกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัว
๒. ควรบูรณาการตัวชี้วัดระดับกระทรวงเพื่อให้พื้นที่สามารถนำไปดำเนินการอย่างเข้าใจง่าย
๓. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของแต่ละสาขาควรกำหนดประเด็นสำคัญสำหรับให้ระดับปฐมภูมิสามารถดำเนินการได้
๔. การพัฒนาทีมตรวจเยี่ยมเสริมพลัง ระดับเขตสุขภาพ จังหวัดควรพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องทุกปีของเขตสุขภาพ

๔. Best Practice

๑. ระบบเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองตาก (Maungtak District Health System) “คนเมืองตากไม่ทอดทิ้งกัน”
๒. “ทีมเครือข่าย สายสัมพันธ์ การเรียนรู้สู่การพัฒนา” โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
๓. “จากก้อนหินตกน้ำ สู่ผีเสื้อกระพือปีก” เป็นอำเภอต้นแบบงานศพ งานบุญปลอดเหล้าอย่างยั่งยืน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร
๔. BMA Home Ward Referral System

๒.๒ สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)

๒.๒.๑ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

การที่ผู้ป่วย DM HT ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๘ พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (I๒๐-I๒๕) ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ.๒๕๕๘ พบอัตราการตายเท่ากับ ๒๘.๙๒ ต่อแสนประชากร และข้อมูลจาก HDC พบว่า ในปี ๒๕๖๐ ผู้ป่วย DM HT ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีมีเพียงร้อยละ ๒๒.๒๕ และ ๓๕.๕๖ เท่านั้น

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เท่ากับร้อยละ ๒๒.๒๕ (เป้าหมาย $\geq$ ๔๐%) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เท่ากับร้อยละ ๓๕.๕๖ (เป้าหมาย $\geq$ ๕๐%) และร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เท่ากับร้อยละ ๘๑.๔๘ (เป้าหมาย $\geq$ ๘๐%) (ข้อมูล ณ วันที่ ๖ ก.ย. ๖๐)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

ผู้ป่วยเบาหวานในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีจำนวน ๒,๖๖๙,๓๔๘ คน แต่ได้รับการตรวจ HbA๑c จำนวน ๑,๔๘๘,๐๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๗๕ ขณะที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีจำนวน ๕,๖๐๙,๕๐๙ คน ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย ๒ ครั้งในปี มีจำนวน ๓,๔๔๔,๗๑๒ คน คิดเป็น ร้อยละ ๖๑.๔๑ เท่านั้น (ข้อมูล ณ วันที่ ๖ ก.ย. ๖๐) และผู้ป่วย DM HT ที่มีโอกาส

เสี่ยงต่อ CVD Risk ≥ ๓๐% ในครึ่งปีแรกได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น และได้รับการประเมินซ้ำในครึ่งปีหลัง พบว่ามีความเสี่ยงลดลง ๑๐% เท่ากับร้อยละ ๗๔.๔๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๙ ส.ค. ๖๐)

มาตรการสำคัญ ใน ๖ Building Blocks ได้แก่

Blocks	Key Success	Key Risk
Service Delivery	- มีการบูรณาการทำงานร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง : SP ตา/ไต/ หัวใจ - มีการประเมินระบบการดำเนินงานด้วย NCD Clinic Plus	กว่าครึ่งของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนไม่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วย DM / HT ยังขาดการจัดการที่เป็นรูปธรรมอย่างจริงจัง
Health Workforces	มีการพัฒนาศักยภาพให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ	-
Health Information System	ระบบ HDC	การตรวจสอบข้อมูล ในระบบ HDC ให้เป็นปัจจุบันและใกล้เคียงข้อมูลจริง
Access to Essential Medicine	มีนวัตกรรมในพื้นที่หลากหลาย	การจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ปัญหา / ข้อเสนอแนะ

๑) เร่งรัดการติดตามระดับน้ำตาลด้วย HbA๑c ให้มากขึ้น
๒) ติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ให้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง (เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น)
๓) พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการลงบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ
๔) กำหนดมาตรการที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละพื้นที่ (เช่น Motivation Interviewing , Home BP Monitoring , Thai DPP , NCDs Diet)
๕) สนับสนุนอุปกรณ์สำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน

Best Practice

- โรงพยาบาลอ่างทอง จัดโปรแกรมการตรวจเลือดด้วยตนเอง (SMBG) เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากเดิม โดยเรียนรู้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเองมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าเพราะเหตุใดระดับน้ำตาลในเลือดของตนจึงสูง เกิดความเชื่อว่าตนเองทำได้ และเกิดกำลังใจที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ต่อไป (Self-Efficacy Theory)
- โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง มีการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาใช้วางแผนจัดการสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในพื้นที่

๒.๒.๒ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

จากรายงานผลการตรวจราชการ พบว่า อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีค่าสูงกว่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗.๐ คือ เขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๙, ๑๑, และ ๑๒ โดยพบว่าอัตราตายสูงสุดสามอันดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ ๔ (ร้อยละ ๑๓.๔๐), เขตสุขภาพที่ ๖ (ร้อยละ ๑๒.๑๐) และเขตสุขภาพที่ ๒ (ร้อยละ ๑๑.๔๐) ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่มีอัตราตายต่ำสุด คือ เขตสุขภาพที่ ๘ (ร้อยละ ๓.๙๖)

ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมาย < ร้อยละ ๗											
เขต ๑	เขต ๒	เขต ๓	เขต ๔	เขต ๕	เขต ๖	เขต ๗	เขต ๘	เขต ๙	เขต ๑๐	เขต ๑๑	เขต ๑๒
๘.๗๓	๑๑.๔๐	๑๑.๓๐	๑๓.๔๐	๙.๘๑	๑๒.๑๐	๔.๗๓	๓.๙๖	๑๐.๙๐	๕.๖๐	๙.๘๗	๗.๒๒

ในภาพรวมของประเทศไทย ปี ๒๕๖๐ โรงพยาบาล ระดับ A มี Stroke Unit ร้อยละ ๘๗.๙ (๒๙ แห่ง) และ โรงพยาบาลระดับ S มี Stroke Unit ร้อยละ ๕๘.๓ (๒๘ แห่ง)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

ร้อยละอัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ในโรงพยาบาล (เป้าหมาย < ร้อยละ ๗)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. Stroke Fast Track โรงพยาบาลระดับ A, S ร้อยละ ๑๐๐
๒. Stroke Unit โรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ ๑๐๐, โรงพยาบาลระดับ S ร้อยละ ๖๐

มาตรการสำคัญ

๑. จัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A ร้อยละ ๑๐๐ และในโรงพยาบาลระดับ S ร้อยละ ๖๐
๒. กระตุ้นให้สถานบริการทุกระดับมีการพัฒนาตาม Stroke Service Plan กล่าวคือโรงพยาบาลระดับ A, S เน้นการรักษาในระยะเฉียบพลัน ส่วนสถานบริการระดับรองลงมาเน้นเรื่องการรับส่งต่อ และการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนตระหนักรู้ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และรีบมาโรงพยาบาลโดยด่วนหากสงสัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
๓. โรงพยาบาลระดับ M ทำบันทึกข้อตกลงเข้าเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลระดับสูงกว่าในการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๔. โรงพยาบาลทุกแห่งมีบริการมาตรฐานอย่างน้อย ๑ อย่าง ดังต่อไปนี้
๕. การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๕ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ
๖. หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก
    ๖.๑ สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง
    ๖.๒ ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
    ๖.๓ มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care maps) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ
๗. การให้ยา Aspirin ทางปากภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

ผลลัพธ์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๐	ผลลัพธ์				
		ปี ๒๕๕๖	ปี ๒๕๕๗	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐
๑. ร้อยละอัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)	< ร้อยละ ๗	๑๗.๖	๑๗.๑	๙.๙	๘.๓	๙.๑
๒. Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ A	๑๐๐ %	๑๙ (๕๗.๖)	๒๒ (๖๖.๗)	๒๓ (๖๙.๗)	๒๖ (๗๘.๘)	๒๙ (๘๗.๙)
๓. Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ S	๖๐ %	๖ (๑๒.๕)	๑๖ (๓๓.๓)	๒๑ (๔๓.๘)	๒๔ (๕๐.๐)	๒๘ (๕๘.๓)

Best Practice

๑. เรื่องกระบวนการการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Stroke fast track) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน (Study of stroke fast track management method for patients admitting at Lamphun hospital) โดยแพทย์หญิงตุลาพร อินทนิเวศน์และคณะ จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ s มีจำนวนเตียงผู้ป่วยทั้งหมด ๔๑๑ เตียง ให้การดูแลประชากรทั้งหมดใน ๘ อำเภอ ซึ่งแต่เดิมผู้ป่วยในกรณีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน (Stroke fast track) ทุกราย ต้องถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่าในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งหมด ต่อมาได้เริ่มการก่อตั้งหอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) และได้มีการเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดสมอง (rt-PA) เมื่อ พ.ศ.๒๕๕๗ มีการพัฒนาระบบการจัดการด้านกระบวนการภายในของโรงพยาบาลลำพูน มีทีมได้ทำการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเอง ร่วมกับการจัดหาเครื่อง PT, PTT, INR ประจำ ณ ห้องฉุกเฉินให้ตรวจได้รวดเร็วทันที และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ แจ้งผลเอ็กซเรย์สมองทันที ในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในห้องเอ็กซเรย์ หลังจากนั้นจึงได้มีการวัดผลสัมฤทธิ์ใหม่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA มีอาการดีขึ้น (mRS ๐-๓คะแนน) เพิ่มขึ้นจากเดิมคิดเป็นร้อยละ ๘๔ โดยที่มีอัตราเสียชีวิตรวมน้อยกว่าร้อยละ ๗ ตลอดเวลา ๒ ปี เป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัดของระดับเขตสุขภาพ และนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปในปี ๒๕๖๐ และส่งผลให้ไม่มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ

ความสำเร็จที่ได้รับจากการดำเนินงาน

รายการข้อมูล	ปี ๒๕๕๗	ในปัจจุบัน
๑. อัตราการส่งต่อ	ทุกราย ที่ เข้า fast track	ร้อยละ ๐
๒. ค่าใช้จ่ายและค่าเสียเวลา บุคลากร	มาก	น้อยลง
๓. คุณภาพชีวิต	เกิดทุพพลภาพ จากความล่าช้า	คุณภาพชีวิตดีขึ้น
๔. ภาระต่อครอบครัวและสังคม	เกิดทุพพลภาพ จากความล่าช้า	ลดภาระต่อสังคม ช่วยเหลือตัวเองได้
๕. เครือข่าย	ขาดความรู้ ล่าช้า	เข้มแข็ง มีความรู้
๖. อัตราการเสียชีวิต	ร้อยละ ๑๘.๓๔	ร้อยละ ๖.๐๒

ปัญหา/อุปสรรค

๑. ผู้ป่วยมาภายใน ๔.๕ ชม. มีไม่มาก
๒. การเข้าถึงบริการมาตรฐานล่าช้า
๓. Door to needle นาน
๔. จำนวนเตียง Stroke Unit ไม่เพียงพอ
๕. ผู้ป่วย Hemorrhage ยังไม่ได้รับการรักษาใน Stroke Unit
๖. การส่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยตรงไม่เชื่อมข้อมูลมาโรงพยาบาลชุมชน อาจเสียโอกาสเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อเสนอแนะ

๑. พัฒนาระบบส่งต่อ/ เครือข่าย
๒. พัฒนาระบบ Fast Track อย่างต่อเนื่อง
๓. ปรับเพิ่มจำนวนเตียง Stroke Unit ให้เหมาะสม
๔. ดูแลผู้ป่วย Hemorrhage ใน Stroke Unit
๕. พัฒนาระบบส่งกลับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง
๖. ประชาสัมพันธ์เป็นระบบต่อเนื่อง โดยเฉพาะ Stroke awareness/Alert

๗. กระตุ้นโรงพยาบาลระดับ A, S ในแต่ละเขตให้จัดตั้ง Stroke Unit ให้ครบถ้วน และมีจำนวนเตียงให้เพียงพอ
๘. เพิ่มบุคลากรสำหรับ Stroke Unit, Stroke fast track
๙. การทำ MOU ระหว่าง โรงพยาบาลระดับ A, S กับ โรงพยาบาลระดับ M ให้มีเครือข่าย Intermediate care ในโรงพยาบาลระดับ M
๑๐. ทำความเข้าใจกับพื้นที่ในการรายงานอัตราตายของโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้อง

๒.๒.๓ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

จากอุบัติการณ์การเกิดโรค ในปี ๒๕๕๗ พบอัตราการเสียชีวิตเป็นเพศชายมีอันดับการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ ๕ และเพศหญิงลำดับที่ ๖ (ข้อมูลจาก BOU) ในปี ๒๕๖๐ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (HDC) รายงานข้อมูลล่าสุดใน ๑๒ เขตสุขภาพ พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน ๑๖๔,๖๖๗ ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน ๑๔,๗๑๗ ราย ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราการตายในประชากรไทยสูง เป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และเข้ารักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการรับไว้รักษาซ้ำติดต่อกัน และต้องพึ่งพิงทรัพยากรเพื่อการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละจำนวนมาก ดังนั้นการจัดการบริการ COPD Clinic ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง จะเป็นการลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการเข้ารับการรักษา ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เป้าหมาย < ๑๓๐ ครั้งต่อแสนประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) จากรายงานการตรวจราชการ (ข้อมูลจาก ตก.๑ ตก.๒ รอบที่ ๒ ปี ๒๕๖๐) เปรียบเทียบกับตัวชี้วัดจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (HDC) ปี ๒๕๖๐ ข้อมูลมีความใกล้เคียงกันจากการที่มีการพัฒนาและทำความเข้าใจในคำจำกัดความมากขึ้น ดังผลการดำเนินงานตามตาราง

เขตสุขภาพ	อัตราการกำเริบเฉียบพลัน (ตัวชี้วัดการตรวจราชการ)	เขตสุขภาพ	อัตราการกำเริบเฉียบพลัน (ตัวชี้วัด HDC)
เขตสุขภาพที่ ๑	๑๐๘๓.๕๔	เขตสุขภาพที่ ๑	๑๒๑๑.๒๒
เขตสุขภาพที่ ๒	๕๕๓.๔๙	เขตสุขภาพที่ ๒	๖๑๐.๓
เขตสุขภาพที่ ๓	๔๙๓.๕๓	เขตสุขภาพที่ ๓	๕๙๗.๒๖
เขตสุขภาพที่ ๔	๒๒๗.๘๘	เขตสุขภาพที่ ๔	๒๕๓.๒๖
เขตสุขภาพที่ ๕	๒๒๕.๖๓	เขตสุขภาพที่ ๕	๓๖๔.๒
เขตสุขภาพที่ ๖	๒๑๐.๘๕	เขตสุขภาพที่ ๖	๓๒๘.๖๗
เขตสุขภาพที่ ๗	๓๐๘.๔๕	เขตสุขภาพที่ ๗	๓๖๑.๔๙
เขตสุขภาพที่ ๘	๓๗๑.๑๗	เขตสุขภาพที่ ๘	๓๘๖.๖๔
เขตสุขภาพที่ ๙	๓๖๓.๕๓	เขตสุขภาพที่ ๙	๔๗๖.๔๓
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๓๕๒.๕๙	เขตสุขภาพที่ ๑๐	๔๒๘
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๕๑๘.๕๖	เขตสุขภาพที่ ๑๑	๗๘๓.๖๖
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๖๖๘.๖๗	เขตสุขภาพที่ ๑๒	๘๕๖.๐๕

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

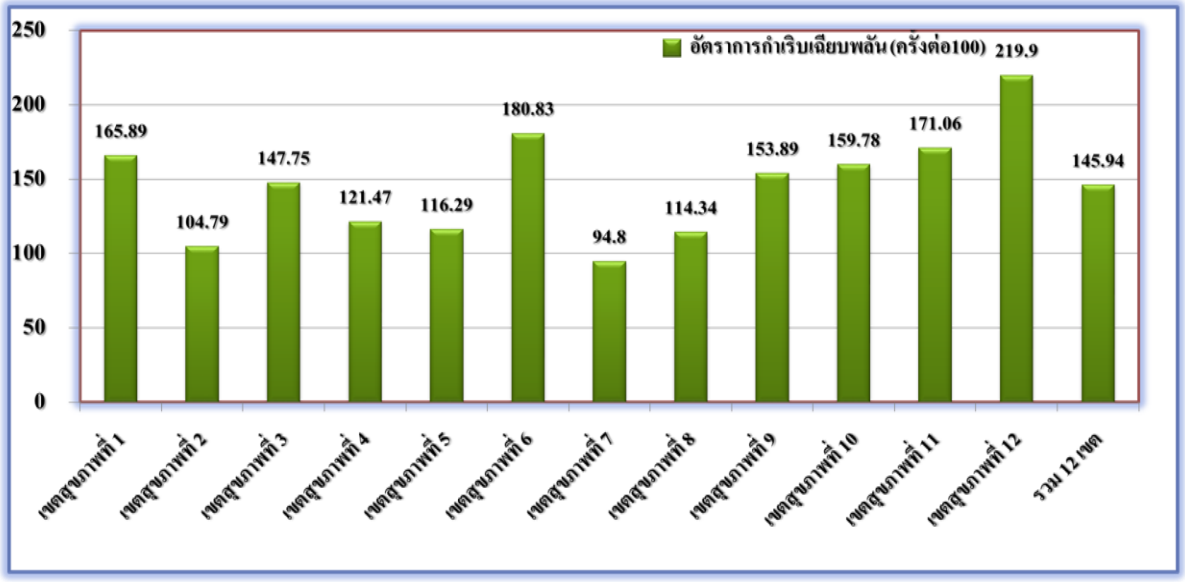
อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน (เป้าหมาย >๖๐%)

เขตสุขภาพ ไม่ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัด เนื่องจากปัญหาปริมาณวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่มาฉีดมีจำนวนน้อยกว่าความต้องการ ร่วมกับมีข้อมูลของโปรแกรม COPD Quality of Care มีจำนวนผู้ป่วยที่ทำ Lung function ทั้งประเทศเฉลี่ยที่ ๓๘% ทำให้ตัวชี้วัดเมื่อรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อประเมินจริง ไม่ผ่านเกณฑ์ตามข้อบ่งชี้

มาตรการสำคัญ

๑. ดำเนินการประสานงานปรับคำนิยามของตัวชี้วัด HDC กระทรวงสาธารณสุข ทำให้เข้าใจในเรื่องการวินิจฉัยมากขึ้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความชัดเจนขึ้น โดยปรับเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ > ๔๕ ปีขึ้นไป การใช้ Code ของ HDC มีความชัดเจนขึ้น (ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รหัส ICD๑๐ ๓ หลักแรก เป็น J๔๔) ทำให้ข้อมูลผู้ป่วย HDC มีความใกล้เคียงตรงกัน

๒. จากข้อมูลที่แสดงให้เห็นดังกล่าวไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด จึงได้มีการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดในปีต่อไปตามมติที่ประชุมคณะอนุกรรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ปรับตัวชี้วัดเป็น “อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เป้าหมาย ๑๓๐ ครั้งต่อ ๑๐๐ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง”) และได้ประเมินของสถานการณ์จากข้อมูล ๓ ไตรมาสแรก ปี ๒๕๖๐ แล้วพบว่า มีเขตสุขภาพที่ผ่านการประเมินใหม่แล้ว ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๒ (๑๐๔.๗๙) เขตสุขภาพที่ ๔ (๑๒๑.๔๗) เขตสุขภาพที่ ๕ (๑๑๖.๒๙) เขตสุขภาพที่ ๗ (๙๔.๘) และเขตสุขภาพที่ ๘ (๑๑๔.๓๔) โดยค่าเฉลี่ยทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพอยู่ที่ ๑๔๕.๙๔ ครั้งต่อ ๑๐๐ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังกราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดอัตราการกำเริบเฉียบพลัน



๓. การพัฒนาการวินิจฉัยได้ถูกต้องมากขึ้น ได้แก่

๓.๑ การจัดทำโปสเตอร์แนะนำเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์

๓.๒ ความร่วมมือกับเขตสุขภาพ ได้แก่ การลงพื้นที่การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือด้านบริการและวิชาการระหว่างกรมการแพทย์กับเขตสุขภาพ ๑๒ เขตสุขภาพ การผลักดันเครื่อง Spirometer

ผลลัพธ์

๑. พัฒนาโปรแกรมการวินิจฉัยและการติดตาม (COPD care model) และพัฒนาโปรแกรมลงข้อมูล (COPD Quality Of Care) ที่เหมาะสมตามมาตรฐานสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย

๒. การพัฒนาให้ความรู้ในเครือข่ายมากขึ้นในรูปแบบการลงพื้นที่ คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อมูลแผ่นพับ

๓. การพัฒนา pulmonary rehabilitation program ที่เข้าถึงได้

๔. ให้ความสำคัญกับแพทย์และพยาบาลมากขึ้นในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่

๔.๑ โครงการ"การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างครบวงจร" ทั้งแพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่น ลงพื้นที่ ๔ ภาคของประเทศไทย

๔.๒ พัฒนาหลักสูตร chest nurse ระยะเวลา ๔ เดือน เน้น COPD และ PFT (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย)

๕. ผลักดันให้เห็นความสำคัญของ spirometer และอย่างน้อยระดับ M๑

๖. กำหนดเกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยโรค คำอธิบายตัวชี้วัดให้ชัดเจน ปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพมากขึ้น

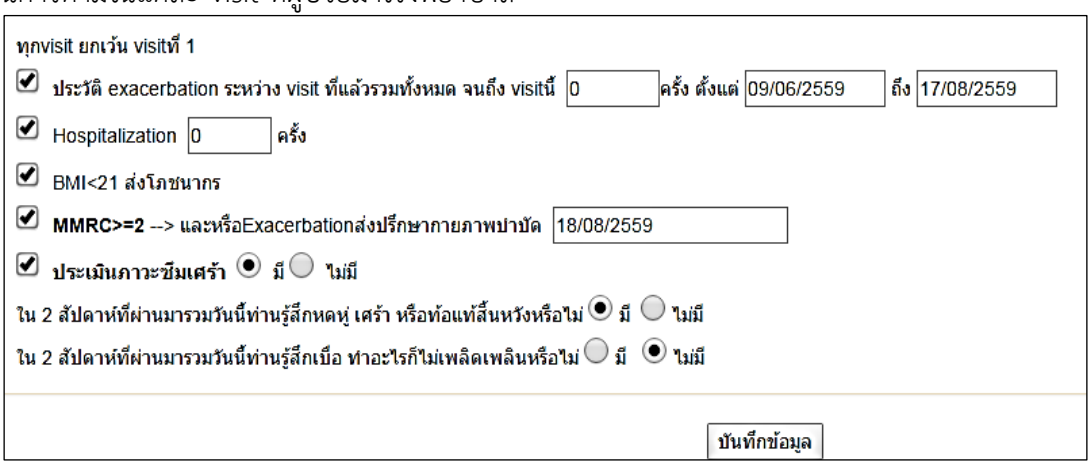
๗. ผลักดันให้ราคายาลดลงและให้เห็นความสำคัญของยาพ่นคุมอาการ

๘. จัดบริการเพื่อการเลิกบุหรี่ใน รพศ. และโรงพยาบาลทุกระดับ โดยบริหารจัดการเต็มรูปแบบและนำการสูบบุหรี่ เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Best Practice

พัฒนาฐานข้อมูลในโปรแกรม COPD Quality Of Care โดยพบว่าการใช้โปรแกรมของกรมการแพทย์นั้นมีเป้าหมายอยู่ ๔ ประเด็น

๑. เป็น guideline ทาง internet โดยเมื่อเข้าไปดูในระบบจะเป็นว่ามีการแนะนำให้ผู้ใช้โปรแกรมดำเนินการตามในแต่ละ visit ที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล



๒. สามารถใช้ในรูปแบบ real time ได้ทันที ทำให้พยาบาลที่ประสานงานคลินิก ไม่พลาดในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน แพทย์สามารถทราบสถานการณ์ของผู้ป่วยได้ทันท่วงที ผู้ป่วยได้รับการบริการตามมาตรฐาน

๓. เป็นข้อมูลระดับประเทศ ทำให้ทราบสถานการณ์ และการดำเนินงานของคลินิกต่างๆ

๔. ระบบจะคำนวณหาจำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คลินิกคุณภาพ เพื่อนำมาตอบตัวชี้วัดที่ใช้ควบคุมคุณภาพของการบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ง่ายขึ้น

๕. เขตสามารถทราบสถานการณ์ของเขตได้เอง โดยอนุกรรมการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการแต่งตั้งจากกระทรวงสาธารณสุข จะมีรหัสเข้าไปดูข้อมูลผู้ป่วยในเขตของตนเอง ทำให้พื้นที่สามารถควบคุมคุณภาพของเขตตนเองได้

๖. มีระบบ export ข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลในรูปของ excel ทำให้โรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลดิบของตัวเองไปดำเนินการพัฒนางานของโรงพยาบาลนั้นๆ หรือทำงานวิจัยต่อยอดได้

ซึ่งจากการดำเนินการทั้งหมด ทำให้มีโรงพยาบาลในระบบสาธารณสุขทั้งหมดมีความสนใจอย่างมาก มีผู้ร่วมลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าสู่ระบบโปรแกรมการลงระบบบันทึกคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Quality Of Care) เป็นจำนวน ๔๑,๒๗๗ คน

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องและคลินิก COPD ยังไม่ได้มาตรฐานและไม่ครบวงจร	๑.พัฒนาโปรแกรม Computer ลงข้อมูล COPD Quality Of Care ๒.การพัฒนาให้ความรู้ในเครือข่าย ในรูปแบบการลงพื้นที่ ๔ ภาค ๓.คู่มือการดูแลผู้ป่วยถุงลมโป่งพองและการลงข้อมูลในรูปแบบ Poster, หนังสือ, วิดีโอ
๒. ขาดผู้รับผิดชอบงาน COPD และขาดแคลนบุคลากร (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เป่าปอด เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล)	๑.มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน ๒.มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร ๓.การบริหารจัดการของสหวิชาชีพใน Clinic COPD
๓. ต้องการความรู้ในการดำเนินกิจกรรม COPD Clinic	๑.Short course COPD Nurse ๒.มีหลักสูตรอบรม chest nurse manager ระยะเวลา ๔ เดือน ๓.มีหลักสูตรการอบรมเจ้าหน้าที่ PFT (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย)
๔. ขาดอุปกรณ์	ควรมีเครื่อง spirometer อย่างน้อยในระดับ M๑ ในปี ๖๑-๖๔
๕. วัคซีนไข้หวัดใหญ่ไม่เพียงพอ	นโยบายจัดลำดับความสำคัญในการบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้กับผู้ป่วย COPD

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อเครื่อง spirometer และการพัฒนาทักษะบุคลากรในการแปลผล
๒. สนับสนุนอัตรากำลังคน แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางปอด สหสาขาวิชาชีพใน COPD Clinic ครบวงจร
๓. ผลักดันให้มีการเก็บข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของกรมการแพทย์
๔. การจัดสรร Influenza vaccine ให้เพียงพอและให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอันดับแรก

๒.๓ สาขา RDU (การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล)

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

แต่ละเขตสุขภาพมีความก้าวหน้าในการพัฒนา Service Plan ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยภาพรวมระดับประเทศ พบว่า ในไตรมาสที่ ๑ มีโรงพยาบาลที่ใช้ยาสมเหตุผล ขั้นที่ ๑ เท่ากับ ๒๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๙ และเพิ่มขึ้นเป็น ๓๗๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๕๖ ในไตรมาสที่ ๓ ซึ่งอัตราการเพิ่มขึ้นสูงถึง ๑๕ เท่า ดังนั้น จะเห็นได้ว่าระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล ถึงระดับ รพ.สต.มีการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ ๑๑ และ เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีเครือข่าย

บริการสุขภาพที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงถึงร้อยละ ๖๘.๗๕ และ ๖๕.๓๘ ตามลำดับ ดังแสดงผลการดำเนินงานตามตาราง ดังนี้

จังหวัด	เป้าหมาย (จำนวน รพ.ทุกแห่ง)	ผลงาน (จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่ ๑*)	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ ๑	๑๐๐	๕๖	๕๖.๐๐
เขตสุขภาพที่ ๒	๔๗	๙	๑๙.๑๕
เขตสุขภาพที่ ๓	๕๔	๑๘	๓๓.๓๓
เขตสุขภาพที่ ๔	๗๑	๓๗	๕๒.๑๑
เขตสุขภาพที่ ๕	๖๗	๒๒	๓๒.๘๔
เขตสุขภาพที่ ๖	๗๓	๑๒	๑๖.๔๔
เขตสุขภาพที่ ๗	๗๗	๖	๗.๗๙
เขตสุขภาพที่ ๘	๘๘	๓๘	๔๓.๑๘
เขตสุขภาพที่ ๙	๘๙	๓๓	๓๗.๐๘
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๗๑	๓๕	๔๙.๓๐
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๘๐	๕๕	๖๘.๗๕
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๗๘	๕๑	๖๕.๓๘
รวม	**๘๙๕**	**๓๗๒**	**๔๑.๕๖**

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

๑. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
๒. ลดอัตราป่วย และอัตราตาย จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
๓. ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ลดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. โรงพยาบาลมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
๓. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีระบบการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ

มาตรการสำคัญ

๑. ดำเนินการให้มีการคัดเลือก จัดหาเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมและมีคุณภาพไว้ใช้ในสถานบริการ (Rational Drug Supply)
๒. ดำเนินการให้มีการสั่งใช้ยาและการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล (Rational Prescribe and Dispense)
๓. ดำเนินการให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผล (Rational Use)

ผลลัพธ์

ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑ จำแนกตามรายเขต

	เขต	RDU ๑								RDU ๒	สรุปผลการประเมินการเป็น RDU Hospital ขั้นที่ ๑ (RDU ๑ + RDU ๒)
		RDU ๑ : ประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process)			RDU ๑ : ประเมินผลการดำเนินงาน (Output)					ประเมินผลการดำเนินการ	
		มีคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU	มีระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU	มีแผนปฏิบัติการจัดการเชื้อดื้อยาใน *รพ.เฉพาะ รพ. ระดับ A, S และ M๑*	๑) ส่งเสริมการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	๒) ประสิทธิผลของ PTC ในการชี้นำสื่อสาร RDU	๓) ตัดยาที่ไม่จำเป็นออกจากบัญชี รพ.	๔) การจัดทำฉลากยามาตรฐาน / ฉลากยาเสริม	๕) ส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	รพ.สต.ในเครือข่ายผ่านเกณฑ์ขั้นที่ ๑	
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
๑.	เขต ๑	๙๘.๐๐	๙๘.๐๐	๑๐๐.๐๐	๘๘.๐๐	๕๙.๐๐	๙๑.๐๐	๙๘.๐๐	๙๐.๐๐	๖๒.๐๐	๕๖.๐๐
๒.	เขต ๒	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๘๗.๒๓	๑๙.๑๕	๙๗.๘๗	๙๕.๗๔	๘๐.๘๕	๒๑.๒๘	๑๙.๑๕
๓.	เขต ๓	๙๘.๑๕	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๙๒.๕๙	๓๕.๑๙	๙๔.๔๔	๙๘.๑๕	๖๒.๙๖	๔๐.๗๔	๓๓.๓๓
๔.	เขต ๔	๑๐๐.๐๐	๙๘.๕๙	๑๐๐.๐๐	๙๑.๕๕	๕๖.๓๔	๙๗.๑๘	๑๐๐.๐๐	๙๕.๗๗	๕๗.๗๕	๕๒.๑๑
๕.	เขต ๕	๙๘.๕๑	๙๕.๕๒	๙๓.๓๓	๘๙.๕๕	๓๔.๓๓	๙๘.๕๑	๙๗.๐๑	๘๓.๕๘	๔๐.๓๐	๓๒.๘๔
๖.	เขต ๖	๙๘.๖๓	๙๗.๒๖	๗๘.๕๗	๙๐.๔๑	๑๗.๘๑	๘๖.๓๐	๙๘.๖๓	๗๓.๙๗	๒๑.๙๒	๑๖.๔๔
๗.	เขต ๗	๙๘.๗๐	๙๓.๕๑	๘๓.๓๓	๘๔.๔๒	๑๔.๒๙	๘๕.๗๑	๙๘.๗๐	๘๐.๕๒	๒๐.๗๘	๗.๗๙
๘.	เขต ๘	๙๗.๗๓	๙๔.๓๒	๘๘.๘๙	๙๐.๙๑	๔๓.๑๘	๙๔.๓๒	๙๖.๕๙	๙๒.๐๕	๕๑.๑๔	๔๓.๑๘
๙.	เขต ๙	๑๐๐.๐๐	๙๘.๘๘	๑๐๐.๐๐	๙๓.๒๖	๓๘.๒๐	๙๑.๐๑	๑๐๐.๐๐	๘๘.๗๖	๔๐.๔๕	๓๗.๐๘
๑๐.	เขต ๑๐	๑๐๐.๐๐	๙๘.๕๙	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๕๐.๗๐	๙๘.๕๙	๑๐๐.๐๐	๙๘.๕๙	๕๔.๙๓	๔๙.๓๐
๑๑.	เขต ๑๑	๙๘.๗๕	๙๘.๗๕	๘๑.๘๒	๙๕.๐๐	๗๒.๕๐	๙๖.๒๕	๑๐๐.๐๐	๙๗.๕๐	๗๕.๐๐	๖๘.๗๕
๑๒.	เขต ๑๒	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๙๐.๐๐	๙๗.๔๔	๖๙.๒๓	๙๘.๗๒	๑๐๐.๐๐	๙๓.๕๙	๗๖.๙๒	๖๕.๓๘
	รวม	**๙๘.๙๙**	**๙๗.๖๕**	**๙๒.๓๑**	**๙๑.๗๓**	**๕๙.๐๐**	**๙๑.๐๐**	**๙๘.๐๐**	**๙๐.๐๐**	**๔๘.๔๙**	**๔๑.๕๖**

เป้าหมาย SP-RDU ปีงบประมาณ ๒๕๖๐	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ RDU ๒) ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมด
สรุปผลการดำเนินงาน ๑) A = จำนวนโรงพยาบาลที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่ ๑ ภาพรวมเขตสุขภาพ จำนวน ๓๗๒ แห่ง (โรงพยาบาลแม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ หน่วยบริการลูกข่าย ในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย) ๒) B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในเขตสุขภาพ จำนวน ๘๙๕ แห่ง ๓) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในเขตสุขภาพ (A / B) x ๑๐๐ คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๕๖	

ผลการประเมินกระบวนการ (Process) พบว่า

ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในเขตสุขภาพ คณะกรรมการและทีมที่รับผิดชอบการขับเคลื่อน SP-RDU คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๙๙ และมีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด SP-RDU คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๖๕

สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีแผนการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๓๑ โดยเขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๙ และ ๑๐ ดำเนินการได้ครบทุกแห่ง

ผลการประเมินผลการดำเนินงาน (Output) พบว่า

การประเมินผลการดำเนินงาน (Output) สำหรับโรงพยาบาลมี ๕ เรื่อง ดังนี้

๑. การส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โรงพยาบาลสามารถดำเนินการผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๗๓ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินการเรื่องนี้ได้ดี ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๐, ๑๒ และ ๑๑ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐, ๙๗.๔๔ และ ๙๕.๐๐ ตามลำดับ

๒. ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic committee: PTC) ในการชี้นำสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการกำหนดทีมผู้รับผิดชอบ และมีการพัฒนามาตรการเพื่อการขับเคลื่อน RDU แต่ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด จึงผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ เพียงร้อยละ ๕๙.๐๐ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๑ , ๑๒ และ ๑ คิดเป็น ร้อยละ ๗๒.๕๐, ๖๙.๒๓ , ๕๙.๐๐ ตามลำดับ

๓. การพิจารณาตัดรายการยาที่ไม่มีประสิทธิผล/ไม่ปลอดภัยออกจากบัญชียาโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการได้ คิดเป็น ร้อยละ ๙๘ โดยเขตสุขภาพที่ เขต ๔, ๑๐, ๑๑ และ ๑๒ ดำเนินการได้สำเร็จทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)

๔. การจัดทำฉลากยามาตรฐาน และฉลากยาเสริมที่มีรายละเอียดครบถ้วน พบว่า โรงพยาบาลดำเนินการจัดทำฉลากยาให้มีชื่อยาภาษาไทย และคำเตือนครบถ้วนในยา ๑๓ กลุ่ม ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๐๐ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๒, ๑๐ และ ๕ คิดเป็น ร้อยละ ๙๘.๗๒, ๙๘.๕๙ และ ๙๘.๕๑ ตามลำดับ

๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา ให้ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ คือ มีการดำเนินงานและติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติจริยธรรม ๕ ข้อ พร้อมทั้งมีการปรับปรุงการดำเนินงาน พบว่าโรงพยาบาลมีการดำเนินงานผ่านระดับ ๓ คิดเป็น ร้อยละ ๙๐.๐๐ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๐, ๑๑ และ ๔ คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๕๙, ๙๗.๕๐ และ ๙๕.๗๗ ตามลำดับ

การประเมินผลการดำเนินงาน (Output) สำหรับ รพ.สต.

ในเครือข่าย มี ๑ เรื่อง ได้แก่ ร้อยละของ รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (Responsible use of antibiotics: RUA PCU) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมด พบว่ามีอำเภอที่ผ่านเงื่อนไขข้างต้น คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๔๙ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๒ ,๑๑ และ ๑ คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๙๒ , ๗๕.๐๐ และ ๖๒.๐๐ ตามลำดับ

Best Practice

เขตสุขภาพที่ ๑๑ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม มีกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งต่อบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน อย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เช่น ฉลากน้ำดื่มบรรจุขวด มีเนื้อหาสร้างความเข้าใจการใช้ยาปฏิชีวนะให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการ เสื้อวินจักรยานยนต์รับจ้างที่มีเนื้อหาการใช้ยาสมเหตุผล ตาลปัตรสำหรับพระสงฆ์เพื่อให้พระซึ่งเป็นผู้นำชุมชนได้สอดแทรกความเข้าใจการใช้ยาปฏิชีวนะสู่ประชาชนและชุมชน

เขตสุขภาพที่ ๘ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามและประเมินการใช้ยาในโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบขนาดปัญหา สาเหตุ และสามารถกำหนดมาตรการส่งเสริมการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้อย่างชัดเจน โดยมีการพัฒนาโปรแกรม RDU ๒๐๑๖ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับโปรแกรม HosXP ซึ่งเป็นโปรแกรมระบบบริการในโรงพยาบาล และได้เผยแพร่ให้โรงพยาบาลทั่วประเทศได้ใช้งาน ทำให้มีการพัฒนาสารสนเทศเพื่อการติดตามการใช้ยาได้อย่างรวดเร็ว

ปัญหา / ข้อเสนอแนะ

๑. การขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมายเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น (URI) และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) โดยเฉพาะในเขตเมือง เนื่องจากต้องมีการสร้างความเข้าใจ และเปลี่ยนทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับทัศนคติและความเชื่อ อีกทั้งมีข้อเปรียบเทียบความแตกต่างของการได้รับยาจากหน่วยงานรัฐและภาคเอกชน เช่น คลินิก ร้านยา ซึ่งยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจนในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ทำให้ผู้ป่วยยังมีการเรียกร้องยาปฏิชีวนะจาก รพ.สต. ดังนั้น ควรเร่งมาตรการด้านสื่อสารมวลชน สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับประชาชน

๒. ทัศนคติ และความร่วมมือของแพทย์ผู้สั่งใช้ยาในโรงพยาบาล ที่ยังขาดความตระหนัก ขาดความร่วมมือในการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางเวชปฏิบัติ ทำให้ผลการดำเนินงานในหลายตัวชี้วัดยังไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้น การมีกิจกรรมการสร้างความตระหนักรู้กับแพทย์ควรมีอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากไม่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้ ทำให้การขับเคลื่อนเป็นไปโดยยาก ดังนั้น กระทรวงและเขตสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการจัดสรรงบประมาณเพื่อกิจกรรมการสร้างความตระหนักรู้ของผู้สั่งใช้ยา

๓. ส่วนกลางควรมีการพัฒนาการใช้สารสนเทศจาก ๔๓ แฟ้ม ให้ครอบคลุมตัวชี้วัดของ RDU เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้อย่างรวดเร็ว

๒.๔ สาขาทารกแรกเกิด

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

จากรายงานของ World Bank ปี ค.ศ.๒๐๑๕ ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน (Neonatal Mortality Rate) เท่ากับ ๖.๗ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ โดยญี่ปุ่น สิงคโปร์และมาเลเซีย มีอัตราเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน เท่ากับ ๐.๙, ๑, ๓.๙ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ ตามลำดับ

จากข้อมูลการตรวจราชการทั้ง ๑๒ เขตของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.๒๕๕๘-๒๕๖๐ พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน เท่ากับ ๔.๐๘, ๓.๖๙, ๓.๕๑ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพตามลำดับ โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ได้แก่ การเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย (Prematurity and Low Birth Weight: LBW), ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (Birth Asphyxia), ภาวะความดันเส้นเลือดปอดสูง (Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn: PPHN) และความพิการแต่กำเนิด (Congenital Anomalies)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

Health outcome:

๑. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน เป้าหมาย <๔:๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

Service outcome:

๒. เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (เตียง NICU ภาพรวมเขต)

๓. ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (> ๖๐%)

๔. มี intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ

มาตรการสำคัญ

๑. เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๒. เพิ่มพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวน NICU ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

๓. จัดระบบ Intrauterine transfer

๔. จัดระบบ step down beds (refer back)

๕. การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกราย

๖. การฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ ผ่าน MCH board

๗. สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต

๘. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการรับส่งต่อทารกแรกเกิด พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ได้ตามมาตรฐาน

ผลการดำเนินงาน

๑. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน

จากรายงานการตรวจราชการรอบ ๒ ปี ๒๕๖๐ ผลการดำเนินงาน ภาพรวม ๑๒ เขต มีอัตราการเสียชีวิตฯ ๓.๕๑:๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ โดยอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำสุดที่เขต ๖ คือ ๒.๘๙ และอัตราการเสียชีวิตที่เกินเป้าหมาย ได้แก่ เขต ๑๑, เขต ๗ และเขต ๔ เป็น ๔.๑๔, ๔.๒๙, ๔.๓ สูงสุดที่เขต ๓ เป็น ๔.๓๓ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๒. เตียง NICU ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (เตียง NICU ภาพรวมเขต)

เขตที่มีเตียง NICU ตามเกณฑ์ ได้แก่ เขต ๒, ๔, ๑๒ และเขตที่ยังดำเนินงานไม่ได้ตามเกณฑ์ ได้แก่ เขต ๑, ๓, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐, ๑๑ โดยเขต ๙ มีจำนวนเตียง NICU ต่อทารกเกิดมีชีพสูงถึง ๑:๘๖๘ ทารกเกิดมีชีพ

๓. ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (> ๖๐%) ดำเนินงานได้ตามเป้าหมายทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๑๗

๔. มี Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ พบว่า เขตที่มีระบบ Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพชัดเจนมี ๖ เขต ได้แก่ เขต ๒ ,๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และเขตที่มีระบบ Intrauterine transfer system แต่ยังไม่ชัดเจนในภาพรวมเขตมี ๖ เขต ได้แก่ เขต ๑, ๓, ๔, ๕, ๑๑, ๑๒

Best Practice

เขตสุขภาพที่ ๒ มีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤๒๘ วัน เท่ากับ ๓.๕๓:๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ, มีเตียง NICU ๑:๓๘๑ ทารกเกิดมีชีพ, โรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไป สามารถคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ร้อยละ ๙๓.๗๕ พบว่าสามารถบริหารจัดการดูแลทารกป่วยภายในเขตได้ดี มีระบบ intrauterine transfer โดยโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกเป็นแม่ข่าย มีการแบ่งระดับและหน้าที่ของหน่วยบริการ การเพิ่มพูนทักษะและความเชี่ยวชาญในบุคลากร ระบบส่งต่อที่ชัดเจน และการสร้างระบบให้คำปรึกษาทั้งทางด้านมารดาและทารกที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับการบริหารจัดการภายในเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ ทำให้บุคลากรทุกคนได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และแตกต่างกันไปตามความถนัด ลดความจำเป็นของการเพิ่มจำนวน NICU ลดการใช้งบประมาณเพื่อสร้างสถานที่ ซื้อครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และฝึกอบรม ท้ายที่สุดคือทารกผู้รับบริการ “ลดตาย ไม่พิการ ใกล้บ้าน เข้าถึงบริการเท่าเทียม”

ปัญหา ข้อเสนอแนะ

Gaps Analysis	
Service delivery	• การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ระบบการฝากครรภ์ที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ ทำให้ birth asphyxia, LBW สูง • จำนวนเตียง NICU ไม่พอเพียง และไม่สามารถเพิ่มได้เนื่องจากความพร้อมด้านบุคลากรและสถานที่ • รพช.บางแห่งไม่มีเครื่องมือที่จะใช้ในการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว • การ Refer ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการ, ROP ออกนอกเขตทำได้ยาก • Intrauterine transfer ยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความเชื่อมโยงกับสูติกรรม ในการดูแลมารดาครรภ์เสี่ยง และความชัดเจนของระบบส่งต่อหญิงครรภ์เสี่ยงภายในเขตสุขภาพไม่ชัดเจน
Health workforce	• อัตรากำลังไม่พอเพียง ทั้งแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลเฉพาะทาง เช่น กุมารแพทย์, ศัลยกรรมเด็ก, ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก, พยาบาล NNP
Technology	• ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นใน รพช. โดยเฉพาะใน รพ.node เช่น pulse oximeter, HF/CPAP, HFOV, Neopuff
Finance	• งบประมาณมีจำกัดในการขยายเตียง NICU • เครื่องมือที่จำเป็นแต่ราคาไม่แพง (ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ไม่ได้รับการสนับสนุน)
Information	• ระบบการจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นแนวทางเดียวกันและขาดความเชื่อมโยง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ควรบูรณาการร่วมกับ MCH board สาขาสูติกรรม สาขาปฐมภูมิ และกลุ่มวัยแม่และเด็ก เพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์ preterm และ asphyxia รวมทั้งพัฒนาระบบการฝากครรภ์คุณภาพ

๒. จัดทำแผนบูรณาการร่วมระหว่างทารกแรกเกิดและสูติกรรม โดยผ่าน MCH board สร้างระบบ intrauterine transfer ที่เป็นรูปธรรม

๓. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องการดูแลทารกแรกเกิด ทั้งแพทย์และพยาบาล

๔. การสนับสนุนอัตรากำลัง เครื่องมือ ให้เพียงพอต่อการให้บริการทารกแรกเกิดในทุกโรงพยาบาลตามศักยภาพ

๕. สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการรับส่งต่อทารกแรกเกิดให้ได้ตามมาตรฐาน ได้แก่ transport incubator, syringe pump/Infusion pump

๖. พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ทันสมัย ครบถ้วน และสามารถพร้อมใช้งานได้

๒.๕ สาขา Palliative Care

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

ข้อมูลจากการตรวจราชการ พบว่าในทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามมาตรการ ของตัวชี้วัดสาขา palliative care สำหรับโรงพยาบาล A,S,M๑ ดำเนินการได้ ๙๗.๓๒ % ส่วนโรงพยาบาล M๒,F๑-F๓ ดำเนินการได้ ๙๖% โดยพบว่าประเด็นการดำเนินงานที่ยังดำเนินการได้ไม่ครบถ้วน คือ full time palliative nurse และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/รพช. นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัด ในการยืมยา opioid และปัญหาที่พบในทุกเขตสุขภาพคือ การดูแล palliative care ยังไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มโรค มักเน้นใน ๓ โรคหลักคือ CANCER/Renal Replacement Therapy (ไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทน/ Neurological Disease ,Stroke)

เขตสุขภาพที่ ๑,๒,๓,๕,๗,๘,๙, ๑๐,๑๑,๑๒	<u>โรงพยาบาล A,S,M๑ มีการดำเนินการตามมาตรการของ palliative care ครบ ๑๐๐%</u> <u>โรงพยาบาล M๒,F๑-F๓ มีการดำเนินการตามมาตรการของ palliative care ครบ ๑๐๐% มีรายละเอียดดังนี้</u> ๑) มีคณะกรรมการหรือศูนย์พัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขา (แพทย์/พยาบาล/เภสัชกร/นักกายภาพบำบัด) ๒) มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร palliative care (แต่จากข้อมูลจะพบว่าในแต่ละเขตมีข้อจำกัดด้าน full time palliative nurse สำหรับ A , S , M๑) ๓) มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญ (แต่ละเขตทำได้ยังไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มโรค) ๔) มีการจัดตั้งงานดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาลมอบหมายให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care ๕) กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care≥ ร้อยละ ๕๐
เขตสุขภาพที่ ๔,๖	สำหรับเขตสุขภาพที่ ๖ และเขตสุขภาพที่ ๔ มีการดำเนินการตามมาตรการ palliative care ในทุกโรงพยาบาล แต่พบว่าแต่มีจำกัดด้านขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง Palliative care และการแต่งตั้งคณะกรรมการยังไม่ชัดเจน มีข้อจำกัดด้านการให้ยา opioid (สมุทรปราการและอ่างทอง)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน จนถึงวาระสุดท้าย

KPI : ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านกาย จิต สังคมและ จิตวิญญาณ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม

๒. ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

KPI : - ผู้ป่วยได้รับ Opioids ตามเกณฑ์
- มี Advance Care Plan
- มี Home Visit

มาตรการสำคัญ : การขยายบริการการดูแลแบบประคับประคอง ให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F

<u>(ระยะ ๓ เดือน)</u>

๑. มีคณะกรรมการ /หรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

๒. มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care

๓. มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

(ระยะ ๖ เดือน)

๑. ประเมินผลตามรอบ ๓ เดือน

๒. มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาล มอบหมายให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care (A,S,M๑ รับผิดชอบเต็มเวลา)

(ระยะ ๙ เดือน)

๑. ประเมินผลตามรอบ ๖ เดือน

๒. มีระบบบริการ หรือ Function การทำงานการเชื่อมโยงดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

Best Practice

๑. โรงพยาบาลตราด มี Best Practice ที่ได้รับรางวัลระดับเขต เรื่อง TRAT Palliative care และรางวัล NURSING QUALITY AWARD การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ

๒. โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เป็นศูนย์ฝึกอบรม Palliative care ของพยาบาลหลักสูตร ๔ เดือน ที่และ PC nurse coordinator หลักสูตร ๒ อาทิตย์

๓. แบบบันทึกการติดตาม/เฝ้าระวังการใช้ยาระงับปวดกลุ่ม OPIOIDS Palliative care clinic โรงพยาบาลสตูล

๔. “โครงการสร้างสุขที่ปลายทาง”จิตอาสากลุ่มพึ่งตน พึ่งธรรม มาเยี่ยมให้กำลังใจและเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยระยะท้าย/ผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตรังทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์

๕. โรงพยาบาลปทุมธานีมีศูนย์การเรียนรู้ในการเตรียมผู้ดูแลประจำครอบครัวเพื่อการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบร่วมกับศูนย์เยี่ยมบ้านของเวชกรรมสังคมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับชุมชน

๖. คู่มือ Flow การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการจัดการอาการรบกวน การดูแลทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และการดูแลด้านสังคม อย่างครอบคลุม โครงการ Happy Home และมีธนาคารเครื่องมือ เขตสุขภาพที่ ๔

ปัญหา / ข้อเสนอแนะ

๑. ระบบส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบเครือข่ายขาดการเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับตติยภูมิจนถึงชุมชน

๒. ผู้รับผิดชอบงานไม่ชัดเจน (กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน/บริการปฐมภูมิ)

๓. ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในระดับจังหวัด

๔. รูปแบบการประเมิน ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน วิเคราะห์ปัญหาไม่ได้

๕. มาตรฐานการจัดการ Pain ไม่ชัดเจน

๖. ขาดพยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน PC Full time/ความก้าวหน้า(Career path)

๗. งาน Palliative care ขาดผู้รับผิดชอบหลัก

๘. มียากลุ่ม opioid ใน รพช. แต่ไม่เพียงพอ มีข้อจำกัดการเบิกและใช้ยาเป็นเวลานาน/กฎหมาย

๙. การนำยา MO ไปใช้ในชุมชน

๑๐. ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์สนับสนุนที่เพียงพอในการดูแลอาการผู้ป่วยที่บ้าน (syring เครื่องผลิตออกซิเจน)

๑๑. guideline/มาตรฐานที่ใช้เป็นแนวทางการดูแล

๒.๖ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

สถานการณ์

เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และฟื้นฟูสภาพ จึงมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน โดยการนำองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในหน่วยบริการ และหน่วยบริการมีการจัดบริการเพิ่มขึ้นทุกระดับ และมีการร่วมดำเนินงานกับสหวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วยในหน่วยบริการและการออกเยี่ยมชุมชน รวมถึงการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน เพื่อร่วมดูแลสุขภาพของประชาชน เช่น หมอพื้นบ้าน ผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกษตรชุมชน เป็นต้น กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับเขตสุขภาพ (ประธานขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในเขตสุขภาพ Chief of Thai Traditional and Alternative Medicine : CTMO) และจังหวัด (หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) เพื่อขับเคลื่อนงานและแก้ไขปัญหาอุปสรรคในระดับพื้นที่และหน่วยบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

จากการตรวจราชการ ประจำปี ๒๕๖๐ พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (๑๘.๕๐) ผ่านเกณฑ์ประเมิน ร้อยละ ๑๙.๔๒ ซึ่งมีการติดตามข้อมูลตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จนถึงปัจจุบัน และในภาพรวมประเทศมีผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ตารางแสดงผล : ข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐)

เขตสุขภาพ	บริการผู้ป่วยนอก(ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย(ครั้ง)	ร้อยละการรับบริการ
เขตสุขภาพที่ ๑	๑๓,๒๗๗,๒๒๓	๑,๗๙๕,๘๘๖	๑๓.๕๓
เขตสุขภาพที่ ๒	๗,๐๒๗,๓๗๔	๑,๔๐๒,๐๘๖	๑๙.๙๕
เขตสุขภาพที่ ๓	๗,๔๘๖,๘๓๓	๑,๕๙๒,๙๙๕	๒๑.๒๘
เขตสุขภาพที่ ๔	๙,๑๓๐,๗๗๘	๑,๕๕๐,๔๔๒	๑๖.๙๘
เขตสุขภาพที่ ๕	๑๒,๑๐๐,๙๙๖	๑,๙๗๓,๗๔๐	๑๖.๓๑
เขตสุขภาพที่ ๖	๙,๗๕๒,๓๔๙	๑,๗๙๒,๐๓๒	๑๘.๓๘
เขตสุขภาพที่ ๗	๑๐,๙๐๔,๔๐๕	๒,๘๔๕,๗๔๙	๒๖.๑๐
เขตสุขภาพที่ ๘	๑๑,๕๖๐,๒๕๕	๓,๓๖๙,๕๙๘	๒๙.๑๕
เขตสุขภาพที่ ๙	๑๓,๓๔๐,๘๗๒	๒,๕๔๐,๒๓๘	๑๙.๐๔
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๙,๙๐๔,๒๐๒	๑,๙๘๑,๗๙๖	๒๐.๐๑
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๘,๘๐๔,๓๙๕	๑,๓๔๑,๖๓๖	๑๕.๒๔
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๙,๙๒๘,๒๓๖	๑,๗๔๘,๖๕๖	๑๗.๖๑
รวม	**๑๒๓,๒๑๗,๙๑๘.๐๐**	**๒๓,๙๓๔,๘๕๔.๐๐**	**๑๙.๔๒**

ที่มา : ระบบรายงานข้อมูล Health Data Center ณ วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน

นโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารหน่วยงานเห็นความสำคัญของงานด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย เช่น มีการแต่งตั้งประธานขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในเขตสุขภาพ (Chief of Thai Traditional and Alternative Medicine : CTMO) ทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ มีนโยบายการใช้ยา

สมุนไพรทดแทนยาปฏิชีวนะ Frist line drug (ขมิ้นชันและฟ้าทะลายโจร) รวมถึงบูรณาการงานกับสหวิชาชีพและเครือข่าย

ปัญหา/อุปสรรค ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข และข้อเสนอเชิงนโยบาย

ประเด็นปัญหา	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอเชิงนโยบาย
ข้อมูล	การประมวลผลของระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ไม่สมบูรณ์	Update ข้อมูลในเป็นปัจจุบัน รวมถึงการ update ข้อมูลย้อนหลังให้ครบถ้วนสมบูรณ์
บุคลากร	หน่วยบริการขาดบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๑. เพิ่มกรอบอัตรากำลังและสนับสนุนการจ้างบุคลากรทั้งแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการทุกระดับ ๒. กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยร่วมกับ Family care team และร่วมจัดบริการใน PCC
ยา	๑. ระเบียบราชการไม่เอื้ออำนวยให้หน่วยผลิตยาสามารถกระจายยาสมุนไพรระหว่างหน่วยบริการ ๒. ขาดงบประมาณสนับสนุนหน่วยงานที่มีการผลิตยาสมุนไพรให้ได้รับมาตรฐาน GMP	๑. สนับสนุนประเด็นการโอนขายบิลและจัดทำแผนการผลิตและกระจายยาสมุนไพรในระดับเขตสุขภาพ ๒. สนับสนุนหน่วยงานให้ร่วมศึกษาวิจัยสนับสนุนข้อมูลวิชาการการใช้ยาสมุนไพร ๓. สนับสนุนการนำยาสมุนไพรปรุงเฉพาะรายเข้าสู่ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

นวัตกรรม/พื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย (Best Practice)

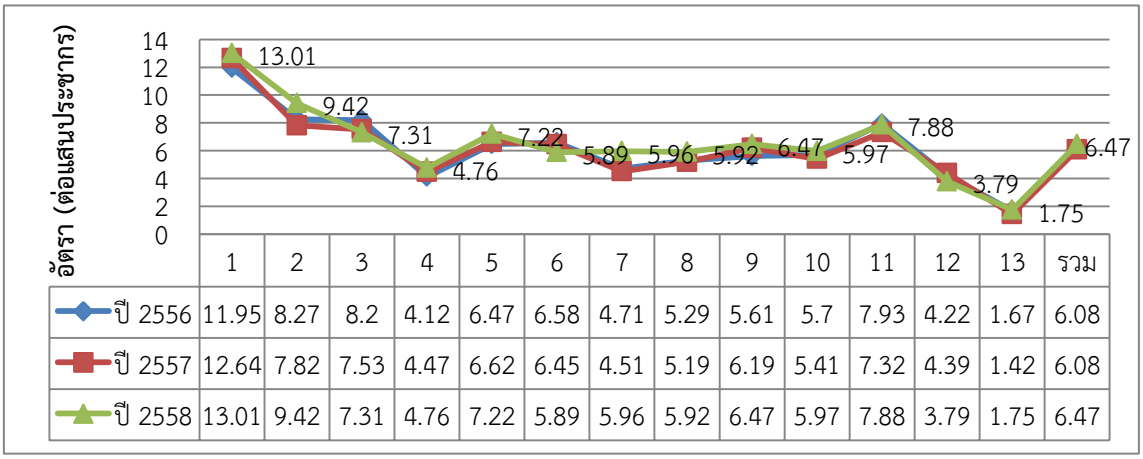
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกดำเนินการประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ เพื่อเชิดชูเกียรติหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีความโดดเด่นในการให้บริการ และขับเคลื่อน พัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งาน และเครือข่ายงานด้านการแพทย์แผนไทย และนำองค์ความรู้มาต่อยอดในการจัดบริการในโรงพยาบาลของรัฐต่อไป และในปี ๒๕๖๐ มีหน่วยงานที่เป็นพื้นที่ต้นแบบฯ ดังนี้

ประเภท	หน่วยงาน	จุดเด่น
สสจ.	สสจ.ศรีสะเกษ	สนับสนุนงานหลายด้าน เช่น ด้านบุคลากร มีแหล่งฝึกประสบการณ์เพิ่มพูนทักษะวิชาชีพ ด้านยา การผลิตยาและใช้ยาสมุนไพรตามมาตรฐาน GMP ด้านบริการ จัดทำคู่มือเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย และสร้างเครือข่ายสุขภาพกับหน่วยงานต่างๆ เช่น ชุมชนศรีสะอโศก หมอพื้นบ้าน ชุมชนป่าโนนใหญ่ ศูนย์วิจัยพืชสวนศรีสะเกษ และมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และพัฒนาสู่งานวิจัย
รพศ./รพท.	โรงพยาบาลกำแพงเพชร	บูรณาการการจัดบริการร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย OPD IPD ICU เวชกรรมสังคม เวชกรรมฟื้นฟู และคลินิกแพทย์แผนจีน รวมทั้งบูรณาการงานกับระบบบริการ Service Plan สาขาอื่นๆ เช่น Transplantation Palliative Care และ Frist line drug และร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นระดับจังหวัด อำเภอ อสม. และหมอพื้นบ้าน ศึกษาวิจัย R๒R และการพัฒนานวัตกรรม
รพช.	โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ	จัดบริการคลินิกเฉพาะโรค เช่น ไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต สะเก็ดเงิน และมะเร็งตับ ให้บริการรักษาผู้ป่วยใน และเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ เพิ่มพูนทักษะวิชาชีพแพทย์แผนไทย อีกทั้งพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ระหว่างหน่วยบริการในระดับอำเภอ

ประเภท	หน่วยงาน	จุดเด่น
		จังหวัด และเขตสุขภาพ รวมถึงสร้างภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน
รพ.สต./สอน.	รพ.สต.เพ็กใหญ่ จังหวัดขอนแก่น	จัดบริการการดูแลสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย และพัฒนายาปรุงเฉพาะรายเพื่อแก้ไขปัญหาของประชาชนในพื้นที่ เช่น ยาต้มล้างแผลเปลือกมังคุด ยาพอกพิษอักเสบ ยาพอกเข่า เป็นต้น เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพกับเครือข่ายด้านสมุนไพร หมอพื้นบ้าน และประชาชนให้สามารถพึ่งพาตนเองโดยการปลูก และใช้สมุนไพรได้อย่างยั่งยืน และมีตลาดนัดสมุนไพรในชุมชนที่สร้างรายได้สู่ครัวเรือน

๒.๗ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

สถานการณ์และแนวโน้มการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๘ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ๖.๐๘ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ เป็น ๖.๔๗ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยพื้นที่ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ, ๒๕๕๙) ดังภาพที่ ๑



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	รวม
ปี 2556	11.95	8.27	8.2	4.12	6.47	6.58	4.71	5.29	5.61	5.7	7.93	4.22	1.67	6.08
ปี 2557	12.64	7.82	7.53	4.47	6.62	6.45	4.51	5.19	6.19	5.41	7.32	4.39	1.42	6.08
ปี 2558	13.01	9.42	7.31	4.76	7.22	5.89	5.96	5.92	6.47	5.97	7.88	3.79	1.75	6.47

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

ตัวชี้วัด Health Outcome อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

ตัวชี้วัด Service Outcome ๕ ตัวชี้วัด ดังนี้

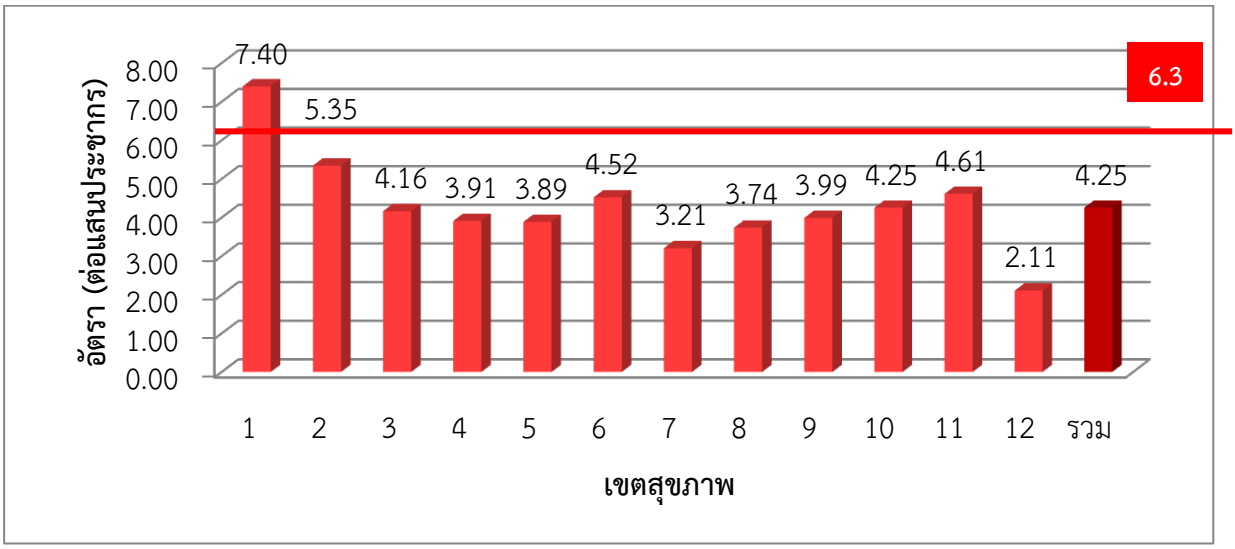
- ร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (ร้อยละ ๘๐)
- ร้อยละของหน่วยบริการมีการคัดกรอง และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่มโรค ได้แก่ โรคจิต/โรคซึมเศร้า, โรคทางกายเรื้อรัง, โรคสุรา/สารเสพติด) (ร้อยละ ๕๐)
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐)
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕)
- ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ (ร้อยละ ๘)

มาตรการสำคัญ

- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการเชื่อมต่อกับสถานศึกษายังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการทำงานร่วมกันระหว่างครูกับทีมจิตเวช
- การพัฒนาระบบการติดตาม และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ขาดยา หรือไปรับบริการที่อื่น

ผลลัพธ์

สถานการณ์และแนวโน้มการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๘ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ๖.๐๘ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ เป็น ๖.๔๗ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยพื้นที่ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ, ๒๕๕๙) ดังภาพที่ ๑ และในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐) พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย คิดเป็น ๔.๑๓ ต่อประชากรแสนคน และเมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ ๑ มีอัตราการฆ่าตัวตาย สูงที่สุด คิดเป็น ๗.๔๐ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ ๒ และ ๑๑ คิดเป็น ๕.๓๕ และ ๔.๖๑ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมการปกครอง, ๒๕๖๐) ทั้งนี้ มี ๒ เขตสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ และ ๒ เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเกินค่าเป้าหมาย ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกรายเขตสุขภาพ (ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน)
ที่มา : สำนักทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (ตุลาคม ๒๕๕๙ – กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐)

Best Practice

๑. เขตสุขภาพที่ ๓ มีการพัฒนาระบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและการป้องกันการฆ่าตัวตาย “อสม. Buddy” ทำให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพอำเภออย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่

๒. เขตสุขภาพที่ ๑๐ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีโครงการปฏิทินยา ... ปฏิทินใจ ห่วงใยเธอ

๓. เขตสุขภาพที่ ๑๒ โรงพยาบาลบาเจาะ พัฒนาแบบบันทึกการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายในเชิงคุณภาพ โรงพยาบาลโคกโพธิ์พัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ ๓ จังหวัดชายแดนใต้

ปัญหา ข้อเสนอแนะ

<u>กระทรวงสาธารณสุข</u>

๑. ให้โรงพยาบาลทุกแห่งขึ้นทะเบียนเป็นสถานบำบัดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และมีข้อบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว เนื่องจากการบังคับใช้ต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

๒. กำกับติดตามและกระตุ้นให้พื้นที่ลงข้อมูลในระบบรายงาน รง.๕๐๖s และวิเคราะห์ ปัญหาเชิงระบาดวิทยาจากแบบสอบสวนการฆ่าตัวตายอย่างน้อยทุกไตรมาส เพื่อการแก้ไขปัญหาพื้นที่อย่างแท้จริง

๓. มีกรอบโครงสร้างงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่ชัดเจน เพื่อกำหนดกรอบอัตรากำลังที่เหมาะสมกับปริมาณงาน

๔. ผลักดันให้มีระบบยาตามมาตรฐานที่กรมสุขภาพจิตกำหนด

๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรจิตเวชเด็ก และทบทวนระบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

<u>กรมสุขภาพจิต</u>

๑. พัฒนารูปแบบการติดตามดูแล และส่งต่อผู้พยายามฆ่าตัวตาย หรือผู้ที่ทำร้ายตนเองในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ และเชื่อมโยงกับชุมชน

๒. ทบทวนและปรับปรุงแบบรายงาน รง.๕๐๖s ให้ง่ายและสะดวกในการลงข้อมูล

๓. สนับสนุนพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น

๔. ประชาสัมพันธ์เรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และสนับสนุนงบประมาณในการเชิญผู้ว่าและหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกปี เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน และรับรู้บทบาทของตนเอง

๒.๘ ๓ สาขาหลัก

๒.๘.๑ สาขาสูติกรรม

สาขาสูติกรรม มีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพ โรงพยาบาลระดับ M๒ ให้สามารถผ่าตัดคลอดได้ ๒๕% ของการคลอดในระดับจังหวัดและระดับเขต จากข้อมูลปี ๒๕๕๙ มีการคลอดทั้งหมด ๒๙๐,๐๐๐ ราย เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (C/S) ๗๖,๑๓๓ ราย (๒๖.๓%) และส่วนใหญ่เป็นการ C/S ใน รพศ./รพท. ใน รพช. M๒ มีเพียง ๑๔.๔% ของ C/S ทั้งหมด ในปี ๒๕๖๐ ผลการดำเนินงาน ๙ เดือน พบว่ามีการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับ M๒ จำนวน ๑๕,๗๔๘ ราย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๗.๔๔ ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด (เกณฑ์ตั้งไว้ ร้อยละ ๒๕)

สำหรับมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ตั้งเป้าหมายไว้เท่ากับ ๐ ผลการดำเนินงาน ๙ เดือน พบว่ามารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ๓ ราย คิดเป็น ๐.๐๓๗ % (เขต ๔, ๘, ๑๒)

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

๑. ปัญหาข้อมูลจาก HDC ต่ำกว่าในพื้นที่มาก

๒. การพัฒนาโรงพยาบาล M๒ ต้องใช้เวลาหลายปี โดยเฉพาะบุคลากรสูติแพทย์ในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ

๓. การผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นในโรงพยาบาลทุกระดับ

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรเน้นพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อให้ รพศ. รพท. ผ่าตัดคลอดเฉพาะที่จำเป็น

๒. มีแผนการพัฒนาโรงพยาบาล M๒ ให้ชัดเจน โดยเฉพาะบุคลากร,สถานที่

๓. ควรมีแนวนโยบายลดการผ่าตัดคลอด ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในโรงพยาบาลทุกระดับ

๔. ใช้ข้อมูลจากพื้นที่จากการตรวจราชการร่วมกับ HDC

Best practice

๑. การพัฒนากลวิธีในการประเมินความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยงการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม โดยโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

๒. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองหายีนอัลฟา-ธาลัสซีเมีย๑ ในหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มี Hb typing A๒A(A๒ < ๓.๕%) โดย โรงพยาบาลหนองคาย

๒.๘.๒ สาขากุมารเวชกรรม

ผลการดำเนินงาน ๙ เดือน พบว่าภาพรวมของประเทศ มีเด็กอายุ ๑ เดือน – ๕ ปี ป่วยด้วยโรคปอดบวม (รหัส ICD ๑๐ J๑๒-๑๘) เสียชีวิต ๓๗๖ ราย คิดเป็น ๐.๓ % (เปรียบเทียบกับปี ๒๕๕๙ อัตราการตายจากปอดบวมเป็น ๐.๓%) โดยพบสูง ในเขต ๑๒ (เด็กตาย ๘๔ ราย คิดเป็น ๐.๕ %) เขต ๒ (เด็กตาย ๔๒ ราย คิดเป็น ๐.๔๗ %) เขต ๔ (เด็กตาย ๔๒ ราย คิดเป็น ๐.๔๖ %) เขต ๕ (เด็กตาย ๓๖ ราย คิดเป็น ๐.๔ % และ เขต ๑๐ (เด็กตาย ๔๓ ราย คิดเป็น ๐.๔ %) โดยสรุปแล้วเมื่อเทียบกับเป้าหมายอัตราการตายจากปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปีบริบูรณ์ ลดลง ๑๐ % เทียบกับปี ๒๕๕๙ ภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มอัตราการตายลดลง

ปัญหาอุปสรรค

๑. ปัจจัยการระบาด seasonal Flu ปี ๒๕๖๐ และความครอบคลุม วัคซีนกลุ่มเสี่ยงเพียง ๒๕% โดยเฉพาะคนท้อง เพราะ pneumonia death ในเด็กส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า ๖ เดือนซึ่งต้องพึ่ง immune จากมารดาขณะตั้งครรภ์

๒. ปี ๒๕๕๙ มี M๒ ดูแลคนไข้ใช้ ventilator ได้ ๒๖ โรงพยาบาล (๓๐%) ปี ๒๕๖๐ ให้บริการได้ ๔๕ โรงพยาบาล (๕๑%)

ข้อเสนอแนะ

จากการที่แนวโน้มอัตราการตายจากปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปีลดลง ดังนั้นในปีต่อไปควรตั้งเป้าหมายใหม่สำหรับพื้นที่ที่มีอัตราตายสูง โดยเฉพาะพื้นที่ชายแดน และร่วมกับราชวิทยาลัยกุมารในการปรับ CPG ใหม่เพื่อให้ทันสมัย เหมาะสมกับการแก้ปัญหา และสนับสนุนจัดสรรกุมารแพทย์ และอุปกรณ์ oxygen high flow system (non-invasive) ในโรงพยาบาลระดับ M๒ ทุกแห่ง

Best practice

เขต ๑๒ มีเครือข่าย ลด asthma ลดปอดบวม โดยทีม Chest Ped

เขต ๗ มีเครือข่ายดูแลโรคระบบทางเดินหายใจใน M๒ กุมารแพทย์หัวหน้าทีม ใช้ HHFNC ลดตาย ลด refer ได้มาก ประชาชนพึงพอใจ

เขต ๔ มีเครือข่าย เฝ้าระวัง ลดปอดบวม ในชุมชน

เขต ๓ มีเครือข่าย โปรแกรมปอดบวม ประสานการส่งต่อ

๒.๘.๓ สาขาออร์โธปิดิกส์

สาขาออร์โธปิดิกส์ มีเป้าหมายเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (A,S), เพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วย โรงพยาบาล M๒ , F๑-F๓ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกระดูกหักในตำแหน่งที่กำหนด คือ ๑. Clavicle ๒. DP of finger & thumb ๓. DP of toe & big toe ๔. Distal end of radius ๕. Distal end of ulna ส่งผลให้ประชาชนลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ และได้รับบริการการรักษากระดูกหักไม่ซับซ้อนด้วยมาตรฐานเดียวกัน โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เป้าหมาย การรักษากระดูกหัก คือ ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อนในโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป ≥ ๗๐%

ผลลัพธ์

ภาพรวมผลการดำเนินงานระดับประเทศ ปี ๒๕๖๐ พบว่า ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อนในโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป เท่ากับ ร้อยละ ๗๕.๗๑ โดยมีเขตสุขภาพที่ ๗ , ๙, ๘ , ๑, ๑๐, ๕ ,๓ , ๖ ดำเนินการได้ดี > ร้อยละ ๗๐ (ร้อยละ ๘๙.๔๔ , ๘๗.๑๒ , ๘๔.๘๕ , ๘๒.๓๐ , ๗๙.๕๖ , ๗๘.๙๘ , ๗๔.๑๙ , ๗๓.๓๘ ตามลำดับ) ทั้งนี้ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมาย คือ

๑. การตระหนักและรับผิดชอบในการให้การดูแลบริบาลผู้ป่วย เป็นเครือข่าย

๒. มีการประกันระยะเวลาในการตอบกลับจากแพทย์ออร์โธปิดิกส์ในการให้คำปรึกษากับแพทย์ในโรงพยาบาล M๒ ลงไป

๓. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลออร์โธปิดิกส์ โดยจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ระยะ ๑๕ วัน โดยการมีส่วนร่วมของแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบาบัด

๔. มีการทำงานเป็นทีมทั้งจังหวัด เช่น การออกตรวจ / การผ่าตัด ของแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่โรงพยาบาล M๒ ลงไป

ปัญหาและอุปสรรค

๑. <u>ด้านบุคลากร</u>
   - การอบรมสายสนับสนุน เช่น พยาบาลไม่เพียงพอหรือในบางเรื่องไม่มีการเปิดอบรม
   - แพทย์เฉพาะทางไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานราชวิทยาลัยเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขโดยคณะกรรมการ service plan สาขาออร์โธปิดิกส์ จัดทำหนังสือแจ้งปัญหาไปยังราชวิทยาลัย
   - เจ้าหน้าที่รังสีไม่เพียงพอ

๒. ด้าน<u>การเบิกจ่ายอุปกรณ์ในการให้บริการ</u>
   - การเบิกจ่ายกับ สปสช.ไม่ครอบคลุมอุปกรณ์การผ่าตัดทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

๑. เขตสุขภาพควรมีการจัดทำแผนพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ (คน/เงิน/ของ) และมีการทำงานเป็นทีมระดับจังหวัด เช่น การออกตรวจของแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่โรงพยาบาล M๒ ลงไป (one region one hospital)

๒. จัดระบบการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญผ่านระบบ Application ที่เหมาะสม

๓. พัฒนา Competency ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะให้สามารถดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้ตาม requirement

๔. พัฒนาระบบข้อมูลบันทึก ๔๓ แฟ้มให้สมบูรณ์

๕. สร้างความเข้าใจและเชื่อมั่นให้กับประชาชนในการรักษาออร์โธปิดิกส์แผนปัจจุบัน

๒.๘.๔ สาขาอายุรกรรม

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

Service Plan ของสาขาอายุรกรรม ได้กำหนดให้ Sepsis เป็นโรคที่ต้องนำมาพัฒนาด้านคุณภาพการดูแล การเสียชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย Septic shock และมักเกิดในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา (Nosocomial Infection) อีกทั้งร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะ Severe sepsis, Septic shock ที่ได้รับการรักษาใน ICU (ICU อายุรกรรม มี ๑๐ เตียง) น้อยมาก คือ ร้อยละ ๑๐.๔๙ ดังนั้นการที่จะลดอัตราการเสียชีวิตคือต้องวินิจฉัยโรคให้เร็ว การรักษาโดยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอ การประเมินและเฝ้าระวัง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

อัตราป่วยตาย severe sepsis/septic shock (community acquired) น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. ร้อยละการทำ H/C ก่อนให้ IV Antibiotic มากกว่าร้อยละ ๙๐

๒. ร้อยละการได้รับ Antibiotic (Diagnosis to needle time) ภายใน ๑ ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ ๙๐

๓. ร้อยละการได้รับ สารน้ำ อย่างน้อย ๑๕๐๐ cc ใน ๑ ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย severe sepsis/septic shock (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) มากกว่าร้อยละ ๙๐

๔. ร้อยละการได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (level of care ๒-๓) ของ severe sepsis/septic shock ภายใน ๓ ชม. มากกว่าร้อยละ ๓๐

๕. อัตราป่วยตาย severe sepsis/septic shock (community acquired) น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

มาตรการสำคัญ

๑. **Knowledge** ร่วมพัฒนาและเน้นการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis Thai sepsis guideline ๒๕๖๑ โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤต

๒. **Information and Data** พัฒนาการลงข้อมูล HDC โปรแกรม Sepnet พัฒนาการลงระบบ ICD ๑๐ code

๓. **Good quality of sepsis care**

๑) พัฒนาการ early detection โดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ SOS score

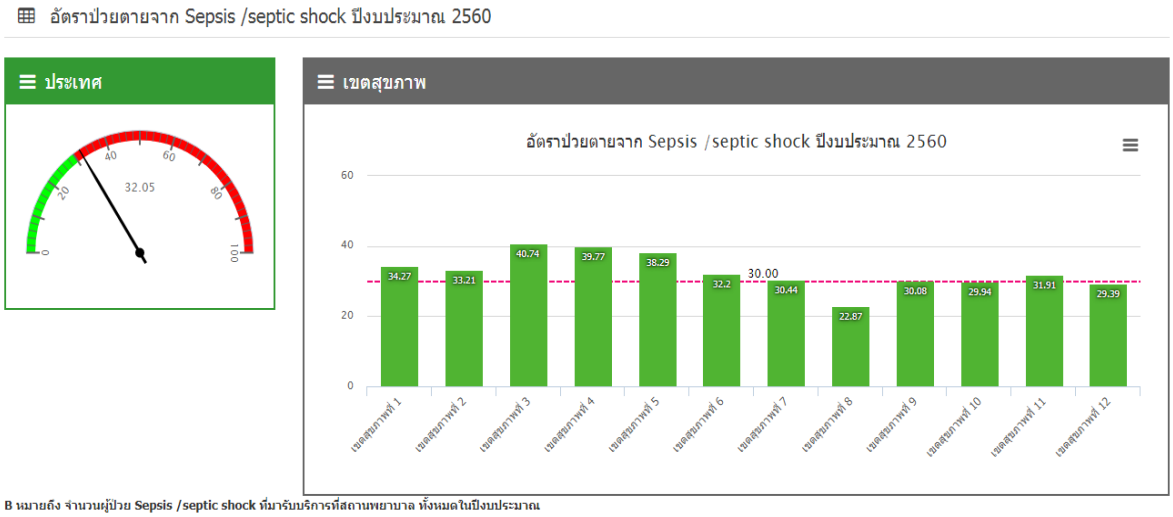
๒) พัฒนาการใช้ sepsis bundle เป็นแนวทางการดูแลเบื้องต้นแบบง่ายในการดูแลผู้ป่วย

๓) พัฒนาการเข้าถึงการดูแลวิกฤต (level of care ๒-๓) ได้อย่างรวดเร็ว

๔) การสร้างเครือข่ายดูแลร่วมกันภายในจังหวัดและเขต

ผลลัพธ์

ภาพรวมปีงบประมาณ ๒๕๖๐ แหล่งข้อมูล จาก HDC วันที่ประมวลผล : ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ พบว่าอัตราป่วยตายจาก sepsis/septic shock ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ แนวโน้มลดลง โดย ไตรมาส ๑ อัตราตาย ร้อยละ ๓๗.๒๔ ไตรมาส ๒ อัตราตาย ร้อยละ ๓๕.๐๕ ไตรมาส ๓ อัตราตาย ร้อยละ ๒๗.๘๑



๑. จำนวนผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต ๖๔,๒๒๔ / ๒๐๐,๔๑๓ ราย

๒. อัตราป่วยตายจาก sepsis/septic shock ร้อยละ ๓๒.๐๕

Best Practice

๑. การทำเครือข่าย sepsis ภายในจังหวัดและเขต

- โรงพยาบาลพุทธชินราช เขตสุขภาพที่ ๒
- โรงพยาบาลหาดใหญ่ เขตสุขภาพที่ ๑๒

๒. การเก็บข้อมูลด้วยโปรแกรม Sepnet

- โรงพยาบาลลำปาง เขตสุขภาพที่ ๑

๓. การทำ sepsis ICU fast track

- โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ ๑

ปัญหา

๑. นิยามโรคและการเก็บตัวชี้วัดไม่ตรงกัน
๒. ข้อมูลจาก HDC ยังไม่เที่ยงตรงและยังไม่สามารถเก็บตัวชี้วัดใหม่
๓. การจัดทรัพยากรและไอซียูให้ผู้ป่วย sepsis ยังไม่เหมาะสม
๔. การ implement ยังไม่เท่ากันในแต่ละเขต

ข้อเสนอแนะ

๑. สร้าง Template ที่ชัดเจนระดับประเทศ
๒. พัฒนาข้อมูลจาก HDC ให้มีความเที่ยงตรงและ พัฒนาโปรแกรม Sepnet
๓. พัฒนามาตรฐานและระบบการดูแลผู้ป่วย sepsis
๔. การนำเสนอความสำคัญ แก่ ให้ผู้บริหารเขต/จังหวัด

๒.๘.๕ ศัลยกรรม

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

ภาวะปวดท้องเฉียบพลันและภาวะแขนขาขาดเลือด จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขด้านศัลยกรรมของประเทศไทยทั้งในด้านจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตที่สูงมาก คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ SP สาขาศัลยกรรม ได้มีมติเลือกภาวะไส้ติ่งอักเสบ,ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน,ท่อน้ำดีอุดตันเฉียบพลัน,ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน,ลำไส้อุดตันเฉียบพลัน,แผลเป็ปติกทะลุ และ ภาวะแขนขาขาดเลือด เป็นจุดเน้นในเบื้องต้นในการขับเคลื่อนผ่านกลไก service plan โดยเน้นมิติด้านลดอัตราตาย (acute abdomen,limb ischemia), ลดระยะเวลารอคอยการวินิจฉัยหรือรักษา(ruptured appendicitis)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

๑. การเสียชีวิตของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ น้อยกว่าร้อยละ ๔
๒. การเสียชีวิตของผู้ป่วยขาดเลือดที่ขาหรือแขน น้อยกว่าร้อยละ ๒๐

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. การแตกของไส้ติ่งอักเสบน้อยกว่าร้อยละ ๒๐
๒. การถูกตัดขาจากภาวะขาดเลือดที่ขาที่ไม่ใช่จากการบาดเจ็บ น้อยกว่าร้อยละ ๒๐

มาตรการสำคัญ

๑. การเพิ่มการผลิตบุคลากรโดยภาคกระทรวงสาธารณสุขโดยความร่วมมือกับราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยแล ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

๒. การพัฒนาแนวทางระดับชาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะปวดท้องเฉียบพลัน (acute abdomen) และภาวะแขนขาขาดเลือด (limb ischemia)

ผลลัพธ์

การแตกของไส้ติ่งอักเสบเท่ากับ ร้อยละ ๑๕.๔๔, การเสียชีวิตของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ เท่ากับ ร้อยละ ๓.๕๗, การเสียชีวิตของผู้ป่วยขาดเลือดที่ขาหรือแขน เท่ากับ ร้อยละ ๖.๔๖, การถูกตัดขาจากภาวะขาดเลือดที่ขาที่ไม่ใช่จากการบาดเจ็บ เท่ากับ ร้อยละ ๑๙.๔๘ โดยพบว่าทั้ง ๔ ตัวชี้วัด เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องน้อยกว่าร้อยละ ๒๐,๔,๒๐ และ ๒๐ ตามลำดับ
เมื่อแยกรายตัวชี้วัด พบว่ามีบางเขตสุขภาพที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายดังต่อไปนี้

๑. การแตกของไส้ติ่งอักเสบ ได้แก่เขตสุขภาพที่ ๔,๕ และ ๑๐ โดยเขตสุขภาพที่ ๕ มีการแตกของไส้ติ่งอักเสบสูงที่สุด คือร้อยละ ๒๓.๕
๒. การเสียชีวิตของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ ได้แก่เขตสุขภาพที่ ๓,๔ และ ๕ โดยเขตสุขภาพที่ ๕ มีการเสียชีวิตของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ สูงที่สุด คือร้อยละ ๗.๖
๓. การถูกตัดขาจากภาวะขาดเลือดที่ขาที่ไม่ใช่จากการบาดเจ็บ ได้แก่เขตสุขภาพที่ ๒,๕,๑๐ และ ๑๒ โดยเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีการเสียชีวิตของผู้ป่วยถูกตัดขาจากภาวะขาดเลือดที่ขาที่ไม่ใช่จากการบาดเจ็บสูงที่สุด คือร้อยละ ๖๐.๖

Best Practice

"การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแบบบูรณาการ" โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา เขตสุขภาพที่ ๖

ปัญหาและอุปสรรค

๑. พบร้อยละการแตกของไส้ติ่งอักเสบค่อนข้างสูงในหลายพื้นที่ สาเหตุหนึ่งคือขาดการประเมินด้วย Alvarado score อย่างเป็นระบบในสถานพยาบาลแต่ละระดับ
๒. โรงพยาบาลที่สามารถทำ ERCP ได้ มีภาระงานมาก ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบส่งต่อผู้ป่วยภาวะท่อน้ำดีอุดตันเฉียบพลัน(acute cholangitis)
๓. ศัลยแพทย์ทั่วไปทำผ่าตัดศัลยกรรมหลอดเลือดพื้นฐานน้อยลงมาก ร่วมกับศัลยแพทย์หลอดเลือดมีไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยแขนขาขาดเลือดเฉียบพลัน มีความเสี่ยงสูงขึ้น
๔. บุคลากรสาธารณสุขขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติทางศัลยกรรมนอกหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU)
๕. ขาดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับตัวชี้วัดการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ
๖. โรงพยาบาลจังหวัดบางแห่งไม่สามารถให้บริการด้านศัลยกรรมฉุกเฉินได้ทุกวัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ขยายความครอบคลุมในการใช้ Alvarado score เพื่อการวินิจฉัยภาวะไส้ติ่งอักเสบ ลงไปสู่สถานบริการภาครัฐทุกระดับ
๒. เชื่อมโยงระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพโดยเร่งด่วนสำหรับภาวะท่อน้ำดีอุดตันเฉียบพลัน (acute cholangitis) และภาวะแขนขาขาดเลือดเฉียบพลัน (acute limb ischemia)
๓. ประสานสมาคมวิชาชีพและราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาหลักสูตรระยะสั้นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติทางศัลยกรรมให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง
๔. จัดทำฐานข้อมูลระดับชาติโดยเน้นภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์
๕. เร่งพัฒนาระบบหมุนเวียนศัลยแพทย์ไปยังโรงพยาบาลจังหวัดที่ไม่สามารถให้บริการด้านศัลยศาสตร์ฉุกเฉินได้ทุกวัน
๖. ประสานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยในการปรับปรุงหลักสูตรผลิตศัลยแพทย์ (ใหม่) ให้ตรงตามความต้องการด้านสาธารณสุขของประเทศ
๗. พัฒนากำลังคนและทรัพยากร ด้านวิสัญญี ควบคู่ไปกับกำลังคนและทรัพยากร ด้านศัลยกรรม อย่างเป็นเนื้อเดียวกัน

๒.๙ สาขาโรคหัวใจ

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

๑. อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจโดยภาพรวมไม่เกิน ๒๘ ต่อแสนประชากร ยกเว้นบางเขตสุขภาพที่ยังมีอัตราตายมากกว่าที่กำหนด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑, ๓, ๔, ๕, ๖, ๑๑ และ ๑๒

๒. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F๒ ที่มีการรักษา STEMI โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ๑๐๐% ยกเว้นโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๒ (๙๓.๗๔%) และ ๔ (๕๗.๖๙%)

๓. ผู้ป่วย STEMI ได้ยาละลายลิ่มเลือด หรือได้รับการขยายหลอดเลือดในภาพรวมได้มากกว่า ๘๐% ในทุกเขตสุขภาพ ยกเว้น เขต ๕ (๗๔.๒๘%), ๙ (๗๓.๙๕%) และ ๑๑ (๖๘.๐๒%)

๔. อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI ในภาพรวมไม่เกินร้อยละ ๑๐ ยกเว้น เขตที่ ๖, ๗, ๘, ๑๑, ๑๒

๕. ขาดแคลนอายุรแพทย์โรคหัวใจ ในหลายเขตสุขภาพ ได้แก่ เขต ๑ (น่าน, แม่ฮ่องสอน, ลำพูน) เขต ๓ (ชัยนาท, อุทัยธานี) เขต ๔ (นครนายก, สิงห์บุรี, อ่างทอง) เขต ๕ (ประจวบคีรีขันธ์) เขต ๗ (กาฬสินธุ์) เขต ๘ (บึงกาฬ) เขต ๑๐ (ยโสธร) เขต ๑๑ (ระนอง) และเขต ๑๒ (นราธิวาส, พัทลุง, สตูล)

๖. ขาดแคลนศัลยแพทย์หัวใจในโรงพยาบาลที่สามารถสวนหัวใจได้ ในเขตสุขภาพที่ ๒ (อุตรดิตถ์) สำหรับเขตอื่นๆ ก็จะมีจำนวนศัลยแพทย์ไม่เพียงพอ

๗. ห้องสวนหัวใจที่ใช้ในการทำหัตถการ PCI ยังไม่สามารถให้บริการได้ ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน เนื่องจาก แพทย์ที่ทำการสวนหัวใจไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ ๑ (รพ.นครพิงค์) ที่มีเครื่องสวนหัวใจ ๑ เครื่อง แต่ไม่มีแพทย์ที่ประจำในห้องสวนหัวใจต้องพึ่งอาจารย์แพทย์จากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

๘. มีการส่ง ต่อผู้ป่วย STEMI ออกนอกเครือข่าย หรือส่งไปทำบอลลูน โดยไม่ได้ให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อน โดยเฉพาะในเขตที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง จะเห็นได้ชัดเจน

๙. ระยะเวลาของคิวในการผ่าตัดหัวใจ ส่วนใหญ่อยู่ที่ไม่เกิน ๓ เดือน ยกเว้นในเขตสุขภาพที่ ๖ จันทบุรี อยู่ที่ ๑๐ เดือน ชลบุรี อยู่ที่ ๔.๕ เดือน, เขต ๑๐ อุบลราชธานี ๘ เดือน, เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี ๑๓ เดือน, เขต ๑๒ สงขลา ๑๔.๔ เดือน หาดใหญ่ ๖ เดือน ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดแคลนศัลยแพทย์

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

๑. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๘ ต่อแสนประชากร

๒. ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๑๐)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถและมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐)

๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI- Percutaneous Cardiac Intervention) เป้าหมายเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๘๐

มาตรการสำคัญ

๑. ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูนมากกว่าร้อยละ ๘๐ รวมทั้งเพิ่มหน่วยบริการในเขตบริการ

๒. มีแนวทางเวชปฏิบัติในการให้ยาละลายลิ่มเลือด และนำไปใช้จริง โดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชม.ทุกวัน (๒๔/๗) ที่ชัดเจน

๓. ต้องมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยมี Stock ยา สามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชม.ทุกวัน

๔. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ให้รักษาโดยการทำบอลลูนหรือการผ่าตัด By pass โดยลดเวลาระยะเวลารอการทำให้ไม่เกิน ๓ เดือน
๕. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชม. เช่นกัน (๒๔/๗)
๖. มีการคัดกรองผู้ป่วยและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตามโปรแกรม
๗. ให้การศึกษากับผู้ป่วยและญาติ เรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการดูแลตนเอง

ผลลัพธ์

๑. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๘ ต่อแสนประชากร พบว่าค่าเฉลี่ย ๑๒ เขตสุขภาพของ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน เท่ากับ ๑๙.๙๑ และ ๒๖.๕๕ ตามลำดับ
๒. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐) พบว่าค่าเฉลี่ย ๑๒ เขตสุขภาพเท่ากับร้อยละ ๙๕.๙๕
๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) เป้าหมายเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๘๐ พบว่าค่าเฉลี่ย ๑๒ เขตสุขภาพ เท่ากับร้อยละ ๘๒.๓๖
๔. ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๑๐) พบว่าค่าเฉลี่ย ๑๒ เขตสุขภาพ เท่ากับ ๑๐.๑๒

Best Practice

๑. มีอัตราการเสียชีวิตต่ำ
๒. สามารถทำได้ตามตัวชี้วัดทุกตัว กล่าวคืออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจอยู่ที่ ๑๙.๕๕ ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ๑๐๐% มีการให้ยาหรือการทำบอลลูนได้อยู่ที่ร้อยละ ๘๓.๔ ทำให้อัตราการเสียชีวิตในภาพรวมของทั้งเขตบริการสุขภาพลดลงมาอยู่ที่ ๔.๒%

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยและช่องทางด่วนที่ชัดเจน โดยมีการให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนส่งไปฉีดสีสวนหัวใจ
๒. มีห้องสวนหัวใจ ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลขอนแก่น และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ โดยมีเครือข่ายที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เร็ว มีอัตราการเสียชีวิตต่ำ
๓. มีแนวทางการให้ยาที่ชัดเจน
๔. มีความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์
๕. คิวสวนหัวใจ และคิวผ่าตัดสั้น

ปัญหา/อุปสรรค

๑. การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชนยังไม่ครอบคลุม
๒. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและเข้าถึงบริการล่าช้า
๓. มีขั้นตอนยุ่งยาก ซับซ้อนในการส่งต่อภายในเขตหรือบริเวณรอยต่อ ทำให้ส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า
๔. การประชาสัมพันธ์อาการสัญญาณเตือน STEMI Alert หรือ Heart attack alert ยังไม่ต่อเนื่องและแพร่หลาย
๕. แพทย์ขาดความมั่นใจในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
๖. ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

๗. ขาดอุปกรณ์และเครื่องมือ เช่น EKG Monitor, Infusion pump, Echocardiography
๘. ระบบฐานข้อมูลไม่เป็นทิศทางเดียวกันและขาดข้อมูลจากบางเขต

ข้อเสนอแนะ

๑. จัดประชาสัมพันธ์ระดับประเทศเรื่อง STEMI alert และ Heart attack alert ให้กับประชาชน
๒. ส่งเสริมให้มี Cardiologists, Nurse Case Manager ทุกโรงพยาบาล
๓. ผลักดันยา Tenecteplase (TNK) แทน Streptokinase (SK)
๔. วางระบบจัดเก็บข้อมูลและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ACS ทั้งหมดให้เป็นทิศทางเดียวกัน
๕. ตัวชี้วัดการให้ยาละลายลิ่มเลือดในรพ.ตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปควรตรวจสอบข้อมูลการให้ยาจริงหรือไม่

๒.๑๐ สาขาโรคมะเร็ง

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

ผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์ ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งปากมดลูก และการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

- การรักษาแบบหวังผลการรักษาหายขาดในเวลาที่เหมาะสม สามารถลดจำนวนผู้ป่วยสะสม และลดการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งปากมดลูก
- ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕ เปรียบเทียบกับ baseline ในปี ๒๕๕๘ (๒๕.๒ ต่อประชากรแสนคน)
- ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ ๕ เปรียบเทียบกับ baseline ในปี ๒๕๕๘ (๒๐.๑ ต่อประชากรแสนคน)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service Outcome)

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ๘๐% (ปี ๒๕๖๐)
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐% (ปี ๒๕๖๐)
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐% (ปี ๒๕๖๐)

มาตรการสำคัญ

๑. ลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม
   ๑.๑) การคัดกรอง (Screening) เพื่อค้นหา Precancerous lesion (ระยะก่อนเป็นโรคมะเร็ง)
   ๑.๒) การตรวจค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early Detection) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
๒. บริหารจัดการห้องผ่าตัดเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคอื่นๆอย่างเหมาะสม
๓. พัฒนาศักยภาพในการให้ยาเคมีบำบัดมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยศัลยแพทย์
๔. พัฒนาศักยภาพ และการบริหารจัดการศูนย์รังสีรักษาในเขตสุขภาพ
๕. พัฒนาระบบสารสนเทศการส่งต่อและติดตามผู้ป่วย

ผลลัพธ์

๑. การเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ ๗๘.๙๙, การเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ ๘๑.๘๙ และ การเข้าถึงการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ ๗๔.๕๕ ดังสรุปผลงานการเข้าถึงบริการสาขามะเร็งรายเขต (ตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐)

๑) ด้านการผ่าตัด ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑,๓,๔,๕,๑๐ โดยปี ๒๕๕๙ ผ่านเกณฑ์ในเขตสุขภาพที่ ๑,๔,๕,๘,๑๐

๒) ด้านเคมีบำบัด ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑,๓,๔,๖,๗,๘,๙,๑๐,๑๑,๑๒ โดยปี ๒๕๕๙ ผ่านเกณฑ์ ในเขตสุขภาพที่ ๑,๒,๕,๗,๘,๙,๑๐,๑๒

๓) ด้านรังสีรักษา ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑,๗,๘,๙,๑๐,๑๑ โดยปี ๒๕๕๙ ผ่านเกณฑ์ ในเขตสุขภาพที่ ๑ และ ๑๐

ผลการพัฒนาระบบบริการสาขามะเร็ง มีพัฒนาการที่ดีขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านรังสีรักษา

๒. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับเฉลี่ยไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๐ เท่ากับร้อยละ ๑๖.๓๔ ต่อแสนประชากรโดยมีเกณฑ์เป้าหมาย ปี ๒๕๖๐ ที่ร้อยละ ๒๔.๙ (ข้อมูลจาก กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน)

๓. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอดเฉลี่ยไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๐ เท่ากับร้อยละ ๑๓.๘๘ ต่อแสนประชากรโดยมีเกณฑ์เป้าหมาย ปี ๒๕๖๐ ที่ร้อยละ ๒๐ (ข้อมูลจาก กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน)

ผลการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งปอด ดีกว่าเป้าหมายเนื่องจาก ข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งปอดที่ผ่านมารวมข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายไปตับ/ปอด เมื่อกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการตรวจราชการจึงมีการควบคุมคุณภาพการวินิจฉัยให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

Best Practice

๑. ด้านข้อมูลสารสนเทศ:
เขตสุขภาพที่ ๕ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชจังหวัดสุพรรณบุรี มีการจัด“ทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙” นำข้อมูลมาวางแผนในการป้องกันและควบคุมโรคของจังหวัดสุพรรณบุรีและระดับประเทศ

๒. ด้านการรักษา :
เขตสุขภาพที่ ๑ โรงพยาบาลลำปาง จัดทำโครงการ “ประสิทธิผลของนวัตกรรม Abdominal Support เพื่อลดปวดและภาวะท้องอืด ในผู้ป่วยมะเร็งหลังผ่าตัดช่องท้อง”
เขตสุขภาพที่ ๓ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จัดทำโครงการ “การจัดการเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน (Extravasation) จากการให้ยาเคมีบำบัด” เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะ Extravasation

๓. ด้านการคัดกรองโรค :
เขตสุขภาพที่ ๗ ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จัดทำโครงการ “บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงด้วย FIT TEST อำเภอเมืองร้อยเอ็ด” เพื่อค้นหามะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรงในระยะเริ่มต้น
เขตสุขภาพที่ ๒ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยจังหวัดสุโขทัยจัดทำโครงการ “สุโขทัยรวมพลังร่วมใจ เราทำได้ คัดกรองมะเร็งเต้านม (CBE) และมะเร็งปากมดลูก” เพื่อลดอัตราการเกิดโรคและค้นหามะเร็งระยะแรก

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

๑. ด้านเคมีบำบัด พบว่าระยะเวลาการรอคอยด้านเคมีบำบัดบางแห่งยังไม่ผ่านเกณฑ์

๒. โรงพยาบาล M๑ เปิดบริการเคมีบำบัดได้ ๒๗ แห่ง จาก ๓๕ แห่ง เนื่องจากขาดบุคลากร และครุภัณฑ์

๓. ด้านรังสีรักษา ขาดบุคลากร ครุภัณฑ์และขั้นตอนการรักษา

๔. ด้านระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศ ยังขาดความเชื่อมโยงข้อมูล ความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
๕. ขาดการบูรณาการในการแก้ปัญหาภายในเครือข่าย
๖. ขาดแคลนบุคลากรด้านมะเร็ง ไม่มีตำแหน่ง ค่าตอบแทนต่ำ
๗. ที่ผ่านมา การบันทึกสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ/ปอด รวมถึงการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งที่กระจายไปตับ/ปอดด้วย

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑) กำหนดนโยบายการ Electronic Cancer Refer ผ่านระบบ Thai cancer based (TCB) & Thai refer

๒) จัดเก็บและรายงานตัวชี้วัด ผ่านสารสนเทศระบบเดียวกันทั้งประเทศ (Thai cancer based)

๓) เพิ่มอัตราข้าราชการนักฟิสิกส์และนักรังสีการแพทย์ทางรังสีรักษา และปรับค่าตอบแทนเพื่อให้เปิดบริการนอกเวลาได้

๔) จัดทำบทบาทหน้าที่ และกำหนดโครงสร้างพยาบาลด้านโรคมะเร็ง โดยสภาการพยาบาล

๕) สนับสนุนบุคลากร ด้านเคมีบำบัด และวิเคราะห์ปัญหาการให้บริการยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาล M๑ ความพร้อมของศัลยแพทย์ผู้ให้การรักษาในพื้นที่ ที่มีคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ

๖) สนับสนุนงบประมาณตามแผนการพัฒนารังสีรักษาซึ่งพิจารณาจาก Health Need ในระยะ ๕-๑๐ ปีตามข้อเสนอของคณะกรรมการ service plan สาขามะเร็ง

๒. ข้อเสนอแนะเชิงการปรับปรุง

๑) กระตุ้นการประสานส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งผ่านระบบ Cancer nurse coordinator

๒) ส่งเสริมบุคลากร ให้ใช้ electronic refer ที่เชื่อม Thai cancer based และ Thai refer

๓) พัฒนาการจัดบริการสำหรับวินิจฉัยรักษาโรคมะเร็งให้ครบวงจร อาจใช้กระบวนการ sharing resource

๔) การเก็บข้อมูลอัตราตายจากมะเร็งตับ มีการแยกผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายไปตับ/ปอด อันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

๓. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแผนระบบตรวจราชการ

๑) กำหนดให้มีติดตามการรายงานตัวชี้วัดระดับเขตผ่านโปรแกรม Thai cancer based

๒) ทบทวนปรับเกณฑ์เป้าหมาย ๕ ปี ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งปอดอีกครั้ง

๒.๑๑ สาขาโรคไต

ผลการดำเนินงาน ข้อมูล ณ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ <u>ในด้านผลลัพธ์การให้บริการ</u> การคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM, HT เป้าหมายที่สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ = ๘๐% ไม่มีเขตใดทำได้ตามเป้าเนื่องจากมีการเปลี่ยน criteria การคัดกรองจากการใช้ eGFR **<u>หรือ</u>** proteinuria เป็น eGFR **<u>และ</u>** proteinuria ในภาพรวมของเขตทุกเขตทำได้ ๒๐.๐-๕๖.๗% โดยเฉลี่ยทั้งประเทศทำได้ ๓๗.๑% ด้านการชะลอความเสื่อมไต เป้าหมายผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๒ m^2/yr ≥ ๖๕% ของจำนวนผู้ป่วย CKD ทั้งหมด มี ๒/๑๒ เขตทำได้ตามเป้าหมายคือเขต ๕ และ ๑๑ ในภาพรวมของเขตทุกเขตทำได้ ๖๐.๒-๖๕.๕% โดยเฉลี่ยทั้งประเทศทำได้ ๖๒.๙% <u>ในด้านการขยายบริการ</u> คลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาลระดับ F๓ ให้ได้ ๕๐% ของโรงพยาบาล F๓ ในแต่ละเขต เขตสุขภาพที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ได้ทุกเขต

ปัญหา อุปสรรค

บริการ	ปัญหา
คลินิกชะลอไตเสื่อม	การคัดกรอง CKD ทำได้ต่ำกว่าเป้าหมาย
	การชะลอความเสื่อมไตส่วนใหญ่ทำได้ต่ำกว่าเป้าหมาย
	การขาดนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ และ นักกายภาพบำบัด ใน รพช.
hemodialysis	การเริ่ม dialysis แบบ emergency ในผู้ป่วย ESRD
	รอคิวทำ vascular access for HD นาน และขาดแคลนศัลยแพทย์ซ่อมเส้น vascular access
	คุณภาพศูนย์ HD outsource ไม่ดี
Peritoneal dialysis	ขาดระบบควบคุมคุณภาพศูนย์ PD
	จำนวนพยาบาล PD : ผู้ป่วย น้อยกว่ามาตรฐาน ๑ : ๕๐ มาก
Palliative care	ไม่มีระบบ palliative care for ESRD ที่ชัดเจน
ระบบฐานข้อมูล	ความครบถ้วนถูกต้องของการรายงานผ่าน HDC

ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

- ขยายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมให้ครอบคลุมโรงพยาบาล ระดับ F๓ ขึ้นไปทั้งหมด และเชื่อมโยงกับ PCC และ DHS
- ขยายเครือข่ายบริการ peritoneal dialysis ลงไป ในโรงพยาบาลระดับ M๒ และ F๑ ที่มีศักยภาพ
- เปิดบริการ palliative care สำหรับผู้ป่วย End Stage Kidney Disease
- การจัดตั้งศูนย์ vascular access for hemodialysis ประจำเขต

ข้อเสนอแนะระดับส่วนกลาง

- พัฒนาระบบการรายงาน KPI โรคไตเรื้อรังผ่าน ระบบ HDC ให้สมบูรณ์ และบูรณาการระบบรายงานกับโรค NCD
- ประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ
- ปรับปรุงกระบวนการ รับรองคุณภาพศูนย์ HD และ PD
- ร่วมกับราชวิทยาลัย และ สมาคมวิชาชีพต่างๆ ในการปรับหลักสูตรวิชาชีพ ให้สอดคล้องกับความต้องการตามนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศ
- ขอโควต้าโรงเรียนแพทย์รับ nephron จากเขตสุขภาพ (โดยเฉพาะสตูล มุกดาหาร และ ยโสธร ที่ยังไม่มี nephron ในจังหวัด และยังไม่ได้ส่งเรียน)
- อบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การดูแลรักษาประคับประคองแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ระเบียบกฎหมาย

- ปรับปรุงแนวทางการทำสัญญาจ้างเหมาเอกชน หรือ PPP ศูนย์ HD ในโรงพยาบาลรัฐ

Best practice:

- การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลชะลอไตเสื่อม เขต ๗ โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม (เป็นตัวอย่างการเชื่อมโยงระบบบริการในโรงพยาบาลสู่ชุมชน)
- รูปแบบในการจัดการปัญหาโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการรอบด้าน “TRAT ๗ DECREASE CKD” เขต ๖ จังหวัดตราด (เป็นตัวอย่างการวางแผนยุทธศาสตร์ในภาพใหญ่)

- การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและชุมชนในการสนับสนุนการดูแลตนเอง เขต ๗ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

๒.๑๒ สาขาตา

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

จากการสำรวจสภาวะตาบอด ครั้งที่ ๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ ในประเทศไทย พบว่า ประชากรไทยมีความชุกของภาวะตาบอด ๐.๕๙% สายตา เลือนราง ๑.๕๗% สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดคือ ต้อกระจก (๕๑%) ต้อหิน (๙.๘%) ภาวะตาบอดในเด็ก (๕.๗%) เบาหวานเข้าจอตา (๒.๕%) กระจกตาขุ่น (๒.๐%) ทั้งนี้ ๘๐% ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ เป้าหมายองค์การอนามัยโลก (WHO) ลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า ๐.๕๐% ภายในปี ๒๕๖๓ (ค.ศ. ๒๐๒๐)

จากฐานข้อมูลโปรแกรม vision๒๐๒๐thailand ปี ๒๕๖๐ พบว่า ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปทั้งหมด ๘,๖๐๕,๗๕๕ ราย ได้รับการคัดกรองสายตา ๖,๓๗๙,๓๐๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๑๓ ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน ร้อยละ ๘๔.๑๒ และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า การคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ มีบางเขตที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่เขต ๕,๗,๘,๑๑,๑๒ ทั้งนี้ปัญหาส่วนหนึ่งมาจาก มีการคัดกรองแต่ขาดการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม vision๒๐๒๐ Thailand ส่งผลให้ข้อมูลผลการดำเนินงานต่ำกว่าการทำงานจริง ด้านการผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ภายใน ๓๐ วัน พบว่าส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ มีเพียงเขต ๖ ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ปัญหาส่วนหนึ่งคือมีการผ่าตัดได้ตามเป้าหมายแต่ขาดการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม vision๒๐๒๐ ทำให้ข้อมูลต่ำกว่าการทำงานจริง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา (≥ร้อยละ ๗๕)
๒. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกระยะตาบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (≥ร้อยละ ๘๐)

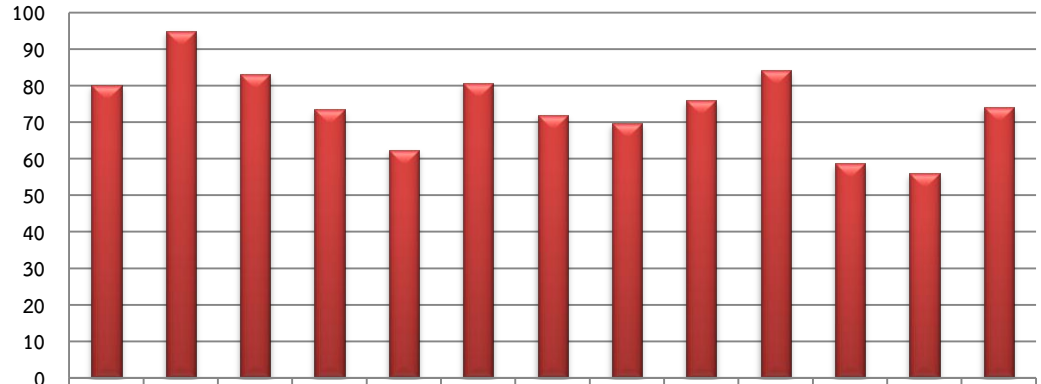
มาตรการสำคัญ

๑. บูรณาการการทำงานร่วมมือกัน ทั้งภายในทีมสาธารณสุขกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุเพื่อค้นหาผู้ป่วยต้อกระจก นำผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาและผ่าตัดตามแนวทางปฏิบัติสำหรับการผ่าตัดต้อกระจก
๒. กำหนดลำดับความเร่งด่วนในการผ่าตัดต้อกระจก โดยมุ่งเน้นการผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) และต้อกระจกชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง (low vision cataract) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตาบอดถาวร และเพื่อให้การบริหารจัดการงบประมาณที่มีอย่างจำกัดเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพ
๓. มีการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้ฐานข้อมูลจากโปรแกรม vision๒๐๒๐thailand

ผลลัพธ์

๑.ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตาเป้าหมาย (≥ร้อยละ ๗๕)

พบว่า ผลการดำเนินงานรอบ ๑๒ เดือน ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ในภาพรวมผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ร้อยละ ๗๔.๑๓

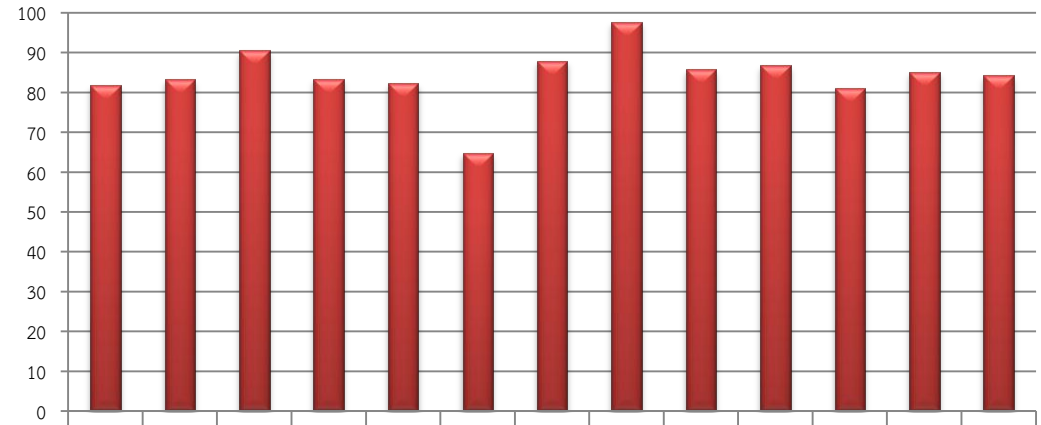


	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ร้อยละ	80.24	94.94	83.15	73.46	62.41	80.71	71.99	69.8	75.9	84.23	58.65	56.04	74.13

ข้อมูลจากโปรแกรม vission๒๐๒๐ ณ วันที่ ๗/๐๙/๖๐

๒.ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

พบว่า ผลการดำเนินงานรอบ ๑๒ เดือน ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ในภาพรวมผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ร้อยละ ๘๔.๑๒



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ร้อยละ	81.74	83.19	90.38	83.35	82.3	64.8	87.86	97.61	85.64	86.8	81.05	85.08	84.12

ข้อมูลจากโปรแกรม vission๒๐๒๐ ณ วันที่ ๗/๐๙/๖๐

Best Practice

๑. โครงการคัดกรองต้อกระจกเชิงรุก/ผ่าตัดแบบทางด่วนร่วมกับเครือข่าย (กาฬสินธุ์)

๒. การคัดกรองต้อกระจกในผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง (มีระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ)

ปัญหา/อุปสรรค

๑. การคัดกรองผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปยังไม่ผ่านเกณฑ์

๒. การลงข้อมูลใน Vision ๒๐๒๐ ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการคัดกรองในระดับชุมชน

๓. การลงข้อมูลซ้ำซ้อนทั้ง Vision ๒๐๒๐ และ e claim ของ สปสช.

๔. ขาดแพทย์ พยาบาล และบุคลากรจักษุเฉพาะทาง

๕. อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ และชำรุดบ่อยทำให้การตรวจคัดกรองสายตาล่าช้า

๖. ขาดแรงจูงใจและความก้าวหน้าในวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

๑. กระตุ้น เร่งรัด การคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เชิงรุก ให้มีประสิทธิภาพครอบคลุม
๒. จัดสรรอัตรากำลังบุคลากรทางจักษุสนับสนุนแก่เขตสุขภาพให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
๓. สนับสนุนงบประมาณพัฒนาบุคลากรแก่เขตสุขภาพ
๔. เสริมแรงจูงใจ และส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงาน service plan สาขาจักษุ
๕. จัดสรรงบประมาณสนับสนุน อุปกรณ์เครื่องมือ ให้เพียงพอเหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่
๖. ประกาศ สื่อสาร นโยบายการใช้โปรแกรม vision ๒๐๒๐thailand เป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อการรับรู้และเข้าใจที่ตรงกัน
๗. พัฒนาระบบการลงข้อมูลให้เข้ากับโปรแกรมหลักของหน่วยบริการเพื่อลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน

๒.๑๓ สาขาสุขภาพช่องปาก

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

สาขาสุขภาพช่องปาก มีเป้าหมายตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก มีกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญคือการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพใน รพ.สต./ศสม. โดยการหมุนเวียนทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลไปจัดบริการ/สนับสนุนการจัดบริการ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้สะดวก ผลการให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ใน รพ.สต./ศสม. ได้ตามเป้าหมายร้อยละ ๖๐ ส่วนอัตราใช้บริการสุขภาพช่องปาก ในภาพรวมประเทศคาดว่าจะต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ ๓๕ เล็กน้อย เนื่องจากปัญหาความไม่สมดุลของจำนวนผู้ปฏิบัติงานสุขภาพช่องปากกับจำนวนยูนิตทำฟัน จากข้อมูลการสำรวจเมื่อปี ๒๕๖๐ มีทันตแพทย์และทันตาภิบาลมากกว่ายูนิตทำฟันในหน่วยบริการสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงฯ จำนวน ๑,๕๗๖ คน รวมทั้งยูนิตทำฟันจำนวนมากมีอายุการใช้งานมานาน บางส่วนชำรุดเสียหารใช้งานไม่ได้

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome ของสาขาสุขภาพช่องปาก ปี ๒๕๖๐

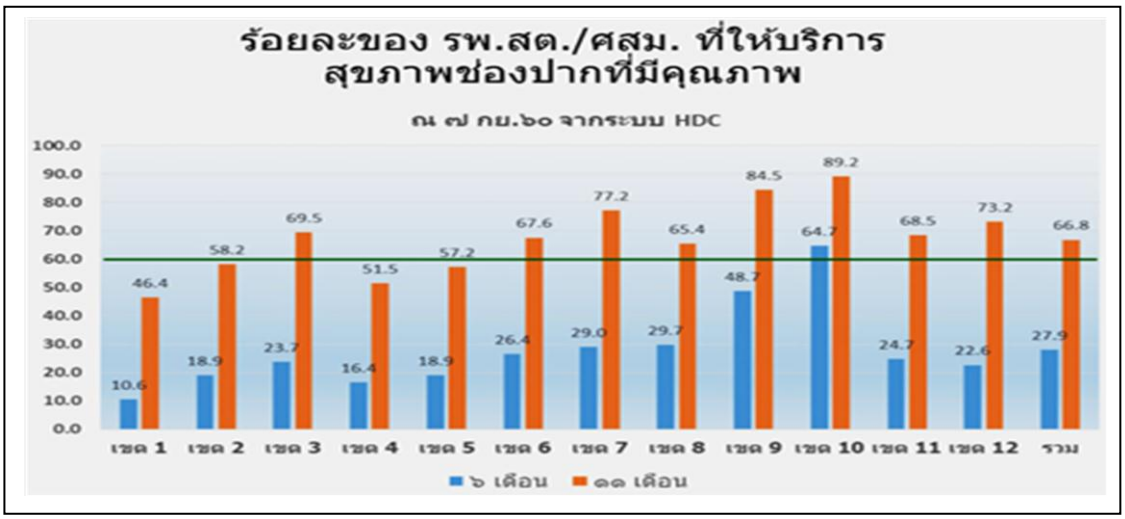
๑. ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ร้อยละ ๖๐ (ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบคือ จัดบริการตามเกณฑ์ ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม และ จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรได้ตามเกณฑ์ร้อยละ ๒๐)
๒. อัตราใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในจังหวัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕

มาตรการสำคัญ

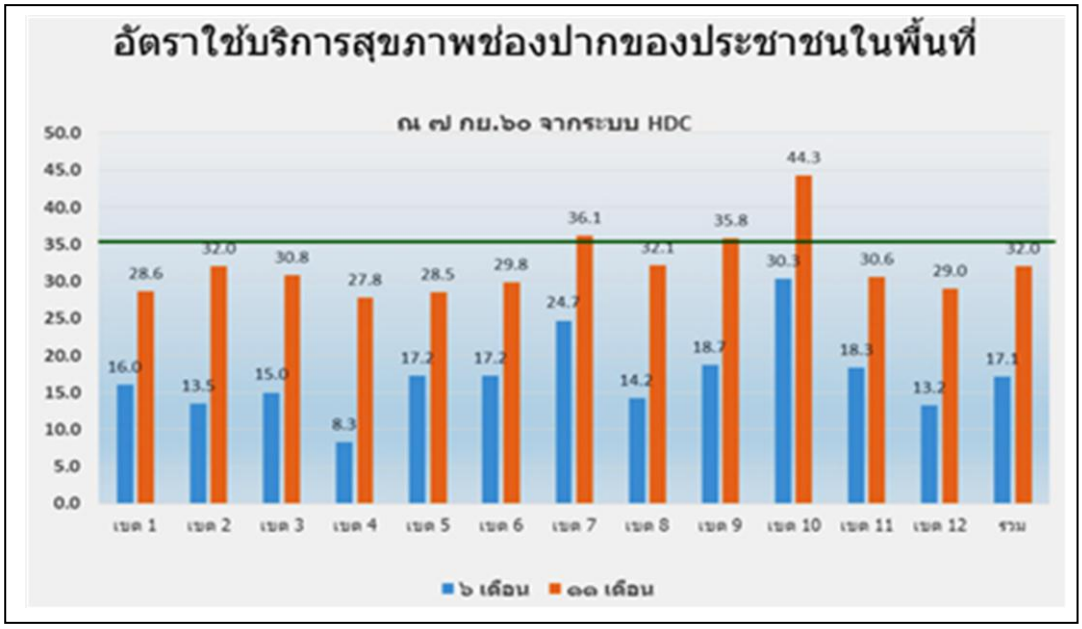
๑. มีนโยบายให้หมุนเวียนทันตบุคลากรจากโรงพยาบาล ไปบริการหรือร่วมบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม.
๒. พัฒนาหลักสูตร และประสานการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพทันตแพทย์ และทันตาภิบาล ในหลักสูตรทันตกรรมครอบครัว เพื่อรองรับ Primary Care Clusters

ผลการดำเนินงาน จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑ และ รอบที่ ๒ (๑๑ เดือน) ปี ๒๕๖๐

๑. รพ.สต./ศสม.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน รองรับการจัดบริการของทีมหมอครอบครัว Primary Care Clusters



๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ และลดคิวการนัดทำฟัน



Best Practice

๑. เขต ๗ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการฯ ตำบลบัวใหญ่ อำเภอน้ำพอง รางวัลชนะเลิศระดับประเทศ สาขาสุขภาพช่องปาก Service Plan Sharing ครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๖๐

๒. เขต ๑๑ การพัฒนารูปแบบและกลไกการจัดบริการสุขภาพช่องปาก จังหวัดกระบี่ ทำให้ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.คุณภาพฯ ร้อยละ ๙๘.๗ ซึ่งสูงที่สุดในประเทศ

๓. เขต ๖ ต้นแบบการจัดบริการทันตกรรมใน PCC ของเครือข่ายโรงพยาบาลชลบุรี , การจัดบริการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ Long term care ของโรงพยาบาลระยอง และ รพ.สต.ท่าช้าง

ปัญหา ข้อเสนอแนะ (ที่สำคัญ)

๑. ความไม่สมดุลของจำนวนผู้ปฏิบัติงานสุขภาพช่องปาก กับจำนวนยูนิตทำฟัน

<u>ข้อเสนอแนะ</u> - ให้มีนโยบายจัดสรรงบลงทุน เป็นการเฉพาะ แยกจาก งบลงทุนระดับเขต เพื่อ

- จัดซื้อจัดหายูนิตทำฟัน สำหรับ PCC, โรงพยาบาล และ รพ.สต.

- ปรับปรุงพื้นที่ห้องทันตกรรมให้สามารถติดตั้งยูนิตทำฟันได้มากขึ้น
- สนับสนุนให้มีตัวชี้วัด รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนนโยบาย PCC และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้มากขึ้น

๒. ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรม

ข้อเสนอแนะ

- สั่งการให้ใช้ FTE ให้ถูกต้อง และปรับปรุงกรอบอัตรากำลังคน FTE
- ระยะสั้น สั่งการให้ทุกโรงพยาบาลจัดกำลังคนสายสนับสนุน ตามเกณฑ์การคิด FTE ไม่ใช้แบบเหมารวมวิชาชีพ : สนับสนุน ๑ : ๐.๖
- ระยะยาว ปรับปรุงกรอบอัตรากำลังคน FTE ในสายงานสนับสนุน โดยให้แยกตำแหน่งผู้ช่วยงานทันตกรรม (หรือชื่อเรียกอื่น) ออกจากสายงานสนับสนุนอื่น
- ให้มีนโยบายสนับสนุนการจ้างผู้ช่วยทันตกรรมใน รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำ โดยจัดสรรงบประมาณจาก CUP หรือ DHS หรือ อปท.

๒.๑๔ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ผลการดำเนินงาน (ณ สิ้นเดือน สิงหาคม ๒๕๖๐)

มีการขยายบริการ donor center ในโรงพยาบาลระดับ A เพิ่มอีก ๔ แห่งคือ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลยะลา ซึ่งทำให้มี donor center ที่เป็นโรงพยาบาลระดับ A ครบตามเป้าหมาย ๓๓ แห่ง และมีการดำเนินงานจนเกิด brain death donors ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๕๘ แห่ง (จากเป้าหมายเดิม ๔๒ แห่ง) โรงพยาบาลราชบุรีกำลังเตรียมความพร้อมในการตรวจรับรองการเป็น kidney transplant center ภายในต้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งถ้าผ่านการรับรองจะทำให้มี kidney transplant center ใน ๑๐ จากเป้าหมาย ๑๒ เขต

ผลลัพธ์การดำเนินงาน มี brain death donor เกิดขึ้น ๒๑๒ ราย ซึ่งสูงกว่าทุกๆปีที่ผ่านมา แต่ในทุกเขตยังทำได้น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เป้าหมาย : ≥ ๑ ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ๑๐๐ ราย ตามยอดปี ๒๕๕๘) โดยภาพรวมทั้งประเทศทำได้ ๒๘% ของเป้าหมาย และเขตที่ทำได้ใกล้เคียงเป้าหมายที่สุดคือเขต ๗ ส่วนการบริจาคดวงตามีจำนวนภาพรวมเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านๆ มา แต่ยังน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในทุกเขต (เป้าหมาย:> ๕ ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ๑๐๐ ราย ตามยอดปี ๒๕๕๙) โดยภาพรวมทั้งประเทศทำได้ ๑๖% ของเป้าหมาย และเขตที่ทำได้ใกล้เคียงเป้าหมายที่สุดคือเขต ๕

ปัญหาร่วมที่พบในทุกเขต

๑. บุคลากรมีทัศนคติ และความเข้าใจขั้นตอนดีขึ้นมากแต่ยังขาดทักษะการทำงาน โดยเฉพาะด้านการวินิจฉัย brain death การดูแล resuscitate donor และการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะ

๒. การ notify case potential donor มายังทีมทำงานยังน้อยและล่าช้าทำให้สภาพ donor ไม่ดี

๓. ขาดพยาบาล transplant coordinator ที่ปฏิบัติงาน full time

๔. ทีมจัดเก็บดวงตายังไม่เพียงพอ

๕. จักษุแพทย์ที่ทำหน้าที่ปลูกถ่ายกระจกตามีไม่เพียงพอ

๖. ความพร้อมของทีมส่วนกลางจากกาชาดที่จะผ่าตัดนำอวัยวะออกลดลงเนื่องจากภาระงานเพิ่มและ การเดินทางไปยังโรงพยาบาล Donor บางแห่งไม่สะดวก

๗. ทัศนคติความเข้าใจของประชาชนดีขึ้น แต่ก็ยังเป็นปัญหา

ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

๑. ส่งเสริมให้โรงพยาบาล A, S ทั่วประเทศ และ M๑ ที่สมัครใจ เป็น organ donor center

๒. ส่งเสริมให้ A, S, M๑ ทั่วประเทศ และโรงพยาบาลอื่นๆที่สมัครใจ เป็น eye donor center

๓. สนับสนุนการจัดตั้ง regional harvesting team ประจำเขต

๔. สนับสนุนให้มี kidney transplant center ประจำเขต

๕. สนับสนุนให้มี transplant coordinator ที่ปฏิบัติงาน full time ในโรงพยาบาล A, S (โดยอาจจัดเป็น rotation คนละวันหรือสัปดาห์)

๖. สนับสนุนให้มีการทำ brain death audit

ข้อเสนอแนะระดับส่วนกลาง

๑. การจับคู่สถาบันพี่เลี้ยง (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลกรมการแพทย์) กับทีมเขต

๒. จัดอบรมบุคลากร

๓. จัดทำสื่อการสอน brain death

๔. การพัฒนาหลักสูตร มี transplant coordinator ๔ เดือน และความก้าวหน้าทางสายวิชาชีพ

๕. ปรับให้มีค่าตอบแทนแบบ on call สำหรับ transplant coordinator และ regional harvesting team

๖. พัฒนาระบบความปลอดภัย และ การประกันอุบัติเหตุให้กับ regional harvesting team

๗. การทำประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

ระเบียบกฎหมาย และจริยธรรม ที่ต้องการพัฒนา

๑. การเสียชีวิตด้วยภาวะสมองตาย

- ระดับและการเปลี่ยนแปลงของ CO๒ ในเลือด ในการวินิจฉัยภาวะสมองตาย
- การลงเวลาเสียชีวิต
- การปรับกระบวนการให้ง่ายขึ้น เช่น การใช้แพทย์ declare ๒ คน
- การยุติการรักษา

๒. การขอรับบริจาคอวัยวะ

- การเซ็นยินยอมของญาติ (Sequence)
- กรณีตามญาติไม่ได้แต่มีบัตรแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ
- กรณีตามญาติไม่ได้และไม่มีบัตรแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ
- กรณี donor ชาวต่างชาติ
- กรณี donor เป็นคนไข้คดี

Best practice:

๑. การรับบริจาคอวัยวะและปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตายแบบครบวงจร เขต ๗ โรงพยาบาลขอนแก่น

๒. การพัฒนาระบบคัดกรองและการดูแลผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย เขต ๑ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

๓. การจัดระบบเวร rotation ของพยาบาล transplant coordinator เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบแบบ full time ทุกวัน เขต ๙ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

๔. ระบบการจัดให้พยาบาลผู้ตรวจการนอกเวลาเป็นผู้ช่วยค้นหา potential donor ในหอผู้ป่วยเป้าหมาย เขต ๓ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

๒.๑๕ สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ประเด็นตรวจราชการ

๑. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บ (Trauma) ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕

๒. การพัฒนา ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป

๓. การพัฒนาระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

๑. ผู้บาดเจ็บ (๑๙ สาเหตุ) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีค่า Ps. Score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ แล้วเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ ๑ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps. Score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ ทั้งหมด

๒. ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๔๐)

๓. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ในแต่ละจังหวัดที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน (ปี ๒๕๖๐ ≥ ร้อยละ ๖๐)

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

จำนวนและอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙ (ต่อแสนประชากร)

ปี	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
จำนวนผู้เสียชีวิต	๑๔,๐๕๙	๑๔,๗๘๙	๑๕,๐๔๕	๑๔,๕๐๔		
ร้อยละ (ต่อแสนประชากร)	๒๑.๘๘	๒๒.๘๙	๒๓.๑๖	๒๒.๓๐		

ที่มา : ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ในปี ๒๕๖๐ สถานการณ์การเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บ (๑๙ สาเหตุ) ที่มีค่า Ps. Score ≥ ๐.๗๕ ข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๖๐ พบว่า มีจำนวนผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps. Score ≥ ๐.๗๕ ร้อยละ ๐.๖๙

การพัฒนา ER คุณภาพร้อยละ ๒๕ โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพตามที่กำหนดไว้ของ ER คุณภาพ ผลปรากฏว่า มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ ร้อยละ ๖๖.๐๔

การประเมินคุณภาพโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ตามเกณฑ์มาตรฐาน ECS คุณภาพผลปรากฏว่า มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ECS คุณภาพ โดยได้รับผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ ร้อยละ ๘๔.๔๕

ตัวชี้วัด	เขต ๑	เขต ๒	เขต ๓	เขต ๔	เขต ๕	เขต ๖	เขต ๗	เขต ๘	เขต ๙	เขต ๑๐	เขต ๑๑	เขต ๑๒	ภาพรวม
อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) น้อยกว่าร้อยละ ๑	๐.๓๔	๐.๔๙	๑.๕๕	๐.๗๗	๐.๙๖	๐.๕๓	๐.๖๓	๑.๐๒	๐.๘๑	๐.๓๙	๐.๗๕	๐.๓๐	๐.๖๙
ร้อยละ ๒๕ ของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป	๕๘.๕๙	๘๐.๔๓	๔๘.๘๘	๕๖.๖๖	๖๖.๕๙	๗๙.๑๐	๙๒.๓๐	๕๗.๘๙	๖๖.๖๖	๗๐.๙๖	๗๘.๔๖	๔๗.๓๒	๖๖.๐๔
ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป	๘๒.๒๙	๘๘.๘๘	๗๗.๗๗	๖๗.๒๑	๗๒.๕๐	๘๒.๐๙	๘๖.๖๘	๙๗.๓๖	๘๗.๓๔	๙๑.๙๓	๘๐.๐๐	๘๔.๒๓	๘๔.๔๕

ที่มา : ๑. รายงานผลการตรวจราชการ ปี ๒๕๖๐

๒. ขาดข้อมูล ECS และ ER เขต ๑๒ จ.พัทลุง และสตูลอยู่ระหว่างดำเนินการ

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

๑. ขาดแพทย์ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินและ Replantation จึงยังต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขต

๒. การให้บริการด้าน Pre-hos ยังไม่ครอบคลุมหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพระดับพื้นฐานและชุมชนทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้น้อย และหน่วยปฏิบัติการระดับ ALS ของโรงพยาบาลใช้บุคลากรทีมเดียวกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทำให้ขาดอัตรากำลังเมื่อต้องออกปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลที่มีระยะทางไกล

๓. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นเครือข่ายยังเป็นปัญหาอยู่ ทั้งอาสาสมัครกู้ภัย หน่วยงานภายในจังหวัดที่เกี่ยวข้อง และสถานพยาบาลในเครือข่ายภายในจังหวัด รวมทั้งระบบการส่งต่อนอกจังหวัดหรือนอกเขต

๔. ข้อมูลที่เก็บยังไม่ชัดเจนและครบถ้วน เช่น ข้อมูลการเสียชีวิตจาก ๓ ฐาน ซึ่งการบันทึกและจัดเก็บระบบข้อมูล TR กับ Hos xp ยังไม่มีประสิทธิภาพ

Best Practice

๑. เรื่อง “ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ECS (Emergency Care System)”

โดย นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เขตสุขภาพที่ ๖

ตัวชี้วัด	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมาโดยระบบ EMS	๑. วิเคราะห์หาสาเหตุที่ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่มาโดยระบบ EMS พบว่า เกิดจากผู้ป่วยคิดว่าไม่เป็นอะไร (อาการจะหายเองได้มาเองเร็วกว่า ไม่มีคนมาส่ง) ๒. จัดทำโครงการ EMS Member club ๓. บูรณาการร่วมกับคณะกรรมการ EMS จังหวัดและ DHS ๔. ประชาสัมพันธ์ ๑๖๖๙	ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการบูรณาการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น DHS
ร้อยละ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป	๑. อบรมเกณฑ์ ECS คุณภาพ ๒. ประชุมแนวทางการพัฒนาตามเกณฑ์ ECS	ร้อยละ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป = ๘๑.๖๗ หมวดที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ การนำองค์กร และน้อยที่สุดคือ อาคารสถานที่ และงานวิจัย
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่า Ps > ๐.๗๕	๑. อบรม Prehospital Trauma Life Support ๒. พัฒนาระบบ Trauma Fast Track ๓. ระบบ Telemedicine ๔. พัฒนาระบบ Refer และกำหนด Trauma Center	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มี Ps >๐.๗๕ มีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าเกณฑ์
จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล	๑. อบรมพนักงานขับรถ ๑๐๐% ๒. ติดกล้องและ GPS ๑๐๐% ๓. ทำประกันภัยชั้นหนึ่ง ๑๐๐%	จำนวนการเกิดอุบัติเหตุเท่ากับ ๒ ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดที่บริเวณสี่แยก

๒. เรื่อง “SDHS-RTI (Sub District Health System-Road traffic injuries)”

โดย นายอุเทน หาแก้ว และนางรวงทอง วัฒนก้านตง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ ๘

การดำเนินงาน ระยะเวลาการดำเนินงาน ๑ ปี (๑ มกราคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐)	จุดแข็ง	โอกาสพัฒนา และข้อเสนอแนะ
๑. การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ปัญหา ๒. การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจาก	<u>๑. ศปถ. ตำบล</u> - มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ ศปถ.ตำบล - มีการประชุมพูดคุยข้อมูล-การทำงานทุก	๑.๑ จัดตั้ง ศปถ. ระดับหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการทำงานระดับหมู่บ้าน

การดำเนินงาน ระยะเวลาการดำเนินงาน ๑ ปี (๑ มกราคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐)	จุดแข็ง	โอกาสพัฒนา และข้อเสนอแนะ
อุบัติเหตุทางถนน ๓. การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา ศปถ.,อปท./คณะกรรมการตำบลต้นแบบ ฯ ๔. มีแผนงาน/โครงการ ๕. การชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ๖. การดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมชน ๗. การดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน ๘. การรณรงค์ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ใช้สื่อในพื้นที่ ๙. การขับเคลื่อนทีมระดับหมู่บ้าน/ตำบล/ท้องถิ่น/หน่วยงาน (RTI Team) ๑๐. การสรุปผลการดำเนินงาน	เดือน <u>๒. แผน SRM-RTI</u> - มีส่วนร่วมกรรมการและประชาชนทั่วไป - มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน ๑ ปี - มีกิจกรรมแก้ไขปัญหา <u>๓. การจัดการข้อมูล</u> - มีการจัดเก็บข้อมูล-การสอบสวนเชิงลึก - การวิเคราะห์ข้อมูล และระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ตายในช่วงเทศกาลอย่างเข้มข้น <u>๔. ประชาสัมพันธ์</u> - มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ อบรมให้ความรู้ <u>๕. จัดการปัจจัยเสี่ยง</u> - มีการจัดการ คน รถ ถนนเสี่ยงในช่วงเทศกาลอย่างเข้มข้น <u>๖. ถนนตัวอย่าง</u> - มีการกำหนดถนนตัวอย่าง แก้ไขจุดเสี่ยง กำหนดข้อตกลงร่วมกัน <u>๗. มาตรการองค์กร หมู่บ้านปลอดเหล้า โรงเรียนต้นแบบ มาตรการชุมชน</u> - มีการกำหนดเป้าหมาย หน่วยงานโรงเรียน หมู่บ้าน มาตรการชุมชน ข้อตกลงร่วมกัน อยู่ระหว่างดำเนินการ	๒.๑ เพิ่มการมีส่วนร่วม กลุ่มเยาวชน โรงงาน/บริษัท/ร้านค้า ๒.๒ กำหนดเป้าหมายเป็นจำนวนตัวเลข ๑, ๓, ๕ ปีให้ชัดเจน ๒.๓ จัดทำโครงการเพื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติให้ต่อเนื่อง ๓.๑ เพิ่มระบบการจัดเก็บข้อมูลวิเคราะห์ และระบบเฝ้าระวังให้ต่อเนื่อง ๓.๒ เพิ่มระบบการคืนข้อมูล สู่ ศปถ. ตำบลทุกเดือน ๔.๑ เพิ่มสื่อ และวิธีการถ่ายทอด ให้ความรู้สู่กลุ่มเสี่ยงในระดับครอบครัว ๕.๑ เพิ่มการจัดการปัจจัยเสี่ยง ให้มีความต่อเนื่องโดยเฉพาะการบังคับใช้กฎหมาย ๖.๑ เพิ่มการบังคับใช้กฎหมาย การติดตาม ประเมินผลเพื่อเปรียบเทียบก่อน-หลัง ประกาศดำเนินการเป็นถนนตัวอย่าง ๗.๑ หน่วยงานในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดต้องเป็นแกนนำองค์กรต้นแบบในการขับเคลื่อนดำเนินการ ให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ๗.๒ มีผู้พิทักษ์กฎ การควบคุมกำกับประเมินผล คืนข้อมูลที่เป็นระบบชัดเจน

๓. เรื่อง “จาก SHEC สู่ AYECS® การพัฒนา ECS คุณภาพ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา”

โดย นายสุรัตน์ สุขสว่าง และนางสาวอัจฉรา ลำใย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เขตสุขภาพที่ ๔ การดำเนินงาน ดังนี้

๑. พัฒนาเกณฑ์การประเมิน ECS คุณภาพ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนด้วยวงล้อมการพัฒนาคุณภาพ (P-D-C-A) โดยยึดองค์ประกอบของแบบประเมิน SHEC เดิม โดยให้สอดคล้องกับการประเมินอื่นๆ เช่น HA, HPH, QA การพยาบาล

๒. อุดจุดอ่อน เติมจุดแข็ง และเพิ่ม evidence based เน้นรูปธรรมจับต้องได้ เป็นคู่มือให้กับ External surveyor

๓. เกิดเป็นเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพเรียกว่า เกณฑ์การประเมินคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (Ayutthaya Emergency Care System Quality

Assessment: AYECS) วัดผลอิงเกณฑ์เพื่อให้โรงพยาบาล รู้ว่าตัวเองอยู่ตรงไหนในภาพจังหวัด เพื่อวางแผนการพัฒนาในที่มีประเด็นโอกาสพัฒนาร่วมกันในระดับจังหวัด

๔. เรื่อง "AOC system" โดย นายแพทย์รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

มีการดำเนินการ ดังนี้

๑) Safety Ambulance Module

- Real-time ambulance tracking
- Real-time speed monitoring
- Automatic (push) crash notification
- ETA. To destination hospital

๒) Ambulance Operation Management module

- Beeper on assigned operation
- Personnel operation record
- Real-time monitoring of operation status (both EMS & Refer)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System

๒. ความมุ่งมั่นของบุคลากรในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกแห่งที่ต้องการพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน

๓. รูปแบบของเกณฑ์การประเมินที่เป็นรูปธรรม จับต้องได้ ทำให้โรงพยาบาลมองเห็นทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน

๔. การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหา Best Practice ในเขตสุขภาพ

มาตรการที่สำคัญ

๑. การบริหารจัดการ

๑.๑ Trauma and Emergency Admin Unit (TEA Unit) : การจัดตั้งหน่วยงาน TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S และ M๑ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บ พร้อมทั้งวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในพื้นที่ และมีกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม

๑.๒ สสอ./รพช. หรือ คปสอ. เป็นศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเชื่อมโยงกับการทำงานระหว่างกลไกระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)

๑.๓ จัดทำแผนงานและสนับสนุนงบประมาณในการป้องกัน และลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกไตรมาส

๒. การจัดการข้อมูล

๒.๑ การบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ) ทั้งในระดับประเทศ และระดับจังหวัดเพื่อทราบขนาดปัญหาที่แท้จริง วิเคราะห์สาเหตุปัญหาและนำเสนอข้อมูลสำหรับใช้ประโยชน์ในการชี้เป้า และการวางแผน

๒.๒ พัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS Online) โดยส่วนกลางพัฒนา software, server, system และจัด training ร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายระดับ A, S, M๑

๓. การป้องกัน

๓.๑ ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านระบบสุขภาพ (DHS) และเชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ

๓.๒ ขับเคลื่อนมาตรการความปลอดภัยทางถนนของรถพยาบาล (Ambulance Safety) ดังนี้

(๑) การติดตั้งระบบนำทาง GPS

(๒) กล้องบันทึกภาพหน้ารถและผู้ขับขี่

(๓) การจำกัดความเร็วไม่เกิน ๘๐ กม./ชม.

(๔) การอบรมพนักงานขับรถ

๔. การรักษาพยาบาล

๔.๑ EMS คุณภาพ

๔.๒ ER คุณภาพ

๔.๓ In-hos คุณภาพ

๔.๔ Referral System

๔.๕ มีระบบ Fast Track Trauma

๔.๖ มีการทบทวน case Injury ที่มี Ps > ๐.๗๕ แต่เสียชีวิต

ปัญหา และข้อเสนอแนะ

๑. ขาดแคลนทรัพยากรในการดำเนินงานใน TEA Unit ทั้งด้านบุคลากร และสถานที่ในการปฏิบัติงาน เช่น Trauma Nurse Coordinator กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดกรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าเพื่อปฏิบัติงานใน TEA Unit เพิ่มเติม

๒. บูรณาการฐานข่อมูล Information system และระบบ IT (Telemedicine) ให้ใช้ได้ทุกระดับในโรงพยาบาลทั่วประเทศ รวมทั้งบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงมหาดไทย และตำรวจจราจร

๓. ด้านระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ยังขาดการประชาสัมพันธ์ระบบ ๑๖๖๙ กับภาคีเครือข่ายการรณรงค์ การเพิ่มการเข้าถึงของประชาชน

๔. การจัดประชุมหรือจัดทำเอกสารรายงานกรณีการทำ Case conference ผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps Score ≥ ๐.๗๕ แล้วเสียชีวิต หรือในกรณีที่น่าสนใจ เพื่อรวบรวมเป็นกรณีศึกษาและใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบรักษาพยาบาลต่อไป

๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ

HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ขั้น คือ **HA ขั้น ๑ หมายถึง** โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง **HA ขั้น ๒ หมายถึง** โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมดปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป **HA ขั้น ๓ หมายถึง** โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วนตัวชี้วัด

จากการตรวจราชการ รอบที่ ๒ พบว่าร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๘๐ (โรงพยาบาล จำนวนรวม ๑๖๕ แห่ง ประกอบด้วย รพศ./รพท. ๑๑๖ แห่ง

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ๓๐ แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ๑๗ แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค ๒ แห่ง) (และโรงพยาบาลชุมชน รพช. ๗๘๐ แห่ง) ผลการดำเนินงานซึ่งวิเคราะห์จากข้อมูล สรพ. ณ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐ พบว่า รพศ., รพท. และโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๗.๕๘ รพช.ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๓.๐๘ และพบว่า ยังมี รพช.ที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพ HA อีก ๖๐ แห่ง

Best Practice

เขตสุขภาพที่ ๗ มีการสนับสนุนพัฒนาแบบเครือข่ายภาพจังหวัดโดยกำหนดให้มีทีมพี่เลี้ยง (Quality Learning Network : QLN) การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุน ติดตามประเมินผลเป็นระบบ โดยมีการสนับสนุนจากสถาบันการศึกษาในพื้นที่ คือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ศูนย์ประสานการพัฒนาคุณภาพ – HACC.KKU) ทั้งด้านวิทยากรและงบประมาณ ให้กับทั้ง ๔ จังหวัด ซึ่งควรมีการดำเนินการให้ได้ครบทั้ง ๔ จังหวัด

ปัญหาอุปสรรค

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น๓ ไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ เกิดจากปัญหาหลายประเด็น อาทิเช่น โรงพยาบาลยังไม่เข้าใจรูปแบบวิธีการเขียน SAR ๒๐๑๑, Hospital Profile ส่ง สรพ. การปรับเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานคุณภาพ ทำให้การพัฒนาคุณภาพไม่ต่อเนื่อง สถานการณ์ด้านงบประมาณไม่เพียงพอ เนื่องจากค่าใช้จ่ายเพื่อการรับรองค่อนข้างสูง โครงสร้างสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น ระบบบำบัดนำเสีย ไม่ได้มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ การพัฒนาระบบคุณภาพ จากการวิเคราะห์ผลการตรวจราชการรอบที่ ๒

๑. กำหนดนโยบาย ให้ผู้บริหารตระหนักถึงความสำคัญ
๒. พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อเอื้อต่อการบริหารจัดการในทุกด้านของหน่วยบริการในสังกัด
   - ด้านบริหาร ควรผลักดันให้เกิดระบบงานอย่างให้ชัดเจน มีสายงาน และบุคลากรหลักในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
   - ด้านงบประมาณ ควรสนับสนุนงบประมาณให้กับโรงพยาบาลที่ขอรับการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งสำหรับเตรียมรับการประเมินที่สูงมาก
   - ด้านวิชาการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพที่ประสบผลสำเร็จ และโรงพยาบาลที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ในระดับเขต เพราะทุกคนสามารถสื่อสารและมองเห็นบริบทซึ่งกันและกันเพราะพื้นที่ใกล้เคียงกัน
๓. ควรมีการสนับสนุนความรู้เพื่อให้ QLN สามารถเป็นพี่เลี้ยงได้จริง
๔. การจัดทีม External surveyor ภายในเขต

.....

คณะที่ ๓

การบริหารทรัพยากรมนุษย์

๓.๑ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

๓.๒ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน

๓.๓ การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

โดย คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข (คกต.) คณะที่ ๓

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์

.....

หัวข้อการตรวจราชการ : ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัด

- ด้านโครงสร้างและบุคลากร

ส่วนใหญ่จังหวัดมีการปรับโครงสร้างของหน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากร เปลี่ยนจากกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการมาเป็นภารกิจของกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล และมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และบุคลากรบางส่วนขาดประสบการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขาดการบูรณาการแผนพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเข้าด้วยกัน

ทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนของจังหวัด (HRM, HRD) โดยมีองค์ประกอบเป็นผู้แทนสถานบริการทุกระดับ ส่วนน้อยที่จะไม่มีผู้แทนวิชาชีพหรือผู้แทนวิทยาลัย มีการจัดทำแผนพัฒนากำลังคนครอบคลุมสาขาวิชาชีพ ๕ กลุ่มสาขา/ทุกวิชาชีพ แต่แผนพัฒนาบุคลากรยังไม่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ ส่วนใหญ่กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล จะดำเนินการพัฒนาบุคลากรในโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่และโครงการอบรมผู้บริหารระดับต่างๆ (ผบต./ผบก./นบส.) ส่วนแผนงาน/โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข จะดำเนินการตามภารกิจของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- กลไกและระบบสนับสนุนที่ส่งผลให้การพัฒนาบุคลากรมีประสิทธิภาพเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (System : Input ,Process ,output/outcome ,Feedback)

คณะกรรมการด้าน CSO จะเป็นผู้จัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่รองรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข โดยวิเคราะห์หา Need Assessment ด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากร ซึ่งรองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ๔ ด้าน คือ Service Excellent P&P Excellent People Excellent และ Governance Excellent แผนพัฒนาบุคลากรยังไม่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ โดยเขตสุขภาพส่วนใหญ่จะสื่อสารโดยการประชุมชี้แจงแผนพัฒนากำลังคน/แผนพัฒนาบุคลากรให้ทุกจังหวัดนำสู่การปฏิบัติ และบางจังหวัดขาดการถ่ายทอดให้โรงพยาบาลชุมชนนำสู่การปฏิบัติ บางจังหวัดยังไม่จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรรองรับ Service Plan ที่สามารถระบุ สถาบันอบรม วัน และเวลา ที่จะดำเนินการตามแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามที่ได้รับจัดสรรงบประมาณงบอุดหนุนอย่างชัดเจน

ทุกเขตสุขภาพ/จังหวัดใช้โปรแกรม HRops ในการบริหารจัดการกำลังคน แต่โปรแกรมดังกล่าวยังไม่รองรับการบริหารจัดการด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จึงทำให้ต้องจัดเก็บข้อมูลผู้ผ่านการพัฒนาบุคลากรโดยใช้โปรแกรม Excel แต่ยังไม่มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรที่เป็นระบบ บางจังหวัดได้พัฒนาโปรแกรมรองรับการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานตนเอง จึงทำให้ขาดการเชื่อมโยงกันระหว่างข้อมูลของจังหวัดและเขตสุขภาพและยังไม่เชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่าง HRM & HRD

- การสร้างความร่วมมือของสถาบันผลิตและพัฒนากำลังคน

เขตสุขภาพทุกแห่งมีการสร้างความร่วมมือของสถาบันผลิตและพัฒนากำลังคนในพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังคน และรองรับแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเขตสุขภาพด้วย และเกือบทุกจังหวัดได้สร้างความร่วมกับมือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกและของสถาบันอื่นๆ รวมทั้งภาคเอกชนด้วย เพื่อจัดหลักสูตรอบรมรองรับแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร แต่มีข้อจำกัดในเรื่องหลักสูตรอบรมไม่ครอบคลุม Need Assessment ของเขตสุขภาพ/จังหวัด

- การกำกับ ติดตามการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ/จังหวัด

ทุกเขตสุขภาพ/จังหวัดจะกำหนดแผนกำกับติดตาม โดยลงพื้นที่ติดตามผลการพัฒนาบุคลากรทุก ๖ เดือน และให้จังหวัดรายงานผลการดำเนินงานส่งทุกเดือน บางจังหวัดจัดทำเป็น Performance Agreement : PA ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อติดตาม กำกับการบริหารจัดการอัตรากำลังและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ แต่การกำกับ ติดตามการผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรรองรับ Service Plan (การใช้จ่ายงบอุดหนุน/ผลการพัฒนา) ควรมีการกำกับ ติดตามผ่านการประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัดทุกเดือน เพื่อแก้ไขปัญหา/อุปสรรค และวางแนวทางแก้ไขเสนอผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด

ส่วนที่ ๒ ผลการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการของทุกจังหวัดตาม ๕ องค์ประกอบ

สรุปเขตสุขภาพ จำนวน ๓ เขต ที่ผ่านทั้ง ๕ องค์ประกอบ คือ เขตสุขภาพที่ ๔ , ๖ และ ๑๒

เขต	จังหวัด	ผลการดำเนินงานตาม ๕ องค์ประกอบเกณฑ์ตัวชี้วัด ประจำปี ๒๕๖๐ ค่าเป้าหมาย (๙ เดือน) : ระดับ ๓				
		องค์ประกอบที่ ๑ : แผนความต้องการกำลังคนฯ	องค์ประกอบที่ ๒ : การสร้างความร่วมมือฯ	องค์ประกอบที่ ๓ : การเบิกจ่ายงบประมาณ	องค์ประกอบที่ ๔ : บุคลากรได้รับการพัฒนาเทียบกับเป้าหมาย	องค์ประกอบที่ ๕ : จำนวนข้อร้องเรียนฯ
๑	เชียงใหม่	๕	๕	๔	๔	๕
	เชียงราย	๔	๕	๑	๓	๕
	พะเยา	๓	๕	๓	๓	๕
	แม่ฮ่องสอน	๔	๕	๓	๒	๕
	ลำพูน	๔	๕	๑	๓	๕
	ลำปาง	๔	๕	๕	๕	๕
	แพร่	๔	๕	๔	๔	๕
	น่าน	๕	๕	๒	๔	๓
	สรุป	**๕**	**๕**	**๒**	**๓**	**๕**
๒	สุโขทัย	๔	๕	๒	๓	๕
	พิษณุโลก	๔	๕	๒	๓	๕
	อุตรดิตถ์	๔	๕	๒	๓	๕
	เพชรบูรณ์	๔	๕	๒	๓	๕
	ตาก	๔	๕	๒	๓	๕
	สรุป	**๔**	**๕**	**๒**	**๓**	**๕**

เขต	จังหวัด	ผลการดำเนินงานตาม ๕ องค์ประกอบเกณฑ์ตัวชี้วัด ประจำปี ๒๕๖๐ ค่าเป้าหมาย (๙ เดือน) : ระดับ ๓				
		องค์ประกอบที่ ๑ : แผนความต้องการกำลังคนฯ	องค์ประกอบที่ ๒ : การสร้างความร่วมมือฯ	องค์ประกอบที่ ๓ : การเบิกจ่ายงบประมาณ	องค์ประกอบที่ ๔ : บุคลากรได้รับการพัฒนาเทียบกับเป้าหมาย	องค์ประกอบที่ ๕ : จำนวนข้อร้องเรียนฯ
๓	พิจิตร	๔	๕	๒	๓	๕
	กำแพงเพชร	๔	๕	๒	๓	๕
	นครสวรรค์	๔	๕	๒	๓	๕
	อุทัยธานี	๔	๕	๒	๓	๕
	ชัยนาท	๔	๕	๔	๓	๕
	สรุป	**๔**	**๕**	**๒**	**๓**	**๕**
๔	ลพบุรี	๔	๕	๓	๔	๕
	สระบุรี	๔	๕	๒	๕	๕
	อ่างทอง	๔	๕	๓	๔	๕
	สิงห์บุรี	๔	๕	๕	๕	๕
	อยุธยา	๔	๕	๓	๕	๕
	นครนายก	๔	๕	๓	๔	๕
	ปทุมธานี	๔	๕	๔	๔	๕
	นนทบุรี	๓	๕	๕	๔	๕
	สรุป	**๔**	**๕**	**๓**	**๔**	**๕**
๕	กาญจนบุรี	๔	๕	๑	๑	๕
	นครปฐม	๔	๕	๑	๓	๕
	ประจวบคีรีขันธ์	๔	๕	๑	๑	๕
	เพชรบุรี	๔	๕	๑	๕	๕
	ราชบุรี	๔	๕	๑	๕	๕
	สมุทรสงคราม	๔	๔	๑	๑	๕
	สมุทรสาคร	๔	๕	๓	๔	๕
	สุพรรณบุรี	๔	๕	๑	๓	๕
	สรุป	**๔**	**๕**	**๑**	**๔**	**๕**
๖	ชลบุรี	๔	๕	๓	๔	๕
	ระยอง	๔	๕	๓	๓	๕
	จันทบุรี	๔	๕	๔	๔	๕
	ตราด	๔	๕	๓	๒	๕
	สมุทรปราการ	๔	๕	๔	๓	๕
	ฉะเชิงเทรา	๔	๕	๓	๔	๕
	ปราจีนบุรี	๔	๕	๓	๔	๕
	สระแก้ว	๔	๕	๓	๓	๕

เขต	จังหวัด	ผลการดำเนินงานตาม ๕ องค์ประกอบเกณฑ์ตัวชี้วัด ประจำปี ๒๕๖๐ ค่าเป้าหมาย (๙ เดือน) : ระดับ ๓				
		องค์ประกอบที่ ๑ : แผนความต้องการกำลังคนฯ	องค์ประกอบที่ ๒ : การสร้างความร่วมมือฯ	องค์ประกอบที่ ๓ : การเบิกจ่ายงบประมาณ	องค์ประกอบที่ ๔ : บุคลากรได้รับการพัฒนาเทียบกับเป้าหมาย	องค์ประกอบที่ ๕ : จำนวนข้อร้องเรียนฯ
	สรุป	**๔**	**๕**	**๓**	**๔**	**๕**
๗	กาฬสินธุ์	๔	๕	๑	๒	๕
	ร้อยเอ็ด	๔	๕	๑	๒	๕
	มหาสารคาม	๔	๕	๓	๓	๕
	ขอนแก่น	๔	๕	๒	๓	๕
	สรุป	**๔**	**๕**	**๑**	**๒**	**๕**
๘	นครพนม	๓	๕	๑	๕	๕
	สกลนคร	๔	๕	๑	๕	๕
	เลย	๓	๕	๓	๑	๕
	บึงกาฬ	๔	๕	๑	๑	๕
	หนองบัวลำภู	๔	๕	๒	๑	๕
	หนองคาย	๔	๕	๒	๑	๕
	อุดรธานี	๔	๕	๕	๕	๕
	สรุป	**๓**	**๕**	**๑**	**๒**	**๕**
๙	นครราชสีมา	๔	๕	๓	๓	๕
	ชัยภูมิ	๓	๕	๒	๓	๕
	บุรีรัมย์	๔	๕	๒	๓	๕
	สุรินทร์	๔	๕	๓	๓	๕
	สรุป	**๓**	**๕**	**๒**	**๓**	**๕**
๑๐	อุบลราชธานี	๔	๔	**๒**	๓	๕
	ศรีสะเกษ	๔	๔	**๒**	๓	๕
	ยโสธร	๔	๔	**๒**	๓	๕
	อำนาจเจริญ	๔	๔	**๒**	๓	๕
	มุกดาหาร	๔	๔	**๒**	๓	๕
	สรุป	**๔**	**๔**	**๒**	๓	**๕**
๑๑	กระบี่	๔	๓	๒	๓	๕
	ภูเก็ต	๔	๓	๕	๓	๕
	สุราษฎร์ธานี	๔	๓	๕	๓	๕
	ชุมพร	๔	๓	๑	๓	๕
	พังงา	๔	๕	๑	๓	๕
	นครศรีธรรมราช	๔	๓	๑	๓	๕
	ระนอง	๔	๓	๒	๓	๕
	สรุป	**๔**	**๕**	**๒**	**๓**	**๕**
๑๒	สตูล	๔	๕	๔	๔	๕
	ปัตตานี	๔	๕	๓	๔	๕
	พัทลุง	๔	๕	๓	๔	๕

เขต	จังหวัด	ผลการดำเนินงานตาม ๕ องค์ประกอบเกณฑ์ตัวชี้วัด ประจำปี ๒๕๖๐ ค่าเป้าหมาย (๙ เดือน) : ระดับ ๓				
		องค์ประกอบที่ ๑ : แผนความต้องการกำลังคนฯ	องค์ประกอบที่ ๒ : การสร้างความร่วมมือฯ	องค์ประกอบที่ ๓ : การเบิกจ่ายงบประมาณ	องค์ประกอบที่ ๔ : บุคลากรได้รับการพัฒนาเทียบกับเป้าหมาย	องค์ประกอบที่ ๕ : จำนวนข้อร้องเรียนฯ
	นราธิวาส	๔	๕	๓	๔	๕
	ตรัง	๔	๕	๓	๔	๕
	ยะลา	๔	๕	๓	๔	๕
	สงขลา	๔	๕	๕	๔	๕
	สรุป	**๔**	**๕**	**๓**	**๔**	**๕**

ส่วนที่ ๓ นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

เขตสุขภาพที่	นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง
เขตสุขภาพที่ ๑	๑. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากร และฐานข้อมูลฝึกอบรม ๒. พัฒนาเครื่องมือประเมินผลการดำเนินงานทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard, HR Satisfaction, KMA) ๓. จัดทำคู่มือการดำเนินงานทรัพยากรบุคคลต่างๆ ได้แก่ - คู่มือการประเมินระบบการบริหารสมรรถนะระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลและประเมินความพึงพอใจต่อระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล - คู่มือการวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลัง - คู่มือการสรรหา เลือกสรรบุคลากรทุกประเภทการจ้างงาน การเปลี่ยนสายงาน - คู่มือการประเมินผลงานวิชาการเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพ - คู่มือการพิจารณาเครื่องราชอิสริยาภรณ์ - คู่มือการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่
เขตสุขภาพที่ ๒	Leadership ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร ปรับกลไกการพัฒนาบุคลากรให้มีความเข้มแข็ง ๑. สสจ.เพชรบูรณ์ ได้บริหารจัดการแก้ไขปัญหากำลังคนของแพทย์แผนไทยในอำเภอชนแดน ที่มีจำนวน ๔ สามารถหมุนเวียนออกไปให้บริการใน รพ.สต. จนทำให้อำเภอชนแดนมีผลการดำเนินงานเป็นอันดับ ๑ ของจังหวัดเพชรบูรณ์ ๒. สสจ.อุตรดิตถ์ มีการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสัญญาลาศึกษาต่อ ก่อนครบอายุสัญญา ๑ - ๒ เดือน จะมีการเตือนล่วงหน้าอัตโนมัติ (Pop up) และมีฐานข้อมูลบุคลากรที่จังหวัดพัฒนาขึ้นเพื่อตรวจสอบระบุชื่อของบุคลากรได้ว่าใครประจำอยู่ที่ไหน ๓. สสจ.อุตรดิตถ์ ใช้กระบวนการจัดการความรู้ เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ปฏิบัติงานลาออก/ย้าย โดยใช้เวลาหลังเลิกงานวันละ ๑ ชม.(๑๖.๐๐-๑๗.๐๐) เป็นการสอนงานบุคลากรที่ปฏิบัติงานใหม่วันละ ๑ เรื่อง จากบุคลากรที่มีประสบการณ์ ริเริ่มทำในกลุ่มงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ผลการดำเนินงานของกลุ่มงานมีความต่อเนื่อง
เขตสุขภาพที่ ๓	Leadership ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร ปรับกลไกการพัฒนาบุคลากรให้มีความเข้มแข็ง ๑. จัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน เพื่อการวางแผนและตัดสินใจของผู้บริหาร ตลอดจนจัดทำรายงานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรในระดับเขตได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เขตสุขภาพที่	นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง
เขตสุขภาพที่ ๔	๑. สสจ.อยุธยามีระบบการติดตามการใช้งบประมาณในการพัฒนาบุคลากรตามโครงการต่างๆ ของแต่ละหน่วยงาน อย่างครอบคลุม ทำให้มีการใช้งบประมาณใน ปี ๒๕๕๙ ครบร้อยละ ๑๐๐ และนำมาขยายผลใช้ต่อในปี ๒๕๖๐ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ๒. สสจ.อยุธยามีระบบการติดตามประเมินผลเชิงคุณภาพ การพัฒนาบุคลากรตาม Service plan หลังการจัดอบรมครบ ๑ ปี ๓. สสจ.อ่างทองมีการพัฒนาโปรแกรมระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคล สสจ.อ่างทอง (APIS: Angthong Personal Information System) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์อัตรากำลังและจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ๔. สิงห์บุรีได้ตั้งศูนย์ HR Excellent Clinic เพื่อให้คำปรึกษาส่งเสริมการจัดทำผลงานทางวิชาการเพื่อเลื่อนตำแหน่ง
เขตสุขภาพที่ ๕	๑. Leadership ให้ความสำคัญกับกลไกการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากร เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่
เขตสุขภาพที่ ๖	๑. Leadership ระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด/ผู้อำนวยการให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน ปรับกลไกให้มีความเข้มแข็ง/ประสานความร่วมมืออย่างดีระหว่างหน่วยงานทุกระดับ ๒. การสื่อสาร/การสร้างความเข้าใจในนโยบาย/ยุทธศาสตร์ด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพไปในทิศทางเดียวกัน
เขตสุขภาพที่ ๗	๑. Leadership ได้นำปัญหา/อุปสรรค/ผลการดำเนินงานปีที่แล้วมาปรับกลไกการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรเขตสุขภาพ/จังหวัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ๒. ผู้บริหารกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ และกำหนดเป็น PA ระหว่างจังหวัด/โรงพยาบาล ทำให้การดำเนินงานคล่องตัวมากขึ้นรวดเร็ว
เขตสุขภาพที่ ๘	๑. รูปแบบการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากร จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างสอดคล้องกับ Problem base ๒. เขตสุขภาพจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจน
เขตสุขภาพที่ ๙	๑. มีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการวิจัย โดยสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ และจัดให้มีขวัญกำลังใจสำหรับบุคคลากรที่นำเสนอผลงานเด่นได้รับรางวัลในระดับเขต และระดับชาติ
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๑. Leadership ให้ความสำคัญกับการกำกับ ติดตามการบริหารทรัพยากรบุคคล และปรับกลไกการการบริหารทรัพยากรบุคคลให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑. Leadership ได้นำปัญหา/อุปสรรค/ผลการดำเนินงานปีที่แล้วมาปรับกลไกการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรเขตสุขภาพ/จังหวัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑. Leadership ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และProblem base ๒. โรงพยาบาลหาดใหญ่พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้สามารถทำหัตการผ่าตัดทรวงอก (Open Heart) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวในภาคใต้ เพื่อลดความเสี่ยงและการรอคอยการส่งต่อทารกแรกเกิดไปผ่าตัดที่กรุงเทพฯ

ส่วนที่ ๔ สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ปัจจัยที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในเขตสุขภาพ คือ

๑. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับจังหวัด/เขตสุขภาพในเชิงนโยบาย

๒. โครงสร้างกรอบอัตรากำลังที่เหมาะสมของบุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพ

๓. บุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาศักยภาพบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพมีความรู้ทักษะความสามารถในการถ่ายทอด

๔. การสื่อสาร/กลไกสนับสนุนการบริหารจัดการการพัฒนากำลังคน/แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ/แผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเขตสุขภาพถ่ายระดับลงสู่จังหวัด

๕. ระบบฐานข้อมูลด้านการพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการ/จังหวัด/เขตสุขภาพ การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

๖. การกำกับ ติดตามผลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อนำไปปรับปรุงการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่จะทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในเขตสุขภาพ

๑. การเปลี่ยนโครงสร้าง/บุคลากรผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ/จังหวัด ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ/จังหวัด

๒. ขาดความรู้ความเข้าใจในงานด้านการพัฒนาบุคลากรของผู้รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากรระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เกี่ยวกับการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการตรวจราชการ

๓. การบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพขาดความชัดเจนในผู้รับผิดชอบงาน

๔. ขาดการบูรณการ และการสื่อสารแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และแผนพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพถ่ายระดับลงสู่จังหวัดอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการใช้ฐานข้อมูลกำลังคนอันเดียวกันในการดำเนินงาน

๑. ไม่มีระบบฐานข้อมูลด้านการพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการ/จังหวัดและเขตสุขภาพที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

๒. การกำกับติดตามผลการพัฒนาบุคลากรและนิเทศหน่วยงานในเขตสุขภาพ ขาดการนำปัญหา/อุปสรรค ข้อเสนอแนะไปพัฒนางานต่อไป

ส่วนที่ ๕ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

เขตสุขภาพ	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
เขตสุขภาพที่ ๑	๑. บางจังหวัดเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความรู้ความชำนาญและความเชี่ยวชาญในงาน ๒. บางจังหวัดงาน HRM และ HRD ขาดการเชื่อมโยง/การใช้งานจากฐานข้อมูลกำลังคนจากฐานข้อมูลอันเดียวกัน ทำให้การนำข้อมูลไปใช้บริหารกำลังคนของจังหวัดอาจจะไม่ตรงกันในงาน HRM และ HRD ๓. แผนยุทธศาสตร์พัฒนากำลังคนของสถานบริการยังไม่เชื่อมโยงกันทั้งจังหวัด	๑. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการวางแผนกลยุทธ์ และจัดทำ/เผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานให้ถูกต้อง ตามกฎ ระเบียบ ๒. เขตสุขภาพ/จังหวัดวางระบบการจัดเก็บฐานข้อมูลกำลังคนให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน เพื่อใช้วางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ๒๐ ปี ๓. ให้จัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนากำลังคนอย่างมีส่วนร่วม จาก CSO/CHRO/ผู้แทนวิชาชีพ/ผู้บริหารทุกระดับโดย สสจ.
เขตสุขภาพที่ ๒	๑. บางจังหวัดเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ๒. การส่งรายงานการใช้จ่ายงบประมาณงบอุดหนุนเพื่อพัฒนาบุคลากรจากสถานบริการยังไม่สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ๓. ผู้ปฏิบัติบางจังหวัดไม่เข้าใจรายงานการตรวจราชการ/ตัวชี้วัดการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนาบุคลากร เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ต้องมีการทำความเข้าใจร่วมกัน	๑. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งให้เหมาะสมกับภารกิจของงาน และพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ผู้ปฏิบัติงานงานพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถอย่างเพียงพอ ๒. ควรสื่อสารแนวทางการกำกับและติดตามรายงานการพัฒนาศักยภาพบุคลากรจากสถานบริการให้ชัดเจน และรายงานต่อคณะกรรมการบริหารกำลังคนระดับจังหวัด ๓. เขตสุขภาพชี้แจงรายงานการตรวจราชการ/ตัวชี้วัดการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนาบุคลากร
เขตสุขภาพที่ ๓	๑. ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคนยังไม่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับบุคคล/ระดับหน่วยงาน/เขตสุขภาพ ๒. การพัฒนาบุคลากรโดยวิธีการศึกษาต่อ หรือการอบรมระยะเวลานานเป็นเดือน ทำได้ยากเนื่องจากปัญหาขาดแคลนบุคลากรในการทำงาน	๑. พัฒนาให้มีฐานข้อมูล electronic ที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ทั้งจังหวัด/เขตสุขภาพ ๒. จังหวัด/สถานบริการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและจัดทำเกณฑ์คัดเลือกบุคลากรไปอบรมให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของสถานบริการ
เขตสุขภาพที่ ๔	๑. บางจังหวัดขาดแคลน/ปรับเปลี่ยนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานพัฒนาบุคลากร ทำให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ และขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ๒. บางจังหวัดใช้จ่ายงบประมาณงบอุดหนุนเพื่อพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามแผนฯ มีสาเหตุ ดังนี้ - ขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน - สถาบันไม่เปิดอบรมตามที่ประชาสัมพันธ์ไว้ - หลักสูตรที่สถาบันในพื้นที่เปิดอบรมได้ ไม่	๑. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งให้เหมาะสมกับภารกิจของงาน และพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถอย่างเพียงพอ ๒. เขตสุขภาพกำกับและติดตามการใช้จ่ายงบประมาณของจังหวัดในเขตสุขภาพทุกเดือน และกำหนดมาตรการรองรับกรณีจังหวัดดำเนินการพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามเป้าหมายของแผนพัฒนาบุคลากร

เขตสุขภาพ	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
	ครอบคลุมกับแผนพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ ๓. บางจังหวัดไม่มีผู้แทนสถาบันการศึกษาเข้าร่วมเป็นกรรมการฯ ทำให้แผนพัฒนาบุคลากรไม่สอดคล้องกับช่วงเวลา และงบประมาณ	๓. จังหวัดเพิ่มผู้แทนจากสถาบันการศึกษาในคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบการผลิต และการพัฒนาของจังหวัดได้อย่างสอดคล้องกับความจำเป็นในพื้นที่
เขตสุขภาพที่ ๕	๑. การพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่กำหนดไว้ มีสาเหตุ ดังนี้ - การโอนงบประมาณล่าช้า - บุคลากรน้อยภาระงานมาก จึงไม่สามารถไปอบรมตามแผนที่กำหนดได้ - บุคลากรไม่ได้รับคัดเลือก - ไม่มีสถาบันอบรมตามแผนที่กำหนดการ ๒. รายงานผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของจังหวัดไม่เป็นปัจจุบัน	๑. ควรกำหนดหลักเกณฑ์คัดเลือกบุคลากร และคุณสมบัติของผู้รับการอบรมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๒. จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพอย่างชัดเจน โดยระบุรายชื่อ ช่วงเวลาที่ส่งบุคลากรไปอบรม วงเงิน
เขตสุขภาพที่ ๖	๑. การจัดสรรงบประมาณงบอุดหนุนล่าช้า ๒. บางจังหวัดเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน	๑. ส่วนกลางเร่งรัดจัดสรรงบประมาณตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ๒. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งให้เหมาะสมกับภารกิจของงาน และพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถอย่างเพียงพอ
เขตสุขภาพที่ ๗	๑. บางจังหวัดเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ๒. การพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่กำหนดไว้ มีสาเหตุ ดังนี้ - การโอนงบประมาณล่าช้า และมีวงเงินจำกัด ทำให้การพัฒนาบุคลากรไม่ครอบคลุมทุกสายงาน - บางหลักสูตรสอบไม่ได้/ไม่มีสถาบันเปิดอบรม	๑. กำหนดอัตรากำลัง/หน้าที่ของงานพัฒนาบุคลากรระดับจังหวัดอย่างชัดเจน ๒. รายงานปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาบุคลากรเสนอต่อผ่านคณะกรรมการบริหารระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกันในระดับเขตสุขภาพ
เขตสุขภาพที่ ๘	๑. การเชื่อมโยงฐานข้อมูลของหน่วยงานทุกระดับเพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจของผู้บริหาร ๒. การเบิกจ่ายไม่เป็นไปตามแผน เนื่องจากสอบไม่ผ่านหรือหลักสูตรนั้นๆไม่มีสถาบันการศึกษาเปิดให้เข้ารับการอบรม	๑. พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้สามารถเชื่อมโยง ได้ครอบคลุมหน่วยงานทุกระดับ และใช้เป็นฐานข้อมูลในการตัดสินใจของผู้บริหาร ๒. ปรับเปลี่ยนหลักสูตรฝึกอบรมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
เขตสุขภาพที่ ๙	๑. การพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ มีสาเหตุ ดังนี้ - บุคลากรไม่สามารถสอบผ่านการคัดเลือกเข้าไปฝึกอบรมได้	๑. เขตสุขภาพ/จังหวัดรายงานปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาบุคลากรเสนอต่อผ่านคณะกรรมการบริหารระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกันในระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด

เขตสุขภาพ	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
	- สถาบันที่จัดอบรมบางหลักสูตรจะเปิดอบรมในไตรมาสที่ ๓ -๔ - บางหลักสูตรเปิดรับผู้เข้าอบรมจำนวนน้อย - บางหลักสูตรหาบุคลากรไปฝึกอบรมไม่ได้ - สถานศึกษาเปิดสอนเวลาไม่สอดคล้องกันกับผู้เรียน	
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๑. การโอนงบประมาณงบอุดหนุนพัฒนาบุคลากรรองรับ Service Plan ประจำงบประมาณปี ๒๕๖๐ มาที่จังหวัดล่าช้า ทำให้การพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ๒. บางจังหวัดเปลี่ยนโครงสร้าง/ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และบุคลากรต้องการฝึกอบรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ๓. การเก็บข้อมูลและแบบฟอร์มรายงานผลการพัฒนาบุคลากรไม่ตรงกันทั้งเขตสุขภาพ	๑. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณของเขตสุขภาพ และกำกับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพให้แล้วเสร็จตามแผนที่กำหนด ๒. เขตสุขภาพ/จังหวัดพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความสามารถตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ๓. พัฒนาระบบข้อมูลกำลังคนเพื่อใช้บริหารจัดการด้าน HRM & HRD โดยใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน และจัดระบบติดตามการรายงานเป็นรายเดือนหรือรายไตรมาส อย่างต่อเนื่อง
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑. การพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่กำหนดไว้ มีสาเหตุ ดังนี้ - บุคลากรไม่ผ่านการคัดเลือก - สถาบันเปิดอบรมไม่ได้ เนื่องจากจำนวนไม่กลุ่มเป้าหมายไม่คุ้มทุน - หลักสูตรที่อบรมระยะเวลานาน หน่วยงานขาดแคลนอัตรากำลัง - บุคลากรไม่ไปอบรมในสถาบันอบรมที่อยู่นอกเขตสุขภาพ ๒. การจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากรยังไม่เป็นระบบ	๑. กำหนดหลักเกณฑ์คัดเลือกบุคลากร และคุณสมบัติของผู้รับการอบรมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๒. จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพอย่างชัดเจน โดยระบุรายชื่อ ช่วงเวลาที่ส่งบุคลากรไปอบรม วงเงิน ๓. จังหวัด/เขตสุขภาพกำหนดแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกำลังคนของจังหวัด/เขตสุขภาพ ให้สอดคล้องเป็นทิศทางเดียวกัน และครอบคลุม HRM และ HRD เพื่อใช้ในการบริหารจัดการกำลังคนของจังหวัด/เขตสุขภาพ ๔. จัดตั้ง Learning Center ระดับเขตสุขภาพ เพื่อเป็นศูนย์กลางการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ/ประเทศ
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑. บางจังหวัดเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบและความเชี่ยวชาญในงาน ๒. ยังไม่มีฐานข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงบริหารด้านการพัฒนาบุคลากรของจังหวัดในรูปแบบเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ ๓. ยังไม่บูรณาแผนพัฒนาบุคลากรในภาพรวมของ	๑. เขตสุขภาพพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สมรรถนะที่สอดคล้องกับงาน และจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานให้ถูกต้องกฎ ระเบียบที่เปลี่ยนแปลงของกระทรวง ๒. เขตสุขภาพพัฒนาโปรแกรม/ระบบจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากร เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบเดียวกับเขต

เขตสุขภาพ	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
	หน่วยงานในจังหวัด	สุขภาพ และเป็นข้อมูลเสนอผู้บริหารในการตัดสินใจ ๓. วิเคราะห์และจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในภาพรวมของหน่วยงานในจังหวัด เพื่อใช้วิเคราะห์สถานการณ์ส่วนขาดของการพัฒนาบุคลากรทั้งระบบ

ส่วนที่ ๖ ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

๑. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด/โรงพยาบาล ต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องด้วย

๒. กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์รองรับให้เกิดการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และคล่องตัว ดังนี้

- เร่งรัดการจัดสรรงบประมาณให้เขตสุขภาพ/จังหวัดตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ
- ปรับการใช้จ่ายงบอุดหนุนเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรรองรับ Service Plan ให้มีความคล่องตัวมากขึ้น โดยให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก และเบี้ยเลี้ยงในการเดินทางด้วย

๓. สร้างความเข้าใจการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรให้เขตสุขภาพ/จังหวัดทราบและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เช่น ควรมีการประชุมชี้แจงตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมิน เพื่อให้ดำเนินการเป็นแนวทางเดียวกัน

๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคน/แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด

๕. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานทุกระดับ และกำหนดระดับการเข้าถึงข้อมูลให้เขตสุขภาพ/จังหวัด/สถานบริการสามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลได้ด้วย

๖. ประชาสัมพันธ์หลักสูตรอบรมของสถาบันอบรมต่างๆ ทั้งในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ครอบคลุมหลักสูตรตาม Service Plan ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ช่วงเวลา และผู้รับผิดชอบ

๗. ติดตามประเมินผลหลังการฝึกอบรม โดยประเมินสมรรถนะในการทำงานจากผู้ร่วมงาน ตนเอง และผู้บริหาร สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานหรือไม่ สามารถนำความรู้มาใช้ในปฏิบัติงานได้จริง

๘. จัดหาโควตาหลักสูตรอบรมรองรับ Service Plan เพื่อให้บุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนที่กำหนด รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของสายสนับสนุนอย่างเสมอภาค

ข้อเสนอแนะต่อเขตสุขภาพ

๑. เขตสุขภาพกำหนดแนวทางการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ เช่น

๑.๑ กำหนดเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรของจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ

๑.๒ นำผลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มาเป็นเกณฑ์จัดสรรงบอุดหนุนในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และปรับปรุงแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประจำปี ๒๕๖๐

๑.๓ สนับสนุนข้อมูลกำลังคนให้จังหวัดใช้ในการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากร

๑.๔ นำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรไปสู่การปฏิบัติจริง (ระบุหลักสูตร/รายชื่อผู้อบรม/หน่วยงาน/ช่วงเวลา/วงเงิน)

๑.๕ จัดทำ/เผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานให้ถูกต้องกฎ ระเบียบตามที่เปลี่ยนแปลงของกระทรวง

๒. เขตสุขภาพสื่อสารยุทธศาสตร์กำลังคน และนโยบายการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขให้ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดทราบเกี่ยวกับอย่างทั่วถึง

๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติระดับจังหวัด ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด

๔. พัฒนาฐานระบบข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด และนำมาใช้บริหารทรัพยากรบุคคลของเขตสุขภาพ เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานทุกระดับ และกำหนดระดับการเข้าถึงข้อมูลให้จังหวัด/สถานบริการ/บุคลากรสามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลได้ด้วย

๕. เขตสุขภาพเพิ่มผู้แทนจากสถาบันการศึกษาในคณะกรรมกรรมการระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบการผลิตและการพัฒนาได้อย่างสอดคล้องกับความจำเป็นในพื้นที่

๕. ให้ความสำคัญการกำกับ ติดตามและรายงานผลการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดและนำไปปรับปรุงการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ

๖. สร้างเครือข่ายด้านการพัฒนาคนระดับเขตสุขภาพ ให้ช่วยเหลือกันด้านทรัพยากร (คน เงิน ของ)

๗. จัดตั้ง Learning Center ระดับเขตสุขภาพ เพื่อเป็นศูนย์กลางการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ/ประเทศ

ข้อเสนอแนะต่อจังหวัด

๑. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมหน่วยงานทุกระดับ/ทุกกลุ่มเป้าหมาย

๒. เพิ่มผู้แทนจากสถาบันการศึกษาในคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบการผลิต และการพัฒนาของจังหวัดได้อย่างสอดคล้องกับความจำเป็นในพื้นที่

๓. กำหนดเกณฑ์ และคุณสมบัติของผู้รับการอบรมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

๔. จัดอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานภายในจังหวัด ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยุทธศาสตร์กำลังคน นโยบายการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข/เขตสุขภาพ

๕. จัดทำแผนจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาบุคลากรให้ชัดเจน เพื่อการกำกับติดตามการใช้จ่ายงบประมาณ

๕. กำหนดแนวทางการจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานภายในจังหวัดให้เหมาะสมสอดคล้องเป็นทิศทางเดียวกัน ครอบคลุม HRM และ HRD และนำมาใช้บริหารทรัพยากรบุคคลของจังหวัด

๖. ให้ความสำคัญการกำกับ ติดตามและรายงานผลการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดและนำไปปรับปรุงการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ

๗. สร้างเครือข่ายด้านการพัฒนาคนระดับจังหวัด ให้สถานบริการช่วยเหลือกัน (พี่ช่วยน้อง) ด้านทรัพยากร (คน เงิน ของ)

๘. จัดทำ/เผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานให้ถูกต้องตามกฎ ระเบียบที่เปลี่ยนแปลงของกระทรวง

หัวข้อ : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

ประเด็นการตรวจราชการ : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

๑. สถานการณ์ในภาพรวม เขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๐)

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมาย หน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น และในไตรมาสที่ ๔ ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ ๓ ขึ้นไป ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเปิดระบบเพื่อตอบแบบประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinoimeter) ระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐ มีผู้เข้าตอบแบบประเมินทั้งสิ้น ๒๙๘,๗๙๓ คน คิดอัตราการตอบแบบประเมินเป็นร้อยละ ๗๘.๘๔ โดยมีหน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น ร้อยละ ๘๗.๑๐

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๒.๑ ข้อมูลตามเป้าหมายหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น

จำนวนเป้าหมายหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น

รายการข้อมูล	เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	รวม
หน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น	เป้าหมาย	๑,๓๑๗	-	๖๙๙	๙๔๗	๑,๐๔๗	๙๒๖	๙๖๗	๑,๐๕๘	๑.๑๓๓	๙๘๕	๘๗๖	๙๖๑	๑๐,๙๑๖
	ผลงาน	๑,๑๖๓	-	๖๒๐	๘๖๕	๑,๐๓๗	๘๙๓	๘๙๒	๙๗๘	๙๐๗	๙๕๓	๗๕๐	๙๔๕	๑๐,๐๐๓
	ร้อยละ	๘๘.๓๑	-	๘๘๗๐	๙๑.๓๔	๙๙.๐๔	๙๖.๔๔	๙๒.๒๔	๙๒.๔๔	๘๐.๐๕	๙๖.๗๕	๘๕.๖๒	๙๘.๓๔	๙๑.๖๔

หมายเหตุ : เขตสุขภาพที่ ๒ ดำเนินการตอบแบบประเมินก่อนการเปิดระบบ Happinometer จึงไม่มีข้อมูลรายงานจากระบบดังกล่าว

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

๓.๑ หน่วยงานระดับพื้นที่รับทราบแนวปฏิบัติล่าช้า ทำให้เข้ากรอกแบบประเมินไม่ทันตามกำหนด ส่งผลให้มีผู้เข้าตอบแบบประเมินน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

๓.๒ หน่วยงานไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก ทำให้ผู้ใช้ระบบไม่สามารถประสานเพื่อขอแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบได้ รวมทั้ง การกรอกข้อมูลที่เป็นฐานตั้งต้นในการคำนวณความก้าวหน้าของตัวชี้วัด

๓.๓ การรับรู้นิยามของตัวชี้วัดของแต่ละพื้นที่มีไม่เหมือนกัน ไม่เท่ากัน ทำให้การดำเนินการตามตัวชี้วัดมีความคลาดเคลื่อน

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา / อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไข
๔.๑ การสื่อสารเรื่องการทำแบบประเมิน นิยามตัวชี้วัด การประมวลผลข้อมูล และการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ระบบ	- เพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องการทำแบบประเมิน - สร้างความเข้าใจแต่ผู้ลงตรวจประเมินเพื่อชี้แจงให้หน่วยงานระดับพื้นที่มีความเข้าใจมากขึ้น - สร้างตัวแทนระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด ในการชี้แจง สร้างความเข้าใจในการใช้ระบบให้มากขึ้น
๔.๒ ระบบการทำแบบประเมิน	- พัฒนาระบบให้สอดรับกับความต้องการของผู้ใช้ในทุกระดับ - แยกระบบ user กับ admin เพื่อให้ admin สามารถแก้ไขระบบเบื้องต้นได้ง่ายขึ้น - พัฒนาระบบให้ admin สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นในพื้นที่ได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงหน่วยงาน การลืมรหัส

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๕.๑ กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนทั้งในระดับกรม/สำนัก/เขตสุขภาพ/จังหวัด/หน่วยปฏิบัติ

๕.๒ พัฒนาระบบสื่อสารเพื่อให้ทุกหน่วยงานรับทราบข่าวสารได้ทันเวลา

๕.๓ ความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

หัวข้อ : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒

ประเด็นการตรวจราชการ : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๑. สถานการณ์ในภาพรวม เขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน อสค. ทั่วประเทศ จำนวน ๕๐๐,๐๐๐ คน ในกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ (CKD) ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) และครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการคัดเลือกและพัฒนา อสค. ใน ๓ ไตรมาสแรก และประเมินคุณภาพในไตรมาสที่ ๔ ที่กำหนดต้องมีครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๕๐

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการสนับสนุนการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยมีจำนวน อสค. ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนา จำนวน ๔๘๕,๕๓๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๑๑ มีจำนวนครอบครัวที่ได้รับการประเมิน จำนวน ๑๖๘,๔๘๙ ครอบครัว และผ่านการประเมิน จำนวน ๑๕๗,๑๒๙ ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๒๖ (ไม่รวมเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการ)

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ข้อมูลตามเป้าหมายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเครือข่ายภาคประชาชน : พัฒนา อสค.และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

จำนวนเป้าหมาย อสค. ที่กระทรวงมอบหมายและผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐

รายการข้อมูล	เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	รวม
การคัดเลือกและพัฒนา อสค.	เป้าหมาย	๖๐,๗๔๖	๓๐,๘๐๐	๒๙,๘๙๔	๓๙,๖๑๘	๓๙,๙๘๘	๓๙,๗๘๐	๔๔,๗๘๐	๔๖,๗๗๔	๕๗,๓๕๒	๔๐,๙๙๖	๓๓,๑๘๐	๓๑,๐๙๒	๕๐๐,๐๐๐
	ผลงาน	๑๗,๔๖๖	๒๗,๕๗๖	๓๐,๔๕๑	๒๑,๓๘๑	๒๖,๕๖๙	๒๕,๓๘๓	๓๙,๙๔๙	๒๑,๙๙๒	๑๗๕,๔๐๙	๔๓,๙๑๔	๓๑,๒๑๐	๒๔,๑๕๐	๔๘๕,๕๓๓
	ร้อยละ	๒๘.๗๕	๘๙.๕๓	๑๐๑.๘๖	๕๓.๙๗	๖๖.๔๔	๖๓.๘๑	๘๙.๒๑	๔๗.๐๒	๓๑๙.๗๙	๑๐๗.๑๒	๑๐๑.๗๓	๗๗.๖๗	๙๗.๑๑
ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	เป้าหมาย (ประเมิน)	๓,๔๕๕	๖๔๙๙	๑๓๘๙๙	๗๓๖๖	๑๓๘๓๔	๘๐๒๐	๓๓๐๑	๑๒๖๐๐	๖๘๓๔๑	๙๐๒๔	๑๔๗๙๙	๗๓๕๑	๑๖๘๔๘๙
	ผลงาน	๒,๒๓๐	๕,๒๒๓	๑๒,๕๕๓	๑,๒๖๘	๑๒,๓๗๑	๖,๗๘๕	๓,๐๕๙	๑๑,๙๗๑	๖๗,๗๘๙	๘,๒๖๑	๑๒,๘๖๗	๖,๗๕๒	๑๕๗,๑๒๙
	ร้อยละ	๖๔.๕๔	๘๐.๓๗	๙๐.๓๒	๙๘.๖๗	๘๙.๔๒	๘๔.๖๐	๙๒.๖๗	๙๕.๐๑	๙๙.๑๙	๙๑.๕๔	๘๖.๙๕	๙๑.๘๖	๙๓.๒๖

ที่มา : http://fv.phc.hss.moph.go.th วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ (ไม่รวมกรุงเทพฯ)

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

๓.๑ การสื่อสารและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้กำหนดนโยบาย ผู้ถ่ายทอดนโยบาย และผู้ปฏิบัติทุกระดับในพื้นที่ที่ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน สม่ำเสมอ และป้อนกลับข้อมูลต่อเนื่อง เพื่ออำนวยการการดำเนินงาน

๓.๒ การสร้างเครือข่ายและการบูรณาการ อสค. ในงานสุขภาพชุมชนและงานปฐมภูมิ งานตำบลจัดการสุขภาพ ตลอดจนงานสุขภาพอำเภอ เป็นทีมเดียวกันและเนื้องานที่เชื่อมโยงส่งต่อซึ่งกันและกัน ทั้งระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคล โดยทำงานด้านสุขภาพร่วมกับ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมหมอครอบครัว

๓.๓ การทำงานแบบประณีต เน้นกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติจริง มุ่งผลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมๆ กัน

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา / อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไข
๔.๑ การสื่อสารและการถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการพัฒนา อสค.แก่บุคลากร มีความลักลั่น ทำให้เกิดช่องว่างและความคลาดเคลื่อนต่อความเข้าใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่	- สร้างความเข้าใจ และซักซ้อมความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติที่เน้นการเรียนรู้ฝึกปฏิบัติจริง การสนับสนุน ตามกระบวนการ พัฒนา อสค. การนับผลงาน ทั้งโดยวาจา การประชุมและหนังสือซักซ้อมความเข้าใจ - แนะนำจังหวัดแยกกลุ่มเป้าหมายระหว่าง อสม. และ อสค. ออกจากกลุ่มเป้าหมายการพัฒนา อสค.
๔.๒ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการพัฒนา อสค. ระหว่างพื้นที่มีน้อย ทั้งในระดับพื้นที่และส่วนกลาง	- แนะนำให้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการกับงานปฐมภูมิ งานตำบลจัดการสุขภาพและงานสุขภาพอำเภอ - ส่วนกลางดำเนินการจัดเวทีถอดบทเรียน

ปัญหา / อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไข
	การดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๕.๑ กำหนดเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตลอดปีงบประมาณ ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ตามแผนบริหารยุทธศาสตร์สาธารณสุขที่ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี เพื่อความต่อเนื่องและวัดผลเชิงคุณภาพและผลลัพธ์จากการมี อสค.ได้

๕.๒ พัฒนาระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างและความคลาดเคลื่อนต่อความเข้าใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งด้านนโยบายและการถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย แนวทางการดำเนินงานพัฒนา อสค. การจัดสรรงบประมาณเบิกจ่ายแทนกันและสื่อเอกสารประกอบการดำเนินงาน ในทุกระดับ

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๖.๑ เพิ่มศักยภาพ อสม. และ Care Giver (CG) ให้มีความรู้ ทักษะในงาน และมีความเข้าใจ ในการดำเนินงาน อสค. แล้วให้ทำหน้าที่คัดเลือกและแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ ฝึกปฏิบัติให้แก่ อสค.

๖.๒ บูรณาการไปกับงานส่งเสริมเสริมสุขภาพชุมชน และแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดและพื้นที่ ได้แก่

๑) การพัฒนาหลักสูตร อสม. นักจัดการที่มีเนื้อหาการพัฒนา อสค. เพื่อให้ อสม. เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนา อสค. ในพื้นที่พร้อมทั้งบูรณาการไปกับงานเยี่ยมบ้าน ทีมหมอครอบครัว

๒) การออกแบบการดำเนินงานพัฒนา อสค. โดยเชื่อมโยงกับการดำเนินงานการดูแลระยะยาว (Long term care)

๖.๓ การใช้ฐานข้อมูลจังหวัด (HDC ของจังหวัด) มากำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน อสค. และการใช้ข้อมูล Thai Care Cloud เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เพิ่มเติมจากระบบข้อมูล Thai COC R๙ และ Thai Refer

.....

คณะที่ ๔

การบริหารจัดการ

๔.๑ ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

- การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ITA

- การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

๔.๓ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๔.๔ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๔.๕ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

๔.๖ การตรวจสอบภายใน

โดย คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข (คกต.) คณะที่ ๔

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ (Governance Excellent)

.....

การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการนับเป็นระบบที่สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข โดยระบบการบริหารจัดการที่เข็มแข็งและมีประสิทธิภาพจะช่วยสนับสนุนงานในระบบบริการให้มีคุณภาพส่งผลต่อเป้าหมายหลักที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้นและมีสุขภาพดี ทั้งนี้ระบบการบริหารจัดการได้มีการวางกลยุทธ์ขับเคลื่อนงานโดยกำหนดให้อยู่ในแผนการตรวจราชการคณะที่ ๔ ซึ่งมี ๕ ประเด็นสำคัญคือ ๑.ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ แบ่งเป็น ๒ เรื่อง คือ ๑.๑ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment-ITA) และ ๑.๒ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ๒.การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ๓.การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๔.การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง และ ๕.การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีรายงานผลการตรวจราชการกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒-๒๕๖๐ รายตัวชี้วัด ดังนี้

หัวข้อการตรวจราชการ : ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

๑.๑ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)

ตัวชี้วัด: ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๕)

๑) ความเป็นมา

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) ได้ถูกกำหนดเป็นมาตรการเสริมเชิงบวกด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๑) รัฐบาลเล็งเห็นถึงความสำคัญของระบบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐโดยเมื่อวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๙ คณะรัฐมนตรีมีมติให้หน่วยงานภาครัฐทุกหน่วยงานเข้าร่วมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) ถูกกำหนดเป็นกลยุทธ์สำคัญของยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) มติคณะรัฐมนตรี ยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๑) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนที่ ๑๒ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โครงการที่ ๔๐ ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ควบคู่มาตรการป้องกันและปราบปรามการทุจริตของกระทรวงสาธารณสุข ๓ ป. ๑ ค. (ปลูก/ปลุกจิตสำนึก ป้องกัน ปราบปราม และเครือข่าย) โดยมุ่งเน้นให้การป้องกันการทุจริตผ่านกระบวนการประเมิน ITA สำหรับหลักการประเมิน ITA นั้นยึดกรอบการประเมิน ๕ ดัชนี ได้แก่ ดัชนีความโปร่งใส ดัชนีความพร้อมรับผิด ดัชนีความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร และดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน ครอบคลุมทุก

มิติทั้งการบริหารงานของผู้บริหาร และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ซึ่งล้วนแต่มีความสำคัญ ผลการประเมินจะสะท้อนคุณลักษณะที่ดีในการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล คุณธรรม จริยธรรม

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้การประเมิน ITA เป็น Performance Agreement ของผู้บริหารระดับสูง ในกระบวนการป้องกันการทุจริตให้มีการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาล มีคุณธรรม จริยธรรมใช้เครื่องมือการประเมินเฉพาะแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity andTransparency Assessment: ITA: EBIT) เท่านั้น ใช้หลักการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เป็นพื้นฐานการพัฒนา เพื่อยกระดับกระบวนการดำเนินงานของหน่วยงานที่ครอบคลุมระดับการบริหาร และระดับการปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย หน่วยงานระดับจังหวัด จำนวน ๕ หน่วยงานได้แก่ (๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ+รพศ.+รพท.) จำนวน ๑ แห่ง (๒) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๒ แห่ง และ (๓) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๒ แห่ง รวมทั้งสิ้น ๓๘๐ หน่วยงาน (๗๖ จังหวัด/๑๒ เขตสุขภาพ)

๒) ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

มุ่งเน้น (๑) การจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ และแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้าง) (๒) การป้องกันเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนและ (๓) การตอบสนองข้อร้องเรียน

การประเมินรอบที่ ๑ (ไตรมาสที่ ๑) ประเมินตนเองโดยแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment) ข้อ EB๔-EB๖ มุ่งเน้นการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ และแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้าง) วัดระดับขั้นของความสำเร็จค่าเป้าหมายคือระดับ ๕ (๕ คะแนน)

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
EB ๔	-	EB ๕	-	EB ๖

การประเมินรอบที่ ๒ (ไตรมาสที่ ๒) ประเมินแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment)ข้อ EB๑-EB๑๑ค่าเป้าหมายคือผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ คือร้อยละ ๗๕

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

การประเมินรอบที่ ๓ (ไตรมาสที่ ๓) ประเมินแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment) ข้อ EB๑-EB๑๑ ค่าเป้าหมายคือผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ คือร้อยละ ๘๕

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

๓) ผลการดำเนินงานและข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

หน่วยงานระดับจังหวัด จำนวน ๕ หน่วยงานประกอบด้วย (๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.+รพศ.+รพท.) จำนวน ๑ แห่ง (๒) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๒ แห่ง และ (๓) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๒ แห่ง รวมทั้งสิ้น ๓๘๐ หน่วยงาน (๗๖ จังหวัด/๑๒ เขตสุขภาพ) มีคะแนนการประเมิน ITA ตาม

ตัวชี้วัดที่ ๗๙ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ใน ๓ ไตรมาส ดังนี้

เขตสุขภาพ	ไตรมาสที่ ๑ ระดับคะแนนเท่ากับ ๓.๘๓	ไตรมาสที่ ๒ คะแนน ๖๗.๙๗ ระดับคะแนนเท่ากับ ๑.๐๔	ไตรมาสที่ ๓ คะแนน ๘๒.๘๓ ระดับคะแนนเท่ากับ ๔.๔๓
	ระดับคะแนนที่ได้	ระดับคะแนนที่ได้	ระดับคะแนนที่ได้
เขตสุขภาพที่ ๑	๓.๑๐	๔๐.๗๘	**๘๒.๗๑**
เขตสุขภาพที่ ๒	๓.๐๔	๔๔.๓๖	**๙๑.๕๖**
เขตสุขภาพที่ ๓	๓.๓๒	**๗๘.๕๐**	**๘๗.๘๙**
เขตสุขภาพที่ ๔	๔.๕๘	**๙๔.๓๒**	**๙๒.๒๗**
เขตสุขภาพที่ ๕	๒.๕๕	๕๔.๙๘	**๗๓.๘๑**
เขตสุขภาพที่ ๖	๔.๔๐	๗๔.๑๑	**๘๐.๔๗**
เขตสุขภาพที่ ๗	**๕.๐๐**	๗๒.๕๘	**๘๘.๒๑**
เขตสุขภาพที่ ๘	๔.๘๖	๖๔.๒๗	**๗๘.๐๓**
เขตสุขภาพที่ ๙	๓.๓๐	๗๐.๙๑	**๙๐.๖๑**
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๓.๔๐	**๙๑.๐๒**	**๙๒.๘๕**
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๓.๔๐	๖๑.๕๗	**๗๒.๔๗**
เขตสุขภาพที่ ๑๒	**๕.๐๐**	๖๘.๒๗	**๘๓.๐๗**

คะแนนรอบไตรมาสที่ ๑ หน่วยงานที่ผ่านการประเมินตนเองโดยแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ๕ ครบข้อ EB๔-EB๖จำนวน ๒๑๒ หน่วยงาน (ร้อยละ ๕๕.๗๙) (เขตสุขภาพที่ ๗ และเขตสุขภาพที่ ๑๒) ไม่ผ่านการประเมินตนเองฯ ระดับ ๕ ครบในข้อ EB๔-EB๖จำนวน ๑๖๘ หน่วยงาน (ร้อยละ ๔๔.๒๑) เมื่อจำแนกหน่วยงานที่ไม่ผ่านจำนวน ๑๖๘ หน่วยงาน พบส่วนใหญ่ไม่ผ่านข้อ EB ๖ จำนวน ๑๔๕ หน่วยงาน รองลงมาคือ ข้อ EB ๕ จำนวน ๑๐๗ หน่วยงาน และข้อ EB๔ จำนวน ๓๓ หน่วยงาน ตามลำดับ ในจำนวน ๑๖๘ หน่วยงาน พบไม่ผ่านการประเมินตนเองโดยแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ ๓ อีกจำนวน ๔๗ หน่วยงาน (ร้อยละ ๒๗.๙๘) พบมากในเขตสุขภาพที่ ๕ (๒๑ แห่ง) เขตสุขภาพที่ ๒ (๑๑ แห่ง) เขตสุขภาพที่ ๓ (๕ แห่ง) เขตสุขภาพที่ ๑๑ (๔ แห่ง) เขตสุขภาพที่ ๖ (๓ แห่ง) เขตสุขภาพที่ ๔ (๒ แห่ง) และเขตสุขภาพที่ ๘ (๑ แห่ง) ตามลำดับ

คะแนนรอบไตรมาสที่ ๒ ประเมินแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB๑-EB๑๑ ค่าเป้าหมาย คือผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ คือ ร้อยละ ๗๕ หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๗.๘๓ ระดับคะแนนเท่ากับ ๑.๐๔๐๖ เมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพ พบเขตสุขภาพที่คะแนนผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ (ร้อยละ ๗๕) จำนวน ๓ เขต คือ เขตสุขภาพที่ ๔ (ร้อยละ ๙๔.๓๒) รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ ๑๐ (ร้อยละ ๙๑.๐๒) และเขตสุขภาพที่ ๓ (ร้อยละ ๗๘.๕๐) ตามลำดับ ส่วนหน่วยงานที่มีค่าคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ (ร้อยละ ๗๕) จำนวน ๙ เขต เมื่อจำแนกเป็นรายหน่วยงาน ผ่านการประเมินตนเองโดยแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ข้อ EB๑-EB๑๑ จำนวน ๑๘๐ หน่วยงาน (ร้อยละ ๔๗.๓๗) ไม่ผ่านการประเมินตนเอง จำนวน ๒๐๐ หน่วยงาน (ร้อยละ ๕๒.๖๓) ข้อคำถามตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่หน่วยงานไม่ผ่านการประเมินตนเองดังตาราง

ข้อ	จำนวนหน่วยงานที่ไม่ผ่านการประเมิน	ข้อ	จำนวนหน่วยงานที่ไม่ผ่านการประเมิน
EB ๑	๗๕ หน่วยงาน	EB ๗	๕๑ หน่วยงาน
EB ๒	๙๔ หน่วยงาน	EB ๘	๕๕ หน่วยงาน
EB ๓	๑๑๒ หน่วยงาน	EB ๙	๑๒๐ หน่วยงาน

ข้อ	จำนวนหน่วยงานที่ไม่ผ่านการประเมิน	ข้อ	จำนวนหน่วยงานที่ไม่ผ่านการประเมิน
EB ๔	๒๒ หน่วยงาน	EB ๑๐	๑๓๘ หน่วยงาน
EB ๕	๒๗หน่วยงาน	EB ๑๑	๑๖๗ หน่วยงาน
EB ๖	๔๙ หน่วยงาน		

ผลคะแนนรอบไตรมาสที่ ๓ ประเมินแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB๑-EB๑๑ ค่าเป้าหมายคือผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ คือ ร้อยละ ๘๕ หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๒.๘๓ ระดับคะแนนเท่ากับ ๔.๔๓ เมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพ พบเขตสุขภาพที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๕) จำนวน ๖ เขต (ร้อยละ ๕๐) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๐ (ร้อยละ ๙๒.๘๕) เขตสุขภาพที่ ๔ (ร้อยละ ๙๒.๒๗) เขตสุขภาพที่ ๒ (ร้อยละ ๙๑.๕๖) เขตสุขภาพที่ ๙ (ร้อยละ ๙๐.๖๑) และเขตสุขภาพที่ ๗ (ร้อยละ ๘๘.๒๑) ตามลำดับ และพบเพียงเขตสุขภาพที่ ๙ เท่านั้น ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๘๕ ทุกหน่วยงาน (จำนวน ๒๐ หน่วยงาน) คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ส่วนหน่วยงานที่มีค่าคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๕) จำนวน ๖ เขต (ร้อยละ ๕๐) **เมื่อจำแนกเป็นรายหน่วยงาน ผ่านการประเมินตนเองตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ข้อ EB๑-EB๑๑ จำนวน ๒๒๘ หน่วยงาน (ร้อยละ ๖๐)** ไม่ผ่านการประเมินตนเอง จำนวน ๑๕๒ หน่วยงาน (ร้อยละ ๔๐)พบข้อคำถามตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่หน่วยงานไม่ผ่านการประเมินตนเอง ดังตาราง

ข้อ	จำนวนหน่วยงานที่ไม่ผ่านการประเมิน	ข้อ	จำนวนหน่วยงานที่ไม่ผ่านการประเมิน
EB ๑	๒๔ หน่วยงาน	EB ๗	๑๔ หน่วยงาน
EB ๒	๓๐ หน่วยงาน	EB ๘	๑๓ หน่วยงาน
EB ๓	๓๓ หน่วยงาน	EB ๙	๒๖ หน่วยงาน
EB ๔	๘ หน่วยงาน	EB ๑๐	๔๙ หน่วยงาน
EB ๕	๑๖หน่วยงาน	EB ๑๑	๑๑๒ หน่วยงาน
EB ๖	๓๘ หน่วยงาน		

๔) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการขับเคลื่อนการประเมิน ITA : ประมวลข้อมูลจากการตรวจติดตามสรุปพอสังเขปดังนี้

๔.๑ ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ และมีการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ

๔.๒ ขาดโครงสร้างงานการประเมิน ITA ที่ครอบคลุมทั้งระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพรวมถึงการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร

๔.๓ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเฉพาะ Internet ยังไม่รองรับและครอบคลุมทุกหน่วยงาน เนื่องจากระบบเทคโนโลยีเป็นส่วนสำคัญในการประเมิน ITA ที่มุ่งเน้นการเปิดเผยข้อมูล ตรวจสอบได้ และการเข้าถึงข้อมูลของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงาน

๔.๔ ขาดทีมพี่เลี้ยงที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในข้อคำถามตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนากระบวนงาน

๕) ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ : ประมวลข้อมูลจากการตรวจติดตามสรุปพอสังเขปดังนี้

๕.๑ ความมุ่งมั่นตั้งใจของทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทุกหน่วยงาน ประกาศเจตนาสุจริตของตนว่าจะบริหารงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริตทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และต่อสาธารณชน

๕.๒ เขตสุขภาพบางเขตมีการจัดโครงสร้างการขับเคลื่อนการประเมิน ITA โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และประสานการดำเนินงาน มีการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้

๕.๓ ความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพของผู้ประสานงานระดับเขตสุขภาพ ที่เป็นการยกระดับการพัฒนาการประเมิน ITA ภายในเขตสุขภาพ

๕.๔ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเขตสุขภาพ/นอกเขตสุขภาพ และความพยายามในการเป็นพี่เลี้ยงในการถ่ายทอดให้ความรู้ที่ได้รับจากส่วนกลางแก่หน่วยงานทุกระดับในสังกัด

๖) ข้อเสนอแนะ : ประมวลข้อมูลจากการตรวจติดตามสรุปพอสังเขปดังนี้

๖.๑ ตัวชี้วัดการประเมิน ITA ถูกกำหนดในยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนที่ ๑๒ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในโครงการที่ ๔๐ ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส สำหรับบางจังหวัด บางเขตสุขภาพนั้น ยังขาดการสนับสนุนอย่างจริงจังและจริงใจของผู้บริหาร จึงเห็นควรให้ตัวชี้วัดการประเมิน ITA มีผลต่อการพิจารณาศักยภาพของผู้บริหารในการบริหารองค์กร

๖.๒ ควรผลักดันให้การบริหารจัดการการประเมิน ITA ในรูปเครือข่ายสุขภาพระดับเขต มีโครงสร้างการบริหารจัดการ และคณะกรรมการ ITA ระดับเขตสุขภาพให้ชัดเจน

๖.๓ ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานใช้เทคโนโลยีมาใช้พัฒนาระบบงานที่มีกฎ ระเบียบกำกับ เพื่อลดการใช้ดุลยพินิจอันเกิดจากการละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน

๖.๔ สร้างแรงจูงใจโดยสนับสนุนรางวัลหรือประกาศเกียรติคุณให้กับหน่วยงานที่ดำเนินการ ITA ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็น Best Practice ให้กับหน่วยงานอื่นได้

๑.๒ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีจริยธรรม

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. ๒๕๕๗

๒. จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

ตัวชี้วัด : ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (เป้าหมาย ร้อยละ ๒๐)

๑) สถานการณ์การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีจริยธรรม

เขตสุขภาพ มีการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาประเภทต่างๆ ในหน่วยงานทุกระดับดำเนินการในรูปของคณะกรรมการ โดยระดับเขตส่วนใหญ่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดซื้อร่วม และมีการแต่งตั้งคณะทำงานแยกตามหมวดเวชภัณฑ์

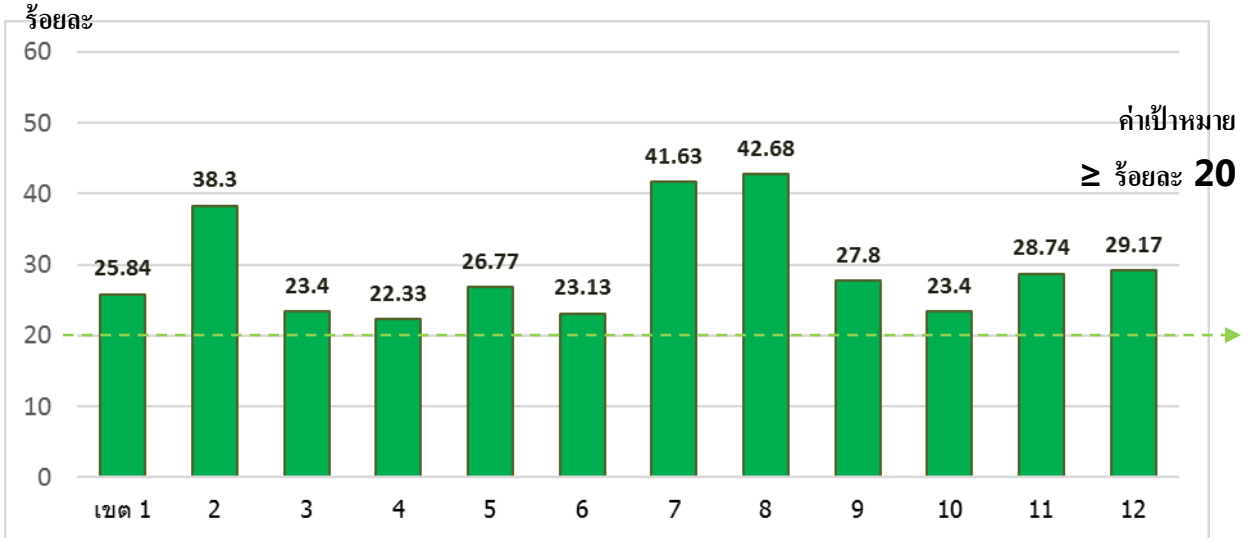
จังหวัดส่วนใหญ่มีการจัดทำกรอบบัญชีรายการยาที่สอดคล้องและลดหลั่นกันตามระดับของโรงพยาบาลตามประเภทของ Service plan สำหรับกรอบบัญชีรายการเวชภัณฑ์มิใช่ยามีการจัดทำแล้วเพียงบางประเภทและบางจังหวัด

โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ยา และเวชภัณฑ์ประเภทต่างๆ ประจำปี ๒๕๖๐ ได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีการดำเนินการจัดซื้อตามระเบียบฯ พัสดุ โดยวิธีต่างๆ ตามวงเงินในแผนจัดซื้อ มีกลไกการกำกับติดตามโดยคณะกรรมการ/คณะทำงาน การนิเทศงานในบางเขต การจัดซื้อวัสดุที่มีมูลค่าการจัดซื้อสูงส่วนใหญ่จะใช้วิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (*e-bidding*) และใช้สัญญาจะซื้อจะขายราคาคงที่ไม่จำกัดปริมาณโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ใช้วิธีการตกลงราคา โดยใช้ราคาอ้างอิงจากเขต หรือ โรงพยาบาลข้างเคียง มาประกอบการตัดสินใจ

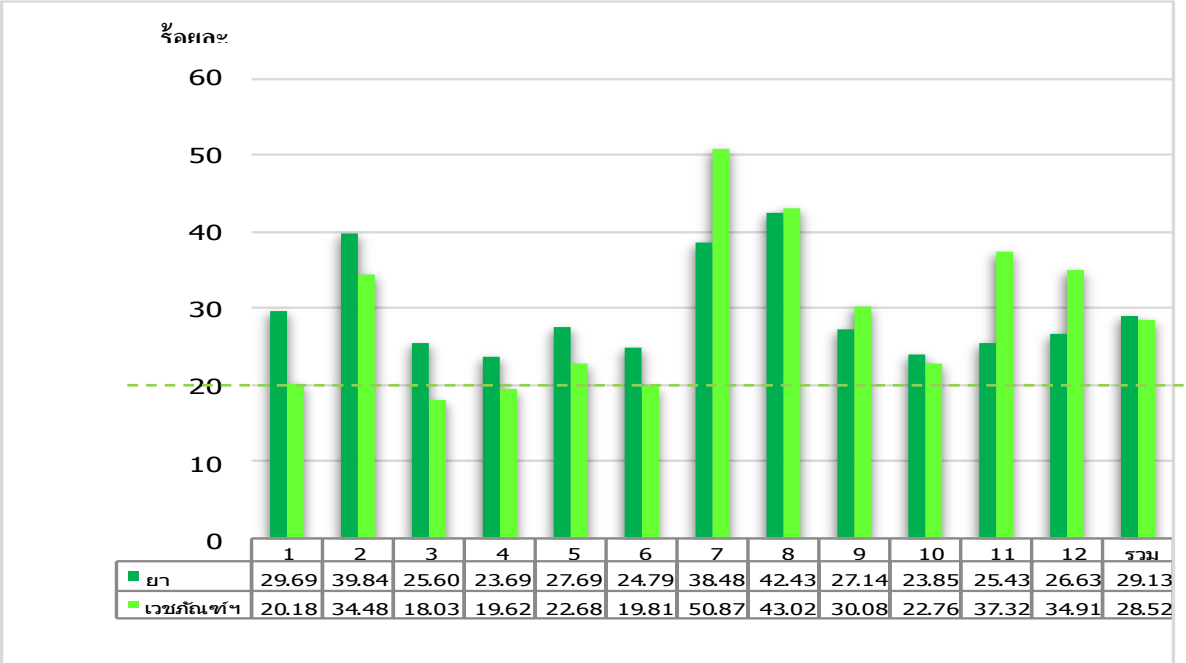
การจัดซื้อร่วม มีการดำเนินการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาทั้งในระดับเขตและจังหวัด โดยวิธีการต่างๆ ได้แก่ สืบราคา/ตกลงราคาร่วม ต่อรองราคาร่วม สอบราคา และ e-Bidding ผลการดำเนินงานในภาพรวมของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ไตรมาสที่ ๓ปีงบประมาณ ๒๕๖๐พบว่า **มีการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา เป็นมูลค่า ๙,๓๓๔.๔๔ ล้านบาท จากมูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด ๓๒,๒๖๒.๙๙ ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ ๒๘.๙๓ (ยา ร้อยละ ๒๙.๑๓และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ร้อยละ ๒๘.๕๒)**

เขตสุขภาพที่	มูลค่าจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาทุกประเภท (บาท)			
	ซื้อทั้งหมด	ซื้อร่วม	ซื้อเอง	ซื้อร่วม (%)
๑	๔,๐๑๑,๕๕๐,๘๕๘.๓๕	๑,๐๓๖,๔๔๖,๘๗๘.๙๔	๒,๙๗๕,๑๐๓,๙๗๙.๔๑	**๒๕.๘๔**
๒	๒,๐๗๒,๓๖๙,๑๘๖.๕๓	๗๙๓,๖๗๗,๘๔๐.๕๑	๑,๒๗๘,๖๙๑,๓๔๖.๐๒	**๓๘.๓**
๓	๙๗๕,๘๒๐,๗๕๐.๒๑	๒๒๘,๓๗๕,๙๓๕.๐๕	๗๔๗,๔๔๔,๘๑๕.๑๖	**๒๓.๔**
๔	๓,๐๑๒,๒๖๗,๔๑๓.๓๐	๖๗๒,๕๕๑,๔๕๐.๐๐	๒,๓๓๙,๗๑๕,๙๖๓.๓๐	**๒๒.๓๓**
๕	๒,๙๑๗,๔๙๕,๘๓๘.๕๒	๗๘๐,๙๕๕,๑๒๓.๕๘	๒,๑๓๖,๕๔๐,๗๑๔.๙๔	**๒๖.๗๗**
๖	๔,๐๑๓,๕๙๙,๑๘๖.๐๘	๗๕๓,๘๘๐,๑๑๒.๖๘	๓,๒๕๙,๗๑๙,๐๗๓.๔๐	๒๓.๑๓
๗	๒,๑๖๖,๘๐๖,๖๑๘.๖๙	๙๐๑,๙๘๙,๖๒๘.๗๙	๑,๒๖๔,๘๑๖,๙๘๙.๙๐	๔๑.๖๓
๘	๓,๓๗๙,๗๑๓,๗๙๐.๗๗	๑,๔๔๒,๔๖๒,๔๒๕.๔๑	๑,๙๓๗,๒๕๑,๓๖๕.๓๖	๔๒.๖๘
๙	๒,๗๙๐,๔๘๕,๖๕๘.๕๐	๗๗๕,๖๗๐,๔๒๒.๒๕	๒,๐๑๔,๘๑๕,๒๓๖.๒๕	๒๗.๘
๑๐	๓,๐๗๓,๙๘๘,๑๔๕.๔๗	๗๑๙,๓๐๒,๔๗๖.๔๔	๒,๓๕๔,๖๘๕,๖๖๙.๐๓	๒๓.๔
๑๑	๒,๔๘๘,๙๑๖,๑๗๙.๗๑	๗๑๕,๓๔๕,๖๖๘.๓๔	๑,๗๗๓,๕๗๐,๕๑๑.๓๗	๒๘.๗๔
๑๒	๒,๑๖๐,๗๕๙,๒๖๔.๗๙	๖๓๐,๒๐๐,๖๐๓.๗๕	๑,๕๓๐,๕๕๘,๖๖๑.๐๔	๒๙.๑๗
รวม	**๓๒,๒๖๒,๙๙๘,๙๐๘.๙๘**	**๙,๓๓๔,๔๔๓,๙๗๑.๔๘**	**๒๒,๙๒๘,๕๕๔,๙๓๗.๕๐**	**๒๘.๙๓**

กราฟที่ ๑ แสดงร้อยละของมูลค่าจัดซื้อร่วม ยา และ เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา



กราฟที่ ๒ แสดงมูลค่าการจัดซื้อร่วม ยา และ เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	รวม
ยา	29.69	39.84	25.60	23.69	27.69	24.79	38.48	42.43	27.14	23.85	25.43	26.63	29.13
เวชภัณฑ์ฯ	20.18	34.48	18.03	19.62	22.68	19.81	50.87	43.02	30.08	22.76	37.32	34.91	28.52

จะเห็นว่า ในภาพรวมทุกเขตมีการดำเนินงานจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยารวมกัน ร้อยละ ๒๘.๙๓ เป็นตามเป้าหมายที่กำหนด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐) และเมื่อแยกประเภทยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พบว่า ทุกเขตมีการจัดซื้อร่วมยาไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ในขณะที่การจัดซื้อร่วมเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย จำนวน ๓ เขต ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๓, ๔ และ ๖

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การกำหนดนโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน โดยผู้บริหารระดับสูงขององค์กร

๒. การให้การสนับสนุนและการติดตามกำกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้อง และสำเร็จลุล่วง

๓. การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการบริหารจัดการระบบข้อมูลและสารสนเทศด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ

ปัญหา อุปสรรค

๑. การบริหารจัดการด้านเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานมีความหลากหลายและขาดผู้ประสาน/ผู้รับผิดชอบด้านเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาในภาพรวม

๒. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องด้านพัสดุ ขาดความรู้ด้านระเบียบพัสดุใหม่และทักษะในการดำเนินการจัดซื้อร่วม/การดำเนินการจัดซื้อผ่านระบบ e-GP อีกทั้งมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงาน

๓. ระดับจังหวัด/เขตส่วนใหญ่ การบริหารจัดการด้านเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ยังขาดกลไกในการกำกับติดตามและประเมินผล

๔. ระดับเขต พบว่า การจัดซื้อร่วม เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยายังดำเนินการไม่ครบทุกประเภท อีกทั้งผู้บริหาร/ผู้เกี่ยวข้องบางเขตมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเรื่องการจัดซื้อร่วมเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาระดับเขตตลอดจนวิธี e-bidding มีปัญหาการบันทึกข้อมูลระบบ e-GP และขาดคู่มือ

ข้อเสนอแนะ

๑. สำนักงานเขตสุขภาพ : ควรมีเจ้าหน้าที่พัสดุที่รับผิดชอบดำเนินการจัดซื้อร่วมระดับเขต และพัฒนาระบบการรายงานผลการดำเนินงานแบบออนไลน์ให้ต่อเนื่องและครอบคลุมทุกกลุ่มเวชภัณฑ์

๒. จังหวัด :

- มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในแต่ละกลุ่มเวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา เพื่อติดตามผล และรายงานความก้าวหน้าให้ผู้บริหารทราบเป็นระยะ
- เร่งรัดจัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ไม่ใช่ยาในระดับจังหวัดให้สอดคล้องกับศักยภาพแต่ละหน่วยเอื้อต่อระบบส่งต่อและการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด
- ควรมีกลไกส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร ให้มีการยกย่องเชิดชูหน่วยงาน องค์กร หรือผู้ปฏิบัติที่ประพฤติปฏิบัติตามระเบียบ/เกณฑ์จริยธรรมที่ดี

๓. กระทรวงสาธารณสุข : ต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ไม่ใช่ยารายการที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว และทำสัญญาในระดับประเทศ

หัวข้อการตรวจราชการ : ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑.๑ คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย

- คุณภาพสาเหตุการตาย (Ill-define) ผ่านเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕

๑.๒ คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ

- คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน การบันทึกข้อมูลและการวินิจฉัยมีความครบถ้วนถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕

ตัวชี้วัด : **ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล**

สถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีนโยบายให้เป็นปีแห่งคุณภาพข้อมูลสุขภาพซึ่งได้จัดทำเป็นตัวชี้วัดคุณภาพข้อมูล ๒ ส่วนคือคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายโดยตรวจสอบในประเด็นข้อมูลการตาย Ill-define และคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพโดยตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนคำวินิจฉัยโรคซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันข้อมูลการตายของประเทศไทยจากฐานข้อมูลมหาดไทยในปี พ.ศ.๒๕๕๙ พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งประเทศ ๔๖๙,๐๘๕ รายสัดส่วนของการตายที่ระบุสาเหตุไม่ได้หรือระบุสาเหตุไม่แจ้งชัด (Ill-define) ทั้งประเทศคิดเป็นร้อยละ ๓๑.๘ ของการตายทั้งหมดแต่ในส่วนองค์การอนามัยโลก (ค.ศ.๒๐๑๒) ได้จัดลำดับประเทศไทยมีข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุคิดเป็นร้อยละ ๔๕ ในส่วนข้อมูลบริการสุขภาพจากปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ได้มีการประมวลผลข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพทั้งประเทศ

ส่วนที่ ๑ คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย

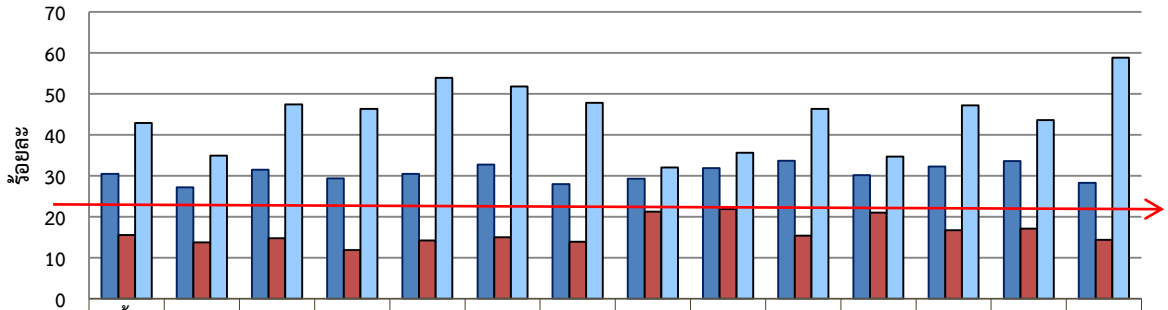
ตัวชี้วัด : ร้อยละจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพสาเหตุการตาย (จังหวัดที่มีผลงาน Ill-define ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของการตายทั้งหมด) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕

ผลดำเนินการ จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (คือ Ill-define ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของการตายทั้งหมด) มี ๑๒ ใน ๗๖ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๘ ของจังหวัดทั้งหมดโดยในภาพรวมของแต่ละเขตก็ไม่มีเขตใดผ่านเกณฑ์เช่นกัน ทั้งนี้จังหวัดที่มีผลงานผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล ได้แก่

เขตสุขภาพที่ ๑ : เชียงราย น่าน พะเยา และแพร่	เขตสุขภาพที่ ๗ : ร้อยเอ็ด
เขตสุขภาพที่ ๒ : พิษณุโลก	เขตสุขภาพที่ ๘ : เลย
เขตสุขภาพที่ ๓ : กำแพงเพชร	เขตสุขภาพที่ ๙ : -
เขตสุขภาพที่ ๔ : -	เขตสุขภาพที่ ๑๐ : อำนาจเจริญ
เขตสุขภาพที่ ๕ : -	เขตสุขภาพที่ ๑๑ : - (ไม่มีจังหวัดที่ผ่าน)
เขตสุขภาพที่ ๖ : จันทบุรี และตราด	เขตสุขภาพที่ ๑๒ : ตรัง

กราฟแสดง ร้อยละการตายระบุสาเหตุไม่แจ้งชัด (ill-defined coded) จำแนกตายใน-นอกสถานพยาบาล

จำแนกรายเขต รอบ ๙ เดือน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐)

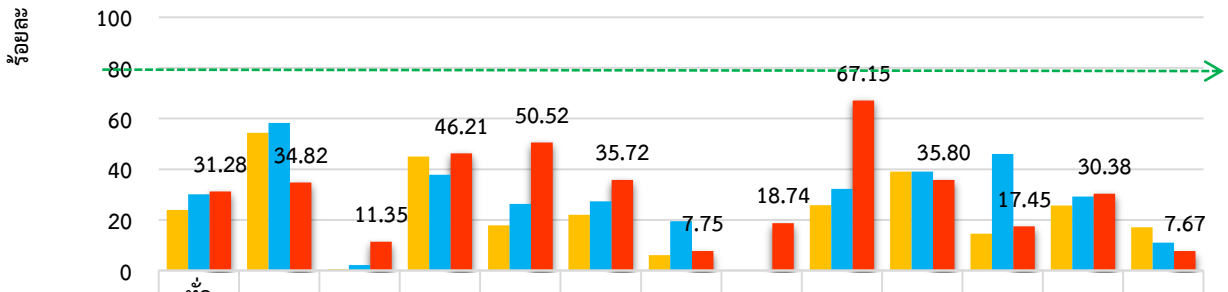


	ทั้งประเทศ	เขต1	เขต2	เขต3	เขต4	เขต5	เขต6	เขต7	เขต8	เขต9	เขต10	เขต11	เขต12	กทม
รวม	30.5	27.2	31.5	29.4	30.5	32.7	28.0	29.3	31.9	33.7	30.2	32.3	33.6	28.3
ใน	15.6	13.8	14.8	11.9	14.2	15.0	13.9	21.3	21.9	15.4	21.0	16.7	17.1	14.4
นอก	42.9	34.9	47.4	46.3	53.9	51.8	47.8	32.0	35.6	46.3	34.7	47.2	43.6	58.8

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเวชระเบียน และการวินิจฉัยโรคถูกต้องครบถ้วน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค (นับจังหวัดที่เวชระเบียนมีคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๕) เป้าหมายหน่วยบริการที่มีผลงานผ่านเกณฑ์ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๘๐ ของหน่วยบริการทั้งหมด

กราฟแสดง ร้อยละของข้อมูลเวชระเบียน และการวินิจฉัยโรคถูกต้องครบถ้วน
ปี ๒๕๖๐(รอบการประเมิน ไตรมาส ๒) (เกณฑ์เป้าหมาย > ร้อยละ ๗๕)



	ทั่วประเทศ	เขต1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
เวชระเบียน	23.85	54.32	0.49	44.95	17.87	22.01	6.10	0.00	25.77	39.06	14.56	25.61	17.09
วินิจฉัยโรค	30.10	58.32	2.11	37.85	26.35	27.33	19.48	0.00	32.24	39.06	46.04	29.16	11.04
รวม	31.28	34.82	11.35	46.21	50.52	35.72	7.75	18.74	67.15	35.80	17.45	30.38	7.67

ผลดำเนินการ พบว่าไม่มีเขตสุขภาพดำเนินการได้ผ่านเกณฑ์ โดยในภาพรวมมีจังหวัดที่ดำเนินการได้ผ่านเกณฑ์ (มีคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๕) คิดเป็น ร้อยละ ๒๑.๒๖ ของจังหวัดทั้งหมด

ปัญหาอุปสรรค

๑. ด้านคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย

- สำหรับกรณี การเสียชีวิตในโรงพยาบาล ซึ่งยังมีแพทย์บางส่วนที่ลงบันทึกสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง ดังนั้น ควรมีการอบรมให้กับแพทย์ที่จบใหม่ และทบทวนในกลุ่มแพทย์เก่าร่วมด้วย
- สำหรับกรณี การเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลพบว่า ผู้ลงบันทึกสาเหตุการตายคือ นายทะเบียน ซึ่งอยู่ในสังกัดของกระทรวงมหาดไทย ยังขาดความรู้ในการลงบันทึกสาเหตุการตายที่ถูกต้อง และการชี้ให้เห็นความสำคัญของการลงข้อมูลสาเหตุการตายที่ถูกต้อง

๒. ด้านคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค

- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกันในส่วนของเกณฑ์การตรวจคุณภาพเวชระเบียน
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพข้อมูลระดับจังหวัดและอำเภอ ยังมีการชี้แจง สื่อสารทำความเข้าใจเพื่อให้ดำเนินงานได้ถูกต้องไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ

ข้อเสนอแนะ

๑. ด้านคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย

๑) อบรมแพทย์จบใหม่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเลือกสาเหตุการตาย
๒) อบรมฟื้นฟูการเลือกสาเหตุการตายสำหรับนายทะเบียน (นอกสถานพยาบาล)
๓) สร้างนวัตกรรม/พัฒนาโปรแกรมช่วยสัมภาษณ์สาเหตุการตายสำหรับนายทะเบียน
๔) พัฒนาช่องทางการให้บริการข้อมูลกับหน่วยงานในพื้นที่ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น

๒. คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการให้รหัสโรค

๑) มุ่งเน้นคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอก สำหรับหน่วยบริการ ได้แก่ รพ.สต.
๒) ทีมส่วนกลางนิเทศ ติดตาม และประเมินผลในพื้นที่เป็นรายภาค
๓) จัดทำเครื่องมือประกอบการใช้งานการให้รหัสโรค สำหรับใช้ศึกษา และใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานได้ถูกต้อง
๔) ทีมส่วนกลางจัดอบรมให้ความรู้ทีมพัฒนาคุณภาพข้อมูลระดับจังหวัดและอำเภอ

หัวข้อการตรวจราชการ : การบริหารการเงินการคลัง

๑. ประเด็นตรวจราชการ

๑) หน่วยบริการได้รับการจัดสรรงบที่พอเพียงต่อการให้บริการมีรายได้ไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย
๒) การบริหารและติดตามกำกับแผนการเงินการคลังด้วยแผนทางการเงิน (Plan fin Management) ทุกเดือน
๓) การประเมินกระบวนการทำงาน (FAI)
๔) ประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยใช้ดัชนี ๗ ตัว
๕) ตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง/คะแนนคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์
๖) มีเครือข่ายด้านการเงินการคลัง และพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ ๘ ของหน่วยบริการในพื้นที่

๒. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย (ข้อมูลเชิงปริมาณ/ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

๒.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

เขตสุขภาพที่	จังหวัด	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง)	จำนวนหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน (Risk Scoring) ระดับ ๗ ข้อมูล ณ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐	
			จำนวนแห่ง	คิดเป็นร้อยละ
๑	เชียงราย	๑๘	๐	๐.๐๐
	เชียงใหม่	๒๔	๐	๐.๐๐
	น่าน	๑๕	๐	๐.๐๐
	พะเยา	๙	๐	๐.๐๐
	แพร่	๘	๐	๐.๐๐
	แม่ฮ่องสอน	๗	๐	๐.๐๐
	ลำปาง	๑๓	๐	๐.๐๐
	ลำพูน	๘	๑	๑๒.๕
	รวมเขต ๑	**๑๐๒**	**๑**	**๐.๙๘**
๒	ตาก	๙	๐	๐.๐๐
	พิษณุโลก	๙	๐	๐.๐๐
	เพชรบูรณ์	๑๑	๐	๐.๐๐
	สุโขทัย	๙	๐	๐.๐๐
	อุตรดิตถ์	๙	๑	๑๑.๑๑
	รวมเขต ๒	**๔๗**	**๑**	**๒.๑๓**
๓	กำแพงเพชร	๑๒	๐	๐.๐๐
	ชัยนาท	๘	๐	๐.๐๐
	นครสวรรค์	๑๔	๑	๗.๑๔
	พิจิตร	๑๒	๑	๘.๓๓
	อุทัยธานี	๘	๑	๑๒.๕
	รวมเขต ๓	**๕๔**	**๓**	**๕.๕๕**
๔	นครนายก	๔	๐	๐.๐๐
	นนทบุรี	๗	๒	๒๘.๕๗
	ปทุมธานี	๘	๐	๐.๐๐
	พระนครศรีอยุธยา	๑๖	๐	๐.๐๐
	ลพบุรี	๑๑	๐	๐.๐๐
	สระบุรี	๑๒	๕	๔๑.๖๖
	สิงห์บุรี	๖	๑	๑๖.๖๖
	อ่างทอง	๗	๐	๐.๐๐
	รวมเขต ๔	**๗๑**	**๘**	**๑๑.๒๗**

เขตสุขภาพที่	จังหวัด	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง)	จำนวนหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน (Risk Scoring) ระดับ ๗ ข้อมูล ณ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐	
			จำนวนแห่ง	คิดเป็นร้อยละ
๕	กาญจนบุรี	๑๕	๐	๐.๐๐
	นครปฐม	๙	๐	๐.๐๐
	ประจวบคีรีขันธ์	๘	๐	๐.๐๐
	เพชรบุรี	๘	๑	๑๒.๕
	ราชบุรี	๑๑	๐	๐.๐๐
	สมุทรสงคราม	๓	๑	๓๓.๓๓
	สมุทรสาคร	๒	๐	๐.๐๐
	สุพรรณบุรี	๑๐	๐	๐.๐๐
	รวมเขต ๕	**๖๖**	**๒**	**๓.๐๓**
๖	ชลบุรี	๑๒	๑	๘.๓๓
	ระยอง	๑๑	๐	๐.๐๐
	จันทบุรี	๑๒	๐	๐.๐๐
	ตราด	๗	๐	๐.๐๐
	สมุทรปราการ	๗	๐	๐.๐๐
	ฉะเชิงเทรา	๙	๐	๐.๐๐
	ปราจีนบุรี	๖	๐	๐.๐๐
	สระแก้ว	๙	๐	๐.๐๐
	รวมเขต ๖	**๗๓**	**๑**	**๑.๓๗**
๗	กาฬสินธุ์	๑๘	๐	๐.๐๐
	ร้อยเอ็ด	๒๐	๐	๐.๐๐
	มหาสารคาม	๑๓	๐	๐.๐๐
	ขอนแก่น	๒๖	๐	๐.๐๐
	รวมเขต ๗	**๗๗**	**๐**	**๐.๐๐**
๘	นครพนม	๑๒	๐	๐.๐๐
	บึงกาฬ	๘	๐	๐.๐๐
	เลย	๑๔	๐	๐.๐๐
	สกลนคร	๑๘	๓	๑๖.๖๖
	หนองคาย	๙	๓	๓๓.๓๓
	หนองบัวลำภู	๖	๑	๑๖.๖๖
	อุดรธานี	๒๑	๐	๐.๐๐
	รวมเขต ๘	**๘๘**	**๗**	**๗.๙๕**
๙	นครราชสีมา	๓๓	๑	๓.๐๓
	ชัยภูมิ	๑๖	๐	๐.๐๐
	บุรีรัมย์	๒๓	๐	๐.๐๐
	สุรินทร์	๑๗	๐	๐.๐๐
	รวมเขต ๙	**๘๙**	**๑**	**๑.๑๒**

เขตสุขภาพที่	จังหวัด	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง)	จำนวนหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน (Risk Scoring) ระดับ ๗ ข้อมูล ณ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐	
			จำนวนแห่ง	คิดเป็นร้อยละ
๑๐	มุกดาหาร	๗	๐	๐.๐๐
	ยโสธร	๙	๑	๑๑.๑๑
	ศรีสะเกษ	๒๒	๐	๐.๐๐
	อำนาจเจริญ	๗	๐	๐.๐๐
	อุบลราชธานี	๒๖	๐	๐.๐๐
	รวมเขต ๑๐	**๗๑**	**๑**	**๑.๔๑**
๑๑	กระบี่	๙	๐	๐.๐๐
	ชุมพร	๑๑	๐	๐.๐๐
	นครศรีธรรมราช	๒๓	๐	๐.๐๐
	พังงา	๙	๑	๑๑.๑๑
	ภูเก็ต	๓	๐	๐.๐๐
	ระนอง	๕	๐	๐.๐๐
	สุราษฎร์ธานี	๒๐	๑	๕.๐๐
	รวมเขต ๑๑	**๘๐**	**๒**	**๒.๕๐**
๑๒	ตรัง	๑๐	๐	๐.๐๐
	นราธิวาส	๑๓	๐	๐.๐๐
	ปัตตานี	๑๒	๐	๐.๐๐
	พัทลุง	๑๑	๐	๐.๐๐
	ยะลา	๘	๐	๐.๐๐
	สงขลา	๑๗	๒	๑๑.๗๖
	สตูล	๗	๐	๐.๐๐
	รวมเขต ๑๒	**๗๘**	**๒**	**๒.๕๖**
	รวมทั้งสิ้น	**๘๙๖**	**๒๙**	**๓.๒๔**

จากผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๔ พบหน่วยบริการที่มีวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ ร้อยละ ๑๑.๒๗ ซึ่งเกินค่าเป้าหมาย และเขตสุขภาพที่ ๘ พบหน่วยบริการที่มีวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ ร้อยละ ๗.๙๕ ซึ่งต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

นอกจากนี้ ยังมีรายงานการดำเนินการ**เครือข่าย CFO/Auditor ระดับเขต/จังหวัด ดังนี้**

๑) ผู้บริหารการเงินการคลังระดับเขตและระดับจังหวัดเข้ารับการอบรมโครงการฝึกอบรมหลักสูตรพัฒนาความเข้มแข็งผู้บริหารโรงพยาบาลฉบับสมบูรณ์ของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งสิ้น ๑๕๐ คน ๙ รุ่น

๒) โครงการพัฒนาศักยภาพทีมบริหารโรงพยาบาลด้านบริหารการเงินการคลังจำนวน ๒๐๒ คน (วนส.)

๓) หลักสูตรฝึกอบรมนำร่อง Fellowship program in Health Finance and Management (FMP) โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยคัดเลือกจากผู้เข้าอบรมโดยผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขเป็นการเจาะจงเพื่อ

ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้บริหารหรือที่ปรึกษาภายในด้านการเงินภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผู้บริหารด้านการเงินของเขตบริการสุขภาพ (CFO เขต) ๑๕ คน

๓. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

๑) ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ และมีนโยบายที่ชัดเจน โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดของเขต จังหวัดและหน่วยบริการ

๒) มีทีม CFO และ Auditor ในจังหวัดที่เข้มแข็ง มีระบบการกำกับติดตามและสนับสนุนการดำเนินงาน

๓) วินัยของหน่วยบริการการพัฒนารายรับ การควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผนทางการเงิน

๔) คณะกรรมการบริหารด้านวัสดุสำนักงานระดับจังหวัดมีการกำหนดราคากลางให้ใช้ในการจัดซื้อ/จ้างวัสดุสำนักงานภายในโรงพยาบาล

๕) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบัญชีระดับจังหวัดเพื่อประสานการจัดส่งรายงานทางการเงินของเครือข่ายหน่วยบริการ

๖) พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของบัญชีเกณฑ์คงค้างข้อมูลรายงานทางการเงินในโรงพยาบาล

๔.ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

๑) นโยบายการบันทึกบัญชีรายได้เงิน UC โดยให้บันทึกรับรู้เป็นรายได้ทั้งจำนวนส่งผลทำให้งบการเงินไม่สะท้อนสถานการณ์ทางการเงินที่แท้จริงรวมทั้งการวัดแผนการเงิน Planfin หัวข้อรายได้เงิน UC ส่งผลทำให้การวัดแผนกับผลการดำเนินงานคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงมาก

๒) การโยกย้ายลาออกขาดแคลน บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการบัญชีส่งผลทำให้ส่งงบการเงินไม่ทันเวลารวมถึงความถูกต้องของข้อมูลการเงิน

๕. ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑) การมีระบบตรวจสอบคุณภาพบัญชีการเงินก่อนส่งให้กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพประกันสุขภาพ สป.

๒) ควรมีการปรับแผนประมาณการรายรับค่าใช้จ่ายเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง

๓) ควรมีการควบคุมกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรการและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๖) มีการจัดประชุมเพื่อติดตามการส่งข้อมูลให้งานบัญชีตามกำหนดเวลาการบันทึกบัญชีให้เป็นไปตามนโยบายบัญชี การจัดส่งงบการเงินทางเว็บไซต์ภายในกำหนด

๗) การบูรณาการและกำหนดกรอบการทำงานร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องโดยพิจารณาการเพิ่มรายได้การควบคุมค่าใช้จ่าย และการควบคุมภายใน

๘) มีการนำเสนอสถานะทางการเงินการคลังในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด/เขตและแก้ไขปัญหาหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน

๙) มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องและมีตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการ

๕. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑) สรุปความถูกต้องของการจัดทำแผนทางการเงินการคลัง ใน Website กลุ่มประกันสุขภาพควรจะมีการชี้แจงหลักเกณฑ์และรายละเอียดการประเมินผลความถูกต้องอย่างละเอียดเพื่อให้จังหวัดได้ใช้เป็นข้อมูลหลักเกณฑ์ในการกำกับติดตามให้หน่วยบริการดำเนินการได้อย่างถูกต้อง

๒) ควรมีการจัดอบรมการจัดทำแผนทางการเงินและนำข้อมูลงบเดือนมาใช้ประโยชน์การวิเคราะห์และแปรผล การเปลี่ยนแปลงผังบัญชี แนวทางการจัดทำงบลงทุนในแผนให้กับผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดหรือหน่วยบริการเพื่อให้เข้าใจถึงการจัดทำแผนตามแนวทางที่กระทรวงกำหนด

๓) ควรมีการปรับแผนประมาณการรายรับค่าใช้จ่ายเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง

๔) การมีระบบตรวจสอบคุณภาพบัญชีการเงินก่อนส่งให้กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพประกันสุขภาพ สป.

๕) ควรมีการปรับแผนประมาณการรายรับค่าใช้จ่ายเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง

๖) ควรมีการควบคุมกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรการและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๗) ส่วนกลางควรจัดบุคลากรลงดูแลกำกับติดตามด้วยทุกจังหวัดผู้บริหารระดับสูงต้องให้ความสำคัญในการจัดคนลงตรวจราชการ

หัวข้อการตรวจราชการ : ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี ๒๕๖๐

ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด

๑.๒ ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่

๑.๓ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

๑.๔ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด

๒. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย (ข้อมูลเชิงปริมาณ/ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

๒.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๐

จำนวนครั้งการปฏิบัติการฉุกเฉิน ของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ในแต่ละจังหวัด ที่บันทึกในระบบ ITEMS ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๙๕.๕ ของค่าเป้าหมายการออกปฏิบัติการในปี ๒๕๖๐ ที่ สพฉ.กำหนด

เขตสุขภาพที่	๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๒๔ กันยายน ๒๕๖๐		
	ผลงานตัวตั้ง (A)	เป้าหมายปี ๒๕๖๐ตัวหาร (B)	อัตรา/ร้อยละ
๑	๑๓๘,๑๔๗	๑๔๐,๔๙๙	๙๘.๓๓
๒	๖๖,๖๘๑	๖๗,๖๘๗	๙๘.๕๑
๓	๕๓,๐๔๗	๕๓,๐๙๔	๙๙.๙๑
๔	๘๖,๓๓๒	๘๑,๔๓๙	๑๐๖.๐๑
๕	๙๙,๕๕๔	๑๐๐,๙๘๕	๙๘.๕๘
๖	๑๐๖,๖๗๙	๑๑๑,๔๘๔	๙๕.๖๙
๗	๒๕๖,๐๑๓	๒๖๙,๓๕๔	๙๕.๐๕
๘	๑๕๖,๓๖๒	๑๖๕,๙๐๗	๙๔.๒๕
๙	๑๗๔,๔๙๑	๑๘๑,๑๙๓	๙๖.๓๐
๑๐	๑๔๐,๓๗๐	๑๗๓,๔๑๙	๘๐.๙๔
๑๑	๙๗,๒๘๖	๙๖,๐๑๐	๑๐๑.๓๓
๑๒	๑๑๒,๓๐๐	๑๑๐,๖๘๗	๑๐๑.๔๖

เขตสุขภาพที่	๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๒๔ กันยายน ๒๕๖๐		
	ผลงานตัวตั้ง (A)	เป้าหมายปี ๒๕๖๐ตัวหาร (B)	อัตรา/ร้อยละ
รวมเขต ๑-๑๒	**๑,๔๘๗,๒๖๒**	**๑,๕๕๑,๗๕๘**	**๙๕.๘๔**
	๑,๕๑๘,๔๔๖	**๑,๕๐๐,๐๐๐**	**๑๐๑.๒๓**

ที่มา : โปรแกรม ITEMS สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ข้อมูล ณ วันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๐

ความครอบคลุมหน่วยการปฏิบัติการในพื้นที่
ร้อยละของหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการออกปฏิบัติการจริง ปี ๒๕๖๐

เขตสุขภาพ	จำนวนตำบล				
	ทั้งหมด	ที่มีหน่วยปฏิบัติการขึ้นทะเบียนในระบบ	ร้อยละ	ที่มีหน่วยปฏิบัติการออกปฏิบัติการจริง	ร้อยละ
เขต ๑	๘๓๒	๖๕๓	๗๘.๔๙	๕๕๗	๖๖.๙๕
เขต ๒	**๔๔๐**	**๓๕๔**	๘๐.๔๕	**๒๐๑**	๔๕.๖๘
เขต ๓	๔๙๘	๔๔๐	๘๘.๓๕	๒๗๒	๕๔.๖๒
เขต ๔	๘๐๑	๕๕๔	๖๙.๑๖	๒๘๗	๓๕.๘๓
เขต ๕	๖๓๒	๓๑๙	๕๐.๔๗	๑๖๐	๒๕.๓๒
เขต ๖	๕๘๗	๔๔๕	๗๕.๘๑	๑๓๖	๒๓.๑๗
เขต ๗	๗๒๒	๕๙๘	๘๒.๘๓	๕๔๕	๗๕.๔๘
เขต ๘	**๗๒๓**	**๖๓๐**	๘๗.๑๔	**๔๘๓**	๖๖.๘๐
เขต ๙	๘๕๙	๖๙๐	๘๐.๓๓	๕๒๓	๖๐.๘๘
เขต ๑๐	๖๒๒	๕๒๗	๘๔.๗๓	๔๘๐	๗๗.๑๗
เขต ๑๑	**๕๖๗**	**๔๐๗**	๗๑.๗๘	**๒๕๙**	๔๕.๖๘
เขต ๑๒	**๖๓๘**	**๕๐๘**	๗๙.๖๒	**๔๐๗**	๖๓.๗๙
รวมทุกเขต	**๖,๖๑๒**	**๕,๐๘๒**	**๗๖.๘๖**	**๓,๖๒๙**	**๕๔.๘๙**

ปัจจัยที่ทำให้งานไม่ประสบความสำเร็จ
ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการ ในพื้นที่ อปท. ขึ้นทะเบียนแต่ไม่ปฏิบัติงานหลายหน่วย	๑.จัดทำแผนที่ชุดปฏิบัติการที่ทำงานจริงในพื้นที่ของทุกหน่วยงาน เพื่อจะได้ทราบว่าพื้นที่ไหนเป็นยังไม่ได้ดำเนินการหรือประชาชนเข้าถึงบริการล้าช้า และนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ความครอบคลุมของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเวทีผู้บริหารระดับจังหวัด ๒.หารือและขอสนับสนุนจากท้องถิ่นจังหวัดในการชี้แจงและกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ รวมทั้งเสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ท้องถิ่นเข้ามาดำเนินการให้ครบทุกพื้นที่ ๓.ประสานและส่งเสริมสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด เข้ามาดำเนินการการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ทั้งการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุ และการจัดหาชุดปฏิบัติการให้ครอบคลุมพื้นที่

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๒. มูลนิธิที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการแต่ออกปฏิบัติการ ขาดการควบคุมกำกับ ทั้งมาตรฐานและคุณภาพ	- สพฉ.ได้ประสานหน่วยพัฒนากำลัง เพื่อเร่งดำเนินการในการต่ออายุใบประกาศซึ่งต้องใช้ประกอบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยเร็ว - สสจ.สำรวจและดำเนินการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการทั้ง อปท. / มูลนิธิ เพื่อความครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว
๓. ความพร้อมของอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในพื้นที่สูงชัน กรณีเกิดอุบัติเหตุรถตกเขา	- นำปัญหาด้านความไม่พร้อมของการออกปฏิบัติการเสนอในที่ประชุมผู้บริหารระดับจังหวัด เพื่อขอรับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ และร่วมกันวางแผนพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด โดยเฉพาะการปฏิบัติการฉุกเฉินในพื้นที่พิเศษ
๔. ประชาชนยังใช้บริการ๑๖๖๙น้อย เนื่องจากระบบสื่อสารไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ บางพื้นที่ไม่สามารถแจ้งทางโทรศัพท์ได้	- พัฒนาระบบการสื่อสารทุกช่องทางในการเพิ่มความเข้าถึง ทั้งวิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ - การประชาสัมพันธ์การให้บริการให้ประชาชนชนทราบในทุกช่องทาง
๕. ความชัดเจนของกฎหมาย ระเบียบ ในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- สพฉ.ได้ประสานกระทรวงมหาดไทย จัดการในเรื่องกฎหมายระเบียบ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งกระทรวงมหาดไทยได้รับจะดำเนินการให้เร็วที่สุด
๖. เจ้าหน้าที่มีภาระงานมากขึ้น เช่น สสจ.เปิดเป็นศูนย์ฝึกอบรม ต้องจัดการเรื่องระบบฝึกอบรม และระบบข้อมูลเพิ่มขึ้น	- วิเคราะห์ภาระงานเสนอผู้บริหารพิจารณาอัตรากำลังที่เหมาะสมและมีโครงสร้างชัดเจน
๗. การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทางเกาะยังไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ด้านเวลา คุณภาพ และมีค่าใช้จ่ายสูง	- จัดการฝึกอบรมความรู้แก่หน่วยปฏิบัติการทางน้ำ สนับสนุน และพัฒนาระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยในพื้นที่พิเศษ

ปัจจัยที่ทำให้งานประสบความสำเร็จ

๑. มีกระบวนการทำงานเป็นทีม

๒. ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด

๓. มีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน

๔. ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขฯลฯ

๕. ความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ มีความมุ่งมั่นตั้งใจสูง

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑. ประเด็น อปท. ขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ แต่มี อปท.ที่ออกปฏิบัติการน้อย จึงขอความร่วมมือจาก คปสอ.ช่วยกระตุ้นและสนับสนุนให้หน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนแล้วไม่ออกปฏิบัติการ ให้ออกปฏิบัติการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น

๒. ความพร้อมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยในแนวดิ่ง ควรมีการนำเสนอประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. ปรับโครงสร้างอัตรากำลัง/การบริหารจัดการงาน EMS ให้มีอัตรากำลังของกลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมีกรอบอัตรากำลังรองรับเวชกรฉุกเฉินระดับสูง (Paramedic)

๔. ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีการปรับโครงสร้างอัตรากำลังให้มีตำแหน่งรองรับ

๕. กำหนดเป็นนโยบาย/ข้อสั่งการของท้องถิ่นจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่นโดยตรงที่จะต้องจัดระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินให้ครบ อปท. ทุกแห่ง

๖. ผลักดัน/การจัดทำระเบียบการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๗. เสนอให้มีกลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๘. ระดับส่วนกลาง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง จะต้องผลักดันให้ระเบียบการใช้จ่ายเงินของ สตง. เอื้อต่อการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินของ อปท. ให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการได้อย่างไม่ผิดระเบียบการใช้เงินแผ่นดิน

๙. ประชาสัมพันธ์การแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นให้มากขึ้น เช่น การรู้จักและการแจ้งเหตุ ๑๖๖๙ การสังเกตและประเมินอาการเบื้องต้น การปฐมพยาบาลและช่วยเหลือ หรือ CPR ให้มากขึ้น เน้นไปที่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรค stroke STEMI

๑๐. บรรจุองค์ความรู้เหล่านี้ไว้ในหลักสูตรการเรียนรู้ เช่น การเรียนการสอนวิชาสุขศึกษาในโรงเรียน หลักสูตรลูกเสือเนตรนารี หลักสูตร อสม. หลักสูตรของฝึก อพปร. เป็นต้น ก็จะยิ่งเสริมสร้างทักษะประชาชนที่ยั่งยืน

๑๑. กฎระเบียบ ต่างๆ เกี่ยวกับ อปท. ควรชัดเจนมาตั้งแต่ส่วนกลาง

๑๒. จัดทำกรอบอัตรากำลังบุคลากรให้สอดคล้องกับภาระงานในส่วนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑๓. พัฒนาการเรียนรู้ระบบงานโดยให้ได้มีโอกาสศึกษาดูงานร่วมการประชุมวิชาการระดับชาติ

๑๔. กำหนดความก้าวหน้าทางสายวิชาชีพ

๑๕. สนับสนุนให้มีค่าตอบแทนความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน

๑๖. จัดประชุมเพื่อพัฒนาเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน วางแผนพัฒนาร่วมกัน

๑๗. มีนโยบาย/ข้อสั่งการให้เพิ่มหน่วยกู้ชีพของท้องถิ่นให้ครอบคลุมทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑๘. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ควรผลักดันให้กระทรวงมหาดไทยออกระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณค่าชดเชยบริการจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างถูกต้อง

๑๙. การพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติการและให้ประกาศนียบัตร การต่ออายุ มีขั้นตอนและเอกสารประกอบมาก ควรมุ่งเน้นจูงใจให้ร่วมดำเนินการโดยเงื่อนไขที่ยอมรับได้ทุกฝ่าย

๒๐. พิจารณาการตรวจรับรองพาหนะบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้รวดเร็วกว่าที่เป็นอยู่

๒๑. การไม่ตรวจสอบกวดขันผู้ปฏิบัติการพาหนะบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข อาจเป็นเหตุปัจจัยให้ทำตามแบบอย่างที่ผิดหลักเกณฑ์เพิ่มขึ้น การพัฒนาระบบไม่คืบหน้า

นวัตกรรมเด่น

จังหวัดสมุทรปราการ รถยกถังออกซิเจน Easy oxy-Transfer ของศูนย์รับแจ้งเหตุ เพื่อลดการบาดเจ็บกล้ามเนื้อหลัง ข้อมือ จากการยกของหนัก ซึ่งอยู่ระหว่างการเผยแพร่ที่ศูนย์นเรนทร ราชวิถี ได้รับรางวัลที่ ๑ ด้านนวัตกรรมความผลอดภัย จากโรงพยาบาลสมุทรปราการ ปี ๒๕๕๙

จังหวัดบึงกาฬ สร้างระบบเชื่อมงานคุณภาพกับงานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยบูรณาการ ER/EMS/ECS ร่วมกับงานพัฒนาคุณภาพ HAระบบการประเมิน และการประสานที่เกินศักยภาพของ ER/EMS ในการประสานงานกับภาคีเครือข่าย

จังหวัดนครพนม มีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ ที่บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน นักเรียน และประชาชนทั่วไปที่สนใจ สามารถมาเรียนรู้ได้

จังหวัดมุกดาหาร มีฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉิน ๕ กลุ่มโรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (สีแดง, ดำ) CVD Risk ระดับ ๓ – ๕ ที่เสี่ยงต่อ Stroke/STEMI และ Asthma/COPD โดยขึ้นทะเบียนเป็น EMS Member Card และเชื่อมโยงกับโปรแกรมการรับแจ้งเหตุและสั่งการ Geo ITEMS ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

จังหวัดอุบลราชธานี มีศูนย์สื่อสารสั่งการที่ขึ้นกับ อบจ. ให้บริการแบบ Single Number เป็นแห่งแรกของประเทศ สามารถเป็นแหล่งฝึกอบรมของ ENP, EMT-B, หน่วยงานอื่นที่ทำงานเกี่ยวกับการกู้ชีพ เช่น ทหาร ปภ. และหน่วย ALS ให้บริการประชาชน และเป็นแหล่งศึกษาดูงานให้กับเครือข่าย สสจ., รพ., อบจ.ทั่วประเทศ

หัวข้อการตรวจราชการ : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ

๑) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกจังหวัดในเขตสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อสนับสนุนงานวิจัย
๒) เขตสุขภาพมีผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์
๓) ระบบฐานข้อมูลงานวิจัย/R๒R ในระดับเขตสุขภาพ
๔) จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์

ตัวชี้วัด : ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๐

๑. ข้อมูลเชิงปริมาณ มีผลสำเร็จ/ตัวชี้วัดในเชิงกระบวนการ ๕ ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย (หลักสูตรการอบรมไม่ต่ำกว่า ๒ วันขึ้นไป)
เป้าหมาย : อย่างน้อย ๑ คน/จังหวัด (รวม ๗๖ คน)
ผลดำเนินการได้ ๑,๕๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

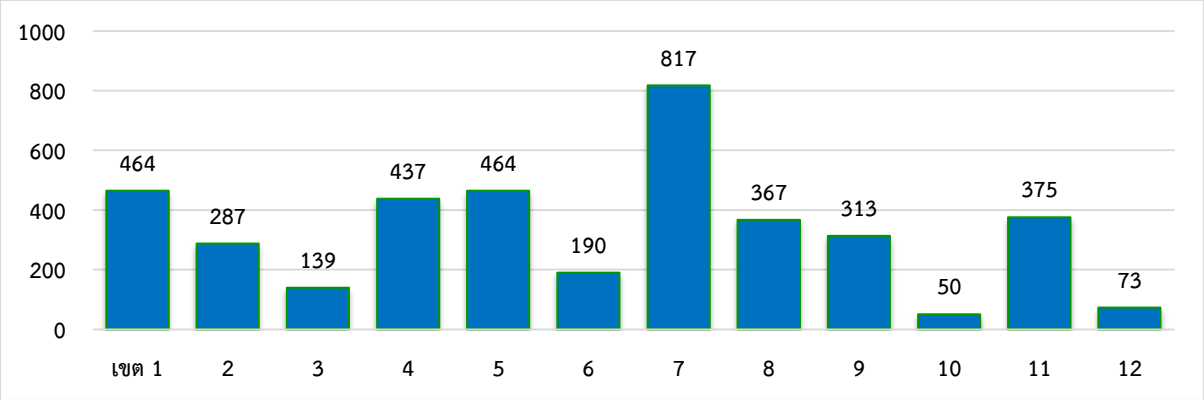
ประเด็นที่ ๒ ทุกจังหวัด ทุกเขตสุขภาพมีผลงานวิจัย/ R๒R ด้านสุขภาพ
เป้าหมาย : อย่างน้อย ๕ เรื่อง/จังหวัด (รวม ๓๘๐ คน)
ผลดำเนินการได้ ๒,๗๐๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ประเด็นที่ ๓ หน่วยงานที่มีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้จัดทำ SOP และมีการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง
เป้าหมาย : อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี (มีการประชุมพิจารณางานวิจัย)
ผลดำเนินการได้ ๑๒๕ ชุด / จัดทำ SOP ๑๒๓ ชุด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ประเด็นที่ ๔ มีระบบฐานข้อมูลงานวิจัย/R๒R ระดับเขตสุขภาพ โดยทุกจังหวัดรวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัย/ R๒R จากหน่วยงานในจังหวัด ส่งเป็นฐานข้อมูลผลงานวิจัย/ R๒R ระดับเขตสุขภาพ

เป้าหมาย : มีฐานข้อมูลทุกเขตสุขภาพ
ผลดำเนินการได้ มีฐานข้อมูลครอบคลุมทุกเขต คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ร้อยละผลงาน วิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ (เป้าหมายร้อยละ ๒๐)



ผลดำเนินการในภาพรวมได้ ร้อยละ ๔๘.๔๘

๒. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

๒.๑ มีจุดแข็งในการขับเคลื่อนงานวิจัยให้สำเร็จคือตัวบุคคล ทีมวิจัย ทีมพี่เลี้ยงที่มีความเข้มแข็ง มีอิสระในการพัฒนา แต่ยังคงมีการประสานความร่วมมือกันเองแบบ Informal ทำงานในลักษณะ INN (Individual Node Network)กับเครือข่ายต่างๆ ทั้งสถาบันการศึกษาทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการต่างๆ ในพื้นที่ เครือข่ายประชาชน รวมถึงเอกชน

๒.๒ ผู้รับผิดชอบงานในทุกระดับทั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความมุ่งมั่น เสียสละและมีจิตสาธารณะในการดำเนินงานด้านการพัฒนางานวิจัย มีการสนับสนุนส่งเสริมให้กับผู้ปฏิบัติงานสามารถผลิตงานวิจัย R2R และนวัตกรรม ให้ได้ตามแผนงานที่วางไว้และมีความพยายามที่จะผลักดันผลงานวิจัยที่มีในฐานข้อมูลให้สามารถนำเสนอสู่เวทีระดับประเทศหรือระดับสากล เพื่อเป็นการเผยแพร่ผลงานต่างๆ ให้นานาชาติได้เห็นความสามารถของผู้สร้างสรรค์งานวิจัยของไทย จนสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในหน่วยงานเพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรไม่ให้เกิดความย่อท้อให้การสร้างสรรค์ผลงานใหม่ๆ และมีการจัดเวทีให้บุคลากรนำเสนอผลงานวิจัยในระดับจังหวัดที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานของบุคลากรให้เกิดขวัญและกำลังใจในการทำงานด้านการวิจัย

๒.๓ มีความชัดเจนด้านการนำองค์กรของผู้บริหารสูงสุด โดยให้ความสำคัญและลงมือปฏิบัติการขับเคลื่อนด้านการพัฒนางานวิจัยและการจัดการความรู้ร่วมกับทีมแกนนำการจัดการความรู้ ระดับเขต จังหวัด และอำเภอ

๒.๔ มีข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางการทำวิจัยและ KM ในระดับเขตและจังหวัดเช่น การสร้างเสริมศักยภาพ Facilitator & Note taker การสร้างเครือข่ายวิจัยและ KM การจัดเวทีในการจัดการความรู้

๒.๕ มีกลไกขับเคลื่อนงานด้วยกลยุทธ์การพัฒนาคนในการทำวิจัย/พัฒนาทีมสนับสนุนการทำวิจัย และสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น มีเวทีวิชาการ/งานคุณภาพ/CQI ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีเวทีวิชาการระดับจังหวัด เวทีวิชาการระดับเขต เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการเร่งรัดผลงานในระดับจังหวัด

๒.๖ การมีวารสารของหน่วยงานซึ่งจะส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการตีพิมพ์ผลงานวิจัยของบุคลากรและเกิดการนำไปใช้ประโยชน์

๒.๗ มีการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้นักวิจัยพัฒนาผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง โดยมีการให้รางวัลสำหรับนักวิจัยที่มีผลงานวิจัยนำเสนอในระดับกระทรวง/เขต

๒.๘ มีการสร้างเครือข่ายพัฒนางานวิชาการ ร่วมสถาบันอุดมศึกษา เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เป็นต้น

๓. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย และข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑. ขาดการติดตาม และสนับสนุนส่งเสริมการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการจัดระบบฐานความรู้	๑. ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลผลงานวิจัยและนักวิจัย และจัดเวทีแลกเปลี่ยนผลงานวิจัยโดยใช้เทคนิคการเล่าเรื่องเพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงงานวิจัยได้ง่ายขึ้น และสังเคราะห์ผลงานวิจัยในประเด็นเดียวกันออกมาเป็นนโยบายการแก้ปัญหาเชิงระบบ หรือนโยบายการแก้ปัญหาแต่ละประเด็นเพื่อให้เกิดการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง
๒. ผู้รับผิดชอบมีภาระงานมาก และผู้รับผิดชอบมีหลายฝ่าย ขาดการประสานงานระหว่างฝ่ายในการดำเนินงานด้านการวิจัย	๒.๑ รวบรวมงานวิจัย/R2R/KM และนวัตกรรมให้เป็นหนึ่งเดียวเพื่อสะดวกในการทำงานของคณะทำงาน และผู้รับผิดชอบ ๒.๒ รวบรวมผู้ที่เคยผ่านการอบรม Facilitation, EC เจ้าหน้าที่ที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอกจากหน่วยงาน ในจังหวัดเข้ามาร่วมเป็นคณะทำงาน
๓. จำนวนผู้ที่ผ่านการอบรม Facilitator Advance Course เพื่อเป็นผู้ที่สนับสนุนงานวิจัยยังมีน้อยส่งผลให้การขับเคลื่อนไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และขาดเวทีในการนำใช้ศักยภาพของ Facilitators ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการกระตุ้น/ขับเคลื่อนการพัฒนางานวิชาการและวิจัย ทีมสนับสนุนงานวิจัยมีไม่เพียงพอ	๓. สนับสนุนให้เกิดแกนกลางในการขับเคลื่อนงานวิจัย ให้เพียงพอ โดยการแต่งตั้งและให้มีบทบาทที่ชัดเจนในการส่งเสริมการทำวิจัย
๔. ไม่ได้จัดประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานที่แต่งตั้งขึ้นและขาดแผนปฏิบัติงานและเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนงาน	๔. เร่งรัดจัดประชุมคณะกรรมการและจัดทำแผนปฏิบัติงานวิจัยให้บรรลุเป้าหมาย
๕. ผู้รับผิดชอบงานการจัดการความรู้และงานวิจัยระดับจังหวัดยังไม่สามารถบูรณางานร่วมกับกลุ่มงาน/ฝ่ายต่างๆ ได้ เนื่องจากไม่ได้กำหนดทิศทางเป้าหมายรวมถึงแผนงานการพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ร่วมกันตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ	๕. ควรมีการปรับแผนงานในครึ่งปีหลัง ให้มีการมุ่งเน้นกระบวนการบูรณาการงาน งบ บุคลากรด้านการวิจัยเข้ากับงานพัฒนาระบบคุณภาพ หรืองานพัฒนาองค์กรคุณธรรม
๖. การเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานวิจัยและจัดการความรู้ภายในจังหวัดและเขต ยังเน้นโครงสร้างแนวดิ่ง ทำให้รอการสั่งการและการกำหนดตัวชี้วัดมากกว่าการจัดการตนเอง ผลงานที่ผลิตขึ้นจึงเป็นผลงานที่แข็งกระด้าง (Hardened) ขาดการผลักดันการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อตอบสนองต่อปัญหาหรือการพัฒนาที่แท้จริง	๖.๑ ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีวิธีคิดเชิงระบบ (System Thinking) และการสร้างแรงบันดาลใจในตนเอง (Personal Mastery) เพื่อเชื่อมองค์ความรู้ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ระหว่างตนเองและชุมชนองค์กรเครือข่ายสู่การนำใช้ประโยชน์ให้คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพร่วมกัน ๖.๒ ควรจัดเวทีเสริมพลังศักยภาพภาคีเครือข่ายด้านการพัฒนางานวิจัยและจัดการความรู้ระดับเขตและจังหวัดเพื่อผลักดันให้เกิดกระบวนการจัดการความรู้เพื่อการนำไปใช้อย่าง

ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
	เข้มแข็งและต่อเนื่อง
๗. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในระดับจังหวัดในบางส่วนยังขาดความพร้อมและยังไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน SOP	๗.๑ นำใช้ศักยภาพของเครือข่ายวิจัยในพื้นที่ เช่นคณะกรรมจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย หรือของโรงพยาบาลจังหวัดในการดำเนินงานด้านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และเป็นไปตามมาตรฐาน SOP ๗.๒ ควรมีสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เป็นสัดส่วน มีระบบป้องกันการรักษาความลับเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย ๗.๓ องค์ประกอบของคณะกรรมการจริยธรรมฯยังไม่ครอบคลุม เช่น ยังขาดบุคคลภายนอกที่ไม่สังกัดหน่วยงาน (non-affiliation)ควรมี CV ของคณะกรรมการฯทุกคนเพื่อดูความเชี่ยวชาญ ๗.๔ ควรมีการพัฒนาความรู้ด้านจริยธรรมการวิจัยแก่นักวิจัย/คณะกรรมการฯที่ครอบคลุม และต่อเนื่อง ๒ ครั้ง/ปีเช่น หลักสูตร Human Subject Protection ,GCP
๘. การคุ้มครองสิทธิของผลงานนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์	๘. ควรมีการพัฒนานักประดิษฐ์ให้สามารถนำผลงานเข้าจดสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตรและจัดทำเป็นฐานข้อมูลนวัตกรรมที่จดสิทธิบัตรเพื่อนำไปต่อยอดต่อไป
๙. ขาดการรวบรวมผลงานวิจัย R2R และนวัตกรรมในภาพ รวมของจังหวัด ทำให้ไม่มีฐานข้อมูลของงานวิจัย R2R และนวัตกรรม	๙. เสนอรูปแบบแนวทางในการดำเนินงานและการจัดทำฐานข้อมูลด้านการวิจัย R2R และนวัตกรรม เพื่อการจัดเก็บข้อมูลที่มีอยู่ในรูปแบบที่ค้นหาได้ง่าย เพื่อให้สะดวกในการนำข้อมูลที่มีอยู่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อต่อยอดผลงานวิจัยให้สอดคล้องการแผนการพัฒนางานด้านการวิจัย
๑๐. มีการดำเนินงานแบบแยกส่วนกันระหว่าง อวช. กับงานวิจัย	๑๐.๑ บูรณาการงานวิจัยให้เป็นภาพรวมเพียงหนึ่งเดียว และสร้างทีมงานวิจัยจากบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ๑๐.๒ รวบรวมผู้บุคลากรที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเอก จากหน่วยงานต่าง ๆ ในจังหวัดเข้ามาร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกัน
๑๑. คุณภาพของผลงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมายังไม่สามารถนำไปสู่การเผยแพร่ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการได้หรือการกำหนดเป็นนโยบายสำคัญขององค์กรได้	๑๑.สร้างเครือข่ายทางวิชาการกับศูนย์วิชาการ/สถาบันการศึกษา ในเขตสุขภาพ เพื่อขอสนับสนุนอาจารย์ที่ปรึกษา มีระบบพี่เลี้ยงให้แก่ผู้วิจัยในพื้นที่ ได้จัดทำผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ และสามารถเผยแพร่ตีพิมพ์ ในวารสาร และเวทีระดับชาติขึ้นไป
๑2.วารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ บางแห่งยังไม่ได้รับการพัฒนาเข้าสู่ฐาน TCI (Thailand Citation Index)	๑๒. พัฒนาวารสารให้ได้มาตรฐานเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI เพื่อเพิ่มคุณภาพ เป็นที่ยอมรับ
๑๓. ขาดการรวบรวมผลงานวิจัย R2R และนวัตกรรมในภาพ รวมของจังหวัด ทำให้ไม่มีฐานข้อมูลของงานวิจัย R2R และนวัตกรรม และการดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลวิจัยระดับจังหวัดยังไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	๑๓. เสนอรูปแบบแนวทางในการดำเนินงานและการจัดทำฐานข้อมูลด้านการวิจัย R2R และนวัตกรรม อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการจัดเก็บข้อมูลที่มีอยู่ในรูปแบบที่ค้นหาได้ง่าย เพื่อให้สะดวกในการนำข้อมูลที่มีอยู่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อต่อยอดผลงานวิจัยให้สอดคล้องการแผนการพัฒนางานด้านการวิจัย และกำหนดผู้รับผิดชอบให้ชัดเจนและร่วมพัฒนา

ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
	ฐานข้อมูลวิจัยกับสำนักวิชาการสาธารณสุข

๕. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๕.๑ ควรมีโครงสร้างและอัตรากำลังในหน่วยงานที่ชัดเจน เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องและพัฒนางานบนฐานการวิจัยสู่ Digital Health &Thailand 4.0 โดยกำหนดให้นำผลงานวิจัยไปขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาในระดับพื้นที่และระดับเขต

๕.๒ ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ด้านการวิจัย/R2R ในระดับเขต เพื่อเป็นศูนย์กลางการพัฒนาเชิงระบบและเชื่อมโยงให้เกิดการทำงานแบบเครือข่ายและพัฒนาวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพดัชนีชี้วัดมาตรฐานวารสารไทย เพื่อเป็นอีกช่องทางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการ นำไปสู่การนำผลงานไปใช้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑) นวัตกรรมการทำงานในห้องทันตกรรม คือ งานวิจัย “ไม่กลัวเข็มตำ ด้วย dental needle remover handy” เป็นการพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันการเกิดเข็มทิ่มตำของผู้ปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข โดยมีการนำผลงานนวัตกรรมชิ้นนี้ไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานตั้งแต่ระดับ รพ.สต. ,รพช., รพท. ,รพศ. และศูนย์อนามัย ปัจจุบันมีการเผยแพร่และนำไปใช้ในหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศ ๒๔ หน่วยงาน นอกจากเป็นการลดการเกิดอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำและยังสามารถลดต้นทุนในการซื้อเครื่องถอดเข็มจากบริษัทเอกชนจาก ๓,๕๐๐ บาท เหลือเพียง ๒๐๐-๓๐๐ บาท/ชิ้น นวัตกรรมชิ้นนี้ได้รับรางวัลดีเด่นนวัตกรรมระดับประเทศในงาน R2R National forum เป็นตัวอย่างของผลงานวิจัยที่พัฒนาจากงานประจำ และใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสังเคราะห์องค์ความรู้จากบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่

๒) การพัฒนาคุณภาพห้องเคมีบำบัดของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก M1 ที่สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยได้ ประมาณสองล้านบาทต่อคน (๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท/คน) โดยสามารถให้บริการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้อย่างครบวงจรตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน การคัดกรอง การรักษาทั้งการผ่าตัดและการให้ยาเคมีบำบัด

๓) กระโจมอาบน้ำผู้ป่วยติดเตียงชนิดนั่งได้ สามารถช่วยเพิ่มความสุขสบายกับผู้ป่วยโดยการอาบน้ำได้ทุกวันที่เตียงนอน และช่วยป้องกันอาการปวดหลังจากญาติที่ต้องอุ้มผู้ป่วยไปอาบน้ำ หรือมีญาติเพียง ๑ คน ก็สามารถอาบน้ำให้ผู้ป่วยที่เตียงได้

๔) DMS : Diabetes mellitus Mobile Service Khuangnai model. อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

๕) โครงการสุขกาย สบายใจ เมื่อใกล้วิสัญญี คลินิกวิสัญญีสรรพสิทธิ์ หรือ OPD วิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

๖) รูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหัวใจในกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ STEMI Alert ๓ steps: บริบทจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

๗) “Slide Warmer”แห้งเร็ว เสร็จไว ได้คุณภาพ ตรงตามมาตรฐาน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัด ศรีษะเกษ

๘) “เส้นใยกาบกล้วยน้ำมันมะพร้าว ลดปัญหาผ้าก๊อซติดแผล” สำนักงานสาธารณสุข อำเภออุทุมพรพิสัยจังหวัดศรีษะเกษ

๙) นวัตกรรมเพนชูดบอกระดับความเจ็บปวดของผู้สูงอายุ ตึกพิเศษมรกต โรงพยาบาลยโสธร

๑๐) อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร

๑๑) นวัตกรรมถุงถั่วลดความเจ็บปวดโรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร

๑๒) นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ “แว่นตาวิเศษ”โรงพยาบาลคำชะอีจังหวัดมุกดาหาร

๑๓) การประเมินแผลไฟไหม้โดยใช้โปรแกรมคำนวณพื้นที่แผลไฟไหม้แบบ ๓ มิติ โรงพยาบาลชลบุรี

๑๔) การปรับปรุงบริการผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ด้วย Smart phone application

๑๕) นวัตกรรมด้านเทคนิคบริการเรื่อง: Aesthetic outcomes of intra-umbilical incision VS infra-umbilical incision in post-partum tubal sterilization: a randomized controlled trial. โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

๑๖) นวัตกรรมสร้างสรรค์แบบพอเพียง เรื่อง : การพัฒนาอุปกรณ์เคาะปอดในผู้ป่วยเด็กโรคทางเดินหายใจส่วนล่างโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

.....

คณะที่ ๕

การตรวจราชการแบบบูรณาการ ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

- การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

- การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

โดย คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข (คกต.) คณะที่ ๕

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

.....

๑. ประเด็นการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

๑.๑ การส่งเสริมการลดการเกิดขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายที่ต้นทางจากแหล่งกำเนิดและการนำขยะไปใช้ประโยชน์

๑.๑.๑ การจัดการขยะมูลฝอย ของเสียอันตราย และมูลฝอยติดเชื้อ

จากการตรวจติดตามรอบที่ ๑ พบว่า ทุกจังหวัดมีการส่งเสริมการพัฒนาต้นแบบ อปท. และชุมชน ในการลด คัดแยกขยะมูลฝอย และของเสียอันตรายชุมชนที่ต้นทางโดยหน่วยงานระดับเขตและจังหวัด มีการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการมูลฝอยทุกประเภท มีแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานและผลักดันให้คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.) มีมติสนับสนุนให้ท้องถิ่นมีการบังคับใช้กฎหมายด้านการจัดการมูลฝอย และส่งเสริมให้ อปท. มีการจัดการมูลฝอยทุกประเภทตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Accreditation : EHA) รวมถึงกำหนดให้มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากทุกแหล่งกำเนิด และควบคุมกำกับการดำเนินงานของสถานที่กำจัดมูลฝอยให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

จากการตรวจติดตามรอบที่ ๒ พบว่า ทุกจังหวัดดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาต้นแบบ อปท. และชุมชนด้านการจัดการขยะมูลฝอย ของเสียอันตราย และมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ พบว่า มีชุมชนต้นแบบด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active community) ในด้านการจัดการมูลฝอย จำนวน ๒,๔๐๖ ชุมชน คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔๔ (จาก ๓,๓๖๘ ชุมชนเป้าหมาย) และมีจำนวน ๔๕ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๔๔ ที่ดำเนินการลด คัดแยกขยะมูลฝอย และของเสียอันตรายชุมชนที่ต้นทาง โดยหน่วยงานระดับเขตและจังหวัด มีการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการ มูลฝอยทุกประเภท มีแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานและผลักดันให้คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.) มีมติสนับสนุนให้ท้องถิ่นมีการบังคับใช้กฎหมายด้านการจัดการมูลฝอย และส่งเสริมให้ อปท. มีการจัดการมูลฝอยทุกประเภทตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Accreditation : EHA) รวมถึงกำหนดให้มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากทุกแหล่งกำเนิด และควบคุมกำกับการดำเนินงานของสถานที่กำจัดมูลฝอยให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด และสถานบริการการสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมตามแนวทาง GREEN&CLEAN Hospital (ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๙๐.๖๒) สามารถดำเนินการจัดการมูลฝอยทุกประเภทให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

กิจกรรมที่ ๑ : ส่งเสริม พัฒนาแนวทางการจัดการมูลฝอยและการนำขยะไปใช้ประโยชน์

ตัวชี้วัด : จังหวัดมีการพัฒนาต้นแบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน การลด คัดแยกขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายชุมชนที่ต้นทาง อย่างน้อยจังหวัดละ ๒ แห่ง

กรมอนามัย ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน Setting ต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๐ พบว่า

๑. มูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๙๕๙ แห่ง มีปริมาณเกิดขึ้น ๖๘,๓๖๙.๙๖ กก./วัน ได้รับการกำจัด ๖๘,๓๖๘.๓๖ กก./วัน คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๙๙ ส่วนการประเมินมาตรฐานกาจัดการมูลฝอยติดเชื้อนั้น พบว่า โรงพยาบาลผ่านการประเมินฯ จำนวน ๘๖๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๗๘ พบว่า ข้อที่ไม่ผ่านการ

ประเมินฯ มากที่สุด คือ สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ

๒. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๙๕๙ แห่ง ดำเนินงานตามโครงการ GREEN&CLEAN Hospital เพื่อการจัดการมูลฝอยทุกประเภทในสถานบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ฯ ๘๖๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๖๒ และพบว่าส่วนมากไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินในหัวข้อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (ร้อยละ ๔๖.๕๘)

๓. ชุมชนที่มีการดำเนินงาน เรื่อง การลด และคัดแยกขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายชุมชนที่ต้นทางอย่างน้อย ๒ ชุมชน พบว่ามีจำนวน ๔๕ จังหวัด (คิดเป็น ร้อยละ ๕๘.๔๔)

๔. จำนวนเทศบาลผ่านการประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA)

- ประเด็น EHA ๔๐๐๑ การจัดการมูลฝอยทั่วไป ระดับพื้นฐาน ๒๓๗ แห่ง (๔๗ จังหวัด) ระดับเกียรติบัตร ๑๑๗ แห่ง (๒๓ จังหวัด)
- ประเด็น EHA ๔๐๐๒ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ระดับพื้นฐาน ๒๐ แห่ง(๔ จังหวัด) ระดับเกียรติบัตร ๒๔ แห่ง (๕ จังหวัด)
- ประเด็น EHA ๔๐๐๓ การจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน ระดับพื้นฐาน ๓๖ แห่ง (๙ จังหวัด) ระดับเกียรติบัตร ๔๖ แห่ง (๘ จังหวัด)

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ยังมีการขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายโดยใช้กลไกอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.) พบว่า จังหวัดที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน อสธจ. โดยมีการจัดประชุม อสธจ. จำนวน ๑-๔ ครั้ง (รวม ๑๐๖ ครั้ง) จำนวน ๗๒ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๗๔ และจังหวัดที่ไม่มีการจัดประชุม มีจำนวน ๔ จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย ลพบุรี สุราษฎร์ธานี และนครศรีธรรมราช

กิจกรรมที่ ๒ : พัฒนากฎหมาย ระเบียบ มาตรการแนวทางปฏิบัติและการกำกับดูแลบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด

ตัวชี้วัด : พัฒนาและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยจำนวน ๓ ฉบับ

ผลการดำเนินงาน

ประเภทมูลฝอย	ดำเนินการแล้วเสร็จ	อยู่ระหว่างดำเนินการ
มูลฝอยทั่วไป	๑. กฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๐ บังคับใช้วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๐	อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการสาธารณสุขร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ออกตามความกฎกระทรวงมูลฝอยทั่วไป จำนวน ๔ ฉบับ ๑. กำหนดคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่ควบคุมกำกับในการกำจัดมูลฝอยทั่วไป ๒. หลักเกณฑ์การคัดเลือกสถานที่ตั้งสำหรับการฝังกลบมูลฝอยอย่างถูกหลักสุขาภิบาล ๓. การป้องกันการปนเปื้อนน้ำใต้ดินจากน้ำชะมูลฝอย และการรายงานการตรวจสอบคุณภาพน้ำใต้ดินจากสถานที่ฝังกลบอย่างถูกหลักสุขาภิบาล ๔. กำหนดมาตรการควบคุมกำกับการขนมูลฝอยทั่วไปเพื่อป้องกันการลักลอบทิ้ง
มูลฝอยติดเชื้อ	-	- ปรับปรุงกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕
มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน	-	อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการสาธารณสุข ๑. ร่างกฎกระทรวงกำหนดสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. ..... ๒. ร่างกฎกระทรวงว่าด้วยอัตราค่าธรรมเนียมการให้บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. ....

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อยังไม่กระจายทั่วทุกภูมิภาค ทำให้สถานพยาบาลต้องจ้างบริษัทเอกชน ขนส่งและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง	<u>หน่วยงานส่วนกลาง</u> ๑. กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทย ผลักดันการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบศูนย์รวม (Cluster) ใน จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อให้เกิดความครอบคลุมทุกภูมิภาค ๒. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ร่วมกันพัฒนาระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน <u>หน่วยงานระดับพื้นที่</u> ๑. บูรณาการการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสิ่งแวดล้อม ท้องถิ่นจังหวัด อปท. สถานพยาบาลในพื้นที่ เป็นต้น เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการบริหารจัดการ การบังคับใช้กฎหมาย และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ๒. ใช้กลไก อสธจ. เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาการออกข้อบัญญัติและการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ. การสาธารณสุข
๒. การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อจากชุมชนที่เกิดจากผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงยังไม่เป็นระบบ เนื่องจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	<u>หน่วยงานส่วนกลาง</u> ๑. กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ควรร่วมกันกำหนดกลไกการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และกำหนดให้เป็นเกณฑ์ในการประเมินจังหวัดสะอาด <u>หน่วยงานระดับพื้นที่</u> ๑. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อกำหนดระบบการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากชุมชน ๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของ อปท. ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
๓. การเก็บรวบรวม และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อยังไม่ครอบคลุมทุกแหล่งกำเนิด	<u>หน่วยงานส่วนกลาง</u> ๑. กระทรวงมหาดไทยเร่งรัดให้ อปท. ดำเนินการเก็บรวบรวมและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อให้ครอบคลุมทุกแหล่งกำเนิด (โรงพยาบาลสังกัดภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ/โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกคน/สถานพยาบาลสัตว์/ห้องปฏิบัติการ) ๒. กระทรวงที่มีหน้าที่ควบคุมกำกับแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ควรกำหนดมาตรการให้แหล่งกำเนิดมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้อง และกำหนดเงื่อนไขเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในการขอและต่อใบอนุญาต <u>หน่วยงานระดับพื้นที่</u> ๑. ใช้กลไกของ อสธจ. เพื่อให้ อปท. เข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

๑.๑.๒ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ประกอบอาชีพสัมผัสขยะ

จากการตรวจติดตามรอบที่ ๑ พบว่า การเฝ้าระวังป้องกันด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพและประชาชนที่สัมผัสขยะ ประชาชนและผู้ประกอบอาชีพสัมผัสขยะในพื้นที่เสี่ยง ได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีทั้งด้านการป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม มีระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดย รพศ./รพท. และมีการพัฒนาถึง รพช. และ รพ.สต. ในส่วน อปท. ได้มีการพัฒนาระบบในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยตามมาตรฐานในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเครือข่าย ได้แก่ รพช., สสจ.,สคร. เน้นพื้นที่ Hot zone รวมถึงการพัฒนาทีม Auditor สำหรับการตรวจประเมินการจัดบริการ

อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้แก่เจ้าหน้าที่ สสจ. ทุกจังหวัด และ สคร.ทั้ง ๑๒ เขต ในพื้นที่เสี่ยงมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากผลกระทบในกรณีเหมืองทองคำ พื้นที่รอยต่อ ๓ จังหวัด (พิจิตร เพชรบูรณ์ และพิษณุโลก) ร่วมกับภาครัฐ ภาคผู้ประกอบการ ภาคประชาชน พิจารณาผลการศึกษาข้อมูลสิ่งแวดล้อมและสุขภาพประชาชน ส่วนพื้นที่มลพิษทางอากาศมีการสร้างและพัฒนาเครือข่ายในการดูแลเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากมลพิษอากาศเชิงรุก นอกจากนี้ยังมีการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่คัดกรองและเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนต่อการสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยในเขตควบคุมมลพิษและอุตสาหกรรมในพื้นที่ Hot Zone และ Warm Zone อย่างต่อเนื่อง โดยมีการให้ความรู้/สื่อสาร/เตือนภัยภาวะปกติและฉุกเฉินในกรณีเกิดอุบัติภัย และในพื้นที่ปัญหาหมอกควันมีการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขจากปัญหาหมอกควันและไฟป่ามีการเตรียมทีมและซักซ้อมทีม SRRT ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ เพื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ผ่านสื่อมวลชนในพื้นที่ เช่น สปอตวิทยุชุมชน เสียงตามสายหมู่บ้าน โดยให้ความรู้ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งการจัดหาและสนับสนุนหน้ากากอนามัยให้หน่วยบริการสาธารณสุข

จากการตรวจติดตามรอบที่ ๒ พบว่า

๑. จากแผนบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ปี ๒๕๖๐ ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายแผนบูรณาการ คือ จัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายอย่างเป็นระบบตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง ลดปริมาณการผลิตขยะ ขยะที่เกิดขึ้นได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องฯ โดยมีตัวชี้วัดที่ ๑.๒ ขยะมูลฝอย ของเสียอันตรายชุมชน มูลฝอยติดเชื้อ และกากอุตสาหกรรมได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง ๓๖.๕ ล้านตัน/ปี โดยแนวทางการดำเนินงานพัฒนากฎระเบียบ มาตรการการบังคับใช้กฎหมายฯ ตัวชี้วัดที่ ๒ กลุ่มเป้าหมายมีการเฝ้าระวัง ป้องกันด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพและประชาชนที่สัมผัสขยะพื้นที่ ๒๐ จังหวัด กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม มีโครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ประกอบอาชีพสัมผัสขยะ โดยมีตัวชี้วัด “ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ประกอบอาชีพสัมผัสขยะได้รับการคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ” โดยกำหนดพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน ๒๐ จังหวัด คือ ลำพูน พิษณุโลก นครสวรรค์ อยุธยา สระบุรี กาญจนบุรี เพชรบุรี สมุทรปราการ ปราจีนบุรี ขอนแก่น กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด อุดรธานี บุรีรัมย์ นครราชสีมา อุบลราชธานี มุกดาหาร นครศรีธรรมราช สุราษฎ์ธานี สงขลา และมีเป้าหมายให้ดำเนินการคัดกรองสุขภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ร้อยละ ๓๐ (๗,๐๐๐ ราย จาก ๒๗,๕๔๙ ราย)

๒. แนวทางการดูแลสุขภาพประชาชนที่สำคัญ คือ ๑) คัดกรองสุขภาพประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย/พื้นที่ที่เลือกดำเนินการ ด้วย “แบบสอบถาม” (ข-๑ คือ แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปและการบริหารจัดการบ่อขยะของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, สข-๑ คือ แบบสรุปผลการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชนรอบบ่อขยะ/กิจการคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์/ขยะทั่วไป และการทำงานของผู้ประกอบอาชีพเก็บคัดแยกและรีไซเคิลขยะ) มีประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๒๗,๘๒๔ ราย ผู้ประกอบอาชีพสัมผัสขยะ จำนวน ๒,๑๒๒ ราย ได้รับการคัดกรองด้วยแบบสอบถามเพื่อคัดกรองความเสี่ยง จำนวน ๘,๖๗๕ ราย ๒) ตรวจคัดกรองสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ปัญหาขยะและผู้ประกอบอาชีพสัมผัสขยะ จำนวน ๑,๕๐๐ กว่าราย ๓) ให้องค์ความรู้และสื่อสารความเสี่ยง เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ ๒,๐๐๐ กว่าราย และจัดทำสื่อองค์ความรู้ให้แก่ประชาชน ผู้ประกอบอาชีพฯ และบุคลากร สธ. รวม ๑๐,๐๐๐ เล่ม ๔) พัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน ๒๐ จังหวัดเป้าหมาย (๓๑ โรงพยาบาล) โดย มี รพ. ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ฯ จำนวน ๒๓ แห่ง และโรงพยาบาลยังไม่ผ่านการประเมิน ๘ โรงพยาบาล

๓. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านความเสี่ยงจากการคัดกรองด้านสุขภาพประชาชนฯ จากการตอบแบบสอบถามสรุปความเสี่ยงและอาการที่เกิดขึ้น ดังนี้ **ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองทางสุขภาพ** มีความเสี่ยงด้านสุขภาพในพื้นที่ ร้อยละ ๑๓.๒ โดยเป็นความเสี่ยงสูง ร้อยละ ๒๔.๐ และความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ ๗๖.๐ โดยประชาชนที่มีความเสี่ยงที่พบมีอาการสำคัญ คือ อาการผื่นคัน ร้อยละ ๒๖.๘ อาการอื่นๆ เช่น กลิ่นเหม็น /หายใจไม่ออก ร้อยละ ๒๒.๐ อาการน้ำมูก จาม แสบจมูก รวมร้อยละ ๒๑.๙ และอาการปวดศีรษะ ร้อยละ ๑๔.๖ และอาการอื่นๆ ทั้งนี้อาการดังกล่าวไม่สามารถระบุชัดว่ามาจากบ่อขยะ และการประเมินความเสี่ยงของ**ผู้ประกอบอาชีพสัมผัสขยะ** มีระดับความเสี่ยงและมีอาการรุนแรง ร้อยละ ๔.๙๙ รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงและเริ่มมีอาการ ร้อยละ ๓๒.๖๖ และกลุ่มที่มีความเสี่ยงแต่ไม่มีอาการ ร้อยละ ๖๒.๓๕ โดยความเสี่ยงที่พบคือ อาการปวดหลัง ภูมิแพ้ ผื่นคัน และโรคระบบทางเดินหายใจฯ ร้อยละ ๓๔.๔๕ และเริ่มมีอาการรุนแรง ร้อยละ ๕.๔๒ และระดับความรุนแรงของประเภทอาการที่เกิดขึ้นจะเป็นมีอาการปวดหลัง คอ แขน ในสัดส่วนสูงสุด รองลงมาเป็นอาการผื่นคัน และโรคระบบทางเดินหายใจ ตามลำดับ

ตารางสรุปผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนในพื้นที่

สคร.	จังหวัด	การส่งข้อมูล		เป้าหมาย			ดำเนินการ			ร้อยละดำเนินการ
		"ข-๑"	"สข-๑"	ประชาชน	ผู้ประกอบอาชีพ	รวม	ประชาชน	ผู้ประกอบอาชีพ	รวม	
๑	ลำพูน	✓	✓	**ไม่มี ปชช.**	๒๙๓	**๒๙๓**	**ไม่มี ปชช.**	๒๙๓	**๒๙๓**	๑๐๐
๒	พิษณุโลก	✓	✓	๒๐๐	๔๐	**๒๔๐**	๒๐๐	๔๐	**๒๔๐**	๑๐๐
๓	นครสวรรค์	✓	✓	๕๘๕	๑๙	**๖๐๔**	๒๐๐	๑๙	**๒๑๙**	**๓๖.๒๖**
๔	พระนครศรีอยุธยา	✓	✓	**ไม่มี ปชช.**	๓๗	**๓๗**	**ไม่มี ปชช.**	๓๗	**๓๗**	๑๐๐
	สระบุรี	✓	✓	๑๖๐	๑๙๗	**๓๕๗**	๕๑	๙๕	**๑๔๖**	**๔๐.๒๐**
๕	กาญจนบุรี	ฐานเดิม	✓	๑๐๐	๓๑	**๑๓๑**	๑๐๐	๓๑	**๑๓๑**	๑๐๐
	เพชรบุรี	✓	✓	**ไม่มี ปชช.**	๔๘	**๔๘**	**ไม่มี ปชช.**	๔๘	**๔๘**	๑๐๐
	สุพรรณบุรี (เพิ่ม)	-	-	๑๔๘	๓๒	**๑๘๐**	๑๕๓	๒๘	**๑๘๑**	**๑๐๐.๕๖**
๖	สมุทรปราการ	ฐานเดิม	✓	๑๔,๒๓๙	๑๐๖	**๑๔,๓๔๕**	๓๙๒	๑๐๖	**๔๙๘**	**๓.๔๗**
	ปราจีนบุรี	ฐานเดิม	✓	๔๑๘	๒๔	**๔๔๒**	๓๕๘	๒๐	**๓๗๘**	**๘๕.๕๒**
๗	ขอนแก่น	✓	✓	๓๒๕	๒๐๘	**๕๓๓**	๓๔๕	๒๐๘	**๕๕๓**	**๑๐๓.๗๕**
	กาฬสินธุ์	ฐานเดิม	✓	๑,๒๐๐	๕๕	**๑,๒๕๕**	๙๖๕	๕๕	**๑,๐๒๐**	**๘๑.๒๗**
	ร้อยเอ็ด	✓	✓	๒๐๘	๑๕๘	๓๖๖	๑๗๘	๑๑๖	**๒๙๔**	**๘๐.๓๓**
๘	อุดรธานี	✓	✓	๔๗๕	๗๙	๕๕๔	๔๗๕	๕๘	**๕๓๓**	**๙๖.๒๑**

สคร.	จังหวัด	การส่งข้อมูล		เป้าหมาย			ดำเนินการ			ร้อยละดำเนินการ
		"ข-๑"	"สข-๑"	ประชาชน	ผู้ประกอบอาชีพ	รวม	ประชาชน	ผู้ประกอบอาชีพ	รวม	
๙	นครราชสีมา	✓	✓	๖๖๓	๓๑๘	**๙๘๑**	๓๐๐	๓๑๘	**๖๑๘**	**๖๓.๐๐**
	บุรีรัมย์	x	x	-	-	**๐**	-	-	**๐**	**๐**
๑๐	อุบลราชธานี	ฐานเดิม	✓	๓,๙๘๑	-	**๓,๙๘๑**	๑๐๒	-	**๑๐๒**	**๒.๕๖**
	มุกดาหาร	✓	✓	๓๙๐	๔๙	**๔๓๙**	๕๐	-	**๕๐**	**๑๑.๓๙**
๑๑	นครศรีธรรมราช	✓	✓	๖๓๙	๑๘๘	**๘๒๗**	๖๓๙	๑๘๘	**๘๒๗**	**๑๐๐**
	สุราษฎร์ธานี (รวมบ่อขยะ ๕ แห่ง)	✓	✓	๒,๖๘๖	๒๑๐	**๒,๘๙๖**	๑,๗๔๗	๑๓๕	**๑,๘๘๒**	**๖๔.๒๙**
๑๒	สงขลา	✓	✓	๓๐๕	๓๐	**๓๓๕**	**๑๐๐**	**๒๓**	**๑๒๓**	**๓๖.๗๒**
	พัทลุง	-	-	๔๘๔	ไม่มี อช.	**๔๘๔**	**๑๘๗**	ไม่มี อช.	**๑๘๗**	**๓๘.๖๔**
	สตูล	-	-	๑๐๘	ไม่มี อช.	**๑๐๘**	**๖๐**	ไม่มี อช.	**๖๐**	**๕๕.๕๖**
	ปัตตานี	-	-	๓๖๕	ไม่มี อช.	**๓๖๕**	**๑๑๐**	ไม่มี อช.	**๑๑๐**	**๓๐.๑๔**
	นราธิวาส	-	-	๑๔๕	ไม่มี อช.	**๑๔๕**	**๑๔๕**	ไม่มี อช.	**๑๔๕**	**๑๐๐**
รวม		**๑๙**	**๑๙**	๒๗,๘๒๔	๒,๑๒๒	**๒๙,๙๔๖**	๖,๘๕๗	๑,๘๑๘	**๘,๖๗๕**	**๒๘.๙๗**

หมายเหตุ : ข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๐

ผลการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ

จากการตรวจติดตามรอบที่ ๑ ผู้ตรวจราชการได้ให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยรับตรวจ ดังนี้

เป้าหมาย/ผลผลิต	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผลการดำเนินการ
๑. การจัดการขยะมูลฝอย ของเสียอันตรายและมูลฝอยติดเชื้อ	๑. ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้สามารถตัดสินใจเลือกดำเนินวิธีการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Health Literacy) ไปสู่ การลด และคัดแยกขยะแต่ละประเภทอย่างถูกต้อง โดยบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานภายในจังหวัด เช่น ศึกษาธิการจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น	- สสจ.และ อปท. อบรมให้ความรู้แกนนำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรื่อง การลดการคัดแยกขยะ ณ แหล่งกำเนิด และการนำกลับไปใช้ใหม่ เพื่อให้สามารถถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน และเป็นแกนนำในการดำเนินงานได้ - ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์ การลดและคัดแยกมูลฝอยแต่ละประเภทได้ถูกต้อง
	๒. ควรเร่งรัดและสนับสนุนให้ทุกจังหวัดจัดทำฐานข้อมูลชุมชน/ท้องถิ่น ต้นแบบการลด และ คัดแยกขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายชุมชนที่ต้นทางครอบคลุมกระบวนการดำเนินการ และข้อมูลปริมาณ	- สนับสนุนให้ อปท. ทุกแห่งดำเนินการจัดระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน EHA ๔๐๐๑ ๔๐๐๒ และ ๔๐๐๓ และผ่านเกณฑ์ประเมินฯ ระดับเกียรติบัตร จำนวน ๑๑๗ แห่ง ๑๓ แห่ง และ ๔๖ แห่ง ตามลำดับ - สนับสนุนให้ อปท. ทุกแห่งดำเนินการสำรวจและ

เป้าหมาย/ผลผลิต	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผลการดำเนินการ
	การเกิด การลด คัดแยก และการนำมูลฝอยไปใช้ประโยชน์และพัฒนาเป็นต้นแบบ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันได้	จัดทำฐานข้อมูลด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านโปรแกรมสารสนเทศอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยระบบ (NEHIS)
	๓. ควรจัดอบรมหรือสนับสนุนสื่อความรู้ที่มีรูปแบบทันสมัย เข้าถึงง่าย และรวดเร็วทันเวลา สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถจัดการมูลฝอยทุกประเภท ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospitals	- สสจ. อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมตามแนวทาง GREEN & CLEAN Hospital เพื่อจัดการมูลฝอยทุกประเภทให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และขยายผลสู่ รพ.สต.
๒. การเฝ้าระวังป้องกันด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพและประชาชนที่สัมผัสขยะ	๑. ควรมีการพัฒนาหน่วยบริการให้รองรับปัญหาต่อปัญหา มีการประเมินความเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม การเตรียมทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับอุบัติภัยจากสถานประกอบการและสิ่งแวดล้อม	๑. มีการจัดตั้งทีม MERT (ระดับจังหวัด ๑ ทีม) และ Mini MERT (ระดับอำเภอ ๗ ทีม) ครอบคลุมทุกอำเภอ มีการซ้อมแผนระดับจังหวัดและอำเภอ (คปสอ.) พร้อมได้จัดทำแผนรับมือภัยพิบัติในทุกพื้นที่ ๒. พื้นที่ส่วนใหญ่เตรียมจัดทำแผนอุบัติภัยและจัดตั้งทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) เพื่อรองรับอุบัติภัยจากสถานประกอบการและสิ่งแวดล้อมร่วมกับการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความสามารถ พร้อมเข้าดำเนินการได้อย่างทันท่วงที ๓. มีการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีการศักยภาพในการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ใน รพศ./รพท. ซึ่งจากจำนวน ๓๑ แห่งใน ๒๐ จังหวัด ผ่านการประเมินตามเกณฑ์จำนวน ๒๓ แห่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๐
	๒. ควรมีการสื่อสารเตือนภัยและให้ความรู้แก่ประชาชน ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อป้องกัน เฝ้าระวัง กรณีเกิดมลพิษ อุบัติภัย เช่น การปฏิบัติตัวจากปัญหาควันไฟ หมอกควัน เป็นต้น	๑. สื่อสารเตือนภัยแก่ประชาชน โดยใช้ IT เช่น ทางโทรศัพท์ / Line /VDO ฯลฯ หนังสือราชการ และแจ้งประสานเครือข่ายผ่านการประชุม อบรม สัมมนา และการซ้อมแผน ๒. เตรียมการสำรวจข้อมูลแหล่งมลพิษผู้ประกอบอาชีพและประชาชนที่สัมผัสขยะ โดยเฉพาะคำแนะนำในการป้องกันและดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ รวมถึง อสม. ในกรณีเกิดปัญหาหมอกควันและไฟป่า การเฝ้าระวังและส่งต่อข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพของประชาชน ใน ๔ กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคทางเดินหายใจ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด กลุ่มโรคตาอักเสบ และกลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ มีการติดตามสถานการณ์ค่าฝุ่นละออง (PM๑๐) และดัชนีคุณภาพอากาศ (AQI) ในพื้นที่ โดยแจ้งเตือนประชาชน และจัดเตรียมทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับจังหวัด/อำเภอ เพื่อ

เป้าหมาย/ผลผลิต	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผลการดำเนินการ
		สอบสวนโรคทั้งเชิงรุกและเชิงรับ
	๓. ควรมีการประสานการดำเนินงานร่วมกับ อปท. เพื่อร่วมกันสำรวจข้อมูลแหล่งมลพิษและกลุ่ม เป้าหมายของการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพให้ครอบคลุม	๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อร่วมกันสำรวจข้อมูลแหล่งมลพิษมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ รวมถึงการค้นหาทางเว็บไซต์กรมโรงงานอุตสาหกรรมเพื่อทำการรวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์เพื่อการเฝ้าระวังและดูแลกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบต่อไป แต่ผลจากความพยายามดังกล่าวยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควร ๒. มีการสำรวจแหล่งมลพิษ ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NEHIS ของกรมอนามัย เพื่อวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง Hot zone และประเด็นการเฝ้าระวัง
	๔. รพ.สต. ควรมีการเตรียมการดูแลสุขภาพของผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม รวมถึงช่องทาง การดูแลรักษา ส่งต่อ เมื่อการคัดกรองความเสี่ยงในพื้นที่พบว่ามีความเสี่ยงในระดับสูง	๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยให้ความรู้ การฝึกซ้อมการใช้สารเคมีแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน (คลินิกสุขภาพเกษตรกร) ๒. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางแห่งดำเนินการตรวจสุขภาพให้กับพนักงานเก็บขนขยะ ตรวจสุขภาพทั่วไปและตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ส่วน รพ.สต. มีระบบการเยี่ยมบ้านและมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบรุนแรงจากพื้นที่กองขยะ ๓. รพ.สต. มีระบบการเฝ้าระวังและแผนการดูแลสุขภาพผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยมีโรงพยาบาลในพื้นที่และโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและเป็นต้นแบบด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การตรวจราชการต้องการให้มีการสอบถามประเด็นการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนในพื้นที่ปัญหาบ่อขยะ และผู้ประกอบอาชีพสัมผัสขยะ (เก็บ ขน คัดแยกและรีไซเคิลขยะ) เพื่อเป็นการกระตุ้นพื้นที่และเป็นขวัญกำลังใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการที่ได้ทำงานและรายงานผลการปฏิบัติงานแก่ผู้บริหารทราบ

๑.๒ การเพิ่มศักยภาพการจัดเก็บ ขนส่ง และกำจัดขยะมูลฝอยตกค้างและที่เกิดใหม่ ของเสียอันตรายชุมชน และขยะติดเชื้อ

๑.๒.๑ สรุปผลการตรวจติดตามรอบที่ ๑ พบว่า จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากทุกแหล่งกำเนิด จำนวน ๖๐ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๙๕ ของจังหวัดทั้งหมด มีการบันทึกข้อมูลตามระบบกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System) อปท. และปศุสัตว์จังหวัด ควบคุมกำกับการออกใบอนุญาตหรือต่อใบอนุญาตของคลินิกเอกชน และสถานพยาบาลสัตว์ ให้ดำเนินการตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยให้แสดงเอกสารข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อก่อนการขอต่อใบอนุญาต นอกจากนี้ พบว่ามี ๑๙ จังหวัด หรือคิดเป็นร้อยละ ๒๕.๐๐ ของจังหวัดทั้งหมด ทำการควบคุมกำกับการดำเนินงานของสถานที่กำจัดให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด โดยมีการสุ่มประเมินรถเก็บขน และสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อของเอกชนในพื้นที่

๑.๒.๒ ความก้าวหน้าการตรวจติดตามรอบที่ ๒ พบว่า จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากทุกแหล่งกำเนิด จำนวน ๗๖ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗๐ ของจังหวัดทั้งหมด มีการบันทึกข้อมูลตามระบบกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System) อปท. และปศุสัตว์จังหวัด ควบคุมกำกับการออกใบอนุญาตหรือต่อใบอนุญาตของคลินิกเอกชน และสถานพยาบาลสัตว์ ให้ดำเนินการตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยให้แสดงเอกสารข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อก่อนการขอต่อใบอนุญาต นอกจากนี้ ทุกจังหวัดดำเนินการควบคุมกำกับการดำเนินงานของสถานที่กำจัดให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด โดยมีการสุ่มประเมินรถเก็บขน และสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อของเอกชนในพื้นที่

๑.๒.๓ ผลการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ

จากการตรวจติดตามรอบที่ ๑ ผู้ตรวจราชการได้ให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยรับตรวจ ดังนี้

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผลการดำเนินการ
๑. ควรพัฒนาระบบการจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนให้เป็นรูปธรรม กำหนดจุดรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อที่ชัดเจนในพื้นที่ รวมทั้งการจัดการขยะติดเชื้อของสถาน พยาบาลที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาล	- พัฒนาและวางระบบการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ โดยให้ รพ.สต. เป็นสถานที่รวบรวมและจุดพักมูลฝอยติดเชื้อจากชุมชน(ผู้ป่วยติดเตียง ติดบ้าน) และรพ.แม่ข่ายมารับไปกำจัดเอง หรือรวบรวมให้บริษัทเอกชนที่รับจ้างขนหรือท้องถิ่นรับไปกำจัดเอง โดยมีการควบคุมกำกับ และประเมินระบบการเก็บ ขน และกำจัด
๒. สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกข้อกำหนดของท้องถิ่นเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ	- มติที่ประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.) ให้ อปท. ออกข้อกำหนดท้องถิ่นท้องถิ่นเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และให้ท้องถิ่นจังหวัดดำเนินการติดตามการออกข้อกำหนดท้องถิ่นของ อปท.
๓. ส่งเสริมให้มีการจัดการขยะเพื่อผลิตเป็นเชื้อเพลิง (Refuse derive fuel : RDF) และปุ๋ยอินทรีย์	- ทสจ. ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการทำ RDF ในพื้นที่ - อปท. ส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการทำปุ๋ยอินทรีย์
๔. ควรทำประชาคมกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการสร้างบ่อกำจัดขยะให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยเฉพาะประชาชนที่อาศัยบริเวณรอบบ่อขยะ และหาแนวทางการใช้ประโยชน์ร่วมกัน	- ตรวจประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) หมวด ๔๐๐๑ การจัดการมูลฝอยทั่วไป ยกตัวอย่าง เช่น บ่อทิ้งขยะเทศบาลเมืองกำแพงเพชร โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ทสจ./ท้องถิ่นจังหวัด/ศูนย์อนามัยที่ ๓ /สิ่งแวดล้อมภาค ๔ นครสวรรค์และผู้เชี่ยวชาญจากกรมควบคุมมลพิษ เพื่อพัฒนาปรับปรุงบ่อทิ้งขยะให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ
๕. ควรมีการติดตาม ตรวจสอบ และลดปัญหาการลักลอบทิ้ง หรือการก่อปัญหาเหตุรำคาญจากมูลฝอย เช่น กำหนดทีมตรวจสอบ และป้องกัน	- โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ประเมินรถเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากบริษัทรับจ้างเก็บขนให้ถูกต้องตามกฎกระทรวง พร้อมทั้งจัดทำสัญญาให้ถูกต้องตามกฎกระทรวง

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผลการดำเนินการ
การลักลอบทิ้งสารเคมีอันตรายในพื้นที่ โดยกำหนดให้มีหน่วยงานและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนตามกฎหมาย หรือ พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้องตามหน้าที่รับผิดชอบ	- โรงพยาบาล และ รพ.สต. บันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อลงในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System)

๑.๓ การพัฒนากฎ ระเบียบ มาตรการ และแนวทางปฏิบัติ และกำกับดูแลบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด

๑.๓.๑ สรุปผลการตรวจติดตามรอบที่ ๑ พบว่า ๕๐ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๗๙ ของจังหวัดทั้งหมด มีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.) และมีมติคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัดที่สนับสนุนและกำกับดูแลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อกำหนดของท้องถิ่นและบังคับใช้กฎหมายด้านการจัดการมูลฝอย รวมทั้งการส่งเสริม สนับสนุนให้ท้องถิ่นขับเคลื่อนการจัดการมูลฝอยทุกประเภทตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation : EHA) โดยมีการติดตามการดำเนินงานตามมติที่ประชุม อสธจ. ดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง และจังหวัดที่เหลือมีแผนการจัดประชุม อสธจ. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยจะนำประเด็นดังกล่าวเป็นวาระเพื่อผลักดันให้เป็นมติการขับเคลื่อน

๑.๓.๒ ความก้าวหน้าการตรวจติดตามรอบที่ ๒ พบว่า ๗๒ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๗๔ ของจังหวัดทั้งหมด มีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.) จังหวัดละ ๑-๔ ครั้ง (รวม ๑๐๖ ครั้ง) และมีมติคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัดที่สนับสนุนและกำกับดูแลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อกำหนดของท้องถิ่นและบังคับใช้กฎหมายด้านการจัดการมูลฝอย รวมทั้งการส่งเสริม สนับสนุนให้ท้องถิ่นขับเคลื่อนการจัดการมูลฝอยทุกประเภทตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation : EHA) โดยมีการติดตามการดำเนินงานผลการดำเนินงานตามมติที่ประชุม อสธจ. ดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

๑.๓.๓ ผลการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ

จากการตรวจติดตามรอบที่ ๑ ผู้ตรวจราชการได้ให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยรับตรวจ ดังนี้

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผลการดำเนินการ
๑. ควรผลักดันให้มีมติ อสธจ. เพื่อให้ อปท. ที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ ออกข้อกำหนดท้องถิ่น เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	- ฝ่ายเลขานุการ อสธจ. เสนอเรื่องการข้อกำหนดท้องถิ่นเรื่องการจัดการมูลฝอย เข้าวาระการประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้มีมติให้ทุกท้องถิ่นมีการออกข้อ กำหนดท้องถิ่นเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีโรงพยาบาล
๒. สนับสนุนเอกสาร คู่มือ แนวทางการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เกี่ยวกับขยะมูลฝอยทั่วไปและขยะติดเชื้อ และการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม	- จังหวัดให้การสนับสนุนคู่มือวิชาการการจัดการมูลฝอย คู่มือการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) แนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital และคู่มือการออกข้อกำหนดท้องถิ่น โดยได้รับการสนับสนุนจากกรมวิชาการส่วนกลาง

การบริหารการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม (เขตตรวจราชการส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร)

ที่	เรื่อง	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการ
๑	**สถานการณ์มูลฝอยในภาพรวมของกรุงเทพมหานครและแนวโน้มการพัฒนากระบวนการกำจัดมูลฝอยของกรุงเทพมหานคร** เปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลัง ๑๐ ปี ในปี ๒๕๖๐ มีปริมาณมูลฝอย ๑๐,๓๗๘ ตันต่อวัน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๙ คิดเป็นร้อยละ ๒.๔๕ กระบวนการจัดการมูลฝอยของกรุงเทพมหานครใช้หลัก ๓R โดยแบ่งมูลฝอยออกเป็น ๔ ประเภท - มูลฝอยรีไซเคิล รวบรวมขาย - มูลฝอยเศษอาหาร นำไปทำปุ๋ยหมัก Bio gas เลี้ยงสัตว์ น้ำหมักชีวภาพ - ขยะอันตราย ส่งรีไซเคิลและจ้างเอกชนกำจัด - ขยะทั่วไป นำไปเข้าโรงหมักปุ๋ย เตาเผาผลิตไฟฟ้า ฝังกลบ การรวบรวมมูลฝอยของกรุงเทพมหานครเก็บทุกวัน ตั้งแต่เวลา ๒๐.๐๐ –๐๓.๐๐ น. มูลฝอยชิ้นใหญ่นัดเก็บทุกวันอาทิตย์ มูลฝอยอันตรายจัดเก็บทุกวันที่ ๑ และ ๑๕ ของเดือน หรือตามสำนักงานเขตกำหนด ขยะติดเชื้อเก็บทุกวันตามสถานพยาบาล กิ่งไม้และขยะก่อสร้าง เก็บตามที่ได้รับแจ้งจากประชาชน กรุงเทพมหานครมีสถานีขนถ่ายทั้งหมด ๓ แห่ง ได้แก่ สายไหม หนองแขม และอ่อนนุช โดยขนมูลฝอยไปยังหลุมฝังกลบที่ฉะเชิงเทรา และนครปฐม มีพื้นที่มากกว่า ๒๐๐ ไร่	- กองนโยบายและแผน - สำนักสิ่งแวดล้อม กทม.	**ผู้ตรวจราชการ** - กรุงเทพมหานครถือเป็นจังหวัดที่ข้อมูลการจัดการขยะค่อนข้างดี นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ วางแนวทางการลดปริมาณขยะและคัดแยกเป็นระบบ มีผลการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน มองเห็นปัญหาและปรับปรุงวิธีการพัฒนาแนวทางการจัดการขยะให้ดีขึ้น ในภาพรวมเป็นต้นแบบการจัดการขยะสำหรับจังหวัดขนาดใหญ่ ทำอย่างไรนำวิธีการ กระบวนการ มาตรฐานต่างๆไปสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน - ไม่อยากให้มีขยะคงค้างในหลุมฝังกลบ วิธีที่ดีและเหมาะสมน่าจะเป็นเตาเผาขยะนำกลับมาเป็นพลังงานไฟฟ้า อนาคตกรุงเทพจะเพิ่มเตาเผาขยะ ๑,๐๐๐ ตัน/วัน ที่หนองแขม และอ่อนนุช ขณะนี้อยู่ในช่วงกำลังศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility studies)
๒	**ผลความก้าวหน้าดำเนินการจัดการมูลฝอยของกรุงเทพมหานคร ตามแผนแม่บทบริหารจัดการขยะของประเทศ และแผนปฏิบัติราชการ “ประเทศไทยไร้ขยะ” ตามแนวทางประชารัฐ ระยะ ๑ ปี** (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๐) **และตามแนวทางปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด”** - สำนักงาน โรงเรียน ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาล คัดแยกขยะ ๗๗ แห่ง - ร้านอาหารในอาคารกรุงเทพมหานคร ๒ ปลอดโฟม - ศูนย์เรียนรู้การคัดแยกขยะในสำนักงานเขต ๕๐ เขต และโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ๔๐ แห่ง ขยายผล ๔๓๕ โรงเรียน - ปฏิบัติงานภารกิจพิเศษ จัดระบบคัดแยก ขยะครบวงจร สร้างการรับรู้ประชาชน	- กองนโยบายและแผน - สำนักสิ่งแวดล้อม กทม.	**ผู้ตรวจราชการ**

ที่	เรื่อง	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการ
	แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะของประเทศ ๒๕๕๙-๒๕๖๔ มูลฝอยชุมชนได้รับการจัดการถูกต้อง ร้อยละ ๕๕ / ของเสียอันตรายชุมชนได้รับการจัดการถูกต้อง ร้อยละ ๑๐ / มูลฝอยติดเชื้อได้รับการจัดการถูกต้อง ร้อยละ ๘๐ **ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๑๐๐** / **ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๑๐.๓** / **ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๙๐** ผลการส่งเสริมการคัดแยกมูลฝอยอันตรายออกจากมูลฝอยทั่วไป - เสริมสร้างลักษณะนิสัยการคัดแยกแก่เด็กในสถานศึกษา ร้อยละ ๖๑ - ให้ความรู้ เยาวชน ประชาชนคัดแยกขยะ ร้อยละ ๖๔ - สถานประกอบการที่เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพคัดแยกขยะอันตรายร้อยละ ๔๕ - ตั้งจุดรวมขยะอันตรายที่สถานประกอบการ ร้อยละ ๖๙ - จุดรวมขยะอันตรายชุมชน ร้อยละ ๕๗		-
๓	**กรุงเทพมหานครได้มีการจัดกิจกรรม/โครงการ เพื่อลดปริมาณมูลฝอยในชุมชน/สถานศึกษา /ส่วนราชการ และส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมภาคประชาชนอย่างไร** - สำนักงานเขตนำมูลฝอยไปใช้ประโยชน์ เฉลี่ยเขตละ ๒-๒๐ ตันต่อวัน ใน ๖ กลุ่ม ได้แก่ ปุ๋ยหมัก โรงงานปุ๋ยอินทรีย์ SCG สิ่งประดิษฐ์ นำไปถมที่ รีไซเคิล - เพิ่มประสิทธิภาพการส่งเสริมประชารัฐ คัดแยกขยะตามหลักการจัดการมูลฝอยและสิ่งแวดล้อมชุมชน ๓๗,๑๘๙ แห่ง ปัจจุบันทำได้ ๑๒,๙๓๒ แห่ง ร้อยละ ๓๗ - โครงการสร้างความร่วมมือภาครัฐ ภาคเอกชนในการรวบรวมของเสียอันตรายจากชุมชนซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์เป้าหมาย ๕๐ เขต สถานประกอบการ ๕๐๐ แห่งเข้าร่วมโครงการ	- กองนโยบายและแผน - สำนักสิ่งแวดล้อม กทม.	**ผู้ตรวจราชการ** - คัดแยกขยะที่ต้นทางประชาชนควรจัดการเอง ขยะรีไซเคิลนำไปขาย ประเทศไทยรถขยะเป็นแบบเทรวมถ้าคัดแยกแล้วไปแยกกำจัดจะถูกเทรวมกันเหมือนเดิม - ประชาชนในกรุงเทพมหานครค่อนข้างหลากหลายมีทั้งต่างชาติ การประชาสัมพันธ์คัดแยกขยะไม่ทั่วถึง - การจัดเก็บขยะไม่ทั่วถึงเนื่องจากพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นตรอก ซอยจำนวนมาก รถไม่สามารถเข้าไปจัดเก็บได้

ที่	เรื่อง	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการ
๔	**ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน** ๑) ลักลอบทิ้งขยะบริเวณริมถนนทางหลวง <u>แก้ไข</u> เข้าตรวจสอบร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แจ้งเจ้าของที่ดินเฝ้าระวังพื้นที่ของตนเอง เก็บขนออกนำไปกำจัด ล้อมรั้วกั้นพื้นที่ ปลูกต้นไม้เป็นแนวรั้ว ๒) ลักลอบทิ้งขยะจากโรงงานขยะอุตสาหกรรมที่ไม่เป็นอันตราย เช่น เศษพลาสติก เศษผ้า เป็นต้น <u>แก้ไข</u> โรงงานส่งขยะให้บริษัทที่ได้รับใบอนุญาตกำจัดถูกต้องมีน้อย โรงงานประเภทที่ ๑ ร้อยละ ๐.๐๖ โรงงานประเภทที่ ๒ ร้อยละ ๑.๒๗ กรุงเทพมหานครร่วมประชุมหารือกับกรมโรงงานอุตสาหกรรมเพื่อหาแนวทางแก้ไข ดู และควบคุม กำกับ การขนส่งของเสียจากอุตสาหกรรม <u>อุปสรรค</u> ติดระบบราชการต่างหน่วยงาน ต่างผู้บังคับบัญชาทำให้การดำเนินงานล่าช้า เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ โรงงานมีจำนวนมาก ๓) ขยะชิ้นใหญ่ตกค้างกีดขวางทางน้ำทำให้น้ำท่วม <u>แก้ไข</u> เพิ่มความถี่ในการเก็บ สร้างความเข้าใจกับประชาชนว่าทิ้งวันไหน ให้นำวางให้ตรงวัน จัดเก็บตามเวลานัดหมาย กำจัดถูกวิธี นำกลับมาใช้ประโยชน์ <u>อุปสรรค</u> ขาดบุคลากรเพราะต้องจัดเก็บขยะทั่วไปทุกวัน รถที่ใช้ในการเก็บขนเป็นรถเฉพาะไม่เพียงพอ	- กองนโยบายและแผน - สำนักสิ่งแวดล้อม กทม.	**ผู้ตรวจราชการ** - ควรทำหนังสือแจ้งกรมทางหลวงให้ทราบเพื่อให้เจ้าหน้าที่เฝ้าระวังการลักลอบทิ้งอีก และควรให้มีการพัฒนาพื้นที่ว่างของกรมทางหลวงใช้ประโยชน์เพื่อป้องกันการลักลอบทิ้งขยะบริเวณริมถนนทางหลวงหากเกิดเหตุบ่อยๆ ควรมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการเก็บขนขยะ - ในส่วนของกรมโรงงานกรุงเทพมหานครได้รับการถ่ายโอนภารกิจมาแล้วตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ ดังนั้นควรเร่งดำเนินการร่วมกับกรมโรงงานอุตสาหกรรมเพื่อวางแผนแนวทางแก้ไข ลักลอบทิ้งขยะจากโรงงานขยะอุตสาหกรรมที่ไม่เป็นอันตรายโดยหากติดขัดประการใดให้รีบแจ้งทางทีมผู้ตรวจจะช่วยประสานงานให้ - มีการประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงอย่างต่อเนื่องวันนัดเก็บขยะชิ้นใหญ่ ควรส่งเสริมหน่วยงานภาคเอกชนเข้ามารับเก็บขยะชิ้นใหญ่นำกลับมาใช้ประโยชน์ ประเทศไทยมีหน่วยงานน้อยมีแต่วัดที่มาขอรับบริจาค เน้นเก็บขยะชิ้นใหญ่ในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมก่อน เพิ่มความถี่ในการเก็บช่วงหน้าฝน ๔) การบูรณาการทำงานร่วมกัน สามารถแก้ไขปัญหาได้ระดับหนึ่ง แต่การประสานความร่วมมือค่อนข้างลำบาก หากติดขัดประเด็นปัญหาใดทางผู้ตรวจราชการจะเป็นผู้ประสานงานให้
๕	**ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** ๑) ประชากรเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปริมาณขยะเพิ่มมากขึ้น <u>ข้อเสนอแนะ</u> - รณรงค์สร้างจิตสำนึกประชาชนลดคัดแยกขยะโดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ภาพรวมของประเทศ และจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง - เร่งออก พรบ. รักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง ๒๕๖๐ ๒) การลักลอบทิ้งขยะ <u>ข้อเสนอแนะ</u> บังคับใช้กฎหมาย การลักลอบทิ้งขยะริมทาง ตาม พรบ. ทางหลวง ๒๕๓๕	- กองนโยบายและแผน - สำนักสิ่งแวดล้อม กทม.	**ผู้ตรวจราชการ** - ให้มีการการประชาสัมพันธ์รณรงค์สร้างจิตสำนึกประชาชนลดคัดแยกขยะในภาพรวมอย่างต่อเนื่อง - กรุงเทพมหานครควรออก พรบ. ค่ากำจัดมูลฝอยใครทิ้งขยะปริมาณมากเสียค่ากำจัดมาก

ที่	เรื่อง	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการ
	๓) ประชาชนยังไม่ให้ความร่วมมือคัดแยกขยะ ข้อเสนอแนะ - กำหนดแนวทางการคัดแยกขยะที่ชัดเจนให้ท้องถิ่นดำเนินการเป็นแนวทางเดียวกัน - ให้สถานประกอบการขนาดใหญ่คัดแยกขยะอินทรีย์นำกลับมาใช้ประโยชน์		

การดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙– ๒๕๖๐)

สรุปผลการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙– ๒๕๖๐) รอบที่ ๑ พบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้รับการอนุมัติงบประมาณ และโครงการ กิจกรรม ก่อนการประการใช้ พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐ (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๐) ทั้งนี้จะติดตามผลการดำเนินงานกิจกรรม โดยเน้นบทบาทด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ภายใต้แผนบูรณาการฯ ที่กำหนดไว้ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของคณะรัฐมนตรีที่ต้องการให้ท้องถิ่นเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในขณะนี้อยู่ระหว่างการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการมูลฝอย จำนวน ๓ ฉบับ ๑) ร่างกฎกระทรวงการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ..... ๒) ร่างกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ..... ๓) ร่างกฎกระทรวงกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ (ฉบับปรับปรุง)

ความก้าวหน้าการตรวจติดตามรอบที่ ๒ พบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการมูลฝอยแล้วเสร็จ คือ กฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๐ (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๐) และอยู่ระหว่างการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการมูลฝอย จำนวน ๒ ฉบับ ได้แก่ ๑) ร่างกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ..... (อยู่ระหว่างการนำเสนอคณะกรรมการสาธารณสุข ในเดือนกันยายน ๒๕๖๐) ๒) ร่างกฎกระทรวงกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.... (ฉบับปรับปรุงจาก พ.ศ.๒๕๔๕)

ผลการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ

จากการตรวจติดตามรอบที่ ๑ ผู้ตรวจราชการได้ให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยรับตรวจ ดังนี้

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผลการดำเนินการ
๑. ควรแจ้งนโยบาย“จังหวัดสะอาด” ให้ทุกอำเภอ ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี โดยใช้หลักการ ๓Rs คือ การใช้น้อย การใช้ซ้ำ และการนำกลับมาใช้ใหม่ เพื่อลดปริมาณการเกิดขยะมูลฝอยในภาพรวมของประเทศให้ลดลงร้อยละ ๕ จากปี ๒๕๕๙ โดยเน้นการคัดแยกมูลฝอยตั้งแต่ต้นทางอย่างถูกต้อง	- ท้องถิ่นจังหวัดประกาศนโยบาย “จังหวัดสะอาด” ให้ทุกอำเภอรับทราบและนำไปปฏิบัติ และบูรณาการระหว่างหน่วยงานเอกชน และหน่วยงานราชการทุกระดับ โดยยึดหลักการ ๓Rs คือ การใช้น้อย การใช้ซ้ำ และการนำกลับมาใช้ใหม่ และเน้นการคัดแยกมูลฝอยตั้งแต่ต้นทางอย่างถูกต้อง และติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน
๒. ควรจัดประชุมเพื่อพิจารณาถึงแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอแนวทางให้บริษัทเอกชนเข้ามาบริหารจัดการมูลฝอย	- สสจ. เป็นแกนในการประชุมเพื่อพิจารณาแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยเชิญเจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อปท. สาธารณสุข และบริษัทเอกชนที่เข้ามา

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผลการดำเนินการ
ติดเชื้อ ตั้งแต่การเก็บ ขน และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามกฎกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕	บริหารจัดการตั้งแต่การเก็บ ขน รวบรวมและกำจัด ร่วมเสนอแนวทางฯ และร่วมกันพิจารณา เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการ ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ยุทธศาสตร์จังหวัด/ยุทธศาสตร์กระทรวง ดังนี้

๑. มีชุมชนเข้มแข็งต้นแบบด้านการจัดการขยะและอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการลดและคัดแยกขยะแต่ละประเภท โดยใช้หลัก ๓ Rs อย่างถูกต้อง

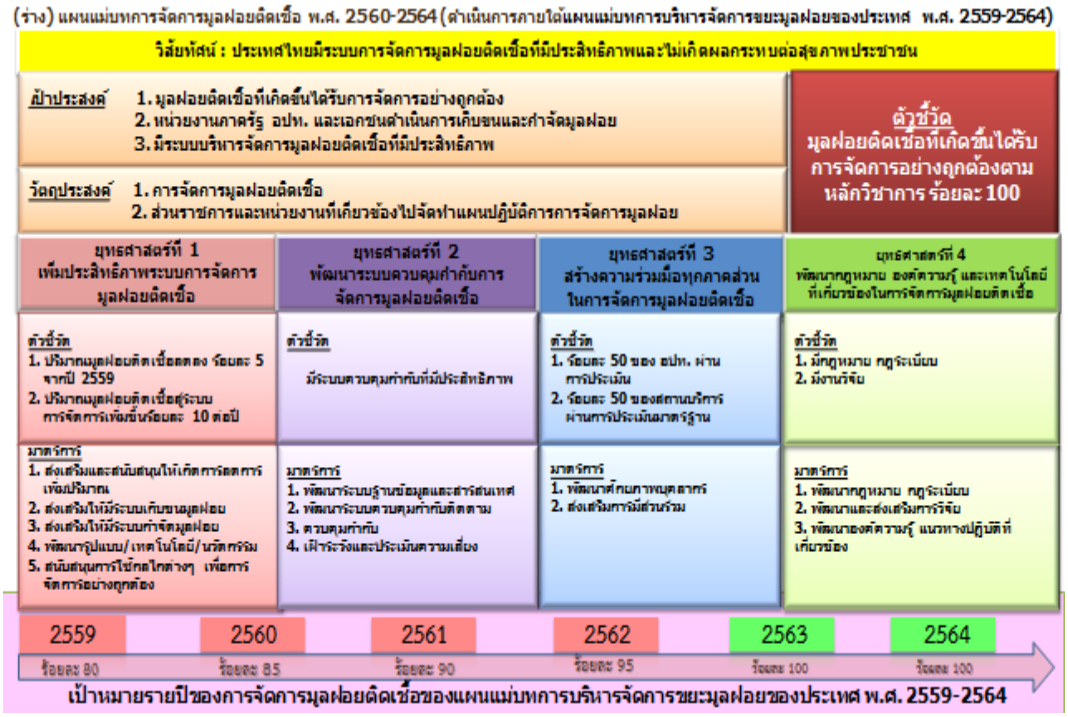
๒. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไป/มูลฝอยติดเชื้อ/มูลฝอยอันตราย โดยผ่านกลไกคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งผู้ว่าราชการจังหวัดฯ มีข้อสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

๒.๑ ท้องถิ่นจังหวัดติดตามเร่งรัดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง ดำเนินการออกข้อกำหนดท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และมีการบังคับใช้ในพื้นที่

๒.๒ สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด ร่วมกับท้องถิ่นจังหวัดฯ ดำเนินการจัดประชุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องการแบ่งกลุ่มพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Clustering) เพื่อรองรับการจัดตั้งศูนย์กำจัดขยะมูลฝอย

๒.๓ กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่พร้อมดำเนินการด้านการจัดมูลฝอยติดเชื้อ ให้โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง เป็นศูนย์รวมกำจัดหรือศูนย์รวบรวมส่งกำจัดบริษัทเอกชน แต่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเร่งดำเนินการให้เป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕

๓. การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ในหมวด EHA ๔๐๐๑ การจัดการมูลฝอยทั่วไป สามารถขับเคลื่อนให้การบริหารจัดการบ่อทิ้งขยะของเทศบาล มีการพัฒนาปรับปรุงให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ ส่งผลให้ปริมาณขยะตกค้างลดลงและมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น



๒. ประเด็นการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน ๑๘ ต่อประชากรแสนคน และมีการตรวจติดตามผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑. ประเด็นเชิงระบบบริหารจัดการได้แก่

๑.๑ การดำเนินงานศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนของจังหวัด ในภาพรวมยังไม่ได้มีการประชุมทุกเดือน แต่จะมีการรายงานสถานการณ์การอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และการเสียชีวิตในการประชุมความมั่นคงของจังหวัด

๑.๒ การดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอมีการดำเนินการตามที่สั่งการเพียงบางจังหวัด โดยในส่วนมากจะรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุผ่านการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ แต่ในบางอำเภอขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และมีการประชุมสม่ำเสมอ ซึ่งจากการรายงานของสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ๒๔ แห่งที่รายงานให้สำนักนายกรัฐมนตรี มีจังหวัดที่จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอครบทุกอำเภอ ๑๕ จังหวัด (ร้อยละ ๖๓) และทุกจังหวัดที่รายงานยังไม่สามารถจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่นได้ทุกแห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐)

๑.๓ กลไกการดำเนินงานด้านข้อมูลมีเพียงบางจังหวัดที่สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน (ข้อมูลจากสาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ) โดยในจังหวัดที่มีการดำเนินการสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการบูรณาการ และมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งจากการรายงานของสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดมีจังหวัดที่ประชุมคณะทำงานด้านข้อมูล ๑๐ จังหวัด (ร้อยละ ๔๒) ในด้านการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนมีจังหวัดที่มีการตั้งคณะทำงานยังไม่ครบทุกจังหวัด ๔ จังหวัดที่ไม่มีคณะทำงานสอบสวน (ร้อยละ ๑๗) และจังหวัดที่มีคณะทำงานสวบสวนฯ และประชุมทุกเดือนมี ๒ จังหวัด (ร้อยละ ๘) โดยส่วนมากจะมีการประชุมเมื่อเกิดอุบัติเหตุใหญ่ ๑๕ จังหวัด (ร้อยละ ๖๓)

๑.๔ การดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน ในหลายจังหวัดมีการสั่งการจากผู้ว่าราชการจังหวัดให้ดำเนินการในพื้นที่ส่วนราชการ พร้อมทั้งลงนามความร่วมมือในทุกหน่วยงาน (MOU) โดยเน้นเรื่องของการสวมหมวกนิรภัยในการเข้า-ออกหน่วยงานราชการ จากการรายงานของสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด มีโรงเรียนที่ดำเนินการมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนนมีจำนวน ๑,๘๖๙ แห่ง (ร้อยละ ๓๔) ในสถานประกอบการ/โรงงานมีการดำเนินงาน ๑,๐๑๒ แห่ง (ร้อยละ ๖) โดยหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเน้นเรื่องของความปลอดภัยของรถพยาบาล โดยการจำกัดความเร็วของรถพยาบาล และการติดGPS กล้องหน้ารถ และการทำประกันภัยชั้น ๑

๑.๕ มาตรการชุมชน ด่านชุมชน มีการดำเนินงานมากในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่ในภาคกลาง และตะวันออกยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากรายงานของสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดมีการดำเนินงานด่านชุมชนทุกจังหวัดทั้ง ๒๔ จังหวัด (ร้อยละ ๑๐๐) เนื่องจากเป็นข้อสั่งการของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนที่ให้มีการดำเนินการทุกจังหวัดช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ๒๕๖๐ ที่ผ่านมา

๒. การดำเนินการในการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ

๒.๑ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ FR เป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือหลังเกิดเหตุได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น ซึ่งจากการรายงานของสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ยังไม่มีจังหวัดใดที่มีหน่วย FR ครบทุกตำบล

๒.๒ การออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินภายใน ๑๐ นาทีหลังรับแจ้งเหตุสามารถดำเนินการได้มากว่าร้อยละ ๘๐ จำนวน ๖ จังหวัด (ร้อยละ ๒๕) โดยการออกปฏิบัติการให้ได้ภายใน ๑๐ นาที มากที่สุดอยู่ในช่วงร้อยละ ๗๐ – ๘๐ ของการออกเหตุทั้งหมด (ร้อยละ ๒๙)

๒.๓ การเรียกใช้หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน ๑๖๖๙ จากการรายงานพบว่าในจังหวัดที่รายงานส่วนใหญ่มีการเรียกผ่าน ๑๖๖๙ มากกว่าร้อยละ ๘๐ อยู่จำนวน ๘ จังหวัด (ร้อยละ ๓๓)

ผลการดำเนินงาน

๑. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ทั้งช่วงตลอดปี และช่วงเทศกาล

๑. สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยมีดังนี้

๑.๑ ในปี ๒๕๕๙ (มกราคม – ธันวาคม ๒๕๕๙) มีผู้เสียชีวิต จำนวน ๑๕,๔๕๘ ราย ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชลบุรี อุบลราชธานี และอัตราผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๗๗ ได้แก่ จังหวัดระยอง จันทบุรี ปราจีนบุรี

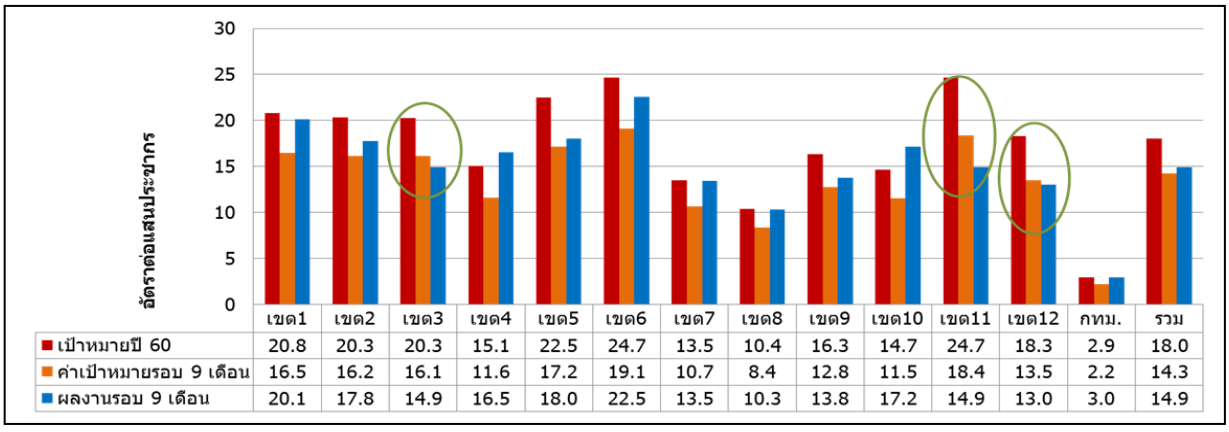
๑.๒ ในปี ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐) มีผู้เสียชีวิต จำนวน ๙,๗๔๖ ราย และอัตราผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๙ ส่วนจังหวัดที่มีผู้เสียชีวิตลดลง ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ๑๑๒ ราย สมุทรสาคร ๕๘ ราย และภูเก็ต ๕๓ ราย

๒. อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากร เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย รอบ ๙ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐)

๒.๑ เป้าหมายทั้งปี : ไม่เกิน ๑๘ ประชากรแสนคน (๑๑,๘๘๔ คน)

๒.๒ เป้าหมายรอบ ๙ เดือน : ไม่เกิน ๑๔.๓ ต่อแสนประชากร (๙,๒๐๙ คน)

๒.๓ ผลการดำเนินงานรอบ ๙ เดือน : ๑๔.๙ ต่อแสนประชากร (๙,๗๔๖ คน)



	เขต1	เขต2	เขต3	เขต4	เขต5	เขต6	เขต7	เขต8	เขต9	เขต10	เขต11	เขต12	กทม.	รวม
เป้าหมายปี 60	20.8	20.3	20.3	15.1	22.5	24.7	13.5	10.4	16.3	14.7	24.7	18.3	2.9	18.0
ค่าเป้าหมายรอบ 9 เดือน	16.5	16.2	16.1	11.6	17.2	19.1	10.7	8.4	12.8	11.5	18.4	13.5	2.2	14.3
ผลงานรอบ 9 เดือน	20.1	17.8	14.9	16.5	18.0	22.5	13.5	10.3	13.8	17.2	14.9	13.0	3.0	14.9

เป้าหมายปี ๖๐ ไม่เกิน ๑๘ ต่อประชากรแสนคน

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลมรณบัตร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
วิเคราะห์โดย : สำนักโรคไม่ติดต่อ

๒. ผลการดำเนินการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๑ แนวทางการดำเนินการ

๑) ดำเนินงานการป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนตามมาตรการ ๔ มาตรการ ได้แก่ มาตรการด้านการบริหารจัดการ มาตรการด้านการจัดการข้อมูล (๔I) มาตรการด้านการป้องกัน (ACDR) และมาตรการด้านการรักษาพยาบาล (พัฒนาคุณภาพ ๒ EIR) โดยใช้แนวทางดำเนินการ

๒) จัดทำแผนการดำเนินงานการป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน ปี ๒๕๖๐ ระดับจังหวัด เขต ให้มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับแผนการดำเนินงานด้านความปลอดภัยและลดอุบัติเหตุทางถนน ของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๐

๓) รายงานผลการดำเนินงานตาม Quick win เป็นรายไตรมาส ในระบบรายงาน Quick win for Road Safety ผ่านทาง website http://ict-pher.moph.go.th/quickwin ภายในวันที่ ๒๕ ของเดือนสุดท้ายของไตรมาส

๒.๒ ผลการดำเนินการ พบว่า มีการดำเนินงานบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน ไตรมาสที่ ๑-๓ รายงานในระบบ QUICKWIN Online และจำนวนจุดเสี่ยงที่จังหวัดชี้เป้า ๕ จุด/ไตรมาส ซึ่งอาจจะมีความซ้ำซ้อนบ้างในกรณีที่จุดเสี่ยงดังกล่าวยังไม่ได้รับการแก้ไขในบางพื้นที่

การดำเนินงานบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน ไตรมาส 1-3

มาตรการข้อมูล	ข้อมูล 3 ฐาน	จำนวนจุดเสี่ยง ที่มีการชี้เป้า	จำนวนจุดเสี่ยง ที่แก้ไข
ไตรมาส 1	68 จังหวัด (84%)	1,008 จุด	419 จุด (41.57%)
ไตรมาส 2	63 จังหวัด (83%)	574 จุด	345 จุด (60.10%)
ไตรมาส 3	45 จังหวัด (59%)	557 จุด	277 จุด (49.73%)

จำนวนจุดเสี่ยงแต่ละไตรมาสอาจมีความซ้ำซ้อน เนื่องจากเป็นจุดเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข

ข้อมูลที่ สสจ. รายงานในระบบ QUICKWIN Online ข้อมูล ณ วันที่ 11 ส.ค. 2560 เวลา 16.00 น.

๓. ผลการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ให้เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (มาตรา ๔๔) ข้อห่วงใย/ข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรี มติคณะรัฐมนตรี (วันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๕๙) ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน แผนที่นำทางเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Map) ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (Decade of Action for Road Safety) พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓ ตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๙ ของจังหวัด และกรุงเทพมหานคร

๓.๑ แนวทางการดำเนินการ

กระทรวงสาธารณสุข มีการสร้างมาตรการทางสังคม และชุมชนให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตในระดับพื้นที่ โดยอำเภอบูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฝ่ายปกครองในระดับพื้นที่ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน แกนนำชุมชนหมู่บ้านและภาคประชาสังคม ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม สร้างวินัย ปรับเปลี่ยนทัศนคติและปลูกจิตสำนึกด้านความปลอดภัยทางถนน และการจัดเวทีประชาคมให้ชุมชนร่วมกันกำหนดกติกาหมู่บ้านหรือธรรมนูญชุมชนหมู่บ้าน

๓.๒ ผลการดำเนินการ

๑) ธรรมนูญอุบัติเหตุชุมชนหรือประชาคม คือ การจัดทำธรรมนูญอุบัติเหตุชุมชนหรือประชาคม ผู้นำชุมชน/ฝ่ายปกครอง กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน หน่วยงานในพื้นที่ร่วมกับสมาชิกในชุมชน ร่วมกันสร้างข้อตกลงและกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยในการจราจรที่สมาชิกในชุมชนยอมรับ

๒) การสื่อสารมาตรการ และประกบกลุ่มเสี่ยง คือ การสื่อสารมาตรการเพื่อให้คนในชุมชนเข้าใจ ตระหนักและให้ความร่วมมือเพื่อลดแรงต้าน โดยเฉพาะการสื่อสารไปยังกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มดื่มแล้วขับ กลุ่มขับรถเร็ว และผู้ขายสุราในชุมชน โดยการประชุมอบรมกลุ่มเสี่ยง ใช้เสียงตามสาย หรือป้ายสื่อสารมาตรการ เป็นต้น

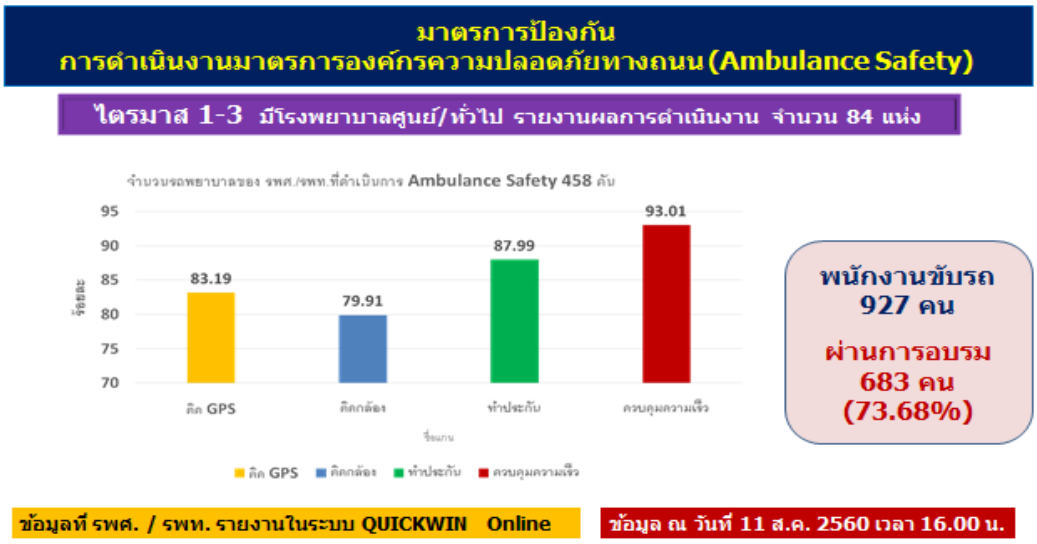
๓) การตั้งด่านชุมชนเชิงรุก คือ ในช่วงเทศกาล หรือช่วงที่มีงานสำคัญในพื้นที่ ผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครต่างๆ และสมาชิกในชุมชน “ตั้งด่านชุมชนเชิงรุก” ไม่เฉพาะประจำการอยู่ที่ตั้ง ออกมาปฏิบัติหน้าที่บนท้องถนนในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องปรามคนในชุมชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และไม่ให้ออกสู่ถนนใหญ่ โดยมีการเตรียมการตั้งด่านชุมชนเชิงรุก วางแผน ซักซ้อม ทีมปฏิบัติเพื่อความเข้มแข็ง และการประสานงานเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง/ตำรวจ/ทหาร เป็นกำลังสนับสนุนการดำเนินการตั้งด่านชุมชน

๔. ผลการดำเนินการในการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ

๔.๑ แนวทางการดำเนินการ ดังนี้

๑) มาตรการป้องกันการดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน (Ambulance Safety) ในไตรมาส ๑-๓ มีผลการดำเนินงานใน รพศ./รพท. จำนวน ๘๔ แห่ง ของจำนวนรถพยาบาลทั้งหมด ๔๕๘ คัน

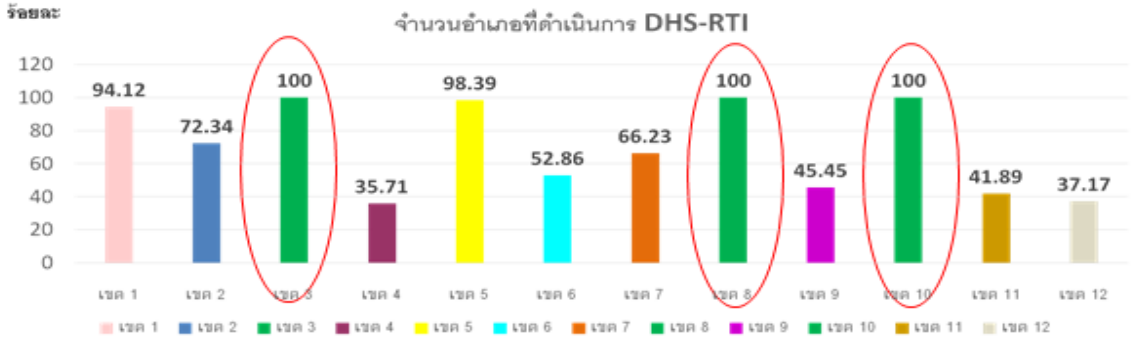
ติด GPS (คัน)	ติดกล้อง (คัน)	ทำประกัน (คัน)	ควบคุมความเร็ว (คัน)	พนักงานขับรถ (คน)	พขร.ผ่านการอบรม (คน)
๓๘๑	๓๖๖	๔๐๓	๔๒๖	๙๒๗	๖๘๓



๒) สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด มีการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัด ได้แก่ ๑) ศปถ.อำเภอ ๒) ศปถ.,อปท. ๓) คณะทำงานข้อมูล ๔) ทีมสอบสวนสหสาขา ๕) มาตรการองค์กรในสถานศึกษา ๖) มาตรการองค์กรในสถานประกอบการ ๗) มาตรการด่านชุมชน ๘) หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ FR ๙) การออกปฏิบัติการภายใน ๑๐ นาทีหลังรับแจ้งเหตุ ๑๐) การเรียกใช้ผ่าน ๑๖๖๙

๔.๒ ผลการดำเนินการ พบว่า การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มีจำนวนอำเภอที่ดำเนินการ ๖๑๕ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๗๐

การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)
ภาพรวมจำนวนอำเภอที่ดำเนินการ 615 อำเภอ (70%) ไตรมาส 1-3



เขต	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
จำนวนอำเภอทั้งหมด	102	47	54	70	62	70	77	87	88	70	74	78

ข้อมูลที่ สสจ. รายงานในระบบ QUICKWIN Online

ข้อมูล ณ วันที่ 11 ส.ค. 2560 เวลา 16.00 น.

๕. ปัญหา ข้อจำกัดในการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

๕.๑ การดำเนินงานในพื้นที่เรื่อง การควบคุมความเร็ว ขาดอุปกรณ์ตรวจจับความเร็วไม่เพียงพอ

๕.๒ บางจังหวัดไม่มีเวทีนำเสนอข้อมูลและการบูรณาการข้อมูลบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เนื่องจาก ศปถ. จังหวัดไม่มีการประชุม

๕.๓ การสอบสวนไม่เป็นรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ข้อมูลไม่ครอบคลุม และแต่ละหน่วยงานขาดองค์ความรู้ในการสอบสวน

๕.๔ การดำเนินงานมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน ขาดมาตรการควบคุม กำกับติดตามอย่างจริงจัง

๕.๕ การดำเนินงานด่านชุมชนอาจไม่เหมาะสมกับบริบทในบางพื้นที่ และขาดงบประมาณสนับสนุน

๕.๖ การควบคุมความเร็ว และปัญหาเด็กแว้น แข่งรถ ไม่สามารถควบคุมได้ตลอดเวลา เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่ตำรวจไม่เพียงพอ

๕.๗ การปรับเปลี่ยนผู้บริหารมีผลต่อการเปิดประชุม ศปถ. จังหวัด

๖. ข้อเสนอแนะในการดำเนินการ

๖.๑ เร่งรัดการดำเนินงานของ ศปถ.จังหวัด และ ศปถ.อำเภอ

- จัดให้มีการประชุม : ศปถ.จังหวัด/คณะทำงานข้อมูล /ทีมสอบสวนสหสาขา
- ขับเคลื่อนให้เกิด ศปถ. และ อปท.
- ให้มีการนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณ/คุณภาพ ใน ศปถ. จังหวัด และ ศปถ.อำเภอ
- ศปถ.จังหวัด/อนุกรรมการ/คณะทำงาน จังหวัด ลงไป coach และกำกับติดตามพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

๖.๒ เร่งรัดการดำเนินงานมาตรการองค์กรในหน่วยงานภาครัฐ สถานศึกษา และสถานประกอบการ

๖.๓ ให้มีโครงสร้างอนุกรรมการ/คณะทำงาน ที่ได้รับการอบรมสมรรถนะด้านการจัดการกลไก และการจัดการข้อมูล มีแผนงานเพื่อจัดการความเสี่ยงและติดตามประเมินผล PDCA

๖.๔ ร่วมหารือกับภาคีในการแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยง แก้ไขจุดเสี่ยง

๖.๕ แสวงหางบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่

๗. ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

๗.๑ กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดร่วมกัน (Joint KPI) ระหว่าง มท. , สธ. , คค. , ตร. ขับเคลื่อนโดยผู้ว่าราชการทุกจังหวัด

๗.๒ มีนโยบายให้ ศปถ.จังหวัด/ศปถ.อำเภอ ดำเนินงานอย่างจริงจัง มีการกำกับ ติดตาม ดังนี้

- มีการประชุมอย่างต่อเนื่องทุกเดือน หรือ ๒ เดือน/ครั้ง
- มีคณะทำงานข้อมูล/คณะสอบสวนสหสาขา และมีการประชุมสม่ำเสมอ

๗.๓ ให้หน่วยงานภาครัฐมีนโยบายให้ดำเนินการมาตรการองค์กร

๗.๔ มีการจัดสรรงบให้ ศปถ.จังหวัด ในการพัฒนาทีมงาน พัฒนาข้อมูล และติดตาม ศปถ.อำเภอ

๗.๕ ฝ่ายปกครองและท้องถิ่นควรให้ความสำคัญและดำเนินการแก้ไขปัญหาของพื้นที่อย่างเข็มแข็ง และเป็นรูปธรรม โดยใช้กลไก ศปถ.อ. ,ศปถ.,อปท.

๗.๖ สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือในการบังคับใช้กฎหมาย : เครื่องตรวจวัดระดับ alc. ในเลือด/เครื่องตรวจจับความเร็ว

๗.๗ หาข้อตกลงแนวทางปฏิบัติการตรวจวัดระดับ alc. ในเลือด : ค่าใช้จ่าย

๗.๘ เร่งรัดให้เกิดการเชื่อมระบบใบสั่งของตำรวจกับการต่อทะเบียนรถของขนส่ง

.....

ภาคผนวก

สำเนา

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๘๒๖/๒๕๕๙
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

อนุสนธิคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๑๓๓/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ เพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบสนับสนุนการตรวจราชการให้เป็นไปด้วยความเหมาะสม และสามารถสนับสนุนการดำเนินงานของผู้ตรวจราชการและคณะในการตรวจราชการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้น

เนื่องจากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมายในด้านการตรวจราชการเพิ่มขึ้น รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงบุคคลผู้รับผิดชอบงาน ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาระบบการตรวจราชการสามารถสนับสนุนการตรวจราชการให้บรรลุเป้าหมายอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ จึงยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๑๓๓/๒๕๕๘ และขอแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

๑.	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
๒.	รองอธิบดีกรมการแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๓.	รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๔.	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๕.	รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๖.	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๗.	รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๘.	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๙.	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๑๐.	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
๑๑.	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
๑๒.	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
๑๓.	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๔.	ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
๑๕.	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑๖.	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๑๗.	ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๑๘.	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๑๙.	ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ

๒๐. ผู้อำนวยการสำนัก...

๒๐.	ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๑.	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๒.	ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๓.	ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีและสารสนเทศ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๔.	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์	สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๕.	หัวหน้ากลุ่มประเมินผล	สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๖.	ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ
๒๗.	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ	สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๘.	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนของกลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ	สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการจัดทำแผน และแนวทางการตรวจราชการให้เป็นไปอย่างบูรณาการสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวง และการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่

๒. ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการติดตามรายงานผลการตรวจราชการที่สามารถสะท้อนปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง/หน่วยงานส่วนกลางในการพิจารณาสนับสนุนทรัพยากรและแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนการพัฒนาในเชิงนโยบายต่อไป

๓. กำหนดแนวทางและพัฒนาระบบสนับสนุนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๔. สนับสนุนการดำเนินงานของผู้ตรวจราชการและคณะ เพื่อให้การตรวจราชการในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

๖. ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ปลัดกระทรวงมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

ลงชื่อ *มรุต จิรเศรษฐสิริ*
(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง
ศิริพร ลั่นซ้าย
(นางศิริพร ลั่นซ้าย)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

สำเนา

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดินร่วมสมัย เป็นมาตรการสำคัญที่จะทำให้การปฏิบัติราชการ และการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้กำหนดขอบเขตการตรวจราชการใน ๕ ภารกิจหลัก ได้แก่ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ , การพัฒนาระบบบริการ , การบริหารทรัพยากรมนุษย์ , การบริหารจัดการ รวมถึงการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรีด้วย

เพื่อให้การตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปอย่างบูรณาการ สอดคล้องตามนโยบายและเป้าหมายยุทธศาสตร์ของกระทรวง และบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย กระทรวงสาธารณสุขจึงแต่งตั้งบุคคลดังมีรายชื่อตามเอกสารแนบท้ายคำสั่งนี้ เป็นคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบด้วย ๕ คณะ ดังนี้

คณะที่ ๑ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์
คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ
คณะที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

โดยให้มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดกรอบประเด็นการตรวจราชการ และกำหนดตัวชี้วัดในประเด็นตรวจราชการที่เหมาะสม
๒. กำหนดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับติดตามและประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพ
๓. พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
๔ ติดตามประเมินผลการตรวจราชการตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
๕. สรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๖. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม
๗. ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ปลัดกระทรวงมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙

สำเนาถูกต้อง
ศิริพร ลั่นซ้าย
(นางศิริพร ลั่นซ้าย)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

ลงชื่อ *มรุต จิรเศรษฐสิริ*
(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารแนบท้าย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

.....

๑.	นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	ประธาน
๒.	นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	รองประธาน
๓.	แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	รองประธาน
๔.	นายแพทย์อภิชาติ รอดสม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖	รองประธาน
๕.	นายแพทย์ไพศาล ธัญญาวินิจกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑	รองประธาน
๖.	นายแพทย์ยุทธนา พูนพานิช	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	รองประธาน
๗.	นายแพทย์ยอร์น จิระนคร	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	รองประธาน
๘.	แพทย์หญิงมธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๙.	ดร.แพทย์หญิงเบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑๐.	นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์	ผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๑.	แพทย์หญิงพจมาน ศิริอารยาภรณ์	หัวหน้ากลุ่มสอบสวนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและประสานกฎอนามัยระหว่างประเทศ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๒.	นางสาวนิภาพรรณ สฤษดิ์อภิรักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๓.	แพทย์หญิงผลิน กมลวัทน์	ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๔.	นายสุขสันต์ จิตติมณี	หัวหน้ายุทธศาสตร์และประเมินผล สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๕	แพทย์หญิงสุมนี วัชรสินธุ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๖.	นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๗.	แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ	รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๘.	นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ

๑๙.นางสุชาดา...

๑๙.	นางสุชาดา เกิดมงคลการ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๐.	นายขจรศักดิ์ จันทร์พาณิชย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๑.	นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี่	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม สำนักโรคจากการประกอบ อาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๒.	นางภัคนี สิริปูชกะ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๓.	นางสาวพรทิพย์ ศิริภาณุมาศ	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กองแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๔.	นางสาวฉันทนา เจนศุภเสรี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๕.	นายแพทย์เกรียงไกร นามไธสง	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
๒๖.	นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จ พระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรรมการ
๒๗.	แพทย์หญิงดารณี สุวพันธ์	ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการ
๒๘.	นายแพทย์วิโรจน์ วีระชัย	ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติด ยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์	กรรมการ
๒๙.	เภสัชกรชาพล รัตนพันธุ์	ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
๓๐.	ดร.ณธิป วิมุตติโกศล	เภสัชกรเชี่ยวชาญ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
๓๑.	นายอาทิตย์ พันธุ์เดช	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
๓๒.	นายแพทย์สุชาติ เลาบริพัตร	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๓๓.	นายแพทย์ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ

๓๔.นายพรเทพ...

๓๔.	นายพรเทพ ล้อมพรหม	หัวหน้ากลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๓๕.	นางสาวนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร	กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๓๖.	นายนพดล ครุธน้อย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๓๗.	นายฆณายุทธ ศรีงามเมือง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๓๘.	นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๓๙.	นางสาวสุธาทิพย์ จันทรักษ์	หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๐.	นางสาวรตี สงวนรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๑.	ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ	ผู้อำนวยการสำนักพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๒.	นางพรพิศ กาลนาน	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๓.	นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
๔๔.	นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย	กรรมการ
๔๕.	แพทย์หญิงนภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล	ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
๔๖.	นายแพทย์อุดม อัศวุตมางกุร	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
๔๗.	นางสาวสิริวรรณ จันทนจุลกะ	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	กรรมการ
๔๘.	นายสมชาย ตู้แก้ว	ผู้อำนวยการศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย	กรรมการ
๔๙.	ทันตแพทย์หญิงปิยดา ประเสริฐสม	ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	กรรมการ

๕๐.นายสืบพงษ์...

๕๐.	นายสืบพงษ์ ไชยพรรค	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
๕๑.	นางปรียานุช บูรณะภักดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย	กรรมการ
๕๒.	นายประโชติ กราบกราน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย	กรรมการ
๕๓.	นางสาวมลฤดี ตรีวินัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมอนามัย	กรรมการ
๕๔.	นางสาวนวรัตน์ อภิชัยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กรมอนามัย	กรรมการ
๕๕.	นายแพทย์พงศธร พอกเพิ่มดี	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๕๖.	ดร.ไพบูลย์ เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๕๗.	นางนิธิวดี บัตรพรรธนะ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๕๘.	นางภารณี วสุเสถียร	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
๕๙.	นางสุนันทา กาญจนพงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
๖๐.	นางปนิตา ธีรสฤษกุล	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
๖๑.	นายสุวัฒน์ โคตรสมบัติ	ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและเลขานุการ
๖๒.	นางฐปณภร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖๓.	นางสาวศิญาภัสร์ จำรัสอธิวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖๔.	นางสุรีรัตน์ ใจดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖๕.	นายวิวัฒน์ ชอบดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖๖.	นางนุช ชูวา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖๗.	นางนวลจันทร์ นุกูลอุดมพานิชย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารแนบท้าย
คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
.....

๑.	นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	ประธาน
๒.	นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	รองประธาน
๓.	นายแพทย์ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒	รองประธาน
๔.	นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓	รองประธาน
๕.	นายแพทย์ยอร์น จิระนคร	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	รองประธาน
	<u>กรมการแพทย์</u>		
๖.	นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวานิช (Service Plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน)	รองอธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ
๗.	นายแพทย์เกรียงไกร นามไธสง	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
๘.	นายแพทย์ภัทรวินท์ อัตตะสาระ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
๙.	นายเกรียงไกร เฮงรัศมี (Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด)	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก	กรรมการ
๑๐.	นายแพทย์วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล (Service Plan สาขาทารกแรกเกิด)	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	กรรมการ
๑๑.	แพทย์หญิงปฐมพร ศิรประภาศิริ (Service Plan สาขามะเร็ง)	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขารังสีวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	กรรมการ
๑๒.	นายแพทย์ภูวัต จารุกำเนิดกนก (Service Plan สาขาตา)	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	กรรมการ
๑๓.	นายแพทย์สกานต์ บุนนาค (Service Plan สาขาไตและปลูกถ่ายอวัยวะ)	ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี	กรรมการ
๑๔.	นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล (Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ และสาขาหลอดเลือดสมอง)	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันประสาทวิทยา	กรรมการ
๑๕.	แพทย์หญิงเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ (Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้น (COPD))	หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรมปอด สถาบันโรคทรวงอก	กรรมการ
๑๖.	ผู้อำนวยการสถาบันทันตกรรม (Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)	สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์	กรรมการ

๑๗. นายแพทย์อากาศ...

๑๗.	นายแพทย์อากาศ พัฒนเรืองไล	ที่ปรึกษากรมการแพทย์	กรรมการ
	(Service Plan สาขา Palliative care)		
๑๘.	นางอำไพพร ยังวัฒนา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
	(Service Plan สาขา Palliative care)		
๑๙.	นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
	(Service Plan สาขา Palliative care)		
	<u>กรมสุขภาพจิต</u>		
๒๐.	นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
	(Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช)		
	<u>กรมควบคุมโรค</u>		
๒๑.	นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๒.	แพทย์หญิงสุมนี วัชรสินธุ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
	(Service Plan สาขา DM/HT)		
	<u>กรมอนามัย</u>		
๒๓.	ทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ	รก.ทันตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย	กรรมการ
	(Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)		
๒๔.	ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย		กรรมการ
	(Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)		
	<u>กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</u>		
๒๕.	นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์	รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
	(Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน)		
	<u>สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u>		
๒๖.	นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
	(Service Plan สาขาปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ)		
๒๗.	คุณพรพิมล จันทร์คุณาภาส	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
	(Service Plan สาขา Rational Drug Use (RDU))		
๒๘.	ทันตแพทย์จารุวัฒน์ บุษราคัมคุหะ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
	(Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)		
	<u>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u>		
๒๙.	แพทย์หญิงมานิตา พรรณวดี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการ

๓๐.นางจิราภรณ์...

๓๐.	นางจิราภรณ์ สิงหเสนี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการ
๓๑.	นายสมลักษณ์ ศิริชื่นวิจิตร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการ
	<u>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u>		
๓๒.	นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน (Service Plan ๕ สาขาหลัก)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม	กรรมการ
๓๓.	นายแพทย์ประสิทธิชัย มั่งจิต	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี (Service Plan สาขาปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ)	กรรมการ
	<u>ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒</u>		
๓๔.	นายแพทย์ธำรง หาญวงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
๓๕.	นายแพทย์วิสิทธิ์ เสถียรวันทนีย์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
๓๖.	นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
๓๗.	นายแพทย์สุรชัย โชคครรชิตชัย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
๓๘.	นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
๓๙.	นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
๔๐.	นายแพทย์ชุติเดช ตาบ-องครักษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
๔๑.	นายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
๔๒.	แพทย์หญิงณภัทร สิทธิศักดิ์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๔๓.	นายแพทย์สมชาย อัศวสุดสาคร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
๔๔.	นายแพทย์ชลิต ทองประยูร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
๔๕.	นายแพทย์พีระพงษ์ ภาวสุทธิไพศิฐ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ

๔๖.นายแพทย์สุภาพ...

๔๖.	นายแพทย์สุภาพ ไพศาลศิลป์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
๔๗.	นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธิ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
๔๘.	นางสาวปนิตา ธีรสฤษกุล	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
๔๙.	นายสุรัติ ฉัตรไชยาฤกษ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ เลขานุการ
๕๐.	นางสาวฐปณภร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๑.	นางอรชร วิชัยคำ	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๒.	นางสุธนา ลีลาอดิศร	เลขานุการผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๓.	นางสาวคะนึงนิตย์ จิตต์บรรจง	ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารแนบท้าย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์

.....

๑.	แพทย์หญิงวารุณี จินารัตน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	ประธาน
๒.	นายแพทย์ไพศาล ดั่นคุ้ม	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	รองประธาน
๓.	นายแพทย์สุรพร ลอยหา	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐	รองประธาน
๔.	นายแพทย์เจษฎา ฉายคุณรัฐ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	รองประธาน
๕.	นางกองมณี สุรวงษ์สิน	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
๖.	นางจิราภรณ์ อุ่นเสียม	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
๗.	นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร	ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๘.	นางอริยา สุขลิ้ม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๙.	นางกัลยา เนติประวัติ	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐.	นางศรีนวล ศิริคะรินทร์	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑.	นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๑๒.	นางวิรุณศิริ อารยวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๑๓.	นายพงศธร พอกเพิ่มดี	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๔.	นางธิติภัทร คูหา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๕.	นายสรรเสริญ นามพรหม	ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๖.	นางจีรพร ทองหอม	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๗.	นายรายิน อโรร่า	ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๘.	นายแพทย์พลวรรธน์ วิทูรกลชิต	ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๙.	ประธานคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล (CHRO) เขต ๑-๑๒		กรรมการ
๒๐.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ สำนักตรวจและประเมินผล		กรรมการและเลขานุการ
๒๑.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙ สำนักตรวจและประเมินผล		กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารแนบท้าย
คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะ ๔ การบริหารจัดการ

.....

๑.	นายแพทย์พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	ประธาน
๒.	นายแพทย์รัฐวุฒิ สุขมี	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	รองประธาน
๓.	นายแพทย์ณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	รองประธาน
๔.	นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕	รองประธาน
๕.	นายผดุชชัย เคียนทอง	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
๖.	นางจารุภา จำนงศักดิ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
๗.	นางจิราภรณ์ อุ่นเสียม	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
๘.	หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
๙.	นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐.	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
๑๑.	นางสาวกาญจน์นภาแก้วคง	นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๒.	ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
๑๓.	นางภัทรอนงค์ จองศิริเลิศ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๔.	นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๕.	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
๑๖.	นางมะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ	ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๗.	นายมณฑล บัวแก้ว	หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๓ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๘.	นางชูจิตร นาชีวะ	หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๑ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

๑๙. นางนพรัตน์...

๑๙.	นางนพรัตน์ จันทศรี	รองหัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๑ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๐.	เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ		กรรมการ
๒๑.	นางธัณณ์จิรา ธนาศิริธัชนันท์	รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๒.	นางสินีนุช ชัยสิทธิ์	ผู้จัดการงานติดตามและประเมินผล สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๓.	ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๔.	นายแพทย์วิเชียร เทียนจารุวัฒนา	รองผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๕.	นางอมรรัตน์ พีระพล	นักวิชาการการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๖.	นางนิ่มอนงค์ สายรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานแผนงานและประเมินผล กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๗.	นางสาวอโณทัย ไชยปาละ	กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๘.	นางอุทัย เกษรา	กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๙.	หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๐.	นางชนิดา กาจีนะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๑.	นางจุฬาพร กระเทศ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๒.	ผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๓.	นางศิริมา ลีละวงศ์	นักวิชาการพยาบาลชำนาญการพิเศษ สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๔.	ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๕.	นางสุนีย์ สว่างศรี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการ
๓๖.	นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบูรณ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๕ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและเลขานุการ
๓๗.	นายชาลี เอี่ยมมา	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๘.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑ สำนักตรวจและประเมินผล		กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๓๙. นางมาติกา...

๓๙.	นางมาติกา ศิริโสภณ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๔๐.	นางโกสุม สาลี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๔๑.	นายบรรเจิด ทิงเหม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๔๒.	นางสาวธัญชนก เหลืองทองอร่าม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารแนบท้าย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะ ๕ ตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

.....

๑.	นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	ประธาน
๒.	นายแพทย์ณรงค์ สายวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	รองประธาน
๓.	นายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธาน
๔.	นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	รองประธาน
๕.	นายแพทย์อิทธิพล สูงแข็ง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗	รองประธาน
๖.	ดร.นายแพทย์พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธาน
๗.	ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล		กรรมการ
๘.	นายผดุชชัย เคียนทอง	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
๙.	นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
๑๐.	นางจารุภา จำนงศักดิ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
๑๑.	นางสุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
๑๒.	นางสิริพรรณ โชติกมาศ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๑๓.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔ สำนักตรวจและประเมินผล		กรรมการ
๑๔.	นางสาวศิริวรรณ จันทร์สระคู	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการ
๑๕.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ สำนักตรวจและประเมินผล		กรรมการ
๑๖.	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย		กรรมการ
๑๗.	นางณีรนุช อาภาจรัส	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	กรรมการ
๑๘.	นายประโชติ กราบกราน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	กรรมการ
๑๙.	นางสาวนวรัตน์ อภิชัยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	กรรมการ
๒๐.	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมอนามัย		กรรมการ
๒๑.	นายนุกูลกิจ พุกาธร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
๒๒.	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค		กรรมการ
๒๓.	นางภัคนี สิริปูชกะ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ

๒๔. นางสุธิดา...

๒๔.	นางสุธิดา อุทะพันธุ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๕.	นายประหยัด เคนโยธา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๖.	นางอรพรรณ ศิริวงษ์	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๗.	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ	กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๘.	นางนงนุช ตันติธรรม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๙.	นายแพทย์ไผท สิงห์คำ	นายแพทย์ชำนาญการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๓๐.	นายขจรศักดิ์ จันทร์พาณิชย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๓๑.	ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
๓๒.	นางสาวพรสุดา คำเหลือง	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๓.	นางสาวนิตยา คณิตสาร	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๔.	ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
๓๕.	นางภัทร์อนงค์ จองศิริเลิศ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๖.	นางณปภัส นฤคนธ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๗.	นางสาวชุตินาถ ทัศจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๘.	นางสาวจุฑารัตน์ ไต่เมฆ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการ
๓๙.	นางลักษณา ว่องประทานพร	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ เลขานุการ
๔๐.	นางสุภาวดี อัศวศรีอนันต์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๔๑.	นายพีระพล กล้าหาญ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

คณะที่ปรึกษา

๑.	แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
		ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๓
๒.	นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
		ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔
๓.	นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
		ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒
๔.	นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
		ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖
๕.	นายแพทย์รัฐวุฒิ สุขมี	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑
๖.	นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓
๗.	นายแพทย์พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕
๘.	นายแพทย์ณรงค์ สายวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗
๙.	นายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘
๑๐.	นายแพทย์ไพศาล ดั่นคุ้ม	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙
๑๑.	แพทย์หญิงวารุณี จินารัตน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐
๑๒.	นายแพทย์ณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑
๑๓.	แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒
๑๔.	นายแพทย์ไพศาล ธัญญาวินิชกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑
๑๕.	นายแพทย์ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒
๑๖.	นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓
๑๗.	นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔
๑๘.	นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕
๑๙.	นายแพทย์อภิชาต รอดสม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖
๒๐.	นายแพทย์อิทธิพล สูงแข็ง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗
๒๑.	ดร.นายแพทย์พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘
๒๒.	นายแพทย์ยุทธนา พูนพานิช	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙
๒๓.	นายแพทย์สุรพร ลอยหา	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐
๒๔.	นายแพทย์เจษฎา ฉายคุณรัฐ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑
๒๕.	นายแพทย์ยอร์น จิระนคร	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒
๒๖.	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒	

คณะผู้จัดทำ

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๒. คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (คกต.) คณะที่ ๑-๕

๓.	นายแพทย์ภูวเดช สุระโคตร	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๔.	นายสันติ ศิริโกมล	รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๕.	นางสาวลาวัลย์ สุขุมวาท	รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๖.	นางสาวนวลภรณ์ เฉยรอด	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์
๗.	นางสุนีย์ สว่างศรี	หัวหน้ากลุ่มประเมินผล
๘.	นางอุบลวรรณ การสมเจตน์	หัวหน้ากลุ่มอำนวยการ
๙.	นางวัชราพร เห็นใจชน	หัวหน้ากลุ่มรับเรื่องร้องเรียน
๑๐.	นายชาลี เอี่ยมมา	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑
๑๑.	นายสุรัติ ฉัตรไชยาฤกษ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒
๑๒.	นางสาวฐปณภร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓
๑๓.	นายอติชาต หงษ์ทอง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔
๑๔.	นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบูรณ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕
๑๕.	นายสุวัฒน์ โคตรสมบัติ	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖
๑๖.	นางสาวศิริวรรณ จันทร์สระคู	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗
๑๗.	นางปาริฉัตร ตันติยวรงค์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘
๑๘.	นางพรอนันต์ กิตติมั่นคง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙
๑๙.	นางกองมณี สุรวงษ์สิน	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐
๒๐.	นางศิริเพ็ญ ตลับนาค	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑
๒๑.	นางสาวศิญาภัสร์ จำรัสอธิวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒
๒๒.	นางแสงจันทร์ ชาติประสิทธิ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๓
๒๓.	นางลักษณา ว่องประทานพร	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๔.	นางศิริพร ลั่นซ้าย	หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๕.	นางสุภาวดี อัศวศรีอนันต์	หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๖.	นางสาวสิรินันท์ พานพิศ	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๗.	นางสาวขวัญแก้ว จันทรวิเชียร	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๘.	นายพีระพล กล้าหาญ	ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ

บรรณาธิการ

๑. นายแพทย์ภูวเดช สุระโคตร	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๒. นางสาวลาวัลย์ สุขุมวาท	รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๓. นายสันติ ศิริโกมล	รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๔. นายสุวัฒน์ โคตรสมบัติ	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผนและ ติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๑
๕. นายสุรัติ ฉัตรไชยาฤกษ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผนและ ติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๒
๖. นางกองมณี สุรวงษ์สิน	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผนและ ติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๓
๗. นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบูรณ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผนและ ติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๔
๘. นางลักษณา ว่องประทานพร	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผนและ ติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๕
๙. นางศิริพร ลั่นซ้าย	หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ
๑๐. นางสุภาวดี อัศวศรีอนันต์	หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผน และติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๕
๑๑. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
๑๒. นางสาวขวัญแก้ว จันทรวิเชียร	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
๑๓. นายพีระพล กล้าหาญ	ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ

ออกแบบปกโดย

นายสอง แท่นมณี นักศึกษาสาขาวิชาคอมพิวเตอร์กราฟิก วิทยาลัยเทคโนโลยีสยามบริหารธุรกิจ นนทบุรี

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กองตรวจราชการ

กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี