

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งที่ ๗/ ๒๕๖๘

วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๐.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมพระปฐมเทวภิบาล ชั้น ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลหนองคาย

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุม

๑.	นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘	ประธานกรรมการ
๒.	นางสาวปริญดา ทนคำ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๓.	ดร.นายแพทย์สมชาย โชติ ปิยวัชรเวลา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	กรรมการ
๔.	แพทย์หญิงกัญญาภัค ศิลารักษ์ (แทน)	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร	กรรมการ
๕.	นายแพทย์กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช (แทน)	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม	กรรมการ
๖.	นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	กรรมการ
๗.	นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	กรรมการ
๘.	แพทย์หญิงปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี	กรรมการ
๙.	นายแพทย์สมศักดิ์ ประภักฎาฉัตร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร	กรรมการ
๑๐.	นายแพทย์จรุงธรรม ชันดี (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม	กรรมการ
๑๑.	นายแพทย์นพดล พิษณุวงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย	กรรมการ
๑๒.	แพทย์หญิงฤดีมน สกุลคู	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย	กรรมการ
๑๓.	แพทย์หญิงนาตยา มิลส์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู	กรรมการ
๑๔.	นายแพทย์สถาพร โมราราช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ	กรรมการ
๑๕.	นายแพทย์พันธ์นพ ควรดำรงธรรม (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	กรรมการ
๑๖.	นายแพทย์สุนัน ตั้งสุนทรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี	กรรมการ
๑๗.	นายแพทย์พูลสวัสดิ์ วงศ์วิชิต	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส	กรรมการ
๑๘.	แพทย์หญิงภรณ์ พรวัฒนา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	กรรมการ
๑๙.	นายแพทย์ชัยรัตน์ เจริญสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านผือ	กรรมการ
๒๐.	นายแพทย์กฤษฏา ศิริชัยสิทธิ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี	กรรมการ
๒๑.	นายแพทย์ณัฐนันต์ ปิยะพงษ์กุล (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี	กรรมการ
๒๒.	นางเนือทิพย์ หมุ่มมาก (แทน)	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘	กรรมการ
๒๓.	นางบุญนิภา สงคราม	ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘	กรรมการ
๒๔.	ผศ.ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร (แทน)	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี	กรรมการ
๒๕.	นายแพทย์ยอดลักษ์ สัยลังกา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผาขาว	กรรมการ
๒๖.	นายสถิต พูลเพิ่ม	สาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ	กรรมการ
๒๗.	นายศราวดี อีสโร	แพทย์แผนไทยชำนาญการ	กรรมการ
๒๘.	นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น	รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการและเลขานุการ
๒๙.	นายสุริยันต์ ปัญหาราช	รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	ผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุมในระบบ Online

๑.	ดร.นายแพทย์ภมร ดรอุณ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	กรรมการ
๒.	นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้า	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	กรรมการ
๓.	แพทย์หญิงจุฬาพันธ์ุ เหมกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	กรรมการ

/๔. นางอริญญา...

๔. นางอรรณญา สุริยะจันทร์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘	กรรมการ
๕. นายคงจักร์ บุญทัน	ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๖. นายแพทย์สิทธิ เชาวชื่น	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ ๘ อุดรธานี	กรรมการ
๗. นายคณิตย์ วงษา	สาธารณสุขอำเภอปากชม	กรรมการ
๘. นายณภดล ดวงท้าวเศษ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองใหญ่	กรรมการ

#### รายชื่อคณะกรรมการที่ติดภารกิจ

๑. แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธานกรรมการ
๒. นายแพทย์ธิตี อึ้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	กรรมการ
๓. นายเสกสันต์ จันทนะ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่ง	กรรมการ

#### รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมฯ

๑. นายแพทย์อลงกฎ ดอนละ	รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	
๒. แพทย์หญิงสีปศิริ บัณฑิตภิรมย์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	
๓. แพทย์หญิงพิรุณี สัพโส	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร	
๔. แพทย์หญิงพินิตา พันธุ์รัตน์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย	โรงพยาบาลหนองคาย
๕. นายแพทย์วิเชียร มลอยู่พะเนา	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย	โรงพยาบาลเลย
๖. นายแพทย์พันธ์นพ ควรดำรงธรรม	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
๗. นายแพทย์เทอดทูล นิยมพงษ์ศักดิ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
๘. ผศ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	รองผู้อำนวยการด้านวิจัย และบริการวิชาการ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
๙. ดร.สุพัฒน์ จำปาหวาย	ผู้อำนวยการโครงการจัดตั้งวิทยาลัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี	การสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุดรธานี
๑๐. ดร.นพ.ประเมษฐ์ กิ่งโก้	อาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
๑๑. นายแพทย์นิพันธ์ ทองบ่อ	รองผู้อำนวยการด้านดิจิทัล	โรงพยาบาลอุดรธานี
๑๒. นางสาวศุภวรรณ สัพโส	นักประชาสัมพันธ์	โรงพยาบาลวานรนิวาส
๑๓. นางสาวรัชนิกร ขอบไชยแสง	เจ้าพนักงานธุรการ	โรงพยาบาลวานรนิวาส
๑๔. นายศรายุทธ โควินทะสูต	นักจัดการงานทั่วไป	โรงพยาบาลเลย
๑๕. นางสาวสถิตาภรณ์ สุระสิทธิ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
๑๖. นางภัศิยะกุล ชาวกะมุด	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๗. นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๘. นางสาวพินิตาธาร พินธะ	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๙. นางจิราภรณ์ สุทธิบริบาล	นักสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๐. นางพันธมน นภามาต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๑. นางสาวนัฐวดี มูลที	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๒. นางสาววันวิศา ผาแสน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๓. นางสาวปานดาว แก้วมณี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

๒๔.นางสาวจรงค์ษ์ ดงพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๕.นางสาวอรอุมา ประทุมทอง	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๖.นางสาวสิริภา จิตติพิมพ์	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๗.ว่าที่ร้อยตรีณัฐพล ธรรมโสม	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๘.นายวีรพล หมอนชู	นิติกรปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗
๒๙.นางสาวพรทิพย์ สุดใจ	นิติกรปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๐.นายสุวิวัฒน์ สุทธิบริบาล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๑.นายธนพันธ์ มั่งมูล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๒.นางสาวสิตาพัชญา โรจนาศิริรัตน์	นักวิชาการเงินและบัญชี	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๓.นางสาวนาถฤดี ศิรินาม	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๔.นางสาวธีราพร ศรีกัน	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๕.นางสาวพิมพ์พร ดาศักดิ์	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๖.นางสาวชนิสรา นาคานาคา	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๗.นายจิรายุส ไชแสงจันทร์	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๘.นางสาวกรรณิกา ปะละทัง	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๙.นางสาวมณฑพัช อรธวิภาค	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔๐.นายธวัชชัย บุตวงษ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

#### เปิดการประชุม เวลา ๑๐.๐๐ น.

นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ เป็นประธานการประชุม  
ระเบียบวาระที่ ๑

#### ๑.๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

โดย นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘

- ▶ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีข้อสั่งการให้สำรวจข้อมูลญาติหรือบุตรหลานของทหารที่ไปรบชายแดน โดยเฉพาะกลุ่มผู้เสียชีวิต หากเป็นเจ้าหน้าที่ในสังกัดหรือเป็นบุคคลที่สาธารณสุขสามารถช่วยเหลือได้ ให้เก็บข้อมูลเพื่อหาแนวทางสนับสนุนผู้รักษาอชิปไตย
- ▶ เขตสุขภาพที่ ๘ ถูกมองว่ามี "ต้นทุนทางดิจิทัล" ที่สูงกว่าเขตอื่น ๆ ซึ่งเป็นโอกาสสำคัญในการนำเทคโนโลยีมาปิดจุดอ่อนเรื่องทรัพยากรและงบประมาณที่จำกัด การพัฒนา Super App จึงมุ่งเน้นไปที่การลดต้นทุนด้านกำลังคนและกระบวนการทำงานที่ไม่จำเป็น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการให้สูงขึ้น ซึ่งหัวใจสำคัญของการเริ่มต้น Super App คือการทำให้ประชาชนมี Health ID โดยตั้งเป้าหมายการเข้าถึงไว้ที่ ๘๐% โดยใช้กลไกที่เรียกว่า "การทอดกฐิน" คือการกระจายงานลงไปยังระดับพื้นที่ โดยให้ รพ.สต. และ อสม. รับผิดชอบในการช่วยประชาชนดาวน์โหลดและลงทะเบียน Health ID และถูกนำไปผูกกับหมอพร้อม Line OA เพื่อสอนให้ประชาชนเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น
- ▶ การพัฒนา Super App ไม่ได้จบเพียงแค่อัปพลิเคชัน แต่เป็นการมุ่งสู่การเป็น Virtual Hospital หรือ Home OPD ในอนาคต หากการนัดหมายและตรวจรักษาทำผ่านระบบออนไลน์ได้ จะช่วยลดความจำเป็นในการสร้างตึก OPD หรืออาคารผู้ป่วยในเพิ่มเติม การใช้ระบบมอนิเตอร์คนไข้จากที่บ้านผ่าน Dashboard ของโรงพยาบาล จะช่วยลดต้นทุนการบริการให้ต่ำที่สุด ในขณะที่คุณภาพการรักษาไม่ลดลง การพัฒนา Super App ในครั้งนี้เปรียบเสมือนการ "สร้างถนนดิจิทัล" เพื่อเชื่อมต่อโรงพยาบาลเข้ากับบ้านของประชาชน เมื่อถนนเส้นนี้แข็งแรงและคนใช้งานเป็นจำนวนมาก

/ความจำเป็น...

ความจำเป็นในการขยาย "พื้นที่อาคาร" ที่แออัดก็จะลดลง ทำให้การสาธารณสุขสามารถก้าวข้ามข้อจำกัดด้านงบประมาณและดูแลคนได้ทั่วถึงยิ่งขึ้น

- ▶ ระบบ Digital Health ไม่ได้เน้นเพียงแค่การมีเทคโนโลยี (Input) แต่เน้นที่ผลลัพธ์การใช้งานจริง (Output)
  - ระบบนัดหมายออนไลน์ : ต้องการให้เกิดการนัดหมายผ่านระบบ และมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ภายในห้วงเวลาที่กำหนด (เริ่มต้นที่ภายใน ๑ ชั่วโมง) โดยต้องทำให้ได้ไม่น้อยกว่า ๘๐% ตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างน้อย ๕๐% ใช้ระบบนัดหมายออนไลน์ โดยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลและตรวจราชการตามตัวชี้วัดใหม่นี้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป
- ▶ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แจ้งเรื่องการบริหารกองทุนหลักประกันปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๐ ซึ่งหากทางท่านผู้บริหารมีปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ขอให้แจ้งในวาระที่ประชุมการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๘ ในวันที่ ๘ และผู้ตรวจราชการจะได้ดำเนินการสื่อสารกลับไปที่กระทรวงอีกครั้ง
- ▶ เรื่อง ๗ วันอันตราย ช่วงเทศกาลปีใหม่ ๒๕๖๙ ให้การเตรียมการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และดูแลประชาชนในช่วงเดินทางกลับภูมิลำเนาในช่วงปีใหม่
- ▶ การจัดการ NCDs ในปัจจุบันกำลังก้าวเข้าสู่ "ยุคที่ ๓" ซึ่งเปลี่ยนจากยุคการรักษาและคัดกรองมาเป็นการทำ Primary Prevention (การป้องกันปฐมภูมิ) อย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้น Lifestyle Change ที่ไม่ใช่เพียงแค่คำแนะนำนามธรรม (เช่น งดหวาน มัน เค็ม) แต่เป็นการสอนให้ผู้ป่วยรู้วิธีการจัดการตัวเองอย่างเป็นรูปธรรม
  - กำหนดชื่อโครงการที่เหมาะสมกับเขตสุขภาพที่ ๘ และให้แต่ละจังหวัดเลือก ๑ อำเภอ ที่มีความพร้อมและสมัครใจ ในการดำเนินงานคลินิกเบาหวานแนวใหม่ ซึ่งจะต้องมีความเชื่อมโยงระหว่าง อสม., รพ.สต., พยาบาล, คลินิก NCD และแพทย์ GP ขอให้ทุกจังหวัดวางแผนการดำเนินการ โดยมี Timeline :
    - วางแผนให้เสร็จสิ้นภายในเดือน มกราคม ๒๕๖๙
    - เริ่มดำเนินการ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - เมษายน ๒๕๖๙
    - ทำการวัดผลค่า A๑C ที่เปลี่ยนไป ในช่วงต้นเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๙

#### ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) กลุ่มงานยุทธศาสตร์และประเมินผล ดำเนินการตรวจสอบรายการงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ รายการงบลงทุน ค่าครุภัณฑ์ ที่ดิน และสิ่งก่อสร้าง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กับรายการของ กบรส.
- ๒) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด
  - นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ตรวจสอบและเก็บข้อมูลญาติ/บุตรหลาน ทหารชายแดน (โดยเฉพาะผู้เสียชีวิต) เพื่อหาทางช่วยเหลือ
  - เลือกอำเภอนำร่อง จังหวัดละ ๑ อำเภอ ดำเนินงานคลินิกเบาหวานแนวใหม่ วางแผนการดำเนินงานภายในเดือน มกราคม ๒๕๖๙, ดำเนินการ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน ๒๕๖๙ และวัดผลในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๙

/มติที่ประชุม...

**มติที่ประชุม** : รับทราบ และเห็นชอบ มอบหมายให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

### ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

- รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๖/ ๒๕๖๘ วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

**มติที่ประชุม** : รับรองรายงานการประชุม ฯ

### ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องติดตาม

- ๓.๑** รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขต (Refer Out) และ Service Gap analysis เพื่อพัฒนาศักยภาพการบริการ ของเขตสุขภาพที่ ๘ สอดคล้องกับนโยบาย OROPOH โดย แพทย์หญิงปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี
- ▶ เขตสุขภาพที่ ๘ ต้องสูญเสียงบประมาณไปกับการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสูงถึง ๔๓๓ ล้านบาท, โดยโรงพยาบาลหลักที่รับส่งต่อมากที่สุดคือ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ รวมถึงโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ เช่น โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ เป็นต้น
  - ▶ กลุ่มโรคหลักที่ส่งต่อออกนอกเขต (Refer Out)
    - โรคมะเร็ง (อันดับ ๑): ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) โดยเฉพาะมะเร็งเต้านม มะเร็งไทรอยด์ และมะเร็งปอด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความไม่เพียงพอของเครื่องฉายแสง ซึ่งมีเพียงที่จังหวัดสกลนครแห่งเดียว รวมถึงความคุ้นเคยของผู้ป่วยที่ต้องการติดตามอาการ (Follow-up) กับโรงพยาบาลเดิมในต่างเขต
      - มะเร็งเต้านม: เป็นกลุ่มที่ส่งต่อมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยนอก โดยมีปัญหา "คอขวด" อยู่ที่คิวการผ่าตัด แม้การตรวจแมมโมแกรม (Mammogram) จะทำได้เร็ว แต่การรอคิวผ่าตัดใช้เวลานาน
      - มะเร็งปอดและมะเร็งตับ: มีความซับซ้อนสูงและขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง เช่น ศัลยแพทย์ทรวงอก (CVT) ที่ชำนาญการผ่าตัดปอด และศัลยแพทย์ตับและทางเดินน้ำดี (Hepatobiliary)
      - มะเร็งไทรอยด์: ประสบปัญหาขาดแคลนระบบการรักษาด้วย ไอโอดีน ๑๓๑ ทำให้ต้องส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขต
      - มะเร็งปากมดลูก: พบปัญหาการ ตกค้างของการตรวจคัดกรอง (Screening) สูง ซึ่งต้องเร่งรัดการตรวจให้ครอบคลุมทุก ๕ ปี
    - โรคไตวายเรื้อรัง (CKD): ส่วนใหญ่เป็นการส่งต่อเพื่อ ผ่าตัดทำเส้นเลือด (Vascular Access) สำหรับล้างไต หรือเพื่อรอคิว ปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant) ซึ่งในเขตเองยังทำได้น้อยกว่า ๑๐ เคสต่อปี
    - โรคหัวใจ : แม้จะมีศูนย์หัวใจและห้องปฏิบัติการฉีดสีสวนหัวใจ (Cath Lab) ใน ๕ จังหวัดแล้ว แต่ยังคงต้องส่งต่อในกรณี ผ่าตัดหัวใจเด็กที่ซับซ้อน

โรคอื่นๆ...

- โรคอื่น ๆ: เช่น โรคทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด และโรคภูมิแพ้ตัวเอง (SLE) เนื่องจากขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางด้านโรคข้อ (Rheumatologist) ซึ่งทั้งเขตมีเพียง ๓ ท่านเท่านั้น
- ▶ ปัญหาอุปสรรคในการบริการ
  - ข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีและทรัพยากร: ปัจจุบันในเขตมีเครื่องฉายแสงเพียงที่เดียวคือ จังหวัดสกลนคร ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการ นอกจากนี้ยังขาดเทคโนโลยีระดับสูง เช่น การส่องกล้องตรวจหลอดลม (Bronchoscopy) หรือการรักษาด้วยยาพุ่งเป้า (Targeted Therapy) ในบางกรณี
  - พฤติกรรมการรับบริการ: ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักคุ้นเคยกับการส่งต่อไปยังโรงเรียนแพทย์ (เช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์) เพื่อติดตามอาการ (Follow-up) แม้ว่าโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ จะเริ่มมีศักยภาพในการดูแลแล้วก็ตาม
- ▶ Service Gap analysis เพื่อพัฒนาศักยภาพการบริการของเขตสุขภาพที่ ๘



## Service Gap analysis เพื่อพัฒนาศักยภาพการบริการของเขตสุขภาพที่ 8

### 1. โครงการมะเร็งครบวงจร sw.อุดรธานี

- ฉายแสง
- ชุดอุปกรณ์ระบุตำแหน่งในการเจาะตัดชิ้นเนื้อเต้านม (Digital Stereotactic Breast Biopsy System)
- SPEC CT

### 2. โรคหัวใจ

- โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัจจุบันมีที่ sw.อุดรธานี (เดิมมีที่ sw.สกลนคร 1 แห่ง)
- ผ่าตัดหัวใจเด็ก Complex heart disease

### 3. โรคภูมิแพ้ตัวเอง (SLE)

ข้อมูลแพทย์ Rheumatologist เขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวน 3 คน ดังนี้

- sw.อุดรธานี 1 คน (ปี 2569 เพิ่ม 1 คน)
- sw.หนองคาย 1 คน (ข้าราชการ C10)
- sw.เลย 1 คน

#### ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาศักยภาพที่ sw.สกลนคร เพื่อปิด GAP ที่ จ.นครพนม และจ.บึงกาฬ

### 4. Strabismus (ตาเหล่/ตาเข)

- ปิด GAP ได้ในปีงบประมาณ 2569 เนื่องจาก sw.อุดรธานี เพิ่มศักยภาพการบริการ โดยมีจักษุวิทยาเด็กและตาเข จำนวน 1 คน



- โครงการมะเร็งครบวงจร : มีแผนพัฒนาศักยภาพที่โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์หลักเพื่อลดการส่งออกนอกเขต และกระจายการผ่าตัดมะเร็งที่ไม่ซับซ้อน (เช่น มะเร็งเต้านม) ไปยังโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มีศัลยแพทย์ทั่วไป โรงพยาบาลกุมภวาปีเพื่อลดระยะเวลารอคอย ร่วมมือกับมูลนิธิกาญจนบารมี ในการใช้รถตรวจคัดกรองเคลื่อนที่ในระดับอำเภอเพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น
- โรคไต (CKD) : เร่งพัฒนาศักยภาพการ ผ่าตัดทำเส้นเลือด (Vascular Access) ภายในเขตสุขภาพให้เบ็ดเสร็จ เพื่อลดการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์

- โรคหัวใจ : ปัจจุบันมีศูนย์ฉีดสีหัวใจ (Cath Lab) ใน ๕ จังหวัดแล้ว ซึ่งถือว่าเพียงพอ แต่จะยังคงส่งต่อในกรณีผ่าตัดหัวใจเด็กที่ซับซ้อนเนื่องจากการลงทุนในเขตอาจไม่คุ้มค่า
- การใช้ระบบ Digital Health : นำเทคโนโลยี Virtual Hospital และ Home OPD เพื่อพัฒนาระบบให้บริการ "ลอยอยู่ในอากาศ" เพื่อลดการลงทุนสร้างตึก OPD หรือ อาคารผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น โดยใช้ระบบนัดหมายออนไลน์และติดตามอาการผ่าน Dashboard และใช้ระบบ Digitalization เพื่อให้การรักษาผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์แทน การให้ผู้ป่วยเดินทางมาพบแพทย์โดยตรง ในกลุ่มโรคที่ขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญ (เช่น โรคข้อ) เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
- การเพิ่มศักยภาพเชิงรุก (Primary Prevention): เร่งการคัดกรองมะเร็งปอดและมะเร็งปากมดลูกที่ยังค้างคา เพื่อให้ตรวจพบและรักษาได้เร็วขึ้น รวมถึงการใช้แนวทาง Lifestyle Change ในกลุ่ม NCDs เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่จะกลายเป็นผู้ป่วยส่งต่อในอนาคต
- ▶ ประเด็นเรื่อง ใบส่งตัว (Refer Slip) และอัตราการจ่ายเงินที่ยังไม่สอดคล้องกัน โดยบางกรณี สถานพยาบาลนอกเขตเรียกเก็บค่าบริการสูงกว่าปกติ (เช่น มะเร็งคิด คิดราคา ๗๐๐ บาท ขณะที่ ภายในเขตสุขภาพ คิดราคา ๔๒๐ - ๕๐๐ บาท)
- ▶ การพิจารณาความคุ้มค่าในการลงทุนระบบรักษาที่ทันสมัย
  - หากเขตสุขภาพที่ ๘ สามารถปิดช่องว่างการบริการ (Service Gap) ใน ๓ โรคหลัก ได้แก่ มะเร็งเต้านม (เร่งคิวผ่าตัด), โรคลไต (การทำเส้นฟอกเลือด), และโรคหัวใจจะสามารถลดค่าใช้จ่ายส่วนนี้ลงได้ถึง ๒๐๐ ล้านบาท
  - การผ่าตัดหัวใจเด็กที่ซับซ้อน หรือระบบไอโอดีน ๑๓๑ สำหรับมะเร็งไทรอยด์ ซึ่งมีจำนวนเคสน้อยและต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญสูง การส่งต่อออกนอกเขตอาจเป็นทางเลือกที่ประหยัดงบประมาณมากกว่าการลงทุนเอง
  - เป้าหมายการพึ่งตนเอง : หากเขตสุขภาพที่ ๘ ต้องการยกระดับเป็นโรงเรียนแพทย์หรือ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ก็อาจจำเป็นต้องพิจารณาลงทุนในเทคโนโลยีสูง แม้ในระยะแรกจะไม่คุ้มทุน เพื่อวางรากฐานทางวิชาการและการเป็นศูนย์กลางในอนาคต

ประธานในที่ประชุม : มอบหมายให้ ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร  
เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

- ๑) ทีม CFO : วิเคราะห์อัตราจ่าย OP/IP (เก่า vs ใหม่ปี ๖๙) และวิเคราะห์อัตราจ่ายใหม่เพื่อให้เกิดความคุ้มค่า
- ๒) ทีม Service Plan : แยกหมวดหมู่ผู้ป่วยส่งต่อ (เคสใหม่ vs ติดตามอาการ) เพื่อการบริหารจัดการ และหาแนวทางใช้ Digital Platform แก้ปัญหาการรักษาโรคที่ขาดแพทย์เฉพาะทาง (เช่น ตรวจออนไลน์) ร่วมกับงาน IT, วิเคราะห์ความคุ้มค่าลงทุนในพัฒนาศักยภาพการบริการต่างๆ เช่น ระบบไอโอดีน ๑๓๑ สำหรับมะเร็งไทรอยด์ ถ้าจะทำให้จังหวัดใดเป็น Center ระหว่างจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดสกลนคร เป็นต้น และมีข้อเสนอแนะอย่างไร
- ๓) ประธาน Service Plan สาขาศัลยกรรม วางแผนลด Waiting List การผ่าตัดเต้านม และการทำเส้นฟอกเลือด (CKD)
- ๔) ประธาน Service Plan สาขาหัวใจ วิเคราะห์หาแนวทางใช้ Digital Platform และวิเคราะห์ความคุ้มค่า ในการพัฒนาศักยภาพการบริการ เพื่อลดอัตราการส่งออกผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ๕) แพทย์หญิงปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ประธานประธาน Service Plan ศัลยกรรมของเขต หลังจากได้ผลการวิเคราะห์ออกมาแล้วว่า Refer out ของมะเร็ง ส่วนใหญ่หากเป็น Waiting List ของการผ่าตัดเต้านมจริง เสนอให้ดำเนินงานเป็นแบบระบบ Seamless โดยให้ทาง Service Plan ศัลยกรรมของเขต วางแผนการดำเนินงานและข้อเสนอแนะเพื่อหาแนวทางต่อไป

**มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ**

### ๓.๒ แผนแนวทางการตรวจสอบข้อมูลสาเหตุการตายหลัก เขตสุขภาพที่ ๘

โดย แพทย์หญิงปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

- ▶ ข้อจำกัดของฐานข้อมูลปัจจุบัน (HDC) : ข้อมูลสาเหตุการตายในฐาน HDC มักระบุว่าเป็น "ชราภาพ" หรือ "ภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ระบุสาเหตุ" เนื่องจากระบบไม่สามารถแยกแยะระหว่างการตายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน
- ▶ ความท้าทายของข้อมูลการตายนอกโรงพยาบาล : ผู้ที่ส่งข้อมูลสาเหตุการตายส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ การวินิจฉัยมักเกิดจากการสัมภาษณ์แทนการชันสูตร ทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนและมักลงตามโรคเดิมที่ผู้ตายเคยรักษาอยู่

- ▶ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากการสุ่มตรวจราชการ พบสาเหตุการตาย ๕ อันดับแรกที่แท้จริง ได้แก่
  - อันดับ ๑ : โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) และการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)
  - อันดับ ๒ : การบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury - TBI)
  - อันดับ ๓ : กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure)
  - อันดับ ๔ : โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
  - อันดับ ๕ : มะเร็งปอด และมะเร็งตับ
- ▶ แนวทางการพัฒนาเพื่อลดการตาย
  - ๑) Platform Management Pneumonia
  - ๒) Traumatic brain injury (RTI)
  - ๓) Platform Management Heart Disease
  - ๔) Stroke
  - ๕) ยกระดับศักยภาพการรักษามะเร็ง ใน โรงพยาบาลศูนย์
- ▶ แนวทางพัฒนาระบบการตรวจสอบสาเหตุการตายนอกโรงพยาบาล



## แนวทางพัฒนาระบบการตรวจสอบสาเหตุการตายนอกโรงพยาบาล

แนวทางพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
1. กำหนดนโยบาย Guideline การชันสูตรพลิกศพด้วยวาจากรณีเสียชีวิตนอก sw. ให้ไปในทิศทางเดียวกัน	เขตสุขภาพที่ 8
2. จัดอบรม ทบทวน ความรู้ และความเข้าใจ เรื่องการชันสูตรพลิกศพด้วยวาจา ให้แก่ผู้สัมภาษณ์ (ผู้ใหญ่บ้าน/จนท.สาธารณสุข)	สสจ.ทุกจังหวัด
3. จัดอบรม ทบทวน ความรู้ และความเข้าใจแก่แพทย์ เพื่อออกหนังสือรับรองการตาย ที่ถูกต้องตามหลักการ	สสจ.ทุกจังหวัด
4. พัฒนา Dashboard รายงานสาเหตุการตายระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด	IT เขตสุขภาพที่ 8 และ สสจ.
5. จัดตั้ง กก. ตรวจสอบคุณภาพระดับจังหวัด	สสจ.ทุกจังหวัด
6. สุ่มตรวจสอบหนังสือรับรองการตายอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	กก. ตรวจสอบคุณภาพ ระดับจังหวัด

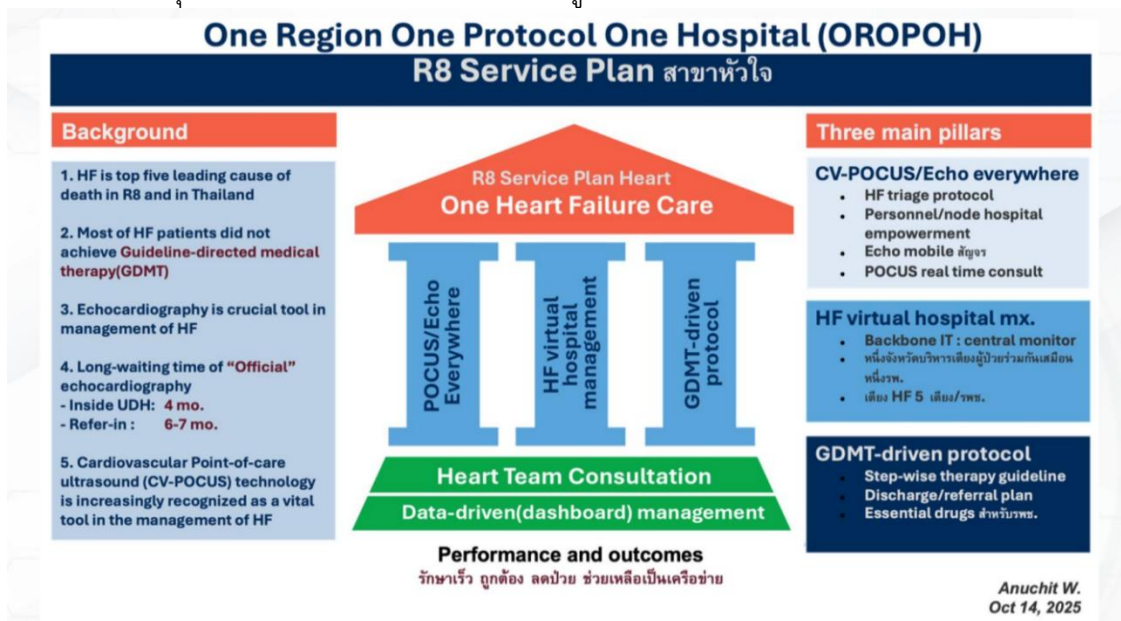
- ▶ ประธานในที่ประชุม : มอบหมายให้ คณะกรรมการ Service Plan นำข้อมูลสาเหตุการตายของ เขตสุขภาพที่ ๘ ไปเปรียบเทียบกับเขตสุขภาพอื่น เพื่อหาช่องว่าง (Gap) ในการบริการ เช่น หากสาเหตุการตายส่วนใหญ่ มาจาก Stroke ก็ต้องดูระบบ Fast Track หรือหากเป็นเคสใหม่จาก NCDs ต้องมุ่งเน้นที่ Lifestyle Change เป็นต้น และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๓ แนวทางการพัฒนา Seamless Service Track (Heart Disease และ Sepsis) เขตสุขภาพที่ ๘ โดย แพทย์หญิงปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

**Heart Disease**

- ▶ การจัดการโรคหัวใจล้มเหลวในเขตสุขภาพที่ ๘ เป็นประเด็นเร่งด่วนที่ได้รับความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากเป็นหนึ่งใน ๕ อันดับแรกของสาเหตุการตายทั้งในระดับเขตและระดับประเทศ โดยแนวทางการบริหารจัดการมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาคอขวดของการวินิจฉัยและการเข้าถึงยาตามมาตรฐาน
- ▶ ปัญหาและอุปสรรคสำคัญ
  - การเข้าถึงการวินิจฉัย: สำหรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อ (Refer) มาเพื่อรับการวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา อาจต้องรอคิวนานกว่า ๖ เดือน หรือครึ่งปี ซึ่งถือว่าเป็นระยะเวลาที่นานเกินไปสำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรคที่วิกฤต ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพียง ๕๐% ส่วนอีก ๕๐% เกิดจากลิ้นหัวใจตีบ/รั่ว หรือหัวใจโต ซึ่งต้องอาศัยการตรวจ Echo เพื่อหาต้นเหตุที่แท้จริงและรักษาให้ตรงจุด
  - ข้อจำกัดด้านการรักษา: ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่ถึงการรักษาด้วยยาตามแนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐาน (Guideline-Directed Medical Therapy - GDMT) นอกจากนี้ โรงพยาบาลขนาดเล็กมักประสบปัญหาขาดแคลนรายการยาที่จำเป็นสำหรับโรคหัวใจล้มเหลว
- ▶ เขตสุขภาพที่ ๘ ได้วางแนวทางการจัดการในรูปแบบแพลตฟอร์มเดียวเพื่อยกระดับบริการ



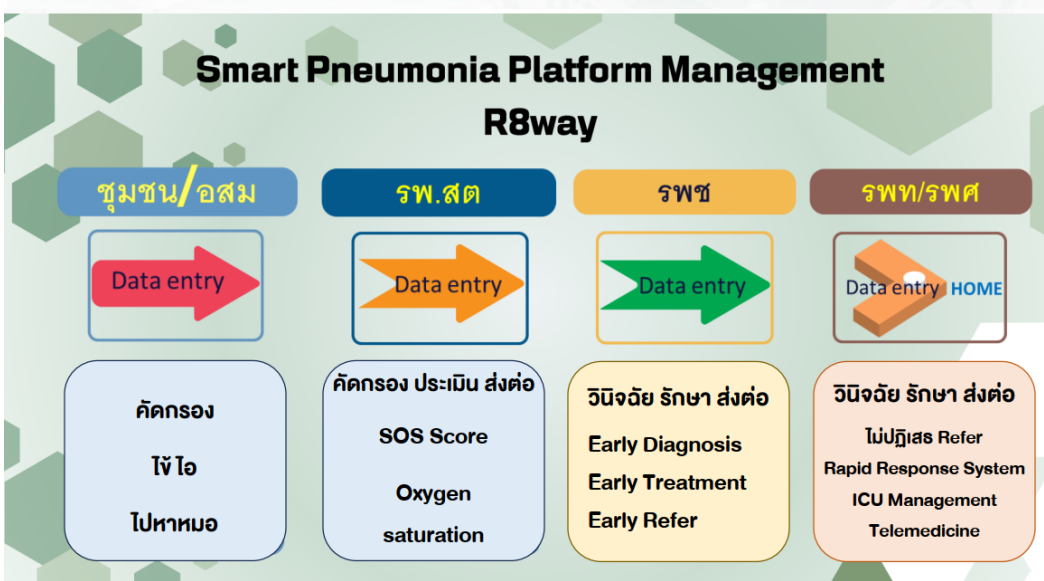
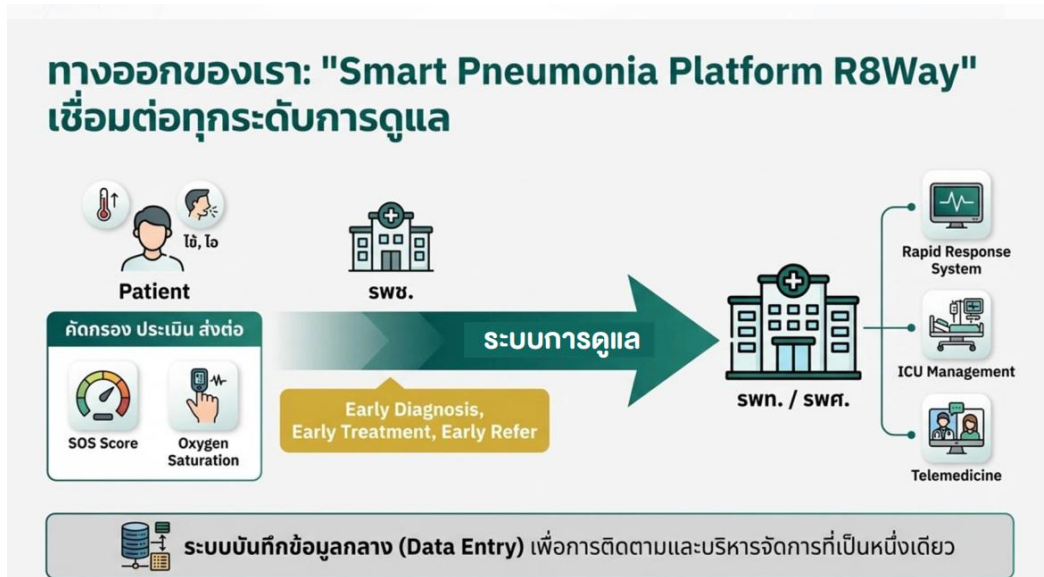
- ๑) การกระจายศักยภาพการทำ Echo: พัฒนาให้โรงพยาบาลโหนด (Node) ทุกแห่งสามารถทำ Echo ได้ โดยให้อายุรแพทย์โรคหัวใจจากโรงพยาบาลใหญ่ไปสอนและเป็นพี่เลี้ยง (Coaching) ผ่านระบบ Real-time Consultation เพื่อลดคิวรอคอยที่โรงพยาบาลศูนย์
- ๒) Virtual Hospital Heart Failure Management: กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชน (เริ่มที่โรงพยาบาล Node) สำรอง "เตียงหัวใจล้มเหลว" จังหวัดละ ๕ เตียง โดยมีการตรวจเยี่ยมคนไข้ (Round) ออนไลน์ร่วมกับอายุรแพทย์โรคหัวใจทุกวัน ผ่านระบบ HF Application ซึ่งจะเริ่มใช้งานจริง ในเดือนมกราคม ๒๕๖๙

๓) GDMT Driven Protocol: กำหนดโปรโตคอลมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต ทั้งการรักษา การจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) และการส่งต่อ รวมถึงการจัดทำกรอบรายการยาที่จำเป็น เพื่อให้โรงพยาบาลทุกระดับมีใช้

- ▶ Echo สัญจร (Echo Mobile): มีการจัดทีมลงพื้นที่ตรวจในอำเภอต่าง ๆ โดยเริ่มนำร่องแล้ว ที่จังหวัดอุดรธานีและหนองคาย เพื่อเร่งระบายเคสที่ค้างอยู่ในระบบ
- ▶ ภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ลิ้นหัวใจรั่วหรือหัวใจโต ซึ่งต้องอาศัยการ Echo เพื่อหาเหตุที่แท้จริงและแก้ไขให้ตรงจุด การจัดการจึงต้องใช้ระบบดิจิทัลเข้ามาเชื่อมโยงข้อมูลและบุคลากรในลักษณะ One Region One Hospital เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถดูแลผู้ป่วยได้จากระยะไกลโดยมีค่าตอบแทนและระบบเวรที่ชัดเจน

**Sepsis Disease**

- ▶ โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ของเขตสุขภาพที่ ๘ มีการวางแผนทางการรักษาและจัดการอย่างเป็นระบบเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ในพื้นที่ (ร่วมกับปอดอักเสบ)
- ▶ เขตสุขภาพที่ ๘ ใช้แนวทาง Early Detection, Early Treatment และ Early Refer โดยแบ่งหน้าที่ตามระดับหน่วยบริการดังนี้



- ระดับชุมชน (อสม.): เน้นการคัดกรองเบื้องต้นในกลุ่มที่มีอาการไข้และไอ โดยใช้แบบฟอร์มคัดกรองผ่าน แอปพลิเคชันและระบบ QR Code เพื่อส่งต่อข้อมูลไปยังสถานพยาบาล
- ระดับ รพ.สต. : ใช้เครื่องมือ SOS Score และการวัดค่า Oxygen Saturation ในการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจส่งต่อ
- ระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.): เน้นการวินิจฉัยที่รวดเร็วและการรักษาเบื้องต้นตาม Standing Order (ชุดคำสั่งการรักษามาตรฐาน) เพื่อให้การรักษาเริ่มต้นได้ทันที
- ระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (รพศ./รพท.): จัดให้มีระบบ Rapid Response System (RRS) และทีม Rapid Response Team (RRT) ร่วมกับระบบ ICU Management (นำร่องที่จังหวัดอุดรธานี เริ่มใช้จริง มกราคม ๒๕๖๙) และการใช้ Telemedicine เพื่อให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลลูกข่าย
- ▶ ดัชนีชี้วัดประสิทธิภาพการรักษา
  - การให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics): สามารถดำเนินการได้รวดเร็วตามเกณฑ์
  - การเจาะเพาะเชื้อ (Blood Culture): ดำเนินการได้ครบถ้วน ๑๐๐%
  - ผลลัพธ์: อัตราการเสียชีวิตจาก Community Acquired Sepsis ลดลงจาก ๒๑.๕% เหลือ ๒๐.๖๕% ในช่วง ๒ เดือนที่ผ่านมา ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของประเทศ (ไม่เกิน ๒๔%)
- ▶ แม้การรักษาเบื้องต้นจะทำได้ดี แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญคือ การเข้าถึง ICU ภายใน ๓ ชั่วโมงสำหรับเคส Severe Sepsis ซึ่งทำได้เพียง ๑๘.๙% (เป้าหมายคือไม่น้อยกว่า ๓๐%) เนื่องจากปัญหาเตียง ICU ขาดแคลน จึงได้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้แก้ปัญหา โดยใช้โปรแกรม ICU Everywhere เริ่มนำร่องที่จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้โรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถตรวจสอบสถานะเตียงว่างในจังหวัดได้แบบ Real-time (เช่น รู้ว่าโรงพยาบาลกุมภวาปีหรือบ้านดุงมีเตียงว่างจำนวนกี่เตียง) และระบบ One Data Entry: พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลให้เป็นหนึ่งเดียวเพื่อความรวดเร็วในการส่งต่อและติดตามข้อมูล และเสริมความแข็งแกร่งให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับอำเภอสามารถดูแลเคส ICU ได้มากขึ้น เพื่อลดภาระของโรงพยาบาลศูนย์
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** เสนอให้แต่ละจังหวัดมีแพทย์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการเตียงในภาพรวมผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่อลดขั้นตอนการเขียนใบรีเฟอร์และสามารถส่งการโยกย้ายผู้ป่วยไปยังจุดที่มีทรัพยากรพร้อมที่สุดได้ทันที โดยผู้บริหารจะมองเห็นภาพรวมของเตียงและทรัพยากรทั้งหมดในจังหวัดผ่าน Dashboard เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้รับการส่งต่อเข้าถึงมือผู้เชี่ยวชาญได้รวดเร็วที่สุดโดยไม่ติดขัดเรื่องระบบเอกสารแบบเดิม สิ่งสำคัญคือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จะต้องมียุทธศาสตร์ในการออกคำสั่งรองรับ เพื่อให้การโยกย้ายผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานเป็นไปอย่างราบรื่น และป้องกันการปฏิเสธการรับผู้ป่วยจากหน่วย ICU
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
  - ๑) ทีม Service Plan หัวใจ เร่งรัดจัดทำโครงการ Echo สัญจร อาจต้องมีการตั้งเป้าหมายระยะเวลาให้แล้วเสร็จภายในกี่เดือน ซึ่งหากทีมภายในเขตไม่สามารถจัดการเคสตามเป้าหมายเวลาที่กำหนด จะมีแนวทางในการดำเนินการอย่างไรต่อไป และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป ทั้งนี้ อาจพิจารณาถึงการจ้างหน่วยงานภายนอก (Outsource) เข้ามาช่วยดำเนินการ แต่อาจต้องคำนึงถึงงบประมาณในการบริหารจัดการด้วย

- ๒) ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ จัดตั้งระบบ ICU Manager เพื่อตัดสินใจบริหารจัดการเตียงผ่านแพลตฟอร์ม โดยไม่ต้องรอใบ refer
- ๓) กลุ่มงาน CDO หาแนวทางเชื่อมโยงข้อมูล Dashboard ICU และแอปพลิเคชันต่าง ๆ ให้เป็น One Platform และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๔ ความก้าวหน้าการบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลัง ของหน่วยบริการ ในเขตสุขภาพที่ ๘ (ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘)

โดย ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู)

- ▶ การบริหารกองทุน สปสช. ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ – ๒๕๗๐



- ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ : ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเน้นย้ำให้เขตสุขภาพ นำข้อมูลการบริหารกองทุนเข้าที่ประชุม โดยงบประมาณเดิมได้จ่ายมาแล้ว ๑๐.๕ เดือน และส่วนที่เหลืออีก ๑.๕ เดือนได้โอนเงินเมื่อวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๘ ที่ผ่านมา ในส่วนของงบผู้ป่วยใน (IP) หลังการตรวจสอบ (Audit) ๓% ได้มีการจ่ายไปแล้ว แต่มีบางโรงพยาบาลที่อาจต้องถูกหักเงินคืนเนื่องจากได้รับเกินไปในเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม จะยังไม่มีมีการหักเงินในขณะนี้ โดยจะรอการจัดสรรจากงบกลางก่อน

- ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ : มีการตั้งเป้าหมาย Adjusted RW ไว้ที่ ๘,๓๕๐ (ประมาณ ๑๐.๙ ล้าน) โดยจะมีการหักค่าแรงระดับประเทศ และตั้งงบประมาณสำหรับผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นประมาณ ๕,๐๐๐ กว่าล้านบาท ซึ่งอาจต้องมีการขอขอภาษีงบกลางเพิ่มเติม สำหรับงบ IP จะใช้การคำนวณแบบ Global Budget ระดับเขต ซึ่ง สปสช. ได้โอนงบช่วงเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายนมาแล้วบางส่วน โดยเป็นการหักเงินเดือนล่วงหน้า และจะมีการปรับปรุงยอด (หักลบกลบหนี้) อีกครั้งตาม "Sheet ๐" ซึ่งคาดว่าจะออกประมาณวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๙
- ปีงบประมาณ ๒๕๗๐ : ตั้งเป้าหมายในการบริหารจัดการโดยไม่ขอพึ่งพางบกลาง
- การกำกับติดตาม :



คณะทำงาน Monitoring & Evaluation (M&E) ระดับประเทศ ระดับเขต





**M & E**

**อำนาจหน้าที่**

กำกับติดตาม ทบทวน  
เงื่อนไขการเบิกจ่าย **ในทุก  
หมวดบริการ ให้ได้ 100%**  
ด้วยระบบการตรวจสอบ  
อิเล็กทรอนิกส์

**งบประมาณจ่ายรายหัว**  
**133,294.4122 au.**

- จัดระบบกำกับติดตามและประเมินผล
- จัดระบบการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
- วิเคราะห์ปัญหาและจัดทำข้อเสนอการจัดสรรและการจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

**องค์ประกอบคณะทำงาน Monitoring & Evaluation ระดับประเทศ**

สปสช.	สปสข.
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, ผู้แทนหน่วยบริการทุกสังกัด	ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง และ สปสช. หน่วยบริการทุกสังกัด

**งบประมาณนอกจ่ายรายหัว**  
**60,554.8368 au.**

- กำกับติดตามผลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข การเข้าถึงบริการคุณภาพ
- จัดทำข้อเสนอรายการบริการระดับเขตต้นแบบ
- วิเคราะห์ข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ผิดปกติ รายงานผลการกำกับติดตามและการตรวจสอบ
- เสนอกรอบแนวทางการตรวจสอบก่อนจ่ายและตรวจสอบหลังจ่าย

**องค์ประกอบคณะทำงาน Monitoring & Evaluation ระดับเขต (จำนวน 25 – 30 คน)**

สปสช.	สปสข.
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, ผู้แทนหน่วยบริการทุกสังกัดผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มงานประกันสุขภาพ	ผู้อำนวยการสปสข.เขต, สปสข.เขต, ผู้แทนอบ.

- มีการตั้งคณะกรรมการ M&E ระดับเขต ประกอบด้วยส่วนราชการและ สปสช. เพื่อติดตามการเบิกจ่ายทั้งงบเหมาจ่ายรายหัวและนอกเหมาจ่ายรายหัว
- ▶ สถานการณ์การเงินการคลัง (ข้อมูล ณ ๓๐ พฤศจิกายน)
  - การวิเคราะห์วิกฤต : หากใช้สูตรคำนวณของเขต ๘ จะพบโรงพยาบาลระดับ ๗ จำนวน ๑ แห่ง (โรงพยาบาลโพธิ์ตาก) แต่หากคำนวณตามหลัก EBITDA จะมีโรงพยาบาลในระดับวิกฤตถึง ๘ แห่ง และหากมองภาพรวมทั้งเขตจะมีสถานะการเงินที่ค่อนข้างแย่อถึง ๑๙ แห่ง
  - สภาพคล่อง : ในภาพรวมระดับจังหวัด มีเพียงจังหวัดหนองคายที่มีเงินบำรุงสุทธิเป็นบวก ส่วนจังหวัดอื่นมีสถานะติดลบ โดยเฉพาะจังหวัดสกลนครที่โรงพยาบาลชุมชนมีสถานะการเงินดีกว่าโรงพยาบาลจังหวัด แต่ภาพรวมรวมกันแล้วยังคงติดลบ
  - แนวโน้ม NWC (Net Working Capital): มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากปี ๒๕๖๕ ที่มี ๗,๐๐๐ กว่าล้านบาท ปัจจุบันเหลือเพียง ๔,๐๐๐ กว่าล้านบาท โดยเขตสุขภาพที่ ๘ มีเงินบำรุงคงเหลือสุทธิเป็นอันดับที่ ๑๒ ของประเทศ (จากทั้งหมด ๑๒ เขตสุขภาพ)

/ตัวชี้วัด...

- ตัวชี้วัด TPS Score: นโยบายปี ๒๕๖๙ ตั้งเป้าไว้ที่ ๕๕% ซึ่งปัจจุบันมีเพียงจังหวัดหนองคายที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ แต่คาดว่าสถานการณ์จะดีขึ้นหลังได้รับโอนงบประมาณผู้ป่วยนอก (OP)
- ▶ การจัดสรรงบประมาณเขตสุขภาพที่ ๘ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๘) งบประมาณได้รับการจัดสรรลดลงจากปีที่แล้ว ๒๖ ล้านบาท (เหลือประมาณ ๒๕๔ ล้านบาท) โดยมีการแบ่งสัดส่วนดังนี้
  - เงินกันสำรองระหว่างปี (๑๕%): จำนวน ๔๒ ล้านบาท
  - แผนงานโครงการ/นโยบายเขต: จำนวน ๓๖ ล้านบาท (แบ่งเป็นงบ Point ๒๓.๙๕ ล้านบาท และโครงการที่เขตดำเนินการเอง ๑๒.๓๕ ล้านบาท)
  - พัฒนาบุคลากร: จำนวน ๒๐ ล้านบาท ประกอบด้วยทุนนักเรียน จำนวน ๘.๗ ล้านบาท, R8 Platform จำนวน ๓ ล้านบาท (ฝากไว้ที่ โรงพยาบาลบึงกาฬ), และการอบรม AI จำนวน ๑ ล้านบาท (ฝากไว้ที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ๔ คน) และเงินเหลือ ๗.๓ ล้านบาท ฝากไว้โรงพยาบาลนาวิ้งฯ และโรงพยาบาลศรีบุญเรือง
  - จัดสรรป้องกันวิกฤตการเงิน โดยใช้ MOE: จำนวน ๔๐ ล้านบาท เฉลี่ยให้ โรงพยาบาลอุดรธานี, โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลหนองบัวลำภู แห่งละ ๑๐ ล้านบาท
  - ปรับเปลี่ยนให้จังหวัดและโรงพยาบาล ต้นปีงบประมาณ จำนวน ๕๐ ล้านบาท และระหว่างปีงบประมาณ จำนวน ๑๐๐ ล้านบาท โดยต้องดำเนินการให้ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ TPS และ TP 3 S และ CFO Award
- ▶ นโยบายการระดมทรัพยากร (Donate ๑๐%) และแนวทาง Virtual Account
  - **ที่ประชุมมีมติ** เห็นชอบในการไม่บังคับ Donate ๑๐% เนื่องจากสภาพคล่องหลายแห่งติดลบและมุ่งเน้นให้แต่ละจังหวัดใช้กลไก Virtual Account แทน โดยให้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบริหารจัดการเงินโควตาในมือเพื่อสนับสนุน โรงพยาบาลชุมชน หรือปรับปรุงบริการพื้นฐาน เช่น บ้านพัก, ห้อง ER เป็นต้น
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
  - ๑) ผู้บริหาร (ทุกจังหวัด) กำชับให้หน่วยงานกำกับติดตาม TPS Score ให้ผ่านเกณฑ์ ๕๕% ตามนโยบายกระทรวงฯ
  - ๒) ประธาน CFO (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู) ปรับปรุงรายละเอียดการจัดสรรเงินเขต จากยอดเดิม ๒๘๐ ล้านบาท เป็นยอดใหม่ประมาณ ๒๕๔-๒๖๐ ล้านบาท และพิจารณาการฝากงบในรอบที่ ๒ และ ๓
  - ๓) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี (แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์) และหน่วยงานที่เป็นคู่หูนี้ ดำเนินการตัดจ่ายหนี้ระหว่างกัน โดยใช้ระเบียบเงินบำรุงในการขอสนับสนุนเพื่อหักลบกลบหนี้ให้ถูกต้องตามบัญชี
  - ๔) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง พิจารณาหาจุดที่ต้องการรับการสนับสนุน (Gap) เพื่อขอรับงบประมาณเขตส่วนที่เหลือ (ประมาณ ๘๐ ล้านบาท) สำหรับการก่อสร้างหรือจัดซื้อของ ในไตรมาส ๓-๔

๕) คณะกรรมการ CFO เขตสุขภาพที่ ๘

๕.๑) ติดตามการลงบัญชีเงินโอนจาก สปสช. เนื่องจากรายการมีความซับซ้อน เพื่อให้เกิดความถูกต้องชัดเจน

๕.๒) จัดเตรียมรายละเอียดเงิน IP ที่ตามจ่ายเบื้องต้น และนำเสนอในวาระประชุม คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๕ ผลการดำเนินงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ ๘

โดย ประธาน CHRO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย)

- ▶ ผลจัดสรรโควตาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขารังสีเทคนิค เพื่อเข้าศึกษา ในวิทยาลัยสังกัด พระบรมราชชนก ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

**วาระที่ 3.5 ผลการดำเนินงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 8**

3.5.1 ผลจัดสรรโควตาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขารังสีเทคนิค เพื่อเข้าศึกษา ในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีการศึกษา 2569



วิชาชีพ	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	เลย	หนองคาย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
พยาบาล	50	42	21	20	26	20	21
	swศ.อุดรธานี 10 swท.กุมภวาปี 3 swช.บ้านผือ 3 swช.เพ็ญ 3 swร.บ้านดุง 3 swช.หนองหาน 3 swช.กุดจับ 3 swช.ก่งฝิ่น 2 swช.นาแก 2 swช.โนนสะอาด 2 swช.พิบูลย์รักษ์ 2 swช.วังสามหมอ 1 swช.ศรีธาตุ 2 swช.สร้างคอม 2 swช.หนองวัวซอ 2 swช.หนองแสง 2 swช.ภูแก้ว 1 swช.ประจักษ์ศิลปาคม 1	swท.สกลนคร 10 swท.วานรนิวาส 2 swร.สว่างแดนดิน 3 swช.พระอาจารย์บัน ภูริศโต 2 swช.พังโคน 6 swช.อากาศอำนวย 1 swช.กุดบาก 2 swช.กุสุมาลย์ 2 swช.ท่าตดกล้า 2 swช.โคกศรีสุพรรณ 2 swช.เจริญศิลป์ 2 swช.เต่างอย 1 swช.พระอาจารย์แบน รบภโร 2 swช.พระอาจารย์พิน อจจาโร 2 swช.โพนนาแก้ว 1 swช.พระอาจารย์วัน อุตตโม 1 swช.นิคมบ้านจัน 1	swท.นครพนม 3 swช.ศรีสงคราม 2 swช.ท่าอุเทน 2 swช.นาแก 2 swช.นาหว้า 3 swช.บ้านแพง 2 swช.โพนสวรรค์ 2 swช.กุสุมาลย์ 3 swช.วังยาง 2	swท.เลย 6 swร.ด่านซ้าย 5 swช.ปากชม 2 swช.นาหว้า 3 swช.ภูกระดึง 2 swช.ภูเรือ 2	swท.หนองคาย 3 swร.ท่าบ่อ 3 swช.โพนพิสัย 3 swช.เมืงศรี 3 swช.ศรีเชียงใหม่ 3 swช.สังคม 2 swช.โพธิ์ตาก 3 swช.รัตนวาปี 3 swช.สระใคร 3	swท.หนองบัวลำภู 7 swช.ากลาง 4 swช.ศรีบุญเรือง 6 swช.โนนสัง 2 swช.สุวรรณคูหา 1	swท.บึงกาฬ 2 swช.เซกา 2 swช.โซ่พิสัย 3 swช.เมืองหนอง 3 swช.ปากคาด 3 swช.พรเจริญ 3 swช.ศรีวิไล 2 swช.นุ่งกล้า 3
นักรังสีฯ	1	1	1	1	1	1	1
	swช.โนนสะอาด 1	swช.วาริชภูมิ 1	swร.ธาตุพนม 1	swช.ภูกระดึง 1	swช.โพนพิสัย 1	swช.โนนสัง 1	swช.โซ่พิสัย 1

**รายละเอียดการจัดสรรทุนพยาบาล**

- โควตาทุนพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๙: มีการจัดสรรทุนพยาบาลรวมทั้งสิ้น ๒๐๐ ตำแหน่ง โดยกระจายไปยังจังหวัดต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ ๘ ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี ๕๐ ตำแหน่ง, จังหวัดสกลนคร ๔๒ ตำแหน่ง, จังหวัดหนองคาย ๒๖ ตำแหน่ง, จังหวัดนครพนม ๒๑ ตำแหน่ง, จังหวัดบึงกาฬ ๒๑ ตำแหน่ง, จังหวัดเลย ๒๐ ตำแหน่ง และจังหวัดหนองบัวลำภู ๒๐ ตำแหน่ง

▶ แนวทางและนโยบายการจัดสรร

- ความเป็นธรรมและการกระจายบุคลากร: ผู้ตรวจราชการเน้นย้ำว่าการจัดสรรทุนต้องเน้นความเป็นธรรม เพื่อให้ทุกพื้นที่รวมถึงโรงพยาบาลขนาดเล็กมีโอกาสได้รับบุคลากรใหม่
- การแก้ปัญหาการขาดแคลนในอนาคต: หากไม่มีการส่งเรียนหรือจัดสรรทุนในวันนี้ เมื่อมีตำแหน่งข้าราชการว่างในอนาคต พื้นที่ที่ไม่เคยได้รับทุนก็จะประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
- กลไกการกระจายตัว: นโยบายคือการส่งพยาบาลใหม่ไป "ฟีด" (Feed) ในระบบระดับล่าง หรือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ก่อน แม้ในอนาคตจะมีการขอย้ายเข้าสู่โรงพยาบาลใหญ่ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติ แต่การเริ่มกระจายทรัพยากรไปสู่โรงพยาบาลขนาดเล็กจะช่วยให้เกิดการพัฒนายุทธศาสตร์ในทุกระดับ
- การลดภาระงาน: การเติมบุคลากรในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งหมด (เติมเท่าไรก็ไม่เต็ม) จึงต้องเน้นการพัฒนา "โหนด" (Node) และการใช้แพลตฟอร์มเข้ามาช่วยลดโหลดงานแทน

**การจัดสรรโควตานักรังสีเทคนิค (ปีงบประมาณ ๒๕๖๙)**

- รายละเอียดการจัดสรร: สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๙ เขตสุขภาพที่ ๘ ได้ดำเนินการจัดสรรโควตาทุนนักรังสีเทคนิคให้แก่หน่วยงานในสังกัด โดยกำหนดสัดส่วนให้ จังหวัดละ ๑ โควตา ซึ่งจะกระจายลงสู่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)
- วัตถุประสงค์และแนวคิดหลัก
  - เพื่อความเป็นธรรม : เน้นย้ำว่าต้องการให้เกิดความเท่าเทียมในการกระจายบุคลากร เพื่อให้ทุกพื้นที่ได้รับน้องใหม่เข้าไปปฏิบัติงาน
  - การฟีดบุคลากรเข้าสู่ระบบ : การจัดสรรทุนเป็นสิ่งจำเป็น เพราะหากไม่มีการส่งเรียน เมื่อมีตำแหน่งข้าราชการว่างลง พื้นที่ที่ไม่เคยได้รับโควตาคนเรียนก็จะเสียโอกาสถาวร ในขณะที่พื้นที่ที่เคยได้ทุนจะมีโอกาสมากกว่า
  - การหมุนเวียนในอนาคต : แม้ว่าในอนาคตบุคลากรที่จบมาอาจมีการขอย้ายหรือเคลื่อนย้าย (Movement) ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติ แต่การมีบุคลากรจบใหม่ลงไปปฏิบัติงานในระดับล่าง (รพช.) ก่อน จะช่วยให้เกิดการหมุนเวียนและการพัฒนาในระดับพื้นที่
  - เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือก : นโยบายของเขตจะให้ความสำคัญกับจุดที่ยังไม่มีนักรังสีเทคนิค ปฏิบัติงานอยู่เลย และพิจารณาเลือก โรงพยาบาลที่กำลังเติบโต เป็นลำดับสำคัญ เพื่อให้ทรัพยากรบุคคลที่ลงไปสามารถสนับสนุนการขยายตัวของบริการทางการแพทย์ได้

- ▶ ผลการรับสมัครและคัดเลือกแพทย์โครงการฝึกอบรมแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวฯ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๙

### วาระที่ 3.5 ผลการดำเนินงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 8

3.5.2 ผลการรับสมัครและคัดเลือกแพทย์โครงการฝึกอบรมแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวฯ ประจำปี พ.ศ. 2569



ผลการคัดเลือกแพทย์ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการฝึกอบรมแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตร แสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ประจำปี พ.ศ. 2569 เขตสุขภาพที่ 8

ลำดับ	คำนำหน้าชื่อ	ชื่อ	สกุล	ประเภท	ใช้ทุนปีที่ 2 - 4 ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลที่เป็นสถาบันปฏิบัติงาน		เครือข่ายสถาบันฝึกอบรม (สถาบันสนับสนุนวิชาการ)	จังหวัดที่เขตสุขภาพกำหนดให้ไปปฏิบัติราชการหลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรม	ผลการคัดเลือก
					ชื่อ sw.	จังหวัด			
1	นาย	อัมรินทร์	จิตะรักษ์	CPIRD อุตรธานี	swท.หนองบัวลำภู	จ.หนองบัวลำภู	sw.อุตรธานี	จ.อุตรธานี	อนุมัติ
2	นางสาว	กัญญ์วิฑูรดา	พุทธพรหม	NEW TRACK อุตรธานี	swท.อุตรธานี	จ.อุตรธานี	sw.อุตรธานี	จ.อุตรธานี	อนุมัติ
3	นางสาว	ศศิกรณิ์	แสงกระจาย	NEW TRACK สกลนคร	swท.อุตรธานี	จ.อุตรธานี	sw.อุตรธานี	จ.สกลนคร	อนุมัติ
4	นาย	ชนาวิทย์	สุวรรณมาโจ	NEW TRACK นครพนม	swท.นครพนม	จ.นครพนม	sw.ขอนแก่น	จ.นครพนม	อนุมัติ



- ▶ **ประธานในที่ประชุม** เน้นย้ำว่าการจัดสรรนักเรียนทุนและแพทย์เฉพาะทางต้องคำนึงถึงความจำเป็นธรรม เพื่อให้โรงพยาบาลในพื้นที่ห่างไกลมีโอกาสได้รับบุคลากรใหม่ แม้อินอนาคตจะมีการโยกย้ายเป็นเรื่องปกติ แต่การให้บุคลากรไปประจำในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ก่อน จะช่วยให้เกิดการพัฒนาและการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสม
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ คณะกรรมการ Service Plan เขตสุขภาพที่ ๘
  - หาแนวทางกระตุ้นให้แพทย์สนใจเรียนสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นจุดสำคัญของการทำปฐมภูมิ (Primary Prevention) ซึ่งจะช่วยลดงบประมาณในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้ในระยะยาว
  - พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ และนำแพลตฟอร์มมาใช้ เพื่อลดภาระงาน (Load) ของบุคลากรในโรงพยาบาลใหญ่

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

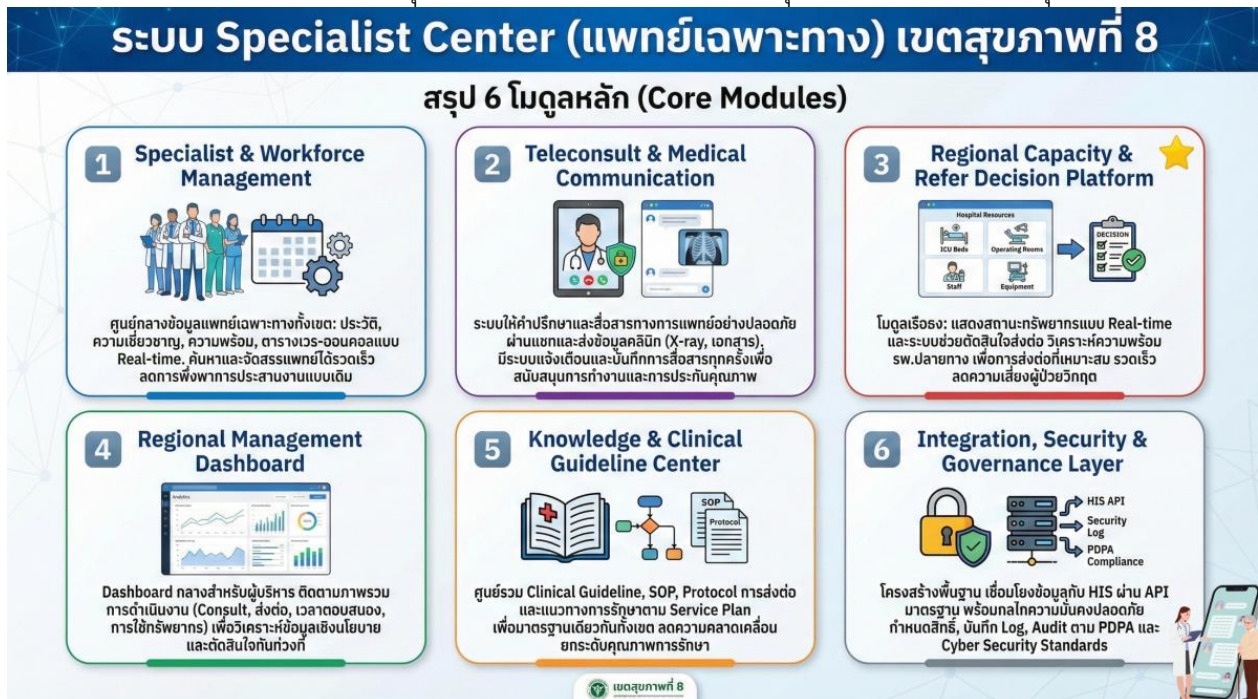
### ๓.๖ ผลการดำเนินงานตามนโยบาย Super App (ความก้าวหน้าระบบนัดหมายออนไลน์)

โดย ประธาน CDO เขตสุขภาพที่ ๘ (ดร.นายแพทย์ภรต ธรรม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ)

- ▶ ความครอบคลุมของการเปิดระบบ : ปัจจุบันเขตสุขภาพที่ ๘ มีการเปิดระบบนัดหมายออนไลน์ครบ ๑๐๐% ในทุกหน่วยงาน
- ▶ ผลการใช้งาน : มีจำนวนการนัดหมายสะสมรวมประมาณ ๑๒,๐๐๐ ราย จากจำนวน Slot ที่เปิดไว้ทั้งหมดประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ Slot
- ▶ เกณฑ์การประเมินผล : ตัวชี้วัดกำหนดว่าต้องมีสัดส่วนการนัดหมายจริงไม่น้อยกว่า ๒๐% ของจำนวน Slot ที่เปิด
- ▶ ผลการดำเนินงาน : ปัจจุบันมีเพียง จังหวัดบึงกาฬ แห่งเดียวที่ผ่านเกณฑ์ ส่วนจังหวัดอื่นยังไม่ผ่านเกณฑ์เนื่องจากสัดส่วนการจองยังต่ำกว่าเป้าหมาย
- ▶ วิเคราะห์ปัญหา
  - หลายโรงพยาบาลเปิด Slot จำนวนมากเกินความจำเป็น เมื่อเทียบกับความต้องการจองจริง ทำให้เปอร์เซ็นต์การผ่านเกณฑ์ลดลง ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ เปิด Slot ถึง ๒,๐๐๐ แห่ง แต่มีการจองจริงเพียง ๑๒ ราย
  - ในขณะที่โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ เช่น ปากคาด, สร้างคอม, และน้ำโสม ใช้วิธีเปิด Slot จำนวนน้อยเพื่อให้สอดคล้องกับการใช้งานจริง ทำให้สัดส่วนการจองดูดีขึ้น
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
  - ๑) กลุ่มงาน CDO จำแนกข้อมูลการนัดหมายแยกตามประเภทคลินิก (เช่น ทันตกรรม, แพทย์แผนไทย, กายภาพ) เพื่อให้เห็นแนวโน้ม (Trend) ที่แท้จริงได้ และสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดได้อย่างชัดเจน
  - ๒) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทบทวนและปรับปรุง จำนวน Slot ที่เปิดให้สอดคล้องกับความต้องการจริง เพื่อให้ภาพรวมเปอร์เซ็นต์การผ่านเกณฑ์ของจังหวัดดีขึ้น
  - ๓) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๘ นำเรื่องนัดหมายออนไลน์เข้าเสนอในที่ประชุมกรรมการจังหวัด เพื่อให้ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือรองผู้ว่าราชการจังหวัดที่รับผิดชอบ ได้รับทราบถึงแนวทางดำเนินงาน และเพื่อให้ฝ่ายท้องถิ่น สามารถช่วยขับเคลื่อนนโยบายให้เข้าถึงประชาชนในระดับพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น ภายในเดือนมกราคม ๒๕๖๙
  - ๔) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘
    - ๔.๑) ประสานงานกับ ประชาสัมพันธ์จังหวัด ถ่ายทำคลิปวิดีโอและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนรับทราบและเข้าถึงบริการนัดหมายออนไลน์ได้มากขึ้น
    - ๔.๒) ส่งข้อมูลความคืบหน้า (การเสนอที่ประชุมกรรมการจังหวัดและการประชาสัมพันธ์) เข้าใน Line กลุ่มผู้บริหารเพื่อการติดตามความก้าวหน้า

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๗ รายงานความก้าวหน้า การพัฒนาระบบแพทย์เฉพาะทางเขตสุขภาพที่ ๘  
โดย ประธาน CDO เขตสุขภาพที่ ๘ (ดร.นายแพทย์ภมร ธรรม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ)



- ▶ ปัจจุบันมีการออกแบบระบบแบ่งเป็น ๖ Core Modules เพื่อรองรับการทำงานของผู้เชี่ยวชาญ และการบริหารจัดการในระดับเขต
  - ๑) Specialist & Workforce Management : ระบบบริหารข้อมูลกำลังคนผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ว่ามีจำนวนเท่าใดและปฏิบัติงานอยู่ที่ไหน
  - ๒) Teleconsult & Medical Communication : แพลตฟอร์มเพื่อการสื่อสารทางการแพทย์และคำปรึกษาทางไกลครอบคลุมทั้งเขต
  - ๓) Regional Capacity & Referral Decision Platform : ระบบช่วยตัดสินใจในการส่งต่อผู้ป่วย และบริหารจัดการขีดความสามารถของโรงพยาบาลในภูมิภาค
  - ๔) Regional Management Dashboard : แผงควบคุมสำหรับผู้บริหารเพื่อใช้ในการติดตามและกำกับดูแล (Monitor) การดำเนินงาน
  - ๕) Knowledge & Clinical Guideline Center : ศูนย์รวมแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (CPG กลาง) สำหรับใช้อ้างอิงในการรักษา
  - ๖) Integration, Security & Governance Layer : ระบบรักษาความปลอดภัยทางไซเบอร์ เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล
- ▶ แนวทางการพัฒนาและข้อสังเกตสำคัญ : ที่ประชุมเน้นย้ำว่าการพัฒนาโปรแกรมต้องไม่เป็นเพียงการ "เขียนแบบแล้วไม่ได้ใช้จริง" แต่ต้อง ยึดตามความต้องการ (Requirement) ของผู้ใช้งานเป็นหลัก โดยระบบที่พัฒนาขึ้นจะต้องสามารถเชื่อมต่อกับแอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" และแอปพลิเคชันอื่น ๆ ของกระทรวงตามนโยบายได้ นอกจากนี้ ทีมพัฒนาควรลงไปศึกษา Ecosystem และ System Analysis ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (เช่น โรงพยาบาลหนองคายที่มีระบบจิตเวชและ X-ray) เพื่อนำมาวิเคราะห์และจัดทำแนวทางการไหลของข้อมูล (Flow) ให้เป็นระบบเดียวกัน

- ▶ กลยุทธ์การพัฒนาและการเชื่อมโยงระบบ หัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบนี้คือการ เน้นความต้องการของผู้ใช้ (Requirement-driven) เพื่อป้องกันปัญหาการพัฒนาโปรแกรมแล้วไม่มีการนำไปใช้งานจริง โดยมีแนวทางดังนี้:
  - การสำรวจ Ecosystem: ทีมพัฒนาต้องลงพื้นที่วิเคราะห์ระบบเดิม (System Analysis) ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เช่น กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลหนองคายที่มีระบบจิตเวชและ X-ray อยู่แล้ว
  - การเชื่อมต่อข้อมูล (Data Integration): ระบบต้องสามารถเชื่อมโยงกับแอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" และแอปพลิเคชันอื่น ๆ ตามนโยบายของผู้บริหารได้
  - การแบ่งกระแสข้อมูล (Data Flow): ในการวิเคราะห์ Requirement จะต้องแยกผลลัพธ์ออกเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ต้องนำไปใช้ในหมอพร้อม และส่วนที่จะนำมาพัฒนาเป็นระบบของแพลตฟอร์มเขตโดยเฉพาะ
- ▶ การบริหารจัดการทรัพยากร : ในส่วนของงบประมาณ ได้มีการกั้นงบประมาณส่วนหนึ่งไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โดยมีแผนที่จะวางระบบและงบประมาณไว้ที่โรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อขับเคลื่อนโครงการต่อไป
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
  - ๑) กลุ่มงาน CDO ดำเนินการพัฒนาาระบบตาม Timeline ให้แล้วเสร็จ ภายในสิ้นเดือนมิถุนายน ๒๕๖๙ และนำเสนอความก้าวหน้าในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
  - ๒) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการคัดเลือกโรงพยาบาลและสาขาที่จะนำร่อง เพื่อเป็นพื้นที่นำร่องในสาขาที่กำหนด เช่น สายงาน ICU, จิตเวช หรือ X-ray โดยต้องอยู่ภายใต้แพลตฟอร์มเดียวกัน ให้แล้วเสร็จภายในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

**มติที่ประชุม :** รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

#### ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

##### ๔.๑ รายงานความคืบหน้าโครงการจัดตั้งวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุดรธานี

โดย ดร.สุพัฒน์ จำปาหวาย ผู้อำนวยการโครงการจัดตั้งวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุดรธานี

- ▶ การจัดการเรียนการสอนและหลักสูตรในปัจจุบัน
  - หลักสูตรผู้ช่วยสาธารณสุข (๑ ปี): ในปีปัจจุบันได้มีการเปิดสอนหลักสูตรนี้เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะให้กับ อสม. ในด้านสาธารณสุขมูลฐาน
  - จำนวนนักศึกษาและงบประมาณ: มีแผนรับนักศึกษาประมาณ ๑๐๐ คน ซึ่งในปีล่าสุดมีผู้สมัครและเข้าเรียนจริงจำนวน ๙๙ คน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขในลักษณะค่าใช้จ่ายรายหัว หัวละ ๔๐,๐๐๐ บาท
  - สถานที่และทรัพยากร : ปัจจุบันอาศัยพื้นที่และทรัพยากรร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี ในการจัดการเรียนการสอน

- ▶ แผนการพัฒนาหลักสูตรในอนาคต
  - วิทยาลัยฯ มีการวางแผนขยายหลักสูตรภายใต้โครงการก้าวหมอบ เพื่อผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนี้
    - ปี ๒๕๖๙ : มีแผนจะรับนักศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยสาธารณสุขต่อเนื่องอีกประมาณ ๑๐๐ คน
    - ปี ๒๕๗๐ : เตรียมเปิดสอนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน) โดยมีเป้าหมายรับนักศึกษาจำนวน ๔๐ คน
    - ปี ๒๕๗๒ : วางแผนจะเปิดสอนในระดับปริญญาโท คือหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
    - รูปแบบการเรียนการสอน (In-house Training): มีแนวคิดในการปรับรูปแบบการฝึกอบรมให้ยืดหยุ่น โดยใช้ทรัพยากรและอาจารย์จากโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถทำงานไปพร้อมกับเรียนได้ (เช่น ขยายหลักสูตรจาก ๑ ปี เป็น ๒ ปี) เพื่อลดปัญหาภาระค่าใช้จ่ายและป้องกันไม่ให้เกิดขาดรายได้ระหว่างเรียน
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ ประธาน CHRO (นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย) ร่วมกับแพทย์หญิงปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี ดำเนินการ
  - ๑) สสำรวจหลักสูตรการฝึกอบรม (Training) ที่วิทยาลัยมีอยู่แล้ว และตรวจสอบว่าหน่วยงานยังขาดแคลนในส่วนตัว เพื่อให้สามารถส่งบุคลากรเข้าเรียนหรือ "Plug-in" ข้อมูลร่วมกันได้
  - ๒) วิเคราะห์ความต้องการบุคลากรในแต่ละประเภทบริการที่ยังขาดแคลน เช่น ผู้ช่วยทันตแพทย์ เพื่อวางแผนการผลิต
  - ๓) พิจารณารูปแบบการเรียนการสอนแบบ In-house Training โดยใช้ทรัพยากรและอาจารย์ (Resource) จากโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถทำงานควบคู่ไปกับการเรียนได้
  - ๔) พิจารณาขยายระยะเวลาหลักสูตรจาก ๑ ปี เป็น ๒ ปี ในรูปแบบค่อยเป็นค่อยไป เพื่อไม่ให้ผู้เรียนต้องขาดรายได้หรือออกจากงานระหว่างเรียน

**มติที่ประชุม :** รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

## ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

### ๕.๑ งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ปี ๒๕๖๙

โดย ประธาน CSEO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย)

- ▶ กรอบวงเงินอนุมัติ แผนค่าของบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

กรอบวงเงินอนุมัติ แผนค่าของบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569								
จังหวัด	จำนวนรายการ	วงเงินระดับเขต 15%	จำนวนรายการ	วงเงินระดับจังหวัด 20%	จำนวนรายการ	วงเงินระดับหน่วยบริการ 65%	รวมจำนวนรายการ	รวมวงเงิน 15 : 20 : 65
อุดรธานี	14	22,995,733.76	108	30,660,978.35	642	99,648,179.63	764	153,304,891.74
สกลนคร	28	17,025,593.12	33	22,700,790.83	174	58,273,809.65	235	98,000,193.60
นครพนม	6	8,394,457.52	17	11,192,610.03	195	34,635,007.60	218	54,222,075.15
เลย	17	9,220,432.86	86	12,293,910.47	295	37,686,609.04	398	59,200,952.37
หนองคาย	12	7,627,932.18	13	10,170,576.24	195	33,054,372.78	220	50,852,881.20
หนองบัวลำภู	10	6,120,568.37	6	8,160,757.83	49	14,937,086.24	65	29,218,412.44
บึงกาฬ	10	5,340,897.44	140	7,121,196.58	133	23,143,888.89	283	35,605,982.91
<b>ภาพรวมเขต</b>	<b>97</b>	<b>76,725,615.25</b>	<b>403</b>	<b>102,300,820.33</b>	<b>1,683</b>	<b>301,378,953.83</b>	<b>2,183</b>	<b>480,405,389.41</b>

หมายเหตุ: ฝ่ายการทบทวนและตรวจสอบรายการค่าขอ วงเงิน รายละเอียดเอกสารแบบต่างๆ และให้จังหวัดแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องแล้ว โดยคณะกรรมการกลั่นกรองรายการและพัฒนาระบบการบริหารจัดการงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ระดับเขต พื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี ครั้งที่ 1/2569 เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2568 และได้แก้ไขข้อมูลในระบบ สปสช. ถูกต้องแล้ว ณ วันที่ 18 ธันวาคม 2568

- ▶ วงเงินรวมของแผนค่าของบค่าเสื่อมปี ๒๕๖๙ มีจำนวนทั้งสิ้น ๔๘๐ ล้านบาท โดยแบ่งการจัดสรรออกเป็น ๓ ระดับหลัก ตามสัดส่วนดังนี้
  - ระดับหน่วยบริการ (๖๕%): วงเงิน ๓๐๑.๓ ล้านบาท ครอบคลุม ๑,๖๘๓ รายการ
  - ระดับจังหวัด (๒๐%): วงเงิน ๑๐๒.๓ ล้านบาท ครอบคลุม ๔๐๓ รายการ
  - ระดับเขต (๑๕%): วงเงิน ๗๖.๗ ล้านบาท ครอบคลุม ๘๗ รายการ
- ▶ รายการส่วนใหญ่ในทุกกระดับเน้นไปที่ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เป็นหลัก
- ▶ ประธานในที่ประชุม เน้นย้ำว่า สำหรับ รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนภารกิจไปแล้ว ให้ดำเนินการแยกค่าขอไปที่นายก อบจ. โดยตรง เพื่อความรวดเร็วและไม่ให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน

**มติที่ประชุม** ที่ประชุมพิจารณาแล้วเห็นชอบและอนุมัติแผนค่าของบค่าเสื่อมปี ๒๕๖๙ ตามที่เสนอ และประธานในที่ประชุม มอบหมายให้ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และประเมินผล (CSEO) ดำเนินการ จัดทำหนังสือถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แจ้งมติเห็นชอบและอนุมัติแผนฯ เพื่อเข้าสู่กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างตามขั้นตอนต่อไป

## ๕.๒ การขอรับสนับสนุนเงินบำรุงจากโรงพยาบาลให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

โดย ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู)

- ▶ เนื่องจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๖๙ ส่วนที่กั้นไว้เพื่อบริหารจัดการระดับเขตสุขภาพ อยู่ในขั้นตอนของการหารือร่วมกัน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ซึ่งคาดว่าจะทราบผลภายในเดือนมกราคม ๒๕๖๙ ทำให้ปัจจุบันสถานการณ์เงินบำรุงเขตสุขภาพที่ ๘ มีไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนแผนงาน โครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานตาม Service Plan ของเขตสุขภาพ ดังนั้น เขตสุขภาพที่ ๘ จึงมีความจำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจากโรงพยาบาลในสังกัด ๓ แห่ง เพื่อนำมาใช้ในขับเคลื่อนภารกิจด้านต่างๆ ของเขตสุขภาพ ดังนี้
  - โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร: ขอสนับสนุน ๕ ล้านบาท
  - โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี: ขอสนับสนุน ๕ ล้านบาท
  - โรงพยาบาลหนองคาย: ขอสนับสนุน ๔ ล้านบาท
 โดยจะจัดสรรคืนให้โรงพยาบาล เมื่อได้รับการจัดสรรเงินบริหารจัดการระดับเขต

มติที่ประชุม เห็นชอบและอนุมัติในหลักการ

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการจัดทำหนังสือขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงอย่างเป็นทางการจากโรงพยาบาล ๓ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร, โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี และโรงพยาบาลหนองคาย ต่อไป

ปิดประชุมเวลา ๑๒.๐๐ น.



(นางพันธมน นภามาศ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้บันทึกรายงานการประชุม



(นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม



(นายแพทย์สุรียนต์ ปัญหาราช)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ช่วยเลขานุการ



(นายแพทย์รวมพล เหล่าหวาน)

กรรมการและเลขานุการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม