

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งที่ ๒/ ๒๕๖๙
วันจันทร์ที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ เวลา ๑๔.๐๐ - ๑๗.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมชั้น ระวีวรรณ ชั้น ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลหนองคาย

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุม

๑. นายแพทย์สามารถ ถิระศักดิ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘	ประธานกรรมการ
๒. แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธานกรรมการ
๓. นางสาวปริญดา ทุนคำ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงสืบศิริ บัณฑิตภิมรัมย์ (แทน)	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	กรรมการ
๕. นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาถลม	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร	กรรมการ
๖. นายแพทย์สมชาย ชมภูคำ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม	กรรมการ
๗. นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	กรรมการ
๘. นายแพทย์ธราพงษ์ กัปกโก	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	กรรมการ
๙. ดร.นายแพทย์ภมร ตรุณ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	กรรมการ
๑๐. นาวาโทชวล ศรียายาง (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร	กรรมการ
๑๑. นายแพทย์อภิวัฒน์ บัณฑิตยชาติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม	กรรมการ
๑๒. นายแพทย์วิเชียร มลอยู่พะเนา (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย	กรรมการ
๑๓. แพทย์หญิงฤดีมน สกุลคู	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย	กรรมการ
๑๔. แพทย์หญิงนาตยา มิลส์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู	กรรมการ
๑๕. นายแพทย์สถาพร โมราราช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ	กรรมการ
๑๖. นายแพทย์อุดมศักดิ์ บุญส่งทรัพย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	กรรมการ
๑๗. นายแพทย์สุนัน ตั้งสุนทรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี	กรรมการ
๑๘. นายแพทย์พูลสวัสดิ์ วงศ์วิชิต	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส	กรรมการ
๑๙. แพทย์หญิงภรณ์ พรวัฒนา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	กรรมการ
๒๐. นายแพทย์กฤษฏา ศิริชัยสิทธิ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี	กรรมการ
๒๑. นางสาวเบ็ญจา นิมนวล (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	กรรมการ
๒๒. นางเนื่อทิพย์ หมุ่มมาก (แทน)	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘	กรรมการ
๒๓. นายวีระพงษ์ เรียบพร (แทน)	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘	กรรมการ
๒๔. นางสาวอัจฉิมา ทองบ่อ (แทน)	ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘	กรรมการ
๒๕. ผศ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (แทน)	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี	กรรมการ
๒๖. นายแพทย์สิทธิ เชาวชื่น	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ ๘ อุดรธานี	กรรมการ
๒๗. นายแพทย์ยอดลักษณ์ สัยลังกา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผาขาว	กรรมการ
๒๘. นายแพทย์กิตติเชษฐ ธีรกุลพงศ์เวช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์	กรรมการ
๒๙. นายคณิตย์ วงษา	สาธารณสุขอำเภอปากชม	กรรมการ
๓๐. นายสถิต พูลเพิ่ม	สาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ	กรรมการ
๓๑. นายแพทย์รวมพล เหล่าห้วน	รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการและเลขานุการ
๓๒. นายสุริยันต์ ปัญหาราช	รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	ผู้ช่วยเลขานุการ

/รายชื่อ...

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุมในระบบ Online

๑. แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี	กรรมการ
----------------------------------	------------------------------	---------

รายชื่อคณะกรรมการที่ติดภารกิจ

๑. นายแพทย์ชัยรัตน์ เจริญสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านผือ	กรรมการ
๒. นายแพทย์ธิตี อึ้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	กรรมการ
๓. นายวิสิทธิ์ วิจิตรโกสม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี	กรรมการ
๔. นายแพทย์ศกรินทร์ แก้วเข้า	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	กรรมการ
๕. นายคงจักร บัญทัน	ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๖. นายณดล ดวงท้าวเศษ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองใหญ่	กรรมการ
๗. นายเสกสันต์ จันทนะ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่ง	กรรมการ
๘. นายศราวดี อีสโร	แพทย์แผนไทยชำนาญการ	กรรมการ
๙. นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ	รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	ผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมฯ

๑. แพทย์หญิงระพีพรรณ จันทร์อ้วน	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
๒. แพทย์หญิงยุพร จิระวงศ์ประภา	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
๓. แพทย์หญิงปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	โรงพยาบาลอุดรธานี
๔. นายแพทย์จรุงธรรม ชันดี	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม	โรงพยาบาลนครพนม
๕. แพทย์หญิงปรีเปรม ศรีหล่มศักดิ์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ	โรงพยาบาลบึงกาฬ
๖. แพทย์หญิงพนิดา พันธุ์รัตน์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย	โรงพยาบาลหนองคาย
๗. นางสุภาพร เฉยทิม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	กองตรวจราชการ
๘. นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๙. นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๐. นางภัสติยะกุล ชาวกะมุด	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๑. นางสาวรัชชดา สุขผึ้ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๒. นายคทาจุธ เยี่ยงแก้ว	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๓. นายพัฒนรัฐ พุดหล้า	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๔. นางจิราภรณ์ สุทธิบริบาล	นักสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๕. นางพันธมน นภามาศ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๖. นางสาวปานดาว แก้วมณี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๗. นางสาวอรอุมา ประทุมทอง	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๘. นางสาวเครือวัลย์ ใจหาญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๙. นางสาวสิริภา จิตติพิมพ์	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๐. นายวีรพล หมอนชู	นิติกรปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๑. นางสาวพรทิพย์ สุดใจ	นิติกรปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๒. นางสาวอรนุช พิมพ์ตะคุ	นิติกรปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๓. นายสุวิวัฒน์ สุทธิบริบาล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๔. นายธนพันธ์ มั่งมุล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๕. นางสาวสุวรรณา โมราทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	กองตรวจราชการ

๒๖. นายกรกช ตรีภูมิจึง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	โรงพยาบาลอุดรธานี
๒๗. นางสาวชนัญฐิตา ประจักษ์วงศ์	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๘. นางสาวจรงค์ ดงพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๙. นางสาวชญัญญา แพงจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๐. นางสาวอรอนงค์ คงอาษา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘
๓๑. นายกฤต จันทร์อินทร์	นักวิชาการพัสดุปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๒. นางพรทิพย์ ตันมิ่ง	นักวิชาการเงินและบัญชี	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๓. นายจิรายุส ไชแสงจันทร์	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๔. นางสาวชนิสรา นาคนาคา	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๕. นางสาวกรรณิกา ปะละทัง	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๖. นางสาวมณฑพัท อรรถวิภาค	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๗. นายธวัชชัย บุตวงษ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๘. นางสาวรัชชก ศรีนามวล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๙. นางสาวนาถฤดี ศิรินาม	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔๐. นายชาลี ลิวเวหา	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔๑. นางสาวธีราพร ศรีกัน	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔๒. นางสาวทัตดาว ศรีบูรณ	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔๓. นางสาวปภัสสร ศรีพรหม	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔๔. นางสาวณัฐริษา นราพันธ์	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔๕. นางสาวพิมพ์ร ดาศักดิ์	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔๖. นางสาวเสาวลักษณ์ เพ็ญสา	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

เปิดการประชุม เวลา ๑๔.๐๐ น.

นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ เป็นประธานการประชุม
ระเปียบวาระที่ ๑

๑.๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

โดย นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘

ตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เน้นย้ำและกำกับ ติดตามในเรื่องการใช้ทรัพยากรและบัญชีต่างๆ การติดตามเรื่องสิ่งปลูกสร้างที่สัญญาสิ้นสุดลงเมื่อปีที่ผ่านมา และมีเงินกันในงวดสุดท้าย โดยเขตสุขภาพที่ ๘ มี ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ซึ่งโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมกำลังจะส่งมอบงวดสุดท้าย แต่ในส่วนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ยังคงมีความเสี่ยงในการดำเนินงานให้ทันเวลาที่กำหนด ควรติดตามดูแลการส่งมอบงานให้ทันตามกำหนดที่ตั้งเป้าหมายไว้

๑.๒ เรื่องแจ้งให้ทราบ

โดย แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล สาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ ๘

- ▶ ตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้สำรวจจังหวัดที่เหมาะสมจะขึ้นทะเบียนเป็น “พื้นที่สีแดง” แต่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน ซึ่งในเขตสุขภาพที่ ๘ มีจังหวัดที่เข้าเกณฑ์อยู่ โดยจังหวัดหนองคายดำเนินการขึ้นทะเบียนเรียบร้อยแล้ว ขอให้จังหวัดที่เข้าเกณฑ์ และยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนเร่งรัดดำเนินการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๙

/สืบเนื่อง...

- ▶ สืบเนื่องจากที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบให้ติดตามดูแลประเด็นของบุคลากรของเขตสุขภาพที่ ๘ เบื้องต้นท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ขอบคุณทางเขตสุขภาพที่ ๘ ที่สามารถกระตุ้นให้แพทย์เข้าสู่ระบบค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งสิทธิประโยชน์จะมีการแจ้งในที่ประชุม TMM อีกครั้ง ขณะนี้อยู่ระหว่างที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำลังพิจารณา โดยจะเป็นการจัดสรรโควตาจากส่วนกลาง แต่ทางพื้นที่จะมีโอกาสได้สอบถามสัมภาษณ์ร่วมกับส่วนกลางด้วย แล้วจึงจะมีการกำหนดสิทธิประโยชน์อีกครั้ง
- ▶ **เรื่องคำตอบแทนการปฏิบัติงาน (ER)** มีการพิจารณาคำตอบแทนของห้องฉุกเฉิน (ER) เป็นหลัก โดยกำหนดอัตราขั้นต่ำไว้ที่ ๒,๔๐๐ บาท ทุกสาขา หากจะมีการ Top up (จ่ายเพิ่ม) สำหรับ EP หรือกรณีอื่น ๆ ให้ทำข้อมูลเพิ่มเติมชี้แจงเหตุผลและข้อบ่งชี้ผ่านที่ประชุมคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาต่อไป
- ▶ แจ้งผลการตรวจราชการแบบบูรณาการ จากการลงตรวจราชการบูรณาการของกระทรวงมหาดไทย และสำนักนายกฯ พบว่า ทุกจังหวัดล้วนมีประเด็นหลักคือเรื่องยาเสพติดเกือบทั้งสิ้น โดยได้แจ้งว่าทางกระทรวงสาธารณสุขดูแลกลุ่มผู้ป่วยสีแดง - สีส้มเป็นหลักและเป็นจำนวนค่อนข้างมาก ส่วนเกณฑ์ของ "มินิธัญญารักษ์" จะเป็นการดูแลกลุ่มสีเหลือง ฉะนั้น คาดว่าในส่วนของโรงพยาบาลน่าจะเพียงพอในการเปิด สิ่งที่ต้องการ คือ ต้องการให้กระทรวงมหาดไทยช่วยสนับสนุนเรื่องมินิธัญญารักษ์ หรือ CBTx (การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน) นอกโรงพยาบาลเพื่อช่วยลดภาระของโรงพยาบาลในการดูแล
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** ให้แนวทางว่า สืบเนื่องจากการลงพื้นที่ของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขฯ ที่ผ่านมา ในส่วนโรงพยาบาลให้จัดทำเป็น Ward จิตเวชยาเสพติด ส่วนมินิธัญญารักษ์ ผลักดันให้เป็น การดูแลแบบชุมชนเป็นฐาน (Community) โดยใช้ทรัพยากรที่มี ดูแล acute และ sub-acute care ให้ได้มากที่สุด

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบหมายให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๑.๓ เรื่องแจ้งให้ทราบ

โดย นางสาวปริญดา ทุนคำ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

- ▶ สืบเนื่องจากที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขฯ ได้มอบหมายให้ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ติดตามการแก้ปัญหาสิทธิประโยชน์การรายการสิทธิประโยชน์ไม่ระบุรายละเอียด ปรากฏข้อมูลว่าเขตสุขภาพที่ ๘ พบปัญหานี้ใน ๒ จังหวัด คือ จังหวัดหนองคาย และจังหวัดหนองบัวลำภู โดยพบรายการยกยอดที่สามารถติดตามได้ แต่ยังไม่ครบถ้วน รายละเอียดดังนี้
 - จังหวัดหนองคาย : ผลการตรวจสอบสิทธิประโยชน์พบว่า มีรายการสิทธิประโยชน์รวมมูลค่ากว่า ๑๐ ล้านบาท ซึ่งมีการจำหน่ายออกไปแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ส่วนที่เหลือคือการตรวจสอบอาคารและสิ่งก่อสร้าง ๙ รายการ มูลค่า ๘ ล้านบาทบาท ซึ่งปัจจุบันตรวจสอบพบของจริงแล้ว ๒๖ รายการ มีการรายงานผลไปแล้ว ๒ รายการ โดยมีแนวทางการดำเนินงานให้แล้วเสร็จภายใน ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๙ ซึ่งขณะนี้มีการดำเนินงานแล้ว อยู่ระหว่างการรายงานผลต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด โดยคาดว่าจะทำเรื่องบัญชีให้ตรงตามยอด ภายในกำหนดเวลา

/จังหวัด...

- จังหวัดหนองคาย มีรูปแบบการติดตามคือ มีการทำหนังสือถึงคลังจังหวัดเพื่อตรวจสอบข้อมูลในระบบ และแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริง โดยมีนิติกรเป็นผู้ดูแลข้อมูล และจะนำเรียนโรงพยาบาลหนองคายต่อไป คาดว่าจะแล้วเสร็จภายใน ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ และจะปรับปรุงข้อมูลผลการดำเนินงานรายสัปดาห์ ส่งความก้าวหน้าให้เขตสุขภาพที่ ๘ ทุกสัปดาห์เพื่อกำกับติดตาม วางแผนว่าจะให้เสร็จสิ้นภายใน ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙
- จังหวัดหนองบัวลำภู : ผลการตรวจสอบสินทรัพย์พบว่า คงเหลือค้างในระบบ ๑ รายการ เป็นรายการครุภัณฑ์ มูลค่า ๑ ล้านบาทบาท อยู่ระหว่างปรับปรุงบัญชี ซึ่งสอบข้อเท็จจริงเสร็จสิ้นแล้ว และได้รายงานผลการพิจารณาต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแล้ว อยู่ระหว่างการพิจารณาผลให้งานบัญชีทราบ ซึ่งสามารถปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้องทันตามกำหนดเวลา
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** แจ้งว่า สืบเนื่องจากคณะกรรมการตรวจสอบระดับกระทรวง พบประเด็นปัญหาเรื่องการไม่รับรองบัญชี เนื่องจากมีรายการสิ่งก่อสร้างหรืออาคารปรากฏในบัญชีแต่ไม่พบตัวพัสดุจริง หรือไม่ทราบตำแหน่งที่ตั้ง แต่ทั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการตรวจสอบแล้ว เหลือขั้นตอนการจัดการรายละเอียดเพียงเล็กน้อย ประเด็นต่อไปที่สำคัญคือ "ครุภัณฑ์" ทั้งครุภัณฑ์การแพทย์และครุภัณฑ์สำนักงาน
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบพัสดุ/บัญชี ของทุกหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ ๘ เริ่มวางแผนสำรวจและปรับปรุงรายละเอียดกับพัสดุที่มีอยู่จริง (Physical Unit) ให้ตรงกันทั้งบัญชีหน่วยงาน บัญชี GF และ/หรือบัญชีอื่นๆ ในส่วนของครุภัณฑ์เงินบำรุงที่ไม่ได้ลงในระบบ GF ให้ไปตรวจสอบกับ Physical Unit โดยดำเนินการในเสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ เพื่อปรับปรุงข้อมูลสินทรัพย์ของหน่วยงานให้เป็นปัจจุบันมากที่สุด

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบหมายให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

- รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๑/ ๒๕๖๙ วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๙

มติที่ประชุม : รับรองรายงานการประชุม ฯ

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องติดตาม

- ๓.๑** แนวทางแก้ปัญหาการเสียชีวิตของมารดา (Maternal Mortality) ในจังหวัดนครพนมและสกลนคร โดย ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี)
- ▶ ในปี ๒๕๖๙ พบว่ามีแนวโน้มสถิติมารดาเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น โดยสาเหตุการตาย ๕ อันดับแรก ได้แก่
 - ๑) PPH (Postpartum Hemorrhage) ยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต
 - ๒) Heart disease : พบภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/ผิดปกติ (Cardiomyopathy) เป็นสาเหตุสำคัญ
 - ๓) Sepsis : พบกรณีการเสียชีวิตจากสาเหตุนี้ในจังหวัดสกลนครและนครพนม ซึ่งการติดเชื้อสามารถเกิดขึ้นได้กับหลายอวัยวะ

- ๔) Pulmonary Embolism
- ๕) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia)
- ▶ สาเหตุทางสูติกรรมโดยตรง (Direct Causes) : พบในกรณีที่มีการดามีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วย
 - ๑) PPH
 - ๒) Eclampsia
 - ๓) Severe PIH
 - ๔) Suicide
 - ๕) Amniotic Embolism
- ▶ สาเหตุทางอ้อมและโรคประจำตัว (Indirect Causes)
 - ๑) Heart disease
 - ๒) Sepsis
 - ๓) Pulmonary Embolism
 - ๔) SLE
 - ๕) Covid-19
- ▶ ปัจจัยเสี่ยงเชิงระบบและกระบวนการดูแล
 - ข้อจำกัดของระบบคัดกรอง : ระบบ "ตะแกรงดักจับ" หรือการตรวจหาความเสี่ยงในระยะเริ่มต้น (ANC) ยังทำได้ช้าหรือมีช่องโหว่ ทำให้ตรวจพบความผิดปกติเมื่ออาการรุนแรงแล้ว
 - ความล่าช้าในการส่งต่อ : โรงพยาบาลขนาดเล็กที่ไม่มีสูติแพทย์ประจำตลอด ๒๔ ชั่วโมง อาจมีความเสี่ยงหากไม่รีบเคลียร์เคสและส่งต่อก่อนเวลาสิ้นสุดการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง
 - การเข้าถึงทรัพยากรวิกฤต : ปัญหาการเข้าถึงห้อง ICU ซึ่งส่วนใหญ่เป็น ICU รวม ทำให้มารดาที่อาการหนักอาจไม่ได้รับการดูแลในลำดับความสำคัญสูงสุดในบางกรณี รวมถึงปัญหาการขาดแคลนตู้สำรองเลือดในโรงพยาบาลที่ทำคลอดบางแห่ง
 - ความยากในการวินิจฉัย : ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์มีความซับซ้อนและดูยากกว่าคนปกติ ทำให้การใช้สัญญาณเตือนภัยล่วงหน้า (Early Warning Sign) มีความสำคัญมาก หากระบบคัดกรองไม่เข้มแข็งพอ
- ▶ เครื่องมือและระบบการคัดกรองสัญญาณอันตราย
 - Early Warning Sign (EWS) : เน้นย้ำให้ทุกโรงพยาบาลที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ใช้ระบบการคัดกรองสัญญาณเตือนระยะแรก เช่น SOS score หรือ SOFA score เพื่อให้ตรวจพบภาวะผิดปกติได้ทันที โดยเฉพาะในกรณีสงสัยภาวะติดเชื้อ (Sepsis)
 - การใช้ Partograph : กำหนดให้ใช้ในการทำคลอดทุกรายเพื่อคัดกรองและป้องกันภาวะคลอดล่าช้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิต
 - การเฝ้าระวังหลังคลอด (Intensive Care) : ให้ดูแลอย่างใกล้ชิดใน ๒ ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อคัดกรองภาวะตกเลือดหรือภาวะก้อนเลือดคั่ง (Hematoma) ก่อนที่คนไข้จะเข้าสู่ภาวะช็อก

- ▶ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ (ยาเสพติดและโรคหัวใจ)
 - การคัดกรองประวัติยาเสพติด : แม้ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ จะไม่ได้บังคับ แต่มีข้อสั่งการให้ซักประวัติและคัดกรองอย่างเข้มข้นในกระบวนการ ANC โดยเน้นการพูดคุยสร้างความคุ้นเคยเพื่อให้ผู้ป่วยยินยอมตรวจ
 - การค้นหาโรคร่วม : มุ่งเน้นการคัดกรองโรคหัวใจและประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของ indirect cause ในการเสียชีวิต
 - การวิจัยเพื่อหาจุดตัด (Trigger/Cut off) : มีข้อเสนอให้ทีมสูติกรรมศึกษาวิจัยเพื่อหาดัชนีชี้วัดที่ชัดเจนว่า มารดาที่ใช้ยาเสพติดและมีภาวะแทรกซ้อนระดับใด (เช่น ความดันโลหิตสูงรุนแรง) ที่มีความเสี่ยงสูงจนควรพิจารณายุติการตั้งครรภ์เพื่อความปลอดภัย
- ▶ การคัดกรองเพื่อแบ่งระดับการดูแล (Risk Mapping)
 - R8 Mode I: ใช้การแบ่งระดับความเสี่ยงเพื่อกำหนดศักยภาพของโรงพยาบาล
 - Emergency Labor : โรงพยาบาลที่ดูแลเฉพาะการคลอดปกติหรือกรณีฉุกเฉินเบื้องต้น
 - Surgery Node : โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการผ่าตัดและดูแลเคสซับซ้อน
 - การจัดการระบบส่งต่อ : หากโรงพยาบาลชุมชนคัดกรองแล้วพบว่าเป็นเคสเสี่ยง หรือไม่มีสูติแพทย์อยู่เวรหลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ให้ดำเนินการส่งต่อทันทีโดยไม่ต้องรอให้เกิดภาวะวิกฤต
- ▶ แนวทางแก้ปัญหาการเสียชีวิตของมารดา ในเรื่องของระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral System)
 - การจัดระดับศักยภาพและการวางระบบเครือข่าย (Mapping & Classification)
 - การแบ่งระดับสถานพยาบาล : ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จัดทำแผนผัง (Mapping) โรงพยาบาลในจังหวัด โดยแบ่งตามศักยภาพการทำคลอดให้ชัดเจน ระหว่างโรงพยาบาลที่ดูแลเฉพาะการคลอดฉุกเฉิน (Emergency Labor) และโรงพยาบาลที่เป็น Node ผ่าตัด (Surgery Node)
 - แนวคิด One Province One Labor Room : มุ่งเน้นการบริหารจัดการห้องคลอดในภาพรวมของจังหวัด เพื่อแก้ปัญหาโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่ไม่มีสูติแพทย์
 - การตัดสินใจระดับบริหาร : สสจ. ต้องตัดสินใจและสื่อสารให้ชัดเจนว่าโรงพยาบาลใดควรเพิ่มศักยภาพ หรือลดบทบาทลงเหลือเพียงการดูแลเคสฉุกเฉิน เพื่อให้การส่งต่อและการทำงานในเครือข่ายเป็นไปอย่างราบรื่น
 - เกณฑ์และเงื่อนไขการส่งต่อ
 - การส่งต่อตามความเสี่ยง (R8 Model) : เคสที่มีความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้วางแผนส่งไปคลอดที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพรองรับทันที โดยไม่จำเป็นต้องทดลองคลอดที่โรงพยาบาลชุมชน เว้นแต่จะเป็นกรณีฉุกเฉินที่ส่งไม่ทัน
 - เกณฑ์การส่งต่อเร่งด่วน : หากมีการเสียเลือดมากกว่า ๕๐๐ cc. ให้โทรแจ้งและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอนอการหนัก

- การบริหารจัดการเวลา (Time-based Referral) : สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีสูติแพทย์ อยู่เวร ๒๔ ชั่วโมง ให้ใช้ระบบ "รีบเคลียร์และรีบริเฟอร์" โดยต้องจัดการส่งต่อเคส ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา ๑๕.๐๐ น. ของแต่ละวัน
 - แนวทางสำหรับโรงพยาบาลรับส่งต่อ (Receiving Protocols)
 - การลดขั้นตอน (Lower Threshold) : โรงพยาบาลระดับจังหวัดที่เป็นแม่ข่าย ต้องลดเกณฑ์ การรับตัวผู้ป่วย จากโรงพยาบาลชุมชนที่ตกลงกันไว้ว่าเป็นระดับ Emergency Labor โดยไม่ต้องซักข้อมูลซ้ำซ้อนและให้รับตัวทันที
 - นโยบายไม่ปฏิเสธการรับ (No Refusal Policy) : ในช่วงเวรป่วยและเวรตึก โรงพยาบาล จังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ห้ามปฏิเสธการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีสูติแพทย์ อยู่เวร
 - ระบบสนับสนุนการส่งต่อ
 - การเข้าถึง ICU : ให้มีการจัดลำดับความสำคัญ ให้มารดาที่ส่งต่อมาได้เข้าห้อง ICU ก่อน เป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ดูแลยากและมีความเสี่ยงสูง
 - ระบบปรึกษา (Consultation) : เน้นการจัดระบบให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถปรึกษา สูติแพทย์ใน Node หรือโรงพยาบาลจังหวัดได้ทันทีเมื่อตรวจพบสัญญาณเตือน (Early Warning Sign)
 - การใช้เทคโนโลยี : มีการพิจารณาใช้แพลตฟอร์มบริหารจัดการ (Platform Management) เพื่อกำกับดูแลและติดตามการส่งต่อให้เป็นรูปธรรม
- ▶ สถานการณ์และความรุนแรงของปัญหาการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นปัจจัย สำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของมารดา
 - สถิติการเสียชีวิต : ในปี ๒๕๖๙ พบกรณีมารดาเสียชีวิตในจังหวัดเลยที่มีประวัติการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามีน) โดยมีภาวะแทรกซ้อนคือครรภ์เป็นพิษและโรคกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (Cardiomyopathy)
 - แนวโน้มปัญหา : ข้อมูลจากการศึกษาของโรงพยาบาลอุดรธานีพบว่า ตั้งแต่ช่วงการแพร่ระบาดของ Covid-19 พบแนวโน้มการใช้แอมเฟตามีนและแอลกอฮอล์ในหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STD) ที่สูงขึ้นด้วย
 - ความเสี่ยงทางการแพทย์ : สารเสพติดถูกจัดเป็น "โรคร่วม" ที่มีมากกว่าโรคหัวใจและภาวะ ตกเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต
- ▶ ข้อจำกัดและแนวทางการคัดกรองในปัจจุบัน
 - แนวทางจากส่วนกลาง : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยไม่ได้บังคับตรวจสารเสพติด ในหญิงตั้งครรภ์ แต่ให้ดำเนินการตามความสมัครใจ
 - ปัญหาหน้างาน : บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังไม่กล้าตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติด ทันทีที่ฝากครรภ์ครั้งแรก

- วิธีการแก้ปัญหา : ปัจจุบันใช้การสร้างความคุ้นเคยและสอบถามประวัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ขั้นตอนการรับฝากครรภ์ (ANC) ห้องคลอด ไปจนถึงหลังคลอด เพื่อให้ครอบคลุมและสามารถดูแลทารกแรกเกิดได้อย่างเหมาะสม
- ▶ การบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา
 - ๑) การบริหารจัดการโครงสร้างพื้นฐานและครุภัณฑ์
 - ระบบสำรองเลือด : ปัจจุบันโรงพยาบาลที่ทำคลอดในเขตสุขภาพที่ ๘ ยังไม่มีตู้เย็นสำหรับสำรองเลือดครบ ๑๐๐% ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงสำคัญ จึงมีแผนการจัดซื้อผ่านงบค่าเสื่อมเพื่อแก้ปัญหาและเพิ่มความปลอดภัยในกรณีตกเลือดหลังคลอด
 - การเข้าถึงหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) : เนื่องจากกลุ่มงานสูติรีเวชกรรมมักไม่มี ICU ของตนเองและต้องใช้ ICU รวม จึงมีนโยบายให้จัดลำดับความสำคัญให้มารดาที่มีอาการวิกฤตได้เข้าถึงการดูแลก่อน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ดูแลยากและซับซ้อน
 - ๒) การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและทักษะเฉพาะทาง
 - การบูรณาการทีมสหวิชาชีพ : ในกรณีที่มารดาติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) มอบหมายให้อายุรแพทย์เข้าร่วมวางแผนการรักษากับสูติแพทย์ทันที รวมถึงการใช้ทีมดูแลในลักษณะ Multidisciplinary team เพื่อจัดการเคสยากในโรงพยาบาลศูนย์
 - การเพิ่มทักษะเฉพาะทาง : มีแนวคิดในการฝึกอบรมให้สูติแพทย์สามารถทำ Echo หัวใจในเบื้องต้นได้ เพื่อช่วยคัดกรองมารดาที่มีปัญหาโรคหัวใจจากการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามีน) ให้เข้าสู่กระบวนการรักษาได้รวดเร็วขึ้น
 - การจัดการกำลังคนในโรงพยาบาล Node : สำหรับโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ไม่ครบ ๒๔ ชั่วโมง ให้บริหารจัดการโดยการประเมินและส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ก่อนเวลา ๑๕.๐๐ น. เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในช่วงที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางและวิสัญญีแพทย์ประจำการ
 - ๓) การจัดระบบบริการและบริหารเครือข่าย (Mapping)
 - การแบ่งระดับศักยภาพโรงพยาบาล : มอบหมายให้แต่ละจังหวัดทำ Mapping โรงพยาบาลให้ชัดเจนว่าแห่งใดมีศักยภาพระดับผ่าตัดได้ (Surgery node) หรือแห่งใดรับเฉพาะเคสคลอดปกติ/ฉุกเฉิน (Emergency Labor)
 - โมเดล One Province One Labor Room : เป็นแนวทางที่น่าสนใจสำหรับโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่ไม่มีสูติแพทย์ โดยจะมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลแม่ข่ายให้เข้มแข็งเพื่อรองรับการดูแลมารดาในระดับจังหวัดอย่างเป็นระบบ
 - แพลตฟอร์มการบริหารจัดการ : ใช้ระบบบริหารจัดการการส่งต่อที่ลดขั้นตอน (Low threshold) โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องไม่ปฏิเสธการรับเคสจากโรงพยาบาลชุมชนที่ตกลงกันไว้ตามเกณฑ์ความเสี่ยง เพื่อลดความล่าช้าในการรักษา

๔) การพัฒนาระบบคัดกรองและเฝ้าระวัง

- การคัดกรองเชิงรุก : เน้นย้ำการบริหารจัดการในกระบวนการฝากครรภ์ (ANC) โดยให้ความสำคัญกับการคัดกรองประวัติยาเสพติดและโรคหัวใจเป็นกรณีพิเศษ (High-risk group)
- เครื่องมือเฝ้าระวัง : กำหนดให้ใช้สัญญาณเตือนภัยล่วงหน้า (Early Warning Sign) เช่น SOS หรือ SOFA และการใช้พาโทกราฟ (Partograph) ในทุกเคสเพื่อป้องกันภาวะคลอดล่าช้าและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

๑) โรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๘

- ให้ใช้ระบบ Early Warning Sign (EWS) เช่น SOS score หรือ SOFA score อย่างเคร่งครัด หากสงสัยภาวะผิดปกติให้รายงานแพทย์สต๊าฟ หรือปริกษาสูติแพทย์ Node/โรงพยาบาลจังหวัดทันที
- ให้ใช้ พาโทกราฟ (Partograph) ในการเฝ้าคลอดหญิงตั้งครรภ์ทุกราย เพื่อป้องกันภาวะคลอดล่าช้า
- เน้นการดูแลหลังคลอดแบบ Intensive Care ในช่วง ๒ ชั่วโมงแรก เพื่อเฝ้าระวังภาวะตกเลือดและก้อนเลือดคั่งอย่างใกล้ชิด

๒) โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพศ./รพท.) ปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ

- Time-based Management : สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีสูติแพทย์และวิสัญญีแพทย์ อยู่เวร ๒๔ ชั่วโมง ให้รีบเคลียร์เคสและดำเนินการ ส่งต่อ (Refer) ภายในเวลา ๑๕.๐๐ น. ของทุกวัน
- นโยบายไม่ปฏิเสธการรับ : โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ ห้ามปฏิเสธการส่งต่อ ในช่วงเวรป่วยและเวรตึกจากโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางประจำการ
- เกณฑ์ส่งต่อเร่งด่วน : หากมีการเสียเลือดมากกว่า ๕๐๐ cc. ให้โทรศัพท์แจ้งโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอ

๓) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป ดำเนินการ

- Mapping โรงพยาบาล : ให้ สสจ. จัดทำแผนผังระดับศักยภาพโรงพยาบาลในจังหวัด ให้ชัดเจน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ทำคลอดเฉพาะกรณีฉุกเฉิน (Emergency Labor) และกลุ่มที่เป็น Node ผ่าตัด (Surgery Node)
- ลดเกณฑ์การรับส่งต่อ : โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นผู้รับเคส ต้องลดขั้นตอนการซักข้อมูล และรับตัวผู้ป่วยทันทีจากโรงพยาบาลที่ตกลงกันว่า เป็นระดับ Emergency Labor

- การตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์ : ให้ สสจ. ตัดสินใจและสื่อสารให้ชัดเจนว่าสถานพยาบาลใดควรเพิ่มศักยภาพ หรือลดบทบาท เพื่อให้เครือข่ายทำงานร่วมกันได้ง่ายขึ้น
- ๕) แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี (ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ และทีม Service Plan สุตยกรรม ศึกษาค้นคว้าวิจัย ข้อมูลย้อนหลัง เพื่อหาตัวชี้วัดหรือ “Trigger” ที่ชัดเจน เช่นเดียวกับเกณฑ์ของโรคหัวใจ ว่าหากหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดมีอาการถึงระดับใด จึงจะถือว่าไม่ปลอดภัยและต้องพิจารณายุติการตั้งครรภ์ (Terminate pregnancy) เพื่อป้องกันการเสียชีวิต
- ๕) แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี (ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘) และทีม Service Plan รวบรวมรายการครุภัณฑ์ที่จำเป็น โดยเฉพาะ ตู้เย็นสำหรับสำรองเลือด ในโรงพยาบาลที่ทำคลอดแต่ยังขาดแคลน (เพื่อให้ครบ ๑๐๐%) รวมถึงความต้องการใน ๓๓ สาขาบริการ และจัดทำแผนความต้องการเพื่อปรับเปลี่ยนค่าของงบประมาณปี ๒๕๗๐ หรือใช้งบค่าเสื่อมปีปัจจุบันในการจัดหา (รวบรวมข้อมูลให้ทันรอบการของงบประมาณ)
- ๖) ประธาน Service Plan หัวใจ และ สุตินรีแพทย์จัดอบรมให้สูตินรีแพทย์สามารถทำ “Echo หัวใจ” (Echocardiography) เบื้องต้นได้ เพื่อให้สามารถประเมินและคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้แอมเฟตามีนได้รวดเร็วขึ้น
- ๗) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และโรงพยาบาลทุกแห่ง กำชับกระบวนการ ANC ให้คัดกรองประวัติยาเสพติดอย่างเข้มข้น และให้จัดกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติดังกล่าวเป็น “กลุ่มเสี่ยงสูง” (High-risk group) ที่ต้องได้รับการมอนิเตอร์อย่างใกล้ชิด
- ๘) ทีม ICU โรงพยาบาลทุกแห่งลำดับความสำคัญในการเข้าถึงห้อง ICU สำหรับมารดาที่มีอาการวิกฤต โดยใช้ลักษณะ “ลัดคิว” เพื่อให้แม่ได้รับการก่อน เนื่องจากเป็นเคสที่ดูแลยากและซับซ้อน
- ๙) ทีมสูตินรีแพทย์ และอายุรแพทย์ ของโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๘
 - ในกรณีมารดาติดเชื้อ (Sepsis) ให้ อายุรแพทย์ร่วมวางแผนการรักษา ทันที
 - กำชับการเตรียมความพร้อมเรื่องการให้ข้อมูลแก่ญาติและการใกล้ชิดเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๒ แผนพัฒนาระบบบริการโรคมะเร็ง

โดย ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี)

- ▶ สถานการณ์ปัจจุบัน : มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๒ ในจังหวัดเลย อันดับ ๕ ในอุดรธานี (มะเร็งปอด) และอันดับ ๕ ในบึงกาฬ (มะเร็งตับ)
- ▶ เป้าหมายการคัดกรอง
 - มะเร็งเต้านม (ระยะ ๑-๒) พบแล้ว ๕๐%
 - มะเร็งลำไส้ใหญ่ (ระยะ ๑-๒) อยู่ที่ ๒๒%
 - มะเร็งตับและท่อน้ำดี (ระยะ ๔) ยังคงสูงเกิน ๙๐% ซึ่งสัมพันธ์กับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ C ที่ยังไม่ครอบคลุมในบางพื้นที่ เช่น เลย และบึงกาฬ
- ▶ ทั้งนี้ ที่ประชุมวิเคราะห์ว่าหากสามารถคัดกรอง จนพบระยะที่ ๑-๒ ได้เกิน ๕๐% ถือว่าแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมามีทิศทางแล้ว
- ▶ การคัดกรองเฉพาะโรคและพื้นที่
 - ไวรัสตับอักเสบบี และ C : เป็นการคัดกรองเพื่อป้องกันมะเร็งตับ โดยภาพรวมทำได้เกิน ๘๐% แต่มีบางพื้นที่ที่ผลงานยังไม่ถึงเกณฑ์ ๘๐% คือ จังหวัดเลย และจังหวัดบึงกาฬ
 - หน่วยคัดกรองเคลื่อนที่ : มีการประสานงานกับมูลนิธิกาญจนบารมีในการออกหน่วยโมบายแมมโมแกรม (Mobile Mammogram) แต่ข้อสังเกตคือมักตรวจพบผู้ป่วยในระยะที่มากแล้ว
- ▶ ปัญหาด้านการรักษา : การผ่าตัดและการฉายแสงยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายมา ๒ ปีซ้อน ส่วนเคมีบำบัดอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์พอดี
- ▶ แนวทางพัฒนา (SAP Model) : เน้นการเพิ่มเครื่องมือ เช่น Colonoscopy, Colposcopy และ Mammogram รวมถึงการลดคอขวดในระบบการรอคอย
- ▶ อุปสรรคและปัญหาในการคัดกรอง
 - ข้อจำกัดด้านเครื่องมือ : พื้นที่ยังขาดแคลนครูภัณฑ์สำหรับการคัดกรองเชิงลึก เช่น เครื่องส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy), เครื่องส่องกล้องตรวจปากมดลูก (Colposcopy) และเครื่องแมมโมแกรม
 - เกณฑ์การคัดกรอง : มีข้อกังวลว่าเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในปัจจุบันอาจใช้ระยะเวลาและเข้มงวดเกินไป ทำให้ไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้มากพอ โดยเฉพาะมะเร็งตับและท่อน้ำดี
 - ภาวะคอขวด : พบปัญหาเมื่อคัดกรองพบความเสี่ยงแล้ว แต่ผู้ป่วยต้องรอคิวตรวจวินิจฉัยยืนยันนาน หรือผู้ป่วยมีความกลัวจนไม่เข้าสู่กระบวนการรักษา
- ▶ นวัตกรรมดิจิทัลเพื่อการคัดกรอง (Cancer Alert R๘) มีการนำร่องการใช้แพลตฟอร์ม Cancer Alert R๘ ที่จังหวัดสกลนครเพื่อเป็นระบบติดตามกลุ่มเสี่ยง
 - ประสิทธิภาพ : จากการสรุปข้อมูลในรอบ ๓ เดือน พบว่าระบบนี้สามารถช่วยลดระยะเวลาการรอคอย (Waiting time) ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง จากเดิมที่ต้องรอเฉลี่ย ๖๐ วัน ลดลงเหลือเพียง ๓๐ วัน
 - ประโยชน์เชิงบริหาร : ช่วยให้ทีมบริหารเห็น “ช่องว่าง” (Gap) ในการบริการ เช่น หากอำเภอใดมีการคัดกรองได้เยอะแต่ระยะเวลารอคอยนานเกินไป จะสามารถบริหารจัดการส่งผู้ป่วยไปยังจุดอื่นที่มีคิวว่างกว่าได้

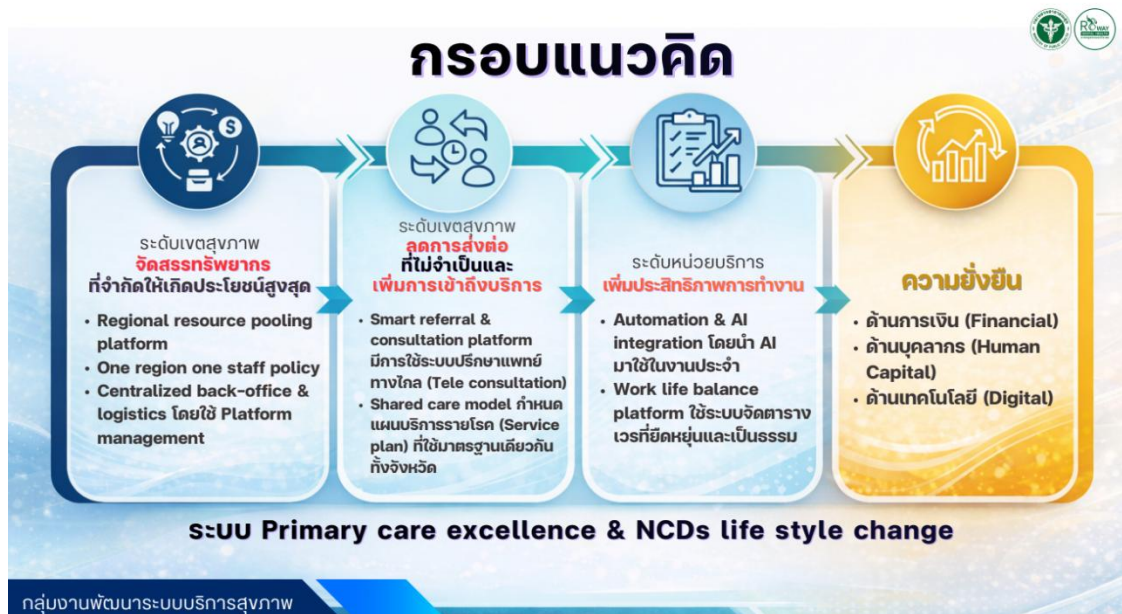
- ▶ การรักษาด้วยรังสี (Radiotherapy/Radiation Therapy) หรือการฉายแสง เขตสุขภาพที่ ๘
 - เป้าหมายการเข้าถึงการรักษา : ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา ผลการดำเนินงานด้านการรักษา โดยเฉพาะ การฉายแสงและการผ่าตัด ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินติดต่อกัน ๒ ปี ขณะที่การให้ยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์พอดี
 - ระยะเวลาการรอคอย : มาตรฐานการรอคอยการฉายแสงอยู่ที่ประมาณ ๒-๔ สัปดาห์ โดยโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีสามารถให้บริการกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป (Walk-in) ได้ภายในไม่เกิน ๒ สัปดาห์
 - แผนการขยายศักยภาพและโครงสร้างพื้นฐาน (เครื่อง Linac)
 - จังหวัดสกลนคร : ปัจจุบันมีเครื่องฉายแสงแล้วและมีแผนที่จะเพิ่มจำนวนเครื่องเพื่อรองรับความต้องการในพื้นที่
 - จังหวัดอุดรธานี (โรงพยาบาลอุดรธานี) : ปัจจุบันยังไม่มีเครื่องฉายแสงเป็นของตนเอง แต่อยู่ระหว่างการพิจารณาพื้นที่เพื่อสร้างอาคารรองรับการติดตั้งเครื่องในอนาคต โดยเป้าหมายในระยะยาวคือควรมี ๒ เครื่อง
 - จังหวัดนครพนม : มีแผนการจัดซื้อเครื่องฉายแสงในงบประมาณปี ๒๕๗๐
 - ทิศทางในอนาคต : เขตสุขภาพต้องติดตามเทคโนโลยีการรักษามะเร็งที่อาจเปลี่ยนแปลงไปนอกเหนือจากเครื่อง Linac เพื่อการลงทุนที่คุ้มค่า
 - ข้อจำกัด : โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี (สังกัดกรมการแพทย์) มีขีดความสามารถสูงในการฉายแสง แต่จะมีข้อจำกัดในกรณีผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง (Medical complication) เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวาย หรือผู้ป่วยวิกฤต (Critical care) ซึ่งกลุ่มนี้มักจะถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาลอุดรธานี หรือส่งต่อไปที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์
 - แนวทางการแก้ไข (Service Share/Outsource) :
 - **ประธานในที่ประชุม** เสนอให้มีการ "บริหารจัดการร่วม" โดยให้โรงพยาบาลอุดรธานี ส่งบุคลากรไปช่วยดูแลและใช้เครื่องฉายแสงของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ๑ เครื่อง เพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อนโดยเฉพาะ
 - เบื้องต้นจะมีการหารือกับอธิบดีกรมการแพทย์เพื่อกำหนดความชัดเจนในรูปแบบการดำเนินงาน (Outsource) เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ
- มติที่ประชุม** : รับทราบ และเห็นชอบ
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
 - ๑) ดร.นายแพทย์ภมร ดรุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ และทีม CDO เขตสุขภาพที่ ๘ นำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
 - วิเคราะห์ระบบ Cancer Alert R๘ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบ "หมอมพร้อม" หรือระบบของกระทรวงที่มีอยู่แล้ว เพื่อลดความซ้ำซ้อนและประหยัดงบประมาณ
 - พิจารณาความคุ้มค่าของงบประมาณ ที่จะใช้ขยายระบบทั้งเขต ว่าสามารถปรับลดหรือใช้ทรัพยากรร่วมกันได้หรือไม่
 - ออกแบบระบบให้เป็นเนื้อเดียวกับโครงการดิจิทัลอื่น ๆ ในเขต ไม่แยกทำเป็นแอปพลิเคชันเดี่ยว

๒) นายแพทย์สมศักดิ์ ประภักฎาวัตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร (ประธาน Service Plan สาขา มะเร็ง) จัดทำแผนผัง (Mapping) การวางระบบเครื่องฉายแสงและทิศทางการลงทุน ในเขตสุขภาพที่ ๘ และวิเคราะห์ความเหมาะสมในการติดตั้งเครื่องในพื้นที่ต่าง ๆ เช่น สกลนคร (ที่จะเพิ่มเครื่อง) และอุดรธานี (ที่กำลังเตรียมพื้นที่ตึก) และนำเสนอในวาระประชุม คณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๓ แผนพัฒนา SAP

โดย ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี)



- ▶ Platform Management : เน้นการจัดสรรทรัพยากรร่วมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และสร้างระบบการส่งต่อที่มีมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต
- ▶ ความยั่งยืน : มุ่งเน้นความสมดุลระหว่างประสิทธิภาพของงาน (Efficiency) และการดูแลบุคลากร (Work-life balance) เพื่อความยั่งยืนในระยะยาว
- ▶ R8 Digital Plus : เป็นการนำระบบ IT เข้ามาขับเคลื่อน (Digital) ควบคู่ไปกับการเพิ่มเรื่อง Lifestyle Medicine เพื่อดูแลกลุ่มโรคเบาหวาน (DM Remission)
- ▶ แผนการดำเนินงานในสาขาบริการหลัก
 - อุบัติเหตุและระบบส่งต่อ : กำหนดให้มีทีม Sky Doctor ในทุกโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ พร้อมจัดซื้อครุภัณฑ์ที่จำเป็นในปี ๒๕๖๙ รวมถึงการทำ Telemedicine ในรถ ambulance เพื่อลดช่องว่างการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทางระหว่างส่งต่อ
 - One ICU Platform : พัฒนาระบบติดตามอาการผู้ป่วยวิกฤตแบบ Real-time เพื่อให้โรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถช่วยดูแลศสหนักในโรงพยาบาลชุมชนได้ โดยมีแผนนำร่องที่จังหวัดอุดรธานี
 - โรคหัวใจ (STEMI) : สำหรับพื้นที่ห่างไกลที่ส่งต่อไม่ทัน ๙๐ นาที จะมีการสำรองยาละลายลิ่มเลือดชนิด TNK (ซึ่งใช้ง่ายกว่า SK) เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

- การปลูกถ่ายอวัยวะ : เร่งรัดการจัดตั้งคณะกรรมการและศูนย์รับบริจาคอวัยวะ ในทุกโรงพยาบาล (Quick Win) เพื่อเพิ่มจำนวน Donor และพัฒนาระบบ ICU สำหรับรองรับการปลูกถ่าย
- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) : จัดให้มี Stroke Corner ในทุกโรงพยาบาล และวิเคราะห์ ความสมดุลของการเข้าถึงบริการ Stroke ICU ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดและกลุ่มที่เข้ายา เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด
- สุขภาพจิตและยาเสพติด : ใช้ระบบบริหารจัดการเตียงตามระดับความรุนแรง (สี) และระบบ Tele Consult
- ▶ การบริหารจัดการเชิงพื้นที่ (Mapping & Nodes)
 - มีการกำหนด Node หรือจุดยุทธศาสตร์ในการกระจายบริการ เช่น วังสะพุง (เลย), ศรีสงคราม (นครพนม), และบ้านดุง (อุดรธานี) เพื่อให้การลงทุนทรัพยากรสอดคล้องกับ สภาพภูมิประเทศ
 - มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลตามแผนที่บริการ (Service Delivery Mapping) เพื่อให้ครอบคลุมทั้ง ๓๓ สาขาบริการ
- ▶ แนวคิดหลักของการจัดสรรทรัพยากรร่วม (Conceptual Framework)
 - การบริหารบนแพลตฟอร์ม (Platform Management): เน้นการใช้ทรัพยากรร่วมกันในระดับเขต (Regional) หรือระดับจังหวัด (Province) เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันและเพิ่มประสิทธิภาพ การทำงาน
- ▶ กลยุทธ์การบริหารงบประมาณและครุภัณฑ์
 - การจำแนกแหล่งงบประมาณ : จัดกลุ่มความต้องการครุภัณฑ์ออกเป็น ๔ แหล่ง เพื่อความ ชัดเจนในการลงทุน ได้แก่ งบลงทุนปี ๗๐, งบค่าเสื่อมปี ๗๐, เงินกันเขต และเงินบำรุงของ แต่ละโรงพยาบาล
 - หลักการลงทุน : โครงการขนาดใหญ่ที่เป็นจุดยุทธศาสตร์จะใช้งบลงทุนก้อนใหญ่ จากส่วนกลาง/เขต ส่วนครุภัณฑ์ระดับเล็กให้ใช้ระบบเงินบำรุงภายในจังหวัดช่วยบริหารจัดการกันเอง
- ▶ ประเด็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการ
 - One ICU Platform :
 - เป็นระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยวิกฤตผ่านการ Streaming ข้อมูลสัญญาณชีพ (Vital Signs) จากโรงพยาบาลชุมชนมายังจอภาพของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัด
 - ช่วยให้แพทย์เฉพาะทางและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสามารถ "ราวนัวร์ด" (Round) และให้ คำปรึกษาเคสหนักในโรงพยาบาลชุมชนได้แบบเรียลไทม์ เพิ่มความมั่นใจให้กับบุคลากรในพื้นที่
 - ต้องใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีสมรรถนะสูง เพื่อให้การสตรีมข้อมูลลื่นไหลไม่กระตุก โดยมี แผนนำร่องที่จังหวัดอุดรธานี
 - Telemedicine ในรถพยาบาล
 - มุ่งเน้นการทำ Telemedicine บนรถ ambulance เพื่อให้แพทย์เฉพาะทาง (แพทย์ EP) สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่ห้วงระหว่างการส่งต่อ ลดช่องว่างการขาดแคลนแพทย์ใน โรงพยาบาลต้นทาง,
 - ตั้งเป้าหมายขยายผลให้ครอบคลุมทั้งเขตภายในปี ๒๕๗๐

- การจัดการระบบบริการเฉพาะทาง
 - ระบบ Tele Consult : ใช้ในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อบริหารจัดการเตียงและให้คำปรึกษาผ่านระบบทางไกล
 - Mobile Composition : สนับสนุนการใช้เครื่องวัดองค์ประกอบร่างกายแบบพกพาในทุกโรงพยาบาล เพื่อติดตามผลโครงการ Lifestyle Medicine และ DM Remission (เบาหวานสงบ)
- แพลตฟอร์มการบริหารจัดการ (Platform Management)
 - เน้นการเชื่อมโยงระบบ SM และระบบบริหารจัดการร่วมกันเพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดและทั้งเขต
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
 - ๑) แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี (ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘) และกลุ่มงาน CSO ดำเนินการทำ Mapping ข้อมูลทรัพยากรทั้งด้านบุคคล (คน), ครุภัณฑ์ (เครื่องมือ) และการพัฒนาทักษะ ของทั้ง ๓๓ สาขาบริการ เพื่อให้เห็นภาพรวมของเขตและลดการลงทุนที่ซ้ำซ้อน ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๙ และส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทั้ง ๗ จังหวัดไปหารือกันในระดับพื้นที่ว่าเห็นสอดคล้องกับการวางแผนระดับเขตหรือไม่ เพื่อวางกรอบงบประมาณครุภัณฑ์
 - ๒) โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง จัดตั้งทีม Sky Doctor ให้ครบทุกแห่ง พิจารณาแผนงบประมาณปี ๒๕๖๙ (เงินกันเขต) สำหรับจัดซื้อครุภัณฑ์ที่สามารถใช้งานบนอากาศยานได้ และให้ทุกจังหวัดดำเนินการจัดทำระบบ Telemedicine บนรถ Ambulance โดยมีแพทย์ EP เป็นผู้ดูแล เพื่อลดช่องว่างการดูแลระหว่างส่งต่อ
 - ๓) โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี (แม่ข่าย) และโรงพยาบาล Node นำร่องระบบ One ICU Platform ในกลุ่มโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) และหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) จัดเตรียมอุปกรณ์สเปกสูง (Streaming spec) สำหรับโรงพยาบาลพี่เลี้ยงและโรงพยาบาล Node เพื่อให้สามารถเห็นสัญญาณชีพผู้ป่วยแบบ Real-time
 - ๔) ทีม Service Plan สาขาหัวใจ และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) (โดยเฉพาะจังหวัด บึงกาฬและเลย) พิจารณาสารองยาละลายลิ่มเลือดชนิด TNK (ซึ่งบริหารง่ายกว่า SK) ในพื้นที่ห่างไกลที่ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยมาทำ Cath Lab ได้ทันภายใน ๙๐ นาที โดยให้พิจารณาใช้งบกลางสนับสนุน ขอให้ดำเนินการทันทีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย STEMI
 - ๕) โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๘ จัดตั้งคณะกรรมการและ ศูนย์รับปรึกษาอวัยวะ ในทุกโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ลงทะเบียน Donor โดยจัดตั้งให้เสร็จสิ้นภายในเดือน มีนาคม - เมษายน ๒๕๖๙ และการประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ในครั้งถัดๆ ไป ขอให้ศูนย์รับปรึกษาอวัยวะจัดตั้งบุคลากรผลงาน เพื่อให้ที่ประชุมได้ทราบว่ามีการดำเนินการไปถึงขั้นตอนใดแล้ว
 - ๖) โรงพยาบาลนำร่องจังหวัดละ ๑ แห่ง (ประเด็น DM Remission และ Lifestyle Medicine) และโรงพยาบาลอุดรธานี ดำเนินโครงการ DM Remission และจัดหาเครื่อง Mobile Body Composition (เครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกายแบบพกพา) เพื่อใช้ในการติดตามผล และดำเนินการต่อเนื่องเป็น Project ระยะยาว

- ๗) นายแพทย์รวมพล เหล่าหวิ้น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย กำกับ ดูแล ฝั่งตะวันตก และ นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนครกำกับ ดูแล ฝั่งตะวันออก แบ่งหน้าที่กำกับติดตามการดำเนินงานตามแผน Service Plan และ SAP Model ตามโซนที่ได้รับมอบหมาย เพื่อขับเคลื่อนแผนให้เป็นรูปธรรม
- ๘) ดร.นายแพทย์ภมร ตรุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ และทีม CDO เขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการและรายงานความคืบหน้าเกี่ยวกับแพลตฟอร์มการบริหารจัดการ (Platform Management) นำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งที่ ๒

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๔ Platform การบริหารจัดการเคส (Manage Case) ผ่านระบบออนไลน์เพื่อลดการส่งต่อ และระบบการจัดการเตียง ICU

โดย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ของโรงพยาบาลจังหวัดทั้ง ๗ แห่ง

๓.๔.๑ Platform การบริหารจัดการเคส (Manage Case) ผ่านระบบออนไลน์เพื่อลดการส่งต่อ และระบบการจัดการเตียง ICU จังหวัดอุดรธานี

โดย แพทย์หญิงปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี

๑) ระบบ Smart ICU Management (การจัดการเตียง ICU)

- ▶ วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย
 - วัตถุประสงค์หลัก : เพื่อบริหารจัดการเตียง ICU ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร (ความขาดแคลน) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยให้มากขึ้น
 - เป้าหมายเชิงระบบ : มุ่งเน้นการลดการส่งต่อผู้ป่วย (Refer out) ออกนอกเขตสุขภาพ และลดการส่งต่อจากจังหวัดอุดรธานีไปยังจังหวัดใกล้เคียง โดยมีโรงพยาบาลอุดรธานีทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายหลักภายในจังหวัด
- ▶ การนำร่อง (Pilot) : เริ่มใช้งานจริงที่โรงพยาบาลอุดรธานีในกลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรม และกุมารเวชกรรม ตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙
- ▶ การปรับเปลี่ยนระบบ : เปลี่ยนจากระบบเดิมที่เป็น Manual (ใช้โทรศัพท์ประสานงานและจดบันทึก ซึ่งไม่เรียลไทม์และมีการชักประวัติซ้ำซ้อน) มาเป็น Smart ICU Application ที่สามารถมองเห็นสถานะเตียงว่างได้ทันที
- ▶ การเชื่อมโยงข้อมูลอัตโนมัติ : ระบบสามารถดึงข้อมูลผล Lab และข้อมูลที่จำเป็นจากระบบ HIS (Hospital Information System) ของโรงพยาบาลได้โดยตรง เพื่อลดความผิดพลาดและการคีย์ข้อมูลซ้ำซ้อน

- ▶ ระบบคัดกรองและจัดลำดับความสำคัญ :
 - ใช้ระบบ SOS Score และ Outcome Score ในการจัดลำดับความเร่งด่วนของเคสเพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้เข้า ICU ก่อน
 - มีทีมแอดมิน (Expert Admin) ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ๓ ทีม (อายุรกรรม ศัลยกรรม และกุมารเวชกรรม) เป็นผู้พิจารณาจัดสรรเตียงตามความเหมาะสม
 - ▶ ระบบแจ้งเตือนและติดตามสถานะ :
 - มีการแจ้งเตือนผ่าน Line Alert ไปยังแพทย์ที่อยู่เวรในแต่ละสาขาเมื่อมีคำขอจองเตียง
 - วอร์ด ICU ปลายทางสามารถเห็นข้อมูลเคสที่จะเข้ามารับการรักษาล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อม
 - แสดงสถานะเตียงแบบ Real-time ว่าจุดใดว่างหรือไม่อย่างไร
 - ▶ ปัญหาและแนวทางการพัฒนาในอนาคต
 - ข้อจำกัดด้านระบบ HIS : ปัจจุบันการขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนยังติดปัญหาเรื่องความแตกต่างของระบบ (เช่น โรงพยาบาลอุดรธานีใช้ Home-C ขณะที่โรงพยาบาล Node ใช้ HOSxP) ทำให้ปัจจุบันยังต้องใช้การประสานงานผ่าน Google Sheet และโทรศัพท์ในส่วนของเครือข่ายจังหวัด
- ๒) การจัดการเตียงจิตเวชและยาเสพติด มุ่งเน้นการบริหารจัดการภายในเขตเพื่อลดการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ และลดภาระการส่งต่อผู้ป่วยไปยังจังหวัดเลย
- ▶ วัตถุประสงค์และเป้าหมาย
 - การบริหารจัดการเคสออนไลน์ : มุ่งเน้นการลดการส่งต่อผู้ป่วย (Refer out) ออกนอกเขตสุขภาพที่ ๘ และลดการส่งต่อผู้ป่วยจากจังหวัดอุดรธานีไปยังจังหวัดเลย
 - การเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึง : ใช้โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นแม่ข่ายหลักในการบริหารจัดการทรัพยากรเตียงภายในจังหวัดและช่วยสนับสนุนเครือข่าย
 - ▶ ระบบการติดตาม : ใช้ Dashboard แสดงผลข้อมูลการใช้เตียงทั้งเขตสุขภาพที่ ๘ โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงของสี (แดง, ส้ม, เหลือง)
 - ▶ รูปแบบการทำงาน : ปัจจุบันยังคงใช้ Google Sheet เป็นเครื่องมือหลัก โดยทุกโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานีจะต้องกรอกข้อมูลทุกวันเวลา ๐๘.๐๐ น.
 - ▶ การบริหารจัดการโดยแพทย์เฉพาะทาง : มีจิตแพทย์ของโรงพยาบาลอุดรธานีทำหน้าที่เป็น Admin พิจารณาว่าควรรับผู้ป่วยไว้ที่ใดตามความเหมาะสมของพื้นที่ พร้อมทั้งมีระบบการ Round ทางโทรศัพท์ เพื่อให้คำปรึกษา (Consult) และออกแนวทาง (Guideline) ให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วย "สีแดง" ในเบื้องต้นได้

- ▶ ภาพรวมระดับเขตสุขภาพ (Dashboard)
 - การติดตามทรัพยากร : มีระบบ Dashboard ที่รวบรวมข้อมูลกำลังคนด้านจิตเวชทั้งเขตสุขภาพที่ ๘ โดยระบุจำนวนจิตแพทย์ในแต่ละจังหวัด (เช่น จังหวัดอุดรธานีมีจำนวนมากที่สุด ขณะที่จังหวัดบึงกาฬมีน้อยที่สุดเพียง ๑ คน)
 - ฐานข้อมูลเตียง : มีการจัดเก็บข้อมูลเตียงจิตเวชและยาเสพติดในระดับเขต เพื่อให้ผู้รับผิดชอบแต่ละโรงพยาบาลบันทึกข้อมูลและมองเห็นภาพรวมการใช้เตียงร่วมกัน
- ▶ ภาพรวมระบบข้อมูลโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘ โดยเฉพาะในจังหวัดอุดรธานี กำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากระบบจัดเก็บข้อมูลแบบเดิมไปสู่แพลตฟอร์มดิจิทัลที่เชื่อมโยงกันมากขึ้น
 - การเปลี่ยนผ่านจากระบบ Manual สู่ Smart ICU Application
 - ข้อจำกัดเดิม : ในอดีตการบริหารจัดการเตียง ICU ใช้ระบบ Manual โดยการโทรศัพท์ประสานงานและจดบันทึก ซึ่งมีปัญหาคือข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน (Not Real-time), ไม่ทราบสถานะเตียงว่างที่ชัดเจนของแต่ละวอร์ด และแพทย์ต้องซักประวัติซ้ำซ้อน
 - ระบบใหม่ (Smart ICU): พัฒนาเป็นแอปพลิเคชันที่เริ่มใช้งานจริงที่โรงพยาบาลอุดรธานี เมื่อวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ในกลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรม และกุมารเวชกรรม
 - การเชื่อมโยงข้อมูล : ระบบใหม่จะดึงข้อมูลจาก HIS (Hospital Information System) ของโรงพยาบาลโดยอัตโนมัติ เช่น ผล lab และข้อมูลพื้นฐาน เพื่อลดความผิดพลาดและลดขั้นตอนการคีย์ข้อมูลซ้ำซ้อน
 - ความแตกต่างและความหลากหลายของระบบ HIS
 - ปัญหาด้านเทคนิค : ปัจจุบันการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายยังมีอุปสรรคเนื่องจากแต่ละแห่งใช้ระบบที่ต่างกัน เช่น โรงพยาบาลอุดรธานีใช้ระบบ "Home-C" ในขณะที่โรงพยาบาล Node (เช่น รพ.กุมภวาปี หรือ รพ.โกล้เคียง) ใช้ระบบ "HOSXP"
 - วิธีการแก้ปัญหาชั่วคราว : เนื่องจากความแตกต่างของระบบ HIS ทำให้การบริหารจัดการเตียงระหว่างโรงพยาบาลในปัจจุบันยังต้องใช้การโทรประสานงานควบคู่ไปกับการคีย์ข้อมูลผ่าน Google Sheet เพื่อให้โรงพยาบาลแม่ข่ายมองเห็นสถานะเตียงว่างของโรงพยาบาลชุมชน
 - ระบบข้อมูลเตียงจิตเวชและยาเสพติด
 - การติดตามระดับเขต : มีการพัฒนา Dashboard สำหรับบริหารจัดการเตียงจิตเวชและยาเสพติดในระดับเขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อแสดงสถานะการใช้เตียงตามระดับความรุนแรง (แดง, ส้ม, เหลือง)
 - การจัดเก็บข้อมูล : ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานีจะกรอกข้อมูลลงใน Google Sheet ทุกวันเวลา ๐๘.๐๐ น. เพื่อให้ทีมแอดมินซึ่งเป็นจิตแพทย์ใช้พิจารณาจัดสรรคนไข้ไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมและใกล้ที่สุด

- แนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลในอนาคต
 - การเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลกลาง : มีนโยบายที่จะพัฒนา Dashboard ICU ให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบ "หมอพร้อม" เพื่อให้เป็นระบบเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ
 - แพลตฟอร์มบริหารจัดการเขต อยู่ระหว่างการพัฒนาแพลตฟอร์มเพื่อวางตารางเวรแพทย์เฉพาะทาง และรองรับ Requirement หรือชุดข้อมูล (Table) ที่เพิ่มขึ้นตามแต่ละกลุ่มโรค เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถปรึกษาและส่งต่อเคสผ่านระบบที่เป็นเอกภาพ

๓.๔.๒ Platform การบริหารจัดการเคส (Manage Case) ผ่านระบบออนไลน์เพื่อลดการส่งต่อ และระบบการจัดการเตียง ICU จังหวัดสกลนคร

โดย นาวาโทชวล ศรียายาง รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลสกลนคร

- ▶ จังหวัดสกลนครได้พัฒนา ICU Dashboard เพื่อลดช่องว่าง (Gap) ในการส่งต่อและเพิ่มการเข้าถึงบริการวิกฤตในระดับจังหวัด โดยมีลักษณะสำคัญดังนี้
 - ๑) รูปแบบการพัฒนา ICU Dashboard (กรณีจังหวัดสกลนคร)
 - เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ : กำหนดตัวชี้วัดชัดเจน คือ เพิ่มการเข้าถึง ICU ขึ้น ๑๐%, เพิ่มการใช้ทรัพยากร ICU ร่วมกันในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และลดอัตราการรอคอยลง ๑๐%
 - ขอบเขตการดูแล : ครอบคลุมทั้ง ICU ผู้ใหญ่, ICU เด็ก และ ICU ทารกแรกเกิด
 - การขยายเครือข่าย : มีการพัฒนาโรงพยาบาลพังโคนให้เป็น Node ที่กำลังจะเปิดให้บริการ ICU เพื่อช่วยกระจายการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในพื้นที่
 - ๒) กลไกการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากร
 - การคัดกรองตามระดับความรุนแรง : ใช้ระบบแอดมิน (Admin) ในการบริหารจัดการเตียงและสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน Line โดยมีการแบ่งความรุนแรงของผู้ป่วยตาม "สี"
 - การอัปเดตข้อมูลแบบ Real-time : เน้นการประเมินความพร้อมของเตียงตลอดเวลา ทั้งช่วงเช้าและช่วงบ่าย เพื่อปรับเปลี่ยนสถานะผู้ป่วย (เช่น จากสีแดงในตอนเช้าเป็นสีเหลืองในตอนบ่าย) เพื่อให้สามารถหมุนเวียนเตียงให้ผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นกว่าได้ทันที
 - การจัดสรรทรัพยากรร่วมกัน (Resource Sharing) : นอกจากการจัดการเตียงแล้วยังรวมถึงการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ร่วมกัน เช่น การยืมเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) และการพัฒนาทักษะบุคลากร (Upskill/Reskill) ภายในเครือข่ายจังหวัด
 - ๓) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
 - ประสิทธิภาพการรักษา : ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ICU ได้รวดเร็วขึ้น ลดโอกาสการเกิดภาวะ การรักษาล่าช้า (Delay treatment) และเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการได้มากขึ้นกว่า ๑๐%
 - ความคุ้มค่า : อัตราการครองเตียงในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีความคุ้มค่าคุ้มทุนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับความต้องการจริง

ประธานในที่ประชุม มีนโยบายยกระดับจากการพัฒนาระบบปรึกษา (Consult) ไปสู่ระบบ บริหารจัดการ เคสและทรัพยากร (Resource Management) ที่เข้มข้นขึ้น **มอบหมายให้ ทีม CDO** เขตสุขภาพ ออกแบบระบบที่สามารถดึงข้อมูลทรัพยากรเฉพาะทางต่าง ๆ เช่น ICU, มะเร็ง และจิตเวช มาไว้ในหน้าจอ เดียวกัน เพื่อให้เห็นภาพรวมของ Slot การบริการและทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งหมด และระบบต้องระบุ ได้ชัดเจนว่าใครทำหน้าที่เป็นแอดมินในการจัดการทรัพยากรในแต่ละส่วน เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนา ในวาระอื่น ๆ และทำให้การตัดสินใจเชิงบริหารทำได้รวดเร็วขึ้น

๓.๔.๓ Platform การบริหารจัดการเคส (Manage Case) ผ่านระบบออนไลน์เพื่อลดการส่งต่อ และระบบการจัดการ เคสเพียง ICU จังหวัดนครพนม

โดย นายแพทย์จรัสธรรม ขันดี รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลนครพนม

- ▶ จังหวัดนครพนม มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการเป็นเพียงระบบส่งต่อ (Referral System) ไปสู่ ระบบการบริหารจัดการส่วนกลาง (Centralized Management) เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงเตียง ICU ได้รวดเร็วและปลอดภัยที่สุด
- ▶ การทำ Mapping ทรัพยากรทั้งจังหวัด (นครพนมโมเดล) เพื่อให้เห็นภาพรวมของทรัพยากรแบบ Real-time จังหวัดนครพนมได้จัดทำแผนผังทรัพยากรในแต่ละโซน ดังนี้
 - ส่วนกลาง (โรงพยาบาลนครพนม) : มีเตียง ICU ๔๘ เตียง และเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) ๖๖ เครื่อง
 - โซนใต้ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม) : มีเตียง ICU ๘ เตียง และมีแผนจะขยายเพิ่ม พร้อมเครื่องช่วยหายใจ ๑๗ เครื่อง
 - โซนเหนือ (โรงพยาบาลศรีสงคราม) : ปัจจุบันยังไม่มี ICU แต่มีแผนจะเปิด ๔ เตียง ในปี ๒๕๖๙ และอีก ๔ เตียงในปี ๒๕๗๐
- ▶ กลไกการบริหารจัดการผ่านแพลตฟอร์ม NKP ICU Dashboard (Real-time) : จังหวัดนครพนม อยู่ระหว่างการพัฒนาแพลตฟอร์ม NKP ICU Dashboard เพื่อใช้บริหารจัดการเตียงและ เครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ศูนย์บริหารจัดการส่วนกลาง : มีทีม Admin ประกอบด้วยพยาบาล ICU และแพทย์เวรอายุรกรรม คอยให้คำปรึกษาตลอด ๒๔ ชั่วโมง และทำหน้าที่ ตัดสินใจจัดสรรเตียง ให้กับทุกโรงพยาบาล ในจังหวัด
 - การจัดลำดับความสำคัญ (Prioritization) : มีการคัดกรองผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มสี เพื่อเรียงลำดับความเร่งด่วนในการเข้าถึงบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ จังหวัดสกลนครที่ใช้ระบบสีเช่นกัน
 - การเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียง (Turnover Rate) ในโรงพยาบาลหลัก : เน้นกระบวนการ "ส่งต่อกลับ" (Refer Back) เมื่ออาการผู้ป่วยพ้นขีดอันตราย เพื่อให้เตียง ICU ว่างรองรับ ผู้ป่วยวิกฤตรายใหม่

/เกณฑ์การ...

- เกณฑ์การตัดสินใจ : ผู้ใช้งานจากทุกโรงพยาบาลสามารถเห็นสถานะเตียงว่างและเขียนคำร้องขอใช้เตียงตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ผู้ป่วย Sepsis หรือ Pneumonia โดย Admin ต้องตัดสินใจหาทางลงให้ผู้ป่วยภายใน ๖๐ นาที
 - ติดตาม Quality improvement
 - ▶ เป้าหมายและตัวชี้วัดความสำเร็จ
 - อัตราการครองเตียง : กำหนดให้มีอัตราการครองเตียง ICU เกินร้อยละ ๘๐
 - ผลลัพธ์ทางสุขภาพ : มุ่งเป้าไปที่การลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย และลดจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขต
 - ▶ คุณสมบัติของแพลตฟอร์ม
 - Dashboard สรุปทรัพยากร : แสดงสถานะเตียงว่าง เครื่องช่วยหายใจ และยาที่เหมาะสมแบบ real time
 - User Interface : แบ่งกลุ่มผู้ใช้งานเป็น Admin (ผู้ตัดสินใจ) และ User (ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดที่ส่งคำร้องเข้ามาตามเกณฑ์ Clinical Protocol เช่น Sepsis หรือ Pneumonia)
 - ช่องทางสื่อสาร : ในระยะแรกจะใช้งานประสานงานผ่าน Line ควบคู่ไปกับแพลตฟอร์ม
- ๓.๔.๔ Platform การบริหารจัดการเคส (Manage Case) ผ่านระบบออนไลน์เพื่อลดการส่งต่อ และระบบการจัดการเตียง ICU จังหวัดเลย
- โดย นายแพทย์วิเชียร มลอยู่พะเนา รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลเลย
- ▶ สถานะทรัพยากรเตียง ICU ในปัจจุบัน (จังหวัดเลย)
 - โรงพยาบาลเลย : มีเตียง ICU รวมทั้งสิ้น ๔๔ เตียง แบ่งเป็น อายุรกรรม ๑๒ เตียง, ศัลยกรรม ๑๒ เตียง, และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) ที่เพิ่งเปิดใหม่ ๘ เตียง
 - โรงพยาบาลหนอง (วังสะพุง) : มีศักยภาพรองรับผู้ป่วยวิกฤตได้ ๘ เตียง
 - ▶ รูปแบบการบริหารจัดการ : ระบบแมนนวลและการสื่อสารผ่าน Line (ยังคงใช้ระบบที่เน้นการประสานงานด้วยตัวบุคคลเป็นหลัก)
 - ยังไม่มีแพลตฟอร์มเป็นทางการ : ปัจจุบันยังคงใช้รูปแบบ Manual โดยอาศัยบุคคลเป็นแกนกลางในการตัดสินใจ
 - การบริหารจัดการตามสาขา (Specialty-based) :
 - สายอายุรกรรม : มีหัวใจหลักคือหัวใจหน้ากลุ่มงานอายุรกรรมและพยาบาลประจำ ICU เป็นผู้บริหารจัดการภาพรวม
 - สายอื่น ๆ : หากเป็นเคสศัลยกรรมหรือเด็ก จะมอบหมายให้แพทย์หัวหน้าทีมในสาขานั้น ๆ เป็นผู้ตัดสินใจจัดการเตียงในส่วนของตน
 - ช่องทางสื่อสาร : ใช้งานประสานงานผ่าน Line Group เพื่ออัปเดตจำนวนเตียงว่างในแต่ละวันและแต่ละเวร โดยมีพยาบาล Charge ICU ร่วมกับแพทย์เวรเป็นผู้กำกับดูแล

- ▶ มุมมองเชิงนโยบายและการยกระดับสู่เขต (Platform Management)
 - การเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น : ที่ประชุมมองว่าโมเดลของจังหวัดเลยมีความคล้ายคลึงกับระยะแรกของสกลนครที่เน้นเรื่อง "Communication" ผ่าน Line แต่ยังไม่ก้าวไปถึงระดับระบบจัดการข้อมูลแบบ Smart ICU ของอุดรธานี หรือ NKP ICU Dashboard ของนครพนม
 - เป้าหมายระยะสั้น : คาดหวังว่าจะเริ่มเห็นความคืบหน้าของโครงสร้างแพลตฟอร์มที่เป็นรูปธรรมในช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน ๒๕๖๙ เพื่อให้สามารถนำเสนอเป็นผลงานสำคัญในการประชุมวิชาการปลายปีได้

๓.๔.๕ Platform การบริหารจัดการเคส (Manage Case) ผ่านระบบออนไลน์เพื่อลดการส่งต่อ และระบบการจัดการเตียง ICU จังหวัดหนองคาย

โดย แพทย์หญิงพินิตา พันธุ์รัตน์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลหนองคาย

- ▶ โครงสร้างการส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองคายมีการแบ่งโซนการส่งต่อผู้ป่วยหนัก (ICU) อย่างชัดเจนเพื่อให้เกิดความคล่องตัว
 - โซนเหนือ : จะส่งต่อผู้ป่วยหนักมายัง โรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ โดยมีแพทย์เวรอายุรกรรมและศัลยกรรมเป็นแอดมินจัดการเตียง หากเกินศักยภาพจึงจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหนองคาย
 - โซนใต้ (และบางส่วนของจังหวัดบึงกาฬ) : จะส่งต่อผู้ป่วยหนักตรงไปยัง โรงพยาบาลหนองคาย โดยไม่ได้แวะผ่านโรงพยาบาล Node (โรงพยาบาลโพนพิสัย)
 - การบริหารภายในโรงพยาบาลหนองคาย : ปัจจุบันยังคงใช้ระบบ Analog โดยมีแพทย์เวรอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมระบบประสาท (Neurosurgeon) ทำหน้าที่เป็น Admin ร่วมกัน
- ▶ นโยบาย "One Region, One Hospital" และการ Refer Back : จังหวัดหนองคายมีข้อตกลงร่วมกันในการเพิ่มศักยภาพเครือข่ายเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย
 - การเพิ่มเตียงในโรงพยาบาล Node : มีข้อตกลงให้โรงพยาบาลระดับ Node เพิ่มเตียง ICU เพื่อรองรับการ ส่งตัวกลับ (Refer Back) จากโรงพยาบาลแม่ข่าย
 - การพัฒนาบุคลากร : โรงพยาบาลหนองคายทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยหนักได้ตามมาตรฐาน
 - การบริหารทรัพยากรร่วมกัน : มีระเบียบปฏิบัติในการ หมุนเวียนเครื่องช่วยหายใจ ภายในจังหวัดเพื่อให้เกิดการใช้งานสูงสุด
- ▶ การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อการส่งต่อ ทีมสุขภาพดิจิทัลของหนองคายได้พัฒนาระบบเพื่อแก้ปัญหาความยุ่งยากจากระบบเดิม
 - ข้อจำกัดของระบบเดิม (MOPH ERP) : พบว่ามีความยุ่งยากในการใช้งานเนื่องจากต้องผ่าน Provider ID และมีระบบเวลาดำเนินการ (Cut-off time) ที่ไม่สะดวกสำหรับแพทย์ที่ต้องการดูข้อมูลแบบทันที

- การพัฒนาใหม่ : ทีมสุขภาพดิจิทัลของโรงพยาบาลหนองคายจึงพัฒนา แพลตฟอร์มรายงาน อัตราครองเตียงขึ้นเอง โดยเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลเดิมแต่ลดความซับซ้อนลง เพื่อให้เห็น ข้อมูลจำนวนเตียงภายในจังหวัดแบบ Real-time
 - เป้าหมายในอนาคต : มุ่งหวังให้มีการบริหารจัดการเตียงทั้งจังหวัดผ่าน แพลตฟอร์มเดียว และมี Admin กลางเพียงจุดเดียวเพื่อให้การเข้าถึงข้อมูลง่าย สะดวก และรวดเร็วขึ้น
 - ▶ การเชื่อมโยงภายใต้นโยบาย One Region One Hospital
 - ระบบการส่งต่อ : มีข้อตกลงในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลหนองคาย) และโรงพยาบาล Node (เช่น ท่าบ่อ, โพนพิสัย) เพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยหนัก และการส่งกลับ (Refer back) เมื่ออาการคงที่
 - การบริหารทรัพยากรร่วมกัน : มีระเบียบปฏิบัติในการหมุนเวียนเครื่องช่วยหายใจภายในจังหวัด ซึ่งต้องอาศัยการเชื่อมโยงข้อมูลสถานะอุปกรณ์เพื่อให้การจัดสรรทำได้ทันที
- ๓.๔.๖ Platform การบริหารจัดการเคส (Manage Case) ผ่านระบบออนไลน์เพื่อลดการส่งต่อ และระบบการจัดการเตียง ICU จังหวัดหนองบัวลำภู
- โดย นายแพทย์สุริยันต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
- ▶ การเชื่อมโยงข้อมูลและโครงสร้างระบบ
 - การเชื่อมต่อข้อมูล : จังหวัดหนองบัวลำภูพัฒนาต่อยอดมาจากระบบการส่งต่อเดิม โดยใช้ Smart Refer ลิงก์ข้อมูลไปที่ MOP Refer เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำรอง (Back office) ในระบบ
 - จุดเริ่มต้นการพัฒนา : ระบบนี้ถูกพัฒนาต่อเนื่องจาก ระบบจองห้องพิเศษ โดยมีขั้นตอนคือเมื่อคนไข้มีการลงทะเบียนรับเข้า (Admit) ข้อมูลพื้นฐานจะถูกดึงเข้าสู่ระบบเพื่อดำเนินการจองห้องพิเศษหรือเตียง ICU ต่อไป
 - ▶ แนวคิดการประสานงานแบบใหม่
 - จากโทรศัพท์สู่แพลตฟอร์ม : แม้ปัจจุบันการประสานงานส่วนใหญ่ยังคงใช้โทรศัพท์เป็นหลัก แต่เป้าหมายในอนาคตคือการเปลี่ยนโหมดการทำงานให้เหมือนกับ "การส่งอาหารผ่าน Food Delivery"
 - การตัดสินใจที่แม่นยำ : แพลตฟอร์มจะช่วยให้มองเห็นสถานะทรัพยากรแบบเรียลไทม์ ทำให้แพทย์สามารถตัดสินใจได้ทันทีว่าควรส่งต่อผู้ป่วย (Refer) หรือสามารถบริหารจัดการดูแลต่อ (Manage) ได้ที่โรงพยาบาลเดิม
 - ▶ การบริหารจัดการเตียงและบทบาทของผู้บริหาร
 - ระบบเช็คเตียง : ระบบครอบคลุมทั้งการเช็คเตียงห้องพิเศษและเตียง ICU โดยมีรายงานสถานะเตียงว่างที่ชัดเจน

- การกำกับดูแลโดยรองผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ : ในระยะนี้ระบบยังไม่ได้เปิดให้แพทย์ทุกคนเป็นแอดมิน แต่เน้นให้รองผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ใช้ตรวจสอบ ในกรณีที่มีการ "ปฏิเสธการรีเฟอร์" โดยอ้างว่าเตียงเต็ม เพื่อให้ผู้บริหารสามารถตรวจสอบได้ว่ามีเตียงว่างจริงหรือไม่

๓.๔.๗ Platform การบริหารจัดการเคส (Manage Case) ผ่านระบบออนไลน์เพื่อลดการส่งต่อ และระบบการจัดการเตียง ICU จังหวัดบึงกาฬ

โดย แพทย์หญิงปริเปรม ศรีหล่มศักดิ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลบึงกาฬ

- ▶ ศักยภาพเตียงของโรงพยาบาลบึงกาฬ ปัจจุบันโรงพยาบาลบึงกาฬมีศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น ๓๑๙ เตียง โดยแบ่งประเภทเตียงดังนี้
 - เตียงทั่วไป : ๒๙๕ เตียง
 - เตียง ICU : ๒๔ เตียง
 - Semi-ICU (นอกรอโรค) : ๒๔ เตียง
 - บุคลากร : มีพยาบาลวิกฤตปฏิบัติงาน ๑๘ คน (ผ่านการอบรมแล้ว ๙ คน และอยู่ระหว่างอบรม ๒ คน)
- ▶ ระบบการบริหารจัดการ (BKH Dashboard)
 - ICU Manager : การบริหารจัดการเตียง ICU ดำเนินการโดย Admin ที่เป็นแพทย์อายุรกรรม (Med Staff) ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ ICU
 - การติดตามข้อมูลเรียลไทม์ : ระบบสามารถมอนิเตอร์จำนวนเตียง ความแออัดของคนไข้ (Crowding) และการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ Real-time
 - การจัดการเคส : ครอบคลุมตั้งแต่แจ้งการรับปรึกษา (Consult) จากโรงพยาบาลชุมชนและห้องฉุกเฉิน (ER) ไปจนถึงการกระจายผู้ป่วยไปตามความเหมาะสมของ staff เวิร์กในขณะนั้น
- ▶ การพัฒนาในอนาคต
 - ระบบ Tracking อุปกรณ์ : อยู่ระหว่างการพัฒนาติดตามเครื่องช่วยหายใจว่าถูกใช้งานอยู่ที่ใดและมีเครื่องว่างอยู่ที่ใดบ้าง เพื่อให้การจัดสรรทำได้ง่ายและแม่นยำ
 - การยกระดับสู่ระบบเต็มรูปแบบ : ปัจจุบันเน้นการมอนิเตอร์เป็นหลัก และจะเริ่มดำเนินการเต็มรูปแบบเมื่อมีทีมอายุรแพทย์พร้อมปฏิบัติงานอย่างเต็มที่
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
 - ๑) ดร.นายแพทย์ภมร ดรุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ และทีม CDO เขตสุขภาพที่ ๘ และรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลทั้ง ๗ จังหวัด ประชุมเพื่อสรุป Requirement ร่วมกันภายในวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๙ เพื่อหาจุดเชื่อมโยงและลดความซ้ำซ้อนของระบบ
 - ๒) ทีมนิติกร สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และผู้เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวทางหรือระเบียบในการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับแอดมิน ที่ต้องทำหน้าที่ให้คำปรึกษาตลอด ๒๔ ชั่วโมง เพื่อให้ระบบมีความยั่งยืน

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

- ๓.๕ แผนการดูแลโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ครบวงจร ตั้งแต่การตรวจคัดกรองในระดับปฐมภูมิ (Primary Detection, Primary Care) Platform ที่จะ manage case ในระยะฉุกเฉินไปจนถึงการจัดการยา โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด ทั้ง ๗ แห่ง (แผนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทั้ง ๗ แห่ง (แผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในระดับปฐมภูมิ ระยะฉุกเฉินไปจนถึงการจัดการยา)
- ▶ นำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
- ๓.๖ รายงานผลการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะภายในโรงพยาบาล และความคืบหน้าการค้นหาผู้บริจาคเชิงรุก (Donors)
 โดย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ของโรงพยาบาลจังหวัดทั้ง ๗ แห่ง
- ▶ นำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
- ๓.๗ ผลการวิเคราะห์ต้นทุนบริการ Unit Cost ของการจัดบริการสำคัญในหน่วยบริการ (Pneumonia) เพื่อใช้ในการวางแผนงบประมาณระยะยาว
 โดย ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู)
- ▶ สถิติและสถานการณ์ของโรค
 - จำนวนผู้ป่วย : ในรอบปีมีจำนวนเคสปอดอักเสบรวมทั้งสิ้นประมาณ ๔๓,๐๐๐ เคส
 - การระบุเชื้อ : ส่วนใหญ่แล้วไม่สามารถระบุเชื้อก่อโรคได้ โดยรหัสวินิจฉัยที่พบมากที่สุดคือ J๑๘ (ปอดอักเสบที่ไม่ระบุเชื้อ) ซึ่งพบถึง ๒๕,๐๐๐ เคส
 - ความรุนแรง : ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ในขณะที่เคสที่สามารถวินิจฉัยระบุเชื้อได้ชัดเจนมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น
 - ▶ การวิเคราะห์ต้นทุนและค่าใช้จ่าย
 - ค่าใช้จ่ายรวม : ยอดใช้จ่ายรวมตามรหัสโรค (ICD) ทั้งหมดอยู่ที่ประมาณ ๑๕๐ ล้านบาท (อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีมีค่าใช้จ่ายสูงถึง ๑๙๐ ล้านบาท ซึ่งอาจสะท้อนถึงภาระงานในเคสที่ซับซ้อน)
 - เปรียบเทียบรายโรงพยาบาล :
 - โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี : มีค่าใช้จ่ายสูงสุด (๑๙๐ ล้านบาท)
 - โรงพยาบาลสกลนคร : มีค่าใช้จ่ายรองลงมาประมาณ ๑๑๑ ล้านบาท
 - โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) : เช่น โรงพยาบาลนาแก มีต้นทุนเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๓,๐๐๐ บาทต่อเคส ส่วนโรงพยาบาลโนนสังซึ่งไม่มีอายุรแพทย์กลับมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องตรวจสอบเพิ่มเติม

- Aspirate Pneumonia (ปอดอักเสบจากการสำลัก) : เป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูงผิดปกติ โดยมียอดรวมถึง ๔๑ ล้านบาท หรือคิดเป็นเกือบ ๕ เท่า ของค่าใช้จ่ายปอดอักเสบทั่วไปในบางบริบท
- ▶ ภาวะขาดทุนและการบริหารจัดการค่าตอบแทน (RW)
 - ส่วนต่างรายได้และต้นทุน : การเบิกจ่ายคืนตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) สำหรับโรคปอดอักเสบจะอยู่ที่ประมาณ ๑๐,๐๐๐ - ๔๐,๐๐๐ บาทต่อเคส (RW ๑.๓๖ - ๔.๔๘)
 - ต้นทุนจริงที่สูงกว่า : ในความเป็นจริง ค่าใช้จ่ายรายหัวในเคสที่รุนแรงของโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีอาจพุ่งสูงไปถึง หลักแสนบาทต่อราย ทำให้การรักษาในกลุ่มนี้ประสบภาวะขาดทุนอย่างแน่นอน
 - กลยุทธ์การลงรหัสวินิจฉัย : มีข้อสังเกตว่าแพทย์พยายามลงวินิจฉัยแบบระบุเชื้อเพื่อให้ได้ค่า RW ที่สูงขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มากขึ้น
- ▶ ค่าใช้จ่ายด้านเทคโนโลยีและยา นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาลโดยตรง ยังมีต้นทุนในการพัฒนาระบบเพื่อรองรับนโยบายสุขภาพ
 - ระบบ Digital Platform : การติดตั้ง One ICU Platform สำหรับ Streaming ข้อมูลมีต้นทุนเริ่มต้นที่ ๒๐๐,๐๐๐ - ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อแห่ง
 - เวชภัณฑ์เฉพาะทาง : เช่น ยาละลายลิ่มเลือด TNK มีต้นทุนสูงถึง ๒๐,๐๐๐ - ๒๕,๐๐๐ บาทต่อโดส

มติที่ประชุม : รับทราบ

๓.๘ ข้อเสนอทางกฎหมายและแนวทางการจัดสรรเงิน OP PP ระหว่าง CUP กับท้องถิ่น

โดย ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู)

- ▶ หลักเกณฑ์และแนวทางการจัดสรร
 - ความเหมาะสมทางการเงิน : การจัดสรรเงินงบประมาณระหว่าง (CUP) และท้องถิ่นต้องมีความเหมาะสม โดยมีเงื่อนไขสำคัญคือ ไม่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางการเงินแก่ อบจ. และอย่างน้อยต้องได้รับงบประมาณเท่าเดิมตามที่เคยได้รับก่อนการถ่ายโอน
 - ระบบการจัดสรร : กฎหมายกำหนดให้การจัดสรรเงินต้องผ่าน ระบบ CUP เป็นหลัก โดยหากพื้นที่ใดสามารถโอนตรงไปยัง รพ.สต. ได้ก็ให้ดำเนินการ แต่หากทำไม่ได้ให้ผ่านทางแม่ข่าย
 - สูตรการคำนวณ : เริ่มจากรายรับ OP-PP หลังการเติมเงินแล้วหักเงินเดือน จากนั้นคำนวณ OP รายหัว และแบ่งค่าบริการ IP ๓.๕% ตามบริการของโรงพยาบาลและ รพ.สต.
- ▶ โครงสร้างรายรับและการคำนวณเงิน OP PP
 - สูตรการคำนวณ : รายรับงบประมาณผู้ป่วยนอก (OP) จะคำนวณหลังจากหักเงินเดือนระดับประเทศ แล้วเติมเงินคืนตามเกณฑ์ จากนั้นจึงคำนวณเป็นงบ OP รายหัว
 - ค่าบริการทางการแพทย์ (EP) : กำหนดสัดส่วนค่าบริการที่ ๓.๕% หรือตามข้อตกลงสัดส่วนการบริการระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต.

- สัดส่วนการแบ่งงบประมาณที่แนะนำ
 - ค่าใช้จ่ายหน่วยบริการ (CUP) : โรงพยาบาล ๗๐% และ รพ.สต. ๓๐%
 - งบผู้ป่วยนอก (OP) : โรงพยาบาล ๙๐% และ รพ.สต. ๑๐%
 - งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : โรงพยาบาล ๙๐% และ รพ.สต. ๑๐%
- ▶ ข้อตกลงในระดับพื้นที่
 - ความหลากหลายตามบริบท : รูปแบบการจัดสรรในแต่ละจังหวัดจะมีความแตกต่างกันตามข้อตกลงของแต่ละพื้นที่
 - สถานะปัจจุบัน : ในเขตสุขภาพที่ ๘ ข้อตกลงระหว่าง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนกับจังหวัด เรียบร้อยหมดแล้วทุกจังหวัด (รวมถึงสกลนคร) โดย สปสช. ได้โอนเงิน OP งวดที่ ๓ มาให้ครบ ๗๕% ของประมาณการรายรับปี ๒๕๖๙ ให้กับหน่วยบริการแล้วตั้งแต่วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙
- ▶ สถานะการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ ๘
 - ความสำเร็จในการเจรจา : ปัจจุบันทั้ง ๗ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ สามารถตกลงรายละเอียดกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนได้เรียบร้อยแล้ว
 - การโอนเงินงบประมาณ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้โอนเงิน OP PP งวดที่ ๓ ซึ่งคิดเป็น ๗๕% ของประมาณการรายรับปี ๒๕๖๙ ให้กับหน่วยบริการเรียบร้อยแล้วตั้งแต่วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙
- ▶ ประเด็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญ
 - ผลกระทบจากการหักเงินเดือนระดับประเทศ : การหักเงินเดือนข้าราชการในระดับประเทศส่งผลกระทบต่อทำให้ ๒ จังหวัดในเขตได้รับเงินลดลง (รวมประมาณ ๔.๗ ล้านบาท) เนื่องจากในพื้นที่มีจำนวนข้าราชการน้อยกว่าเขตอื่น ทำให้เงินถูกแชร์ไปช่วยเขตอื่นแทน ซึ่งทางที่ประชุมมีแนวทางที่จะเรียกร้องเงินส่วนนี้กลับคืนมา
 - การชะลองบค่าเสื่อม : ขณะนี้มีการชะลอการโอนงบค่าเสื่อม เนื่องจากมีข้อเสนอให้ดึงเงินจากกองทุนย่อยต่าง ๆ รวมถึงงบค่าเสื่อมจำนวน ๕,๔๐๐ ล้านบาท เพื่อไปช่วยอุดหนุนงบ IP
 - ข้อคัดค้านเชิงนโยบาย : ผู้บริหารในเขตมีข้อทักท้วงว่าการดึงงบจากกองทุนหนึ่งไปอีกกองทุนหนึ่งไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาที่แท้จริง และควรเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลในการของบกลางมาสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อไม่ให้กระทบต่องบ OP และ PP ที่ตกลงกันไว้
- ▶ การติดตามและเฝ้าระวัง
 - การมอนิเตอร์รายเดือน : ผู้บริหารเน้นย้ำให้กลุ่มการเงินการคลังติดตามและรายงานข้อมูล (Feedback) ทุกเดือน โดยให้แสดงผลในรูปแบบ One Page เพื่อให้ผู้บริหารทราบสถานะการเงินและการใช้จ่ายตาม RW ของแต่ละจังหวัดอย่างใกล้ชิด
- ▶ อัตราการจ่ายเงินและเป้าหมายรายได้ งบประมาณค่าบริการผู้ป่วยใน (IP)
 - อัตราการจ่ายเงินและเป้าหมายรายได้
 - อัตราการจ่ายปัจจุบัน : ปัจจุบันมีการจ่ายเงินค่าบริการ IP รายเดือนเบื้องต้นในอัตรา ๓,๕๐๕.๑๔ บาทต่อ RW
 - การจัดสรรเงินเติม : เพื่อให้หน่วยบริการได้รับงบ IP ตามประมาณการของปี ๒๕๖๘ จะมีการโอน "เงินเติม" อีก ๒ ครั้ง คือช่วงสิ้นเดือนมีนาคมและประมาณเดือนพฤษภาคม
 - เป้าหมายหลังหักเงินเดือน : เมื่อหักเงินเดือนระดับประเทศแล้ว เป้าหมายรายได้ที่หน่วยบริการควรได้รับจะอยู่ที่ประมาณ ๔,๒๐๐ บาทต่อ RW

- การบริหารจัดการค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)
 - เป้าหมายของเขต ๘ : ในปีนี้เขตสุขภาพที่ ๘ มีเป้าหมายรวมอยู่ที่ ๘๑๒,๐๐๐ RW ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้วที่ทำได้ ๗๔๐,๐๐๐ RW (เพิ่มขึ้นประมาณ ๘%)
 - กลยุทธ์การรับผู้ป่วย : มีการหารือถึงแนวทาง "Admit เท่าที่จำเป็น" เพื่อให้ค่าตอบแทนต่อ RW สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม มีความเห็นแย้งว่าควรดำเนินงานตามปกติเพื่อให้สอดคล้องกับงบประมาณรวมที่มีกว่า ๖๐๐ ล้านบาท และป้องกันความเสี่ยงหากเขตอื่นไม่ลดการ Admit ซึ่งจะส่งผลให้ค่าเฉลี่ยต่อ RW ของเขตที่ทำน้อยเสียเปรียบ
- ปัญหาภาวะขาดทุนและส่วนต่างต้นทุน
 - ส่วนต่างต้นทุนจริง : โรงพยาบาล (โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์) เผชิญภาวะขาดทุนอย่างมากในบางกรณี เช่น เคสที่มีค่าใช้จ่ายจริงสูงถึง ๑๐๐,๐๐๐ บาท แต่ได้รับเงินชดเชย (Reimbursement) เพียง ๔๐,๐๐๐ บาท ทำให้มีส่วนต่างขาดทุนถึง ๖๐,๐๐๐ บาทต่อเคส
 - ผลกระทบจากการหักเงินเดือน : การหักเงินเดือนระดับประเทศส่งผลให้ ๒ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ มีรายได้ลดลงรวมประมาณ ๔.๗ ล้านบาท เนื่องจากในเขตมีสัดส่วนข้าราชการน้อยกว่าเขตอื่น (เขต ๔, ๕, ๖) ทำให้เงินถูกแชร์ไปให้เขตที่มีข้าราชการมากกว่า ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้บริหารพยายามเรียกร้องให้นำเงินส่วนนี้คืนกลับมาสู่พื้นที่
- ประเด็นความขัดแย้งเชิงนโยบาย (งบ ๕,๔๐๐ ล้านบาท)
 - การโยกงบประมาณ : มีข้อเสนอที่จะนำเงินจากกองทุนย่อยและงบค่าเสื่อมรวม ๕,๔๐๐ ล้านบาทช่วยเหลือบริหารจัดการงบ IP
 - ข้อคัดค้านจากผู้บริหาร : ผู้บริหารในพื้นที่ที่มองว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการ "ย้ายเงินกระเป๋าสายมากระเป๋าสาย" ซึ่งไม่ช่วยแก้ปัญหาที่แท้จริงและจะส่งผลกระทบต่อกรมการบำรุง (งบค่าเสื่อม) โดยเรียกร้องให้รัฐบาลจัดสรรงบกลางเพิ่มเติมเพื่อปิดปัญหาเรื่องงบ IP แทนการดึงเงินจากส่วนอื่น
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
 - ๑) ผู้บริหารหน่วยบริการในเขตสุขภาพ ตรวจสอบยอดเงินที่ได้รับโอนจาก สปสช. ว่าเป็นไปตามเกณฑ์ ๗๕% ของประมาณการหรือไม่
 - ๒) ตัวแทนเขตและจังหวัดที่ได้รับผลกระทบ (โดยเฉพาะ ๒ จังหวัดที่ยอดเงินลดลงรวม ๔.๗ ล้านบาท เรียกร้อง (Voice) ต่อระดับประเทศ เพื่อขอรับการจัดสรรเงินชดเชยจากงบกลางระดับประเทศกลับคืนมา เนื่องจากเขต ๘ มีข้าราชการน้อยทำให้เสียเปรียบจากการถูกหักเงินเดือนเฉลี่ยระดับประเทศ
 - ๓) กลุ่มงาน CFO ติดตามความคืบหน้าของสถานการณ์งบค่าเสื่อมราคาและการโอนเงินงบประมาณต่าง ๆ และ รายงานความคืบหน้าในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๙ รายงานความก้าวหน้า การพัฒนาระบบแพทย์เฉพาะทางเขตสุขภาพที่ ๘

โดย ประธาน CDO เขตสุขภาพที่ ๘ (ดร.นายแพทย์ภมร ตรีณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ)

- ▶ เป้าหมายและสถานะการพัฒนา
 - แนวคิดหลัก : พัฒนาภายใต้แนวคิด "One Region One Hospital" เพื่อให้การบริหารจัดการทรัพยากรทั้งเขตเป็นไปในแพลตฟอร์มเดียวกัน
 - สถานะปัจจุบัน : ได้มีการพัฒนาส่วนการติดต่อกับผู้ใช้ และส่วนแสดงผลข้อมูล (Dashboard) เรียบร้อยแล้ว
- ▶ ฟังก์ชันการทำงานที่สำคัญ ระบบถูกออกแบบมาให้แสดงข้อมูลทรัพยากรแบบ Real-time เพื่อช่วยในการตัดสินใจบริหารจัดการ ดังนี้
 - ข้อมูลแพทย์เฉพาะทาง : แสดงแผนที่ความหนาแน่นของแพทย์ในแต่ละพื้นที่ รายละเอียดจำนวนแพทย์รายสาขาในระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อวิเคราะห์ความขาดแคลน
 - การบริหารจัดการเตียง : แสดงจำนวนเตียงว่าง เตียง ICU และอัตราการครองเตียงแบบรายโรงพยาบาล
 - อุปกรณ์การแพทย์ : ติดตามสถานะและจำนวนอุปกรณ์สำคัญ เช่น เครื่อง X-ray และ CT Scan
 - การจัดการตารางเวร : บันทึกตารางเวรแพทย์ (เช้า/บ่าย/ดึก) และสถานะการปฏิบัติงาน (เช่น OPD หรือ On-call) พร้อมระบบปฏิทินที่สามารถกดโทรศัพท์ติดต่อหรือปรึกษา (Consult) ผ่านแอปพลิเคชันพร้อมได้ในอนาคต
 - ข้อมูลผู้ป่วย : แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามวอร์ดต่าง ๆ เพื่อให้เห็นภาระงานในแต่ละจุด
 - สถานะข้อมูลแพทย์เฉพาะทาง : แสดงแผนที่จำนวนแพทย์ในแต่ละจังหวัดและอำเภอ ทำให้มองเห็นภาพรวมว่าสาขาใดมีแพทย์มากที่สุดหรือสาขาใดที่กำลังขาดแคลน
- ▶ ประเด็นทางเทคนิคและความท้าทาย
 - ความถูกต้องของข้อมูล : ปัจจุบันดึงข้อมูลจากระบบ ERP ของกระทรวงมาทดสอบ แต่พบว่าข้อมูลบางส่วนยังมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง จึงต้องมีการเคลียร์ข้อมูลกับส่วนกลางและเชื่อมต่อกับระบบ HIS ของแต่ละโรงพยาบาลโดยตรงเพื่อลดความซ้ำซ้อน
 - ความรวดเร็วในการแสดงผล : การบริหารจัดการ ICU ต้องการความรวดเร็วสูง ทีมพัฒนาจึงต้องออกแบบระบบให้มี Refresh Rate ที่เหมาะสมเพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันมากที่สุด
 - การจัดกลุ่มข้อมูล : แบ่งการจัดการออกเป็น ๓ กลุ่มหลัก ได้แก่ ฝั่ง OPD, ฝั่ง IPD ที่รอการส่งต่อ (Refer), และฝั่ง IPD ที่เป็นการบริหารจัดการเคสบริการ
- ▶ แผนการดำเนินงาน (Timeline)
 - เดือนมีนาคม : ต้อง "ตกผลึก" รูปแบบระบบทั้งหมด
 - เดือนเมษายน – พฤษภาคม : เริ่มดำเนินการพัฒนาและทดลองใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง ๗ จังหวัด เพื่อรับคำแนะนำ (Feedback)
 - เดือนมิถุนายน : เริ่มเปิดใช้งานระบบ (Kick-off) อย่างเป็นทางการ
- ▶ การพัฒนาแพลตฟอร์มบริหารจัดการทรัพยากรส่วนกลาง
 - เป้าหมายของระบบ : เขตสุขภาพที่ ๘ กำหนดเป้าหมายการพัฒนาระบบให้แล้วเสร็จภายในเดือนมิถุนายน ๒๕๖๙ เพื่อให้เป็นฐานข้อมูลกลางที่รวมทั้งข้อมูลแพทย์เฉพาะทางและข้อมูลเตียงเข้าด้วยกัน

/แหล่ง...

- แหล่งข้อมูลเดียว : ในปัจจุบัน ระบบดึงข้อมูลจากระบบ ERP ของกระทรวงสาธารณสุข แต่แผนในอนาคตคือการเชื่อมต่อกับระบบ HIS ของทุกโรงพยาบาลโดยตรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำและเป็นปัจจุบันมากขึ้น
- การแสดงผลรายละเอียด : ระบบสามารถโชว์ภาพรวมระดับจังหวัดและลงลึกถึงระดับโรงพยาบาล โดยแสดงข้อมูลอัตราการครองเตียง (Bed Occupancy Rate) จำนวนเตียงทั้งหมดที่มี และจำนวนเตียง ICU
- ▶ แนวคิด "One Region One Hospital" และการจัดการ Real-time
 - ความรวดเร็วของข้อมูล : **ประธานในที่ประชุม** เน้นย้ำว่าการบริหารจัดการเตียง โดยเฉพาะเตียง ICU จำเป็นต้องมีความรวดเร็วระดับ Real-time เพื่อให้ทันต่อการตัดสินใจรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
 - การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย (Grouping) : ระบบใหม่จะแยกการจัดการข้อมูลเป็น ๓ กลุ่มหลัก คือ ผู้ป่วยนอก (OPD), ผู้ป่วยในที่อยู่ระหว่างกระบวนการส่งต่อ (IPD Active Refer), และผู้ป่วยในที่อยู่ภายใต้การดูแลตามแผนบริการ (IPD Managed Case) เพื่อให้การบริหารเตียงมีประสิทธิภาพสูงสุด
 - การบริหารจัดการโดยแอดมิน (Admin) : นอกจากการดูจำนวนเตียงแล้ว แพลตฟอร์มจะเพิ่มข้อมูลแพทย์แอดมิน (Admin) ที่ดูแลเฉพาะด้าน เช่น Admin ICU หรือ Admin ด้านจิตเวช เพื่อให้การประสานงานเตียงทำได้ตรงจุด
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมาย
 - ๑) ดร.นายแพทย์ภมร ตรุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ และทีม CDO เขตสุขภาพที่ ๘ พัฒนาและทดสอบระบบให้สมบูรณ์ตามแนวทาง One Region One Hospital โดยต้องครอบคลุมทั้งกลุ่มงาน OPD, IPD (Refer), IPD (Manage Case Service) และพัฒนาระบบให้สามารถบันทึกและแสดงผลตารางเวรแพทย์แยกตามช่วงเวลา (เช้า/บ่าย/ดึก) โดยระบุสถานะการปฏิบัติงาน เช่น เวร OPD หรือ On-call นอกจากนี้ต้องพัฒนาฟังก์ชันให้สามารถกดปรึกษา (Consult) และโทรศัพท์ติดต่อแพทย์ได้ทันที โดยมีแผนเชื่อมโยงข้อมูลและแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" โดยมีแผนการดำเนินงาน (Timeline) ดังนี้
 - เดือนมีนาคม ๒๕๖๙ : ต้อง "ตกผลึก" รูปแบบระบบทั้งหมด
 - เดือนเมษายน - พฤษภาคม ๒๕๖๙ : เริ่มดำเนินการพัฒนาและทดลองใช้ในโรงพยาบาลนาร่อง ๗ จังหวัด เพื่อรับคำแนะนำ (Feedback)
 - เดือนมิถุนายน ๒๕๖๙ : เริ่มเปิดใช้งานระบบ (Kick-off) อย่างเป็นทางการ
 - ๒) ทีม CDO เขตสุขภาพ และโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘ เร่งตรวจสอบและแก้ไขปัญหาความซ้ำซ้อนของข้อมูลระหว่างระบบ ERT ของส่วนกลางและข้อมูลหน้างานของโรงพยาบาล เพื่อให้ Dashboard แสดงผลได้แม่นยำ โดยดำเนินการควบคู่ไปกับช่วงการพัฒนาเพื่อเตรียมใช้งานในเดือนมิถุนายน ๒๕๖๙
 - ๓) โรงพยาบาลทั้ง ๗ จังหวัด นำแพลตฟอร์มไปทดลองใช้งานจริง (Trial) เพื่อหาข้อบกพร่องและรวบรวม 피ตแบค โดยดำเนินการในช่วงก่อนเดือนมิถุนายน เพื่อนำข้อมูลมา Feedback และปรับปรุงระบบให้สมบูรณ์

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

/ระเบียบ...

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

๔.๑ ความการศึกษาดูงาน NCDs ณ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

โดย นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย

- ▶ **วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาดูงานด้าน NCDs Lifestyle Change และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง "เบาหวานวิทยา" รวมถึงการดำเนินงานของ "โรงเรียนเบาหวานวิทยา"ที่ โรงเรียนเบาหวานวิทยา ของโรงพยาบาลปากช่องนานา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความโดดเด่นในการบริหารจัดการโรคเบาหวานและ NCDs แบบครบวงจรทั้งระบบ (Complete System)
- ▶ **สถานที่ :** เขตสุขภาพที่ ๘ และโรงพยาบาลปากช่องนานา ในระหว่างวันที่ ๒๙ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๙
- ▶ **กลุ่มเป้าหมาย :** ทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.), ทีมผู้บริหารเขต และทีมจากโรงพยาบาลนาร่อง
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ ศูนย์อนามัยที่ ๘ ประสานงานกับทีมศูนย์อนามัยที่ ๘ เพื่อเตรียมความพร้อมและแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับการศึกษาดูงาน

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๔.๒ เรื่องแจ้งจากศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรดิตถ์ (Hospital Healing Environment)

โดย นายแพทย์กฤษฏา ศิริชัยสิทธิ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรดิตถ์

- ▶ **การประเมินมาตรฐาน Hospital Healing Environment :** เป็นการริเริ่มในเขตสุขภาพที่ ๘ จุดประสงค์เพื่อประเมินมาตรฐานและกำหนดรางวัลสำหรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาผู้ป่วย
- ▶ **เกณฑ์การประเมิน :** ได้มาจากการผนวกรวมมาตรฐานจาก ๕ เกณฑ์ของหน่วยงานหลัก ได้แก่ :
 - กรมอนามัย : มาตรฐาน Green & Clean Hospital
 - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) : ระบบโครงสร้าง อาหาร และสถานที่
 - กรมควบคุมโรค : การควบคุมการติดเชื้อ
 - สรพ. (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล) : มาตรฐาน HA
 - กบรส. : มาตรฐานการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
- ▶ **ด้านการประเมิน (๓ ด้าน) :** ประเมินทั้งหมด ๓ ด้าน ได้แก่ ๑. ด้านกายภาพ ๒. ด้านระบบ ๓. ด้านพฤติกรรมบริการ (คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน)
- ▶ **การแบ่งระดับโรงพยาบาล :** แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก
- ▶ **ระดับรางวัล :** แบ่งเป็นระดับมาตรฐาน, ระดับดี และระดับ Excellence ซึ่งผู้ที่ได้รับระดับ Excellence จะได้รับรางวัลในการประชุมวิชาการของเขตในปลายปี
- ▶ (ร่าง) **คณะกรรมการประเมิน:** ประกอบด้วยศูนย์วิชาการ ได้แก่
 - กรมอนามัย
 - สบส.
 - ศูนย์สุขภาพจิต
 - สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
 - หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

- ▶ **ประธานในที่ประชุม** ให้ข้อคิดเห็นว่า มาตรฐานในประเด็นนี้มีหลากหลายมาตรฐาน แต่เป้าหมายสุดท้ายของทุกมาตรฐาน คือ สภาพแวดล้อมในการเยียวยา และเน้นย้ำว่าสิ่งแวดล้อมในการเยียวยาทั้งภูมิทัศน์ภายนอกและภายในเป็นเรื่องสำคัญ โดยให้พึงระลึกว่าเป็นการสร้างกุศลเพื่อสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ไม่มีศักยภาพจะไปโรงพยาบาลเอกชนดี ๆ ภายใต้ศักยภาพของโรงพยาบาลที่สามารถพัฒนาได้ พยายามจัดการให้มีความเรียบร้อย โดยได้ยกตัวอย่างการได้ลงพื้นที่ตึก ๑๐ ชั้น ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ที่มีการออกแบบให้มี "ชั้น M" ในแต่ละชั้น (Service Floor) ทำให้เพดานสูงถึง ๓.๗๐ เมตร (จากเดิม ๒.๗๐ เมตร) ทำให้แสงสามารถส่องถึงได้มากขึ้น ทำให้ดูสว่าง โปร่ง มีการระบายอากาศที่ดี (Ventilation) โดยขอให้ทุกแห่งถือเป็นแนวทางในการเน้นการจัดการพื้นที่ว่าง (Space) ช่องแสง และระบบระบายอากาศในอาคารโรงพยาบาลให้มีความโปร่งและสว่างตามมาตรฐานที่กำหนด
- ▶ **ประธานในที่ประชุม**
 - มอบหมายสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ โดยนายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น (รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘) นำเรียนปรึกษาและหารือ แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ คำนวณและพิจารณาเรื่อง "เงินบำรุงชดเชย" เพื่อใช้เป็นรางวัล (Reward) สำหรับหน่วยงานที่ได้รับรางวัล Excellence
 - ขอให้ทุกส่วนช่วยกันดูแลความเรียบร้อย ให้นำประเด็นดังกล่าวเข้าในที่ประชุมวิชาการเขตสุขภาพนอกเหนือจากเรื่องดิจิทัล เนื่องจาก นโยบาย "One Digital One Region One Hospital" จะนำไปสู่ระบบ Digitalization ทั้งระบบ

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๔.๓ เรื่องแจ้งจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี (Hep B & Hep C)

โดย นางเนือทิพย์ หมุ่มมาก รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี

- ▶ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเร่งรัดการคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. ๒๕๓๕ และกลุ่มเสี่ยง
 - เป้าหมายปี ๒๕๖๙ : ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ต้องเข้าสู่การรักษาร้อยละ ๖๐ และไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ๘๐
 - ทั้งนี้ ประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้ารับการคัดกรองเพื่อทราบสถานะการติดเชื้อ ตรวจวินิจฉัย เข้าถึงการรักษา ตามสิทธิประโยชน์
 - จากการติดตามผลปี ๒๕๖๗-๒๕๖๘ พบว่าจำนวนผู้ป่วยยังเข้าสู่กระบวนการรักษาได้น้อยอยู่ โดยสถานการณ์เขตสุขภาพที่ ๘ (ณ ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๙) มีเป้าหมายคัดกรอง ๒๔๘,๐๐๐ กว่าคน มีจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองแล้ว ๒๖๘,๐๐๐ กว่าคน (เกินเป้าหมาย)
 - พบผลบวก (Anti-HCV Positive) ๓,๓๘๙ คน ตรวจยืนยันแล้ว ๒,๗๑๗ คน ยังเหลือต้องติดตามเพื่อตรวจยืนยันอีก ๖๗๒ คน

/จึงได้...

- ▶ จึงมีหนังสือสั่งการจากกระทรวงสาธารณสุข ลงนามโดยรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ โสภณ เอี่ยมศิริถาวร) โดยมีประเด็นให้หน่วยบริการในพื้นที่ดำเนินการ ดังนี้
 - หากคัดกรองแล้วผล Anti-HCV เป็นบวก ให้เจาะเลือดตรวจยืนยัน (Viral Load) หากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ C ภายในวันเดียวกัน และติดตามเข้าสู่การรักษาตามสิทธิประโยชน์
 - ให้หน่วยบริการเข้าใช้ระบบโปรแกรม HEP-BC-DDC (ของกรมควบคุมโรค) โดยส่วนกลางจะกำกับติดตามข้อมูลในระดับพื้นที่ผ่านโปรแกรมดังกล่าว ตั้งแต่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป
 - ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทุกจังหวัด ติดตามผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๗-๒๕๖๘ โดยกรอกข้อมูลในเอกสารตาม QR Code ที่แจ้งไปเมื่อวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ เพื่อนำเสนอในที่ประชุม Tuesday Morning Meeting (TMM) ต่อไป
 - ให้โรงพยาบาลทุกแห่งติดตามผลตรวจยืนยันผู้ที่มีผลคัดกรองเชื้อไวรัสตับอักเสบ C เป็นบวก ในปี ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘ โดยบันทึกข้อมูลผลตรวจยืนยันในโปรแกรม HEP-BC-DDC (ของกรมควบคุมโรค) ให้ครบถ้วน และข้อมูลผู้ป่วยปี ๒๕๖๙ เป็นต้นไป มีผลคัดกรองเชื้อไวรัสตับอักเสบ C เป็นบวก ให้บันทึกข้อมูลคัดกรองและผลยืนยันในโปรแกรม HB BDC ให้ครบถ้วนเช่นกัน
- ▶ การติดตามยอดค้างตรวจยืนยัน ๖๗๒ ราย โดยเฉพาะในจังหวัดที่มีตัวเลขสูง เช่น สกลนคร (๓๓๔ ราย) นั้น กรมควบคุมโรค ไม่มีงบประมาณสนับสนุนโดยตรง สำหรับการตรวจยืนยัน หน่วยบริการสามารถชุดตรวจคัดกรองได้ในราคาประมาณ ๓๐-๕๐ บาท โดยสามารถเคลมจาก สปสช. ได้ประมาณ ๕๐ บาท/คน
- ▶ งบประมาณน่าจะอยู่ในวงเงิน ๔,๕๐๐ ล้านบาทของ สปสช. ยังจัดสรรไม่เสร็จสิ้น มีความเสี่ยงว่า อาจไม่มีงบสนับสนุนส่วนนี้ชัดเจน
- ▶ นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ให้ข้อมูลว่า ในกรณีของเขตสุขภาพที่ ๔ ซึ่งไม่ใช่พื้นที่ที่พบปัญหาภาระเร่งเซลล์ดับ ในกระบวนการคัดกรองหน่วยบริการสามารถเคลมจาก สปสช. ได้จริง โดยบางครั้งทาง สคร. จะเป็นฝ่ายสนับสนุนชุดตรวจให้ และหน่วยบริการสามารถเคลมจาก สปสช. ได้ประมาณ ๕๐-๑๐๐ บาท/คน แต่เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาแล้วจะถูกผลักเข้าสู่กระบวนการตามชุดสิทธิประโยชน์ในรูปแบบของ "งบเหมาจ่ายรายหัว" ซึ่งอาจส่งผลให้หน่วยบริการที่คัดกรองเจอผู้ป่วยเป็นจำนวนมากประสบปัญหา แต่ก็ต้องดำเนินการเพื่อประโยชน์ของประชาชน

- ▶ **ประธานในที่ประชุม** รับทราบ แต่เนื่องจากงบประมาณยังไม่ชัดเจน ต้องให้ สปสช. เป็นผู้ยืนยัน ทั้งนี้ ในส่วนของการบริหารจัดการให้ถือเป็น "ดุลพินิจของผู้บริหาร" โดยให้คำนึงถึงกิจกรรมดังกล่าวว่ามีการจัดสรรงบประมาณให้หรือไม่ เนื่องจากไม่เชิงบเหมาะจ่ายรายหัว ยกเว้นว่ามีงบประมาณสนับสนุนหรือเป็นรายการนอกเหนือที่เบิกได้ อาจจะมีปัญหาลักษณะเดียวกับวัคซีน IPD ที่เป็นประเด็นอยู่ในปัจจุบันที่ไม่มีการจัดสรรงบประมาณให้ ซึ่งหากจะดำเนินการ หน่วยบริการอาจจะต้องสรรหาหรือขอรับงบประมาณจากแหล่งงบประมาณภายนอก และได้มอบผู้แทนกรมควบคุมโรค (สคร.) พิจารณานำเรียนอธิบดีกรมควบคุมโรค ถึงการทำโครงการในลักษณะ Vertical Program นั้น ต้องมีงบประมาณรองรับที่ชัดเจน เพื่อหาข้อสรุปเรื่องงบประมาณ ไม่ควรดึงงบจากส่วนอื่นมาจนกระทบระบบบริหารจัดการ

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ ร่างคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนระดับเขตสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๘ และร่างคณะทำงาน

ติดตามและประเมินผลการจ่ายเงินค่าตอบแทน เขตสุขภาพที่ ๘

โดย นายแพทย์พรพัฒน์ ภูานกลม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

- ▶ ขอความเห็นชอบแต่งตั้ง**คณะกรรมการชุดที่ ๑ คณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนระดับเขตสุขภาพที่ ๘** สืบเนื่องมาจากคณะกรรมการชุดเดิมได้หมดวาระ ลงตามการโยกย้ายของท่านผู้ตรวจราชการฯ ท่านเดิม การแต่งตั้งเป็นไปตาม **ข้อบังคับค่าตอบแทนของกระทรวงสาธารณสุข ข้อ ๙ (๒) วรรค ๒** ซึ่งให้อำนาจผู้ตรวจราชการเป็นผู้แต่งตั้ง โดยมีองค์ประกอบคณะกรรมการ ดังนี้
 - **ประธาน :** ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘
 - **รองประธาน :** สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ และ นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย)
 - **กรรมการ :** นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทุกแห่ง, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง, และผู้อำนวยการศูนย์วิชาการทุกแห่ง
 - **เลขานุการ :** ตามระเบียบต้องเป็นนายแพทย์ สสจ. ๑ คน ซึ่งในการประชุมที่ผ่านมา ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ ได้มอบหมายให้ นายแพทย์พรพัฒน์ ภูานกลม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เป็นกรรมการและเลขานุการ
 - **ผู้ช่วยเลขานุการ :** กลุ่มงานบริหาร และกลุ่มงานนิติกรของเขต

- ▶ ขอความเห็นชอบแต่งตั้งคณะทำงานชุดที่ ๒ คณะทำงานติดตามและประเมินผลการจ่ายเงินค่าตอบแทน ระดับเขต เสนอแต่งตั้งในรูปแบบ "คณะทำงาน" เนื่องจากในข้อบังคับค่าตอบแทนไม่ได้บัญญัติให้ระดับเขตต้องมีคณะกรรมการชุดนี้ (ต่างจากระดับจังหวัดที่ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้แต่งตั้ง) ซึ่งมีหน้าที่เป็นเลขานุการ ประสาน รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และกลั่นกรองงานเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการชุดใหญ่พิจารณา อาศัยอำนาจตาม ข้อ ๑๐ ของข้อบังคับกระทรวงฯ ว่าด้วยการจ่ายเงินฯ โดยอำนาจหลัก คืออำนาจของเขตสุขภาพในการปฏิรูปและขับเคลื่อนงานที่ท่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ สามารถแต่งตั้งได้ โดยมีองค์ประกอบคณะทำงาน ดังนี้

- ประธาน : นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
- รองประธาน : นายแพทย์สุมน ตั้งสุนทรวิวัฒน์ (เนื่องจากมีประสบการณ์ด้าน Service Plan และทราบข้อมูลบริการในเขตสุขภาพมานาน)
- คณะทำงาน : ทีมงานนักทรัพยากรบุคคล, ทีมกลุ่มงานบริหาร, หัวหน้ากลุ่มงานบริหารของทุกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, และหัวหน้ากลุ่มงานนิติการของทุกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๕.๒ การพิจารณาดำเนินการให้ข้าราชการพลเรือนสามัญซึ่งมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ รับราชการต่อไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว๘ ลงวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๙ โดย กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล (CHRO)

- ▶ การดำเนินการให้ข้าราชการพลเรือนสามัญซึ่งมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ รับราชการต่อไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว๘ ลงวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๙ เรื่อง คุณสมบัติผู้ประสงค์รับราชการต่อไป ซึ่งมี ๑ หน่วยงาน ที่ยื่นความประสงค์ คือ โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน ๑ ราย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เรื่องเพื่อพิจารณา

▶ การดำเนินการให้ข้าราชการพลเรือนสามัญซึ่งมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ รับราชการต่อไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว๘ ลงวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๙

- 1 ข้อมูลหน่วยงานที่ยื่นความประสงค์ให้ข้าราชการพลเรือนสามัญซึ่งมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ ในปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๙ รับราชการต่อไป เพื่อปฏิบัติหน้าที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 หน่วยงาน

» **รพ.อุดรธานี จำนวน 1 ราย**

- 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ยื่นความประสงค์รับราชการต่อไป

ลำดับ	หน่วยงาน	ผู้ยื่นความประสงค์	ตำแหน่ง	สาขาวิชาชีพ ความเชี่ยวชาญ	บรรจุเข้ารับราชการ	อายุราชการ	ระยะเวลาการตรวจประเมินผล ประเมินประสิทธิภาพระดับเชี่ยวชาญ
1	รพ.อุดรธานี	พญ.ศศิ อภิณทิพย์	นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	เวชศาสตร์ครอบครัว	2 เมษายน 2533	35 ปี 10 เดือน	15 ก.พ. 64 – จนถึงปัจจุบัน (5 ปี)

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

พิจารณาเห็นชอบเสนอผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ขออนุมัติไปยังสปป.

- 3 หน่วยงานที่ประสงค์ปฏิบัติงาน หลังจากได้รับการอนุมัติให้ต่ออายุราชการ
 - ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อ.เมืองอุดรธานี จ.อุดรธานี (ทั้ง 3 แห่ง)

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

ปิดประชุมเวลา ๑๗.๐๐ น.



(นางสาวมณฑพัท อรรถวิภาค)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

ผู้บันทึกรายงานการประชุม



(นางพนัธมน นภามาศ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้บันทึกรายงานการประชุม



(นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม



(นายแพทย์สุริยันต์ ปัญหาราช)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ช่วยเลขานุการ



(นายแพทย์รวมพล เหล่าห้วน)
กรรมการและเลขานุการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม