

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งที่ ๓/ ๒๕๖๙

วันจันทร์ที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมตึกอำนวยการ โรงพยาบาลโนนสัง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุม

| | | |
|--|---|---------------------|
| ๑. นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ | ประธานกรรมการ |
| ๒. แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ | รองประธานกรรมการ |
| ๓. นางสาวปริญดา ทุนคำ | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ | กรรมการ |
| ๔. แพทย์หญิงสปีศิริ บัณฑิตภิมรัมย์ (แทน) | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | กรรมการ |
| ๕. นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาถม | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร | กรรมการ |
| ๖. นายแพทย์ปรีดา วรหาร | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม | กรรมการ |
| ๗. นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย | กรรมการ |
| ๘. นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู | กรรมการ |
| ๙. นายแพทย์สุรพงษ์ ลักษุช (แทน) | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ | กรรมการ |
| ๑๐. แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี | กรรมการ |
| ๑๑. นายแพทย์สมศักดิ์ ประภักฎาณวัตร | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร | กรรมการ |
| ๑๒. นายแพทย์จรุงธรรม ชันดี (แทน) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม | กรรมการ |
| ๑๓. นายแพทย์นพดล พิษณุวงษ์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย | กรรมการ |
| ๑๔. แพทย์หญิงฤดีมน สกุลคู | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย | กรรมการ |
| ๑๕. แพทย์หญิงนาตยา มิลส์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู | กรรมการ |
| ๑๖. นายแพทย์สถาพร โมราราช | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ | กรรมการ |
| ๑๗. นายแพทย์พันธันพ ควรดำรงธรรม (แทน) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน | กรรมการ |
| ๑๘. แพทย์หญิงพรดี ชำนิยันต์ (แทน) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี | กรรมการ |
| ๑๙. นายแพทย์พูลสวัสดิ์ วงศ์วิชิต | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส | กรรมการ |
| ๒๐. แพทย์หญิงภรณ์ พรวัฒนา | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ | กรรมการ |
| ๒๑. นายแพทย์ชัยรัตน์ เจริญสุข | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านผือ | กรรมการ |
| ๒๒. นายบุญเทียน อาสารินทร์ (แทน) | ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ | กรรมการ |
| ๒๓. นายธวัฒน์ เหล็กกล้า (แทน) | ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๘ | กรรมการ |
| ๒๔. นายวิรุท นนสรรัตน์ (แทน) | ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี | กรรมการ |
| ๒๕. นายแพทย์ยอดลักษณ์ สัยลังกา | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผาขาว | กรรมการ |
| ๒๖. นายแพทย์กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ | กรรมการ |
| ๒๗. นายคณิตย์ วงษา | สาธารณสุขอำเภอปากชม | กรรมการ |
| ๒๘. นายสถิต พูลเพิ่ม | สาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ | กรรมการ |
| ๒๙. นางสาวกมลฉัตร สุขแสน (แทน) | ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี | กรรมการ |
| ๓๐. นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น | รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๓๑. นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ | รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๓๒. นายสุริยันต์ ปัญหาราช | รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ | ผู้ช่วยเลขานุการ |

/รายชื่อ...

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุมในระบบ Online

| | | |
|-------------------------------|---|---------|
| ๑. นายแพทย์อติ อึ้งอารี | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี | กรรมการ |
| ๒. นายแพทย์เคารพ วัฒนยา (แทน) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี | กรรมการ |
| ๓. นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้า | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ | กรรมการ |
| ๔. แพทย์หญิงจุฬาพันธ์ุ เหมกุล | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ | กรรมการ |
| ๕. นางอรัญญา สุริยะจันทร์ | ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘ | กรรมการ |
| ๖. นางบุญนิภา สงคราม | ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘ | กรรมการ |
| ๗. นายแพทย์สิทธิ เชาวชื่น | ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ ๘ อุดรธานี | กรรมการ |
| ๘. นางยุภาภรณ์ ติรไพรวงศ์ | ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี | กรรมการ |
| ๙. นายณดล ดวงท้าวเศษ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองใหญ่ | กรรมการ |

รายชื่อคณะกรรมการที่ติดภารกิจ

| | | |
|-------------------------|--|---------|
| ๑. นายเสกสันต์ จันทร์นะ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่ง | กรรมการ |
|-------------------------|--|---------|

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมฯ

| | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| ๑. แพทย์หญิงกัญญาภัค ศิลารักษ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร |
| ๒. แพทย์หญิงระพีพรรณ จันทร์อ้วน | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย |
| ๓. นายแพทย์แหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย |
| ๔. แพทย์หญิงยุพร จิระวงศ์ประภา | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู |
| ๕. แพทย์หญิงจิตาพร ดาวเศรษฐี | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู |
| ๖. แพทย์หญิงปรีเปรม ศรีหล่มศักดิ์ | รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ | โรงพยาบาลบึงกาฬ |
| ๗. แพทย์หญิงพนิดา พันธุ์รัตน์ | รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย | โรงพยาบาลหนองคาย |
| ๘. นาวาโทชวล ศรีયાายาง | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ | โรงพยาบาลสกลนคร |
| ๙. นายแพทย์วิเชียร มลอยู่พะเนา | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ | โรงพยาบาลเลย |
| ๑๐. นายแพทย์นิพันธ์ ทองบ่อ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ | โรงพยาบาลอุดรธานี |
| ๑๑. นายธนภฤต จันทร์ธง | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ | ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี |
| ๑๒. นายธนเศรษฐี ร่วมชาติ | สถาปนิกชำนาญการ (ด้านวางผังและออกแบบ) หัวหน้ากลุ่มออกแบบและกำกับการก่อสร้าง เขตที่ ๘ กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | |
| ๑๓. นางภัสธิยะกุล ชาวกะมุด | นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๑๔. นางสาวรัชชดา สุขผึ้ง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๑๕. นายคทาจุธ เยี่ยงแก้ว | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๑๖. นางจิราภรณ์ สุทธิบริบาล | นักสาธารณสุขชำนาญการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๑๗. นางพนัธมน นภามาศ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๑๘. นางสาวเครือวัลย์ ใจหาญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๑๙. นางสาวปานดาว แก้วมณี | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๐. นางสาวทัตดาว ศรีบุรณ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๑. นางสาวอรอุมา ประทุมทอง | นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๒. นายสุวิวัฒน์ สุทธิบริบาล | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |

/๒๓. นางสาวสิริภา...

| | | |
|-----------------------------|----------------------------|------------------------|
| ๒๓. นางสาวสิริภา จิตติพิมพ์ | นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๔. นางสาวปภัสสร ศรีพรหม | นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๕. นางสาวณัฐริษา นราพันธ์ | นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๖. นางสาวพรทิพย์ สุดใจ | นิติกรปฏิบัติการ | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๗. นางสาวพิมพ์พร ดาศักดิ์ | นักทรัพยากรบุคคล | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๘. นางสาวเสาวลักษณ์ เพ็ญสา | นักทรัพยากรบุคคล | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๙. นายจิรายุส ไชแสงจันทร์ | นักทรัพยากรบุคคล | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๓๐. นางสาวชนิสรา นาคานาคา | นักทรัพยากรบุคคล | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๓๑. นางสาวกรรณิกา ปะละทัง | นักทรัพยากรบุคคล | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๓๒. นางสาวมณฑพัท อรรถวิภาค | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๓๓. นายธวัชชัย บุตวงษ์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๓๔. นางสาวธีราพร ศรีกัน | นักวิชาการสาธารณสุข | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ |

เปิดการประชุม เวลา ๐๘.๓๐ น.

นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ เป็นประธานการประชุม
ระเบียบวาระที่ ๑

๑.๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

โดย นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘

- ๑) ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นเรื่องการประหยัดพลังงานเชื้อเพลิง โดยเฉพาะในช่วงที่มีความไม่แน่นอนจากสถานการณ์สงครามในภูมิภาคตะวันออกกลาง (เปอร์เซีย) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามในการลดความต้องการใช้พลังงาน (Demand) ของประเทศ โดยมีมาตรการสำคัญที่นำมาใช้เพื่อลดการใช้เชื้อเพลิงตามที่ปรากฏในแหล่งข้อมูล ดังนี้
 - ▶ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการประชุมและอบรม: ผู้บริหารในเขตสุขภาพที่ ๘ ได้พิจารณาให้เหลือเพียงการประชุมที่จำเป็นที่ต้องพบปะกันเท่านั้น เช่น การตรวจราชการและการประชุม คณะกรรมการผู้บริหารเขตสุขภาพที่ ๘
 - ▶ การเลื่อนกำหนดการจัดงาน: กิจกรรมที่ไม่เร่งด่วน เช่น การจัดฝึกอบรมในบางหัวข้อ (ตัวอย่างเช่น เรื่อง NCD) มีแนวทางให้เลื่อนออกไปก่อน เพื่อรอดูสถานการณ์ความชัดเจนของราคาพลังงานที่สูงขึ้น
 - ▶ การควบคุมการเดินทางด้วยรถราชการ: มีการตั้งข้อสังเกตว่าการเดินทางด้วยรถราชการลดลง เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณค่าน้ำมัน ซึ่งมาตรการนี้มีผลพลอยได้ในการช่วยลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของบุคลากรจากการขับเร็วหรือความเหนื่อยล้าได้อีกทางหนึ่ง
- ๒) การบริหารงบประมาณลงทุน : เร่งรัดการใช้จ่ายงบประมาณลงทุน และเร่งรัดกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างและการใช้จ่ายงบประมาณลงทุน โดยเฉพาะของปีงบประมาณ ๒๕๖๙ เพื่อให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้

- ๓) การสำรวจและจัดทำบัญชีทรัพย์สิน การบริหารงบประมาณงบลงทุนที่มีประสิทธิภาพต้องเริ่มจากการทราบสถานะของทรัพย์สินที่มีอยู่เดิม
- ▶ ต้องมีการตรวจสอบสถานะบัญชีทรัพย์สินอย่างเคร่งครัด ทั้งในส่วนของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์
 - ▶ กำหนดให้ทุกหน่วยงานในเขตสุขภาพตรวจสอบครุภัณฑ์ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน
 - ▶ การป้องกันความสูญเสียและการทุจริต แหล่งข้อมูลระบุถึงปัญหาการหายไปของครุภัณฑ์การแพทย์จำนวนมาก (เช่น เครื่องช่วยหายใจ, High Flow, เครื่องปั๊มหัวใจอัตโนมัติ) ดังนั้น การบริหารงบประมาณงบลงทุนจึงต้องครอบคลุมถึง
 - การควบคุมภายในที่เข้มงวด: โดยเฉพาะในจุดเสี่ยง เช่น ห้องฉุฉฉฉ ซึ่งมักมีการหยิบยืมอุปกรณ์และอาจเกิดความหละหลวมในการติดตาม
 - การดำเนินการตามกฎหมาย: หากตรวจพบการทุจริตหรือทรัพย์สินสูญหาย ต้องดำเนินคดีตามอำนาจหน้าที่อย่างเคร่งครัด
 - ▶ การพัฒนาระบบติดตามด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้การบริหารจัดการครุภัณฑ์ที่จัดซื้อด้วยงบลงทุนมีความคุ้มค่าและปลอดภัยสูงสุด
 - **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทั้ง ๑๑ แห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘ และ ดร.นายแพทย์ภมร ธรรม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ (ประธาน CDO เขตสุขภาพที่ ๘) และทีม CDO หรือเรื่องการวางระบบ Digital Checklist เช่น การใช้ RFID หรือแท็กติดตามสำหรับครุภัณฑ์ที่มีราคาสูง เพื่อให้มีระบบเตือนภัยเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผิดปกติ, การฝัง Embed พร้อมกับการจัดซื้อ เป็นต้น โดยพิจารณาถึงความคุ้มค่า เพื่อติดตามความเคลื่อนไหวของอุปกรณ์ระหว่างโรงพยาบาล ทำให้สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกัน (Resource Sharing) ได้อย่างรวดเร็วเมื่อเกิดเหตุฉุฉฉฉ โดยมีโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีรับเป็นหน่วยงานนำร่องในการทดสอบโมเดลนี้ และมอบหมายให้แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี นำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
- ๔) นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เรื่องการจัดซื้อครุภัณฑ์ ตามแผน Service Plan เรียงลำดับโรงพยาบาลชุมชนร่วมกับแพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ (ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘) และให้ทีม CFO ช่วยกำกับ ดูแลการจัดซื้อครุภัณฑ์ตาม Service Plan เพื่อให้การใช้งบประมาณงบลงทุนมีความสอดคล้องกับความต้องการของระดับโรงพยาบาลและภาพรวมของจังหวัด
- ๕) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ชื่นชมและขอขอบคุณ เขตสุขภาพที่ ๘ เนื่องจากผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ ๘ ในประเด็นของการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมากและอยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยประธานในที่ประชุม กำหนดแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้
- ▶ การสร้างเครือข่ายศูนย์รับบริจาค: มีการผลักดันให้จัดตั้งกลุ่มงานหรือศูนย์รับบริจาคอวัยวะภายในหน่วยงานต่าง ๆ อย่างน้อย ๑๑ แห่ง เพื่อให้ครอบคลุมการดำเนินงานในพื้นที่
 - ▶ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้: เน้นให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
 - ▶ บทบาทของศูนย์พี่เลี้ยง: ปัจจุบันจังหวัดอุดรธานีมีศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่เป็นศูนย์ใหญ่ ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยสนับสนุนและให้คำแนะนำแก่หน่วยงานอื่น ๆ ในเขตสุขภาพ

๖) ประเด็น OPOH

- ▶ แนวทางการดำเนินงานแบบไร้รอยต่อ (Seamless) เขตสุขภาพที่ ๘ มุ่งเน้นการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้ผ่านรูปแบบการทำงานที่เรียกว่า Seamless Service Track หรือการจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงกันอย่างเบ็ดเสร็จ
- ▶ การแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน (Resource Sharing) เป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญ คือ การทำให้โรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมีการเสนอให้พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง (Regional Data) ของเขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อติดตามความเคลื่อนไหวของครุภัณฑ์การแพทย์ทั้งเขตสุขภาพ เพื่อให้ทราบได้ว่าอุปกรณ์ของจังหวัดหนึ่งถูกเคลื่อนย้ายไปใช้งานที่โรงพยาบาลใดในเขตเดียวกัน

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบหมายให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๑.๒ เรื่องแจ้งให้ทราบ

โดย แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘

- ▶ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการติดตามผลการดำเนินงานของนโยบาย One Province One Hospital อย่างต่อเนื่องผ่านการประชุมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผลการนำเสนอของเขตสุขภาพที่ ๘ ในการประชุม สป.สัญจร ที่จังหวัดนครสวรรค์ ได้รับคำชื่นชมอย่างมาก ในการดำเนินงานตามนโยบาย One Province One Hospital ในเขตสุขภาพที่ ๘ โดยมีประเด็นสำคัญและความก้าวหน้าในการดำเนินงานดังนี้
 - จังหวัดน่าน : ในเขตสุขภาพที่ ๘ มีจังหวัดอุดรธานีและหนองคายเป็นหน่วยงานนำร่องในการดำเนินงานตามนโยบายนี้
 - การขยายขอบเขตการบริการ: นโยบายนี้มุ่งเน้นไปที่การดูแลเฉพาะทาง โดยมีการนำเสนอแผนการดำเนินงานที่ครอบคลุมถึง ๙ สาขาบริการ (เพิ่มขึ้นจากเดิม ๖ สาขา) โดยแบ่งเป็น ๘ สาขาหลัก และบวกเพิ่มอีก ๑ สาขา (๘+๑) ได้แก่ สาขามะเร็ง, สาขาหัวใจ, สาขาไต, สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน, สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด, สาขาโรคหลอดเลือดสมอง, สาขาอายุรกรรมและโรคติดเชื้อ, สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ, สาขาโรคไม่ติดต่อ และ พัฒนาระบบฐานข้อมูล
 - การให้ความสำคัญกับระบบดิจิทัล : สาขาที่เพิ่มเติมขึ้นมา (สาขาที่ ๙) คือเรื่องของดิจิทัลและ Seamless ซึ่งมีความชัดเจนในการนำเสนอและเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนระบบ

- ▶ พิธีมอบรางวัลและเกียรติยศ โดยนายกรัฐมนตรีเป็นประธานในพิธีมอบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ ๘



- ▶ นโยบาย Work from Home (WFH) ในบริบทปัจจุบันของเขตสุขภาพที่ ๘
 - สถานะการดำเนินงาน: ขณะนี้แต่ละหน่วยงานกำลังอยู่ในขั้นตอนจัดทำตารางปฏิบัติงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทำงานจากที่พัก โดยในส่วนของส่วนกลางหรือ Back-office ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เริ่มมีการดำเนินการจัดทำแผนขึ้นมาแล้ว แต่อยู่ระหว่างรอข้อสั่งการที่ชัดเจนอีกครั้งเนื่องจากบริบทต่างจากช่วงสถานการณ์โควิด-19
 - ความท้าทายในกลุ่มโรงพยาบาล : การนำนโยบาย WFH มาใช้ในโรงพยาบาลมีความยากลำบากกว่าในส่วนสำนักงาน จึงเน้นไปที่การปรับรูปแบบบริการเพื่อลดความแออัดและการเดินทาง เช่น การใช้ระบบนัดหมายออนไลน์และการเลื่อนนัด, การให้บริการเจาะเลือดที่บ้าน, การบริหารจัดการทรัพยากร เช่น การสำรวจจำนวนยาและเชื้อเพลิงที่จำเป็น เป็นต้น
 - ประธานในที่ประชุม เน้นย้ำว่าการ WFH ต้องทำให้เกิดการประหยัดพลังงานจริงในภาพรวม โดยให้ข้อเสนอแนะดังนี้
 - การออกแบบพื้นที่ทำงาน : หากเจ้าหน้าที่บางส่วน WFH แต่คนที่เหลือยังคงกระจายตัวทำงานตามห้องต่างๆ และเปิดเครื่องปรับอากาศเหมือนเดิม จะไม่ช่วยประหยัดพลังงาน จึงควรออกแบบให้เจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงาน รวมกลุ่มทำงานในพื้นที่เดียวกันเพื่อปิดการใช้พลังงานในจุดที่ไม่จำเป็น
 - การคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่าย: ต้องพิจารณาด้วยว่าเจ้าหน้าที่อาจไม่ชอบทำงานที่บ้าน เพราะต้องการประหยัดค่าไฟส่วนตัว การบริหารจัดการจึงต้องมีความยืดหยุ่นและเหมาะสม
 - เป้าหมายหลัก: การดำเนินการในส่วนสำนักงานต้องให้เกิดมรรคผลในการประหยัดจริง และในส่วนของโรงพยาบาลต้องไม่ให้เกิดกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบหมายให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

- รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๒/ ๒๕๖๙ วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

มติที่ประชุม : รับรองรายงานการประชุม ฯ

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องติดตาม

๓.๑ รายงานผลการจัดสรรเงิน OP PP ระหว่าง CUP กับท้องถิ่น และรายงานความก้าวหน้าการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ของหน่วยบริการ ในเขตสุขภาพที่ ๘

โดย ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู)

๑) ผลการจัดสรรเงิน OP PP ระหว่าง CUP และ รพ.สต.ถ่ายโอน

- ▶ ภาพรวมและสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณ ในเขตสุขภาพที่ ๘ มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้วทั้งหมด ๒๗๙ หน่วย โดยมีการจัดสรรงบประมาณในส่วนงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) และงบผู้ป่วยนอก (OP) ตามมติของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (กสพ.) ดังนี้
 - ๑) งบผู้ป่วยนอก (OP) : จัดสรรในสัดส่วนภาพรวมประมาณ ๕.๘%
 - ๒) งบสร้างเสริมสุขภาพ (PP) : จัดสรรในสัดส่วนภาพรวมประมาณ ๑๓.๔%
 - ๓) วงเงินรวม : มีการโอนงบประมาณไปแล้วประมาณ ๑๓๖.๙ ล้านบาท หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ยประมาณ ๑๒๙.๔ บาทต่อบัตร
- ▶ ความแตกต่างของรูปแบบการจัดสรรในแต่ละจังหวัด ข้อมูลระบุว่า การจัดสรรเงินมีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในแต่ละพื้นที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับภาระระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย และ อบจ.
 - ๑) จังหวัดเลย : จัดสรรในรูปแบบ Fixed Cost ประมาณ ๑๓๕ บาทต่อหัว โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย ยังคงสนับสนุน (Supply) ยาและเวชภัณฑ์ให้
 - ๒) จังหวัดสกลนคร: มีการเจรจาปรับลดงบประมาณลงเหลือประมาณ ๑๒๐-๑๒๕ บาท โดยเน้นการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ทั้งหมด และมีข้อตกลงเรื่อง PP Fee Schedule ในการแบ่งปันเป้าหมายและยอดเงินตามภาระงาน (เช่น ค่าตรวจน้ำตาลสะสม A๑C เป็นต้น)
 - ๓) จังหวัดหนองบัวลำภู : เนื่องจากถ่ายโอน ๑๐๐% จึงให้ความสำคัญกับงบ PP เป็นหลัก ส่วนงบ OP ไม่มีการจัดสรรเป็นตัวเอง แต่โรงพยาบาลแม่ข่ายทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน ทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์ให้ทั้งหมด
 - ๔) จังหวัดนครพนม: มีระบบการทำบัญชีที่กลบกลบหนี้เรื่องเวชภัณฑ์ในช่วงปลายปี และจัดสรรงบ PP ตามภาระงานจริง ในสัดส่วน ๕๐-๑๐๐% ตามต้นทุน

- ▶ ปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ที่ประชุมได้แสดงความกังวลในหลายประเด็นเพื่อให้การบริหารงบประมาณมีความชัดเจนขึ้น
 - ๑) การกำหนดเกณฑ์มาตรฐาน : ผู้ตรวจราชการเสนอให้มี "ตัวไดรเวอร์" หรือแนวทางกลางที่เป็นมาตรฐาน (Guideline) ทั้งในระดับ CFO และระดับการจัดการ PP เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่มากเกินไป
 - ๒) ความชัดเจนด้านกฎหมายและระเบียบ: มีข้อสงสัยเรื่องอำนาจของ กสพ. (คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด) ในการสั่งจ่ายเงินข้ามกระทรวง และความไม่ชัดเจนว่าการส่งมอบยาและเวชภัณฑ์ให้ รพ.สต.ถ่ายโอน เป็นในลักษณะ "ยืม" หรือ "ให้ขาด" ซึ่งต้องมีระเบียบรองรับที่ชัดเจนเพื่อป้องกันปัญหาทางกฎหมาย
 - **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้แพทย์หญิงยุวพร จิระวงศ์ประภา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู และทีม CFO รวบรวมข้อกฎหมายและทำกรอบข้อเสนอการจัดสรรเงิน (Basic payment และ PP Fee schedule) ระดับเขต และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
 - ๓) การควบคุมทรัพย์สิน: มีความเป็นห่วงเรื่องความสูญหายของครุภัณฑ์หลังการถ่ายโอน จึงต้องมีกลไกการติดตาม (M&E) ที่เข้มงวด
 - **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้นายแพทย์ยอดลักษณ์ สัยลังกา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลยร่วมกับแพทย์หญิงยุวพร จิระวงศ์ประภา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ช่วยวางกลไกในการติดตามครุภัณฑ์หลังการถ่ายโอน

๒) สถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ ณ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

- ▶ เงินบำรุงติดลบ : เขตสุขภาพที่ ๘ มีเงินบำรุงหลังหักหนี้สินติดลบประมาณ ๑,๙๐๐ ล้านบาท ซึ่งถือเป็นอันดับ ๑ จากท้ายของประเทศ โดยกลุ่มที่ประสบปัญหาหนักที่สุดคือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ที่มียอดติดลบรวมกันกว่า ๑,๐๐๐ ล้านบาท
- ▶ จังหวัดที่มีปัญหาหนี้สินสูง: จังหวัดที่มีตัวเลขติดลบสูงสุด ได้แก่ จังหวัดนครพนม (-๒๗๑ ล้านบาท) ตามด้วยจังหวัดเลยและจังหวัดอุดรธานีที่มีหนี้สูงกว่า -๒๐๐ ล้านบาท
- ▶ ระดับความรุนแรงของวิกฤต: ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ พบโรงพยาบาลที่ติดวิกฤตการเงิน (ตามเกณฑ์กระทรวง NI) ระดับ ๗ (ระดับสูงสุด) จำนวน ๓ แห่ง และระดับ ๖ จำนวน ๔ แห่ง ซึ่งถือเป็นสัญญาณเตือนที่ผิดปกติเนื่องจากปกติในช่วงต้นปีงบประมาณจะไม่ค่อยพบโรงพยาบาลที่มีวิกฤติระดับ ๗
- ▶ สาเหตุและข้อสังเกตเชิงลึก
 - ๑) ปัญหาของโรงพยาบาลขนาดเล็ก (F๓): โรงพยาบาลที่มีประชากร UC ต่ำกว่า ๒๕,๐๐๐ - ๓๐,๐๐๐ คน มักประสบปัญหารายได้จากงบเหมาจ่ายรายหัวไม่พอจ่ายค่าแรงบุคลากร เช่น โรงพยาบาลบุงค้ำที่ระบุว่าเงินจะหมดในช่วงเมษายนนี้

- ๒) ประสิทธิภาพการบริหาร : มีการตั้งข้อสังเกตว่าโรงพยาบาลขนาดเดียวกันอาจมีผลประกอบการต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการบริหารจัดการของผู้บริหาร
- ▶ มาตรการแก้ไขและกลไกการปรับแก้ระดับเขต : เขตสุขภาพที่ ๘ ได้วางแผนการจัดการงบประมาณบริหารจัดการ ดังนี้



- ๑) การใช้ระบบ ๓ ฟีด (๓ Feeds) : มุ่งเน้น (๑) Feed เพื่อพัฒนาระบบเพื่อลดต้นทุน (๒) Feed เพื่อพัฒนาคนเพื่อลดภาระหน่วยงาน (๓) Feed เพื่อลดช่องว่างของโรงพยาบาลขนาดเล็ก
- ๒) งบป้องกันวิกฤติ : มีการกั้นเงิน ๔๐ ล้านบาท ไว้เพื่อเตรียมชดเชยและช่วยเหลือสภาพคล่องในช่วงปลายปี
- ๓) การอัดฉีดงบประมาณผ่านจังหวัด : จัดสรรเงินให้จังหวัดละ ๕ ล้านบาท (รวมทั้งหมด ๓๕ ล้านบาท) เพื่อให้สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) นำไปปรับเปลี่ยนช่วยเหลือโรงพยาบาลขนาดเล็กในพื้นที่
- ๔) แรงจูงใจในการลงทุน : มีงบประมาณ ๗๗ ล้านบาท
- จัดสรร ๗๐ ล้านบาท เพื่อสนับสนุนการก่อสร้างแพลตฟอร์มที่ปัก ให้กับโรงพยาบาลชุมชน หากจังหวัดสามารถรวมเงินบำรุงลงทุนเองได้ครบ ๓๐ ล้านบาท (ถึงขั้นตอนลงนามสัญญาเสร็จเรียบร้อยแล้ว) คณะกรรมการระดับเขตจะสนับสนุนให้จังหวัดละ ๑๐ ล้านบาท เพื่อลดภาระการใช้จ่ายเงินบำรุงทั้งหมดของโรงพยาบาลขนาดเล็ก โดยมีเงื่อนไข
 - ดำเนินการภายใน ๓ เดือน ถึง สิ้นเดือน มิถุนายน ๒๕๖๙ ได้รับจัดสรร Top up ๑๐๐%
 - ดำเนินการแล้วเสร็จภายใน ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๙ - ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ได้รับจัดสรร Top up ๘๐%
 - ดำเนินการเกิน ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ไม่ได้รับจัดสรร Top up

- จัดสรร ๗,๐๖๕,๘๗๑ บาท สำหรับใช้ในประเด็นต่อไปนี้
 - ๑) HbA๑C อำเภอนำร่อง แต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญ/ผู้รับผิดชอบ (ผช.ว) ของแต่ละจังหวัดมาขับเคลื่อนงาน NCDs
 - ๒) Green & Clean Hospital (Hospital Healing Environment) : จัดสรรให้โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลหลายๆ กัน
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** เน้นย้ำว่า การแก้ไขวิกฤตการเงินไม่ใช่เพียงการเติมเงินเข้าไปเท่านั้น แต่ต้องควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และการจัดการข้อมูลบัญชีที่โปร่งใส เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน
- ▶ สภาพคล่องทางการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ ๘ หลังหักหนี้ (ณ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙)
 - ๑) หนี้สินสะสมเพิ่มขึ้น : เขตสุขภาพที่ ๘ ประสบภาวะหนี้สะสมที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสแรกของปี ซึ่งสะท้อนว่าสภาพคล่องที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะจ่ายหนี้เก่าให้ทันกับหนี้ใหม่ที่เกิดขึ้น
 - ๒) โครงสร้างหนี้: หนี้หมุนเวียนส่วนใหญ่ประกอบด้วย เจ้าหนี้ค้ายา (ประมาณ ๑,๔๐๐ ล้านบาท), เจ้าหนี้การค้าที่ไม่รวมการจ้างเหมาและเอกซเรย์ (ประมาณ ๓,๙๐๐ ล้านบาท) และเจ้าหนี้เอกซเรย์ (ประมาณ ๕๑๐ ล้านบาท)
- ▶ กลยุทธ์การบริหารจัดการหนี้สิน เพื่อให้การบริหารหนี้สินมีประสิทธิภาพ **ประธานในที่ประชุม** ได้วางแนวทางไว้ ดังนี้
 - การวิเคราะห์หนี้ที่แท้จริง : มอบหมายให้ทีม CFO วิเคราะห์ตัดลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้ (หนี้สงสัยจะสูญ) ออกจากบัญชี เพื่อให้เห็นภาพสะท้อนสถานะการเงินที่แท้จริง เนื่องจากบางแห่งมีตัวเลขทรัพย์สินสูงแต่ไม่มีเงินสดจริง และวิเคราะห์พารามิเตอร์อื่นๆ ที่ควรมีเพิ่มเติม
 - การปรับปรุงระบบ Logistic และ Inventory : พบว่าบางหน่วยงานมีค่า Current Ratio สูง แต่ Cash Ratio ต่ำ แสดงว่าเงินจมอยู่ในคลังสินค้าหรือลูกหนี้ (AR) มากเกินไป การบริหารคลังให้ดีขึ้นจะช่วยให้เกิด Cashback กลับมาเป็นสภาพคล่องเพื่อจ่ายหนี้ได้
 - การบริหารวงจรการชำระหนี้ : หากสามารถบริหารกระแสเงินสดและระยะเวลาชำระหนี้ให้เหมาะสม หนี้ในระบบจะลดลงเองตามกลไกธรรมชาติ
 - การปรับเกลียววงเงินในระดับเขต : เขตสุขภาพที่ ๘ จะเน้นการใช้เงินงบประมาณ ๓ Feeds
 - Feed ระบบ : พัฒนาประสิทธิภาพเพื่อลดต้นทุน
 - Feed คน : พัฒนาบุคลากรเพื่อลดภาระหน่วยงานในการฝึกอบรมเอง
 - Feed โรงพยาบาลเล็ก : เพื่อลดช่องว่างและสร้างความเข้มแข็งให้หน่วยบริการขนาดเล็ก
 - **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทั้ง ๑๑ แห่งในเขตสุขภาพที่ ๘ ดูเรื่องเงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net Working Capital : NWC) ระบบบัญชีของโรงพยาบาลว่ามีสัญญาณอะไรที่ต้องตรวจสอบเพิ่มเติมในหน่วยงานหรือไม่ อย่างไร

- ▶ สำหรับหน่วยงานที่ต้องการขอรับเงินสนับสนุนสภาพคล่องระดับประเทศ ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้
 - TPS Score (Total Performance Score): ต้องได้ระดับ B ขึ้นไป
 - อัตราครองเตียง (Bed Occupancy Rate): ต้องไม่น้อยกว่า ๘๐% ตามมาตรฐาน
 - ต้นทุนดำเนินงานขั้นต่ำ (Minimum Operation Cost): มีการวิเคราะห์ว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กควรมีประชากรในสิทธิ UC ประมาณ ๒๕,๐๐๐ - ๓๐,๐๐๐ คน จึงจะอยู่ในระดับที่บริหารจัดการให้รอดพ้นภาวะขาดทุนได้

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๒ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานสุขภาพดิจิทัล

โดย นายแพทย์สุรียนต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

- ▶ ปัจจุบันโปรแกรม Thai Cancer Base ของกรมการแพทย์ไม่สามารถใช้งานเชื่อมโยงข้อมูลได้ เขตสุขภาพที่ ๘ จึงต้องพัฒนาระบบของตนเองขึ้นมา อย่างไรก็ตาม ระบบ Cancer Alert R๘ ในปัจจุบันยังมีจุดอ่อนสำคัญ คือยังไม่ได้เชื่อมต่อกับแอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" และระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ซึ่งทีมงานกำลังเร่งสร้าง API เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลกับ Thai Cancer Link และหมอพร้อมต่อไป
- ▶ การพิจารณาทางเลือก : จ้างเอกชน vs พัฒนาเอง โดยที่ประชุมได้มีการเปรียบเทียบแนวทางการดำเนินงาน ๒ รูปแบบ
 - การจ้างเอกชน:
 - บริษัทเสนอราคาเบื้องต้นที่ ๑๒.๓ ล้านบาท และเจรจาต่อรองเหลือ ๘.๔ ล้านบาท
 - ข้อเสีย : ราคาสูง, ระยะเวลาดูแลลดลงจาก ๕ ปีเหลือเพียง ๒ ปี, ไม่รวมค่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์, และที่สำคัญคือระบบครอบคลุมเพียงโรคมะเร็งอย่างเดียว ไม่ตอบโจทย์ความต้องการที่อยากให้ครอบคลุมโรคสำคัญอื่นๆ
 - การพัฒนาเองภายใต้แพลตฟอร์ม R8 Specialist
 - ใช้วิธีนำระบบ Cancer Alert มา ควบรวมเข้ากับระบบ R8 Specialist ที่ทีม IT ของเขตกำลังพัฒนา
 - งบประมาณ: ตั้งงบไว้เบื้องต้น ๓ ล้านบาท ซึ่งถูกกว่าการจ้างเอกชนมาก และทำให้ระบบกลายเป็น "ทรัพย์สินของเขตสุขภาพ" ในระยะยาว
 - ความคืบหน้า: ปัจจุบันระบบ R8 Specialist พัฒนาไปแล้วกว่า ๖๐% โดยรวมถึงระบบ Smart Refer และระบบการให้คำปรึกษา
- ▶ เป้าหมายและฟังก์ชันในอนาคต
 - Single Gateway : ต้องการให้เป็น Gateway เดียว ที่เชื่อมโยงทั้งระบบ OPD (ตารางเวรแพทย์), IPD (การจัดการเตียง), และระบบติดตามโรคมะเร็ง
 - ระบบ Smart Refer : เมื่อมีการส่งเคสในระบบ Admin จะเห็นข้อมูลและสามารถสั่งการให้คนไข้ไปรับบริการในจุดที่เหมาะสมได้ทั้งเขต
 - การขยายผล: แม้ระบบมะเร็งจะมีความซับซ้อน (ตั้งแต่คัดกรองจนถึงติดตามการรักษา) แต่จะใช้เป็น โมเดลนำร่อง ก่อนจะขยายไปยังสาขาโรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ (Heart) เป็นต้น

- ▶ **ประธานในที่ประชุม** เสนอให้ นำ Module ทั้งหมด (Cancer Alert, ระบบนัดหมายแพทย์เฉพาะทาง (OPD), และระบบบริหารจัดการเตียง (IPD Seamless) มาควบรวมเป็น Gateway เดียวในแพลตฟอร์ม R๘ Specialist ที่พัฒนาโดยทีม CDO ของเขต เพื่อให้เป็นทรัพย์สินของเขตเอง และมอบหมายให้ ทีม CDO ออกแบบระบบโดยวาง Database Architecture, Flow Diagram และกำหนดเวลาให้แล้วเสร็จ และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๓ แผนการดูแลโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ครบวงจร

๓.๑.๑ แผนการดูแลโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ครบวงจร จังหวัดอุดรธานี

โดย ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี)

แพทย์หญิงสปีร์ริ บัณฑิตภริมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

- ▶ การคัดกรองเชิงรุกในชุมชนของเขตสุขภาพที่ ๘ (โมเดลอุดรธานี) เป็นการใช้ อสม. และ SOS Score เป็นกลไกสำคัญในการดักจับผู้ป่วยตั้งแต่ยังไม่มีอาการรุนแรง เพื่อลดความล่าช้าในการเข้าสู่กระบวนการรักษา, ลดอัตราการช็อคและการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด
- ▶ เกณฑ์การคัดกรองแบบแบ่งสี (Triage) อสม. จะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น ๓ ระดับตามความรุนแรงของอาการ
 - สีเขียว: ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง จะได้รับยาตัวสามัญประจำบ้านและให้สังเกตอาการที่บ้าน
 - สีเหลือง: ผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง จะถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่ รพ.สต.
 - สีแดง: ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง สามารถเรียก ๑๖๖๙ เพื่อส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ได้ทันที
- ▶ การเชื่อมต่อสู่ระบบ Early Detection (ระดับ รพ.สต.) : เมื่อผู้ป่วย (กลุ่มสีเหลือง) มาถึง รพ.สต. จะต้องได้รับการประเมินภายใน ๑๕ นาที เพื่อค้นหาอาการผิดปกติในระยะเริ่มแรก (Early Detection)
 - เครื่องมือประเมิน : ใช้การวัดสัญญาณชีพ, วัดค่าออกซิเจนในเลือด (O₂ Saturation) และ การใช้แอปพลิเคชัน Pneumonia
 - เกณฑ์ตัดสินใจ: ใช้ SOS Score (Search Out Severity Score) เป็นเกณฑ์หลักในการส่งต่อ, หากคะแนนสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เช่น SOS Score > ๒) จะถูกส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลชุมชน หรือเข้าสู่ระบบดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญทันที
- ▶ ยุทธศาสตร์ "เชิงรุก" เพื่อลดอัตราการตาย : ความโดดเด่นของโมเดลนี้คือการเปลี่ยนจากการตั้งรับเป็นการ "ดักจับ" ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
 - มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีอัตราการตายสูงเพื่อเฝ้าระวังเป็นพิเศษ
 - เน้นให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเร็วขึ้น (แม้บางรายอาจประเมินเกินจริง) เพื่อป้องกันไม่ให้คนไข้มาถึงโรงพยาบาลในสภาพที่อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลวแล้ว
 - เปรียบเทียบความพยายามนี้กับการทำระบบ STEMI หรือ Stroke Fast Track ในอดีต เพื่อให้การคัดกรองเชิงรุกกลายเป็น "DNA" ของบุคลากรและประชาชน
- ▶ มาตรการสนับสนุนทางการบริหาร : เพื่อให้ระบบคัดกรองในชุมชนและ รพ.สต. ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการเตรียมความพร้อมในด้านอื่น ๆ รองรับ

/การจัด...

- การจัดการด้านยา: มีการเคลียร์แนวทางจ่ายยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) ให้สอดคล้องกันทั้งเขตสุขภาพ และมีระบบการสำรองยา ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยบริการระดับรอง
- งบประมาณ: มีการเสนอให้นำเงินงบประมาณระดับจังหวัดมาช่วยสนับสนุนเรื่องยาและการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อขับเคลื่อนโครงการนี้
- ▶ ระบบ SOS Score (Search Out Severity Score) เป็นเครื่องมือสำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด (Pneumonia & Sepsis) ของเขตสุขภาพที่ ๘ โดยเฉพาะในโมเดลของจังหวัดอุดรธานี ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการดักจับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงตั้งแต่ระยะแรก (Early Detection) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต โดยรายละเอียดและกลไกการทำงานของระบบ SOS Score มีดังนี้
 - การประเมินและเกณฑ์การตัดสินใจ เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการในกลุ่มสีเหลืองมาถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่จะต้องทำการคัดกรองและประเมิน SOS Score ร่วมกับการวัดสัญญาณชีพและค่าออกซิเจนในเลือด (O_2 Saturation) ภายใน ๑๕ นาที โดยมีเกณฑ์การส่งต่อและรักษาดังนี้
 - SOS Score > ๒: ดำเนินการส่งตัวผู้ป่วยเข้าเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ทันที
 - SOS Score > ๔: ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดย Sepsis Champion (หรือ SIT Champion) ซึ่งเป็นบุคลากรเชี่ยวชาญประจำโรงพยาบาลนั้น ๆ
 - SOS Score > ๖: จะมีการ Activate ทั้งระบบเขต ผ่านระบบ Line Notify โดยมีแพทย์ส่วนกลาง (Center Physician) เป็นผู้บริหารจัดการในรูปแบบเครือข่าย และสามารถจองเตียง ICU ผ่านระบบ Smart ICU เพื่อลดรอยต่อในการส่งต่อ
- ▶ การจัดการยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ดังนี้ครับ
 - แนวทางการจ่ายยาที่สอดคล้องกับมาตรฐาน RDU เขตสุขภาพที่ ๘ ได้จัดทำแนวทางการจ่ายยาปฏิชีวนะ (Antibiotics Guideline) ที่ชัดเจน ซึ่งเพ็งดำเนินการเคลียร์แนวทางเสร็จสิ้น โดยเน้นให้สอดคล้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล หรือ RDU (Rational Drug Use) เพื่อให้การรักษาทั้งเขตเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
 - ระบบการสนับสนุนยาและการบริหารคลังยา (Udonthani Model) ปัญหาสำคัญที่พบคือโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือโรงพยาบาล Node มักประสบปัญหาขาดยาในขณะที่ระบบการดักจับผู้ป่วยทำได้ดีแล้ว จึงมีการตกลงรูปแบบการสนับสนุนยาปฏิชีวนะ (โดยเฉพาะยาฉีด) ดังนี้:
 - การใช้ยานี้น้อยกว่า ๗ วัน: โรงพยาบาลอุดรธานีจะเป็นผู้สนับสนุนยาให้
 - การใช้ยาเกิน ๗ วัน: โรงพยาบาลอุดรธานีจะจ่ายยาไปก่อน แล้วจึงทำเรื่องเรียกเก็บคืนหรือหักลบกลบหนี้กันภายหลัง (ทวงคืน/เคลียร์หลังบ้าน) เนื่องจากยา มีความหลากหลาย

- ▶ การบริหารจัดการงบประมาณเพื่อความยั่งยืน เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพในการใช้จ่ายตามบัญชีที่กำหนด
 - **ประธานในที่ประชุม** เสนอว่า
 - ใช้เงินกันระดับจังหวัด : ให้นำเรื่องเข้าคณะกรรมการจังหวัดเพื่อพิจารณาใช้เงินส่วนนี้สนับสนุนโรงพยาบาลชุมชนในการจัดซื้อยาตามบัญชีที่จำเป็นในสัดส่วน ๒๐-๕๐%
 - งบ Feed จากระดับเขต: หากงบประมาณระดับจังหวัดไม่เพียงพอ CFO เขตสุขภาพ จะทำหน้าที่มอนิเตอร์เพื่อนำเงินกันระดับเขตลงมาช่วย Feed เพื่อให้ระบบการจัดการยาเกิดขึ้นได้จริงและต่อเนื่อง
- ▶ การเชื่อมโยงกับการรักษาในระดับเชี่ยวชาญ การจัดการยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพนี้ ถูกจัดเตรียมไว้เพื่อรองรับเมื่อระบบมีการกระตุ้น (Activate) การรักษาโดย Sepsis Champion หรือแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งจะมีความพร้อมทั้งเรื่องเครื่องมือและยาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (Early) เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะช็อกหรืออวัยวะล้มเหลว
- ▶ เครื่องช่วย Smart ICU เป็นองค์ประกอบสำคัญในส่วนที่ ๓ ของโมเดล "R๘ way Pneumonia/Sepsis" ซึ่งออกแบบมาเพื่อเชื่อมโยงการทำงานระหว่างศูนย์ประสานงาน (Sepsis Center) และการจัดการทรัพยากรระดับเขตอย่างมีประสิทธิภาพ
 - การบริหารจัดการเตียงและลดรอยต่อ: ระบบ Smart ICU ช่วยให้หน่วยงานสามารถจองเตียง ICU ในโรงพยาบาลศูนย์ ได้ผ่านระบบดิจิทัล ซึ่งช่วยลดช่องว่างในกระบวนการประสานงาน และลดความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วย (Refer)
 - การเพิ่มประสิทธิภาพทรัพยากร: ระบบนี้ช่วยให้การบริหารจัดการทรัพยากรในระดับเขตสุขภาพทำได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะได้รับ การจัดสรรเตียงและทรัพยากรที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว
 - การยกระดับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ (Specialist): แพลตฟอร์มนี้ช่วยให้แพทย์เฉพาะทาง ได้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (Early) แทนที่จะรอให้ส่งตัวมาถึงโรงพยาบาลศูนย์ ในสภาพที่อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลวแล้ว ซึ่งจะช่วยเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต
 - ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม: แม้ว่าในช่วงที่ระบบไต่ยังไม่สมบูรณ์ ๑๐๐% แต่การเริ่มใช้กลไก การติดตามและระบบเครื่องช่วยนี้ ส่งผลให้อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ของโรงพยาบาล ในอุดรธานีเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจาก ๔๐-๕๐% เป็น ๘๐-๙๐% เนื่องจากมีการเฝ้าระวัง และ "ดักจับ" ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบได้ดีขึ้น
 - การเชื่อมโยงกับแนวทางรักษา: ระบบ Smart ICU ทำงานควบคู่ไปกับแนวทางการจัดการ ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) และเครื่องมือทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด

๓.๑.๒ แผนการดูแลโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ครบวงจร จังหวัดสกลนคร

โดย นาวาโทชวล ศรียายาง รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลสกลนคร

นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

- ▶ ลักษณะทางธรรมชาติของโรคและความท้าทาย
 - กระบวนการดำเนินโรคที่รวดเร็ว : โรคปอดอักเสบมีความยากในการจัดการที่ต่างจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือโรคหัวใจ (STEMI) เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา
 - ช่วงเวลาวิกฤต: โดยธรรมชาติของโรค เชื่อจะเริ่มจากการสะสมที่คอ ก่อนจะลงสู่ปอดภายใน ๔๘ ชั่วโมง ดังนั้นเจ้าหน้าที่ต้องประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง เช่น เข้าอาจเป็นสีเขียว แต่บ่าอาจเปลี่ยนเป็นสีเหลืองหรือแดงได้
- ▶ กลุ่มเสี่ยงและสถิติการเสียชีวิต
 - กลุ่มเสี่ยงสูง: ประกอบด้วย ๗-๘ กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุ, เด็กเล็ก (๐-๔ ปี), ผู้ป่วย COPD, เบาหวาน, โรคไตเรื้อรัง (CKD), Stroke และผู้ป่วยติดเตียง
 - สถานการณ์ในพื้นที่: ในปี ๒๕๖๘ จังหวัดสกลนครมีผู้เสียชีวิตจากปอดอักเสบถึง ๒๔๒ ราย (๒๑.๑๘ ต่อแสนประชากร) ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงใกล้เคียงกับอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจร โดยมักพบอัตราการตายสูงในพื้นที่ที่ระบบปฐมภูมิยังไม่เข้มแข็ง
- ▶ กลยุทธ์การลดอัตราการตาย (Early Detection & Treatment)
 - การใช้เครื่องมือประเมิน : เน้นการบันทึกอาการแบบ dynamic ผ่าน SOS Score, MU Score หรือ CURB-๖๕
 - ความสำคัญของยาปฏิชีวนะ : ปัจจัยหลักที่จะลดการตายได้คือการได้รับยาปฏิชีวนะโดสแรก ที่เหมาะสมและรวดเร็ว
 - ปัญหาการดื้อยา: ปัจจุบันเชื่อที่เป็นสาเหตุหลักอย่าง Streptococcus pneumoniae เริ่มมีปัญหาดื้อยา Amoxicillin และ Augmentin เกือบทั้งหมดแล้ว
- ▶ มาตรการป้องกันผ่านวัคซีน (Prevention)
 - วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Influenza Vaccine): การลดการติดเชื้อไวรัสจะช่วยลดโอกาสเกิดปอดอักเสบจากแบคทีเรียแทรกซ้อนได้ ปัจจุบันมีการขยายกลุ่มเป้าหมายการฉีดวัคซีนในเด็กช่วงอายุจาก ๐-๒ ปี เป็นช่วงอายุ ๐-๕ ปี และเพิ่มการจัดสรรวัคซีนให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น
 - วัคซีน Pneumococcal (IPD Vaccine): มีความสำคัญในการลดอัตราการตายในเด็ก ๐-๔ ปี แต่อาจยังมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณสำหรับการฉีดในกลุ่มผู้สูงอายุ
- ▶ การพัฒนาระบบติดตาม (Platform & Monitoring)
 - **ประธานในที่ประชุม** เสนอให้ ใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลเข้ามาช่วยบริหารจัดการ โดยมี Admin Monitor อาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุก ๘ ชั่วโมง หากระบบตรวจพบผู้ป่วยติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยง จะมีการแจ้งเตือน เพื่อให้เข้าสู่แผนการรักษาตามระดับความรุนแรงทันที

๓.๑.๓ แผนการดูแลโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ครบวงจร จังหวัดนครพนม

โดย นายแพทย์จรุงธรรม ชันดี รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลนครพนม

นายแพทย์ปรีดา วรหาร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

- ▶ องค์ประกอบของการดูแลแบบครบวงจร การดูแลที่เรียกว่า "ครบวงจร" จะต้องเชื่อมโยงห่วงโซ่คุณภาพในทุกมิติ ประกอบด้วย
 - การป้องกัน (Prevention): เน้นกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับวัคซีนอย่างทั่วถึง
 - การเฝ้าระวัง (Surveillance): การตรวจจับอาการตั้งแต่ในชุมชน
 - การส่งต่อ (Pre-hospital/Referral): การใช้ระบบ ๑๖๖๙ เพื่อให้ "พบเร็ว ส่งเร็ว และปลอดภัย"
 - การรักษา (In-hospital Treatment): การวินิจฉัยและให้ยาที่รวดเร็วและแม่นยำ
 - การดูแลต่อเนื่อง (Post-hospital Care): การติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
- ▶ การจัดการเชิงรุกในชุมชนและการส่งต่อ (Pre-hospital)
 - การสร้างความตระหนักรู้: เน้นให้ผู้ป่วย ญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีองค์ความรู้ในการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อเข้าสู่ระบบบริการได้รวดเร็ว
 - เกณฑ์การคัดแยก (Triage): จังหวัดนครพนมใช้โปรโตคอลเดียวกันทั้งจังหวัด (One Province One Protocol) โดยใช้เครื่องมือ CURB-๖๕ ร่วมกับ Chest Film และผลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงและเริ่มให้ยาปฏิชีวนะอย่างทันเวลา
 - การแบ่งระดับการรักษา: CURB-๖๕ จะช่วยตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก, แบบผู้ป่วยใน หรือต้องเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ซึ่งหากจำเป็นต้องเข้า ICU จะถูกส่งเข้าสู่ระบบ Smart ICU ทันที
- ▶ มาตรฐานการรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital)
 - การบริหารจัดการยาปฏิชีวนะ: เป้าหมายหลักคือการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว โดยต้องมีการประเมินซ้ำในช่วง ๔๘-๗๒ ชั่วโมง เพื่อดูอาการและผลเพาะเชื้อเพื่อปรับเปลี่ยนยาให้ตรงจุด
 - เป้าหมายการรักษา: มุ่งเน้นให้อาการดีขึ้นภายใน ๔๘-๗๒ ชั่วโมง เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) หรือระบบหายใจล้มเหลว เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต
- ▶ การดูแลต่อเนื่องและการป้องกัน (Post-hospital & Prevention)
 - การติดตามผล: เมื่อกลับบ้าน อสม. จะมีบทบาทในการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยทานยาครบตามนัด และติดตามการฉีดวัคซีนป้องกัน
 - ยุทธศาสตร์วัคซีน: ผู้บริหารเน้นย้ำว่าการป้องกันเป็นเรื่องใหญ่ โดยตั้งเป้าหมายการฉีดวัคซีนในกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุม ๗๐-๘๐% เพื่อให้เห็นผลในการลดอัตราป่วยและตายอย่างแท้จริง แทนที่จะเป็นเพียง ๓๐% เหมือนในอดีต

/ระบบ...

- ▶ ระบบคัดกรอง CURB-๖๕ เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ที่จังหวัดนครพนมนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของโปรโตคอล One Province One Protocol เพื่อช่วยในการตัดสินใจรับการรักษาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยมี
 - องค์ประกอบและการประเมิน ดังนี้
 - C (Consciousness) : ระดับความรู้สึกตัว
 - U (BUN) : ค่าของเสียในเลือด (ยูเรีย)
 - R (Respiratory Rate) : อัตราการหายใจ
 - B (Blood Pressure) : ความดันโลหิต
 - ๖๕ (Age) : อายุของผู้ป่วย (๖๕ ปีขึ้นไป)
 - วัตถุประสงค์และการจัดกลุ่มผู้ป่วย (Grading) ระบบนี้ถูกใช้เพื่อแยกแยะความรุนแรงของโรคออกเป็น "สี" ต่าง ๆ เพื่อกำหนดแนวทางการรักษา
 - Outpatient : ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถรับยาและกลับไปรักษาตัวที่บ้านได้หรือไม่ เนื่องจากไม่ใช่ผู้ป่วยปอดอักเสบทุกรายที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล
 - Inpatient : พิจารณาความจำเป็นในการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล
 - Need ICU : หากคะแนนบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงและจำเป็นต้องเข้า ICU ผู้ป่วยจะถูกส่งเข้าสู่ระบบ Smart ICU ทันที
 - เป้าหมายสำคัญในการลดอัตราการตาย : การใช้ CURB-๖๕ ร่วมกับการตรวจ X-ray ปอด และผล Lab มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ดังนี้
 - การเริ่มยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) อย่างทันเวลา ทั้งในรูปแบบยากินและยาฉีด
 - การประเมินซ้ำในช่วง ๔๘-๗๒ ชั่วโมง เพื่อปรับเปลี่ยนยาให้ตรงกับผลเพาะเชื้อ
 - ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) หรือระบบหายใจล้มเหลว
 - ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และเป้าหมายหลักคือ ลดการเสียชีวิต
- ▶ ความท้าทายสำคัญของการดูแลครบวงจรในปัจจุบันคือระบบส่วนใหญ่ยังเป็นแบบระบบ Manual ซึ่งเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร
 - ระบบเดิม: ปัจจุบันโรงพยาบาลนครพนมมีการใช้โปรแกรม NKP SEPSIS เพื่อตรวจจับ (Detect) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
 - ข้อจำกัด: ระบบนี้ยังอาศัยการบันทึกข้อมูลด้วยมือ (Manual Input) โดยพยาบาลต้องลงข้อมูลผ่านแบบฟอร์ม (Nursing Assessment Form) ทำให้ครอบคลุมการทำงานได้เพียง ๖๐% และกลายเป็นภาระงานที่หนักในช่วงที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก
 - ความเสี่ยง: เมื่อพยาบาลไม่มีเวลาศึกษข้อมูลเนื่องจากภาระงานล้น (Rush out) ระบบดิจิทัลจะไม่สามารถทำงานได้ ๑๐๐% ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความแม่นยำในการติดตามคนไข้

- ▶ การยกระดับด้วยดิจิทัล (Digital Integration) :
 - Single Gateway: แพลตฟอร์มในอนาคตจะถูกพัฒนาให้เป็น "R๘ Specialist" ซึ่งจะเป็
 ปรตู่เดียวที่จัดการทั้งระบบ "One Province, One Hospital" แบบไร้รอยต่อ (Seamless)
 - ฟังก์ชันอัจฉริยะ :
 - ลดการคีย์ข้อมูล: ระบบควรดึงข้อมูลมาจากฐานข้อมูลที่มีอยู่แล้วโดยอัตโนมัติ
 เพื่อไม่ให้เป็นการกระทบบุคลากรหน้างาน
 - การคัดกรองอัตโนมัติ: เมื่อระบบตรวจพบกลุ่มเสี่ยง (High Risk) จากเกณฑ์ CURB-๖๕
 หรือ SOS Score ระบบจะทำการ Marking ID นั้นทันทีโดยไม่ต้องคีย์ข้อมูลเพิ่ม
 - ระบบ UI และ Monitoring: ข้อมูลจะถูกนำไปแสดงผลบน User Interface (UI)
 เฉพาะเพื่อให้ Admin หรือทีม Monitor สามารถติดตามอาการและจัดการปัจจัย
 เสี่ยงได้ตามรอบเวลา (เช่น ทุกๆชั่วโมง เป็นต้น)
 - การเชื่อมโยงการป้องกันและวัคซีน (Prevention & Tracking)
 - การติดตามตั้งแต่ชุมชน: แพลตฟอร์มจะครอบคลุมตั้งแต่การเฝ้าระวังในชุมชน
 การตรวจจับระยะเริ่มแรก (Early Tracking) ไปจนถึงการส่งต่อ
 - การบริหารจัดการวัคซีน: ดิจิทัลแพลตฟอร์มจะเข้ามาช่วยให้การฉีดวัคซีนป้องกัน
 (เช่น ไขหวัดใหญ่ หรือ IPD) เป็นไปอย่างตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น โดยมีการจัดเก็บ
 ข้อมูลและจัดทีมลงพื้นที่เหมือนโมเดลของ EPI
 - เป้าหมายการครอบคลุม: ตั้งเป้าใช้ระบบดิจิทัลช่วยให้การเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มเสี่ยงสูง
 ถึง ๗๐-๗๕% (หลังจากหักกลุ่มที่ฉีดเอกชน) เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต
 อย่างเป็นรูปธรรม
- ▶ การป้องกัน (Prevention)
 - การบริหารจัดการวัคซีน: การเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบใน
 กลุ่มเสี่ยงให้ได้ ๗๐-๘๐% ถือเป็นต้นทางสำคัญในการลดโอกาสการเกิดภาวะ Sepsis
 และลดอัตราการตายในภาพรวม

๓.๑.๔ แผนการดูแลโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ครบวงจร จังหวัดเลย

โดย นายแพทย์นพดล พิษณุวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย

นายแพทย์รวมพล เหล่าหว่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย

- ▶ สถานการณ์และสถิติที่สำคัญ
 - จำนวนผู้ป่วย: ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา จังหวัดเลยพบผู้ป่วยสะสมประมาณ ๙,๐๐๐ -
 ๑๒,๐๐๐ รายต่อปี
 - อัตราการเสียชีวิต: จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จะมีการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล
 (Admit) ประมาณ ๓๐% หรือราว ๔,๐๐๐ - ๕,๐๐๐ ราย ซึ่งในกลุ่มที่ Admit นี้มีอัตรา
 การเสียชีวิตสูงถึง ๒๕% (เช่น ในปี ๒๕๖๘ Admit ๔,๐๐๐ ราย เสียชีวิต ๑,๐๐๐ ราย)

/ปัจจัย...

- ปัจจัยฤดูกาลและสิ่งแวดล้อม: โรคจะระบาดตามฤดูกาล โดยเริ่มสูงขึ้นในช่วงเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน และจะสูงสุดในช่วงมกราคมถึงมีนาคม ซึ่งสัมพันธ์กับสถานการณ์ฝุ่น PM ๒.๕ ที่รุนแรง ก่อนจะลดลงในช่วงหน้าฝน
- ▶ กลุ่มเสี่ยงและปัจจัยร่วม
 - กลุ่มอายุ: ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเด็กเล็ก
 - โรคประจำตัว: อัตราการเสียชีวิตมักจะสูงถึง ๖๐% ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย ๔ กลุ่มหลัก ได้แก่ NCDs, โรคทางเดินหายใจ, มะเร็ง และโรคหัวใจ
- ▶ ยุทธศาสตร์ "Pneumonia is Sepsis" จังหวัดเลยใช้แนวคิดเชิงรุกโดยตั้งโจทย์ว่า "เมื่อไหร่ที่มี Pneumonia ให้สงสัยไว้ก่อนว่าคนนี่คือ Sepsis" เพื่อกระตุ้นให้เกิดระบบการเฝ้าระวังที่เข้มข้น
 - Early Alert: มีระบบแจ้งเตือนเพื่อให้ความสำคัญกับการส่งตรวจ Hemoculture และการอ่านฟิล์ม X-ray ผ่านระบบ PACS ทั่วทั้งจังหวัด
 - Fast Track Antibiotics: เป้าหมายหลักคือการทำให้อาการผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเข็มแรกให้เร็วที่สุด
 - การแบ่งระดับการดูแล: มีการคัดกรองตามโปรโตคอลและ Standing Order ที่กำหนดไว้ แบ่งตามความรุนแรง ตั้งแต่การรับไว้ในหอผู้ป่วยทั่วไป, หอผู้ป่วยที่มีเครื่องช่วยหายใจ ไปจนถึงการรับเข้า ICU
 - เป้าหมายการจัดการ: มุ่งเน้นการตรวจจับ (Detection) และจัดการ (Management) ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดความจำเป็นในการใช้ ICU และลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนในอนาคต
- ▶ ระบบการคัดกรอง ๔ ระดับ (Integration Model) มีการบูรณาการการทำงานตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาลศูนย์
 - ระดับชุมชน : อสม. จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและคัดกรองเบื้องต้นโดยแบ่งเป็น ๓ สี (Triage) หากพบอาการไข้ ไอ หายใจเร็ว จะรีบแจ้งเตือน
 - ระดับปฐมภูมิ : รพ.สต. เน้นการคัดกรองและส่งต่อให้ทันเวลา โดยใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรง เช่น SOS Score หรือ CRV ๖๕ (ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับ CURB-๖๕)
 - ระดับโรงพยาบาล : หากเกินความสามารถของโรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช.) จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลจังหวัด
- ▶ มาตรการป้องกัน (Prevention) นอกจากการรักษาแล้ว ยังเน้นการลดความเสี่ยงที่ต้นทาง
 - วัคซีน: รมรงค์ให้กลุ่มเสี่ยง (๖๐๗) ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Influenza) และวัคซีน Pneumococcal ให้ครอบคลุมมากขึ้น
 - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: การควบคุมการสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

- ▶ การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและปัจจัยฤดูกาล การคัดกรองจะเข้มข้นขึ้นในกลุ่มและช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง
 - กลุ่มเสี่ยง ๔ กลุ่มโรคหลัก: ได้แก่ ผู้ป่วย NCDs, โรกระบบทางเดินหายใจ, มะเร็ง และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ๖๐% เมื่อมีการติดเชื้อ
 - ช่วงเวลาเฝ้าระวัง : จะเน้นหนักในช่วงเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน และช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคมซึ่งเป็นช่วงที่มีฝุ่นละออง PM ๒.๕ รุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ

๓.๑.๕ แผนการดูแลโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ครบวงจร จังหวัดหนองคาย

โดย แพทย์หญิงฤดีมิน สกุลคู ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย

นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

- ▶ เกณฑ์การคัดกรองและการเข้าสู่ระบบรักษา
 - การคัดกรองระดับปฐมภูมิ: ในระดับ รพ.สต. จะประเมินผู้ป่วยด้วย SOS Score หากคะแนนน้อยกว่า ๒ ให้ส่งไปตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) แต่หากคะแนนมากกว่า ๒ ให้ส่งเข้าแผนกฉุกเฉิน (ER) ทันที
 - ระบบการส่งต่อ (Referral System): หากผู้ป่วยมีคะแนน SOS Score ตั้งแต่ ๖ ขึ้นไป จะเข้าสู่ระบบ refer ของจังหวัด ซึ่งกำหนดให้สามารถปรึกษาแพทย์ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยใช้แนวทางปฏิบัติ (Guideline) เดียวกันทั้งจังหวัด
- ▶ นวัตกรรมการรักษาและการจัดการในโรงพยาบาล
 - จังหวัดหนองคายมีนวัตกรรมแอปพลิเคชันชื่อ "Micro NKH" สำหรับรายงานผลการเพาะเชื้อ ซึ่งเป็นนวัตกรรมด้านดิจิทัลที่พัฒนาขึ้น เพื่อยกระดับมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยในพื้นที่
 - วัตถุประสงค์หลัก: พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นระบบรายงานผลการเพาะเชื้อแบบดิจิทัล
 - กลไกการทำงาน: เมื่อห้องปฏิบัติการตรวจพบเชื้อ (เชื้อขึ้น) ระบบจะทำการรายงานผลผ่านแอปพลิเคชันในพื้นที่
 - ประโยชน์ทางการแพทย์: ข้อมูลที่รวดเร็วช่วยให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สามารถปรับเปลี่ยนการรักษาจากยาปฏิชีวนะทั่วไปมาเป็นการรักษาแบบตรงเป้าหมายได้อย่างทันท่วงที
 - การบูรณาการ: นวัตกรรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยที่จังหวัดหนองคาย ใช้ร่วมเป็นภาพรวมเดียวกันทั้งจังหวัด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเร็ว
 - ระบบตอบโต้ภาวะวิกฤต (Rapid Response System): เนื่องจากอาการของผู้ป่วยปอดอักเสบเปลี่ยนแปลงได้เร็ว ในหอผู้ป่วยจึงมีผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าประเมินอาการคนไข้กลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด เพื่อตรวจจับความผิดปกติได้ทันที
 - การบริหารทรัพยากร: มีการหารือถึงการจัดตั้งวอร์ดเฉพาะทางสำหรับโรคนี้ (คล้ายกับ Stroke Unit) เพื่อลดการใช้ทรัพยากรใน ICU ที่เกินความจำเป็น โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

- ▶ การดูแลเชิงรุกในชุมชนและการป้องกัน
 - บทบาทของ อสม.: เน้นการสร้างความรู้ให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยมี อสม. ทำหน้าที่คัดกรองและแจ้งเตือน เมื่อมีการเริ่มแรกเพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษาได้เร็วขึ้น
 - การฉีดวัคซีน: ส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกัน โดยเฉพาะวัคซีน IPD สำหรับผู้สูงอายุ แม้ในปัจจุบันอาจยังมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ในบางส่วน
- ▶ ความจำเป็นและช่องว่างในการเข้าถึงวัคซีน
 - วัคซีน IPD ในผู้สูงอายุ: ในจังหวัดหนองคายมองว่าการ Promote วัคซีนเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีช่องว่างสำคัญ (Gap) คือวัคซีนป้องกันเชื้อ Pneumococcal (IPD) สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มียกงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ ทำให้ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ส่งผลให้ผู้ที่ไม่มีการเข้าถึงวัคซีนได้ยาก
 - วัคซีนใช้หวัดใหญ่: ตามแนวทางของเขตสุขภาพที่ ๘ มีการให้ความสำคัญกับการฉีดวัคซีนใช้หวัดใหญ่ควบคู่กันไป โดยเฉพาะการขยายกลุ่มเป้าหมายในเด็กเล็กจากช่วงอายุ ๐-๒ ปี เป็นช่วงอายุ ๐-๕ ปี เพื่อลดความรุนแรงของโรคที่อาจลุกลามเป็นปอดอักเสบ

๓.๑.๖ แผนการดูแลโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ครบวงจร จังหวัดหนองบัวลำภู

โดย แพทย์หญิงนาตยา มิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

แพทย์หญิงยุวพร จิระวงศ์ประภา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

- ▶ สถิติและความรุนแรงของโรค
 - อัตราการเกิดโรค: จากข้อมูลปี ๒๕๖๘ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบประมาณ ๔๐% เป็นผู้มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป
 - อัตราการเสียชีวิตและภาวะวิกฤต: ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบมีอัตราการเข้ารักษาใน ICU สูงถึง ๖๕% และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ๕๐% หรือครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด
- ▶ ความท้าทายในการวินิจฉัย การตรวจพบโรคในผู้สูงอายุทำได้ยากเนื่องจากอาการมักไม่แสดงออกตามตำรา ทำให้แพทย์และบุคลากรตรวจจับโรคได้ล่าช้า
 - อาการนำที่ไม่ชัดเจน: ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการ เหนื่อย ซึม และเพลีย ถ้ามองไม่ชัดเจน ซึ่งต่างจากอาการไอหรือหอบเหนื่อยในคนทั่วไป
 - สัญญาณชีพและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ: บ่อยครั้งที่ตรวจร่างกายแล้วไม่มีไข้ อัตราการเต้นของหัวใจไม่สูง ฟังเสียงปอดไม่ชัดเจน แม้แต่การตรวจเลือด (CBC) หรือการ X-ray ปอดก็อาจไม่แสดงความผิดปกติที่ชัดเจน
 - ความเสี่ยงเฉพาะตัว : ในกลุ่มผู้สูงอายุพบปัญหาเรื่อง การสำลัก (Aspiration) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปอดอักเสบ
- ▶ แนวทางการจัดการและการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา
 - การเพิ่มทักษะบุคลากร: โรงพยาบาลจำเป็นต้องเพิ่มทักษะความเข้าใจเรื่อง Aging Care เพื่อให้สามารถตรวจจับ (Detect) โรคปอดอักเสบในผู้สูงอายุได้ดีขึ้น แม้อาการจะไม่ชัดเจน

- เครื่องมือและเทคโนโลยี:
 - มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือจำนวนมาก เช่น Infusion Pump (เฉลี่ยผู้ป่วย ๑ ราย อาจต้องใช้ถึง ๕ เครื่อง) และเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งปัจจุบันยังประสบปัญหาขาดแคลน
 - การใช้ Ultrasound ในการช่วยวินิจฉัยและทำหัตถการใน ICU เช่น การแทงสาย C-line (Ultrasound-guided) แทนการใช้วิธีผ่าตัดเปิดแบบเดิม ซึ่งช่วยเพิ่มความแม่นยำและปลอดภัย
- ระบบเครือข่ายและการคัดกรอง: ใช้เกณฑ์ SOS Score และแนวทางปฏิบัติ (CPG/Guideline) ที่ชัดเจนในการเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อการส่งต่อที่รวดเร็ว
- ▶ บทบาทของชุมชนและระบบปฐมภูมิ
 - การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว: ในระดับพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนภารกิจ อสม. เป็นกลไกสำคัญ ในการกระตุ้นให้ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น เนื่องจากหากปล่อยไว้ จนถึงมือแพทย์ มักจะเข้าสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ซึ่งมีอัตราการตายสูง
 - เป้าหมายสูงสุด: มุ่งเน้นการลดอัตราการ refer ผู้ป่วยปอดอักเสบที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยการตรวจจับและรักษาให้เร็วตั้งแต่วะยะแรก

๓.๑.๗ แผนการดูแลโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ครบวงจร จังหวัดบึงกาฬ

โดย นายแพทย์สถาพร โมราราช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ

นายแพทย์สุรพงษ์ ลักษุธร รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

- ▶ สถานการณ์และความท้าทายในพื้นที่
 - ภาระโรค: จังหวัดบึงกาฬมีผู้ป่วยปอดอักเสบประมาณ ๒,๕๐๐ รายต่อปี ซึ่งครึ่งหนึ่ง ต้องนอนโรงพยาบาลบึงกาฬ (อัตราการครองเตียงสูง) และอีกครึ่งหนึ่งต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหนองคาย
 - อัตราตาย: ปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของจังหวัดติดต่อกันหลายปี และ อัตราป่วยตายยังไม่ลดลงในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา
 - ปัญหาหลัก: พบปัญหาการเข้าถึงยาปฏิชีวนะล่าช้า และความยากในการตรวจจับโรค (Detection) ในระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงข้อจำกัดด้านบุคลากรและเตียง ICU ที่มีเพียง ๖ เตียง
- ▶ ยุทธศาสตร์การป้องกัน (Prevention)
 - วัคซีน: เน้นการฉีดวัคซีน Influenza (ไขหวัดใหญ่) และ IPD (เชื้อ Pneumococcal (IPD)) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตหากเป็นปอดอักเสบ
 - กลุ่มเป้าหมาย: วิเคราะห์ความเสี่ยงตามกลุ่มอายุ เพื่อกำหนดแนวทางการรับวัคซีน พื้นฐาน (EPI) และวัคซีนแนะนำเพิ่มเติม รวมถึงการตั้งเป้าหมายความครอบคลุมและงบประมาณที่ต้องใช้
 - ปัจจัยเสี่ยง: ต้องเฝ้าระวังปัจจัยร่วม เช่น ภาวะสำลัก (Aspiration) ในผู้สูงอายุ, การขาดการออกกำลังกาย และมลพิษจากฝุ่น PM ๒.๕ ที่สัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

- ▶ การตรวจจับและระบบส่งต่อ
 - กลไกชุมชน: ใช้ อสม. เป็นเครื่องมือในการตรวจจับเบื้องต้น และใช้เกณฑ์คัดกรองที่ชัดเจนเพื่อ "ติดแท็ก" ผู้ป่วยตั้งแต่ในชุมชน
 - การแจ้งเตือน (Alert): บังคับใช้นวัตกรรม Pop Alert ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย โดยทีม Refer จะรายงานสถานะเป็นระยะเมื่อถึงจุดที่กำหนด (เช่น เมื่อถึงจุดสะพาน หรือใกล้โรงพยาบาล) เพื่อให้โรงพยาบาลปลายทางเตรียมพร้อมรับตัวได้ทันที
 - มาตรฐานเดียวกัน: มุ่งเน้นการใช้แนวทางการรักษา (Guideline) และการให้ยาปฏิชีวนะที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต เพื่อลดความสับสนเมื่อต้องส่งต่อระหว่างจังหวัด
- ▶ การรักษาและอุปกรณ์การแพทย์ (Treatment & Equipment)
 - ยาปฏิชีวนะ: เน้นการให้ Proper Antibiotics ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชนตามคำแนะนำของอายุรแพทย์และการให้ยาเข็มแรกอย่างรวดเร็ว
 - อุปกรณ์วิกฤต: ความจำเป็นในการสำรอง High Flow และเครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการนำเทคโนโลยี Ultrasound มาใช้เป็นเครื่องมือนำทางในการทำหัตถการ (เช่น แขนงเส้นเลือดใหญ่ เป็นต้น) เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มความแม่นยำ
 - การจัดการในวอร์ด: มีแนวคิดการจัดตั้ง วอร์ดเฉพาะทาง (Pneumonia Ward) หรือ มุมเฉพาะ เพื่อดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ และใช้ระบบ Rapid Response ติดตามอาการเมื่อค่า SOS Score เปลี่ยนแปลง
- ▶ สถานการณ์และนวัตกรรมการส่งต่อ
 - ข้อจำกัดด้านบุคลากร: จังหวัดบึงกาฬประสบปัญหาขาดแคลนอายุรแพทย์ (ปัจจุบันมี ๒ ท่าน) ทำให้โรงพยาบาลเครือข่าย เช่น โซ่พิสัยและปากคาด จำเป็นต้อง refer ผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลหนองคาย แทนโรงพยาบาลจังหวัดในบางช่วง
 - ระบบ Pop Alert: บังคับให้มีการใช้ระบบแจ้งเตือนที่น่าสนใจ คือเมื่อรถ refer จากอำเภอต่าง ๆ วิ่งมาถึงจุดที่กำหนด (เช่น จุดสะพานรถ หรือใกล้บ้านท่าน รมต.) จะมีการ Alert แจ้งไปยังโรงพยาบาลปลายทางทันที เพื่อให้ทีมแพทย์และพยาบาลเตรียมตัวตั้งรับผู้ป่วยได้ทันที
- ▶ ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ ๘ และการบริหารจัดการทรัพยากร
 - การวิเคราะห์ความจำเป็น: คณะกรรมการระดับเขตได้รับมอบหมายให้วิเคราะห์ความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์แยกตามพื้นที่การรักษา เพื่อให้เหมาะสมกับความรุนแรงของโรค
 - ความสัมพันธ์กับระบบป้องกัน: ผู้บริหารมองว่าหากระบบการป้องกัน (Prevention) และการตรวจจับโรคได้เร็ว (Early Detection) มีประสิทธิภาพเพียงพอ อาจช่วยลดภาระการลงทุนในอุปกรณ์การแพทย์ราคาแพงบางประเภทในอนาคตได้ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้า ICU จะลดลง
 - เป้าหมายการลงทุน: มุ่งเน้นการจัดสรรทรัพยากร และอุปกรณ์ให้สอดคล้องกับภาระโรค (Burden of disease) ของเขตสุขภาพในรอบ ๕ ปี

▶ **มาตรการป้องกันโรค (Prevention) เขตสุขภาพที่ ๘**

๑) การบริหารจัดการวัคซีน (Vaccination)

- การฉีดวัคซีนเชิงพาณิชย์: นอกเหนือจากวัคซีนในโครงการพื้นฐาน (EPI) แล้ว ควรสนับสนุนให้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Influenza) และวัคซีนป้องกันเชื้อเชื้อ Pneumococcal (IPD) เป็นประจำทุกปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และมีโอกาสเสียชีวิตสูงหากติดเชื้อ
- ความคุ้มค่าของการลงทุน: การลงทุนในมาตรการป้องกันด้วยวัคซีนถือว่ามีความคุ้มค่ามากกว่าการรักษา เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยวิกฤตนั้นสูงมาก
- ยุทธศาสตร์ระดับเขต: คณะกรรมการได้รับมอบหมายให้วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงตามกลุ่มอายุ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะ และคำนวณงบประมาณในการฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมตามเป้าหมาย รวมถึงศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดซื้อวัคซีนร่วมกันในระดับเขตเพื่อเพิ่มอำนาจการต่อรอง

๒) การจัดการปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ

- การออกกำลังกาย: ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลัก (Aspiration) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของปอดอักเสบ
- การจัดการสิ่งแวดล้อม: ฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่น PM ๒.๕ ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบที่เพิ่มสูงขึ้น

๓) การตรวจจับและรักษา (Early Detection & Treatment)

- หลักการ "Early": เมื่อตรวจพบอาการเริ่มแรก (Detection) ต้องรีบให้สารน้ำ (IV Fluid) ให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) และเจาะเลือดเพาะเชื้อทันที ก่อนจะรีบส่งต่อมายังโรงพยาบาลที่มี ICU
- การสร้างความตระหนักรู้: จัดกิจกรรมรณรงค์ เช่น การใช้สัญลักษณ์ "Pneumonia Sepsis Alert" เพื่อส่งสัญญาณให้ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้บริหารเห็นความสำคัญของโรคนี้

๔) การสื่อสารและระบบฝ้าระวัง

- การประชาสัมพันธ์: ต้องทำอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงเพื่อให้เกิดการแจ้งเตือนที่รวดเร็ว เนื่องจากโรคในผู้สูงอายุตรวจพบได้ยาก แต่หากเข้าสู่ระบบได้เร็วโอกาสรอดชีวิตจะสูงขึ้นมาก
- กลไกชุมชน: ศึกษาบทบาทของ อสม. ในการเป็นหน่วยคัดกรองเบื้องต้นในชุมชน เพื่อให้สามารถ "ติดแท็ก" หรือระบุตัวตนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ตั้งแต่ต้นทาง

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) นายแพทย์รวมพล เหล่าหว่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย รวบรวมรายชื่อเพื่อจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาจำนวน ๑ ชุด เพื่อพัฒนาเรื่อง Pneumonia และ Sepsis ระดับเขตสุขภาพ โดยมี
 - ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘, สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ และผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ เป็นคณะที่ปรึกษา
 - แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี เป็นประธานคณะกรรมการ
 - นายแพทย์รวมพล เหล่าหว่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย และนายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เป็นรองประธานคณะกรรมการ
 - นายแพทย์จรุงธรรม ชันตี รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลนครพนม เป็นเลขานุการ พร้อมผู้ช่วยเลขานุการ จำนวน ๒ ท่าน
 - คณะกรรมการประกอบด้วย แพทย์หญิงปัทมาพร คำใจ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ (คนที่ ๑) โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป ทุกแห่ง และรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ผชช.ว.คนที่ ๑) ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘
 - ให้คณะกรรมการชุดนี้ ร่วมวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อยืนยันว่าโรคปอดอักเสบเป็นภาระโรค (Burden of disease) หลักของเขตสุขภาพที่ ๘ ในรอบ ๕ ปีจริงหรือไม่ เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงาน และบูรณาการระบบ M&E (Monitoring and Evaluation) ให้เข้มแข็งเพื่อให้การตอบสนองต่อโรครามีประสิทธิภาพ ให้เห็นภาพความสำเร็จของระบบภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๙
 - ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรและอุปกรณ์การแพทย์ (Resources & Equipment) มอบหมายให้คณะกรรมการชุดนี้
 - รวบรวมและวิเคราะห์ความต้องการอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น (เช่น Infusion Pump, Respirator, Ultrasound) เพิ่มเติมจากโปรโตคอลการรักษา
 - วิเคราะห์ความจำเป็นในการจัดตั้ง "วอร์ดเฉพาะทาง" หรือการแบ่งพื้นที่ Corner เฉพาะในโรงพยาบาล
- ๒) คณะทำงานสาขาโรค Pneumonia และ Sepsis ระดับเขต (โดยมีแพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี เป็นประธานคณะกรรมการ) ดำเนินการวิเคราะห์ด้านการป้องกันและการบริหารจัดการวัคซีน (Prevention) ดังนี้ และนำเสนอ ในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
 - วิเคราะห์กลุ่มอายุและกลุ่มเสี่ยงเพื่อกำหนดความต้องการวัคซีนที่นอกเหนือจากโครงการ EPI
 - จัดทำบัญชีรายชื่อวัคซีนที่แนะนำและคำนวณงบประมาณที่ต้องใช้หากต้องการครอบคลุมประชากร ๗๐-๘๐%
 - ศึกษาความเป็นไปได้ในการ "จัดซื้อาร่วม" หรือ "ซื้อวัคซีนร่วม" ในระดับเขตสุขภาพ โดยใช้เงินงบประมาณจากทั้งจังหวัดและเขต
 - จัดลำดับความสำคัญ มาตรการที่ส่งผลกระทบต่อสูงและใช้เงินลงทุนน้อยที่สุด

- ๓) นายแพทย์สุริยันต์ ปัญหาราช รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู และทีมงาน CDO เขตสุขภาพที่ ๘
- ออกแบบแพลตฟอร์ม R๘ Specialist ให้เป็น Single Gateway ที่เชื่อมโยงข้อมูลแบบไร้รอยต่อ (Seamless)
 - พัฒนาระบบการระบุตัวตน กลุ่มเสี่ยงเพื่อให้ระบบดึงข้อมูลอัตโนมัติ ลดภาระการลงข้อมูลของพยาบาล
 - ออกแบบหน้าจอติดตาม (UI) สำหรับแอดมินเพื่อมอนิเตอร์อาการผู้ป่วยทุก ๘ ชั่วโมงตาม Regiment ที่กำหนด
 - กำหนดเกณฑ์การตรวจจับ (Detection Criteria) ในชุมชนโดยใช้ อสม. และเชื่อมโยงกับการแจ้งเตือนผ่านแพลตฟอร์ม
- ๔) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) พิจารณานำเรื่องการบริหารจัดการงบประมาณ ยาปฏิชีวนะเข้าหารือในที่ประชุมระดับจังหวัด โดยอาจใช้โมเดล "เงินกันระดับจังหวัด" สนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน ๒๐-๕๐%
- ๕) ทีม CFO ระดับเขตมอนิเตอร์และคาดการณ์สถานการณ์ (Forecast Scenario) การใช้จ่ายเงินกันของจังหวัดเพื่อรองรับโครงการนี้

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๔ รายงานผลการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะภายในโรงพยาบาล และความคืบหน้าการค้นหา

ผู้บริจาคเชิงรุก (Donors)

โดย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ของโรงพยาบาลจังหวัดทั้ง ๗ แห่ง

▶ ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้ง ๗ แห่ง ดำเนินการดังนี้
 - ส่งข้อมูลผ่านช่องทาง Line: ให้เพิ่มเพื่อน (Add Line) ผู้ตรวจราชการเพื่อส่งชุดสไลด์ที่มีข้อมูลอัปเดตที่สุดเกี่ยวกับเรื่องนี้
 - แสดงความคิดเห็น: ให้พิมพ์ข้อความสั้น ๆ เพื่อแสดงทัศนะหรือความเห็นของแต่ละท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อเรื่องการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะ
- การติดตามผล: ผู้ตรวจราชการจะทำการตรวจสอบข้อมูลและประเมินด้วยตนเองว่ารองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์แต่ละท่านได้ขับเคลื่อนเรื่องนี้ไปอย่างไรบ้าง โดยถือว่าวาระนี้เป็นารรายงานความคืบหน้าผ่านเอกสารที่ส่งตรงถึงผู้ตรวจราชการโดยตรง

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๕ แผนการดำเนินงาน R๘ lifestyle change ๑๐๐๑ อำเภอนำร่อง เขตสุขภาพที่ ๘ ให้สำเร็จภายใน ๑ ปี

โดย รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ผชช.ว) ทั้ง ๗ แห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘

๓.๕.๑ แผนการดำเนินงาน R๘ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดอุดรธานี

โดย แพทย์หญิงสปีติรี บัณฑิตภริมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

- ▶ การดำเนินงานเรื่อง DM Remission ในเขตสุขภาพที่ ๘ โดยมีจังหวัดอุดรธานีและอำเภอบ้านดุง เป็นพื้นที่นำร่อง มีรายละเอียดที่สำคัญทั้งในเชิงสถิติ เกณฑ์การดำเนินงาน และยุทธศาสตร์ การขับเคลื่อนดังนี้
- ▶ ภาพรวมจังหวัดอุดรธานี: มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ (DM Type ๒) ประมาณ ๑๑๔,๐๐๐ คน โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการ DM Remission จำนวน ๗,๖๘๙ คน (คิดเป็น ๖.๗%) ซึ่งมีผู้ที่สามารถเข้าสู่ ภาวะโรคสงบ (Remission) ได้แล้ว ๙๕ คน หรือคิดเป็น ๑๔.๒๔% ของผู้เข้าร่วม ซึ่งถือว่า ผ่านเกณฑ์ KPI
- ▶ กรณีศึกษาอำเภอบ้านดุง: มีผู้ป่วยเบาหวานกว่า ๘,๐๐๐ คน เข้าร่วมโครงการ ๖๒๓ คน โดยมีผู้เข้าสู่ภาวะ Remission ได้ ๙๘ คน (๑๕.๗๓% ของผู้สมัครใจ) ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้ประมาณ ๑๕ ล้านบาท
- ▶ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ เพื่อให้การทำ DM Remission มีประสิทธิภาพ จะมีเกณฑ์ คัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (๘๐๐ คนในพื้นที่บ้านดุง) ดังนี้
 - เป็นผู้ป่วย DM Type ๒ อายุ ๑๘ ปีขึ้นไป และมีความสมัครใจ
 - เป็นเบาหวานมาไม่เกิน ๖ ปี
 - มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า ๒๕
 - ค่าการทำงานของไต (eGFR) ต้องมากกว่า ๔๕
 - ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA๑c) อยู่ในช่วง ๖.๕ - ๗.๙%
- ▶ กระบวนการรักษาด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ขับเคลื่อนโดยใช้หลักการ "Lifestyle Medicine ๕ ฐาน" ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - State of Change : การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยน
 - โภชนาการ : การจัดการด้านอาหาร
 - กิจกรรมทางกาย : การออกกำลังกายและกิจกรรมต่าง ๆ
 - การนอนหลับและสติ : การฝึกสติและการพักผ่อนที่เพียงพอ
 - การใช้ยา : การบริหารจัดการและปรับเปลี่ยนการใช้ยาภายใต้การดูแลของแพทย์
- ▶ ระบบการติดตามและเทคโนโลยี
 - การติดตามอาการ: ในเดือนแรกจะติดตามทุก ๒ สัปดาห์ จากนั้นในเดือนที่ ๒-๓ จะติดตามเดือนละครั้ง
 - เมื่อเข้าสู่ภาวะ Remission แล้วจะติดตามทุก ๓ เดือนจนครบ ๑ ปี
 - Telemedicine: ผู้ป่วยจะได้พบแพทย์ผ่านระบบ Telemedicine เดือนละ ๑ ครั้ง
 - ทีมสนับสนุน: มีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายลงไปสนับสนุนการให้ความรู้และ ฝึกปฏิบัติในระดับ รพ.สต. ทุกแห่ง
- ▶ กลุ่มเป้าหมายและเกณฑ์การคัดเลือก แบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น ๒ กลุ่มหลัก
 - กลุ่มเสี่ยง (๒๐๐ คน) : มุ่งเน้นการลดอัตราป่วยรายใหม่ โดยติดตามค่า BMI, รอบเอว, ความดันโลหิต (BP) และระดับน้ำตาล

/กลุ่มผู้ป่วย...

- กลุ่มผู้ป่วย DM Type ๒ (๘๐๐ คน): มีเกณฑ์คัดเข้าคือ อายุ ๑๘ ปีขึ้นไป, เป็นเบาหวานมาไม่เกิน ๖ ปี, มีค่า BMI > ๒๕, ค่าการทำงานของไต (eGFR) > ๔๕ และค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA๑c) อยู่ระหว่าง ๖.๕ - ๗.๙
- ▶ ระบบการติดตามและทีมสนับสนุน (Nakara Coach)
 - ทีม Coaching: พัฒนาระบบการโค้ชที่เรียกว่า Nakara Coach ซึ่งเป็นการสร้างระบบ Coaching ที่เป็นระบบ (Systematic) เพื่อปรับเปลี่ยนตั้งแต่การรับรู้, ความเชื่อ ไปจนถึงพฤติกรรม
 - เครือข่ายระดับพื้นที่: มีการอบรม "ครู ก." (NCD Coach) ประจำ รพ.สต. ทุกแห่ง เพื่อทำหน้าที่เป็นแกนนำและเสริมพลังกลุ่ม
 - ตารางการติดตาม: ในระยะแรกจะติดตามทุก ๒ สัปดาห์ และค่อยๆ ปรับเป็นเดือนละครั้ง เมื่อเข้าสู่ระยะสงบของโรค (Remission) จะติดตามทุก ๓ เดือนจนครบ ๑ ปี
 - เทคโนโลยีสนับสนุน: ใช้การพบแพทย์ผ่านระบบ Telemedicine เดือนละ ๑ ครั้ง ร่วมกับการบันทึกสุขภาพประจำวัน
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** ได้เน้นย้ำถึงนิยามของ ๑๐๐๑ คือ "๑๐๐% ใน ๑ ปี"
 - ความท้าทายในการจัดการ: โจทย์สำคัญคือการขยายผลจากกลุ่มนำร่องขนาดเล็ก (เช่น ๖๐๐-๘๐๐ ราย) ไปสู่ประชากรผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่ (เช่น ๘,๐๐๐ ราย) ให้ได้ภายใน ๑ ปี เพื่อสร้างผลกระทบ (Impact) ที่ชัดเจน
 - การจัดการเชิงรุก: ไม่ต้องการให้ทำแบบเดิมตาม Timeline ที่กระทรวงสั่งมาเพียงอย่างเดียว แต่ต้องการให้ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ในการจัดการเพื่อให้เกิด Mass Effect ในระดับอำเภอและขยายผลไปทั้งจังหวัด

๓.๕.๒ แผนการดำเนินงาน R๔ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดสกลนคร

โดย แพทย์หญิงกัญญาภัค ศิลารักษ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

- ▶ จังหวัดสกลนคร มีอำเภอพังโคนเป็นอำเภอนำร่อง มีประชากรอายุมากกว่า ๓๕ ปี ที่ผ่านการคัดกรองแล้ว ๙๒.๐๔% โดยพบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๓,๙๙๐ คน
- ▶ ผลการดำเนินงานเบื้องต้น: ในช่วงเดือนตุลาคมถึงมีนาคม (ปี ๒๕๖๙) มีผู้เข้าร่วมโครงการและประสบความสำเร็จเข้าสู่ภาวะ DM Remission แล้วจำนวน ๙๗ ราย (ประกอบด้วยรายใหม่ ๓๒ ราย และรายเก่า ๖๕ ราย)
- ▶ จังหวัดสกลนครใช้โมเดล "โรงเรียนเบาหวานวิทยา" ในการขับเคลื่อน ๕ ขั้นตอนหลัก ดังนี้
 - ๑) การคัดกรองสุขภาพประจำปี : เพื่อค้นหาและคัดเลือกผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
 - ๒) การประเมินและจัดกิจกรรมตามฐาน (๔ ฐาน) : เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมจะผ่านการประเมินและเรียนรู้ในฐานต่าง ๆ ได้แก่ การควบคุมอาหาร, เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine), การให้ความรู้ด้านโรค และ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
 - ๓) การติดตามอาการและระดับน้ำตาล: เน้นการติดตามอย่างใกล้ชิด โดยในช่วงเดือนแรกจะติดตามเดือนละ ๑ ครั้งเพื่อให้เกิดการกระตุ้นเตือนบ่อย ๆ จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและดูแลตนเองได้ (Self-monitoring) ในเดือนที่ ๓ จึงจะเริ่มขยายระยะเวลาติดตามให้ห่างออกไป
 - ๔) การประเมินภาวะสุขภาพซ้ำ: เพื่อวัดผลความเปลี่ยนแปลงหลังเข้าสู่กระบวนการ
 - ๕) การสรุปผลและติดตามรายที่ไม่สำเร็จ: เพื่อรายงานผลการดำเนินงานและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

- ▶ กลยุทธ์การขับเคลื่อนในพื้นที่
 - การมีส่วนร่วมของชุมชน: มีการใช้ อสม. ทำหน้าที่เป็น Buddy ในชุมชนเพื่อช่วยกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
 - การจัดการตนเอง: เน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาของตนเองผ่านการบันทึกข้อมูลและจัดการการรับประทานอาหารด้วยตนเอง โดยมีเอกสารกำกับตนเองเป็นเครื่องมือช่วย
 - ผลการดำเนินงาน: ปัจจุบัน (ข้อมูลปี ๒๕๖๙ ช่วงตุลาคม-มีนาคม) มีผู้ป่วยทั้งรายใหม่และรายเก่าสมัครใจเข้าร่วมและประสบความสำเร็จเข้าสู่ภาวะ DM Remission แล้วจำนวน ๘๗ ราย
- ▶ ระบบการติดตามและการกำกับตนเอง
 - การติดตามระยะแรก: ในช่วงเดือนที่ ๑ จะมีการติดตามผลน้ำตาลเดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อให้เกิดการกระตุ้นและเตือนผู้ป่วยบ่อย ๆ ให้รักษาระดับน้ำตาลให้คงที่
 - Self-monitoring: เมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่เดือนที่ ๓ และมีทักษะในการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลด้วยตนเองจนสามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์แล้ว จึงจะเริ่มปรับระยะเวลาการติดตามให้ห่างออกไป
 - การใช้เอกสารกำกับตนเอง: มีการใช้เอกสารให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลเพื่อกำกับพฤติกรรมตนเอง โดยมี อสม. เป็นคู่หู (Buddy) ช่วยติดตามในระดับชุมชน
- ▶ ประธานในที่ประชุม ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อยกระดับแผนงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น
 - การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย: ควรวิเคราะห์แยกกลุ่มผู้ป่วยให้ชัดเจน เช่น กลุ่มสมัครใจ/ไม่สมัครใจ, กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน, หรือแบ่งตามจำนวนยาที่ได้รับ (เช่น ใช้น้ำ ๑-๒ ชนิด เทียบกับ ๔ ชนิด) เพื่อให้เห็นภาพการจัดการที่ชัดเจน
 - หลักสูตรการโค้ช (Coaching): นำระบบ Nakara Coach มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เพื่อให้การโค้ชมีรูปแบบที่จำเพาะเจาะจง
 - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้: สนับสนุนให้พื้นที่ที่เพิ่งเริ่มดำเนินการเข้าไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่ที่มีประสบการณ์มาก่อน (เช่น อำเภอบ้านดุง) เพื่อนำโมเดลที่สำเร็จมาประยุกต์ใช้

๓.๕.๓ แผนการดำเนินงาน R๘ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดนครพนม

โดย นายแพทย์กิตติเชษฐ ธีรกุลพงศ์เวช รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

- ▶ ปัจจุบันจังหวัดนครพนมอยู่ระหว่างช่วงการประเมินผลการคัดกรองผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อรวบรวมยอดและสถานะสุขภาพเบื้องต้น
- ▶ พื้นที่นำร่องอำเภอโพนสวรรค์ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (DM) ที่ผ่านการคัดกรองรวมทั้งสิ้น ๓,๖๓๗ ราย
- ▶ การเข้าร่วมโครงการ : จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด มีผู้ที่ผ่านการคัดกรองและสมัครใจเข้าสู่โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วประมาณ ๑๐๑ ราย พบว่ามีผู้ที่สามารถเข้าสู่ภาวะโรคสงบ (Remission) ได้สำเร็จจำนวน ๑๐ ราย หรือคิดเป็นร้อยละ ๙.๙
- ▶ การแบ่งกลุ่มหลัก: แนวทางการจัดการข้อมูลจากการคัดกรองคือต้องแยกผู้ป่วยออกเป็น ๒ กลุ่มอย่างชัดเจน ได้แก่ กลุ่มที่สมัครใจ และ กลุ่มที่ไม่สมัครใจ เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมและกำหนดวิธีเข้าถึงที่เหมาะสมได้

- ▶ การจัดทำ Sub-group: ผู้ตรวจราชการเน้นย้ำว่าการคัดกรองต้องนำไปสู่การ "แบ่งกลุ่มย่อย" และต้องมีกลไกที่ชัดเจนเพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการจะเสร็จสิ้นครบ ๑๐๐% ภายใน ๑ ปี
- ▶ กลไกสนับสนุนการคัดกรอง
 - การร่วมมือกับเครือข่ายวิจัย: จังหวัดนครพนมมีการนำกระบวนการวิจัยจากองค์กรภายนอกเข้ามาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการจัดการโรค NCDs และเสริมสร้างขั้นตอนการดำเนินงานให้เข้มแข็งขึ้น
 - เป้าหมายการขยายผล: มีแผนงานที่จะขยายผลจากการคัดกรองในตำบลนำร่องให้ครอบคลุมครบทั้ง ๑๒ อำเภอ ของจังหวัดนครพนมภายในระยะเวลา ๑ ปี
- ▶ เกณฑ์การคัดกรอง DM Remission: การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ DM Remission จะใช้เกณฑ์ทางคลินิกที่เข้มงวด เช่น เป็นเบาหวานไม่เกิน ๖ ปี, ค่า BMI > ๒๕, ค่า eGFR > ๔๕ และค่า HbA๑c ระหว่าง ๖.๕ - ๗.๙%
- ▶ การคัดกรองในชุมชน : นอกเหนือจากเบาหวาน การคัดกรองในระดับชุมชนยังมุ่งเน้นการตรวจจับอาการ "เหนื่อย ซึม เพลีย" ในผู้สูงอายุ โดยใช้ อสม. เป็นเครื่องมือหลัก เพื่อลดความรุนแรงของโรคก่อนส่งต่อมายังโรงพยาบาล
- ▶ ความท้าทายและเป้าหมายการจัดการ
 - สัดส่วนความสำเร็จ: ในกลุ่มที่สมัครใจของนครพนม ๑๐๑ ราย มีผู้ที่เข้าสู่ภาวะโรคสงบ (Remission) ได้สำเร็จ ๑๐ ราย (ร้อยละ ๙.๙) ซึ่งผู้ตรวจราชการมองว่ายังเป็นจำนวนที่อย่างน้อยอยู่ แม้จะเป็นกลุ่มที่สมัครใจแล้วก็ตาม

๓.๕.๔ แผนการดำเนินงาน R๔ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดเลย

โดย แพทย์หญิงระพีพรรณ จันทร์อ้วน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย

- ▶ พื้นที่นำร่อง: จังหวัดเลยเลือกอำเภอภูหลวง เป็นพื้นที่นำร่องในการขับเคลื่อนโครงการ
- ▶ ปัจจัยด้านวิถีชีวิต: ประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักคือการขายสลากกินแบ่งรัฐบาลและการกรีดยาง ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ
- ▶ ภาวะวิกฤต: อำเภอภูหลวงประสบปัญหาอัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรที่พุ่งสูงขึ้นเป็นอันดับต้น ๆ
- ▶ การจำแนกกลุ่มเป้าหมาย มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในพื้นที่อำเภอภูหลวงจำนวน ๒,๓๓๗ ราย ออกเป็นกลุ่มย่อยเพื่อการจัดการที่จำเพาะเจาะจง ดังนี้
 - กลุ่มผู้ป่วยเดิม : เป้าหมายจำนวน ๖๔๒ ราย เพื่อเข้าสู่กระบวนการ DM Remission หรือโครงการเบาหวานหายได้
 - กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่และรายเดิม: จำนวน ๒๖ ราย เข้าสู่ "โรงเรียนเบาหวานวิทยา"
 - กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยเบาหวาน: จำนวน ๓๖๔ และ ๔๘ ราย ตามลำดับ เข้าสู่ "โรงเรียนเตรียมเบาหวานวิทยา"
 - กลุ่มบุคลากรและประชาชนทั่วไป: เน้นกลุ่มที่มีค่า BMI มากกว่า ๒๓ จำนวน ๑๘๑ ราย เข้าสู่หลักสูตร "อำเภอไร้พุงต้นแบบ" ซึ่งขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

- ▶ ผลการดำเนินงานและความสำเร็จ
 - ความคืบหน้า DM Remission: จากเป้าหมาย ๖๔๒ ราย ดำเนินการไปแล้ว ๒๕๔ ราย (รุ่นที่ ๗)
 - อัตราความสำเร็จ: มีผู้ที่สามารถเข้าสู่ภาวะโรคสงบ (Remission) ได้แล้ว ๓๒ ราย หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๒ ของกลุ่มที่เข้าร่วม
 - กลุ่มไร้พุง: ในส่วนของกลุ่มที่มี BMI > ๒๓ จำนวน ๑๘๑ ราย ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้วตามเป้าหมายอำเภอต้นแบบ
- ▶ ความท้าทายและข้อเสนอแนะเชิงบริหาร
 - เป้าหมาย ๑๐๐% ใน ๑ ปี: จังหวัดเลยตั้งเป้าหมายจะนำกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดเข้าสู่ระบบให้ครบ ๑๐๐% ภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๙
 - **ประธานในที่ประชุม** สังเกตว่า ปัจจุบันภูลวงดำเนินการได้ปีละ ๗ รุ่น รุ่นละ ๓๐ คน ซึ่งหากคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๒,๓๓๗ ราย อาจต้องใช้เวลานานถึง ๑๐ ปีกว่าจะครบ พื้นที่จำเป็นต้องหาแนวทางหรือวิธีบริหารจัดการใหม่ที่ไม่ใช่เพียงการทำเป็นกลุ่มเล็กๆ เพื่อให้สามารถครอบคลุมประชากรเบาหวานทั้งหมดได้ภายใน ๑ ปี ตามเจตนารมณ์ของนโยบาย R๘ ๑๐๐๑

๓.๕.๕ แผนการดำเนินงาน R๘ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดหนองคาย

โดย นายแพทย์แหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

- ▶ พื้นที่นำร่อง: จังหวัดหนองคายเลือกให้ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคายเป็นพื้นที่นำร่องในการขับเคลื่อนโครงการ
- ▶ จังหวัดหนองคาย (อำเภอท่าบ่อ): สามารถดำเนินการคัดกรองได้สูงถึง ๙๘.๘% ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยพบผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ๖,๕๔๒ คน
- ▶ ยุทธศาสตร์การแบ่งกลุ่มหลังการคัดกรอง
 - กลุ่มที่คัดออก : ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานเกิน ๕ ปี มีโรคแทรกซ้อน หรือเป็นกลุ่มเปราะบาง (ประมาณ ๔,๐๐๐ คน)
 - กลุ่มเข้าเกณฑ์ : เหลือผู้ป่วยที่พร้อมดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐาน ๒,๕๓๘ คน
 - กลุ่มที่ดำเนินการแล้ว: มีผู้เข้าร่วมและจบกระบวนการแล้ว ๑๓๐ คน (สำเร็จเป็น DM Remission ๓๑ คน) และอยู่ระหว่างดำเนินการอีกประมาณ ๓๐๐ กว่าคน
- ▶ ยุทธศาสตร์การขยายผลให้ครอบคลุม ๑๐๐% (R๘ ๑๐๐๑) : เดิมพื้นที่ตั้งเป้าหมายเฉพาะกลุ่มที่ป่วยไม่เกิน ๕ ปีและไม่มีโรคแทรกซ้อน (ประมาณ ๒,๕๐๐ คน) แต่เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของผู้ตรวจราชการที่ต้องการให้จัดการผู้ป่วย ๑๐๐% (๖,๕๔๒ คน) ภายใน ๑ ปี ทางพื้นที่จึงได้ปรับแผนการดำเนินงานใหม่ดัง
 - การเพิ่มจำนวนโค้ช : ปรับเพิ่มจำนวนโค้ชจากเดิม ๑๕๐ คน เป็นเกือบ ๓๐๐ คน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่เหลืออีกกว่า ๒,๐๐๐ คนได้อย่างทั่วถึง
 - การจัดการรูปแบบผสม (เริ่มพฤษภาคม): แบ่งการเข้าถึงผู้ป่วยเป็น ๒ ช่องทางหลัก
 - Onsite (เป้าหมาย ๑,๒๐๐ ราย): มุ่งเน้นเจ้าหน้าที่ รพ.สต., ผู้ป่วยรายใหม่, อสม. ที่เป็นเบาหวาน และกลุ่มแกนนำ เพื่ออบรมเป็น "ครู ก. และ ครู ข." ในการขับเคลื่อนระดับพื้นที่

- ▶ สถานการณ์และผลการดำเนินงานปัจจุบัน
 - จำนวนผู้ป่วย: ในอำเภอนากลางมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ๗,๐๖๑ ราย
 - ผลการทำ DM Remission:
 - มีผู้สมัครเข้าร่วมคลินิกเบาหวานสงบจำนวน ๖๐ ราย
 - สามารถเข้าสู่ภาวะโรคสงบ (DM Remission) ได้แล้ว ๑๙ ราย (คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๖๖ ของกลุ่มที่สมัครใจ)
 - เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในอำเภอ อัตราความสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ ๗.๐๖

๓.๕.๗ แผนการดำเนินงาน R๔ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดบึงกาฬ

โดย นายแพทย์สุรพงษ์ ลักษุรุ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

- ▶ พื้นที่นำร่อง: จังหวัดบึงกาฬเลือกให้ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบึงกาฬ เป็นพื้นที่นำร่องในการขับเคลื่อนโครงการ
- ▶ องค์ประกอบและทรัพยากรในคลินิก
 - บุคลากร: ปัจจุบันในบางพื้นที่ เช่น อำเภอบึงสามพัน ยังเผชิญความท้าทายเรื่องบุคลากรที่ผ่านหลักสูตรเฉพาะทาง โดยใช้พยาบาลทั่วไปและแพทย์ GP ในการให้บริการ จึงมีนโยบายให้เร่งฝึกอบรม Case Manager และ ครู ก ครู ข โดยใช้โมเดลความสำเร็จ
 - บางระกำโมเดล: ถูกใช้เป็นแหล่งเรียนรู้และดูงานเพื่อนำมาตั้งเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาในบางพื้นที่
 - อุปกรณ์และเทคโนโลยี: คลินิกในยุคใหม่ต้องมีอุปกรณ์มอนิเตอร์ที่ช่วยในการโค้ชชิ่ง เช่น เครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และเครื่อง Body Scan เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปรับพฤติกรรม แม้ในบางพื้นที่ยังติดขัดเรื่องงบประมาณจัดซื้ออุปกรณ์เหล่านี้
 - หลักสูตรการสอน: คลินิกต้องมีการกำหนดหลักสูตรที่ชัดเจน เช่น หลักสูตร ๒๔ สัปดาห์ (๖ เดือน) ของอำเภอบึงสามพัน หรือหลักสูตรระยะสั้น-ยาว (๒ ชั่วโมง ถึง ๑๒ สัปดาห์) ตามความเหมาะสมของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- ▶ ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ (๑๐๐% ใน ๑ ปี) : เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก (เช่น ๒,๐๐๐ - ๘,๐๐๐ ราย) ได้ทันภายในปีเดียว คลินิกต้องเปลี่ยนวิถีจากการอบรมกลุ่มย่อยมาเป็นการบริหารจัดการเชิงระบบ
 - การผสมผสานระบบ : ใช้ทั้งการบริการที่คลินิก (On-site) และระบบออนไลน์ (Online) เพื่อลดข้อจำกัดเรื่องจำนวนรุ่น
 - การกระจายงานสู่ชุมชน: ใช้กลไกการติดตามผ่าน อสม. เช่น อสม. ๑ คน ดูแลผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง ๔ คน เพื่อให้การมอนิเตอร์พฤติกรรมเกิดความต่อเนื่อง
- ▶ แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Guidelines) และการบริหารความเสี่ยงซึ่งประเด็นสำคัญที่ต้องจัดระบบบริการคือ "การลดใช้ยา":
 - การปรับแนวทางการรักษา: ต้องมีการหารือร่วมกับอายุรแพทย์ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในจังหวัด เพื่อกำหนดเกณฑ์การลดยาที่ชัดเจนและปลอดภัย
 - การเฝ้าระวังความเสี่ยง: ต้องมีระบบ Consult และระบบแจ้งเตือน เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ (Hypoglycemia) หรือน้ำตาลสูงเกินไป (Hyperglycemia) ในระหว่างที่คนไข้ปรับลดปริมาณคาร์โบไฮเดรตแต่ยังต้องใช้ยาอยู่

/การติด...

- ▶ การติดตามผลและความยั่งยืน
 - การประเมินผลและวิจัย: มีการเสนอให้เชื่อมโยงการจัดบริการคลินิกเข้ากับงานวิจัย โดยเฉพาะผ่านศูนย์แพทยศาสตรศึกษา เพื่อสรุปผลสัมฤทธิ์และถอดบทเรียนความสำเร็จ
 - ระบบแรงจูงใจ : ในบางพื้นที่มีการเสนอระบบ Health Point หรือการสะสมคะแนนเพื่อแลกสิทธิพิเศษในโรงพยาบาล เพื่อจูงใจให้คนใช้รักษาวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
- ▶ กลไกสนับสนุนและการฝึกอบรม
 - หลักสูตรสำหรับคนจ่ายยา: มีข้อเสนอให้ใช้โมเดล "ครู ก" (เช่นที่อำเภอท่าบ่อท่า) มาฝึกอบรมบุคลากร โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์อายุรกรรมหรือกลุ่มผู้ที่ทำหน้าที่จ่ายยา เพื่อให้มีส่วนร่วมในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการลดใช้ยาอย่างเป็นระบบ
 - การมอนิเตอร์ระดับน้ำตาล: อุปกรณ์สำคัญเช่น เครื่องเจาะวัดระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ยังเป็นข้อจำกัดเนื่องจากงบประมาณ ซึ่งจำเป็นสำหรับการติดตามผลเพื่อปรับลดยาอย่างปลอดภัย
- ▶ ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาหลักสูตร
 - ขาดแคลนหลักสูตรฝึกอบรมที่เป็นทางการ: ปัจจุบันมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยต่าง ๆ ยังไม่ค่อยเปิดหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับ Case Manager เรื่อง NCD Lifestyle โดยตรง ทำให้บุคลากรส่วนใหญ่ต้องอาศัยการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง
 - ความต่อเนื่องของบุคลากร: พยาบาลที่ผ่านหลักสูตรเฉพาะทาง NCD มักถูกปรับเปลี่ยนตำแหน่งไปทำหน้าที่อื่น ทำให้คลินิก NCD ในบางแห่งต้องใช้พยาบาลที่ไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน
 - ข้อจำกัดด้านงบประมาณ: การจัดหาอุปกรณ์มอนิเตอร์ เช่น เครื่องเจาะน้ำตาลให้ผู้ป่วยทุกคนในโครงการ ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและได้รับความร่วมมือจากกองทุนสุขภาพตำบลค่อนข้างน้อย

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ผชช.ว) ทั้ง ๗ จังหวัด วิเคราะห์และสรุปเนื้อหาเพื่อนำเสนอใน ๔ หมวดสำคัญ ดังนี้ และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
 - ๑.๑) ด้านหลักสูตรและอุปกรณ์: ระบุรูปแบบหลักสูตรที่ใช้ได้ (เช่น หลักสูตร ๒ ชั่วโมง, ๓/๕/๑๒ สัปดาห์), สถานที่จัดกิจกรรม และอุปกรณ์สนับสนุนการประเมินผล (เช่น เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว, เครื่อง Body Scan)
 - ๑.๒) ด้านการบริหารจัดการสู่เป้าหมาย ๑๐๐% ใน ๑ ปี: จัดทำแผนบริหารจัดการประชากรผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่ เช่น การใช้ระบบ Hybrid (On-site และ Online) และการจัดทีมดูแล (เช่น อสม. ๑ คน ต่อผู้ป่วย ๔ คน) เพื่อขยายผลให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย
 - ๑.๓) ด้านแนวทางการรักษาและการบริหารความเสี่ยง (Clinical Guidelines & Risk Management): ประสานความร่วมมือระหว่างอายุรแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อกำหนดเกณฑ์การปรับลดใช้ยาที่ปลอดภัย และวางระบบแจ้งเตือน หรือระบบปรึกษา เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ (Hypoglycemia)

- ๑.๔) ด้านการติดตามประเมินผลและความยั่งยืน : ออกแบบระบบติดตามผลที่นำไปสู่การวิจัย (Research) หรือระบบการสร้างแรงจูงใจ เช่น ระบบสะสมคะแนนสุขภาพ หรือรางวัล

มิติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๖ แนวทางการพัฒนาระบบบริการโรคมะเร็ง (Cancer) (การ Mapping, การวางระบบเครื่องฉายแสง (Linac) และทิศทางการลงทุนของเขตสุขภาพที่ ๘)

โดย นายแพทย์สมศักดิ์ ประภักฎาณวัตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร (ประธาน Service Plan สาขามะเร็ง)

- ▶ ยุทธศาสตร์การขยาย Node Expansion
 - เป้าหมายและการขยายตัว: เขตสุขภาพที่ ๘ มีแผนการขยาย Node สำหรับการให้บริการเคมีบำบัด เพื่อให้สามารถกระจายการรักษาได้อย่างครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น
 - กรอบระยะเวลา: แผนการขยาย Node เคมีบำบัดมีกำหนดดำเนินการในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๓
- ▶ การพัฒนาบุคลากรเฉพาะทาง
 - พยาบาลเฉพาะทาง: มีเป้าหมายให้โรงพยาบาลระดับ M๑ หรือโรงพยาบาลที่เป็น Node แม่ข่ายด้านมะเร็งทุกแห่งต้องมี Oncology Nurse โดยมีการสนับสนุนทุนฝึกอบรมจากทางเขตเพื่อให้มีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอต่อการขยายบริการ
 - การบริหารจัดการแพทย์เฉพาะทาง: ปัจจุบันแพทย์เฉพาะทางมะเร็ง (Oncologists) ยังเป็นสาขาขาดแคลน จึงมีการเสนอให้ค่าตอบแทนพิเศษ (ค่าขาดแคลน) จำนวน ๕,๐๐๐ บาท เพื่อจูงใจและป้องกันการสมองไหลของแพทย์ไปยังเขตอื่น โดยในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ คาดว่า จะมีแพทย์จบใหม่กลับมาปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น
 - บุคลากรด้านรังสีรักษา: การเตรียมความพร้อมสำหรับเครื่องฉายแสง (Linac) ที่จะกระจายไปยังจังหวัดต่าง ๆ เช่น หนองคาย และเลย ในช่วงปี ๒๕๗๒-๒๕๗๓ จำเป็นต้องมีการส่งบุคลากรไปเทรนล่วงหน้า โดยเฉพาะนักรังสีการแพทย์ เพราะหากไม่มีบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม จะไม่สามารถเปิดให้บริการเครื่องฉายแสงได้
- ▶ การนำเทคโนโลยีหุ่นยนต์มาใช้
 - ความปลอดภัยของบุคลากร: เพื่อลดความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีของเจ้าหน้าที่เขตได้เริ่มนำหุ่นยนต์ผสมยาเคมีบำบัดมาใช้งาน โดยปัจจุบันโรงพยาบาลสกลนคร ได้รับหุ่นยนต์มาแล้ว ๑ ตัว
 - เกณฑ์ความคุ้มค่า: การขยายจำนวนหุ่นยนต์ผสมยาในอนาคตจะพิจารณาจากปริมาณการใช้ยา โดยระบุว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่คุ้มค่าคือการผลิตยาให้ได้ ๓๐,๐๐๐ โดส หากปริมาณยังไม่ถึงอาจใช้วิธีรวบรวมเคสจากพื้นที่ใกล้เคียงมาบริหารจัดการร่วมกันที่โรงพยาบาลศูนย์ เช่น อุดรธานี หรือสกลนคร เป็นต้น
- ▶ การเตรียมบุคลากรสำหรับเทคโนโลยีการรักษาขั้นสูง
 - การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ (Robot Surgery): มีแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับเทคโนโลยี Precise Surgery ในโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลอุดรธานี โดยต้องมีการวางแผนทั้งในส่วน of สถานที่ ห้องผ่าตัด และการฝึกอบรมทีมแพทย์และสหวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญ

- การผสมยาเคมีบำบัด: เพื่อลดความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีของบุคลากร จึงมีการนำหุ่นยนต์มาช่วยในการผสมยา ซึ่งบุคลากรต้องได้รับการฝึกฝนให้ทำงานร่วมกับเทคโนโลยีนี้ได้อย่างปลอดภัยและคุ้มทุน
- ▶ การวางแผนติดตั้งเครื่องฉายแสงในเขตสุขภาพที่ ๘ มีเป้าหมายสำคัญเพื่อกระจายการเข้าถึงการรักษาให้ครอบคลุมและลดการรอคอยของผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดแผนงานและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องดังนี้
 - แผนการติดตั้งและลำดับเวลา เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลที่ต้องการกระจายเครื่องฉายแสงให้มากขึ้น เขตสุขภาพที่ ๘ ได้วางแผนการติดตั้งเครื่องฉายแสงในจังหวัดต่างๆ ไว้ดังนี้
 - ปี ๒๕๗๐: เนื่องจากยังไม่ได้รับงบประมาณในปีนี้ ในพื้นที่อุดรธานีจะให้ใช้บริการเครื่องฉายแสงของ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ไปก่อน
 - ปี ๒๕๗๑: มีแผนติดตั้ง ๑ เครื่องที่ โรงพยาบาลสกลนคร เพื่อทดแทนเครื่องเดิมที่มีอายุการใช้งานนานถึง ๑๐ ปี
 - ปี ๒๕๗๒: วางแผนติดตั้งเครื่องใหม่ที่ จังหวัดหนองคาย
 - ปี ๒๕๗๓: วางแผนติดตั้งเครื่องใหม่ที่ จังหวัดเลย (และมีการพิจารณาจังหวัดนครพนมควบคู่ไปด้วย)
- ▶ เทคโนโลยีและงบประมาณ ที่ประชุมมีแนวคิดที่จะใช้เครื่องฉายแสงรุ่นใหม่ที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าเดิม
 - เครื่องฉายแสง ๔ มิติ: มีแผนจะติดตั้งที่จังหวัดหนองคายและเลย ซึ่งรุ่นนี้สามารถฉายแสงโดยใช้เวลาลดลงอย่างมาก
 - งบประมาณ: เครื่องฉายแสงรุ่นปกติมีราคาประมาณ ๑๕๐ ล้านบาท ส่วนเครื่องรุ่น ๔ มิติจะมีราคาสูงขึ้นเล็กน้อยคือประมาณ ๒๐๐ ล้านบาท
- ▶ การเตรียมความพร้อมและปัจจัยสนับสนุน การติดตั้งเครื่องฉายแสงไม่ได้มีเพียงแค่ตัวเครื่อง แต่ต้องมีการเตรียมความพร้อมในหลายด้าน
 - สถานที่: ต้องมีการจัดเตรียมสถานที่โดยเฉพาะการสร้าง "หลุม" หรือห้องกำบังรังสีสำหรับการฉายแสง
 - บุคลากร: เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เนื่องจากต้องใช้ นักรังสีการแพทย์ และแพทย์เฉพาะทางที่ผ่านการฝึกอบรม มาโดยตรง หากไม่มีบุคลากรเหล่านี้เครื่องก็จะไม่สามารถใช้งานได้
 - ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร: ปัจจุบันยังพบปัญหาการขาดแคลนแพทย์มะเร็ง (Oncologist) และพยาบาลเฉพาะทาง จึงมีการเสนอให้ค่าขาดแคลนสำหรับแพทย์สาขานี้จำนวน ๕,๐๐๐ บาท เพื่อดึงดูดบุคลากรให้อยู่ในระบบ
- ▶ โครงการ Cancer Alert R๘
 - วัตถุประสงค์และการพัฒนา: เขตสุขภาพที่ ๘ กำลังพัฒนาระบบที่เรียกว่า "Cancer Alert R๘" เพื่อใช้เป็นระบบดิจิทัลหลักในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
 - นโยบายการพึ่งพาตนเอง: มีนโยบายชัดเจนว่าต้องการให้กลุ่มงานดิจิทัลของเขตพัฒนาโปรแกรมนี้ขึ้นมาให้สำเร็จ โดยเน้นการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้นเองและไม่ต้องการซื้อระบบจากภายนอก เพื่อให้ตอบโจทย์การใช้งานในพื้นที่ได้ดีที่สุด

- กรอบเวลาการดำเนินงาน: ผู้บริหารได้เน้นย้ำให้เร่งรัดการพัฒนาให้เสร็จสิ้นภายใน ๖ เดือน
- ▶ การแก้ปัญหาด้านข้อมูล
 - สถานะปัจจุบัน: ในปัจจุบันการจัดการข้อมูลด้านมะเร็งของเขต ๘ ยังถือว่าไม่เข้มแข็ง
 - เป้าหมายการใช้ข้อมูล: เมื่อระบบดิจิทัลนี้สำเร็จ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาใช้เป็นฐานสำคัญในการวิเคราะห์และพัฒนาการจัดบริการรักษาในอนาคตต่อไป
- ▶ ระบบดิจิทัลกับการสนับสนุนการรักษา
 - การเชื่อมโยงการคัดกรองและการส่งต่อ: ระบบดิจิทัลจะเข้ามาช่วยจัดการข้อมูลจากการคัดกรองที่มีจำนวนมาก เช่น ผลการส่องกล้อง Colonoscopy เพื่อไม่ให้เกิดเคสค้าง และช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา (เช่น เคมีบำบัด หรือการฉายแสง) มีความรวดเร็วและเป็นระบบมากขึ้น
 - การจัดการทรัพยากร: ระบบดิจิทัลจะทำงานควบคู่ไปกับแผนการลงทุนด้านอุปกรณ์เทคโนโลยีสูง เช่น หุ่นยนต์ผสมยาเคมีบำบัดและเครื่องฉายแสง ๔ มิติ เพื่อให้การบริหารจัดการทรัพยากรเหล่านี้เกิดความคุ้มค่าสูงสุดตามปริมาณเคสที่มีจริงในพื้นที่

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) กลุ่มงานดิจิทัลของเขตสุขภาพที่ ๘ พัฒนาโปรแกรม Cancer Alert R๘ ให้สำเร็จโดยใช้ศักยภาพของบุคลากรภายในเขต (ไม่ใช่ระบบจากภายนอก) เพื่อเป็นระบบสนับสนุนการจัดการข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๖ เดือน (เดือนกันยายน ๒๕๖๙)
- ๒) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในจังหวัดที่เป็น Node ติดตั้ง (สกลนคร, หนองคาย, เลย) วางแผนและเตรียมความพร้อมใน ๒ ด้านหลัก คือ ๑. ด้านสถานที่ (การเตรียมหลุมสำหรับฉายแสง) และ ๒. ด้านบุคลากร (การส่งนักรังสีการแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องไปฝึกอบรม) เพื่อให้พร้อมรองรับการเปิดให้บริการตามแผนการจัดซื้อ ตามกำหนดการแผนลงทุน ปี ๒๕๗๑ (จังหวัดสกลนคร), ปี ๒๕๗๒ (จังหวัดหนองคาย) และปี ๒๕๗๓ (จังหวัดเลย)
- ๓) แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี และทีมบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี ศึกษาและจัดทำแผนรองรับการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดเพื่อก้าวไปสู่ Precise Surgery โดยครอบคลุมเรื่องการจัดเตรียมห้องผ่าตัด พื้นที่ติดตั้งและแผนการขอสนับสนุนงบประมาณ

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

๔.๑ รายงานปรับวงเงินและอนุมัติเงินโอนงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) งบประมาณ ๒๕๖๙

| การโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) | | |
|---|---|---|
| สปสช. โอนเงินแล้ว : 11 มีนาคม 2569 ปีงบประมาณ 2569 กรอบวงเงินใหม่ (หลังปรับปรุง) | | |
| ระดับเขต กรอบเดิม 76,725,615.25 บาท กรอบใหม่ 76,725,615.25 บาท ไม่เปลี่ยนแปลง | ระดับจังหวัด กรอบเดิม 102,300,820.33 บาท กรอบใหม่ 102,254,225.29 บาท -46,595.04 บาท | หน่วยบริการ สป.สช. กรอบเดิม 332,477,666.08 บาท กรอบใหม่ 332,477,666.08 บาท ไม่เปลี่ยนแปลง |
| รวมทุกระดับ (เดิม) 511,504,101.66 บาท | | รวมทุกระดับ (ใหม่) 511,457,506.62 บาท -46,595.04 บาท |
| จังหวัดที่กรอบวงเงินลดลง : จังหวัดเลย รพ.ผาขาว (11039) วงเงินระดับจังหวัด เดิม 1,840,700.00 บาท ใหม่ 1,794,104.96 บาท ▼ ผลต่าง 46,595.04 บาท | | สาเหตุการปรับกรอบวงเงินใหม่ 1. มีหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป เพิ่มเดิม 2 แห่ง ระหว่างการจัดสรรงบประมาณ 2. หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ทั้ง 2 แห่ง มีสิทธิ์รับงบค่าเสื่อม (วงเงินผู้ป่วยใน) 3. จำนวนการจัดสรรใหม่โดยไม่กระทบวงเงินภาพรวม 4. เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่าย ปีงบประมาณ 2569 ขอมติที่ประชุม: รับทราบและเห็นชอบการจัดสรรงบวงเงินลดลงและกรอบใหม่ |

มติที่ประชุม : รับทราบเรื่องตามเอกสารที่นำเสนอ และเห็นชอบ

๔.๒ รายงานความก้าวหน้าการเบิกจ่ายงบลงทุน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๙ (นำเสนอเป็นเอกสาร)

มติที่ประชุม : รับทราบเรื่องตามเอกสารที่นำเสนอ และเห็นชอบ

๔.๓ โครงการพัฒนารูปแบบเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิเสมือนจริง (R๘ Virtual PCU) สำหรับสมาชิกสมาคมข้าราชการบำเน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๘

- ▶ R๘ Virtual PCU สำหรับข้าราชการบำเน็จบำนาญ เพื่อเป็นช่องทางเฉพาะในการดูแลบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขเอง โดยเปรียบเทียบกับโมเดลของหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงกลาโหม (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) ทหารเรือ ทหารอากาศ และตำรวจ ที่มีระบบ Green Channel เพื่อดูแลบุคลากรในสังกัดเมื่อเกษียณอายุ
- ▶ รูปแบบการจัดบริการ

ประธานในที่ประชุม ได้ฝากให้ โรงพยาบาลจังหวัดล่องคิดโมเดลการนำร่อง ซึ่งมีแนวคิดเบื้องต้นดังนี้

 - ระบบทะเบียนและเจ้าหน้าที่เฉพาะ: มีการจัดทำทะเบียนผู้เกษียณ และมี Special Nurse ทำหน้าที่รับเรื่องและจัดคิวให้โดยเฉพาะเมื่อมีการติดต่อเข้ามา
 - การจัดการช่องทางบริการ: อาจมีการจัดคิวที่เหมาะสม หรือจัดห้องแยกเฉพาะ เพื่อให้การบริการมีความสะดวกรวดเร็ว
 - ระบบดิจิทัล (Digital Platform): ใช้แพลตฟอร์มในการจองคิว หรือเปิดโอกาสให้ผู้เกษียณสามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ด้วยตนเองก่อนที่จะพบแพทย์ เพื่อความรวดเร็ว

/ที่มดูแล...

- ทีมดูแลลูกค้าสัมพันธ์ : ศึกษาแบบอย่างจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ที่มีทีมเฉพาะมาดูแล และแยกส่วนบริการเพื่อให้เกิดความรวดเร็ว
- ▶ วัตถุประสงค์และเป้าหมาย
 - เพื่อการดูแลบุคลากร: ไม่ใช่การเอาเปรียบประชาชน แต่เป็นการให้สวัสดิการและดูแลคนทำงานสาธารณสุขทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต
 - สร้างพื้นที่ส่วนรวม: มีแนวคิดที่อยากเห็นระบบที่ทำให้ผู้เกษียณในเขตสุขภาพที่ ๘ ได้มาพบปะหรือใช้บริการร่วมกันในโรงพยาบาลหลัก เช่น โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นต้น

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๘ ร่วมออกแบบระบบตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๙

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๔.๔ เรื่องแจ้งจากศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘ อุดรธานี (หน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานให้การศึกษาด้านสุขภาพจิต) (นำเสนอเป็นเอกสาร)

มติที่ประชุม : รับทราบเรื่องตามเอกสารที่นำเสนอ และเห็นชอบ

๔.๕ เรื่องแจ้งจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี (การขับเคลื่อนการตรวจพยาธิใบไม้ตับด้วยหน่วยนวัตกรรม) (นำเสนอเป็นเอกสาร)

มติที่ประชุม : รับทราบเรื่องตามเอกสารที่นำเสนอ และเห็นชอบ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ พิจารณาขยายกรอบบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลอุดรธานีและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

โดย ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี)

- ▶ การขยายกรอบรายการยา โรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลบ้านดุง กำลังเผชิญกับข้อจำกัดของกรอบรายการยาเดิมที่ไม่เพียงพอต่อการรักษา
- ▶ โดยมีเหตุผลและความจำเป็นหลักคือ:
 - ความก้าวหน้าทางการแพทย์: มีการเพิ่มขึ้นของแพทย์เฉพาะทางต่อยอด ทำให้ความต้องการใช้ยาเฉพาะทางเพิ่มสูงขึ้น จนรายการยาเดิมที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ
 - การเติบโตของงบประมาณ: งบประมาณในปี พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๖๙ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพของโรงพยาบาล
 - อำนาจการต่อรองราคา: การมีกรอบยาที่จำกัดทำให้โรงพยาบาลต้องจัดซื้อแบบยาเฉพาะรายบ่อยครั้ง ซึ่งส่งผลให้สูญเสียอำนาจการต่อรองราคา และทำให้ภาครัฐเสียประโยชน์จากการจัดซื้อจำนวนมาก

/แผนการ...

- แผนการขยาย: โรงพยาบาลอุดรธานีเสนอขอขยายกรอบรายการยาเพิ่มเป็น ๑,๓๐๐ รายการ โดยยังคงกำกับดูแลสัดส่วนยาในบัญชี (ED) และนอกบัญชี (NED) ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
- ▶ ข้อจำกัดและอุปสรรคเชิงระเบียบ
 - ที่ประชุมพบว่าเกณฑ์การกำหนดกรอบรายการยาในปัจจุบันยังอ้างอิงตามหนังสือสั่งการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งมีความล้าสมัยและไม่สอดคล้องกับการรักษาในปัจจุบัน ที่ต้องการความหลากหลายของตัวยามากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องอำนาจทางกฎหมายว่าหน่วยงานใดหรือผู้ใดเป็นผู้มีอำนาจในการประกาศเพิ่มหรือแก้ไขกรอบรายการยา ให้เกินกว่าที่ระเบียบเดิมกำหนดไว้
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** ได้วางแนวทางการบริหารเวชภัณฑ์ยุคใหม่ไว้ดังนี้
 - ระบบดิจิทัล : มุ่งเน้นการบริหารจัดการยาในรูปแบบดิจิทัล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนยาระหว่างหน่วยงานได้คล่องตัวขึ้น โดยมองว่ายาเฉพาะทางสูงในอนาคตอาจกระจายไปถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนได้หากมีการจัดการระบบรับ-ส่งที่มีประสิทธิภาพ
 - การสร้างมาตรฐานระดับเขต: มอบหมายให้ส่วนกลางของเขตจัดทำแนวทางที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้โรงพยาบาลทุกระดับใช้เป็นเกณฑ์ในการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ได้อย่างชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) นิติกรสำนักงานเขตไปศึกษาระเบียบและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อสรุปเรื่องอำนาจการอนุมัติขยายกรอบยาให้ถูกต้องตามระเบียบราชการ
- ๒) สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ และนายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ร่วมกันสรุปแนวทางปฏิบัติ และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป เพื่อขอความเห็นชอบเป็นหลักการร่วมกันภายในเขตสุขภาพ

มติที่ประชุม : รับทราบในหลักการ มอบนิติกรสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ศึกษาระเบียบและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อสรุปเรื่องอำนาจการอนุมัติขยายกรอบยาให้ถูกต้องตามระเบียบราชการให้เป็นแนวทางในทุกระดับ ภายในเขตสุขภาพที่ ๘

๕.๒ พิจารณา Layout และรายการความต้องการสิ่งก่อสร้าง เพื่อประกอบแผนงบลงทุน ๒๕๗๐

โดย นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

- ▶ ภาพรวมการปรับแผน
 - ขอบเขตรายการ: มีการปรับปรุงรายการสิ่งก่อสร้างรวมทั้งสิ้น ๑๙ รายการ ใน ๗ จังหวัด
 - วงเงินงบประมาณ: วงเงินรวมทั้งหมดประมาณ ๓,๐๐๐ กว่าล้านบาท โดยเป็นงบผูกพันปีที่ ๑ (ปี ๒๕๗๐) จำนวน ๔๘๑ ล้านบาท ซึ่งผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ พิจารณาแล้วว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากไม่เกิน ๕๐๐ ล้านบาท
 - เกณฑ์การพิจารณา: ปรับตามคำขอเดิมควบคู่กับความจำเป็นเร่งด่วนตามข้อมูลจริงของแต่ละจังหวัด เพื่อให้รายการงบประมาณสอดคล้องกับความต้องการใช้งานจริง

- ▶ ประเด็นสำคัญรายจังหวัด
 - จังหวัดอุดรธานี: มี ๕ รายการที่สำคัญ เช่น อาคารผู้ป่วยในและบำบัดรักษา ๑๐ ชั้น โรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อรองรับบริการฟรีเมียม (ICEM) และสร้างรายได้เข้าเขต รวมถึงอาคารในโรงพยาบาลเพ็ญ โรงพยาบาลกุมภวาปี และโรงพยาบาลบ้านผือ
 - จังหวัดสกลนคร: มี ๔ รายการ โดยมีส่วนสำคัญคือ อาคารผู้ป่วยใน ๓๐ เตียง โรงพยาบาลนิคมน้ำอูน ซึ่งถูกจัดเป็นอันดับ ๑ ของเขตสุขภาพ เพื่อยกระดับศักยภาพให้มีเวิร์ดเป็นของตนเอง
 - จังหวัดนครพนม: มุ่งเน้นพัฒนา โรงพยาบาลศรีสงคราม โดยเตรียมเรือโครงสร้างเก่าเพื่อสร้างอาคารทรงสูง (๗-๑๐ ชั้น) รองรับแผนการจัดตั้งแผนกศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ในอนาคต
 - จังหวัดเลย: ปรับเป็นรายการใหม่ ๓ รายการ ได้แก่ อาคารสนับสนุนและอาคารที่พักของโรงพยาบาลเลย และอาคารที่พักของโรงพยาบาลวังสภุง
 - จังหวัดหนองคาย: รายการหลักคืออาคารผู้ป่วยใน ๑๐ ชั้น โรงพยาบาลหนองคาย และอยู่ระหว่างพิจารณาความพร้อมด้านผังเมือง (Layout) ของโรงพยาบาลท่าบ่อและโพนพิสัย
 - จังหวัดหนองบัวลำภู: สนับสนุนโรงพยาบาลนากลาง ในฐานะโรงพยาบาล Node โดยขอรับสนับสนุนอาคารบริการ ๕ ชั้น (IPD/OR/ICU)
 - จังหวัดบึงกาฬ: มีรายการอาคารที่พักโรงพยาบาลบึงกาฬ, หอผู้ป่วยใน ๕ ชั้นโรงพยาบาลเซกา และอาคารผู้ป่วยนอก ๓ ชั้นโรงพยาบาลโซ่พิสัย
- ▶ กลยุทธ์การบริหารจัดการและข้อสั่งการ
 - การจัดทำผังแม่บท (Master Plan/Layout): เน้นย้ำให้เขตทำงานร่วมกับกองแบบแผน เพื่อวางผังอาคารให้เหมาะสมกับระบบโลจิสติกส์ของคนไข้ ไม่ให้กระจัดกระจาย และต้องมีการรื้อถอนอาคารเก่าที่ล้าสมัยออกเพื่อให้ได้อาคารทรงสูงที่ใช้สอยพื้นที่ได้คุ้มค่า
 - การใช้แบบมาตรฐาน (Pattern): มีแนวคิดใช้แบบอาคาร ๗-๑๐ ชั้นที่เป็นมาตรฐานเขต แบ่งเป็นแบบ Surgery Base (มีห้องผ่าตัด/ICU) และ Medicine Base (มี ICU/Stroke Unit) เพื่อให้ง่ายต่อการจัดทำคำขอและนิยามสเปค
 - การจัดลำดับความสำคัญ: รายการขนาดเล็กหรือการปรับปรุงผิวถนน ให้พิจารณาใช้เงินบำรุงหรือขอสนับสนุนจากงบส่วนอื่น เพื่อไม่ให้ไปเบียดบังโควตาของงบหลักของเขตที่ควรใช้กับอาคารบริการขนาดใหญ่
 - กรอบระยะเวลา: มอบหมายให้สำนักงานเขตรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบวงเงินให้แล้วเสร็จ เพื่อจัดทำคำขอยกเลิกรายการเก่าและส่งคำขอใหม่ภายใน ๑ สัปดาห์ ก่อนที่จะมีการตั้งคณะรัฐมนตรีชุดใหม่

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) นายธนเศรษฐ์ ร่วมชาติ สถาปนิกชำนาญการ (ด้านวางผังและออกแบบ) หัวหน้ากลุ่มออกแบบและกำกับการก่อสร้าง เขตที่ ๘ และผู้บริหารโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
 - จัดทำ Layout เพิ่มเติม ในโรงพยาบาลที่ยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านผือ, โรงพยาบาลศรีสงคราม, โรงพยาบาลโพนพิสัย และโรงพยาบาลโซ่พิสัย
 - ทบทวนและปรับปรุงผังเดิม เพื่อให้สอดคล้องกับระบบโลจิสติกส์การรับ-ส่งคนไข้ ไม่ให้กระจัดกระจาย (เช่น โรงพยาบาลเซกา เป็นต้น) และพิจารณาการรื้อถอนอาคารเก่าเพื่อสร้างอาคารทรงสูงให้คุ้มค่าพื้นที่
 - ตรวจสอบความพร้อม ของสถานที่ตั้งอาคาร เช่น พื้นที่โรงพยาบาลเลย และการวางลำดับการก่อสร้างให้เหมาะสม

/๒) นายธน...

- ๒) นายธนเศรษฐ์ ร่วมชาติ สถาปนิกชำนาญการ (ด้านวางผังและออกแบบ) หัวหน้ากลุ่มออกแบบและกำกับก่อสร้าง เขตที่ ๘
- ออกแบบและกำหนดสเปคอาคารทรงสูง (๗-๑๐ ชั้น) ให้เป็น "รูปแบบมาตรฐาน (Pattern)" ของเขต เพื่อความง่ายในการจัดทำคำขอและนิยามงบประมาณ โดยแบ่งเป็น ๒ รูปแบบหลัก : (เพื่อใช้ประกอบการระบุรายละเอียดในขั้นตอนภายหลังจากการอนุมัติวงเงิน)
 - Surgery Base: อาคารที่มีห้องผ่าตัดและ ICU
 - Medicine Base: อาคารที่มี ICU และ Stroke Unit
- ๓) กลุ่มงาน CSEO เขตสุขภาพที่ ๘ และกองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ดำเนินการภายใน ๑ สัปดาห์ก่อนการจัดตั้งคณะรัฐมนตรีชุดใหม่)
- รวบรวมข้อมูลรายการสิ่งก่อสร้างทั้ง ๑๙ รายการใน ๗ จังหวัด
 - ตรวจสอบวงเงินงบประมาณให้ถูกต้องและแมตช์กับความต้องการของพื้นที่
 - จัดทำเอกสารขอยกเลิกรายการเก่าและส่งคำขอรายการใหม่ตามแผนที่ทบทวนแล้ว
- ๔) กลุ่มงาน CSEO เขตสุขภาพที่ ๘ และกองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินการ ดังนี้
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และโรงพยาบาลโพธิสัย: ให้พิจารณารายละเอียดเรื่องความพร้อมของ Layout และการลำดับความสำคัญของอาคารที่พักและอาคารบริการ
 - โรงพยาบาลเซกา: ให้ตรวจสอบผังบริเวณอีกครั้งเนื่องจากกังวลเรื่องระยะห่างจากอาคาร OPD หากไม่พร้อมจริงอาจพิจารณาเลื่อนไปปีงบประมาณถัดไป
 - โรงพยาบาลศรีสงคราม และโรงพยาบาลนากลาง: ให้วางโครงสร้างอาคารเพื่อรองรับการขยายบริการศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ในอนาคต

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๕.๓ การดำเนินงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ ๘

โดย นางภัสชญากุล ชาวกะมุด นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

- ๑) การจัดสรรวิสัญญีพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘
- ความสอดคล้องกับแผนงบลงทุน: การจัดสรรวิสัญญีพยาบาลต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับการพัฒนาของโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่าย (Node) โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการลงทุนสร้างห้องผ่าตัดใหม่
 - การเตรียมบุคลากรล่วงหน้า: เนื่องจากหลักสูตวิสัญญีพยาบาลใช้เวลาฝึกอบรมประมาณ ๑ ปี จึงต้องมีการวางแผนร่วมกับ Service Plan เพื่อให้มีบุคลากรพร้อมปฏิบัติงานทันทีเมื่อการก่อสร้างอาคารหรือห้องผ่าตัดเสร็จสิ้น
 - การบริหารจัดการระดับจังหวัด: หากพยาบาลในโรงพยาบาลอื่นต้องการเรียน แต่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลเป้าหมาย ผู้บริหารสามารถเจรจา ให้มาเรียนในโควตาของจังหวัด โดยมีเงื่อนไขว่าเมื่อจบแล้วต้องกลับมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาล Node ของจังหวัดนั้น ๆ

- ▶ ปัจจุบันมีคำขอรวมทั้งสิ้น ๒๗ อัตรา โดยมีการปรับปรุงข้อมูลรายจังหวัดที่สำคัญดังนี้:
 - จังหวัดนครพนม: ยกเลิกคำขอเดิมที่อำเภอนาแกและโพนสวรรค์ โดยผู้บริหารจังหวัดพิจารณาว่าบุคลากรที่มีอยู่เพียงพอแล้ว (รวมถึงที่โรงพยาบาลจังหวัด) จึงตัดสินใจไม่รับเพิ่มในขณะนี้
 - จังหวัดหนองคาย: โรงพยาบาลโพนพิสัยขอยกเลิกคำขอ ๑ อัตรา เนื่องจากผู้ขอเดิมขยายย้ายและไม่สามารถหาผู้มาเรียนแทนได้ ประกอบกับจำนวนที่มีอยู่เดิม (๔ ราย) และที่จะจบใหม่ (๑ ราย) เพียงพอต่อการใช้งานแล้ว
 - จังหวัดเลย: มีการตัดโควตาบางส่วนออกตามการพิจารณาความเหมาะสม
 - กำหนดการดำเนินงาน : ที่ประชุมกำหนดให้มีการประสานงานและสรุปความต้องการขั้นสุดท้ายให้ชัดเจน ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๙ เพื่อให้ผู้ตรวจราชการเซ็นอนุมัติและส่งคำขอไปยังส่วนกลางภายในต้นเดือนเมษายนต่อไป
- ๒) หลักเกณฑ์การคัดเลือกแพทย์เข้าศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้าน ของเขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อเป็นแนวทางการคัดเลือกบุคลากรเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังนี้
 - ▶ รูปแบบการคัดเลือกที่เห็นชอบในการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านแบบผสม โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนดังนี้
 - คะแนนส่วนโปรไฟล์ (๖๐ คะแนน): พิจารณาจากข้อมูลพื้นฐาน เช่น ประวัติการเรียนและภูมิสำเนา
 - คะแนนส่วนสัมภาษณ์ (๔๐ คะแนน): มีการแยกย่อยออกเป็นหัวข้อละ ๑๐ คะแนน เพื่อความชัดเจนในการประเมิน ได้แก่ ความตั้งใจ วิสัยทัศน์ ทักษะคนคิด และประเด็นอื่น ๆ
 - แต้มต่อสำหรับบุคลากรในพื้นที่: มีแนวคิดให้คะแนนพิเศษ สำหรับผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดหรือในเขตสุขภาพที่ ๘ รวมถึงแพทย์ที่มาใช้ทุนอยู่ในเขตพื้นที่ เพื่อดึงดูดให้บุคลากรกลับมาทำงานในท้องถิ่น
 - ▶ กระบวนการและกำหนดการ
 - การดำเนินงานระดับจังหวัด: หลักเกณฑ์ที่เห็นชอบนี้จะถูกส่งต่อให้คณะกรรมการระดับจังหวัดนำไปใช้ในการคัดเลือกและเสนอรายชื่อกลับมายังเขตสุขภาพ
 - วันสัมภาษณ์: กำหนดให้มีการสัมภาษณ์พร้อมกันในวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๙ เพื่อป้องกันความสับสนและไม่ให้เกิดการทับซ้อนกันในกรณีแพทย์สมัครสอบไว้หลายจังหวัด
- ๓) การจัดสรรพนักงานราชการในตำแหน่งเภสัชกรของเขตสุขภาพที่ ๘
 - ▶ โควตาและการสำรวจความต้องการ
 - จำนวนที่ได้รับจัดสรร: เขตสุขภาพที่ ๘ ได้รับจัดสรรโควตาพนักงานราชการตำแหน่งเภสัชกรทั้งหมด ๓๔ โควตา และโควตาสำรองอีก ๕ โควตา
 - ความต้องการจริง: จากการสำรวจพบที่มีความต้องการเภสัชกรในปี ๒๕๖๙ รวมทั้งสิ้น ๑๐๐ อัตรา ซึ่งมากกว่าจำนวนที่ได้รับจัดสรรจริง
 - ▶ หลักเกณฑ์การจัดสรรรายจังหวัด
 - ที่ประชุมได้พิจารณาจัดสรรตามสัดส่วนผู้ปฏิบัติงานจริงต่อกรอบอัตรากำลัง โดยแบ่งกลุ่มจังหวัดดังนี้
 - กลุ่มจังหวัดที่มีสัดส่วนน้อยกว่า ๗๐%: (จังหวัดเลย ๖๗%, จังหวัดนครพนม ๖๔%, จังหวัดบึงกาฬ ๖๕%, จังหวัดสกลนคร ๖๔%, จังหวัดหนองคาย ๖๗%) ได้รับจัดสรรจังหวัดละ ๕ อัตรา
 - กรณีพิเศษ (จังหวัดสกลนคร): เนื่องจากมีสัดส่วนน้อยที่สุด (๖๔%) จึงได้รับการจัดสรรเพิ่มอีก ๑ อัตรา รวมเป็น ๖ อัตรา

- กลุ่มจังหวัดที่มีสัดส่วนเกิน ๗๐%: (จังหวัดอุดรธานี ๗๑%, จังหวัดหนองบัวลำภู ๗๒%) ได้รับจัดสรรจังหวัดละ ๔ อัตรา
 - การจัดสรรโควตาสำรอง (๕ อัตรา): ให้จัดสรรเป็นสำรองจังหวัดละ ๑ อัตรา สำหรับ ๕ จังหวัดที่มีสัดส่วนบุคลากรน้อยกว่า ๗๐%
- ▶ ปัญหาและอุปสรรคในการบรรจุ
- จังหวัดเลย: โรงพยาบาลเชียงคานและนาด้วง ยังมีตำแหน่งว่างแต่หาคนไม่ได้
 - จังหวัดนครพนม: โรงพยาบาลบ้านแพงและศรีสงคราม มีสัดส่วนบุคลากรเพียง ๔๒% และยังมีตำแหน่งว่าง
 - จังหวัดบึงกาฬ: โรงพยาบาลบึงกาฬ ปากคาด และบึงโขงหลง ประสบปัญหาเด็กไม่ไปปฏิบัติงาน
 - จังหวัดสกลนคร: มีปัญหาที่โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นและโรงพยาบาลคำตากล้า
 - จังหวัดอุดรธานี: ยังมีตำแหน่งว่างถึง ๖ เลข เช่นที่โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคมและโรงพยาบาลบ้านดุง

ประธานในที่ประชุม มอบหมายในประเด็น ดังนี้

- ๑) ประเด็นการจัดสรรโควตาและการวางแผนบุคลากรวิสัญญีพยาบาล มอบหมายให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้บริหารโรงพยาบาล ดำเนินการ ดังนี้ (สรุปข้อมูลและส่งคำขอมายังเขต ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๙ เพื่อลงนามเสนอส่วนกลางในต้นเดือนเมษายน ๒๕๖๙)
 - ตรวจสอบและยืนยันข้อมูล: ทบทวนจำนวนบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมและคำขอใหม่ให้สอดคล้องกับแผนงบประมาณ (การสร้างตึก/ห้องผ่าตัด) และ Service Plan ของแต่ละจังหวัด
 - การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์: ในกรณีที่พยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปต้องการเรียนวิสัญญี ให้พิจารณาเจรจาให้มาเรียนในโควตาจังหวัด โดยมีเงื่อนไขเมื่อจบแล้วต้องกลับมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาล Node ของจังหวัดนั้นๆ
 - การเตรียมบุคลากรล่วงหน้า: สำหรับพื้นที่ที่มีแผนก่อสร้างอาคารผ่าตัดใหม่ (เช่น โรงพยาบาลศรีสงคราม) ให้วางแผนเตรียมบุคลากรล่วงหน้าเพื่อให้พร้อมปฏิบัติงานทันทีเมื่ออาคารเสร็จสิ้น
- ๒) หลักเกณฑ์การคัดเลือกแพทย์เข้าศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้าน มอบหมาย คณะกรรมการคัดเลือกระดับจังหวัด ดำเนินการ
 - การนำหลักเกณฑ์ไปใช้: นำหลักเกณฑ์การคัดเลือกแบบผสม ซึ่งมีสัดส่วนคะแนนประวัติ ๖๐ คะแนน และการสัมภาษณ์ ๔๐ คะแนน ไปใช้ในการพิจารณาคัดเลือกแพทย์
 - การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ: ในส่วนคะแนนสัมภาษณ์ ๔๐ คะแนน ให้แยกประเมินเป็นหัวข้อย่อย (ข้อละ ๑๐ คะแนน) ได้แก่ ความตั้งใจ, วิสัยทัศน์, ทักษะ และประเด็นอื่นๆ
 - การเสนอรายชื่อ: เมื่อดำเนินการคัดเลือกตามเกณฑ์เสร็จสิ้น ให้เสนอรายชื่อกลับมายังเขตเพื่อดำเนินการประกาศผล
 - กำหนดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ในวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๙ โดยให้กำหนดวันสัมภาษณ์ให้ตรงกันทั้งเขตเพื่อป้องกันความสับสนของบุคลากร

- ๓) การจัดสรรตำแหน่งพนักงานราชการ ตำแหน่งเภสัชกร มอบหมาย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สจจ.) ทุกจังหวัด
- การปรับเกลี่ยระดับจังหวัด: นำจำนวนโควตาที่ได้รับจัดสรร (๓๔ อัตราหลัก และ ๕ อัตราสำรอง) ไปกระจายลงสู่โรงพยาบาลในสังกัดตามความเหมาะสม
 - การวางกลยุทธ์การลงตำแหน่ง : ให้ใช้กลยุทธ์ในการเลือกพื้นที่ วางตำแหน่งในจุดที่เด็กจบใหม่มีแนวโน้มจะเลือกบรรจุ (เช่น ตัวเมือง แหล่งท่องเที่ยว หรือพื้นที่ที่มีความพร้อม) เพื่อป้องกันปัญหาการไม่มีผู้เลือกบรรจุจนต้องคืนตำแหน่งให้กระทรวง หรือบรรจุแล้วลาออกในระยะเวลาอันสั้น
 - การจัดการตำแหน่งว่าง: ตรวจสอบและบริหารจัดการตำแหน่งพนักงานราชการที่ยังว่างอยู่ในแต่ละพื้นที่ประกอบการพิจารณา

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

ปิดประชุมเวลา ๑๒.๐๐ น.

นางสาวมณฑิลา อรรถวิภาค ผู้บันทึกรายงานการประชุม
(นางสาวมณฑิลา อรรถวิภาค)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

นางพันธมน นภามาศ ผู้ตรวจรายงานการประชุม
(นางพันธมน นภามาศ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ ผู้ช่วยเลขานุการ
(นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

นายแพทย์รวมพล เหล่าห้วน ผู้รับรองรายงานการประชุม
(นายแพทย์รวมพล เหล่าห้วน)
กรรมการและเลขานุการ