

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งที่ ๔/ ๒๕๖๙

วันศุกร์ที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีโคตรบูรณ์ ชั้น ๕ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุม

๑.	นายแพทย์สามารถ ธิระศักดิ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘	ประธานกรรมการ
๒.	แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธานกรรมการ
๓.	แพทย์หญิงสืบศิริ บัณฑิตภิรมย์ (แทน)	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	กรรมการ
๔.	นายแพทย์ปรีดา วรหาร	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม	กรรมการ
๕.	นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	กรรมการ
๖.	นายแพทย์ธราพงษ์ กัปกโก	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	กรรมการ
๗.	นายแพทย์สุรพงษ์ ลักษุธ (แทน)	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	กรรมการ
๘.	แพทย์หญิงศรีสุตา ทงธรรมวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี	กรรมการ
๙.	นายแพทย์สมศักดิ์ ประภักขณวัตร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร	กรรมการ
๑๐.	นายแพทย์อภิวัฒน์ บัณฑิตยชาติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม	กรรมการ
๑๑.	นายแพทย์นพดล พิษณุวงษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย	กรรมการ
๑๒.	แพทย์หญิงฤดีมิน สกุลคู	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย	กรรมการ
๑๓.	นายสุรียนต์ ปัญหาราช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู	กรรมการ
๑๔.	นายแพทย์สถาพร โมราราช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ	กรรมการ
๑๕.	นายแพทย์อุดมศักดิ์ บุญส่งทรัพย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	กรรมการ
๑๖.	นายแพทย์สุนันต์ ตั้งสุนทรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี	กรรมการ
๑๗.	นายแพทย์พูลสวัสดิ์ วงศ์วิชิต	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส	กรรมการ
๑๘.	แพทย์หญิงภรณ์ พรวัฒนา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	กรรมการ
๑๙.	นายแพทย์บุญญพัฒน์ ชิวเสถียรชัย (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านผือ	กรรมการ
๒๐.	นายแพทย์ศกรินทร์ แก้วเฮ้า	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	กรรมการ
๒๑.	นายแพทย์ยอดลักษณ์ สัยลังกา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผาขาว	กรรมการ
๒๒.	นายแพทย์กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์	กรรมการ
๒๓.	นายคณิตย์ วงษา	สาธารณสุขอำเภอปากชม	กรรมการ
๒๔.	นายสถิต พูลเพิ่ม	สาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ	กรรมการ
๒๕.	นายเสกสันต์ จันทนะ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ๋	กรรมการ
๒๖.	นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น	รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการและเลขานุการ
๒๗.	นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ	รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	ผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุมในระบบ Online

๑.	นางสาวปริญดา ทุนคำ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๒.	นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนากลม	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร	กรรมการ
๓.	นายแพทย์ธิตี อั้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	กรรมการ
๔.	นายวิสิทธิ์ วิจิตรโกสม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี	กรรมการ
๕.	แพทย์หญิงจุฬาพันธ์ุ เหมกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	กรรมการ

/๖.นายแพทย์...

๖. นายแพทย์กฤษฏา ศิริชัยสิทธิ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรธานี	กรรมการ
๗. นางอรุณญา สุริยะจันทร์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘	กรรมการ
๘. นายคงจักร์ บุญทัน	ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๙. นางบุญนิภา สงคราม	ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์สิทธิ เชาว์ชื่น	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ ๘ อุตรธานี	กรรมการ
๑๑. นางยุพารมภ์ ทิรไพรวงศ์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กรรมการ
๑๒. นายนภดล ดวงท้าวเศษ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองใหญ่	กรรมการ
๑๓. นายศราววุฒิ อีสโร	ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ ๘ จังหวัดอุตรธานี	กรรมการ
๑๔. นายพีเชษฐบูรณ์ พูลผล (แทน)	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘	กรรมการ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมฯ

๑. แพทย์หญิงกัญญาภักดิ์ ศิลารักษ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
๒. แพทย์หญิงระพีพรรณ จันทร์อ้วน	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
๓. นายแพทย์แหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
๔. แพทย์หญิงยุวพร จิระวงศ์ประภา	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
๕. แพทย์หญิงปรีเปรม ศรีหล่มศักดิ์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ	โรงพยาบาลบึงกาฬ
๖. แพทย์หญิงพนิดา พันธุ์รัตน์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย	โรงพยาบาลหนองคาย
๗. นายแพทย์วิเชียร มลอยู่พะเนา	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	โรงพยาบาลเลย
๘. แพทย์หญิงปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	โรงพยาบาลอุตรธานี
๙. นายแพทย์จรุงธรรม ชันตี	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	โรงพยาบาลนครพนม
๑๐. นายแพทย์พันธันพ ควรดำรงธรรม	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	
๑๑. นางภัศิยะกุล ชาวกะมุด	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๒. นายคทาวุธ เยี่ยงแก้ว	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๓. นายพัฒนรัฐ พุดกล้า	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๔. นางจิราภรณ์ สุทธิบริบาล	นักสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๕. นางพันธมน นภามาศ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๖. นายสิริพงศ์ ชำนาญไพร	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๗. นางสาวปานดาว แก้วมณี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๘. นางสาวทัตดาว ศรีบูรณณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๙. นางสาวอรอุมา ประทุมทอง	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๐. นายสุวิวัฒน์ สุทธิบริบาล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๑. นางสาวชัญญา แพงจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๒. นางสาวสิริภา จิตติพิมพ์	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๓. นางสาวปภัสสร ศรีพรหม	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๔. นางสาวณัฐริษา นราพันธ์	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๕. นางสาวพรทิพย์ สุดใจ	นิติกรปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๖. นางสาวพิมพ์พร ดาศักดิ์	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

/๒๖. นางสาว...

๒๗. นางสาวอรนุช พิมพ์ตะคุ	นิติกรปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๘. นางสาวเสาวลักษณ์ เพ็ญสา	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๙. นายจิรายุส ไชแสงจันทร์	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๐. นางสาวชนิสรา นาคานาคา	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๑. นางสาวกรรณิกา ปะละทั่ง	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๒. นางสาวมณพัท อรรถวิภาค	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๓. นายธวัชชัย บุตวงษ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๔. นางสาวรัชชก ศรีนานวล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๕. นางสาวธีรภาพร ศรีกัน	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

เปิดการประชุม เวลา ๐๘.๓๐ น.

นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ เป็นประธานการประชุม
ระเบียนวาระที่ ๑

๑.๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

โดย นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘

- ๑) การจัดซื้อจัดจ้าง มีหนังสือแจ้งเวียนจากกรมบัญชีกลาง หากไม่สามารถลงนามในสัญญาจัดซื้อครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง (ที่เป็นงบประมาณปีเดียว) ได้ทันภายในวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ งบประมาณดังกล่าวจะถูกดึงคืน
 - มาตรการรับมือความล่าช้า: ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำชับว่า หากเขตสุขภาพใด ถูกดึงงบประมาณคืน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในเขตนั้นๆ จะต้องตั้งคณะกรรมการ ตรวจสอบข้อเท็จจริงว่าเกิดจากสาเหตุใด พร้อมทั้งเสนอทางออกว่าหากทำไม่ทัน อาจต้องพิจารณาโยกย้ายงบประมาณไปลงที่อื่น
 - พื้นที่ความเสี่ยง: ขณะนี้มีความเสี่ยงอยู่ที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ซึ่งได้ประกาศผู้ชนะไปแล้วและอยู่ในช่วงรอการอุทธรณ์ ๗ วัน
 - **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ให้แจ้งผู้ชนะการแข่งขันประกวดราคา ช่วยเตรียมเอกสารหลักฐานการเงิน และการค้ำประกันของผู้ชนะไว้ให้พร้อม เพื่อให้สามารถลงนามได้ทันที
- ๒) การกำกับติดตามระบบสินทรัพย์ ขอให้ดำเนินการครบร้อยละ ๑๐๐ ทั้งครุภัณฑ์และสิ่งปลูกสร้าง ซึ่งต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๙ โดยให้สอดคล้องกันทั้งหมด ทั้ง ระบบ GF, ระบบ GL, ทะเบียนคลุม และเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง ผู้บริหารต้องดูทั้งหมด รวมไปถึงการลงพื้นที่ตรวจสอบว่ามีสิ่งของหรือสินทรัพย์นั้นอยู่จริง (Physical unit) เพื่อป้องกันปัญหาข้อมูลไม่ตรงกันหรือสินทรัพย์สูญหาย
 - **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายนายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ และ ทีม CFO ช่วยกำกับ ติดตาม และทำให้ครบถ้วนสมบูรณ์
- ๓) เรื่องระบบบัญชีที่ยังไม่ได้รับการรับรองจากสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดให้ส่วนกลางช่วยทำพัฒนาระบบตรวจสอบเพื่อจัดการกับปัญหานี้
 - **ประธานในที่ประชุม** ได้เสนอแนวทางสำหรับจัดการระบบบัญชีและตรวจสอบในระดับเขตสุขภาพ ดังนี้
 - จัดตั้งทีมงานในรูปแบบบริษัทบัญชี (CPA): มีแนวคิดให้ระดับเขตมีทีมงานที่ทำงานคล้ายกับบริษัทรับทำและตรวจสอบบัญชี โดยเริ่มจากการปรับใช้บุคลากรภายในให้ทำหน้าที่นี้

/ใช้แนว...

- ใช้แนวคิดการ Outsource : งานที่ไม่ใช่ภารกิจหลัก (Non-core business) โดยอาจมีการดึงบุคลากรที่มีความรู้จากภายนอก เช่น การประสานงานกับมหาวิทยาลัยนครพนมเพื่อนำบุคลากรมาช่วยงาน
 - สร้างทีมส่วนกลางและเครือข่ายระดับจังหวัด: จะมีการจัดทีมกลางของเขตที่ประกอบด้วยผู้มีความรู้ทางบัญชี เพื่อทำหน้าที่เป็น หน่วยตรวจสอบ (ไซส์ AUDIT) รวมทั้งสร้างผู้เชี่ยวชาญขึ้นในแต่ละจังหวัดเพื่อให้เกิดเป็นเครือข่ายการทำงานร่วมกัน
- **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ นายแพทย์ธราพงษ์ กัปกโก ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ และทีม CFO เขตสุขภาพที่ ๘ นำแนวคิดนี้ไปพัฒนาระบบบัญชีและการตรวจสอบ แล้วนำเสนอ ในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
- ๔) การปรับปรุงฐานคำของบประมาณ ในสิ่งปลูกสร้างที่ขอไปแล้ว ให้ดำเนินการตามนั้นไปก่อน รอทางสำนักงบประมาณพิจารณาเข้า ครม. อีกครั้ง ส่วนบางรายการที่จะขอขยับหรือบางแห่งสถานที่ยังไม่พร้อม อาจให้ กบรส. ช่วยดูต่อไป ด้วยภาวะเศรษฐกิจ ที่ต้องเร่งการใช้จ่ายเงิน ทางรัฐบาลกลัวความล่าช้า อยากให้งบประมาณออกมาหมุนเวียนในระบบ ขอความร่วมมือผู้บริหารช่วยกำกับดูแลเรื่องงบประมาณ ถ้าหากอยู่ในแผนอยู่แล้ว ขอให้เร่งรัดการใช้งบประมาณให้เร็วขึ้น
- ๕) การประหยัดพลังงาน นายกรัฐมนตรีมุ่งเปลี่ยนแปลงการใช้พลังงานไฟฟ้า และโซล่าเซลล์มากขึ้น ขอให้ผู้บริหารดูตัวบทกฎหมาย หากสามารถปฏิบัติได้ก็ขอให้ดำเนินการช่วยกัน

แนวทางการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ ๘ ทำใน ๓ เรื่องหลัก คือ

- การเพิ่มศักยภาพเครือข่าย (Strengthening node) เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป
- แนวคิดการ Outsource : ทำใน ๓ เรื่อง
 - อะไรที่ไม่ใช่งานหลัก (Non-core business) ให้ Outsource ให้หมด งานสนับสนุนต่างๆ สามารถจ้างบริษัทภายนอกเข้ามาดำเนินการได้ เช่น พนักงานรักษาความปลอดภัย (รปภ.), แม่บ้านทำความสะอาด, โรงครัว และงานซักฟอกจ่ายกลาง รวมถึงการเช่ารถยนต์ ซึ่งสามารถนำเงินบำรุงมาดำเนินการได้ โดยจะต้องให้นิติกรตรวจสอบระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างให้ดี และต้องขออนุมัติหากเป็นเรื่องที่ผูกพันงบประมาณข้ามปี
 - การจ้างภายนอกในงานบริการหลัก (Core business): แม้แต่งานบริการเฉพาะทางทางการแพทย์บางอย่างก็สามารถ Outsource ได้เช่นกัน (ซึ่งมีหลายที่ดำเนินการอยู่แล้ว) เช่น บริการล้างไต และห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ (Cath LAB)
- Digitalization ที่เป็นเรื่อง Digital health ทั้งหมด ทั้งเรื่องของ R๘ NCD lifestyle change, การนัดหมายออนไลน์ , Telemedicine และ Home OPD

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบหมายให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๑.๒ เรื่องแจ้งให้ทราบ

โดย แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘

- ▶ ทางกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดวันประชุมวิชาการกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กันยายน ๒๕๖๙ ซึ่งทางผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ได้รับแต่งตั้งเป็น คณะกรรมการพัฒนางานวิชาการและนวัตกรรมสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และได้ให้ทางสาธารณสุขนิเทศก์ จัดที่มระดับนักวิชาการ ซึ่งก็ได้นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และแพทย์หญิงธีรารัตน์ พลราชม รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร มาร่วมที่วิชาการ ทั้งนี้อาจจะขอให้ผู้มีผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาวิชาชีพเข้าไปเป็นกรรมการคัดเลือกงานวิชาการและนวัตกรรมสุขภาพ ต่อไป
- ▶ การประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๙ ได้จับประเด็นที่สำคัญและมีความท้าทายมากมาหารือ โดยเฉพาะปัญหาเยสพิติดในแม่และเด็ก
 - ปัญหาและผลกระทบที่พบในปัจจุบัน พบหลักฐานชัดเจนว่า มารดามีปริมาณสารแอมเฟตามีนในระดับที่ค่อนข้างสูง ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม เมื่อมารดาที่ใช้สารเสพติดคลอดบุตรออกมา ได้สร้างภาระงานที่หนักและซับซ้อนอย่างมากให้กับทั้งสูติแพทย์และกุมารแพทย์ผู้ทำการรักษา
 - ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขปัญหา
 - ลดการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม: กลุ่มกุมารแพทย์ได้ตกลงและเสนอให้เริ่มมีการหารืออย่างจริงจัง เพื่อหาทางลดการตั้งครรภ์ในกลุ่มเป้าหมายที่ท้องไม่พร้อม (เช่น กลุ่มที่ติดสารเสพติด) แม้ว่าเรื่องนี้จะต้องพิจารณาถึงข้อจำกัดหรือประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องในอนาคตด้วยก็ตาม
 - ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ ทางเขตสุขภาพที่ ๘ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ เป็นเขตนำร่องในการจัดการประเด็นเรื่องยาเสพติดในแม่และเด็ก
- ▶ ทางเขตสุขภาพที่ ๘ ได้มีการเฝ้าระวังในลักษณะของ Sepsis Cardiomyopathy ซึ่งนโยบายของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ ได้มีการวางแผนในเรื่องของ Pneumonia Sepsis Platform ในการ Tracking case
- ▶ จากกรณีการเกิดปัญหาด้านการสื่อสารของบุคลากร ซึ่งก่อให้เกิดความบอบช้ำด้านจิตใจ ทางกระทรวงสาธารณสุขได้รณรงค์ใช้ Protocol RESPECT ซึ่งเป็นการรณรงค์ตั้งแต่ Practice ตั้งแต่ผู้ปฏิบัติงานจนถึงผู้เข้ารับบริการ และมีการประเมินหลังรับบริการ ซึ่งส่วนนี้ก็จะ เป็น MOTTO ของประเทศไทย แต่ยังคงขาดความชัดเจนในเชิงระบบ เขตสุขภาพที่ ๘ จึงมีแผนที่จะนำ Protocol นี้มาพัฒนาให้เป็นระบบการปฏิบัติที่ชัดเจน ภายใต้การดูแลของงานบริหารทรัพยากรบุคคล โดยมีนายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น เป็นประธาน CHRO เขตสุขภาพที่ ๘

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบหมายให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

- รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๙ วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๙

มติที่ประชุม : รับรองรายงานการประชุม ฯ

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องติดตาม

๓.๑ ระบบ Digital Checklist เขตสุขภาพที่ ๘ (ระบบติดตามครุภัณฑ์การแพทย์ เขตสุขภาพที่ ๘)

โดย แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

- ▶ ระดับการพัฒนา ระบบติดตามครุภัณฑ์ออกเป็น ๔ ระยะ ได้แก่
 - ระยะที่ ๑ ระบบกระดาษ (Manual): การจดบันทึกแบบแมนนวลและเซ็นยืมแบบเดิม ซึ่งพบว่ายังมีหลายโรงพยาบาลใช้งานอยู่ หากโรงพยาบาลใด ยังมีการใช้ระบบ Manual อยู่ ก็ขอให้นำระบบ smart medical equipment asset นี้ไว้พิจารณา
 - ระยะที่ ๒ ระบบสแกน (QR Code): เป็นการสแกนเพื่อระบุตำแหน่งที่ตั้งและสถานะการยืม แต่ยังมีจุดอ่อนคือต้องพึ่งพาวินัยของบุคคล หากมีการย้ายเครื่องมือแล้วไม่ทำการสแกน ระบบก็จะไม่ทราบตำแหน่งที่แท้จริง
 - ระยะที่ ๓ เทคโนโลยี IoT (ไอโอที): ระบบที่พัฒนาให้อุปกรณ์สามารถส่งสัญญาณหากันได้เองโดยไม่ต้องใช้คนสแกน
 - ระยะที่ ๔ ระบบบูรณาการข้อมูล: เป็นเป้าหมายขั้นสุดที่เครื่องมือแพทย์ไม่เพียงแต่บอกตำแหน่ง แต่สามารถส่งข้อมูลการทำงานเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล HIS ของโรงพยาบาลได้โดยตรง
- ▶ ความสำเร็จและต้นแบบจากโรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานีได้ก้าวเข้าสู่ระบบระยะที่ ๓ โดยพัฒนาระบบที่เรียกว่า Smart Porter หรือ Smart Medical Equipment Asset ซึ่งทำงานแบบ Real-Time Locating System โดยมีรายละเอียดดังนี้
 - รูปแบบการทำงาน: นำทรัพยากรที่มีอยู่แล้วคือระบบอินเทอร์เน็ตหรือ WiFi มาใช้ร่วมกับการติดอุปกรณ์ส่งสัญญาณชิ้นเล็กๆ ที่เรียกว่า "เหรียญ (Coin)" ไว้ที่เครื่องมือแพทย์หรือบุคลากร (เช่น พนักงานเปล เป็นต้น)
 - ความคุ้มค่าด้านงบประมาณ: ในอดีตเหรียญติดตามมีราคา ๑,๕๐๐ บาท แต่ปัจจุบันลดลงเหลือเพียง ๙๐๐ บาทต่อชิ้น ซึ่งถือว่าคุ้มค่ามาก หากนำมาติดกับครุภัณฑ์สำคัญราคาสูง เช่น เครื่องทำ CPR อัตโนมัติ
 - ผลลัพธ์: สามารถติดตามสถานะและตำแหน่งพิกัดของอุปกรณ์ได้แบบเรียลไทม์ผ่าน Dashboard หรือ Google Map ช่วยแก้ปัญหาของหายจากการลืมสแกน และยังสามารถประยุกต์ใช้เพื่อคำนวณการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (P&P) ของพนักงานได้อีกด้วย
- ▶ แนวทางแก้ปัญหาและป้องกันครุภัณฑ์สูญหาย จากประสบการณ์ของโรงพยาบาลเลยที่ประสบปัญหาครุภัณฑ์สูญหาย ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดจากการหยิบยืมโดยบุคลากรภายในได้มีการเสนอแนวทางควบคุมดังนี้
 - ลดการเคลื่อนย้ายให้มากที่สุด: กำหนดความต้องการเครื่องมือขั้นต่ำ ให้แต่ละหอผู้ป่วยต้องมีอุปกรณ์สำคัญประจำจุด (โดยเฉพาะเครื่องมือสีแดงและสีส้ม) เพื่อลดการยืมข้ามแผนก และให้มีการส่งเวรตรวจนับอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง
 - ระบบแจ้งเตือนทางเข้า-ออก: โรงพยาบาลกำลังหาวิธีนำระบบเซ็นเซอร์แจ้งเตือน (Sound alert) แบบที่ใช้ในห้างสรรพสินค้ามาติดตั้งบริเวณทางออก แม้จะมีความท้าทายเรื่องทางเข้าออกของโรงพยาบาลที่มีหลายจุดก็ตาม

- ▶ นโยบายและก้าวต่อไปของเขตสุขภาพ : การกำหนด TOR ใหม่ สำหรับการจัดซื้อครุภัณฑ์ใหม่ในอนาคต ผู้บริหารเสนอให้ระบุเงื่อนไขใน TOR บังคับให้ต้องมีอุปกรณ์ Smart Device หรือ Coin tag ติดมาพร้อมกับตัวเครื่องเลย ส่วนครุภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ก็ให้พิจารณาจัดสรรงบประมาณซื้อ Tag มาติดเพิ่ม
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ นายแพทย์พันธ์พ วรรณดำรงธรรม รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล พระยพราชสว่างแดนดิน สำนวรระบบการติดตามติดตามครุภัณฑ์โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไปทั้ง ๑๑ แห่ง ว่าแต่ละแห่งใช้ระบบอะไรบ้าง และให้ไปดูระบบของโรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลสกลนคร ว่ามีระบบการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างไร เพื่อสรุปแนวทางและนำเสนอมาตรฐานการพัฒนาระบบติดตามครุภัณฑ์ร่วมกันระดับเขต แล้วนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๒ การวิเคราะห์กลุ่มอายุและกลุ่มเสี่ยงเพื่อจัดลำดับความสำคัญของความต้องการวัคซีน (นอกเหนือจากโครงการ EPI), งบประมาณที่ต้องใช้ และความเป็นไปได้ในการจัดซื้อวัคซีนรวม ในระดับเขตสุขภาพ

โดย ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี)

- ▶ วัคซีน Invasive Pneumococcal Disease ที่ประชุมมุ่งเน้นไปที่การบริหารจัดการเพื่อนำวัคซีนมาฉีดให้กับกลุ่มเป้าหมายนอกเหนือจากโครงการ EPI (วัคซีนพื้นฐาน) โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ การป้องกันการเจ็บป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)
- ▶ เบื้องต้น Board สปสช. ได้อนุมัติงบประมาณ (ประมาณ ๒๒๕ ล้านบาท) สำหรับการฉีดวัคซีน IPD ให้กับเด็กที่เข้าเกณฑ์แล้ว โดยคาดว่าจะเริ่มดำเนินการได้ประมาณ เดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๙ ทำให้ทางเขตสุขภาพไม่ต้องกังวลเรื่องการทำแหล่งเงินทุนมาสนับสนุนในกลุ่มเด็กอีกต่อไป
- ▶ จากการวิเคราะห์ข้อมูล ได้มีการจำแนกกลุ่มเสี่ยงที่แนะนำให้รับวัคซีน IPD ออกเป็น ๕ กลุ่มหลัก ได้แก่:
 - เด็กเล็ก: เสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง (ปัจจุบัน สปสช. เตรียมจัดสรรงบประมาณเพื่อฉีดให้เด็กทุกคนที่เข้าเกณฑ์แล้ว คาดว่าจะเริ่มได้ช่วงปลายปี ๒๕๖๙)
 - ผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป: เป็นกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย
 - ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: เช่น โรคปอดเรื้อรัง (COPD), โรคหัวใจ, เบาหวาน, โรคไตเรื้อรัง และโรคตับ เป็นต้น
 - ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง: เช่น ผู้ป่วย HIV, ผู้ที่ได้รับเคมีบำบัด, ผู้ที่ปลูกถ่ายอวัยวะ และผู้ที่ใช้ยากดภูมิ
 - กลุ่มเสี่ยงพิเศษ: เช่น เด็กคลอดก่อนกำหนด, ผู้ที่สูบบุหรี่จัด และที่สำคัญคือ ผู้ที่ไม่มีนม ตัดนม หรือนมทำงานบกพร่อง
- ▶ การจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย : ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทางทีมวิชาการจึงเสนอให้จัดลำดับความสำคัญในเชิงคลินิก โดยเน้นไปที่กลุ่มที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงสุดเป็นอันดับแรก ดังนี้
 - ลำดับที่ ๑: กลุ่มผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และ กลุ่มคนที่ไม่มีนมหรือถูกตัดนม (กลุ่มนี้มีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงหากติดเชื้อ)
 - ลำดับที่ ๒: กลุ่มผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีภาระโรค (Disease burden) สูงสุดในระบบสาธารณสุขของเขต
 - ลำดับที่ ๓: กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รุนแรง
- ▶ ความท้าทายในกลุ่มผู้ใหญ่และข้อจำกัดด้านงบประมาณ: สำหรับผู้ใหญ่ การฉีดวัคซีน IPD จะใช้เพียง ๑ เข็ม ซึ่งมีราคาต้นทุน (ไม่รวมค่าฉีด) อยู่ที่ประมาณ ๒,๕๐๐ บาทต่อเข็ม ปัญหาหลักคือ หากต้องการฉีดปูพรมให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป (ซึ่งมีภาระโรคสูงสุด) แม้จะตั้งเป้าเพียง ๕๐% ก็ต้องใช้งบประมาณสูงถึงกว่า ๑,๐๐๐ ล้านบาท ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงเกินกว่างบประมาณที่เขตสุขภาพมี

/กลไก...

- ▶ กลไกการจัดซื้อร่วมระดับเขต
 - เป้าหมายเพื่อสร้างอำนาจต่อรอง: การจัดซื้อร่วมระดับเขตมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างอำนาจในการเจรจาต่อรองราคากับบริษัทผู้ผลิต ซึ่งท่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข คาดหวังให้กระบวนการต่อรองร่วมนี้ช่วยให้ได้วัคซีนในราคาต้นทุนที่ถูกที่สุด และเมื่อได้ราคาต้นทุนมาแล้ว ก็ให้โรงพยาบาลเปิดให้บริการแก่ประชาชนในราคาร้านโดยไม่ต้องบวกกำไรเพิ่ม (ให้บริการเหมือนฉีดฟรีแต่คิดแค่ค่าต้นทุนวัคซีน)
 - สถานะการจัดซื้อร่วมในปัจจุบัน: ปัจจุบันกลไกการจัดซื้อร่วมระดับเขตนั้น โรงพยาบาลสกลนคร เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการอยู่ อย่างไรก็ตาม ในส่วนของ "วัคซีน" นั้นยังไม่เคยมีการจัดซื้อร่วมในระดับเขตมาก่อน
 - ข้อเสนอแนะในการเลือกบริษัทผู้ผลิต: เพื่อให้ได้ราคาที่ถูกที่สุด มีข้อเสนอแนะให้พิจารณาวัคซีนจากบริษัทคู่แข่งอื่นๆ ด้วย เนื่องจากวัคซีนแบรนด์หลักที่ติดตลาด (เช่น Prevenar) มีราคาสูงถึงกว่า ๒,๐๐๐ บาท ในขณะที่วัคซีนทางเลือกอื่น เช่น วัคซีนจากประเทศอินเดีย จะมีราคาที่ถูกลงกว่ามาก
 - ประเด็นข้อกฎหมายและการมอบอำนาจ: การขับเคลื่อนกลไกจัดซื้อร่วมยังมีความท้าทายในเรื่องข้อกฎหมายและระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง ซึ่งที่ประชุมได้มีการตั้งคำถามถึง กลไกการมอบอำนาจว่าดำเนินการเสร็จสิ้นเรียบร้อยและถูกต้องตามระเบียบหรือไม่ โดยเป็นเรื่องที่ต้องให้นิติกรเข้ามาช่วยดูรายละเอียดข้อกฎหมายต่อไป
- ▶ **ประธานในที่ประชุม และคณะที่ประชุม** เสนอ แนวทางการดำเนินการของเขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อจัดการกับความท้าทายดังกล่าว โดยมอบหมายแนวทางการดำเนินงาน ๔ ข้อหลัก ได้แก่
 - จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายระดับประเทศ: สำหรับการจัดหาวัคซีนให้กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ เช่น ผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป หรือกลุ่มโรคเรื้อรัง มอบหมายให้ทีม Service Plan Pneumonia Sepsis นำข้อมูลงานวิจัย ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และสถิติการเสียชีวิต มาจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายส่งให้กระทรวงสาธารณสุขและบอร์ด สปสช. เพื่อพิจารณาจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในระดับประเทศต่อไป
 - จัดตั้งเป็นบริการทางเลือกในราคาต้นทุน: ให้ทุกโรงพยาบาลเปิดให้บริการวัคซีน IPD เป็น "ทางเลือก" สำหรับผู้รับบริการที่มีความพร้อมในการจ่ายเงินเอง โดยเน้นย้ำว่า ให้คิดเฉพาะราคาต้นทุนและไม่คิดค่าบริการฉีด (ฉีดให้ฟรี) เพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน
 - การต่อรองราคาด้วยการจัดซื้อร่วมระดับเขต : เพื่อให้ได้ต้นทุนที่ถูกกว่า ๒,๕๐๐ บาท จะมีการใช้กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อร่วมกันในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งอาจพิจารณาวัคซีนจากบริษัทคู่แข่งหรือจากอินเดียที่มีราคาถูกกว่า
 - การจัดลำดับความสำคัญ : สำหรับผู้ป่วยตัดม้าม เนื่องจากงบประมาณมีจำกัดอย่างมาก จึงมีข้อเสนอให้มุ่งเป้าไปที่กลุ่มเสี่ยงสูงที่สุดและมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากนัก คือ กลุ่มผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องและผู้ป่วยที่ไม่มีม้ามหรือถูกตัดม้าม ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อและเสียชีวิตสูงที่สุดที่ประชุมเห็นพ้องว่าเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนตัวนี้ถือเป็น Protocol ในการรักษา
 - **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ นายแพทย์สุรพงษ์ ลักษุร รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ หากกระบวนการต่อรองวัคซีนร่วมของเขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อให้ได้ราคาทุน, วิเคราะห์ข้อมูลประชากร (Segmentation) และหาแนวทางเชิงกลไกการเงินหรือแหล่งเงินทุนเพิ่มเติม (เช่น รูปแบบการร่วมจ่าย Co-payment หรือการจัดโปรแกรมร่วมกับ การฉีดวัคซีนให้หัดใหญ่) และ นำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

/ข้อเสนอ...

๓.๓ ข้อเสนอแนะทางการจัดสรรเงิน OP PP ระหว่าง CUP กับท้องถิ่น ระดับเขต

โดย ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู)

- ▶ การจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอก (OP) และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) มุ่งเน้นไปที่การบริหารจัดการงบประมาณระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยมีรูปแบบการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบัน จำนวน ๔ รูปแบบ ดังนี้



การเปรียบเทียบ 4 รูปแบบการจัดสรรงบ OP/PP ระดับเขต

	รูปแบบที่ 1 (ระบบ Fixed Cost)	รูปแบบที่ 2 (ระบบ Per Capita)	รูปแบบที่ 3 (ระบบผสมผสาน/Partial)	รูปแบบที่ 4 (รูปแบบผสมผสาน)
รูปแบบการเงิน (Financial Model)	จัดสรรเงิน OP PP บางส่วน โดยอ้างอิงการจ่าย Fixed Cost เดิม	จัดสรรตามรายหัว ประชากร UC	จัดสรรเงิน OP PP บางส่วน โดยอ้างอิงตามข้อตกลง	จัดสรรเงิน OP PP บางส่วน โดยอ้างอิงตามข้อตกลง
ยา/เวชภัณฑ์/LAB (Supply Management)	บริหารร่วมกัน (CUP สนับสนุน)	รพ.สต. จัดซื้อ/จัดจ้างเอง 100%	CUP สนับสนุน บันทึกรายการในระบบ แต่ ไม่ มีการตามจ่าย	CUP สนับสนุน บันทึกรายการในระบบ และ มี การตามจ่าย
การจ่ายค่าบริการ OP (Cost-billing)	ไม่ต้องตามจ่าย	บันทึกลูกหนี้/เจ้าหนี้ และเรียกเก็บตามข้อตกลง	ไม่ต้องตามจ่าย	บันทึกเจ้าหนี้/ลูกหนี้ และเรียกเก็บตามข้อตกลง

- รูปแบบที่ ๑ (จังหวัดเลย, จังหวัดสกลนคร): อ้างอิงจาก Fix Cost เดิม โดยไม่มีการหักมูลค่าหนี้สินระหว่างกัน และไม่มีการตามจ่ายค่าบริการผู้ป่วย OP ข้ามหน่วยงาน
- รูปแบบที่ ๒: จ่ายตามรายหัวประชากร UC (ปัจจุบันไม่มีจังหวัดใดในเขตสุขภาพที่ ๘ ใช้รูปแบบนี้ เนื่องจากมักเกิดปัญหาเรื่องการตามจ่ายและตกลงกันไม่ได้)
- รูปแบบที่ ๓ (จังหวัดหนองบัวลำภู): แบ่งงบ PP ให้ รพ.สต. ๕๐% ส่วนงบ OP อยู่ที่โรงพยาบาลทั้งหมด มีการบันทึกมูลค่ายาและเวชภัณฑ์แต่ยังไม่มีการตามจ่าย
- รูปแบบที่ ๔ (จังหวัดนครพนม): จัดสรรงบ PP ให้บางส่วน (เช่น ๑๕๐ บาทต่อหัว) มีการบันทึกมูลค่ายาและเรียกเก็บตามข้อตกลง รวมถึงมีการบันทึกเจ้าหนี้-ลูกหนี้ในการตามจ่ายค่าบริการผู้ป่วย OP ข้ามหน่วย
- ▶ ปัญหาและข้อจำกัดทางกฎหมาย
 - เรื่องเงินบำรุง: ตามระเบียบแล้ว ไม่สามารถโอนเงินบำรุงข้ามกระทรวงได้ (จากกระทรวงสาธารณสุขไป อบจ.) การจัดสรรงบประมาณจึงต้องอาศัยการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ร่วมกันเป็นหลัก

- อำนาจของ กสพ.: คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ของ อบจ. มักเข้ามาแทรกแซงการจัดสรรงบประมาณ ทั้งที่ตามกฎหมาย กสพ. มีหน้าที่ดูแลเฉพาะ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปเท่านั้น แต่ไม่มีอำนาจบังคับการจัดสรรงบประมาณ UC ของคณะกรรมการระดับ CUP (CUP Board) ดังนั้น หาก คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีมติใดๆ ถือเป็นเพียงข้อเสนอแนะ ไม่ใช่ข้อบังคับที่ CUP ต้องทำตาม
- การเคี้ยวข้อมูล: เมื่อ รพ.สต. ถ่ายโอนไปแล้ว หากจัดสรรงบประมาณไม่ลงตัวหรือไม่ได้รับงบประมาณโดยตรง มักพบปัญหาว่า รพ.สต. จะไม่ยอมเคี้ยวส่งข้อมูลผลงานกลับมาให้โรงพยาบาล
- ▶ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) อาศัยอำนาจตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อบท. พ.ศ. ๒๕๔๒ (ตามคู่มือการถ่ายโอนภารกิจ) โดยมีขอบเขตอำนาจหน้าที่รวม ๑๑ ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น ๔ ด้านหลัก ได้แก่ ยุทธศาสตร์ ทรัพยากรและข้อมูล การกำกับดูแล และการบูรณาการ โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงานและข้อจำกัดที่สำคัญดังนี้
 - ๑) บทบาทหน้าที่หลักด้านการบริหารและทรัพยากร อำนาจหน้าที่ของ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ที่เกี่ยวเนื่องกับการบริหารจัดการทรัพยากรและงบประมาณ มี ๓ ประการหลัก ได้แก่
 - อนุมัติแผนและกำหนดเป้าหมาย: ทำหน้าที่พิจารณาอนุมัติแผนสุขภาพพื้นที่ กำหนดเป้าหมายรวมถึงกำหนดแนวทางการบริหารบุคคลและงบประมาณ
 - จัดสรรงบประมาณ: มีหน้าที่พิจารณาจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
 - แต่งตั้งคณะทำงาน: มีอำนาจในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยให้กระบวนการบริหารจัดการและกลไกการจ่ายเงินรายวันขึ้น โดยมติความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) จะเป็นฐานนำไปสู่การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) และหน่วยงานที่รับการถ่ายโอน
 - ๒) ขอบเขตอำนาจ
 - ดูแลเฉพาะ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนเท่านั้น: อำนาจของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ภายใต้ อบจ. มีไว้เพื่อกำกับดูแลและกำหนดเป้าหมายให้กับ รพ.สต. ที่ทำการถ่ายโอนภารกิจไปแล้วเท่านั้น จะไม่มีบทบาทก้าวภายในส่วนของหน่วยบริการที่อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหากจังหวัดใดไม่มีแผนการถ่ายโอน (เช่น จังหวัดบึงกาฬ) กสพ. ก็จะไม่มีบทบาทในส่วนนี้
 - ไม่มีอำนาจบังคับเรื่องงบประมาณของ CUP: กสพ. ไม่มีอำนาจสั่งการหรือบังคับ ให้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ตัดแบ่งงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขหรือ สปสช. มาให้การบริหารเงิน UC ในระดับ CUP จะต้องเป็นไปตามแนวทางของ สปสช. ซึ่งผู้ที่มีอำนาจพิจารณาตัดสินใจคือ คณะกรรมการระดับ CUP (CUP Board)
 - มติของ กสพ. ถือเป็นเพียง "ข้อเสนอแนะ": ในกรณีที่ กสพ. มีมติเรื่องการขอรับการจัดสรรงบประมาณ ให้ถือว่ามตินั้นเป็นเพียง "ข้อเสนอ" เท่านั้น กระบวนการที่ถูกต้องคือ กสพ. หรือ รพ.สต. ต้องนำข้อเสนอนั้นเข้าสู่การพิจารณาของ CUP Board หาก CUP Board เห็นชอบ จึงจะส่งเรื่องให้ สปสช. แจ้งจัดสรรเงินต่อไป ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมประชุม กสพ. จึงต้องระมัดระวังไม่ไปรับอำนาจของ กสพ. มาอยู่เหนือ CUP Board

- ▶ การโอนเงินบำรุง มีข้อจำกัดทางระเบียบและกฎหมายที่ชัดเจน โดยเฉพาะในบริบทของการจัดสรรงบประมาณให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้
 - ระเบียบเงินบำรุงไม่ได้ให้อำนาจหรือระบุถึงการโอนงบประมาณข้ามกระทรวงไว้ ทำให้ไม่สามารถนำเงินบำรุงโอนข้ามสังกัดกระทรวง (จากกระทรวงสาธารณสุขไปยัง อบจ.) ได้อย่างเด็ดขาด และแม้แต่การโอนข้ามกรมภายในกระทรวงเดียวกันก็ยังเป็นเรื่องที่ไม่แน่ชัดว่าจะทำได้หรือไม่
 - ทางออกและแนวทางปฏิบัติในการจัดสรรงบประมาณ เพื่อแก้ปัญหาข้อติดขัดเรื่องระเบียบเงินบำรุงที่ประชุมได้เสนอทางออกในการบริหารจัดการเงินงบประมาณ (เช่น เงินกองทุน UC หรือ OP PP) ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ดังนี้
 - ให้ สปสช. เป็นผู้โอนเงินตรง (โอนตรงผ่าน สปสช.): โรงพยาบาลหรือ CUP จะไม่โอนงบประมาณให้ รพ.สต. โดยตรง แต่จะใช้วิธีจัดทำข้อตกลงและส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้ สปสช. เป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนโดยตรง
 - การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU): การจะให้ สปสช. โอนเงินหรือแบ่งงบประมาณได้นั้น จะต้องผ่านกลไกการประชุมของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP Board) เพื่อตกลงเงื่อนไขการทำงานและจัดทำเป็น MOU เพื่อใช้เป็นฐานอ้างอิงในการปฏิบัติและส่งให้ สปสช. จัดสรรเงินต่อไป
 - การจัดการผ่านระบบบัญชีและการสนับสนุนสิ่งของ: หากไม่สามารถใช้รูปแบบการโอนเงินได้ อาจต้องใช้วิธีการทางบัญชีเพื่อบันทึกว่ามีเงิน UC ผ่านบัญชีหรือใช้วิธีให้เงินงบประมาณอยู่ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งหมด แล้วโรงพยาบาลให้การสนับสนุนเป็น ยา เวชภัณฑ์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) แทนการให้เป็นตัวเงิน พร้อมทั้งบันทึกมูลค่าเอาไว้
- ▶ การจัดทำบันทึกข้อตกลงระดับเขตหรือระดับหน่วยบริการ (MOU) เป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการช่วงการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยเฉพาะในการแก้ปัญหาการจัดสรรงบประมาณและการส่งมอบงาน
 - ข้อจำกัดทางกฎหมายที่ทำให้ต้องใช้ MOU เนื่องจากระเบียบเงินบำรุงไม่สามารถโอนเงินบำรุงข้ามกระทรวงหรือข้ามสังกัดได้ การจะจัดสรรงบประมาณประเภทผู้ป่วยนอก (OP) และส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) ให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้ว จึงต้องอาศัยระเบียบของ สปสช. ที่เปิดช่องให้สามารถบริหารงบประมาณผ่าน ข้อตกลงอื่น ๆ การทำ MOU จึงเป็นทางออกทางกฎหมายที่ทำให้โรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) ยังคงสามารถบริหารจัดการงบประมาณในภาพรวมได้
 - ขั้นตอนและกลไกการทำ MOU กระบวนการควรเริ่มต้นจากการให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ของ อบจ. พิจารณาให้ความเห็นชอบแนวทางการจัดสรรงบประมาณ จากนั้นให้โรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) นำมตินั้นมา จัดทำ MOU ร่วมกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน เพื่อยึดเป็นหลักปฏิบัติที่ชัดเจน
 - MOU เป็นเงื่อนไขบังคับก่อนการส่งมอบภารกิจ การถ่ายโอนบุคลากรและ รพ.สต. จะไม่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติตามปฏิทิน แต่จะสมบูรณ์ได้ก็ต่อเมื่อมีการส่งมอบอย่างเป็นทางการจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประชุมเน้นย้ำว่า จะต้องมีการตกลงและจัดทำ MOU ให้เสร็จเรียบร้อยเพื่อใช้แนบประกอบการส่งมอบ โดยใน MOU จะต้องครอบคลุมทั้งเรื่องการจัดการสินทรัพย์ (เนื่องจากที่ดินหรือสินทรัพย์บางอย่างส่งมอบข้ามหน่วยงานตรงๆ ไม่ได้) หนี้สิน และรูปแบบการจัดสรรเงิน

/การใช้...

- การใช้ MOU กำหนดเงื่อนไข "ส่งข้อมูลแลกรเงิน" ที่ประชุมได้เสนอให้เปลี่ยนมุมมองการทำงานจากเดิมที่เคยดูแลกันแบบ "พี่น้อง" มาเป็นการจัดการในรูปแบบที่ชัดเจนและสะท้อนต้นทุนมากขึ้น โดยข้อตกลงใน MOU จะต้องระบุเงื่อนไขที่ชัดเจนตามรายละเอียดนี้ เพื่อช่วยป้องกันปัญหาความขัดแย้งในอนาคต และทำให้มั่นใจได้ว่าประชาชนจะยังคงได้รับการสุขภาพที่ต่อเนื่อง
 - รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป จะต้องจัดบริการอะไรบ้าง และต้องส่งข้อมูลหรือผลงานอะไรกลับมาให้โรงพยาบาลแม่ข่ายตรวจสอบ (เช่น ข้อมูลบริการ ๔๓ แฟ้ม)
 - หากไม่มีการส่งข้อมูลหรือผลงานตามข้อตกลง ก็จะไม่มีการจ่ายเงินจัดสรรต่อไปให้
 - อาจพิจารณาใช้โมเดลการจ่ายเงินล่วงหน้าบางส่วน (เช่น ๕๐%) ส่วนที่เหลือจะจ่ายให้ก็ต่อเมื่อ รพ.สต. นำผลงานการให้บริการมาแลกตามที่ระบุในข้อตกลง
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ แพทย์หญิงยุพร จิระวงศ์ประภา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู จัดทำรายละเอียดและโครงสร้างข้อตกลงการจัดสรรเงิน โดยอิงจาก พ.ร.บ. และประกาศ สปสช. ว่า รพ.สต. ต้องทำผลงานอะไร (เช่น ส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้ม) เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณ รวมถึงประเด็นการคำนวณหักเงินเดือน ให้ได้ออกมาเป็น ๓ รูปแบบ เพื่อเป็น Prototype ให้ที่ประชุมและสาธารณสุขจังหวัดนำไปให้ CUP ใช้เจรจาต่อไป และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๔ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานสุขภาพดิจิทัล

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

- ▶ ระบบ R๘ Specialist Seamless เป็นแพลตฟอร์มด้านสุขภาพดิจิทัลที่กำลังถูกพัฒนาโดยทีม IT ของเขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อรวบรวมและเชื่อมโยงข้อมูลสำคัญทั้งหมดที่เคยกะจัดกระจาย (เช่น ข้อมูลแพทย์ ตารางเวร เติง และระบบส่งต่อ) เข้ามาไว้ในหน้าจอเดียว เพื่อให้การบริหารจัดการและการส่งต่อผู้ป่วยมีความรวดเร็ว แม่นยำ และไร้รอยต่อโดยปัจจุบันพัฒนาไปแล้ว ๑๒ โมดูลหลัก และมีเป้าหมายจะเริ่มทดสอบระบบในห้องแล็บช่วงเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๙ ก่อนจะนำร่องใช้งานจริงใน เดือน มิถุนายน ๒๕๖๙ ระบบนี้มีฟังก์ชันและเป้าหมายการทำงานที่สำคัญซึ่งถูกหารือในที่ประชุม ดังนี้
 - ๑) การบริหารจัดการแพทย์เฉพาะทาง
 - ระบบสามารถแสดงจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งเขต โดยสามารถดูเจาะลึกระดับจังหวัด อำเภอ โรงพยาบาล หรือดูตามรายสาขาได้
 - มีการนำข้อมูลไปประมวลผลเพื่อ วิเคราะห์อัตรากำลังเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (แสดงสถานะสีเขียว เหลือง แดง) เพื่อช่วยให้ผู้บริหารเห็นพื้นที่ที่มีความเหลื่อมล้ำหรือขาดแคลน และนำไปใช้วางแผนจัดสรรบุคลากรหรืองบประมาณได้ทันที
 - ๒) การบริหารระบบเตียงแบบเรียลไทม์
 - สามารถดูจำนวนเตียง การใช้งาน อัตราครองเตียงของทุกโรงพยาบาล โดยแยกตามแผนก (เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม ICU)
 - **ประธานในที่ประชุม** เน้นย้ำว่า เป้าหมายสำคัญคือระบบนี้ต้อง update แบบ Real-Time โดยทางทีม CDO เขตสุขภาพที่ ๘ มีแผนจะใช้ระบบ R๘ Gateway เข้ามาปรับใช้เพื่อดึงข้อมูลจากระบบ HIS (ระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาล) ของทั้ง ๘๘ หน่วยบริการในเขตโดยตรง

๓) ระบบส่งต่อผู้ป่วยอัจฉริยะ (Seamless Referral System)

- ระบบจะช่วยแสดงโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสมที่สุด โดยประเมินจากตารางเวรแพทย์สถานะเตียงว่าง และระยะทาง เพื่อให้โรงพยาบาลต้นทางสามารถจองเตียงและส่งคำขอได้ทันที
- การลดปัญหาปฏิเสธเคส (Seamless IPD): จะมีการกำหนดแพทย์ประจำเขต (Admin) เป็นผู้ดูแลระบบ หากเป็นเคสเฉพาะทาง Admin จะเป็นผู้พิจารณากระจายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการปฏิเสธการรับผู้ป่วย
- การแก้ปัญหาผู้ป่วยนอก (OPD Anywhere): โรงพยาบาลศูนย์ได้เสนอให้เพิ่ม feature การส่งต่อใบส่งตัวผ่านระบบนี้ เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายค่ารักษาจาก สปสช. เนื่องจากปัจจุบันมีปัญหาคนไข้ขอส่งตัวกลับไปรักษาต่อเนื่อง (Refer back) แต่มาในรูปแบบผู้ป่วยนอกทั่วไป ทำให้โรงพยาบาลรับภาระค่าใช้จ่ายหนัก

๔) ระบบปรึกษาทางไกลและการทำงานทุกที่ (Tele-consult & Home OPD)

- การสร้างห้องสนทนาอัตโนมัติตามทีมรักษา (เช่น Stroke, STEMI) เพื่อให้แพทย์และสหวิชาชีพปรึกษากันได้ทันที
- **ประธานในที่ประชุม** มีวิสัยทัศน์ที่จะต่อยอดระบบนี้ให้เป็น "Home OPD" ที่จะช่วยให้แพทย์สามารถเปิดระบบเพื่อทำ Tele-consult กับผู้ป่วยจากที่ใดก็ได้ และระบบต้องสามารถเชื่อมโยงกลับไปส่งจ่ายยาในระบบ HIS ของโรงพยาบาลต้นทางได้โดยตรง

๕) นำร่องด้วยระบบผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Heart Failure)

- โรงพยาบาลอุดรธานีพร้อมเป็นต้นแบบนำร่อง โดยมีแอปพลิเคชันที่รองรับการดูแลผู้ป่วย Heart Failure ให้เข้ามาเชื่อมโยงกับระบบนี้ ซึ่งจะช่วยให้แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจสามารถช่วยดูแลและสั่งการรักษาผู้ป่วยที่ Admit อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน (ที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง) ได้ผ่าน Dashboard อย่างครบวงจร

- ▶ การเชื่อมโยงข้อมูลระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ในเขตสุขภาพที่ ๘ มีเป้าหมายสำคัญเพื่อสร้างฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ระดับเขต ที่ครอบคลุมประชากร ๕.๕ ล้านคนใน ๗ จังหวัด โดยมีรายละเอียดและทิศทางการดำเนินงานดังนี้

- ๑) เป้าหมายเพื่อสร้าง "War Room" ระดับเขต การเชื่อมโยงข้อมูล HIS จากโรงพยาบาลทั้ง ๘๘ แห่งเข้าด้วยกัน จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถเห็นภาพรวมของระบบทั้งหมดแบบเรียลไทม์ ทั้งในด้านบุคลากร การเงิน ทรัพยากร และการให้บริการเพื่อนำไปใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากรที่สำคัญ เช่น จำนวนเตียง ICU และการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ (Lab) เป็นต้น
- ๒) การนำ R๔ Gateway มาประยุกต์ใช้ เพื่อเร่งรัดการพัฒนาระบบให้รวดเร็วขึ้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถดึงข้อมูลและวิเคราะห์ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รวดเร็วขึ้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยปอดอักเสบ ผู้ที่ได้รับวัคซีนหรือผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โดยไม่ต้องเสียเวลาดค้นหาข้อมูลใหม่เมื่อได้รับโจทย์
- ๓) การแก้ปัญหาด้านกฎหมาย (PDPA) ในอดีต เขตสุขภาพที่ ๘ เคยมีการพัฒนาระบบ HIS รวมมาก่อน แต่ต้องหยุดชะงักไปเนื่องจากติดข้อจำกัดด้านกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ปัจจุบันกำลังอยู่ระหว่างการหาทางปลดล็อกข้อกฎหมายนี้ เพื่อให้สามารถแชร์ข้อมูลสิทธิผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาจดำเนินการควบคู่ไปกับโครงการวิจัยด้าน Cyber Security ของเขต

- ๔) การประยุกต์ใช้ข้อมูล HIS ในระบบบริการ ข้อมูลจาก HIS จะถูกนำมาเชื่อมต่อกับแพลตฟอร์ม R๘ Specialist Seamless เพื่อใช้ประโยชน์ในหลายมิติ ได้แก่
- ระบบ IPD และการจัดการเตียง: ดึงข้อมูล Status เตียงจาก HIS ของทุกโรงพยาบาลมาแสดงผล ทำให้ทราบเปอร์เซ็นต์การครองเตียงแต่ละประเภท (เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม ICU) เพื่อใช้บริหารจัดการการส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ (Seamless)
 - ระบบนัดหมาย OPD: เชื่อมโยงข้อมูลแพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถจองคิว (Slot) นัดหมายออนไลน์และพิมพ์ใบนัดจากปลายทางได้ทันที
 - ระบบ Home OPD (Telemedicine): ตั้งเป้าให้แพทย์สามารถ Log-in เข้าสู่ระบบ HIS ของโรงพยาบาลตนเองจากที่ใดก็ได้ เพื่อพูดคุยกับคนไข้ สั่งออเดอร์ยา และจัดส่งยาไปให้คนไข้ที่บ้านได้เลย
- ▶ การบริหารจัดการเตียงในเขตสุขภาพที่ ๘ กำลังถูกยกระดับผ่านการพัฒนาาระบบที่ชื่อว่า "R๘ Specialist Seamless" ซึ่งนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยบูรณาการข้อมูลและแก้ปัญหาความตึงตัวของระบบเตียง
- ๑) การติดตามสถานะและอัตราครองเตียง (Bed Dashboard)
- ระบบมี เมทริกซ์พยากรณ์ ที่ช่วยให้ทีมแพทย์และผู้บริหารสามารถดูจำนวนเตียงรวมทั้งเขต จำนวนเตียงที่กำลังถูกใช้งาน และประเมินอัตราครองเตียงได้
 - ผู้ใช้งานสามารถวิเคราะห์ข้อมูลแบบเจาะลึก (Drill down) ได้ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ลงไปจนถึงระดับโรงพยาบาล เพื่อประเมินว่าพื้นที่ใดมีปัญหาความตึงตัวของเตียงหรือมีอัตราครองเตียงที่ไม่สมดุลได้ทันที
 - สามารถดูสถานะเตียงแยกตามประเภทหอผู้ป่วย (Ward) ที่สำคัญๆ ได้อย่างชัดเจน เช่น แผนก อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวช กุมารเวชกรรม และเตียงระดับความท้าทายสูงอย่าง ICU
- ๒) โมเดลการจัดการเตียงผู้ป่วยใน (IPD) ๓ รูปแบบ ที่ประชุมได้วางโครงสร้างการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยใน (IPD) ผ่านระบบนี้ออกเป็น ๓ รูปแบบหลัก ได้แก่
- รูปแบบที่ ๑ การเช็คสถานะภาพรวม (Status): เป็นการดึงข้อมูลจากระบบ HIS ของโรงพยาบาลทุกแห่งมาแสดงผล เพื่อดูว่าเตียงแต่ละประเภทมีการครองเตียงไปกี่เปอร์เซ็นต์ และมีศักยภาพหรือพื้นที่ว่างเหลือรองรับอีกเท่าไร
 - รูปแบบที่ ๒ ระบบกระจายผู้ป่วย (Seamless): เป็นระบบที่ให้แพทย์เฉพาะทางส่วนกลาง (เช่น แพทย์ด้านโรคหัวใจล้มเหลว หรือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด) ทำหน้าที่เป็น Admin พิจารณากระจายผู้ป่วย ไปยังโรงพยาบาลที่มีเตียงว่างรองรับ โดยมีเป้าหมายเพื่อ ลดปัญหาการปฏิเสธการส่งต่อ (Refer) เมื่อแพทย์แอดมินกดเลือกเตียง ข้อมูลผู้ป่วยจะปรากฏที่ปลายทางทันทีเพื่อให้ปลายทางเตรียมตัวรักษา
 - รูปแบบที่ ๓ ระบบ Refer ปกติ: ในกรณีการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป ระบบจะมีการสร้างอัลกอริทึม (Algorithm) คล้าย AI เข้ามาช่วยวิเคราะห์ หากพบว่าโรงพยาบาลปลายทางปฏิเสธการรับเตียงทั้งที่ควรจะได้รับ ระบบจะทำการรี Report ข้อมูลไปยังผู้บริหารเพื่อนำไปวิเคราะห์หาสาเหตุต่อไป

- ๓) การจองเตียงและจับคู่การส่งต่อผู้ป่วย (Referral & Bed Booking)
- ระบบสามารถช่วยประเมินความพร้อมและแนะนำโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสมที่สุด โดยคำนวณจากปัจจัยต่างๆ เช่น ตารางเวรแพทย์เฉพาะทาง สถานะเตียงว่าง และระยะทาง
 - แพทย์สามารถกด "จองเตียง" ผ่านระบบได้ทันที โดยคำขอและข้อมูลการแพทย์จะถูกส่งไปยังปลายทางและ update แบบ Real-Time ช่วยลดระยะเวลาและขั้นตอนการประสานงาน
- ▶ โครงการวิจัยด้าน Cyber Security
- ที่มาของงบประมาณ: สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ได้รับการจัดสรรงบประมาณ (ทุนวิจัย) จำนวน ๑.๕ ล้านบาท สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๙ จากกระทรวงสาธารณสุข (สำนักวิชาการ) เพื่อใช้ในการทำวิจัยด้านนี้
 - วัตถุประสงค์หลัก: เพื่อตรวจสอบและประเมินผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรมว่า การดำเนินงานด้าน Cyber Security ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘ ที่ประเมินว่าผ่านเกณฑ์หรือ "เชี่ยวชาญแผ่นดิน" นั้น มีความมั่นคงปลอดภัยเกิดขึ้นจริงหรือไม่ และมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนเพียงใด
 - ความคุ้มค่าของบวิจัย: งบประมาณ ๑.๕ ล้านบาทสำหรับการทำวิจัยด้านไอทีเพียงเรื่องเดียว อาจดูค่อนข้างสูงและควรพิจารณาความคุ้มค่าให้รอบคอบ **ประธานในที่ประชุม** จึงได้มอบหมายให้ทีมงานนำงบประมาณนี้ไปบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุดในภาพรวมของเขตสุขภาพด้วย เพื่อไม่ให้กระจุกตัวอยู่แค่เรื่องเดียวจนเกินไป
 - การบูรณาการเรื่อง PDPA เข้ากับงานวิจัย: **ประธานในที่ประชุม** เสนอแนวคิดว่า เนื่องจากอดีตระบบข้อมูลของเขต (R๘) เคยติดปัญหาข้อกฎหมายเรื่องการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) จึงควรใช้โอกาสนี้นำประเด็นเรื่อง PDPA เข้าไปผนวกรวมในโครงการวิจัยด้าน Security นี้ด้วย เนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกัน เพื่อใช้เป็นช่องทางในการขออนุญาตและปลดล็อกข้อจำกัดเดิมทางกฎหมาย
- ▶ การจัดตั้งมูลนิธิเขตสุขภาพที่ ๘ (มูลนิธิพัฒนาเขตสุขภาพที่ ๘) เพื่อแก้ปัญหาและต่อยอดการพัฒนาของเขตสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์และรายละเอียดดังนี้
- การรองรับสิทธิบัตรและทรัพย์สินทางปัญญา: สืบเนื่องจากการพัฒนาระบบไอทีและนวัตกรรมต่างๆ ของเขตสุขภาพที่ ๘ (เช่น ระบบ R๘ Specialist) มีข้อเสนอแนะว่าควรนำระบบเหล่านี้ไปจดทะเบียนนวัตกรรมเพื่อป้องกันการถูกคัดลอก แต่เนื่องจาก "เขตสุขภาพที่ ๘" ไม่มีสถานะเป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย จึงจดทะเบียนได้ลำบาก การจัดตั้งมูลนิธิซึ่งมีสถานะเป็นนิติบุคคล จะทำให้สามารถนำนวัตกรรมเหล่านี้ไปจดทะเบียนเป็นสมบัติของมูลนิธิได้
 - การบริหารจัดการรายได้และการจัดอบรม: มูลนิธิจะทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการจัดหลักสูตรอบรมต่างๆ (เช่น ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยนครพนม) โดยให้ผู้เข้าร่วมลงทะเบียนจ่ายค่าอบรมเข้ามา และนำกำไรที่ได้เก็บไว้ที่มูลนิธิ
 - การสนับสนุนบุคลากร: รายได้ของมูลนิธิสามารถนำมาใช้เป็นงบประมาณสนับสนุนการทำงาน เช่น จ่ายเป็นค่าจ้างหรือค่าล่วงเวลา (OT) ให้กับทีมนักวิชาการหรือทีมไอทีที่ช่วยพัฒนาระบบ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงาน

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) กลุ่มงานดิจิทัลสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๘ พัฒนาโปรแกรม R๘ Specialist (การดึงข้อมูลเตียง ตารางแพทย์เวร และระบบส่งต่อ) ให้สามารถแสดงผลและทำงานแบบ Real-Time ได้
- ๒) นายแพทย์สุรียันต์ ปัญหาราช รองแพทย์โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และกลุ่มงานดิจิทัลของเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการ
 - พัฒนาพีเจอาร์ให้ระบบสามารถดึงข้อมูลใบส่งตัว (Referral document) จากโรงพยาบาลต้นทางได้โดยอัตโนมัติ และสร้าง Database ของแพทย์และระบบนัดหมายให้ครอบคลุม
 - ประสานงานและเจรจากับตัวแทนบริษัทผู้พัฒนาระบบ HIS (เช่น บริษัท BMS/HOSxP) เพื่อหารือเรื่องค่าใช้จ่ายในการเชื่อมต่อฐานข้อมูล (API) ของโรงพยาบาลทั้ง ๘๘ แห่ง ให้มีความสมเหตุสมผลและเป็นธรรม
 - บริหารจัดการงบประมาณทุนวิจัยด้าน Cyber Security จำนวน ๑.๕ ล้านบาท ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในภาพรวมของเขต เพื่อไม่ให้การใช้งบประมาณกระจุกตัวอยู่เพียงเรื่องเดียว
- ๓) แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ประธาน Service Plan เขตสุขภาพที่ ๘, รองแพทย์โรงพยาบาลที่ดูแลระบบ Seamless, นายแพทย์สุรียันต์ ปัญหาราช รองแพทย์โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และทีม CDO เขตสุขภาพที่ ๘ ประสานงานและประชุมร่วมกันเพื่อประเมิน และพัฒนาระบบร่วมกัน พร้อมทั้งจัดตั้ง LAB เพื่อทดสอบระบบให้แล้วเสร็จภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๙ และให้นำระบบไปตั้งบูธสาธิตที่จังหวัดอุดรธานี โดยให้ครอบคลุมทั้งระบบ ได้แก่ OPD, IPD, การส่งตัวแบบ Seamless, การส่งตัวแบบปกติ และการเชื่อมโยงข้อมูลทรัพยากรต่างๆ
- ๔) ผู้รับผิดชอบเรื่องพิจารณาค่าตอบแทน จัดทำเอกสารข้อเสนอเรื่องการกำหนดค่าตอบแทนสำหรับแพทย์เฉพาะทาง (Specialist) ที่เข้ามาทำหน้าที่ Admin ในระบบช่วยกระจายผู้ป่วย (Seamless) และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
- ๕) กลุ่มงานดิจิทัลสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๘ และทีมนิติกร สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จัดทำหนังสือขออนุญาตตามขั้นตอนทางกฎหมาย เพื่อปลดล็อกประเด็นข้อจำกัดด้าน PDPA ของระบบ R๘ Specialist โดยให้ผนวกเรื่องนี้เข้ากับโครงการวิจัยด้าน Cyber Security
- ๖) นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ ศึกษาแนวทางการการจัดตั้งมูลนิธิเพื่อพัฒนาเขตสุขภาพที่ ๘ และ นำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป เพื่อให้ผู้บริหารพิจารณาว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างไร มีวิธีการอย่างไร
- ๗) นายแพทย์สุรียันต์ ปัญหาราช รองแพทย์โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และกลุ่มงานดิจิทัลของเขตสุขภาพที่ ๘ เตรียมนำเสนอระบบดิจิทัล (R๘ Specialist Seamless) เพื่อเป็น Flagship Model ไปนำเสนอในงานประชุมวิชาการของกระทรวง โดยสามารถเลือกรูปแบบการนำเสนอได้ตามความเหมาะสม (เช่น Paper หรือจัด Booth)

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๕ รายงานความก้าวหน้าการบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลัง ของหน่วยบริการ ในเขตสุขภาพที่ ๘

โดย ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู)

- ▶ สถานะทางการเงินและสภาพคล่อง จากการวิเคราะห์ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๙ ภาพรวมยังไม่มีหน่วยบริการใดในเขตสุขภาพที่ ๘ อยู่ในภาวะวิกฤตทางการเงิน เนื่องจากยังไม่ได้รับเงินโอนเข้ามาในระบบ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากยอดเงินบำรุงติดลบคงเหลือ พบว่า โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เป็นเพียงแห่งเดียวที่มีสถานะเงินบำรุงติดลบ (อันดับ ๓ จาก ๒๐ อันดับแรกของประเทศ) แต่ยังมี NWC, NI, EBITDA เป็นบวก
- ▶ การกำกับติดตามงบกองทุน UC
 - กองทุนที่มีผลงานเกินเป้าหมายแล้ว: ได้แก่ IP Homeward (ทุกสังกัด) (Adj.RW) และ IP Split Admit (ทุกสังกัด) (Adj.RW) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการให้บริการผู้ป่วยในรูปแบบใหม่ๆ (เช่น การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน) ที่ทำผลงานได้สูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้
 - กองทุนที่มีแนวโน้มจะบรรลุเป้าหมาย: ประกอบด้วยกองทุนสำคัญหลายส่วนที่ดูแลโรคเฉพาะทางหรือนวัตกรรม ได้แก่ IP นอกเขต, กองทุน CR, กองทุน HIV, กองทุน KRT และกองทุนนวัตกรรม ทั้ง ๗ ตัว
 - กองทุนที่ต้องเร่งกำกับติดตาม: ได้แก่ PP Fee schedule, กองทุน NCD, กองทุนแพทย์แผนไทย และกองทุนฟื้นฟู
- ▶ การตรวจสอบบัญชีและสินทรัพย์ (GFMIS)



3. การตรวจสอบรายงานการเงินของหน่วยบริการ ในสังกัด สป.สร. สำหรับปีสิ้นสุด วันที่ 30 กันยายน 2568

ข้อตรวจพบของ สตง. จากการตรวจสอบรายงานการเงินของ สป.สร. ประจำปีงบประมาณ 2568

กลุ่ม	ผลต่าง	จำนวนหน่วยเบิกจ่าย (แห่ง)	
		ทั้งประเทศ (แห่ง)	เขต 8 (แห่ง)
1	ไม่มีผลต่าง	44	5
2	น้อยกว่า 10 ล้านบาท	43	2
3	10-500 ล้านบาท	70	6
4	มากกว่า 500 ล้านบาท	65	6
รวม (แห่ง)		222	19

เขตสุขภาพที่ 8

- ❖ **ไม่มีผลต่าง 5 แห่ง** ได้แก่ สสจ. อุดรธานี , sw.เลย , sw.บึงกาฬ , sw.กุมภวาปี , สนข.8
- ❖ **มีผลต่างมากกว่า 500 ล้านบาท** ได้แก่ sw.ศ.อุดรธานี , sw.ศ.สกลนคร , sw.หนองบัวลำภู , sw.หนองคาย , sw.สว่างแดนดิน , sw.ท่าบ่อ

เขตสุขภาพที่ 8

▶ หมวดอาคารสิ่งปลูกสร้าง

หน่วยเบิกจ่ายภายในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 19 แห่ง **ไม่มีมูลค่าผลต่าง** ของรายการอาคารสิ่งปลูกสร้าง คิดเป็น ร้อยละ 100



▶ หมวดครุภัณฑ์

หน่วยเบิกจ่ายที่ยังคงมีมูลค่าผลต่าง ในหมวดครุภัณฑ์ จำนวน 17 แห่ง ได้แก่ สสจ. 6 แห่ง (ยกเว้น สสจ.อุดรธานี) sw. บรพพนม , sw.อุดรธานี , sw.สกลนคร, sw.หนองบัวลำภู sw.หนองคาย, sw.ท่าบ่อ, sw.สว่างแดนดิน และ sw.วานรนิวาส

รายการครุภัณฑ์ไม่ระบุรายละเอียด

คงเหลือ สสจ.หนองบัวลำภู

ที่ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ

- หมวดสิ่งก่อสร้าง: ปัจจุบันดำเนินการตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว ไม่มีหน่วยบริการใดที่มีมูลค่าผลต่างทางบัญชี ถือว่าผ่านเกณฑ์ทั้งหมด
- หมวดครุภัณฑ์: ยังมีหน่วยบริการอีก ๑๗ แห่งที่มีปัญหาผลต่างทางบัญชี

- ▶ การบริหารจัดการงบประมาณและนโยบายการลงทุนระดับเขต
 - การจัดสรรเงินกันระหว่างปี (๓๙.๓ ล้านบาท): มีงบประมาณสำหรับสนับสนุนครุภัณฑ์ให้กลุ่ม Service Plan ทั้ง ๑๒ สาขา จำนวน ๓๙.๓ ล้านบาท (แม้ทาง Service Plan จะเสนอความต้องการมากกว่า ๑๐๐ ล้านบาทก็ตาม)
- ▶ นโยบาย Top-up เพื่อกระตุ้นการลงทุน : เขตมีนโยบายมอบเงินสมทบ (Top-up) ๑๐ ล้านบาท หากจังหวัดใดสามารถบูรณาการเงินบำรุงรวมกันลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น ให้ถึงยอด ๓๐ ล้านบาทได้ ปัจจุบันมีจังหวัดที่เสนอแผนเข้ามาร่วมโครงการ ได้แก่
 - จังหวัดสกลนคร (๖๗ ล้านบาท): เสนอโครงการสร้างแพลตฟอร์มที่พักรถมูลค่า ๖๗ ล้านบาท ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กำหนด หากลงนามสัญญาได้ทันเวลาจะได้รับเงินสมทบจากเขตถึง ๒๐ ล้านบาท
 - จังหวัดเลย (๓๐ ล้านบาท): เสนอโครงการสร้างที่พักเจ้าหน้าที่ เทศคอนกรีต และจ้างเหมาเรือถอนหม้อแปลงไฟฟ้า รวมมูลค่าประมาณ ๓๐ ล้านบาท
 - จังหวัดหนองบัวลำภู (๓๐ ล้านบาท): เสนอโครงการบำบัดน้ำเสีย (โรงพยาบาลศรีบุญเรือง) สร้างถนนและปรับปรุงอาคาร รวมมูลค่า ๓๐ ล้านบาท
 - จังหวัดอุดรธานี (๒๘ ล้านบาท): เสนอโครงการปรับปรุงอาคารเข้ามาเพียง ๒๘ ล้านบาท ซึ่งไม่ถึงเกณฑ์ขั้นต่ำ ๓๐ ล้านบาท จึงพลาดโอกาสรับเงินสมทบในรอบนี้ แต่สามารถรวบรวมโครงการมาเสนอใหม่ได้หลังวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๙ เพื่อพิจารณาใช้งบของปีถัดไป
- ▶ การบริหารงบจัดสรรป้องกันวิกฤติการเงิน โดยใช้ MOE (๔๐ ล้านบาท)
 - เขตสุขภาพยังมีงบประมาณเหลือกันไว้อีกประมาณ ๔๐ ล้านบาท ซึ่งจะนำมาพิจารณาจัดสรรในช่วงไตรมาสที่ ๓ โดยจะเป็นการนำไปลงทุนในโครงการที่ช่วยลดต้นทุนของระบบในระยะยาว รวมถึงการจัดสรรไปที่หมวดการพัฒนาบุคลากรและระบบงาน

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) ทีม CFO เขตสุขภาพที่ ๘ เร่งดำเนินการปรับปรุงบัญชี GL และ GFMS ในหมวดครุภัณฑ์ให้ตรงกัน รวมถึงลงพื้นที่ตรวจสอบว่ามีสิ่งของอยู่จริงหรือไม่ โดยอาจจัดทีมร่วมประเมินหรือจ้างหน่วยงานภายนอก (Outsource) เข้ามาช่วยดำเนินการ ซึ่งตั้งเป้าให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๙
- ๒) นายแพทย์สาธารณสุขทั้ง ๗ จังหวัด ไปทบทวนความต้องการและจัดลำดับความสำคัญในพื้นที่ของตนเอง (Service Plan) และส่งเรื่องให้เขตภายในวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ โดยให้พิจารณารายการสำคัญที่อาจตกหล่น เช่น รถพยาบาลสมรรถนะสูงสำหรับจังหวัดเลยและจังหวัดบึงกาฬ หรือเครื่อง Auto CPR สำหรับใช้ในงานรับเสด็จ เป็นต้น และขอให้ส่งข้อมูลมาที่เขตภายในวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ โดยให้นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ เป็นผู้รวบรวมข้อมูล หลังจากรวบรวมข้อมูลแล้ว จะได้เรียงลำดับรายการของทางฝั่งบริหารและฝั่งวิชาการต่อไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๖ แผนการดำเนินงาน R๘ lifestyle change ๑๐๐๑ อำเภอনারং เขตสุขภาพที่ ๘ ให้สำเร็จภายใน ๑ ปี
โดย รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ผช.ว) ทั้ง ๗ แห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘

๓.๖.๑ แผนการดำเนินงาน R๘ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดอุดรธานี

โดย แพทย์หญิงสืบศิริ บัณฑิตยภิรมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

- ▶ จังหวัดอุดรธานี ขอเปลี่ยนอำเภอনারংเป็น อำเภอโนนสะอาด
 - สถานการณ์ผู้ป่วยและความท้าทาย อำเภอโนนสะอาดมีประชากร ๔๔,๙๓๕ คน มีเครือข่ายบริการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง และ รพ.สต. ๙ แห่ง พร้อมด้วย อสม. ๙๘๗ คน แม้ผลการคัดกรองโรคเบาหวานจะอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ความท้าทายหลักคือการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโดยมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้
 - กลุ่มเสี่ยง: ๗๐๖ คน
 - กลุ่มป่วยเบาหวาน (DM) รวม: ๓,๗๒๗ คน (แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยปกติ ๓,๔๔๒ คน และกลุ่มที่เข้าเกณฑ์คลินิก DM Remission ๒๘๕ คน)
 - สัดส่วนการรับยา: ผู้ป่วยรับยาที่ รพ.สต. และโรงพยาบาล อยู่ในสัดส่วน ๓๐:๗๐
- ▶ กลยุทธ์และการจัดหลักสูตรอบรม (Lifestyle Medicine) โดยได้จัดเตรียมโค้ชระดับครู ก. ๑๙ คน และครู ข. ๒๐๐ คน รวมถึงใช้ อสม. เป็นโค้ชประกบดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยออกแบบหลักสูตรอบรม ๑ วันที่ปรับเปลี่ยนเนื้อหาตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่
 - หลักสูตรสำหรับ อสม. (๙๘๗ คน): แบ่งเป็น ๕ ฐานความรู้ ได้แก่ การประเมินตัวเลขความเสี่ยง, โภชนาการ (การนับคาร์บ และ IF), กิจกรรมทางกาย, การพักผ่อน/จัดการความเครียด และเรื่องยา/สมุนไพร
 - หลักสูตรกลุ่มเสี่ยง (๗๐๖ คน): เนื้อหาล้ายกับกลุ่ม อสม. เพื่อเน้นการป้องกันการเกิดโรค แต่จะตัดฐานเรื่องยาออก
 - หลักสูตรกลุ่มป่วยเบาหวาน (๓,๗๒๗ คน): จะมีความเข้มข้นกว่า โดยมี ๖ ฐานความรู้ ซึ่งฐานโภชนาการจะเจาะลึกรายละเอียดมากขึ้น (เช่น การนับคาร์บ การคิดปริมาณโปรตีน การเว้นช่วงกิน และไขมัน) และเพิ่มฐานความรู้เรื่อง "เบาหวานหายได้" เข้ามาด้วย
- ▶ กระบวนการติดตามพฤติกรรมและประเมินผลอย่างใกล้ชิด
 - ระบบพี่เลี้ยงดูแลรายบุคคล: กำหนดให้ อสม. เป็นพี่เลี้ยงและโค้ช (Coach) ดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล
 - การประเมินพฤติกรรม ๕ ด้าน: อสม. จะนัดหมายผู้ป่วยมาที่ Health Station หรือลงพื้นที่เยี่ยมบ้านทุกเดือน เพื่อประเมินพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ความเครียด การนอน และการใช้ยา
 - การติดตามตัวชี้วัดสุขภาพ: จะมีการเจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX), ชั่งน้ำหนัก, วัดความดัน, วัดรอบเอว และคำนวณ BMI ทุกเดือน โดยหากพบว่าค่า DTX สูงเกิน ๑๘๐ ติดต่อกัน ๒ ครั้ง หรือเกิน ๒๕๐ จะทำการส่งตัวผู้ป่วยให้พบแพทย์ทันที

- ▶ การจัดอบรมตามกลุ่มเป้าหมาย (Segmentation) มีการใช้หลักไลฟ์สไตล์เมดิซีนมาออกแบบเป็นหลักสูตรระยะสั้น ๑ วัน ในช่วงเดือนพฤษภาคม โดยแบ่งเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ๓ กลุ่มหลัก ได้แก่
 - กลุ่ม อสม. (๙๘๗ คน): จะได้รับการอบรมเพื่อไปเป็นพี่เลี้ยง (Coach) ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยเน้นฐานความรู้ ๕ ฐาน คือ ๑. การประเมินความเสี่ยงและแปลผลสุขภาพ ๒. โภชนาการ (การนับคาร์บ และการทำ IF) ๓. กิจกรรมทางกาย ๔. การพักผ่อนและจัดการความเครียด ๕. เรื่องยาและสมุนไพร
 - กลุ่มเสี่ยง (๗๐๖ คน): เน้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยใช้เนื้อหาคล้ายกับกลุ่ม อสม. แต่จะตัดฐานเรื่องยาออกไป
 - กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (๓,๗๒๗ คน): จะมีความเข้มข้นของเนื้อหามากที่สุด โดยเพิ่มเป็น ๖ ฐานความรู้ ซึ่งในส่วนของโภชนาการจะเจาะลึกถึง ๔ ฐานย่อย (การนับคาร์บ, การคิดปริมาณโปรตีน, การเว้นช่วงกิน และการเรียนรู้เรื่องไขมัน) และมีการเพิ่มฐานความรู้ที่ ๖ คือเรื่อง "เบาหวานหายได้" เพื่อปรับทัศนคติของผู้ป่วย
- ▶ การติดตามพฤติกรรม ๕ ด้าน หลังจากการอบรม จะเข้าสู่ช่วงการติดตามผลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลา ๓ เดือน (มิถุนายน-สิงหาคม) โดยมี อสม. ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน หรือนัดหมายผู้ป่วยมาที่ Health Station เพื่อประเมินและให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๕ ด้านหลักที่สอดคล้องกับหลัก Lifestyle medicine ได้แก่
 - ด้านอาหาร
 - ด้านการออกกำลังกาย
 - ด้านอารมณ์และความเครียด
 - ด้านการนอน
 - ด้านการใช้ยา
- ▶ แผนปฏิบัติการและไทม์ไลน์
 - เมษายน - พฤษภาคม: จัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วย จับคู่ อสม. เป็นพี่เลี้ยง และจัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งเร่งเจาะเลือดตรวจค่า HbA1c ครั้งแรกให้ครบ ๑๐๐% เพื่อใช้เป็นค่าตั้งต้น
 - มิถุนายน - สิงหาคม (ช่วงติดตามผล ๓ เดือน): อสม. จะลงพื้นที่เยี่ยมบ้านหรือนัดหมายมาที่ Health Station เพื่อชั่งน้ำหนัก วัดความดัน วัดรอบเอว ประเมินพฤติกรรม ๕ ด้าน และเจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) ทุกเดือน โดยผู้ป่วยจะพบเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทุกเดือน แต่หากพบค่า DTX เกิน ๑๘๐ สองครั้งติดกัน หรือเกิน ๒๕๐ จะต้องส่งไปพบแพทย์ทันที
 - กันยายน: จะดำเนินการเจาะเลือดประเมินค่า HbA1c ครั้งที่ ๒ เพื่อดูผลสัมฤทธิ์ของโครงการ

๓.๖.๒ แผนการดำเนินงาน R๔ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดสกลนคร

โดย แพทย์หญิงกัญญาภัก ศีลารักษ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

- ▶ จังหวัดสกลนคร มีอำเภอนำร่องคืออำเภอฟังโคน
- ▶ สถานการณ์และประชากรกลุ่มเป้าหมาย
 - การคัดกรอง: พื้นที่ที่สามารถคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้ครอบคลุมถึง ๙๖.๕๗%
 - จำนวนผู้ป่วยเป้าหมาย: มีผู้ป่วยเบาหวาน (DM) ในพื้นที่รวมทั้งหมด ๔,๐๑๘ คน
 - ความคืบหน้าการเข้าร่วม
 - กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน ๑๖๕ คน เข้าสู่กระบวนการแล้ว ๓๒ คน
 - กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายเก่า จำนวน ๓,๘๕๓ คน เข้าสู่กระบวนการแล้ว ๖๕ คน
 - เป้าหมาย: ปัจจุบันมีผู้เข้าร่วมโครงการอย่างเป็นทางการแล้ว ๑๙๐ คน โดยทางพื้นที่คาดการณ์ว่าภายในระยะเวลา ๓ เดือน ผู้ป่วยเบาหวานทั้ง ๔,๐๐๐ กว่าคน จะได้เข้าสู่กระบวนการทั้งหมด
- ▶ การจัดกลุ่มเป้าหมาย ทางอำเภอฟังโคนได้นำแนวทางของเขตมาออกแบบการจัดกลุ่มผู้ป่วย เพื่อให้สามารถกำหนดรูปแบบและความเข้มข้นของการดูแลได้อย่างเหมาะสม โดยแบ่งออกเป็น ๔ กลุ่มหลัก ได้แก่
 - กลุ่มเสี่ยง
 - กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม
 - กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม
 - กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สนใจ
- ▶ หลักสูตรและบุคลากรที่ให้ความรู้
 - เนื้อหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: หลักสูตรจะมุ่งเน้นไปที่การควบคุมอาหาร (Diet control), การออกกำลังกาย, การจัดการวิถีชีวิต (Lifestyle management) และให้ความรู้ด้านโภชนาการ
 - บุคลากรขับเคลื่อนหลัก: พื้นที่จะใช้ทีม "ครู ก." ที่ผ่านการอบรมเรียบร้อยแล้ว ลงไปกระจายกำลังตาม รพ.สต. เพื่อทำหน้าที่ให้ความรู้และดูแลผู้ป่วย โดยมีระบบการกำกับติดตามผลที่ชัดเจนมารองรับ
- ▶ กลไกและผู้รับผิดชอบการติดตาม การกำกับติดตามและให้ความรู้แก่สมาชิกจะถูกขับเคลื่อนโดยบุคลากรระดับ "ครู ก." ที่ผ่านการอบรมมาแล้ว ซึ่งจะกระจายตัวไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ ครู ก. จะทำหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโภชนาการ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการวิถีชีวิต พร้อมทั้งมีระบบ การกำกับติดตามสมาชิกอย่างชัดเจน

๓.๖.๓ แผนการดำเนินงาน R๔ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดนครพนม

โดย นายแพทย์กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

- ▶ จังหวัดนครพนม มีอำเภอนำร่องคืออำเภอโพนสวรรค์
- ▶ ผลการคัดกรองสุขภาพ
 - ในภาพรวมของจังหวัดนครพนม สามารถดำเนินการคัดกรองสุขภาพประชากรได้ครอบคลุมถึง ๙๕%
 - สำหรับพื้นที่เป้าหมายหลักคือ อำเภอโพนสวรรค์ มีอัตราการคัดกรองที่สูงถึงเกือบ ๙๘%

- ▶ การประเมินกลุ่มเป้าหมายจากผลคัดกรอง
 - จากผลการคัดกรองพบว่ามียุทธศาสตร์เป้าหมายในพื้นที่อำเภอโพธารวมประมาณ ๔,๐๐๐ คน ซึ่งมีขนาดใกล้เคียงกับพื้นที่นาร่องของจังหวัดสกลนคร
 - เมื่อนำข้อมูลมาคัดกรองตามเกณฑ์ พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สามารถเข้าสู่โปรแกรม DM Remission ได้ถึง ๒,๘๘๓ ราย
- ▶ ความคืบหน้าในการดึงผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการ
 - การดำเนินงานรอบแรก: ได้เริ่มต้นดำเนินการนาร่องที่ตำบลโพธารวม โดยมีผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วจำนวน ๒๑๗ คน
 - ผลสัมฤทธิ์เบื้องต้น: จากการติดตามผล มีผู้ป่วยที่สามารถทำเบาหวานระยะสงบ (Remission) สำเร็จแล้วจำนวน ๓ ราย
 - แผนการขยายผล: ปัจจุบันโครงการกำลังอยู่ในช่วงขยายพื้นที่การดำเนินงานและดึงกลุ่มเป้าหมายที่เหลือเข้าสู่กระบวนการ ผ่านเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ต่อไป
- ▶ รูปแบบและกลไกการดูแลของโพธารวมโมเดล
 - การใช้แนวคิด "โพธารวม": ทางพื้นที่ได้นำชื่อ "โพธารวม" มาแยกย่อยเป็นกรอบการทำงานเพื่อใช้บูรณาการทั้งในเรื่องของโภชนาการ การดูแลผู้ป่วย และระบบการติดตามนัดหมาย
 - การบูรณาการโมเดลบันได ๕ ชั้น ของ สสส.: นำมาประยุกต์ใช้เป็นแกนหลัก ร่วมกับการให้ทีมผู้เชี่ยวชาญช่วยออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะรายบุคคล
 - ระบบพี่เลี้ยงและการมีส่วนร่วม: ขับเคลื่อนผ่านกลไก "ครู ก.", "ครู ข." และมีระบบพี่เลี้ยง "Training Buddy" นอกจากนี้ยังเน้นให้แกนนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด
 - การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม: มีการนำ เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย (Body Composition) มาใช้ประเมินผู้ป่วย และมีการใช้ แพลตฟอร์มดิจิทัล เข้ามาช่วยจัดการข้อมูล โดยได้รับความร่วมมือจาก มหาวิทยาลัยนครพนม ในฐานะที่ปรึกษาโครงการ

๓.๖.๔ แผนการดำเนินงาน R๔ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดเลย

โดย แพทย์หญิงระพีพรรณ จันทร์อ้วน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย

- ▶ จังหวัดเลย มีอำเภอนาร่องคืออำเภอภูหลวง
- ▶ กลุ่มเป้าหมายและระยะเวลาดำเนินการ อำเภอภูหลวงมีกลุ่มเป้าหมายหลักคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประมาณ ๒,๐๐๐ คน และกลุ่มเสี่ยงอีกประมาณ ๗๐๐ คน โดยทางพื้นที่ได้วาง Roadmap และตั้งเป้าหมายที่จะนำผู้ป่วยทั้งหมดเข้าสู่กระบวนการดูแลให้ครอบคลุม ๑๐๐% ภายในเดือนกันยายน
- ▶ หลักสูตร "สุขภาพดี วิถีภูหลวง" พื้นที่ได้ออกแบบเนื้อหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle Modification) ที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง แบ่งออกเป็น ๔ ส่วนหลัก ได้แก่:
 - การรู้จักและประเมินสุขภาพของตนเอง
 - การรู้จักกินและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคให้เหมาะสม
 - การปรับสมดุลร่างกายด้วยหลักของ SKT และมณีเวช
 - การออกกำลังกายง่ายๆ สไตล์ภูหลวง

- ▶ ระบบพี่เลี้ยง (Coaching & Buddy System) เช่นเดียวกับพื้นที่นาร่องอื่นๆ จังหวัดเลยให้ความสำคัญกับระบบพี่เลี้ยง แต่มีการกำหนดโครงสร้างการดูแลเป็น ๓ ระดับอย่างชัดเจน ได้แก่ โค้ช, ครู ก. และบัดดี้ (Buddy) เพื่อสร้างเป็นโครงข่ายการดูแลตั้งแต่ระดับครัวเรือนเชื่อมโยงไปจนถึงโรงพยาบาล โดยใช้รูปแบบการดูแลแบบดาวไลน์ (Downline) และกำหนดอัตราส่วนพี่เลี้ยงต่อผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจนที่ ๑ : ๑๑
- ▶ การบริหารจัดการและมาตรฐานการดูแล
 - บทบาทของ NCD Board: มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหมด (ไว้รอยต่อ) ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง การดูแลรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และระบบส่งต่อ
 - การกระจายทรัพยากร: ฤกวางแผนกระจายลงสู่ ๔ ระดับ ได้แก่ Health Station, รพ.สต., โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลแม่ข่าย
 - การต่อยอดสู่งานวิจัย: มีระบบการจัดเก็บข้อมูล ๓ ขั้นตอน เพื่อใช้เป็นฐานในการติดตามประเมินผล และสามารถนำข้อมูลไปต่อยอดเป็นงานวิจัยควบคู่กันไป

๓.๖.๕ แผนการดำเนินงาน R๘ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดหนองคาย

- ▶ จังหวัดหนองคาย มีอำเภอนาร่องคืออำเภอท่าบ่อ
- ▶ ผลการคัดกรองและกลุ่มเป้าหมาย (ซึ่งมี ๑๐ ตำบล ๑๐ รพ.สต. และ ๑ PCU)
 - อำเภอท่าบ่อสามารถดำเนินการคัดกรองประชากรได้ครอบคลุมถึง ๙๑.๑%
 - พบประชากรที่จัดอยู่ใน กลุ่มเสี่ยงจำนวน ๒,๗๐๐ คน และ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจำนวนกว่า ๖,๕๐๐ คน
- ▶ กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดกลุ่ม (Segmentation) สำหรับกลุ่มเสี่ยง พื้นที่ใช้แนวทางที่เรียกว่า "R๘way" และสร้าง "R๘D Coach" โดยเริ่มจากการอบรมโค้ชเพื่อให้โค้ชนำความรู้ไปถ่ายทอดและดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงอีกทอดหนึ่ง ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ทางอำเภอได้ออกแบบการอบรมออกเป็น ๒ รูปแบบ เพื่อแก้ปัญหาข้อจำกัดด้านเวลาสำหรับผู้ที่ไม่พร้อมมาร่วมกิจกรรมในเวลากลางวันได้แก่
 - รูปแบบออนไซต์ (Onsite): มีเป้าหมาย ๑,๒๐๐ คน (ปัจจุบันตั้งเข้าระบบได้แล้ว ๔๐๐ คน) กลุ่มเป้าหมายหลักคือ ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วม, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นเบาหวาน, อสม. และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่เพิ่งเป็นในช่วง ๓ ปีแรก โดยมีโปรแกรมรองรับถึง ๓ โปรแกรม
 - รูปแบบออนไลน์ (Online): เป็นโปรแกรมทางเลือกที่จัดเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่พร้อมหรือไม่สะดวกมาร่วมอบรมแบบออนไซต์
- ▶ กระบวนการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานในพื้นที่จะมีการติดตามข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และประเมินความเสี่ยง รวมถึงการเจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) โดยมีความเข้มข้นของการติดตามต่างกัน ดังนี้
 - กลุ่มออนไซต์ (Onsite): มีโปรแกรมรองรับ ๓ โปรแกรมตามกลุ่มเป้าหมาย โดยกลุ่มออนไซต์นี้จะได้รับการติดตามผลที่มีความเข้มข้นสูง มีการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ประเมินความเสี่ยง และที่สำคัญคือจะมีการเจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) อย่างต่อเนื่องถึงสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง และจะมีการประเมินผลเมื่อครบ ๓ เดือน
 - กลุ่มออนไลน์ (Online) หรือกลุ่มอื่นๆ: จะมีกิจกรรมประเมินผลในลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มออนไซต์ แต่ความเข้มข้นในการติดตาม เช่น ความถี่ในการเจาะระดับน้ำตาล (DTX) จะน้อยกว่า

๓.๖.๖ แผนการดำเนินงาน R๔ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดหนองบัวลำภู

- ▶ จังหวัดหนองคาย มีอำเภอนำร่องคืออำเภอนากลาง
- ▶ ผลการคัดกรองประชากรกลุ่มเป้าหมาย พื้นที่อำเภอนากลางมีประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๔๑,๙๙๘ ราย โดยสามารถดำเนินการคัดกรองสุขภาพได้ครอบคลุมถึง ๙๖.๓๓% จากผลการคัดกรองดังกล่าว พบกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญดังนี้
 - กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (DM) จำนวน ๕๒๕ ราย (และกลุ่มเสี่ยงจำนวน ๑,๔๕๒ ราย)
 - กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DM) จำนวน ๗,๐๗๓ ราย
 - กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) จำนวน ๙,๒๒๕ ราย
- ▶ การนำผลคัดกรองไปออกแบบหลักสูตรการดูแล (Segmentation) ทางพื้นที่ได้นำข้อมูลจากการคัดกรองมาแบ่งกลุ่มเพื่อออกแบบหลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกเป็น ๓ รูปแบบหลัก เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ได้แก่:
 - หลักสูตรสำหรับกลุ่มเสี่ยง (หลักสูตรโรงเรียนนากลางวิทยา) จะมีการจัดอบรมกระจายไปตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง ๑๓ แห่ง แห่งละ ๔๐ คน โดยมีรอบการติดตามผลทั้งหมด ๔ ครั้ง คือที่ระยะ ๑ สัปดาห์, ๑ สัปดาห์, ๑ เดือน และ ๓ เดือน ซึ่งจะครบกำหนดใน ๖ เดือน นอกจากนี้ ยังมีการใช้ระบบบัดดี้ (Buddy) โดยให้นักบริบาลสุขภาพชุมชน ลงพื้นที่เคาะประตูบ้านเพื่อติดตามการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องให้ครบ ๑ ปี
 - หลักสูตรสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ และกลุ่มเตรียมเข้าสู่ภาวะสงบ (DM Remission) กลุ่มนี้ จะได้รับการดูแลแบบเข้มข้น (Intensive Care) โดยจะเน้นให้ความสำคัญกับกลุ่มเล็กเพื่อผลลัพธ์ที่ชัดเจน ชับเคลื่อนโดย "ครู ก." และทีมสหวิชาชีพ โครงสร้างหลักของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะใช้รูปแบบ "๓ ๒ ๑ น." และจะมีการติดตามผลอย่างใกล้ชิดถึง ๖ ครั้ง โดยเฉพาะกลุ่ม DM Remission จำนวน ๗๔ ราย ก็จะได้รับติดตามครบทั้ง ๖ ครั้งเช่นเดียวกัน
 - หลักสูตรสำหรับผู้ป่วยรายเดิม (Mini Lifestyle) สำหรับผู้ป่วยรายเก่า พื้นที่จะเน้นการบริหารจัดการในภาพรวม โดยนำหลักสูตรมาปรับให้กระชับขึ้น เรียกว่า "Mini Lifestyle" ซึ่งยังคงเนื้อหาของ ๖ เสาหลักเอาไว้ แต่จะลดรอบการติดตามจาก ๖ ครั้ง เหลือเพียง ๓ ครั้ง (ติดตามทุกๆ ๓ เดือน) โดยจัดอบรมแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่รุ่นละ ๒๕๐ ราย จำนวน ๒๔ รุ่น เพื่อผลักดันให้ครอบคลุมเป้าหมายได้ ๑๐๐% ครบทั้ง ๓ Setting

๓.๖.๗ แผนการดำเนินงาน R๔ lifestyle change ๑๐๐๑ จังหวัดบึงกาฬ

- ▶ พื้นที่นำร่อง อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ มีการนำรูปแบบจากการศึกษาดูงานที่อำเภอบางระกำ มาพัฒนาเป็น "ปากคาดโมเดล"
- ▶ รูปแบบและระยะเวลาของหลักสูตร หลักสูตรกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของปากคาดโมเดล จะใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น ๒๔ สัปดาห์ (เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน) โดยมีการแบ่งช่วงติดตามผลในสัปดาห์ที่ ๔, ๘, ๑๒ และ ๒๔
- ▶ กลไกการติดตามและให้คำปรึกษา
 - การประเมินตนเอง: ให้ผู้ป่วยทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง
 - การติดตามผ่านช่องทางออนไลน์: ผู้ป่วยจะต้องส่งรูปภาพอาหารที่รับประทานพร้อมกับผลตรวจระดับน้ำตาลผ่านแอปพลิเคชัน Line ไปให้กับ Case Manager ที่โรงพยาบาล เพื่อให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำและประเมินผลอย่างใกล้ชิด

/การเจาะ...

- การเจาะเลือดติดตามผล (HbA_{1c}): จะมีการตรวจติดตามค่า HbA_{1c} ก่อนเข้าร่วมโครงการ และจะมอนิเตอร์อีกครั้งเมื่อครบ ๓ เดือน จำนวน ๒ ครั้งติดต่อกัน ซึ่งค่าใช้จ่ายในส่วนนี้สามารถเบิกจ่ายจาก สปสช. ได้
- ▶ ผลลัพธ์และการขยายผล ปัจจุบันอำเภอปากคาดมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทำ DM Remission ประมาณ ๑,๖๐๐ คน และสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ (Remission) สำเร็จได้ถึง ๑๑% ซึ่งถือเป็นอัตราที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับอำเภออื่นๆ ขณะนี้ทางจังหวัดกำลังเดินทางขยายกระบวนการทำ DM Remission ไปยังอีก ๗ อำเภอที่เหลือ โดยทางเขตสุขภาพมีแผนที่จะนำผลลัพธ์ค่า A_{1c} จากทุกพื้นที่ไปร่วมกันทบทวนและพัฒนาระบบในช่วงต้นเดือนสิงหาคม ๒๕๖๙ ต่อไป
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** เน้นย้ำถึงประเด็นสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกระบวนการรักษา ดังนี้
 - การระมัดระวังต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เมื่อโครงการลงลึกไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างเข้มข้น ผู้ป่วยที่ยังคงรับประทานยาอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้ยาในปริมาณมาก อาจจะมีผลกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือไฮโปไกลซีเมีย (Hypoglycemia) ได้ หากระดับน้ำตาลในร่างกายลดลงแต่ยังคงได้รับยาในปริมาณเท่าเดิม
 - การจัดทำระบบให้คำปรึกษาและโค้ชปรึกษา เพื่อป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว **ประธานในที่ประชุม** ได้เน้นย้ำว่า พื้นที่จำเป็นต้องสร้าง ระบบ Consultation ขึ้นมาดูแลเรื่องนี้อย่างจริงจัง โดยจะต้องมีการพูดคุยและตั้งแพทย์อายุรกรรม ในระดับอำเภอหรือระดับจังหวัดให้เข้ามามีบทบาทเป็น "โค้ชในการปรับเปลี่ยนยา" ให้กับผู้ป่วยโดยเฉพาะ
 - การลดช่องว่างและปัญหาความขัดแย้งในการรักษา การสื่อสารและการทำงานร่วมกับแพทย์อายุรกรรมอย่างใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญมาก หากไม่มีการตกลงระบบการปรับลดยาให้ดี โครงการอาจมีความเสี่ยงที่จะล้มเหลว หรืออาจถูกปฏิเสธ จากแพทย์ผู้ดูแลการรักษาเดิมได้ (เช่น อาจเกิดข้อสงสัยว่าทีมงานไปปรับลดการให้ยาของผู้ป่วยทำไม) ดังนั้นทุกฝ่ายจึงต้องตกลงและจับคู่แนวทางการทำงานร่วมกันให้ชัดเจนตั้งแต่แรก

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้ นายแพทย์สุรพงศ์ ลักษุช รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ รวบรวมข้อมูลจากทั้ง ๗ จังหวัด หากมีค่าใช้จ่ายใดที่ต้องใช้เพิ่มเติม (นอกเหนือจากค่า A_{1c} ที่เบิก สปสช. ได้) ให้ทำการรวบรวมข้อมูลแล้วส่งให้นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อจัดสรรงบประมาณในส่วนที่จำเป็นให้พื้นที่ต่อไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๗ กรอบบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

โดย นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

- ▶ เกณฑ์กำหนดกรอบบัญชียาในปัจจุบัน ปัจจุบันมีการกำหนดเพดานรายการยาตามระดับของสถานบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์และโรงเรียนแพทย์ ไม่ควรเกิน ๗๕๐ รายการ, โรงพยาบาลศูนย์ ไม่เกิน ๗๐๐ รายการ, โรงพยาบาลทั่วไป ไม่เกิน ๕๕๐ รายการ และโรงพยาบาลชุมชน ไม่เกิน ๓๐๐ รายการ
- ▶ ผลกระทบและข้อกังวลหากมีการขยายกรอบบัญชียา
 - ความจำเป็นในการขยาย: หากไม่มีการขยายกรอบบัญชียา จะส่งผลให้โรงพยาบาลมีส่วนการขออนุมัติรายการยาเฉพาะรายที่สูงมาก

- ภาระทางการเงิน: การขยายกรอบยาแบบไม่มีเพดานอาจสร้างภาระทางการเงินอย่างหนักให้กับโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อมีแพทย์เฉพาะทางจบใหม่จากโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมักจะคุ้นเคยกับการสั่งจ่ายยาของโรงเรียนแพทย์ หากไม่มีกรอบจำกัด อาจทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาหมุนเงินไม่ทัน
- ▶ นโยบายและข้อสั่งการในการขยายกรอบบัญชียา
 - **ประธานในที่ประชุม** มีมุมมองว่า ควรให้อิสระแก่ผู้บริหารโรงพยาบาลในการบริหารจัดการบัญชียา ด้วยเหตุและผล เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลมีข้อจำกัดด้านงบประมาณเป็นตัวล็อกไว้อยู่แล้ว โดยได้วางแนวทางสำหรับพื้นที่ที่ต้องการขยายกรอบบัญชียาดังนี้
 - สำหรับโรงพยาบาลชุมชน: หากต้องการเพิ่มรายการยา ให้ส่งเรื่องผ่านการพิจารณาความเหมาะสมจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ.สสจ.) กรณีเห็นควรอนุมัติเพิ่มรายการยา ให้นำเข้าในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ต่อไป
 - สำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป: ให้กลับไปทบทวนความจำเป็น หากต้องการเพิ่มรายการยา ให้นำเข้าในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ (ส่วนกรณีของจังหวัดอุดรธานีที่ขอเพิ่มมาแล้ว หากยังอยู่ในสัดส่วนเดิมก็ไม่มีปัญหา)
- ▶ สัดส่วนการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)
 - ข้อกำหนดตามกฎหมาย พ.ร.บ.สถานพยาบาล ได้ระบุหลักเกณฑ์ด้านสัดส่วนมูลค่าการจัดซื้อยาไว้ว่า สัดส่วนการซื้อยานอกบัญชียา (NED) จะต้องไม่เกิน ๔๐% (หรือ ED ต้องไม่น้อยกว่า ๖๐%) ซึ่งหากจัดซื้อยานอกบัญชียา เกินกว่าสัดส่วน ๔๐% นี้ จะถือว่าผิดกฎหมาย
 - ประโยชน์ของสัดส่วนยาต่อการบริหารจัดการ ตัวแทนผู้บริหารโรงพยาบาลมองว่า การมีข้อกำหนดเรื่องสัดส่วนยา ED-NED นี้มีความจำเป็นอย่างมาก เพราะใช้เป็นเครื่องมือ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลใช้ในการปฏิเสธการขออนุมัติซื้อยาได้ เนื่องจากมักพบปัญหาว่าแพทย์เฉพาะทางที่เพิ่งจบจากโรงเรียนแพทย์ มักจะขอนำรายการยาเฉพาะทางที่มีมูลค่าสูงเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล ซึ่งหากปล่อยให้มีการจัดซื้อยานอกบัญชียา แบบไม่จำกัด โรงพยาบาลจะต้องแบกรับภาระงบประมาณและอาจทำให้หมุนเงินไม่ทัน
- ▶ การจัดซื้อยาร่วม ระดับเขตสุขภาพ
 - สถานะปัจจุบันของการจัดซื้อยาร่วม ในปัจจุบันมีการดำเนินการสืบราคาร่วมกันในระดับเขต โดยมีจังหวัดสกลนครเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการสืบราคาและจัดซื้อยาร่วม (ในขณะที่จังหวัดอุดรธานีเป็นผู้ดูแลเรื่องการจัดซื้อร่วมของฝั่งห้องปฏิบัติการหรือ LAB)
 - ประเด็นข้อกังวลด้านกฎหมายและอำนาจการจัดซื้อ **ประธานในที่ประชุม** ได้ตั้งข้อสังเกตถึงฐานความถูกต้องของการทำงานภายใต้ พ.ร.บ.จัดซื้อจัดจ้างฯ โดยเฉพาะในเรื่องของ การมอบอำนาจและขั้นตอนการอนุมัติ เนื่องจากเดิมที มีการขออนุญาตจากกรมบัญชีกลางเพื่อมอบอำนาจให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และส่งต่อมายังผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จึงมีข้อสงสัยว่า ในปัจจุบันที่ให้โรงพยาบาลหรือหน่วยงานไปดำเนินการอนุมัติ หรือทำสัญญากันเองนั้น เป็นกระบวนการที่ถูกต้องตามขั้นตอนทางกฎหมายหรือไม่
 - รูปแบบสัญญาและกลยุทธ์การจัดซื้อ เพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายของยาเฉพาะทางที่มีมูลค่าสูง การนำยาเหล่านั้น (รวมถึงวัคซีนต่างๆ) มาจัดซื้อร่วมกันระดับเขตจะช่วยให้ได้ราคามาตรฐานเดียวกันทั้งหมด โดยสามารถเลือกใช้รูปแบบสัญญาได้หลากหลาย เช่น การล็อคราคาโดยไม่จำกัดปริมาณ หรือการกำหนดให้ผู้ขายทยอยส่งของและเบิกจ่ายเงินเป็นงวดๆ เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นให้กับการจัดซื้อ

- ข้อควรระวังเรื่องพฤติกรรมการจัดซื้อ มีการเน้นย้ำให้ระวังพฤติกรรมที่เกสัชกรพยายามแบ่งงบประมาณการจัดซื้อแต่ละครั้งให้อยู่ในวงเงินไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท (เพื่อใช้วิธีเฉพาะเจาะจง) เนื่องจาก อาจทำให้เกิดช่องโหว่และนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ โดยแนะนำให้เข้าสู่กระบวนการประกวดราคา (Bidding) ตามปกติ และหากทำไม่ทันจริงๆ ควรใช้กลไกทางกฎหมายที่รองรับ เช่น การสั่งซื้อซ้ำ (Repeat Order) จากสัญญาเก่าเป็นระยะเวลาสั้นๆ เพื่อให้งานเดินหน้าได้โดยไม่ผิดระเบียบ
- ▶ อำนาจในการอนุมัติขยายกรอบบัญชียาและสัดส่วนยา
 - ความแน่ชัดของอำนาจ: อำนาจการอนุมัติให้โรงพยาบาลขยายรายการในบัญชียาเกินจำนวนเกณฑ์ที่กำหนดนั้น อยู่ในอำนาจของผู้ตรวจราชการหรือไม่
 - การตรวจสอบข้อกฎหมาย: ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า แม้จะมีการแจ้งหลักเกณฑ์และให้อำนาจมา แต่ต้องตรวจสอบข้อกฎหมายและ "สภาพบังคับ" ให้ชัดเจนก่อนว่าสามารถใช้ "อำนาจบริหารราชการแผ่นดิน คือแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข" เพื่อประกาศเป็นแนวทางของเขตได้หรือไม่
 - **ประธานในที่ประชุม** มอบหมาย นิติกรสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ช่วยหาข้อมูลว่า ข้อมูลการขยายกรอบยา สามารถประกาศใหม่ได้หรือไม่ ในเรื่องสัดส่วนมีสภาพบังคับหรือไม่อย่างไร
- ▶ อำนาจในการอนุมัติกระบวนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วม
 - ข้อสงสัยในสายบังคับบัญชาและการมอบอำนาจ: ในระบบการจัดซื้อร่วม ซึ่งเดิมเป็นอำนาจของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งข้อสังเกตว่า หากมีการมอบอำนาจที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ขั้นตอนการทำงานควรจะต้องให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้อนุมัติกระบวนการจัดซื้อจ้างด้วยหรือไม่ (คล้ายกับกรณีของผู้ว่าราชการจังหวัด)
 - ความถูกต้องของการดำเนินการปัจจุบัน: ปัจจุบันพบว่ากลไกการจัดซื้อร่วมเป็นการให้โรงพยาบาลหรือหน่วยงานไปดำเนินการและอนุมัติสัญญาตัวเอง ซึ่งผู้ตรวจราชการไม่แน่ใจว่าดำเนินการได้อย่างถูกต้องตามระเบียบหรือไม่ และสามารถ "มอบอำนาจต่อ" ให้หน่วยงานดำเนินการแทนได้หรือไม่

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) ในเบื้องต้นขอให้ทุกโรงพยาบาลบริหารจัดการกรอบบัญชียา ให้อยู่ในสัดส่วนตามขอบเขตกฎหมายเดิมไปก่อน
- ๒) นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย, นายแพทย์ยอดลักษ์ สัยลังการองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย และนิติกรสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ทบทวนและสืบค้นข้อมูลข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสภาพบังคับของสัดส่วนบัญชีรายการยา นี้ ว่าเขตสามารถประกาศหลักเกณฑ์ใหม่ได้หรือไม่ และทบทวนข้อกฎหมายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อยาร่วม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความเชื่อมโยงในการมอบอำนาจ กระบวนการทำสัญญา รวมถึงประเภทของสัญญาในรูปแบบต่างๆ เพื่อรวบรวมเป็นองค์ความรู้และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

- ๓.๘ รายงานความก้าวหน้าข้อมูลสินทรัพย์ ประเภทอาคาร สิ่งปลูกสร้าง ครุภัณฑ์ แต่ละจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ (นำเสนอเป็นเอกสาร)
- ▶ **มติที่ประชุม : รับทราบเรื่องตามเอกสารที่นำเสนอ**

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

๔.๑ รายงานติดตามความก้าวหน้าการบริหารงบลงทุน

โดย ประธาน CSEO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย)

- ▶ งบลงทุนสิ่งก่อสร้าง (ปี ๒๕๖๙) มีทั้งรายการที่เป็นงบผูกพันและงบปีเดียวที่อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ
 - สถานะโครงการงบปีเดียว: มีรายการก่อสร้างที่เป็นงบปีเดียวและยังไม่ได้ลงนามในสัญญา ได้แก่ โรงพยาบาลโพธิสัย (๑ รายการ) และอาคารจ่ายกลาง ๑ ชั้นที่โรงพยาบาลสุวรรณคูหา ซึ่งอยู่ระหว่างเรียกทำสัญญาประมาณวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙
 - กรณีความล่าช้า: โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ระบบบ่อบำบัดของหนองคาย คาดว่าจะลงนามได้ไม่เกินวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ซึ่งจะล่าช้ากว่ากำหนด (๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ ของกระทรวง) สาเหตุหลักเกิดจากโครงการถูกปรับลดงบประมาณจาก ๒๕ ล้านบาท เหลือ ๑๒ ล้านบาท ทำให้พื้นที่ต้องกลับไปดำเนินการออกแบบใหม่ทั้งหมดจึงทำให้ล่าช้า
- ▶ งบลงทุนครุภัณฑ์ (ปี ๒๕๖๙) มีการติดตามความคืบหน้าของครุภัณฑ์ ๓ รายการหลัก ได้แก่:
 - ครุภัณฑ์ที่ลงนามทันกำหนด: หุ่นยนต์ผสมยาเคมีบำบัดอัตโนมัติของโรงพยาบาลสกลนคร และเครื่อง X-ray เต้านมระบบดิจิทัล ๓ มิติ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน ๑ เครื่อง สามารถลงนามได้ทันภายในวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙
 - กรณีความล่าช้า (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ): เครื่องผ่าตัดเลเซอร์พลังงานสูงสำหรับผ่าตัดสลายนิ่วและต่อมลูกหมาก จำนวน ๑ เครื่อง คาดว่าจะลงนามได้ในวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เนื่องจากต้องรอให้พื้นระยะเวลาอุทธรณ์ในวันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ก่อน
- ▶ มาตรการเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณเพิ่มเติม ปี ๒๕๖๙ (ว ๒๕๑ ลงวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๙)

มาตรการเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณเพิ่มเติม ปี 69
ว 251 ลงวันที่ 10 เมษายน 2569

อ้างอิง: มติ ครม. (21 ต.ค. 68) และ คณะกรรมการติดตามฯ (10 มี.ค. 69)

เงินกันไว้เบิกเหลือปี 68

เร่งเบิกจ่าย

ภายใน กันยายน 69

หากไม่ทัน : **ตักดับ** ⚠

เงินเหลือจ่ายสามารถนำมาใช้

- ▶ ชำระหนี้ ค่าสาธารณูปโภค
- ▶ ชดเชยค่า K
- ▶ ชำระหนี้ของหน่วยรับงบประมาณ

โดยให้ดำเนินการออนไลน์เปลี่ยนแปลงต่อสพป.

เงินงบประมาณรายจ่าย ปี 69

รายการปีเดียว

ก่อนสิ้นเรื่อง ภายใน 30 เม.ย. 69

ต้องประกาศผู้ชนะ (สถานะ: 5)
ช้าที่สุดวันที่ 20 เม.ย. 69
และเซ็นสัญญา (สถานะ: 8)
ภายในวันที่ 30 เม.ย. 69

ค่าใช้จ่ายด้านการฝึกอบรมฯ

เบิกจ่ายแล้วเสร็จ ภายใน 30 เม.ย. 69

ครอบคลุมค่าใช้จ่าย

- ฝึกอบรม
- ประชุม
- สัมมนา
- เบี้ยเลี้ยง
- ค่าที่พัก
- ค่าพาหนะ

หากรายการปีเดียวลงนามไม่ทัน 30 เม.ย. 69
อาจถูกโอนงบกลับ

ติดตามผล เว็บไซต์กรมบัญชีกลาง www.cgd.go.th ติดต่อ 0 2127 7000 ต่อ 4838 ข้อมูลปรับปรุงทุกสัปดาห์ โปรดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

**สนช.8 ประชุมติดตามความก้าวหน้า
ทุกวันจันทร์**

**กบรส. ดึงข้อมูลรายงานผู้บริหาร
ทุกวันพุธ เวลา 12.00 น.**

**รายงานผลการดำเนินงานงบลงทุน ผ่าน
“โปรแกรมบริหารงบลงทุน” กันที
หลังจากเสร็จสิ้นแต่ละขั้นตอนฯ**

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้ ผู้รับผิดชอบโครงการที่ล่าช้า เตรียมเอกสารและเหตุผลเพื่อชี้แจงต่อคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงของกระทรวง สำหรับโครงการที่ลงนามไม่ทันวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ (เช่น ชี้แจงเหตุผลเรื่องการต้องปรับแบบก่อสร้างบ่อบำบัดใหม่ เป็นต้น) กรณีมีการตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริง

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๔.๒ ข้อมูลการใช้ออกซิเจนเหลว ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

โดย แพทย์หญิงฤดีมน สุกุลคุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย

- ▶ ข้อมูลการจัดซื้อและราคาออกซิเจนเหลวในเขต ๘ มีการใช้ออกซิเจนเหลวจาก ๓ บริษัทหลัก โดยมีรายละเอียดราคาต่อลูกบาศก์เมตรและปริมาณการใช้ ดังนี้
 - บริษัท ไคนีติกส์ แอคเซียม จำกัด ใช้ที่โรงพยาบาลวานรนิวาสเพียงแห่งเดียว มีมูลค่าจัดซื้อต่อลูกบาศก์เมตรสูงสุด คือ ๒๑.๕๐ บาท
 - บริษัท ลินเค้ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ใช้ในโรงพยาบาลที่เหลือทั้งหมด โดยมีช่วงราคาดังนี้
 - ได้ราคาถูกที่สุด: โรงพยาบาลอุดรธานี (๘.๖๔ บาท) ซึ่งเป็นแห่งที่มีปริมาณการใช้สูงสุด (จัดซื้อประมาณ ๑๔.๕ ล้านบาทต่อปี) รองลงมาคือสกลนคร (๙.๑ บาท)
 - ได้ราคาสูงที่สุด (ในกลุ่มบริษัทนี้): โรงพยาบาลบึงกาฬ (๑๕.๗๓ บาท)
 - บริษัท แอร์ ลีควิด (ประเทศไทย) จำกัด ใช้ที่โรงพยาบาลกุมภวาปี (๑๘.๕๖ บาท) และโรงพยาบาลท่าบ่อ (๗.๗๓ บาท) โดยโรงพยาบาลท่าบ่อมีปริมาณการใช้น้อยที่สุด (ประมาณ ๒.๓ แสนบาทต่อปี)
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** เสนอแนวคิด นำออกซิเจนเหลวเข้าสู่กระบวนการ "การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วม" ในระดับเขต (Bidding ราคารวมกันทั้งเขตสุขภาพ แล้วให้โรงพยาบาลนำไปแยกทำสัญญาเอง) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและได้ราคาที่เหมาะสมที่สุด

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้ นายแพทย์ยอดลักษ์ สัยลังกา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย และนิติกรสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ นำประเด็นเรื่อง "การจัดซื้อออกซิเจนเหลว" เข้าไปร่วมคิดและทบทวนข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องควบคู่ไปกับ "การจัดซื้อยาร่วมระดับเขต" ว่าจะสามารถดำเนินการจัดซื้อร่วมกันทั้งเขตสุขภาพได้อย่างไร และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ (ร่าง) กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ ๘ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ (นำเสนอเป็นเอกสาร)



- ▶ ประธานในที่ประชุม แจ้งว่า หากกำหนดการมีเปลี่ยนแปลงจะให้ผู้รับผิดชอบ แจ้งให้ทราบอีกครั้ง
- ▶ มติที่ประชุม : รับทราบเรื่องตามเอกสารที่นำเสนอ

๕.๒ การบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ ๘ (ทบทวนพื้นที่خذใช้ทุนแพทย์ประจำบ้านทุนเขตสุขภาพ จบปี ๒๕๖๙ สาขาศัลยศาสตร์)

โดย นางภัสริยะกุล ขาวกะมุด หัวหน้ากลุ่มงาน CHRO เขตสุขภาพที่ ๘

- ▶ ทบทวนพื้นที่خذใช้ทุนแพทย์ประจำบ้านทุนเขตสุขภาพ จบปี ๒๕๖๙ สาขาศัลยศาสตร์

การบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 8

ทบทวนพื้นที่خذใช้ทุนแพทย์ประจำบ้าน ทุนเขตสุขภาพ ปี 2569 สาขาศัลยศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 8 ครั้งที่ 1/2569 เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2569 วาระที่ 5 พิจารณาพื้นที่خذใช้ทุนแพทย์ประจำบ้าน ทุนเขตสุขภาพ ปี 2569,2570

ได้มีมติเห็นชอบ การจัดสรรพื้นที่ (โรงพยาบาล) ให้แพทย์ที่รับต้นสังกัดเขตสุขภาพที่ 8 เข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน **ไปปฏิบัติราชการชดใช้ทุนหลังสิ้นสุดการศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน** สาขาศัลยศาสตร์ จำนวน 4 ทุน ดังนี้

ลำดับ	ปีงบประมาณ	สาขา	ประเภทสาขา	ชื่อ-สกุล	ผลการจัดสรรพื้นที่
1	2569	ศัลยศาสตร์	ขาดแคลน	นายธานี สันติไชยกุล	สวส.สว่างแดนดิน
2	2569	ศัลยศาสตร์	ขาดแคลน	นายวรงค์ เยี่ยมไพรัชศักดิ์	รพท.บึงกาฬ
3	2569	ศัลยศาสตร์	ขาดแคลน	นายอนุชิต กิจการพัฒนาศาสตร์	รพท.บึงกาฬ
4	2569	ศัลยศาสตร์	ขาดแคลน	นายจิรเมธ เพ็ชรนาดี	รพท.วานรนิวาส

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

ทบทวนสถานที่ปฏิบัติราชการชดใช้ทุนหลังสิ้นสุดการฝึกอบรมฯ

ลำดับที่ 1 นายธานี สันติไชยกุล
จากเดิม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร
แก้ไขเป็น โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

ลำดับที่ 4 นายจิรเมธ เพ็ชรนาดี รับทุนสาขาศัลยศาสตร์
จากเดิม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร
แก้ไขเป็น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ

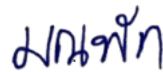
๖.๑ การกำหนดค่าตอบแทน ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ (เขตสุขภาพที่ ๘)

โดย นางสาวพรทิพย์ สุดใจ กลุ่มงานนิติกรสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

- ▶ สำนักงานพิจารณาและกระบวนการทำงาน
 - ในภาพรวมของการกำหนดค่าตอบแทน ทางสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จะดำเนินการจัดทำหนังสือส่งไปยังแต่ละจังหวัดเพื่อให้พิจารณา เนื่องจากเรื่องดังกล่าวถือเป็นอำนาจของคณะกรรมการค่าตอบแทนในระดับจังหวัด
- ▶ การขอปรับเพิ่มค่าตอบแทนของจังหวัดหนองคาย ขอความเห็นชอบในการเพิ่มค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติงานต่างหน่วยบริการ (ตามข้อ ๙ วงเล็บ ๑) โดยขอปรับเพิ่มจากอัตราเดิม ๑๒๐ บาทต่อชั่วโมง เป็น ๓๐๐ บาทต่อชั่วโมง
 - **ประธานในที่ประชุม อนุมัติและเห็นชอบ** โดยระบุว่า จะใช้การลงนามจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ในครั้งนี้ เป็นเอกสารหลักฐานแสดงความเห็นชอบชุดหนึ่ง และจัดทำอีก ๑ ชุด โดยให้เห็นชอบจากคณะกรรมการค่าตอบแทนระดับเขต (ตามข้อ ๙) ต่อไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

ปิดประชุมเวลา ๑๒.๐๐ น.



(นางสาวมณฑพัท อรรถวิภาค)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

ผู้บันทึกรายงานการประชุม




(นางพันธมน นภามาศ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม



(นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ช่วยเลขานุการ



(นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น)
กรรมการและเลขานุการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม