

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งที่ ๗/ ๒๕๖๙

วันพฤหัสบดีที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมรวงผึ้ง ชั้น ๕ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุม

๑. นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘	ประธานกรรมการ
๒. แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธานกรรมการ
๓. นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ (แทน) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี		กรรมการ
๔. แพทย์หญิงธีรารัตน์ พลราชม (แทน) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร		กรรมการ
๕. นายแพทย์กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช (แทน) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม		กรรมการ
๖. นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	กรรมการ
๗. ดร.นายแพทย์ภมร ตรุณ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	กรรมการ
๘. แพทย์หญิงศรีสุตา ทงธรรมวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี	กรรมการ
๙. นายแพทย์สมศักดิ์ ประภูณาวัตร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์จรุงธรรม ขันดี (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม	กรรมการ
๑๑. นายแพทย์นพดล พิษณุวงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย	กรรมการ
๑๒. แพทย์หญิงฤดีมน สกุลคุ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย	กรรมการ
๑๓. แพทย์หญิงนิตยา มิลส์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู	กรรมการ
๑๔. นายแพทย์พันธ์นพ ควรดำรงธรรม (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	กรรมการ
๑๕. นายแพทย์สมน ตั้งสุนทรวีวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี	กรรมการ
๑๖. นายแพทย์พูลสวัสดิ์ วงศ์วิชิต	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส	กรรมการ
๑๗. นายแพทย์บุญญาพัฒน์ ชิวเสถียรชัย (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านผือ	กรรมการ
๑๘. นายแพทย์บุรณ พูลผล (แทน)	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘	กรรมการ
๑๙. นายแพทย์กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี	กรรมการ
๒๐. นางอรรณญา สมศรีไทย	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘	กรรมการ
๒๑. นายแพทย์ยอดลักษณ์ สัยลังกา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผาขาว	กรรมการ
๒๒. นายแพทย์รวมพล เหล่าห้วน	รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย	กรรมการและเลขานุการ
๒๓. นายแพทย์สุริยันต์ ปัญหาราช	รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	ผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุมในระบบ Online

๑. นางสาวปริญดา ทนคำ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๒. นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	กรรมการ
๓. นายแพทย์สถาพร โมราราช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงภรณ์ พรวัฒนา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	กรรมการ
๕. นายแพทย์ธิตี อึ้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เรื่งอุดรธานี	กรรมการ
๖. นายวิสิทธิ์ วิจิตรโกสุม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี	กรรมการ
๗. นายแพทย์ศกรินทร์ แก้วเฮ้า	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	กรรมการ
๘. แพทย์หญิงจุฬาพันธุ์ เหมกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	กรรมการ
๙. นายคงจักร์ บุญทัน	ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๑๐. นางบุญนิภา สงคราม	ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘	กรรมการ

๑๑. นายสฤติ พูลเพิ่ม	สาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ	กรรมการ
----------------------	----------------------	---------

รายชื่อคณะกรรมการที่ไม่ได้เข้าร่วม (เนื่องจากติดราชการ)

๑. นายแพทย์สิทธิ เขาวนขึ้น	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ ๘ อุดรธานี	กรรมการ
๒. นางยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี	กรรมการ
๓. นายคณิตย์ วงษา	สาธารณสุขอำเภอปากชม	กรรมการ
๔. นายนภดล ดวงท้าวเศษ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองใหญ่	กรรมการ
๕. นายเสกสันต์ จันทนะ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่ง	กรรมการ
๖. นายศราวดี อีสโร	ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี	กรรมการ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมในระบบ Online

๑. นางสาวสินีนุศ สันติรักษ์พงษ์	ผู้อำนวยการกลุ่มงานกำกับติดตามและประเมินผลระบบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต ๘ จังหวัดอุดรธานี
---------------------------------	--

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. แพทย์หญิงยุพร จิระวงศ์ประภา	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
๒. แพทย์หญิงธนิศรา ธิติศิริพงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหิน โรงพยาบาลหนองหิน
๓. นายแพทย์วิเชียร มลอยู่พะเนา	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลเลย
๔. ดร.ภานุวัฒน์ ประทุมขำ	Executive Director บริษัท ดาต้าไซน์เอนซ์เซอร์วิส จำกัด (DSSE)
๕. ดร.จันทร์ทิวา วิกรัยพัฒน์	Research and Development บริษัท ดาต้าไซน์เอนซ์เซอร์วิส จำกัด (DSSE)
๖. นายศุภกร พัทธกุลวิชัย	Clinical Data Scientist บริษัท ดาต้าไซน์เอนซ์เซอร์วิส จำกัด (DSSE)
๗. นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๘. นางจินดา นนทะปะ	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเลย
๙. เกสัชกรอุดมลักษณ์ รังสิยาภรณ์รัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี
๑๐. นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๑. นางภัสธิยะกุล ขาวกะมุด	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๒. เกสัชกรนิตยา ศิริรัตน์ไพบูลย์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๓. นางสาวรัชชดา สุขผึ้ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๔. เกสัชกรจิรัฐิกานต์ อ้วนศิริ	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหิน
๑๕. นายคทาฐ เยี่ยงแก้ว	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๖. นายพัฒนรัฐ พุดกล้า	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๗. นางพนัธมน นภามาศ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๘. นางสาวนัฐวดี สีทะวงค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๙. นางสาวทัดดาว ศรีบุรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๐. นางสาวอรอุมา ประทุมทอง	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๑. นางสาวศศินภา หัตถกรรจ์	แพทย์แผนไทยชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
๒๒. นางสาวปภัสสร ศรีพรหม	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

๒๓. นางสาวพรทิพย์ สุดใจ	นิติกรปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๔. นางสาวอรนุช พิมพ์ตะคุ	นิติกรปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๕. นางสาวณิชารีย์ บำเพ็ญศิลป์	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๖. นางสาวสตรีรัตน์ พูลสาทรกุล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๗. นางสาวสงกรานต์ เรืองประทีป	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๘. นางสาวชนัญฐา ประจักษ์วงศ์	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๙. นายจระนะ มังคะตา	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๐. นายกฤต จันทรอินทร์	นักวิชาการพัสดุปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๑. นายธนาพรรณ์ วัฒนพิบูลย์	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	โรงพยาบาลสกลนคร
๓๒. นายชาลี ลีวเวหา	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๓. นางสาวพิมพ์รดา ศักดิ์	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๔. นางสาวชนิสรา นาคานาคา	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๕. นางสาวนันทิยา รอดชมภู	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
๓๖. นางพรทิพย์ ต้นมิ่ง	นักวิชาการเงินและบัญชี	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๗. นางสาวนัฐกานต์ ศรีภิรมย์	นักวิชาการเงินและบัญชี	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๘. นางสาวสุภารัตน์ วัฒนธรรม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓๙. นางสาวมณฑา อรรถวิภาค	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔๐. นายวิชัย อุทัยวัฒน์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
๔๑. นางสาวศิริขวัญ เชื้อสาทุม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
๔๒. นายวัฒนา ใจกล้า	เจ้าพนักงานธุรการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔๓. นางสาวรัชนิกร ขอบไชยแสง	เจ้าพนักงานธุรการ	โรงพยาบาลวานรนิวาส
๔๔. นายอภิวัฒน์ สุระคาย	เจ้าพนักงานธุรการ	โรงพยาบาลหนองคาย
๔๕. นายศรายุทธ โครินทร์สุต	นักจัดการงานทั่วไป	โรงพยาบาลเลย
๔๖. นายพงศธรณ์ อภัยโส	นายช่างเทคนิค	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

เปิดการประชุม เวลา ๐๘.๓๐ น.

นายแพทย์สามารถ ถิระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ เป็นประธานการประชุม

ระเบียบวาระที่ ๑

๑.๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

โดย นายแพทย์สามารถ ถิระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘

๑) การระงับโครงการวิจัย Urine OV

ประธานในที่ประชุม แจ้งคำสั่งด่วนจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Urine OV โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ▶ คำสั่งระงับการดำเนินงาน: ให้ทุกหน่วยบริการในทุกพื้นที่ หยุดการทำวิจัยเรื่อง Urine OV ทันที โดยเป็นการสั่งการโดยตรงผ่านทางโทรศัพท์และแจ้งย้ำในกลุ่มประสานงาน
- ▶ ขอบเขตพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ: คำสั่งนี้ครอบคลุมทั้งเขตสุขภาพ โดยเฉพาะในจังหวัดหนองคาย จังหวัดสกลนคร จังหวัดนครพนม และจังหวัดบึงกาฬ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการนี้เป็นจำนวนมาก

/เหตุผล...

- ▶ **เหตุผลและความจำเป็น:**
 - เพื่อเคลียร์ประเด็นที่ยังติดขัดและสร้างความชัดเจนในรายละเอียดของโครงการ
 - ป้องกันไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดในภาคสังคมที่อาจเกิดจากการสื่อสารที่คลาดเคลื่อน
- ▶ **สถานะปัจจุบัน:** เป็นการระงับไว้ชั่วคราว (Pending) ยังไม่ใช้การยกเลิกโครงการอย่างเป็นทางการเพื่อรอความชัดเจนเพิ่มเติม

๒) การเฝ้าระวังกลุ่มทุนต่างชาติและผู้รับบริการเฉพาะกลุ่ม

ประธานในที่ประชุม ได้เน้นย้ำและกำชับให้ผู้บริหารทุกระดับระมัดระวังและตรวจสอบกลุ่มทุนต่างชาติ (ทุนจีนเทา) ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการรับบริการทางการแพทย์ โดยเน้นการตรวจสอบกลุ่มชาวต่างชาติหรือต่างด้าวที่เข้ามาใช้บริการตลอดบุตรในพื้นที่

- ▶ **มาตรการดำเนินการ:** จะมีการรายงานและกำหนดแนวทางการตรวจสอบ (Monitoring) เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปอย่างถูกต้องตามระเบียบและกฎหมายต่อไป

๓) ยุทธศาสตร์การจัดสรรทรัพยากรและแผนพัฒนาล่วงหน้า

- ▶ **การวางแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว:** **ประธานในที่ประชุม** เน้นย้ำถึงการทบทวนการจัดสรรทรัพยากรโดยมองไปที่อนาคตในอีก ๕-๑๐ ปีข้างหน้า เพื่อให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยผู้บริหารเขตจะต้องเห็นชอบร่วมกันในทิศทางที่จะก้าวไป
- ▶ **งบประมาณบริหารจัดการ:** มีการคาดการณ์ถึงงบประมาณบริหารจัดการจากส่วนกลางที่อาจได้รับการจัดสรรประมาณ ๑๐๐ ล้านบาท (หากไม่มีวิกฤตระดับ ๗) ซึ่งงบส่วนนี้จะนำมาหารือร่วมกันว่าจะนำไปสนับสนุนที่จุดใดบ้าง
- ▶ **การสนับสนุนบริการเฉพาะทาง:** จะมีการหารือร่วมกันเพื่อนำงบประมาณบางส่วนไปสนับสนุนในการรับค่าบริการเฉพาะทาง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของหน่วยบริการ
- ▶ **การยกระดับสถานพยาบาลเชิงรุก:** มีแนวคิดที่จะใช้ทรัพยากรลงไปสนับสนุนโรงพยาบาลเป้าหมายเพื่อให้ยกระดับการบริการขึ้น เช่น การผลักดันโรงพยาบาลศรีสงคราม ให้มีศักยภาพเทียบเท่าโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย โดยจะเน้นการสนับสนุนงบประมาณสำหรับชุดเครื่องมือผ่าตัดและงานด้านออร์โธปิดิกส์ เป็นต้น

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบหมายให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๑.๒ เรื่องแจ้งให้ทราบ

โดย แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล สาธารณสุขนิเทศ์ เขตสุขภาพที่ ๘

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้ทุกเขตสุขภาพ จัดทำแผน OROPOH เพื่อนำเสนอต่อปลัดกระทรวงฯ โดยจะมีการเชิญไปนำเสนอทีละ ๒ เขตสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันผ่านไปแล้ว ๔ เขตสุขภาพ และได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับปัญหาการลาออกของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (แพทย์ intern) จากข้อมูลของแพทยสภาสาเหตุหลักส่วนใหญ่มาจากการขาดระบบพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ และประเด็นคำตอบแทนรวมถึงความก้าวหน้าในวิชาชีพ การตรวจเยี่ยมในระหว่างวันที่ ๓๐ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ณ จังหวัดบึงกาฬ จะเน้นการลงพื้นที่สัมผัสบรรยากาศจริงในโรงพยาบาลและที่พักอาศัย พร้อมทั้งหารือแนวทางการร่วมมือระยะยาวกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อสนับสนุนบุคลากรแพทย์ในพื้นที่อย่างยั่งยืน

๑) วัตถุประสงค์และประเด็นสำคัญของการตรวจเยี่ยมฯ

ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดลงพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๘ จังหวัดบึงกาฬ โดยมุ่งเน้นใน ๒ ประเด็นหลักที่มีความจำเป็นต่อการบริหารจัดการบุคลากรทางการแพทย์

- ▶ การดูแลแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern): ศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการลาออก โดยมุ่งเน้นที่
 - ระบบพี่เลี้ยง : พัฒนาการให้คำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่หรือ Staff ให้เพียงพอ
 - แรงจูงใจ : ตรวจสอบความชัดเจนเรื่องค่าตอบแทน ความก้าวหน้า และแรงจูงใจอื่น ๆ เพื่อรักษาบุคลากรในระบบ
- ▶ การสร้างความร่วมมือระยะยาว: ขอบคุนและหารือร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่ส่งแพทย์ประจำบ้าน (Resident) อายุรกรรมมาสนับสนุนพื้นที่จังหวัดบึงกาฬอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางรากฐานความร่วมมือในระยะยาว

๒) สถานะการดูแลบุคลากรและสภาพพื้นที่ในจังหวัดบึงกาฬ

สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ ได้ลงพื้นที่เพื่อเตรียมการและตรวจสอบเบื้องต้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- ▶ สวัสดิการและที่พักอาศัย
 - คุณภาพที่พัก: บ้านพักของแพทย์อินเทิร์นในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ของบึงกาฬอยู่ในเกณฑ์สมบูรณ์แบบ สะดวกสบาย และมีการดูแลอย่างดี
 - ข้อจำกัด: แม้ที่พักจะดีแต่ทำเลที่ตั้งค่อนข้างห่างไกล
- ▶ ภาระงานและศักยภาพการบริการ
 - ศักยภาพของโรงพยาบาล: ปัจจุบันโรงพยาบาลบึงกาฬมีศักยภาพสูง สามารถรองรับการรักษาเกือบทุกสาขา ทำให้ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ลดลงอย่างมาก ช่วยลดภาระงานส่วนนี้ไปได้
 - สถานการณ์รายพื้นที่:
 - โรงพยาบาลพรเจริญ, โรงพยาบาลศรีวิไล และ โรงพยาบาลปากคาด: ภาระงานค่อนข้างหนัก แต่ระบบดูแลความเป็นอยู่ดี
 - โรงพยาบาลบุงคล้า: มีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร (แพทย์เพิ่งกลับมาปฏิบัติหน้าที่ ๓ ท่าน) ทำให้ต้องมีผู้ปกครองมาอยู่ดูแล ซึ่งเป็นประเด็นที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความสนใจเข้าพบปะพูดคุย เพื่อรับฟังข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม

๓) การเตรียมความพร้อมและแนวทางการบริหารจัดการพื้นที่ (๓๐-๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔)

เพื่อให้การตรวจเยี่ยมเกิดประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้กรอบเวลาที่จำกัด จึงมีการกำหนดแผนการดำเนินงานดังนี้

- ▶ การเดินเยี่ยมชม: กำหนดการรวมถึงการเดินเยี่ยมชมห้องพักรักษาและบรรยากาศการทำงานจริงภายในโรงพยาบาล เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ
- ▶ การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group): ปลัดกระทรวงสาธารณสุขประสงค์ให้แยกห้องคุยระหว่าง กลุ่มแพทย์อินเทิร์น (Intern ๑ และตัวแทน Intern ๒-๓ จากโรงพยาบาลชุมชน ๗ แห่ง) หากแพทย์อินเทิร์นในพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเดินทางมาพบได้ ให้จัดเตรียมระบบการสื่อสารออนไลน์เพื่อให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พูดคุยและรับฟังข้อมูลได้อย่างทั่วถึง และ กลุ่มอาจารย์แพทย์/แพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน

/การพบปะ...

- ▶ การพบปะทื่พบกับทีมแพทย์ศิริราช: เพื่อชื่นชมและขอบคุณอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านจากศิริราช
- ▶ การสนับสนุน: **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีสนับสนุนรถรับ-ส่งคณะทีมปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ▶ การปรับกำหนดการ: **ประธานในที่ประชุม** ให้ตัดวาระการเปิดหอผู้ป่วยสุขภาพจิต (ตึกรักษัจิต) ออกเนื่องจากเวลาไม่เพียงพอ เพื่อให้ความสำคัญกับการพูดคุยกับบุคลากรอย่างเต็มที่
- ▶ การนำเสนอข้อมูล: ให้ใช้เวลาการนำเสนอสรุปภาพรวมให้สั้นและกระชับที่สุด เพื่อให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีเวลาสื่อสารกับบุคลากรในพื้นที่
- ▶ การสื่อสารสาธารณะ: ควรใช้โอกาสนี้ในการสื่อสารให้ภาคประชาชนเห็นว่า จังหวัดบึงกาฬมีการดูแลบุคลากรทางการแพทย์อย่างดีเยี่ยม เพื่อสร้างภาพลักษณ์และความเชื่อมั่น

๔) ความร่วมมือคณะแพทยศาสตร์ศิริราช

ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและประธานในที่ประชุม และคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ให้ความสำคัญกับโมเดลความร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยอาศัยการประชุมฯ ในการหารือแนวทางการร่วมมือในระยะยาวกับตัวแทนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อสร้างความต่อเนื่องของโครงการเนื่องจากทางคณะแพทยศาสตร์ศิริราช มีการส่งแพทย์ประจำบ้านอายุรกรรมปีที่ ๓ มาช่วยปฏิบัติงานที่จังหวัดบึงกาฬ ปีละ ๒๕ คน (หมุนเวียนรอบละ ๓ คน) รวมถึงมีอินเทิร์นจากศิริราชมาใช้ทุนเป็นจำนวนมากในหลายปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งนี้ อาจพัฒนาไปสู่ความร่วมมือระยะยาวที่อาจยังไม่ถึงขั้น MOU แต่มีกลไกสนับสนุนที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์ต่อทั้งสองฝ่าย

▶ ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จัดรถรับ-ส่ง ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและคณะ ในระหว่างวันที่ ๓๐ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙
- ๒) นายแพทย์สุรียนต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ นำเสนอภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ ต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ไม่เกิน ๕ นาที)
- ๓) ทีมจังหวัดบึงกาฬ และโรงพยาบาลบึงกาฬ นำเสนอการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและจังหวัดบึงกาฬ ต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ประมาณ ๑๐ - ๑๕ นาที)
- ๔) ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ร่วมต้อนรับปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ จังหวัดบึงกาฬ ในระหว่างวันที่ ๓๐ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙
- ๕) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เตรียมระบบสื่อสารออนไลน์ สำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะในพื้นที่ห่างไกลที่ไม่สามารถเดินทางมาพบปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ เพื่อให้ได้พูดคุยรับฟังปัญหา
- ๖) สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จัดทำหนังสือแจ้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี เพื่อขอสนับสนุนรถราชการรับ-ส่งคณะปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบหมายให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

- รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๖๙ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๙

มติที่ประชุม : รับรองรายงานการประชุม ฯ

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องติดตาม

๓.๑ รายงานความก้าวหน้าแผนงาน Outsourcing ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๘

โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้แทน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง ๗ แห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘

๑) การวิเคราะห์ประเด็นเชิงกลยุทธ์และบริหารจัดการ จากการอภิปรายของผู้บริหาร มีประเด็นเชิงนโยบายที่สำคัญดังนี้

๑.๑) จังหวัดอุดรธานี

- มูลค่ารวม: ประมาณ ๒๗๗ ล้านบาท จากโรงพยาบาล ๒๐ แห่ง
- รายการสำคัญ:
 - การฟอกไต: มูลค่าสูงสุดประมาณ ๑๐๐ ล้านบาท (ดำเนินการในโรงพยาบาล Node และ โรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง)
 - CT Scan: ประมาณ ๗๖ ล้านบาท
 - MRI: ประมาณ ๒๕ ล้านบาท
 - งานแล็บนอก (Lab): ประมาณ ๔๐ ล้านบาท (เน้นในโรงพยาบาลชุมชน)
- ข้อเสนอแนะ: โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีมีมูลค่าการจ้างเหมาสูงสุด (๙๙ ล้านบาท) รองลงมาคือโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง และโรงพยาบาลเพ็ญ

๑.๒) จังหวัดสกลนคร

- สถานะ: โรงพยาบาลทั้ง ๑๘ แห่ง มีการดำเนินการ Outsource ทั้งหมด
- อันดับการจ้างเหมาปัจจุบัน: ๑) กำจัดขยะติดเชื้อ ๒) รักษาความปลอดภัย ๓) งานลิฟต์ ๔) การทำความสะอาด
- ความต้องการในอนาคต: มุ่งเน้นไปที่ IT, Cybersecurity และการบำรุงรักษาข้อมูล (Data Maintenance)
- แนวทางบริหาร: ใช้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาลขนาดเล็ก และพัฒนาบุคลากรด้านการจัดซื้อจัดจ้างให้ถูกระเบียบ

๑.๓) จังหวัดนครพนม

- แนวโน้มงบประมาณ: ปี ๒๕๖๙ (๑๖๔ ล้านบาท) เพิ่มขึ้นปี ๒๕๗๐ (๑๙๐ ล้านบาท) หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕
- สัดส่วนการจ้างเหมา:
 - การฟอกไต (ร้อยละ ๓๗.๕)
 - อันดับอื่นๆ ได้แก่ CT Scan, Lab, MRI และระบบจัดยาอัตโนมัติ
- โมเดลที่น่าสนใจ: การจ้างเหมาบริการระบบจัดยาอัตโนมัติ (เช่น โมเดลของ GPO) และการ Outsource ทีมศัลยกรรม (Freelance Team) ในบางพื้นที่

/๑.๔) จังหวัด...

๑.๔) จังหวัดเลย

- รายการหลัก: กำจัดขยะติดเชื้อ, รักษาความปลอดภัย, พนักงานทำความสะอาด และระบบ X-ray/CT Scan
- นวัตกรรม:
 - การส่งยาถึงบ้านสำหรับผู้ป่วย
 - ระบบคิวอัจฉริยะ และระบบ Cloud Server
 - ข้อเสนอการเช่าเครื่องกระตุ้นสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (EMS) สำหรับงานกายภาพบำบัดเพื่อสร้างกำไร

๑.๕) จังหวัดหนองคาย

- มูลค่ารวม: ประมาณ ๑๑๖ ล้านบาท (บริการรักษา ๙๓ ล้านบาท และสนับสนุน ๒๓ ล้านบาท)
- รายการหลัก: CT Scan (โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ, โรงพยาบาลโพนพิสัย), การฟอกไต และ MRI

๑.๖) จังหวัดหนองบัวลำภู

- มูลค่ารวม: ๑๑๔ ล้านบาท (แปรผันตามขนาดของโรงพยาบาล)
- รายการสนับสนุนที่น่าสนใจ: มีการจ้างเหมาขนส่งยาจากโรงพยาบาลกลับบ้าน (โรงพยาบาลนากลาง) และการจ้างเหมาทำฟันปลอม/ทันตกรรมประดิษฐ์

๑.๗) จังหวัดบึงกาฬ

- ลักษณะเฉพาะ: เน้นการจ้างเหมาเครื่องถ่ายเอกสารและสแกนเนอร์เพื่อรองรับระบบ Paperless และการเข้าคอมพิวเตอร์แทนการซื้อขาดเพื่อลดภาระการบำรุงรักษา
- ข้อจำกัด: การจ้างเหมารถและพนักงานขับรถทำได้ยากเนื่องจากเป็นพื้นที่ไกลและหาผู้รับจ้างที่ชัดเจนได้ลำบาก

๒) การวิเคราะห์ประเด็นเชิงกลยุทธ์และบริหารจัดการ

หัวข้อประเด็น	รายละเอียดและข้อเสนอแนะ
การนิยามและการจำแนก	ต้องแยกความแตกต่างระหว่างการเช่าซื้อ (Operating Lease) และการจ้างเหมาบริการ (Outsourcing) ให้ชัดเจน เพื่อความถูกต้องตามระเบียบพัสดุ
การเพิ่มประสิทธิภาพบุคลากร	การ Outsource งานสนับสนุน (เช่น โภชนาการ, ชักฟอก) ช่วยคืนเวลาให้บุคลากรวิชาชีพไปดูแลผู้ป่วยและพัฒนางานเครือข่ายได้มากขึ้น
การบริหารพื้นที่	โรงพยาบาลที่มีพื้นที่จำกัดสามารถใช้การ Outsource เพื่อลดความจำเป็นในการสร้างอาคาร (เช่น โรงครัว, โรงซักฟอก) และนำพื้นที่มาสร้างเป็น "พื้นที่สีเขียว" หรืออาคารบริการทางการแพทย์
การวิเคราะห์ความคุ้มค่า (Feasibility)	ต้องมีการเปรียบเทียบระหว่างการทำเองและการจ้างเหมา โดยคำนึงถึงต้นทุนแฝง เช่น ค่าซ่อมบำรุง และโอกาสในการพัฒนาบริการ
ความเสี่ยงและการบริหารจัดการ	หากมีการจ้างเหมาในส่วนงานสำคัญทั้งหมดเพียงรายเดียว อาจเกิดความเสี่ยงต่อระบบงานทั้งหมดหากผู้รับจ้างมีปัญหา จึงควรมีการกระจายการจ้างหรือกำหนดมาตรฐานบริการให้ชัดเจน
การจัดซื้อจัดจ้างระดับเขต	พิจารณาการจัดซื้อจัดจ้างในรายการที่ไม่ใช่ยา (เช่น เวชภัณฑ์, บริการบางประเภท) เพื่อเพิ่มอำนาจต่อรองและลดต้นทุน

๓) โอกาสและนวัตกรรมในอนาคต

ที่ประชุมได้ระบุถึงโอกาสในการนำระบบ Outsourcing มาใช้ในรูปแบบใหม่ๆ ดังนี้:

- ▶ ยานพาหนะไฟฟ้า (EV): ข้อเสนอการเช่ารถ Ambulance EV และรถรับส่งเจ้าหน้าที่เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการบำรุงรักษาและรักษาสິงแวดล้อม
- ▶ ระบบยาและเวชภัณฑ์: การใช้ระบบหุ่นยนต์จัดยา (Robotic) และการบริหารคลังยาแบบ VMI (Vendor Managed Inventory) โดยทีมภายนอก
- ▶ การแก้ปัญหาที่พุกและที่จอดรถ : ปัญหาการขาดแคลนที่พุกและที่จอดรถ ซึ่งอาจใช้โมเดลการร่วมทุนระหว่างรัฐและเอกชน หรือการให้เอกชนเช่าพื้นที่ระยะยาวเพื่อก่อสร้างและบริหารจัดการ
- ▶ งาน IT และ Cyber Security: เป็นงานสนับสนุนที่สำคัญมากในอนาคต ซึ่งแต่ละจังหวัดมีความต้องการจ้างผู้เชี่ยวชาญภายนอกมาช่วยดูแลระบบ Data และความปลอดภัยของข้อมูล

๔) กลยุทธ์การบริหารเพื่อยกระดับบริการ ที่ประชุมได้หารือถึงแนวทางที่จะใช้ Outsourcing เป็นเครื่องมือในการพัฒนาบริการทางการแพทย์หลัก ดังนี้

- ▶ การเพิ่มความเร็วในการบริการ: เน้นการจ้างเหมาเพื่อเปิดช่องว่างในส่วนที่ต้องรองลงทุน ๒-๓ ปี ทำให้โรงพยาบาลสามารถจัดบริการให้ประชาชนได้ทันที
- ▶ การแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง: มีแนวคิดการจ้างเหมา "ทีมวิสัญญีแพทย์" หรือ "ทีมศัลยกรรม" ในลักษณะฟรีแลนซ์ทีม เพื่อให้สามารถเปิดบริการผ่าตัดได้โดยไม่ต้องรอการจัดสรรบุคลากรตามรอบปกติ
- ▶ การคืนพื้นที่บริการ: การจ้างเหมางานสนับสนุน (เช่น ชักฟอก อาหาร) ออกไปภายนอก มีวัตถุประสงค์เพื่อคืนพื้นที่ในโรงพยาบาล มาใช้เป็นพื้นที่บริการทางการแพทย์หรือพื้นที่สีเขียวเพื่อลดความแออัด

๕) ข้อกำหนดทางกฎหมายและรูปแบบสัญญา (การจัดซื้อร่วมเขต)

- ▶ รูปแบบสัญญามาตรฐาน: ตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มอบหมาย การจัดซื้อร่วมทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต สามารถทำได้ในรูปแบบเดียวคือ "สัญญาประเภทราคาคงที่ ไม่จำกัดปริมาณ"
- ▶ กรณีที่ต้องการรูปแบบสัญญาอื่น: หากต้องการทำสัญญาที่แตกต่างจากรูปแบบมาตรฐาน หรือ สัญญาที่มีระยะเวลาเกิน ๑ ปี หน่วยงานจะต้องขออนุญาตจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรายกรณี และต้องผ่านความเห็นชอบจากอัยการสูงสุดด้วย
- ▶ การกำหนดนิยามและมาตรฐาน: จะมีการกำหนดนิยามของการจ้างเหมาด้าน IT ให้ชัดเจน เพื่อให้แต่ละจังหวัดสามารถนำไปจัดทำแผนปี ๒๕๗๐ ได้ในทิศทางเดียวกัน

▶ ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) นายแพทย์นพดล พิชณนวงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย แต่งตั้งคณะทำงานศึกษาและให้คำแนะนำเรื่องการดำเนินงาน Outsourcing ของเขตสุขภาพที่ ๘ โดยเน้นให้มีทีมที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิเคราะห์การเงินและบริหารธุรกิจ (เช่น อาจารย์มหาวิทยาลัย) เข้ามาช่วยทำ Financial Analysis และ Feasibility Study เพื่อความคุ้มค่าก่อนดำเนินการ และมอบหมาย นายแพทย์นพดล พิชณนวงษ์ เป็นประธานคณะทำงานศึกษาเรื่องการดำเนิน Outsourcing ของเขตสุขภาพที่ ๘

- ๒) นายแพทย์นพดล พิษณุวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย และคณะทำงานศึกษาเรื่องการดำเนิน Outsourcing ของเขตสุขภาพที่ ๘
- ศึกษาความเป็นไปได้ในการจ้างเหมาทีมวิสัญญีแพทย์หรือทีมศัลยกรรม ในลักษณะ "Freelance Team" เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและช่วยให้เปิดบริการได้รวดเร็วขึ้น
 - นำเรื่องการเช่ารถพยาบาล EV ไปวิเคราะห์ในกรอบของ Outsourcing เพื่อลดภาระการบำรุงรักษา และการเสื่อมราคา
- ๓) ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลการจ้างเหมาใหม่ โดยกำหนดนิยามให้ตรงกัน (แยกแยะระหว่างการจ้างทำของ การเช่า หรือการจ้างบริการ) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนในการจัดทำแผน เพื่อใช้จัดทำแผนในปีงบประมาณ ๒๕๗๐
- ๔) ทีมจังหวัดบึงกาฬ นำเสนอประเด็นความขาดแคลนที่พบบุคลากร ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับทราบ ในลักษณะการสะท้อนปัญหาจริงในพื้นที่ ในวันที่ ๓๐ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๒ การบริหารจัดการวัคซีน IPD เด็ก ของจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๘

โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้แทน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง ๗ แห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘

๑) เป้าหมายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานในระดับพื้นที่

การดำเนินงานในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ มุ่งเน้นการบริหารจัดการวัคซีนให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดแยกตามรายจังหวัด ดังนี้

จังหวัด	กลุ่มเป้าหมาย (คน)	กลยุทธ์และจุดเน้นสำคัญ
อุดรธานี	๗,๙๘๓	ใช้หลัก First Expired First Out (FEFO) และควบคุม Cold Chain อย่างเข้มงวด
สกลนคร	~๖,๐๐๐ - ๗,๐๐๐	จัดสรรวัคซีนให้หน่วยบริการภายใน ๑ สัปดาห์ เน้นฉีดพร้อมวัคซีนพื้นฐาน เพื่อลดการตกหล่น
นครพนม	๑,๗๘๙	กำหนดจุดฉีดล่วงหน้าและสำรวจเป้าหมายจริงในพื้นที่ ช่วงเดือนสิงหาคม ๒๕๖๙
เลย	๒,๘๑๖	จัดจุดบริการเชิงรุกอำเภอละ ๑ จุด และทำ SOP ป้องกันอัตราสูญเสียเกิน ๕%
หนองคาย	๒,๒๔๕	เน้นการรวมศูนย์จุดฉีด (Centralized) หากเป็นวัคซีนชนิด Multiple Dose
หนองบัวลำภู	๖,๓๐๐ (ทบทวนข้อมูล)	ใช้ระบบ “Buddy System” ระหว่างตำบลและอำเภอ เพื่อบริหารวัคซีน ภายใน ๖ ชั่วโมง
บึงกาฬ	๒,๖๐๐	ผสมผสานการให้บริการทั้งเชิงรับในโรงพยาบาลและเชิงรุกในพื้นที่ห่างไกล

๒) การบริหารจัดการวัคซีนและข้อจำกัดทางเทคนิค

วัคซีน IPD ที่จะนำมาใช้มีลักษณะทางเทคนิคและเงื่อนไขการบริหารจัดการที่สำคัญ ดังนี้

- ▶ กลุ่มเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงาน
 - ช่วงอายุของกลุ่มเป้าหมายหลัก: กำหนดการฉีดวัคซีนให้แก่เด็กทั้งหมด ๓ เข็ม เมื่อมีอายุครบ ๒ เดือน, ๔ เดือน และ ๑๒ เดือน
 - เกณฑ์วันเกิดตามนโยบาย
 - กลุ่มหลักตามงบประมาณ : เน้นกลุ่มเด็กที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป
 - กลุ่มฉีดเก็บตก : สำหรับเด็กที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๘ เป็นต้นไป จะมีการวางแผนฉีดตามรอบปกติของวัคซีนเพื่อไม่ให้เสียสิทธิ์
 - กลุ่มเป้าหมายหลัก: คือเด็กอายุ ๒ เดือน, ๔ เดือน และ ๑๒ เดือน โดยมีการระบุกลุ่มเด็กที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๘ เป็นต้นไปจะได้รับตามรอบปกติ และมีส่วนที่ฉีดเก็บตกสำหรับกลุ่มที่เกิดก่อนหน้านี้
 - เป้าหมายความครอบคลุม: ทุกจังหวัดตั้งเป้าหมายความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
 - ระยะการดำเนินงาน: แบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ๑) การเตรียมความพร้อมและสำรวจเป้าหมาย ๒) ระยะเริ่มดำเนินการฉีด (คาดว่าวัคซีนจะมาช่วงตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๙) และ ๓) การติดตามประเมินผล
- ▶ การบริหารจัดการวัคซีนแบบ Multiple Dose
 - ข้อจำกัดด้านเวลา: เมื่อเปิดขวดแล้ววัคซีนจะมีอายุการใช้งานเพียง ๖ ชั่วโมง
 - ระบบห่วงโซ่ความเย็น (Cold Chain):
 - ทุกจังหวัดยืนยันความพร้อมของระบบจัดเก็บและรักษาอุณหภูมิวัคซีนตามมาตรฐาน
 - ใช้หลักการบริหารคลังวัคซีนแบบ First Expire First Out (FEFO) เพื่อให้วัคซีนที่ใกล้หมดอายุก่อนถูกนำมาใช้ก่อน
 - กลยุทธ์ลดการสูญเสีย
 - การรวมศูนย์จุดฉีด: กำหนดจุดฉีดหลักอย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง หรือใช้โรงพยาบาลเป็นจุดฉีดขนาดใหญ่ เพื่อรวบรวมเด็กมาฉีดพร้อมกัน
 - ระบบนัดหมายเข้มแข็ง: มีการตั้งเป้าหมายการสูญเสียไม่เกิน ๕-๑๐% โดยใช้วิธีการนัดรวมกลุ่มเป้าหมายให้ครบตามจำนวนโดสต่อขวด และต้องมีรายชื่อสำรอง ๒-๓ คนต่อรอบเพื่อสลับแทนหากมีคนพลาดนัด
 - ระบบ Buddy ระหว่างหน่วยงาน: จังหวัดหนองบัวลำภูเสนอโมเดลจับคู่สถานพยาบาลใกล้เคียงเพื่อบริหารวัคซีนร่วมกัน โดยจะตัดยอดที่ ๔ ชั่วโมงหลังเปิดขวด เพื่อให้เหลือเวลาอีก ๒ ชั่วโมงในการบริหารยาข้ามพื้นที่หากจำเป็น
 - การบูรณาการกับระบบเดิม:
 - ฉีดวัคซีน IPD พร้อมกับวัคซีนพื้นฐานอื่น ๆ (EPI) ตามรอบอายุ ๒, ๔ และ ๑๒ เดือน เพื่อลดโอกาสการนัดพลาดและทำให้การนัดหมายเป็นระบบเดียวกัน
 - ใช้หลักการบริหารคลังวัคซีนแบบ First Expire First Out (FEFO) เพื่อให้วัคซีนที่ใกล้หมดอายุก่อนถูกนำมาใช้ก่อน

- ▶ แหล่งสนับสนุนและช่องทางการจัดส่ง : วัคซีนจะได้รับการสนับสนุนผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และจัดส่งโดยองค์การเภสัชกรรม (GPO) ตรงไปยังโรงพยาบาลตามยอดการใช้เดิม

๓) การเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลและงบประมาณ

- ▶ ความถูกต้องของข้อมูลประชากร: มีข้อสังเกตถึงจำนวนตัวเลขกลุ่มเป้าหมายในแต่ละจังหวัดที่มีความแตกต่างกันมากเกินควร (เช่น จังหวัดบึงกาฬ มีจำนวนกลุ่มเป้าหมาย ๒,๖๐๐ คน เทียบกับ จังหวัดหนองบัวลำภู มีจำนวนกลุ่มเป้าหมาย ๖,๐๐๐ คน) ซึ่งต้องมีการตรวจสอบ (Verify) ฐานข้อมูลอีกครั้งเพื่อให้การเบิกจ่ายวัคซีนแม่นยำ
- ▶ แผนรองรับกรณีวัคซีนไม่เพียงพอ: หากวัคซีนที่ได้รับจัดสรรจากส่วนกลางไม่เพียงพอสำหรับกลุ่มเด็กที่ต้อง "ฉีดเก็บตก" ที่ประชุมได้หารือถึงการเตรียมใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลหรือจังหวัดในการจัดซื้อเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมเด็กทุกคนตามนโยบาย
- ▶ ความชัดเจนของเกณฑ์การฉีด: ที่ประชุมมีความกังวลว่าหากวัคซีนมาไม่พร้อมกันทุกคนควรให้ความสำคัญกับเด็กกลุ่มใดก่อน อาจขอเกณฑ์ที่ชัดเจนจากส่วนกลาง เพื่อป้องกันปัญหาการร้องเรียนและความสับสนในพื้นที่
- ▶ การสื่อสารกับผู้ปกครอง: เนื่องจากเป็นวัคซีนใหม่ที่ต้องฉีดพร้อมกับวัคซีนพื้นฐานอื่น อาจทำให้เด็กต้องรับการฉีดถึง ๓ เข็มในคราวเดียว (สำหรับรอบ ๒ เดือน) ซึ่งต้องมีการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ปกครองอย่างระมัดระวัง

๔) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ที่ประชุมมีมติให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เร่งดำเนินการในประเด็นต่อไปนี้:

- ▶ ตรวจสอบฐานข้อมูล: ยืนยันจำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงเพื่อใช้ในการวางแผนจัดสรรวัคซีน
- ▶ วางแผนบริหารจัดการ Multiple Dose: นำรูปแบบ "Buddy System" หรือการรวมศูนย์จุดฉีดไปปรับใช้เพื่อลดอัตราการสูญเสียวัคซีนที่มีราคาสูง
- ▶ การเตรียมความพร้อมทางวิชาการ: ถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่องเทคนิคการฉีดและการบริหารจัดการวัคซีนใหม่ให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานผ่านที่ประชุม กวป. ของแต่ละจังหวัด

▶ ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

๑) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทั้ง ๗ จังหวัด

- ตรวจสอบและยืนยันชุดข้อมูล (Verify) จำนวนประชากรเด็กกลุ่มเป้าหมายให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เนื่องจากข้อมูลที่รายงานมีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละพื้นที่
- นำเรื่องเข้าหารือในที่ประชุม กวป. จังหวัด เพื่อสื่อสารเทคนิคการฉีดและองค์ความรู้ที่ได้รับจากกรมควบคุมโรคให้แก่ทีมปฏิบัติงานในพื้นที่
- พิจารณาแผนรองรับ (Gap Analysis) กรณีวัคซีนที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยให้คำนวณงบประมาณและหาแนวทางใช้เงินบำรุงจัดซื้อเพิ่มเติมหากจำเป็น

๒) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และหน่วยบริการ วางแผนบริหารจัดการระบบโซ่ความเย็น (Cold Chain) และมาตรการลดการสูญเสียวัคซีน โดยเฉพาะแผนการจัดการวัคซีนหลังเปิดขวดที่มีอายุการใช้งานเพียง ๖ ชั่วโมง

๓) กลุ่มงาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ ติดตามความชัดเจน เรื่องจำนวนวัคซีนที่จะได้รับจัดสรร ราคาที่แน่นอน และแนวทางการฉีดจากกรมควบคุมโรคและ สปสช. แล้วนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

/๔) นายแพทย์...

๔) นายแพทย์สมาน พุตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ เชียงและสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ รวมถึงแนวทางการบริหารจัดการวัคซีนในจุดที่มีปัญหาหรือกรณีเด็กตกหล่น/พลาดนัด

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๓ รายงานการประเมินค่าตอบแทนของจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๘

โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้แทน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง ๗ แห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘

สถานการณ์ค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ ๘ ครอบคลุมพื้นที่ ๗ จังหวัด ประเด็นสำคัญที่พบคือ การพึ่งพาเงินบำรุงของสถานพยาบาลในการจ่ายค่าตอบแทนในสัดส่วนที่สูงมาก โดยเฉพาะในส่วนของการค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (ฉ.๑๑ และ ฉ.๑๒) เนื่องจากงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางไม่เพียงพอ (ครอบคลุมเพียง ๑.๕ - ๒ เดือนจาก ๑๒ เดือน) แต่ละจังหวัดมีการใช้ระบบการวิเคราะห์ประสิทธิภาพผ่านดัชนี Productivity ต่อดัชนีทุนค่าตอบแทน โดยใช้ค่า Adjust RW เป็นตัวชี้วัดหลัก พบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการต้นทุนต่อหน่วยดีกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ซึ่งโรงพยาบาลขนาดเล็กต้องแบกรับต้นทุนคงที่ (Fixed Cost) ด้านบุคลากรสูงแม้จำนวนผู้ป่วยจะน้อย ทั้งนี้แม้การเพิ่มค่าตอบแทนจะมีผลต่อการดึงดูดและรักษาบุคลากรในบางพื้นที่ (เช่น จังหวัดสกลนคร และจังหวัดนครพนม) แต่ในบางพื้นที่พบว่าปัจจัยด้านภาระงานและคุณภาพชีวิต (Work-life Balance) เริ่มมีความสำคัญมากกว่าจำนวนเงินเพียงอย่างเดียว ข้อเสนอแนะเร่งด่วนคือการขอสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากส่วนกลาง และการปรับยุทธศาสตร์เพิ่มรายได้ผ่านบริการรูปแบบใหม่ เพื่อความยั่งยืนทางการเงิน

๑) สถานการณ์ทางการเงินและงบประมาณค่าตอบแทน จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายจังหวัด พบรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้

- ▶ การพึ่งพาเงินบำรุง: จังหวัดส่วนใหญ่ต้องใช้เงินบำรุงในการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรเป็นสัดส่วนสูง เช่น
 - จังหวัดอุดรธานีใช้เงินบำรุงถึง ๙๐% ของแผนการเบิกจ่ายทั้งหมด (จากแผน ๑,๓๕๓ ล้านบาท)
 - จังหวัดนครพนมใช้เงินบำรุงจ่ายค่าตอบแทนถึงร้อยละ ๘๕ (ประมาณ ๓๓๐ ล้านบาท) โดยได้รับจัดสรรจากส่วนกลางเพียง ๖๐ ล้านบาท
 - จังหวัดบึงกาฬ งบประมาณจากส่วนกลางครอบคลุมค่าตอบแทนเพียงร้อยละ ๑๓ ที่เหลือต้องใช้เงินบำรุงทั้งหมด
- ▶ ปัญหาการจัดสรรงบประมาณส่วนกลาง (ฉ.๑๑ และ ฉ.๑๒): งบประมาณจากส่วนกลางไม่สอดคล้องกับประมาณการรายจ่ายจริง ส่งผลให้สถานพยาบาลต้องแบกรับภาระเองกว่า ๑๐ เดือนต่อปี
- ▶ สถานะเงินบำรุงที่ต้องเฝ้าระวัง:
 - จังหวัดนครพนม: ประสบภาวะเงินบำรุงติดลบเกือบทุกโรงพยาบาล โดยมีโรงพยาบาลติดวิกฤตการเงิน ระดับ ๗ จำนวน ๒ แห่ง
 - จังหวัดอุดรธานี: โรงพยาบาลหนองวัวซออยู่ในสถานการณ์วิกฤตทางการเงินเสี่ยงสูง
 - จังหวัดเลย: แม้รายได้ภาพรวมจะโตขึ้น แต่สถานะเงินบำรุงของโรงพยาบาลในระดับอำเภอยังคงติดลบ

๒) โครงสร้างและอัตราค่าตอบแทนตามพื้นที่

ข้อมูลการเปรียบเทียบอัตราค่าตอบแทนในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่และการดึงดูดบุคลากร

จังหวัด	อัตราค่าตอบแทนที่สำคัญ	นโยบายการบริหารจัดการ
อุดรธานี	โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี (รพศ.) มีประสิทธิภาพสูงสุดในการบริหาร ค่าตอบแทนเมื่อเทียบกับผลงาน	พบว่าโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีมีประสิทธิภาพสูงสุด ในการบริหารค่าตอบแทนเมื่อเทียบกับผลงาน (Baht per Adjust RW)
สกลนคร	แพทย์เฉพาะทาง ER/EP ๓,๖๐๐ บาท, Intern ๑,๒๐๐ บาท	การันตีรายได้แพทย์เฉพาะทางประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ บาท/เดือน
เลย	GP ๒,๔๐๐ บาท, สาขาขาดแคลน ๓,๖๐๐ บาท	จ่ายอัตราสูงสุด (Full Max) มาตลอด ๔ ปี เพื่อดึงดูดแพทย์
นครพนม	ปรับค่า EP เป็น ๓,๖๐๐ บาท, ปรับ Intern รพช. เป็น ๑,๘๐๐ บาท	เน้นจ่ายค่าตอบแทนเป็นอันดับแรกเพื่อสร้างขวัญ กำลังใจ
บึงกาฬ	แพทย์ OT ๒,๗๐๐ บาท/เวร, ค่าส่งเสริมพิเศษ ๕,๐๐๐ บาท/เดือน	ให้ค่าตอบแทนพยาบาล ICU สูงกว่าพยาบาลวอร์ด ทั่วไป
หนองบัวลำภู	เน้นพื้นที่ "สุวรรณคูหา"	เป็นพื้นที่ขาดแคลนที่ได้รับค่าตอบแทนสูงกว่าพื้นที่ อื่นเป็นมาตรฐาน
หนองคาย	มีค่าเฉลี่ยต้นทุนอยู่ที่ ๔,๖๔๘.๖ บาทต่อ ๑ Adjust RW	พบว่า โรงพยาบาลโพธิ์ตาก มีต้นทุนสูงที่สุด ในจังหวัด เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเล็กที่มี ต้นทุนคงที่ (Fixed Cost)

๓) กลยุทธ์การสร้างแรงจูงใจและการรักษาบุคลากร

- ▶ การปรับเพิ่มค่าตอบแทนเพื่อดึงดูดแพทย์
 - บึงกาฬ: ปรับค่า OT แพทย์ขึ้นเป็น ๒,๗๐๐ บาทต่อเวร (อัตราสูงสุด) มานาน ๓-๔ ปีเพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์ และมีค่าตอบแทนพิเศษ ๕,๐๐๐ บาท/เดือน ให้แพทย์เฉพาะทางทุกสาขา
 - นครพนม: ปรับค่า OT ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern) จาก ๑,๒๐๐ บาท เป็น ๑,๘๐๐ บาท และปรับค่าตอบแทนแพทย์เฉพาะทาง (EP) เป็น ๓,๖๐๐ บาท
 - สกลนคร: ใช้ระบบ "การันตีรายได้" ให้แพทย์เฉพาะทางที่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท และแพทย์ทั่วไปที่ ๖๐,๐๐๐ – ๘๐,๐๐๐ บาท เพื่อป้องกันการลาออก
- ▶ ผลลัพธ์ที่ได้รับ: กลยุทธ์การจ่ายค่าตอบแทนที่สอดคล้องกับภาระงานช่วยลดอัตราการลาออกของแพทย์เพิ่มพูนทักษะในจังหวัดสกลนครจากปีละกว่า ๙ คน เหลือเพียง ๒ คนในปีที่ผ่านมา
- ▶ ความสำคัญของ Work-Life Balance :
 - จังหวัดเลยพบว่า การให้ค่าตอบแทนสูงอาจไม่สัมพันธ์กับความพึงพอใจเสมอไป โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่ภาระงานหนักมาก (เช่น วังสะพุง) ซึ่งต้องใช้กลไกอื่นนอกเหนือจากเงินเข้าช่วย
 - ทศนคติของบุคลากรรุ่นใหม่ ให้ความสำคัญกับ คุณภาพชีวิต (Work-life Balance) และเวลาพักผ่อน หากต้องขึ้นเวรเกิน ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อาจนำไปสู่ภาวะช็อกหรือหมดไฟ
 - ระบบการให้คำปรึกษา (Consultation) และการส่งต่อที่ชัดเจนเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้แพทย์รุ่นใหม่คงอยู่ในระบบ

๔) การวิเคราะห์ประสิทธิภาพ (Productivity Analysis)

การนำเกณฑ์ " Baht per Adjust RW" (ต้นทุนค่าตอบแทนต่อหน่วยสัมพัทธ์ที่ปรับตามความซับซ้อนของโรค) เป็นตัวชี้วัดหลักในการเปรียบเทียบประสิทธิภาพ:

- ▶ กลุ่มประสิทธิภาพสูง: โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (รพท./รพศ.) มีสัดส่วนค่าตอบแทนต่อผลงานดีที่สุด เนื่องจากมีปริมาณงาน (Workload) ที่สัมพันธ์กับจำนวนบุคลากร
- ▶ กลุ่มเฝ้าระวัง: โรงพยาบาลขนาดเล็ก (เช่น โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง, โรงพยาบาลหนองแสง, โรงพยาบาลโพธิ์ตาก) มีต้นทุนต่อ Adjust RW สูง เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายคงที่ (Fixed Cost) ในการจัดเวรยาม (บ่าย-ดึก) แม้อัตราครองเตียงจะต่ำ (๑๐-๓๐%)
- ▶ การคำนวณที่เหมาะสม:
 - การคำนวณที่ครอบคลุม: มีข้อเสนอแนะว่าควรแปลงผลงานผู้ป่วยนอก (OPD) ให้เป็น Adjust RW ด้วยการคูณ Factor ก่อนนำมาหารรวม เพื่อไม่ให้ข้อมูลของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีสัดส่วน OPD สูงเกิดความคลาดเคลื่อน
 - ความสัมพันธ์ของค่าตอบแทน: ในทางปฏิบัติ ค่า OT มักสัมพันธ์กับงาน IPD และ ER มากกว่างาน OPD ทั่วไป การวิเคราะห์อย่างละเอียดจึงต้องแยกส่วน (Segmentation) ให้ชัดเจนตามประเภทบุคลากรและลักษณะงาน

๕) ความท้าทายและข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์

- ▶ ความท้าทายหลัก
 - ความเหลื่อมล้ำระหว่างหน่วยงาน: การแย่งชิงบุคลากรผ่านการเพิ่มค่า OT ในจังหวัดข้างเคียงทำให้เกิดสถานะ "ขึ้นแล้วลงไม่ได้" และกลายเป็นภาระเงินบำรุงระยะยาว
 - ความเสี่ยงจากนโยบายส่วนกลาง: หากกองทุนหลัก (เช่น กองทุนข้าราชการ) มีการเปลี่ยนแปลงระบบการจ่าย อาจส่งผลกระทบต่อสภาพคล่องอย่างรุนแรง
 - ต้นทุนบุคลากรในโรงพยาบาลเล็ก: ภาระค่าตอบแทนคงที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาลขนาดเล็กมาก
- ▶ ข้อเสนอแนะ
 - การหาทางเลือกใหม่ด้านรายได้ : หน่วยบริการควรพิจารณาจัดบริการที่ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์พื้นฐาน เพื่อสร้างรายได้มาสมทบค่าตอบแทนบุคลากร
 - การปรับโมเดลการบริการ: สำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ต้นทุนบุคลากรสูงเกินไป อาจพิจารณาปรับรูปแบบเป็น Extended OPD เพื่อลดต้นทุน Labor Cost ในส่วนงานที่ผู้ป่วยน้อย
 - การจัดทำมาตรฐานเขต : มอบหมายให้คณะกรรมการระดับเขตวิเคราะห์โครงสร้างค่าตอบแทนในภาพรวม (Mapping) เพื่อให้เกิดความสมดุลและไม่เกิดความขัดแย้งระหว่างพื้นที่
 - การขอสนับสนุนงบประมาณ: จัดทำข้อมูลเชิงลึกเพื่อเสนอต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙) ในการขอรับงบประมาณสนับสนุนค่าตอบแทน ณ.๑๑ และ ณ.๑๒ ให้ครอบคลุมการปฏิบัติงานจริงตลอดทั้งปี

- ▶ **แนวทางในอนาคต** : การสร้าง Regional Mapping เพื่อเปรียบเทียบ Pattern การจ่ายค่าตอบแทนของทั้ง ๗ จังหวัดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
 - กำหนดเกณฑ์กลางในการวิเคราะห์ (เช่น จะรวมค่าตอบแทนส่วนใดบ้าง) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบข้ามจังหวัดได้
 - ใช้ระบบ GIS (Geographic Information System) แสดงระดับการจ่ายค่าตอบแทนในแต่ละพื้นที่เป็นแผนที่ เพื่อให้เห็นความเหลื่อมล้ำหรือความสมดุลในระดับเขต
 - มุ่งเน้นการเพิ่มรายได้ (New Product Service) เพื่อนำมาจ่ายเป็นค่าตอบแทนได้อย่างยั่งยืน แทนการพึ่งพางบประมาณจากกองทุนหลักเพียงอย่างเดียว
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
 - ๑) นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และแพทย์หญิงธีรารัตน์ พลราชม รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รวบรวมปัญหาและอุปสรรค พร้อมจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการทำงานร่วมกันระดับเขต เพื่อแก้ปัญหาการลาออกและการสร้างความผูกพันในองค์กร
 - ๒) แพทย์หญิงธีรารัตน์ พลราชม รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และทีม CFO เขตสุขภาพที่ ๘ กำหนดหลักเกณฑ์กลางในการวิเคราะห์ "ต้นทุนค่าตอบแทนต่อหน่วย (Baht per Adjust RW)" โดยกำหนดให้ชัดเจนว่าต้องใช้ปัจจัยใดบ้าง (เช่น การแปลง OPD เป็น RW) เพื่อให้ข้อมูลของทุกจังหวัดเทียบเคียงกันได้
 - ๓) แพทย์หญิงธีรารัตน์ พลราชม รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
 - จัดทำแผนที่ระดับเขต (Regional Mapping) แสดง Pattern การจ่ายค่าตอบแทน (เช่น OT ตามวงเล็บต่างๆ) ของทั้ง ๗ จังหวัด โดยใช้ระบบ GIS แสดงเป็นแผนที่เพื่อให้เห็นภาพรวมความสมดุลและความเหลื่อมล้ำ
 - รวบรวมข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ จากปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดทำเนื้อหาสรุปเกี่ยวกับภาพรวมค่าตอบแทน (ฉ.๑๑ และ ฉ.๑๒) และการวิเคราะห์ประสิทธิภาพ เพื่อนำเสนอให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและคณะ ได้รับฟัง ในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ที่มีการลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมของปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - ๔) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ผช.ว.) ทั้ง ๗ จังหวัด จัดทำแผนแนวทางการเพิ่มรายรับของหน่วยบริการ (จัดในกลุ่ม Segment ไต และ Product service อะไร) และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๔ รายงานความก้าวหน้าข้อมูลการคลอด ย้อนหลัง ๕ ปี ของจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๘

โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้แทน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง ๗ แห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘

จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปีในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสกลนคร จังหวัดนครพนม จังหวัดเลย จังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดบึงกาฬ พบแนวโน้มที่สำคัญคือ จำนวนการคลอดโดยรวมของประชากรไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สัดส่วนการคลอดของมารดาต่างด้าวกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดน ประเด็นวิกฤตที่พบคือการแจ้งข้อบิดาเป็นคนไทยในสัดส่วนที่สูง (ประมาณ ๕๐-๗๐% ของมารดาต่างด้าว) ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงเรื่อง "พ่อทิพย์" หรือการจ้างคนไทยมาสวมสิทธิ์เป็นบิดาเพื่อให้บุตรได้รับสัญชาติไทยและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลฟรีตลอดชีวิต นอกจากนี้ยังมีข้อกังวลด้านความมั่นคง เช่น การค้ามนุษย์ การอุ้มบุญผิดกฎหมาย และภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลต้องแบกรับจากการเก็บค่าบริการไม่ได้ในกลุ่มผู้ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ

/๑) วิเคราะห์...

๑) วิเคราะห์สถานการณ์การคลอดรายจังหวัด (ย้อนหลัง ๕ ปี)

ข้อมูลจากการประชุมเผยให้เห็นภาพรวมที่สอดคล้องกันเกือบทุกจังหวัด คือจำนวนการคลอดลดลง แต่สัดส่วนต่างด้าวเพิ่มขึ้น ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

จังหวัด	จำนวนการคลอด (ย้อนหลัง ๕ ปี)	จำนวนมารดา ต่างด้าว	ข้อสังเกตที่สำคัญ
อุดรธานี	๓๓,๐๔๓	๗๒๑	แนวโน้มการคลอดลดลงจากปีละ ๘,๐๐๐ เหลือ ๖,๐๐๐ ราย มารดาส่วนใหญ่เป็นชาวลาว
สกลนคร	๑๙,๔๑๒	๒๗๒	ก่อนสถานการณ์โควิด-19 เคยมีสถิติการคลอดสูงถึงปีละ ประมาณ ๑๒,๐๐๐ คน แต่หลังสถานการณ์โควิดลดลงเหลือ เพียงปีละประมาณ ๔,๐๐๐ คน และปัจจุบันอยู่ที่ ๓,๙๑๑ คน
นครพนม	๑๘,๑๗๗	๑,๓๗๒	สัดส่วนชาวลาว ๗๐% กัมพูชา ๑๕% (หลังปี ๒๕๖๖ สัดส่วนกัมพูชาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด)
เลย	๑๒,๔๐๔	๑,๗๘๓	สัดส่วนต่างด้าวเพิ่มขึ้น ๔.๓ เท่า (จาก ๕.๒% เป็น ๒๒%) สูงที่สุดในกลุ่มจังหวัดที่รายงาน
หนองคาย	๑๔,๑๔๑	๘๙๖	แนวโน้มลดลงเนื่องจากฝั่งเวียงจันทน์มีการพัฒนา โรงพยาบาลเอกชนที่ดีขึ้น
หนองบัวลำภู	๑๔,๙๖๖	๒๗๓	อำเภอสุวรรณคูหา พบบิดาต่างชาติสูงสุด ๘ ราย และมีรายงานผิดปกติ ๔ ครั้ง
บึงกาฬ	๑๒,๕๕๙	๖๙๕	มารดาต่างด้าวกว่า ๗๐% แจ้งว่าบิดาเป็นคนไทย

๒) ประเด็นความมั่นคงและสิทธิสุขภาพ: ปรากฏการณ์ "พ่อทิพย์"

ประเด็นที่น่ากังวลที่สุดคือการพยายามทำให้บุตรที่เกิดจากการดาต่างด้าวได้รับสัญชาติไทยโดยมิชอบ
ซึ่งมีลักษณะและข้อสังเกตดังนี้

- ▶ แรงจูงใจ: บุตรที่ได้สัญชาติไทยจะได้รับสิทธิบัตรทอง (๓๐ บาทรักษาทุกโรค) ตลอดชีวิต และเข้าถึง
สวัสดิการของรัฐได้เทียบเท่าคนไทย
- ▶ พฤติการณ์ "พ่อทิพย์": พบกรณีที่มีการดาต่างด้าวว่าจ้างคนไทย (เช่น คนในพื้นที่ชายแดน) ในราคาประมาณ
๒๐,๐๐๐ บาท เพื่อให้มารับสมอ้างเป็นบิดา
- ▶ ข้อพิรุณทางการแพทย์: พยาบาลห้องคลอดในจังหวัดเลยพบข้อสังเกตว่า บิดาที่มาแจ้งสิทธิ์แสดงอาการ
"ไม่เอ็นดูเด็ก" หรือไม่มีความผูกพันทางสายเลือดอย่างผิดปกติ เมื่อสืบค้นจึงพบว่า เป็นชาวต่างชาติที่ขอร้อง
ให้คนรู้จักมาสวมสิทธิ์
- ▶ ช่องโหว่ทางกฎหมาย:
 - ระบบ One Stop Service: การให้บริการแจ้งเกิดเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวในโรงพยาบาล ทำให้บิดา
ไม่ต้องไปแสดงตัวหรือผ่านกระบวนการคัดกรองที่เข้มงวดของที่ว่าการอำเภอ
 - การสวมสิทธิ์ตั้งแต่ฝากครรภ์: หากมีการแจ้งชื่อบิดาปลอมตั้งแต่ขั้นตอนการฝากครรภ์ (ANC)
โรงพยาบาลมักจะยึดตามข้อมูลนั้น ทำให้ยากต่อการดักจับในภายหลัง
- ▶ ความมั่นคงและประชากร: มีการอภิปรายถึงผลกระทบในระยะยาว หากประชากรต่างชาติมีสัดส่วนสูงกว่า
คนท้องถิ่นในบางพื้นที่ อาจนำไปสู่ภาวะ "กลืนประเทศ" ได้

๓) ผลกระทบด้านการเงินและการงบประมาณ

การให้บริการคลอดแก่ชาวต่างชาติส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของหน่วยบริการในสองทิศทาง

- ▶ ภาระค่าใช้จ่าย: โรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดน (เช่น โรงพยาบาลท่าลี่) ต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บเงินไม่ได้ปีละหลายสิบล้านบาท เนื่องจากผู้รับบริการไม่มีกำลังจ่ายและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ
- ▶ รายได้เสริม: ในบางพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลหนองคาย มีการเปิดบริการ SMC เพื่อรองรับชาวต่างชาติที่มีฐานะซึ่งถือเป็นแหล่งรายได้ของโรงพยาบาล
- ▶ บัตรประกันสุขภาพต่างชาติ: มีข้อสังเกตว่าผู้ที่มาซื้อบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่ มักเป็นผู้ที่มีอาการป่วยหรือเป็นโรคเรื้อรังอยู่แล้ว ทำให้กองทุนประกันสุขภาพมักประสบภาวะขาดทุน (Adverse Selection) อย่างไรก็ตาม การซื้อบัตรประกันสุขภาพต่างชาติยังมีข้อดีคือสามารถเบิกจ่ายจากกองทุนกลางหรือกองทุนระหว่างประเทศ (เช่น M-Fund) ได้ในกรณีเจ็บป่วยรุนแรง

๔) ข้อกังวลด้านอาชญากรรมข้ามชาติและจริยธรรม

ที่ประชุมได้ยกประเด็นความเสี่ยงที่ซับซ้อนมากกว่าการสวมสิทธิ์สัญชาติ ได้แก่:

- ▶ ธุรกิจอัมบุฉุฉุผิดกฎหมาย: พบข้อสังเกตเกี่ยวกับขบวนการที่ใช้หญิงไทยเป็นแม่อัมบุฉุฉุให้ชาวต่างชาติ (เช่น จีนเทา) โดยมีการแจ้งข้อมูลเท็จ
- ▶ การค้าอวัยวะ: มีความกังวลว่าเด็กที่เกิดจากขบวนการที่ไม่ชัดเจนเหล่านี้อาจมีความเสี่ยงถูกนำไปเข้าสู่ขบวนการค้าอวัยวะหรือการค้ามนุษย์ระดับนานาชาติ
- ▶ การแจ้งเกิดเท็จ: ความเสี่ยงในการออก "ใบแจ้งเกิดเท็จ" โดยเจ้าหน้าที่ ซึ่งต้องมีการตรวจสอบยอดการแจ้งเกิดกับจำนวนเด็กที่คลอดจริงในโรงพยาบาลให้ตรงกัน

๕) มาตรการและแนวทางการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ ๘

เพื่อให้จัดการกับปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม ที่ประชุมมีมติและข้อเสนอแนะดังนี้

มาตรการระยะสั้น (ระดับปฏิบัติการ)

- ▶ การคัดกรองประวัติ: เพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบเอกสารบิดา โดยต้องมีผู้รับรองที่เป็นผู้นำชุมชนหรือข้าราชการระดับ C๕ ขึ้นไปในกรณีที่น่าสงสัย
- ▶ การพิสูจน์ DNA: ในกรณีที่ไม่สามารถยืนยันตัวตนบิดาได้ชัดเจน อาจต้องใช้มาตรการตรวจ DNA ซึ่งผู้รับบริการต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง (ประมาณ ๔,๕๐๐ บาทต่อราย)
- ▶ การเฝ้าระวังพฤติกรรม: ให้เจ้าหน้าที่ห้องคลอดสังเกตความผูกพันระหว่างบิดาและบุตร หากพบพิรุธให้รีบประสานฝ่ายปกครอง

มาตรการเชิงนโยบายและการบริหาร

- ▶ ระบบ One Stop Service: พิจารณาทบทวนการให้บริการแจ้งเกิดแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service) สำหรับมารดาต่างชาติ เพื่อให้ผ่านกระบวนการตรวจสอบของมหาดไทยอย่างละเอียดก่อน
- ▶ การเพิ่ม Gatekeeper: กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ (Supervisor) รีเช็คใบแจ้งเกิดก่อนส่งข้อมูลเพื่อป้องกันการออก "ใบแจ้งเกิดเท็จ"

► **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้

๑) นายแพทย์กิตติเชษฐ์ อีร์กุลพงศ์เวช รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม ดำเนินการดังนี้ และ นำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

- รวบรวมและวิเคราะห์ภาพรวมข้อมูลการคลอด ของทั้ง ๗ จังหวัดในภาพรวมเขตสุขภาพ ตามรูปแบบของจังหวัดอุดรธานี
- ศึกษาข้อกฎหมายและประสานงานกับกระทรวงมหาดไทย ในประเด็นการแจ้งเกิด การพิสูจน์ สิทธิ และช่องโหว่ทางกฎหมายเรื่องคำแจ้งเกิดของบิดามารดา
- จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อป้องกันปัญหาการสวมสิทธิ์ เช่น การทบทวนระบบ One Stop Service สำหรับต่างชาติ และการกำหนดเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ (Supervisor/Gatekeeper) ใบแจ้งเกิด
- วิเคราะห์ทางเลือกบริการสำหรับต่างชาติ เช่น กองทุน M-Fund เพื่อจัดทำข้อตกลงการทำงาน ร่วมกันในระดับเขต

๒) ทีม CFO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการดังนี้ และ นำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหาร เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

- วิเคราะห์จำนวนการขายบัตรแบ่งตามประเภท (เช่น บัตร ๑ ปี หรือ ๒ ปี) และระดับราคา ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน
- รวบรวมข้อมูลภาระการใช้บริการ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละจังหวัด
- จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อกำหนดแนวทางการทำงานและข้อตกลงร่วมกันในระดับเขตสุขภาพ

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๕ รายงานความก้าวหน้าการบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลัง ของหน่วยบริการ ในเขตสุขภาพที่ ๘

โดย ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู)

เขตสุขภาพที่ ๘ เผชิญกับความท้าทายด้านงบประมาณ โดยมีเงินบำรุงคงเหลือสุทธิน้อยที่สุดเป็นลำดับ ๑ จากทั้งหมด ๑๒ เขตสุขภาพ (ติดลบ ๑,๑๕๑ ล้านบาท) มีโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ จำนวน ๕ แห่ง และประสบวิกฤตทางการเงินระดับ ๖ จำนวน ๗ แห่ง การบริหารจัดการในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การใช้เงินจัดสรร ระดับเขตจำนวน ๗๖ ล้านบาท เพื่อสองวัตถุประสงค์ ๑) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ (๔๖ ล้านบาท) และ ๒) การสนับสนุนการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขวิกฤตทางการเงิน (๓๐ ล้านบาท) ประเด็นที่น่ากังวลคือการพึ่งพา เงินสนับสนุนข้ามจังหวัด เนื่องจากบางจังหวัดมีเงินทุนสำรองไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังมีนโยบายปรับเปลี่ยน ทิศทางการช่วยเหลือจากการ "เยียวยาวิกฤต" ไปสู่การ "สร้างรายได้เพิ่ม" ผ่านการขยายบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ หน่วยบริการสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว

๑) สถานการณ์ทางการเงินและวิกฤตรายหน่วยบริการ

ภาพรวมสถานะทางการเงินของเขตสุขภาพที่ ๘ แสดงให้เห็นถึงสถานะขาดสภาพคล่องอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้

- เงินบำรุงคงเหลือสุทธิ: ติดลบ ๑,๑๕๑ ล้านบาท (น้อยที่สุดในภาพประเทศ)
- สินทรัพย์สภาพคล่อง: มีเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดประมาณ ๕,๐๐๐ กว่าล้านบาท แต่มีหนี้สินสูง ถึง ๖,๑๕๕ ล้านบาท และมีลูกหนี้ ๓,๗๔๕ ล้านบาท
- สถานะรายจังหวัด: โรงพยาบาลสกลนคร ยังเป็น ๑ ใน ๒๐ โรงพยาบาลที่เงินบำรุงคงเหลือติดลบมากที่สุด ในระดับประเทศ และในเขตสุขภาพที่ ๘ มีเพียงจังหวัดหนองคายเพียงจังหวัดเดียวที่มีเงินบำรุงคงเหลือสุทธิเป็นบวก

/โรงพยาบาล...

โรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงิน (เกณฑ์กระทรวง NI)

ระดับความรุนแรง	จำนวนหน่วยบริการ	รายชื่อโรงพยาบาล / พื้นที่
ระดับ ๗	๕ แห่ง	ศรีสงคราม, นาหว้า, วังสะพุง, พังโคน, โพธิ์ตาก
ระดับ ๖	๗ แห่ง	โพนสวรรค์, บุ่งคล้า, นาแห้ว, นิคมน้ำออน, โพนพิสัย, ศรีเชียงใหม่, และศรีบุญเรือง

๒) การจัดสรรเงินบริหารระดับเขต ปี ๒๕๖๙ (๗๖,๓๗๒,๑๕๗ บาท)

ที่ประชุมได้กำหนดการจัดสรรเงินที่กักไว้ ณ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป รวม ๗๖ ล้านบาท โดยแบ่งสัดส่วนการใช้งานตามวัตถุประสงค์เป็น ๒ ส่วนหลัก ดังนี้

**2. การจัดสรรงบบริหารระดับเขต ปี 2569 ที่โอนไว้ที่ swค/สwn.
เงินคงเหลือ จำนวน 76,372,157 บาท จัดสรร ดังนี้**

ลำดับ	จังหวัด	โรงพยาบาล	เงินบริหารระดับเขต ที่โอนจัดสรรไว้ที่ swค. / swน. คงเหลือ (บาท)	จัดสรร 1 เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพ หน่วยบริการ	จัดสรร 2 เพื่อ สนับสนุนการ บริหารและแก้ไข วิกฤตการเงิน ภายใต้การพัฒนา ประสิทธิภาพ	หน่วยสนับสนุน	คงเหลือเงินบริหาร ระดับเขต (บาท)
1	นครพนม	นครพนม,swน.	10,000,000	10,000,000	3,000,000	swน.นครพนม และ swค.อุดรธานี	-
2	บึงกาฬ	บึงกาฬ,swน.	10,000,000	3,500,000	6,500,000	swน.บึงกาฬ	-
3	เลย	เลย,swน.	10,000,000	8,500,000	1,500,000	swน.เลย	-
4	สกลนคร	สกลนคร,swค.	-	7,500,000	2,000,000	swน.หนองคาย และ swค.อุดรธานี	-
5	หนองคาย	หนองคาย,swน.	16,372,157	2,000,000	6,872,157	swน.หนองคาย	-
6	หนองบัวลำภู	หนองบัวลำภู,swน.	10,000,000	5,000,000	5,000,000	swน.หนองบัวลำภู	-
7	อุดรธานี	อุดรธานี,swค.	20,000,000	9,500,000	5,500,000	swค.อุดรธานี	-
รวมเขต 8			76,372,157	46,000,000	30,372,157		-

หมายเหตุ :

- 1) เงินบริหารระดับเขต ที่โอนจัดสรรไว้ที่ swน.หนองคาย ที่เหลือ จำนวน 16,372,157 บาท จัดสรรดังนี้
 - 1.1 สนับสนุน สสอ.หนองคาย และเพิ่มประสิทธิภาพ สสอ. จำนวน 6,872,157 บาท
 - 1.2 สนับสนุนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ ใน จว.สกลนคร จำนวน 7,500,000 บาท
 - 1.3 สนับสนุนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ จว.หนองคาย จำนวน 2,000,000 บาท
- 2) เงินบริหารระดับเขต ที่โอนจัดสรรไว้ที่ swค. อุดรธานี ที่เหลือ จำนวน 20,000,000 บาท จัดสรรดังนี้
 - 2.1 จัดสรรเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ จว.อุดรธานี จำนวน 9,500,000 บาท
 - 2.2 สนับสนุนสนับสนุนการบริหารและแก้ไขวิกฤตการเงิน sw. ใน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 5,500,000 บาท
 - 2.3 สนับสนุนสนับสนุนการบริหารและแก้ไขวิกฤตการเงิน sw. ใน จังหวัดนครพนม จำนวน 3,000,000 บาท
 - 2.4 สนับสนุนสนับสนุนการบริหารและแก้ไขวิกฤตการเงิน sw. ใน จังหวัดสกลนคร จำนวน 2,000,000 บาท

- ▶ วงเงิน ๔๖ ล้านบาท: จัดสรรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ เช่น การพัฒนาแพลตฟอร์มลดต้นทุน หรือ การจัดหาอุปกรณ์เพื่อเพิ่มรายได้
- ▶ วงเงิน ๓๐ ล้านบาท: จัดสรรเพื่อสนับสนุนการบริหารและแก้ไขวิกฤตทางการเงิน
- ▶ กลไกการช่วยเหลือ: มีการปรับเกลี่ยเงินระหว่างจังหวัด (Cross-provincial subsidy) เช่น โรงพยาบาล อุดรธานี สนับสนุนเงินให้แก่หน่วยบริการในจังหวัดนครพนมและสกลนคร

การจัดสรร เพื่อสนับสนุนการบริหารและแก้ไขวิกฤตทางการเงินภายใต้การพัฒนาประสิทธิภาพ



**การจัดสรร เพื่อสนับสนุนการบริหารและแก้ไขวิกฤตการเงิน
ภายใต้การพัฒนาประสิทธิภาพ**

การจัดสรร 6 จังหวัด

จังหวัด	จำนวนเงิน (บาท)
บึงกาฬ	6,500,000
เลย	1,500,000
หนองบัวลำภู	5,000,000
อุดรธานี	5,500,000
นครพนม	3,000,000
สกลนคร	2,000,000
รวม	23,500,000

***เกณฑ์การจัดสรร**

1. 40% ตาม TPS ค่าเฉลี่ย 3 ไตรมาส จัดสรรให้ sw.ที่มี เกณฑ์ A-B-C
 2. 30% ตาม Risk Score NI R8 ณ 30 มิย 69
 3. 30% ตามจำนวนเงินที่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น เฉลี่ย 3 เดือน
- **และปรับวงเงินตามข้อเสนอของ CFO จังหวัด**

*****sw.ที่ได้รับจัดสรร ดำเนินการขอสนับสนุนเงินบำรุงแบบยวดยา
ไปยัง swค, swน. ที่เป็นหน่วยสนับสนุน ให้แล้วเสร็จ
ภายในวันที่ 14 สิงหาคม 2569**

เนื่องจากเงินที่กักไว้ในบางจังหวัดไม่เพียงพอ จึงต้องมีการสนับสนุนข้ามจังหวัด (ลักษณะแบบจ่ายขาด) ดังนี้

- ▶ จังหวัดสกลนคร: รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลหนองคาย จำนวน ๗.๕ ล้านบาท และโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน ๒ ล้านบาท
- ▶ จังหวัดนครพนม: รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจาก โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน ๓ ล้านบาท
- ▶ จังหวัดบึงกาฬ: โรงพยาบาลบึงกาฬ ปรับเปลี่ยนเงิน ๖.๕ ล้านบาท เพื่อช่วยโรงพยาบาลระดับ ๗ (โรงพยาบาลเซกา, โรงพยาบาลศรีวิไล, โรงพยาบาลบุ่งคล้า)

๓) การดำเนินงาน สนับสนุนสภาพคล่อง เพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลในการดำเนินงานโครงสร้างที่จำเป็นและที่สำคัญ โดยสนับสนุนเงินบำรุงระหว่างหน่วยบริการ (On top)



3. การดำเนินงาน สนับสนุนสภาพคล่องเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาล ในการดำเนินงานโครงสร้างที่จำเป็นและสำคัญ โดยสนับสนุนเงินบำรุงระหว่างหน่วยบริการ (On top)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนเงินลงทุน (บาท)	เงิน Ontop	แหล่งเงิน
1	เลย	30,008,600	10,000,000	ขอสนับสนุนเงินบำรุงแบบจ่ายขาดจาก SW.เลย
2	สกลนคร	67,551,752	20,000,000	ขอสนับสนุนเงินบำรุงแบบจ่ายขาดจาก SW.สกลนคร 10 ล้านบาท ขอสนับสนุนเงินบำรุงแบบจ่ายขาดจาก SW.หนองคาย 10 ล้านบาท
3	หนองคาย	14,765,950	5,000,000	ขอสนับสนุนเงินบำรุงแบบจ่ายขาดจาก SW.หนองคาย
4	หนองบัวลำภู	30,000,000	10,000,000	ขอสนับสนุนเงินบำรุงแบบจ่ายขาดจาก SW.หนองบัวลำภู
รวมเขต 8		142,326,302	45,000,000	

การดำเนินการ : ขอรับสนับสนุนเงินบำรุง

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แจ้งจำนวนเงิน on top ที่จะสนับสนุนให้ sw.

และแจ้ง sw. ส่งเอกสารขอรับสนับสนุนเงินบำรุงแบบจ่ายขาด จาก swท.

****ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินบำรุงเพื่อการปฏิบัติราชการ ของหน่วยบริการอื่น พ.ศ. 2567 (แบบเอกสารแผนงาน และเอกสารสัญญาการจัดซื้อจัดจ้าง) ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 24 กรกฎาคม 2569**

2. รายงานผลการดำเนินงาน แจ้งสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2569

๔) ความก้าวหน้า การจัดสรรเงินกันตามจ่ายระหว่างกัน (Virtual Account)



4. ความก้าวหน้า การจัดสรรเงินกันตามจ่ายระหว่างกัน (Virtual Account)

รายงานความก้าวหน้าการจัดสรร Virtual Account กรณี OP Refer/AE ในจังหวัด
ข้อมูล ณ 17 กรกฎาคม 69 ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 8

จังหวัด	กันเงิน Virtual account	จัดสรร	คงเหลือ	ร้อยละ
เลย	106,054,095.21	106,054,095.21	0.00	0.00%
นครพนม	44,000,000.00	44,000,000.00	-	0.00%
สกลนคร	97,500,000.00	85,233,752.00	12,266,248.00	12.58%
อุดรธานี	112,000,000.00	77,490,478.70	34,509,521.30	30.81%
บึงกาฬ	20,000,000.00	12,098,238.27	7,901,761.73	39.51%
หนองบัวลำภู	28,570,000.00	12,131,917.05	16,438,082.95	57.54%
หนองคาย	49,302,416.50	-	49,302,416.50	100.00%
Grand Total	457,426,511.71	337,008,481.23	120,418,030.48	26.33%

จังหวัดที่มีเงินคงเหลือ 5 จังหวัด เร่งรัด ดำเนินการจัดสรร ให้แล้วเสร็จ ภายใน 31 กรกฎาคม 2569

- ▶ วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย
 - เงิน Virtual Account นี้ถูกกันไว้ เพื่อตามจ่ายค่าบริการนอก CUP ในจังหวัด OP Refer กรณีส่งต่อ และ OP AE กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - **ประธานในที่ประชุม** เน้นย้ำว่า งบประมาณส่วนนี้เป็นรายรับที่หน่วยบริการควรจะได้รับ จึงกำชับให้ผู้บริหารเร่งตรวจสอบและเคลียร์ยอดให้เสร็จสิ้น (ภายใน ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙) เพื่อไม่ให้เงินค้างอยู่ในระบบและนำมาใช้ประโยชน์ภายในจังหวัดได้ทันที หากหน่วยงานใดมีข้อสงสัยในรายละเอียดการเบิกจ่าย ให้ประสานงานโดยตรงกับทีมการเงินการคลังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) หรือทีมการเงินการคลัง (CFO) ระดับเขต
- ▶ สถานการณ์ดำเนินงานรายจังหวัด
 - กลุ่มที่ดำเนินการเสร็จสิ้น ๑๐๐%: ได้แก่ จังหวัดเลย และจังหวัดนครพนม
 - กลุ่มที่อยู่ระหว่างดำเนินการ (เป้าหมายให้เสร็จภายใน ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙)
 - สกลนคร: จัดสรรงบงวดที่ ๑ ไปแล้ว ๘๕ ล้านบาท และยังคงเหลืออีก ๑๒ ล้านบาทที่ต้องเร่งดำเนินการ
 - อุตรดิตถ์: ยังเหลือเงินอีก ๓๔ ล้านบาท ปัจจุบันมีการเบิกจ่ายไปแล้วร้อยละ ๖๙
 - หนองบัวลำภู: มีการใช้ไปแล้วร้อยละ ๕๐ โดยจะใช้ข้อมูลของเดือนมิถุนายนในการจัดสรรส่วนที่เหลือ
 - หนองคาย: กำลังดำเนินงานงวดที่ ๒ วงเงิน ๒๕ ล้านบาท ซึ่งมีการสังเกตว่าก่อนหน้านี้ยังไม่ได้ Clearing การเบิกจ่ายให้เรียบร้อย
 - บึงกาฬ: มีกำหนดดำเนินการในส่วนที่เหลือจำนวน ๗ ล้านบาท

๕) ประมาณการอัตราจ่าย IP ในเขต Base Rate (บาท/RW) ผลงานบริการปี ๒๕๖๙



5. ประมาณการอัตราจ่าย IP ในเขต Base Rate (บาท/RW) ปี 2568 - 2569

รายการ	ประมาณการ Sum Adj RW ทั้งปี 2569	Base Rate ปี 2568 (รวมเงินเดือน)	Base Rate ปี 2569 (รวมเงินเดือน)
ประมาณการ RW IP ในเขต	812,545 RW	7,829.50	7,868.14

อัตราจ่าย IP ในเขต Base Rate ปี 2568 ของ sw.ในเขต 8 เหลือทั้งปี = 7,829.50 บาท/RW (รวมเงินเดือน)

Zone08 68												
BaseRate 68-by date sent												
month	ต.ค.67	พ.ย.67	ธ.ค.67	ม.ค.68	ก.พ.68	มี.ค.68	เม.ย.68	พ.ค.68	มิ.ย.68	ก.ค.68	ส.ค.68	ก.ย.68(1-15)
BR01	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	5,227	5,227

****ปี 2568 เดือน ส.ค - ก.ย อัตราจ่ายไม่ถึง 8,350 บาท/RW อยู่ระหว่างของบกลางประเทศ**

อัตราจ่าย IP ในเขต Base Rate ปี 2569

- อัตราจ่าย หลังหักเงินเดือนระดับประเทศ = 3,505.14 บาท/RW (ไม่รวมเงินเดือนประกันรายรับ IP)
- เงินเติม IP เพื่อประกันรายรับเท่ากับปี 68 = 443.63 ล้านบาท (รับเข้า บัญชี เป็นรายได้ UC-CF)
- อัตราจ่าย รวมเงินประกันรายรับ IP ในเขต = 4,051 บาท/RW (รวมข้อ 1+2)
- ประมาณการ อัตราจ่าย IP ในเขต Base Rate รวมเงินประกันรายรับ และ รวมเงินเดือน = 7,868.14 บาท/RW

▶ ผลการดำเนินงานด้านรายรับ IP (In-patient)

- ผลงานเกินเป้าหมาย: เป้าหมายรายรับ IP ที่ ๗.๕ เดือนกำหนดไว้ที่ ๖๒.๕% แต่เขต ๘ ทำได้สูงถึง ๖๖.๓๘% โดยจังหวัดอุดรธานีทำได้สูงสุด (๗๐%) ขณะที่จังหวัดหนองบัวลำภูทำได้น้อยที่สุด (๕๗%)
- ข้อกังวล: หากทำผลงานเกิน ๑๐๐% อาจส่งผลเสียต่อเงินปรับเกลียวที่จะได้รับจากส่วนกลาง **ประธานในที่ประชุม** จึงกำชับให้บริหารจัดการการเบิกจ่ายให้ตรงตามข้อเท็จจริงที่สุด
- แนวโน้ม IP Rate: ประเมินการจ่าย IP Rate ปี ๒๕๖๘ เฉลี่ยอยู่ที่ ๗,๘๒๙.๕๐ บาท แต่จะลดต่ำลงเหลือ ๕,๒๒๗ บาทในช่วงสองเดือนสุดท้าย (เดือนสิงหาคม-กันยายน ๒๕๖๙)

๖) ยุทธศาสตร์และทิศทางการดำเนินงานในอนาคต

ที่ประชุมเน้นย้ำถึงการเปลี่ยนผ่านเชิงกลยุทธ์จากการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าไปสู่การสร้างที่ยั่งยืน

- ▶ ยุทธศาสตร์ "เบ็ดตกปลา" : **ประธานในที่ประชุม** เน้นย้ำถึงการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการจัดสรรงบประมาณช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาสภาพคล่องเพียงอย่างเดียว (การให้ปลา) มาเป็นการสนับสนุนให้หน่วยบริการสามารถสร้างรายได้เองอย่างยั่งยืน (การให้เบ็ด)
 - การจัดสรรงบประมาณเพิ่มประสิทธิภาพ: มีการกันเงินไว้ ๔๖ ล้านบาท เพื่อให้หน่วยบริการนำไปพัฒนากลไกการเงินการคลัง เช่น การทำแพลตฟอร์มลดต้นทุนการจ้างคน การจัดบริการเพิ่มเพื่อเพิ่มรายได้ และการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อสร้าง Productivity
- ▶ การเพิ่ม Productivity: สนับสนุนให้โรงพยาบาลเปิดบริการใหม่ๆ (Service Plan) เช่น การบริการทำคลอด หรือการผ่าตัด เพื่อเพิ่มรายรับ โดยใช้เงินสนับสนุนไปกับการจ้างบุคลากร การฝึกอบรม หรือการซื้ออุปกรณ์การแพทย์
- ▶ การบริหารจัดการเงินเดือน: เขตสุขภาพที่ ๘ ประสบปัญหาการถูกตัดงบประมาณเงินเดือนในระดับประเทศ เนื่องจากมีจำนวนข้าราชการน้อย ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องสะท้อนไปยังส่วนกลาง เพื่อขอรับการจัดสรรเพิ่มเติมให้หน่วยบริการ
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
 - ๑) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตรวจสอบและเร่งรัดการเคลียร์ยอดเงินในระบบ Virtual Account สำหรับกรณี OP Refer และ OP AE ซึ่งเป็นรายรับที่หน่วยบริการควรได้รับ เพื่อนำเงินกลับมาใช้ประโยชน์ภายในจังหวัด ให้แล้วเสร็จภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๙
 - ๒) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทั้ง ๗ จังหวัด กำกับดูแลและบริหารจัดการเงินจัดสรรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (๔๖ ล้านบาท) โดยหารือกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาการบริการเพิ่มรายได้ หรือจัดหาอุปกรณ์สร้าง Productivity ภายในวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๙
 - ๓) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม และ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ดำเนินการทำหนังสือขอรับการสนับสนุนงบประมาณแบบจ่ายขาด จากโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี และโรงพยาบาลหนองคาย ตามสัดส่วนที่ได้รับการจัดสรรช่วยเหลือ ภายในวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๙
 - ๔) นายแพทย์ธำรงพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู (ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘) และทีม CFO ของเขตสุขภาพที่ ๘ ศึกษาและนำเสนอโมเดลการสร้างรายรับเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ เพื่อให้แต่ละจังหวัดมีแผนการหาเงินเข้าโรงพยาบาลนอกเหนือจากการรอรับงบประมาณ และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

/๕) ผู้บริหาร...

- ๕) ผู้บริหารหน่วยบริการทุกแห่ง กำชับการเบิกจ่ายรายรับ IP ให้ตรงตามข้อเท็จจริงที่สุด เพื่อป้องกันผลกระทบต่องบ Global Budget IP เขต กรณีทำผลงานเกินเป้าหมาย ๑๐๐%

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๖ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานด้านวัคซีนนิวโมคอคคัส (Pneumococcal vaccines)

โดย ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี)

ข้อเสนอทางนโยบายเกี่ยวกับการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส (PCV) ชนิด ๒๐ สายพันธุ์ (PCV ๒๐) ในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่และกลุ่มเสี่ยง โดยสาระสำคัญคือการเสนอให้วัคซีนชนิดนี้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องล้างไต (Dialysis) เป็นลำดับความสำคัญสูงสุด (Priority ๑) เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ๒๐-๔๐% เมื่อติดเชื้อปอดบวม โดยเสนอรูปแบบการดำเนินงานเป็นโครงการวิจัยเชิงประจักษ์เพื่อขยายผลในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมยังคงมีข้อโต้แย้งในประเด็นความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น ผู้ที่ตัดม้าม และมีการตั้งข้อสังเกตถึงความเป็นไปได้ในการใช้เสนอวัคซีนชนิดเดียวกับที่ใช้ในเด็กซึ่งมีราคาประหยัดกว่า เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ

๑) คุณสมบัติและประสิทธิภาพของวัคซีน PCV 20

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยคณะทำงาน พบว่าวัคซีน PCV ๒๐ มีความเหมาะสมในการนำมาใช้สำหรับกลุ่มผู้ใหญ่ ด้วยเหตุผลหลัก ดังนี้

- ▶ ความครอบคลุม: สามารถครอบคลุมสายพันธุ์ของเชื้อ (Serotypes) ได้กว้างขวางกว่าวัคซีนรุ่นเดิม
- ▶ ความสะดวกในการรับบริการ: ฉีดเพียง ๑ เข็ม โดยไม่จำเป็นต้องฉีดชนิดอื่นซ้ำ ช่วยลดความยุ่งยากในระบบการติดตาม
- ▶ ประสิทธิภาพทางคลินิก: มีหลักฐานการใช้จริง (Real World Effectiveness) ว่าสามารถลดการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคได้
- ▶ การสร้างภูมิคุ้มกันหมู่: มีคุณสมบัติในการลดเชื้อบริเวณลำคอ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภูมิคุ้มกันหมู่
- ▶ ความคุ้มค่าต่อระบบ: แม้ราคาต่อเข็มจะสูง แต่เมื่อพิจารณาจากการฉีดเพียงเข็มเดียวและผลสัมฤทธิ์ในการลดภาระโรค ถือว่ามีความคุ้มค่าต่อระบบสุขภาพในภาพรวม

๒) การจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย (Priority Groups)

การพิจารณากลุ่มเป้าหมายถูกแบ่งออกตามระดับความเสี่ยงและอัตราการเสียชีวิต ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ลำดับความสำคัญ	กลุ่มเป้าหมาย	ลักษณะความเสี่ยง/ความสำคัญ
ลำดับที่ ๑ (สีแดง)	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไต (Dialysis) ทั้งทางหลอดเลือด (HD) และทางหน้าท้อง (CAPD)	อัตราตายสูง (๒๐-๔๐%) หากเกิดปอดบวม, มีทะเบียนชัดเจน, ติดตามผลได้ง่าย
ลำดับที่ ๒ (สีส้ม)	ผู้ป่วย CKD ระยะที่ ๔-๕, กลุ่มปลูกถ่ายอวัยวะ, ผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง, ผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังรักษา	กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงรองลงมา
ลำดับที่ ๓ (สีเหลือง)	ผู้สูงอายุ > ๗๕ ปีที่มีโรคประจำตัว (DM, COPD, Heart Failure, Stroke, สุขภาพไม่แข็งแรง)	กลุ่มเปราะบางที่มีโรคเรื้อรังร่วม

๓) ทางเลือกเชิงนโยบายและประมาณการงบประมาณ

คณะทำงานได้เสนอแนวทางปฏิบัติ ๓ รูปแบบ (Scenarios) เพื่อการพิจารณา

- ▶ ทางเลือก A: ให้วัคซีนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไปทุกคน พบว่าต้องใช้งบประมาณสูงมากและไม่ครอบคลุมภายใต้งบประมาณที่มีอยู่
- ▶ ทางเลือก B: ให้เฉพาะกลุ่มเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ มีความคุ้มค่ามากขึ้นแต่ต้องมีระบบคัดกรองและลงทะเบียนที่เข้มงวด
- ▶ ทางเลือก C (ข้อเสนอหลัก): เริ่มต้นที่กลุ่มเสี่ยงสูงสุด (Priority ๑) คือกลุ่มล้างไตทั้งเขตสุขภาพ เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยระดับประเทศ
- ▶ ข้อมูลด้านงบประมาณ (โดยประมาณ):
 - ราคาวัคซีน: ประมาณ ๒,๒๔๓ บาทต่อเข็ม
 - กลุ่มเป้าหมาย Priority ๑: ประมาณ ๑๐,๐๐๐ ราย
 - การจัดสรรงบประมาณ: หากใช้งบ ๒๐ ล้านบาท จะครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้ประมาณ ๘,๙๐๐ คน (๘๙%) แต่หากต้องการให้ครอบคลุม ๑๐๐% (๑๐,๐๐๐ คน) จะต้องใช้งบประมาณประมาณ ๒๓ ล้านบาท

๔) ประเด็นการอภิปรายและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ที่ประชุมได้มีการแลกเปลี่ยนทัศนะที่สำคัญเกี่ยวกับความคุ้มค่าและทางเลือกอื่นๆ ดังนี้

- ▶ ความคุ้มค่าของกลุ่มล้างไต: มีความเห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยล้างไตอาจไม่มี Productivity ในการทำงานสูงเท่ากลุ่มอื่น และสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่มาจากแบคทีเรียทั่วไป ไม่ใช่ไวรัสโมค็อกคัสเพียงอย่างเดียว
- ▶ กลุ่มที่ควรได้รับความสำคัญสูงกว่า: มีข้อเสนอว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ “ตัดม้าม” มีความจำเป็นเร่งด่วนกว่าเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) สูงมาก
- ▶ ทางเลือกด้านราคา (Pediatric Vaccine): มีการตั้งคำถามถึงความเป็นไปได้ในการนำวัคซีนที่ใช้ในเด็ก (ราคาประมาณ ๘๐-๙๐ บาทต่อโดส) มาใช้ในผู้ใหญ่ โดยการปรับขนาดโดสหรือจำนวนครั้ง เพื่อความประหยัดงบประมาณ เนื่องจากราคาวัคซีน PCV ๒๐ (๒,๒๐๐ บาท) มีราคาสูงกว่ามาก

๕) บทสรุปและแนวทางการดำเนินงานต่อไป

ประธานในที่ประชุมและคณะกรรมการฯ มีมติมอบหมายภารกิจเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมก่อนการตัดสินใจ ดังนี้

- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
 - ๑) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี หาข้อมูลทางวิชาการว่าวัคซีน PCV ที่ใช้ในเด็กสามารถนำมาปรับเพิ่มขนาด (Dose) หรือความแรง (Strength) เพื่อใช้ฉีดในผู้ใหญ่แทนได้หรือไม่ และ นำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
 - ๒) ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี) และกลุ่มงาน CSO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ประสานหาแหล่งทุนงบประมาณจากหน่วยงานวิจัยภายนอก เพื่อใช้ในการจัดซื้อวัคซีนและการดำเนินงานวิจัย โดยไม่ต้องใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาล และ นำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
 - ๓) คณะกรรมการ Service Plan สาขา Sepsis นำเสนอข้อมูลความจำเป็นเชิงวิชาการ และแผนการพัฒนาบริการที่เกี่ยวข้องในสาขาของตน เพื่อประกอบการพิจารณาความคุ้มค่า และ นำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๗ รายงานความก้าวหน้าแนวทางการจัดซื้อยา และเวชภัณฑ์ร่วม ในระดับเขตสุขภาพ (ร่างคำสั่งคณะกรรมการยา และแผนการจัดซื้อยา และเวชภัณฑ์ร่วม)

โดย นายแพทย์อดุลย์ สัยลังกา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย

การดำเนินการจัดซื้อยาร่วมระดับเขตสุขภาพ มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ผ่านการพัฒนา เว็บไซต์แอปพลิเคชัน เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลแผนความต้องการใช้ยาและเวชภัณฑ์อย่างเป็นระบบ โดยเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปีตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันข้อมูลปีงบประมาณ ๒๕๖๙ มีความสมบูรณ์แล้วกว่า ๙๐% ซึ่งช่วยให้เห็นรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีมูลค่าสูงและมีการใช้ร่วมกันในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน วัตถุประสงค์หลักของการจัดซื้อร่วมไม่ใช่เพียงเพื่อเพิ่มอำนาจในการต่อรองราคาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการสร้างมาตรฐานการใช้ยาเพื่อรองรับระบบการส่งต่อ (Referral) และนโยบายการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

๑) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและเครื่องมือวิเคราะห์ (Data Infrastructure)

เพื่อให้การรวบรวมแผนการจัดซื้อยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามระเบียบ ได้มีการพัฒนาระบบเพื่อรองรับการดำเนินงาน ดังนี้

- ▶ เว็บไซต์แอปพลิเคชัน (Web App): พัฒนาโดยทีมงานจังหวัดเลย เพื่อรองรับการนำเข้าไฟล์ Excel ในรูปแบบแนบท้ายประกาศระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ช่วยลดภาระในการรวบรวมข้อมูลด้วยมือ
- ▶ แดชบอร์ดติดตามผล (Dashboard): แสดงผลข้อมูลได้ทุกมิติ ทั้งภาพรวมเขต หน่วยงาน รายจังหวัด และรายแผน ปัจจุบันระบบมีความสมบูรณ์กว่า ๙๐% ซึ่งช่วยให้ผู้บริหารควบคุมรายจ่ายและตรวจสอบการดำเนินงานที่ผิดแผนได้ง่ายขึ้น และอยู่ระหว่างการปรับปรุงบั๊ก (Bug) ที่เกิดจากรูปแบบตารางข้อมูลที่ไม่ตรงกัน
- ▶ การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง: ตามระเบียบกำหนดให้ต้องวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๗, ๒๕๖๘ และ ๒๕๖๙) เพื่อประกอบการทำแผนปี ๒๕๗๐ โดยขณะนี้อยู่ระหว่างการเร่งรัดให้ทุกหน่วยงานอัปโหลดข้อมูลให้ครบถ้วน
- ▶ การเชื่อมโยงระบบ: มีแผนที่จะพัฒนาให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับระบบ ERP ของเขตสุขภาพ ภายในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๗๐ เพื่อให้การบริหารจัดการงบประมาณและพัสดุมีความสอดคล้องกัน

๒) จากการดึงข้อมูลเบื้องต้น (Top ๑๐-๓๐ อันดับแรก) พบรายการที่มีศักยภาพในการจัดซื้อร่วมเนื่องจากมีมูลค่าสูง และมีการใช้ซ้ำซ้อนกันหลายระดับ ดังนี้

ประเภทหน่วยงาน	รายการที่มีมูลค่าสูง
รายการยา (ไม่รวม GPO)	
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	กลุ่มยาโรคเรื้อรัง เช่น Insulin (ทั้งแบบ Penfill insulin และ Vial), Erythropoietin (สำหรับผู้ป่วย CKD)
โรงพยาบาลชุมชน	กลุ่มยาโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลใหญ่ และ Erythropoietin
เวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ (Non-Drug Items)	
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	ชุดแผ่นโลหะยึดกระดูก (Lock Plate) และอุปกรณ์ประกอบการผ่าตัด, ถุงบรรจุโลหิต (Blood Bag)
โรงพยาบาลชุมชน	ซองบรรจุเวชภัณฑ์สำหรับนั่งฆ่าเชื้อ, ขวดเพาะเชื้อ, การตรวจ Creatinine
รายการที่ใช้ร่วมกันทุกระดับ	ออกซิเจนเหลว (Liquid Oxygen), แผ่นสติปตรวจเบาหวาน (Glucose Strips)

๓) วัตถุประสงค์และประโยชน์เชิงยุทธศาสตร์

การจัดซื้อร่วมระดับเขตมีเป้าหมายที่ครอบคลุมมากกว่าประเด็นด้านราคา

- ▶ การสร้างอำนาจต่อรอง: เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณและลดรายจ่ายของรัฐ
- ▶ มาตรฐานการรักษา: ช่วยให้โรงพยาบาลขนาดเล็กใช้ยาในมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ลดความสับสนของแพทย์จบใหม่และสร้างความต่อเนื่องในการรักษา
- ▶ รองรับนโยบาย Digital Health: สนับสนุนการส่งตัวกลับ (Refer back) และการแพทย์ทางไกล (Telemedicine/Home OPD) ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบยาที่สอดคล้องกันทุกระดับเพื่อลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย
- ▶ คุณภาพและข้อมูล: การสืบราคาและตรวจสอบคุณภาพร่วมกันช่วยให้เห็นข้อมูลบริษัทผู้ผลิตและคุณภาพยาในตลาดได้ชัดเจนขึ้น

๔) กรอบระเบียบและแนวทางปฏิบัติทางพัสดุ

การดำเนินงานต้องสอดคล้องกับระเบียบใหม่และอำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

- ▶ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา พ.ศ. ๒๕๖๓ ระเบียบฉบับนี้เป็นแนวทางหลักในการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยงานในสังกัด ซึ่งมีการปรับปรุงใหม่และกำหนดแนวปฏิบัติที่สำคัญคือ
 - การจัดทำแผนความต้องการ: ระเบียบกำหนดให้หน่วยงานต้องวิเคราะห์ข้อมูลการจัดซื้อจริงย้อนหลัง ๓ ปี เพื่อนำมาจัดทำแผนความต้องการใช้ยาในปีถัดไป
 - การตั้งคณะกรรมการ: ผู้บริหารแต่ละจังหวัดต้องแต่งตั้งคณะกรรมการตามลำดับที่ระเบียบกำหนดไว้ในข้อ ๖ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามกฎหมายอย่างถูกต้อง
- ▶ ระเบียบว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๗
 - ศูนย์กลางอำนาจทางพัสดุ: ระเบียบฉบับนี้กำหนดให้สำนักงานเขตสุขภาพสามารถดำเนินการจัดซื้อได้ตามระเบียบพัสดุ โดยกลุ่มงาน CSO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ เป็นผู้กำกับดูแลแผน และกลุ่มงาน COO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ เป็นผู้ดำเนินการกระบวนการทางพัสดุ
 - การบริหารจัดการแบบรวมศูนย์: ทำให้การจัดซื้อยาร่วมระดับเขตมีหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจนและสอดคล้องกับระเบียบการบริหารราชการแผ่นดินปัจจุบัน
- ▶ การบริหารอำนาจ: ได้รับการยกเว้นจากกระทรวงการคลัง เฉพาะรายการยาและเวชภัณฑ์ตามนิยามในระเบียบปี ๒๕๖๓
- ▶ ข้อควรระวังทางกฎหมาย:
 - การจัดซื้อร่วมระดับเขตสามารถทำได้เฉพาะรูปแบบราคาคงที่ ไม่จำกัดปริมาณ (สัญญาแบบอื่นทางจังหวัดไม่สามารถดำเนินการได้เอง)
 - การ "สืบราคา" ต้องทำโดยเจ้าหน้าที่พัสดุตามกระบวนการที่ถูกต้อง ไม่ควรตั้งชุดกรรมการที่ไม่สอดคล้องกับ พ.ร.บ. จัดซื้อจัดจ้างฯ เพื่อป้องกันปัญหาการตีความทางกฎหมายในภายหลัง
 - ความโปร่งใส: ต้องมีการประกาศแผนจัดซื้อยาร่วม ร่างวิจารณ์ และตั้งคณะกรรมการพิจารณาผลและตรวจรับให้ถูกต้องตามระเบียบพัสดุอย่างเคร่งครัด

๕) แผนการดำเนินงานและกรอบเวลา (Timeline)

เพื่อให้เริ่มดำเนินการได้ทันวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐) ที่ประชุมกำหนดกรอบเวลาดังนี้

กำหนดเสร็จ	กิจกรรมหลัก
ภายในวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๙	แต่ละจังหวัดต้องประชุมคณะกรรมการยาระดับจังหวัด เพื่อทบทวนข้อมูลการจัดซื้อ ย้อนหลัง ๓ ปี และสรุปรายการที่จะเสนอจัดซื้อพร้อม
ภายในวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๙	จังหวัดสรุปรายการยาที่ต้องการซื้อพร้อมระดับจังหวัด และส่งรายการที่เสนอซื้อพร้อมระดับเขต มายังสำนักงานเขตสุขภาพ ๘ (กลุ่มงาน CSO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘)
๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๙	ประชุมคณะกรรมการยาระดับเขต เพื่อพิจารณากลับกรองรายการยาร่วมระดับเขต
ก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙	ประกาศแผนการจัดซื้อพร้อม และเริ่มกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุ

- ▶ **ประธานในที่ประชุม** กำชับให้ทุกหน่วยงานหลักเกี่ยวกับการสั่งซื้อแบบรายเดือนหรือ Repeat Order (๓ เดือน) แต่ควรทำแผนความต้องการทั้งปีและดำเนินการด้วยวิธี Bidding เพื่อความโปร่งใสและประสิทธิภาพสูงสุด
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
 - ๑) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทุกจังหวัด แต่งตั้งคณะกรรมการ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยยาและเวชภัณฑ์มีอายุ พ.ศ. ๒๕๖๓ (ข้อ ๖) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามกฎหมายอย่างถูกต้อง
 - ๒) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และคณะกรรมการยาระดับจังหวัด รวบรวมข้อมูลการจัดซื้อจริงย้อนหลัง ๓ ปี ของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด และประชุมทบทวนเพื่อสรุปรายการยาและเวชภัณฑ์ที่จะจัดซื้อพร้อม ภายในวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๙
 - ๓) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ส่งสรุปรายการ ที่จะดำเนินการจัดซื้อพร้อมระดับจังหวัด และรายการที่จะเสนอให้จัดซื้อพร้อมระดับเขต มายังสำนักงานเขตสุขภาพ ๘ (กลุ่มงาน CSO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘) ภายในวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๙
 - ๔) คณะกรรมการยาระดับเขต และกลุ่มงาน CSO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จัดการประชุมคณะกรรมการยาระดับเขต เพื่อพิจารณากลับกรองและสรุปรายการจัดซื้อพร้อมในภาพรวมทั้งเขตสุขภาพ ภายในวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๙
 - ๕) กลุ่มงาน COO และกลุ่มงาน CSO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จัดระบบการบริหารจัดการอำนาจทางพัสดุ โดยให้งาน พร. เป็นผู้กำกับแผน และกลุ่มอำนวยการเป็นตัวกลางในการบริหารตามระเบียบว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพปี พ.ศ. ๒๕๖๗
 - ๖) นายแพทย์สุรียนต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทีมพัฒนาระบบข้อมูลพัฒนาและเชื่อมโยงระบบ Dashboard วิเคราะห์ข้อมูลยา ให้สอดคล้องกับระบบ ERP ของเขตสุขภาพ ภายในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๗๐
 - ๗) นายแพทย์ยอดลักษณ์ สัยลังกา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย ประสานงานและสนับสนุนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพของสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ในฐานะกรรมการและเลขานุการร่วมเพื่อจัดทำองค์ประกอบคณะกรรมการและระบบการจัดซื้อพร้อมให้สอดคล้องกับระเบียบ

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

/๓.๘ (ร่าง)...

๓.๘ (ร่าง) แผนการจัดสรรแพทย์ใช้ทุนล่วงหน้า ๓ ปี (ปี ๒๕๗๐ - ๒๕๗๒) เขตสุขภาพที่ ๘

โดย ประธาน CHRO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย)

ร่างแผนการจัดสรรแพทย์ประจำบ้าน (ทุนเขต) ที่จะสำเร็จการศึกษาในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๗๐ ถึง ๒๕๗๒ โดยครอบคลุมแพทย์เฉพาะทางทั้งหมด ๑๕ สาขา รวมจำนวนประมาณ ๑๓๔ ท่าน การจัดสรรนี้มุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาในสาขาขาดแคลน การรักษาเสถียรภาพในสาขาหลัก และการตอบสนองต่อความต้องการในสาขายอดนิยมน

ประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์คือการเชื่อมโยงการจัดสรรบุคลากรเข้ากับแผนพัฒนาโครงข่ายบริการ (Service Action Plan: SAP) ในระยะ ๑๐ ปี โดยมีการกำหนดระดับความสำคัญของสถานพยาบาลเป็นโหนด (Node) ต่างๆ เช่น A+, P+, และ S+ เพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณ ครุภัณฑ์ และกำลังคนเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ

๑) ภาพรวมการจัดสรรแพทย์ประจำบ้าน

แผนการจัดสรรครอบคลุมแพทย์ที่จะจบการศึกษาเรียงตามปี โดยแบ่งกลุ่มสาขาออกเป็น ๓ กลุ่มหลัก ได้แก่ สาขาขาดแคลน สาขาหลัก และสาขายอดนิยมน โดยมีรายละเอียดเบื้องต้นดังนี้

- ▶ จำนวนแพทย์: ประมาณ ๑๓๔ ท่าน ใน ๑๕ สาขาเฉพาะทาง
- ▶ ช่วงเวลา: เน้นการจัดสรรปี ๒๕๗๐ และ ๒๕๗๑ เป็นหลัก (ส่วนปี ๒๕๗๒ และ ๒๕๗๓ อยู่ในขั้นตอนร่างและยังไม่นำมาพิจารณาอย่างเป็นทางการเพื่อป้องกันความสับสน)
- ▶ กลไกการประสานงาน: ดำเนินการผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่

๒) รายละเอียดการจัดสรรจำแนกตามสาขาเฉพาะทาง

ได้มีการกำหนดพื้นที่เป้าหมายสำหรับแพทย์ที่จะจบการศึกษาในปี ๒๕๗๐ - ๒๕๗๑ ดังนี้

สาขา	จำนวน โควตา (ปี ๗๐-๗๑)	พื้นที่จัดสรรหลัก	หมายเหตุ
จักษุวิทยา	๗	รพศ.สกลนคร, รพช.นาแก, รพช.บ้านผือ, รพช.หนองหาน, รพช.บ้านดุง, รพช.โพนพิสัย, รพช.ธาตุพนม, รพท.บึงกาฬ	ให้เลือก ๘ แห่ง เพื่อความยืดหยุ่น เน้นสกลนครเนื่องจากแพทย์เดิมอายุมาก
โสต ศอ นาสิกวิทยา (ENT)	๑	รพศ.สกลนคร	จัดสรรในปี ๒๕๗๑
กุมารเวชศาสตร์	๕	รพช.บ้านผือ, รพท.เลย, รพท.บึงกาฬ (๒), รพช.วังสะพุง	-
สูตินรีเวช	๗	รพท.บึงกาฬ (๒), รพช.ศรีสงคราม (๒), รพร.ด่านซ้าย (๑), รพช.บ้านดุง (๑), หนองหาน, รพช.โพนพิสัย, รพช.พังโคน	ให้พื้นที่เลือก ๙ แห่ง
อายุรศาสตร์	๑๑	รพท.บึงกาฬ (๒), รพช.นาแก, รพท.หนองคาย, รพร.ด่านซ้าย (๒), รพท.กุมภวาปี, รพท.นครพนม, รพช.บ้านผือ, รพช.วังสะพุง, รพช.บ้านดุง	เน้นการจัดสรรให้ครบตามจำนวนโควตา

สาขา	จำนวน โควตา (ปี ๗๐-๗๑)	พื้นที่จัดสรรหลัก	หมายเหตุ
เวชศาสตร์ ป้องกัน (แขนงเวช ศาสตร์การจราจร)	๑	รพศ.สกลนคร	จบปี ๒๕๗๐
ศัลยศาสตร์	๖	รพร.ด่านซ้าย (๒), รพช.ศรีสงคราม (๒), รพท.บึงกาฬ (๒), รพช.เพ็ญ, รพช.โพนพิสัย, รพช.ศรีบุญเรือง, รพช.นากลาง	จัดสรรพื้นที่ให้เลือก ๑๐ แห่ง เน้นการส่งแพทย์ไปเป็นคู่ (Pack)
ออร์โธปิดิกส์	๑๖	รพช.ศรีสงคราม (๒), รพร.ท่าบ่อ (๒), รพช. วังสะพุง (๒), รพร.ด่านซ้าย (๒), รพร.ธาตุ พนม (๒), รพช.เซกา (๒), รพช.พังโคน (๑), รพร.บ้านดุง (๑) และ รพช.เพ็ญ (๒)	รวมพื้นที่ให้เลือก ๑๖ แห่ง
เวชศาสตร์ ฉุกเฉิน (EP)	๗	รพท.บึงกาฬ (๒), รพร.สว่างแดนดิน (๒), รพท.นครพนม (๑) และ รพท.หนองบัวลำภู (๒)	ปี ๒๕๗๐ จำนวน ๔ ท่าน, ปี ๒๕๗๑ จำนวน ๓ ท่าน
เวชศาสตร์ นิวเคลียร์	๑	รพศ.สกลนคร	๑ โควตา (ปี ๒๕๗๐)
รังสีวินิจฉัย	๑	รพท.นครพนม	

๓) กลยุทธ์และการบริหารจัดการ

- ▶ การเชื่อมโยงกับ SAP: **ประธานในที่ประชุม** เน้นย้ำว่าการจัดสรรแพทย์ทุนเขต ต้องสอดคล้องกับแผนพัฒนา Service Action Plan (SAP) ของเขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อรองรับการเป็นโหนด (Node) ในระดับต่างๆ เช่น A+, A และ S+ ในระยะ ๑๐ ปีข้างหน้า
- ▶ การทำงานเป็นทีม: มีนโยบายสนับสนุนให้แพทย์เฉพาะทางลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นคู่ (Pack) โดยเฉพาะในสาขาศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันในการทำงาน
- ▶ งบประมาณและครุภัณฑ์: ควรเตรียมแผนสนับสนุนงบประมาณและการจัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็นให้สอดคล้องกับสาขาของแพทย์ที่จะลงไป เพื่อให้สามารถเปิดให้บริการประชาชนได้ทันทีที่แพทย์เริ่มปฏิบัติงาน
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
 - ๑) ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุตา ทรวงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี) และกลุ่มงาน CSO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ รวบรวมข้อมูลอัตราแพทย์หมุดหมาย ๑๐ ปี จากทุกหน่วยงาน และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณ ครุภัณฑ์ และกำลังคนเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ๒) คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ร่วมพิจารณากำหนดระดับศักยภาพของหน่วยบริการ (Nodes) ในระยะยาว ๑๐ ปี เพื่อให้สามารถลงทรัพยากร (Resource) ทั้งคนและงบประมาณได้ถูกต้องตามยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพที่ ๘

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๙ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานมูลนิธิเพื่อพัฒนาเขตสุขภาพที่ ๘

โดย นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

โครงการจัดตั้งมูลนิธิได้ผ่านการอนุมัติในหลักการจากที่ประชุมกรรมการเขตสุขภาพที่ ๘ ขณะนี้กระบวนการดำเนินงานอยู่ในขั้นตอนการสรรหาคณะกรรมการมูลนิธิและการจัดตั้งคณะกรรมการชุดเฉพาะกิจเพื่อดำเนินการจัดตั้งโดยเฉพาะ โดยมีเป้าหมายหลักคือการรวบรวมเงินบริจาคจำนวน ๒๐๐,๐๐๐ บาท เพื่อดำเนินการจดทะเบียนจัดตั้งมูลนิธิให้เสร็จสมบูรณ์ภายในเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙ ทั้งนี้ ได้มีการระบุดำเนินการที่จะเข้ามารับหน้าที่เป็นคณะกรรมการจัดตั้งจำนวน ๗ ท่าน เพื่อขับเคลื่อนงานให้เป็นไปตามระเบียบและกรอบเวลาที่วางไว้

▶ รายละเอียดแผนการดำเนินงานและกรอบเวลา

ช่วงเวลา	สถานะและกิจกรรมหลัก
๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๙	ที่ประชุมกรรมการเขตมีมติเห็นชอบให้ดำเนินการจัดตั้งมูลนิธิ
กรกฎาคม ๒๕๖๙	อยู่ในขั้นตอนการเสนอรายชื่อและลงนามแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหากรรมการมูลนิธิให้เป็นไปตามระเบียบ
สิงหาคม ๒๕๖๙	คาดว่าจะสามารถเปิดประชุมคณะกรรมการมูลนิธิเป็นครั้งแรกได้
กันยายน ๒๕๖๙	รวบรวมเอกสารและจดทะเบียนจัดตั้งมูลนิธิให้แล้วเสร็จ

▶ โครงสร้างคณะกรรมการจัดตั้งมูลนิธิ

เพื่อให้การดำเนินงานในระยะเริ่มต้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดตั้งจำนวน ๗ ท่าน ดังนี้

- ประธานกรรมการ: นายแพทย์สามารถ ถิระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘
- คณะกรรมการ (ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
 - นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
 - นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
 - นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย
- คณะกรรมการ (ตัวแทนจากโรงพยาบาล)
 - แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี
 - นายแพทย์สมศักดิ์ ประภูณวัตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร
 - นายแพทย์นพดล พิษณุวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย
- เลขานุการคณะกรรมการ : นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

▶ คณะกรรมการสรรหา : ปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนลงนามเพื่อให้ได้ตามระเบียบ

▶ ข้อกำหนดและเป้าหมายการดำเนินงาน

- เกณฑ์ด้านงบประมาณ: ในการจดทะเบียนมูลนิธิ มีความจำเป็นต้องรวบรวมเงินบริจาคตามข้อเสนอและเงื่อนไขการจดทะเบียน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๐๐,๐๐๐ บาท
- แนวทางการดำเนินงาน: การจัดตั้งต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามระเบียบ โดยมีคณะกรรมการชุดจัดตั้ง (๗ ท่านข้างต้น) เป็นผู้กำกับดูแลในระยะแรก ก่อนที่จะมีการส่งมอบให้คณะกรรมการมูลนิธิชุดจริงบริหารจัดการต่อไป
- สถานะปัจจุบัน: กระบวนการสรรหากรรมการมูลนิธิชุดถาวรกำลังอยู่ในขั้นตอนการลงนามคำสั่งแต่งตั้ง เพื่อให้สามารถเริ่มการประชุมครั้งแรกได้ตามกำหนดการในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๙

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

/ระเบียบ...

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

๔.๑ รายงานติดตามความก้าวหน้าการบริหารงบประมาณ

โดย ประธาน CSEO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย)

- ▶ ภาพรวมการดำเนินงาน : การบริหารงบลงทุนแบ่งออกเป็น ๒ หมวดหลัก
 - หมวดครุภัณฑ์: มีรายการทั้งหมด ๑๔๔ รายการ โดยดำเนินการเบิกจ่ายเสร็จสิ้นแล้ว ๑๑๔ รายการ
 - หมวดการก่อสร้าง: แบ่งเป็นงบปีเดียว (ปี ๒๕๖๘ และ ๒๕๖๙) และงบผูกพัน ซึ่งต้องมีการเร่งรัดติดตามอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะงบปีเดียวเพื่อให้เบิกจ่ายได้ทันตามระเบียบ
- ▶ โครงการก่อสร้างใหม่ที่สำคัญ (งบปี ๒๕๖๙)

ที่ประชุมได้ติดตามความคืบหน้าของ ๔ โครงการใหญ่ใน ๔ จังหวัด

 - โรงพยาบาลศรีบุญเรือง: รายการก่อสร้างอาคารผู้ป่วยใน ๕ ชั้น ๑๑๔ เตียง (วงเงิน ๑๑๐.๙ ล้านบาท) คาดว่าจะประกาศรายชื่อผู้ชนะการประกวดราคาได้ในวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๙
 - โรงพยาบาลบึงกาฬ : ท่อรวบรวมน้ำเสียและระบบบำบัดน้ำเสีย ขนาด ๖๐๐ ลูกบาศก์เมตร/วัน (วงเงิน ๓๗.๗ ล้านบาท) มีกำหนดลงนามในสัญญาในวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๙
 - โรงพยาบาลสกลนคร : อาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกและบำบัดรักษา ๑๐ ชั้น (วงเงิน ๖๖๒.๗ ล้านบาท) มีกำหนดลงนามสัญญาในวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๙
 - ประเด็นปัญหา: ยังมีความล่าช้าเกี่ยวกับการพิจารณาเรื่อง EIA (การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม) ซึ่งอยู่ในระหว่างรอคำยืนยันจากกองแบบแผนว่าจำเป็นต้องดำเนินการหรือไม่
 - โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง : อาคารผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน วินิจฉัยรักษา ๘ ชั้น (วงเงิน ๖๒๙ ล้านบาท) มีกำหนดลงนามสัญญาในวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๙
 - ประเด็นปัญหา : ปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนเสนอขออนุมัติประกาศจัดซื้อจัดจ้าง แต่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีการอุทธรณ์ผลการจัดจ้างเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ต้องเลื่อนกำหนดการลงนามสัญญาออกไปตามกระบวนการพิจารณาของคณะกรรมการอุทธรณ์
- ▶ มาตรการเร่งรัดและการติดตาม
 - งบปี ๒๕๖๘: ถือเป็นความสำคัญเร่งด่วนที่ต้องเบิกจ่ายเงินให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘ เพื่อไม่ให้งบประมาณตกไป
 - งบผูกพัน: ให้แต่ละจังหวัดกำกับกับการดำเนินงานและเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปตามวงงานที่กำหนดไว้
- ▶ การบริหารจัดการงบประมาณและแผนการจัดซื้อจัดจ้าง

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามกรอบระยะเวลาของพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ รายการงบลงทุน เขตสุขภาพที่ ๘ **ประธานในที่ประชุม** ได้มอบหมายแนวทางปฏิบัติแก่ผู้บริหารหน่วยงานทั้ง ๗ จังหวัด ดังนี้

 - แนวทางการเตรียมความพร้อม
 - การจัดตั้งทีมงาน: ให้ทุกหน่วยงานเตรียมคณะทำงานเพื่อร่างรายละเอียดคุณลักษณะ (Spec) และเอกสารประกวดราคา (TOR) ให้พร้อม
 - สถานะงาน: รายการสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ทั้งหมดต้องถูกตรวจสอบสถานะความพร้อมของร่างเอกสารจัดซื้อจัดจ้างทุกสัปดาห์โดยกลุ่มงาน CSEO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
 - เป้าหมาย: ทุกรายการที่ได้รับจัดสรรงบประมาณต้องมีความพร้อม ๑๐๐% ภายในเดือน สิงหาคม ๒๕๖๙

/ประธาน...

▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้

๑) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง

- เร่งรัดการเบิกจ่ายงบลงทุนปี ๒๕๖๘ (งบปีเดียว) ให้แล้วเสร็จภายใน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙ เนื่องจากเป็นปีสุดท้ายของรายการ
- เตรียมแต่งตั้งคณะทำงาน และจัดทำร่างรายละเอียดการจัดซื้อจัดจ้าง (TOR) ทั้งหมด สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ได้รับจัดสรรไว้ให้พร้อม (งบลงทุนปี ๒๕๗๐)
- รายงานความก้าวหน้าการเตรียมความพร้อมด้านการจัดซื้อจัดจ้าง ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ รายการงบลงทุน เขตสุขภาพที่ ๘ ให้กลุ่มงาน CSEO เขตสุขภาพที่ ๘ ทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ เพื่อรวบรวมรายงานผู้บริหารระดับสูงต่อไป

๒) ประธาน CSEO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย) และกลุ่มงาน CSEO เขตสุขภาพที่ ๘ ติดตามความก้าวหน้าการจัดทำร่าง TOR ของงบลงทุนปี ๒๕๗๐ ในแต่ละหน่วยงานทุกสัปดาห์ โดยกำหนดให้ครบ ๑๐๐% ภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๙ และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

๓) หน่วยงานที่ได้รับจัดสรรงบประมาณ ปี ๒๕๗๐ เริ่มดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างทันที ตามระเบียบกรมบัญชีกลาง (ขึ้นร่างวิจารณ์หรือประกาศจริง) เมื่อได้รับหนังสือแจ้งจากกรมบัญชีกลาง

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๔.๒ รายงานติดตามความก้าวหน้า R๔ Seamless Platform และระบบ HIS on cloud

โดย ประธาน CDO เขตสุขภาพที่ ๘ (ดร.นายแพทย์อมร ดรณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ)

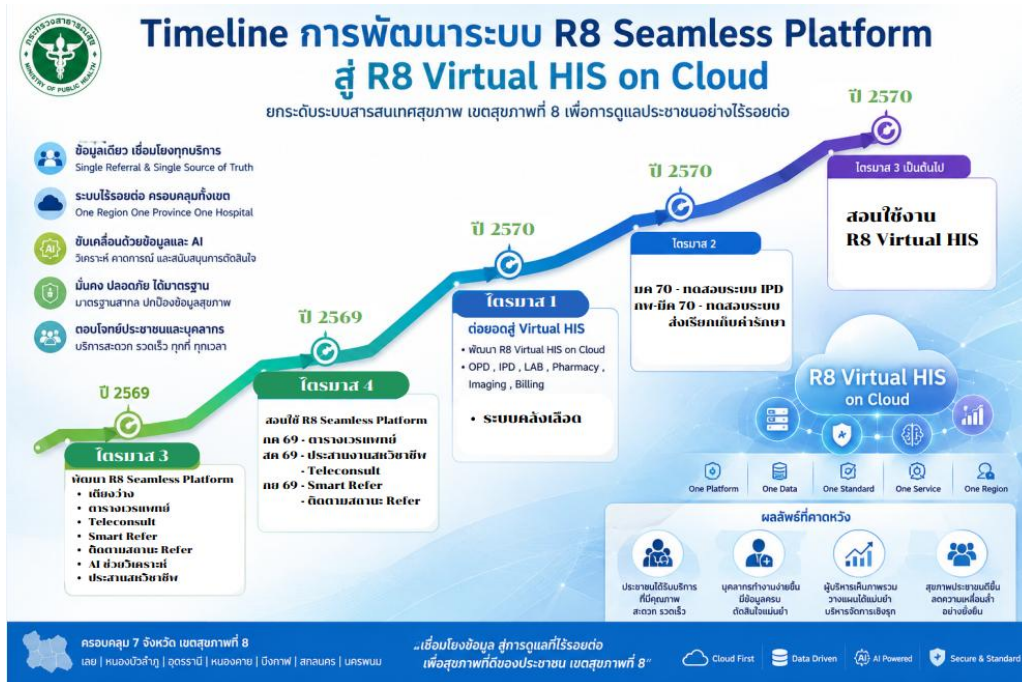
๑) **ฟังก์ชันการใช้งานหลัก** แพลตฟอร์มที่พัฒนาขึ้นนี้ถูกออกแบบมาเพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลและการประสานงาน ประกอบด้วยความสามารถหลัก ดังนี้

- ▶ การบริหารจัดการทรัพยากร: สามารถตรวจสอบจำนวนเตียงว่าง และตารางเวียนแพทย์ ของแต่ละหน่วยบริการได้แบบเรียลไทม์
- ▶ ระบบปรึกษาและส่งต่อ: รองรับการทำ Consult, Tele-consult และระบบ Smart Refer เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยมีความแม่นยำ
- ▶ การติดตามและประสานงาน: สามารถติดตามสถานะการ Refer ผู้ป่วย และเป็นช่องทางประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ
- ▶ การขยายผลในอนาคต: มีแผนที่จะต่อยอดไปสู่ระบบคลังเลือด และพัฒนาเป็น Virtual HIS ในปีงบประมาณถัดไป

๒) **พื้นที่นำร่องและการใช้งาน**

- ▶ จังหวัดนำร่อง: ปัจจุบันมีการนำร่องการใช้งานที่จังหวัดบึงกาฬ
- ▶ หน่วยงานที่เข้าร่วม:
 - โรงพยาบาลบึงกาฬ นำร่องระบบประสานงานสหวิชาชีพและ Tele-consult
 - โรงพยาบาลเซกา ผูกอบรมแพทย์และบุคลากรเพื่อลงทะเบียนและใช้งานระบบ
 - โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ทุกแห่งในจังหวัด
- ▶ การใช้งาน: กำหนดให้แพทย์ในพื้นที่ลงทะเบียนเข้าใช้งานผ่าน Provider ID เพื่อให้สามารถเข้าสู่ระบบและเริ่มทดลองใช้งานระบบ Consult ได้

๓) ไทม์ไลน์การดำเนินงาน



- ▶ กรกฎาคม ๒๕๖๙ (ไตรมาสที่ ๔): เริ่มขั้นตอนการสอนการใช้งาน (Training) และนำข้อมูลตารางเวรแพทย์เข้าสู่ระบบ
- ▶ กันยายน ๒๕๖๙ : เริ่มใช้งานระบบ Smart Refer และระบบติดตามสถานะการ Refer อย่างเต็มรูปแบบ
- ▶ ปีงบประมาณ ๒๕๗๐: เตรียมลงระบบคลังเลือดและต่อยอดเป็น Virtual HIS

๔) ข้อกังวลและแนวทางการบริหารจัดการ

- ▶ ความท้าทายในการรวมระบบ: การขับเคลื่อนเรื่องระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ให้เป็นระบบเดียวกันทั้งจังหวัดเป็นเรื่องที่ยากและท้าทายมาก หากดำเนินการไม่เรียบร้อยอาจเสี่ยงต่อความล้มเหลว
- ▶ กลยุทธ์การเริ่มจากจุดเล็ก: **ประธานในที่ประชุม** เสนอให้เลือกจุดที่สามารถดำเนินการได้ง่ายและเห็นผลสำเร็จก่อน (Success Point) เพื่อสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจให้ทีมงาน ก่อนจะขยายผลไปทั้งระบบ
- ▶ การบูรณาการข้อมูล: แนะนำให้ศึกษาโมเดลจากจังหวัดอื่น เช่น อุดรธานี ที่มีความโดดเด่นในบางเรื่องเพื่อนำมาปรับใช้และเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกัน
- ▶ การติดตามประเมินผล: เน้นย้ำให้มีการติดตามประเมินผลการใช้งานจริงอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจว่าเมื่อสั่งการไปแล้วมีการปฏิบัติจริงและเกิดความเรียบร้อยในทุกหน่วยงาน

▶ ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) ทีมแพทย์ในจังหวัดบึงกาฬ (โรงพยาบาลบึงกาฬ, โรงพยาบาลเซกา และ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดบึงกาฬ) ลงทะเบียนเข้าใช้งานโปรแกรม R๘ seamless ผ่านระบบ Provider ID และทดลองใช้งานระบบ Consult เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับโปรแกรม
- ๒) ทีมพัฒนา R๘ Seamless Platform และนายแพทย์สุริยันต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ใช้กลยุทธ์ "Success Point" โดยเริ่มจากจุดที่ดำเนินการได้ง่ายและเห็นผลสำเร็จก่อน เพื่อสร้างความเข้าใจกับทีมงาน และนำโมเดลที่ประสบความสำเร็จจากจังหวัดอื่น มาปรับใช้และเชื่อมโยงข้อมูลกัน

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๔.๓ แนวทางการพัฒนาระบบ HIS ของโรงพยาบาลหนองหิน

โดย แพทย์หญิงธนิตรา ธิติศิริพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย

โรงพยาบาลหนองหินได้นำเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) รูปแบบใหม่ เพื่อแก้ปัญหาข้อจำกัดของโปรแกรมสำเร็จรูปเดิมที่ประสบปัญหาเรื่อง "การล็อกข้อมูล" (Vendor Lock-in) และความยุ่งยากในการบันทึกข้อมูล โดยระบบใหม่จะมุ่งเน้นไปที่การเป็นระบบเปิด (Open API) ที่สามารถเชื่อมต่อกับนวัตกรรมและระบบส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างไร้รอยต่อ ภายใต้โครงสร้างการทำงานแบบ Web-based และ Data Lake เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประมวลผลและการทำ Data Analytics ระบบนี้ไม่เพียงแต่จะมาทดแทนระบบเดิมในส่วนของ OPD, IPD และการเบิกจ่าย (Claims) เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการนำ Local AI และระบบ Decision Support มาใช้เพื่อลดความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการสร้างความยั่งยืนผ่านแนวทาง Low-code/No-code ที่ช่วยให้บุคลากรในโรงพยาบาลสามารถพัฒนาระบบได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพิงบริษัทเอกชนเพียงอย่างเดียว

๑) การวิเคราะห์ปัญหาและข้อจำกัดของระบบเดิม (Pain Points)

- จากการทำ Workshop ร่วมกับบุคลากรหน่วยงานและวิชาชีพต่าง ๆ ในโรงพยาบาลหนองหิน พบปัญหาหลัก ๔ ประการจากโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ดังนี้
- ▶ ความยุ่งยากในการบันทึกข้อมูล: โปรแกรมเดิมมีจุดบกพร่อง (Pinpoints) จำนวนมาก ทำให้การทำงานล่าช้าและไม่คล่องตัว
 - ▶ การล็อกข้อมูล (Data Locking): แม้จะสามารถดึงข้อมูลออกมาได้ แต่ไม่สามารถนำข้อมูลที่พัฒนาต่อยอดแล้วกลับเข้าสู่ระบบได้ ทำให้ขาดความต่อเนื่อง
 - ▶ อุปสรรคต่อการทำวิจัยและ CQI: โครงสร้างข้อมูล (Table) มีจำนวนมากเกินไป ทำให้การดึงข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการทำได้ยาก
 - ▶ ต้นทุนการเชื่อมต่อที่สูงเกินจริง: การพัฒนาหรือเชื่อมต่อนวัตกรรมใหม่ ๆ (เช่น IOT) กับระบบเดิมมีค่าใช้จ่ายในการเชื่อมต่อ (Interface fee) สูงมาก โดยเฉลี่ยอาจสูงถึง ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อรายการ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนานวัตกรรม

๒) คุณลักษณะเด่นของระบบ HIS รูปแบบใหม่

ระบบใหม่ที่กำลังพัฒนาถูกออกแบบมาเพื่อแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง โดยมีคุณลักษณะทางเทคนิคและฟังก์ชันการทำงานที่สำคัญ ดังนี้

คุณลักษณะ	รายละเอียดและการทำงาน
Open API	รองรับการเชื่อมต่อกับทุกระบบ เช่น Financial Data Hub (FDH), หมอพร้อม และระบบอื่น ๆ ของกระทรวงฯ เป็น One Data ลดการทำงานซ้ำซ้อน
Web-based & Data Lake	แยกส่วนการประมวลผลหน้างาน (Web-based) ออกจากส่วนวิเคราะห์ข้อมูล (Data Lake) ทำให้โปรแกรมทำงานได้เร็วโดยไม่ต้องใช้คอมพิวเตอร์สเปกสูง
HIT Standards	พัฒนาตามมาตรฐาน HIT เพื่อให้ผ่านการตรวจสอบ (Audit) และเพิ่มประสิทธิภาพในการเบิกจ่ายกับ สปสช.
Low-code / No-code	ผู้ใช้สามารถสร้างฟอร์มหรือกำหนดเงื่อนไขการเก็บตัวชี้วัดได้เองโดยไม่ต้องมีความรู้ด้านการเขียนโปรแกรมขั้นสูง (ลักษณะคล้ายการทำ Google Form)
Local AI & Decision Support	ระบบช่วยตัดสินใจ เช่น การแนะนำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ที่เหมาะสม เพื่อลดความผิดพลาดและช่วยแบ่งเบาภาระแพทย์

๓) กลยุทธ์การพัฒนาและทีมงาน

การพัฒนาระบบนี้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกและทีมภายในโรงพยาบาล โดยเน้นการถ่ายทอดเทคโนโลยี (Technology Transfer)

- ▶ ทีมงานภายนอก (Outsource): ประกอบด้วยโปรแกรมเมอร์, ผู้เชี่ยวชาญด้าน Data Science (ระดับอาจารย์), และ Software Developers โดยนำโมเดล Machine Learning ที่ประสบความสำเร็จจากสถาบันอื่น (เช่น โรงพยาบาลเด็ก) มาเป็นต้นแบบ
- ▶ ทีมงานภายใน: โรงพยาบาลหนองหินได้ส่งทีม IT ไปรับการอบรมด้านซอฟต์แวร์โดยเฉพาะ และมีบุคลากรวิชาชีพ เช่น เกษักรที่จบด้าน Data จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้ามาช่วยในการจัดการโครงสร้างข้อมูลหลังบ้าน
- ▶ การลดการพึ่งพิงเอกชน: มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลเป็นเจ้าของระบบเองอย่างแท้จริง สามารถปรับเปลี่ยนเงื่อนไขตามนโยบายรายปีได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้บริษัทเอกชนทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง

๔) ขอบเขตการใช้งานและการขยายผล (Scope & Scalability)

ระบบใหม่ครอบคลุมการทำงานในทุกมิติของโรงพยาบาล และมีแนวทางในการขยายผล ดังนี้

- ▶ การบริการทางการแพทย์: ครอบคลุมระบบ OPD และ IPD (Paperless) ๑๐๐% จนถึงขั้นตอนการเบิกจ่าย
- ▶ ระบบหลังบ้าน (Inventory & Management): สามารถบริหารจัดการคลังยาและครุภัณฑ์ได้แบบ Real-time แม้ในปัจจุบันระบบบัญชีจะยังมีความท้าทายในการเชื่อมต่อ แต่เป็นเป้าหมายในระยะถัดไป
- ▶ โมเดล Marketplace: สร้างสังคมแห่งการแบ่งปันแพลตฟอร์มระหว่างโรงพยาบาล เช่น หากโรงพยาบาลหนึ่งพัฒนาฟอร์มการเก็บข้อมูลที่ดี โรงพยาบาลอื่นในเครือข่ายสามารถนำไปปรับใช้ได้ทันที
- ▶ ความคุ้มค่าด้านฮาร์ดแวร์: เนื่องจากเป็นระบบ Web-based จึงไม่จำเป็นต้องลงทุนใน Server ขนาดใหญ่ หรือคอมพิวเตอร์ราคาสูง ช่วยประหยัดงบประมาณด้านโครงสร้างพื้นฐาน

๕) ข้อเสนอแนะจากการประชุม

ในที่ประชุมมีการตั้งข้อสังเกตว่า แนวทางการพัฒนานี้มีความคล้ายคลึงกับโมเดลในอดีต (เช่น HosXP) แต่มีข้อได้เปรียบที่สำคัญคือในปัจจุบันมีบุคลากรที่มีทักษะด้านเทคโนโลยี (Tech Talent) ในวิชาชีพต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้การพัฒนาเป็นไปได้ง่ายกว่าเดิม อย่างไรก็ตาม มีประเด็นสำคัญที่ต้องดำเนินการต่อไป ดังนี้

- ▶ การฝึกฝน AI (AI Training): ข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลมีความเฉพาะตัว (Context-specific) ดังนั้นการนำ AI มาใช้ต้องอาศัยการเทรนข้อมูลจากบริบทของพื้นที่นั้น ๆ เพื่อให้เกิดความแม่นยำสูงสุด
- ▶ การบูรณาการสู่ระบบ ERP: ทิศทางในอนาคตของเขตสุขภาพ คือการพัฒนาไปสู่ระบบกึ่ง ERP ที่รวมทั้งส่วนงานบริการ (Service) และส่วนสนับสนุน (Back Office/Accounting) เข้าด้วยกัน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกับสถาบันข้อมูลขนาดใหญ่ (BDI) ต่อไป

▶ ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) นายแพทย์สุริยันต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทีม CDO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ศึกษาและพิจารณาแนวทางการนำโมเดล HIS ใหม่ (Service Model) จากโรงพยาบาลหนองหิน มาบูรณาการหรือปลั๊กอิน (Plug-in) เข้ากับระบบกลางของเขตสุขภาพ และขับเคลื่อนไปสู่ระบบกึ่ง ERP
- ๒) หน่วยงานที่สนใจเปลี่ยนระบบ HIS ส่งบุคลากรเข้าร่วมศึกษาหรือร่วมพัฒนา ระบบ HIS รูปแบบใหม่ร่วมกับโรงพยาบาลหนองหิน เพื่อลดผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านระบบ

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๔.๔ แผนกรอบอัตรากำลังแพทย์เฉพาะทาง เขตสุขภาพที่ ๘

โดย ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี)

ประเด็นหลักของการหารือคือการกำหนดทิศทางของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๘ ให้มีความชัดเจนในระยะ ๑๐ ปีข้างหน้า โดยเป้าหมายสำคัญคือการสร้างความสอดคล้องระหว่าง "SAP ของเขต" และ "SAP ของกระทรวงสาธารณสุข" แม้ในปัจจุบันจะยังพบความคลาดเคลื่อนของรายละเอียดเกณฑ์มาตรฐานในบางระดับ (โดยเฉพาะระดับ A+ และ A) แต่ที่ประชุมมีมติให้ใช้ Framework ของกระทรวงเป็นหลัก เพื่อให้การจัดสรรทรัพยากร ทั้งด้านงบประมาณ ทรัพยากรทางการแพทย์ และการกระจายแพทย์ประจำบ้าน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

การวิเคราะห์เกณฑ์การปรับระดับหน่วยบริการ (SAP Level Analysis)

จากการพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงกำหนด พบประเด็นความท้าทายและข้อสังเกตในแต่ละระดับ ดังนี้

๑) ระดับ Academic (P+ และ P)

เป็นระดับที่เน้นความเชี่ยวชาญระดับสูงสุดและการวิจัย

- ▶ ความท้าทายด้านวิชาการ: การเลื่อนระดับจาก P เป็น P+ ขึ้นอยู่กับระดับของวารสารวิชาการที่เผยแพร่ผลงาน หากเป็นระดับนานาชาติในวารสาร TCI Level ๑ จะจัดอยู่ในระดับ P+ หากเป็น Level ๒ จะอยู่ในระดับ P
- ▶ สถานะปัจจุบัน: ยกตัวอย่างโรงพยาบาลอุดรธานี ปัจจุบันอยู่ในระดับ P และคาดการณ์ว่าต้องใช้เวลาอีกประมาณ ๔-๕ ปี จึงจะสามารถขยับขึ้นเป็น P+ ได้
- ▶ เกณฑ์การฝึกอบรม: ต้องมีหลักสูตร Sub-board Training และ Specialist Nurse Training

๒) ระดับ Standard และ Intermediate (A+, A และ S+, S)

พบข้อสังเกตเรื่องความไม่สอดคล้องของรายละเอียดเกณฑ์ (Gap Analysis) ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์ด้านการฝึกอบรม (ตามที่ระบุในสไลด์/รายละเอียด)	ข้อสังเกต/ความท้าทาย
A+	Board Training / Common Specialist / Nurse Training	รายละเอียดบางส่วนระบุถึง Undergrad ≥ 2 หลักสูตร และ Extern ซึ่งไม่ตรงกับนิยาม A+ ในภาพรวม
A	การเทรนนิ่งทุกวิชาชีพพร้อมกัน (≥ 2 ได้ 1 คะแนน, ≥ 4 ได้เพิ่ม)	หากเป็นสายแพทย์จะไม่นับรวม Extern ซึ่งเขตสามารถผลักดันให้เป็นจริงได้ในทุกวิชาชีพ
S+	Internship (เพิ่มพูนทักษะ)	นิยามคือ Undergrad ร่วมกับ Family Medicine (Fam Med) ซึ่งโรงพยาบาลในกลุ่มนี้ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรองรับ
S	ระดับมาตรฐานทั่วไป	สามารถพัฒนาให้เหลื่อมล้ำกันได้ตามศักยภาพ เช่น S1, S2, S3

ทิศทางยุทธศาสตร์และหมุดหมาย ๑๐ ปี (Strategic Vision ๒๐๓๔)

ที่ประชุมเน้นย้ำว่าการกำหนด SAP ไม่ควรยึดติดกับสถานะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน แต่ต้องมองไปที่เป้าหมายในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๓) โดยมีแนวทางดังนี้

► การกำหนดตำแหน่งของโรงพยาบาล:

- โรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลหลัก (Node) ควรตั้งเป้าหมายไว้ที่ระดับ A หรือ S+ เป็นอย่างน้อย
- โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง เช่น โรงพยาบาลสกลนคร หรือโรงพยาบาลนครพนม ควรพิจารณา วางหมุดหมายไปที่ระดับ P หรือ P+ เพื่อรองรับงานวิจัยระดับนานาชาติ
- โรงพยาบาลขนาดเล็ก (เช่น โรงพยาบาลวังสามหมอ หรือโรงพยาบาลเชียงคาน) ต้องพิจารณาว่า ใน ๑๐ ปีข้างหน้าจะพัฒนาไปในทิศทางใดเพื่อให้เป็นที่พึงของประชาชนในพื้นที่ได้โดยไม่ต้องส่งต่อระยะไกล

► การบริหารจัดการทรัพยากร: เมื่อกำหนดหมุดหมาย ๑๐ ปีได้ชัดเจน เขตจะสามารถ จัดสรรทรัพยากร ได้ถูกต้อง ทั้งเงินบำรุง การเซตห้องผ่าตัด เครื่องมือออร์โธปิดิกส์ หรือเครื่องมือศัลยกรรม เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับแพทย์ที่จะจบการศึกษาในอนาคต

► ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) ผู้บริหารในเขตสุขภาพที่ ๘ จัดทำร่างหมุดหมายของหน่วยบริการในความรับผิดชอบ (๗ จังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) โดยใช้ Framework ของกระทรวงเป็นพื้นฐาน และส่งข้อมูลให้กลุ่มงาน CSO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ รวบรวม เพื่อนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
- ๒) ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี) และกลุ่มงาน CSO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ รวบรวมข้อมูลร่างหมุดหมาย ๑๐ ปี จากทุกหน่วยงาน เพื่อสรุปผล และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
- ๓) คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ นำข้อมูลการเลือกที่เรียนของแพทย์ประจำบ้าน มาพิจารณา สอดประสานกับหมุดหมาย ๑๐ ปี เพื่อวางแผนการจัดสรรทรัพยากร งบประมาณ และเครื่องมือแพทย์ ในอนาคต

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ ขอเปลี่ยนแปลงรายการงบประมาณบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบทุน ปี ๒๕๖๔

โดย นายแพทย์ยอดลักษณ์ สัยลังกา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย

- รพ.สต.โนนสวรรค์ ขออนุมัติเปลี่ยนแปลงรายการ แผนงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะ งบลงทุน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รายละเอียด ดังนี้
 - รายการเดิม : เครื่องปรับอากาศสำหรับห้อง แบบแยกส่วน ระบายความร้อนด้วยอากาศ ชนิดอินเวอร์เตอร์ ที่มีค่าประสิทธิภาพพลังงานตามฤดูกาล : SEER สูง (High SEER Split Type Inverter Air Conditioner) ชนิดแขวน รุ่น High SEER Inverter ๑๓,๐๐๐ BTU ราคา ๒๒,๗๐๐ บาท
 - รายการที่ขอเปลี่ยนแปลง : เครื่องตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ราคา ๒๓,๐๐๐ บาท
 - งบประมาณส่วนต่าง : หน่วยงานจะดำเนินการจัดซื้อโดยใช้เงินบำรุงของหน่วยงาน จำนวน ๓๐๐ บาท ซึ่งไม่เกินกว่าที่ระเบียบกำหนด

/สาเหตุ...

- ▶ สาเหตุของการขออนุมัติเปลี่ยนแปลงรายการ :
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสวรรค์ ไม่สามารถดำเนินการจัดซื้อตามรายการข้างต้นได้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่พัสดุได้ตรวจสอบตลาดและผู้ผลิตแล้วพบว่าเครื่องปรับอากาศ ชนิดแขวนระบบอินเวอร์เตอร์ ขนาด ๑๓,๐๐๐ บีทียู ได้ยกเลิกการผลิตแล้ว โดยปัจจุบันผู้ผลิตเริ่มผลิตที่ขนาด ๑๕,๐๐๐ บีทียูขึ้นไป ซึ่งมีราคาเริ่มต้นสูงถึง ๓๐,๐๐๐ บาท ทำให้เกินวงเงินที่ได้รับการจัดสรรและไม่สามารถจัดหาตามรายการเดิมได้ ประกอบกับในปัจจุบัน เครื่องตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ รหัสครุภัณฑ์ ๖๕๑๕-๐๕๑-๐๐๐๑/๒ ซึ่งใช้งานมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้เกิดการชำรุดเสียหาย ไม่สามารถซ่อมแซมใช้งานได้ ส่งผลกระทบต่อการให้บริการฝากครรภ์ และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และหน่วยงานในสังกัด ตรวจสอบความพร้อมและรายละเอียดทางเทคนิคของรายการจัดซื้อให้รอบคอบก่อนเสนอของบประมาณ เพื่อป้องกันกรณีไม่มีผู้รับจ้างในราคาที่กำหนด

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ การขออนุมัติเปลี่ยนแปลงรายการดังกล่าว

ปิดประชุมเวลา ๑๒.๐๐ น.



(นางสาวมณฑิลา อรรธวิภาค)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

ผู้บันทึกรายงานการประชุม



(นางพนัธมน นามาศ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้บันทึกรายงานการประชุม



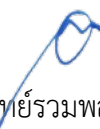
(นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม



(นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ช่วยเลขานุการ



(นายแพทย์รวมพล เหล่าหวาน)
กรรมการและเลขานุการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม