



กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และสารสนเทศ  
เลขที่ 178  
วันที่ 29 ธ.ค. 65  
เวลา 10-25

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘  
เลขรับ 2561  
วันที่ ๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๕  
เวลา 08.01

ห้องผู้ตรวจราชการ เขต  
เลขรับ 1116  
วันที่รับ ๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๕  
วันที่ออก 10.49

**บันทึกข้อความ**

ส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทร. ๐ ๒๕๓๐ ๑๖๐๖  
ที่ สธ ๐๒๐๕/๕๙๐๒ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ผลการตรวจราชการและประเด็นข้อเสนอแนะที่สำคัญจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๑ และแนวทางการรายงานผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒  
เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยดำเนินการตรวจราชการรอบที่ ๑ ตั้งแต่เดือนธันวาคม ๒๕๖๔ - เดือนมีนาคม ๒๕๖๕ เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว และได้มีการประชุมสรุปผลการตรวจราชการประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมชัชวาทินเรนทร ชั้น ๒ อาคาร ๑ และผ่านระบบประชุมออนไลน์ Application Webex นั้น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักตรวจราชการกระทรวง ขอส่งรายงานสรุปผลการตรวจราชการ ประจำปี ๒๕๖๕ รอบที่ ๑ พร้อมประเด็นและข้อเสนอแนะที่สำคัญ และขอแจ้งปฏิทินและแนวทางการรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๒ ดังมีรายละเอียดตาม QR Code ที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบผลการดำเนินงาน และแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาในส่วนที่เกี่ยวข้องให้บรรลุเป้าหมาย และเป็นแนวทางการดำเนินงาน เตรียมพร้อมการตรวจราชการในรอบที่ ๒ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘  
ต.บ. สธ. ขอส่งรายงาน สรุปผลการตรวจราชการ  
ประจำปี 2565 รอบที่ 1 พร้อมประเด็นและข้อเสนอแนะที่สำคัญ  
และขอแจ้งปฏิทินและแนวทางการรายงานผลการตรวจราชการ  
กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2565 รอบที่ 2 ดังรายละเอียด  
ที่แนบมาพร้อมนี้

*(Handwritten signature)*  
(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- ทราบ  
เห็นชอบ มอบ
- สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘
  - ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
  - ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘
  - หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘
  - อื่น ๆ.....

- ชอบ
- ดำเนินการ
- แจ้ง
- มอบ.....

*(Handwritten note)*  
- บันทึกใส่ชุดงานจิตทุกกลุ่มงานของเขตสุขภาพที่ ๘  
หน้าขอปี ๒๕๖๕ เขตสุขภาพ

*(Handwritten signature)*  
(นายภาณุพงษ์ พรหมโคตร)  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

(นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพฑูณย์)  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ



สรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๑ และปฏิทินการตรวจราชการ  
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๒  
<https://www.moph.go.th>

*(Handwritten signature)*  
(นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์)  
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๕

(นายประเมษฐ์ กิ่งโก้)  
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘



# สรุปผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 1



# คำนำ

การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข เป็นไปตามเป้าหมาย แก้ไขปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนออันจะก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกองตรวจราชการ ร่วมกับกรมและผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานจากกรม กอง สำนักต่างๆ ได้ดำเนินการตรวจราชการ ตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยดำเนินการตรวจราชการ รอบที่ ๑ ระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๖๔ - เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินสภาพปัญหา แผนแก้ไข้ปัญหา การบริหารจัดการ ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไข้ปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่สอดคล้องตาม ๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ๓) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และ ๔) การตรวจราชการแบบบูรณาการ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นสำคัญ ๖ ประเด็น ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการ ดังนี้

๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)

ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์

ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)

ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็นที่ ๒ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็นที่ ๓ ระบบธรรมาภิบาล

๓) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่)

๔) การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

บัดนี้ คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ทุกประเด็น ได้สรุปผลจากการตรวจราชการจัดทำเป็นรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๑ เสนอต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลประกอบการพิจารณาสำหรับการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพของหน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กองตรวจราชการ

มิถุนายน ๒๕๖๕

## กิตติกรรมประกาศ

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกองตรวจราชการ ขอขอบคุณ คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ คณะที่ ๑ - ๗ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองบริหารการสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สป. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สป. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.

ขอขอบคุณ ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานของกรม กอง สำนัก กองแผนงาน และวิชาการและผู้ประสานงานด้านการตรวจราชการของกรม กอง สำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่กองตรวจราชการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการจัดทำรายงานฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี มา ณ โอกาสนี้

# สารบัญ

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร

ก - ฉ

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๑

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๑

## ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

๑.๑ โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

๑

## ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์

๒.๑ กัญชาทางการแพทย์

๒๔

## ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓.๑ จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน

๓๙

๓.๒ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ.ฯ

๔๒

๓.๓ อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.)

๔๖

๓.๔ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว

๕๓

## ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๔.๑ สุขภาพเด็ก

๕๖

๔.๒ สุขภาพวัยทำงาน

๗๖

๔.๓ สุขภาพผู้สูงอายุ

๙๕

๔.๔ สุขภาพดีวิถีใหม่

๑๐๓

## ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๕.๑ Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

๑๑๓

๕.๒ Service plan สาขาอุบัติเหตุ (ER)

๑๒๕

๕.๓ Service plan สาขามะเร็ง (Cancer)

๑๓๗

๕.๔ Service plan สาขาทารกแรกเกิด (New born)

๑๔๔

๕.๕ การดูแลระยะกลาง Intermediate Care

๑๕๙

## สารบัญ (ต่อ)

### ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

๖.๑ ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)	๑๗๒
๖.๒ การเงินการคลังสุขภาพ (ระบบจัดเก็บรายได้ และวิกฤตการเงินระดับ ๗)	๑๘๒
๖.๓ การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT)	๑๙๑
๖.๔ องค์กรแห่งความสุข	๑๙๗

### ประเด็นที่ ๗ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

๒๐๒

### ภาคผนวก

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจราชการ	๒๔๘
กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕	
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ	๒๕๑
กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕	
คณะที่ปรึกษา	๒๗๒
คณะผู้จัดทำ	๒๗๓
บรรณาธิการ	๒๗๕

## บทสรุปผู้บริหาร

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๑

## บทสรุปผู้บริหาร

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่สอดคล้องตาม ๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ได้แก่ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ , กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ , ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ได้แก่ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต , ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย , ระบบธรรมาภิบาล ๓) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และ ๔) การตรวจราชการแบบบูรณาการ รวมทั้งประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ เพื่อเป็นทิศทางในการตรวจติดตาม กำกับ และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๗ คณะซึ่งคณะตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ได้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการรอบที่ ๑ ในช่วงเดือนกันยายน ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๕ เสร็จสิ้นเรียบร้อย และได้มีการประชุมสรุปผลการตรวจราชการฯ ประจำปี ๒๕๖๕ รอบที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ผ่านระบบประชุมออนไลน์(Webex) พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังต่อไปนี้

**๑. ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ : โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์** พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการดังนี้ พื้นที่ที่มีความพร้อมในการพัฒนา อสรจ. ในเรือนจำ มีแผนการอบรม และแผนการสนับสนุนอสรจ.ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในส่วนของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และ บริการด้านสุขภาพจิต เป็นไปตามแผนการคัดกรองและการรักษา ซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละเรือนจำ แต่ในส่วนการให้บริการทางช่องปาก ผลการดำเนินการในช่วง ๖ เดือนแรก ของปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ยังทำไม่ได้ถึงเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากสถานการณ์ไวรัสโคโรนา ทำให้โรงพยาบาลแม่ข่ายหลายแห่งเริ่มพัฒนาระบบ teledent เพื่อการคัดกรองสุขภาพช่องปาก ด้านการป้องกันโรคและควบคุมโรคติดต่อ กรมราชทัณฑ์เตรียมทำแผนฉีดวัคซีน เข็ม ๔ และฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่พร้อมกัน

**๒. ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์** พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) กัญชาทางการแพทย์ :** จำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (เขตสุขภาพละ ๓ แห่ง) อยู่ระหว่างดำเนินการ และร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ **ต่ำกว่าเกณฑ์**เป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ ๕) จากปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ ดังนี้ บุคลากรขาดความมั่นใจในการสั่งใช้ยากัญชา ผลการดำเนินงานจากระบบรายงาน HDC และ อย. ไม่ตรงตามยอดการสั่งใช้จริงของพื้นที่ ขาดการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย palliative care ปัญหาขาดคร่าว ขาดโรงงานผลิตยากัญชาทางการแพทย์ในเขตสุขภาพ/โรงพยาบาลยังไม่ได้มาตรฐาน GMP และประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ประโยชน์จากกัญชา ทั้งด้านการรักษาโรคและด้านเศรษฐกิจ

**๓. ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ** พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการดังนี้ **๑) ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน** โดยหมอรอบครัวมีบทบาทที่สำคัญกับประชากรคนไทย ซึ่งการดำเนินการได้ดี **๒)การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ** พบปัญหาเกิดจากการอบรมแพทย์วิทยาศาสตร์

ครอบครัวไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากการไม่สามารถจัดอบรมได้จำนวนมาก ทำให้ทำแผนได้ไม่มากพอ **๓) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ** ดำเนินการได้เป็นอย่างดี มี พชอ.ทุกอำเภอในทุกจังหวัด สำหรับดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ IMC และ Covid-๑๙ **๔) รพ.สต. ติดดาว** รพ.สต.ทั้งหมด เป็น รพ.สต.ติดดาวตามระบบ GIS-Health ซึ่งมีการประสานการทำงานกับ รพ. แม่ข่าย เช่น ข้อมูล ระบบการส่งต่อ และเชื่อมโยงระบบ **สำหรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** ควรพัฒนาศักยภาพ อสม. Smart อสม. และสามารถบูรณาการแพลตฟอร์มและข้อมูลที่มีอยู่ให้เชื่อมโยงกันให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดเป็นรูปธรรม และใช้กลไกคณะกรรมการปฐมภูมิแก้ไขปัญหาในการประสานงานและส่งต่อข้อมูล

**๔. ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต** พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) สุขภาพเด็ก** : องค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนตัวชี้วัด เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ ได้แก่ สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และสุขภาพของเด็กปฐมวัย การเข้าถึงอนามัยของแม่และเด็กนั้น เน้นเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับสติปัญญาของเด็ก ตั้งแต่การตั้งครรภ์ของแม่ การคลอดที่มีคุณภาพ รวมถึงการอบรมเลี้ยงดูของเด็กปฐมวัยทาง biopsychosocial สำหรับอัตราการการเสียชีวิตของมารดา จากการวิเคราะห์สาเหตุของการตายพบว่าสาเหตุมาจาก การฝากครรภ์ล่าช้า การฝากครรภ์ไม่ครบตามเวลาที่กำหนด และขาดความรู้ความเข้าใจในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รวมถึงการขาดการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายตามกระบวนการ MDSR system (ยา เวชภัณฑ์ และผู้ปฏิบัติงาน) สำหรับการตั้งครรภ์ เน้นเรื่อง Nutritional Status ของหญิงตั้งครรภ์ โดยมีการสังเกตการณ์และติดตามในเรื่องระดับไอโอดีนในปัสสาวะ พบว่าสถานการณ์แนวโน้มดีขึ้น และเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้สำหรับการคัดกรองพัฒนาการของเด็กปฐมวัย หากพบว่ามีพัฒนาการที่ล่าช้าจะได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔ ผลงานในรอบแรกยังไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่ามีปัญหา อุปสรรคในเรื่อง Socioeconomic และการเดินทางในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-๑๙ ส่วนเรื่องของนวัตกรรมและตัวอย่างที่ดีอยากจะให้ดำเนินการและขยายผลการดำเนินงานต่อไป **๒) สุขภาพกลุ่มวัยทำงาน (DM HT)** : สถานการณ์ของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในช่วง ๓ - ๔ ปีที่ผ่านมาแนวโน้มการกระจายตัวสูงขึ้นในวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าการติดตามเพื่อยืนยันและวินิจฉัยโรคผลงานส่วนใหญ่ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐) และการดูแลกลุ่มโรคเบาหวาน เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการติดตามเพื่อยืนยันและวินิจฉัยโรคสูงกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐) และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยผลงานส่วนใหญ่ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐) ปัญหาที่พบเป็นเรื่องการไม่เข้าใจ Template ที่มีการปรับเทคนิควิธีการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยในปี ๒๕๖๕ สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-๑๙ รวมถึงการโยกย้ายเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่ปฏิบัติงานบ่อยทำให้ขาดประสบการณ์ในการดำเนินงาน **สุขภาพจิต (ฆ่าตัวตายสำเร็จ)** : จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๒๐๑๙) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นมา ทำให้คนไทยมีสภาวะความเครียดและซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งยังพบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เริ่มเข้ามามีผลกระทบทำให้อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๘) ซึ่งปัจจัยที่พบ ได้แก่ เพศ (ซึ่งจะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง) กลุ่มวัยทำงาน ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช กลุ่มติดสุราและสารเสพติด สำหรับมาตรการเพื่อป้องกันแก้ไข

ปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช และผู้ติดยาเสพติด ต้องมีการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น เช่นปัญหาการขาดยา ปัญหาการกำเริบยา เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกิดจากเศรษฐกิจและสังคม ต้องมี การบูรณาการร่วมกันหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แรงงานจังหวัด นำสู่การช่วยเหลือผู้ป่วยเปราะบางทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยการขับเคลื่อนของผู้ว่าราชการจังหวัดและจังหวัด เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือแบบบูรณาการ และให้

มีการจัดการเรื่องกลไกในเรื่องของสัญญาณเสี่ยงในการของการฆ่าตัวตาย เมื่อตรวจพบแล้วต้อง ส่งต่อไปให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป **๓) ผู้สูงอายุคุณภาพ** : ผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การป้องกันภาวะติดบ้านติดเตียงยังไม่ครอบคลุม มีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง แต่ยังคงมีการปรับปรุงคุณภาพ โดยมีแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ สำหรับกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (Pre-Aging) และกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี (Healthy Aging) จะมีการคัดกรองสุขภาพผ่านและลงข้อมูลผ่าน Blue Book Application มีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ (Wellness Plan) ในส่วนของกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย (Illness Aging) จะมีการดูแลระยะวิกฤต (Acute/Emergency care) มีการจัดบริการแบบ Fast track รวมถึงการวางแผนการวางแผนระยะยาว (Long Term Care) ในกลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง (Dependent Aging) ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงาน ได้แก่ การคัดกรองภาวะสุขภาพและลงข้อมูลผ่าน blue book application ยังไม่ครอบคลุม การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย จำนวน Care manager ไม่เพียงพอในการทำ Care plan **๔) สุขภาพดี วิถีใหม่** : ประเด็นตรวจราชการ สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙ เป็นการตรวจราชการตามนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ "คนไทยมีความรอบรู้สุขภาพ" ด้วยตัวชี้วัดสำคัญ คือ ๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึ่งประสงค์สูงกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ ๘๐) ๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคนต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมาย ๑๐ ล้านคน) และ ๓) กิจกรรม/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ ๘๐) ปัญหาที่พบเป็นจำนวนมากผู้ตอบนัมยโพล มีจำนวนลดลงซึ่งอาจจะมีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล ข้อจำกัดทางด้านเทคโนโลยีในการเข้าถึง Application การประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

#### ๕. ประเด็นที่ ๕ ลดแอ็ด ลดรอย ลดป่วยลดตาย พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

**๑) สาขา STEMI** จากข้อมูลการตรวจราชการ พบว่า อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภาพรวมประเทศอยู่ที่ ร้อยละ ๘.๗๘ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์กำหนดไว้ ( $\leq$  ร้อยละ ๘) ส่วนการรักษาที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ( $\geq$  ร้อยละ ๖๐) ผ่านเกณฑ์ ได้ ร้อยละ ๖๑.๖๑ และผู้ป่วยได้รับการทำ Primary PCI ( $\geq$  ร้อยละ ๖๐) ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ ๕๗.๗๘ ซึ่งได้มีแผนการพัฒนาโดยมีเครือข่ายระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast tract และแนวทางการให้คำปรึกษา/ รักษาผู้ป่วยในทุกเขตสุขภาพ **๒) สาขา อุบัติเหตุฉุกเฉิน** จากข้อมูล HDC อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ (ทั้ง ER และ Admit) (เป้าหมาย  $\leq$  ร้อยละ ๑๒) หลายเขตสุขภาพยังเกินเกณฑ์ที่เป้าหมายกำหนดไว้ แต่ข้อมูลจากพื้นที่ พบว่ารายเขตทุกเขตผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งทั้งสองแหล่งข้อมูลแสดงค่าแตกต่างกัน เนื่องจากขาดการเชื่อมโยงตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ และขาดความต่อเนื่องทั้ง ER / Trauma audit แต่ภาพรวมประเทศทั้งสองแหล่งข้อมูล ถือว่าผ่านเกณฑ์ **๓) สาขามะเร็ง** จากโปรแกรม Thai Cancer Based พบว่าตัวชี้วัดทั้ง ๓ เรื่อง ผ่านเกณฑ์เพียงเรื่องเดียว คือ การรักษาด้วยรังสีรักษา ส่วนการรักษาด้วยการผ่าตัดและใช้เคมีบำบัด ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากในช่วงสถานการณ์โควิดทำให้คัดกรองได้น้อย การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลตัวชี้วัดต่างๆยังไม่สมบูรณ์ **๔) สาขาทารกแรกเกิด** ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm, PPHN และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา และมารดาติดเชื้อโควิด ทำให้อัตราการเกิด Preterm สูงขึ้น ส่วนอัตราตาย NICU ต่อ ทารกแรกเกิดมีชีพ (เป้าหมาย ๑: ๕๐๐) พบว่าหลายเขตสุขภาพเพียงไม่เพียงพอ โดยภาพรวม เฉลี่ยได้ ๑: ๔๓๒ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งได้มีแผนรวบรวมข้อมูลสาเหตุการตายของทารก การคลอดก่อนกำหนด เพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหา และมาตรการลด Preterm birth

**๕) Intermediate care** การบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน พบว่า เขตสุขภาพที่ ๑๐ ยังดำเนินการไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เนื่องจากสถานการณ์โควิด ส่งผลให้ขาดการกำกับติดตามและ Intensive program ขาดความต่อเนื่อง แต่หากดูภาพรวมประเทศ ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ **ข้อเสนอแนะ** ควรวางแผนเป้าหมายการลดการป่วยการตายและจัดสรรทรัพยากรที่มีให้เกิดความคุ้มค่าและเกิดประโยชน์มากขึ้น การส่งต่ออาจจะทำให้ง่าย ไม่มีเงื่อนไขยุ่งยาก และเป็นเครือข่ายที่ไร้รอยต่อในการเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการ

**๖. ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล** พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) ตรวจสอบภายใน(แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)** พบว่าหน่วยบริการทุกแห่งมีแผนเงินบำรุงได้รับการอนุมัติ และมีประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณ(เงินบำรุง) ผ่านเกณฑ์ ในส่วนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ควรจัดทำแผนครอบครัวมูลค่าใช้จ่าย(จ่ายล่วงหน้า) และกำหนดกรอบอัตราผู้รับผิดชอบแผนในโรงพยาบาลชุมชน **๒) การเงินการคลังสุขภาพ :** ไม่พบหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๖ และระดับ ๗ และหน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ ทำได้ร้อยละ ๘๙ อยู่ในระดับดีและดีมาก สำหรับข้อเสนอแนะ ควรมีศูนย์จัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพการเรียกเก็บของแต่ละกองทุน **๓) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT)** พบว่าทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพโรงพยาบาลศูนย์ /ทั่วไป/ ชุมชน ภายในจังหวัดมีการรับ-ส่งข้อมูล HIS Gateway ของแต่ละเขตสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ แต่ในส่วนของโรงพยาบาลยังมีบางแห่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๒๐) ที่กำหนดไว้ โดยมีแนวทางการดำเนินงานต่อในเรื่องการพัฒนาระบบ HIS Gateway เป็น Version ๒ เพื่อให้สามารถใช้งานได้ง่ายขึ้น **๔) องค์กรแห่งความสุข :** โดยการใช้แบบประเมิน Happinometer พบว่าสำหรับส่วนกลาง ระดับความสุขอยู่ที่ ร้อยละ ๖๓.๙ ได้คะแนนมากในด้านการมีน้ำใจและจิตวิญญาณ ส่วนคะแนนที่ได้น้อย คือด้านการผ่อนคลายและด้านการเงิน ในส่วนรายเขตสุขภาพ ระดับความสุขอยู่ที่ร้อยละ ๖๔.๐๒ **ระดับองค์กร** ประเมินโดยผู้บริหารระดับความสุขอยู่ที่ร้อยละ ๖๔.๓๑ **สำหรับข้อเสนอแนะ** ควรวางแผนการใช้ Happinometer มาขับเคลื่อนหน่วยงานเพื่อให้เกิดเป็นรูปธรรมมากขึ้น มีการสนับสนุนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใน พร้อมส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพนักสร้างสุขในองค์กร ให้ความรู้ ทักษะที่สามารถถ่ายทอดจากรุ่นไปสู่รุ่นได้

**ประเด็นที่ ๗ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี** พบประเด็นที่สำคัญ ดังนี้ **๑) โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน** ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model) เป็นห่วงโซ่ที่รวมต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ มีการส่งเสริมให้มีการผลิตแปรรูป และพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรเพื่อให้ได้สารที่ผลิตมีคุณภาพตามมาตรฐาน สิ่งสนับสนุนเชิงนโยบาย เน้นบูรณาการติดตามเป็นระยะๆ และเชิงปฏิบัติการเน้นบูรณาการให้เกิดที่ปรึกษาชุมชน **๒) โครงการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์** มีการประชาสัมพันธ์ ส่งเสริม ร่วมมือรวมกลุ่มเกษตรกรเพื่อขับเคลื่อนเกษตรแปรรูปตลอดห่วงโซ่อุปทาน ตั้งแต่การปลูก การแปรรูป และจำหน่าย ปัญหาอุปสรรค การเข้าถึงองค์ความรู้เงินทุน การตลาด ที่ไม่สามารถเพิ่มมูลค่าและโอกาสการจำหน่ายได้ ข้อเสนอแนะ บูรณาการหาทางช่วยเหลือในส่วนการพัฒนาองค์ความรู้ แหล่งเงินทุน เพื่อการออกแบบบรรจุภัณฑ์ สิ่งสนับสนุนเชิงนโยบาย เน้นบูรณาการติดตามเป็นระยะๆ และเชิงปฏิบัติการเน้นการติดตามเชิงพื้นที่ร่วมกัน **๓) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน** มีแผนช่วยเหลือเพื่อพัฒนาครัวเรือน ๕ มิติ ได้แก่ รายได้ สุขภาพ การศึกษา ความเป็นอยู่ การเข้าถึงบริการของรัฐมีกระบวนการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถิติครัวเรือนเปราะบางทั้งหมด ๑๒,๙๗๕,๙๓๑ ครัวเรือน แยกเป็นครัวเรือนเปราะบาง ๔,๑๐๔,๔๕๐ ครัวเรือน เขต ๙ มีครัวเรือนเปราะบางมากที่สุด ส่วนเขต ๓ มีครัวเรือนเปราะบางน้อยที่สุด สถานการณ์การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ และกิจกรรมที่กำหนด ได้รับการสนับสนุนจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (๓ หมอ) และกรมอนามัย (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง) พบว่า ภาพรวม

ประเทศที่มีผู้สูงอายุเพียง ๓๗๐,๓๕๙ คน การดูแลตาม Care Plan ๓๔๒,๕๙๐ ฉบับ ร้อยละ ๙๓% ค่อนข้างสูง ปัญหาอุปสรรคที่พบ ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานด้านข้อมูล งบประมาณและบุคลากร การสื่อสาร สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทำให้การติดตามงานประสบปัญหา สิ่งที่ต้องขับเคลื่อนในพื้นที่ มีการค้นหา คัดกรอง จัดทำข้อมูล การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ มีการเยี่ยมดูแลที่บ้าน โดย ๓ หมอ ส่วนของขวัญ "สาธารณสุขห่วงใย มอบของขวัญผู้สูงวัย" มี ๓ ชั้น ได้แก่ **ชั้นที่ ๑** : การคัดกรองความเสี่ยงของร่างกาย **ชั้นที่ ๒** : โปรแกรมลดความเสี่ยงของร่างกาย **ชั้นที่ ๓** : สิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบาง **๔) โครงการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ** จากสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM<sub>๒.๕</sub> พบว่าเดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม ๒๕๖๕ มีแนวโน้มสูงเกินมาตรฐาน ส่วนเมษายน - พฤษภาคม ๒๕๖๕ ภาพรวมดีขึ้น ส่วนสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับ PM<sub>๒.๕</sub> มีการเฝ้าระวัง ๔ กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคทางเดินหายใจ กลุ่มโรคหัวใจ หลอดเลือดและสมองอุดตันขาดเลือด กลุ่มโรคตาอักเสบ และกลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ ภาพรวมพบเขต ๑๒ การเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจมากที่สุด และเขต ๑๓ น้อยที่สุด การดำเนินงานใน ๒ มาตรการ ได้แก่

**มาตรการที่ ๑** การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ ได้แก่ ๑) การบริหารจัดการในพื้นที่รองรับภาวะ ๒) เฝ้าระวังสถานการณ์ สื่อสาร แจ้งเตือนและให้คำแนะนำในการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพ ๓) เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ ๔) การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

**มาตรการที่ ๒** การป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด) ได้แก่ ๑) ควบคุมการปล่อยฝุ่นละออง (ตามกลไก พรบ.สธ. ๒๕๓๕) ๒) กลไก พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ และ ๓) สนับสนุนการลดฝุ่นละอองในองค์กร

**ปัญหาและอุปสรรค** เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ส่วนข้อคิดเห็นของที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการภาคประชาชน ๔ ด้าน ๑) ควรพัฒนาการคัดกรอง/วินิจฉัยการแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรคที่เกี่ยวข้องกับ PM<sub>๒.๕</sub> เบื้องต้น ๒) ควรเพิ่มกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสม ๓) ควรมีการขับเคลื่อนงานผ่าน กก.ควบคุมโรคฯ/คสจ.อย่างต่อเนื่อง ๔) ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลพื้นที่เสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อย่างครอบคลุม/ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน

สิ่งที่ต้องขับเคลื่อนในพื้นที่ที่มีปัญหา PM<sub>๒.๕</sub> ที่เกินมาตรฐานควรดำเนินการดังนี้ ๑) ติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ PM<sub>๒.๕</sub> แจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ ๒) สื่อสารให้ความรู้ คำแนะนำในการป้องกันตนเองแก่ประชาชน ๓) เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง หากมีการเข้ารับการรักษาใน ER ให้การดูแลเป็นพิเศษ และหลังระยะวิกฤติฝุ่นละออง ควรสรุปทบทวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ประเมินผลการดำเนินงาน และจัดทำแผนการดำเนินงาน โดยบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วน **๕) โครงการลดอุบัติเหตุทางถนน** การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ไตรมาส ๑ - ๒ มีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน (Joint KPI ระดับ กสธ.) ได้แก่

๕.๑ จำนวนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไตรมาส ๑-๒ (กค.- ธค.๖๔) เปรียบเทียบจำนวนเป้าหมายผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกับผลการดำเนินงาน ภาพรวมประเทศ เป้า ๙,๒๙๒ ราย ผล ๗,๙๙๐ ราย ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายทุกเขต

๕.๒ อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน เปรียบเทียบอัตราเป้าหมายผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกับผลการดำเนินงาน ๒ ไตรมาส เป้าหมายภาพรวมประเทศ ๑๔.๒๐ ต่อประชากรแสนคน ผล ๑๒.๒๑ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายทุกเขต

๕.๓ การเปรียบเทียบจำนวนเป้าหมายผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกับผลการดำเนินงาน แยก  
รายจังหวัดพบว่า ๑๖ จังหวัดที่ผลสูงกว่าเป้าหมาย, ๗๕ จังหวัดที่ผลต่ำกว่าเป้าหมาย และ ๓ จังหวัดที่ผลเท่ากับ  
เป้าหมาย ๖) โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์  
ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ในปี ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า ๑ ราย ผลการ  
ดำเนินงานพบว่า การสอบสวนโรค (เหตุการณ์), การติดตามผู้สัมผัสโรค (ราย), การสร้างพื้นที่ปลอดโรค (อำเภอ)  
เขต ๑, ๓, ๗, ๘ ยังไม่มีรายงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ หลายพื้นที่ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า แต่มี  
ผู้เสียชีวิตใช้สมองอักเสบไม่ทราบสาเหตุ (A๘๖) ควรมีการสื่อสารขอให้แพทย์ ส่งตัวอย่าง R/O Rabies

# ประเด็นที่ ๑

## โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๑

### ประเด็นที่ ๑ : โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

ประเด็นตรวจราชการ : โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ๑. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

๑.๑ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

๑.๒ การให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์)

๒. การบริการสุขภาพช่องปาก

๓. การบริการสุขภาพจิต

๔. การป้องกันและควบคุม

๔.๑ การคัดกรองค้นหาวัณโรคในผู้ต้องขังแรกรับ

๔.๒ การดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส ตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ

๔.๓ เรือนจำสีขาวปลอดเชื้อ (โรคอุบัติใหม่)

๔.๔ บูรณาการการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำ

ตัวชี้วัด : ๑. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

๑.๑ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.)

#### ๑) เป้าหมาย และผลงาน

ในการนิเทศตรวจราชการ รอบที่ ๑ กำหนดเป้าหมายให้แต่ละเรือนจำในเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ รวม ๑๒๖ แห่ง ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ทั้ง ๓ ตัว ได้แก่ ๑) มีสัดส่วน อสรจ. ตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ๑ ต่อ ๕๐ ๒) มีแผนการฝึกอบรม และ/หรือ อบรมฟื้นฟู อสรจ. ๒ ครั้งต่อปี และ ๓) มีแผนงาน โครงการแนวทางการสนับสนุน อสรจ. ให้มีส่วนร่วมจัดบริการสุขภาพตามบริบทแต่ละเรือนจำ

#### ๒) สรุปสถานการณ์

การดำเนินงานพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำใน ๑๒ เขตสุขภาพ มีเขตสุขภาพที่มีเรือนจำเป้าหมาย ผ่านตัวชี้วัด (ผ่านเกณฑ์ครบทั้ง ๓ ตัว) รวมทั้งสิ้น ๕ เขตสุขภาพ มีจำนวนเรือนจำเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ (ครบทั้ง ๓ ตัว) รวมทั้งสิ้น ๑๑๖ แห่ง (ร้อยละ ๙๒.๐๖) โดยแยกตามรายเกณฑ์ ได้แก่ ๑) มีสัดส่วน อสรจ. ครบตามเกณฑ์ (๑ : ๕๐) ๑๑๘ แห่ง (ร้อยละ ๙๓.๖๕), ๒) มีแผนอบรม อสรจ. ตามเกณฑ์ ๑๒๖ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐.๐๐) และ ๓) มีแผนสนับสนุน อสรจ. ร่วมจัดบริการตามบริบท ตามเกณฑ์ ๑๒๔ แห่ง (ร้อยละ ๙๘.๔๑)

#### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

สภาพปัญหาการดำเนินงานที่พบ ได้แก่ มีจำนวนการพันโทษของ อสรจ. สูง เนื่องจากเป็นผู้ต้องขังชั้นดี มีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในเรือนจำ เป็นเหตุให้มีการจำกัดกิจกรรม

#### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ข้อเสนอการดำเนินงานของเครือข่ายในพื้นที่แยกราชอาณาจักรเรือนจำ ได้แก่ เสนอให้มีการประชุมร่วมคณะกรรมการราชทัณฑ์ปันสุขฯ ระดับพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหการดำเนินงาน, ส่งเสริมการจัดทำแผนฝึกอบรม อสรจ. อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี หรือตามเหมาะสม, เสนอปรับรูปแบบของการอบรมตามบริบท, ส่งเสริมการจัดทำแผนสนับสนุน อสรจ. ร่วมกิจกรรมตามบริบท, สนับสนุนการจัดกิจกรรมตามการร้องขอของเรือนจำ และร่วมนิเทศ ติดตาม กำกับการดำเนินงาน ต่อเนื่อง

#### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนา อสรจ. ของเรือนจำแต่ละแห่ง เพื่อให้สามารถพัฒนา อสรจ. ให้บรรลุเป้าหมาย ตามเกณฑ์ที่กำหนด

#### ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

กำกับแผนการดำเนินงานเครือข่ายในแต่ละพื้นที่ ในด้านการสนับสนุนการพัฒนา อสรจ. ที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้สามารถคงสภาพสัดส่วน อสรจ. และสร้างการมีส่วนร่วมจัดกิจกรรมของ อสรจ. ให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

## ๑.๒ การให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์)

### ๑) เป้าหมาย และผลงาน

การพัฒนาระบบบริการระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ กำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลแม่ข่าย จัดบริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) ในสถานพยาบาลเรือนจำ ครบตามเกณฑ์คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ร้อยละ ๖๐ (โดยนับรวมการให้บริการจากแพทย์ทุกสังกัด รวมถึงการบริการผ่าน Telemedicine)

ผลงานจากการนิเทศตรวจราชการในรอบที่ ๑ พบว่า ๑) การให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) โดยนับรวมการให้บริการจากแพทย์ทุกสังกัด รวมถึงการบริการผ่าน Telemedicine จำนวน ๑๒๓ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๓.๑๘ ๒) มีการเชื่อมต่อข้อมูลกับสถานพยาบาล เรือนจำ จำนวน ๑๒๔ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๓.๙๔ ๓) มีการรายงาน สจรจ. ๑๐๑ ทุกเดือน จำนวน ๘๗ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๖๕

### ๒) สรุปสถานการณ์

ในภาพรวมโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการจัดทำแผนปฏิบัติงานการให้บริการตรวจรักษาของแพทย์ และผู้ต้องขังได้รับบริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) ตามเล่มคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ครบตามเกณฑ์ โดยบางแห่งมีการปรับรูปแบบการให้บริการผ่าน Telemedicine รวมถึงบางแห่งได้รับการสนับสนุนการให้บริการตรวจรักษาจากแพทย์นอกสังกัด และส่วนใหญ่มีการเชื่อมต่อข้อมูลกับสถานพยาบาลเรือนจำ และโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการรายงาน สจรจ. ๑๐๑ ทุกเดือน ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- เจ้าหน้าที่/บุคลากรทางการแพทย์ในเรือนจำขาดแคลน
- เนื่องจากอยู่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทางเรือนจำ มีมาตรการการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ไม่ให้บุคคลภายนอกเข้าเรือนจำ การดำเนินงานจึงขาดความต่อเนื่องในการให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์)
- การจัดเก็บข้อมูลบริการสุขภาพของผู้ต้องขัง และการรายงานผลการดำเนินการขาดความต่อเนื่อง บางแห่งยังไม่ได้มีการเชื่อมโยงกัน เนื่องจากข้อจำกัดด้านความมั่นคงของเรือนจำเกี่ยวกับการติดตั้งอินเทอร์เน็ตภายในสถานพยาบาลเรือนจำ ทำให้บางแห่งยังไม่สามารถดำเนินการได้ และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลของกรมราชทัณฑ์มีไม่เพียงพอ

### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ปรับเปลี่ยนการบริการให้เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ลดการนำผู้ป่วยออกนอกเรือนจำโดยไม่จำเป็น เพิ่มการใช้ Telemedicine
- เสนอให้โรงพยาบาลแม่ข่ายมีระบบฐานข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เชื่อมโยงแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (รพ.แม่ข่าย) / สปสช./กรมราชทัณฑ์ เพื่อลดภาระการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ แต่ละหน่วยงานสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ร่วมกัน โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์เป็นหลัก โดยไม่เผยแพร่หรือการกระทำอันเป็นการละเมิดหรือกระทบต่อสิทธิของบุคคลตามวรรคหนึ่ง หรือการนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ประโยชน์ไม่ว่าในทางใดๆ จะกระทำมิได้ และกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน

### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ความร่วมมือในการดำเนินงานของทุกภาคส่วนและเครือข่ายในพื้นที่ร่วมกันขับเคลื่อนในรูปแบบของมีคณะกรรมการและคณะทำงาน และกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน
- มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จนสามารถวางแผนเพื่อการบรรลุเป้าหมายได้อย่างเป็นรูปธรรม

### ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลรวมถึงส่งเสริมให้มีการรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานที่สม่ำเสมอและบริการทางการแพทย์

## ตัวชี้วัด : ๒. การบริการสุขภาพช่องปาก

### ๑) เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพช่องปาก คือ ผู้ต้องขังได้รับการบริการสุขภาพช่องปากตามความเหมาะสม และบริบทของพื้นที่ โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ

๑.จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากอย่างน้อยร้อยละ ๖๐

๒.จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

small success สำหรับ ไตรมาส ๑ และ ๒ คือ

ไตรมาสที่ ๑

- ถ่ายทอดนโยบายและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย
- จัดทำแผนงานการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

ไตรมาสที่ ๒

- จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากอย่างน้อยร้อยละ ๓๐
- จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐

ของผู้มีปัญหาสุขภาพช่องปาก

ผลงานจากการนิเทศตรวจราชการในรอบที่ ๑ ในภาพรวม พบว่า ร้อยละ ๒๒.๙ ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก และร้อยละ ๖.๗ ผู้ต้องขังได้รับการรักษาทางทันตกรรม อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี

### ๒) สรุปสถานการณ์

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้เรือนจำได้ประกาศงดการเข้าออกของบุคคลภายนอกทุกกรณีทำให้เป็นข้อจำกัดหลักในการเข้าไปจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำแต่ยังคงมีบริการในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน แม้กระนั้นหลายพื้นที่ได้ปรับปรุงแบบบริการโดยมุ่งเน้นกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเรือนจำ เช่น ผู้ต้องขังได้รับการฝึกทักษะการตรวจฟันด้วยตนเอง ฝึกทักษะการแปรงฟัน พัฒนาศักยภาพพยาบาลในเรือนจำ และ อสรจ. ในการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง เป็นต้น รวมทั้งเกิดนวัตกรรมทันตกรรมบริการใหม่ เช่น ทันตกรรมทางไกล หรือ ระบบสนับสนุนบริการ เช่น ระบบข้อมูลเพื่อรองรับการจัดบริการเมื่อพร้อม

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ที่รุนแรงขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดบริการได้ตามแผน

- จำนวนผู้ต้องขังที่ต้องการรับบริการมีจำนวนมาก

### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- จัดกิจกรรม/โครงการ เพื่อสนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และการพัฒนาศักยภาพผู้ต้องขังเพื่อให้ดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้

- พัฒนาระบบ teledentistry ในเรือนจำเพื่อสนับสนุนการบริการในอนาคต

- พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้ต้องขังและการเชื่อมต่อของข้อมูลบริการระหว่างสถานพยาบาลเรือนจำกับระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุม

### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

การพัฒนาบริการสุขภาพช่องปากแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ ตามแนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมวิถีใหม่โดยมีการจัดการ

- ด้านบุคลากร (staff) คือการบริหารทีมทันตบุคลากรจัดบริการทันตกรรมแก่ผู้ต้องขัง หมุนเวียน ทันตบุคลากรจาก รพ.แม่ข่าย สสจ. หน่วยบริการภายในจังหวัด ทันตแพทย์จิตอาสา

- ด้านระบบ (system) คือ มีระบบการคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขัง มีการจัดลำดับ/การจัดการผู้ขอรับบริการทันตกรรมตามความจำเป็น/เร่งด่วน และจำนวนเหมาะสมตามประเภทบริการ และแนวทางปฏิบัติ มีการจัดบริการทันตกรรมป้องกันแก่ผู้ต้องขัง เพื่อป้องกันและลดการลุกลามของโรคฟันผุ

- ด้านโครงสร้าง (structure) คือการปรับปรุงห้อง และการระบายอากาศภายในคลินิกทันตกรรมในเรือนจำ

## ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

- ประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากมีโครงการราชทัณฑ์ฯ
- เชิญเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในเรือนจำ เข้าร่วมให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานในการนิเทศติดตามงาน
- การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานที่ตั้งไว้ เมื่อเรือนจำอนุญาตให้เข้าไปจัดบริการได้
- ควรเพิ่มการกำกับติดตามด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพราะเป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง

### ตัวชี้วัด : ๓. การบริการสุขภาพจิต

#### ๑) เป้าหมาย และผลงาน

กรมสุขภาพจิตในฐานะกรมวิชาการที่ดูแลรับผิดชอบ กำกับ ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของเรือนจำ ในด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำภายใต้โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ได้ดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา ในการดำเนินงานได้เหมาะสมกับสถานการณ์และสอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและมีสุขภาพจิตที่ดี โดยผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตแล้วพบว่า มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ ๑๐๐

#### ๒) สรุปสถานการณ์

๒.๑ ผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า ผู้ต้องขังได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตจำนวน ๑๑๘,๓๙๘ คน จากจำนวนผู้ต้องขังทั้งสิ้น ๒๖๔,๒๔๑ คน ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน ๔,๐๘๖ คน ได้รับการดูแลรักษา ๔,๐๘๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ปัจจุบันมีจำนวนผู้ต้องขังจิตเวชทั้งหมด ๕,๙๘๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๖ โดยได้รับการตรวจผ่านระบบ Telesychiatry จำนวน ๕,๕๑๒ ราย และมีจิตแพทย์หรือแพทย์เข้าตรวจภายในเรือนจำ หรือได้รับการตรวจที่โรงพยาบาล จำนวน ๙,๕๑๙ ราย (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕) ดังนี้

เขตสุขภาพที่	จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดในเรือนจำ ณ วันสุดท้ายของเดือนมีนาคม ๒๕๖๕ (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่ผ่านการคัดกรองและพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจผ่านระบบ Telesychiatry (ราย)	จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจโดยจิตแพทย์/แพทย์ (ราย)
๑	๒๒,๖๖๕	๗,๒๖๔	๒๕๘	๒๕๘ (๑๐๐%)	๖๖๓	๓๙๘	๗๐๕
๒	๑๕,๖๕๐	๕,๙๕๘	๑๖๓	๑๖๓ (๑๐๐%)	๓๘๓	๖๕	๔๓๑
๓	๘,๑๑๘	๖,๐๖๘	๘๒	๘๒ (๑๐๐%)	๔๐๓	๑๗๘	๔๔๓
๔	๔๘,๕๙๐	๑๘,๑๑๙	๗๖๖	๗๖๖ (๑๐๐%)	๗๑๐	๕๙๖	๑,๖๗๙
๕	๒๖,๔๔๙	๔,๘๖๘	๓๗	๓๗ (๑๐๐%)	๕๙๐	๘๔๔	๑,๐๘๕
๖	๒๘,๓๘๐	๑๒,๖๗๕	๗๘๒	๗๘๒ (๑๐๐%)	๕๔๓	๗๘	๘๕๓

เขตสุขภาพที่	จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดในเรือนจำ วันสุดท้ายของเดือนมีนาคม ๒๕๖๕ (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่ผ่านการคัดกรองและพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจผ่านระบบ Telesychiatry (ราย)	จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจโดยจิตแพทย์/แพทย์ (ราย)
๗	๑๓,๐๕๓	๕,๕๖๕	๑๐๗	๑๐๗ (๑๐๐%)	๓๓๐	๙๕๙	๘๑๙
๘	๑๗,๕๘๔	๙,๐๘๘	๒๓๓	๒๓๓ (๑๐๐%)	๕๓๒	๘๒๐	๘๕๑
๙	๒๒,๗๐๖	๑๐,๘๘๘	๑๖๘	๑๖๘ (๑๐๐%)	๓๙๕	๒๒๖	๔๒๔
๑๐	๑๒,๔๔๘	๑๐,๐๔๔	๔๕๕	๔๕๕ (๑๐๐%)	๓๙๒	๕๘๖	๕๙๔
๑๑	๒๒,๖๓๖	๑๔,๐๓๘	๒๐๒	๒๐๒ (๑๐๐%)	๕๐๙	๒๐๖	๘๑๔
๑๒	๒๒,๙๖๒	๑๓,๖๔๓	๗๙๕	๗๙๕ (๑๐๐%)	๔๙๔	๕๒๖	๘๑๘
๑๓	๓,๐๐๐	๑๘๐	๓๘	๓๘ (๑๐๐%)	๓๗	๓๐	๓
<b>รวม</b>	<b>๒๖๔,๒๔๑</b>	<b>๑๑๘,๓๙๘</b>	<b>๔,๐๘๖</b>	<b>๔,๐๘๖ (๑๐๐%)</b>	<b>๕,๙๘๑</b>	<b>๕,๕๑๒</b>	<b>๙,๕๑๙</b>

๒.๒ จากการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ ๑ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มีนาคม ๒๕๖๕) พบว่า เรือนจำมีการคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ต้องขังแรกรับรายใหม่- รายเก่าทุกราย โดยใช้แบบประเมิน PMHQ-Thai หากพบผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือพบภาวะอันตราย มีการส่งประเมินสุขภาพจิตสุขภาพจิตซ้ำ และส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษาทันที ในเรือนจำบางแห่งมีการตรวจรักษาสุขภาพจิตผู้ต้องขังทุกเดือน หรือ ๓ เดือน/ครั้ง โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับเรือนจำนำร่องมีการให้บริการตรวจรักษาและให้คำปรึกษาบำบัดรักษาแก่ผู้ต้องขังที่มีภาวะเครียด/ซึมเศร้ารวมถึงการเจ็บป่วยทางจิตเวชผ่านทางระบบ Telesychiatry เรือนจำบางแห่งอยู่ระหว่างการพัฒนา ระบบ Telesychiatry ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อลดการส่งต่อ

ผู้ป่วยนอกเรือนจำ ปัจจุบันมีเรือนจำที่มีระบบและให้การบำบัดรักษาผ่านระบบ Telesychiatry แล้ว จำนวน ๙๖ แห่ง จากเรือนจำทั้งหมด ๑๔๓ แห่งทั่วประเทศ ส่งผลให้ผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ภายในเรือนจำยังมีระบบเพื่อนช่วยเพื่อน จากอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) ให้การดูแลและช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น รวมทั้งมีระบบการส่งต่อติดตามการรักษาต่อเนื่องในพื้นที่เมื่อปล่อยตัว และการบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของกรมสุขภาพจิต

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- การส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชพันโทไซให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ยังไม่ครบทุกคน ส่งผลให้ผู้ต้องขังป่วยจิตเวชเมื่อพันโทไซอาจจะไม่ได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีอาการกำเริบ และก่อคดีซ้ำหรือก่อเหตุรุนแรงรวมทั้งการกลับไปใช้สารเสพติด

- ผู้ต้องขังป่วยจิตเวชมักจะได้รับการยาเดิม โดยไม่ได้รับการตรวจจากจิตแพทย์หรือแพทย์ทั่วไป เพื่อประเมินอาการหรือบริหารยาที่เหมาะสม

- ไม่มีจิตแพทย์ประจำในสถานพยาบาลเรือนจำและในโรงพยาบาลแม่ข่าย (ปัจจุบันมีจิตแพทย์ห้วงเวลาในโรงพยาบาลแม่ข่ายเท่านั้น)

- ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ส่งผลให้เรือนจำบางแห่งไม่สามารถคัดกรองสุขภาพจิตผู้ต้องขังรายเก่าได้ครบทุกคน แต่ดำเนินการโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ทำหน้าที่สังเกตอาการผู้ต้องขังรายเก่า หากพบปัญหาสุขภาพจิตจะรายงานพยาบาลเรือนจำ เพื่อส่งต่อระบบการดูแลรักษาต่อไป

#### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- เกิดการพัฒนาารูปแบบ Telepsychiatry / Teleconference/ปรึกษาทางโทรศัพท์ อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการบริการสุขภาพจิต

- ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) มีการใช้วิธีการ Remed ยาเดิม ในกลุ่มผู้ต้องขังป่วยที่มีอาการคงเดิม โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านและแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาสั่งยา และทำการส่งต่อยาไปให้ผู้ต้องขังป่วยในเรือนจำ แต่ในกรณีที่ผู้ต้องขังป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ไม่คงที่ จะใช้วิธีการส่งข้อมูลอาการผู้ป่วยทางไลน์ และโทรศัพท์ รวมถึงการเจาะเลือด เพื่อดูอาการของโรคต่างๆ และพิจารณาสั่งยาตามผลเลือด เป็นระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำวิถีใหม่ (New Normal Medical Service)

- พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยในเรือนจำอาจใช้ระบบเดียวกับ รพ.สต. ได้แก่โปรแกรม JHCIS เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

- เห็นควรผลักดันให้มีการบันทึกข้อมูลลงบนฐานข้อมูลนิติจิตเวชอย่างเป็นระบบเพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ต้องขังจิตเวชในการเข้าถึงบริการและได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง

#### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการและความร่วมมือ ทั้งโรงพยาบาลในพื้นที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่

- ความเข้มแข็งของเรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายทำให้มีการจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ระบบกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการฯ ของกระทรวงสาธารณสุข

#### ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- ติดตามแผนการดำเนินงานการจัดบริการบำบัดรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry ในเรือนจำ

- ติดตามการบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชลงบนฐานข้อมูลนิติจิตเวชของกรมสุขภาพจิต

#### ตัวชี้วัด : ๔. การป้องกันและควบคุมโรค

##### ๔.๑ การดำเนินการคัดกรองค้นหาวัณโรค

##### ๑) เป้าหมาย และผลงาน

**เป้าหมาย :** การคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังแรกรับและผลการดำเนินงานร้อยละ ๑๐๐

**ผลงาน :** ผลการดำเนินงานคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังแรกรับ ร้อยละ ๙๙.๒๕ โดยจำนวนผู้ต้องขังแรกรับทั้งหมด ๙๒,๗๗๗ ราย ได้รับการคัดกรองอาการ ๙๒,๐๗๘ ราย ซึ่งผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) จำนวน ๘๗,๒๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๔ (๘๗,๒๑๖/๙๒,๗๗๗ ราย)

**เป้าหมาย :** การดำเนินงานการคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังรายเก่า ปีละ ๑ ครั้ง อย่างน้อย ร้อยละ ๙๐

**ผลงาน :** ผลการดำเนินงานการคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังรายเก่า ร้อยละ ๔๘.๓๙

โดยจำนวนผู้ต้องขังแรกรับทั้งหมด ๑๔๐,๙๒๔ ราย ได้รับการคัดกรองอาการ ๖๘,๑๙๑ ราย ซึ่งผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) จำนวน ๔๓,๑๑๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๕๙ (๔๓,๑๑๑/๑๔๐,๙๒๔ ราย)

##### ๒) สรุปสถานการณ์

สถานการณ์วัณโรคในเรือนจำที่ผ่านมา จากข้อมูลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในเรือนจำ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐, พ.ศ. ๒๕๖๑ และ พ.ศ. ๒๕๖๒ พบผู้ต้องขังป่วยวัณโรคจำนวน ๓,๐๑๔ คน, ๔,๐๐๐ คน และ ๔,๐๑๘ คน คิดเป็น ๘๒๒.๗๐, ๑,๒๕๗.๗๘ และ ๑,๒๖๙.๕๑ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๓)

เนื่องจากได้มีการส่งเสริมการดำเนินงานผ่านนโยบายการเร่งรัดค้นหาวัดโรคในเรือนจำ จึงทำให้พบผู้ป่วยวัณโรค เข้าสู่ระบบรายงานเพิ่มมากขึ้น และในเรือนจำยังมีผลการรักษาสำเร็จประมาณร้อยละ ๙๐

การค้นหาวัดโรคเชิงรุกในเรือนจำ โดยการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ด้วยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบภาพดิจิทัล (Mobile x-ray) พระราชทาน ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ ในผู้ต้องขังเข้าใหม่ทุกราย (ในระยะเวลา 1 เดือน) และผู้ต้องขังรายเก่าในเรือนจำ และการตรวจทางอณูวิทยา ช่วยให้พบผู้ป่วยวัณโรคได้เร็วขึ้น ทำให้ผู้ต้องขังมีสิทธิและความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ลดข้อจำกัดในการตรวจวินิจฉัย และเข้าสู่ระบบการรักษาวัณโรคที่เร็วขึ้น อันเป็นการตัดวงจรการแพร่เชื้อวัณโรคและลดความเหลื่อมล้ำของสังคม สร้างโอกาสความเสมอภาคและความเท่าเทียมตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- ข้อมูลจำนวนผู้ต้องขังแรกรับ และผู้ต้องขังเก่า
- สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการจำกัดการเข้าออกเรือนจำ ทำให้การดำเนินงานด้วยการเอกซเรย์ปอดไม่สามารถดำเนินการได้
- ข้อจำกัดด้านอัตราการกำลงบุงการในการคัดกรอง และการวางแผนการใช้รถเอกซเรย์ และข้อจำกัดด้านบริบทของเรือนจำในพื้นที่

### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- การติดตามและการนำเข้าสู่ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงาน ควรมีการนำเข้าจากแหล่งข้อมูลเดียว และสามารถตรวจสอบได้และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้
- การจัดทำแผนการคัดกรองวัณโรคให้ครอบคลุมและจัดระบบการวินิจฉัยรักษาให้เร็วขึ้น
- การดำเนินการสอบสวนโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมห้อง เมื่อตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ
- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ และอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ เพื่อมีส่วนร่วมและช่วยในการคัดกรองอาการ ทั้งในกลุ่มผู้ต้องขังทั้งหมด (แรกรับ/รายเก่า) และมีการคัดกรองบนเรือนนอน

### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เป็นโครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ และเป็นนโยบายที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ จึงทำให้ได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงานเป็นอย่างดี และโครงการดังกล่าวถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดค้ำประกันทำให้มีโอกาสเกิดความสำเร็จของผลการดำเนินงาน และเกิดผลประโยชน์สูง

### ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- การติดตามผลการรักษาผู้ต้องขังป่วยวัณโรค
- จัดทำแผนการดำเนินงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขตสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- สนับสนุนวิชาการ สิ่งอำนวยความสะดวก เอกสารในการคัดกรองวัณโรค และนิเทศ กำกับติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่

#### ๔.๒ การดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ

### ๑) เป้าหมาย และผลงาน

- ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองเอชไอวี ร้อยละ ๕๐
- ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองซิฟิลิส ร้อยละ ๕๐
- ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ๕๐

ผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑ - ๒)

- จำนวนผู้ต้องขังแรกรับทั้งหมด ๑๒๕ เรือนจำ ปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑ - ๒) มีจำนวนทั้งสิ้น ๔๖,๖๐๒ ราย
- ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองเอชไอวี ร้อยละ ๖๔.๔๒  
โดยดำเนินการคัดกรองในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับจำนวน ๓๐,๐๒๓ ราย
  - ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองซิฟิลิส ร้อยละ ๕๔.๗๒  
โดยดำเนินการคัดกรองในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับจำนวน ๒๕,๕๐๐ ราย
  - ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ๕๒  
โดยดำเนินการคัดกรองในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับจำนวน ๒๔,๐๐๒ ราย

## ๒) สรุปสถานการณ์

สถานการณ์โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเรือนจำที่ผ่านมา จากข้อมูลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเรือนจำ ปีพ.ศ. ๒๕๖๔ มีการดำเนินการคัดกรองในเรือนจำทั้งหมดจำนวน ๖๙ เรือนจำ โดยคัดกรองเอชไอวี, ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มผู้ต้องขัง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๑๘, ๗๑.๔๕ และ ๖๘.๙๘ ตามลำดับ เนื่องจากได้มีการส่งเสริมนโยบายในการส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคให้แก่กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ ด้วยชุดตรวจเลือด (Blood Test) และชุดตรวจเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจสารน้ำในช่องปาก: Oral Fluid Test (OFT) ส่งผลให้มีการนำกลุ่มผู้ต้องขังที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติในส่วนของเอชไอวีและซิฟิลิสเข้าสู่การรักษาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อภายในเรือนจำเป็นการสร้างโอกาสและความเสมอภาคให้กับกลุ่มผู้ต้องขังให้มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกันกับกลุ่มประชากรทั่วไปตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

## ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- การตรวจคัดกรองเอชไอวี ไม่สามารถดำเนินการคัดกรองได้ทันทีเช่นเดียวกับโรคอื่นๆ เนื่องจากต้องได้รับการยินยอมจากผู้ต้องขังจึงจะสามารถดำเนินการเจาะเลือดตรวจคัดกรองได้
- มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทำให้ไม่สามารถดำเนินการคัดกรองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในบางพื้นที่
- เรือนจำไม่สามารถ ดำเนินการคัดกรองซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีได้ เนื่องจากการจัดส่งชุดตรวจ สนับสนุนจากกองโรคเอดส์ฯ มีความล่าช้า และการตรวจคัดกรองฯ ผู้ต้องขัง ทั่วไปยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ
- บุคลากรภายในเรือนจำมีไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน เนื่องจากต้องรับภาระงานที่มากและจำนวนผู้ต้องขังที่เพิ่มขึ้นในแต่ละวัน

## ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ควรมีการวางแผนการดำเนินงานคัดกรองเอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขังรายเก่าที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย เนื่องจากผู้ต้องขังมีสิทธิในการตรวจคัดกรองเอชไอวีฟรี ปีละ ๒ ครั้ง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยง ให้ได้รับทราบสถานะผลเลือดของตนเอง และผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ เอชไอวีได้รับการส่งต่อเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาตามมาตรฐานต่อไป
- เพิ่มความเข้มข้นของการให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษา เพื่อการตัดสินใจในการเข้า รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังรายใหม่มากยิ่งขึ้น และควรมีการจัดบริการส่งตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีฯ แบบช่องทางพิเศษกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้ผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงสามารถเข้า รับบริการได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น
- ผลักดันนโยบายคัดกรองซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ต้องขังทั่วไป เนื่องจากผู้ต้องขังที่ไม่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด โรงพยาบาลแม่ข่ายจะต้อง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการคัดกรองซิฟิลิสในกลุ่มที่อยู่

นอกเหนือจากข้อกำหนดดังกล่าว ดังนั้นหากพบผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ตั้งแต่กระบวนการตรวจคัดกรองไปจนถึงกระบวนการรักษาเสร็จสิ้น

#### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เป็นโครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ และเป็นนโยบายที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ จึงทำให้ได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงานเป็นอย่างดี และโครงการดังกล่าวถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดค้ำประกันทำให้มีโอกาสเกิดความสำเร็จของผลการดำเนินงาน และเกิดผลประโยชน์สูงสุด

#### ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

การติดตามผู้ต้องขังที่ผลการตรวจคัดกรอง เอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบีเป็นบวก ให้ได้รับการรักษา

##### ๔.๓ การดำเนินเรือนจำสีขาวปลอดโรค

เรือนจำมีผู้ต้องขังเข้าใหม่ เข้าออกแต่ละวันเป็นประจำ จึงมีโอกาสมักจะมีคนนำเชื้อ เข้าไปแพร่ในเรือนจำ หรือนำเชื้อจากเรือนจำมาแพร่ข้างนอกดังเช่นที่เกิดขึ้นในหลาย เรือนจำที่ผ่านมา ดังนั้น เรือนจำทุกแห่งจึงต้องมีการจัดทำแผนการดำเนินการ เรือนจำสีขาวปลอดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) โดยมีการคัดกรองผู้ต้องขัง และผู้คุมที่จะเข้าออกเรือนจำ และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับกลุ่มดังกล่าว

#### ๑) เป้าหมาย และผลงาน

- มีการจัดประชุมจัดทำแผนการดำเนินการเรือนจำสีขาวปลอดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
- มีรายงานการประชุมและผลการดำเนินงานคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
- มีรายงานการประชุมและผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

#### ๒) สรุปสถานการณ์ -

#### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน -

#### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้สามารถดำเนินการได้ตามแนวทาง และมาตรฐานที่กำหนด

#### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

#### ๔.๔ การบูรณาการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙), ไข้หวัดใหญ่, หัด)

การป้องกันควบคุมโรคในเรือนจำตามมาตรฐานเรือนจำสีขาว และความครอบคลุมการได้รับวัคซีน

#### ๑) เป้าหมาย และผลงาน

- การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ตามมาตรการ
- วัคซีนไข้หวัดใหญ่หรือการจัดสรรวัคซีน

#### ๒) สรุปสถานการณ์

วัคซีนไข้หวัดใหญ่และวัคซีนหัดในเรือนจำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ บางแห่งยังไม่ได้รับการสนับสนุน

#### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- เรือนจำมีผู้ต้องขังเข้าใหม่เข้าออกแต่ละวันเป็นประจำจึงมีโอกาสมักจะมีคนนำเชื้อเข้าไปแพร่ในเรือนจำหรือนำเชื้อจากเรือนจำมาแพร่ข้างนอกดังเช่นที่เกิดขึ้นในหลายเรือนจำที่ผ่านมา ดังนั้น เรือนจำทุกแห่งจึงต้องมีการจัดทำแผนการดำเนินการ เรือนจำสีขาวปลอดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) โดยมีการคัดกรองผู้ต้องขังและผู้คุมที่จะเข้าออกเรือนจำ และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับกลุ่มดังกล่าว

- ความครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคหัด และความครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่กลุ่มเป้าหมายผู้ต้องขัง และกลุ่มเจ้าหน้าที่ ในเรือนจำบางจังหวัดยังไม่ได้ตามเป้าหมายเนื่องจากในปี ๒๕๖๔ เกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ภายในเรือนจำ จึงทำให้แผนการดำเนินงานที่วางไว้ ไม่สามารถดำเนินการได้ รวมทั้งการประสานงานระหว่างเรือนจำโรงพยาบาลคู่สัญญาและ สสจ. ขาดความต่อเนื่องจึงทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนและเกิดความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานที่คาดเคลื่อน

- พบผู้ต้องขังติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) รายใหม่ ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อในแดนแรก

#### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- การปรับแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมสอดคล้องตามสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) (เนื่องจากบางเรือนจำมีปัญหา เรื่องห้องกักแยกและบุคลากรที่ไม่เพียงพอ)

- กำกับติดตามสนับสนุนให้เรือนจำสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย แนวทางและมาตรฐานที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่อง

- ให้คำปรึกษา หน่วยงานและเครือข่ายเพื่อให้การดำเนินการได้ตามแนวทาง และมาตรฐานที่กำหนด

- ประสานติดตามแผน การดำเนินงานของจังหวัดร่วมกับทางโรงพยาบาลเครือข่ายเรือนจำ ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

#### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

#### ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์  
 หัวข้อ โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์  
 รอบที่ ๑/๒๕๖๕

หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กองบริหารการสาธารณสุข, กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมควบคุมโรค, กรมการแพทย์, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมสุขภาพจิต, กรมอนามัย  
 วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

๑. เรือนจำทัณฑสถาน สถานกักขังทั้งหมดในประเทศไทยมีจำนวน ๑๔๓ แห่ง โดยแบ่งเป็น ๑๓๒ แห่ง อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.แม่ข่าย ในสังกัด สธ. จำนวน ๑๐๙ แห่ง และ อีกจำนวน ๑๑ แห่ง อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.แม่ข่ายนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ๓ แห่ง คือ ๑. ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ๒. รพ.เดอะโกลเดนเกต ๓. สถานพยาบาลเรือนจำกลางบางขวาง

๒. เรือนจำกลุ่มเป้าหมาย ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ แบ่งเป็น ๒ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ จำนวน ๒๕ เรือนจำ/ทัณฑสถาน ระยะที่ ๒ จำนวน ๑๙ เรือนจำ/ทัณฑสถาน

๑. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

๑.๑ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

ผลการพัฒนา อสรจ. แยกตามจำนวนเรือนจำ รายเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

ลำดับ	เขตสุขภาพ	เรือนจำเป้าหมาย (แห่ง)	สรุปตัวชี้วัดรวม (ผ่านทั้ง ๓ ตัว)				๑) สักส่วน อสรจ. ๑ : ๕๐				๒) แผนอบรม อสรจ.				๓) แผนสนับสนุน อสรจ.			
			ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ	สรุป		ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ	สรุป		ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ	สรุป	
									ผ่าน	ไม่ผ่าน			ผ่าน	ไม่ผ่าน			ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑	๑	๑๓	๑๑	๘๔.๖๒		/	๑๑	๘๔.๖๒		/	๑๓	๑๐๐.๐๐	/		๑๓	๑๐๐.๐๐	/	
๒	๒	๑๐	๘	๘๐.๐๐		/	๑๐	๑๐๐.๐๐	/		๑๐	๑๐๐.๐๐	/		๘	๘๐.๐๐		/
๓	๓	๖	๖	๑๐๐.๐๐	/		๖	๑๐๐.๐๐	/		๖	๑๐๐.๐๐	/		๖	๑๐๐.๐๐	/	
๔	๔	๑๕	๑๔	๙๓.๓๓		/	๑๔	๙๓.๓๓		/	๑๕	๑๐๐.๐๐	/		๑๕	๑๐๐.๐๐	/	
๕	๕	๑๐	๘	๘๐.๐๐		/	๘	๘๐.๐๐		/	๑๐	๑๐๐.๐๐	/		๑๐	๑๐๐.๐๐	/	
๖	๖	๑๔	๑๔	๑๐๐.๐๐	/		๑๔	๑๐๐.๐๐	/		๑๔	๑๐๐.๐๐	/		๑๔	๑๐๐.๐๐	/	
๗	๗	๖	๖	๑๐๐.๐๐	/		๖	๑๐๐.๐๐	/		๖	๑๐๐.๐๐	/		๖	๑๐๐.๐๐	/	
๘	๘	๘	๗	๘๗.๕๐		/	๗	๘๗.๕๐		/	๘	๑๐๐.๐๐	/		๘	๑๐๐.๐๐	/	
๙	๙	๑๑	๑๑	๑๐๐.๐๐	/		๑๑	๑๐๐.๐๐	/		๑๑	๑๐๐.๐๐	/		๑๑	๑๐๐.๐๐	/	
๑๐	๑๐	๖	๕	๘๓.๓๓		/	๕	๘๓.๓๓		/	๖	๑๐๐.๐๐	/		๖	๑๐๐.๐๐	/	
๑๑	๑๑	๑๔	๑๓	๙๒.๘๖		/	๑๓	๙๒.๘๖		/	๑๔	๑๐๐.๐๐	/		๑๔	๑๐๐.๐๐	/	
๑๒	๑๒	๑๓	๑๓	๑๐๐.๐๐	/		๑๓	๑๐๐.๐๐	/		๑๓	๑๐๐.๐๐	/		๑๓	๑๐๐.๐๐	/	
รวม		๑๒๖	๑๑๖	๙๒.๐๖	๕	๗	๑๑๘	๙๓.๖๕	๖	๖	๑๒๖	๑๐๐.๐๐	๑๒	๐	๑๒๔	๙๘.๔๑	๑๑	๑

## การวิเคราะห์สถานการณ์ แยกรายตัวชี้วัด การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๑. จำนวนการพันโทษ อสรจ. สูง เนื่องจากเป็นผู้ต้องขังชั้นดี สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในเรือนจำเป็นเหตุให้มีการจำกัดกิจกรรม (๘ แห่ง)</p> <p>- อยู่ระหว่างดำเนินการ (๒ แห่ง)</p> <p>๒. จำนวนการพันโทษ อสรจ. สูง เนื่องจากเป็นผู้ต้องขังชั้นดี สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในเรือนจำเป็นเหตุให้มีการจำกัดกิจกรรม (๘ แห่ง)</p> <p>- อยู่ระหว่างดำเนินการ (๒ แห่ง)</p>	<p><u>เครือข่ายแยกกรวยเรือนจำ</u></p> <p>- เสนอ กก.ราชทัณฑ์ฯ ระดับพื้นที่</p> <p>- เสนอปรับปรุงแบบของการอบรมตามบริบท</p> <p>- สนับสนุนการจัดกิจกรรมตามการร้องขอ</p> <p>- ส่งเสริมการจัดทำแผนสนับสนุน อสรจ. ร่วมกิจกรรมตามบริบท</p>	<p><u>เรือนจำเป้าหมาย ๑๒๖ แห่ง</u></p> <p>(เรือนจำ ๑๐๖ แห่ง/ทัณฑสถาน ๑๕ แห่ง/ทัณฑสถานเปิด ๕ แห่ง (ไม่นับรวมสถานกักขังและสถานกักกัน ๖ แห่ง)</p> <p>การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (ผ่านเกณฑ์ครบ ๓ ตัว)</p> <p>- ตามเกณฑ์ ๑๑๖ แห่ง (ร้อยละ ๙๒.๐๖)</p> <p>- ไม่ครบตามเกณฑ์ ๑๐ แห่ง (ร้อยละ ๗.๙๔)</p> <p>๑) สัดส่วนตัว อสรจ.</p> <p>- ตามเกณฑ์ (๑ : ๕๐) ๑๑๘ แห่ง (ร้อยละ ๙๓.๖๕)</p> <p>- ไม่ครบตามเกณฑ์ ๘ แห่ง (ร้อยละ ๖.๓๕)</p> <p>๒) มีแผนอบรม อสรจ.</p> <p>- ตามเกณฑ์ ๑๒๖ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐.๐๐)</p> <p>- ไม่ครบตามเกณฑ์ ๐ แห่ง (ร้อยละ ๐.๐๐)</p> <p>๓) มีแผนสนับสนุน อสรจ. ร่วมจัดบริการ</p> <p>- ตามเกณฑ์ ๑๒๔ แห่ง (ร้อยละ ๙๘.๔๑)</p> <p>- ไม่ครบตามเกณฑ์ ๒ แห่ง (ร้อยละ ๑.๕๙)</p>

### นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- นโยบายราชทัณฑ์ อาทิ เรือนจำสีขาว, ศูนย์พักคอย/ศูนย์กักโรค/รพ.สนาม, องค์กรแห่งความสุข
- ระบบสนับสนุน กสธ. อาทิ ระบบ Telemedicine, ระบบการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
- ความร่วมมือกับเครือข่าย อาทิ การจัดทำ MOU, ความร่วมมือ อปท.ในพื้นที่
- การพัฒนาของเรือนจำ อาทิ การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙), ปรับรูปแบบการอบรมตามสถานการณ์, ดูแลสุขภาพเบื้องต้น/ปฐมพยาบาล, กิจกรรมเสริมหลักสูตร, อสรจ. เชี่ยวชาญ, แคนนำ อสรจ.

### ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่ ร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานกรมวิชาการ นิเทศ ติดตาม กำกับการดำเนินงานเรือนจำ

สำหรับส่วนกลาง ร่วมให้คำปรึกษาหน่วยงานเครือข่ายกรมวิชาการในพื้นที่ดำเนินการตามแผน

#### ๑.๒ การให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
บุคลากรทางการแพทย์ ในเรือนจำขาดแคลน และสถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - ๑๙)	- โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดทำแผนปฏิบัติงาน การให้บริการตรวจรักษาของแพทย์ตามเกณฑ์ คู่มือฯ และปรับรูปแบบการให้บริการ ผ่านระบบ Telemedicine และมีแผนการเชื่อมต่อข้อมูล กับสถานพยาบาลเรือนจำ  - กำหนดผู้รับผิดชอบและส่งเสริมให้มีการ รายงาน สจรจ.๑๐๑	- ผู้ต้องขังได้รับการบริการตรวจรักษา ตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) ตามเล่ม คู่มือฯ นับรวม การให้บริการจากแพทย์ ทุกสังกัด รวมถึงการบริการผ่านทาง Telemedicine ตามเกณฑ์ จำนวน ๑๒๓ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๓.๑๘  - มีการเชื่อมต่อข้อมูลกับสถานพยาบาล เรือนจำ จำนวน ๑๒๔ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๓.๙๔  - มีการรายงาน สจรจ. ทุกเดือน จำนวน ๘๗ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๖๕

### นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- การจัดแพทย์ให้บริการทั้งในและนอกเวลาในเรือนจำ ๑๒ ชั่วโมง/สัปดาห์ ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานและมีการประสานงานแบบไร้รอยต่อระหว่างเรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่าย
- สามารถจัดหางบประมาณในการจ้างแพทย์ห้วงเวลาปฏิบัติงานบริการตรวจโรคทั่วไปสัปดาห์ละ ๒ วัน
- มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ HOSXP มาใช้ในเรือนจำ เพื่อประสานงานในด้านการรักษาให้แพทย์ เจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำ และเครือข่ายบริการสุขภาพ
- มีการจัดการฐานข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลเรือนจำเป็นแบบอย่างที่ดี

### ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

#### สำหรับพื้นที่

- การปรับระบบการบันทึกการรักษาระหว่าง รพ.แม่ข่ายและ เรือนจำให้เป็นระบบเดียวกัน one stop service/ real time ในวันที่แพทย์ตรวจหรือให้การรักษา
- การพัฒนาระบบการตรวจรักษาด้วยระบบ Telemedicine ผู้ต้องขังในเรือนจำ
- โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุนการดำเนินการบันทึกข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลเรือนจำและพัฒนาระบบการบันทึกจัดเก็บข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ครบคลุม

### สำหรับส่วนกลาง

- ประสานงาน ให้คำปรึกษาหน่วยงานและเครือข่ายเพื่อให้การดำเนินการตามแผน

### ๓. การบริการสุขภาพช่องปาก

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ต้องขังจำนวนมากที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากที่ต้องได้รับการรักษา</li> <li>- รพ.แม่ข่ายไม่สามารถจัดแผนการให้บริการแก่ผู้ต้องขังได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการรักษา</li> <li>- ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เรือนจำงดการเข้า - ออก ทำให้เป็นข้อจำกัด ด้านการจัดบริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.แม่ข่ายมีแผนการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามความพร้อมของ รพ. และบริบทของพื้นที่ในด้านต่างๆ เช่น               <ul style="list-style-type: none"> <li>- กิจกรรมจัดทันตกรรมบริการ</li> <li>- กิจกรรมอบรม อสรจ. ด้านสุขภาพช่องปาก</li> <li>- กิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเรือนจำ</li> <li>- แผนปรับปรุงระบบระบายอากาศในคลินิกทันตกรรมในเรือนจำ</li> <li>- ประสานหาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายร่วมจัดบริการ</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ. แม่ข่ายทุกแห่งมีแผนการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำที่รับผิดชอบ</li> <li>ผลการดำเนินงาน               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ ๒๒.๙ ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก</li> <li>- ร้อยละ ๖๗ ผู้ต้องขังได้รับการรักษาทางทันตกรรม อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี</li> </ul> </li> </ul>

### นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- อสรจ. มีบทบาทโดดเด่นในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) และเรือนจำปิดดำเนินการเข้ามาเป็นผู้ช่วยในการคัดกรองสุขภาพช่องปาก และผู้นำสุขภาพ
- หลายพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการในรูปแบบจังหวัด/ รูปแบบ Node เพื่อลดภาระ รพ. แม่ข่าย
- โรงพยาบาลแม่ข่ายหลายแห่งเริ่มพัฒนาระบบ Teledent เพื่อการคัดกรองสุขภาพช่อง
- พัฒนา อสรจ. ให้เป็นผู้ลงข้อมูลการรักษาทางทันตกรรมในเรือนจำ

### ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

#### สำหรับพื้นที่

- ควรเพิ่มสัดส่วนการบริการด้านการส่งเสริมป้องกันโรคในเรือนจำ

#### สำหรับส่วนกลาง

- ร่วมให้คำปรึกษาหน่วยงานเครือข่ายกรมวิชาการในพื้นที่ดำเนินการตามแผน
- ร่วมพัฒนานโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีในเรือนจำ
- กำกับ ติดตาม ช่วยเหลือ ประสานงานพื้นที่และภาคีเครือข่ายเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย

## ๓ การบริการสุขภาพจิต

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำมีจำนวนน้อย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลและหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต / โรงพยาบาลแม่ข่ายประเมินคัดกรองสุขภาพจิตและให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ตามคู่มือแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ</li> <li>- การให้บริการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ผู้ต้องขังแรกรับรายใหม่ - รายเก่า</li> <li>- การดูแลบำบัดรักษาผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต</li> </ul>	<p>ผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า ผู้ต้องขังได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตจำนวน ๑๑๘,๓๔๘ คน จากจำนวนผู้ต้องขังทั้งสิ้น ๒๖๔,๒๔๑ คน ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน ๔,๐๘๖ คน ได้รับการดูแลรักษา ๔,๐๘๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ปัจจุบันมีจำนวนผู้ต้องขังจิตเวชทั้งหมด ๕,๙๘๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๖ โดยได้รับการตรวจผ่านระบบ Telepsychiatry จำนวน ๕,๕๑๒ ราย และมีจิตแพทย์หรือแพทย์เข้าตรวจภายในเรือนจำ หรือได้รับการตรวจที่โรงพยาบาล จำนวน ๙,๕๑๙ ราย (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)</p>

## นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- มีการจัดทำแผนเผชิญเหตุการณเกิดการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) และนำไปใช้ในสถานการณ์จริง และมีการประชุมหารือร่วมกับ สสจ. และ รพ.แม่ข่าย เพื่อปรับแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน
- มีการใช้ระบบ Telemedicine ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในเรือนจำ
- เรือนจำบางแห่ง ได้จัดแพทย์เฉพาะทางหมุนเวียนเข้าไปตรวจรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยทางเรือนจำจะคัดเลือกผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยโรคที่เหมาะสมกับแพทย์เฉพาะทางที่เข้าไปตรวจรักษา ทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการที่ดีของผู้ต้องขัง
- โรงพยาบาลแม่ข่าย พัฒนาระบบติดตามและส่งต่อผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางจิตเวชที่พ้นโทษ ให้แก่สถานบริการสาธารณสุขในภูมิภาคของผู้อยู่ต้องขังเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษที่ต้องรับการดูแลรักษาต่อเนื่องให้พื้นที่ที่ผู้ต้องขังไปอาศัย
- มีระบบการให้บริการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชและสุขภาพจิต โดยจิตแพทย์ ผ่านระบบ Telepsychiatry เป็นประจำทุกเดือน
- มีการส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชพ้นโทษ (ทุกคน) ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่งผลให้ผู้ต้องขังป่วยจิตเวชเมื่อพ้นโทษได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบ และก่อคดีซ้ำ
- มีการประเมินคัดกรองสุขภาพจิตผู้ต้องขังรายเก่าครบทุกคน (๑๐๐%) และมีการบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของกรมสุขภาพจิตครบทุกคน (๑๐๐%)
- To Be number one มีการอบรมโคกหนองนาโมเดลกิจกรรมเกษตรทฤษฎีใหม่ให้กับผู้ต้องขังในเรือนจำที่มีกำหนดพ้นโทษให้นำไปประกอบอาชีพได้
- มีการจัดทำผังไหลในการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษในเรือนจำร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และ สสจ.
- กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและต่อยอดกิจกรรม ที่สอดคล้องกับ TO BE NUMBER ONE เช่น กลุ่มโยคะ กิจกรรมเข้าจังหวะ

## ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

### สำหรับพื้นที่

- กำกับติดตามสนับสนุนให้เรือนจำสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย แนวทางและมาตรฐานที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่อง
- การปรับแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมสอดคล้องตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) (ขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเรือนจำ, ความแออัดและสภาพแวดล้อมของเรือนจำ ทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้ง่าย, ทรัพยากรที่นำมาใช้ในงานด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙))
- การพัฒนาระบบเชื่อมต่อ (ส่งต่อ) ข้อมูลสุขภาพ ทั้งกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและตรวจรักษาระหว่างสถานพยาบาลในเรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายให้เป็นรูปธรรม เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลและประโยชน์ ในการรับค่าตอบแทนตามสิทธิประโยชน์ เช่น fee schedule
- พัฒนาระบบ Telemedicine เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ตามเกณฑ์ และลดจำนวนผู้ต้องขังที่ป่วยต้องพบแพทย์ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล
- พัฒนา อสรจ. เพิ่มศักยภาพตามบริบทของพื้นที่ และจัดอบรมเร็วขึ้น
- ผู้ป่วยได้พบจิตแพทย์ทุกคนทาง Telepsychiatry และพัฒนาระบบ Telepsychiatry ให้เสถียร
- สนับสนุนจิตแพทย์และทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดร่วมมือให้บริการสุขภาพจิตในเรือนจำหรือตรวจผ่านระบบ Telepsychiatry เป็นประจำทุกเดือน (รายงานระดับเขต ๕)
- สนับสนุน/พัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการให้ครอบคลุมบุคลากรทางการแพทย์ในเรือนจำและอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ด้านสุขภาพจิตเป็นประจำทุกปี
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรกระตุ้นให้โรงพยาบาลแม่ข่าย ที่มีจิตแพทย์หรือแพทย์ทั่วไป บริการตรวจผู้ต้องขังป่วยจิตเวชหรือตรวจทางไกล (Telepsychiatry)
- ในกรณีที่มีปัญหาการติดตามผู้ต้องขังจิตเวชพื้นที่ พิเศษ ควรมีการประสานงาน ทั้งจากเรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายจิตเวช เพื่อวางแผนติดตาม หลังพื้นที่

### สำหรับส่วนกลาง

- สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรและให้คำปรึกษาหน่วยงานและเครือข่ายให้สามารถดำเนินการได้ตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนด
- ติดตามการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลตามระบบเฝ้าระวัง
- สนับสนุนเครื่องคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์ในการบริการตรวจผ่านระบบ Telepsychiatry
- จัดทำและแจกจ่ายสื่อ/ชุดความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช (ฉบับปรับปรุง)
- บูรณาการการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อนผู้ต้องขังป่วยจิตเวชพื้นที่ พิเศษ รวมทั้งส่งต่อข้อมูล เพื่อติดตามดูแลเมื่อผู้ต้องขังป่วยจิตเวชพื้นที่ พิเศษ
- พัฒนาหลักสูตร การดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชให้ครอบคลุมในทุกเรือนจำ
- ติดตามการจัดการข้อมูลการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำและฐานข้อมูลนิติจิตเวชและระบบยาจิตเวช

## ๔. การป้องกันและควบคุมโรค

## ๔.๑ การคัดกรองค้นหาวัณโรค

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>- สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) มีการจำกัดการเข้าออกเรือนจำ ทำให้การดำเนินงานด้วยการเอกซเรย์ปอดไม่สามารถดำเนินการได้</p> <p>- การคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังแรกรับ ยังดำเนินการไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ป้องกันการนำโรคติดต่อเข้าในเรือนจำ จากข้อจำกัดบางประการทำให้ต้องให้ผู้ต้องขังรายใหม่เข้าแดนปกติแล้วจึงได้รับการตรวจคัดกรองภายหลัง</p> <p>- การอ่านผล X-ray ที่มีมาก และโรงพยาบาลแม่ข่ายมีรังสีแพทย์หรือแพทย์</p>	<p>- มีการประชุมวางแผนกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เขตสุขภาพ ในการนำผู้ต้องขังที่มีอาการเข้าได้กับวัณโรค ออกไปถ่ายภาพรังสีทรวงอก และจัดระบบ Tele-medicine ในเรือนจำเพื่อให้ผู้ต้องขังได้พบแพทย์</p> <p>- สนับสนุนแบบฟอร์มในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำให้กับเรือนจำทั่วประเทศ</p> <p>- บูรณาการงานคัดกรอง และพัฒนาระบบและรูปแบบบริการให้สามารถคัดกรองโรคติดต่อสำคัญ ในผู้ต้องขังแรกรับ ทั้ง CXR ตรวจหาวัณโรค และการเจาะเลือดตรวจ HIV Syphilis HCV</p>	<p>- จัดส่งแบบฟอร์มในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ ให้กับเรือนจำเป้าหมายจำนวน ๑๔๓ แห่งทั่วประเทศ โดยผู้ต้องขังที่เข้าใหม่จะได้รับการคัดกรองอาการทุกราย หากมีอาการผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคจะได้รับการส่งไปเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย</p> <p>- การคัดกรองวัณโรค ในผู้ต้องขังแรกรับ ยังดำเนินการไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ป้องกันการนำโรคติดต่อเข้าในเรือนจำ จากข้อจำกัดบางประการทำให้ต้องให้ผู้ต้องขังรายใหม่เข้าแดนปกติแล้วจึงได้รับการตรวจคัดกรองภายหลัง</p> <p>- การอ่านผล X-ray ที่มีมาก และโรงพยาบาลแม่ข่ายมีรังสีแพทย์หรือแพทย์</p>

## นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- บางพื้นที่มีการเพิ่มความถี่ของการคัดกรองด้วยวิธี verbal screening ที่ดำเนินการคัดกรองอาการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ และสังเกตผู้ต้องขังมีอาการสงสัยวัณโรค ดำเนินการเก็บเสมหะส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรค

- บางพื้นที่มีการนำผู้ต้องขังที่อาการเข้าได้กับวัณโรคออกไป X-ray ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าไปคัดกรองในเรือนจำได้ และมีการจัดระบบ Tele-medicine ในการให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์

- บูรณาการดำเนินงานวัณโรค เข้ากับการคัดกรองโรคอื่น เช่น บางพื้นที่ มีการดำเนินการ X-ray ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับทุกเดือน ณ วันที่ผู้ต้องขังครบกำหนดการกักตัว ๒๑ วัน ก่อนจำหน่ายเข้าแดน และมีการ X-ray เพื่อติดตามผลเมื่ออยู่เรือนจำไปแล้ว โดยหลังจากเข้าเรือนจำผู้ต้องขังแรกรับจะได้รับการ X-ray ครั้งที่ ๒ โดยห่างจากครั้งที่ ๑ เป็นระยะเวลา ๖ เดือน

- บางพื้นที่มีการประสานงานกับ เขตสุขภาพ สปสช. และโรงพยาบาลในเครือข่าย ในการขอสนับสนุนรถ Mobile Xray ในการเข้ามาช่วย X-ray ผู้ต้องขังในเรือนจำ

## ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

## สำหรับพื้นที่

- การคัดกรองด้วย verbal screening ในผู้ต้องขัง เป็นวิธีขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญของผู้ถาม จึงอาจมีความไวต่ำ ดังนั้นอาจมีความจำเป็นต้องเพิ่มความถี่ในการคัดกรอง โดยอาจมีการคัดกรองทุกเดือน เพื่อเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ต้องขังรายใหม่ และรายเก่าที่มีอาการเข้าได้กับวัณโรค จะเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยที่รวดเร็ว
- ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ช่วยดำเนินการคัดกรอง เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระพยาบาลเรือนจำ
- พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการคัดกรองอาการ ทั้งในกลุ่มผู้ต้องขังทั้งหมด (แรกรับ/รายเก่า) และมีการคัดกรองบนเรือนนอนด้วย รวมทั้งการให้ความรู้ การเก็บเสมหะ และการป้องกันการติดเชื้อบนเรือนนอนด้วย
- ระยะเวลาในการคัดกรองอาจมากกว่า ๑ ครั้งในแต่ละปี เนื่องจากมีจำนวนผู้ต้องขังหนาแน่น และเพิ่มจำนวนการคัดกรองผู้ต้องขังเก่า
- การสนับสนุนวิชาการ และติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานในระดับพื้นที่

## สำหรับส่วนกลาง

- บูรณาการการติดตามข้อมูล และสถิติผู้ต้องขังเข้าใหม่ กับกรมราชทัณฑ์
- สนับสนุนวิชาการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ทั้งในระดับส่วนกลางและภูมิภาค
- สนับสนุนเอกสารสำหรับการดำเนินการคัดกรอง เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับพื้นที่

## ๔.๒ การดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ตับอักเสบบี ซีฟิลิซิส

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
- การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) จึงไม่ได้มีการดำเนินการคัดกรองในผู้ต้องขังแรกรับในเรือนจำบางแห่ง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้แก่ เรือนจำกลาง นครสวรรค์	- เร่งรัดและดำเนินการคัดกรองเฉพาะ ๓ โรค โดยเฉพาะ เอชไอวี ที่สามารถดำเนินการได้ก่อนในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) โดยใช้ชุดการตรวจสารน้ำจากช่องปากภายหลังจากพ้นระยะวิกฤติของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ให้คัดกรองซีฟิลิซิส และไวรัสตับอักเสบบี	- มีผลการดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ซีฟิลิซิส และไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ ของเรือนจำทุกแห่งได้มากกว่าร้อยละ ๕๐ ภายใต้อาณัติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
- การคัดกรองเอชไอวี ในเรือนจำยังทำได้ไม่ครบทุกแห่ง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) จึงไม่สามารถเข้าดำเนินการ เจาะเลือดให้กับผู้ต้องขังได้ทำให้ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ ได้รับการวินิจฉัย และเริ่มการรักษาล่าช้า ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อ และ	- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน เป้าหมายการดำเนินงานให้กับเรือนจำ โรงพยาบาลแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - สนับสนุนชุดตรวจเอชไอวี ซีฟิลิซิสและไวรัสตับอักเสบบี ให้กับเรือนจำทั้ง ๔๔ แห่ง - ติดตามการดำเนินงานคัดกรอง เอชไอวี ซีฟิลิซิส และไวรัสตับอักเสบบีในผู้ต้องขังแรกรับ - เสนอแนวทางการคัดกรองเอชไอวี ในผู้ต้องขังแรกรับโดยการบูรณาการกับการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) - ดำเนินการคัดกรองตามแบบฟอร์มที่กำหนด เพื่อหาความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และซีฟิลิซิส ด้วยวิธีการตรวจสารน้ำ	- มีการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและเป้าหมายการคัดกรองให้กับเรือนจำทั้ง ๔๔ แห่ง โรงพยาบาลแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยระบบออนไลน์ - สนับสนุนชุดตรวจคัดกรองและอุปกรณ์การตรวจที่ได้รับจากกองโรคเอดส์ให้กับเรือนจำเป้าหมายตั้งแต่ปลายเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ - เรือนจำมีแผนการคัดกรองผู้ต้องขังแรกรับ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
เพิ่มโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อได้ และปัญหาการรายงานข้อมูลผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองยังไม่มีกรรายงานตามระบบแบบรายบุคคล	จากหลอดเลือดดำ (vein) หรือการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว (Blood screening test) หรือการตรวจจากสารน้ำในช่องปาก (Oral fluid screening test)	- การตรวจคัดกรองใช้การเจาะเลือดและ OFT ที่ได้รับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรคและ GF
- การดำเนินงานคัดกรองเอชไอวีมีกระบวนการเชิงคุณภาพซึ่งผู้ต้องขังทุกรายต้องผ่านการให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือดโดยสมัครใจ ลงนามในใบยินยอม การตรวจเอชไอวี และต้องบอกผลการตรวจเลือด (Post Counselling) โดยเน้นความลับและส่วนตัวทุกราย และเมื่อพบว่ติดเชื้อ จะนำเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว)	- ปรับรูปแบบการดำเนินงาน โดยทีมพยาบาลเรือนจำวางแผนการดำเนินการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองเอชไอวี (Pre-Counseling) แบบกลุ่มตามกระบวนการทุกราย และดำเนินการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลแม่ข่าย หลังจากผู้ต้องขังออกจากการกักตัวในแดนแรกรับ ๒๑ วัน อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง - พัฒนาอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) ให้มีบทบาทด้านการให้คำปรึกษาก่อน การตรวจเลือดเบื้องต้น หรือมีสื่อประชาสัมพันธ์ความรู้ก่อนการตรวจเลือดในเรือนจำ เพื่อลดระยะเวลาการสัมผัสกับเจ้าหน้าที่ ในรูปแบบ New normal - โรงพยาบาลแม่ข่ายให้การสนับสนุนชุดตรวจก่อนที่ชุดตรวจส่วนกลางยังส่งมาไม่ทันรอบดำเนินการ และกรณีชุดตรวจไม่เพียงพอกรณีผู้ต้องขังกลุ่มผู้ต่างชาติ/ต่างดาว สามารถเบิกอุปกรณ์ชุดตรวจคัดกรองเอชไอวี ซีฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากกรมควบคุมโรค	- เรือนจำ และโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่สุขภาพที่ ๖ ดำเนินการคัดกรองฯ ผู้ต้องขังแรกรับ หลังจากผู้ต้องขังสิ้นสุดการกักตัวในแดนแรกรับอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้การสนับสนุนการดำเนินงาน และกำกับติดตาม - มีการแจ้งผลการตรวจ (Post-Counselling) รายบุคคล โดยทีมพยาบาลเรือนจำ และโรงพยาบาลแม่ข่าย หากพบการติดเชื้อจะนำเข้าสู่ระบบการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ทุกรายทันที - โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีการติดตามผู้ป่วยในเรือนจำทุกราย โดยแพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ ผ่านระบบ Telemedicine - เรือนจำกลางสมุทรปราการ เรือนจำจังหวัดสระแก้ว เรือนจำตราด และเรือนจำอำเภอกบินทร์บุรี มีการดำเนินการคัดกรองผู้ต้องขังแรกรับ ร้อยละ ๑๐๐

### นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- เรือนจำ จำนวน ๓ แห่งในจังหวัดพิษณุโลกสามารถดำเนินการคัดกรองได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และเป็น ๓ อันดับแรกที่มีผลการดำเนินงานสูงสุดภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
- เรือนจำส่วนมากมีแผนการดำเนินการคัดกรองทุกเดือน มีการดำเนินการร่วมกันเป็นทีม และมีแนวทางในการคัดกรอง รวมถึงแนวทางในการส่งต่อการรักษาที่ชัดเจน
- มีการดำเนินงานการตรวจคัดกรองในผู้ต้องขังรายเก่าที่ไม่ใช่เป้าหมายในการดำเนินงานในปี ๒๕๖๕
- ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลแม่ข่าย และเรือนจำ ให้ความสำคัญโครงการพระราชดำริฯ มีแผนการดำเนินงานในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ และผู้ต้องขังในเรือนจำทุกรายที่ชัดเจน
- โรงพยาบาลแม่ข่าย ได้สนับสนุนชุดตรวจคัดกรองเอชไอวี ซีฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ให้กับเรือนจำก่อนที่จะได้รับสนับสนุนจากส่วนกลาง

- มีการแจ้งผลการตรวจ (post-Counseling) รายบุคคล หลังตรวจคัดกรอง ๑ สัปดาห์ โดยรักษาเป็นความลับเมื่อพบผลผิดปกติ เรือนำดำเนินการส่งตัวเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายทันที
- เรือนำบางแห่งมีการจัดระบบบริการตรวจคัดกรองฯ ผู้ต้องขังแรกเริ่ม เข้าสู่ระบบงานประจำทุกเดือน มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๖๔
- โรงพยาบาลแม่ข่ายมีการติดตามผู้ป่วยในเรือนจำทุกราย โดยแพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ ผ่านระบบ Telemedicine
- มีโปรแกรมออนไลน์ เชื่อมโยงข้อมูลการตรวจรักษาระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับเรือนจำกลางระยอง ทำให้เกิดระบบการดูแลรักษาอย่างไร้รอยต่อและมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ และยังคงความปลอดภัยของข้อมูล
- มีการทำงานแบบภาคีเครือข่ายและได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงานและให้การสนับสนุนทุกด้าน และมีการบูรณาการร่วมกับโครงการอื่นที่มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน
- มีการบูรณาการการดำเนินการคัดกรองภายในเรือนจำภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
- มีการส่งต่อผู้ต้องขังเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องในโรคเรื้อรังได้แก่ เอชไอวี และ ซิฟิลิส เป็นต้น ภายหลังจากพ้นโทษแล้วโดยการประสานไปยังสถานบริการที่เป็นภูมิลำเนาของผู้ต้องขังที่ได้รับการปล่อยตัว

### ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

#### สำหรับพื้นที่

- ควรมีการวางแผนการดำเนินงานคัดกรองเอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขังรายเก่าที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย เนื่องจากผู้ต้องขังมีสิทธิในการตรวจคัดกรองเอชไอวีฟรี ปีละ ๒ ครั้ง
- เรือนจำไม่สามารถดำเนินการคัดกรองซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีได้ เนื่องจากการจัดส่งชุดตรวจ สนับสนุนจากกองโรคเอดส์ ฯ มีความล่าช้า และการตรวจคัดกรองฯ ผู้ต้องขังทั่วไปยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลัก ประกันสุขภาพ
- ให้วางแผน และดำเนินคัดกรองผู้ต้องขังแรกเริ่มที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองหลังจากเรือนจำได้รับการสนับสนุนน้ำยาชุดตรวจ และให้บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กองโรคเอดส์ฯ กำหนดเมื่อดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี เรียบร้อยแล้ว เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ต่อไป

#### สำหรับส่วนกลาง

- ส่วนกลางมีการจัดประชุมชี้แจงถ่ายทอดนโยบายอย่างต่อเนื่องทุกปี และควรเร่งรัดในการสนับสนุนระดับพื้นที่ก่อนการตรวจราชการและควรมีหนังสือชี้แจงเป้าหมายการดำเนินการให้กับเรือนจำ ซึ่งทำให้พื้นที่ได้เข้าใจเป้าหมายการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น
- ผลักดันนโยบายคัดกรองซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ต้องขังทั่วไป เนื่องจากผู้ต้องขังที่ไม่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด โรงพยาบาลแม่ข่ายจะต้อง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการคัดกรองซิฟิลิส ในกลุ่มที่อยู่นอกเหนือจากข้อกำหนดดังกล่าว ดังนั้นหากพบผู้ ติดเชื้อฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเป็น จำนวนมาก ตั้งแต่กระบวนการตรวจคัดกรองไปจนถึงกระบวนการรักษาเสร็จสิ้น
- ควรสนับสนุนสื่อ ประชาสัมพันธ์ เอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี ให้กับพื้นที่
- ผู้รับผิดชอบงานมีการพูดคุย ประสานการทำงานกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกัน
- การคัดกรองใช้ได้ทั้งชุดตรวจ OFT หรือชุดตรวจที่ได้รับการสนับสนุนจากกองโรคเอดส์ฯ ชุดตรวจของแต่ละโรงพยาบาลแม่ข่าย
- แนวทางการคัดกรองกรณีผู้ต้องขังแรกเริ่มต้องมีการกักตัว การคัดกรองจะกินช่วงเวลา ๑ เดือน

### ๔.๓ การดำเนินงาน เรือนจำสีขาวปลอดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

เรือนจำมีผู้ต้องขังเข้าใหม่ เข้าออกแต่ละวันเป็นประจำ จึงมีโอกาสนี้จะมีคนนำเชื้อ เข้าไปแพร่ในเรือนจำ หรือนำเชื้อจากเรือนจำมาแพร่ข้างนอกดังเช่นที่เกิดขึ้นในหลาย เรือนจำที่ผ่านมา ดังนั้น เรือนจำทุกแห่งจึงต้องมีการ จัดทำแผนการดำเนินการ เรือนจำสีขาวปลอดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โดยมีการคัดกรองผู้ต้องขังและผู้คุมที่จะเข้า - ออก เรือนจำ และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับกลุ่มดังกล่าว

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนการดำเนินการ เรือนจำสีขาวปลอดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)</li> <li>- มีแผนการดำเนินการ คัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในผู้ต้องขัง และผู้คุมตามแผนการดำเนินงาน</li> <li>- มีแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในผู้ต้องขัง และผู้คุมในเรือนจำภายใต้โครงการราชทัณฑ์ฯ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดประชุมจัดทำ แผนการดำเนินการ เรือนจำสีขาวปลอดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)</li> <li>- มีรายงานการประชุม และผลการ ดำเนินงาน คัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)</li> <li>- มีรายงานการประชุม และผลการ ดำเนินงาน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนการดำเนินการเรือนจำสีขาวปลอดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ครบทุกเรือนจำ</li> <li>- ทุกเรือนจำมีแผนดำเนินการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในผู้ต้องขังและผู้คุม</li> <li>- ทุกเรือนจำมีแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในผู้ต้องขังและผู้คุมในเรือนจำ</li> </ul>

#### นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- บางเรือนจำเคยมีประสบการณ์การระบาดในช่วงที่ผ่านมาและเอาประสบการณ์ตรงนั้นมาปรับใช้กับปัจจุบัน ทำให้สามารถควบคุม และป้องกันการระบาดได้
- บางเรือนจำมีแนวคิดที่จะจัดทำ Covid free setting ในเรือนจำในส่วนของพื้นที่เยี่ยมผู้ต้องขังเพื่อช่วยลดความเครียดในผู้ต้องขัง (ถึงแม้จะให้มีการเยี่ยมผู้ต้องขังโดยวิธี Teleconference ก็เกิดภาวะเครียดได้)
- บางเรือนจำมีการดำเนินการตามมาตรฐานการป้องกันควบคุมโรคที่กำหนดทำให้ไม่เกิดการระบาดหรือเกิดเป็นกลุ่มก้อนในเรือนจำ
- บางเรือนจำมีการจัดให้เยี่ยมญาติทางไลน์ โดยญาติจะต้องลงทะเบียนการเยี่ยมกับทางเรือนจำอย่างเป็นทางการลักษณะอักษรเพื่อยืนยันตัวตนก่อนเข้าสู่กระบวนการเยี่ยมทุกครั้ง ซึ่งถือเป็นการเยี่ยมผู้ต้องขังแบบวิถีใหม่ (New Normal)
- บางเรือนจำมีการจัดทำคู่มือ “ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) สำหรับผู้ต้องขัง”
- ในบางเรือนจำผู้บริหารมีวิสัยทัศน์กว้าง รวมทั้งมีพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขมาก่อน ทำให้มองงานด้านสาธารณสุขได้ทะลุ นำไปสู่การปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว
- ในบางเรือนจำแม้ว่าในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทำให้มีการขาดแคลนบุคลากร แต่ได้รับ ความร่วมมือจากทีมจิตอาสาวิชาชีพมาช่วยดำเนินการ จนสามารถให้บริการวัคซีนเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ได้ครบตาม จำนวนที่ตั้งไว้
- ในบางเรือนจำมีการจัดทำแผนเผชิญเหตุกรณีเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) และนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

**ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ****สำหรับพื้นที่**

- การปรับแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมสอดคล้องตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) (เนื่องจากบางเรือนจำมีปัญหา เรื่องห้องกักแยกและบุคลากรที่ไม่เพียงพอ)
- กำกับติดตามสนับสนุนให้เรือนจำสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย แนวทางและมาตรฐานที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่อง

**สำหรับส่วนกลาง**

- สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้สามารถดำเนินการได้ตามแนวทาง และมาตรฐานที่กำหนด
- ให้คำปรึกษา หน่วยงานและเครือข่ายเพื่อให้การดำเนินการได้ตามแนวทาง และมาตรฐานที่กำหนด

**๔.๔ บูรณาการการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำ****- ใช้หวัดใหญ่**

เรือนจำบางแห่งยังไม่ได้รับการสนับสนุนวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

**- หัด**

เรือนจำบางแห่งยังไม่ได้รับการสนับสนุนวัคซีนหัดในเรือนจำประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

**- โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)**

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เข็ม ๒ เป้าหมายผู้คุม ฉีดได้ร้อยละ ๑๐๐ และผู้ต้องขัง ฉีดได้ร้อยละ ๑๐๐

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
วัคซีนไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนหัดในเรือนจำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ บางแห่งยังไม่ได้รับการสนับสนุน	ดำเนินการเร่งฉีดให้แล้วเสร็จภายในเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๕	มีแผนดำเนินการภายในเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๕

**นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)**

- มีนวัตกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ชุดคลุมในเรือนจำ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ตู้ลมพ่นความสุขเพื่อการสื่อสารระหว่างญาติและผู้ต้องขัง

**ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ****สำหรับพื้นที่**

- เร่งรัดการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่, วัคซีนหัดในผู้คุม และผู้ต้องขังให้ครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมาย

**ผู้รายงาน**

- นายสมภพ อาจชนะศึก ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
E-mail : sompop๑๙๖๘@gmail.com
- นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
E-mail : Prisonhos๒๐๑๙@gmail.com
- นายณัฐพงศ์ กั้นทะวงศ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ  
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

๔. นางสาวอุทยา นาคเจริญ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต  
E-mail: utayaa@yahoo.com
๕. นางสาวปัญญาภัส จึงก้อนทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต  
E-mail: panyapat.j@gmail.com
๖. นางพาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการโครงการพระราชดำริ  
โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ กรมควบคุมโรค  
E-mail: rcddc\_pr@hotmail.com
๗. นางเครือทิพย์ จันทธานีวิวัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ  
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค  
E-mail: Kruatipj@gmail.com
๘. นายปรมดี ศักดิ์แสน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
กองวัณโรค กรมควบคุมโรค  
E-mail: porra๒๖๓๖@gmail.com
๙. นายแพทย์ชินนันท สนิธิไชย ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ  
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
๑๐. นางนพรัตน์ มงคลกลางกูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
๑๑. นางมณัญญา ประเสริฐสุข นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
๑๒. นายวิรัตน์ พลเลิศ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
๑๓. นางสาวสุดจิตต์ ตรวีจิตรศิลป์ สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการโครงการพระราชดำริโครงการเฉลิมพระเกียรติ  
และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ กรมควบคุมโรค  
E-mail: giftgab\_๗๗@hotmail.com
๑๔. นางสาวอรรณาพรรณ ชมภู ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
E-mail: Prisonhos๒๐๑๙@gmail.com
๑๕. นางสาวจิราภรณ์ อุดจั้ง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
E-mail: Prisonhos๒๐๑๙@gmail.com
๑๖. นางสาวสุชาดา กิตติคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข  
กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
E-mail: Prisonhos๒๐๑๙@gmail.com
- วันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕

## ประเด็นที่ ๒

กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๑  
ประเด็นที่ ๒ : กัญชาทางการแพทย์

ประเด็นตรวจราชการ : กัญชาทางการแพทย์

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ... : กัญชาทางการแพทย์

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๕	ผลงานภาพรวมของประเทศ	
		จำนวน	ร้อยละ
ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการ จัดบริการคลินิกกัญชาทาง การแพทย์	ร้อยละ ๗๐	๘๑๐/๙๐๑	๘๙.๙๐
ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรม วิชาการมีการจัดบริการคลินิกกัญชา ทางการแพทย์	ร้อยละ ๗๐	๒๕/๒๖	๙๖.๑๕
จำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่มีการ จัดบริการคลินิกกัญชาทาง การแพทย์	เขตสุขภาพละ ๓ แห่ง	๗๗	-
ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทาง การแพทย์	ร้อยละ ๕	๒,๓๗๓/๘๓,๓๒๓	๒.๘๕
ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ รักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕	ไตรมาส ๑/๒๕๖๕ ไตรมาส ๒/๒๕๖๕	๗๗.๗๘ ๖๑.๖๒

หมายเหตุ ข้อมูล ณ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ (ไม่รวมเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร)

๒) สรุปสถานการณ์

เขตสุขภาพ	ร้อยละโรงพยาบาล สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชา ทางการแพทย์	ร้อยละโรงพยาบาล สังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชา ทางการแพทย์	จำนวนสถานพยาบาลเอกชน ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชา ทางการแพทย์
เขต ๑	๘๕.๒๙	๑๐๐.๐๐	๔
เขต ๒	๙๗.๘๗	๑๐๐.๐๐	๔
เขต ๓	๙๘.๑๕	๑๐๐.๐๐	๒
เขต ๔	๙๗.๒๒	๑๐๐.๐๐	๑๗
เขต ๕	๖๑.๗๖	๑๐๐.๐๐	๖
เขต ๖	๗๑.๒๓	๑๐๐.๐๐	๑๔
เขต ๗	๙๔.๘๑	๑๐๐.๐๐	๕

เขตสุขภาพ	ร้อยละโรงพยาบาล สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชา ทางการแพทย์	ร้อยละโรงพยาบาล สังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชา ทางการแพทย์	จำนวนสถานพยาบาลเอกชน ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชา ทางการแพทย์
เขต ๘	๑๐๐.๐๐	๗๕.๐๐	๔
เขต ๙	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๕
เขต ๑๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๔
เขต ๑๑	๙๘.๗๘	๑๐๐.๐๐	๖
เขต ๑๒	๗๔.๓๖	๑๐๐.๐๐	๖
รวม	๘๙.๙๐	๙๖.๑๕	๓๗

เขต สุขภาพ	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	
		ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒
เขต ๑	๓.๒๕	๑๐๓	๕๓
เขต ๒	๑.๗	๕๕	๑๙
เขต ๓	๓.๓๑	๑๙	๘๐
เขต ๔	๑.๒๘	๒๙๕	๒๙๐
เขต ๕	๒.๑๙	-๕๑	-๒๓
เขต ๖	๐.๗๗	๑๘๕	๑๔๗
เขต ๗	๒.๕๘	๑๔๗	๑๒๑
เขต ๘	๓.๑๗	๑๗๘	๑๒๘
เขต ๙	๘.๑๒	๒๔๘	๖๙
เขต ๑๐	๑.๙๔	๒๑	-๒๑
เขต ๑๑	๒.๓๘	๔๒๘	๒๑๔
เขต ๑๒	๑.๓๘	๖	๒๓
รวม	๒.๘๕	๗๘	๖๒

หมายเหตุ ข้อมูล ณ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ (ไม่รวมเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร)

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- การเข้าถึงยาของกลุ่ม Palliative care ยังมีน้อย
- ผู้สั่งใช้ไม่มั่นใจในการใช้ยา กัญชา เนื่องจากมีประสบการณ์ในการใช้น้อย/ขาดความรู้ความเข้าใจในกัญชาทางการแพทย์ และกังวลในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา กัญชา
- ผลการดำเนินงานจากระบบรายงาน HDC และ ออย. ไม่ตรงตามยอดการสั่งใช้จริงของพื้นที่
- ยา กัญชา ในโรงพยาบาล
  - ไม่เพียงพอ
  - ยาหมดอายุเร็ว
  - หน่วยบริการไม่ได้เตรียมแผนในการจัดซื้อยาน้ำมันกัญชาเอง (แผนปัจจุบัน) หากจำเป็นต้องใช้ ต้องปรับแผนการจัดซื้อ
  - ยา กัญชา ทาง การ แพทย์ ใน แต่ละ หน่วย บริการ มี หลาย สูตร หลาย รูปแบบ

- ขาดโรงงานผลิตยาภัณฑ์ทางการแพทย์ในเขตสุขภาพ/โรงพยาบาลยังไม่ได้มาตรฐาน GMP
- ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ประโยชน์จากกัญชา ทั้งด้านการรักษาโรคและด้านเศรษฐกิจ

#### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ปรับระบบการเก็บข้อมูล ให้มีความชัดเจน ไม่ซับซ้อน เพื่อสะดวกแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ลดความคลาดเคลื่อน และลดเวลาการบันทึกข้อมูลได้
- ควรมีเจ้าหน้าที่ส่วนกลางที่รับผิดชอบตัวชี้วัดกัญชาทางการแพทย์ของระบบ HDC รับเรื่องและประสานกับหน่วยบริการส่วนภูมิภาคเพื่อให้คำแนะนำหรือแก้ไข กรณีที่หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลแล้วไม่ตรงกับที่แสดงในระบบ HDC รวมทั้งควรให้เลือกช่วงเวลาในการแสดงผลเป็นรายไตรมาส และเพิ่ม data exchange ให้หน่วยบริการสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้
- การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ทั้งบอร์ดให้ความรู้ แผ่นพับ และคู่มือผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
- เพิ่มกลุ่มโรคและอาการที่รักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ การค้นหาและให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น
- ควรรวบรวมฐานข้อมูลแหล่งจำหน่ายยาภัณฑ์ทางการแพทย์ เพื่อเป็นแหล่งในการจัดหาสมุนไพรกัญชาทางการแพทย์สำหรับสถานพยาบาลเอกชน
- สนับสนุนการทดสอบกัญชาทางการแพทย์โดยไม่มีค่าใช้จ่าย
- ส่งเสริมการนำ Telemedicine มาใช้ในการให้บริการคลินิกกัญชาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มศักยภาพและสร้างความมั่นใจในการใช้กัญชาทั้งในระดับ รพช.และ รพ.สต.
- ควรมีแนวทางการสนับสนุนภาคเอกชนในการส่งเสริมกัญชาเพื่อเศรษฐกิจทั้งในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

#### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายชัดเจน ทั้งการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และส่งเสริมให้บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้พัฒนาองค์ความรู้เพิ่มเติมเพื่อมาร่วมกันปฏิบัติงานในคลินิกฯ
- การประสานการดำเนินงานร่วมกันในทุกกระดับ ตั้งแต่ระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด

#### ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- แผนและแนวทางการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง
- แผนการผลิตยาภัณฑ์ให้เพียงพอกับความต้องการใช้
- แนวทางการเพิ่มการใช้สมุนไพรกัญชาเป็นทางเลือกในการรักษาควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน
- การแก้ไขระบบรายงาน HDC และสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบลงข้อมูลในระบบ

ผู้รายงาน พญ.ปัจฉิมา หลอมประโคน  
รองผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์

แบบฟอร์มสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็นที่ ๑ - ๖)  
รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕  
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์ รอบที่ ๑

๑. ประเด็นตรวจราชการ : กัญชาทางการแพทย์

๒. หัวข้อ : กัญชาทางการแพทย์

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑, สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๒, สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓, สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔, สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕, สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖, สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗, สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘, สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙, สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐, สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑, สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

จากผลการประเมินตรวจราชการตัวชี้วัดการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๑ พบว่า ในภาพรวมโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๘๑๐ แห่ง จากกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๙๐ ถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายรอบ ๖ เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐) แต่ในภาพของเขตสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๕ มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๔๒ แห่ง จากกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๖๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๗๖ ถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายรอบ ๖ เดือน

ผลการประเมินตัวชี้วัดการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๒๕ แห่ง จากกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๑๕ ถือว่า ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย รอบ ๖ เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)

ผลการประเมินการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชน พบว่า ทุกเขตสุขภาพมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์มากกว่า ๓ แห่ง ยกเว้น เขตสุขภาพที่ ๓ ถือว่า (เป้าหมายอย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๓ แห่ง)

ผลการประเมินผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ พบว่า มีผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๒,๓๗๓ คน จากกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๘๓,๓๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๘๕ ถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายรอบ ๖ เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ ๕)

ผลการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ในไตรมาส ๑ มีผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ในปี ๒๕๖๕ ในไตรมาสที่ ๑ จำนวน ๑๐,๖๓๑ คน เทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ในปี ๒๕๖๔ ในไตรมาสที่ ๑ จำนวน ๕,๙๘๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๗๘ ถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายรอบ ๖ เดือน (เป้าหมาย เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕)

และในไตรมาส ๒ พบว่า มีผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ในปี ๒๕๖๕ ในไตรมาสที่ ๒ จำนวน ๑๕,๘๙๐ คน เทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ในปี ๒๕๖๔ ในไตรมาสที่ ๒ จำนวน ๙,๘๓๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๖๒ ถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายรอบ ๖ เดือน (เป้าหมาย เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕)

๔.๑ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (เกณฑ์ ๗๐%)

เขตสุขภาพ	เป้าหมาย (จำนวนรพ. สังกัดสป.)	ผลงาน (จำนวนรพ.ที่เปิดคลินิกกัญชา)	คิดเป็นร้อยละ
๑	๑๐๒	๘๗	๘๕.๒๙
๒	๔๗	๔๖	๙๗.๘๗
๓	๕๔	๕๓	๙๘.๑๕
๔	๗๒	๗๐	๙๗.๒๒
๕	๖๘	๔๒	๖๑.๗๖
๖	๗๓	๕๒	๗๑.๒๓
๗	๗๗	๗๓	๙๔.๘๑
๘	๘๘	๘๘	๑๐๐.๐๐
๙	๘๙	๘๙	๑๐๐.๐๐
๑๐	๗๑	๗๑	๑๐๐.๐๐
๑๑	๘๒	๘๑	๙๘.๗๘
๑๒	๗๘	๕๘	๗๔.๓๖
รวม	๙๐๑	๘๑๐	๘๙.๙๐

๔.๒ ร้อยละ โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (เกณฑ์ ๗๐%)

เขตสุขภาพ	เป้าหมาย (จำนวนรพ. สังกัดกรมวิชาการ)	ผลงาน (จำนวนรพ.ที่เปิดคลินิกกัญชา)	คิดเป็นร้อยละ
๑	๓	๓	๑๐๐.๐๐
๒	๑	๑	๑๐๐.๐๐
๓	๒	๒	๑๐๐.๐๐
๔	๗	๗	๑๐๐.๐๐
๕	๑	๑	๑๐๐.๐๐
๖	๑	๑	๑๐๐.๐๐
๗	๑	๑	๑๐๐.๐๐
๘	๔	๓	๗๕.๐๐
๙	๑	๑	๑๐๐.๐๐
๑๐	๒	๒	๑๐๐.๐๐
๑๑	๒	๒	๑๐๐.๐๐
๑๒	๑	๑	๑๐๐.๐๐
รวม	๒๖	๒๕	๙๖.๑๕

## ๔.๓ ร้อยละสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (เกณฑ์ ๓ แห่ง)

เขต สุขภาพ	ผลงาน (จำนวนรพ.ที่ เปิดคลินิกกัญชา)	หน่วย
๑	๔	แห่ง
๒	๔	แห่ง
๓	๒	แห่ง
๔	๑๗	แห่ง
๕	๖	แห่ง
๖	๑๔	แห่ง
๗	๕	แห่ง
๘	๔	แห่ง
๙	๕	แห่ง
๑๐	๔	แห่ง
๑๑	๖	แห่ง
๑๒	๖	แห่ง
รวม	๗๗	แห่ง

## ๔.๔ ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

palliative care			
เขตสุขภาพ	ได้รับกัญชาทางการแพทย์	คนไข้ทั้งหมด	%
เขตสุขภาพที่ ๑	๒๘๖	๘,๘๐๓	๓.๒๕
เขตสุขภาพที่ ๒	๑๕๕	๙,๑๐๕	๑.๗
เขตสุขภาพที่ ๓	๑๐๓	๓,๑๑๖	๓.๓๑
เขตสุขภาพที่ ๔	๕๑	๓,๙๗๑	๑.๒๘
เขตสุขภาพที่ ๕	๑๖๒	๗,๓๘๓	๒.๑๙
เขตสุขภาพที่ ๖	๔๓	๕,๕๘๔	๐.๗๗
เขตสุขภาพที่ ๗	๒๑๑	๘,๑๖๗	๒.๕๘
เขตสุขภาพที่ ๘	๓๖๕	๑๑,๕๐๒	๓.๑๗
เขตสุขภาพที่ ๙	๖๔๕	๗,๙๔๔	๘.๑๒
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๑๗๔	๘,๙๗๔	๑.๙๔
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑๓๖	๕,๗๒๐	๒.๓๘
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๔๒	๓,๐๕๔	๑.๓๘
รวม	๒,๓๗๓	๘๓,๓๒๓	๒.๘๕

## ๔.๕ ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งทางเคมี

เขตสุขภาพ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ไตรมาส๑	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ไตรมาส๑	ร้อยละ ไตรมาส๑	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ไตรมาส๒	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ไตรมาส๒	ร้อยละ ไตรมาส๒
เขตสุขภาพที่ ๑	๔๙๙	๑,๐๑๒	๑๐๓%	๗๗๖	๑,๑๘๗	๕๓%
เขตสุขภาพที่ ๒	๕๐๒	๗๗๖	๕๕%	๘๘๒	๑,๐๔๗	๑๙%
เขตสุขภาพที่ ๓	๗๐๘	๘๔๕	๑๙%	๘๗๕	๑,๕๗๘	๘๐%
เขตสุขภาพที่ ๔	๙๗	๓๘๓	๒๙๕%	๒๕๙	๑,๐๑๑	๒๙๐%
เขตสุขภาพที่ ๕	๑,๔๖๓	๗๑๖	-๕๑%	๑,๖๑๐	๑,๒๓๒	-๒๓%
เขตสุขภาพที่ ๖	๒๑๖	๖๑๖	๑๘๕%	๓๘๔	๙๔๗	๑๔๗%
เขตสุขภาพที่ ๗	๒๕๑	๖๑๙	๑๔๗%	๔๔๐	๙๗๔	๑๒๑%
เขตสุขภาพที่ ๘	๗๔๒	๒,๐๖๒	๑๗๘%	๑,๒๘๒	๒,๙๒๕	๑๒๘%
เขตสุขภาพที่ ๙	๖๑๖	๒,๑๔๒	๒๔๘%	๑,๘๑๓	๓,๐๖๐	๖๙%
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๕๐๓	๖๑๐	๒๑%	๘๔๕	๖๖๗	-๒๑%
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑๐๕	๕๕๔	๔๒๘%	๒๓๓	๗๓๒	๒๑๔%
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๒๗๘	๒๙๖	๖%	๔๒๑	๕๑๗	๒๓%
รวม	๕๙๘๐	๑๐,๖๓๑	๗๘%	๙๘๒๐	๑๕,๘๗๗	๖๒%

## ๔.๖ วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ แนวทางการแก้ไขปัญหารวมทั้งความก้าวหน้าหรือผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
๑. การเข้าถึงยาของกลุ่ม Palliative care ยังมีน้อย	๑.๑ จัดทำแผนการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง ๑.๒ ประชาสัมพันธ์การให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในช่องทางที่หลากหลาย และค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกมากขึ้น ๑.๓ ประชุมกำหนดแนวทางการดำเนินงาน Palliative care ๑.๔ การดำเนินงานด้านระบบส่งต่อการดูแลผู้ป่วยลงสู่ รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทยร่วมดูแลในพื้นที่ ๑.๕ ประสานกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ แพทย์ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง/แพทย์ประสาทวิทยา/แพทย์กระดูกและกล้ามเนื้อ ให้ส่งผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยา มาตรฐาน ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านมะเร็งทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย	รอติดตามผลในการตรวจราชการรอบ ๒

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	<p>๑.๖ ประสานไปยังทีม Service plan Palliative Care ให้ช่วยค้นหาผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และสมัครใจยินดีเข้ารับการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์</p> <p>๑.๗ มีการบูรณาการกับทีมงาน Palliative care เพื่อค้นหาผู้ป่วย palliative care ในพื้นที่</p>	
<p>๒. ผู้สั่งใช้ไม่มั่นใจในการใช้ยากัญชา เนื่องจากมีประสบการณ์ในการใช้น้อย/ขาดความรู้ความเข้าใจในกัญชาทางการแพทย์</p>	<p>๒.๑ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ถ่ายทอดประสบการณ์ระหว่างแพทย์ผู้สั่งจ่ายและทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการสั่งใช้ยากัญชา โดยมุ่งเน้นกลุ่ม Palliative Care, IMC, CA</p> <p>๒.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ให้ครบทุกโรงพยาบาล</p> <p>๒.๓ ประสานส่วนกลางอำนวยความสะดวกในการจัดอบรม จัดสอบ และ ต่ออายุผู้สั่งใช้ยากัญชา</p> <p>๒.๔ สร้างความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพรในสหวิชาชีพ</p> <p>๒.๕ เพิ่มการใช้สมุนไพรกัญชาเป็นทางเลือกในการรักษาควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน (ถ้าไม่มีข้อห้ามใช้)</p> <p>๒.๖ ทำงานวิจัยเกี่ยวกับยากัญชาทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้แก่แพทย์ในการสั่งใช้</p> <p>๒.๗ ออกหน่วยให้บริการกัญชาทางการแพทย์สัญจร เพื่อเพิ่มทักษะ และความรู้ รวมไปถึงเพิ่มการสร้างเจตคติในการสั่งใช้ยากัญชา ความเชื่อมั่นให้กับบุคลากร</p> <p>๒.๘ ประชาสัมพันธ์ให้แพทย์อบรม Online</p> <p>๒.๙ แผนการจัดสร้างระบบพีแอลเอ็มโดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเขตสุขภาพที่ ๓</p>	<p>รอตติดตามผลในการตรวจราชการรอบ ๒</p>
<p>๓. ผลการดำเนินงานจากระบบรายงาน HDC และ ออย. คลาดเคลื่อน ไม่ตรงตามความเป็นจริง</p>	<p>๓.๑ สร้างความรู้ความเข้าใจให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบลงข้อมูลในระบบ HDC</p> <p>๓.๒ ช่วงแรกควรมีการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการควบคู่กับระบบรายงาน จัดทำ Self-Report เพื่อทวนสอบความถูกต้อง</p> <p>๓.๓ มีหนังสือแจ้งรายละเอียดวิธีการ ลงข้อมูล รหัสโรค รหัสมาตรฐานด้านยา ๒๔ หลัก และ drug catalog เพื่อให้หน่วยบริการสามารถลงข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน</p> <p>๓.๔ นำเสนอข้อมูลสถาบันกัญชาทางการแพทย์ เพื่อดำเนินการจัดการอบรมการบันทึกข้อมูลและการจัดการระบบการบันทึกข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทุกจังหวัดและทุกเขตสุขภาพ</p> <p>๓.๕ ประสานส่วนกลางเพื่อแก้ไขระบบรายงาน HDC</p>	<p>รอตติดตามผลในการตรวจราชการรอบ ๒</p> <p>๓.๕ สถาบันกัญชาทางการแพทย์รับข้อมูลจากพื้นที่และได้ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศฯ ของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการรายงานข้อมูล</p> <p>๓.๖ มีการรายงานในระบบเป็นปัจจุบันมากขึ้น</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	๓.๖ กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกมีการรายงานให้เป็นปัจจุบัน	
๔. ยากัญชาในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ / ยาหมดอายุเร็ว / หน่วยบริการไม่ได้เตรียมแผนในการจัดซื้อยาน้ำมันกัญชาเอง (แผนปัจจุบัน) หากจำเป็นต้องใช้ ต้องปรับแผนการจัดซื้อ / รูปแบบยากัญชาทางการแพทย์ในแต่ละหน่วยบริการมีหลายสูตรหลายรูปแบบ	<p>๔.๑ เพิ่มกรอบรายการยาสมุนไพร และกัญชาทางการแพทย์ในระดับจังหวัด และเครือข่ายบริการสุขภาพ</p> <p>๔.๒ จัดทำรายการยากัญชาทางการแพทย์ในจังหวัดให้เป็นสูตรเดียวกัน เพื่อสามารถบริหารจัดการ และสามารถส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการระหว่างกันได้ง่าย</p> <p>๔.๓ เพิ่มจำนวนและรายการยากัญชา (ทุกรพ. มีน้ำมันกัญชา สูตร THC ๑.๗ %) และยาแผนไทย ตำรับสุขไสยาสน์</p> <p>๔.๔ จัดทำแผนการขอรับการสนับสนุนยากัญชาจากเขตสุขภาพ และแผนการบริหารจัดการยาภายในจังหวัด</p> <p>๔.๕ จัดทำแผน demand – supply matching ให้สอดคล้องกับแผนการผลิตยาสมุนไพร</p> <p>๔.๖ ส่งเสริมให้มีกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรเป้าหมายเพื่อรับซื้อวัตถุดิบสมุนไพรเข้าสู่โรงงานผลิตยาสมุนไพร</p> <p>๔.๗ จัดทำแผนสำรวจความต้องการใช้ เพื่อป้องกันปัญหาขาดหาย/ ยาขาด และวางแผนจัดซื้อยากัญชาในโรงพยาบาล / ภาพรวมระดับจังหวัด โดยใช้เงินงบประมาณหรือขอรับเงินสนับสนุนจากจังหวัด</p> <p>๔.๘ จังหวัดส่งรายชื่อสถานที่ผลิตยากัญชาให้โรงพยาบาลเพื่อจัดซื้อยามาไว้บริการผู้ป่วยให้เพียงพอ</p> <p>๔.๙ คัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม palliative care ที่ไม่มีข้อห้ามใช้ยากัญชา นำข้อมูลมาตั้งเป้าการรักษาเพื่อวางแผนสำรองยาตามเป้าหมาย</p>	รอดิตตามผลในการตรวจราชการรอบ ๒
๕. ขาดโรงงานผลิตยากัญชาทางการแพทย์ในเขตสุขภาพ / โรงพยาบาลยังไม่ได้มาตรฐาน GMP	<p>๕.๑ พัฒนาให้บุคลากร มีความรู้ในการผลิตยากัญชาทางการแพทย์แบบครบวงจร ตั้งแต่การคัดเลือกวัตถุดิบ มาตรฐานการผลิต การควบคุมคุณภาพ เป็นต้น</p> <p>๕.๒ สนับสนุนและส่งเสริมการปรับปรุงโรงงานผลิต รพ. บางระจัน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์มาตรฐานในการผลิตยากัญชา</p> <p>๕.๓ วางแผนของงบประมาณจากจังหวัดและเขต</p> <p>๕.๔ การบูรณาการ/ดำเนินงานแบบครบวงจร ทั้งแหล่งปลูก สถานที่ผลิต/ปรุงตำรับยา และการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย</p>	รอดิตตามผลในการตรวจราชการรอบ ๒
๖. การเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชน	<p>๖.๑ จัดทำแผนการส่งเสริมเพื่อให้สถานพยาบาลเอกชนเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>๖.๒ สำรวจปัญหา และส่งเสริมการจ่ายยาในสถานพยาบาลเอกชนที่ได้รับอนุญาต</p>	รอดิตตามผลในการตรวจราชการรอบ ๒

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
๗. แพทย์แผนปัจจุบัน ยังไม่ยอมรับ : กังวลผลข้างเคียงต่อจิตประสาท (กังวลในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาสมุนไพร)	๗.๑ ขอให้แพทย์แผนปัจจุบัน เรียนออนไลน์ สะดวก (ได้ความรู้มาแนะนำ เป็นทางเลือกให้ผู้ป่วย เช่น กลุ่ม palliative care (เรียนออนไลน์จะได้ทราบข้อมูลกลุ่มโรคที่มีวิจัยรองรับ) ๗.๒ ชี้แจงข้อมูลทางวิชาการของยาสมุนไพรทางการแพทย์ที่มีการสั่งจ่ายในหน่วยบริการให้กับสหวิชาชีพ ๗.๓ เก็บข้อมูลและผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาสมุนไพรทางการแพทย์เพื่อศึกษาวิจัย	รอตติดตามผลในการตรวจราชการรอบ ๒
๘. ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ประโยชน์จากกัญชา ทั้งด้านการรักษาโรคและด้านเศรษฐกิจ	๘.๑ ประชาสัมพันธ์ความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น สื่อออนไลน์ สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง	รอตติดตามผลในการตรวจราชการรอบ๒

## ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

### ๕.๑ เขตสุขภาพที่ ๑

- ระบบแจ้งเตือน Line Notify ในกลุ่มคลินิกกัญชาของโรงพยาบาล เกี่ยวกับข้อมูลการให้บริการ การนัดหมายผู้ป่วย แบบ real time เพื่อใช้เป็นข้อมูลติดตามเคส และเตรียมความพร้อมการจัดบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ
- นวัตกรรมแบบคัดกรอง ด้วย QR code เพื่อขอเข้ารับคำปรึกษาเรื่องกัญชาทางการแพทย์
- มีการดำเนินงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์
- มีการวิเคราะห์ ๓S (S๑ = Structure แบ่ง Node การรักษาผู้ป่วย S๒ = Staff บุคลากร ที่ยังอบรมไม่ครบ และ S๓ = System ระบบการรักษาในการส่งต่อการรักษาทั้ง Palliative care และผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์)

### ๕.๒ เขตสุขภาพที่ ๒

- มีงานวิจัยของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลร่วมกับสถานศึกษา ครอบคลุมช่วง ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำในพื้นที่
- มีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ได้แก่ ออกเยี่ยมบ้าน กลุ่ม Palliative care ริเริ่ม ออกหน่วยให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทยสัญจร ใน รพ.สต. โดยความร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมการใช้สมุนไพรกัญชาทดแทนยาแผนปัจจุบัน รวมถึงการปรับปรุงระบบให้บริการ One stop Service เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก และเพิ่มการเข้าถึงบริการ ร่วมกับการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้การเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

### ๕.๓ เขตสุขภาพที่ ๓

- มีปราชญ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการปลูกกัญชาในจังหวัดอุทัยธานี

### ๕.๔ เขตสุขภาพที่ ๔

- จัดทำระบบรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์ด้วย Data Studio ที่พัฒนาโดยสสจ.นครนายก
- เพิ่มองค์ความรู้กัญชาทาง App สมุนไพรและกัญชา By Mayuree
- มีงานวิจัยจากภาคีเครือข่ายจากมหาวิทยาลัยเข้ามามีส่วนร่วม

### ๕.๕ เขตสุขภาพที่ ๕

- คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลราชบุรี เป็นต้นแบบการบริการผสมผสานในกลุ่มผู้ป่วย Palliative Care

- คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีประจันต์ มีการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ทางคลินิก

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี มีการดำเนินงานด้านนโยบายกัญชาทางการแพทย์ อย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้ความร่วมมือของหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกจังหวัดทั้งรูปแบบการพัฒนา ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ

### ๕.๖ เขตสุขภาพที่ ๖

- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีระบบฐานข้อมูลคลินิกกัญชา (ออนไลน์) web base เป็นฐานข้อมูลสำหรับรวบรวมข้อมูลการใช้ยา กัญชาในสถานพยาบาลที่รับยา กัญชาที่ผลิตโดยโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานการวิจัยเกษตร (องค์กรมหาชน) โดยมีการประมวลผลแบบเรียลไทม์ รพ. แต่ละแห่งจะสามารถนำข้อมูลการใช้ไปอ้างอิงได้

- โรงพยาบาลบ้านบึงมีการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการกับทีมสหวิชาชีพและมีแพทย์ Palliative Care ร่วมดำเนินการทั้งในโรงพยาบาลและเชิงรุกในชุมชน

- กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ได้จัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ณ อาคาร ๑ ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ให้กับประชาชนในจังหวัดสมุทรปราการ

### ๕.๗ เขตสุขภาพที่ ๗

- มีแผนบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน เช่น การส่งเสริมร้านอาหารเมนูกัญชา/การแปรรูปผลิตภัณฑ์กัญชา

- โครงการ ปลุกกัญชาทางการแพทย์ “Roi ET Cannabis Model” เพื่อนำช่อดอกให้ รพ. สุวรรณภูมิผลิตยา กัญชาทางการแพทย์เพื่อใช้ในจังหวัด เช่น ยาหม่องโพลผสมกัญชา, ยาหม่องเสลดพังพอนผสมกัญชา, และ ลูกประคบ กัญชา และมีแผนผลิตตำรับกัญชาทางการแพทย์ในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๔ รายการ ได้แก่ น้ำมัน กัญชาตำรับเดชา (THC ไม่เกิน ๐.๒ มก./หยด), ตำรับยาครีมทาสะกัดเงิน, ตำรับสุขไสยาสน์ ๕๐๐ มก./แคปซูล, และตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคมิวหนิง

### ๕.๘ เขตสุขภาพที่ ๘

- อสม. Knock to the door สร้างความเข้าใจเรื่องกัญชาทางการแพทย์

- นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการฯ เขตสุขภาพที่ ๘ กรมการแพทย์แผนไทยฯ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสมุนไพร กัญชา และกัญชงทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ ๘ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่กำหนดให้การดำเนินการด้านกัญชาทางการแพทย์ และการแพทย์แผนไทยเป็นนโยบายเร่งด่วน

- มีการดำเนินงานครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการพัฒนาคลินิกกัญชาฯ พัฒนาบุคลากร การบริหารยา กัญชาทางการแพทย์ การจัดการระบบข้อมูล การสนับสนุน การผลิต(ปลูก) และการพัฒนาเส้นทางท่องเที่ยว

- มีการร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

### ๕.๙ เขตสุขภาพที่ ๙

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข จัดสัมมนาทางวิชาการออนไลน์ เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการและผลิตภัณฑ์ลูกชิ้นกัญชา

- จัดตั้งศูนย์กัญชง กัญชา ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

- รพ.สต. คลองม่วง เป็นต้นแบบแห่งแรกของประเทศ มีการปรุงยาตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาผสมอยู่ (ตำรับน้ำมันสนันไตรภพ) และเปิดให้บริการรักษาตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม – ศุกร์

- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเป็นแหล่งปลูกกัญชาและศึกษาวิจัย กระบวนการผลิตสารสกัดกัญชาชั้นนำของประเทศไทย

#### ๕.๑๐ เขตสุขภาพที่ ๑๐

- มีการ พัฒนาแอปพลิเคชัน Cannabis Stock (ระบบบริหารคลังยา กัญชาทางการแพทย์)
- มีโปรแกรมประเมินคุณภาพชีวิต palliative mD
- มีแอปพลิเคชันไลน์ (ชื่อคลินิกแผนไทย รพ.พนา) ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และนัดตรวจออนไลน์
- โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีคลินิกกัญชาเฉพาะโรค (โรกระบบประสาทเด็ก) สามารถให้การรักษาผู้ป่วยโรคลมชักรักษายากได้ผลลัพธ์ที่ดีถึงร้อยละ ๙๕
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีการจัดตั้งคลินิกมะเร็งสุขใจ (คลินิกกัญชาทางการแพทย์ + Pain clinic + Palliative care)

#### ๕.๑๑ เขตสุขภาพที่ ๑๑

- การจัดทำแนวเวชปฏิบัติทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยในการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์
- มีระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้กัญชาในเครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราชแบบไร้รอยต่อ
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และ กระบี่ โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข มีโครงการส่งเสริมและพัฒนาผู้ประกอบการในการแปรรูปกัญชา-กัญชง ให้ได้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผ่านมาตรฐาน อย. เพื่อเป็นการต่อยอดสร้างรายได้ให้ผู้ประกอบการและวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

#### ๕.๑๒ เขตสุขภาพที่ ๑๒

- มีการส่งเสริมผลิตภัณฑ์กัญชา กัญชง ให้ได้รับอนุญาต จำนวน ๒ รายการ (ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง, ผลิตภัณฑ์อาหาร น้ำชา กัญ)
- จัดตั้ง “สถานี กัญชา” คลินิกให้คำปรึกษาใน รพ.สต. ครอบคลุมทุกอำเภอ

### ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

- ๖.๑ ทหาสาเหตุการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care ที่ทำได้น้อย
- ๖.๒ ปรับระบบการเก็บข้อมูล ให้มีความชัดเจน ไม่ซับซ้อน เพื่อสะดวกแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ลดความคลาดเคลื่อน และลดเวลาการบันทึกข้อมูลได้
- ๖.๓ ควรมีเจ้าหน้าที่ส่วนกลางที่รับผิดชอบตัวชี้วัดกัญชาทางการแพทย์ ของระบบ HDC รับเรื่องและประสานกับหน่วยบริการส่วนภูมิภาคเพื่อให้คำแนะนำหรือแก้ไข กรณีที่หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลแล้วไม่ตรงกับที่แสดง ในระบบ HDC รวมทั้งควรให้เลือกช่วงเวลาในการแสดงผลเป็นรายไตรมาส และเพิ่ม data exchange ให้หน่วยบริการสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้
- ๖.๔ การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ทั้งบอร์ดให้ความรู้ แผ่นพับ และคู่มือผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
- ๖.๕ ควรวางระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้โรงพยาบาลที่มีศักยภาพ ในระดับจังหวัด เพื่อรองรับโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ และการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่
- ๖.๖ แจ้งหน่วยบริการทุกแห่งจัดเตรียมประเด็น เพื่อร่วมเวทีแลกเปลี่ยน ทั้งประเด็น case study กรณีศึกษา ด้านการรักษา และ Best Practice การบริหารจัดการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
- ๖.๗ เพิ่มกลุ่มโรคและอาการที่รับยา กัญชาทางการแพทย์จากแนวการรักษาเดิม การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่สมควรได้รับกัญชาทางการแพทย์ การค้นหาและให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อเพิ่มการให้ยาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น
- ๖.๘ ปรับระบบการเก็บข้อมูล ให้มีความชัดเจน ไม่ซับซ้อน เพื่อสะดวกแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ลดความคลาดเคลื่อน และลดเวลาการบันทึกข้อมูลได้
- ๖.๙ ควรรวบรวมฐานข้อมูลแหล่งจำหน่ายยา กัญชาทางการแพทย์ เพื่อเป็นแหล่งในการจัดหาสมุนไพรกัญชาทางการแพทย์สำหรับสถานพยาบาลเอกชน

๖.๑๐ สนับสนุนการจัดสอบกัญชาทางการแพทย์โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

๖.๑๑ ส่งเสริมการนำ Application Cannabis Stock และ Application palliative ๓D จากยโสธรมาใช้ในเขต เพื่อช่วยในการบริหารจัดการระบบกระจายยา กัญชา และเพิ่มการเข้าถึงการใช้บริการในกลุ่ม palliative care ในทุกระดับมากขึ้น

๖.๑๒ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักรักษายาก ซึ่งมีผลการรักษาที่ดีมาก ซึ่งสามารถควบคุมการชักได้ถึง ร้อยละ ๙๕

๖.๑๓ ส่งเสริมการนำ Telemedicine มาใช้ในการให้บริการคลินิกกัญชาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มศักยภาพและสร้างความมั่นใจในการใช้กัญชาทั้งในระดับ รพช. และ รพ.สต.

๖.๑๔ ควรมีแนวทางการสนับสนุนภาคเอกชนในการส่งเสริมกัญชาเพื่อเศรษฐกิจทั้งในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ผู้รายงาน พญ.ปัจฉิมา หลอมประโคน  
ตำแหน่งรองผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์

# ประเด็นที่ ๓

## ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน
- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- อำเภอฟ่่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
- รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

## บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

### ประเด็นตรวจราชการ: ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

#### ๑. ตัวชี้วัด:

- จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน (๓๐ ล้านคน)
- การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ (๓,๐๐๐ ทีม)
- รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว (ร้อยละ ๗๕ (สะสม))
- ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๗๕)

#### ๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขให้มีการขับเคลื่อนนโยบาย “ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง” ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรมมากขึ้น และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงระบบไม่ได้พัฒนาเท่าที่ควร แต่กลับพบว่าจากสถานการณ์ดังกล่าวได้สะท้อนให้รู้ว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิที่กระจายอยู่ทุกพื้นที่นับเป็นแกนหลักในการทำงานเพื่อควบคุมโรคดังกล่าว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องทำให้ระบบบริการปฐมภูมิจึงมีความเข้มแข็งต่อไป

#### ผลการดำเนินงาน

จำนวนประชาชนคนไทย จำนวน ๒๘,๓๗๑,๓๐๗ คน มีหมอปประจำตัว ๓ คน

การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต จำนวนรวม ๒,๖๙๒ หน่วย ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๔๙ หน่วย รวมทั้งสิ้น ๒,๙๔๑ หน่วย

เกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ดำเนินการประเมินตนเองตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว และบันทึกข้อมูลลงในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (GIS Health) เรียบร้อยแล้ว จำนวน ๗,๙๔๕ แห่ง (ร้อยละ ๘๕.๕๕)

อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ มีผลการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ ๓ ขึ้นไปครบทุกอำเภอ (๘๗๘ อำเภอ ร้อยละ ๑๐๐) รายงานผลการประเมิน เพื่อวางแผนพัฒนาร่วมกับจังหวัด / การกำหนดแผนและเป้าหมายในการดูแลกลุ่มเปราะบางครบทุกอำเภอ ๒ มีการคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น และประเด็นโควิด ๑ ประเด็น รวมอย่างน้อย ๓ ประเด็น รวมทั้งสิ้น ๓,๑๓๒ ประเด็น

#### ๓. ปัญหา

- นโยบาย “ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง” แต่เกิด Gap ในการถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในพื้นที่
- ขาดการประเมินการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พรบ.ปฐมภูมิ ปี พ.ศ.๒๕๖๒ ที่มีประสิทธิภาพ
- สถานการณ์ระบาดโควิด๑๙ ที่ผ่านมา ทำให้การพัฒนาเชิงระบบ อาจจะไม่ได้ออกมาเท่าที่ควร
- ความเชื่อมโยงข้อมูลบริการ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการคืนข้อมูลให้ผู้ป่วย
- พื้นที่ที่ยังไม่ได้ทำปฐมภูมิจริง เป็นเพียงส่งแพทย์ไปตรวจในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Extended OPD)
- บางพื้นที่มีปัญหาการทำงานเป็นทีม การบูรณาการทำงานร่วมกัน ระหว่างงานปฐมภูมิกับกรมวิชาการ

#### ๔. ข้อเสนอให้ส่วนกลาง

- กรณีแพทย์ ควรประสานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสนับสนุนการพัฒนาแพทย์ เพื่อเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม
- ประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็งในเชิงคุณภาพ
- พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่าย
- สร้าง / มีเวทีเชิดชูเกียรติและให้คุณค่าการขับเคลื่อนงานปฐมภูมิ

#### ๕. ประเด็นที่ควรกำกับติดตาม

ติดตาม KPI เชิงปริมาณ แต่เน้นผลลัพธ์การดำเนินงานในเชิงคุณภาพ โดยกำหนดพื้นที่เป้าหมายเพื่อสะท้อนผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม

- ถอดบทเรียน พชอ.ระดับดีเด่น จังหวัดละ ๑ อำเภอ
- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มพื้นที่ จังหวัดละ ๑ อำเภอ
- บูรณาการงานปฐมภูมิ (๓หมอ/จัดตั้งหน่วย/รพ.สต.ติดตาม/พชอ.) เขตสุขภาพละ ๑ อำเภอ

หมอประจำตัว ๓ คน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชน รู้จัก ๓ หมอ</li> <li>- รู้ช่องทางการสื่อสาร/ติดต่อได้</li> <li>- ขอคำปรึกษา และสามารถให้คำปรึกษา</li> <li>- ประชาชนได้รับการดูแล และ ได้รับ HL</li> </ul>
การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาศักยภาพ PCU/NPCU ต้นแบบที่มีศักยภาพ ๑ อำเภอมีคุณภาพ</li> <li>- ปรับรูปแบบบริการปฐมภูมิที่มุ่งเน้น “ประชาชนเป็นฐาน” เน้นลงไปสู่การดูแลที่บ้านและชุมชน ไม่ใช่ Extended OPD</li> <li>- ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิ : ลดความรุนแรง ลดป่วย ลดตาย</li> <li>- ผลิตและพัฒนาแพทย์ FM เพื่อจัดตั้ง PCU/NPCU</li> </ul>
รพ.สต.ติดตาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.สต. พัฒนาบริการให้ได้มาตรฐานและคุณภาพ</li> <li>- มีการประสานการทำงานกับ รพ. แม่ข่าย เช่น ข้อมูล ระบบการส่งต่อ</li> </ul>
การพัฒนาคุณภาพชีวิต	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลกลุ่มเปราะบาง (ผู้พิการ+ผู้สูงอายุ (ติดเตียง) IMC ผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID ๑๙ )</li> <li>- การเกิดการบูรณาการที่เป็นรูปธรรม: งบประมาณ ทรัพยากร ความรู้ ข้อมูล</li> <li>- ผลลัพธ์จากประเด็นต่าง ๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่</li> </ul>

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๑  
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

๒. ตัวชี้วัด: จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : นายจรัส รัชกุล ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน  
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ  
หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
นางจีรวรรณ หัสโรค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

๔. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขให้มีการขับเคลื่อนนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน” เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่องได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ด้วยหลักการ “เข้าถึง ครอบคลุม ต่อเนื่อง” ซึ่งครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาฟื้นฟูสภาพ ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลในระบบบริการ เพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม โดยมีทีมหมอประจำตัว ๓ คน คือ อสม.หมอประจำบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อให้คนไทยทุกคนทุกคนรอบครัวมีหมอดูแลให้บริการในทุกระดับของการเจ็บป่วย ประชาชนทุกคนรอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง ๓ คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพ จะได้รับบริการจากหมอทั้ง ๓ คน ตามลำดับความต้องการการดำเนินงานตามนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน”

๔.๑ รายงานความก้าวหน้าการบันทึกข้อมูล

เขต	ประชากรทั้งหมด	ข้อมูล ๓ หมอ			ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุ			
		หมอประจำบ้าน	หมอสาธารณสุข	หมอครอบครัว	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	รวมทั้งหมด
๑	๔,๗๑๐,๔๐๖	๑๓๓,๗๘๔	๕,๐๐๒	๕๕๓	๖๖๓,๙๖๕	๔๑,๒๑๔	๑๐๒๓๘	๗๑๕,๔๑๗
๒	๒,๗๐๑,๐๓๗	๗๐,๕๓๖	๓,๐๖๗	๓๑๐	๗๖๕,๐๖๑	๒๒,๙๖๕	๕๗๐๙	๗๙๓,๗๓๕
๓	๒,๓๐๒,๗๕๔	๖๐,๑๓๔	๒,๕๗๐	๓๐๓	๗๔๓,๗๕๒	๓๗,๖๖๐	๗๘๘๑	๗๘๘,๒๙๓
๔	๕,๒๗๗,๖๒๑	๖๓,๙๐๗	๓,๐๙๔	๓๗๘	๕๖๖,๗๖๕	๓๕,๒๒๑	๙๘๑๐	๖๑๑,๗๙๖
๕	๔,๒๗๘,๘๒๔	๗๒,๕๒๑	๔,๔๐๓	๔๘๖	๑,๐๒๑,๐๕๐	๖๖,๑๘๘	๑๒๕๘๓	๑,๐๙๙,๘๒๑
๖	๕,๓๗๗,๘๘๖	๗๑,๒๑๗	๓,๘๐๑	๔๔๓	๕๒๑,๓๙๕	๒๖,๓๕๖	๙๐๕๔	๕๕๖,๘๐๕
๗	๔,๑๗๖,๑๓๐	๑๐๔,๓๕๐	๔,๓๑๓	๔๖๑	๙๘๒,๘๐๐	๕๓,๕๕๙	๙๘๖๑	๑,๐๔๖,๒๒๐
๘	๔,๗๑๑,๓๗๖	๑๐๖,๐๙๐	๕,๐๙๖	๕๗๙	๑,๒๔๔,๑๗๕	๗๙,๓๘๓	๑๒๕๖๔	๑,๓๓๖,๑๒๒
๙	๕,๓๕๔,๖๐๔	๑๒๙,๑๔๒	๕,๓๑๗	๕๖๙	๑,๑๕๓,๑๔๘	๗๙,๖๘๐	๑๕๖๒๘	๑,๒๔๘,๕๕๖
๑๐	๓,๕๒๔,๒๑๔	๘๖,๑๔๒	๔,๐๓๕	๓๘๓	๗๓๔,๐๗๘	๕๑,๓๑๐	๘๕๙๒	๗๙๓,๙๘๐
๑๑	๓,๕๕๖,๑๒๓	๗๖,๐๒๒	๓,๖๘๗	๔๕๖	๗๙๐,๗๔๕	๔๘,๕๒๗	๑๑๘๒๒	๘๕๖,๐๙๔
๑๒	๔,๐๙๙,๘๒๓	๖๓,๔๓๐	๔,๕๖๖	๔๒๑	๘๓๒,๕๓๖	๓๔,๒๐๙	๙๙๔๕	๘๗๖,๖๙๐
รวม	๕๐,๐๗๐,๗๙๙	๑,๐๓๕,๒๘๐	๔๘,๙๕๑	๕,๓๔๒	๑๐,๐๑๙,๔๗๐	๕๗๖,๒๗๒	๑๒๓๖๘๗	๑๐,๗๑๙,๔๒๙

หมายเหตุ :

ที่มา : [https://ndocor.hss.moph.go.th/main/rp\\_region](https://ndocor.hss.moph.go.th/main/rp_region) ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ เม.ย. ๒๕๖๕ เวลา ๐๐:๓๙:๑๓

ฐานข้อมูลประชากร : จาก HDC ๔๓ แฟ้ม

## ๔.๒ รายงานข้อมูลประชาชนที่มีชื่อขึ้นทะเบียนหมอประจำตัว ๓ คน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ

พ.ศ. ๒๕๖๒

เขตสุขภาพที่	ประชากรทั้งหมด จำนวน DB Pop (ก.ย.๒๕๖๔)	จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตาม พรบ. (๓๐ ล้านคน)	ร้อยละ
๑	๕,๙๘๕,๖๗๙	๓,๓๗๑,๑๗๗	๕๖.๓๒
๒	๓,๖๘๘,๓๒๔	๑,๗๙๐,๕๓๑	๔๘.๕๔
๓	๓,๐๖๒,๓๖๗	๑,๗๘๖,๐๐๕	๕๘.๓๒
๔	๕,๓๐๗,๙๗๗	๑,๙๘๐,๑๗๐	๓๗.๓๐
๕	๕,๔๒๔,๐๓๘	๒,๒๘๖,๐๘๖	๔๒.๑๔
๖	๖,๑๑๖,๕๒๐	๒,๓๑๘,๐๗๑	๓๗.๘๙
๗	๕,๑๕๘,๔๕๗	๒,๖๖๒,๕๗๘	๕๑.๖๑
๘	๕,๖๖๓,๐๓๒	๑,๖๘๕,๗๐๔	๒๙.๗๖
๙	๖,๙๑๘,๗๒๒	๓,๗๐๒,๙๗๕	๕๓.๕๒
๑๐	๔,๗๒๘,๔๗๐	๒,๑๙๑,๔๙๔	๔๖.๓๔
๑๑	๔,๖๑๑,๓๕๒	๑,๗๗๘,๔๑๐	๓๘.๕๖
๑๒	๕,๑๔๕,๙๙๓	๒,๘๑๘,๑๐๖	๕๔.๗๖
รวม	๖๑,๘๑๐,๙๓๑	๒๘,๓๗๑,๓๐๗	๔๕.๙๐

ที่มา : ประชากรทั้งหมดจากฐานข้อมูล สปสช.

: จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตาม พรบ. จากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ณ วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๕

## ๕. ปัญหา แผน/กิจกรรมการแก้ไขและผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. การแพร่ระบาดของโรค COVID-๑๙	ฝึกอบรมในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่	ฝึกอบรม อสม.หมอประจำบ้าน (หมอคนที่ ๑) และปรับรูปแบบใช้ระบบออนไลน์เข้ามาช่วยในการอบรม อสม.หมอประจำบ้านตามความเหมาะสมของพื้นที่
๒. การบันทึกข้อมูลลงระบบรายงาน ๓ หมอ	วางแผนการบันทึกข้อมูลในระบบเป็นรายไตรมาส	ประชาชนมีหมอประจำตัว ๓ คน ครอบคลุม ร้อยละ ๔๕.๙๐

## ๖. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๑. เขตสุขภาพที่ ๒ มีการเชื่อมโยงระบบการเยี่ยมบ้านกับ แอปพลิเคชัน หมอรู้จักคุณ

๒. เขตสุขภาพที่ ๖ มีการบูรณาการงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพ ในกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเปราะบาง โดยสำรวจกลุ่มเป้าหมาย และจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลให้กับ อสม.หมอประจำบ้าน เพื่อออกติดตามและดูแลกลุ่มเป้าหมายร่วมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พร้อมประเมินคุณภาพชีวิตตามแบบประเมินที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด

**๗. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ/แนวทางการแก้ไขปัญหา****๗.๑ สำหรับพื้นที่**

๑. โปรแกรมในการบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อน ไม่สามารถประมวลผล เสนอให้ประสานผู้ดูแลระบบเพื่อพัฒนาระบบการใช้งานให้ดีขึ้น
๒. การพัฒนาศักยภาพหมอมคนที่ ๑ อบรม อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน ตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายของแต่ละจังหวัด ควรมีรูปแบบการอบรมที่แตกต่างกันไปตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่
๓. การพัฒนาเครื่องมือในการเฝ้าระวัง กำกับ ติดตาม กับการจัดการความเสี่ยงในระดับ บุคคล ครอบครัว ทุกช่วงวัยที่เหมาะสมกับ ๓ หมอ และต้องสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

**๗.๒ สำหรับส่วนกลาง**

๑. ประชาชนในพื้นที่มีทั้งที่อยู่เขตเทศบาล อบต. และภาคเอกชน ทำให้การดูแลของหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ เข้าไปดูแลได้ไม่ทั่วถึง งบประมาณการดำเนินการพัฒนา อสม. จึงไม่ครอบคลุมในส่วนของชุมชนในเขตเทศบาล
๒. การเชื่อมโยงนโยบาย แนวทางปฏิบัติ และฐานข้อมูลระหว่างกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้
๓. การกรอกข้อมูลในเว็บไซต์ ๓ หมอ ควรมีความเชื่อมโยงและบูรณาการร่วมกันระหว่างกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้รายงาน นายจรัส รัชกุล ผอ.กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน  
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รอง ผอ. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

วัน/เดือน/ปี ๒๐ เม.ย. ๒๕๖๕

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๑  
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

๒. ตัวชี้วัด: การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ  
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

การพัฒนาบริการปฐมภูมิ (Primary care service) มีความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ ที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรมมากขึ้น รวมทั้งสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลลงได้ ประเทศไทยมีนโยบายการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นเมื่อมีการกำหนดสาระสำคัญในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ช (๕) ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย และกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ปัจจุบันพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช ๒๕๖๒ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ประกอบด้วย ๖ หมวด และบทเฉพาะกาล รวมทั้งหมด ๔๓ มาตรา โดยมาตรา ๑๐ (๑) บัญญัติให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิมิหน้าที่และอำนาจเสนอแนะนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ.๒๕๖๔ -๒๕๗๓) ซึ่งเป็นการกำหนดระยะเวลาของแผน ๑๐ ปี เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช ๒๕๖๒ มาตรา ๔๓ ที่บัญญัติไว้ภายในสิบปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้สำนักงานจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ และลักษณะพื้นที่

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มจากหลักพันเป็นหลักหมื่นในแต่ละวัน ส่งผลให้การดำเนินงานระบบปฐมภูมิ รอบ ๖ เดือน ต้องมีการปรับปรุงแบบการประเมินมาตรฐาน สำหรับการตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนระดับจังหวัดและได้มีการประกาศการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้เปิดให้บริการสุขภาพปฐมภูมิกับประชาชนในพื้นที่ โดยมีการประกาศการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต จำนวนรวม ๒,๖๙๒ หน่วย แบ่งเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จำนวน ๑,๐๙๐ หน่วย และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) จำนวน ๑,๖๐๒ หน่วย และมีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๔๙ หน่วย

สรุปได้ว่า ยอดสะสมในจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๒- ๒๕๖๕ ดังนี้ ๑) หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เขตสุขภาพ ๑๒ เขต (PCU) จำนวน ๑,๐๙๐ หน่วย ๒) หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (PCU) จำนวน ๒๔๙ หน่วย และ ๓) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต (NPCU) จำนวน ๑,๖๐๒ หน่วย รวมทั้งสิ้น จำนวน ๒,๙๔๑ หน่วย

### ๔.๑ ผลการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ในพื้นที่เขตสุขภาพ ๑๒ เขต และในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เขต	จำนวน DB Pop (ก.ย.๖๔)	เป้าหมาย			PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียน (หน่วย)			ร้อยละ		ประชากรขึ้นทะเบียน (คน)		ปี ๖๕ แผน อบรม BC
		จำนวน	แผน ๑๐ปี	แผน ๖๕	สะสม ๖๒-๖๔	ปี ๖๕ ครั้งที่ ๑	รวมสะสม ๖๒-๖๕	เป้าจำนวน	แผน ๑๐ปี	จำนวน	ร้อยละ	
๑	๕,๙๘๕,๖๗๙	๕๙๙	๕๔๗	๕๖	๓๑๒	๑๑	๓๒๓	๕๓.๙๖	๕๙.๐๕	๓,๓๗๑,๑๓๗	๕๖.๓๒	๖๐
๒	๓,๖๘๘,๓๒๔	๓๖๙	๒๘๗	๓๙	๑๕๗	๑๓	๑๗๐	๔๖.๐๙	๕๙.๒๓	๑,๗๙๐,๕๓๑	๔๘.๕๔	๕๐
๓	๓,๐๖๒,๓๖๗	๓๐๖	๒๕๙	๒๘	๑๖๖	๑	๑๖๗	๕๔.๕๓	๖๔.๔๘	๑,๗๘๖,๐๐๕	๕๘.๓๒	๕๐
๔	๕,๓๐๗,๙๗๗	๕๓๑	๔๒๒	๓๘	๑๗๙	๖	๑๘๕	๓๕.๘๕	๔๓.๘๘	๑,๙๘๐,๑๗๐	๓๗.๓	๕๐
๕	๕,๔๒๔,๐๓๘	๕๔๒	๓๘๐	๔๒	๒๑๐	๓	๒๑๓	๓๙.๒๗	๕๖.๐๕	๒,๒๘๖,๐๘๖	๔๒.๑๔	๕๗
๖	๖,๑๑๖,๕๒๐	๖๑๒	๕๓๓	๕๒	๒๐๕	๙	๒๑๔	๓๕.๙๙	๔๐.๑๕	๓,๓๑๘,๐๗๑	๓๗.๘๙	๑๐๐
๗	๕,๑๕๘,๔๕๗	๕๑๖	๓๔๐	๕๗	๒๔๕	๑๑	๒๕๖	๔๙.๖๓	๗๕.๒๙	๒,๖๖๒,๕๗๘	๕๑.๖๑	๕๐
๘	๕,๖๖๓,๐๓๒	๕๖๖	๕๐๙	๘๘	๑๔๐	๒๘	๑๖๘	๒๙.๖๗	๓๓.๐๑	๑,๖๘๕,๗๐๔	๒๙.๗๖	๑๙๓
๙	๖,๙๑๘,๗๒๒	๖๙๒	๕๙๙	๗๒	๒๙๐	๔๔	๓๓๔	๔๘.๒๗	๕๕.๗๖	๓,๗๐๒,๙๗๕	๕๓.๕๒	๒๔๖
๑๐	๔,๗๒๘,๔๗๐	๔๗๓	๔๙๖	๖๗	๑๗๖	๓๘	๒๑๔	๔๕.๒๖	๔๓.๑๕	๒,๑๙๑,๔๙๔	๔๖.๓๔	๖๐
๑๑	๔,๖๑๑,๓๕๒	๔๖๑	๔๐๕	๕๒	๑๗๐	๑	๑๗๑	๓๗.๐๘	๔๒.๒๒	๑,๗๗๘,๔๑๐	๓๘.๕๖	๑๗
๑๒	๕,๑๔๕,๙๙๓	๕๑๕	๔๖๔	๕๓	๒๔๗	๓๐	๒๗๗	๕๓.๘๓	๕๙.๗๐	๒,๘๑๘,๑๐๖	๕๔.๗๖	๔๐
รวม	๖๑,๘๑๐,๙๓๑	๖,๑๘๑	๕,๒๔๑	๖๔๔	๒๔๙๗	๑๙๕	๒๖๙๒	๔๓.๕๕	๕๑.๓๖	๒,๘๗๑,๓๐๗	๔๕.๙	๙๗๓
กทม.	๕,๔๔๒,๕๑๖	๕๔๔	๕๔๔	๐	๑๗๘	๗๑	๒๔๙	๔๕.๗๕	๔๕.๗๗	๐	๐	๖๕
รวมทั้งหมด	๖๗,๒๕๓,๔๔๗	๖,๗๒๕	๕,๗๘๕	๖๔๔	๒๖๗๕	๒๖๖	๒๙๔๑	๔๓.๗๓	๕๐.๘๔	๕,๐๘๑	๔๕.๙	๑๐๓๘

หมายเหตุ - ข้อมูลจาก สสพ. ณ วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕ (ประกาศขึ้นทะเบียนครั้งที่ ๑/๒๕๖๕)

- แผนการจัดตั้ง ปี ๒๕๖๕ เป็นข้อมูลจากแผนการจัดตั้ง PCU/NPCU ๑๐ ปี ของจังหวัดที่ได้ทบทวนใหม่

ตาราง ๔.๑ ผลการจัดตั้งและการประกาศขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในพื้นที่เขตสุขภาพ ๑๒ เขต สะสม (รอบ ๖ เดือน) รวมจำนวน ๒,๖๙๒ หน่วย และในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๔๙ หน่วย คิดเป็น ๕๕.๗๕ เปอร์เซ็นต์ ของเป้าหมายทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวนเป้าหมาย ๓,๐๐๐ หน่วย

#### ตารางแผนอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

โครงการอบรมหลักสูตร Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor ปี ๒๕๖๕

เขต	หน่วยงานรับผิดชอบ	งบประมาณ	จำนวนคน	ระยะเวลาดำเนินการ
๑	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑	๕๖๐,๐๐๐	๖๐	เดือน ม.ค.- ก.ย. ๖๕
๒	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๒	๓๙,๐๕๐	๕๐	ระหว่างวันที่ ๙ - ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕
๓	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓	๑๔๒,๘๐๐	๕๐	ม.ค.- ก.ย. ๖๕
๔	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔	๓๕๑,๓๐๐	๕๐	ระหว่าง มิ.ย. - ก.ย. ๖๕
๕	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕	๓๘๒,๑๐๐	๕๗	Module ๑ ระหว่างวันที่ ๗-๘ ก.ค. ๖๕ Module ๒ ระหว่างวันที่ ๔-๕ ส.ค. ๖๕
๖	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ / รพ.ชลบุรี	๓๐,๖๐๐	๑๐๐	Module ๑ ระหว่างวันที่ ๒๔-๒๕ มกราคม ๖๕ Module ๒ ระหว่างวันที่ ๒๒-๒๓ กุมภาพันธ์ ๖๕

เขต	หน่วยงานรับผิดชอบ	งบประมาณ	จำนวนคน	ระยะเวลาดำเนินการ
๗	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗	๓๕๐,๐๐๐	๕๐	ระหว่าง ม.ค.- พ.ค. ๖๕
๘	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	๑,๒๑๖,๙๐๐	๑๙๓	รุ่นที่ ๑ จ.อุดรธานี ม.ค.- ก.พ.๖๕ รุ่นที่ ๒ จ.สกลนคร ม.ค.- ก.พ.๖๕ รุ่นที่ ๓,๔ ดำเนินการในไตรมาส ๓ และ ๔
๙	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙	๑,๑๑๖,๐๖๐	๒๔๖	ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๔
๑๐	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐	๒๑๖,๑๐๐	๖๐	ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๕
๑๑	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑	๓๕๙,๗๐๐	๑๗	Module ๑ ระหว่างวันที่ ๓ - ๔ มี.ค. ๖๕ Module ๒ ระหว่างวันที่ ๓๑ มี.ค. - ๑ เม.ย. ๖๕
๑๒	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒	๒๐๐,๐๐๐	๔๐	ระยะที่ ๑ วันที่ ๒๗ - ๒๘ พ.ค. ๖๕ ระยะที่ ๒ วันที่ ๑๐ - ๑๑ มิ.ย. ๖๕
๑๓	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๓	๒๙๐,๒๐๐	๖๕	ระหว่างเดือนมีนาคม - กันยายน ๒๕๖๕
	รวม	๕,๒๕๔,๘๑๐	๑,๐๓๘	

#### ๔.๒ ปัญหา แผน/กิจกรรมการแก้ไขและผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑.ขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้	๑. เขตสุขภาพอบรมหลักสูตร basic course ๒. ราชวิทยาลัยฯ อบรมหลักสูตร short course ๓. เตรียมความพร้อมหน่วยบริการ (๓ S) เพื่อขึ้นทะเบียน PCU / NPCU	๑.อยู่ระหว่างการอบรมหลักสูตร basic course / หลักสูตร short course
๒. แผนการจัดตั้ง PCU / NPCU ๑๐ ปีของระดับจังหวัดมีสัดส่วนประชากรต่อที่มไม่เป็นที่ กม.ว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ	๑.ตรวจสอบข้อมูลการทบทวนแผนการจัดตั้งฯ ๒.จัดประชุมชี้แจงพื้นที่	๑.จังหวัดส่งแผนการจัดตั้งไม่ครบทุกจังหวัด ๒.สสป.อยู่ระหว่างการตรวจสอบข้อมูล

#### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

-

#### ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

##### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. สนับสนุน สร้างแรงจูงใจให้แพทย์ศึกษาต่อด้านแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้น
๒. พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานให้บริการระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้ประชาชนเกิดความมั่นใจด้านคุณภาพการให้บริการ
๓. ประชาสัมพันธ์การรับรู้ของประชาชนในการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล
๔. สนับสนุนจัดหาวัสดุอุปกรณ์ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้บริการเพื่อรองรับการเปิดให้บริการ PCU / NPCU

**๖.๒ สำหรับส่วนกลาง**

๑. ส่วนกลางประเมินผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
๒. ส่วนกลางสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาสำหรับแพทย์ทั่วไปหรือ แพทย์เฉพาะทาง ในหลักสูตรระยะสั้นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สำหรับการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ
๓. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง PCU/NPCU และโรงพยาบาลแม่ข่าย

ผู้รายงาน : นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ  
วัน/เดือน/ปี ๒๐ เม.ย. ๒๕๖๕

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ๓. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
๒. หัวข้อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)
  - หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ( สสป.)
  - หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
๔. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีเจตนารมณ์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป ได้กำหนดให้ทุกอำเภอของทุกจังหวัดเว้นแต่กรุงเทพมหานคร มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอและดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงานดังกล่าว โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ หมายถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” มีการติดตามประเมินผลตามองค์ประกอบ UCCARE (U=Unity Team การทำงานเป็นทีม, C= Customer Focus การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน, C= Community participation การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี, A=Appreciation การชื่นชมและให้คุณค่า, การเยี่ยมเสริมพลัง, R=Resource sharing and human development การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร, E= Essential care) ในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่พื้นที่กำหนดร่วมกัน โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและการประเมินระดับจังหวัด

ระดับที่ ๑	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
ระดับที่ ๒	มีการขยายการดำเนินการ
ระดับที่ ๓	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
ระดับที่ ๔	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น

	(การเรียนรู้ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)
ระดับที่ ๕	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร

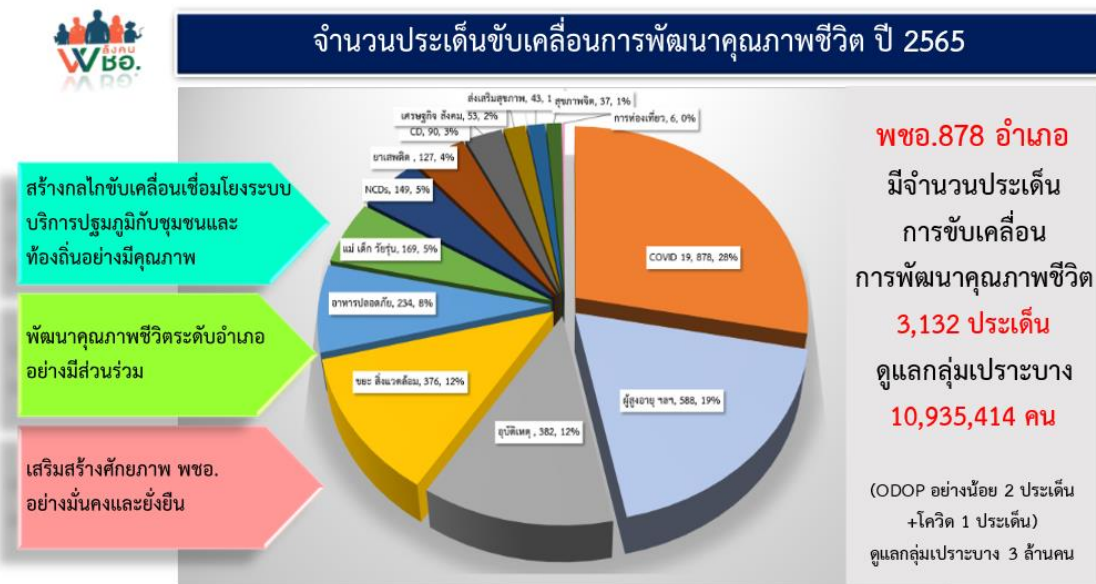
## สรุปผลการดำเนินงาน

ปี พ.ศ.	จำนวนพื้นที่ดำเนินการ	KPT กระทรวง
๒๕๕๙	๗๓ อำเภอ (นำร่อง พื้นที่สมัครใจ : ตามแผนปฏิรูประบบสาธารณสุข)	-
๒๕๖๐	๒๐๐ อำเภอ (ขยายผล พื้นที่สมัครใจ:ตามแผนปฏิรูประบบสาธารณสุข)	-
๒๕๖๑	๘๗๘ อำเภอ (ขยายผลเต็มพื้นที่รองรับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑)	เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐ ผลงาน ร้อยละ ๕๐.๗
๒๕๖๒	๘๗๘ อำเภอ (เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ)	เป้าหมาย ร้อยละ ๖๐ ผลงาน ร้อยละ ๖๖.๒๘
๒๕๖๓	๘๗๘ อำเภอ (เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ)	เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐ ผลงาน ร้อยละ ๗๑.๔๑
๒๕๖๔	๘๗๘ อำเภอ (เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ)	เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ ผลงาน ร้อยละ ๗๓.๑๒ (ชะลอการประเมินผลงาน เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙)

## การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการที่สำคัญ ปี ๒๕๖๕

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีมาตรการที่สำคัญ ดังนี้

๑. การสร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ
๒. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม
๓. การเสริมสร้างศักยภาพ พขอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน



ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2565 : กองตรวจราชการ

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ มีเจตนารมณ์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ในปี ๒๕๖๕ ทุกอำเภอ (๘๗๘ อำเภอ ร้อยละ ๑๐๐) มีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ“พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ดังนี้

๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นปัจจุบันครบทุกอำเภอ(๘๗๘ อำเภอ ร้อยละ ๑๐๐)
๒. มีผลการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ ๓ ขึ้นไปครบทุกอำเภอ (๘๗๘ อำเภอ ร้อยละ ๑๐๐) และรายงานผลการประเมิน เพื่อวางแผนพัฒนาร่วมกับจังหวัด
๓. มีการกำหนดแผนและเป้าหมายในการดูแลกลุ่มเปราะบางครบทุกอำเภอ
๔. มีการประชุมอย่างมีส่วนร่วมคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น และประเด็นโควิด ๑ ประเด็น รวมอย่างน้อย ๓ ประเด็น รวมทั้งสิ้น ๓,๑๓๒ ประเด็น

#### ประเด็นที่มีการขับเคลื่อนสูงสุด ๕ อันดับ คือ

๑. ประเด็นโควิด ๑๙ จำนวน ๘๗๘ อำเภอ (ร้อยละ ๑๐๐ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
  ๒. ประเด็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้และผู้เปราะบาง จำนวน ๕๘๘ อำเภอ (ร้อยละ ๖๖.๙๗ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
  ๓. ประเด็นอุบัติเหตุ จำนวน ๓๘๒ อำเภอ (ร้อยละ ๔๓.๕๑ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
  ๔. การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม จำนวน ๓๗๖ อำเภอ (ร้อยละ ๔๒.๘๒ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
  ๕. อาหารปลอดภัย เกษตรปลอดภัย จำนวน ๑๖๙ อำเภอ (ร้อยละ ๒๖.๖๕ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
- พขอ. มีการดูแลกลุ่มผู้เปราะบาง รวมทั้งสิ้น ๑๐,๙๓๕,๔๑๔ คน ดังนี้ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๕)**
๑. กลุ่มผู้สูงอายุ (ติดเตียง) จำนวน ๗๔๖,๓๘๗ คน
  ๒. ผู้พิการ จำนวน ๒๘๓,๔๐๖ คน
  ๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลาง (IMC.) จำนวน ๒๑๒,๘๑๕ คน
  ๔. ผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด ๑๙ จำนวน ๙,๖๙๒,๘๐๖ คนทุกอำเภอ (๘๗๘ อำเภอ)



## การพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ที่มีคุณภาพ ปี 2565 รอบ 1

เปรียบเทียบร้อยละของจำนวนอำเภอที่ขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ปี 2565



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. แผนในการปฏิบัติงาน กำกับติดตามและประเมินผล ส่วนใหญ่เป็นการจัดประชุม ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานล่าช้า เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙)	-ปรับใช้การสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ VDO Conference / Zoom และแอปพลิเคชัน ต่างๆ เช่น Line, Facebook	มีการติดตามการสรุปการประชุมออนไลน์ จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ทำให้จังหวัดในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด และจังหวัดอื่น ๆ ไม่สามารถดำเนินการประเมินผลทั้งสองประเด็นได้ แต่สามารถปรับแผนและดำเนินงานเกี่ยวกับประเด็นป้องกันและเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขปรับแผน โดยการชะลอการประเมินผลในช่วงครึ่งปีหลังเพื่อไม่ให้เป็นการกระทบแก่ผู้ปฏิบัติงานมากเกินไป
๒. กลไกเชื่อมโยงการขับเคลื่อนงานพขอ.ในระดับจังหวัด	กำหนดให้มีนโยบาย กลไกสนับสนุนระดับจังหวัด (พชจ.) ในการขับเคลื่อน พขอ.ที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับชุมชนท้องถิ่น อย่างมีประสิทธิภาพ	มีหนังสือจากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ขอความร่วมมือในการแต่งตั้ง พชจ.ตามความเหมาะสมของพื้นที่
๓. สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙)	มีการใช้กลไก พขอ. ในการจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙	กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนทั้งนโยบายและงบประมาณให้ พขอ.ดำเนินประเด็นป้องกันและเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) โดยการบูรณาการทรัพยากรร่วมกันของภาครัฐ เอกชนและประชาชนในพื้นที่ทำให้เกิดผลการดำเนินงานบูรณาการการดำเนินงานในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมโดยเฉพาะการช่วยเหลือกลุ่มผู้เปราะบางจากโควิด ๑๙ ทำให้การดำเนินงานรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์
๔. การแก้ไขปัญหาสุขภาพ/ปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยใช้กลไกคกก.พขอ.ยังไม่สามารถระบุผลลัพธ์และแนวทางขยายผลได้ชัดเจน	สรุปผลลัพธ์/ถอดบทเรียน การดำเนินงาน พขอ.แต่ละอำเภอ ที่เป็นรูปธรรมหรือที่ภาคภูมิใจย้อนหลัง ๓ ปี พร้อมกำหนดแนวทางขยายผล จังหวัดละ ๑ อำเภอ	๑. ชั้นเตรียมการ (ภายใน พ.ค. ๒๕๖๕) - รูปแบบ/ขั้นตอน - ประเด็น - งบประมาณ ๒.ชั้นดำเนินการ (มิ.ย. ๒๕๖๕) จังหวัดละ ๑ วัน ๓. สรุปผล (มิ.ย. ๒๕๖๕)

## ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

ลำดับที่	เขตสุขภาพที่	นวัตกรรม
๑	๑	พขอ.เชียงใหม่ของ “๕ ดวงใจ สายใยคุณภาพชีวิต” การดำเนินงานตามกลุ่มวัยของ อ.เชียงใหม่ของ จ.เชียงใหม่
๒	๑	พขอ. พญาเม็งราย “การดูแลเด็กปฐมวัย EF “ อ.พญาเม็งราย จ.เชียงใหม่
๓	๑	จังหวัดลำพูน การใช้ Application “พันภัย” ในการช่วยเหลือผู้เปราะบางร่วมกับสภาวิชาชีพในทุกรัฐ
๔	๑	พขอ.จุน และพขอ.เชียงใหม่ จ.พะเยา ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง
๕	๑	พขอ.ขุนยวม ภูมิถิ่นธรรมพลังบำบัด วิถีแห่งขุนยวม อ.ขุนยวม จ.แม่ฮ่องสอน
๖	๑	พขอ.บ้านโฮ้ง สมุนไพรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อ.บ้านโฮ้ง จ.ลำพูน
๗	๒	พขอ.บ้านตาก ประเด็นบ้านตากเมืองสะอาด ต้นแบบการบริหารจัดการขยะแบบครบวงจร อ.บ้านตาก จ.ตาก
๘	๒	พขอ.แม่ระมาด และ พขอ.อุ้มผาง จ.ตาก มีการดำเนินงานเชื่อมโยงกลไกร่วมกับรพ.สต.ติดตาม ทำให้เกิดพื้นที่ต้นแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
๙	๒	พขอ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก เครือข่ายพระคิลานุปัฏฐาก
๑๐	๒	พขอ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ ต้นแบบอาหารปลอดภัย
๑๑	๒	พขอ.เมืองสุโขทัย จ.สุโขทัย ต้นแบบประเด็นการป้องกันเด็กจมน้ำ
๑๒	๒	พขอ.ศรีสัชกาลย์ จ.สุโขทัย ต้นแบบประเด็นอาหารปลอดภัย
๑๓	๒	พขอ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์ การดูแลผู้เปราะบางในสถานการณ์โควิด ๑๙
๑๔	๓	พขอ.บางมูลนาก จ.พิจิตร การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด๑๙
๑๕	๓	พขอ.สว่างอารมณ์ จ.อุทัยธานี การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
๑๖	๓	พขอ.สรรพยา จ.ชัยนาท “คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ”
๑๗	๓	พขอ.ทรายทองวัฒนา จ.กำแพงเพชร “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคเรื้อรัง”
๑๘	๔	พขอ.ท่าช้าง จ.สิงห์บุรี “ การดูแลผู้สูงอายุและการเตรียม Pre aging ในชุมชน”
๑๙	๔	พขอ.บางปะหัน จ.พระนครศรีอยุธยา “การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน”
๒๐	๔	พขอ.ชัยบาดาล จ.ลพบุรี “การบริหารจัดการขยะ และการจัดการสิ่งแวดล้อม”
๒๑	๔	พขอ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี “การส่งเสริมการจัดการระบบอาหารสุขภาพ วิถีเกษตรธรรมชาติ”
๒๒	๔	พขอ.บ้านนา จ.นครนายก “การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส (กองทุนระบอบใหม่)”
๒๓	๔	พขอ.บางกรวย “การดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการขยะ”
๒๔	๔	พขอ.แก่งคอย จ.สระบุรี โรงเรียนวิถีพอเพียง
๒๕	๔	พขอ.เมืองปทุมธานี จ.ปทุมธานี “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม”
๒๖	๕	พขอ.เมืองสมุทรสาคร จ.สมุทรสาคร “การดูแลผู้ยากไร้ และผู้เปราะบาง”
๒๗	๕	พขอ.ห้วยกระเจา จ.กาญจนบุรี “การพัฒนาชีวิตเพื่อคุณภาพชีวิต”

ลำดับที่	เขตสุขภาพที่	นวัตกรรม
๒๘	๕	พขอ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี การดูแลผู้สูงอายุและผู้เปราะบาง / การจัดการขยะ
๒๙	๕	พขอ.ชะอำ จ.เพชรบุรี ต้นแบบการจัดการเรื่องอุบัติเหตุ นวัตกรรม google map บอกจุดเสี่ยง
๓๐	๕	พขอ.แก่งกระจาน จ.เพชรบุรี การจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
๓๑	๕	พขอ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี ชุมชนปลอดขยะ
๓๒	๕	พขอ. ศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี นวัตกรรมกองทุนคนดีช่วยคนป่วย
๓๓	๖	พขอ.ศรีราชา พขอ.บ้านบึง พขอ.หนองใหญ่ พขอ.สัตหีบ และ พขอ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร โดยการจัดตั้งกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิต
๓๔	๗	พขอ.อุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น เศรษฐกิจพอเพียง
๓๕	๗	พขอ.พยัคฆภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม Smart kids (จังหวัดไอโอดีนยั้งยืน)
๓๖	๘	พขอ. ด่านซ้าย จ.เลย “ชุมชนจัดการการท่องเที่ยว”
๓๗	๙	พขอ.พิมาย จ.นครราชสีมา ต้นแบบการบูรณาการทรัพยากร ต้นแบบการตั้งกองทุน
๓๘	๙	พขอ.คง จ.นครราชสีมา “การดูแลกลุ่มเปราะบาง”
๓๙	๙	พขอ.หนองบัวระเหว จ.ชัยภูมิ ต้นแบบมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน
๔๐	๑๐	พขอ.ขุนหาญ จ.ศรีสะเกษ “ขุนหาญเมืองสะอาด”
๔๑	๑๐	พขอ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี “ปิ่น ปิ่น ปิ่น สร้างสุขภาพ”
๔๒	๑๑	พขอ.ลานสกา จ.นครศรีธรรมราช ลานสกาโมเดล
๔๓	๑๑	พขอ.หลังสวน จ.ชุมพร คลังสมองเพื่อโรงพยาบาลของประชาชน
๔๔	๑๑	พขอ.สุขสำราญ จ.ระนอง ประเด็นอุบัติเหตุ
๔๕	๑๒	พขอ.ควนขนุน จ.พัทลุง ประเด็น การลดอุบัติเหตุบนถนน
๔๖	๑๒	พขอ.ละงู จ.สตูล ชุมชนจัดการการท่องเที่ยว
๔๗	๑๒	พขอ.เมืองปัตตานี จ.ปัตตานี จาป่วยเฝ้า (ชุมชนดูแลกัน)

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้มีเทศ

### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

- กำหนดพื้นที่ต้นแบบ และขยายผล จังหวัดละ ๑ อำเภอ
- รูปแบบการบูรณาการการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในพขอ. เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืน
- นำรูปแบบการบูรณาการการทำงานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ในการปรับใช้กับการแก้ไขปัญหาที่จำเป็นเร่งด่วนมาใช้ให้เป็นปกติ เช่น การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ช่วยให้คำปรึกษาทางระบบออนไลน์ การปรับวิธีการรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

### ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ทำให้การดำเนินงานในหลายกิจกรรมล่าช้า ควรมีวิธีการวัดและประเมินผลที่มียืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนให้ทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงโดยมุ่งเป้าที่ผลลัพธ์ที่ประชาชนจะได้รับให้มากที่สุด



## รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๑

### ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

#### หัวข้อ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒. ตัวชี้วัดที่ ๔: ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๗๕ (สะสม)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

: นางเนาวรัตน์ สัจจากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

#### ๔. วิเคราะห์สถานการณ์

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น สามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นและการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม ๓) บุคลากรดี ๔) บริการดี และ ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มจากหลักพันเป็นหลักหมื่น ในแต่ละวัน ส่งผลให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รอบ ๖ เดือน ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งได้ดำเนินการบันทึกข้อมูลพื้นฐาน หน่วยงานและภาพกิจกรรม ข้อมูลบุคลากร ข้อมูลครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง ข้อมูลการเงินการคลังลงในระบบฐานข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ และดำเนินการประเมินตนเองตาม เกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (๕ หมวด)

#### ๔.๑ รพ.สต. ที่ประเมินตนเอง ตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (ระดับ ๕ ดาว)

เขต	จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด	จำนวน รพ.สต. ประเมินตนเองตาม ระบบ GIS-Health	ร้อยละ
๑	๑,๑๒๕	๑,๐๐๖	๘๙.๔๒
๒	๖๓๒	๖๒๓	๙๘.๕๘
๓	๕๙๑	๕๒๔	๘๘.๖๖
๔	๗๙๖	๗๔๑	๙๓.๐๙
๕	๙๑๘	๘๕๔	๙๓.๐๓
๖	๗๘๔	๔๗๘	๖๑.๙๗
๗	๘๑๘	๕๓๑	๖๔.๙๑
๘	๘๗๔	๘๓๗	๙๕.๗๗
๙	๙๖๐	๕๕๔	๕๗.๗๑
๑๐	๘๔๘	๖๗๐	๗๙.๐๑
๑๑	๗๑๘	๔๙๑	๖๘.๓๘
๑๒	๗๙๙	๖๓๖	๗๙.๖๐
รวม	๙,๘๖๓	๗,๙๔๕	๘๐.๕๕

หมายเหตุ : ข้อมูลจากระบบ Gis health ณ วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๕

จากตาราง ๔.๑ ผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว (๕ ดาว) ในพื้นที่เขตสุขภาพ ๑๒ เขต พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ดำเนินการประเมินตนเองตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ตีตดาว และบันทึกข้อมูลลงในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (Gis Health) เรียบร้อยแล้ว จำนวน ๗,๙๔๕ แห่ง จากค่าเป้าหมาย รพ.สต.ทั้งหมด ๙,๘๖๓ แห่ง

#### ๔.๒ ปัญหา แผน/กิจกรรมการแก้ไขและผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ส่งผลกระทบต่อประเมิน รพ.สต.ตีตดาว ตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ เนื่องจากทีมประเมินไม่สามารถลงพื้นที่ตรวจประเมินได้	๑. ปรับรูปแบบและแนวทางการประเมินให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ เช่น รูปแบบการประเมิน on line และ on site	๑. รพ.สต. สามารถประเมินตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต.ตีตดาว ได้ ๒. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต. ตีตดาว ๕ ดาว
๒. รพ.สต. บางแห่ง ยังไม่เข้าใจในเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ตีตดาว	๑. ประชุมชี้แจงแนวทางและหลักเกณฑ์การพัฒนาเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว ๒. ปรับแผนการดำเนินงาน รพ.สต. ตีตดาว	๑. รพ.สต. เข้าใจเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ตีตดาว ๕ ดาว และมีแผนพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ให้เป็น รพ.สต.ตีตดาว
๓. การทำงานของทีมพี่เลี้ยงขาดความต่อเนื่อง และเป็นระบบ เนื่องจากการขาดแคลน การโยกย้ายของบุคลากร	๑. นำนโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕: องค์กรแห่งความสุข พัฒนาสู่องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ งานได้ผล คนเป็นสุขปลอดภัย สร้างผู้นำรุ่นใหม่	๑. อยู่ระหว่างการดำเนินการตามนโยบายที่มุ่งเน้น

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี) : - ไม่มี

#### ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

##### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลลัพธ์ เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ (ปรับพฤติกรรม ลดเสี่ยง ลดโรค ลดแออัด ลดรอคอย)

๒. กำกับติดตามบทบาทการทำงานของทีมนสุขภาพใน PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งการคงอยู่ของแพทย์ส่งผลกระทบต่อระบบบริการและผลการขึ้นทะเบียน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างสม่ำเสมอเป็นรูปธรรมและควบคุมการประเมินคุณภาพการบริการภายใต้ เกณฑ์ รพ.สต. ตีตดาว

๓. Re-Accreditation ปี ๒๕๖๕ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ ดาว มีการประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมินคุณภาพให้กับทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอและหน่วยบริการในพื้นที่ แนวทางการประเมิน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลัง/ทีมประเมิน ให้มีมาตรฐานเดียวกัน

**๖.๒ สำหรับส่วนกลาง**

๑. ปรับรูปแบบการประเมินและขยายระยะเวลาการประเมิน รพ.สต. ติดตาม
๒. การส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่และหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง
๓. ปรับวิธีการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อพัฒนา รพ.สต. ตามบริบทและสถานการณ์ของพื้นที่ เป็น Onsite /On Line / On Hand
๔. กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ โดยเฉพาะในด้านบริการ ส่งต่อ การดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่มีแนวทางชัดเจนในระดับกระทรวงฯ ถ่ายทอดมายังจังหวัด เพื่อนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ต่อไป

ผู้รายงาน นางเนาวรัตน์ สัจจกุล  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หน่วยงาน สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ  
วัน/เดือน/ปี ๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

โทร ๐-๒๕๙๐-๑๙๓๘ e-mail : [planpcc@gmail.com](mailto:planpcc@gmail.com)

# ประเด็นที่ ๔

## สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

- สุขภาพเด็ก
- สุขภาพวัยทำงาน
- สุขภาพผู้สูงอายุ
- สุขภาพวิถีใหม่

## แบบฟอร์มบทสรุปผู้บริหารการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็นที่ ๑ - ๖)

### ประเด็นที่ ๔ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็นตรวจราชการ : ระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ของเด็กไทย

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐

#### ๑) เป้าหมาย และผลงาน

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ประเด็นสุขภาพเด็ก รอบที่ 1/2565 (ข้อมูล HCD ณ เม.ย.65)														
หัวข้อ/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เขตสุขภาพ												รวม
		เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	
1. หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	ร้อยละ 75	74.48	77.18	81.82	57.39	74.18	67.10	81.65	84.43	77.62	76.73	75.78	82.0	76.23
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	65.12	66.93	73.41	47.12	64.79	58.36	74.01	74.63	69.18	67.34	66.82	73.83	67.2
3. ทารกแรกเกิดจนถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ 50	53.51	50.5	74.97	57.48	65.46	60.99	73.54	66.1	79.73	61.7	56.84	55.17	62.11
4. เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ 75	76.8	77.7	78.3	83.2	84.8	87.6	87.2	87.1	78.5	85.6	77.8	73.2	81.3
5. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง	ไม่เกินร้อยละ 14	11.31	14.63	13.21	17.17	15.32	16.04	12.65	13.01	13.63	15.86	15.44	15.98	14.69
6. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก	ร้อยละ 100	74.45	84.86	83.04	70.39	79.75	68.41	86.99	81.07	89.12	86.87	71.14	73.53	78.2
7. เด็กอายุ 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ 20	22.11	22.35	27.56	21.96	17.68	14.65	29.73	23.04	26.03	17.61	14.13	23.03	19.59
8. เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ 80	60.53	54.78	66.47	31.64	52.23	76.18	72.34	62.59	57.71	73.26	66.35	63.5	61.76
9. ระดับค่ามรยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์	(มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ไมโครกรัมต่อลิตร)	162.4	153.8	175.3	158.5	70.8	132.7	160.4	123.6	131.8	180.5	164.9	156.9	154.9
10. เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	ร้อยละ 90	75.7	68.0	84.5	51.9	73.6	62.4	81.7	68.4	79.0	69.1	64.8	82.6	72.1
11. เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย	ไม่เกินร้อยละ 10	15.38	14.59	11.35	14.23	10.97	11.84	10.43	13.56	14.86	10.28	10.85	13.50	12.78
12. เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	71.5	83.7	94.0	71.0	83.1	76.2	93.0	80.8	84.0	85.1	77.3	72.6	80.3
13. เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	76.2	87.1	93.1	81.3	86.8	83.7	94.2	85.9	86.5	86.8	86.2	82.7	86.2
14. เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	72.20	85.92	95.71	73.55	87.15	80.78	94.36	85.03	86.73	86.85	81.25	76.10	83.13

#### ๒) สรุปสถานการณ์

จากตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ประเด็นสุขภาพเด็ก รอบที่ ๑/๒๕๖๕ (ข้อมูล HDC ณ เม.ย. ๖๕) พบว่าตัวชี้วัดที่เขตสุขภาพ ที่ ๑-๑๒ ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ มี จำนวน ๕ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ ผลงาน ร้อยละ ๖๗.๒
- หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐ ผลงานร้อยละ๗๘.๒
- เด็กอายุ ๖ เดือนถึง ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ ผลงาน ร้อยละ ๖๑.๗๖
- เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐ ผลงาน ร้อยละ ๗๒.๑
- เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะเตี้ย เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ผลงาน ร้อยละ ๑๒.๗๘

ตัวชี้วัดที่เขตสุขภาพ ที่ เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ ทารกแรกเกิดจนถึง ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐ ผลงาน ร้อยละ ๖๒.๑๑

#### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๓.๑ สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทำให้มีการปรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเน้นให้บุคลากรทุกระดับร่วมกันปฏิบัติตามควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ต่อสู้กับภาวะวิกฤตของประเทศเป็นลำดับแรก ดังนั้น การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นนโยบายรองที่ต้องประคับประคองระบบให้คงอยู่เพื่อไม่ให้ประชาชนเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเพิ่มขึ้น

๓.๒ การย้ายงานเปลี่ยนงานของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยแม่และเด็ก

๓.๓ เจ้าหน้าที่มีภาระงานมากเนื่องจากเกิดสถานการณ์โควิด ๑๙ ทำให้บันทึกข้อมูลในระบบ HDC ล่าช้า ไม่ทันตามเวลาที่กำหนดทำให้ความครอบคลุมของข้อมูลต่ำส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน

๓.๔ การคัดกรองพัฒนาการเด็ก และการติดตามเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องด้วยเด็กมีการย้ายถิ่นฐาน ไม่มีการปรับระบบฐานข้อมูลหรือประเภทการอยู่อาศัย (Type) การบันทึกข้อมูลไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด

#### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ นโยบายบูรณาการเรื่องการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตร่วมมือกับภาคีเครือข่ายนอกสังกัด

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหนึ่งในนโยบายการพัฒนาแม่และเด็กปฐมวัย

๔.๒ เพิ่มคุณภาพพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพแม่และเด็ก

- วางระบบเชื่อมโยงข้อมูลการใช้ข้อมูลร่วมกันนำระบบออนไลน์มาใช้ในการให้บริการเชิงรุก
- พัฒนาระบบจูงใจ/การให้คำปรึกษา/พบแพทย์เฉพาะทางเข้าถึงการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว

๔.๓ ลงทุนพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

- สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง เฉพาะทาง เพิ่มความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านพัฒนาการเด็กและสุขภาพจิต
- Update ความรู้ให้ทันสมัย สื่อออนไลน์ หลักสูตรออนไลน์ (E- learning)

๔.๔ สนับสนุนการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบส่งเสริมโภชนาการเด็กปฐมวัยเพื่อแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ยภาวะซีดพัฒนาการเด็ก

๔.๕ สนับสนุนกลไกท้องถิ่นในการค้นหาคัดกรองกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบบริการเพื่อได้ข้อมูลในการวิเคราะห์คืนข้อมูล (Feedback) แก่เครือข่าย

๔.๖ สื่อสาร สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแม่และเด็ก ผ่าน Social media ,Influencer

๔.๗ พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เชื่อมโยงการให้บริการเพื่อการจัดการแก้ไขปัญหารายบุคคลอย่างต่อเนื่อง (Register case)

#### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑ การขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กทั้งเชิงรับและเชิงรุก ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยประจำจังหวัดและ คณะกรรมการ MCH Board

๕.๒ ในสถานการณ์ COVID-๑๙ ขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการระบาด โรค COVID-๑๙ ผ่านกลไก คณะกรรมการป้องกันโรคติดต่อประจำจังหวัด

๕.๓ ปรับรูปแบบการจัดบริการในสถานการณ์ COVID-๑๙ เป็นแบบ New Normal (Home Program, Home visit และติดตามความก้าวหน้าผ่าน Social Application ต่างๆ)

๕.๔ การเชื่อมโยงระบบการดำเนินงานดูแลพัฒนาการเด็กล่าช้าและระบบข้อมูล ตั้งแต่ระดับ รพ.สต., รพช., รพท., รพศ. โดยพัฒนาศักยภาพทีมบริหารจัดการระบบติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าใน Data-exchange และการบันทึกข้อมูลในระบบ ๔๓ เพิ่ม

๕.๕ การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก

๕.๖ การเสริมสร้างความรอบรู้ให้กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ประชาชน ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เพิ่มช่องทางสื่อสาร และ สนับสนุนสื่อความรู้วิชาการที่เข้าถึงง่าย

๕.๗ เยี่ยมเสริมพลังโดย MCH Board ส่งเสริมผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM ในคลินิก WCC

#### ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๖.๑ เลือกตัวชี้วัดที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ของเขตสุขภาพ

๖.๒ ค้นหาปัญหาหรือข้อจำกัดในการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

๖.๓ ร่วมช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหาหรือข้อจำกัดที่ตรวจพบ

## แบบฟอร์มสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็นที่ ๑ - ๖)

### รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

#### ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๑. ประเด็นตรวจราชการ: สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต
๒. หัวข้อ: เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ไม่ต่ำกว่า 100
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)  
 หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมอนามัย  
 หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กรมสุขภาพจิต สถาบันราชานุกูล

#### ๔. วิเคราะห์สถานการณ์

จากการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย เด็กช่วงอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ จำนวน ๕๐๐,๕๗๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๓๐ และ เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน ๑๒๘,๔๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๗ เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามจำนวน ๑๐๙,๗๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๐ เด็กมีพัฒนาการสมวัย จำนวน ๔๘๑,๑๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๔ (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๑</b>		
<b>๑.การตายของมารดา</b> <b>สาเหตุที่ป้องกันได้</b> - การคัดกรองหญิงวัยเจริญพันธุ์ในคลินิก NCD ยังไม่เป็นไปตามมาตรการที่กำหนด	๑. ทุกจังหวัดมีแผนงานโครงการและการดำเนินงานในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้กลไกขับเคลื่อน Service plan และ MCH Broad ในการจัดบริการ - มาตรการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธุ์ในคลินิก NCD - ห้องคลอดมีการใช้ standing order และนำมาตรการ LABOR เพื่อแก้ไขปัญหาตกเลือดหลังคลอด ๒. ทุกจังหวัดมีการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยระบบ เครือข่าย พี่เลี้ยง (Node Coaching) keep competency ๓. ทุกจังหวัดมีการจัดทำระบบรายงานและการส่งต่อ	- จังหวัดดำเนินงานตามมาตรการ ๔P Plan ANC ระบบเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและการวางแผนการตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม - จังหวัดวางแผนให้บุคลากรเข้าพัฒนาทักษะตาม Training แลกการประชุมวิชาการ MCH Broad ประจำปี ๒๕๖๕ - จังหวัดมีแผนการการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังร่วมกับ MCH Broad ระดับเขต ในการจัดบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
<b>๒.เด็ก ๐-๕ ปี พัฒนาการสมวัยรวม ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองพัฒนาการ และการติดตามตรวจซ้ำ ๓๐ วัน ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจาก</b> -ติดตามไม่ได้	๑. ทุกจังหวัดมีแผนพัฒนาระบบการคัดกรองและติดตามเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มติดตามตรวจซ้ำ - มีการจัดทำทะเบียนเด็กปฐมวัย จัดบริการเชิงรุกในชุมชนโดยอสม. และครูสพด.	- ทุกจังหวัดมีแผนพัฒนาระบบการคัดกรองและติดตามเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มติดตามตรวจซ้ำ ให้มารับบริการตามกำหนดและบันทึกข้อมูลให้ทันเวลา - ทุกจังหวัดมีแผนการปรับรูปแบบการบริการใน WCC คุณภาพตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปกครองไม่พามาตรวจคัดกรอง</li> <li>- ผู้ปกครองไม่กระตุ้นพัฒนาการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๑. มีการเยี่ยมเสริมพลังโดย MCH Board ส่งเสริมผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM ในคลินิก WCC</li> <li>๒. การสร้าง Health Literacy แก่พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก ครูพี่เลี้ยง เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย</li> <li>๓. ปรับรูปแบบการบริการใน WCC คุณภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้พ่อแม่มีส่วนร่วมในการ ส่งเสริมพัฒนาการ และใช้คู่มือ DSPM</li> </ul>
<b>๓. ความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนของหญิงตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๑. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ การให้คำปรึกษา และการค้นหากลุ่มเสี่ยง</li> <li>๒. การปรับระบบรายงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๑. ทุกจังหวัดมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การให้คำปรึกษา และการค้นหากลุ่มเสี่ยง</li> <li>๒. การปรับระบบรายงานสถานะหญิงตั้งครรภ์ใน MOPH IC เนื่องจากไม่ได้บันทึกสถานะ</li> </ul>
<b>เขตสุขภาพที่ ๒</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>๑. สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ส่งผลกระทบต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จังหวัดบูรณาการแนวทางการทำงาน ร่วมกับคณะทำงาน Service plan และคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด และเขตสุขภาพที่ ๒</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดมาตรการ/แนวทางการปฏิบัติงานให้เป็นทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด และติดตามปัญหาการดำเนินงานในพื้นที่โดยใช้รูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังและปรับกระบวนการติดตามสื่อสารผ่านระบบออนไลน์</li> </ul>
<b>เขตสุขภาพที่ ๓</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>๑. การประชุม คกก. MCH Board &amp; คกก. ส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๑. เร่งรัดให้ทุกจังหวัดมีการจัดประชุมให้ได้อย่างน้อย ๑ ครั้ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๑. ติดตามจากการประชุม MCH Board เขตสุขภาพ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>๒. มีการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันพลัสแต่ยังคงพบภาวะโลหิตจางในเด็ก ๖-๑๒ เดือนร้อยละ ๒๕.๙</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๒. พัฒนาการดำเนินงานแก้ไขภาวะโลหิตจางแบบบูรณาการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๒. นำเสนอในวาระการประชุม MCH Board เขต</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>๓. มีการขับเคลื่อน YFHS แต่ยังไม่พบอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี จำนวน ๒๐ ราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๓. วิเคราะห์ Case เชิงลึกทุกรายแบบบูรณาการร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๓. นำเสนอในวาระการประชุม MCH Board เขต</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>๔. ติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า มากระตุ้นพัฒนาการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๔. เร่งรัดติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ปรับรูปแบบการตรวจพัฒนาการเป็นระบบออนไลน์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๔. นำเสนอในวาระการประชุม MCH Board เขต</li> </ul>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ไม่ได้ในปี ๖๔ จำนวน ๒๕ คน (ร้อยละ ๕.๗๐) และในปี ๖๕ จำนวน ๕ คน		
๕. ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานงบ PPA ในการแก้ไขปัญหาลูก ๐-๕ ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ	๕. พัฒนาระบบการ จัดทำ Model แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็ก อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ	๕. นำเสนอในวาระการประชุม MCH Board เขต
<b>เขตสุขภาพที่ ๔</b>		
๑. การเข้าถึงผู้รับบริการ ได้แก่ การไม่มาตามนัด และความตระหนักของผู้รับบริการ เนื่องจากสถานการณ์โควิด และในบริบทเขตเมืองมีหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๑.๑ กำกับติดตามผ่าน MCH board จังหวัด ๑.๒ ใช้วิดีโอคอลหรือส่งคลิปวิดีโอ ๑.๓ สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและชุมชน ผ่านโครงการครู หมอ พ่อแม่ และโครงการส่งการบ้านวันวัคซิ่น ๑.๔ ประสานข้อมูลกับหน่วยงานเอกชน	- ทุกจังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านการประชุมMCH board ของจังหวัด และคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยของจังหวัด - มีการถ่ายทอดนโยบายของโครงการครู หมอ พ่อแม่ และโครงการส่งการบ้านวันวัคซิ่น - นำหน่วยงานเอกชนเข้ามาเป็นคณะ MCH board ของจังหวัด (นนทบุรีและปทุมธานี)
๒. เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก เนื่องจากต้องรับงานโควิด และมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน	- พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่โดย DSPM e learning - จัดหาเจ้าหน้าที่ให้ทำงานแทนกัน	- ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็กระดับจังหวัด รับทราบและทำการประชาสัมพันธ์การเข้าเรียนหลักสูตร DSPM e learning ผ่าน Link ของกรมอนามัย
๓. บันทึกผลการดำเนินงานไม่ทันช่วงเวลา และบันทึกไม่ถูกต้องเนื่องจากภาระงานมากและยังไม่มี ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล	- IT ช่วยแก้ไขปัญหาการส่งออกข้อมูล - ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดและอำเภอ กำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ - นิเทศติดตามพื้นที่ทำงานได้น้อย	- วิเคราะห์ปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาส่งออกข้อมูล - มีแผนการกำกับติดตามเดือนละ ๑ ครั้ง - จังหวัดติดตามผลการดำเนินงานในระดับอำเภอเพื่อดูพื้นที่ๆยังทำงานได้น้อย
๔. ขาดสมุด DSPM เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงที่ได้มาตรฐานใน รพ.สต. และ สพด.	- CPM จังหวัด/ อำเภอ ทำการสำรวจความต้องการ และสนับสนุนคู่มือ ให้กับ รพ.สต. และ สพด. - จัดหาอุปกรณ์วัดส่วนสูงที่ได้มาตรฐานให้กับ รพ.สต.และ สพด.	- CPM จังหวัด/ อำเภอ ทำการสำรวจความต้องการ DSPM เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ใน รพ.สต. และ สพด.
<b>เขตสุขภาพที่ ๕</b>		
๑. การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด ๑๙ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจเติบโตและพัฒนาการ - เด็กอ้วน เตี้ยเพิ่มขึ้น เนื่องจากเด็ก กิน-นอน ไม่ได้วิ่งเล่น /ออกนอกบ้าน	- ให้บริการตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิดแต่ละจังหวัด. - ยังคงปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายควบคู่กับงานประจำ - ผู้เสี่ยงดูเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งด้านการป้องกันโรคและการใช้โทรศัพท์ที่เป็นเวลา	- จากการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ซึ่งเขตสุขภาพที่ ๕ เกือบทุกจังหวัดมีการระบาดในอันดับ Top ๑๐ ผลัดกัน ทุกครั้ง ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นในการป้องกันรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ แต่ก็ยังคงมีการติดตาม และดำเนินการต่อเนื่อง แต่อาจลงข้อมูลไม่ทันเวลา

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ ผู้ปกครองไม่มีเวลา ทำให้เด็ก เล่นสื่ออิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น</li> <li>- ผู้ปกครองไม่พาเด็กไปรพ. เนื่องจากกลัวการระบาดของโรค รวมทั้งมีการติดต่อของโรคค่อนข้างมากในแต่ละจังหวัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ลดการใช้/เล่นโทรศัพท์ เป็นกิจกรรมกินเล่น เล่านอน ฝ้าดูพื้น ของกรมอนามัย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตัวชี้วัดทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์เฉพาะพัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้านอื่นๆไม่ผ่านเกณฑ์ ยกเว้นสุพรรณบุรีผ่านทุกตัว</li> </ul>
<p>๒. ผู้เลี้ยงดูขาดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เป็นสังคมก้มหน้า ไม่ได้ใช้คู่มือ DSPM</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ โดยเฉพาะการใช้สื่อที่ถูกต้องเหมาะสมกับเด็ก</li> <li>- ผลิตสื่อที่เข้าถึง เข้าใจง่ายและผู้ปกครองให้ความสนใจ เช่นสื่อส่งเสริมยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก</li> <li>- ผู้เลี้ยงดูเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับเด็กไม่ใช้สื่อหรือโทรศัพท์ตลอดเวลา</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการใช้คู่มือ DSPM หรือในคลิปวิดีโอ ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปกครองเริ่มเข้าใจวิธีการใช้สื่อที่ถูกต้อง แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องใช้สื่อฯ เพื่อช่วยให้เด็กอยู่นิ่งๆ</li> <li>- ผู้ปกครองมีเวลาคุณภาพสำหรับเด็กมากขึ้น</li> <li>- ผู้ปกครองเริ่มใช้ DSPM มากขึ้น</li> </ul>
<p>๓. เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการประเมินพัฒนาการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้และพัฒนาทักษะโดยลงเยี่ยมเสริมพลังและฝึกทักษะการประเมินพัฒนาการ</li> <li>- ให้ศึกษาได้ทางออนไลน์หลักสูตร E-learning DSPM สงสัยถามจาก PM จังหวัด/อำเภอ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เจ้าหน้าที่เข้าใจ และมีทักษะยิ่งขึ้น แต่ก็ยังโยกย้ายงานบ่อยเช่นเดิม</li> <li>- มีการลงเรียน DSPM ออนไลน์หลากหลายอาชีพคือทั้งเจ้าหน้าที่ ครู ผู้ปกครอง นักศึกษา</li> </ul>
<b>เขตสุขภาพที่ ๖</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- พบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาเด็กยังเป็นปัญหาและการดำเนินงานด้านการส่งเสริมโภชนาการเด็กยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย</li> <li>- ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ของจังหวัดในเขตฯ ส่วนใหญ่ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ปี ๒๕๖๔ เท่ากับ ๑๓๒.๗ ไมโครกรัมต่อลิตร</li> </ul>	<p><b>การขับเคลื่อนให้มีการดำเนินงานในระบบบริการ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ดำเนินงานตามนโยบายที่เป็นปัญหาพื้นที่เขต</li> <li>๒. การประเมินมาตรฐานคุณภาพการบริการงานคลินิก WCC ในสถานบริการทุกระดับ</li> <li>๓. ส่งเสริม/สนับสนุนและเน้นการสื่อสารการใช้คู่มือ DSPM/DAIM ห้องหลัง คลอดทุก รพ. และคลินิก WCC ตั้งแต่ เด็กแรกเกิด- ๙ เดือน</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประชุมติดตามของคณะกรรมการ MCH Board เขต, คณะกรรมการ Service plan เขต ในประเด็น การลดการคลอดก่อนกำหนด</li> <li>- จำนวนชุมชนหมู่บ้านไอโอดีน ๓๐๐ แห่งผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย ๑๖๐แห่ง)</li> <li>- ทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีนมีแนวโน้มลดลงเหลือ ร้อยละ ๑๑.๓๔ ในปี ๒๕๖๕</li> <li>- จัดประชุมชี้แจงแนวทางการประเมินมาตรฐานด้านอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ ๖</li> </ul>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>- ทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน</p> <p>- ปัจจัยด้านสุขภาพเด็ก พบทารกแรกเกิด คลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น</p> <p>- ภาวะอ้วนเกินค่าเป้าหมาย</p> <p>- การติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบบริการภายใต้สถานการณ์ COVID-๑๙</p> <p>- ระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้า ในพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง</p> <p>- การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย</p>	<p>๔. กระตุ้นให้ผู้รับบริการเข้าถึงองค์ความรู้ด้วย แอปพลิเคชัน ก้าวอย่างเพื่อสร้างลูก</p> <p><b>ในระดับชุมชน</b></p> <p>๑.บูรณาการแผนการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการในโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันร่วมกับท้องถิ่น</p> <p>๒. กระตุ้น ส่งเสริมให้ สพต. ในพื้นที่ประเมินตนเองตามมาตรฐาน และส่งเสริมให้ครูใน สพต.สามารถคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้</p> <p>-พัฒนาระบบติดตามการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า และคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อทำแผนกำกับติดตาม</p> <p>- สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลนัดผู้ป่วยมารับบริการก่อนกำหนดเวลาอย่างน้อย ๒ อาทิตย์ โดยใช้ข้อมูลจาก DATA_EXCHANGE ในการติดตาม</p> <p>- ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กกลุ่มปกติด้วยกิจกรรมเด็กไทยคิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยผูกพัน และโปรแกรม (Preschool Parenting Program; Triple-P)</p>	<p>- แผนการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สพต. ในการดำเนินงานสพต. ๔D และการอบรม DSPM Playworker ออนไลน์</p> <p>- แผนการกำกับติดตามการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus เขตสุขภาพที่ ๖</p> <p>- โรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๖ มีโรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นพี่เลี้ยงในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก รวมทั้งรับส่งต่อเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ</p> <p>- ทุกจังหวัดมีการกำกับติดตามและคืนข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าทุกเดือน โดยทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ เช่นเวทีการประชุม ไลน์กลุ่ม ผู้รับผิดชอบงาน ใช้ข้อมูลจาก DATA_EXCHANGE</p> <p>- ทุกจังหวัดมีการจัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานฯ ให้กับผู้รับผิดชอบงานทั้งหมดในจังหวัด เพื่อเพื่อวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๗</b>		
<p>๑. ขาดความครอบคลุมในการเฝ้าระวังและจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กปฐมวัยรายบุคคล</p>	<p>- บูรณาการศูนย์วิชาการ (ศูนย์อนามัยที่ ๗, ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗, สำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ ๗, ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๗) และ ๔ กระทรวงหลัก</p>	<p>- ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น บูรณาการเนื้อหาเพื่อสร้าง HL สำหรับผู้ปกครองกับศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗ แล้วด้วยโปรแกรม Triple P plus ๔D ส่วนหน่วยงานอื่นอยู่ระหว่างเตรียมการประสานงานเพื่อร่วมวางแผนดำเนินงาน</p>
<p>๒. เจ้าหน้าที่ ครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย อสม. และผู้ปกครอง ขาดความรู้ความเข้าใจต่อบทบาทประโยชน์และความสำคัญของการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือ DSPM/</p>	<p>๒.๑ กำหนดให้ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้ารับการอบรมหลักสูตร DSPM E-learning ภาคทฤษฎี สอบจริงภาคปฏิบัติ และมีการทบทวนความรู้ทักษะการใช้เครื่องมือ TEDA๔ ระบบการลงข้อมูล ให้แก่ผู้รับผิดชอบเดิมทุกปี รวมถึงเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วย</p>	<p>- จำนวนผู้ผ่านหลักสูตร DSPME-learning ภาคทฤษฎี และสอบภาคปฏิบัติ จำนวน ๑๐๑ ราย และวางแผนสอบภาคปฏิบัติให้ ๔ จังหวัด ที่ผ่านภาคทฤษฎี รอบ ๖ เดือน</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>DAIM TEDA๔ / การจัดการแก้ไขปัญหาทุก โภชนาการและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยรายบุคคล</p> <p>๓. ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาเด็กปฐมวัยบางส่วนย้ายงานหรือเปลี่ยนงาน ผู้มารับงานใหม่ขาดความรู้และทักษะในการใช้คู่มือต่างๆ</p> <p>๔. สถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ส่งผลให้โรงพยาบาลบางแห่งจำเป็นต้องปิดคลินิกให้บริการทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแลเฝ้าระวังภาวะสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ และการเรียนรู้ไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>ผู้รับผิดชอบหลักกรณีที่ไม่สามารถให้บริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการได้ หรือกรณีมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน</p> <p>๒.๒ สร้างเสริมความรู้แก่ผู้เลี้ยงดูเด็ก เน้นประโยชน์และความสำคัญของการใช้คู่มือ DSPM/DAIM ที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย การใช้คู่มือ/โปรแกรมเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพในคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC)</p> <p>๒.๓ สร้างเด็กร้อยแก่นสารสินธุ์ Smart Kids ๔.๐ ผ่านโปรแกรม Triple P plus ๔D ในทุกตำบลเป้าหมายโครงการ PPA ระดับเขต</p>	<p>- นำเสนอประสิทธิภาพคู่มือ/โปรแกรมเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแล้วในเวทีมหกรรมวิชาการกรมอนามัย และวางแผนเผยแพร่และประชาสัมพันธ์การใช้คู่มือ/โปรแกรมต่อไป</p> <p>- จ.ขอนแก่นและมหาสารคามดำเนินงานตามโปรแกรม Triple P plus ๔D แล้ว ส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์และร้อยเอ็ดอยู่ระหว่างดำเนินการ</p>
<p>๕. เด็กช่วงอายุ ๖-๑๒ เดือน มีภาวะโลหิตจางสูงกว่าเป้าหมาย เด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ครอบคลุมเป้าหมายตามชุดสิทธิประโยชน์ และเด็กช่วงอายุ ๖-๑๒ เดือน และ ๓-๕ ปี ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางไม่ครอบคลุม เนื่องจากขาดการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในบางจังหวัด การจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแตกต่างกันในแต่ละ คปสอ. เครื่องปั่นเลือดในหลาย รพ.สต. ชารุด ไม่มี การทำแผนจัดซื้อทดแทน และการติดตามไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>- ผลักดันการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรก ฯ, ๔D ทุกแห่ง</p> <p>- กำหนดมาตรการจัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามชุดสิทธิประโยชน์ และกำกับติดตามทุกเดือน</p> <p>- สะท้อนข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง ในเด็กปฐมวัย เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนกำหนดจัดซื้อครุภัณฑ์ เครื่องปั่นเลือดทดแทน</p>	<p>- คืบข้อมูลเพื่อกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหา ในการประชุม MCH BOARD ไตรมาสที่ ๒ แล้ว</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๖. การแปลผลข้อมูลเฝ้าระวังและจัดการภาวะทุพโภชนาการเด็กปฐมวัย รายบุคคลมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจากเทคนิคการชั่ง/วัด ไม่ถูกต้อง (ผลสำรวจโดยศูนย์อนามัยที่ ๗ พบว่า เจ้าหน้าที่ใช้อุปกรณ์และบันทึกข้อมูลถูกต้อง ร้อยละ ๖๒.๒ อสม.ใช้เครื่องวัดความยาวและท่าที่ถูกต้อง ร้อยละ ๑๓.๙) อุปกรณ์เครื่องชั่งน้ำหนัก/ วัดส่วนสูง/ วัดความยาวที่ใช้ในชุมชน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยไม่ได้มาตรฐาน (ผลสำรวจโดยศูนย์อนามัยที่ ๗ พบว่า อสม.มีการชั่งน้ำหนักเด็กด้วยเครื่องชั่งแบบตัวเลขดิจิทัลมาตรฐาน ร้อยละ ๕๔.๓ แบบเข็ม ร้อยละ ๔๔.๕ ใช้สายวัดรอบเอวเพื่อวัดส่วนสูง/ความยาวเด็ก ร้อยละ ๔๘.๖)</p>	<p>- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยผ่านหลักสูตร ๔D</p> <p>- สื่อสารแนวทางการจัดซื้อเครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง/วัดความยาว มาตรฐานทุกสถานบริการและต้นสังกัดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกแห่ง</p>	<p>- ผู้ผ่านหลักสูตร ๔D จำนวน ๑,๘๒๔ คน</p> <p>- วางแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพ อสม. กับ ศบส. ๗</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๘</b>		
<p>๑. มารดาตาย สถานการณ์การตายของมารดา ในเขตสุขภาพที่ ๘ มีมารดาตายทั้งหมด ๒ ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดา ๗.๓๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ จากสาเหตุ Direct cause จำนวน ๑ รายคิดเป็น ๕๐.๐๐ % Indirect cause จำนวน ๑ ราย คิดเป็น ๕๐.๐๐ % เมื่อแยกพื้นที่และสาเหตุการเสียชีวิต มีดังนี้ จังหวัดเลยมีมารดาตาย จำนวน ๑ ราย เป็นมารดาต่างด้าว (สปป. ลาว) G๒ P๑</p>	<p>๑.๑ ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้กลไก MCH Board ร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขากุมารเวชกรรมและสาขาทารกแรกเกิด</p> <p>๑.๒ ปฏิบัติตามแนวทาง R ๘ Way Model</p> <p>๑.๓ ซ้อมแผนการดูแลภาวะวิกฤติในห้องคลอดจังหวัดหนองคาย จังหวัดเลย และจังหวัดอุดรธานี</p> <p>๑.๔ โครงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยใส่ใจแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ประจำปี ๒๕๖๕</p>	<p>๑. อัตราการตาย ปี ๒๕๖๕ = ๗.๓๕</p> <p>๒. มีการดำเนินงาน ตาม R ๘ Way Model แต่มีบางพื้นที่ปฏิบัติตามแนวทางไม่ต่อเนื่อง</p> <p>๓. ดำเนินการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเกิดทุกครั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
Ao L๑ GA ๓๙+๕ wks. Dx. PPH จังหวัดอุดรธานี มีมารดาตายจำนวน ๑ ราย G๑ P๑ Ao L๑ เสียชีวิตหลังคลอด ๘ วัน Dx. Severe pulmonary hypertensive and hypertensive crisis		
๒. การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ผลงานเท่ากับ ๘๑.๐๗ ผลงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ โดยจังหวัดที่มีผลงานต่ำสุด ได้แก่ จังหวัดบึงกาฬ และจังหวัดอุดรธานี	<p>๑. ส่งเสริมและติดตามให้สถานบริการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก/ไอโอดีน ให้กับหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสกลนคร</p> <p>๒. ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์พิเศษ (คลินิกเอกชน) ให้ได้ Triferdine/Obimin ครบ/การตรวจห้องปฏิบัติการ Lab ๑, ๒ จังหวัดเลย</p> <p>๓. ส่งเสริมและติดตามให้สถานบริการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก/ไอโอดีน ให้กับหญิงตั้งครรภ์</p> <p>๔. ดำเนินงานตามแนวทาง“มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต” จังหวัดนครพนม</p>	- อยู่ระหว่างดำเนินการ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - กันยายน ๒๕๖๕
๓. การติดตามเยี่ยมหลังคลอด ผลงานเท่ากับ ๖๗.๗๗ ผลงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ โดยจังหวัดที่มีผลงานต่ำสุด ได้แก่ จังหวัดสกลนครร้อยละ ๖๒.๖๕ และจังหวัดอุดรธานีร้อยละ ๖๒.๗๗	<p>๓.๑ มีระบบการติดตามเยี่ยมหญิงหลังคลอด ใช้ Udon Model ๗</p> <p>๓.๒ สนับสนุนรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ภายในอายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์อบรม อสม. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกและติดตามเยี่ยมหญิงหลังคลอด จังหวัดอุดรธานี</p>	- อยู่ระหว่างดำเนินการ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - กันยายน ๒๕๖๕
๔. ทารกคลอดก่อนกำหนด ผลงานเท่ากับ ๙.๘๔ จังหวัด ผลงานต่ำสุด ได้แก่ นครพนม ร้อยละ ๙.๑ และ อุดรธานี ร้อยละ ๙.๔๘ พบสาเหตุของปัญหาส่วนหนึ่งมาจากหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดมาถึงห้องคลอด ด้วยปากมดลูกเปิดมากกว่า ๒ เซนติเมตร แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ขาดการสังเกตอาการสำคัญที่ควรมาพบ	<p>๔.๑ ระบบกำกับติดตามการดำเนินงานตามแนวทาง Udon model ๗ steps และ ANC คุณภาพ เพื่อลด Pre-term และLBW โดยสื่อสารข้อมูลในระดับชุมชน ระดับอำเภอและระดับจังหวัด</p> <p>๔.๒ การวิเคราะห์ปัญหาเชิงพื้นที่เพื่อกำหนดทิศทางและเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย จังหวัดสกลนคร</p>	- อยู่ระหว่างดำเนินการ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - กันยายน ๒๕๖๕

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
แพทย์ และส่วนใหญ่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ	๔.๓ โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศด้านอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนครพนมปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ จังหวัดนครพนม	
<b>เขตสุขภาพที่ ๙</b>		
<p>- มารดาเสียชีวิต ๖ ราย (direct cause ๓๓.๓๓ % Indirect cause ๖๖.๖๖ %)</p> <p>- ระบบการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และการติดตาม case เสี่ยง และ โรครุนแรงและรักษายาก</p> <p>- ไม่ฝากครรภ์ การฝากครรภ์ล่าช้าและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์</p> <p>- ปัญหาไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ต่ำและคุณภาพเกลือในครัวเรือนยังไม่ผ่าน</p> <p>- LBW ยังเป็นปัญหาของเขต ข้อมูล ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ (ร้อยละ ๘.๗๕ , ๙๐.๐๙ และ ๙.๒๙)</p>	<p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ MCH board โดยมี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน โดยบูรณาการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรมและทารกแรกเกิด</p> <p>๒. จัดทำ guideline และคู่มือ Preconception care clinic</p> <p>๓. มีมาตรการการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา จากการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus</p> <p>๔. พัฒนาห้องคลอดคุณภาพตามมาตรฐาน</p> <p>๕. พัฒนาแนวทางคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์</p> <p>๖. เพิ่มทักษะ แพทย์ พยาบาล แพทย์จบใหม่</p> <p>๗. ประชุมแม่และเด็กสัญจร/ เยี่ยมเสริมพลัง</p> <p>๘. พัฒนาระบบเพื่อป้องกันการเสียชีวิตมารดาจากสาเหตุ Direct cause (ถุงตวงเลือด / ยา/ standing order/ set box MgSo๔)</p> <p>๙. การใช้ Progesterone เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ครอบคลุมพื้นที่ที่มีสูติแพทย์</p> <p>๑๐. เยี่ยมหลังคลอด &amp; ฝ้าระวัง Postpartum Blue โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ เยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ ( Care Plan ดูแล &amp; ส่งต่อ)</p> <p>๑๑. เยี่ยมหลังคลอด &amp; ฝ้าระวัง Postpartum Blue โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ เยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ ( Care Plan ดูแล &amp; ส่งต่อ)</p>	<p>๑. ดำเนินการตามโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ PLUS</p> <p>๒. หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีระบบการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ที่ครอบคลุมตามคู่มือ Zero MMR และ Preconception care clinic เขตสุขภาพที่ ๙</p> <p>๓. ใช้ถุงตวงเลือด/Set box MgSO ๔ ในจุดบริการหญิงตั้ง ครรภ์ทุกจุดใน รพ.ปฏิบัติ ตาม Guideline เดียวกัน ทุกรพ.</p> <p>๔. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ MDSR ระดับเขต, ระดับจังหวัด</p> <p>๕. มีการดำเนินงานคลินิก pre conceptual ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกแห่ง เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม</p> <p>๖. เพิ่มศักยภาพในการใช้ SOS SOS Score Score ในการประเมินภาวะติดเชื้อในห้องคลอดทุก รพ.และ ใช้หลัก S-BAR BAR BAR ในการรายงานแพทย์เพื่อส่งต่อ</p> <p>๗. ติดตามเยี่ยมหลังคลอด &amp; ฝ้าระวัง Postpartum Blue โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p>๘. การจัดทำแนวทางการดูแลหญิงครรภ์ที่มีโรคทางอายุร กรรมร่วมเขตสุขภาพที่ ๙</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	๑๒. จัดทำและทบทวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก warning signs Ectopic pregnancy ๑๓. พัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก PNC (Province Network Certification ) ๑๔. จัดตั้งคลินิกก่อนสมรส	
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๐</b>		
๑. คุณภาพการฝากครรภ์ (ฝากครรภ์ช้า ฝากครรภ์ไม่ครบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง และเยี่ยมหลังคลอดน้อย)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทุกจังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้กลไก MCH Board บูรณาการร่วมกับ Service plan และเชื่อมโยงกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</li> <li>- พัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็กตามเกณฑ์โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</li> <li>- มีการกำกับ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังและประเมินรับรองโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</li> <li>- มีระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผ่านการ Ranking ในระดับจังหวัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จังหวัดมีการประชุม คณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด เพื่อวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน</li> <li>- กำกับติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาผ่านการประชุมประจำเดือน หรือ กวป.</li> </ul>
๒. เด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น มีภาวะทุพโภชนาการ <ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กปฐมวัย วัยเรียนมีภาวะทุพโภชนาการ สูงดีสมส่วนต่ำ มีภาวะอ้วน เตี้ย ผอม</li> <li>- เด็กวัยเรียนมีฟันผุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จังหวัดใช้กลไก คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) MCH Board ผ่าน Child Project Manager ในการดำเนินงาน สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีรัฐ ภาคเอกชนและชุมชน</li> <li>- ประสานแหล่งเงินทุนภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อดำเนินงานส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็ก เช่น สปสช., กองทุนสุขภาพตำบล</li> <li>- เฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะการเจริญเติบโต ทุพโภชนาการเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่นตามชุดสิทธิประโยชน์</li> <li>- ร่วมกับเครือข่ายภาคการศึกษา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จังหวัดขับเคลื่อนงานร่วมกับ คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ MCH Board</li> <li>- ได้รับงบจากสปสช. (งบ PPA) จัดทำโครงการแก้ปัญหาภาวะโลหิตจาง และ พัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า ในเด็กปฐมวัย และ ส่งเสริมพัฒนาทักษะสมองส่วนหน้า (Executive Function :EF) ประจำปี ๒๕๖๕</li> <li>- ดำเนินงานเฝ้าระวัง และส่งเสริมการเจริญเติบโต</li> </ul>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	พัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ Plus HL ส่งเสริมให้เด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ภาวะทุพโภชนาการ ผ่าน CFCT - กำกับ/ติดตามการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง การตรวจสุขภาพและการลงบันทึกในระบบ รายงานส่งออกข้อมูลในระบบ HDC - พัฒนาโรงเรียนให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ Plus HL ให้ครอบคลุมพื้นที่เพิ่มขึ้น
การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC - ความครอบคลุมของข้อมูลต่ำส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน - ลงบันทึกล่าช้า ไม่ทันตามเวลาที่กำหนด - มีภาระงานมากเนื่องจากเกิดสถานการณ์โควิด ๑๙	- วางแผนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) และมี Project Manager ระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	- การใช้โปรแกรมที่หลากหลายทำให้การ report ข้อมูลได้ไม่ครอบคลุม และบางพื้นที่ข้อมูลใน HDC ไม่ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริง - กำกับ/ติดตามการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การตรวจสุขภาพ และการลงบันทึกในระบบ รายงานส่งออกข้อมูลในระบบ HDC
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๑</b>		
๑. การคัดกรองพัฒนาการเด็ก และการติดตามเด็ก สงสัยพัฒนาการล่าช้า ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องด้วยเด็กมีการย้ายถิ่นฐาน ไม่มีการปรับระบบฐานข้อมูลหรือประเภทการอยู่อาศัย (Type) การบันทึกข้อมูลไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จตามช่วงเวลาที่กำหนด รวมถึงบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ต้องร่วมดำเนินงานในภารกิจด้านควบคุมโรค Covid-๑๙ และการบริการฉีดวัคซีน Covid-๑๙ อีกทั้งเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและผู้ปกครอง อาจอยู่ในพื้นที่เสี่ยงหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงกักตัว ไม่สามารถมารับบริการได้ตามนัดหมาย	๑. ทบทวนฐานข้อมูล/ปรับปรุง type ประชากรให้เป็นปัจจุบัน ทุกสถานบริการ ทุก ๓ เดือน (ระบบ JHCIS / Hosxp) ๒. Project Manager ในระดับ สสจ. ถ่ายทอดและทำความเข้าใจกับสถานบริการ กรณีมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานและบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน ๓. ใช้วิธีการสื่อสาร เช่น ระบบ line group ให้สถานบริการทำความเข้าใจกับผู้ปกครอง ๔. ให้มีระบบกำกับติดตามผลการดำเนินงาน เช่น เวทีประชุม คปสจ. ๕. กำหนดรายชื่อตามละแวกบ้าน ให้ อสม.ช่วยติดตาม พร้อมทั้งจัดบริการในคลินิก เพื่อประเมินซ้ำแบบ New Normal	- จังหวัดมีการปรับรูปแบบการดำเนินงาน อนามัยแม่และเด็ก ภายใต้สถานการณ์ COVID-๑๙ โดยใช้กลไกการสื่อสาร Online - มีการปรับรูปแบบคลินิกพัฒนาการเด็ก แบบ New Normal โดยเพิ่มวันและเวลา ให้บริการเพื่อลดความแออัดและเว้นระยะห่าง - ใช้ Data Exchange ดึงข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนัดตรวจพัฒนาการ - ผู้ปกครองตรวจพัฒนาการเด็กตามสมุด DSPM และถ่ายคลิปวิดีโอ ส่งให้เจ้าหน้าที่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๒. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ พบว่ายังคงเป็นปัญหาในส่วนของ การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก เนื่องด้วยมีการเปลี่ยนแปลง Template ทำให้ข้อมูลที่เข้าสู่ระบบฐานข้อมูลมีความไม่สมบูรณ์ รวมถึงการพบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ อันเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ บางรายไม่สามารถรับประทานยาได้ เพราะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์บางรายเกิดภาวะโลหิตจาง</p>	<p>- ให้พื้นที่มีการจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก อย่างต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการทุกคน</p> <p>- การสร้าง HL ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ในการรับประทานยา เม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก</p>	<p>- จังหวัดมีการพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ ANC Module, WCC Module</p> <p>- สถานบริการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานในการให้บริการคลินิก ANC ในรูปแบบ One Stop Service</p>
<p>๓. การดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากเด็ก ๓ ปี พบว่า การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็กอายุ ๓ ปี โดยทันตบุคลากร ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องด้วยสถานการณ์ Covid-๑๙ ส่งผลให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปิดการเรียนการสอน รวมถึงทันตบุคลากรในพื้นที่ต้องร่วมดำเนินงานในภารกิจด้านควบคุมโรค Covid-๑๙ และการบริการฉีดวัคซีน Covid-๑๙ ด้วย</p>	<p>๑. ปรับรูปแบบการดำเนินงานโดยให้บริการใน รพ.สต. แทนการลงพื้นที่ในศพด.</p> <p>๒. ให้บริการผ่านระบบ Online เช่น ผู้ปกครองถ่ายภาพช่องปากเด็ก ส่งให้เจ้าหน้าที่</p> <p>๓. ปรับรูปแบบการตรวจสุขภาพช่องปาก เน้นการทำงานเชิงรุก</p>	<p>- บุคลากรในพื้นที่มีการปรับรูปแบบการทำงานภายใต้ COVID-๑๙ เช่น งานทันตกรรม มีการตรวจสุขภาพช่องปากร่วมกับคลินิกอื่น เน้นเชิงรุกมากขึ้น</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๒</b>		
<p>๑. เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการชี้แจง./วัดส่วนสูง ครอบคลุมร้อยละ ๗๐.๐๕ และ สูงดีสมส่วนร้อยละ ๖๐.๒๓ (เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐ และ ๖๒ ตามลำดับ</p> <p>๒. เด็กปฐมวัยมีภาวะทุพโภชนาการและซีดสูง</p>	<p>- เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในการเฝ้าระวังพัฒนาการและ การเจริญเติบโต และเน้นการดูแลเด็กผ่านกิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน”</p> <p>- ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังเด็กในเด็กกลุ่ม คลอดก่อนกำหนด LBW และ</p>	<p>- มีการขับเคลื่อนงานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านทางคณะกรรมการพัฒนาเด็กระดับจังหวัด ที่มีผู้ว่าฯเป็นประธานและมีเครือข่ายหน่วยงานราชการ ๔ กระทรวงหลัก ร่วมเป็นคณะกรรมการ ทุกจังหวัดมีการประชุมอย่างน้อย ๑ ครั้ง</p> <p>- การกำกับติดตามการดำเนินงาน จากผู้บริหาร และทีม Child Project Manager</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
(เด็ย ๑๓.๕ ผอม ๕.๘๗)	<p>กลุ่มเปราะบาง (พ่อ แม่ เลี้ยงเดี่ยว กลุ่มติดยาเสพติด ฯลฯ)</p> <p>- เน้นการชั่ง นน. วัดส่วนสูงที่ถูกต้องโดยอสม. และการบันทึกข้อมูลให้ทันเวลา</p> <p>- ดำเนินการตำบลหัตถ์จรรย์ ๑๐๐๐ วัน สู่ ๒๕๐๐ วัน เพื่อให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมหาสาเหตุของภาวะทุพโภชนาการเด็กเป็นรายบุคคล เพื่อแก้ไขได้ตรงตามสาเหตุ</p>	<p>(CPM) โดยได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาเด็ก (Child Board)</p> <p>- ทุกจังหวัด พัฒนาศักยภาพ และ ฟื้นฟูความรู้ให้กับผู้รับผิดชอบงานทุกระดับทั้งเรื่อง พัฒนาการและ การเจริญเติบโต (โภชนาการ) ผ่านระบบ Online</p>
๓. การเตรียมการเปิด ศพด. และส่งเสริมแก้ปัญหา พัฒนาการและโภชนาการ	<p>- เร่งรัดให้ ศพด. ประเมินตนเอง Thai Stop Covid (TSC)</p> <p>- สุ่มประเมิน เตรียมความพร้อมการเปิดศพด. และให้การประเมินเป็นมาตรฐานเดียวกัน</p>	<p>- ติดตามเยี่ยมเสริมพลังเตรียมความพร้อมการเปิดศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย และติดตามให้ ศพด. ประเมิน TSC (Thai Stop Covid) ในการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงในแพร่เชื้อโควิด</p>

## ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

### ๕.๑ เขตสุขภาพที่ ๑ ได้แก่

- จังหวัดลำปาง : Lampang ANC Premium
- จังหวัดน่าน : บ้านพักโรคตลอด Sky Doctor
- จังหวัดแม่ฮ่องสอน : บ้านพักโรคตลอด

### ๕.๒ เขตสุขภาพที่ ๕ ได้แก่

จังหวัดนครปฐม : อบรมเชิงปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (จังหวัดนครปฐมร่วมกับ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม)

### ๕.๓ เขตสุขภาพที่ ๖ ได้แก่

ใช้โปรแกรม ส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย (Preschool Parenting Program : Triple-P) จังหวัด ฉะเชิงเทรา จันทบุรี สระแก้ว

### ๕.๔ เขตสุขภาพที่ ๗ ได้แก่

ตำบลต้นแบบมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต ระดับจังหวัด : กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด

### ๕.๕ เขตสุขภาพที่ ๘ ได้แก่

- จังหวัดอุดรธานี : ปฐมวัย UDON SMART KIDS ตามให้ครบจบด้วย TEDA กระตุ้นภาษาพัฒนากล้ามเนื้อ
- จังหวัดหนองคาย : การคัดกรองพัฒนาการ “รุก เร็ว เริ่มคัดกรองพัฒนาการผ่าน APP LINE
- จังหวัดสกลนคร : โครงการ กิน กระตุ้น กระตุก

### ๕.๖ เขตสุขภาพที่ ๙ ได้แก่

- จังหวัดชัยภูมิ : ขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน หลานปู่แล สุขภาพดี มีปัญญา ใช้กองทุนตำบลแก้ไขปัญหาละเลยโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ นม ๙๐ วัน ๙๐ กล่อง
- จังหวัดนครราชสีมา : รูปแบบการแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็ก ๐-๕ ปี ทั้งเรื่องอ้วน เตี้ย และ ผอม
- จังหวัดบุรีรัมย์ : การจัดการโภชนาการ และ Preterm ที่เป็นระบบ
- จังหวัดสุรินทร์ : มีการจัดทำแนวทางการคัดกรองและการรักษาเด็กปฐมวัยที่มีภาวะโลหิตจางที่ชัดเจน

### ๕.๗ เขตสุขภาพที่ ๑๑ ได้แก่

- จังหวัดภูเก็ต : ระบบข้อมูลและการใช้ Google map ติดตามกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานของ รพ.วชิระภูเก็ต
- จังหวัดพังงา : FP BOX การให้คำปรึกษาและการคุมกำเนิดป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อ.ตะกั่วป่า
- จังหวัดระนอง : อ้าออนไลน์ (ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก)
- จังหวัดกระบี่ : โดนต์ประคบเต้าอุนอก หมอนอุนใจ ชาหวัปลีกระตุ้นน้ำนม

### ๕.๘ เขตสุขภาพที่ ๑๒ ได้แก่

- จังหวัดสงขลา: Program Line Notify และ Nurse Care Manager ติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการกระตุ้นพัฒนาการเพิ่มขึ้น
- จังหวัดสตูล : ร่วมมือภาคีเครือข่ายดำเนินกิจกรรมตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน
- จังหวัดตรัง : ชุดตรวจพัฒนาการ สำหรับ อสม.
- จังหวัดพัทลุง : พัฒนา อสม.เชี่ยวชาญด้านทันต
- จังหวัดปัตตานี : ครอบครัวยุทธการ สร้างเด็กปัตตานีสู่ดีสมส่วน สมุดบันทึก smart love ในการติดตามข้อมูลเด็กปฐมวัย ๔ D
- จังหวัดยะลา : พัฒนาคูณภาพบริการในระดับปฐมภูมิ
- จังหวัดนราธิวาส : Home Program ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ให้ ครอบคลุม

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

#### เขตสุขภาพที่ ๑

- ใช้มาตรการ ๔P ให้ครอบคลุม ควรมีแนวทางในการทำงานเชิงรุกในชุมชน ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เพื่อ วางแผนการดูแล High Risk case เช่น การคัดกรองหญิงวัยเจริญพันธุ์ในคลินิก NCD ให้ครบวงจรตั้งแต่ ระยะตั้งครรภ์ ต่อเนื่องจนถึงหลังคลอด
- การสร้างความรอบรู้ Health Literacy สอนให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กและครูพี่เลี้ยงใน สพด.หรือ อสม. ในการส่งเสริมและเฝ้าระวัง ทั้งการเจริญเติบโตและพัฒนาการ รวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

#### เขตสุขภาพที่ ๒

- ทบทวนแนวทางเฝ้าระวังมารดากลุ่มเสี่ยงที่พบบ่อย Anemia ,PIH , GDM ระดับครอบครัวและชุมชน
- พัฒนาแนวทางการใช้ยา การเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ประสิทธิภาพการใช้ยา Progesterone & preterm และการใช้ยา Carbetocin & PPH
- ทบทวนแนวทางการจัดการภาวะซีดใน P๑ P๒
- ขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด คณะกรรมการ MCH Board CPM และ ๖ MCH Program
- ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลจาก HDC และ Data exchange รวมทั้งคืนข้อมูลในการประชุม MCH Board และเยี่ยมเสริมพลังในระดับพื้นที่
- ส่งเสริมพัฒนาการผ่านการเล่นตามวัย (๓ Play , Family Free Fun)
- เฝ้าระวังและกำหนดมาตรการติดตามเด็กสงสัยล่าช้า ล่าช้าและการเจริญเติบโตรายบุคคล
- ตรวจสอบมาตรฐานเครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูง พร้อมทบทวนทักษะการวัดที่ถูกต้อง
- ควรกำหนดมาตรการ/แนวทางการแก้ไขปัญหาภาวะซีดในเด็กปฐมวัย (P๒)

### เขตสุขภาพที่ ๓

- เร่งรัดการแก้ปัญหาทุพโภชนาการในพื้นที่สีแดง ๒. ควรมีการกำกับติดตามคุณภาพการคัดกรองพัฒนาการเด็ก
- เร่งรัดการประชุม MCH Board และการประชุมคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยในจังหวัดที่ยังไม่ได้ดำเนินการ
- แก้ไขภาวะโลหิตจางแบบบูรณาการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
- เร่งรัดติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าปรับปรุงแบบการตรวจพัฒนาการเป็นระบบออนไลน์
- วิเคราะห์ Case เชิงลึกทุกรายในหญิงตั้งครรภ์อายุ ๑๐ - ๑๔ ปีแบบบูรณาการร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓
- จัดทำ Model แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็ก อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

### เขตสุขภาพที่ ๔

- ใช้การติดต่อสื่อสารผ่านระบบออนไลน์มากขึ้น
- ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กปฐมวัย
- กำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

### เขตสุขภาพที่ ๕

- ติดตามพัฒนาการทุกจังหวัด และ ติดตามเด็กอ้วนเตี้ย และการได้รับยารักษาธาตุเหล็ก

### เขตสุขภาพที่ ๖

- กำกับ ติดตามการดำเนินงาน ดังนี้
  - \* การให้ไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และเฝ้าระวังการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือนและชุมชน และการรายงานในแพลตฟอร์ม
  - \* การลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด โดยการใช้ Progesterone ผ่าน MCH Board เขต และ คณะกรรมการ Service plan เขต
  - \* การจ่ายยารักษาธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง
- ขับเคลื่อนการ พัฒนาเด็ก ตามมาตรฐาน สพด. ๔D เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก และการเตรียมความพร้อมในการเปิด สพด.
- สนับสนุนการดำเนินงานด้านดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วย TEDA ๔1

### เขตสุขภาพที่ ๗

- ผลักดันการดำเนินงานตามลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรก ๓, Triple-P, ๔D ทุกแห่ง และสร้างแรงจูงใจต่อทันตบุคลากรในการตรวจฟันเด็ก
- กำหนดให้ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้ารับการอบรมหลักสูตร DSPM E-learning ภาคทฤษฎี สอบจริงภาคปฏิบัติ
- มีการทบทวนความรู้ ทักษะการใช้เครื่องมือ TEDA ๔1 ระบบการลงข้อมูล ให้แก่ ผู้รับผิดชอบเดิมทุกปี
- กำหนดนโยบาย แก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยอย่างจริงจัง จัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามชุดสิทธิประโยชน์ สนับสนุนการจัดซื้อครุภัณฑ์เครื่องปั่นเลือดทดแทนที่ชำรุด
- สนับสนุนการจัดซื้อเครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง/วัดความยาว มาตรฐานครอบคลุมสถานบริการ และชุมชน
- กำกับติดตามระบบ coaching & monitoring ข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบองค์รวมทั้ง online และ Onsite
- วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพรายบุคคลในกลุ่มเด็ก ที่ไม่เข้าสู่ระบบคัดกรองและไม่ได้รับการติดตาม กระตุ้นต่อเนื่อง รวมทั้งกำกับติดตามคุณภาพระบบการค้นหาเด็กพัฒนาการล่าช้าให้สามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

## เขตสุขภาพที่ ๘

ด้านพัฒนาการ :

- พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน และ งาน IT ทบทวน ทักษะที่จำเป็น การบันทึกข้อมูลให้ทัน ตาม เวลา และติดตามเด็กเข้าสู่ระบบ
- กำกับติดตามการคืนข้อมูลพัฒนาการเด็กในเวทีประชุมผู้บริหารระดับจังหวัด
- ส่งเสริมความรอบรู้ ครู หมอ (หมอคนที่ ๒) พ่อแม่ ในการให้ความรู้และ จัด Mobile คัดกรองพัฒนาการ
- ส่งเสริม HL พ่อ แม่ ผู้ดูแลเด็ก ให้เห็นความสำคัญของพัฒนาการและโภชนาการ การใช้คู่มือ DSPM ด้านโภชนาการ : กำกับติดตาม การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง โดยจัดหาอุปกรณ์ ให้ได้มาตรฐาน และพัฒนา ศักยภาพ จนท. ด้านทันตกรรม : เพิ่มความครอบคลุมให้เด็กปฐมวัยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก โดย ดำเนินงานเชิงรุก

## เขตสุขภาพที่ ๙

- วิเคราะห์ปัญหาตามบริบทของพื้นที่พร้อมทั้งจัดทำแผนกิจกรรม แก้ไข พัฒนาการสื่อสารความรู้ เพื่อสร้าง ความเข้าใจแก่ประชาชน เช่น การแก้ไขปัญหาเรื่องไอโอดีนในครัวเรือน ภาวะโภชนาการในเด็ก
- ควรมีการพัฒนา เรื่องระบบข้อมูล ให้จัดหาข้อมูลให้ทันเวลา และเป็นข้อมูลที่แท้จริง เพื่อให้สามารถใช้ ประโยชน์ของข้อมูลที่มีอยู่ในระบบฐานข้อมูลได้ เช่น พัฒนาการเด็ก ความครอบคลุมในการรับวัคซีน ข้อมูล เด็กแรกเกิด (แถม Newborn) ซึ่งพบว่า ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริงถึงร้อยละ ๔๐ ทำให้ข้อมูลที่ประมวลผล ออกมาต่ำกว่าความเป็นจริงมาก
- เน้นการพัฒนาศักยภาพ CPM ในทุกระดับ อย่างต่อเนื่อง โดยใช้การ Coaching เยี่ยมเสริมพลัง ทั้ง CPM และ รพ.สต.

## เขตสุขภาพที่ ๑๐

- วิเคราะห์สาเหตุปัญหา คุณภาพการฝากครรภ์ การเจริญเติบโตและทุพโภชนาการ เพื่อวางแผนแก้ไข ปัญหา ในพื้นที่
- กำหนดแผนยุทธศาสตร์ ในการจัดกิจกรรม/แผนงาน/โครงการในการแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการภาวะซีด เน้นการส่งเสริมภาวะโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ทันตสุขภาพ ของเด็กวัยเรียน เช่น กิจกรรมกระโดดโลด เต้น เล่นเปลี่ยนโลก ก้าวทำใจในสถานศึกษา ส่งเสริมอาหารตามวัย การใช้โปรแกรม Thai school Lunch โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ Plus HL
- สนับสนุนให้ใช้กลไกระดับท้องถิ่น CFCT ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ และติดตามการฝากครรภ์คุณภาพและคืน ข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
- จังหวัดมีระบบการกำกับติดตาม คุณภาพการฝากครรภ์ การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ภาวะทุพโภชนาการ (คุณภาพการฝากครรภ์ ชั่งน้ำหนักวัด ส่วนสูง และการได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก การส่งเสริมการรับประทาน อาหารที่มีธาตุเหล็ก (การแจกยา การกินต่อเนื่อง วิถีกิน) ในหญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น
- สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับ เด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยส่งเสริมการ เข้าถึง ดิจิทัลแพลตฟอร์มการดูแลสุขภาพของกรมอนามัย เช่น ก้าวทำใจในสถานศึกษา Line@TEEN\_CLUB เป็นต้น

## เขตสุขภาพที่ ๑๑

การคัดกรองพัฒนาการเด็ก

- ทบทวนฐานข้อมูล/ปรับปรุง type ประชากรให้เป็นปัจจุบัน ทุกสถานบริการ ทุก ๓ เดือน (ระบบ JHCIS / Hosxp)
- PM ในระดับ สสจ. ถ่ายทอดและทำความเข้าใจกับสถานบริการ กรณีมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานและ

บุคลากรผู้รับผิดชอบงาน

- ใช้วิธีการสื่อสาร เช่น ระบบ line group ให้สถานบริการทำความเข้าใจกับผู้ปกครอง
- ให้มีระบบกำกับติดตามผลการดำเนินงาน เช่น เว็บไซต์ประชุม คปสจ. เป็นต้น เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม
- กำหนดรายชื่อตามละแวกบ้าน ให้ อสม. ช่วยติดตาม พร้อมทั้งจัดบริการในคลินิก เพื่อประเมินซ้ำแบบ New Normal หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก
- ให้พื้นที่มีการจ่ายยาอย่างต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการทุกคนโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์
- การสร้าง HL ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ในการรับประทานยา การคัดกรองสุขภาพช่องปาก ในเด็ก ๓ ปี โดยทันตบุคลากร
- ปรับรูปแบบการดำเนินงานโดยเน้นการทำงานเชิงรุก
- ให้บริการผ่านระบบ Online เช่น ผู้ปกครองถ่ายภาพช่องปากเด็ก ส่งให้เจ้าหน้าที่

### เขตสุขภาพที่ ๑๒

- เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังพัฒนาการ และการเจริญเติบโตเน้นการดูแล เด็กผ่านกิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน”
- ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังเด็ก กลุ่ม คลอดก่อนกำหนด LBW และ กลุ่มเปราะบาง (พ่อ แม่ เลี้ยงเดี่ยว กลุ่มติดยาเสพติด ฯลฯ)
- เน้นการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงที่ถูกต้องโดย อสม. และการบันทึกข้อมูลให้ทันเวลา
- ดำเนินการตำบلمหัทศจรีย์ ๑,๐๐๐ วัน + สู่ ๒,๕๐๐ วัน เพื่อให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วม
- หาสาเหตุของภาวะทุพโภชนาการเด็กเป็นรายบุคคล เพื่อแก้ไขได้ตรงตามสาเหตุ

### ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

#### เขตสุขภาพที่ ๑

- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีทักษะ ความเชี่ยวชาญ ด้านพัฒนาการเด็ก เช่น การให้ คำปรึกษา การแก้ไขและช่วยเหลือด้านพัฒนาการเด็ก
- การขับเคลื่อน “นโยบายสู่การปฏิบัติ มหัทศจรีย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus ประเทศไทย” ควรมีการประเมินผล เพื่อปรับปรุงพัฒนากระบวนการที่เหมาะสม และ จัดทำ ข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อน และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่
- การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ควรผลักดันให้เกิดตัวชี้วัดร่วมของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

#### เขตสุขภาพที่ ๓

- Template ทุกตัวควรมีการปรับ ให้ Update
- ส่วนกลางควรบูรณาการระบบข้อมูล Program และ Application ต่าง ๆ
- ควรมีการกำหนดนโยบายจากกระทรวง กรม สถาบันฯ ให้ชัดเจนในการปฏิบัติรวมถึงบูรณาการประเด็นกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อลดภาระและความซับซ้อนของงาน
- ระบบฝากครรภ์คุณภาพควรมีการบูรณาการการทำงานระหว่างสูติแพทย์และอายุรแพทย์มาจากส่วนกลางก่อนที่จะนำลงมาใช้ในพื้นที่จริง
- ส่วนกลางควรคิดรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยในทุกพื้นที่เช่น Model แก้ไขสูงตีสมส่วน , Model แก้ไขภาวะซีดแบบบูรณาการครบวงจรทั้งหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐ - ๕ ปี เพื่อพื้นที่จะได้มีแนวสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมในพื้นที่ต่อไป
- สนับสนุนให้อัธวากำลังบุคลากรให้เพียงพอต่อภาระงาน และส่งเข้าศึกษาต่อเฉพาะทางเพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่ภาคีเครือข่าย

**เขตสุขภาพที่ ๔**

- สื่อประชาสัมพันธ์แบบ Mass media

**เขตสุขภาพที่ ๖**

- สนับสนุน อุปกรณ์ เครื่องมือ TEDA ๔1 ให้พร้อมและเสริมองค์ความรู้สร้างความเชี่ยวชาญให้บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดให้ครอบคลุม
- ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ สนับสนุนให้จังหวัดนำข้อมูลจากการกระตุ้นพัฒนาการด้วย Home Program มาบันทึกใน Special PP ตาม Time Line ของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าด้วย TEDA ๔1 เช่นเดียวกับการให้บริการในสถานบริการ เพื่อความครอบคลุมและเพิ่มความเข้าถึงบริการ

**เขตสุขภาพที่ ๗**

- ผลักดันนโยบายโดยกำหนดบทบาทและตัววัดผลงานที่ชัดเจนของ ๗ กระทรวงหลักในการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต เน้น ด้านงบประมาณ และบุคลากร
- พัฒนา Application หรือ Platform ที่เปรียบเสมือน Health Passport และง่ายต่อการใช้งาน สามารถใช้เฝ้าระวัง วิเคราะห์ผล เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กปฐมวัยรายบุคคลได้ อย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบการติดตามกระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่องในเด็กที่ย้ายออกนอกเขตพื้นที่ เช่น ย้ายข้ามจังหวัด หรือข้ามเขต (เนื่องจากยังไม่มีเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นระบบอย่างสมบูรณ์ให้กับพื้นที่เดิมที่มีการติดตามต่อเนื่องมาก่อน ส่งผลให้ทางพื้นที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลเด็กบางรายได้ว่าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร)

**เขตสุขภาพที่ ๘**

- ขยายโครงการเด็กน้อยเขต ๘ กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ โอคิวดี ให้ครอบคลุมทั้งเขต เพื่อแก้ปัญหาโภชนาการ
- สนับสนุนการศึกษาต่อของแพทย์ พยาบาล เพิ่มความเชี่ยวชาญดูแลเด็กด้านพัฒนาการและสุขภาพจิต

**เขตสุขภาพที่ ๙**

- ควรมีการตรวจสอบ Template ในการเก็บตัวชี้วัดต่างๆ ให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน เนื่องจากส่งผลต่อการประมวลผล และผลการดำเนินงานของจังหวัด ร่วมด้วย
- ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดในการวัดคุณภาพการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กให้ครอบคลุม เช่น อัตราตายของทารก

**เขตสุขภาพที่ ๑๒**

- จัดทำโปรแกรมการแปรผลที่สะดวก และง่าย พร้อมทั้งการให้คำแนะนำผู้ปกครอง (พัฒนาโปรแกรม B-Nutri) ให้เป็นกราฟใหม่ และสามารถใช้งานได้
- หากมีการเพิ่มเติมรายงานที่นอกเหนือรายงาน HDC ควรมีการเขียน Scrip เพื่อดึงรายงานจากข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และส่งคำสั่งให้ทุกจังหวัดได้รับทราบ

ผู้รายงาน : นายสุทิน ปุณฺทริกภักดิ์

ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี : ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕

บทสรุปผู้บริหารการตรวจราชการภาพรวมประเทศ

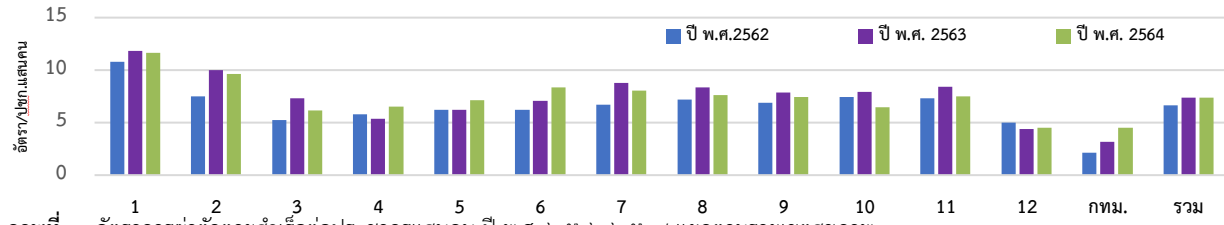
ประเด็นที่ ๔ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต (วัยทำงาน)

หัวข้อ /ตัวชี้วัด กลุ่มวัยทำงาน : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน

๑.สรุปสถานการณ์

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๒๐๑๙) พบว่าคนไทยมีสภาวะความเครียดและซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากสถานการณ์โควิดค่อนข้างต่อเนื่องยาวนาน ประชาชนเกิดภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์จนทำให้หมดพลัง อีกทั้งปัจจัยด้านเศรษฐกิจเริ่มมีปัญหาเพิ่มสูงขึ้น จึงทำให้แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๔ คาดว่าสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าปีที่ผ่านมา จากอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๔,๘๑๐ ราย หรือเท่ากับ ๗.๓๘ ต่อประชากรแสนคน พบว่า เขตสุขภาพที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คือ เขตสุขภาพที่ ๑ (๑๑.๖๕ ต่อประชากรแสนคน) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ ๒ (๙.๖๑ ต่อประชากรแสนคน) และเขตสุขภาพที่ ๖ (๘.๓๘ ต่อประชากรแสนคน) รายละเอียดดังภาพที่ ๑

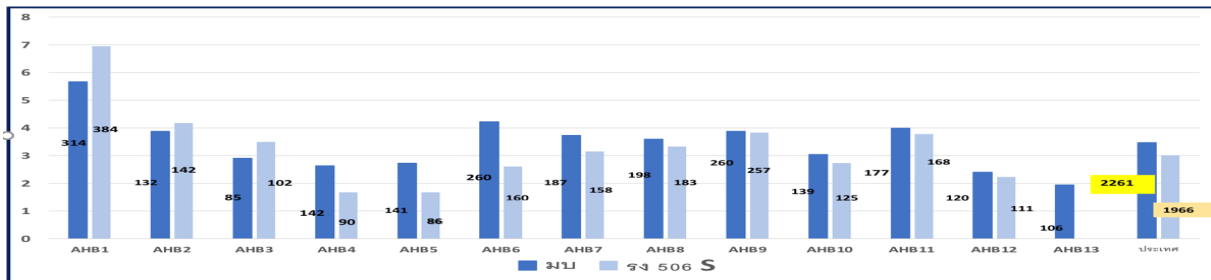


ภาพที่ ๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔ แยกตามรายเขตสุขภาพ

ที่มา : ข้อมูลจากใบมรณบัตร สำนักทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

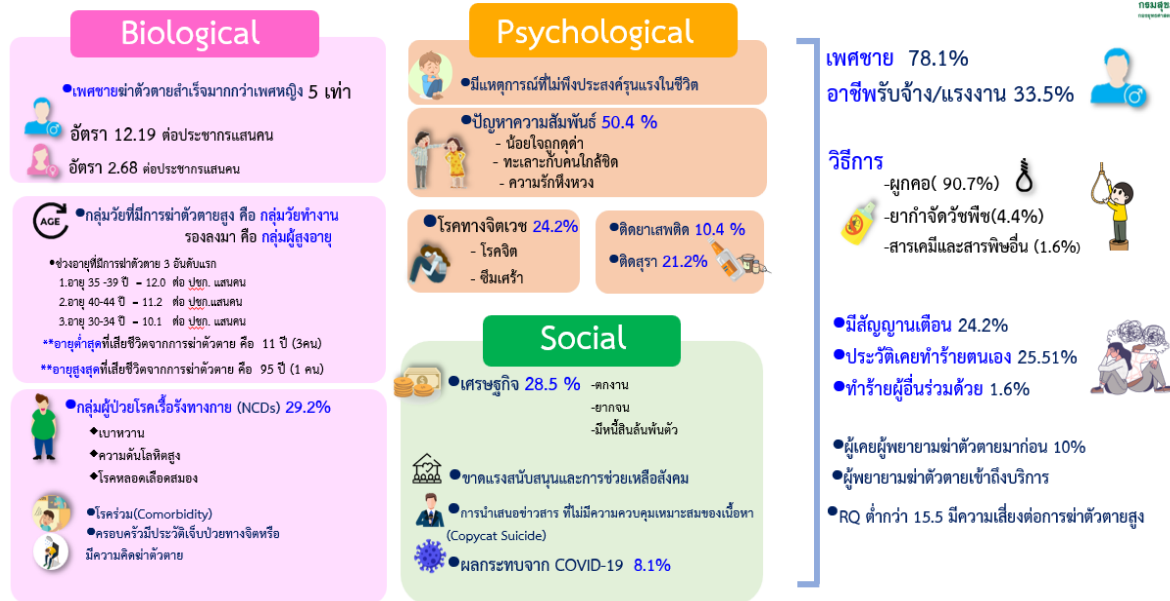
เขตสุขภาพ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	กทม.	รวม
ปี 2562	10.81	7.49	5.27	5.79	6.20	6.20	6.68	7.17	6.87	7.42	7.33	5.00	2.12	6.64
ปี 2563	11.84	9.98	7.32	5.38	6.24	7.09	8.76	8.35	7.85	7.91	8.40	4.42	3.17	7.37
ปี 2564	11.65	9.61	6.19	6.54	7.13	8.38	8.04	7.60	7.46	6.49	7.50	4.52	4.51	7.38

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลจำนวนของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ในช่วงระยะเวลาเดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ - มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ของฐานข้อมูลใบมรณบัตรและฐานข้อมูล รง๕๐๖ พบว่า ในเขตสุขภาพที่ ๑ มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จของ รง๕๐๖ สูงกว่าฐานข้อมูลใบมรณบัตร ทำให้เห็นข้อแตกต่างของฐานข้อมูล รง๕๐๖ มีข้อมูลที่ใกล้เคียงความจริงกว่าฐานข้อมูลใบมรณบัตร ถ้าหากในพื้นที่ใช้ รายงาน รง๕๐๖ จะเห็นจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จที่ใกล้เคียงความเป็นจริง และสามารถแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายได้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ในแต่ละเขตสุขภาพได้มากกว่าใบมรณบัตร รายละเอียดดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ : จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - มีนาคม ๒๕๖๕ ที่มา : จากใบมรณบัตร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและข้อมูล รง ๕๐๖ จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2564



ทั้งนี้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ได้ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า เพศชายยังคงเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง ๕ เท่า เพศชาย คิดเป็น อัตรา ๑๒.๑๙ ต่อประชากรแสนคน ผู้หญิง คิดเป็นอัตรา ๒.๖๘ ต่อประชากรแสนคน ในส่วนของกลุ่มอายุ พบว่า อายุต่ำสุดที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย คือ ๑๑ ปี (จำนวน ๓ ราย) อายุสูงสุดคือ ๙๕ ปี (๑ ราย) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ ระหว่าง ๓๕ - ๓๙ ปี เป็นช่วงที่มีการฆ่าตัวตายสูงกว่าช่วงอายุกลุ่มอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ ๑๒ รองลงมาคือ ช่วงอายุ ๔๐ - ๔๔ ปี (๑๑.๒ ต่อประชากรแสนคน) และ ช่วงอายุ ๓๐ - ๓๔ ปี (๑๐.๑ ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ สถานภาพผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ มีสถานภาพ โสด (๕๖.๘%) รองลงมาคือ สถานภาพคู่ (๒๖.๓%) และหม้าย (๖%) ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงาน ยังคงเป็นกลุ่มที่มีจำนวนของการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าอาชีพอื่นๆ (๓๘.๗%) รองลงมา คือ ผู้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (๒๗.๕%) และอาชีพเกษตรกร (๒๕.๒%) ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า มีความสัมพันธ์ในหลายปัจจัย กล่าวคือ ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว ๔๘.๘% ๒) ภาวะเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง ๒๘.๒% และปัญหาสุขภาพจิต ๒๘.๗% และ ๓) ผลกระทบจากภาวะเครียด เรื่องเศรษฐกิจ ๒๘.๕% บางรายมีมากกว่า ๒ ปัจจัยร่วม เช่น ปัญหาเศรษฐกิจร่วมกับปัญหาความสัมพันธ์ และการดื่มสุรา และพบว่าวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ แหวนคอ ๙๐.๗% ใช้ยาฆ่าจิตเวช/ฆ่าแมลง ๔.๔% ใช้สารเคมีและสารพิษอื่นๆ ๑.๖% นอกเหนือจาก ๓ วิธี ดังกล่าว ยังพบวิธีการฆ่าตัวตายวิธีอื่นๆ เช่น การใช้ปืน การใช้ยาเกินขนาด เป็นต้น

## ๒. เป้าหมาย/ผลงาน

### ๒.๑ การดำเนินงานในพื้นที่

๑) การส่งเสริมความรอบรู้ เข้าใจ และการมีทัศนคติให้กับประชาชนทั่วไป และกลุ่มวัยแรงงานที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูง ผ่านกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย/กลุ่มเปราะบางทางสังคม เศรษฐกิจ ฯลฯ

• มีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ผ่านระบบ Mental Health Check In ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ใช้สุรา/สารเสพติด รวมไปถึงกลุ่มเปราะบาง ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ และส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ

• มีแผนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ ความเข้าใจ ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มประชาชนทั่วไป เพื่อช่วยเหลือและส่งเสริมเข้าสู่ระบบบริการ มีแผนการดำเนินงานการสร้างวัคซีนใจในชุมชน มีแผนป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจให้แก่ญาติ ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน และแกนนำชุมชน

**๒) การพัฒนาศักยภาพ Gate Keeper ด้านการค้นหา คัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเปราะบางทางสังคมเศรษฐกิจ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้**

- พระสงฆ์/ผู้นำศาสนา
  - อบรมพระในการเทศน์ เรื่อง การสื่อสารสัญญาณเตือน เพื่อสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชน
- อสม. แกนนำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข
  - ความรู้/เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เฝ้าระวังแก่เครือข่าย อสม. แกนนำ ชุมชน
  - สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายและสอดส่องปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนสามารถส่งต่อกลุ่มเสี่ยงให้เข้าสู่ระบบบริการ
  - แกนนำในสถานประกอบการ ให้สามารถดำเนินการสร้างสุขและเสริมสร้างวัคซีนใจในสถานประกอบการ รวมถึงเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
- ครู นักเรียน
  - เฝ้าระวังกลุ่มเด็กนักเรียนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนและส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ
- ทีมสอบสวนการฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพ ให้สามารถสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตายทุกรายที่เสียชีวิต วิเคราะห์และคืนข้อมูลจากการสอบสวนทางระบาดวิทยาให้แก่พื้นที่

**๓) ระบบสาธารณสุขและองค์กรภาคีเครือข่ายร่วมกันเฝ้าระวังติดตามผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน เพื่อพร้อมให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการอย่างมีประสิทธิภาพ**

- ผลักดันการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นวาระสำคัญของจังหวัด และขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม
- บูรณาการความร่วมมือการเฝ้าระวังและคัดกรองดูแลสุขภาพจิตนักเรียนร่วมกับศึกษาธิการ ในจังหวัดเพื่อดูแลสุขภาพจิตเด็กลดการทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่น
- บูรณาการความร่วมมือการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชนทั่วไป “องค์ความรู้สัญญาณเตือน” ร่วมกับสำนักงานพระพุทธศาสนา ผ่านเครือข่ายพระสงฆ์ ด้วยการถวายองค์ความรู้ทางสุขภาพจิต ให้กับพระสงฆ์ หรือพระนักเทศน์ เพื่อให้สื่อสารไปยังประชาชนอย่างใกล้ชิดและทั่วถึง
- บูรณาการความร่วมมือและช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาชุมชนมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมอาชีพ แก้ไขปัญหาความยากจน ลดภาระหนี้สิน และเป็นช่องทางในการขอรับคำปรึกษาทางการเงิน สำหรับกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจในชุมชน
- มีแผนงานกิจกรรมแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายและติดตามผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการการป้องกันแก้ไขปัญหาระดับจังหวัด อย่างไรก็ตามยังพบว่า หลายเขตสุขภาพยังไม่พบการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

**๔) ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)**

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด ตามมติที่ประชุมของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ โดยมอบให้กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข ร่วมดูแลสุขภาพจิตประชาชนภายใต้สถานการณ์ COVID - ๑๙ ใน ๗๖ จังหวัด พบว่า มีจังหวัดที่ดำเนินการแต่งตั้งแล้ว ๒๓ จังหวัด อยู่ระหว่างแต่งตั้ง ๑๘ จังหวัด และยังไม่แต่งตั้ง ๑๐ จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ เม.ย. ๖๕)

### ๓. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

#### ๑) ระบบข้อมูล

- ฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จมีหลายฐาน จึงไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม
- ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลจำเพาะของกลุ่มเป้าหมายสำหรับพื้นที่
- ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการสอบสวนฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ และรอการสนับสนุนการอบรมความรู้เรื่องการสอบสวนการฆ่าตัวตายจากหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก

#### ๒) ระบบดักจับ

- การคัดกรองความเสี่ยงในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (ซึมเศร้า/การฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วย NCDs/โรคเรื้อรัง) ยังไม่ครอบคลุม ทำให้มีกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จหลุดจากระบบการคัดกรอง และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงไม่ลงชื่อ เบอร์ติดต่อ ทำให้ไม่สามารถติดตามช่วยเหลือเข้าระบบได้ บางพื้นที่มีการใช้สารเสพติด/พื้นที่สีแดงที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถเข้าไปทำงานเชิงรุกได้
- ประชาชน ญาติ ผู้ใกล้ชิดยังขาดความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน และความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย รวมถึงทัศนคติของคนในพื้นที่ (stigma) เกี่ยวกับปัญหาของการฆ่าตัวตายในกลุ่มพึงพิง/จิตเวช/ติดสุรายาเสพติด ทำให้ชุมชนมองว่าเป็นปัญหาส่วนบุคคล

#### ๓) ระบบป้องกันและบำบัด

- การส่งต่อและการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ยังไม่ครอบคลุม

#### ๔) ระบบบริหารจัดการและการบูรณาการ

- ขาดการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดระดับอำเภอ และระดับชุมชน ทำให้การบูรณาการงานสุขภาพจิต ระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาร่วมกันมีส่วนร่วมน้อย

### ๔. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ๑) จัดตั้งคณะทำงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด (Suicide Prevention Team) ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด Service Plan สุขภาพจิตและจิตเวช และ หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลจำเพาะสำหรับพื้นที่ และจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด
- ๒) จัดระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด โดย ๑) กำหนดจุดรับแจ้งเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย ๒) จัดตั้งทีมสอบสวนโรคเพื่อลงพื้นที่
- ๓) จัดตั้ง “คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิตระดับจังหวัด” ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด

### ๕. ปัจจัยความสำเร็จ

- ๑) ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและผลักดันเป็นนโยบาย การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ในระดับเขตสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วมภาคส่วนต่างๆ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม
- ๒) การจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนระดับจังหวัด/อำเภอ ซึ่งเป็นกลไกการยกระดับมาตรการการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในทุกภาคส่วนร่วมกัน
- ๓) การมีพี่เลี้ยง สนับสนุน และกำกับติดตามการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการ Service Plan สาขาสุขภาพจิต และจิตเวชทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัดอย่างใกล้ชิด

๔) ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายผ่านกลไกระดับอำเภอ/ชุมชน เช่น พชอ. โดยที่ชุมชนมีส่วนร่วม ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและเป็นเจ้าของในการแก้ปัญหา

๕) ความต่อเนื่องในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาในพื้นที่เดิม

## ๖. ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑) ติดตามระบบบริการด้านการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง ใน กลุ่ม Mental disorder (Schizophrenia , Mood disorder)

๒) พัฒนาระบบการส่งต่อดูแลผู้พยายามทำร้ายตนเองอย่างไร้รอยต่อ ใช้เทคโนโลยีในการติดตามเฝ้าระวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายภายในและภายนอกสาธารณสุข

๓) จังหวัดที่มีทีมสอบสวนระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายและมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ให้มีความรู้ความสามารถในการสอบสวนสาเหตุการตายตามหลักระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย และ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

๔) นิเทศ/กำกับ ติดตาม ประเมินผล แผนการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕  
 ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๑. ประเด็นตรวจราชการ: สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๒. หัวข้อ: กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน

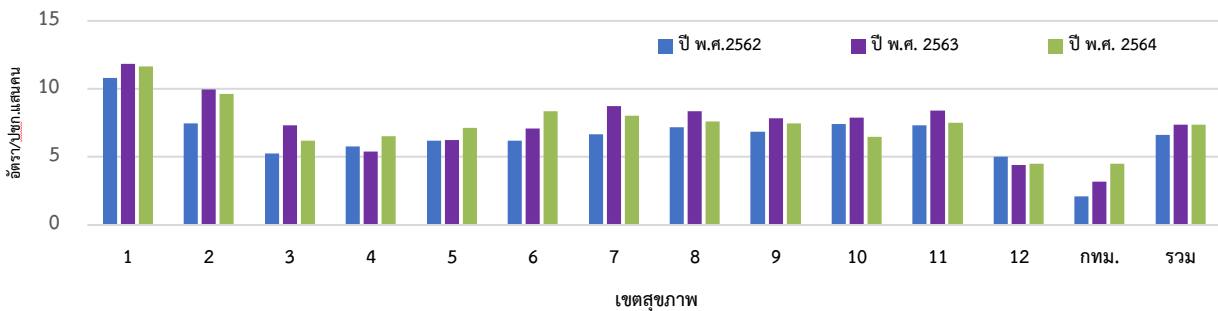
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมสุขภาพจิต

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

๔.๑ ข้อมูลทั่วไปของการฆ่าตัวตาย

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๒๐๑๙) พบว่าคนไทยมีสภาวะความเครียดและซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากสถานการณ์โควิดค่อนข้างต่อเนื่องยาวนาน ประชาชนเกิดภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์จนทำให้หมดพลัง อีกทั้งปัจจัยด้านเศรษฐกิจเริ่มมีปัญหาเพิ่มสูงขึ้น จึงทำให้แนวโน้ม การฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๔ คาดว่าสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จะมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงกว่าปีที่ผ่านมา จากอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๔,๘๑๐ ราย หรือเท่ากับ ๗.๓๘ ต่อประชากรแสนคน พบว่า เขตสุขภาพที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คือ เขตสุขภาพที่ ๑ (๑๑.๖๕ ต่อประชากรแสนคน) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ ๒ (๙.๖๑ ต่อประชากรแสนคน) และเขตสุขภาพที่ ๖ (๘.๓๘ ต่อประชากรแสนคน) รายละเอียดดังภาพที่ ๑

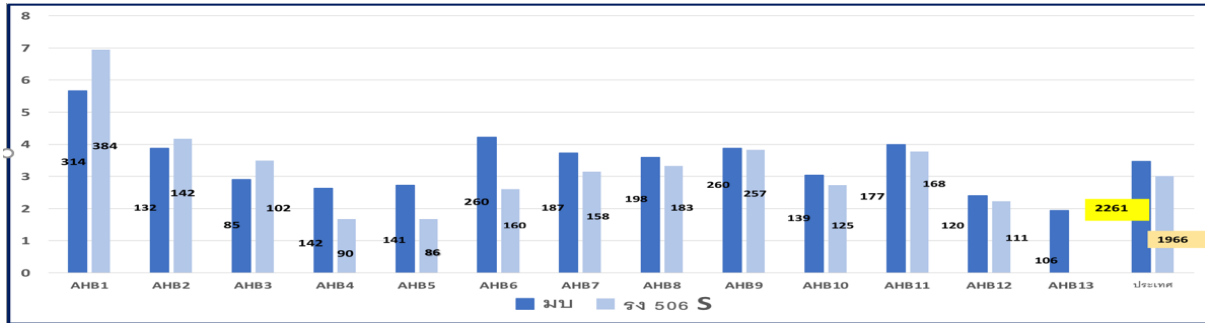


เขตสุขภาพ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	กทม.	รวม
ปี 2562	10.81	7.49	5.27	5.79	6.20	6.20	6.68	7.17	6.87	7.42	7.33	5.00	2.12	6.64
ปี 2563	11.84	9.98	7.32	5.38	6.24	7.09	8.76	8.35	7.85	7.91	8.40	4.42	3.17	7.37
ปี 2564	11.65	9.61	6.19	6.54	7.13	8.38	8.04	7.60	7.46	6.49	7.50	4.52	4.51	7.38

ภาพที่ ๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔ แยกตามรายเขตสุขภาพ

ที่มา : ข้อมูลจากใบมรณบัตร สำนักทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลจำนวนของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ในช่วงระยะเวลาเดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ - มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ของฐานข้อมูลใบมรณบัตรและฐานข้อมูล รง๕๐๖s พบว่า ในเขตสุขภาพที่ ๑ มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จของ รง๕๐๖s สูงกว่าฐานข้อมูลใบมรณบัตร ทำให้เห็นข้อแตกต่างของฐานข้อมูล รง๕๐๖s มีข้อมูลที่ใกล้เคียงความจริงกว่าฐานข้อมูลใบมรณบัตร ถ้าหากในพื้นที่ใช้ รายงาน รง๕๐๖s จะเห็นจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จที่ใกล้เคียงความเป็นจริง และสามารถแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายได้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ในแต่ละเขตสุขภาพได้มากกว่าใบมรณบัตร รายละเอียดดังภาพที่ ๒

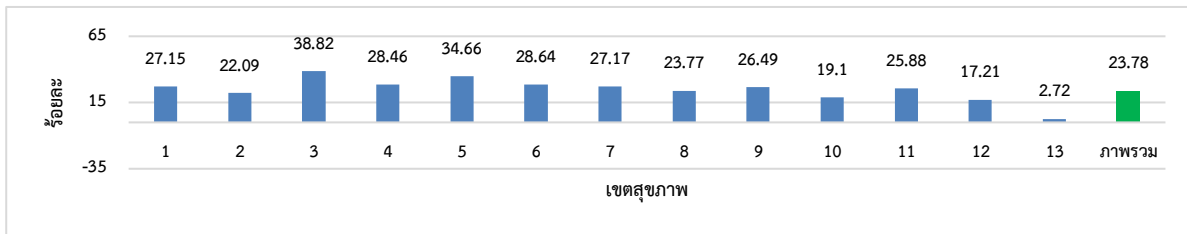


ภาพที่ ๒ : จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - มีนาคม ๒๕๖๕

ที่มา : จากใบมรณบัตร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูล รจ ๕๐๖ จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ทั้งนี้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ได้ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า เพศชายยังคงเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง ๕ เท่า เพศชาย คิดเป็น อัตรา ๑๒.๑๙ ต่อประชากรแสนคน ผู้หญิง คิดเป็นอัตรา ๒.๖๘ ต่อประชากรแสนคน ในส่วนของกลุ่มอายุ พบว่า อายุต่ำสุดที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย คือ ๑๑ ปี (จำนวน ๓ ราย) อายุสูงสุดคือ ๙๕ ปี (๑ ราย) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ ระหว่าง ๓๕ -๓๙ ปี เป็นช่วงที่มีการฆ่าตัวตายสูงกว่าช่วงอายุกลุ่มอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ ๑๒ รองลงมาคือ ช่วงอายุ ๔๐-๔๔ ปี (๑๑.๒ ต่อประชากรแสนคน) และ ช่วงอายุ ๓๐-๓๔ ปี(๑๐.๑ ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ สถานภาพผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ มีสถานภาพ โสด (๕๖.๘%) รองลงมา คือ สถานภาพคู่ (๒๖.๓%) และหม้าย (๖%) ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงาน ยังคงเป็นกลุ่มที่มีจำนวนของการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าอาชีพอื่นๆ (๓๘.๗%) รองลงมา คือ ผู้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (๒๗.๕%) และอาชีพเกษตรกร (๒๕.๒%) ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า มีความสัมพันธ์ในหลายปัจจัย กล่าวคือ ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว ๔๙.๘% ๒) ภาวะเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง ๒๙.๒% และปัญหาสุขภาพจิต ๒๘.๗% และ ๓) ผลกระทบจากภาวะเครียด เรื่องเศรษฐกิจ ๒๘.๕% บางรายมีมากกว่า ๒ ปัจจัยร่วม เช่น ปัญหาเศรษฐกิจร่วมกับปัญหาความสัมพันธ์ และการดื่มสุรา และพบว่าวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ แขนงคอ ๙๐.๗% ใช้ยากำจัดวัชพืช/ ฆ่าแมลง ๔.๔% ใช้สารเคมีและสารพิษอื่นๆ ๑.๖% นอกเหนือจาก ๓ วิธี ดังกล่าว ยังพบวิธีการฆ่าตัวตายวิธีอื่นๆ เช่น การใช้ปืน การใช้ยาเกินขนาด เป็นต้น

เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพของระบบบริการด้านการเข้าถึงบริการ การติดตามดูแลรักษาของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ จำนวน ๑๓,๐๘๑ คน คิดเป็น ร้อยละ ๒๓.๗๘ จากจำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดของประเทศไทย ทั้งหมด ๕๕,๐๑๒ เขตสุขภาพที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายการเข้าถึงบริการมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๑๒ (๙๙.๕๒) เขตสุขภาพที่ ๙ (๙๙.๒๐) และเขตสุขภาพที่ ๓ (๙๙.๑๔) ตามลำดับ



ภาพที่ ๓ . ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ

แหล่งที่มา : ระบบรายงาน รจ ๕๐๖S version ๑๐ ระหว่างเดือน ต.ค.๖๔ - ม.ค.๒๕๖๕ (ข้อมูล ณ วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๕)

## ๔.๒ การดำเนินงานในพื้นที่

๑) การส่งเสริมความรอบรู้ เข้าใจ และการมีทัศนคติให้กับประชาชนทั่วไป และกลุ่มวัยแรงงานที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูง ผ่านกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย/กลุ่มเปราะบางทางสังคม เศรษฐกิจ ฯลฯ

- มีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ผ่านระบบ Mental Health Check In ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ใช้สุรา/สารเสพติด รวมไปถึงกลุ่มเปราะบาง ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ และส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ (ทุกเขตสุขภาพ)

- มีแผนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ ความเข้าใจ ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มประชาชนทั่วไป เพื่อช่วยเหลือและส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ มีแผนการดำเนินงานการสร้างทัศนคติในชุมชน (เขต ๑๑) มีแผนป้องกันการฆ่าตัวตาย (เขต ๖) เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจให้แก่ญาติ ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน และแกนนำชุมชน (เขต ๑,๓,๔,๖,๑๑)

- จัดให้นักจิตวิทยาทำการประเมินและ คัดกรองภาวะสุขภาพจิต เพื่อประเมินแนวโน้มปัญหาด้านสุขภาพจิต ตลอดจนทดสอบด้วยเครื่อง Biofeedback และให้ความรู้ ดูแลให้คำปรึกษาเชิงรุกสำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐ (เขต ๑)

- บูรณาการผ่านกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังใจ (Resilience) ให้กับประชาชน ครอบครัว ชุมชน (เขต ๑,๖,๘,๑๐)

๒) การพัฒนาศักยภาพ Gate Keeper ด้านการค้นหา คัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเปราะบางทางสังคม เศรษฐกิจ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้

- พระสงฆ์/ผู้นำศาสนา

- อบรมพระในการเทศน์ เรื่อง การสื่อสารสัญญาณเตือน เพื่อสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชน (เขต ๑)

- อสม. แกนนำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข

- ความรู้/เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เฝ้าระวังแก่เครือข่าย อสม. แกนนำ ชุมชน รวมถึงครู ก.

ในหลักสูตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย (เขต ๑,๒,๓,๑๐)

- สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายและสอดส่องปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนสามารถส่งต่อกลุ่มเสี่ยงให้เข้าสู่ระบบบริการ (เขต ๔,๘,๑๐)

- แกนนำในสถานประกอบการ ให้สามารถดำเนินการสร้างสุขและเสริมสร้างทัศนคติในสถานประกอบการ รวมถึงเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (เขต ๔,๑๐)

- ครู นักเรียน

- เฝ้าระวังกลุ่มเด็กนักเรียนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนและส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ (เขต ๑,๘,๑๐)

- ทีมสอบสวนการฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพ ให้สามารถสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตายทุกราย ที่เสียชีวิต วิเคราะห์และคืนข้อมูลจากการสอบสวนทางระบาดวิทยาให้แก่พื้นที่ (เขต ๘)

- ทีมเฉพาะกิจป้องกันการฆ่าตัวตายบนโลกโซเชียล โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับเพจ Facebook ของจังหวัด ส่งต่อข้อมูลบุคคลที่ส่งสัญญาณความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายบนโลกโซเชียล เพื่อเร่งประสานผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าช่วยเหลือบุคคลดังกล่าวอย่างทันท่วงที (เขต ๑)

๓) ระบบสาธารณสุขและองค์กรภาคีเครือข่ายร่วมกันเฝ้าระวังติดตามผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน เพื่อพร้อมให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

- มีแนวทางความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย ด้วยแนวคิด ๔ Pillars : เพื่อยกระดับการป้องกันและแก้ไข ปัญหาฆ่าตัวตาย โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด (เขต ๑)

- ผลักดันการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าตัวตายเป็นวาระสำคัญของจังหวัด และขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม (เขต ๑)

- บูรณาการความร่วมมือการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน “เฝ้าระวังและคัดกรอง” ร่วมกับ ศึกษานิเทศก์ ในจังหวัด เพื่อดูแลสุขภาพจิตเด็กลดการทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่น (เขต ๑)

- บูรณาการความร่วมมือการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชนทั่วไป “องค์ความรู้สัญญาณเตือน” ร่วมกับ สำนักงานพระพุทธศาสนา ผ่านเครือข่ายพระสงฆ์ ด้วยการถวายองค์ความรู้ทางสุขภาพจิต ให้กับพระสงฆ์ หรือพระนักเทศน์ เพื่อให้สื่อสารไปยังประชาชนอย่างใกล้ชิดและทั่วถึง (เขต ๑)

- บูรณาการความร่วมมือและช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาชุมชนมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมอาชีพ แก้ไขปัญหาความยากจน ลดภาระหนี้สิน และเป็นช่องทางในการขอรับคำปรึกษาทางการเงิน สำหรับกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจในชุมชน (เขต ๑)

- มีแผนงานกิจกรรมแก้ไขปัญหาค่าตัวตายและติดตามผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาระดับจังหวัด(เขต ๑) อย่างไรก็ตามยังพบว่า หลายเขตสุขภาพยังไม่พบการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเครือข่ายในระดับพื้นที่

- ดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดแผนการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชน และระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติด ภาวะเรื้อรัง โดยมิเครือข่าย เทศบาล หน่วยกู้ชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (เขต ๔)

**๔) ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)**

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด ตามมติที่ประชุมของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ โดยมอบให้กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข ร่วมดูแลสุขภาพจิตประชาชนภายใต้สถานการณ์ COVID-๑๙ ใน ๗๖ จังหวัด พบว่า มีจังหวัดที่ดำเนินการแต่งตั้งแล้ว ๒๓ จังหวัด อยู่ระหว่างแต่งตั้ง ๑๘ จังหวัด และยังไม่แต่งตั้ง ๑๐ จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ เม.ย.๖๕)

- มีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาค่าตัวตายในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เครือข่ายพระสงฆ์ บุคลากรด่านหน้าระหว่างหน่วยงาน และเครือข่ายภาครัฐและเอกชน

- ดูแลช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาชุมชน เพื่อส่งเสริมอาชีพ แก้ไขปัญหาความยากจน ลดภาระหนี้สิน และเป็นช่องทางขอรับคำปรึกษาทางการเงินสำหรับกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจในชุมชน

### ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

#### ๑) ระบบข้อมูล

- ฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จมีหลายฐาน จึงไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาค่าตัวตายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

- ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลจำเพาะของกลุ่มเป้าหมายสำหรับพื้นที่

- ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการสอบสวนฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ และรอการสนับสนุนการอบรมความรู้เรื่องการสอบสวนการฆ่าตัวตายจากหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก

#### ๒) ระบบดักจับ

- การคัดกรองความเสี่ยงในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (ซึมเศร้า/การฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วย NCDs/โรคเรื้อรัง) ยังไม่ครอบคลุม ทำให้มีกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จหลุดจากระบบการคัดกรอง และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงไม่ลงชื่อ เบอร์ติดต่อ ทำให้ไม่สามารถติดตามช่วยเหลือเข้าระบบได้ บางพื้นที่มีการใช้สารเสพติด/พื้นที่สีแดงที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถเข้าไปทำงานเชิงรุกได้

• ประชาชน ญาติ ผู้ใกล้ชิดยังขาดความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน และความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย รวมถึงทัศนคติของคนในพื้นที่ (stigma) เกี่ยวกับปัญหาของการฆ่าตัวตายในกลุ่มพึงพิง/จิตเวช/ติดสุรายาเสพติด ทำให้ชุมชนมองว่าเป็นปัญหาส่วนบุคคล

### ๓) ระบบป้องกันและบำบัด

• การส่งต่อและการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ยังไม่ครอบคลุม

### ๔) ระบบบริหารจัดการและการบูรณาการ

• ขาดการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดระดับอำเภอ และระดับชุมชน ทำให้การบูรณาการงานสุขภาพจิต ระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาร่วมกันมีส่วนร่วมน้อย

## นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๑) “๔ Pillars ๔ เสาเราไม่ทิ้งกัน” (เขต ๑)

๒) การบริการเชิงรุกแบบบูรณาการให้คำปรึกษาเคลื่อนที่ (เขต ๔)

๓) โครงการจับใจ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น สร้างแกนนำในโรงเรียนช่วยคัดกรองและเป็นที่ปรึกษาในโรงเรียน (เขต ๕)

๔) สายด่วนสุขภาพจิต รพ. บางละมุง (เขต ๖)

๕) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อ (เขต ๗)

๖) การคัดกรองสุขภาพเชิงรุกบูรณาการ ๓ หมอ ด้วย Mental health check In ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงด้วยโปรแกรม R๘EOC /R๘๕๐๖Dashboard (เขต ๘)

๗) แนวทางการเฝ้าระวังปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต หรือจิตเวชฉุกเฉินร่วมกับภาคีเครือข่าย (เขต ๙)

๘) การดำเนินการสอบสวนระบาศาวิทยาการฆ่าตัวตายระดับพื้นที่/อำเภอ สอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตในทุกรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และบันทึกข้อมูลการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในระบบ ๕๐๖s ที่เป็นปัจจุบัน (เขต ๑๐)

## ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

### สำหรับพื้นที่

๑) ใช้แนวทาง ๔ Pillar โดยเน้นการพัฒนาาระบบดักจับ เฝ้าระวังในชุมชน เพื่อให้เกิดการนำที่ระดับจังหวัด อำเภอและตำบลที่เป็นรูปธรรม และเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง ในระบบการบำบัดรักษา ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบ โดยใช้หลัก ๓ ส สอดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อเชื่อมโยง สร้างกลไกการติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่องในชุมชน ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ป้องกันการฆ่าตัวตายที่ป้องกันได้ (เขต ๑)

๒) วางแผนกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบท ที่สอดคล้องกับพื้นที่ โดยเน้นมีแผนระยะสั้น/กลางและแผนระยะยาว ในการแก้ปัญหาเชิงมิติวัฒนธรรม ครอบครัว ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มเด็กและเยาวชน ครอบครัว วัคซีนใจในวัยแรงงาน/ผู้สูงอายุ ใช้สัมพันธ์ที่ดี ศักยภาพต่างๆที่มีในชุมชน ช่วยเหลือกลุ่มที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ เช่น กองทุนต่างๆ ธนาคาร

๓) เน้นคัดกรองเชิงรุก Active case finding ด้วยการคัดกรอง ค้นหา ผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิต วางแผนประเมินกลุ่มเปราะบาง เน้นผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว ด้วยโปรแกรม Mental Health Check In ให้เหมาะสม. ติดตามไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต อย่างใกล้ชิด

๔) พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละระดับให้มีความรู้ความเข้าใจในการสืบสวนสอบสวนโรคที่แม่นยำ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบในระดับประเทศ และติดตามผลการดำเนินงานจากการฆ่าตัว

ตาย คุณภาพข้อมูล ความครอบคลุม ความทันเวลา และการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ วางแผนการดำเนินงาน สุขภาพจิต

- ๕) เน้นการประเมินคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง สุรา ผู้ใช้สารเสพติด โรคเรื้อรัง ผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มเปราะบางทางสังคม ผู้ตกงาน ว่างงาน ประสบปัญหาทางทางเศรษฐกิจและติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยจิตเวชในเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การดูแลรักษาและติดตามการรับประทายต่อเนื่อง (ได้รับการดูแลและไม่ขาดยา)
- ๖) สร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง บูรณาการการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกับภาคีเครือข่าย กำหนดวิธีการดำเนินงาน จัดทำแผนป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ร่วมกับคณะกรรมการ พชอ. แก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมในอำเภอที่พบปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสูง
- ๗) สื่อสาร สร้างความตระหนัก Early Warning Sign อย่างจริงจัง ให้เข้าถึง ครอบคลุมกลุ่มที่เคยฆ่าตัวตาย กลุ่มพยายามทำร้ายตนเอง และกลุ่มประชาชนทั่วไป ให้ตระหนักและสังเกตคนใกล้ตัว ทราบช่องทางส่งต่อ

### สำหรับส่วนกลาง

- ๑) กรมสุขภาพจิต ทบทวนเครื่องมือการคัดกรองซึมเศร้าและฆ่าตัวตายให้มีประสิทธิภาพโดย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ สามารถใช้งานง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน
- ๒) กรมสุขภาพจิต สนับสนุนการทำวิจัยคู่ขนานในพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหาระยะยาวในพื้นที่ที่มีความหลากหลาย มีความซับซ้อนของปัญหาในมิติสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพ โดยมี Intervention ที่ง่ายต่อการดำเนินการในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน และมีการสนับสนุนงบประมาณทำงานต่อเนื่องในทุกพื้นที่เสี่ยง
- ๓) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและสอบสวนการฆ่าตัวตาย อย่างมีประสิทธิภาพ และปรับปรุงข้อมูลฆ่าตัวตายจากแหล่งที่มาต่าง ๆ ให้เป็นฐานเดียวกัน และการส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC เพื่อคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์ และเพื่อกำกับ ติดตาม และแก้ไขปัญหามาตรับบริบทของพื้นที่

**บทสรุปผู้บริหารการตรวจราชการภาพรวมประเทศ**  
**ประเด็นที่ ๔ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต**

**ประเด็นตรวจราชการ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต**

**หัวข้อ: กลุ่มวัยทำงาน**

**ตัวชี้วัด: การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง  $\geq$  ร้อยละ ๘๐**

**๑) เป้าหมาย และผลงาน**

**๑.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ค่าเป้าหมายการดำเนินงาน**

ไตรมาส ๒  $\geq$  ๔๐ ผลงาน ร้อยละ ๓๐.๐๑

**๑.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ค่าเป้าหมายการ**

ดำเนินงานไตรมาส ๒  $\geq$  ๖๐ ผลงาน ร้อยละ ๘๑.๓๔

**๒) สรุปสถานการณ์**

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ พบการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๙,๖๓๐,๔๑๔ คน (๘๗.๖๕%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๒๒๑,๐๐๕ คน (๐.๙๘%) และได้รับการตรวจติดตาม ๑๓๘,๖๘๑ คน (๖๒.๗๕%) การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๗,๐๑๕,๙๗๖ คน (๘๗.๗๗%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๘๑๐,๕๔๓ คน (๔.๑๘%) และได้รับการตรวจติดตาม ๖๑๘,๓๓๓ คน (๗๖.๒๙%) ผลการดำเนินงานพบว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (DM  $\geq$  ๖๐, HT  $\geq$  ๗๐)

จากการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบ ๖ เดือน (อ้างอิงข้อมูล HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕) พบว่า

- **โรคเบาหวาน** มีประชากร ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๒,๗๔๐,๗๔๖ คน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ทั้งสิ้น ๑๗,๒๑๘,๙๑๑ คน (๗๕.๗%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๑๖๗,๓๓๖ คน (๐.๙๗%) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๕๐,๒๑๐ คน (๓๐.๐๑%) ภาพรวมถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสที่ ๒ (เป้าหมาย  $\geq$  ๔๐) เขตสุขภาพส่วนใหญ่ดำเนินงานไม่ได้ตามเป้าหมาย มีเพียงเขตสุขภาพที่ ๓ เท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๔๘.๑๗

- **โรคความดันโลหิตสูง** มีประชากร ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๙,๕๗๒,๓๘๕ คน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ทั้งสิ้น ๑๕,๐๑๐,๕๒๐ คน (๗๖.๕๒%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๖๘๐,๙๖๖ คน (๔.๕%) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๕๕๓,๘๕๕ คน (๘๑.๓๔%) ภาพรวมถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสที่ ๒ (เป้าหมาย  $\geq$  ๖๐) เขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๑ ๑๒ และ ๒ ร้อยละ ๙๔.๒๖ ๙๐.๕๖ และ ๙๐.๓๑ ตามลำดับ

**๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน**

**การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมาย  $\geq$  ๔๐)**

■ **รายละเอียดตัวชี้วัด**

- เนื่องจากปี ๒๕๖๕ มีการปรับรายละเอียด Template คำนิยาม วิธีการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และระยะเวลา กล่าวคือ กรณีคัดกรองด้วยวิธีการตรวจน้ำตาลในเลือดแบบไม่ต้องอดอาหาร (RCBG หรือ RPG) จากเดิมในปี ๒๕๖๔ ค่าระดับน้ำตาล  $\geq$  ๒๐๐ mg/dl เป็น ๑๑๐ mg/dl และหากมีค่าระดับน้ำตาล  $\geq$  ๑๑๐ mg/dl จะต้องทำการตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ ๑ วันถัดไป โดยวิธีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบอดอาหาร (FCBG หรือ FPG) หากมีค่าระดับน้ำตาล  $\geq$  ๑๒๖ mg/dl ถึงจะจัดเป็นกลุ่มสงสัยป่วย

โรคเบาหวาน และต้องตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยภายใน ๑ - ๙๐ วัน โดยพบว่าบางพื้นที่ยังไม่เข้าใจในรายละเอียด และปฏิบัติตามเดิม

■ ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด ๑๙

- กลุ่มสงสัยป่วยไม่สามารถเดินทางไปรับบริการตรวจยืนยันวินิจฉัยที่ รพ. ตามนัดได้
- บุคลากรด้าน NCD ถูกดึงไปช่วยภารกิจ COVID -๑๙
- การสำรวจผลกระทบของ COVID - ๑๙ ต่อ NCD Clinic พบว่าคลินิก NCD เปิดบริการตามปกติได้เพียง

๑๖.๗%, ปิดให้บริการช่วงโควิดนานเกิน ๑ เดือน ๑๒%

■ การบันทึกและการส่งออกข้อมูล

- บางพื้นที่บันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง และมีความล่าช้า โดยมีการบันทึกข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยในแฟ้ม NCDScreen ซึ่งต้องบันทึกในแฟ้ม LABFU
- การส่งออกข้อมูลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยเข้าระบบ HDC ล่าช้า ทำให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

■ บุคลากร

- มีการเปลี่ยนแปลง โยกย้ายงานบ่อยทำให้ยังขาดประสบการณ์การดำเนินงาน

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑. จัดทำโครงการเร่งรัดตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ในกลุ่มประชาชนอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปภายในระยะเวลา ๒ เดือน (พ.ค. - มิ.ย. ๖๕) โดยติดตามผลการดำเนินงานผ่านสคร.
๒. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตัวชี้วัดผ่านระบบHDC ทุกไตรมาส และรายงานผลการดำเนินงานให้สคร. และเร่งรัดติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น Line NCD Group, จัดทำหนังสือราชการให้สคร. เร่งรัดติดตามผลการดำเนินงานจังหวัดในพื้นที่
๓. รายงานให้ผู้บริหารรับทราบ และขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยนำข้อมูลเข้าวาระการประชุมผู้บริหาร เช่น สำนักตรวจราชการ, คณะทำงาน Service Plan NCD, หัวหน้าส่วนราชการกรมควบคุมโรค

ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

■ รายละเอียดตัวชี้วัด

๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตัวชี้วัดเน้นเนื้อหาที่มีการปรับเปลี่ยน และอัปเดตองค์ความรู้วิชาการ เช่น แนวทางการคัดกรอง การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน (HBPM) เป็นต้น โดยกองโรคไม่ติดต่อได้จัดประชุมชี้แจง จำนวน ๓ ครั้ง และมีการเผยแพร่องค์ความรู้ผ่านเว็บไซต์ และเฟซบุ๊กกองโรคไม่ติดต่อ
๒. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานแผนงานโรคไม่ติดต่อ (DM&HT) เพื่อติดตามและเร่งรัดการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมายคือ สคร. ๑ - ๑๒

■ ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด ๑๙

๑. ส่งมาตรการแนวทางการดำเนินงานให้บริการแบบ New Normal ในยุค COVID - ๑๙
๒. พื้นที่ที่มีการปรับรูปแบบ New Normal เช่น รพ.สต. นัดกลุ่มสงสัยป่วยเจาะเลือดและส่งตรวจยืนยันวินิจฉัยที่โรงพยาบาล

■ การบันทึกและการส่งออกข้อมูล

๑. จัดเวที Forum ชี้แจงการคีย์ข้อมูลและการส่งออกที่ถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญ HDC และเปิดประเด็น ถาม-ตอบ ข้อสงสัย
๒. จัด Workshop กับผู้เชี่ยวชาญจาก HDC เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

■ บุคลากร

๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตัวชี้วัด และมีการอัปเดตองค์ความรู้วิชาการเรื่องโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
๒. เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสาร Open chat ได้แก่ NCD Clinic plus online เพื่อให้สามารถสื่อสารได้สะดวก รวดเร็วมากยิ่งขึ้น (Two – Wat Communication)

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญในการจัดการแก้ไขปัญหา เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่
- การบูรณางานระดับพื้นที่ร่วมกับทีม ๓ หมอ และ PCC Team

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

- การขับเคลื่อนการดำเนินงานปฏิรูปเขตสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ (Big Rock : NCDs) ในพื้นที่ชุมชนต้นแบบ และสถานประกอบการต้นแบบ
- การชี้แจงแนวทางการติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยที่ชัดเจนของสสจ./สสอ.
- การบริหารจัดการระบบตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน โดยนัดเจาะเลือดกลุ่มสงสัยป่วยที่รพ.สต. และส่งให้ รพ.แม่ข่าย
- กำกับติดตาม และเร่งรัดการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย

(ข้อมูลจาก: การประชุมวิชาการกลุ่ม, การสำรวจผลกระทบ COVID - ๑๙ และรายงานตรวจราชการเขต ๑ - ๑๒ รอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕)

ผู้รายงาน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค  
วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕

สรุปลผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็น ที่ ๑ - ๖)  
รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕  
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต

๒. หัวข้อ: กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัด : การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง  $\geq$  ร้อยละ ๘๐

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ.....กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

**สถานการณ์การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง**

จากฐานข้อมูล Health Data Center ในปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๕,๗๒๗.๕ ๕,๙๘๐.๕ ๖,๓๕๙.๑ ๖,๖๗๐.๓ และ ๖,๙๙๕.๙ ตามลำดับ และอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๑๒,๐๖๗.๗ ๑๒,๖๐๕.๕ ๑๓,๓๖๑.๑ ๑๓,๙๔๐.๒ และ ๑๔,๖๑๘.๐ ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ ๗๕๙.๑ ๕๐๘.๓ ๔๗๕.๗ ๔๗๐.๒ และ ๔๘๑.๔ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ ๑,๓๔๖.๘ ๑,๑๘๐.๘ ๑,๐๗๐.๕ ๑,๐๓๒.๙ และ ๑,๑๐๒.๔ เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๖.๙ ๘.๖ ๘.๘ ๙.๒ และ ๙.๖ ตามลำดับ และกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ๒๓.๒ ๒๒.๔ ๒๑.๘ ๗.๑ และ ๗.๗ ตามลำดับ เป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๐.๙ ๑.๐ ๑.๐ ๑.๐ และ ๐.๙ ตามลำดับ และกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ ๔.๖ ๔.๔ ๔.๑ ๓.๙ และ ๔.๑ ตามลำดับ

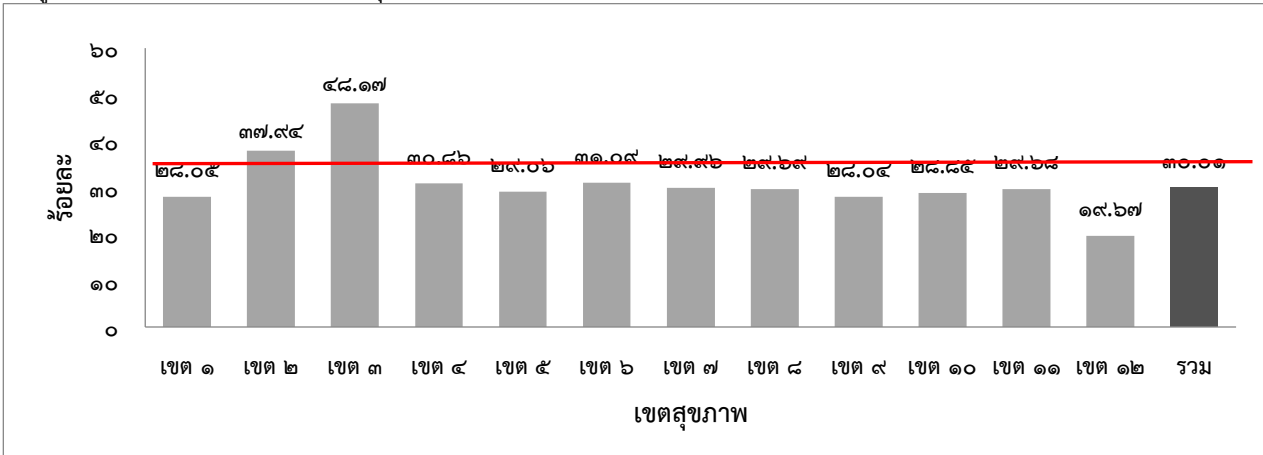
ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ พบการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๙,๖๓๐,๔๑๔ คน (๘๗.๖๕%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๒๒๑,๐๐๕ คน (๐.๙๘%) และได้รับการตรวจติดตาม ๑๓๘,๖๘๑ คน (๖๒.๗๕%) การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๗,๐๑๕,๙๗๖ คน (๘๗.๗๗%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๘๑๐,๕๔๓ คน (๔.๗๘%) และได้รับการตรวจติดตาม ๖๑๘,๓๓๓ คน (๗๖.๒๙%) ผลการดำเนินงานพบว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (DM  $\geq$  ๖๐, HT  $\geq$  ๗๐) และมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด จำนวน ๓,๑๗๓,๔๐๕ ราย ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เกณฑ์เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ ๔๐ พิจารณาจากระดับ HbA๑C น้อยกว่า ๗) เท่ากับ ๙๒๕,๐๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๒ ภาพรวมยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ๖,๖๓๐,๖๓๐ ราย สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (ค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุทธาย น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท เกณฑ์ค่าเป้าหมาย  $\geq$  ๖๐) จำนวน ๓,๗๑๒,๖๘๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๙ ภาพรวมยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

จากการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบ ๖ เดือน (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๖๕) พบว่า

- โรคเบาหวาน มีประชากร ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๒,๗๔๐,๗๔๖ คน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ทั้งสิ้น ๑๗,๒๑๘,๙๑๑ คน (๗๕.๗%) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ๑๖๗,๓๓๖ คน (๐.๙๗%) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๕๐,๒๑๐ คน (๓๐.๐๑%) ภาพรวมถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสที่ ๒ (เป้าหมาย  $\geq$  ๔๐) เขตสุขภาพส่วนใหญ่ดำเนินงานไม่ได้ตามเป้าหมาย มีเพียงเขตสุขภาพที่ ๓ เท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๔๘.๑๗ ดังแผนภูมิที่ ๑

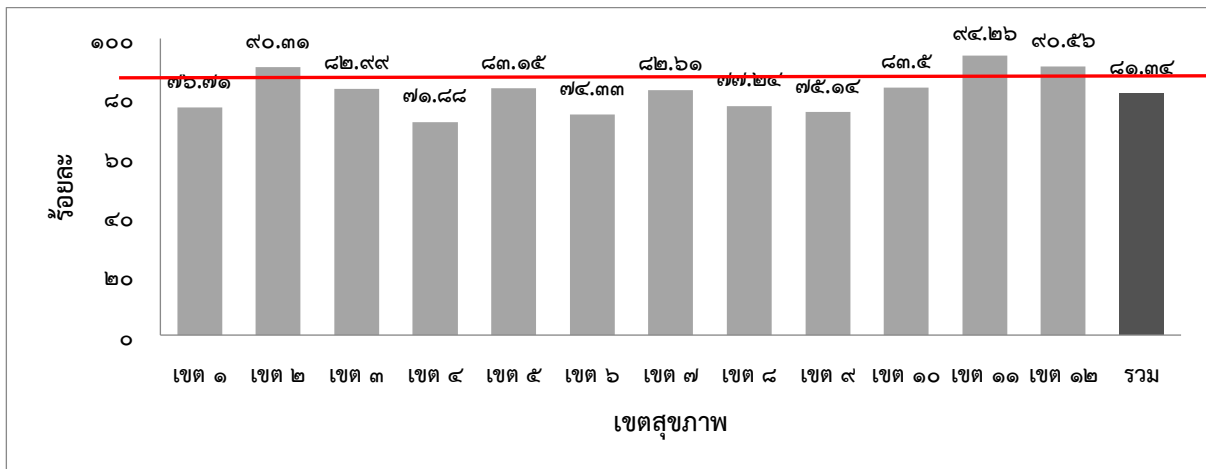
- โรคความดันโลหิตสูง มีประชากร ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๙,๕๗๒,๓๘๕ คน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ทั้งสิ้น ๑๕,๐๑๐,๕๒๐ คน (๗๖.๕๒%) เป็นกลุ่มเสี่ยงป่วย ๖๘๐,๙๖๖ คน (๔.๕%) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๕๕๓,๘๙๕ คน (๘๑.๓๔%) ภาพรวมถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสที่ ๒ (เป้าหมาย  $\geq ๖๐$ ) เขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๑ ๑๒ และ ๒ ร้อยละ ๙๔.๒๖ ๙๐.๕๖ และ ๙๐.๓๑ ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ ๒

แผนภูมิที่ ๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน (เป้าหมายไตรมาส ๒  $\geq ๔๐$ )



แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง (เป้าหมายไตรมาส ๒  $\geq ๖๐$ )

ที่มาของข้อมูล : HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p><b>๑. รายละเอียดตัวชี้วัด</b></p> <p>- เนื่องจากปี ๒๕๖๕ มีการปรับรายละเอียด Template คำนิยาม วิธีการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และระยะเวลา <u>กล่าวคือ</u> กรณีคัดกรองด้วยวิธีการตรวจน้ำตาลในเลือดแบบไม่ต้องอดอาหาร (RCBG หรือ RPG) จากเดิมในปี ๒๕๖๔ ค่าระดับน้ำตาล <math>\geq 200</math> mg/dl เป็น <math>110</math> mg/dl และหากมีค่าระดับน้ำตาล <math>\geq 110</math> mg/dl จะต้องทำการตรวจคัดกรองซ้ำ ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป โดยวิธีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบอดอาหาร (FCBG หรือ FPG) หากมีค่าระดับน้ำตาล <math>\geq 126</math> mg/dl ถึงจะจัดเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และต้องตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยภายใน ๑-๙๐ วัน โดยพบว่าบางพื้นที่ ยังไม่เข้าใจในรายละเอียด และปฏิบัติตามเดิม</p>	<p>๑) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ตัวชี้วัดเน้นเนื้อหาที่มีการปรับเปลี่ยน และอัปเดตองค์ความรู้วิชาการ เช่น แนวทางการคัดกรองการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน (HBPM) เป็นต้น โดยกองโรคไม่ติดต่อได้จัดประชุมชี้แจง จำนวน ๓ ครั้ง และมีการเผยแพร่องค์ความรู้ผ่านเว็บไซต์ และเฟซบุ๊กกองโรคไม่ติดต่อ</p> <p>๒) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานแผนงานโรคไม่ติดต่อ (DM&amp;HT) เพื่อติดตามและเร่งรัดการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมาย คือ สคร. ๑ - ๑๒</p>	<p>จากปัญหาการดำเนินงานในรอบที่ ๑ กองโรคไม่ติดต่อ ได้มีการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ดังนี้</p> <p>๑) ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ส่งหนังสือถึงชมรมแพทย์ชนบท/ชมรมรพ.ศูนย์/รพท. นำเข้าวาระการประชุมผู้บริหารทุกระดับเพื่อรับทราบและช่วยเร่งรัดการดำเนินงานของเขต</p> <p>๒) อยู่ระหว่างการจัดทำโครงการเร่งรัดตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ภายในระยะเวลา ๒ เดือน (พ.ค. - มิ.ย. ๖๕) โดยติดตามผลการดำเนินงานผ่าน สคร.</p>
<p><b>๒. ผลกระทบจาก COVID-๑๙</b></p> <p>- กลุ่มสงสัยป่วยไม่สามารถเดินทางไปรับบริการตรวจยืนยันวินิจฉัยที่ รพ. ตามนัดได้</p> <p>- บุคลากรด้าน NCD ถูกดึงไปช่วยภารกิจ COVID -๑๙</p> <p>- การสำรวจผลกระทบของ COVID - ๑๙ ต่อ NCD Clinic พบว่าคลินิก NCD เปิดบริการตามปกติได้เพียง ๑๖.๗% , ปิดให้บริการช่วงโควิดนานเกิน ๑ เดือน ๑๒%</p>	<p>๑) ส่งมาตรการแนวทางการดำเนินงานให้บริการแบบ New Normal ในยุค COVID - ๑๙</p> <p>๒) พื้นที่ที่มีการปรับรูปแบบ New Normal เช่น รพ.สต. นัดกลุ่มสงสัยป่วยเจาะเลือดและส่งตรวจยืนยันวินิจฉัยที่โรงพยาบาล</p>	
<p><b>๓. การบันทึกและการส่งออกข้อมูล</b></p> <p>- บางพื้นที่บันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง และมีความล่าช้า โดยมีการบันทึกข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยในแฟ้ม NCDScreen ซึ่งต้องบันทึกในแฟ้ม LABFU</p> <p>- การส่งออกข้อมูลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยเข้าระบบ HDC ล่าช้า ทำให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน</p>	<p>๑) จัดเวที Forum ชี้แจงการคีย์ข้อมูลและการส่งออกที่ถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญ HDC และเปิดประเด็นถาม-ตอบ ข้อสงสัย</p> <p>๒) จัด Workshop กับผู้เชี่ยวชาญจาก HDC เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน</p> <p>๓) เร่งรัดผ่านการตรวจราชการและส่งหนังสือถึงชมรมแพทย์ชนบท, ชมรมโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป</p>	

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<b>๔. บุคลากร</b> - มีการเปลี่ยนแปลง โยกย้ายงานบ่อยทำให้ ยังขาดประสบการณ์การดำเนินงาน	๑) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ตัวชี้วัด และมีการอัปเดตองค์ ความรู้วิชาการเรื่องโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ๒) เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสาร Open chat ได้แก่ NCD Clinic plus online เพื่อให้สามารถสื่อสาร ได้สะดวก รวดเร็วมากยิ่งขึ้น (Two – Wat Communication)	

ข้อมูลจาก: การประชุมชี้แจงตัวชี้วัด, การสำรวจผลกระทบ COVID - ๑๙ และรายงานตรวจราชการเขต ๑ - ๑๒ รอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕

#### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- ไม่มี

#### ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

##### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

- ควรขยายการลดเสี่ยงในระดับประชากร ยกกระดับจากระดับชุมชนเป็นตำบลจัดการคุณภาพชีวิตส่งเสริมสุขภาพ ลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพ, งาน NCD, ปฐมภูมิ, ตำบลจัดการสุขภาพ, อาหารปลอดภัย, เหล้า บุหรี่
- ควรสร้าง Health influencer ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อเป็นต้นแบบการกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง
- สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น สถานประกอบการ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ท้องถิ่น ฯลฯ ในการดำเนินงานคัดกรองและตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย

##### ๖.๒ สำหรับเขตสุขภาพ

- ผลักดันให้เกิดนโยบายระดับจังหวัดในการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการใช้ Smart อสม. เพื่อรองรับการดำเนินงานแบบ New Normal
- สนับสนุนการจัดตั้ง Health Station ระดับ Good ในระดับปฐมภูมิ และการใช้โปรแกรม H&U monitor ประเมินผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดน้ำหนัก ลดเค็มลดโรค
- เร่งรัดติดตามผลการดำเนินงานให้สอดคล้องกับ Small Success ตัวชี้วัด
- ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าศึกษาในระบบ E-Learning หลักสูตรการเพิ่มสมรรถนะการจัดการโรค DM/HT (ระดับพื้นฐาน/ระดับกลาง) ของกองโรคไม่ติดต่อ

**๖.๓ สำหรับส่วนกลาง**

- ถอดบทเรียนเรื่อง OKR และแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเขตปฏิรูปนำร่อง
- ขยายระยะเวลาการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก ๙๐ วัน
- เชื่อมโยงข้อมูลการคัดกรอง และข้อมูลการตรวจรักษาโรคไม่ติดต่อของประชาชน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ประกันสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรสนับสนุนองค์ความรู้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนสื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานในระดับชุมชน

(แหล่งที่มาของข้อมูล: รายงานตรวจราชการเขต ๑ - ๑๒ รอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕)

ผู้รายงาน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค  
วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕

**บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๑**  
**ประเด็นที่ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต**

**ประเด็นตรวจราชการ :** สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

**หัวข้อ :** บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

**๑) เป้าหมาย และผลงาน**

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๔๐	๗๒.๙๙
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๓๐	๑๖.๕๑
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๓๐	๑๗.๑๕
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	๙๕	๙๑.๒๑

**๒) สรุปสถานการณ์**

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aged society) และกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ภายในปี ๒๕๖๕ ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุรวมประมาณ ๑๒ ล้านคน จากการคัดกรอง ADL ผู้สูงอายุ ในระบบ HDC ณ วันที่ ๒๕ เม.ย. ๖๕ ได้รับการคัดกรองจำนวน ๖,๑๘๓,๕๙๕ คน (ร้อยละ ๖๔.๒๓) พบว่า ผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ ๙๖.๖๑ ติดบ้าน ร้อยละ ๒.๗๗ และติดเตียง ร้อยละ ๐.๖๒ หรือเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) ร้อยละ ๓.๔ คือประมาณ ๓ แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การป้องกันภาวะติดบ้านติดเตียง ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ครอบคลุม แต่ยังคงต้องมีการปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนผู้บริบาลผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) รวม ๑๑๔,๐๑๓ คน ประกอบด้วย Care Manager จำนวน ๑๕,๗๔๐ คน Care giver จำนวน ๙๖,๐๖๘ คน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๒,๒๐๕ คน (ข้อมูลโปรแกรม Long Term Care (๓C) วันที่ ๒๑ เม.ย. ๖๕)

**๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน**

๓.๑ สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-๑๙ การให้บริการผู้สูงอายุ ทั้งการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพ การให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ รวมทั้ง การส่ง Caregiver ไปดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทำได้จำกัด

๓.๒ การขาดการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้อง และ ความสามารถของพื้นที่ในการบูรณาการงานผู้สูงอายุซึ่งเป็นแนวคิดแบบกลุ่มวัยกับงานการดูแลรักษาที่เน้นการดูแลรายโรคหรือกลุ่มโรค

๓.๓ การขาดการบูรณาการระบบข้อมูลด้านผู้สูงอายุ

๓.๔ การคัดกรองภาวะสุขภาพและลงข้อมูลผ่าน Blue Book app ยังไม่ครอบคลุม

- ผู้สูงอายุยังขาดทักษะการใช้ Blue Book app

- ผู้สูงอายุไม่มี Smart phone เพิ่มภาระให้เจ้าหน้าที่

๓.๕ บางพื้นที่ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เนื่องจากบุคลากร Care Manager มีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ (การโยกย้าย/ ลาออก/เกษียณอายุราชการ)

๓.๖ ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากเป็นการ Re-accredited และการจัดทำ Care plan ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่ครอบคลุม

๓.๗ แพทย์ พยาบาล ไม่เพียงพอในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ และไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่และการดำเนินงานที่ชัดเจน

#### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ การกำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละกระทรวง กรม/สำนัก/กอง ควรมีความชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

๔.๒ การถ่ายทอดนโยบายต่างๆ หรือแนวทางการทำงานที่มีความชัดเจน

๔.๓ การบูรณาการจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำกับ ติดตาม

๔.๔ การบูรณาการระบบข้อมูลด้านผู้สูงอายุ

#### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑ เป็นนโยบายสำคัญในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุทุกระดับ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

๕.๒ มีกลไกการขับเคลื่อนด้านยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือ

๕.๓ มีการพัฒนาระบบการรายงานข้อมูลผ่านดิจิทัล Platform

#### ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

๖.๑ คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในระบบ Long Term Care

๖.๒ การประสาน/ส่งต่อผู้สูงอายุแต่ละประเภท

๖.๓ การส่งเสริมกิจกรรมป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๑**  
**ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต**

๑. ประเด็นตรวจราชการ: สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๒. หัวข้อ: บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**ตัวชี้วัด**

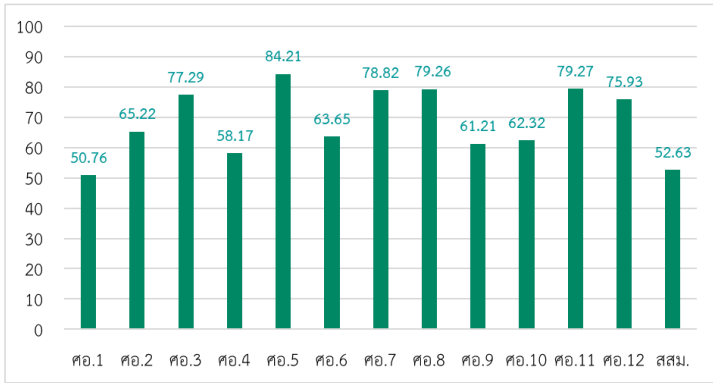
๑. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
  - ร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
  - ร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
๓. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

**๔. วิเคราะห์สถานการณ์**

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aged society) และกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ภายในปี ๒๕๖๕ ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุรวม ๖๖,๗๘๖,๔๑๔ คน จำแนกเป็นผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจำนวน ๑๒,๙๑๔,๑๕๕ คน (คิดเป็น ๑๙.๓% ของประชากรรวม) และผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปจำนวน ๘,๕๗๖,๖๗๑ คน (คิดเป็น ๑๒.๘% ของประชากรรวม) จากการคัดกรอง ADL ผู้สูงอายุในระบบ HDC ณ วันที่ ๒๕ เม.ย. ๖๕ ได้รับการคัดกรองจำนวน ๖,๑๘๓,๕๙๕ คน (ร้อยละ ๖๔.๒๓) พบว่า ผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ ๙๖.๖๑ ติดบ้าน ร้อยละ ๒.๗๗ และติดเตียง ร้อยละ ๐.๖๒ หรือเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) ร้อยละ ๓.๔ คือประมาณ ๓ แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การป้องกันภาวะติดบ้านติดเตียง ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ครอบคลุม แต่ยังคงต้องมีการปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนผู้บริบาลผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) รวม ๑๑๔,๐๑๓ คน ประกอบด้วย Care Manager จำนวน ๑๕,๗๔๐ คน Care giver จำนวน ๙๖,๐๖๘ คน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๒,๒๐๕ คน (ข้อมูลโปรแกรม Long Term Care (๓C) วันที่ ๒๑ เม.ย. ๖๕)

๑. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีสุขภาพที่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๙๙ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ในไตรมาส ๒ คือ ร้อยละ ๔๐ โดยเขตสุขภาพที่มีจำนวนประชากรสูงอายุที่มีสุขภาพที่พึงประสงค์สูงที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๕ คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๒๑

**ประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์**  
(เป้าหมายไตรมาส 2 ร้อยละ 40)



Blue Book Application ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565

**ผู้สูงอายุ**  
**914,689 คน**

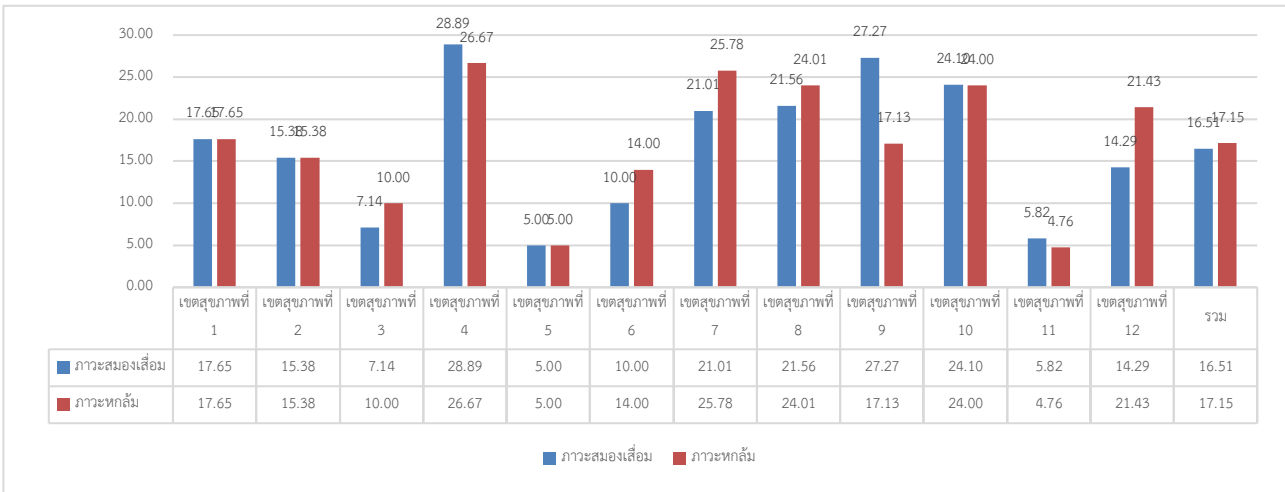
**พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์**  
**667,658 คน**

คิดเป็นร้อยละ  
**72.99**

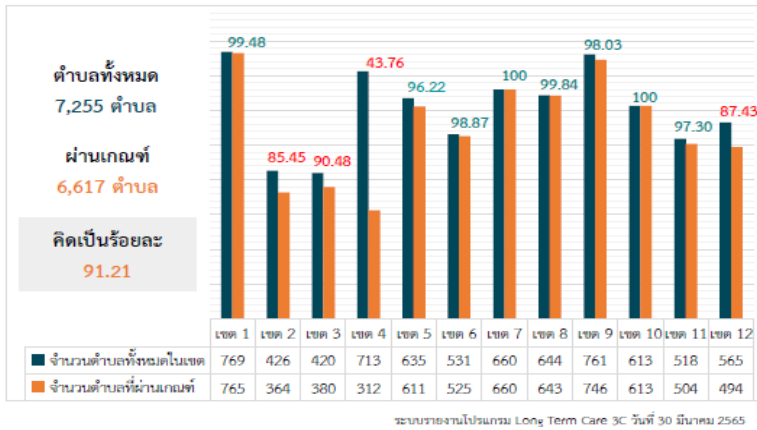
๒. การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ จากข้อมูลการประเมินตนเองผ่าน website ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ร่วมกับข้อมูลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไปทั่วประเทศ จำนวน ๒๑๐ มีคลินิกในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินจำแนกเป็นคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานจำนวน ๔๒ แห่ง และคลินิกระดับคุณภาพจำนวน ๗๖ แห่ง รวมคิดเป็นคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐาน ขึ้นไปจำนวน ๑๑๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๒ ของโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไปทั้งหมด

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๕๑ และ ๑๗.๑๕ ตามลำดับ ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ ๓๐ โดยเขตสุขภาพที่มีร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุสูงสุดคือ เขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละ ๒๘.๘๙, ๒๖.๖๗ ตามลำดับ

๓. ร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพ Long Term Care คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๒๑ ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ เนื่องจากเป็นการ Re-accredited โดยเขตสุขภาพที่มีร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพ Long Term Care สูงที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๗ และเขตสุขภาพที่ ๑๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐



**ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายไตรมาส 2 ร้อยละ 95)**



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<b>ระบบการให้บริการ</b>		
การคัดกรองภาวะสุขภาพและลงข้อมูลผ่าน Blue Book app. ยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากเป็นโปรแกรมใหม่จนท.บางคนยังไม่เข้าใจ / ผู้สูงอายุไม่มี smart phone	- เพิ่มช่องทางการสื่อสาร และการประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงแบบประเมิน หรือกำหนดจำนวนเป้าหมายให้พื้นที่ - ทบทวน พื้นฟูความรู้ พัฒนาทักษะในการคัดกรองความเสี่ยงผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่	- มีการเข้าถึงการคัดกรองภาวะสุขภาพและลงข้อมูลผ่าน Blue Book Application จำนวน ๓,๒๓๐,๒๗๑ (ข้อมูล ณ วันที่ ๕ เม.ย. ๒๕๖๕)
การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ยังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมาย	- เร่งรัดการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในจังหวัดที่ยังมีการสำรวจได้น้อย - สนับสนุนการจัดทำ Wellness Plan ให้กับผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยง - สนับสนุน หรือส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มสูงขึ้นและให้เกิดการรวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมได้อย่างปลอดภัย - จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในไลน์กลุ่ม, ชมรม, โรงเรียนผู้สูงอายุ แบบ New Normal	- ประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบ ๘ ด้าน (เป้าหมาย ไตรมาส ๒ ร้อยละ ๔๐) ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๗๒.๙๙ ที่มา : Bluebook app. ณ ๓๑ มี.ค. ๖๕ - มีการจัดทำ Wellness Plan จำนวน ๒๘,๖๐๒ คน ผ่านชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๕)
- มีพื้นที่ประเมินตำบล LTC ยังไม่ผ่านเกณฑ์และยังไม่ได้ทำการประเมินซ้ำ (Re-accredited)	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เร่งรัดตำบลที่ยังไม่ดำเนินการประสานความร่วมมือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต และกรมอนามัย ลงพื้นที่ กำกับติดตามการดำเนินงานตำบลที่มี	- ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมาย ไตรมาส ๒ ร้อยละ ๙๕) ผลการ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	<p>ระบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ให้ผ่านเกณฑ์</p> <p>- พื้นที่ที่มี CM, CG, อสบ. เร่งรัดการดำเนินงานตามองค์ประกอบและประเมินตนเอง ในระบบ mC</p>	<p>ดำเนินงานร้อยละ ๙๑.๒๑ ที่มา :</p> <p>ระบบรายงานโปรแกรม Long Term Care (mC) วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๕</p> <p>- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (เป้าหมายไตรมาส ๒ ร้อยละ ๘๕) ผลการดำเนินงานร้อยละ ๙๒.๔๙</p> <p>ที่มา : ระบบรายงานโปรแกรม Long Term Care (mC) วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๕</p>
<b>บุคลากร</b>		
<p>แพทย์ พยาบาล ไม่เพียงพอในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ และไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่และการทำงานที่ชัดเจน</p>	<p>- ในรพ. ที่ไม่สามารถแยกบริการคลินิกผู้สูงอายุแยกออกมาจากคลินิกที่มีอยู่เดิมเนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร สามารถเลือกดำเนินการโดยใช้รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานซึ่งเป็นการเชื่อมโยงการบริการที่มีอยู่เดิมโดยไม่ต้องแยกคลินิกออกมาใหม่</p> <p>- ดำเนินงานร่วมกับงาน ๓ หมอ และคลินิก NCD คลินิก</p>	<p>- กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และสำนักการแพทย์เขตสุขภาพในเขตต่างๆ ได้จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ พร้อมสนับสนุนคู่มือการดำเนินงาน และ จัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นให้กับแพทย์ และพยาบาลที่จะปฏิบัติงานในคลินิก</p>
<p>บางตำบล ยังมี Care manager ไม่เพียงพอ จึงยังไม่มีการทำ Care Plan ในระบบ</p>	<p>- จังหวัดสำรวจและเตรียมส่งบุคลากรอบรม CM ใหม่กับศูนย์อนามัย</p>	<p>อยู่ระหว่างการอบรมเพิ่มเติม</p>
<b>ระบบข้อมูล</b>		
<p>การเก็บข้อมูลมีความซ้ำซ้อน มีหลายโปรแกรม</p>	<p>- บูรณาการระบบข้อมูล และ โปรแกรม Application ต่างๆ (โปรแกรม Blue Book Application/Aging Health Data/Long Term Care (mC)/HDC/Smart อสม.)</p>	<p>- อยู่ระหว่างการดำเนินการร่วมกันระหว่างศูนย์ Tech สป. กับกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง</p>
<b>สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID - ๑๙</b>		
<p>การให้บริการผู้สูงอายุทั้งการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ การคัด</p>	<p>- เร่งการฉีด vaccine ให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล</p>	<p>- กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการจัดสรรวัคซีนให้กับผู้สูงอายุเป็นลำดับต้นๆ และ มีการให้บริการฉีด</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>กรองสุขภาพ การให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่ง Caregiver ไปดูแลผู้ป่วยติดเตียงทำได้จำกัด</p>	<p>- จัดกิจกรรมต่างๆแบบ new normal การจัดแบบ onsite ภายใต้มาตรการป้องกันการติดเชื้อต่างๆ และจัดในสถานที่โล่งอากาศถ่ายเทได้ดี</p> <p>- ปรับกิจกรรมเป็นแบบ online เท่าที่ทำได้</p> <p>- นำระบบ telemedicine ร่วมกับการส่งยาถึงบ้านหรือรับยาร้านยาใกล้บ้านมาให้บริการมากขึ้น</p> <p>- ส่งเสริมการออกกำลังกาย และ ฝึกสมอง ให้กับผู้ป่วยที่ต้องเก็บตัวอยู่บ้าน</p>	<p>วัคซีนให้ที่บ้านในกรณีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง</p> <p>- กรมวิชาการมีการออกแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของ COVID-๑๙ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต แนวทางการจัดบริการสำหรับสถานดูแลผู้สูงอายุ (nursing home) รวมถึงแนวทางการจัดการในกรณีเกิดการติดเชื้อใน nursing home และการดูแลด้านจิตใจกับครอบครัวกรณีเกิดการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก</p>
<p>- สถานการณ์โควิด ทำให้การดำเนินงานมีความล่าช้า เช่น การคัดกรอง ADL การทำ Care Plan</p>	<p>- เพิ่มช่องทางการสื่อสาร และการประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงระบบการให้บริการ</p> <p>- ปรับรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น ผ่านระบบออนไลน์</p>	<p>- ดำเนินการคัดกรองสุขภาพผ่านระบบโปรแกรม Application</p> <p>- มีการจัดทำ Care Plan Online</p>

## ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

- แหล่งเรียนรู้ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยกลไก PCC และชมรมผู้สูงอายุระดับตำบลและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จ.ชัยนาท
- จัดบริการ service package เฉพาะโรคแบบครบวงจร ได้แก่ service package จังหวัดกำแพงเพชร
- จังหวัดฉะเชิงเทรา นวัตกรรมด้านการส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ “มหัศจรรย์ลดขา ไม่มีลม ด้วยตาราง ๙ ช่อง”
- ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โรงพยาบาลกระทู้มแบน อ.กระทู้มแบน จ.สมุทรสาคร
- ตำบลต้นแบบสูงวัยสุขภาพดีไม่มีลม ได้แก่ ต.สะอาด อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น, ต.ยางสีสุราช อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม, ต.ปอภาร อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด และต.โคกสี อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์
- นวัตกรรม "โฮมแพจ เบ็งแก๊งกัน" PCU รพ.วังสามหมอ (ป้องกันพลัดตกหกล้มและส่องเงา)
- โปรแกรมการพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ในตนเองและอสม.ที่ดี เพื่อเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในชมรมผู้สูงอายุตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์
- อุบลราชธานีมี กลไก บวร.ขับเคลื่อนหมู่บ้านจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ๑ หมู่บ้านต้นแบบ (แก้ปัญหาโดยชุมชน เพื่อชุมชน)
- กางเกงผ้าอ้อมหลอดป้องกันแผลกดทับ รพ.สต.บ้านพันวา อ.ท่าแซะ
- จ.นราธิวาส มีแผนขับเคลื่อน Project “ชราธิวาส” บูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร, ไร้รอยต่อ พัฒนาคุณภาพบริการผู้สูงอายุ ทุกระดับ

## ๖. ข้อเสนอแนะ

### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

- สนับสนุน และติดตามให้มีการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมผู้สูงอายุในพื้นที่
- สื่อสาร และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถคัดกรองสุขภาพตนเองโดยใช้ Blue Book Application

- สนับสนุนการทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ในชมรมผู้สูงอายุ/ โรงเรียนผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลในกลุ่ม Pre – Ageing / Preventive long term care
- สนับสนุนให้มีการจัดระบบบริการ ให้มีการส่งต่อผู้สูงอายุที่คัดกรองแล้วมีภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลรักษา และส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ
- ควรเร่งค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหา MCI และให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
- ส่งเสริมพัฒนาระบบการส่งต่อผู้มีภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม/หกล้มจากหน่วยงานคัดกรอง ถึง รพ. M ๒ (คัดกรอง ส่งต่อ) ให้เป็นปัจจุบัน และสื่อสารเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างทั่วถึง
- พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง และแกนนำในการเชื่อมโยงกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ตลอดจนสามารถกำกับติดตามการเฝ้าระวังทางสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม
- พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ระบบเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
- ขับเคลื่อนการดำเนินงาน Age friendly city และการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านและชุมชนที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ
- ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เห็นความสำคัญและเข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ให้เพิ่มมากขึ้น

#### ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- การกำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละกระทรวง กรม/สำนัก/กอง ควรมีความชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุอย่างแท้จริง
- การถ่ายทอดนโยบายต่างๆ หรือแนวทางการทำงาน ถ้าชัดเจนตั้งแต่ต้นปีจะทำงานง่ายและสะดวก ไม่ควรปรับเปลี่ยนระหว่างปี
- บูรณาการร่วมจากกรมต่าง ๆ เช่น กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้ามากำกับ ติดตาม ดูแลในงานผู้สูงอายุ
- บูรณาการระบบข้อมูล และโปรแกรม application ต่างๆ (โปรแกรม Blue Book Application/Aging Health Data/Long Term Care (๓C)/HDC/Smart อสม.) ให้สามารถทำงานเชื่อมต่อกันได้ มีความเสถียร และมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- โปรแกรม LTC ของ สปสช. และ ๓C กรมอนามัย ควรมีการแยกรายงานกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่ดีและเปลี่ยนกลุ่มให้สามารถดึงรายงานออกมาดูได้ เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ต่อพื้นที่
- เร่งรัดการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูล Wellness Plan เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานในพื้นที่
- สนับสนุนการอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้ และพัฒนาทักษะแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่

**แบบฟอร์มบทสรุปผู้บริหารการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็นที่ ๑ - ๖)**  
**ประเด็นที่ ๔ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต**

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต นโยบายมุ่งเน้น กระทรวงสาธารณสุข  
หัวข้อ / ตัวชี้วัด : สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙ (นโยบายมุ่งเน้น กระทรวงสาธารณสุข)

๑) เป้าหมาย และผลงาน : คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย

เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐.๙๐ (ข้อมูล ณ ๒๘ เม.ย.๖๕)
๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคน	๙,๕๒๐,๐๘๙ คน ร้อยละ ๙๕.๒๐ (ข้อมูล ณ ๒๕ มี.ค.๖๕)
๓) กิจกรรม/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๖.๗๓ (ข้อมูล ณ ๒๘ เม.ย.๖๕)

## ๒) สรุปสถานการณ์

ประเด็นตรวจราชการ สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙ เป็นการตรวจราชการตามนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ "คนไทยมีความรอบรู้สุขภาพ" ด้วยตัวชี้วัดสำคัญ คือ ๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ ๘๐ ๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคน และ ๓) กิจกรรม/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ ๙๐ และเพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙ บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงได้มีการกำหนดกลยุทธ์หลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานไว้ ๓ กลยุทธ์ ดังนี้

๑. ขับเคลื่อนนโยบาย/กฎหมาย/มาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐาน  
กิจกรรมการดำเนินงาน

๑.๑ ประสานนโยบาย/ความร่วมมือกับเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และประชาชน

- การเชื่อมโยงฐานข้อมูลคน และกิจการ
- จัดทำมาตรการ มาตรฐาน และกลไกกำกับ ตรวจสอบ

๑.๒ จัดทำชุดข้อมูล ความรู้ และช่องทางสื่อสารและตอบโต้ความเสี่ยง

๑.๓ พัฒนาแพลตฟอร์มสุขภาพดีวิถีใหม่ (National PP Platform)

- Health Book Online: Register, Risk Ass, Beh. Change
- ระบบกำกับ ติดตามและขับเคลื่อนกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๑.๔ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย

๒. ยกกระดับด้านสุขอนามัย และความรู้สุขภาพประชาชนสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal)

กิจกรรมการดำเนินงาน

๒.๑ ขับเคลื่อนให้คนไทยทุกคนมีสมุดสุขภาพประจำตัวออนไลน์: เด็กแรกเกิด เด็กนักเรียน ป.๑ และ ประชาชนที่อายุย่างเข้า ๖๐ ปี

๒.๒ National Campaign: สื่อสารสร้างความรอบรู้ On Air, Online, On ground, UP, กิจกรรม

ทางกาย

- ๒.๓ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมทั้งภายในและภายนอกบ้าน
- ๒.๔ ขับเคลื่อนครอบครัวรอบรู้ด้านสุขภาพ/ ครอบครัวสู้โควิด
- ๒.๕ ขับเคลื่อนองค์กรความรอบรู้ด้านสุขภาพ : HLO (สถานบริการสาธารณสุข)
๓. ยกระดับความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมของกิจการ กิจกรรม และสถานประกอบการ เตรียมเปิดเมือง เปิดประเทศ กิจกรรมการดำเนินงานขับเคลื่อน COVID Free Area ด้วยมาตรการ CFS/Healthy City ในพื้นที่เปิดเมือง เปิดประเทศ
- ๓.๑ กิจการด้านสังคม
- สพด. ๔D/รร./HPS/กิจการผู้สูงอายุ/ศาสนสถาน
- ๓.๒ กิจการด้านเศรษฐกิจ และการดำรงชีวิต
- สถานประกอบการประเภทโรงงาน
  - ตลาด ร้านอาหาร และอาหารริมบาทวิถี
- ๓.๓ ยกระดับความปลอดภัยพื้นที่ เมืองท่องเที่ยว ตามแผนเปิดเมือง (Covid Free Area : Covid Free Setting/Healthy City)
- ๓.๔ ฝ้าระวัง และกำกับระบบการจัดการสุขาภิบาลอาหาร น้ำ สิ่งปฏิกูลและมูลฝอยติดเชื้อ

### ผลการดำเนินงาน สุขภาพวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

ภาพรวมผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - ปัจจุบัน) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

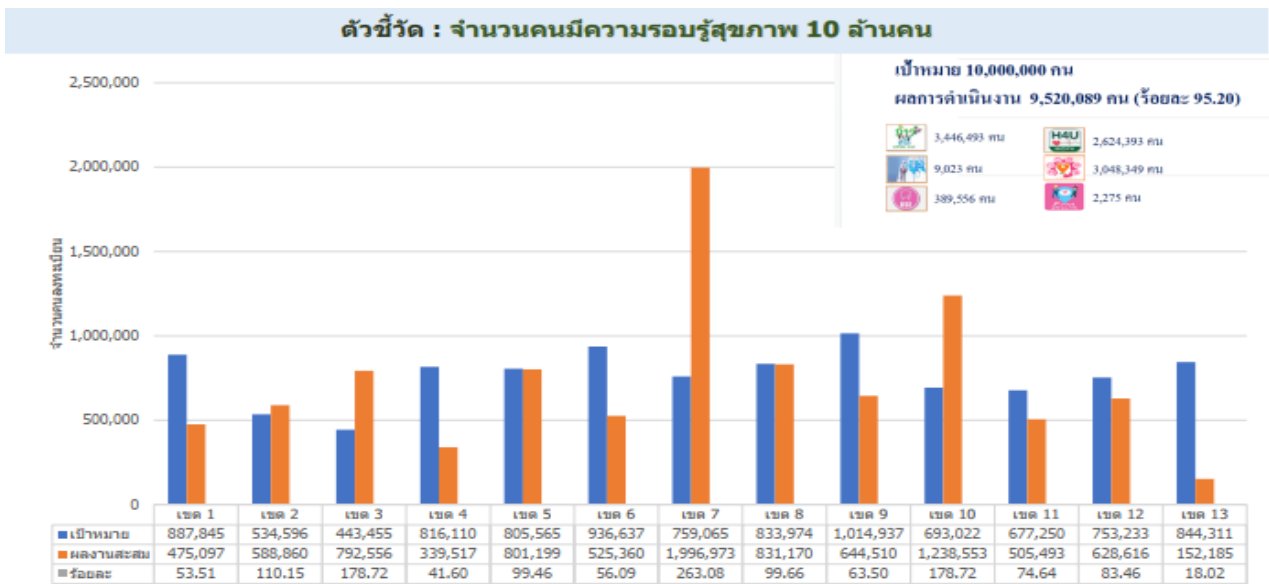
- ๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ ๘๐ มีผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๐ (ข้อมูล ณ ๒๘ เม.ย.๖๕)
- ๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคน มีผลการดำเนินงาน ๙,๕๒๐,๐๘๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๒๐ (ข้อมูล ณ ๒๕ มี.ค.๖๕)
- ๓) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ ๙๐ ผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๗๓ (ข้อมูล ณ ๒๘ เม.ย.๖๕)

ทั้งนี้ หากจำแนกผลการดำเนินงานเป็นรายประเด็น จะพบว่า

๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ เป็นการวัดแนวโน้มพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค DMH และรายพฤติกรรม โดยใช้ Anamai Poll เป็นเครื่องมือในการสำรวจ ซึ่งดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงเดือนเมษายน ๒๕๖๕ จากกลุ่มเป้าหมายประชาชน ๑๔๐,๔๘๐ คน พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมพึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๐ โดยพิจารณาจากแนวโน้มการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค (DMH : เว้นระยะห่าง/สวมหน้ากาก/ล้างมือ) และมีนำผลการดำเนินงานมาจำแนกรายเขตสุขภาพ ดังนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เขตสุขภาพ													รวม	
		เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13		
ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคหึ่งประลงค์	ร้อยละ 80	73.9	83.4	82.8	82.5	81.9	77.9	82.9	77.8	81.8	85.1	81.1	72.4	78.0	80.90	<input checked="" type="checkbox"/>
จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ 10 ล้านคน	10 ล้านคน	475,097	588,860	792,556	339,517	801,199	525,360	1,996,973	831,170	644,510	1,238,553	505,493	628,616	152,185	9,520,089	
	ร้อยละ	53.51	110.15	178.72	41.60	99.46	56.09	263.08	99.66	63.50	178.72	74.64	83.46	18.02	95.20	<input checked="" type="checkbox"/>
กิจการ/ กิจกรรม/ สถานประกอบการ ปฏิบัติตามมาตรการ	ร้อยละ 90	96.37	97.89	96.71	96.63	97.24	96.73	96.64	96.51	97.64	97.67	96.41	95.25	96.80	96.73	<input checked="" type="checkbox"/>

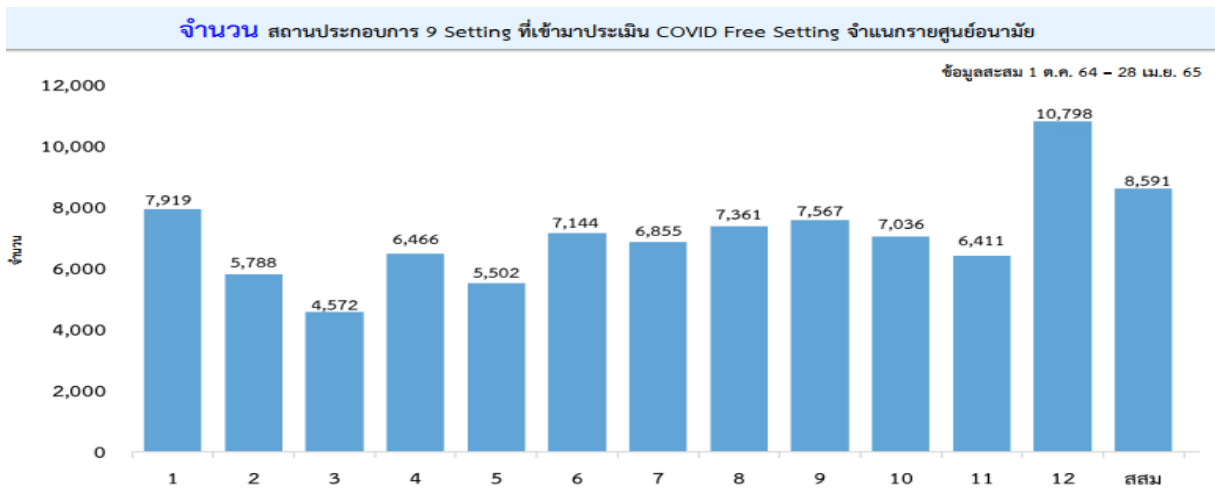
๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคน ซึ่งได้จากการสื่อสารความรอบรู้ และส่งเสริม/สนับสนุนให้ประชาชนลงทะเบียน และประเมินความรอบรู้ตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด ผ่าน Application ต่างๆ ที่หน่วยงานกำหนดขึ้น ได้แก่ Application ก้าวทำใจ, Self-monitoring (โปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง), โปรแกรม Thai Fit Stop Fat, Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป), Application H4U Plus การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน, โปรแกรมสาวไทยแก้มแดง, Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in, Platform ไอโอดีน, Application FunD และ Application Food4Health จากผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ จนถึงปัจจุบัน พบว่า ๙,๕๒๐,๐๘๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๒๐ ซึ่งมีผลการดำเนินงานมาจำแนกเป็นรายเขต ดังนี้



ทั้งนี้ หากพิจารณาผลการดำเนินงานเฉพาะโครงการก้าวทำใจ ปี ๒๕๖๕ ซึ่งกำหนดเป้าหมายโครงการไว้ คือ ๕,๐๐๐,๐๐๐ คน จะพบว่า มีประชาชนมาลงทะเบียนร่วมกิจกรรมโครงการก้าวทำใจเป็นจำนวน ๓,๕๖๓,๕๗๑ คน โดยสามารถจำแนกข้อมูลเป็นรายเขตสุขภาพได้ดังนี้

เขตสุขภาพ	ผลการดำเนินงาน		เป้าหมาย/ผลการดำเนินงาน ปี 2565	
	ปี 2563	ปี 2564	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ 01	141,895	217,521	443,922	238,561
เขตสุขภาพที่ 02	121,806	152,405	267,298	168,265
เขตสุขภาพที่ 03	73,747	249,818	221,727	287,529
เขตสุขภาพที่ 04	81,860	123,680	408,055	131,941
เขตสุขภาพที่ 05	160,505	246,682	402,781	256,735
เขตสุขภาพที่ 06	170,992	214,962	468,319	244,568
เขตสุขภาพที่ 07	366,300	557,448	379,533	633,272
เขตสุขภาพที่ 08	115,498	271,143	416,987	282,829
เขตสุขภาพที่ 09	165,258	256,468	507,469	272,122
เขตสุขภาพที่ 10	159,339	593,562	346,510	611,337
เขตสุขภาพที่ 11	123,341	152,938	338,626	179,373
เขตสุขภาพที่ 12	75,470	193,833	376,617	232,547
เขตสุขภาพที่ 13	19,511	20,491	422,156	24,492
รวมทั้งหมด	1,775,552	3,250,951	5,000,000	3,563,571

๓) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ เป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการส่งเสริมให้กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการ เข้ามาลงทะเบียน ปฏิบัติตามมาตรการ COVID Free Setting และประเมินตนเอง ในระบบ COVID Free Setting โดยพิจารณาจาก ๙ ประเภทกิจการ (Setting) ได้แก่ ร้านอาหาร โรงแรม สถานศึกษา สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ห้างสรรพสินค้า ฟิตเนส ตลาด ร้านอาหาร และโรงงาน ภาพรวมผลการดำเนินงานพบว่า กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ได้ถึงร้อยละ ๙๖.๗๓ ทั้งนี้เมื่อจำแนกผลการดำเนินงานเป็นรายเขตสุขภาพ มีผลการดำเนินงาน ดังนี้



### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๑. ข้อจำกัดทางด้านเทคโนโลยีในการเข้าถึง Application เช่น สัญญาณ internet โทรศัพท์ ฯลฯ
๒. จังหวัดไม่สามารถเข้าดูรายละเอียดข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบ จาก Application ได้ เช่น Application ก้าวทำใจ
๓. เนื่องจากสถานการณ์ของโควิด 19 เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์ฯ รวมถึงพื้นที่ที่มีการกีดกันเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19
๔. การประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย

### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- เขตสุขภาพ และจังหวัด ส่งเสริมในการเฝ้าระวังพฤติกรรมประชาชน ตามมาตรการ Universal Prevention : UP ผ่านระบบ Anamai Poll เพื่อเป็นข้อมูลประเมินความพร้อมของพื้นที่เข้าสู่ระยะ Endemic
- เร่งรัดการให้กิจกรรม/กิจการ/สถานประกอบการ โดยเฉพาะที่เสี่ยงต่อการระบาดลงทะเลเบียน และประเมินตนเองตามมาตรการ CFS ผ่านระบบ TSC๒+ เพื่อ
- เตรียมความพร้อมเข้าสู่ระยะ Endemic
- เป็นข้อมูลสำหรับการบูรณาการหน่วยงานในพื้นที่ในกำกับ ติดตาม การดำเนินการตามมาตรการ CFS
- เร่งรัดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (ก้าวทำใจ) เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันประชาชน ในการป้องกันโรค
- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานสาธารณสุขเพื่อให้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ในการกำกับ ตรวจสอบ กิจการ/กิจกรรม/ให้ดำเนินการตามมาตรการสาธารณสุขและการป้องกันโรค (FB Live/ Conference โดยกรมอนามัยทุกเดือน)

### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การผลักดันเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด เช่น ผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด
๒. การมีคณะทำงานกำกับติดตามระดับจังหวัดและอำเภอ ที่มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งการสุ่มติดตามอย่างเป็นระบบในระดับพื้นที่ทำให้สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย
๓. มีการบูรณาการเชิงพื้นที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับท้องถิ่น เช่น สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ อปท. ชมรม สมาคม ฯลฯ
๔. มีการสื่อสาร/สร้างความรอบรู้ ให้ประชาชนเห็นความสำคัญ ผ่านช่องทาง และสื่อที่หลากหลาย เช่น Social media (LINE/Facebook)/เสียงตามสาย/ไวเนลประชาสัมพันธ์/แผ่นพับ/วิทยุชุมชน/สื่อบุคคล (รพ.สต. อสม.) ฯลฯ
๕. ใช้กลไกในการควบคุม กำกับ เช่น การติดตามนิเทศงานสาธารณสุข การสื่อสารผ่านเครือข่าย รพ.สต.อสม.

### ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๖.๑ การควบคุมกำกับติดตาม สรุปผล และรายงานการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบอย่างต่อเนื่องทุกเดือน (ทั้งในส่วน of ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ และกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ)

**แบบฟอร์มสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็นที่ ๑ - ๖)**  
**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕**  
**ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต**

๑. ประเด็นตรวจราชการ: สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๒. หัวข้อ: สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมอนามัย (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักส่งเสริมสุขภาพ กองประเมินผลกระทบ ต่อสุขภาพ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม หน่วยงานในสังกัดกรมอนามัยทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

๔. วิเคราะห์สถานการณ์ สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙

ประเด็นตรวจราชการ สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙ เป็นการตรวจราชการตามนโยบายมุ่งเน้นของ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ "คนไทยมีความรอบรู้สุขภาพ" ด้วยตัวชี้วัดสำคัญ คือ ๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ ๘๐ ๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคน และ ๓) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ ๙๐ และเพื่อให้การขับเคลื่อน การดำเนินงานสุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙ บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงได้มีการ กำหนดกลยุทธ์หลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานไว้ ๓ กลยุทธ์ ดังนี้

๑. ขับเคลื่อนนโยบาย/กฎหมาย/มาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐาน กิจกรรมการดำเนินงาน

๑.๑ ประสานนโยบาย/ความร่วมมือกับเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และประชาชน

- การเชื่อมโยงฐานข้อมูลคน และกิจการ
- จัดทำมาตรการ มาตรฐาน และกลไกกำกับ ตรวจสอบ

๑.๒ จัดทำชุดข้อมูล ความรู้ และช่องทางสื่อสารและตอบโต้ความเสี่ยง

๑.๓ พัฒนาแพลตฟอร์มสุขภาพดีวิถีใหม่ (National PP Platform)

- Health Book Online: Register, Risk Ass, Beh. Change
- ระบบกำกับ ติดตามและขับเคลื่อนกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๑.๔ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย

๒. ยกระดับด้านสุขอนามัย และความรู้สุขภาพประชาชนสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal)

กิจกรรมการดำเนินงาน

๒.๑ ขับเคลื่อนให้คนไทยทุกคนมีสมุดสุขภาพประจำตัวออนไลน์: เด็กแรกเกิด เด็กนักเรียน ป.๑ และ ประชาชนที่อายุย่างเข้า ๖๐ ปี

๒.๒ National Campaign : สื่อสารสร้างความรอบรู้ On Air, Online, On ground, UP, กิจกรรม ทางกาย

๒.๓ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมทั้งภายในและภายนอก บ้าน

๒.๔ ขับเคลื่อนครอบครัวรอบรู้ด้านสุขภาพ/ ครอบครัวสู้โควิด

๒.๕ ขับเคลื่อนองค์กรความรู้ด้านสุขภาพ : HLO (สถานบริการสาธารณสุข)

๓. ยกระดับความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมของกิจการ กิจกรรม และสถานประกอบการ เตรียมเปิดเมือง เปิดประเทศ กิจกรรมการดำเนินงานขับเคลื่อน COVID Free Area ด้วยมาตรการ CFS/Healthy City ในพื้นที่เปิดเมือง เปิดประเทศ

๓.๑ กิจการด้านสังคม

- สพด. ๔D/รร./HPS/กิจการผู้สูงอายุ/ศาสนสถาน

๓.๒ กิจการด้านเศรษฐกิจ และการดำรงชีวิต

- สถานประกอบการประเภทโรงงาน
- ตลาด ร้านอาหาร และอาหารริมบาทวิถี

๓.๓ ยกระดับความปลอดภัยพื้นที่ เมืองท่องเที่ยว ตามแผนเปิดเมือง (Covid Free Area : Covid Free Setting/Healthy City)

๓.๔ เฝ้าระวัง และกำกับระบบการจัดการสุขาภิบาลอาหาร น้ำ สิ่งปฏิกูลและมูลฝอยติดเชื้อ

**ผลการดำเนินงาน สุขภาพวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕**

ภาพรวมผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพวิถีใหม่ Living with COVID-๑๙ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ (ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - ปัจจุบัน) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ ๘๐ มีผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๐ (ข้อมูล ณ ๒๘ เม.ย.๖๕)

๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคน มีผลการดำเนินงาน ๙,๕๒๐,๐๘๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๒๐ (ข้อมูล ณ ๒๕ มี.ค.๖๕)

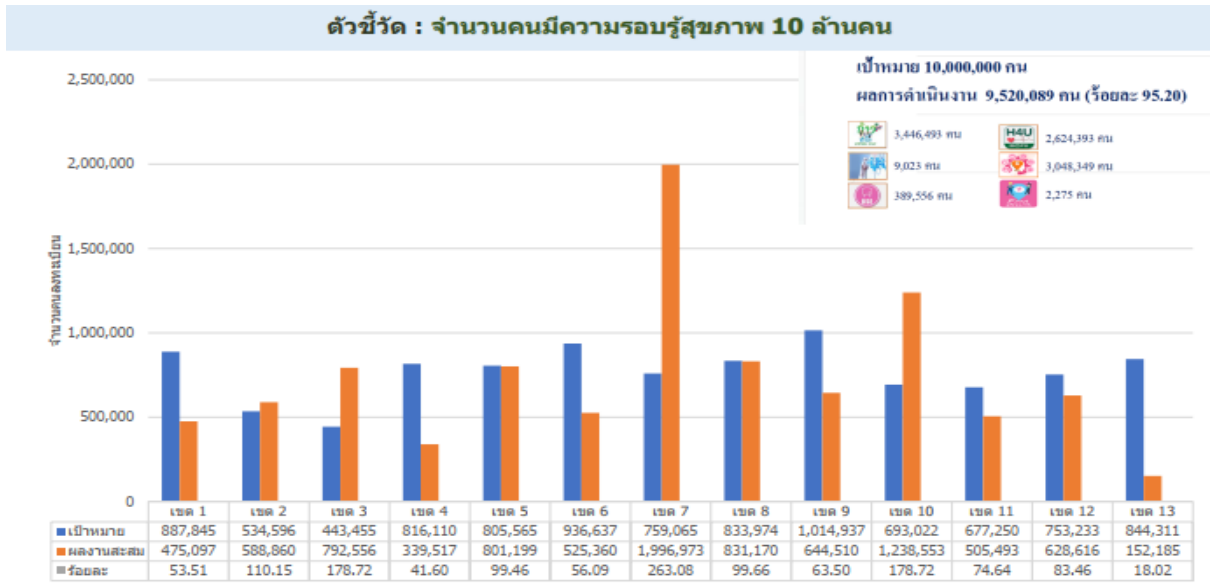
๓) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ ๙๐ ผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๗๓ (ข้อมูล ณ ๒๘ เม.ย.๖๕)

ทั้งนี้ หากจำแนกผลการดำเนินงานเป็นรายประเด็น จะพบว่า

๑) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ เป็นการวัดแนวโน้มพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค DMH และรายพฤติกรรม โดยใช้ Anamai Poll เป็นเครื่องมือในการสำรวจ ซึ่งดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงเดือนเมษายน ๒๕๖๕ จากกลุ่มเป้าหมายประชาชน ๑๔๐,๔๘๐ คน พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมพึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๐ โดยพิจารณาจากแนวโน้มการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค (DMH : เว้นระยะห่าง/สวมหน้ากาก/ล้างมือ) และมีนำผลการดำเนินงานมาจำแนกรายเขตสุขภาพ ดังนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เขตสุขภาพ													รวม
		เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	
ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์	ร้อยละ 80	73.9	83.4	82.8	82.5	81.9	77.9	82.9	77.8	81.8	85.1	81.1	72.4	78.0	80.90
จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ 10 ล้านคน	10 ล้านคน	475,097	588,860	792,556	339,517	801,199	525,360	1,996,973	831,170	644,510	1,238,553	505,493	628,616	152,185	9,520,089
	ร้อยละ	53.51	110.15	178.72	41.60	99.46	56.09	263.08	99.66	63.50	178.72	74.64	83.46	18.02	95.20
กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ	ร้อยละ 90	96.37	97.89	96.71	96.63	97.24	96.73	96.64	96.51	97.64	97.67	96.41	95.25	96.80	96.73

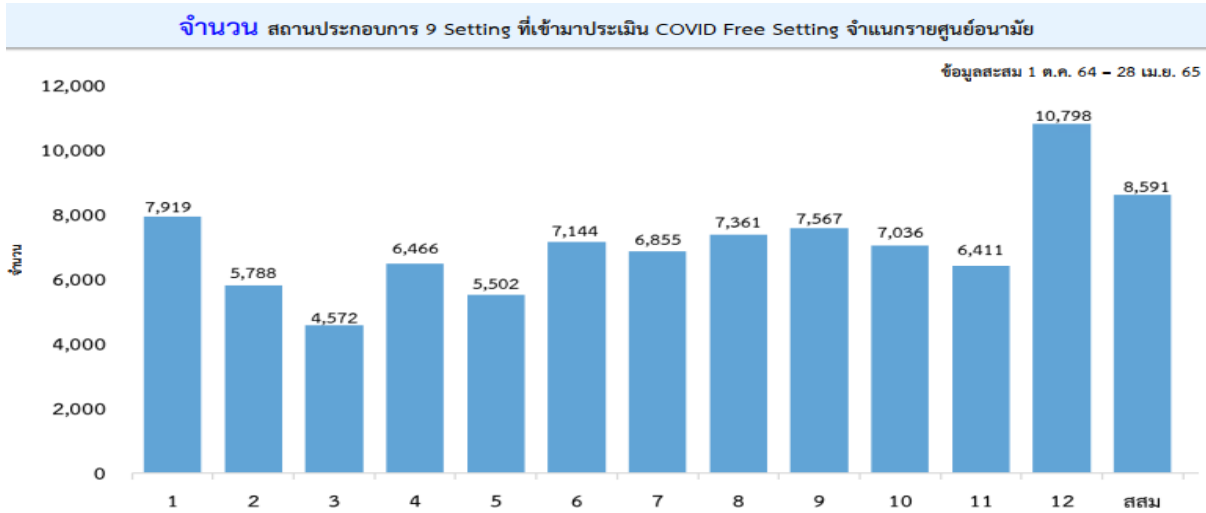
๒) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ ๑๐ ล้านคน ซึ่งได้จากการสื่อสารความรู้ และส่งเสริม/สนับสนุนให้ประชาชนลงทะเบียน และประเมินความรอบรู้ตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด ผ่าน Application ต่างๆ ที่หน่วยงานกำหนดขึ้น ได้แก่ Application ก้าวทำใจ, Self-monitoring (โปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง), โปรแกรม Thai Fit Stop Fat, Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับสตรีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป), Application H&U Plus การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ,โปรแกรมสาวไทยแก้มแดง, Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in, Platform ไอโอดีน, Application FunD และ Application Food&Health จากผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ จนถึงปัจจุบัน พบว่า ๙,๕๒๐,๐๘๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๒๐ ซึ่งมีผลการดำเนินงานมาจำแนกเป็นรายเขต ดังนี้



ทั้งนี้ หากพิจารณาผลการดำเนินงานเฉพาะโครงการก้าวทำใจ ปี ๒๕๖๕ ซึ่งกำหนดเป้าหมายโครงการไว้ คือ ๕,๐๐๐,๐๐๐ คน จะพบว่า มีประชาชนมาลงทะเบียนร่วมกิจกรรมโครงการก้าวทำใจเป็นจำนวน ๓,๕๖๓,๕๗๑ คน โดยสามารถจำแนกข้อมูลเป็นรายเขตสุขภาพได้ดังนี้

เขตสุขภาพ	ผลการดำเนินงาน		เป้าหมาย/ผลการดำเนินงานปี 2565	
	ปี 2563	ปี 2564	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ 01	141,895	217,521	443,922	238,561
เขตสุขภาพที่ 02	121,806	152,405	267,298	168,265
เขตสุขภาพที่ 03	73,747	249,818	221,727	287,529
เขตสุขภาพที่ 04	81,860	123,680	408,055	131,941
เขตสุขภาพที่ 05	160,505	246,682	402,781	256,735
เขตสุขภาพที่ 06	170,992	214,962	468,319	244,568
เขตสุขภาพที่ 07	366,300	557,448	379,533	633,272
เขตสุขภาพที่ 08	115,498	271,143	416,987	282,829
เขตสุขภาพที่ 09	165,258	256,468	507,469	272,122
เขตสุขภาพที่ 10	159,339	593,562	346,510	611,337
เขตสุขภาพที่ 11	123,341	152,938	338,626	179,373
เขตสุขภาพที่ 12	75,470	193,833	376,617	232,547
เขตสุขภาพที่ 13	19,511	20,491	422,156	24,492
รวมทั้งหมด	1,775,552	3,250,951	5,000,000	3,563,571

๓) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ เป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการส่งเสริมให้กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการ เข้ามาลงทะเบียน ปฏิบัติตามมาตรการ COVID Free Setting และประเมินตนเอง ในระบบ COVID Free Setting โดยพิจารณาจาก ๙ ประเภทกิจการ (Setting) ได้แก่ ร้านอาหาร โรงแรม สถานศึกษา สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ห้างสรรพสินค้า ฟิตเนส ตลาด ร้านอาหาร และโรงงาน ภาพรวมผลการดำเนินงาน พบว่า กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ได้ถึงร้อยละ ๙๖.๗๓ ทั้งนี้เมื่อจำแนกผลการดำเนินงาน เป็นรายเขตสุขภาพ มีผลการดำเนินงาน ดังนี้



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>สาเหตุ</p> <p>๑. ข้อจำกัดทางด้านเทคโนโลยี ในการเข้าถึง Application เช่น สัญญาณ internet โทรศัพท์ ฯลฯ</p> <p>๒. จังหวัดไม่สามารถเข้าดู รายละเอียดข้อมูลในพื้นที่ รับผิดชอบ จาก Application ได้ เช่น Application ก้าวทำใจ</p> <p>๓. เนื่องจากสถานการณ์ของ โควิด ๑๙ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การลงพื้นที่ ประชาสัมพันธ์ รวมถึงพื้นที่ที่มีภารกิจเกี่ยวกับการ ป้องกันการระบาดของโรค โควิด ๑๙</p> <p>๔. การประชาสัมพันธ์ยังไม่ ครอบคลุมพื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>๑. เร่งแก้ไข ปัญหา/ปรับปรุง Application ที่เกี่ยวข้องและจัดการ ปัญหาด้านเทคโนโลยีเพื่อการเข้าถึง Application เพื่อให้ เกิดความ คล่องตัวในการใช้งาน</p> <p>๒. เร่งรัดการให้กิจกรรม/กิจการ/ สถานประกอบการ โดยเฉพาะที่เสี่ยง ต่อการระบาดลงทะเบียน และ ประเมินตนเองตามมาตรการ CFS ผ่านระบบ TSC๒+ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระยะ Endemic</p> <p>๓. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเจ้า พนักงานสาธารณสุข เพื่อให้ ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ในการ กำกับ ตรวจสอบ</p> <p>๔. เร่งรัดการสร้างความรู้ด้าน สุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรม</p>	<p>๑) ประชาชนมีพฤติกรรม ป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อย ละ ๘๐ มีผลการดำเนินงาน คิดเป็น ร้อยละ ๘๐.๙๐ (ข้อมูล ณ ๒๘ เม.ย.๖๕)</p> <p>๒) จำนวนคนมีความรอบรู้ สุขภาพ ๑๐ ล้านคน มีผลการ ดำเนินงาน ๙,๕๒๐,๐๘๙ คน คิดเป็น ร้อยละ ๙๕.๒๐ (ข้อมูล ณ ๒๕ มี.ค.๖๕)</p> <p>๓) กิจการ/กิจกรรม/สถาน ประกอบการปฏิบัติตาม มาตรการ ร้อยละ ๙๐ ผลการ ดำเนินงาน คิดเป็น ร้อยละ ๙๖.๗๓ (ข้อมูล ณ ๒๘ เม.ย.๖๕)</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	สุขภาพผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ ที่หลากหลาย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก	

#### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- การขับเคลื่อน COVID Free Setting ผ่านคณะกรรมการตามมาตรการปลอดภัยในองค์กร (COVID Free Setting) ของจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ และอำนาจเจริญ
- การเชิดชูเกียรติอำเภอที่มีผลการประเมิน COVID Free Setting สูงที่สุด ของจังหวัดยโสธร

#### ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

##### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

- การสื่อสารประชาสัมพันธ์และกำกับติดตามการขับเคลื่อนการสร้างความรู้ให้ประชาชน มีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ในการป้องกันโรคโควิด-19

- หน่วยงานสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (HL) ให้ประชาชนในพื้นที่โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่าน Digital Health platform ของกรมอนามัยอย่างต่อเนื่อง

- การบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานสาธารณสุข สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด แรงงานจังหวัด ประกันสังคมจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และท้องถิ่นในพื้นที่ ในการกำกับติดตามให้สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันการระบาดของโรค COVID-19 สำหรับองค์กร ผ่าน Platform Thai Stop COVID Plus (COVID Free Setting)

##### ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- การพัฒนา Digital Health platform ควรพัฒนาโปรแกรมให้เป็นรูปแบบเดียวกัน มีความสะดวกต่อการใช้งานของประชาชน และง่ายต่อการกำกับติดตามของเจ้าหน้าที่

- กรณีพบปัญหาในการใช้งานส่วนกลางควรมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบได้อย่างทันที และการให้สิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลที่บันทึกเข้าระบบแล้ว เพื่อใช้ในการกำกับติดตามและประเมินผล

# ประเด็นที่ ๕

## ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

### ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

- Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)
- Service plan สาขาอุบัติเหตุ (ER)
- Service plan สาขามะเร็ง (Cancer)
- การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

**บทสรุปผู้บริหาร รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕**  
**ประเด็นตรวจราชการ: ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย**  
**หัวข้อ/ตัวชี้วัด: Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)**

**๑) เป้าหมายและผลงาน**

**ตัวชี้วัดหลัก:** อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (เป้าหมาย < ร้อยละ ๘)  
 = ร้อยละ ๑๐.๑๑

**ตัวชี้วัดรอง:** ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ได้แก่

- ๑) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ ๖๐)  
 = ร้อยละ ๕๔.๙๑
- ๒) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ ๖๐) = ร้อยละ ๕๓.๐๖

**๒) สรุปสถานการณ์**

โรคหัวใจและหลอดเลือด ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของประชากรไทย จากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในกลุ่ม Acute Coronary Syndrome (ACS) จากโปรแกรม Thai ACS Registry ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ซึ่งมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในการลงข้อมูลทั้งหมด ๗๓๕ โรงพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วย STEMI ๓,๒๓๕ ราย มีอัตราการตายของผู้ป่วย STEMI คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๑๑ ผู้ป่วย STEMI โดยพบว่า อัตราตายที่สูงส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (Killip class ๓ - ๔) และเข้ารับการรักษาช้าโดยมีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนเข้าถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๑๕๐ นาที และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PPCI มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๒๔๓ นาที ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วยการให้ยาในกลุ่ม Fibrinolysis หรือได้รับการทำ Primary PCI (PPCI) (Reperfusion rate) คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๒๓ มีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดกลุ่ม Fibrinolysis ภายในเวลาที่กำหนด (๓๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๙๑ ในขณะที่ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายในเวลาที่กำหนด (๑๒๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๐๖

จากสรุปสถานการณ์พบว่า

- อัตราตายของผู้ป่วย STEMI ยังมีแนวโน้มค่อนข้างสูง
  - ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
- เนื่องจากสถานการณ์มีการระบาดของ COVID-๑๙ เป็นวงกว้าง จึงส่งผลกระทบต่อระบบการบริการและระบบการบริการในเขตสุขภาพ รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI ยังมีแนวโน้มค่อนข้างสูง ได้แก่
๑. ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า (patient delay) เนื่องจากประชาชนไม่ทราบอาการสำคัญ การเข้าถึงระบบ EMSยังไม่ครอบคลุม
  ๒. มีความล่าช้าในระบบการส่งต่อ การให้คำปรึกษา และการให้การักษาผู้ป่วย (System delay)
  ๓. ปัญหาการให้ยาและบริหารจัดการยาละลายลิ่มเลือด บุคลากรขาดความมั่นใจในการวินิจฉัย ทักขะและการให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า
  ๔. บุคลากรมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้อัตรากำลังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน รวมทั้งปัญหาการจัดสรรอัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภาระงาน
  ๕. ความไม่พร้อมหรือไม่เพียงพอของ CCU, Cath Lab และอุปกรณ์ทางการแพทย์

๖. มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยในการสรุปผลตรวจราชการของแต่ละเขตสุขภาพ ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวชี้วัด

๓) ปัญหา/จุดรวมสะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จต่องาน

ปัญหา/สาเหตุ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า (patient delay) เนื่องจากประชาชนไม่ทราบอาการสำคัญ การเข้าถึงระบบ EMS ยังไม่ครอบคลุม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการใช้บริการ ๑๖๖๙/ EMS</li> <li>- เพิ่ม Health Literacy แก่ประชาชน โดยบูรณาการกับ ๓ หมอ ในการเฝ้าระวังและรับรู้ early warning sign</li> <li>- ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่อง STEMI Alert</li> </ul>
พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภาวะหัวใจและหลอดเลือด	กำหนดนโยบายเชิงรุกคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการควบคุมโรคใน NCD Clinic และเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคกลุ่ม Cardiovascular disease
<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานการณ์การระบาด COVID-๑๙ มีผลกระทบต่อระบบการให้บริการ (system delay)</li> <li>- บุคลากรมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้อัตรากำลังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน</li> <li>- ปัญหาการจัดสรรอัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภาระงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนด้านงบประมาณ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เพียงพอกับภาระงาน ในการขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>- ปรับอัตรากำลังของทีมในศูนย์หัวใจ เพื่อให้ Cardiac Catheterization Lab ให้สามารถให้บริการ ๒๔/๗</li> <li>- ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสุขภาพ ในองค์ความรู้ เรื่องการวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้นและการส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>- สนับสนุนเชิงนโยบายให้พยาบาลในสถานบริการทุกระดับ มีโอกาสพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ (Nurse case manager) ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก</li> </ul>
บุคลากรขาดความมั่นใจในการวินิจฉัย ทักษะ และการให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้</li> <li>- เพิ่มพูนศักยภาพบุคลากร (แพทย์/ER) ในการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI, NSTEMI, และการทำ ACIS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการให้ SK ไม่สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ศักยภาพได้ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต</li> <li>- การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ PPCI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบเครือข่าย STEMI Network และ Seamless refer ในการดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดระยะเวลาปรึกษา และการส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>- บูรณาการการรักษาและการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย STEMI, ความร่วมมือด้านวิชาการในการฝึกอบรมพัฒนา ศักยภาพบุคลากร และการพัฒนางานวิจัย ระหว่างโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ มหาวิทยาลัย/ เอกชน</li> <li>- พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในเขตสุขภาพให้สามารถให้สามารถทำ PPCI ได้ ๒๔/๗ ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม</li> <li>- ส่วนกลางสนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา Tenecteplase ที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากสปสช.</li> </ul>

ปัญหา/สาเหตุ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
	- ทบทวนรายงานผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิต และทำการบันทึกสาเหตุของการเสียชีวิต
มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยในการสรุปผลตรวจราชการของแต่ละเขตสุขภาพ ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวชี้วัด	- การบันทึกข้อมูล การจัดทำรายงาน ควรพัฒนาเป็นแบบแผนเดียวกัน และสามารถใช้ข้อมูลเพื่อติดตามงานร่วมกันได้ - มีนโยบายที่ชัดเจนและสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐานการรักษากายผู้ป่วยได้

#### ๔) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑. ส่งเสริมให้มีการบูรณาการร่วมกันในการบริหารจัดการระบบการบริการแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรคหัวใจ ทั้งในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และเอกชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา
๒. กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาศักยภาพและวางนโยบายการให้บริการในโรงพยาบาลแต่ละระดับโดยแบ่งตามศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น รพศ. สามารถให้บริการ EKG, Echo, DAPT, Fibrinolytics, CAG & PCI, CABG, Prevention, Cardiac rehabilitation ส่วนรพท., รพช., รพ.สต. สามารถให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละระดับได้
๓. การจัดทำแผนเปิดหอผู้ป่วย CCU และ Cath lab ให้เหมาะสมในแต่ละเขตสุขภาพ และสนับสนุนงบประมาณให้กับโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพที่ขาดพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อเพิ่มศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยและลดระยะเวลาการรอคอยการทำ CAG/PCI
๔. สนับสนุนให้อัตรากำลังบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้เพียงพอต่อภาระงานและส่งบุคลากรศึกษาต่อเฉพาะทางเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจที่สามารถทำ Intervention แพทย์ศัลยศาสตร์ทรวงอก พยาบาลเฉพาะด้าน นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักรังสีการแพทย์ เป็นต้น
๕. สนับสนุนเชิงนโยบายในการให้ Tenecteplase (TNK) แทนการใช้ Streptokinase (SK) เนื่องจากมีอัตราการเปิดหลอดเลือดดีกว่าและผลข้างเคียงน้อยกว่า มีการจัดทำแนวทางระดับนโยบายในการบริหารจัดการยาละลายลิ่มเลือด โดยส่วนกลางช่วยเหลือสนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา TNK แทนการใช้ SK
๖. การบูรณาการตัวชี้วัดร่วมกันกับทีม NCD ในการดำเนินการคัดกรอง, การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และ Health Literacy
๗. สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Patient Awareness) และการเข้าถึงการบริการเมื่อมีภาวะฉุกเฉินโดย EMS หรือ ๑๖๖๙
๘. รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำ Mapping ของระบบบริการในแต่ละเขตสุขภาพ จำนวนบุคลากร ปัญหาที่พบ ระบบข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (เครื่องมือ, อุปกรณ์, ครุภัณฑ์ทางการแพทย์) ระบบการเงิน (กิจกรรม, ทัศนคติ) จำนวนและประเภทของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแต่ละพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อระหว่างจังหวัด และระหว่างเขตสุขภาพ
๙. สนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS registry เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐานการรักษากายผู้ป่วย

## ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดมุ่งเน้นที่ Service plan สาขาโรคหัวใจ (STEMI) อย่างต่อเนื่องและติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาที่ได้จัดทำไว้
๒. มีระบบเครือข่ายการให้คำปรึกษา การส่งต่อ STEMI Fast Track และรักษาผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่และสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน
๓. จัดสรรแพทย์เฉพาะทางและจัดทำแผนงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและเหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยในแต่ละเขตสุขภาพ
๔. มีศูนย์หัวใจและ Cardiac Catheterization Lab (Cath Lab) ในทุกเขตสุขภาพและสามารถให้บริการได้ ๒๔ ชั่วโมง, ๗ วันต่อสัปดาห์
๕. มีนโยบายที่ชัดเจนและมีระบบฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้และมีข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสามารถนำมาพัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้ โดยสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry เพิ่มมากขึ้น

## ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามในการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

๑. ความพร้อมในระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast track ทั้งในด้านความพร้อมของรถพยาบาลและอุปกรณ์การช่วยชีวิต, ความพร้อมของบุคลากรในการส่งต่อผู้ป่วย, จัดเวรบุคลากรเพื่อพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง, สามารถทำ ACLS ได้ รวมทั้งแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่ม ACS ที่มีประสิทธิภาพและปฏิบัติได้จริงทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ และการสามารถให้บริการแบบไร้รอยต่อ
๒. บูรณาการการรักษาและการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย STEMI ระหว่างโรงพยาบาลสังกัดสป./มหาวิทยาลัย/เอกชน ในเขตสุขภาพ
๓. มีระบบการลดระยะเวลารอคอยการรักษาโดยการทำ CAG/PCI หรือการผ่าตัด Coronary Artery Bypass Surgery (CABG) โดยมีระบบการส่งต่อในเครือข่ายหรือระหว่างเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
๔. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มของ NCD และควบคุมปัจจัยเสี่ยงตามมาตรฐานการรักษา รวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง, ความตระหนักของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงอาการโรคหัวใจ และวิธีเข้าถึงการบริการได้อย่างรวดเร็ว
๕. ติดตามผลตามการดำเนินการและความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลตามตัวชี้วัด และสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry

ผู้รายงาน แพทย์หญิงอรพรรณ อนุไพวรรณ  
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
 สถาบันโรคทรวงอก

แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕  
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย  
หัวข้อ Service Plan สาขาโรคหัวใจ (STEMI)  
รอบที่ ๑/๒๕๖๕

ข้อมูล ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๒. หัวข้อ/ตัวชี้วัด: Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก: กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์และโครงการพิเศษ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม: แพทย์หญิงอรพรรณ อนุไพรพรรณ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคทรวงอก  
กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ตัวชี้วัดหลัก: อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (เป้าหมาย < ร้อยละ ๘)

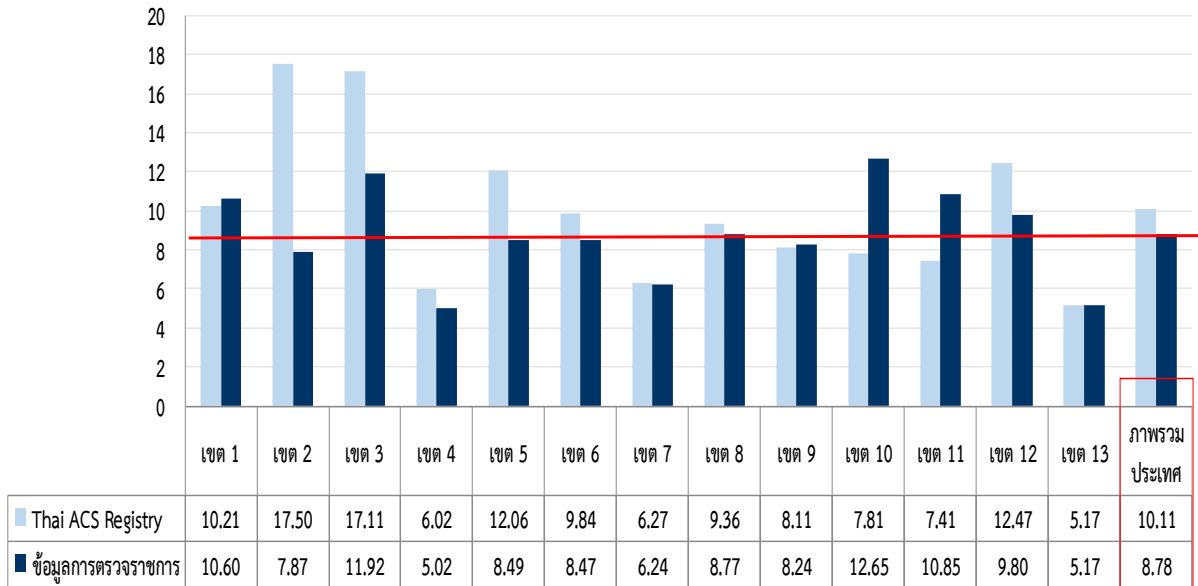
ตัวชี้วัดรอง: ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ได้แก่

- ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ ๖๐) หรือ
- ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ ๖๐)

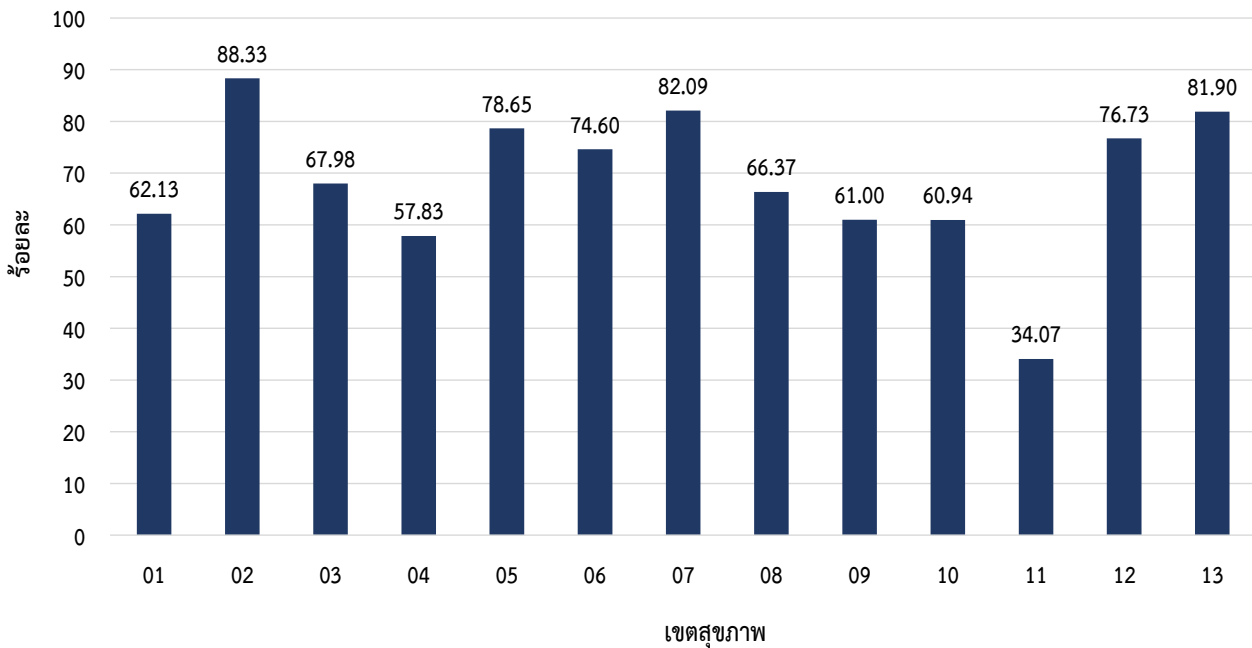
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาขาหัวใจและหลอดเลือด จากข้อมูลข้อมูลของ Thai ACS Registry รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕) พบว่า ภาพรวมของประเทศมีอัตราตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๑๑ (จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ - WHO - I๒๑.๐ - I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด ๓๒๗ ราย จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ - WHO - I๒๑.๐ - I๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด ๓,๒๓๕ ราย) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากการตรวจราชการในพื้นที่พบว่าพบว่ามีอัตราตายของผู้ป่วย STEMI คิดเป็นร้อยละ ๘.๗๘ (ดังแสดงในภาพที่ ๑ และตารางที่ ๑)

สำหรับการรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด จากข้อมูลของ Thai ACS Registry รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕) พบว่า ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือได้รับการทำ Primary PCI (PPCI) (Reperfusion rate) คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๒๓ (ดังแสดงในภาพที่ ๒) ซึ่งการรักษาหลักในผู้ป่วย STEMI ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการทำ Primary PCI (PPCI) จากข้อมูล พบว่า ภาพรวมของประเทศมีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดกลุ่ม Fibrinolysis ภายในเวลาที่กำหนด (๓๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๘๑ ในขณะที่ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายในเวลาที่กำหนด (๑๒๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๐๖ ผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด (ดังแสดงในภาพที่ ๓, ๔ และตารางที่ ๑)

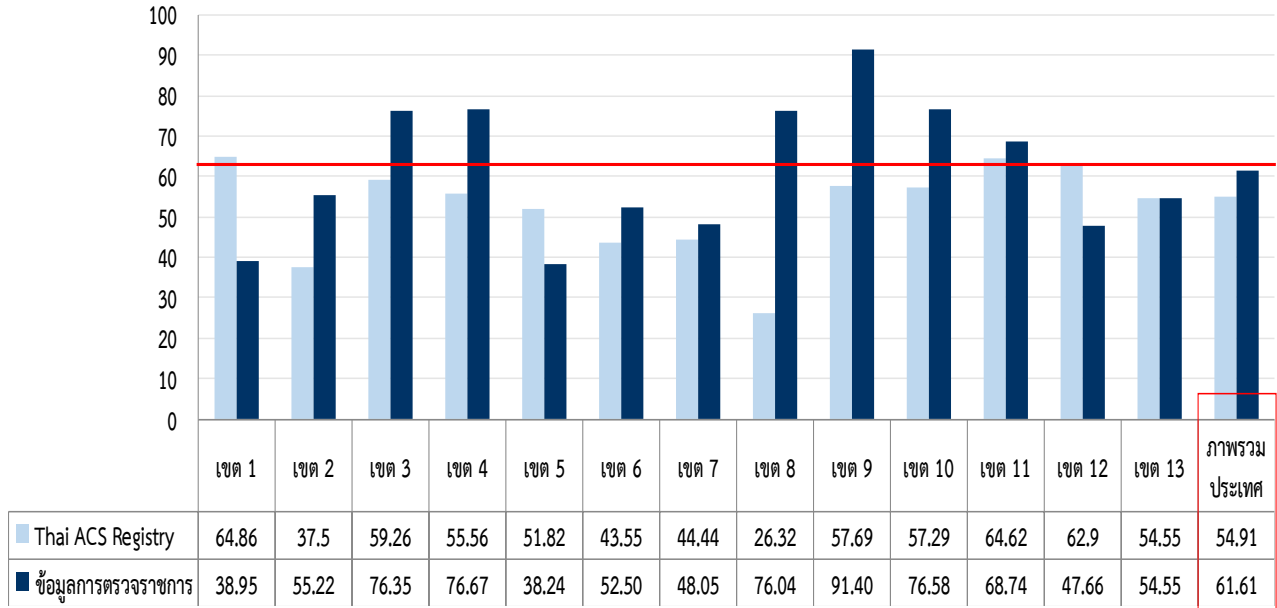
เนื่องจากการระบาดของการติดเชื้อ COVID-๑๙ ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงการบริการ ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และเข้ารับการรักษาช้า จากข้อมูล Thai ACS Registry พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๑๕๐ นาที และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PPCI มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๒๔๓ นาที



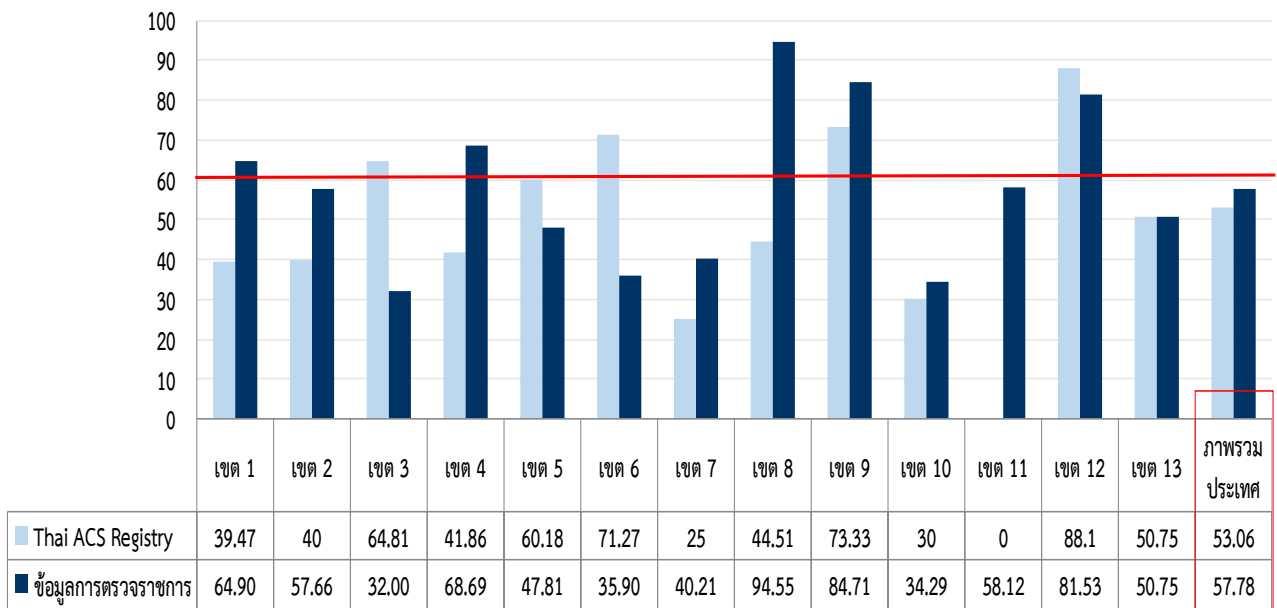
ภาพที่ ๑ กราฟแสดงข้อมูลอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕)



ภาพที่ ๒ กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วยการให้ยากลุ่ม Fibrinolysis หรือได้รับการทำ Primary PCI (PPCI) (Reperfusion rate) (ข้อมูล Thai ACS Registry)



ภาพที่ ๓ กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ ๖๐) (ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕)



ภาพที่ ๔ กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ ๖๐) (ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕)

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแต่ละเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

เขตสุขภาพที่	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
๑	๑๐.๒๑	๖๔.๘๖	๓๙.๔๗
๒	๑๗.๕๐	๓๗.๕	๔๐
๓	๑๗.๑๑	๕๙.๒๖	๖๔.๘๑
๔	๖.๐๒	๕๕.๕๖	๔๑.๘๖
๕	๑๒.๐๖	๕๑.๘๒	๖๐.๑๘
๖	๙.๘๔	๔๓.๕๕	๗๑.๒๗
๗	๖.๒๗	๔๔.๔๔	๒๕
๘	๙.๓๖	๒๖.๓๒	๔๔.๕๑
๙	๘.๑๑	๕๗.๖๙	๗๓.๓๓
๑๐	๗.๘๑	๕๗.๒๙	๓๐
๑๑	๗.๔๑	๖๔.๖๒	๐
๑๒	๑๒.๔๗	๖๒.๙	๘๘.๑๐
๑๓	๕.๑๗	๕๔.๕๕	๕๐.๗๕
<b>ภาพรวมประเทศ</b>	<b>๑๐.๑๑</b>	<b>๕๔.๙๑</b>	<b>๕๓.๐๖</b>

ที่มา: ข้อมูลจาก Thai ACS Registry ข้อมูล ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

ตารางที่ ๒ สรุปปัญหา ข้อเสนอแนะ และผลดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า (patient delay) เนื่องจากประชาชนไม่ทราบอาการสำคัญ การเข้าถึงระบบ EMS ยังไม่ครอบคลุม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการใช้บริการ ๑๖๖๙/ EMS</li> <li>- เพิ่ม Health Literacy แก่ประชาชน โดยบูรณาการกับ ๓ หมอ ในการเฝ้าระวังและรับรู้ early warning sign</li> <li>- ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่อง STEMI Alert</li> </ul>	มีการประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนถึงอาการของโรคหัวใจ, Self-awareness และการเข้ารับบริการ
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภาวะหัวใจและหลอดเลือด	กำหนดนโยบายเชิงรุกคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการควบคุมโรคใน NCD Clinic และเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคกลุ่ม Cardiovascular disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการคัดกรองและควบคุมโรคกลุ่ม NCD ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง CVD</li> <li>- ติดตามการรักษาผู้ป่วยใน NCD clinic</li> </ul>
- สถานการณ์การระบาด COVID-๑๙ มีผลกระทบต่อระบบการให้บริการ (system delay)	- สนับสนุนด้านงบประมาณ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เพียงพอกับภาระงาน ในการขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ	- มีเครือข่ายระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast track และแนวทางการให้คำปรึกษา/รักษาผู้ป่วยในทุกเขตสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้อัตราการกำเริบไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน</li> <li>- ปัญหาการจัดสรรอัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภาระงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับอัตรากำลังของทีมในศูนย์หัวใจ เพื่อให้ Cardiac Catheterization Lab ให้สามารถให้บริการ ๒๔/๗</li> <li>- ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสุขภาพ ในองค์ความรู้เรื่องการวินิจฉัยการรักษาเบื้องต้นและการส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>- สนับสนุนเชิงนโยบายให้พยาบาลในสถานบริการทุกระดับ มีโอกาสพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ (Nurse case manager) ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการพัฒนาระบบ Telemedicine ในพื้นที่ที่มีความพร้อม</li> <li>- มีการตรวจอัตรากำลังของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับการให้บริการในเครือข่าย</li> <li>- สนับสนุนด้านงบประมาณ และอัตรากำลังบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เพียงพอกับภาระงาน</li> </ul>
<p>บุคลากรขาดความมั่นใจในการวินิจฉัย ทักชีพและการให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาศมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้</li> <li>- เพิ่มพูนศักยภาพบุคลากร ในการให้การรักษผู้ป่วย STEMI, NSTEMI, และการทำ Advanced cardiovascular life support (ACLS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบบริหารจัดการยา Fibrinolysis ระหว่างโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ</li> <li>- มีระบบให้คำปรึกษาในการให้ยา Fibrinolysis ในเครือข่าย</li> <li>- จัดสรรบุคลากรเพื่อเข้ารับการอบรม</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการให้ SK ไม่สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ศักยภาพได้ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต</li> <li>- การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ PPCI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบเครือข่าย STEMI Network และ Seamless refer ในการดูแลผู้ป่วย ได้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดระยะเวลาปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>- บูรณาการการรักษาและการใช้ทรัพยากร ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย STEMI, ความร่วมมือด้านวิชาการในการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการพัฒนางานวิจัย ระหว่างโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/มหาวิทยาลัย/ เอกชน</li> <li>- พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในเขตสุขภาพให้สามารถให้สามารถทำ PPCI ได้ ๒๔/๗ ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม</li> <li>- ส่วนกลางสนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา Tenecteplase ที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากสปสช.</li> <li>- ทบทวนรายงานผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิต และทำการบันทึกสาเหตุของการเสียชีวิต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบบริหารจัดการยา Fibrinolysis ระหว่างโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ</li> <li>- มีระบบให้คำปรึกษาในการให้ยา Fibrinolysis ในเครือข่าย</li> </ul>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยในการสรุปผลตรวจราชการของแต่ละเขตสุขภาพ ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบันทึกข้อมูล การจัดทำรายงาน ควรพัฒนาเป็นแบบแผนเดียวกัน และสามารถใช้อ้างอิงเพื่อติดตามงานร่วมกันได้</li> <li>- มีนโยบายที่ชัดเจนและสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้</li> </ul>	สนับสนุนให้ทุกเขตสุขภาพมีการลงข้อมูลใน Thai ACS registry เพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น

## ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

### เขตสุขภาพที่ ๒

- ระบบ Fast Track Non STEMI High Risk
- ระบบ Telemedicine pacemaker Clinic
- Flow chart Fast Track STEMI “Early ๒ Early Strategy”
- พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI ในจังหวัด โดยระบบ Cardio Refer - Assistant ร่วมกับ Application Discord

### เขตสุขภาพที่ ๗

- โรงพยาบาลขอนแก่น: นวัตกรรมชุดพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยหลังการตรวจสวนหัวใจผ่าน Femoral artery เพื่อลดอาการปวดหลังของผู้ป่วยได้โดยไม่ก่อให้เกิดภาวะ Bleeding และ Hematoma

### เขตสุขภาพที่ ๘

- ผู้บริหารให้ความสำคัญในการจัดตั้งศูนย์หัวใจกลุ่มแม่น้ำโขงเพื่อดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น และมีการกำหนดให้ STEMI เป็นปัญหาในพื้นที่ที่ควรเร่งดำเนินการแก้ไข
- มีการสร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Track เชื่อมกับโยงโรงพยาบาลเครือข่ายภายในเขตสุขภาพ

### เขตสุขภาพที่ ๙

- จ.นครราชสีมา: กำหนดให้นำกลุ่มเสี่ยงที่เป็น Atrial fibrillation AF หรือหัวใจชนิดอื่น ปักหมุดแผนที่บ้านประสานกับหน่วยอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินสามารถเข้าช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงได้ทันเวลา
- จ.ชัยภูมิ: ส่งยาทางไปรษณีย์ และติดตามผู้ป่วยทุกรายทางโทรศัพท์และ Line ให้บริการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิโดยระบบ Out source มีแผนการเริ่มบริการ

### เขตสุขภาพที่ ๑๒

- จ.ยะลา: รองรับการเปิดบริการหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในระบบ สปสช. ๒๔ ชั่วโมง ๓ จังหวัด ได้แก่ ยะลา ปัตตานี นราธิวาส และสามารถให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องใช้การรักษาแบบผ่าตัดหัวใจ เช่น CABG/ VALVE Surgery
- จ.สงขลา: พัฒนาระบบ Smart Fast Track Refer และ Post PCI Care: Data Patient PCI เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- จ.พัทลุง: มีการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และทบทวนวิชาการ morbidity mortality case conference/ มีการดำเนินงาน ACS สัญจร

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

- ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสุขภาพ ในองค์ความรู้เรื่องการวินิจฉัยอาการเบื้องต้นจากอาการและการแสดง เพื่อให้การช่วยเหลือและการส่งต่อผู้ป่วย
- ควรสนับสนุนเชิงนโยบายให้พยาบาลในสถานบริการทุกระดับผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก การพัฒนาศักยภาพพยาบาลแกนนำในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ (Case Manager)
- พัฒนาการศูนย์ความเป็นเลิศ (COE) ด้านโรคหัวใจแบบครบวงจร
- ส่งเสริมความสามารถในการควบคุมโรคใน NCD Clinic และการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ
- ประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการใช้บริการ EMS/๑๖๖๙
- สนับสนุนด้านงบประมาณ และบุคลากรตามแผนพัฒนา เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ
- การบันทึกข้อมูล การจัดทำรายงาน ควรพัฒนาเป็นแบบแผนเดียวกัน ตรงกับตัวชี้วัดและสามารถใช้ข้อมูลเพื่อติดตามงานร่วมกันได้
- บูรณาการการรักษาและการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย STEMI ระหว่างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลเอกชน รวมถึงความร่วมมือด้านวิชาการในการฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพบุคลากร และการพัฒนางานวิจัย
- พัฒนาศักยภาพในการให้บริการด้าน CVT ในภาพรวมร่วมกันในเขตสุขภาพ
- ส่งเสริม Health literacy สร้างความตระหนักในชุมชน
- พัฒนาระบบเครือข่าย STEMI Network เพื่อการเข้าถึงการรักษาเฉพาะทาง และการส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ (Seamless refer)
- ทบทวนแนวทางการส่งต่อ แผนพัฒนาเครือข่ายการ Refer PPCI/ Post PCI ทั้งในจังหวัดและในเขตสุขภาพ
- ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต

### ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- การบูรณาการร่วมกันในการบริหารจัดการระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ (STEMI) ทั้งในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และเอกชน
- การจัดทำแผนเปิดหอผู้ป่วย CCU และ Cath lab ให้เหมาะสมในแต่ละเขตสุขภาพ เพิ่มศักยภาพในการรักษาผู้ป่วย และลดระยะเวลาการรอคอยการทำ CAG/PCI
- จัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรให้สอดคล้องกับภาระงาน
- การจัดทำแนวทางระดับนโยบายในการบริหารจัดการยาละลายลิ่มเลือด: ส่วนกลาง ช่วยเหลือ สนับสนุน การเบิกจ่ายค่ายา Tenecteplase แทนการใช้ Streptokinase
- การบูรณาการตัวชี้วัดร่วมกันกับทีม NCD ในการดำเนินการคัดกรอง, การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และ Health Literacy
- ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในความตระหนักของผู้ป่วยและการเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว
- กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาศักยภาพและวางนโยบายการให้บริการในโรงพยาบาลแต่ละระดับโดยแบ่งตามศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น รพศ. สามารถให้บริการ EKG, Echo, DAPT, Fibrinolytics, CAG & PCI, CABG, Prevention, Cardiac rehabilitation ส่วนรพท., รพช., รพ.สต. สามารถให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละระดับได้

- รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำ Mapping ของระบบบริการในแต่ละเขตสุขภาพ จำนวนบุคลากร ปัญหาที่พบ ระบบข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (เครื่องมือ, อุปกรณ์, ครุภัณฑ์ทางการแพทย์) ระบบการเงิน (กิจกรรม, ทัศนคติ) จำนวนและประเภทของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแต่ละพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อระหว่างจังหวัด และระหว่างเขตสุขภาพ
- การบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรและการส่งฝึกอบรม เช่น แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจที่สามารถทำ Intervention แพทย์ศัลยกรรมทรวงอก พยาบาลเฉพาะด้านนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักรังสีการแพทย์ เป็นต้น
- ช่วยเหลือสนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา Thrombolytic agent (Tenecteplase) ที่ไม่สามารถเรียกเก็บจาก สปสช.ได้
- ประชาสัมพันธ์ให้มีการใช้ระบบ EMS ให้มากขึ้น
- สนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐาน

ผู้รายงาน แพทย์หญิงอรวรรณ อนุไพวรรณ  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
สถาบันโรคทรวงอก  
E-mail: dr.orawan.tuk@gmail.com

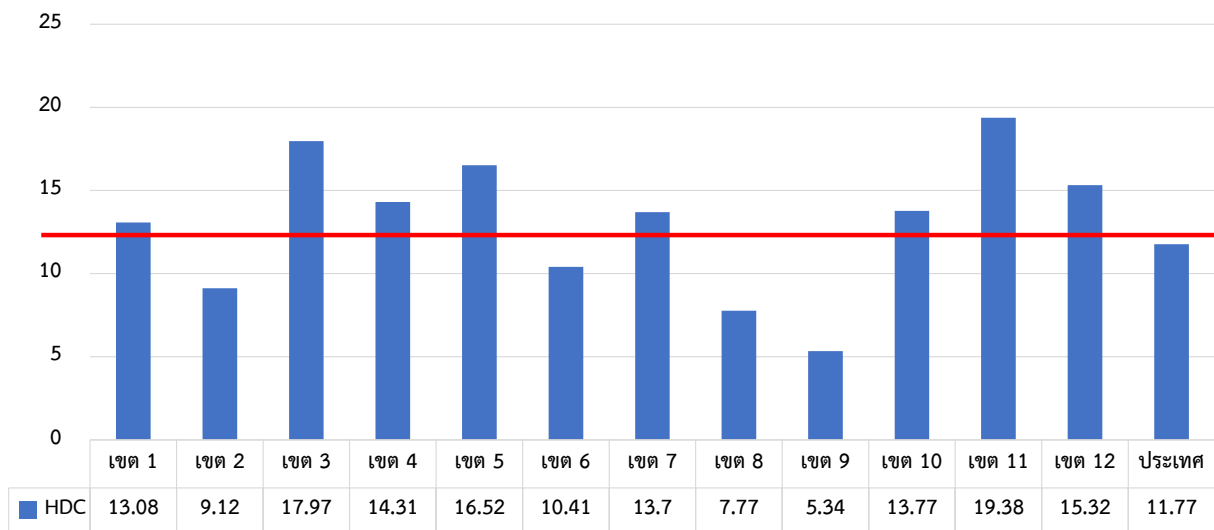
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๑  
ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ/ ตัวชี้วัด: สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Trauma)

๑) เป้าหมายและผลงาน

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ ๑๒) (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)



ผลการดำเนินการ

จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง (A) = ๒,๖๒๑ ราย

จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B) = ๒๒,๒๖๔ ราย

ที่มาข้อมูล : Health Data Center วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕

๒) สรุปสถานการณ์

อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑ เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๑๒ ผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๒ พบว่า ภาพรวมประเทศ **ผ่าน** คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๗๗ จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง เสียชีวิต ๒,๖๒๑ ราย จากจำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด ๒๒,๒๖๔ ราย โดยรอบ ๖ เดือน สามารถดำเนินการผ่าน ๔ เขตสุขภาพ ได้แก่เขตสุขภาพที่ ๒ ๖ ๘ และ ๙ ผลการดำเนินงานอัตราตายสูงสุดคือ เขตสุขภาพที่ ๑๑ (ร้อยละ ๑๙.๓๘) รองลงมาเขตสุขภาพที่ ๓ (ร้อยละ ๑๗.๙๗) และเขตสุขภาพที่ ๕ (ร้อยละ ๑๖.๕๒) ตามลำดับ

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๑. ภาวะแออัดในหอผู้ป่วยวิกฤติ ไม่สามารถรับผู้ป่วยวิกฤติจากห้องฉุกเฉินได้

๒. การเข้าถึงระบบบริการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ๑๖๖๙ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

๓. ระบบฐานข้อมูล การส่งข้อมูลในระบบผ่านแฟ้ม accident ยังไม่ครอบคลุม และการนำข้อมูลมาใช้งานของเครือข่าย บางโรงพยาบาลยังไม่สามารถนำออกมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ ผ่านกระบวนการของ TEA unit
๔. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในห้องฉุกเฉินมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลในระดับ F
๕. ขาดความต่อเนื่องในการกำกับติดตาม การนิเทศงานการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน โดยโรงพยาบาลศูนย์
๖. Fast track trauma / traumatic brain injury ขาดความเชื่อมโยงตั้งแต่ต้นน้ำ ถึงปลายน้ำ
๗. ER/Trauma audit ขาดความต่อเนื่อง

#### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

##### ๑. ต้นน้ำ

- เพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ triage, diagnosis, resuscitation โดยการอบรมผ่านหลักสูตร comprehensive life support แก่บุคลากรห้องฉุกเฉินในทุกกระดับ
- การดูแลผู้ป่วยวิกฤติระหว่างส่งต่อ โดยใช้ระบบ Ambulance operation center with telemedicine

##### ๒. กลางน้ำ

- การทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย โดยเลือกกลุ่มโรคที่สำคัญหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิตใน ๒๔ ชั่วโมง, Under triage, miss DX, revisit เพื่อวิเคราะห์หา GAP และปรับระบบการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน
- พัฒนาระบบ Fast track, Fast pass ในกลุ่มโรคที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่ เช่น pneumonia, traumatic brain injury, UGIB

##### ๓. ปลายน้ำ

- การบริหารเตียงรองรับผู้ป่วย Severe sepsis, Pneumonia ใน ICU อายุรกรรม
- ลดขั้นตอนจาก รพช. ถึง definite Tx ( fast pass) โดยการเลือกกลุ่มโรคสำคัญ เช่น pneumonia with respiratory failure, UGIB, Severe traumatic brain injury, Severe sepsis/septic shock เพื่อลดขั้นตอนในการต้องผ่านห้องฉุกเฉิน โดยมี protocol ที่สามารถส่งต่อปรึกษาจาก รพช. และรับเข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในโดยไม่ต้องผ่านชั้นตอนที่ห้องฉุกเฉิน

#### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มีระบบ Fast Track ในการดูแลรายโรค และการพัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจร
๒. ส่งเสริมศักยภาพของโรงพยาบาล node ให้สามารถรับผู้ป่วยได้โดยใช้เทคโนโลยี e-consult, Telemedicine
๓. การสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนถึงการใช้บริการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์
๔. มีการติดตาม Trauma Audit, Refer Audit อย่างต่อเนื่อง
๕. การพัฒนา EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ, Disaster คุณภาพ อย่างต่อเนื่อง
๖. ความต่อเนื่องในการกำกับติดตาม การนิเทศงานการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน โดยโรงพยาบาลศูนย์

**๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ**

๑. ห้องฉุกเฉินมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ER audit ต่อเนื่อง อย่างน้อย ๑-๒ ครั้งต่อเดือน
๒. ห้องฉุกเฉินส่งข้อมูลรับบริการผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level ๑) ทุกราย ผ่านแฟ้ม accident ในระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
๓. ห้องฉุกเฉินมีการซ้อมแผนรองรับภาวะวิกฤติในสถานการณ์ต่างๆ เช่น EID, mass casualty, violence
๔. ห้องฉุกเฉินผ่านการประเมิน TEA unit คุณภาพ และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้
๕. ห้องฉุกเฉินทุกแห่งมีระบบ fast track ในกลุ่มโรคสำคัญที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
๖. ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์กำกับติดตามและนิเทศงานห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๑  
ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

1. ประเด็นตรวจราชการ: ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

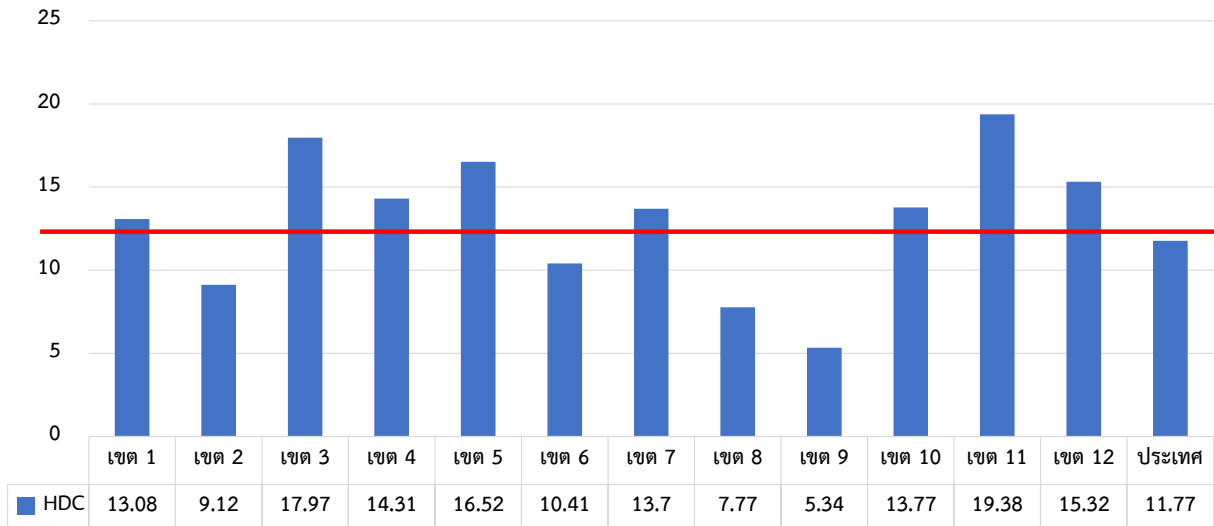
2. หัวข้อ: สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Trauma)

3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

4. วิเคราะห์สถานการณ์

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 12) (Trauma<12%, Non-trauma<12%)



จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง (A) = 2,621 ราย

จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B) = 22,264 ราย

ที่มาข้อมูล : Health Data Center วันที่ 1 เมษายน 2565

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๑</b>		
๑. จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินมีจำนวนมากทำให้เกิดความแออัดในห้องฉุกเฉินและผู้ป่วย level ๑-๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินมากกว่า ๒ ชั่วโมง ๒. การเข้าถึงระบบบริการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ๑๖๖๙ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	๑. ครบมีแผนการลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน ๒. ครบมีการปรับปรุง protocol สำหรับดูแลผู้ป่วย mild และ moderate head injury ๓. เพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานปฐมภูมิในเรื่องการรับรู้ของประชาชน พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์	ร้อยละ ๑๓.๐๘ A = ๑๔๖ ราย B = ๑,๑๑๖ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการ ดำเนินงาน
๓. จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงานในระบบ ECS ๔. ขาดการติดตามผลการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ต่อเนื่อง ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อรองรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	การเข้าถึง ๑๖๖๙ และระบบ D๑๖๖๙ และพัฒนาระบบลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในพื้นที่ อุดรธานี Primary mission ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ๔. ควรสนับสนุนด้านวิชาการ ได้แก่ ACLS ATLS การส่งต่อในระบบ fast track ของผู้ป่วย trauma STEMI stroke sepsis/septic sock ให้เข้ากับสถานการณ์ COVID-๑๙ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะ pre-hospital และ IMC	
<b>เขตสุขภาพที่ ๒</b>		
๑. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเข้าห้องผ่าตัดซ้ำ ๒. ข้อมูลจากฐาน HDC และที่เป็น Hospital based มีความแตกต่างกันมาก	๑. หาแนวทางร่วมกันกับ อปท. ในการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่ และรณรงค์การใช้ถนนอย่างปลอดภัย ๒. มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีม ER และศัลยแพทย์ที่มาใหม่	ร้อยละ ๙.๑๒ A = ๒๖๓ ราย B = ๒,๘๘๔ ราย
<b>เขตสุขภาพที่ ๓</b>		
อัตราการเสียชีวิตในบางจังหวัดเพิ่มสูงขึ้น แต่ในภาพรวมของเขตสุขภาพมีแนวโน้มลดลง	วิเคราะห์ Root cause ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน	ร้อยละ ๑๗.๙๗ A = ๓๕๗ ราย B = ๑,๙๘๗ ราย
<b>เขตสุขภาพที่ ๔</b>		
๑. อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเพิ่มสูงขึ้น ๒. การเข้าถึงระบบบริการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ซ้ำ	๑. วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตและจำแนกกลุ่ม preventable, potential, preventable, unpreventable death ๒. อบรมการขึ้นทะเบียน EMR และพาหนะเพื่อเพิ่มจำนวนหน่วยบริการโดยเฉพาะของ อปท. และมูลนิธิ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมพื้นที่ในการให้บริการ ๓. บริหารจัดการแบบ second call ในพื้นที่ที่มีชุดปฏิบัติการจำนวนน้อยหรือเรียกไม่ได้ ๔. เพิ่มความครอบคลุมของชุดปฏิบัติการโดยประสานงานกับท้องถิ่น และประชาสัมพันธ์	ร้อยละ ๑๔.๓๑ A = ๓๐๔ ราย B = ๒,๑๒๕ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการ ดำเนินงาน
	<p>ให้ประชาชนรู้จัก ๑๖๖๙ รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับ warning signs</p> <p>๕. วิเคราะห์ gap ของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อพัฒนา TEA unit ให้ผ่านเกณฑ์</p>	
<b>เขตสุขภาพที่ ๕</b>		
<p>๑. ห้องฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ ๕๐ ในจังหวัดไม่มีห้องหรือเตียงแรงดันลบแยกสำหรับทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ</p> <p>๒. ระบบสนับสนุนรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้แต่ไม่รวดเร็วพอ</p> <p>๓. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงก่อนมาถึงโรงพยาบาลและทีมดูแลผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน</p>	<p>๑. เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัด</p> <p>๒. ทบทวนระบบการวินิจฉัย และส่งต่อผู้ป่วย multiple trauma</p> <p>๓. พัฒนาระบบ fast track และมีการเชื่อมโยงกับการเข้าถึง ICU และห้องผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว</p>	<p>ร้อยละ ๑๖.๕๒</p> <p>A = ๒๐๓ ราย</p> <p>B = ๑,๒๒๙ ราย</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๖</b>		
<p>อัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยจากภายนอกส่วนใหญ่ เช่น สิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การเข้าถึงอุปกรณ์ AED ในชุมชน</p>	<p>๑. การสร้างเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วย และการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยเน้นที่ การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน</p> <p>๒. การลดความแออัดที่ ER และเพิ่มช่องทางรองรับหรือการดูแลผู้ป่วย palliative care ที่ครบวงจรจะสามารถลดการนำผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาเสียชีวิตที่ ห้องฉุกเฉินหรือโรงพยาบาล</p>	<p>ร้อยละ ๑๐.๔๑</p> <p>A = ๓๘๘ ราย</p> <p>B = ๓,๗๒๗ ราย</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๗</b>		
<p>๑. ผู้ป่วย Trauma ยังมีอัตราการเสียชีวิตที่เกินเป้าหมาย และมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บในที่เกิดเหตุ ประชากรเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินได้ไม่มาก</p> <p>๒. ผู้ป่วยกลุ่ม non-trauma มีสาเหตุการเสียชีวิตจาก Sepsis, Pneumonia, โรคหัวใจ, UGIB</p> <p>๓. ผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม มีข้อจำกัดในการเข้าถึงเตียง ICU ส่วนหนึ่งจากการแบ่งเตียงดูแลผู้ป่วย COVID-๑๙</p>	<p>๑. วางมาตรการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทบทวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ (Trauma Audit)</p> <p>๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเน้นกลุ่ม Trauma เพิ่มประสิทธิภาพระบบ Fast Track Trauma ให้สามารถเชื่อมโยงโรงพยาบาลทุกระดับ ผ่านระบบการส่งต่อและเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างไร้รอยต่อ</p>	<p>ร้อยละ ๑๓.๗</p> <p>A = ๑๔๔ ราย</p> <p>B = ๑,๐๕๑ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการ ดำเนินงาน
<p>๔. ระบบฐานข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้ พัฒนางานของเครือข่าย บางโรงพยาบาลยังไม่สามารถนำออกมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้</p> <p>๕. การเข้าสู่ระบบโดย EMS ความเข้าใจของประชาชนกับการใช้บริการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ยังพบปัญหาในบางพื้นที่</p>	<p>๓. พัฒนาบุคลากรห้องฉุกเฉินและทีมปฏิบัติการ EMS ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร ATLS และ PHTLS</p> <p>๔. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System)</p> <p>๕. การจัดบริการเตียง Acute ICU และแผนการเพิ่มจำนวนเตียง ICU และบุคลากรเพื่อรองรับผู้ป่วยวิกฤต</p> <p>๖. บูรณาการปรับปรุงระบบข้อมูล HDC ในระดับเขต/จังหวัด โดยใช้แฟ้ม accident เป็นหลัก</p> <p>๗. เพิ่มการรับรู้ และสร้างความเข้าใจในการเรียกใช้บริการ EMS และยกระดับความสามารถหน่วย EMS ในเครือข่าย EMR BLS</p>	
<b>เขตสุขภาพที่ ๘</b>		
<p>๑. ผู้ป่วยกลุ่ม Trauma มีอัตราการตายสูงขึ้น</p> <p>๒. ผู้ป่วย ER pass to OR ล่าช้า</p> <p>๓. ผู้ป่วย ER pass to admit ล่าช้า</p> <p>๔. ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินมาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินค่อนข้างน้อย</p>	<p>๑. ใช้เวทีระดับจังหวัดในการกำหนดมาตรการลด RTI อย่างบูรณาการ และขับเคลื่อนผ่านกลไกของ พชอ.</p> <p>๒. ปรับระบบ Lean process ในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง ER และถ่ายทอดสู่โรงพยาบาลเครือข่าย</p> <p>๓. บริหารจัดการเตียงในภาพรวมของโรงพยาบาล รวมถึงจัดทำแนวทางการ Admit ร่วมกับมี PCT ต่างๆ ให้เข้าใจแนวทางและสามารถรองรับผู้ป่วย Admit จากห้องฉุกเฉินได้เร็วขึ้น</p> <p>๔. จัดเวทีประชุมทบทวนแนวทางการส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการรักษาได้เร็วขึ้น</p> <p>๕. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ EMS เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการทั้ง Trauma &amp; Non-Trauma</p>	<p>ร้อยละ ๗.๗๗</p> <p>A = ๑๙๖ ราย</p> <p>B = ๒,๕๒๓ ราย</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๙</b>		
<p>มีอัตราการตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury (GCS ๘) เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในจังหวัดนครราชสีมาและสุรินทร์</p>	<p>๑. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ ออกให้บริการสามารถปฏิบัติการภายใน ๘ นาที ที่ได้รับแจ้งเหตุ</p>	<p>ร้อยละ ๕.๓๔</p> <p>A = ๑๒๘ ราย</p> <p>B = ๒,๓๙๗ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการ ดำเนินงาน
	๒. โครงการพัฒนาระบบ EMS โดย เพิ่มการเข้าถึงบริการ EMS พัฒนาบุคลากรและคุณภาพการบริการ และพัฒนาหน่วยปฐมพยาบาลให้ได้มาตรฐาน	
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๐</b>		
<p>๑. ขาดแคลนแพทย์ EP และแพทย์ Specialist แต่ละสาขาโดยเฉพาะโรงพยาบาล M/F และขาดพยาบาล EN/ENP ในการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน พร้อมทั้งในสถานการณ์ COVID-๑๙ ทำให้ไม่สามารถส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรที่จำเป็นได้</p> <p>๒. บุคลากรใน TEA Unit มีงานประจำทำให้ช่วงเวลาในการทำงานในศูนย์ยังไม่เพียงพอไม่สามารถวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาได้อย่างครอบคลุม</p> <p>๓. ขาดการสอบสวนอุบัติเหตุ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกด้านระบาดวิทยา เพื่อเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>๔. ในสถานการณ์ COVID-๑๙ ผู้ป่วยที่มาด้วยระบบ Fast track ที่ต้องได้รับการผ่าตัดด่วน รอผล PCR ที่ ER และแก้ไขปัญหา life threatening ภาวะแทรกซ้อนก่อนส่งผ่าตัด ER to OR</p> <p>๕. การลงข้อมูลใน HDC ไม่ตรงกับฐานข้อมูลที่หน่วยงานจัดเก็บ</p>	<p>๑. สนับสนุนการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง และจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาแนวปฏิบัติในระบบช่องทางด่วน (Fast track ๔ กลุ่มโรค)</p> <p>๒. ขอบุคลากรเพิ่ม เช่น พยาบาล และ Paramedics &amp; AEMT-I</p> <p>๓. เพิ่มศักยภาพ Node การอบรม Trauma audit /Referral audit รวมทั้งซ้อมแผนสาธารณภัย อุบัติเหตุกลุ่มชน เหตุทะเลาะวิวาทใน ER หรือสถานการณ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๔. พัฒนาการจัดระบบบริการเพื่อ รองรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและกลุ่มเสี่ยง COVID-๑๙</p> <p>๕. พัฒนาระบบ Digital Triage</p>	<p>ร้อยละ ๑๓.๗๗</p> <p>A = ๒๔๙ ราย</p> <p>B = ๑,๘๐๘ ราย</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๑</b>		
<p>๑. ขาดงบประมาณในการพัฒนาระบบ AOC เพื่อบูรณาการและเชื่อมโยงการเข้าถึงบริการ</p> <p>๒. ระบบบริหารจัดการเตียงและปริมาณเตียงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีระยะเวลารอคอยค่อนข้างนาน</p> <p>๓. การบังคับใช้กฎหมายอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบ</p>	<p>๑. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน AOC เพื่อการเข้าถึงบริการอย่างปลอดภัยพร้อมทั้งเชื่อมโยงและพัฒนาระบบส่งต่อ</p> <p>๒. พัฒนาระบบ consultation ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลศูนย์แบบบูรณาการทั้งระบบ</p> <p>๓. สนับสนุนทรัพยากรทั้งบุคลากร สถานที่ และครุภัณฑ์ พัฒนาหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้มากขึ้น</p>	<p>ร้อยละ ๑๙.๓๘</p> <p>A = ๑๒๔ ราย</p> <p>B = ๖๔๐ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการ ดำเนินงาน
	๔. ประสานงานส่วนกลางในการจัดอบรม หลักสูตรของ Nurse Manager ของ TEA Unit ๕. พิจารณาการจัดตั้ง Trauma team consultation	
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๒</b>		
ความแออัดในห้องฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงที่จะ ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น	๑. เน้นพัฒนา ECS เพิ่มประสิทธิภาพและลด ระยะเวลาการเข้าถึง fast track ในกลุ่มโรค สำคัญ ๒. เชื่อมโยงและพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพ ๓. บูรณาการข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ภายในและภายนอกโรงพยาบาล	ร้อยละ ๑๕.๓๒ A = ๑๑๙ ราย B = ๗๗๗ ราย

### 5. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
เขตสุขภาพที่ ๓	๑. มีการดูแลผู้ป่วย EMS อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ pre-hospital, hospital ไปจนถึง rehabilitation ๒. ใช้ telemedicine และจัดตั้ง pre-hospital ในการส่งต่อผู้ป่วย
เขตสุขภาพที่ ๖	ปราจีนบุรี : ๑. EMS protocol จังหวัดปราจีนบุรี ๒. พัฒนาระบบ Medical Director /พัฒนาศูนย์สั่งการระดับเขต ๓. สถาบันฝึกอบรมแพทย์ EP ๒ ตำแหน่ง , แหล่งร่วมผลิต ENP, Paramedic ระยอง : MAPPING AREA CARDIAC ARREST สมุทรปราการ : Fast tract ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จิตเวชยาเสพติด และสื่อสารข้อมูลเหตุพยายามฆ่า ตัวตาย
เขตสุขภาพที่ ๗	ขอนแก่น : ๑. มี Application ๒๗๐ Stroke Fast Tract Timer ๒. มี Application บันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยบาดเจ็บ ๓. มีการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น OSCE Nurse : ER KKH ๒๐๒๑, ๔. มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินแบบครบวงจร กาฬสินธุ์ : ระบบช่องทางด่วนการบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Injury Fast Track) เพื่อให้ผู้ป่วยที่มี ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าถึงการผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาทีลดอัตราการตาย และลด ภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดจากการสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ
เขตสุขภาพที่ ๙	สุรินทร์ : มีระบบ FAST PASS : COVID-๑๙ และ FAST TRACK (STEMI, Stroke, Sepsis, PUI, Trauma, OB, PICU, NICU, ENT) นครราชสีมา : ๑. มีระบบ fast pass ในกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิด, สูติกรรม, COVID-๑๙ และ STEMI ส่งต่อไปยัง cath lab

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	๒. เตรียมการใช้ระบบ Telemedicine EMS/ Refer ทั้งจังหวัด สามารถเปิดใช้งานเดือนมีนาคม ๒๕๖๕ บุรีรัมย์ : มีแนวทางขับเคลื่อน TEA Unit มี Sub group analysis ที่มีปัญหาแต่ละพื้นที่ ชัยภูมิ : มีแผนพัฒนาระบบ Ambulance Operation Center
เขตสุขภาพที่ ๑๐	ศรีสะเกษ : การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดตามวาระจังหวัด “๓๖๕ วัน ศรีสะเกษขับเคลื่อนปลอดภัย” ยโสธร : การจัด OPD นอกเวลาราชการ ๑๖.๐๐ - ๒๐.๐๐ น. ของทุกวัน และเวลา ๐๘.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. ในวันหยุดราชการและวันหยุดนักชดถุขและคลินิกรุ่งอรุณใน เวลา ๐๗.๐๐ - ๐๙.๐๐ น. ในวันทำการ
เขตสุขภาพที่ ๑๑	ชุมพร : การประชาสัมพันธ์การใช้บริการ ๑๖๖๙ ผ่านชองยาของผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล นครศรีธรรมราช : ห้องฉุกเฉินอัจฉริยะ ๔.๐
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑. ร่วมทำวิจัยกับศูนย์ป้องกันและดูแลผู้บาดเจ็บและฉุกเฉิน มอ.หาดใหญ่ ( EMS Plus) ๒. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ งบกุ่มจังหวัดชายแดนใต้ ๓. Audit Refer Zoning สัญจร และ ER new normal zoning

## 6. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
เขตสุขภาพที่ ๑	<p><b>สำหรับพื้นที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน สร้างระบบ Fast pass/ Fast track เพื่อลดแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน ER และบูรณาการระบบข้อมูลเพื่อลดความซ้ำซ้อน และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>ส่งเสริมการทบทวนระบบการประสานความร่วมมือกับทีมแพทย์ด้านศัลยกรรม เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยในการผ่าตัดผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Trauma</li> <li>ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน (การใช้บริการ ๑๖๖๙)</li> <li>ส่งเสริมการเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยและลดความแออัดของโรงพยาบาลจังหวัด</li> </ol> <p><b>สำหรับส่วนกลาง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>การบูรณาการระบบจัดเก็บข้อมูลในโปรแกรมต่างๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อน สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิเคราะห์และปรับปรุงระบบบริการ</li> <li>การบูรณาระดับนโยบายในการขับเคลื่อนงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>การสนับสนุนทางด้านวิชาการ การจัดอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินให้ครบถ้วนตามมาตรฐาน</li> </ol>
เขตสุขภาพที่ ๒	<p><b>สำหรับพื้นที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>หาแนวทางร่วมกับ อปท. ในการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่</li> <li>รณรงค์การใช้ท้องถนนอย่างปลอดภัย</li> </ol>

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
	๓. จัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องใน Service plan ให้ครบถ้วน ๔. ทบทวนเวชระเบียนและการลงข้อมูลในระบบผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและอุบัติเหตุทุกราย
เขตสุขภาพที่ ๓	<b>สำหรับพื้นที่</b> ๑. สร้างความตระหนักและความสำคัญของระบบ EMS เพื่อการเข้าถึงบริการของประชาชนที่รวดเร็วขึ้น ๒. ในจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ควรมีการวิเคราะห์ root case หาสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๓. แยกแผนระหว่างผู้ไม่ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน เช่น คลินิกดูแลกึ่งฉุกเฉินนอกเวลา
เขตสุขภาพที่ ๕	<b>สำหรับพื้นที่</b> ๑. ประเมินศักยภาพการให้บริการในปัจจุบันการวินิจฉัยผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อให้การรักษาหรือส่งต่อ พร้อมทั้งทบทวนระบบส่งต่อ และความสามารถในการรับส่งต่อ ของโรงพยาบาลระดับ A/S ๒. วิเคราะห์สาเหตุของผู้ป่วยฉุกเฉิน และแยกประเภทตามลักษณะของการดูแลและโรคที่เป็น ๓. กำหนดแนวทางวางกรอบการดูแลผู้ป่วย และแนวทางการพัฒนา <b>สำหรับส่วนกลาง</b> ๑. รวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำฐานข้อมูลศักยภาพการให้บริการตามแนวทางของ Service Plan ๒. จัดตั้งศูนย์บัญชาการเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในเขตและออกนอกเขตสุขภาพ
เขตสุขภาพที่ ๖	<b>สำหรับพื้นที่</b> ๑. การพัฒนา EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ, Disaster คุณภาพ อย่างต่อเนื่อง ๒. การมีแผนรองรับภาวะวิกฤตในสถานการณ์ต่างๆ ที่สอดคล้องกับการดำเนินการตามแผน BCP ๓. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล
เขตสุขภาพที่ ๗	<b>สำหรับพื้นที่</b> ๑. การบูรณาการเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุร่วมกันทุกภาคส่วน ทั้งจังหวัด ๒. สร้างการรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องของประชาชน เรื่องการใช้บริการ EMS ๓. ทบทวนเคสเสียชีวิต ทบทวนระบบ fast track กลุ่มโรคสำคัญ (Pneumonia, Sepsis shock, MI, UGIB, TBI) ร่วมกันในเครือข่าย ๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีม ER, EMS ๕. เพิ่มศักยภาพ node ในการดูแลผู้ป่วย รับ refer back <b>สำหรับส่วนกลาง :</b> สนับสนุนเครื่องมือที่จำเป็น บุคลากรตามภาระงานที่มีอยู่ และการยกระดับคุณภาพ ER ของโรงพยาบาล
เขตสุขภาพที่ ๘	<b>สำหรับพื้นที่ :</b> ควรมีการเพิ่มทักษะและฟื้นฟูองค์ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในการกู้ชีพผู้ป่วย
เขตสุขภาพที่ ๙	<b>สำหรับพื้นที่</b> ๑. แนะนำการเชื่อมโยงข้อมูล ๓ ฐาน ได้แก่ ตำรวจ บริษัทกลาง และโรงพยาบาลเพื่อแจ้งข้อมูลอุบัติเหตุ ๒. สนับสนุนให้มี Trauma Surgeon ๓. ควรมีความร่วมมือของทีมสหสาขาเพิ่มมากขึ้นของ Trauma team เพื่อลด Delay time

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
เขตสุขภาพที่ ๑๐	<p><b>สำหรับพื้นที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความต้องการแพทย์ EP และพยาบาล ENP ภายในเครือข่ายเพื่อจัดสรรและวางแผนพัฒนาบุคลากรให้เพียงพอกับภาระงานในปัจจุบัน หรือการขอสนับสนุนการช่วยเหลือจาก</li> <li>การพัฒนาระบบ Fast pass ไปยัง Ward</li> <li>การบริหารเตียงในสถานการณ COVID-๑๙ และการลดจำนวนผู้ป่วย Level ๔-๕ ในห้องฉุกเฉิน</li> </ol>
เขตสุขภาพที่ ๑๑	<p><b>สำหรับพื้นที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>การจัดอบรมให้ความรู้และช่วยฟื้นคืนชีพในทุกระดับและทุกภาคส่วน รวมถึงการทำ dead case conference trauma audit และการวิเคราะห์ข้อมูล TEA unit</li> <li>การพัฒนาระบบดูแลรักษาพยาบาลผ่านเครือข่าย AOC และ telemedicine</li> <li>ส่งเสริมศักยภาพในการผ่าตัดของ Neuro Sx. ในจังหวัดที่ขาดแคลน</li> <li>ผู้บริหารในระดับพื้นที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านนโยบาย สถานที่ บุคลากร และอุปกรณ์ และมีการนำเสนอข้อมูล TEA unit ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล</li> </ol> <p><b>สำหรับส่วนกลาง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>การหาแนวทางร่วมกันระหว่างกระทรวงต่างๆ ในการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด</li> <li>การจัดหลักสูตรภาคบังคับในวัยเรียนเรื่องการปฏิบัติตามกฎจราจร</li> <li>การพัฒนาโครงสร้างระบบขนส่งทางถนนหรือระบบรางในเมืองใหญ่</li> <li>สนับสนุนทรัพยากรทั้งบุคลากร สถานที่ และครุภัณฑ์ พร้อมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเฉพาะหลักสูตร nurse manager ใน TEA unit และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต</li> </ol>
เขตสุขภาพที่ ๑๒	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มศักยภาพ Trauma team และ pre-hospital</li> <li>เพิ่มศักยภาพ RRT ในER และภาพรวมจังหวัด</li> </ol> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b> ส่งเสริมพัฒนาระบบ One province One ER</p>

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่.....๑.....

### ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย

ประเด็นตรวจราชการ : Service Plan สาขามะเร็ง

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์  $\geq ๗๕\%$
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์  $\geq ๗๕\%$
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์  $\geq ๖๐\%$

#### ๑) เป้าหมาย และผลงาน

- ๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์  $\geq ๗๕\%$

**ผลงาน** ร้อยละ ๗๓.๕๔ ไม่ผ่านเกณฑ์

- ๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์  $\geq ๗๕\%$

**ผลงาน** ร้อยละ ๗๒.๒๘ ไม่ผ่านเกณฑ์

- ๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์  $\geq ๖๐\%$

**ผลงาน** ร้อยละ ๕๘.๓๙ ไม่ผ่านเกณฑ์

#### ๒) สรุปสถานการณ์

ผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งหลอดคอหลอดลมใหญ่และปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก

- การเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๕ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๓, ๔, ๗, ๘ และ ๑๐
- การเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๕ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๒
- การเข้าถึงการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๔, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๒

#### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๑. ระยะการรอคอยการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ในบางพื้นที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย
๒. การตรวจคัดกรองมะเร็ง ยังดำเนินการได้ค่อนข้างน้อยกว่าที่ควรเป็น เนื่องจากการระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ทำให้ต้องชะลอการ ตรวจคัดกรอง ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง
๓. ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในตัวชี้วัดต่างๆ ด้านระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศ ยังขาดความเชื่อมโยงข้อมูล ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
๔. ขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้อง

## ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

### เขตสุขภาพ

- ๑) เขตสุขภาพ ควรมีการประชุมวางแผนการดำเนินการร่วมกันทุกไตรมาส วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขตสุขภาพเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน หากในเขตสุขภาพมีทรัพยากรไม่เพียงพอ เช่น ศูนย์การฉายแสง อาจมีข้อตกลงขอความร่วมมือจัดระบบการรับส่งไปยังศูนย์บริการที่ใกล้
- ๒) เร่งจัดระบบบริการให้ประชาชนได้รับการคัดกรอง และการวินิจฉัยโรค โดยมีการทำแนวทางแบบ New Normal Services ปรับรูปแบบการคัดกรองให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นใน รพ.เครือข่าย เช่น การวินิจฉัยให้เร็ว และจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งก่อน
- ๓) การใช้ระบบ cancer anywhere ร่วมกับนวัตกรรม Telemedicine และ e-refer เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาการลดคิวรอคอย และ seamless referral system ระหว่างจังหวัดในเขตสุขภาพ รวมถึงจัดตั้งศูนย์บัญชาการเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในเขต และออกนอกเขตสุขภาพ
- ๔) ปรับปรุงการจัดเก็บข้อมูลโดยสร้างระบบการเชื่อมของข้อมูล API กับข้อมูลที่มีอยู่ เช่น ในระบบ HIS ของโรงพยาบาล เพื่อลดภาระงาน และเพิ่มความถูกต้องของข้อมูล
- ๕) การดูแลอัตรากำลังคน การส่งฝึกอบรมเฉพาะด้านตามแผนที่วางไว้ จัดให้มีกรอบความก้าวหน้าในวิชาชีพ สำหรับผู้ที่ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานตรงตามที่อบรม

### ส่วนกลาง

- ๑) จัดฝึกอบรม หลักสูตรต่าง ๆ รวมถึงคู่มือแนวทางการดำเนินงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทุกสาขา รวมถึงการจัดเก็บตัวชี้วัด
- ๒) ร่วมกับพื้นที่วิเคราะห์ปัญหาให้ข้อมูลและให้การสนับสนุนเขตสุขภาพในการดำเนินงาน
- ๓) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จรวมถึงแนวทางการแก้ปัญหาระหว่างเขตสุขภาพ

## ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- การใช้งานโปรแกรม TCB, TCB Plus และ The One ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- มีบุคลากรและครุภัณฑ์ด้านโรคมะเร็งที่เพียงพอและกระจายทั่วถึงทุกภูมิภาคเพื่อใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง
- บุคลากรมีความรู้ ทักษะในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง มีความเข้มแข็งในการขับเคลื่อน Service Plan และบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่าย

## ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- Service plan สาขาโรคมะเร็งกำลังจะมีการดำเนินการเสนอตัวชี้วัดหลัก เป็นการคัดกรองมะเร็ง แทนตัวชี้วัดเรื่องระยะเวลาในการรอคอยการรักษา ที่จะใช้เป็นตัวชี้วัดติดตามผลการดำเนินงาน
- วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในรายจังหวัดที่ไม่ผ่านตัวชี้วัด และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา

ดร.ศุภพร แสงกระจ่าง  
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕

แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕  
 ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย  
 หัวข้อ Service Plan สาขามะเร็ง  
 รอบที่ ๑/๒๕๖๕

๗. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

๘. หัวข้อ : Service Plan สาขามะเร็ง

๙. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมการแพทย์

๑๐. วิเคราะห์สถานการณ์

ผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก

- การเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์

ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๕ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๓, ๔, ๗, ๘ และ ๑๐

- การเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์

ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๕ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๒

- การเข้าถึงการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์

ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๔, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๒

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

(๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์  $\geq$  ร้อยละ ๗๕

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ $(A/B) \times 100$
เขต ๑	๓๕๘	๔๖๓	๗๗.๓๒
เขต ๒	๔๒๐	๖๔๙	๖๔.๗๑
เขต ๓	๑๓๓	๑๖๕	๘๐.๖๑
เขต ๔	๕๔๙	๗๑๙	๗๖.๓๖
เขต ๕	๖๖๗	๘๙๖	๗๔.๔๔
เขต ๖	๒๑๑	๓๑๘	๖๖.๓๕
เขต ๗	๑๖๗	๒๑๔	๗๘.๐๔
เขต ๘	๗๙๗	๑๐๓๙	๗๖.๗๑
เขต ๙	๕๖๘	๗๗๙	๗๒.๙๑
เขต ๑๐	๒๖๙	๓๓๘	๗๙.๕๙
เขต ๑๑	๔๒๓	๕๙๗	๗๐.๘๕
เขต ๑๒	๔๗๙	๖๗๘	๗๐.๖๕
ภาพรวม	๕๐๔๑	๖๘๕๕	๗๓.๕๔

(๒) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์  $\geq$  ร้อยละ ๗๕

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับที่ได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A/B) $\times$ ๑๐๐
เขต ๑	๔๗๙	๕๗๒	๘๓.๗๔
เขต ๒	๘๑๔	๑๑๓๘	๗๑.๕๓
เขต ๓	๑๗๒	๒๓๑	๗๔.๔๖
เขต ๔	๘๐๕	๑๕๙๙	๕๐.๓๔
เขต ๕	๙๖๕	๑๒๓๘	๗๗.๙๕
เขต ๖	๓๗๙	๔๘๒	๗๘.๖๓
เขต ๗	๒๕๓	๒๖๖	๙๕.๑๑
เขต ๘	๑๐๙๗	๑๓๔๐	๘๑.๘๗
เขต ๙	๗๖๕	๙๔๙	๘๐.๖๑
เขต ๑๐	๓๑๖	๔๑๕	๗๖.๑๔
เขต ๑๑	๖๖๕	๑๐๙๗	๖๐.๖๒
เขต ๑๒	๕๔๘	๗๑๕	๗๖.๖๔
<b>ภาพรวม</b>	<b>๗๒๕๘</b>	<b>๑๐๐๔๒</b>	<b>๗๒.๒๘</b>

(๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์  $\geq$  ร้อยละ ๖๐

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี รักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A/B) $\times$ ๑๐๐
เขต ๑	๔๐๕	๕๑๒	๗๙.๑๐
เขต ๒	๕๐	๘๕	๕๘.๘๒
เขต ๓	๘๒	๑๖๓	๕๐.๓๑
เขต ๔	๙๒๓	๑๔๓๑	๖๔.๕๐
เขต ๕	๒๓	๑๔๕	๑๕.๘๖
เขต ๖	๓๖๕	๕๐๕	๗๒.๒๘
เขต ๗	๓๖	๓๗	๙๗.๓๐
เขต ๘	๒๙๐	๔๕๖	๖๓.๖๐
เขต ๙	๒๔๖	๓๖๕	๖๗.๔๐
เขต ๑๐	๗	๙	๗๗.๗๘
เขต ๑๑	๗๖	๖๒๓	๑๒.๒๐
เขต ๑๒	๑๒๐	๑๖๑	๗๔.๕๓
<b>ภาพรวม</b>	<b>๒๖๒๓</b>	<b>๔๔๙๒</b>	<b>๕๘.๓๙</b>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>๑. ระบบการส่งต่อ Cancer Anywhere การบันทึกข้อมูล บางโรงพยาบาล ไม่ได้เข้ารับการอบรมการบันทึกข้อมูล ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ครบถ้วน</p>	<p>๑) การใช้ระบบ cancer anywhere ร่วมกับนวัตกรรม Telemedicine และ e-refer เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาการลดคิวรอคอย และ seamless referral system ระหว่างจังหวัดในเขตสุขภาพ รวมถึงจัดตั้งศูนย์บัญชาการเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในเขต และออกนอกเขตสุขภาพ</p>	
<p>๒. ระยะเวลาการรอคอยการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งด้วยวิธีการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา พบว่ายังมีหลายอำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด</p>	<p>๒.๑) ดำเนินการวางแผนจัดทำคิวรังสีรักษา โดยเริ่มจากรพ. มะเร็งภูมิภาค ๗ แห่ง และในเบื้องต้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้แนะนำให้ทุกโรงพยาบาล ส่งขอคิวรังสีรักษาหลังการผ่าตัด หรือก่อนการรักษาด้วยเคมีเข็มสิ้นสุด</p> <p>๒.๒) สร้างความตระหนักในกลุ่มภาคีเครือข่าย บูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน สนับสนุนการใช้สื่อรณรงค์การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงมะเร็ง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนให้เป็นนโยบายระดับประเทศ</p>	
<p>๓. ด้านระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศ ยังขาดความเชื่อมโยงข้อมูล ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และขาดผู้รับผิดชอบ และขาดบุคลากรด้านมะเร็ง ทั้งแพทย์พยาบาลและบุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>๓.๑) ปรับแผนการส่งต่อคนไข้ไปยังโรงพยาบาลที่พร้อมรับ และการลงข้อมูล TCB plus ให้มากขึ้น</p> <p>๓.๒) วางแผนการการจัดการทรัพยากร และการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเครือข่าย</p> <p>๓.๓) สนับสนุนให้มี Cancer Coordinator ให้เพียงพอครอบคลุม เพื่อให้ข้อมูลมะเร็งมีความสมบูรณ์ รวมถึงการใช้โปรแกรม TCB Plus/The One เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ</p> <p>๓.๔) ติดตามการลงข้อมูลสารสนเทศด้านโรคมะเร็งให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล มีการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับจังหวัด</p>	

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
๔. การตรวจคัดกรองยังต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากการระบาดของโรคไวรัสโควิด-๑๙ ทำให้ต้องชะลอการตรวจคัดกรองผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง	๔.๑) ปรับรูปแบบการคัดกรอง ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นใน รพ. เครือข่าย เช่น ตรวจคัดกรอง COVID-๑๙ ATK หากไม่พบเชื้อ ให้ทำการวินิจฉัยให้เร็ว และจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งก่อน ๔.๒) วางแผนแนวทางการคัดกรอง การจัดแบบบริการแบบวิถีใหม่ การกำกับ การคัดกรองให้เป็นไปตามเป้าหมายและ มุ่งเน้นการติดตามผู้ป่วยที่พบความผิดปกติจากการคัดกรองให้อยู่ในระบบ	

#### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

##### สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

- พัฒนาโปรแกรม TCB, TCB Plus, The One, Cancer Anywhere
- พัฒนาโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (HPVcxS๒๐๒๐)

##### เขตสุขภาพที่ ๖

- จ.ฉะเชิงเทรา : Prognostic Impact of the Advanced Lung Cancer Inflammation Index (ALI) in Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer Treated with First Line Chemotherapy (The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention (Asian Pacific Journal of Cancer Prevention ๒๐๒๑) และ Correlation Between Age and Prognostic Factors in Thai Breast Cancer Women : A Single Institute Analysis (Manuscript accepted in The Journal of Medical Association of Thailand ๒๐๒๑))
- จ.จันทบุรี : ดำเนินงานวิจัยเปิดศูนย์วิจัยทางคลินิก (Clinical Research Center) เพื่อเป็นองค์กรสนับสนุน การทำวิจัยทางคลินิกให้มีคุณภาพอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งในปัจจุบันศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็งมีงานวิจัยที่ ทำอยู่ทั้งหมดจำนวน ๔ trial ด้าน Genomic Lab เปิดห้องปฏิบัติการจีโนมิกส์แห่งแรกในเขตสุขภาพที่ ๖ โดยให้บริการตรวจวิเคราะห์การกลายพันธุ์ของยีนส์ (Gene mutation) เพื่อรองรับการรักษาแบบ Precision medicine ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปัจจุบันตรวจไปแล้วประมาณ ๒๐๐ คน
- จ.ตราด : การสื่อสารผู้ป่วยด้วยระบบ Telemedicine เรื่องการแจ้งผลการตรวจคัดกรอง และการสื่อสาร ต่าง ๆ (Line ID : trat\_cancer)

##### เขตสุขภาพที่ ๗

- โปรแกรม “FIT Test@Khon Kaen มะเร็งลำไส้ใหญ่” เป็นโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจคัดกรอง มะเร็ง ลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT Test ผล Positive ที่ต้องส่งต่อ Colonoscopy ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย
- การนำโครงการ CA Breast Fast Track นำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- งานวิจัยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี วิจัยด้านรังสีรักษา วิจัยมะเร็งปอด วิจัยมะเร็งลำไส้ วิจัยเคมี บำบัดมะเร็งเต้านม วิจัยมะเร็งช่องปาก

**เขตสุขภาพที่ ๘**

- จ.บึงกาฬ : ชนะเลิศระดับประเทศตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฯ
- จ.สกลนคร : ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตร Nurse Sonographer ๗ คน, มีบ่อบำบัดไข้ได้ ๑๙ แห่ง
- จ.หนองคาย : นวัตกรรม“นักสืบพาข้าว”

**เขตสุขภาพที่ ๙**

- พัฒนาระบบการส่งต่อในโรงพยาบาลระดับ M๑, M๒, S ผ่านระบบ Cancer Anywhere
- มีระบบ Fast track Imaging
- ใช้ระบบ Line consult นำร่องระบบ Tele consult เพื่อนัดวันผ่าตัด มีการรับยาทางไปรษณีย์เพื่อลดความแออัด
- รพ. node สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ และรพ. NODE สามารถ CT ได้

**๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ****๖.๑) เขตสุขภาพ**

- ๑) เขตสุขภาพ ควรมีการประชุมวางแผนการดำเนินการร่วมกันทุกไตรมาส วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขตสุขภาพเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน หากในเขตสุขภาพมีทรัพยากร ไม่เพียงพอ เช่น ศูนย์การฉายแสง อาจมีข้อตกลงขอความร่วมมือจัดระบบการรับส่งไปยังศูนย์บริการที่ใกล้
- ๒) เร่งจัดระบบบริการให้ประชาชนได้รับการคัดกรอง และการวินิจฉัยโรค โดยมีการทำแนวทางแบบ New Normal Services ปรับรูปแบบการคัดกรอง ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นใน รพ.เครือข่าย เช่น การวินิจฉัยให้เร็ว และจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งก่อน
- ๓) การใช้ระบบ cancer anywhere ร่วมกับนวัตกรรม Telemedicine และ e-refer เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาการลดคิวรอคอย และ seamless referral system ระหว่างจังหวัดในเขตสุขภาพ รวมถึงจัดตั้งศูนย์บัญชาการเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในเขต และออกนอกเขตสุขภาพ
- ๔) ปรับปรุงการจัดเก็บข้อมูลโดยสร้างระบบการเชื่อมของข้อมูล API กับข้อมูลที่มีอยู่ เช่น ในระบบ HISของโรงพยาบาล เพื่อลดภาระงาน และเพิ่มความถูกต้องของข้อมูล
- ๕) การดูแลอัตรากำลังคน การส่งฝึกอบรมเฉพาะด้านตามแผนที่วางไว้ จัดให้มีกรอบความก้าวหน้าในวิชาชีพ สำหรับผู้ที่ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานตรงตามที่อบรม

**๖.๒) ส่วนกลาง**

- ๑) จัดฝึกอบรม หลักสูตรต่าง ๆ รวมถึงคู่มือแนวทางการดำเนินงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทุกสาขารวมถึงการจัดเก็บตัวชี้วัด
- ๒) ร่วมกับพื้นที่วิเคราะห์ปัญหาให้ข้อมูลและให้การสนับสนุนเขตสุขภาพในการดำเนินงาน
- ๓) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จรวมถึงแนวทางการแก้ปัญหาระหว่างเขตสุขภาพ

ดร.ศุภิพร แสงกระจ่าง  
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕

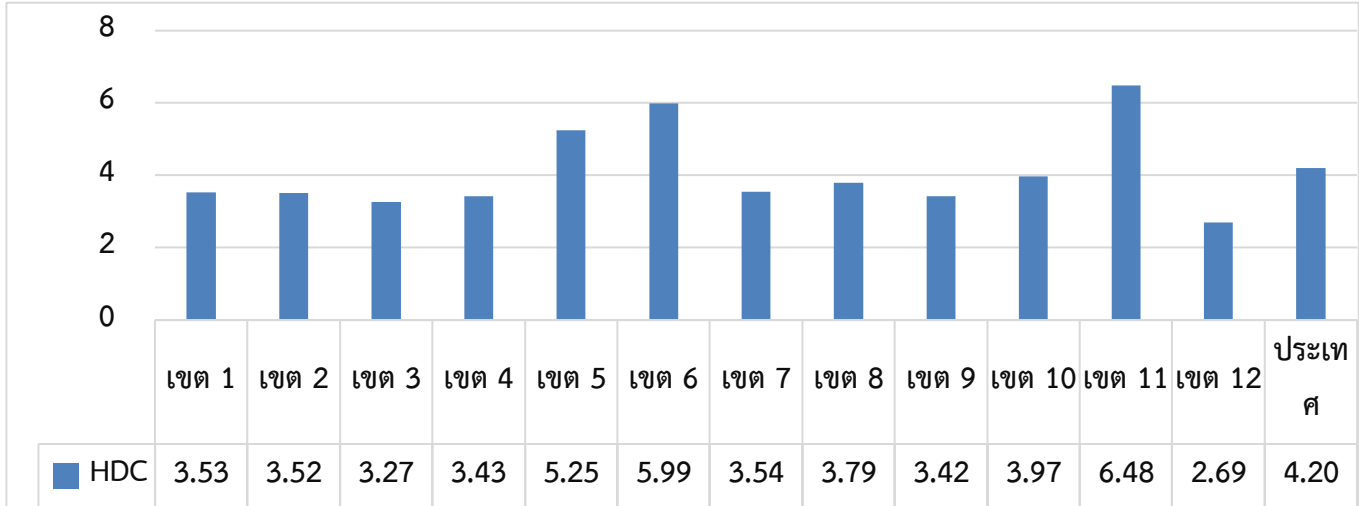
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๑  
ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ/ ตัวชี้วัด: สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)

๑) เป้าหมายและผลงาน

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน น้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม  
(เป้าหมาย  $< 3.60$  : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต)



ผลการดำเนินการ

จำนวนทารกที่เสียชีวิต  $\leq 28$  วัน (A) = ๖๒๕ ราย

จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต (B) = ๑๕๗,๔๔๒ ราย

ที่มาข้อมูล : Health Data Center วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕

๒) สรุปสถานการณ์

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่รอดออกมามีน้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม เป้าหมาย  $< 3.60$  : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต ผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๒ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕) พบว่า ภาพรวมประเทศไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นอัตราการตาย  $4.20$  : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต (จำนวนทารกที่เสียชีวิต  $\leq 28$  วัน ๖๐๑ ราย จากจำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต ๑๔๓,๐๕๓ ราย) โดยดำเนินการผ่านเกณฑ์ ๖ เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๗, ๙ และ ๑๒

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๑. ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm, ภาวะความดันในปอดสูง Persistent Pulmonary Hypertension of Newborn: PPHN และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดาและประกอบกับมารดาติดเชื้อโควิด น่าจะเป็นปัจจัยร่วมทำให้การเกิดก่อนกำหนดสูงขึ้น รวมทั้งทำให้มีความยากลำบากในการเข้าไปช่วยกู้ชีพทารกหลังเกิดในทารกที่เกิดจากมารดาที่สงสัยหรือมีการติดเชื้อโควิด

๒. อัตราตายทารกแรกเกิดจากเดิมที่มีมีแนวโน้มลดลงไต่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดในกลางปี ๒๕๖๔ กลับเพิ่มขึ้นเมื่อมีการระบาดของโควิดระลอกสายพันธุ์เดลต้า

๓. ระบบ ANC คุณภาพยังไม่ครอบคลุม

๔. ระบบ Refer Back ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน

## ๔) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

## ๔.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มาตรการการดำเนินงานสำหรับส่วนกลาง

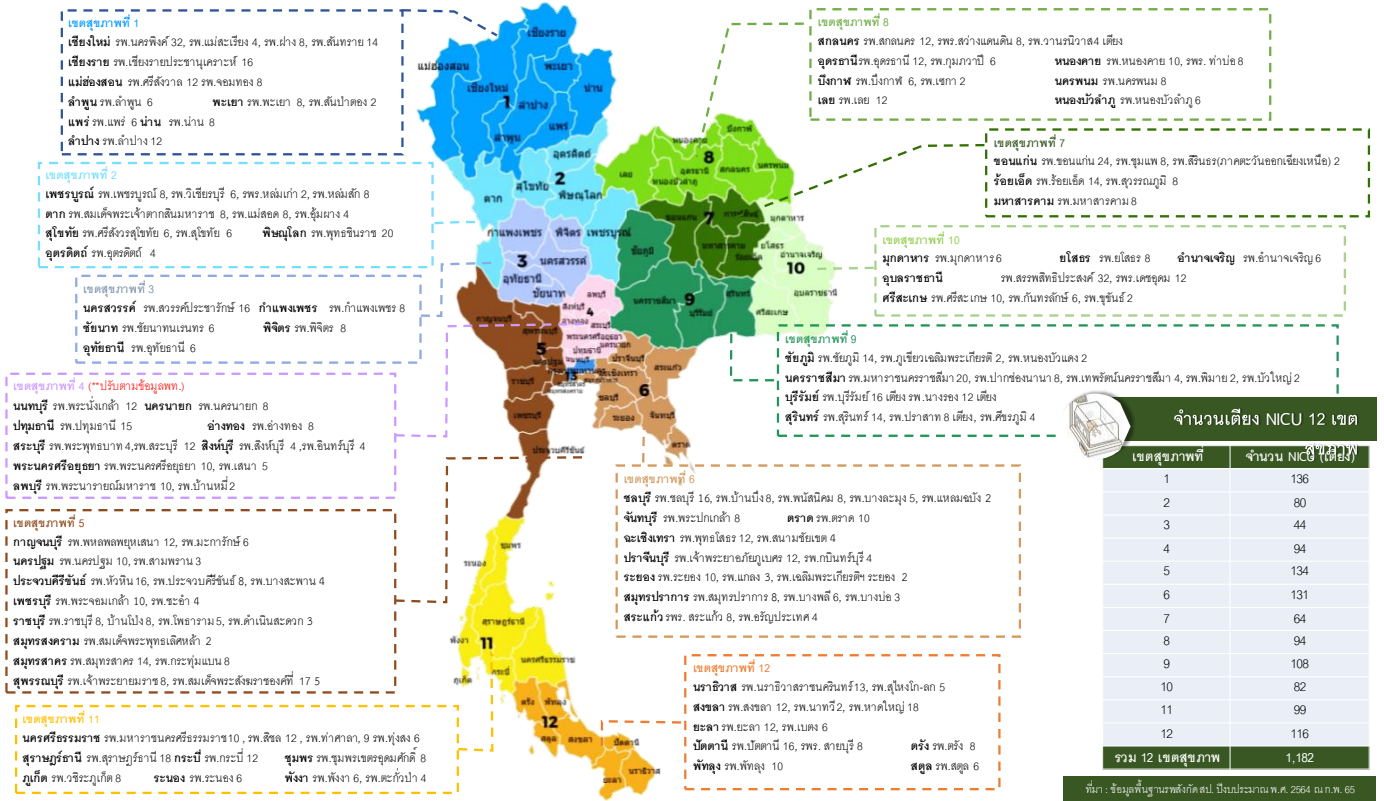
- ควรมีข้อสั่งการเชิงนโยบายจากกระทรวงฯ ลงไปในระดับเขต จังหวัดและอำเภอ โดยประสานงานกับ Service Plan สตรีกรรมให้เป็นเกณฑ์ตัวชี้วัดหลักระดับประเทศ ให้มีการลดอัตราการคลอดทารกก่อนกำหนด( อายุครรภ์ < ๓๗ สัปดาห์) ไม่เกินร้อยละ ๕ ภายในระยะเวลา ๓ ปี
- ควรมีการแต่งตั้งคณะทำงานวิเคราะห์ ศึกษา หาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มารดาคลอดก่อนกำหนดและออกมาตรการป้องกันให้เป็นรูปธรรม โดยร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ โรงเรียนแพทย์ สถาบันฯ ชมรม สมาคม วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- คณะทำงานข้างต้นเสนอกระบวนการและตั้งเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับเขตลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่คณะทำงานวิเคราะห์พบว่ามีความสัมพันธ์ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยมีงบประมาณสนับสนุน จัดเป็นโครงการเร่งด่วนพิเศษ
- คณะทำงานระดับกรมฯ รณรงค์ ทำ Campaign ให้มีการสื่อสารสู่สาธารณะให้มี Public Awareness ในเรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และอื่นๆ โดยประสานงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น กรมอนามัย แผนกสตรีกรรม โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในพื้นที่ต่างๆ
- Monitor & Evaluation: กระทรวงฯ ควรแต่งตั้งคณะทำงานติดตาม ประเมินผลการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนดในระดับเขต และระดับประเทศ ติดตามแบบ On line / On sites มีการรายงานผลการติดตามสู่ส่วนกลางในทุกไตรมาสเพื่อนำมาปรับกลยุทธ์กลางปีงบประมาณ
- กระทรวงฯ ควรจัดตั้งคณะกรรมการแม่และเด็กในการกำหนดแนวทางมาตรฐานในระดับชาติ ในการออกแนวปฏิบัติในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อโควิดและทารกที่เกิดจากมารดาโควิดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและอนุมัติงบประมาณเป็นกรณีพิเศษในการปรับปรุงโครงสร้างหอผู้ป่วยทารกจากมารดาโควิด
- ควรกำหนดให้แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิดได้เป็นสาขาขาดแคลน เพิ่มค่าตอบแทนให้ได้ใกล้เคียงองค์กรอื่นๆเช่น สถานพยาบาลในเครือกรุงเทพมหานครฯ
- สนับสนุนโควตาการเข้ารับการศึกษาเป็นกรณีพิเศษทั้งแพทย์ พยาบาล เฉพาะทางทารกแรกเกิด

## ๔.๒ มาตรการการดำเนินงานสำหรับพื้นที่

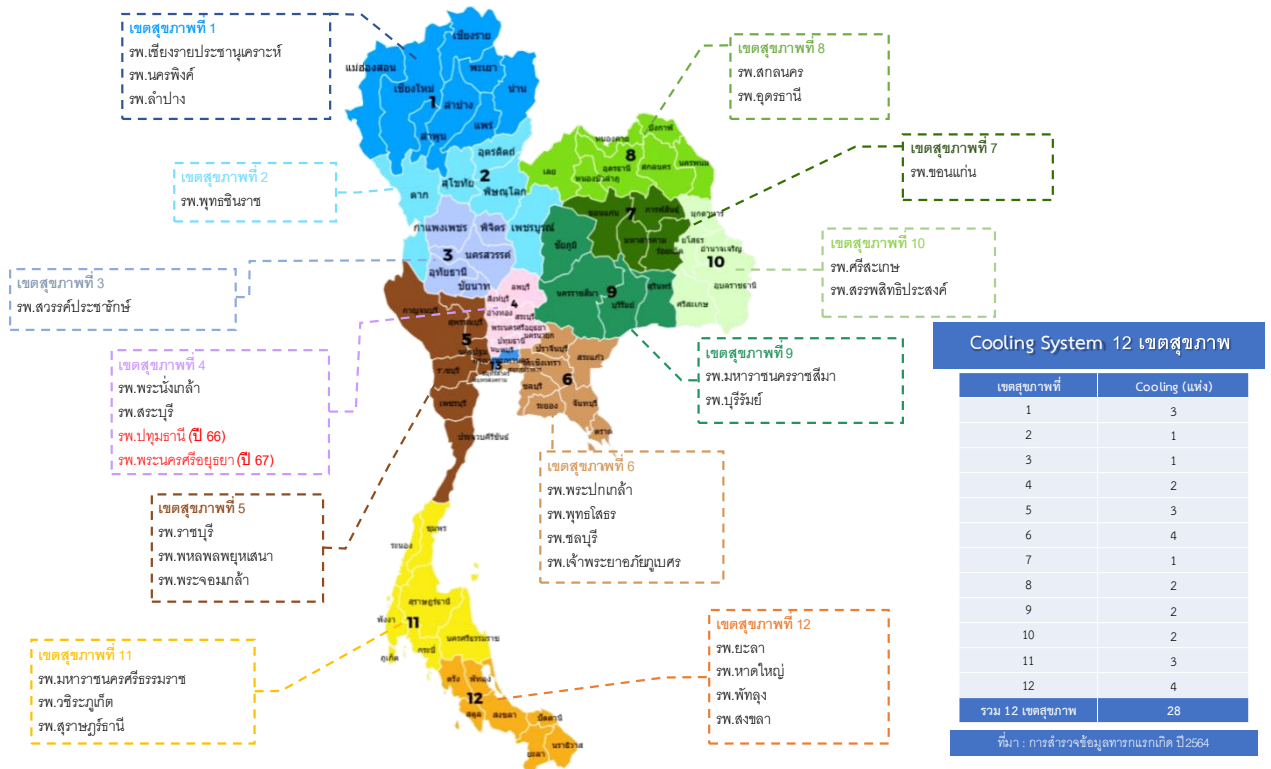
Objectives	มาตรการในการดำเนินการ
ลดป่วย	๑. การลด preterm delivery: การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์คุณภาพ เพิ่มมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่างๆ รวมทั้งการใช้ยา progesterone เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด มีการพิจารณานำเสนอโครงการเพื่อผลักดันให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ Reimbursement หรือชุดสิทธิประโยชน์ในภาวะกลุ่มโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และภาวะโรคกลุ่มโรค PPHN ความดันเลือดปอดสูง ได้ดำเนินการของงบประมาณจาก สปสช. ในการใช้แก๊สไนตรอกออกไซด์เพื่อรักษาภาวะนี้ ปัจจุบันได้ผ่านการพิจารณาจากกรมการของ สปสช. แล้ว อยู่ในระหว่างดำเนินการ และมีแผนที่จะนำเสนอชุดสิทธิประโยชน์หรือ Optimum reimbursement ของการดูแลรักษาทารก Preterm ทั้งในช่วงแรกเกิดและช่วงรอเลี้ยงโต ผู้บริหารควรช่วยผลักดันให้เกิดความยุติธรรมในการ reimbursement ของการดูแลรักษาทารก

Objectives	มาตรการในการดำเนินการ
	<p>๒. ลด birth asphyxia ลดการติดเชื้อ: การฝากครรภ์คุณภาพ ห้องคลอดคุณภาพ การกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR การส่งต่อทารกให้มีความปลอดภัย (S T A B L E program)</p> <p>๓. ลดความพิการแต่กำเนิด: การฝากครรภ์คุณภาพ การให้ folic acid แก่หญิงมีครรภ์และการให้ความรู้แก่หญิงที่พร้อมจะมีบุตร</p>
<p><b>ลดตาย</b></p>	<p>๑. ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาล ผู้บริหารควรช่วยผลักดันให้เกิดความสมดุลในการจัดสรรกระจายทรัพยากร คน เงิน ของในการดูแลรักษาทารกโดยอาศัยการสำรวจทำ Service Mapping update ทุกๆปีดังแสดงแผนภาพด้านล่าง เพื่อจัดสรร Service Delivery ให้เหมาะสมในแต่ละบริบทของเขตพื้นที่ (Equity with Tailor made)</p> <p>๒. วางระบบการส่งต่อภายใน นอกเขตให้ชัดเจนสนับสนุนให้มี intrauterine transfer</p> <p>๓. มีระบบฐานข้อมูลและระบบปรึกษาทางไกล ช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในเขตและจังหวัดนอกเขตแต่เป็นจังหวัดรอยต่อ</p> <p>๔. เริ่มดำเนินการ BCP และวางแผนทางดูแลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ Covid-๑๙</p>
<p><b>ลดการรอคอย</b></p>	<p>๑. จัดระบบการ refer in and refer back ให้ชัดเจน และบริหารเตียงแบบ real-time เพื่อให้ Service delivery access เพิ่มขึ้นและทั่วถึง</p> <p>๒. เพิ่มจำนวนเตียง NICU, Structure adjust และเตียง sick-newborn พร้อมครุภัณฑ์ให้แก่สถานพยาบาลที่ขาดเพื่อให้ Service delivery access เพิ่มขึ้นและทั่วถึง</p> <p>๓. จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเพื่อเพิ่มบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ กุมารแพทย์ NNP พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์สาขาอื่นตามความเหมาะสม</p> <p>๔. จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่ เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สถานพยาบาลโดยการเพิ่มจำนวนทุนเรียนต่อ ทำให้มีจำนวนผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น</p> <p>๕. เพิ่ม reimbursement, revise RW ให้แก่สถานพยาบาลลดความเหลื่อมล้ำของการจัดเก็บรายได้ของสถานพยาบาล</p>

# Service Mapping: NICU beds

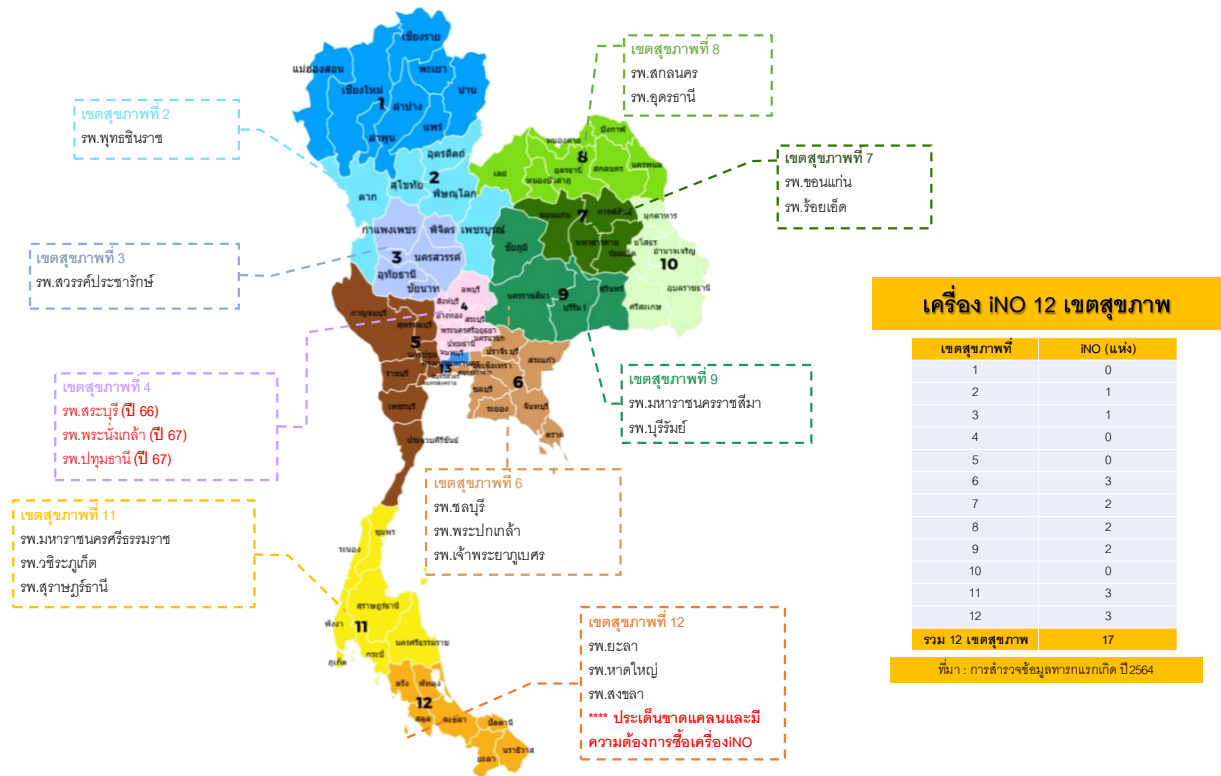


# Service Mapping: Cooling treatment (Therapeutic hypothermia) for Asphyxia



# Service Mapping:

เครื่องจ่ายแก๊สไนตริกออกไซด์สำหรับการรักษาภาวะความดันในปอดสูง PPH



## ต้นน้ำ :

- พยายามลดจำนวนทารกที่เกิดก่อนกำหนดโดยประสานงานกับราชวิทยาลัยสูตินรีเวช และ Service Plan สูติกรรม เพื่อออกแนวทางเชิงนโยบายให้กับแพทย์เวชปฏิบัติได้มีแนวทางมาตรฐานเดียวกันในการให้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดรวมทั้งการใช้ยาและกลยุทธ์อื่นๆเพื่อลดจำนวนทารกที่เกิดก่อนกำหนดตั้งแต่ต้นทาง
- พัฒนาและประสานงานการทำงานของ MCH Board ในทุกทุกเขตสุขภาพบริการให้มีความต่อเนื่องในการทำงานร่วมกันของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- มีการรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย ANC ๕ ครั้งในสถานพยาบาลและสนับสนุนให้มารดาที่ตั้งครรภ์หลัง ๑๒ สัปดาห์ รับประทานป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เนื่องจากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

## กลางน้ำ :

- ให้การสนับสนุนในการจัดสร้างหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตเพิ่มเติมรวมถึงครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและมีการปรับปรุงทั้งระบบโครงสร้าง ระบบการดูแลความปลอดภัยและความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการตั้งรับเพื่อดูแลทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
- พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งทางด้านสูติติกรรมและกุมารเวชกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิด โดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนด เช่น การจัดอบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR ตามแนวทางปี ๒๐๒๐ เพื่อลดภาวะ Asphyxia และอบรมการส่งต่อ Refer ทารกแรกเกิดอย่างปลอดภัย ตามมาตรฐาน STABLE program
- มีการตรวจประเมินกำกับติดตาม ให้มีการดูแลมาตรฐานทั้งมารดาที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดโดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนดให้เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานของราชวิทยาลัยที่กำหนดขึ้น

๔. พัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อทั้ง Refer in และ Refer back โดยเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ M หรือ Nodes ให้สามารถดูแลทารกแรกเกิดที่พื้นภาวะวิกฤตและรับกลับมาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่าเพื่อดูแลต่อได้เพิ่มขึ้น

#### ปลายน้ำ :

๑. เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตโดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและกลุ่มทารกแรกเกิดครบกำหนดซึ่งมีภาวะความดันเลือดปอดสูง PPHN และ Asphyxia โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ จัดสรรงบประมาณเพื่อจัดหาครุภัณฑ์ เช่น Inhaled Nitric Oxide ซึ่งใช้ในการดูแลรักษาภาวะ PPHN และ Cooling System ซึ่งใช้รักษาในทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง

๒. สร้างแนวทางมาตรฐานในระดับจังหวัด เขตสุขภาพบริการ ในการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดในแต่ละเขตและผลักดัน ติดตามกำกับ ให้มีการใช้เป็นแนวทางมาตรฐานเดียวกัน

๓. เตรียมการในการรับกับสถานการณ์โควิดในทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) โดยหลักการ

- Structures: ปรับปรุงโครงสร้างหอผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยป้องกันการติดเชื้อมาสู่บุคลากร

- Staffs: อบรมทักษะเชิงปฏิบัติการให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีความสามารถในการดูแลรักษาทารกในกลุ่มนี้ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อที่แพร่กระจายจากทั้งคนไข้และบุคลากรลดความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในบุคลากรและคนไข้

- Services system and Supplies: จัดระบบแนวทางในการดูแลรักษาทารกกลุ่มเสี่ยงและมีการพัฒนาปรับปรุงตามองค์ความรู้ใหม่เป็นระยะรวมทั้งจัดทำแผน BCP Business Care Plan เพื่อเตรียมการตั้งรับล่วงหน้าในด้านระบบการส่งตัวคนไข้ การดูแลป้องกัน รวมทั้งวัสดุครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

๔. จัดทำโครงการเพื่อของงบประมาณในด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เพิ่มเติม รวมถึงอัตรากำลังที่จำเป็นตามการคาดประมาณในเขตสุขภาพบริการที่ไม่เพียงพอ

#### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากสำนักปลัดกระทรวงเพื่อผลักดันให้ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดเป็นหนึ่งในห้าของสาขาหลักของกระทรวงสาธารณสุข

๒. บุคลากรทางด้านสูติกรรมและกุมารเวชกรรม มีความร่วมมือในการทำงานผ่าน MCH Board

๓. มีการประสานงานกับองค์กรวิชาชีพและภาคส่วนอื่นๆเช่นราชวิทยาลัยต่างๆ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ กองบริหารงานสาธารณสุขในการสนับสนุนโครงการดำเนินงานต่างๆ

#### ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ รอบที่ ๒

• ควรมีการลงรายละเอียดระบุจำนวนการคลอดทารกและร้อยละสาเหตุการเสียชีวิต ๓ อันดับแรก ทารกเกิดก่อนกำหนด ข้อมูลสถิติจำนวนแรกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ภาวะการออกซิเจนปริกำเนิด ภาวะความดันเลือดปอดสูง (PPHN) และภาวะพิการแต่กำเนิด รวมถึงอัตราการตายในแต่ละภาวะต่างๆ

• Updated Service Mapping, Resources Need and Gap resources analysis ในแต่ละเขตผู้ตรวจแต่ละเขตสอบถามข้อมูลจากตัวแทนในพื้นที่ถึง ทรัพยากรจำนวนที่ขาด แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด ครุภัณฑ์ เครื่องจ่ายแก๊สไนตริกออกไซด์ เครื่อง Cooling รวมถึงห้องความดันลบ เพื่อนำเข้าที่ประชุมพิจารณาจัดสรรตามความเหมาะสมกับปัญหาและบริบทที่แท้จริง

- สอบถามการนำสู่การปฏิบัติจริงในแนวทางการป้องกันการคลอตก่อนกำหนดจากภาวะมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในแต่ละพื้นที่
- แนวทางการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อโควิดและจำนวนทารกที่ติดเชื้อโควิดในแต่ละพื้นที่ สิ่งที่ต้องการสนับสนุน (Gap) เช่น ห้องความดันลบ เป็นต้น
- สร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรในพื้นที่ทุกระดับ

ผู้รายงาน ผศ.พิเศษ นพ. ศุภวัชร บุญกษิต์เดช  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ เลขานุการ Service Plan ทารกแรกเกิด  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์  
[Suppawat\\_yoo@hotmail.com](mailto:Suppawat_yoo@hotmail.com), ๒๐/๐๕/๒๕๖๕

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๑  
ประเด็น ๕ ลดแออัด ลดรอคอยลดป่วย ลดตาย

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

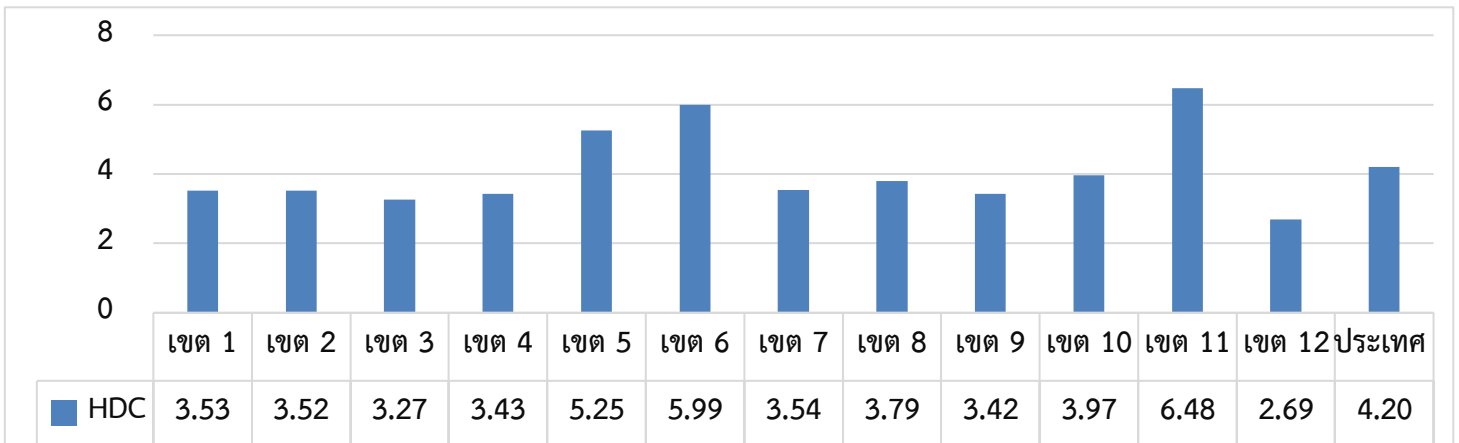
๒. หัวข้อ: สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

๔. ผลการดำเนินงานและวิเคราะห์สถานการณ์



อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน น้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม ภาพรวมมีแนวโน้มลดลงดีขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา แต่ผลรวมยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ตั้งเป้าหมายไว้คือไม่เกิน ๓.๖๐ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต ผ่านเกณฑ์ใน ๗ เขตสุขภาพ บริการคือเขต ๑, ๒, ๓, ๔, ๗, ๙ และ ๑๒ ไม่ผ่านเกณฑ์ใน ๕ เขตสุขภาพบริการคือเขต ๕, ๖, ๘, ๑๐ และ ๑๑ และ ร้อยละของทารกเกิดก่อนกำหนดกำลังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔.๘๖ ในปี ๒๕๖๓ เป็นร้อยละ ๑๒.๔๗ ในปี ๒๕๖๔ โดย จากการศึกษาต่างประเทศมีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ามีสาเหตุร่วมจากมารดาติดเชื้อโควิด-๑๙ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิด Preterm birth เพิ่มมากขึ้น

ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๕)	จำนวนทารกที่เสียชีวิต $\leq 28$ วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต (B)	อัตราการตาย : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีวิต (A/B) x ๑๐๐๐)
๒๕๕๘	๑,๕๔๘	๔๒๑,๑๐๓	๓.๖๘
๒๕๕๙	๑,๙๓๑	๔๘๖,๗๘๙	๙.๙๗
๒๕๖๐	๒,๑๓๕	๔๘๙,๐๓๕	๔.๓๗
๒๕๖๑	๑,๙๗๙	๔๔๘,๓๔๕	๔.๔๑
๒๕๖๒	๑,๘๕๐	๔๐๙,๑๕๐	๔.๕๒
๒๕๖๓	๑,๗๔๗	๔๑๔,๖๖๔	๔.๒๑
๒๕๖๔	๑,๗๔๗	๓๖๓,๐๓๘	๔.๘๑
๒๕๖๕ (๖ เดือน)	๖๐๑	๑๔๓,๐๕๑	๔.๒๐

ที่มา: HDC และการตรวจราชการรอบ ๑/๖๕ ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕

๔.๑ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq ๒๘$  วัน น้ำหนัก  $\geq ๕๐๐$  กรัม(เป้าหมาย  $< ๓.๖๐ : ๑,๐๐๐$  ทารกเกิดมีชีพ)

เขตสุขภาพ	จำนวนทารกที่เสียชีวิต $\leq ๒๘$ วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราตาย : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ (A/B) x ๑๐๐๐
๑	๔๖	๑๓,๐๓๒	๓.๕๓
๒	๓๔	๙,๖๗๒	๓.๕๒
๓	๑๖	๔,๘๙๒	๓.๒๗
๔	๓๖	๑๐,๕๐๕	๓.๔๓
๕	๘๐	๑๕,๒๓๑	๕.๒๕
๖	๑๐๙	๑๘,๑๙๗	๕.๙๙
๗	๒๙	๘,๑๘๒	๓.๕๔
๘	๔๐	๑๐,๕๖๓	๓.๗๙
๙	๔๗	๑๓,๗๕๗	๓.๔๒
๑๐	๔๐	๑๐,๐๘๕	๓.๙๗
๑๑	๗๙	๑๒,๑๘๕	๖.๔๘
๑๒	๔๕	๑๖,๗๕๒	๒.๖๙
ประเทศ	๖๐๑	๑๔๓,๐๕๓	๔.๒๐

ที่มา: HDC และการตรวจราชการรอบ ๑/๖๕ ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕

## ๔.๒ เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เป้าหมาย ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ)

ภาพรวมประเทศผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ แต่มีในเขตสุขภาพบริการที่ ๖ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์

เขตสุขภาพ	จำนวนเตียงNICU (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ เฉลี่ยปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ (B)	อัตรา ๑ : ๕๐๐ (B/A)
๑	๙๙	๓๕,๘๑๖	๓๖๒
๒	๒๑	๑๐,๑๑๑	๔๘๑
๓	๓๖	๑๔,๑๘๙	๓๙๔
๔	๙๔	๒๘,๗๖๘	๓๐๖
๕	๑๒๔	๔๓,๒๙๓	๓๔๙
๖	๗๗	๔๔,๐๒๖	๕๗๒
๗	๖๘	๒๕,๘๒๘	๓๘๐
๘	๗๕	๓๐,๘๘๘	๔๑๒
๙	๑๐๑	๓๗,๒๖๔	๓๖๙
๑๐	๖๒	๒๔,๘๙๖	๔๐๒
๑๑	๙๔	๓๔,๔๐๐	๓๖๖
๑๒	๗๖	๓๐,๗๓๔	๔๐๔
ประเทศ	๙๒๗	๓๖๐,๒๑๔	๓๘๙

ที่มา: การตรวจราชการรอบ ๑/๒๕๖๕

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>๑. ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm, PPHN และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา และมารดาติดเชื้อโควิดทำให้ อัตราการเกิด Preterm birth สูงขึ้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการรวบรวมข้อมูลสาเหตุการตายของทารก จำนวนและร้อยละการคลอดก่อนกำหนด การมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ หามาตรการลด Preterm birth เช่นการใช้ Progesterone, ASA และอื่นๆ</li> <li>- ทบทวนหรือตั้งคณะทำงานศึกษาสาเหตุของการเกิดการคลอดก่อนกำหนดที่อาจแตกต่างจากต่างประเทศ</li> <li>- ทบทวนกรรมการและผลการดำเนินงาน MCH Broad ทุกปี เน้นเป้าหมายเพื่อลดปัญหา Preterm</li> <li>- มีระบบบริหารจัดการแนวทางการลดการเกิด Preterm เช่นการให้บริการการใช้ Progesterone, ASA และอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหการเกิด Preterm contraction</li> <li>- นำเสนอชุดสิทธิประโยชน์และปรับค่า Adjusted RW และการ Reimbursement กลุ่มโรค PPHN ความดันเลือดปอดสูง ได้ดำเนินการของบประมาณจาก สปสช ในการใช้แก๊สไนตริกออกไซด์เพื่อรักษาภาวะนี้ และมีแผนจะนำเสนอชุดสิทธิประโยชน์หรือ Optimum Reimbursement ของการดูแลรักษาทารก Preterm ทั้งในช่วงแรกเกิดและช่วงรอเลี้ยงโต</li> </ul>	<p>ร้อยละ ๔.๒๐</p> <p>A = ๖๐๑ ราย</p> <p>B = ๑๔๓,๐๕๓ราย</p> <p>นำเสนอชุดสิทธิประโยชน์และปรับค่า Adjusted RW และการ Reimbursement กลุ่มโรค PPHN ความดันเลือดปอดสูง ได้ดำเนินการของบประมาณจาก สปสช ในการใช้แก๊สไนตริกออกไซด์เพื่อรักษาภาวะนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจาก กรรมการของ สปสช แล้วอยู่ในระหว่างดำเนินการขั้นตอนสุดท้าย</p>
<p>๒. อัตราตายทารกแรกเกิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด และกลุ่มโรคที่มีความสำคัญเช่น PPHN Preterm และการบริหารจัดการทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อโควิด ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลระดับ A, S ทุกปี ทั้งแผนกสูติกรรมและกุมารเวชกรรม</li> <li>- เพิ่มจำนวนเตียง NICU ให้เพียงพอต่อการคลอดในทุกเขตสุขภาพบริการโดยเฉพาะในเขต ๖ และในเขต ๑ จังหวัดเชียงราย</li> <li>- เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลระดับ M๑ สามารถให้บริการดูแลรักษาทารกภาวะกึ่งวิกฤตได้เพื่อให้สามารถรับเฟอร์กกลับเมื่อทารกอาการคงที่ดีขึ้นแล้วจากโรงพยาบาลระดับสูงกว่า ทำให้มีที่ว่างให้แก่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้สามารถรับทารกอาการ</li> </ul>	<p>จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ NCPR การส่งต่อทารกให้มีความปลอดภัย ( STABLE program) เน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้ง on Line และ on Site เตรียมแผนจะนำเสนอชุดสิทธิประโยชน์ หรือ Optimum Reimbursement ของการดูแลรักษา</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	หนักได้เพิ่มขึ้นเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยเตียง ลดความแออัด	ทารก Preterm ทั้ง ในช่วงแรกเกิดและ ช่วงรอเลี้ยงโต
๓. ระบบ ANC คุณภาพ ยังไม่ครอบคลุม	- มีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสาขาสูติ กรรม และสาขาทารกแรกเกิดจัดอบรมให้ได้ มาตรฐานตามกระบวนการ ๖ Value MCH Program	- สร้างความร่วมมือ กับแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลราชวิถี และ Service Plan สูติกรรมจัดการอบรม เชิงปฏิบัติการใน โครงการห้องคลอด คุณภาพ
๔. ระบบ Refer Back ขาดแนวทางการ ปฏิบัติที่ชัดเจน	- มีการประชุมพัฒนาระบบ refer และกาประสานงาน เพื่อการส่งต่อ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต - เพิ่มศักยภาพการดูแลทารกไปที่โรงพยาบาล เครือข่ายระดับ Mo เพื่อลดความแออัด	- มีการวางระบบ เครือข่ายการรับส่ง ต่อภายในหลายเขต สุขภาพและ สนับสนุนให้มี intrauterine transfer - มีการใช้ระบบ ปรึกษาทางไกล ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ภายในเขตและ จังหวัดนอกเขต

#### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

##### เขตสุขภาพที่ ๑

- จ.เชียงใหม่: Neonatal emergency box เป็นกล่องที่ใช้บรรจุ ยา สารน้ำ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการกู้ชีพ
- จ.น่าน: โปรแกรมคำนวณและสั่งการรักษาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ สามารถคำนวณ TPN จากสูตรที่มีทำให้สะดวกต่อการใช้งานของแพทย์ ลดข้อผิดพลาดในการคำนวณ และเชื่อมต่อกับ google drive ทำให้แพทย์สามารถสั่ง TPN ที่เตียงคนไข้ได้ในขณะที่ round
- จ.เชียงราย: Application การคัดกรองภาวะความผิดปกติของการตรวจคัดกรองการได้ยิน (OAE)
- จ.พะเยา: หนังสือคู่มือการดูแลทารกแรกเกิดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อทารกแรกเกิดอย่างปลอดภัย สำหรับเขตสุขภาพที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๔

**เขตสุขภาพที่ ๕**

- จ.สุพรรณบุรี: นวัตกรรม SNB Blood Transfusion monitoring แนวทางการติดตามสัญญาณชีพในทารกที่ได้รับเลือดเพื่อปฏิบัติในแนวทางเดียวกันตามมาตรฐาน ประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว และนวัตกรรมถุงปลอดภัยสายไม่เลื่อนหลุด (Safety bag) : ป้องกันปัญหา tube, line เลื่อนหลุด

**เขตสุขภาพที่ ๖**

- จ.ตราด : หมวกลมหายใจ (Inspiration Hood) ใช้สำหรับตรึงอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทางจมูกในทารกที่ใช้ noninvasive ventilator แทนหมวกที่ต้องซื้อจากบริษัท (ราคาใบละ ๑,๐๐๐ บาท)

**เขตสุขภาพที่ ๙**

- จ.สุรินทร์ : คลินิกเจ้าตัวน้อยติดตามดูแลทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า ๕,๐๐๐ กรัม หลังจำหน่ายแบบ One stop service โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- จ.ชัยภูมิ :
  - Nest สำเร็จรูปใช้สำหรับเป็นเบาะรองที่นอนทารกคลอดก่อนกำหนด
  - หมวก Super cap ใช้สำหรับเป็นระบบปดในผู้ป่วยที่ใส่ CPAP
  - กางเกง Minizumo ใช้แทนผ้าอ้อมในทารกคลอดก่อนกำหนดเพื่อวัดปริมาณปัสสาวะ
  - ผ้าคลุมเครื่องสองไฟเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาเด็กตัวเหลือง
- จ.บุรีรัมย์ :
  - มีมาตรการลด Preterm birth เช่นการใช้ Progesterone, ASA และอื่นๆ

**๖) ข้อเสนอของผู้มีเทศ เชนนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา****๖.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มาตรการการดำเนินงานสำหรับส่วนกลาง**

- ควรมีข้อสั่งการเชิงนโยบายจากกระทรวงฯ ลงไปในระดับเขต จังหวัดและอำเภอ โดยประสานงานกับ Service Plan สตรีกรมให้เป็นเกณฑ์ตัวชี้วัดหลักระดับประเทศ ให้มีการลดอัตราการคลอดทารกก่อนกำหนด( อายุครรภ์ < ๓๗ สัปดาห์) ไม่เกินร้อยละ ๕ ภายในระยะเวลา ๓ ปี
- แต่งตั้งคณะทำงานวิเคราะห์ ศึกษา หาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มารดาคลอดก่อนกำหนดและออกมาตรการป้องกันให้เป็นรูปธรรม โดยร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ โรงเรียนแพทย์ สถาบันฯ ชมรม สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- คณะทำงานข้างต้นเสนอกระบวนการและตั้งเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับเขตลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่คณะทำงานวิเคราะห์พบที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยมีงบประมาณสนับสนุน จัดเป็นโครงการเร่งด่วนพิเศษ
- คณะทำงานระดับกรมฯ รณรงค์ ทำ Campaign ให้มีการสื่อสารสู่สาธารณะให้มี Public Awareness ในเรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ รณรงค์ต่อเนื่องเพิ่มการฉีดวัคซีนในหญิงตั้งครรภ์ ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และอื่นๆ โดยประสานงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น กรมอนามัย แผนก สตรีกรม โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในพื้นที่ต่างๆ
- Monitor & Evaluation: กระทรวงฯ แต่งตั้งคณะทำงานติดตาม ประเมินผลการใช้มาตรการต่างๆเพื่อลดการคลอดก่อนกำหนดในระดับเขต และระดับประเทศ ติดตามแบบ On line On sites มีการรายงานผลการติดตามสู่ส่วนกลางในทุกไตรมาสเพื่อนำมาปรับกลยุทธ์กลางปีงบประมาณ

- กระทรวงฯ จัดตั้งคณะกรรมการแม่และเด็กในการกำหนดแนวทางมาตรฐานในระดับชาติ ในการออกแนวปฏิบัติในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อโควิดและทารกที่เกิดจากมารดาโควิดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและอนุมัติงบประมาณเป็นกรณีพิเศษในการปรับปรุงโครงสร้างหอผู้ป่วยทารกจากมารดาโควิด
- สป: กำหนดให้แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางได้เป็นสาขาขาดแคลน เพิ่มค่าตอบแทนให้ได้ใกล้เคียงองค์กรอื่นๆ
- สนับสนุนโครงการเข้ารับการฝึกอบรมเป็นกรณีพิเศษทั้งแพทย์ พยาบาล เฉพาะทางทารกแรกเกิด

## ๖.๒ มาตรการการดำเนินงานสำหรับพื้นที่

Objectives	มาตรการในการดำเนินการ
ลดป่วย	<p><b>๑. การลด Preterm delivery :</b> การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์คุณภาพและจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ ดำเนินมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่างๆให้มีความต่อเนื่อง รวมทั้งการใช้ยา progesterone เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด อาจพิจารณานำเสนอโครงการเพื่อผลักดันให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ในปี ๒๕๖๖, PPHN ในปี ๒๕๖๕ อยู่ระหว่างการนำเสนอผ่าน SP Newborn</p> <p><b>๒. ลด Birth asphyxia ลดการติดเชื้อ Sepsis :</b> มีการใช้การประเมิน Early Warning Signs เพื่อทำให้ detect ทารกที่เริ่มมีอาการผิดปกติได้เร็วขึ้น:</p> <p><b>๓. เพิ่มการฝากครรภ์คุณภาพ:</b> ประสานงานกับ รพ ราชวิถีจัดอบรมห้องคลอดคุณภาพ on Line และ on Site สถาบันเด็กฯเป็นแกนในการสร้างความร่วมมือจัดอบรมเชิงปฏิบัติการกับองค์กรวิชาชีพต่างๆให้กับเขตสุขภาพบริการในเรื่อง การกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR new Guidelines การส่งต่อทารกให้มีความปลอดภัย (S T A B L E program) การใช้นมแม่ในทารกป่วย การบริหารจัดการทารกที่เกิดจากมารดาโควิด เน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้ง on Line และ on Site</p> <p><b>๔. จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง:</b> เพื่อเพิ่มบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ กุมารแพทย์ NNP พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์สาขาอื่นตามความเหมาะสม</p> <p><b>๕. จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่:</b> เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สถานพยาบาลโดยการ เพิ่มจำนวนทุนเรียนต่อ ทำให้มีจำนวนผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น</p> <p><b>๖. ลดความพิการแต่กำเนิดและครรภ์ความเสี่ยสูง:</b> เพิ่มการฝากครรภ์คุณภาพ แก่หญิงมีครรภ์ โรงเรียน พ่อแม่ และรณรงค์การให้ความรู้แก่หญิงเตรียมความพร้อมก่อนจะมีบุตร เน้นกลุ่ม Teenagers, Drug abuses, Family planning</p> <p><b>๗. มีการตรวจกำกับติดตาม</b> ผลการดำเนินการต่างๆข้างต้นรายไตรมาส</p>
ลดตาย	<p><b>๑. ลดอัตราตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากร</b></p> <p><b>๒. วางระบบเครือข่ายการรับส่งต่อ:</b> ภายในเขตและส่งออกนอกเขต สนับสนุนให้มี intrauterine transfer</p> <p><b>๓. มีระบบฐานข้อมูลและระบบปรึกษาทางไกล:</b> ช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในเขตและจังหวัดนอกเขตแต่เป็นจังหวัดรอยต่อ</p> <p><b>๔. วางแนวทางดูแลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ Covid-๑๙ และ</b> เริ่มดำเนินการ BCP สำรองความต้องการการเพิ่มศักยภาพการดูแลเช่น ห้องความดันลบ การสร้างแนวทางมาตรฐานการดูแลทารกที่ติดเชื้อโควิด</p>

Objectives	มาตรการในการดำเนินการ
	๕. เพิ่มจำนวนเตียง NICU, เตียง sick-newborn และ ปรับ Structure พร้อมครุภัณฑ์ให้แก่สถานพยาบาลที่ขาด
ลดการรอคอย	<p>๑. จัดระบบการ refer in and refer back .ให้ชัดเจนและบริหารจัดการเตียงแบบ real-time มีแผนการใช้ระบบของเขตสุขภาพบริการที่ ๑ เป็นต้นแบบ</p> <p>๒. เพิ่มจำนวนเตียง NICU, Structure adjust และเตียง sick-newborn พร้อมครุภัณฑ์ให้แก่สถานพยาบาลที่ขาด</p> <p>๓. จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเพื่อเพิ่มบุคลากร ผู้เชี่ยวชาญ กุมารแพทย์ NNP พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์สาขาอื่นตามความเหมาะสม</p> <p>๔. จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่ เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สถานพยาบาลโดยการ เพิ่มจำนวนทุนเรียนต่อ ทำให้มีจำนวนผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น</p> <p>๕. เพิ่ม reimbursement, revise RW ให้แก่สถานพยาบาล เตรียมแผนจะนำเสนอชุดสิทธิประโยชน์หรือ Optimum Reimbursement ของการดูแลรักษาทารก Preterm ทั้งในช่วงแรกเกิดและช่วงรอเลี้ยงโต</p>

#### ต้นน้ำ :

- พยายามลดจำนวนทารกที่เกิดก่อนกำหนดโดยประสานงานกับราชวิทยาลัยสูตินรีเวช และ Service Plan สู่กิจกรรม เพื่อออกแนวทางเชิงนโยบายให้กับแพทย์เวชปฏิบัติได้มีแนวทางมาตรฐานเดียวกันในการให้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดรวมทั้งการใช้ยาและกลยุทธ์อื่นๆเพื่อลดจำนวนทารกที่เกิดก่อนกำหนดตั้งแต่ต้นทาง
- พัฒนาและประสานงานการทำงานของ MCH Board ในทุกเขตสุขภาพบริการให้มีความต่อเนื่องในการทำงานร่วมกันของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- มีการรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย ANC ๕ ครั้งในสถานพยาบาลและสนับสนุนให้มารดาที่ตั้งครรภ์หลัง ๑๒ สัปดาห์ วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เนื่องจากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

#### กลางน้ำ :

- ให้การสนับสนุนในการจัดสร้างหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตเพิ่มเติมรวมถึงครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและมีการปรับปรุงทั้งระบบโครงสร้าง ระบบการดูแลความปลอดภัยและความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการตั้งรับเพื่อดูแลทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
- พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งทางด้านสูติกรรมและกุมารเวชกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิด โดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนด เช่น การจัดอบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR ตามแนวทางปี ๒๐๒๐ เพื่อลดภาวะ Asphyxia และอบรมการส่งต่อ Refer ทารกแรกเกิดอย่างปลอดภัย ตามมาตรฐาน STABLE program
- มีการตรวจประเมินกำกับติดตาม ให้มีการดูแลมาตรฐานทั้งมารดาที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดโดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนดให้เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานของราชวิทยาลัยที่กำหนดขึ้น
- พัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อทั้ง Refer in และ Refer back โดยเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ M หรือ Nodes ให้สามารถดูแลทารกแรกเกิดที่พ้นภาวะวิกฤตและรับกลับมาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่าเพื่อดูแลต่อได้เพิ่มขึ้น

## ปลายน้ำ :

๑. เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตโดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและกลุ่มทารกแรกเกิดครบกำหนดซึ่งมีภาวะความดันเลือดปอดสูง PPHN และ Asphyxia โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ จัดสรรงบประมาณเพื่อจัดหาครุภัณฑ์ เช่น Inhaled Nitric Oxide ซึ่งใช้ในการดูแลรักษาภาวะ PPHN และ Cooling System ซึ่งใช้รักษาในทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง

๒. สร้างแนวทางมาตรฐานในระดับจังหวัด เขตสุขภาพบริการ ในการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดในแต่ละเขตและผลักดัน ติดตามกำกับ ให้มีการใช้เป็นแนวทางมาตรฐานเดียวกัน

๓. เตรียมการในการรับมือกับสถานการณ์โควิด ในทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ดังนี้

- Structure: ปรับปรุงโครงสร้างหอผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยป้องกันการติดเชื้อมาสู่บุคลากร

- Staffs: อบรมทักษะเชิงปฏิบัติการให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีความสามารถในการดูแลรักษาทารกในกลุ่มนี้ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อที่แพร่กระจายจากทั้งคนไข้และบุคลากรลดความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในบุคลากรและคนไข้

- Services system and Supplies: จัดระบบแนวทางในการดูแลรักษาทารกกลุ่มเสี่ยงและมีการพัฒนาปรับปรุงตามองค์ความรู้ใหม่เป็นระยะรวมทั้งจัดทำแผน BCP Business Care Plan เพื่อเตรียมการตั้งรับล่วงหน้าในด้านระบบการส่งตัวคนไข้ การดูแลป้องกัน รวมทั้งวัสดุครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

๔. จัดทำโครงการเพื่อของบประมาณในด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เพิ่มเติม รวมถึงอัตรากำลังที่จำเป็นตามการคาดประมาณในเขตสุขภาพบริการที่ไม่เพียงพอ

## ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากสำนักปลัดกระทรวงเพื่อผลักดันให้ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดเป็นหนึ่งในห้าของสาขาหลัก

๒. บุคลากรทางด้านสูติกรรมและกุมารเวชกรรม มีความร่วมมือในการทำงานผ่าน MCH Board

๓. มีการประสานงานกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ราชวิทยาลัยต่างๆ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ กองบริหารงานสาธารณสุขในการสนับสนุนโครงการดำเนินงานต่างๆ

## ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ รอบที่ ๒

- ควรมีการลงรายละเอียดระบุจำนวนการคลอดทารกและร้อยละสาเหตุการเสียชีวิต ๓ อันดับแรก ทารกเกิดก่อนกำหนด ข้อมูลสถิติจำนวนแรกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ภาวะการออกซิเจนปริกำเนิด ภาวะความดันเลือดปอดสูง (PPHN) และภาวะพิการแต่กำเนิด รวมถึงอัตราการตายในแต่ละภาวะต่างๆ
- Updated Service Mapping, Resources Need and Gap resources analysis ในแต่ละเขตข้อมูลจำนวนที่ขาด แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด ครุภัณฑ์ รวมถึงห้องความดันลบ
- แนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจากภาวะมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในแต่ละพื้นที่
- แนวทางการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อโควิดและจำนวนทารกที่ติดเชื้อโควิดในแต่ละพื้นที่ สิ่งที่ต้องการสนับสนุน (Gap) เช่น ห้องความดันลบ เป็นต้น
- สร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรในพื้นที่ทุกระดับ

ผู้รายงาน ผศ.พิเศษ นพ. ศุภวัชร บุญยชีตีเดช

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ เลขานุการ Service Plan ทารกแรกเกิด

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์

[Suppawat\\_yoo@hotmail.com](mailto:Suppawat_yoo@hotmail.com), ๒๐/๐๕, ๒๕๖๕

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๑ ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)

### ๑. เป้าหมายและผลงาน

ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care\* ได้รับการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน  
หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)

#### ผลการดำเนินการ

- จำนวนผู้ป่วย Intermediate care\* ที่ได้รับการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐ (A) = ๑๕,๔๙๒ ราย
- จำนวนผู้ป่วย Intermediate care\* ภายในจังหวัดที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index < ๑๕ หรือคะแนน Barthel index ≥ ๑๕ with multiple impairments ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลาง จนครบ ๖ เดือน หรือ Barthel index = ๒๐ (B) = ๑๘,๖๔๓ ราย



ที่มาข้อมูล : จากการรายงานของพื้นที่และการนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๒)

### ๒. สรุปสถานการณ์

ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care\* ได้รับการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐) ผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๒ พบว่า ภาพรวมประเทศผ่าน คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๑๐ โดยมีผู้ป่วยได้รับการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพฯ ทั้งหมด ๑๕,๔๙๒ ราย จากผู้ป่วยฯ รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้าสู่ระบบทั้งหมด ๑๘,๖๔๓ ราย ผลการดำเนินงานสูงสุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๘ (ร้อยละ ๙๑.๑๔) รองลงมาได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๑ (ร้อยละ ๘๘.๓๑) และเขตสุขภาพที่ ๙ (ร้อยละ ๘๔.๕๕) ตามลำดับ โดยเขตสุขภาพที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๐ ผลการดำเนินงานร้อยละ ๖๙.๐๘ เนื่องจาก มีข้อจำกัดด้านภาระงานของเจ้าหน้าที่ในการสนับสนุนงานด้าน COVID-๑๙ ทำให้ติดตามผู้ป่วยได้น้อยลง ทั้งนี้ เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีแผนพัฒนาระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยโดยใช้ Telemedicine เพื่อพัฒนาการดำเนินงานในพื้นที่

### ๓. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

#### ๑) ระบบบริการ

- จากสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙ ส่งผลกระทบต่อการให้บริการ IMC ทำให้การติดตามการดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง ซึ่งมีสาเหตุมาจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น เจ้าหน้าที่ได้รับมอบหมายภารกิจ

ด้าน COVID-๑๙ ทำให้ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้ ผู้ป่วยไม่สามารถออกมาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้ เป็นต้น

- การส่งกลับผู้ป่วย (refer back) เพื่อรักษาต่อที่ รพช. ตามแนวทางของ IMC มีจำนวนน้อย

๒) บุคลากร:

- ขาดแคลนบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ พยาบาลฟื้นฟู (๔ เดือน) เป็นต้น

๓) งบประมาณ:

- เงินสนับสนุนการให้บริการ IMC on top ยังไม่ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ

#### ๔. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑) ด้านระบบบริการ

- พัฒนาระบบบริการในรูปแบบ New Normal เพื่อรองรับสถานการณ์ COVID-๑๙
- พัฒนาระบบดูแลและติดตามผู้ป่วย โดยใช้ Telemedicine/ Telerehabilitation
- มีระบบปรึกษาทางไกล (Teleconsultation) ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย
- พัฒนาเครือข่าย/เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่อง

๒) ด้านบุคลากร

- พื้นที่: วิเคราะห์ภาระงาน (FTE) จัดทำแผนเพิ่มอัตรากำลัง/แผนพัฒนาบุคลากรในวิชาชีพที่ ขาดแคลน และดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้
- ส่วนกลาง: เสนอรอบอัตรากำลังของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องใน รพ. แต่ละระดับ เพื่อให้เพียงพอและเหมาะสมกับภาระงาน

๓) ด้านระบบข้อมูล

- พื้นที่: พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย IMC ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่อง (พิจารณาตามความพร้อมของพื้นที่ เช่น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเอง Line, Google sheet เป็นต้น)
- ส่วนกลาง: พัฒนาระบบสารสนเทศที่เป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศ

๔) ด้านงบประมาณ

ส่วนกลาง: ผลักดันข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ที่เหมาะสม

#### ๕. ปัจจัยความสำเร็จ

- การให้ความสำคัญและนโยบายการดำเนินงานในพื้นที่
- มีเครือข่ายบริการภายในจังหวัดที่เข้มแข็ง และมีการบูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน
- การพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับการส่งต่อและระบบ teleconsultation เพื่อติดตามข้อมูลผู้ป่วยและเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วย
- การจัดอัตรากำลังคนที่เหมาะสม และจัดอบรมเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่

#### ๖. ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑) การพัฒนาการให้บริการ IMC ให้ได้คุณภาพ ทั้งทางด้านโครงสร้าง ระบบบริการ และบุคลากร

- จังหวัดมีการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ ยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้เพียงพอต่อการให้บริการ
- เยี่ยมเสริมพลังในแต่ละเขตสุขภาพ

- มีระบบส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลภายในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการอย่างต่อเนื่อง

๒) การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

- มีแผนการบริหารกรอบอัตรากำลังของเขตสุขภาพ ตามวิชาชีพที่ขาดแคลน
- มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในวิชาชีพที่ขาดแคลน และดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๑  
ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๒. หัวข้อ: การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

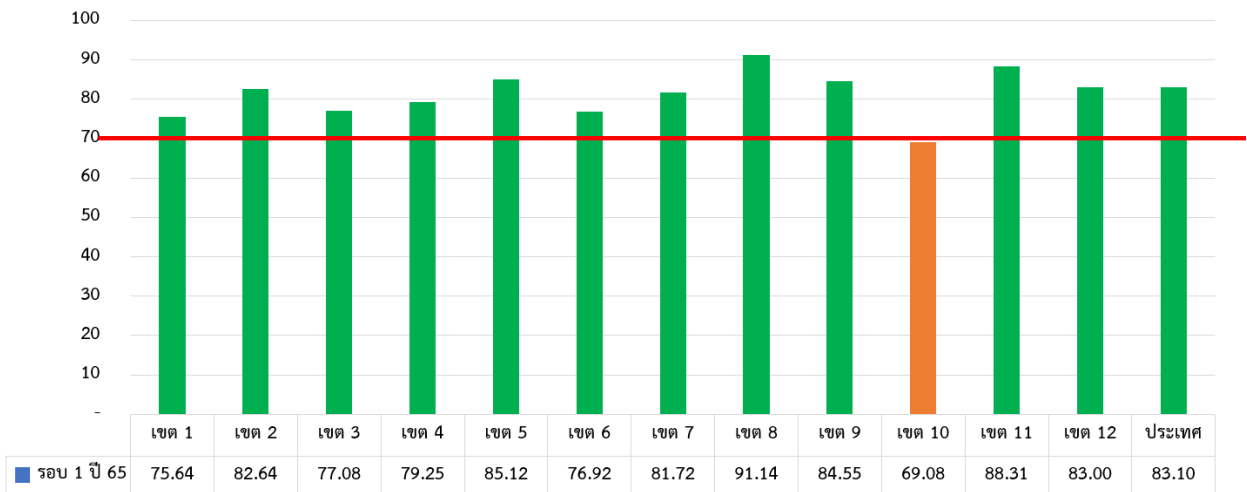
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care\* ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)

ผลการดำเนินการ

- จำนวนผู้ป่วย Intermediate care\* ที่ได้รับการปรับสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐ (A) = ๑๕,๔๙๒ ราย
- จำนวนผู้ป่วย Intermediate care\* ภายในจังหวัดที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index < ๑๕ หรือคะแนน Barthel index ≥ ๑๕ with multiple impairments ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลาง จนครบ ๖ เดือน หรือ Barthel index = ๒๐ (B) = ๑๘,๖๔๓ ราย



ที่มาข้อมูล : จากการรายงานของพื้นที่และการนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๒)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๑</b>		
๑. จากสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙ ทำให้ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านและให้การฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องได้ รวมทั้งผู้ป่วยไม่สามารถออกมาใช้บริการได้ ส่งผลให้ขาดการกำกับติดตามและ intensive program ขาดความต่อเนื่อง	๑. ควรมีการพัฒนาาระบบ Teleconsultation หรือ rehabilitation เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ COVID-๑๙ ๒. ควรมีการพัฒนาาระบบเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยในการส่งกลับ (refer back) ไปรักษาต่อที่ รพช.	ร้อยละ ๗๕.๖๔ A = ๑,๘๘๘ ราย B = ๒,๔๙๖ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
๒. การส่งกลับผู้ป่วย (refer back) เพื่อรักษาต่อที่ รพช. ตามแนวทางของ IMC ๓. ข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ไม่เพียงพอและภาระงานที่มากขึ้นโดยเฉพาะจากสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙ ๔. การสนับสนุนเงินชดเชยการให้บริการ on top IMC	ครอบคลุมทั้งเขตสุขภาพ เช่น การพัฒนาโปรแกรม PIMC COC-link และ CM-IMC เป็นต้น ๓. ควรมีการจัดอบรมภายในจังหวัด/เขต เพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด แก้ไขการพูด เป็นต้น ๔. ควรมีการกำหนดเงินสนับสนุนการให้บริการ on top IMC ให้ครอบคลุมและเท่าเทียมทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ	
<b>เขตสุขภาพที่ ๒</b>		
๑. ผู้ป่วยได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-๑๙ ๒. การส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูล ระหว่าง รพช./รพท. และ รพช. ขาดความต่อเนื่อง ๓. ผู้ป่วย IMC ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้ เนื่องจากมีระยะทางห่างไกล ๔. ระบบบันทึกข้อมูลขาดการเชื่อมโยงกันในระบบ PC และ LTC	๑. ปรับรูปแบบการติดตามการเยี่ยมบ้าน พัฒนาเครือข่าย อสม. ในการติดตามอาการและดูแลผู้ป่วยในชุมชน ๒. โรงพยาบาลชุมชนควรประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการรับ-ส่ง ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการการฟื้นฟูทั้งในรูปแบบ IPD และ OPD ๓. ทบทวนระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย รวมถึงเชื่อมโยงข้อมูลในการให้บริการ และจัดอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อขยายการให้บริการไปยัง node ต่าง ๆ	ร้อยละ ๘๒.๖๔ A = ๖๗๖ ราย B = ๘๑๘ ราย
<b>เขตสุขภาพที่ ๓</b>		
การเข้าถึงบริการ IMC ในบางจังหวัดยังไม่มี การเก็บข้อมูล	เพิ่มการเข้าถึงบริการ IMC ให้มากขึ้น พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ ๗๗.๐๘ A = ๔๔๔ ราย B = ๕๗๖ ราย
<b>เขตสุขภาพที่ ๔</b>		
๑. การส่งกลับผู้ป่วย (refer back) เพื่อรักษาต่อที่ รพช. น้อย ๒. ขาดแคลนบุคลากร ๓. เครื่องมืออุปกรณ์ยังไม่เพียงพอ	๑. กำหนดการ refer back ไว้ใน CPG/discharge planning ผู้ป่วย ๔ กลุ่มโรค และใช้วิดีโออธิบาย รายละเอียดการ refer back ๒. จัดให้มีการบริการกายภาพบำบัดแบบกลุ่มที่ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคลินิกเอกชน	ร้อยละ ๗๙.๒๕ A = ๙๒๔ ราย B = ๑,๑๖๖ ราย
<b>เขตสุขภาพที่ ๕</b>		
๑. การส่งกลับผู้ป่วย (refer back) เพื่อรักษาต่อที่ รพช. น้อย ๒. ระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานอยู่ในช่วงพัฒนาและผู้ป่วยและญาติไม่พร้อมที่จะอยู่รักษาครบ ๑๔ วัน	๑. เพิ่ม node IMC ในแต่ละ รพช. และพัฒนาระบบ refer back ให้ชัดเจนและปฏิบัติได้ พร้อมทั้งสนับสนุน Telemedicine ๒. พัฒนาระบบส่งต่อและติดตามข้อมูล และสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย IMC ในชุมชน ๓. พัฒนาบุคลากรและติดตามการใช้เตียง IMC ที่ รพช.	ร้อยละ ๘๕.๑๒ A = ๕๘๙ ราย B = ๖๙๒ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
๓. ขาดบุคลากร และเครื่องมืออุปกรณ์ยังไม่เพียงพอ		
<b>เขตสุขภาพที่ ๖</b>		
<p>๑. จากสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙ ทำให้ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านและให้การฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องได้ และมี รพ. ที่ใช้เป็น cohort ward</p> <p>๒. ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการเข้ารับบริการฟื้นฟู</p> <p>๓. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยค่อนข้างนาน ทำให้มีผู้ป่วยสะสมมากขึ้น ซึ่งเพิ่มภาระงานแก่เจ้าหน้าที่</p> <p>๔. การส่งกลับผู้ป่วย (refer back) เพื่อรักษาต่อที่ รพช. น้อย และมีความกังวลเรื่องการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปัญหาทางระบบหายใจ เป็นต้น</p> <p>๕. ไม่ได้รับเงิน on top IMC ตามที่ลงข้อมูลในระบบ</p> <p>๖. ขาดบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ พยาบาลฟื้นฟู หลักสูตร ๑ เดือน และ ๔ เดือน</p>	<p>๑. สนับสนุนให้โรงพยาบาลสร้างช่องทางเชื่อมต่อกับหน่วยบริการและผู้ป่วยเพื่อติดตามและให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น video call Facebook และให้บริการ home program</p> <p>๒. สร้างเครือข่ายด้านสุขภาพให้มีความรู้ทักษะในการฟื้นฟูผู้ป่วยขั้นพื้นฐานในระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกตำบล</p> <p>๓. จัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการฟื้นฟูผู้ป่วยให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน</p> <p>๔. แนะนำทีมเยี่ยมบ้านออกเยี่ยมบ้านเพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องที่ รพ. ในจังหวัดหรือ รพ. เอกชน ทั้งนี้ ทีมเยี่ยมสำรวจสามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทางระบบ COC เพื่อให้รับการดูแลต่อเนื่องได้</p> <p>๕. ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น และประสานงานกับ สปสช. เขต ๖ โดยตรง</p> <p>๖. เพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยเฉพาะราย และสนับสนุนการส่งอบรมพยาบาลฟื้นฟู</p>	<p>ร้อยละ ๗๖.๘๒</p> <p>A = ๑,๐๖๓ ราย</p> <p>B = ๑,๓๘๒ ราย</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๗</b>		
<p>1. ระบบบริการแบบ intensive rehab ลดลงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและมีผลกระทบต่อระบบบริการการฟื้นฟูทั้งใน ๓ รูปแบบ (Community/OPD/IPD) เนื่องจากสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙</p> <p>2. บุคลากรไม่เพียงพอและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมฟื้นฟูยังไม่เพียงพอและครอบคลุมทุกวิชาชีพ</p> <p>3. ระบบข้อมูลการเข้าถึงผู้ป่วย การส่งต่อและเชื่อมโยงบริการ ๓ หมอ จากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า</p> <p>4. รูปแบบการส่งออกข้อมูลผู้ป่วย IMC ของแต่ละหอผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแนว</p>	<p>๑. เปลี่ยนรูปแบบบริการเป็น Telemedicine</p> <p>๒. มีการเชื่อมโยงด้วยระบบ ๓ หมอ โดยการเยี่ยมบ้านแบบ New Normal (Telemedicine)</p> <p>๓. มีศูนย์ฝึกการดูแลก่อนจำหน่าย มีศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพสหสาขา สนับสนุนงบประมาณและสนับสนุนด้านฝึกอบรมทั้งระยะสั้น และระยะยาว</p> <p>๕. พัฒนาระบบเชื่อมต่อกับ Service plan: Capture the fracture (FLS) เพื่อความครอบคลุมเป็นระบบ</p> <p>๖. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัดและระดับเขต และจัดทำฐานข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วยของระบบการส่งต่อในเขตสุขภาพ</p>	<p>ร้อยละ ๘๑.๗๒</p> <p>A = ๖๕๗ ราย</p> <p>B = ๘๐๔ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>ปฏิบัติที่วางไว้ และ รพช.ได้รับข้อมูล ไม่ครบถ้วนเมื่อรับ refer ผู้ป่วยกลับ</p> <p>5. การคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้ Barthel index ยังไม่ครอบคลุม และไม่ได้รับข้อมูลที่เจนว่าเป็นผู้ป่วย IMC ทำให้ รพช. ไม่ทราบว่าเข้าเกณฑ์ IMC หรือไม่</p>		
<b>เขตสุขภาพที่ ๘</b>		
<p>๑. ขาดแคลนอัตรากำลังในระบบบริการฟื้นฟู ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๔ เดือน</p> <p>๒. การติดตามการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วย ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่</p> <p>๓. จำนวนเตียงและอุปกรณ์การแพทย์ ยังไม่เพียงพอ</p>	<p>๑. สนับสนุนบุคลากรให้เพียงพอสำหรับการให้บริการฟื้นฟูฟื้นฟูพื้นที่เพิ่มขึ้น</p> <p>๒. เพิ่มการติดตามผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้านให้ได้รับการฟื้นฟูใน รพ.ใกล้บ้าน อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๓. มีแผนรายการครุภัณฑ์เพื่อเตรียมของบลงทุนเขต</p>	<p>ร้อยละ ๙๑.๑๔</p> <p>A = ๔,๘๘๙ ราย</p> <p>B = ๕,๓๖๔ ราย</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๙</b>		
<p>๑. ขาดการติดตามข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วย IMC ที่จำหน่ายจาก รพช. ไป รพ.สต.</p> <p>๒. การติดตามเยี่ยมบ้านในสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙</p> <p>๓. ความเพียงพอของอัตรากำลังบุคลากร</p>	<p>๑. เพิ่มบทบาทของ รพ. A และ S ในการประสานงานติดตามข้อมูลผู้ป่วยและการให้บริการปรึกษาทางไกล</p> <p>๒. เพิ่มการเยี่ยม นิเทศ สร้างความเข้าใจการดำเนินการดูแลผู้ป่วย IMC ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย IMC แก่ อสม.</p> <p>๔. เพิ่มช่องทางการติดต่อในสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙ ผ่านระบบ Line official</p>	<p>ร้อยละ ๘๔.๕๕</p> <p>A = ๙๑๔ ราย</p> <p>B = ๑,๐๘๑ ราย</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๐</b>		
<p>๑. ขาดแคลนอัตรากำลังในระบบบริการฟื้นฟู เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด พยาบาลฟื้นฟูและนักกายภาพบำบัด</p> <p>๒. ระบบการส่งต่อหลากหลายโปรแกรม (PRM / COC/ Pt soft /Smart refer)</p> <p>๓. ไม่มีระบบฐานข้อมูลสำหรับผู้ป่วย IMC ที่สะดวกต่อการใช้งานและสรุปงาน</p> <p>๔. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการไม่เพียงพอและทั่วถึง</p> <p>๕. เงินสนับสนุนการให้บริการ On top IMC ในปี ๒๕๖๔ ถูกยกเลิก</p>	<p>๑. มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานภายในจังหวัดมีวางแผนส่งบุคลากรอบรมเฉพาะทาง</p> <p>๒. จัดเครือข่ายให้บริการ IMC ในจังหวัด</p> <p>๓. ติดตามคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วย IMC OPD/IPD/home visit</p> <p>๔. พัฒนาระบบ Refer Back ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยผ่านระบบ Telemedicine</p>	<p>ร้อยละ ๖๙.๐๘</p> <p>A = ๘๒๙ ราย</p> <p>B = ๑,๒๐๐ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๑</b>		
<p>๑. ขาดแคลนอัตรากำลังในระบบบริการฟื้นฟู ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด</p> <p>๒. การจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบ และใช้โปรแกรมที่หลากหลายภายในจังหวัด</p> <p>๓. ไม่มีห้องน้ำคนพิการในหอผู้ป่วยใน</p> <p>๔. ขาดแคลนเครื่องช่วยความพิการ</p> <p>๕. ไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการให้บริการ IMC bed/ward</p> <p>๖. การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทาง และการจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบ ใช้โปรแกรมที่หลากหลายภายในจังหวัด</p> <p>๗. การ Refer Back ผู้ป่วยกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชน IMC Bed / Ward ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>๑. จัดอบรมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลฟื้นฟูให้ได้ตามหลักสูตรที่กำหนด</p> <p>๒. พิจารณาเพิ่มอัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพให้ครบตามกรอบที่กำหนด</p> <p>๓. จัดทำระบบยืม-คืนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ จาก รพ.แม่ข่าย</p> <p>๔. ปรับปรุงโครงสร้างห้องคนพิการ</p> <p>๕. จัดทำแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด</p>	<p>ร้อยละ ๘๘.๓๑</p> <p>A = ๑,๒๖๒ ราย</p> <p>B = ๑,๔๒๙ ราย</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๒</b>		
<p>การส่งต่อ refer back ทำได้ค่อนข้างน้อย และติดตามเคสได้น้อย เนื่องจากสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙</p>	<p>๑. พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลรูปแบบเดียวกันเพื่อส่งต่อและติดตามอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. สนับสนุนการใช้ Telemedicine</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพทีมด้านการดูแล hip fracture</p>	<p>ร้อยละ ๘๓.๐๐</p> <p>A = ๑,๓๕๗ ราย</p> <p>B = ๑,๖๓๕ ราย</p>

#### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
<b>เขตสุขภาพที่ ๑</b>	<p>พะเยา: เพิ่มกลุ่มโรคเข้าสู่บริการ IMC ได้แก่ hip fracture และ chronic wound</p> <p>แพร่: มีโปรแกรม PIMC ส่วนของ hip fracture และการให้คำปรึกษาผ่านระบบโปรแกรมไลน์แบบกลุ่ม OA ทำให้สามารถติดต่อผู้ป่วยได้รวดเร็ว สื่อสารให้คำแนะนำได้ถูกต้องทันเวลา</p> <p>เชียงราย: งานวิจัย เรื่อง hip fracture ได้รับการตีพิมพ์ระดับประเทศ</p> <p>แม่ฮ่องสอน: การสอนผ่าน VDO call ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด โดยนักแก้ไขการพูด โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง</p> <p>เชียงใหม่: โครงการวิจัยและพัฒนา โดยได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ผ่านคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในโครงการวิจัยการ</p>

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<p>พัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจร (พบน.)</p> <p>๑. วิจัยและพัฒนาระบบบริการการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โซน ๒: โรงพยาบาล สันทราย/ เชียงดาว/แม่แตง พริ้ว/เวียงแหง/สะเมิง/วัดจันทร์ฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อรองรับการจัดระบบบริการผู้ป่วยในแบบ IMC ward</p> <p>๒. โครงการวิจัยการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD-FP และติดตามเยี่ยมบ้านโดย Telemedicine โรงพยาบาลสันป่าตอง</p>
เขตสุขภาพที่ ๒	<p>พิษณุโลก: พัฒนาการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองให้ครบถ้วนตาม โปรแกรมบริการ (HosXP) ได้แก่ จำนวนครั้งการฟื้นฟูสภาพและการประเมิน Barthel index ในการจัดสรรงบประมาณคุณภาพการบริการ (QOF) ของ สปสช.</p>
เขตสุขภาพที่ ๓	<p>มีการประสานเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย IMC อย่างต่อเนื่องในหลายจังหวัด และพัฒนาศักยภาพของบริการ IMC ดีขึ้น ถึงแม้จะมีปัญหา COVID-๑๙</p>
เขตสุขภาพที่ ๖	<p>๔. ให้คำแนะนำและติดตามการฟื้นฟู ด้วยระบบ Tele-rehabilitation ในผู้ป่วย IMC แบบผู้ป่วยนอก</p> <p>๕. นวัตกรรมที่นอน "สบายใจ" เป็นที่นอนที่ทำจากถุ่น้ำยาล้างไตบรรจุเจล ซึ่งใช้แทนที่นอน ลมประหยัดค่าใช้จ่ายและลดปริมาณขยะ (ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับเขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒)</p> <p>๖. นวัตกรรมผ้าอ้อม "ร่วมใจ" ผ้าอ้อมเย็บจากผ้าและใช้แผ่นรองใช้แทนผ้าอ้อมสำเร็จรูปทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและลดปริมาณขยะ (ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับเขตสุขภาพที่ ๖ และ ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ ๒ ระดับประเทศ)</p> <p>๗. Service blueprint IMC ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗</p> <p>๘. บูรณาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย IMC ร่วมกับระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care: COC) และส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Thai COC โดยมีแพทย์แผนไทยร่วมเป็น Manager กับทีมสหวิชาชีพ IMC</p>
เขตสุขภาพที่ ๗	<p>มหาสารคาม: การดูแลผู้ป่วยในรูปแบบหมู่บ้านเดียวกันดูแลกัน และคนละหมู่บ้านดูแลกัน ของทีม care giver อสม. และหมอประจำบ้าน</p> <p>ร้อยเอ็ด: มีระบบ NEMO care Roi-et เพื่อส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทั้งจังหวัด</p>
เขตสุขภาพที่ ๘	<p>หนองคาย:</p> <p>๑. มีการประสานงานเชื่อมโยงกันระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพ. Node</p> <p>๒. มีแผนและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน</p> <p>๓. มี QR code for Home PT program สำหรับผู้ป่วยในการดูแลตัวเองที่บ้าน</p> <p>สกลนคร: จัดทำโปรแกรม IMC SAKON NAKHON (google.com) สำหรับการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลผู้ป่วย IMC ในจังหวัดสกลนคร</p>
เขตสุขภาพที่ ๙	<p>นครราชสีมา:</p> <p>๑. สร้าง partner โดยจัดสถานบริการกายภาพบำบัดในเขตเมืองร่วมกับเทศบาล</p> <p>๒. ทำ MOU คลินิกกายภาพเอกชนร่วมกับ สปสช.</p>

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<p>๓. จัดระบบ home ward โดยใช้ care map ของสหวิชาชีพใน CUP นั้นๆ ในการบริการดูแลผู้ป่วย IMC ที่บ้าน</p> <p>ชัยภูมิ: มีระบบ IMC Notification พัฒนาระบบการสร้าง IMC code แบบอัตโนมัติผ่าน Line notification เพื่อเป็นระบบการส่งปรึกษา (consult) ทีมสหวิชาชีพอัตโนมัติ ซึ่งช่วยลดการลงข้อมูลซ้ำซ้อน ส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น</p>
เขตสุขภาพที่ ๑๐	<p>๑. การพัฒนาการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพโดยใช้นวัตกรรมสวนฝึกเดินสามมิติอินดอร์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ</p> <p>๒. มหาวิทยาลัยราชภัฏ ร่วมกับ โรงพยาบาลศรีสะเกษเตรียมเปิดศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง ณ ตึกคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษปี ๒๕๖๕</p> <p>๓. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์กรมมหาชน) ได้เลือกโรงพยาบาลศรีสะเกษและอำนาจเจริญเข้าร่วมโครงการช่วยฝึกเดินในผู้สูงอายุและคนไข้ IMC</p>
เขตสุขภาพที่ ๑๑	การใช้ ระบบ Tele-rehabilitation ในสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙
เขตสุขภาพที่ ๑๒	<p>สงขลา : มีการส่งต่อข้อมูล ๒ ทาง โดยใช้ PRM referral system</p> <p>ยะลา : มี application Yala IMC ร่วมกับโปรแกรม home health care</p> <p>สตูล : มีการพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูด้านการกลืนร่วมกับเครือข่าย</p> <p>ปัตตานี : มีการ Refer back ผ่านระบบ Video conference อย่างต่อเนื่อง</p> <p>นราธิวาส : มีการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานทุติยภูมิไปยังปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ</p>

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
เขตสุขภาพที่ ๑	<p><b>สำหรับพื้นที่:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนา protocol ที่เหมาะสมต่อพื้นที่ และสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค</li> <li>การนำข้อมูลเข้าระบบ Thai COC ให้เป็นปัจจุบัน</li> <li>พัฒนาศักยภาพของ รพช. ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น</li> <li>พัฒนาบุคลากรและการทำงานร่วมกันระหว่างสาขาแบบครบวงจร</li> <li>พัฒนาระบบ refer back อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถ admit ได้ตามแนวทางที่กำหนด</li> </ol> <p><b>สำหรับส่วนกลาง:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มกรอบบุคลากรที่จำเป็นสำหรับงาน IMC</li> <li>สื่อสารและผลักดันระบบการเบิกจ่าย IP on top</li> <li>พัฒนาโปรแกรม Thai refer/Thai COC ให้มีความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติงาน</li> </ol>
เขตสุขภาพที่ ๒	<p><b>สำหรับพื้นที่:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>จัดประชุม Video Conference case ทุกเดือน</li> <li>พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ที่มีให้สามารถให้การดูแลระยะกลางตามบริบทจังหวัดได้และต้องมีการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและปลายทางให้ชัดเจน ทบทวนผลการดำเนินงานภายในจังหวัด</li> </ol> <p><b>สำหรับส่วนกลาง:</b> สนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องแบบบูรณาการ IMC LTC &amp; Palliative care</p>

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้เฝ้าติดตาม
เขตสุขภาพที่ ๓	<p><b>สำหรับพื้นที่:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น โดยการปรับกลยุทธ์ใหม่เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ แม้จะมีการระบาดของโรค COVID-๑๙</li> <li>เพิ่มพูนทักษะของชุมชนในการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบ IMC มากขึ้น</li> <li>ใช้ Telemedicine เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น</li> </ol>
เขตสุขภาพที่ ๔	<p><b>สำหรับพื้นที่:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาศักยภาพศูนย์ร่วมสุข และประสานการมีส่วนร่วมกับ อปท./ ผู้นำชุมชน</li> <li>เพิ่มการส่งต่อข้อมูลที่เป็นระบบ และประสานงานจาก รพท. สู่อปท. และ รพ.สต. ให้ชัดเจน</li> </ol> <p><b>สำหรับส่วนกลาง:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มกรอบบุคลากรที่จำเป็นสำหรับงาน IMC</li> <li>พัฒนาแนวทาง Care refer back</li> <li>เพิ่มการประสานงานกับท้องถิ่น</li> </ol>
เขตสุขภาพที่ ๕	<p><b>สำหรับพื้นที่:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินศักยภาพการให้บริการในปัจจุบัน ได้แก่ กำลังคน สถานที่ อุปกรณ์ วัสดุครุภัณฑ์ ทั้งเครือข่ายสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง รพศ. รพท. รพช. รพ.สต. และชุมชนที่เกี่ยวข้อง</li> <li>ประเมินกลุ่มโรคและภาวะความบกพร่องหรือความพิการของประชากรในพื้นที่ เช่น stroke trauma และการประเมิน Barthel Index</li> <li>ปรับปรุงระบบสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย และความสามารถของ IMC bed/ ward ในการรองรับผู้ป่วย</li> <li>เพิ่มการสื่อสารและการให้ความรู้กับชุมชนอย่างต่อเนื่อง</li> </ol> <p><b>สำหรับส่วนกลาง:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>กำกับติดตามการทำงานร่วมกับเครือข่ายบริการในการรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา acute care จาก รพ. A/S เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาเป็นปกติ หรือพัฒนาไปสู่การดูแล LTC รวมถึงการดูแลมาตรฐานการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ได้ตามที่กำหนดไว้</li> <li>รวบรวมข้อมูลของระบบบริการ IMC ทั้งด้านโครงสร้าง ระบบบริการ และบุคลากรทั้งหมด</li> </ol>
เขตสุขภาพที่ ๖	<p><b>สำหรับพื้นที่:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาและขับเคลื่อน รพช. จัดระบบบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC Bed/Ward) ตามเกณฑ์มาตรฐาน</li> <li>เชื่อมโยงข้อมูล และระบบบริการที่เชื่อมต่อกับแม่ข่ายให้ครอบคลุมครบถ้วน รวมทั้งการจัดระบบการดูแล IMC ที่เชื่อมโยงกับ ๓ หมอ</li> <li>เตรียมสถานที่ให้เหมาะสมกับการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง เช่น ห้องน้ำคนพิการ</li> <li>สร้างความร่วมมือร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อติดตามผู้ป่วย IMC</li> </ol> <p><b>สำหรับส่วนกลาง:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สนับสนุนครุภัณฑ์ที่ใช้ในงานบริการ Tele-rehabilitation</li> <li>กำหนดการจ่ายค่าบริการ Tele-rehabilitation อย่างเหมาะสม</li> </ol>

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
เขตสุขภาพที่ ๗	<p><b>สำหรับพื้นที่:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับ Node ในการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่านการนิเทศงาน การฝึกอบรม บุคลากรและเป็นที่ปรึกษาทั้งในการรับและส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>สนับสนุนการจัดตั้ง IMC ward ทุกจังหวัด พร้อมทั้งเชื่อมโยงการบริการกับระบบ ๓ หมอ</li> </ol> <p><b>สำหรับส่วนกลาง:</b> พิจารณาปรับเกณฑ์การรับบุคลากรเข้ารับการศึกษาฝึกอบรม ให้พื้นที่สามารถ เข้ารับการอบรมและกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ได้บนข้อจำกัดของบุคลากรและเครื่องมือ</p>
เขตสุขภาพที่ ๘	<p><b>สำหรับพื้นที่:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สนับสนุนบุคลากรให้เพียงพอสำหรับการให้บริการให้บริบาลฟื้นฟูสภาพเพิ่มขึ้น</li> <li>เพิ่มการติดตามผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้านให้ได้รับการฟื้นฟูใน รพ.ใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง</li> <li>สนับสนุนครุภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ให้เพียงพอ</li> </ol>
เขตสุขภาพที่ ๙	<p><b>สำหรับพื้นที่:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สนับสนุนองค์ความรู้และช่องทางในการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน</li> <li>พัฒนาให้มีระบบจัดสรรอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้เพียงพอ</li> <li>พัฒนาการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยผ่านระบบ R๙ gateway ทั้งไปและกลับ</li> </ol> <p><b>สำหรับส่วนกลาง:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย Caregiver และ อสม. อบรม IMC Nurse ให้ครบทุกโรงพยาบาลชุมชน</li> <li>ออกแบบการเก็บข้อมูลระบบ Thai COC และ E-Claim เรียกเก็บเงินสนับสนุนให้อยู่ในระบบเดียวกัน</li> <li>ปรับปรุงเชื่อมโยงข้อมูลการลงทะเบียน เพื่อให้เป็นชุดเดียวกัน และทันสมัย</li> </ol>
เขตสุขภาพที่ ๑๐	<p><b>สำหรับพื้นที่:</b> พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่านระบบ Telemedicine</p> <p><b>สำหรับส่วนกลาง:</b> การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสำหรับผู้ป่วย IMC ที่สะดวกต่อการใช้งานและสร้างงาน</p>
เขตสุขภาพที่ ๑๑	<p><b>สำหรับพื้นที่:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ปรับรูปแบบการให้บริการให้ตามเกณฑ์ IMC ward : Intensive IPD Rehabilitation Program จนกว่าจะได้รับการจัดสรรงบประมาณและพื้นที่ในการจัดตั้ง IMC ward</li> <li>พัฒนาเครือข่ายในการส่งต่อข้อมูลและให้บริการเชิงรุก เชื่อมโยงกับระบบ ๓ หมอ เพื่อให้มีการบริการต่อผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาและเสริมสร้างโรงพยาบาลชุมชน ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย IMC bed เพิ่มความมั่นใจต่อผู้รับบริการ</li> <li>ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี Tele-rehabilitation หรือ ทำ VDO ในการสอนการทำกายภาพตาม Protocol เพื่อลดความแออัด ลดการรอคอย และลดภาระงานของบุคลากรในพื้นที่ และปรับใช้ในสถานการณ์ของโรค COVID-๑๙</li> <li>ส่งเสริมการเยี่ยมเสริมพลังในโรงพยาบาลเครือข่าย และเผยแพร่ KM - Best Practice แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย</li> </ol>

เขตสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ
	<p>สำหรับส่วนกลาง :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. สนับสนุนงบประมาณ สถานที่ ในการจัดตั้ง IMC Ward และจัดสรรแพทย์ กายภาพบำบัด รวมทั้งพัฒนาบุคลากรด้านกายภาพบำบัด และอุปกรณ์ ให้เพียงพอกับการให้บริการ</li> <li>๒. จัดอบรมพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพตามหลักสูตร</li> </ol>
เขตสุขภาพที่ ๑๒	<p>สำหรับพื้นที่:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. พัฒนาระบบบริการ new normal rehabilitation</li> <li>๒. พัฒนาระบบสารสนเทศ การส่งต่อข้อมูล แบบ two-way communication</li> <li>๓. พัฒนาเชื่อมต่อข้อมูลกับ HHC, COC</li> <li>๔. พัฒนารูปแบบ Tele-medicine, Tele-consult ร่วมกับ รพช. Primary care</li> <li>๕. พัฒนาศักยภาพ ทีมด้านการดูแล Hip fracture</li> </ol>

# ประเด็นที่ ๖

## ระบบธรรมาภิบาล

- ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)
- การเงินการคลังสุขภาพ (ระบบจัดเก็บรายได้)
- การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT)
- องค์กรแห่งความสุข

**แบบฟอร์มบทสรุปผู้บริหารการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็นที่ ๑ - ๖)**  
**ประเด็นที่ ๖ : ระบบธรรมาภิบาล**

ประเด็นตรวจราชการ : การกำกับ ติดตาม การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ...๑... : การกำกับ ติดตาม การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง

**๑) เป้าหมาย และผลงาน :**

ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ โดย

๑. ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้รับผิดชอบสอบถามแผนเงินบำรุงก่อนเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอนุมัติ มีแนวทาง/กระบวนการกำกับ ติดตามแผน - ผลเงินบำรุงของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รวมถึงมีการทบทวนปรับแผนเงินบำรุงให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับสถานการณ์อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และเสนอผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติ

๒. ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีการควบคุมการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงอย่างมีประสิทธิภาพ แผนเงินบำรุงสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการประจำปี และแผนจัดซื้อ/จัดจ้าง กรณีมีการก่องหนผู้กพื้นที่มีระยะเวลามากกว่า ๑ ปี มีแผนกลยุทธ์ทางการเงินรองรับ และประเมินผลประสิทธิภาพการบริหารแผนเงินบำรุง แผนจัดซื้อจัดจ้าง และแผนปฏิบัติการประจำปี รอบ ๖ เดือน โดยประเมินการกำกับใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงตามหลัก 4P คือ การจัดทำและการกำกับแผนเงินบำรุงแผนจัดซื้อจัดจ้าง (Plan) การปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง (Procurement) การรับของเข้าคลัง การรายงานคลังย่อย (Port) การรับรู้เจ้าหน้าที่ และการบริหารการจ่ายหนี้ (Pay) และการวิเคราะห์ 3S คือ Structure System และ Staff โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการมีการดำเนินการด้านรายจ่ายและการก่องหนผู้กพื้นที่เป็นไปตามระเบียบ และมีข้อมูลสำหรับผู้บริหารควบคุมกำกับ การใช้จ่ายเงินอย่างมีประสิทธิภาพตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑

**๒) สรุปสถานการณ์**

การตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่ตรวจประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๗๖ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โดยกลุ่มเป้าหมายในการตรวจราชการและนิเทศงาน คือ ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ระดับโรงพยาบาลชุมชน รวมกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๘๙๙ แห่ง ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน พบว่า หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำแผนเงินบำรุง จำนวน ๘๘๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗๘ ไม่มีแผนเงินบำรุงจำนวน ๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๒ เป็นหน่วยในบริการในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดราชบุรี

- **ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด** ผู้รับผิดชอบสอบถามแผนเงินบำรุง มีทั้งกลุ่มงานประกันสุขภาพ งานการเงินและบัญชี งานยุทธศาสตร์และแผน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ทำหน้าที่สอบถามแผนเงินบำรุงก่อนเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนามอนุมัติแผนยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการจัดทำแผนเงินบำรุงที่ถูกต้อง ไม่สามารถเป็นที่เลี้ยงให้แก่หน่วยบริการในกำกับได้ รวมถึงมีแนวทางในการตรวจสอบแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเข้าใจของผู้ทำหน้าที่สอบถามแต่ละบุคคล และแผนเงินบำรุงที่หน่วยบริการจัดทำเพื่อเสนอผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติได้จากการนำเข้าสู่ข้อมูลจากแผน Planfin ตามแนวทางที่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพกำหนด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนใหญ่ไม่มีแนวทางการกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง อย่างชัดเจนเป็น

รูปธรรม และบางจังหวัดยังไม่มีผู้รับผิดชอบ ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะให้โรงพยาบาลจัดทำรายงานเปรียบเทียบแผน - ผล แผนเงินบำรุงส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นรายไตรมาส หรือใช้การติดตามจากการออกตรวจสอบภายในประจำปีของเครือข่ายผู้ตรวจสอบภายในระดับจังหวัด รวมถึงไม่ได้กำหนดนโยบายการปรับแผนเงินบำรุงที่ชัดเจน เพราะเข้าใจว่าสามารถปรับได้พร้อมกับการปรับแผน Planfin แต่มีหน่วยบริการหลายแห่งที่เริ่มมีการนำเทคโนโลยีด้านโปรแกรมมาเป็นเครื่องมือช่วยในการกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน เพื่อลดภาระและความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ หน่วยบริการแต่ละระดับได้บริหารจัดการให้มีแผนเงินบำรุง ดังนี้

- **ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป** มีคณะกรรมการแผนเงินบำรุงโรงพยาบาล เป็นผู้กำกับติดตาม และฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวมข้อมูลในการจัดทำแผนเงินบำรุงและควบคุมกำกับ การใช้จ่ายเงินตามแผน

- **ระดับโรงพยาบาลชุมชน** งานบัญชีจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลและจัดทำแผน โดยพบว่า ไม่มีการมอบหมายผู้ทำหน้าที่ควบคุมการใช้จ่ายเงินตามแผน ส่วนใหญ่จะมีเพียงการรายงานการเปรียบเทียบแผน - ผล รายงานรับ - จ่ายเงินบำรุง เสนอคณะกรรมการบริหารทราบ

#### ๒.๑ ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน ตามกระบวนการ 4P มีดังนี้

- **PLAN** พบว่า การจัดทำแผนรายรับ - รายจ่ายเงินบำรุง ดำเนินการตามแนวทางของกองเศรษฐกิจ เขต ๑ และ เขต ๔ แผนมีความสอดคล้องกัน ส่วน เขต ๒ ๓ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙ ๑๐ ๑๑ และเขต ๑๒ แผนที่จัดทำไม่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการประจำปี และแผนจัดซื้อ/จัดจ้าง เช่น มีแผนเช่าเครื่องแต่ตัวเลขทำแผนเป็นแผนซื้อวัสดุ ไม่นำหนี้ค้างชำระมารวมเพื่อจัดทำแผนการจ่าย มีแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ค่าวัสดุทั่วไป และจ้างเหมาบริการ ลงนามโดยผู้อำนวยการซึ่งไม่ได้รับมอบอำนาจในการอนุมัติ แผนจัดซื้อจัดจ้างรายการวัสดุทันตกรรม วัสดุบริโภค และวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ไม่เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ ข้อมูลในแผนเงินบำรุงมีทั้งเงินงบประมาณและข้อมูลตัวเลขบางส่วนนำมาจากแผน Planfin (เขต ๘ รพ.อุดรธานี) ๑๒ ไม่ทำแผนปฏิบัติการประจำปี) (เขต ๑๐ รพ.มุกดาหาร ผอ.อนุมัติแผนเงินบำรุง) การมอบหมายผู้ทำหน้าที่ควบคุม กำกับ การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการไม่ชัดเจน บางแห่งมีการนำเครื่องมือทางด้านเทคโนโลยี มากำกับให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผน มีการเปรียบเทียบแผน - ผลเงินบำรุง และรายงานให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทราบในไตรมาสที่ ๑ รายงานสรุปผลตามแผนเงินบำรุง ข้อมูลไม่ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันของหน่วยบริการ ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างไม่ตรงกับระยะเวลาตามแผนปฏิบัติการ

- **PROCUREMENT** พบว่า เอกสารการจัดซื้อจัดจ้างมีรายการที่ซื้อ/จ้างไม่อยู่ในแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี มีการจัดทำสัญญาข้ามปีงบประมาณ มีการจัดซื้อจัดจ้างกรณีจำเป็นเร่งด่วน วงเงินสูง การจัดซื้อจัดจ้างในไตรมาสที่ ๑ บางรายการเกินวงเงินที่ได้รับจัดสรรตามแผนที่กำหนดไว้ทั้งปี การจัดซื้อจัดจ้างในบางรายการสูงเกินกว่าแผนรายไตรมาสโดยไม่ได้ขออนุมัติปรับแผนให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน บางรายการไม่ระบุในแผนการจัดซื้อจัดจ้าง หรือการระบุผิดหมวดรายจ่าย เช่น ค่าเช่าเครื่องวิเคราะห์พร้อมน้ำยา แต่ระบุในหมวดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ ทำให้รายการค่าเช่าเครื่องวิเคราะห์พร้อมน้ำยาไม่ปรากฏ ในแผนการจัดซื้อจัดจ้าง วิธีการจัดซื้อบางรายการมีความเสี่ยงต่อการแบ่งซื้อแบ่งจ้าง เอกสารจัดซื้อจัดจ้าง ไม่ครบถ้วนตามที่ระเบียบกำหนด ได้แก่ ขาดคำสั่งแต่งตั้งผู้กำหนดคุณลักษณะของพัสดุ ขาดรายงานการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ และขาดรายงานผลการประกาศผู้ชนะราคา เอกสารการจัดซื้อ/จัดจ้างส่งเบิกล่าช้าและบางแห่งมีการจัดทำเอกสารย้อนหลัง การจัดซื้อจัดจ้างบางรายการไม่ระบุในแผนการจัดซื้อจัดจ้างและแผนเงินบำรุง มีการจัดซื้อ/จ้างนอกแผน เนื่องจากเป็นการซื้อวัสดุช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา

(COVID-19) การตรวจรับพัสดุในระบบ e-GP ไม่ได้แนบเอกสารชุดจัดซื้อจัดจ้างให้ครบถ้วนก่อนส่งให้การเงินเพื่อขออนุมัติเบิกจ่าย กรณีจ้างเหมาประกอบอาหารไม่มีการตรวจรับงานจ้าง รายงานขอซื้อ/ขอจ้าง ระบุเหตุผลไม่ถูกต้อง - ไม่ระบุแหล่งที่มาของราคากลาง - ไม่พิมพ์เอกสารจากระบบ e-GP เสนอผู้มีอำนาจในการอนุมัติ - ไม่มีใบตรวจรับพัสดุ - ไม่ลงวันที่ใบส่งของ - ใบเสร็จรับเงินไม่ลงวันที่ - ใบสั่งซื้อไม่มีลายมือชื่อผู้รับใบสั่งซื้อ กระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ใช้วันที่วันเดียวกันในการอนุมัติตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด

- PORT พบว่า วัสดุเวชภัณฑ์ยา มีการรับเข้าคลังและเบิกจ่ายออกไปโดยใบเบิกพัสดุถูกเงิน เนื่องจากเป็นยาใกล้หมดอายุจึงเบิกจ่ายออกจากคลังก่อน และมีการรับเข้าคลังภายในวันที่ตรวจรับ มีการตัดยอดพัสดุจากในระบบแต่ไม่พบใบเบิกพัสดุ และจากการตรวจนับตรงกับระบบที่ตัดสต็อก หน่วยงานจัดทำบัญชีวัสดุ ไม่ครบถ้วนทุกประเภท ลายมือชื่อผู้มีสิทธิเบิกและผู้อนุมัติส่งจ่ายในใบเบิกพัสดุไม่เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด มีการรับพัสดุเข้าคลังและจ่ายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนการดำเนินการจัดซื้อและการตรวจรับตามระเบียบ การจัดซื้อวัสดุบริโภค (ประเภทอาหารสด) โดยทำการเบิกจ่ายทุก ๑๕ วัน แต่ขั้นตอนการดำเนินการไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ขายมีการจัดส่งสินค้าและเจ้าหน้าที่มีการรับสินค้าทุกวัน แต่หน่วยงานจัดทำเอกสารการตรวจรับ เป็นวันเดียว หลักฐานการรับเข้าและจ่ายออกแต่ไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากวันที่บันทึกรับเข้าในบัญชีวัสดุ ไม่ตรงกับวันที่คณะกรรมการตรวจรับ บันทึกรับในบัญชีวัสดุ แต่ไม่ได้รับของเข้าคลัง ซึ่งวัสดุอยู่ที่หน่วยงานที่ใช้ วัสดุมียอดไม่ถูกต้องกับ Stock Card และหน่วยบริการส่วนใหญ่ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการบริหารคลังพัสดุที่แตกต่างกัน ผู้จัดทำบัญชีวัสดุ และตัด Stock card เป็นบุคคลคนเดียวกัน ทะเบียนคุมวัสดุ หลักฐานการรับเข้าและจ่ายออกไม่เป็นปัจจุบัน การรายงานยอดวัสดุคงเหลือทุกสิ้นเดือน ขาดการรายงานคลังย่อย และไม่ได้แยกวัสดุในคลังให้ชัดเจนส่งผลให้รายงานประเภทวัสดุคงเหลือไม่ตรงหมวด การยืมนอกหน่วยงานไม่มีหนังสือยืมระหว่างกัน ตามที่ระเบียบกำหนด

- PAY พบว่า งานบัญชีเป็นผู้จัดทำทะเบียนคุมเจ้าหนี้รายตัว การบันทึกบัญชีรับรู้เจ้าหนี้โดยไม่มีเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง (รับรู้จากใบส่งของ) ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเจ้าหนี้การค้า และไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์การชำระหนี้ที่เป็นรูปธรรม บางแห่งมีการกำหนดแนวทางการจ่ายชำระหนี้จากผู้บริหาร และพบว่ามีเจ้าหนี้ค้างนานตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ และระยะเวลาในการชำระหนี้เกินกว่า ๙๐ วัน ไม่รายงานเจ้าหนี้ค้างชำระเสนอผู้บริหารทราบทุกสิ้นเดือน ขาดกระบวนการบริหารจัดการเจ้าหนี้อย่างเป็นระบบ ขาดการยืนยันเพื่อสอบถามความมีอยู่จริงของเจ้าหนี้ การจัดส่งเอกสารการเบิกจ่ายเงินให้กับเจ้าหนี้เกิน ๕ วัน ทำการหลังจากวันตรวจรับ

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

#### Structure

๑. การถ่ายทอดนโยบายหรือแนวทางการจัดทำแผนเงินบำรุงให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน

๒. ขาดการนำแผนเงินบำรุง แผนปฏิบัติการประจำปี และแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ในการขับเคลื่อนเพื่อปฏิบัติงานงาน มีการควบคุม กำกับ แผนฯ ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแผนเรียบร้อยแล้ว

๓. การมอบหมายผู้รับผิดชอบในการควบคุม กำกับ ติดตามแผนเงินบำรุงของหน่วยงานยังไม่ชัดเจน

๔. ขาดความเข้มแข็งของหัวหน้างานในการกำกับดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงาน ในการจัดซื้อจัดจ้าง ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจน แต่ในภาพกระทรวง ไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบกำกับเกี่ยวกับเงินนอกงบประมาณที่ชัดเจน

## System

๑. ขาดการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนเงินบำรุง การควบคุม กำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง รวมถึงการก่อกำหนดผู้กักเงินตามแผนจัดซื้อ/จ้าง เพื่อให้การใช้จ่ายเงินไป ตามกรอบวงเงินที่ได้รับอนุมัติ
๒. หน่วยงานเข้าใจตลาดเคลื่อนคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับแผนประมาณรายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย (Planfin) กับแผนเงินบำรุง
๓. มีการนำโปรแกรมที่หลากหลายมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการคลังพัสดุ ซึ่งส่งผลให้มีความเสี่ยงของระบบการควบคุมคลังพัสดุ และการปฏิบัติงานด้านพัสดุไม่เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด
๔. ขาดเครื่องมือด้านเทคโนโลยีช่วยในการปฏิบัติงานในการควบคุม กำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ให้มีความสะดวก รวดเร็วถูกต้อง และลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน และเป็นไปแนวทางเดียวกัน

## Staff

๑. บุคลากรที่เกี่ยวข้องขาดความรู้ ทักษะ และความเข้าใจในเรื่องแผนเงินบำรุง
๒. ผู้บริหาร/คณะกรรมการบริหารของหน่วยบริการไม่เห็นความสำคัญในการจัดทำ ควบคุม กำกับติดตามและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบแผน - ผล ของแผนเงินบำรุง
๓. ทีมพี่เลี้ยง (Coaching) ในระดับจังหวัด ขาดความรู้ ทักษะประสบการณ์เกี่ยวกับแผนเงินบำรุง จึงไม่สามารถให้คำปรึกษาที่ถูกต้องกับหน่วยงานในกำกับได้
๔. หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุขาดทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมาจากตำแหน่งทางวิชาชีพทางสาธารณสุข

## ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑. ถ่ายทอดนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับแผนเงินบำรุงให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานให้ชัดเจน เพื่อให้หน่วยบริการสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง
๒. มีระบบเทคโนโลยีด้านโปรแกรมให้หน่วยบริการ เพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานของพื้นที่ ทั้งโปรแกรมด้านบริหารคลังพัสดุ โปรแกรมกำกับแผนเงินบำรุง ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสะดวก ต่อการกำกับ ติดตาม รวมถึงการมีฐานข้อมูลด้านทรัพยากรทุกระบบของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผู้บริหารแต่ละระดับสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารงาน ได้สะดวก รวดเร็วขึ้น
๓. ขอทำความเข้าใจกับกรมบัญชีกลางในภาพรวม ในเรื่องการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงาน ในการบริหารจัดการคลัง เนื่องจากมีรูปแบบรายงานที่หลากหลาย และไม่เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด

## ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การกำกับ ติดตามจากผู้บริหารในทุกระดับ ให้มีการดำเนินงานเป็นไปตามแผนและมีการรายงานเปรียบเทียบแผน - ผล การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้ง
๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจในกระบวนการจัดทำแผนเงินบำรุงที่ชัดเจน และเป็นพี่เลี้ยงเพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำแผนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและเพื่อให้หน่วยบริการจัดทำแผนเงินบำรุงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจ ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในกระบวนการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

๔. มีการวางแผนทางการเงินในการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การค้าเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการด้านการเงินของหน่วยบริการมีความมั่นคง ไม่กระทบต่อสภาพคล่องในอนาคต

## ๖) ประเด็นที่ควรกำกับ ติดตามการตรวจราชการ

๑. การกำกับ ติดตาม ให้ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี แผนเงินบำรุง และแผนจัดซื้อ จัดจ้างให้สอดคล้องกันทุกแผน รวมถึงการกำหนดกระบวนการควบคุมการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

๒. กำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ได้แก่ การดำเนินการด้านรายจ่ายและก่องหนี่ผู้กพนให้เป็นไป ตามระเบียบที่กำหนด ตั้งแต่การจัดทำแผนจัดซื้อ (Plan) การปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดซื้อ (Procurement) การรับของ เข้าคลัง การรายงานคลังย่อย (Port) การรับรู้เจ้าหนี่และการบริหารการจ่ายหนี่ (Pay) โดยผู้ตรวจสอบภายในประจำ เขตสุขภาพ และผู้ตรวจสอบภายในเครือข่ายระดับจังหวัด

ผู้รายงาน นายชาญยุทธ แสนเลิศ/นางสาวชนม์ศุภางค์ หอเจริญ/นางสาววิพารัตน์ ศรีสวัสดิ์  
ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ/นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ/  
นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ

## แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

## ประเด็นที่ ๖ Good Governance

## หัวข้อ ตรวจสอบภายใน (การกำกับ ติดตาม การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง)

## รอบที่ ๑/ ๒๕๖๕ ภาพรวมระดับประเทศ

## ๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## ๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

การตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่ตรวจประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๗๖ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โดยกลุ่มเป้าหมายในการตรวจราชการและนิเทศงาน คือ ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ระดับโรงพยาบาลชุมชน รวมกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๘๙๙ แห่ง ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน พบว่า หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำแผนเงินบำรุง จำนวน ๘๘๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗๘ ไม่มีแผนเงินบำรุงจำนวน ๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๒ เป็นหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดราชบุรี

- ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้รับผิดชอบสอบถามแผนเงินบำรุง มีทั้งกลุ่มงานประกันสุขภาพ งานการเงิน และบัญชี งานยุทธศาสตร์และแผน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ทำหน้าที่สอบถามแผนเงินบำรุงก่อนเสนอให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนามอนุมัติแผนยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการจัดทำแผนเงินบำรุงที่ถูกต้อง ไม่สามารถเป็นพี่เลี้ยงให้หน่วยบริการในกำกับได้ รวมถึงมีแนวทางในการตรวจสอบแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเข้าใจของผู้ทำหน้าที่สอบถามแต่ละบุคคล และแผนเงินบำรุงที่หน่วยบริการจัดทำเพื่อเสนอผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติได้จากการนำเข้าข้อมูลจากแผน Planfin ตามแนวทางที่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพกำหนด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนใหญ่ไม่มีแนวทางการกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม และบางจังหวัดยังไม่มีผู้รับผิดชอบ ซึ่งส่วนใหญ่จะทำให้โรงพยาบาลจัดทำรายงานเปรียบเทียบแผน - ผล แผนเงินบำรุง ส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นรายไตรมาส หรือใช้การติดตาม จากการออกตรวจสอบภายในประจำปีของเครือข่ายผู้ตรวจสอบภายในระดับจังหวัด รวมถึงไม่ได้กำหนดนโยบายการปรับแผนเงินบำรุงที่ชัดเจน เพราะเข้าใจว่าสามารถปรับได้พร้อมกับการปรับแผน Planfin แต่มีหน่วยบริการหลายแห่งที่เริ่มมีการนำเทคโนโลยีด้านโปรแกรมมาเป็นเครื่องมือช่วยในการกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน เพื่อลดภาระและความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน

## - ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

- ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จะมีคณะกรรมการแผนเงินบำรุงโรงพยาบาล กำกับติดตาม และฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวมข้อมูลในการจัดทำแผนเงินบำรุงและควบคุมกำกับการใช้จ่ายเงินตามแผน

- ระดับโรงพยาบาลชุมชน งานบัญชีจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลและจัดทำแผน ขาดการมอบหมายผู้ทำหน้าที่ควบคุมการใช้จ่ายเงินตามแผน ส่วนใหญ่จะมีเพียงการรายงานการเปรียบเทียบแผน - ผลรายงานรับ - จ่ายเงินบำรุงเสนอคณะกรรมการบริหารทราบ

## ๒.๑ ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน ตามกระบวนการ 4P มีดังนี้

## - ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

- PLAN พบว่า การจัดทำแผนรายรับ - รายจ่ายเงินบำรุง ดำเนินการตามแนวทางของกองเศรษฐกิจ เขต ๑ และเขต ๔ แผนมีความสอดคล้องกัน ส่วน เขต ๒ ๓ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙ ๑๐ ๑๑ และเขต ๑๒ แผนไม่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการประจำปี และแผนจัดซื้อ/จัดจ้าง เช่น มีแผนเช่าเครื่องแต่ตัวเลขทำแผน เป็นแผนซื้อวัสดุ ไม่นำหนี้ค้างชำระมารวมเพื่อจัดทำแผนจ่าย มีแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ค่าวัสดุทั่วไป และจ้างเหมาบริการ ลงนามโดยผู้อำนวยการ

ซึ่งไม่ได้รับมอบอำนาจในการอนุมัติ แผนจัดซื้อ จัดจ้างรายการวัสดุทันตกรรม วัสดุบริโภค และวัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ไม่เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ ข้อมูลในแผนเงินบำรุงมีทั้งเงินงบประมาณและข้อมูลตัวเลขบางส่วนนำมาจากแผน Planfin (เขต ๘ รพ.อุตรธานี) ๑๒ ไม่ทำแผนปฏิบัติการประจำปี (เขต ๑๐ รพ.มุกดาหาร ผอ.อนุมัติแผนเงินบำรุง) การมอบหมายผู้ทำหน้าที่ควบคุม กำกับ การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการไม่ชัดเจน บางแห่งมีการนำเครื่องมือทางด้านเทคโนโลยี มากำกับให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผน มีการเปรียบเทียบแผน - ผลเงินบำรุงและรายงาน ให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทราบในไตรมาสที่ ๑ รายงานสรุปผลตามแผนเงินบำรุงข้อมูลไม่ตรง กับรายงานเงินคงเหลือประจำวันของหน่วยบริการ ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างไม่ตรงกับระยะเวลาตามแผนปฏิบัติการ

- PROCUREMENT พบว่า มีรายการที่ซื้อ/จ้างไม่อยู่ในแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี เอกสารการจัดซื้อ จัดจ้างมีการจัดทำสัญญาข้ามปีงบประมาณ มีการจัดซื้อจัดจ้างกรณีจำเป็นเร่งด่วน วงเงินสูง การจัดซื้อจัดจ้างในไตรมาสที่ ๑ บางรายการเกินวงเงินที่ได้รับจัดสรรตามแผนที่กำหนดไว้ทั้งปี การจัดซื้อจัดจ้างในบางรายการสูงเกินกว่าแผนรายไตรมาสโดยไม่ได้ขออนุมัติปรับแผนให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน บางรายการไม่ระบุ ในแผนการจัดซื้อจัดจ้าง หรือการระบุผิดหมวดรายจ่าย เช่น ค่าเช่าเครื่องวิเคราะห์พร้อมน้ำยา แต่ระบุในหมวดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ ทำให้รายการค่าเช่าเครื่องวิเคราะห์พร้อมน้ำยาไม่ปรากฏ ในแผนการจัดซื้อจัดจ้าง วิธีการจัดซื้อบางรายการมีความเสี่ยงต่อการแบ่งซื้อแบ่งจ้าง เอกสารจัดซื้อจัดจ้าง ไม่ครบถ้วนตามที่ระเบียบกำหนด ได้แก่ ขาดคำสั่งแต่งตั้งผู้กำหนดคุณลักษณะของพัสดุ ขาดรายงานการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ และขาดรายงานผลการประกาศผู้ชนะราคา เอกสารการจัดซื้อ/จัดจ้างส่งเบิกล่าช้าและบางแห่งมีการจัดทำเอกสารย้อนหลัง การจัดซื้อจัดจ้างบางรายการไม่ระบุในแผนการจัดซื้อจัดจ้างและแผนเงินบำรุง มีการจัดซื้อ/จ้างนอกแผน เนื่องจากการซื้อวัสดุช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19) การตรวจรับพัสดุในระบบ e-GP ไม่ได้แนบเอกสารชุดจัดซื้อจัดจ้างให้ครบถ้วนก่อนส่งให้การเงินเพื่อขออนุมัติเบิกจ่าย กรณีจ้างเหมาประกอบอาหารไม่มีการตรวจรับงานจ้าง รายงานขอซื้อ/ขอจ้าง ระบุเหตุผลไม่ถูกต้อง - ไม่ระบุแหล่งที่มาของราคากลาง - ไม่พิมพ์เอกสารจากระบบ e- GP เสนอผู้มีอำนาจในการอนุมัติ - ไม่มีใบตรวจรับพัสดุ - ไม่ลงวันที่ในใบส่งของ - ใบเสร็จรับเงินไม่ลงวันที่ - ใบสั่งซื้อไม่มีลายมือชื่อผู้รับใบสั่งซื้อ กระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ใช้วันที่วันเดียวกันในการอนุมัติตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด

- PORT พบว่า วัสดุเวชภัณฑ์ยา มีการรับเข้าคลังและเบิกจ่ายออกไปโดยใบเบิกพัสดุฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นยาใกล้หมดอายุจึงเบิกจ่ายออกจากคลังก่อน และมีการรับเข้าคลังภายในวันที่ตรวจรับ มีการตัดยอดพัสดุจากในระบบแต่ไม่พบใบเบิกพัสดุ และจากการตรวจนับตรงกับระบบที่ตัดสต็อก หน่วยงานจัดทำบัญชีวัสดุ ไม่ครบถ้วนทุกประเภท ลายมือชื่อผู้มีสิทธิเบิกและผู้อนุมัติส่งจ่ายในใบเบิกพัสดุไม่เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด มีการรับพัสดุเข้าคลังและจ่ายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนการดำเนินการจัดซื้อและการตรวจรับตามระเบียบ การจัดซื้อวัสดุบริโภค (ประเภทอาหารสด) โดยทำการเบิกจ่ายทุก ๑๕ วัน แต่ขั้นตอนการดำเนินการไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ขายมีการจัดส่งสินค้าและเจ้าหน้าที่มีการรับสินค้าทุกวัน แต่หน่วยงานจัดทำเอกสารการตรวจรับ เป็นวันเดียว หลักฐานการรับเข้าและจ่ายออกแต่ไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากวันที่บันทึกรับเข้าในบัญชีวัสดุ ไม่ตรงกับวันที่คณะกรรมการตรวจรับ บันทึกรับในบัญชีวัสดุ แต่ไม่ได้รับของเข้าคลัง ซึ่งวัสดุอยู่ที่หน่วยงานที่ใช้วัสดุมียอดไม่ถูกต้องกับ Stock Card และหน่วยบริการส่วนใหญ่ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการบริหารคลังพัสดุที่แตกต่างกัน ผู้จัดทำบัญชีวัสดุ และตัด Stock card เป็นบุคคลคนเดียวกัน ทะเบียนคุมวัสดุ หลักฐานการรับเข้าและจ่ายออกไม่เป็นปัจจุบัน การรายงานยอดวัสดุคงเหลือทุกสิ้นเดือน ขาดการรายงานคลังย่อย และไม่ได้แยกวัสดุในคลังให้ชัดเจนส่งผลให้รายงานประเภทวัสดุคงเหลือไม่ตรงหมวด การยืมนอกหน่วยงานไม่มีหนังสือยืมระหว่างกัน ตามที่ระเบียบกำหนด

- PAY พบว่า งานบัญชีเป็นผู้จัดทำทะเบียนคุมเจ้าหนี้รายตัว การบันทึกบัญชีรับรู้ว่าเจ้าหนี้โดยไม่มีเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง (รับรู้จากใบส่งของ) ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเจ้าหนี้การค้า และไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์การชำระหนี้ที่เป็นรูปธรรม บางแห่งมีการกำหนดแนวทางการจ่ายชำระหนี้จากผู้บริหาร และพบว่ามีเจ้าหนี้ค้างนานตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ และระยะเวลาในการชำระหนี้เกินกว่า ๙๐ วัน ไม่รายงานเจ้าหนี้ค้างชำระเสนอผู้บริหารทราบทุกสิ้นเดือน ขาดกระบวนการบริหารจัดการเจ้าหนี้อย่างเป็นระบบ ขาดการยืนยันเพื่อสอบถามความมีอยู่จริงของเจ้าหนี้ การจัดส่งเอกสารการเบิกจ่ายเงินให้กับเจ้าหนี้เกิน ๕ วัน ทำการหลังจากวันตรวจรับ

## ปัญหา/สาเหตุ

### Structure

๑. การถ่ายทอดนโยบายหรือแนวทางการจัดทำแผนเงินบำรุงให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน
๒. ขาดการนำแผนเงินบำรุง แผนปฏิบัติการประจำปี และแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ในการขับเคลื่อน เพื่อปฏิบัติงานงาน มีการควบคุม กำกับ แผนฯ ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแผนเรียบร้อยแล้ว
๓. การมอบหมายผู้รับผิดชอบในการควบคุม กำกับ ติดตามแผนเงินบำรุงของหน่วยงานยังไม่ชัดเจน
๔. ขาดความเข้มแข็งของหัวหน้างานในการกำกับดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในการจัดซื้อจัดจ้าง ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจน แต่ในภาพกระทรวงไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ กำกับเกี่ยวกับเงินนอกงบประมาณที่ชัดเจน

### System

๑. ขาดการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนเงินบำรุง การควบคุม กำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง รวมถึงการก่องนี้ผู้กพันตามแผนจัดซื้อ/จ้าง เพื่อให้การใช้จ่ายเป็นไปตามกรอบวงเงินที่ได้รับอนุมัติ
๒. หน่วยงานเข้าใจคลาดเคลื่อนคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับแผนประมาณรายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย (Planfin) กับแผนเงินบำรุง
๓. มีการนำโปรแกรมที่หลากหลายมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการคลังพัสดุ ซึ่งส่งผลให้มีความเสี่ยงของระบบการควบคุมคลังพัสดุ และการปฏิบัติงานด้านพัสดุไม่เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด
๔. ขาดเครื่องมือด้านเทคโนโลยีช่วยในการปฏิบัติงานในการควบคุม กำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ให้มีความสะดวก รวดเร็วถูกต้อง และลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน และเป็นไปแนวทางเดียวกัน

### Staff

๑. บุคลากรผู้เกี่ยวข้องขาดความรู้ ทักษะ และความเข้าใจในเรื่องแผนเงินบำรุง
๒. ผู้บริหาร/คณะกรรมการบริหารของหน่วยบริการไม่เห็นความสำคัญในการจัดทำ ควบคุม กำกับติดตาม และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบแผน - ผล ของแผนเงินบำรุง
๓. ทีมพี่เลี้ยง (Coaching) ในระดับจังหวัด ขาดความรู้ ทักษะประสบการณ์เกี่ยวกับแผนเงินบำรุง จึงไม่สามารถให้คำปรึกษาที่ถูกต้องกับหน่วยงานในกำกับได้
๔. หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุขาดทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมาจากตำแหน่งทางวิชาชีพทางสาธารณสุข

## แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

สำหรับส่วนกลาง ผู้รับผิดชอบควรกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และพัฒนาระบบโปรแกรมใช้ในการกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงประมวลผลข้อมูลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด เพื่อไม่เป็นภาระงานในพื้นที่ มีช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงานด้านพัสดุ

สำหรับพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นพี่เลี้ยงการปฏิบัติงานด้านพัสดุ และกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ของหน่วยบริการให้เป็นไปตามแผนที่ได้รับอนุมัติ โดยดำเนินการด้านรายจ่ายและก่องหนผู้กพันเป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด

## ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน

สำหรับส่วนกลาง มีข้อมูลสถานะและความเคลื่อนไหวของเงินนอกงบประมาณในภาพรวมของหน่วยบริการ ในสังกัด สามารถจัดทำงบประมาณบริหารงบประมาณควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลและรายงานสถานะเงินนอกงบประมาณในภาพรวมได้

สำหรับพื้นที่ หน่วยบริการสามารถใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ในการปฏิบัติหน้าที่ หรือการดำเนินงานอย่างโปร่งใส คุ่มค่าและประหยัด มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑

## ๓. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

(รพ.พะเยา) การจัดทำแผนเงินบำรุงโดยใช้โปรแกรม “Inventory management” ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โดยงานแผนและยุทธศาสตร์เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

(รพ.น่าน) กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยใช้โปรแกรม “ระบบงานควบคุมการจัดซื้อจัดจ้าง” ผู้รับผิดชอบแต่ละหมวดรายการจ่ายเป็นผู้ลงข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างตามแผน มีระบบรองรับกระบวนการ/ขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง จนสิ้นสุดถึงกระบวนการจ่าย แต่กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องไม่นำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ประโยชน์

## ๔. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

### ๔.๑ สำหรับพื้นที่

- ระดับ สสจ./รพท./รพช.

๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญ ควรมีการประสาน และบูรณาการร่วมกันจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในองค์กรในการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง รวมถึงการมอบหมายผู้รับผิดชอบควบคุม กำกับ การใช้จ่ายเงินให้เป็นไปตามแผนที่ได้รับอนุมัติ

๒. จัดระบบโครงสร้างอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุที่เพียงพอและเหมาะสมต่อภาระงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านพัสดุ ตั้งแต่กระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง การควบคุมเก็บรักษา และการรายงานวัสดุ คงคลังเป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

๓. สร้างทีมพี่เลี้ยง (Coaching) ในระดับจังหวัดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายในจังหวัด เพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

## ๔.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ควรมีการถ่ายทอด/สร้างความเข้าใจ ในแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดทำแผนเงินบำรุง การกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง เพื่อทราบความเคลื่อนไหวสถานะเงินนอกงบประมาณของหน่วยบริการ ใช้ประกอบการพิจารณาจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งสอดคล้องตามพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

๒. สร้างเครื่องมือด้านเทคโนโลยีช่วยในการปฏิบัติงานที่สะดวกรวดเร็ว แม่นยำ ลดภาระ และความซ้ำซ้อน ของการปฏิบัติงาน ทั้งด้านโปรแกรมการบริหารคลังพัสดุ และโปรแกรมควบคุมกำกับแผนเงินบำรุง

๓. มีช่องทางในการถ่ายทอดองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านการบริหารพัสดุ ให้กับผู้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุอย่างต่อเนื่อง

ผู้รายงาน นายชาญยุทธ แสนเลิศ/นางสาวชนม์ศุภางค์ หอเจริญ/นางสาววิพารัตน์ ศรีสวัสดิ์  
ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ/นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ/  
นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ  
วัน/เดือน/ปี ๒๒ เมษายน ๒๕๖๕

**บทสรุปผู้บริหารการตรวจราชการภาพรวมประเทศ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๑**  
**ประเด็นที่ ๖ : ระบบธรรมาภิบาล**

ประเด็นตรวจราชการ : ระบบธรรมาภิบาล

หัวข้อ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ

**๑) เป้าหมาย และผลงาน**

**๑.๑) เป้าหมาย**

ตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒ และระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๐

ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก ร้อยละ ๗๕

**๑.๒) ผลงาน**

ตัวชี้วัดที่ ๑ :

ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก

ร้อยละ ๘๙ จำนวน ๘๐๑ แห่ง (ค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละ ๗๕)

**๒) สรุปสถานการณ์**

**๒.๑ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ และระดับ ๖**

สถานการณ์การเงินการคลัง ปี ๒๕๖๕ ไตรมาสที่ ๒ หน่วยบริการค่อนข้างมีความมั่นคงทางการเงินการคลัง สะท้อนจากร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ และ ๗ ลดลงต่อเนื่อง โดยปี ๒๕๖๔ ไตรมาส ๑ มี ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๒ ไตรมาส ๒ มี ๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๓ สำหรับปี ๒๕๖๕ ทั้งไตรมาส ๑ และ ๒ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤต เนื่องจากหน่วยบริการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากรายได้โควิด และเงินช่วยเหลือโควิด ประกอบกับมีการบริหารสภาพคล่องที่ดี ระยะเวลาต่อไปหากรายได้โควิดลดลงเฝ้าระวัง ระยะเวลาเรียกเก็บชำระหนี้ให้เร็วขึ้นเพื่อสภาพคล่องและเพิ่มความสามารถในการทำกำไร ลดต้นทุนและนำสินทรัพย์ที่มีอยู่มาสร้างรายได้ให้คุ้มค่า

เขต	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕					ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔				
	จำนวน แห่ง (ทั้งหมด)	ไตรมาส ๑		ไตรมาส ๒		จำนวน แห่ง (ทั้งหมด)	ไตรมาส ๑		ไตรมาส ๒	
		จำนวน ระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๗ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๗ (แห่ง)		จำนวน ระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๗ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๗ (แห่ง)
๑	๑๐๒	-	-	-	-	๑๐๒	๑	๐	๑	๐
๒	๔๗	-	-	-	-	๔๗	๐	๐	๐	๐
๓	๕๔	-	-	-	-	๕๔	๐	๐	๐	๐
๔	๗๒	-	-	-	-	๗๑	๐	๐	๑	๐
๕	๖๗	-	-	-	-	๖๗	๐	๐	๐	๐
๖	๗๓	-	-	-	-	๗๓	๐	๐	๐	๐
๗	๗๗	-	-	-	-	๗๗	๐	๐	๐	๐
๘	๘๘	-	-	-	-	๘๘	๑	๐	๑	๐
๙	๘๙	-	-	-	-	๘๙	๐	๐	๐	๐

เขต	งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕					งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔				
	จำนวน แห่ง (ทั้งหมด)	ไตรมาส ๑		ไตรมาส ๒		จำนวน แห่ง (ทั้งหมด)	ไตรมาส ๑		ไตรมาส ๒	
		จำนวน ระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๗ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๗ (แห่ง)		จำนวน ระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๗ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๗ (แห่ง)
๑๐	๗๑	-	-	-	-	๗๑	๐	๐	๐	๐
๑๑	๘๒	-	-	-	-	๘๑	๐	๐	๐	๐
๑๒	๗๘	-	-	-	-	๗๘	๐	๐	๐	๐
<b>รวม</b>	<b>๙๐๐</b>	-	-	-	-	<b>๘๙๘</b>	<b>๒</b>	<b>๐</b>	<b>๓</b>	<b>๐</b>
	<b>ร้อยละ</b>	-	-	-	-	<b>ร้อยละ</b>	<b>๐.๒๒</b>		<b>๐.๓๓</b>	

ตารางที่ ๑ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติการเงินระดับ ๖ และ ๗ ไตรมาส ๑ - ๒ งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕

## ๒.๒ หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C)

การไม่มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ที่ชัดเจน การเรียกเก็บเงินจากกองทุนล่าช้าและไม่ครบถ้วน ขาดเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญในการตรวจสอบข้อมูลก่อนการส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บ ส่งผลให้ขาดความถูกต้องของข้อมูล ทำให้หน่วยบริการได้รับชดเชยค่าบริการจากกองทุนน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้หน่วยบริการประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน จึงควรขับเคลื่อนให้หน่วยบริการดำเนินการพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ จากผลการดำเนินงาน โดยการเก็บข้อมูลจากแบบประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C) หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น ๙๐๐ แห่ง พบว่ามีหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับดีและดีมาก จำนวน ๘๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๙ ของหน่วยบริการทั้งหมด

การขับเคลื่อนศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C) ประกอบด้วย

### ๑. การประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔ S๔C)

ด้านที่ ๑ โครงสร้างระบบจัดเก็บรายได้ (Structure)

ด้านที่ ๒ ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)

ด้านที่ ๓ ระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill)

ด้านที่ ๔ การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)

ด้านที่ ๕ การบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลครบถ้วน และถูกต้อง (Code)

ด้านที่ ๖ ระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน (Claim & Account)

๒. การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)

ด้านที่ ๑ มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)

ด้านที่ ๒ ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)

ด้านที่ ๓ มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)

ด้านที่ ๔ มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)

ผลการดำเนินงานระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ พบว่า หน่วยบริการมีระบบจัดเก็บรายได้อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๕๖ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๔๔ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ ๙.๘๙ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๘ และระดับปรับปรุงคิด เป็นร้อยละ ๐.๓๓ โดยหน่วยบริการที่มีผลการประเมิน อยู่ในระดับปรับปรุง ได้แก่ โรงพยาบาลพะเยาศิริ โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี และโรงพยาบาลเขาสมิง

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- การบันทึกบัญชีให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีที่ถูกต้อง ระบบการรายงานข้อมูลงบทดลอง และข้อมูลบริการให้ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา
- สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการต้นทุนบริการ
- ติดตาม กำกับ แผนทางการเงิน ให้เป็นไปตามแผน
- จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การควบคุมรายจ่ายไม่เป็นไปตามแผน โดยเฉพาะหมวดค่าตอบแทน และการลงทุนเพื่อจัดให้บริการผู้ติดเชื้อฯ
- การจัดเก็บรายได้จากการให้บริการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงบ่อย ส่งผลต่อการโดนปฏิเสธค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง
- นักบัญชียังขาดทักษะ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงงานบ่อย

### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

#### ๔.๑) สำหรับพื้นที่

##### ๔.๑.๑) การเงินการคลัง

- การจัดทำแผนทางการเงิน Planfin
  - (๑) ควรให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม เช่น กรรมการบริหารโรงพยาบาล และกลุ่ม/งานต่างๆ
  - (๒) ต้องมีความซื่อสัตย์ในการจัดทำ Planfin
  - (๓) มีการควบคุมกำกับ Planfin อย่างเข้มข้น โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีแนวโน้มจะเกิดวิกฤติทางการเงิน
- นักบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด (CFO) ทบทวนความแม่นยำของแผนทางการเงิน (Planfin) รายได้ รายจ่าย ( $\pm$  ไม่เกินร้อยละ ๕) และข้อมูลที่น่ามาคำนวณต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน
- กบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด (CFO) จำลองสถานการณ์วิกฤติทางการเงิน ของหน่วยบริการ ในไตรมาสที่ ๔
- การจัดทำแผนการเงินในปีถัดไป ให้คำนึงถึงรายได้ที่อาจจะลดลง จากผลกระทบโควิดที่ทำให้ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในลดลง และวางแผนรายจ่ายอย่างรัดกุม
- ควรติดตามการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการให้เป็นไปตามแผน Planfin ควรมีการนิเทศติดตามทุกเดือน

##### ๔.๑.๒) ระบบจัดเก็บรายได้

- ควรมีนโยบายจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ และควรเร่งรัดให้เกิดขึ้นจริง
- ควรมีโปรแกรมสำหรับบริหารข้อมูล ในการรวบรวม ตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลการเรียกเก็บ และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อลดความผิดพลาดหรือปัญหาของการเรียกเก็บ อย่างเป็นระบบ
- วิเคราะห์ผลกระทบความเสี่ยงทางการเงินและจัดทำแผนฟื้นฟูรายได้เพื่อรองรับระบบ New normal หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล
- พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ในทุกหน่วยบริการ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมาใช่เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ
- เพิ่มประสิทธิภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ ด้วยการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างศูนย์จัดเก็บรายได้และงานบัญชี เพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล
- พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ ในระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็ง
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง และคณะทำงานศูนย์จัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ ให้เข้าใจหลักเกณฑ์และกระบวนการดำเนินงาน รวมถึง software ที่เกี่ยวข้อง

- จัดให้มีการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งรูปแบบนวัตกรรมที่ใช้ปัญหาและวิธีการแก้ไข เพื่อให้ได้รูปแบบแนวทางการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้อัตโนมัติที่ชัดเจน
- นำเสนอในที่ประชุมเขตสุขภาพทุกเดือน จัดให้มีการให้รางวัล และชื่นชมจังหวัดที่มีระยะเวลาเรียกเก็บเฉลี่ยต่ำที่สุด และให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการรายงานระยะเวลาการเรียกเก็บผ่านที่ประชุมกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ทุกเดือน

## ๔.๒) สำหรับส่วนกลาง

### ๔.๒.๑) การเงินการคลัง

- เกณฑ์การตรวจสอบ วิเคราะห์งบการเงิน ควรกำหนดรูปแบบการตรวจสอบระบบบัญชี (Accounting Management) ให้ชัดเจน
- การควบคุม กำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน ( ๗ Plus efficiency) ควรให้มีการปรับปรุงค่ากลาง (Mean) ให้เป็นปัจจุบัน
- แนวทางหน่วยบริการที่ศูนย์จัดเก็บรายได้อัตโนมัติ ควรมีการประสานข้อมูลกับกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- เร่งกระจาย ปรับเปลี่ยนงบเงินกันเพื่อประกันความเสี่ยงด้านการเงินจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
- ควรมีการประกันรายรับหน่วยบริการเงินกองทุน UC ไม่น้อยกว่าประมาณรายรับเบื้องต้นของปีที่ผ่านมา
- เสริมสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางการบัญชีมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เพื่อเสริมสร้างความผูกพันกับองค์กร

### ๔.๒.๒) ระบบจัดเก็บรายได้อัตโนมัติ

- ควรกำหนดกรอบโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้อัตโนมัติ และกำหนดกรอบบุคลากร รวมทั้งบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน
- ถอดบทเรียนเกณฑ์การประเมินและจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน
- ควรมีหลักสูตรการอบรม เพื่อพัฒนาบุคลากรศูนย์จัดเก็บรายได้อัตโนมัติ พัฒนาระบบ Software ช่วยในการจัดเก็บรายได้อัตโนมัติ ให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้
- ควรสนับสนุนทีมงานด้านการเงินการคลัง ให้มีความมั่นคงในตำแหน่งหน้าที่ราชการ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัจจุบันมีการหมุนเวียนผู้รับผิดชอบใหม่ จากที่คนเดิมลาออกหรือสอบบรรจุได้ในหน่วยงานอื่น ทำให้ประสิทธิภาพของการจัดเก็บรายได้อัตโนมัติ ยังขาดความถูกต้อง ครบถ้วน

## ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

### ๕.๑) มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง

- ๕.๑.๑) การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)
- ๕.๑.๒) พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)
- ๕.๑.๓) พัฒนาศักยภาพการบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)
- ๕.๑.๔) สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)
- ๕.๑.๕) ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)

## ๕.๒) ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ

### ๕.๒.๑) ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C)

๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)
๒. ระบบงานศูนย์จัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)
๓. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.

๔. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)
๕. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)
๖. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน

### ๕.๒.๒) การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)

๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)
๒. ระบบงานศูนย์จัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)
๓. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)
๔. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)
๕. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน

## ๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

### ๖.๑) ขับเคลื่อนระบบการเงินการคลัง อย่างต่อเนื่องประเด็น

- การจัดทำแผนเงินบำรุงร่วมกับแผนทางการเงิน Planfin แบบบูรณาการ
- การพัฒนาประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus Efficiency) ของหน่วยบริการ
- การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (TPS: Total Performance Score)

### ๖.๒) ขับเคลื่อนหน่วยบริการให้มีระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ

- พัฒนาประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุนให้เพิ่มขึ้น โดย
  - (๑) กองทุนประกันสังคม : เพิ่มความถี่การจัดสรรแม่ข่าย
  - (๒) สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ : พัฒนาการบันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย
  - (๓) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลก่อนการจัดส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บทุกครั้ง
- พัฒนาการตรวจสอบข้อมูลก่อนการส่งข้อมูลก่อนการส่ง Claim
- พัฒนาระบบการเรียกเก็บกองทุนย่อย ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๑**  
**ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล**

**๑. ประเด็นตรวจราชการ: ระบบธรรมาภิบาล**

**๒. หัวข้อ: การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ**

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ ๑ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน  
ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒ ระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๔

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ ๒ : ร้อยละของหน่วยบริการมีระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ  
ระดับดีและดีมาก ร้อยละ ๗๕

**๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)**

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

**๔. วิเคราะห์สถานการณ์**

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
สถานการณ์การเงินการคลัง ปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ที่ ๒ หน่วยบริการค่อนข้างมีความมั่นคงทางการเงินการคลัง สะท้อนจากร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ และ ๗ ลดลงต่อเนื่องโดยปี ๒๕๖๔ ไตรมาส ๑ มี ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๒ ไตรมาส ๒ มี ๓ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๐.๓๓ สำหรับปี ๒๕๖๕ ทั้งไตรมาส ๑ และ ๒ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤต เนื่องจากหน่วยบริการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากรายได้โควิด และเงินช่วยเหลือโควิด ประกอบกับการบริหารสภาพคล่องที่ดี ทยอยต่อไปหารายได้โควิดลดลง ใฝ่ระยะวัง ระยะการเรียกเก็บชำระหนี้ให้เร็วขึ้นเพื่อสภาพคล่องและเพิ่มความสามารถในการทำกำไร ลดต้นทุนและนำสินทรัพย์ที่มีอยู่มาสร้างรายได้ให้คุ้มค่า ตามลำดับ	<p>๑. มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง (๕ มาตรการ)</p> <p>๑.๑ พัฒนาระบบบัญชี (Accounting - Management)</p> <p>๑.๒ การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)</p> <p>๑.๓ พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลัง แก่เครือข่าย และบุคลากร (Competency)</p> <p>๑.๔ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Division of regional health)</p> <p>๑.๕ ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Efficiency)</p> <p>๒. ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C)</p> <p>๒.๑ การประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔ S๔C)</p> <p>๑) มีโครงสร้างระบบจัดเก็บรายได้ (Structure)</p> <p>๒) มีระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)</p> <p>๓) มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ มีจำนวน และทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ. (Staff &amp; skill)</p> <p>๔) มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครอบคลุม (Care)</p> <p>๕) มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลครอบคลุม และถูกต้อง (Code)</p>	<p>๑. ในปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ที่ ๑ และ ๒ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ และ ๗ (ค่าเป้าหมาย ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒ ระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๔)</p> <p>๒. หน่วยบริการ มีระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก ร้อยละ ๘๙ จำนวน ๘๐๑ แห่ง (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕)</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	<p>๖) มีระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน (Claim &amp; Account)</p> <p>๒.๒ การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง (On Site Survey)</p> <p>๑) มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)</p> <p>๒) ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)</p> <p>๓) มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)</p> <p>๔) มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)</p> <p>๕) มีระบบเบิกจ่าย (Claim &amp; Account)</p>	

## ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

### ๕.๑ วิถีทางการเงิน

- การพัฒนาระบบ Service ร่วมกัน เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพ และ ผลงานในจังหวัดเชียงราย
- นักบริหารการเงินการคลังระดับ (CFO) และ IT ที่เข้มแข็ง มีระบบสารสนเทศมาช่วยในการจัดเก็บรายได้ มีการปรับเปลี่ยเงินให้หน่วยบริการในจังหวัดมีสภาพคล่องทางการเงิน และมีการติดตาม กำกับ การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- มีการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินในเชิงลึกแตกต่างจากกระทรวงโดยหักเงินจัดสรร UC ออกล่วงหน้าซึ่งทำให้สะท้อนสถานการณ์ทางการเงินที่แท้จริง
- มีนวัตกรรมเกี่ยวกับการบริหารจัดการจัดสรรเงิน ดังนี้
  ๑. การจัดสรรเงินช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ NWC ติดลบ
  ๒. การจัดสรรตามสัดส่วนโรงพยาบาล ระดับ M๑ M๒ F๑
  ๓. การจัดสรรตามสัดส่วนประมาณการรายได้ OP IP PP ปี ๖๕
  ๔. การจัดสรรตามสัดส่วนประมาณการรายได้ OP IP PP ที่ลดลง
  ๕. การกั้นเงิน Virtual account
- มีการกำกับ ติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง
- มีเครือข่ายพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
- การตั้งทีม FRRT ของแต่ละจังหวัด เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน เป็นการกระตุ้นระบบการกำกับติดตามด้านการเงินการคลัง ลงพื้นที่เร็วเพื่อเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

### ๕.๒ ระบบจัดเก็บรายได้

- มีการพัฒนาระบบการเรียกเก็บร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ R๘ Sandbox เพื่อพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ให้มีคุณภาพ และมีการพัฒนาระบบ R๘ ERP Accounting on Cloud ในการดำเนินงานของ Back office
- มีการพัฒนาระบบโปรแกรมข้อมูลผู้รับบริการ R๘ Anywhere พัฒนาระบบการเรียกเก็บร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ R๘ Sandbox นำร่องเพื่อพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ให้มีคุณภาพ

- มีแผนการจัดประกวดศูนย์จัดเก็บรายได้ดีเด่นระดับเขต และระดับจังหวัด โดยแยกเป็น ๓ ประเภท โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลขนาด A/S, โรงพยาบาลขนาด M๑/M๒ และโรงพยาบาลขนาด F
- มีการพัฒนาระบบบริการ และพัฒนาโปรแกรม R๙ Referral Hub เชื่อมโยงการดำเนินงาน ๓๐ บาทรักษาทุกที่
- มีการพัฒนาโปรแกรมเรียกเก็บและโปรแกรมติดตามลูกหนี้เพิ่มเติม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บ เช่น BMS, IHOS พัฒนาจากEZ, DATAAUDIT, BMSHOSxPEClaimExport, Hshooter, KTNClain, EHA, CHIExport, JSIP, SSCHI kolok, PMK, Krasaesin, rvp, PK claim, ssbar โรงพยาบาลลำปาง, NPRPS, NAP, PPK, oppp RCM, Hos Xp, IDATA,OPPP,E- claim, ,Ehos,HD/CAPD, HPV/DNA, OPbill, BMS, CHI(SSOP)/SIP๐๙, SSOP, SSIP, SRC, ccms, KKK, SRC, CCMFree, SRC, CCMFree, SRC, CSMBS

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

#### ๖.๑.๑ วิกฤตทางการเงิน

- การนำการประเมิน Total performance score (TPS) มาใช้ในการประเมินประสิทธิภาพโรงพยาบาล และวางแนวทางการแก้ไขประเด็นปัญหาในรายการที่ไม่ผ่าน
- การบันทึกบัญชีให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีที่ถูกต้อง ระบบการรายงานข้อมูลลงบทดลอง และข้อมูลบริการให้ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา
- การจัดทำแผนทางการเงิน Planfin
  - (๑) ควรให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม เช่น กรรมการบริหารโรงพยาบาล และกลุ่ม/งานต่างๆ
  - (๒) มีการควบคุมกำกับ Planfin อย่างเข้มข้น โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีแนวโน้มจะเกิดวิกฤตทางการเงิน ติดตาม กำกับ แผนทางการเงิน ให้เป็นไปตามแผน
  - (๓) มีการจัดทำและนำแผนเงินบำรุง ร่วมกับแผน Planfin ในการบริหารในทุกโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลัง
- ใช้ระบบข้อมูล/เทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนการทำงานด้านการเงินและบัญชีเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ลดขั้นตอนและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
- หน่วยบริการต้องบันทึกลูกหนี้และตัดลูกหนี้ให้เป็นปัจจุบัน รวมถึงมีการสอบถาม ยันยอดลูกหนี้คงเหลือระหว่างศูนย์จัดเก็บรายได้ งานการเงิน และงานบัญชี เพื่อให้รู้สถานการณ์การเงินที่แท้จริง
- จัดทำแผนธุรกิจ (Business Plan) กำกับ ติดตามการดำเนินงาน ดำเนินงานตามแผนรายรับ รายจ่าย ปรับแผนให้เป็นปัจจุบัน เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงิน
- นักบริหารการเงินการคลังระดับ (CFO) จังหวัดจำลอง (Simulate) สถานการณ์วิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ ในไตรมาสที่ ๔

#### ๖.๑.๒ ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ

- ควรมีนโยบายจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ และควรเร่งรัดให้เกิดขึ้นจริง
- ทีม CFO ของจังหวัด/เขต ควรกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีระบบติดตามการเรียกเก็บ (Claim) ให้มีความครบถ้วน และ ออกตรวจสอบโรงพยาบาลที่มีปัญหาในการดำเนินการ และ นำโปรแกรมเรียกเก็บมาใช้ เพิ่มประสิทธิภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างศูนย์จัดเก็บรายได้กับงานการเงิน/บัญชีและพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีอย่างต่อเนื่อง
- ควรมีโปรแกรมสำหรับบริหารข้อมูล ในการรวบรวม ตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลการเรียกเก็บ และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อลดความผิดพลาดหรือปัญหาของการเรียกเก็บ อย่างเป็นระบบ
- วิเคราะห์ผลกระทบความเสี่ยงทางการเงินและจัดทำแผนฟื้นฟูรายได้เพื่อรองรับระบบ New normal หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง และคณะทำงานศูนย์จัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ ให้เข้าใจหลักเกณฑ์และกระบวนการดำเนินงาน รวมถึง software ที่เกี่ยวข้อง

- พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ในทุกหน่วยบริการ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ

- ระบบการเรียกเก็บมีหลายกองทุน ทำให้มีโปรแกรมการเรียกเก็บจำนวนมาก ซึ่งแต่ละกองทุนเรียกเก็บไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นภาระงานแก่บุคลากรในหน่วยบริการที่ขาดแคลน จึงควรมีระบบหรือโปรแกรมเรียกเก็บเดียวกัน เพื่อให้สะดวกต่อการเรียกเก็บและไม่เป็นอุปสรรคต่อการส่งข้อมูล

## ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

### ๖.๒.๑ วิกฤตทางการเงิน

- เกณฑ์การตรวจสอบ วิเคราะห์งบการเงิน ควรกำหนดรูปแบบการตรวจสอบระบบบัญชี (Accounting Management) ให้ชัดเจน

- การควบคุม กำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus efficiency) ควรให้มีการปรับปรุงค่ากลาง (Mean) ให้เป็นปัจจุบัน

- ควรมีการทบทวนหลักเกณฑ์การประเมิน Total Performance Score (TPS) คะแนนตรวจสอบ งบทดลองเบื้องต้น ควรใช้คะแนน ณ ปัจจุบัน ที่หน่วยบริการได้มีการปรับปรุงแก้ไขแล้ว การใช้คะแนนเป็นค่าเฉลี่ยตั้งแต่ต้นปีทำให้หน่วยบริการไม่ผ่านเกณฑ์ ๑๐๐ คะแนน เนื่องจาก ช่วงต้นปีงบประมาณกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ มีการปรับปรุงผังบัญชี และหน่วยบริการยังไม่ได้รับคู่มือการบันทึกบัญชี

- นโยบายบัญชีการตัดหนี้สูญควรชัดเจน เพื่อให้หน่วยบริการสามารถจัดทำข้อมูลลูกหนี้ของหน่วยบริการได้ถูกต้อง

### ๖.๒.๒ ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ

- แนวทางศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพของหน่วยบริการ ควรมีการประสานข้อมูลกับกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

- ขอให้กระทรวงสาธารณสุข กำหนดกรอบโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ให้ชัดเจน

- ถอดบทเรียนเกณฑ์การประเมินและจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน

- ควรมีหลักสูตรการอบรม เพื่อพัฒนาบุคลากรศูนย์จัดเก็บรายได้ พัฒนาระบบ Softwareช่วยในการจัดเก็บรายได้ ให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้

- ควรสนับสนุนทีมงานด้านการเงินการคลัง ให้มีความมั่นคงในตำแหน่งหน้าที่ราชการ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัจจุบันมีการหมุนเวียนผู้รับผิดชอบใหม่ จากที่คนเดิมลาออกหรือสอบบรรจุได้ในหน่วยงานอื่น ทำให้ประสิทธิภาพของการจัดเก็บรายได้ ยังขาดความถูกต้อง ครบถ้วน

ผู้รายงาน นายแพทย์สุรวิทย์ ศักดานุภาพ

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๕

E-mail : [ucdhesmoph@gmail.com](mailto:ucdhesmoph@gmail.com)


**ประเด็นที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)**
**ประเด็นตรวจราชการ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)**
**หัวข้อ : การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน**
**ตัวชี้วัดที่ ๖๙ : ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน**
**๑) เป้าหมาย และผลงาน**
**วัตถุประสงค์**

๑. เพื่อให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความพร้อมในการให้บริการข้อมูลสุขภาพ แก่ผู้รับบริการที่เป็นเจ้าของข้อมูลได้อย่างไร้รอยต่อ

๒. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองได้อย่างสะดวก รวดเร็ว

๓. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดูแลรักษาความปลอดภัยข้อมูลสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล

**คำนิยาม** การใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง โรงพยาบาลเชื่อมโยงข้อมูล ตามชุดข้อมูลที่กำหนด ระหว่างกันได้สำเร็จผ่าน HIS Gateway และจังหวัดมีมาตรการในการกำกับดูแลด้านธรรมาภิบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล**

๑. สสจ. ส่งสำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ มาที่อีเมล ictmoph@moph.go.th โดยส่งจากอีเมลภาครัฐของ สสจ. ระบุชื่อเรื่อง (subject) ว่า “สสจ. xxxxxx ส่ง สำเนาคำสั่ง คณะฯ ธรรมาภิบาลข้อมูลฯ” พร้อมแนบไฟล์และ หลักฐานการประชุมคณะทำงานฯ ครั้งแรก

๒. โรงพยาบาลที่มีการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway จะถูกบันทึกข้อมูลความสำเร็จในเครื่อง คอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server)

**วิธีการประเมินผล** ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. ตรวจสอบและรายงาน

**สูตรคำนวณตัวชี้วัด** ร้อยละ = (จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกรม ภายในจังหวัด ที่มีผลการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway x ๑๐๐) / จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกรม ทั้งหมดภายในจังหวัด

**เกณฑ์การประเมิน**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ทุกจังหวัด มีการแต่งตั้งคณะกรรมการธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ	ร้อยละ ๒๐	-	ร้อยละ ๖๐

**หมายเหตุ**

๑. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. เชิญอบรมติดตั้ง HIS Gateway

๒. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. จัดทำรายงานรายจังหวัด แสดง สถานะการจัดส่งสำเนาคำสั่ง และสถานะการรับส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway ไว้ในเว็บไซต์ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ที่ URL : <https://hisgateway.moph.go.th/monitor>

## ๒) สรุปสถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำศูนย์ข้อมูลกลาง ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้บริหารจัดการจากศูนย์กลางให้มีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และมีความพร้อมใช้ ให้บริการแก่เจ้าของข้อมูลในรูปแบบของ PHR (Personal Health Record) และความรู้สุขภาพ เฉพาะบุคคล (Personal Health Literacy) พร้อมให้บริการข้อมูลแก่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ ในการดูแลรักษาชีวิตและสุขภาพของเจ้าของข้อมูล เพื่อประโยชน์ แก่วงการสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศไทย โดยกำหนดให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งทำการติดตั้งระบบการให้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อเชื่อมโยงข้อมูล ตามชุดข้อมูลที่กำหนดระหว่างกันได้สำเร็จผ่าน HIS Gateway

### การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

สรุปผลตัวชี้วัดร้อยละของจังหวัดที่มีการให้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

๑.สรุปจำนวน สสจ. ที่ส่งคำสั่งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัดทั้งหมด	จำนวนที่ได้รับ	คิดเป็นร้อยละ	ยังไม่ได้รับจากจังหวัด
๑	๘	๘	๑๐๐	-
๒	๕	๕	๑๐๐	-
๓	๕	๔	๘๐	นครสวรรค์
๔	๘	๘	๑๐๐	-
๕	๘	๗	๘๗.๕๐	กาญจนบุรี
๖	๘	๘	๑๐๐	-
๗	๔	๔	๑๐๐	-
๘	๗	๗	๑๐๐	-
๙	๔	๑	๒๕	นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์
๑๐	๕	๕	๑๐๐	-
๑๑	๗	๗	๑๐๐	-
๑๒	๗	๖	๘๕.๗๑	นราธิวาส

(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕)

ที่มา : <https://his-gateway-kpi.moph.go.th/>

## ๒. สรุปผลตัวชี้วัดร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัดทั้งหมด	จำนวนจังหวัดที่มีผลการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway ร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป	จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด	จำนวนโรงพยาบาลที่มีผลการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway (ร้อยละของจำนวน รพ. ทั้งหมดในเขตสุขภาพ)		รายชื่อจังหวัดที่มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีผลการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway ยังไม่ถึงร้อยละ ๒๐
๑	๘	๘ (๑๐๐%)	๑๐๓	๓๙	๓๗.๘๖ %	-
๒	๕	๓ (๖๐%)	๔๗	๑๒	๒๕.๕๓ %	สุโขทัย ๐.๐๐% , ตาก ๑๑.๑๑%
๓	๕	๕ (๑๐๐%)	๕๔	๒๓	๔๒.๕๙ %	-
๔	๘	๖ (๗๕%)	๗๒	๒๕	๓๔.๗๒ %	นนทบุรี, ลพบุรี = ๐.๐๐%
๕	๘	๔ (๕๐%)	๖๗	๑๙	๒๘.๓๖ %	สุพรรณบุรี , สมุทรสาคร , สมุทรสงคราม , ประจวบคีรีขันธ์ = ๐.๐๐%
๖	๘	๖ (๗๕%)	๗๓	๒๓	๓๑.๕๑ %	ฉะเชิงเทรา ๑๘.๑๘% , ปราจีนบุรี ๑๔.๒๙%
๗	๔	๓ (๗๕%)	๗๗	๔๒	๕๔.๕๕ %	มหาสารคาม ๑๕.๓๘%
๘	๗	๖ (๘๖%)	๘๘	๒๙	๓๒.๙๕ %	หนองบัวลำภู ๑๖.๖๗%
๙	๔	๓ (๗๕%)	๘๙	๒๐	๒๒.๔๗ %	ชัยภูมิ ๖.๒๕%
๑๐	๕	๔ (๘๐%)	๗๑	๔๗	๖๖.๒๐ %	ศรีสะเกษ ๑๘.๑๘%
๑๑	๗	๔ (๕๗%)	๘๒	๒๑	๒๕.๖๑ %	นครศรีธรรมราช ๑๗.๓๙% , ภูเก็ต ๐.๐๐% , สุราษฎร์ธานี ๔.๗๖%
๑๒	๗	๕ (๗๑%)	๗๘	๒๙	๓๗.๑๘ %	พัทลุง, ปัตตานี = ๐.๐๐%
รวม	๗๖	๕๗ (๗๕%)	๙๐๑	๓๒๙	๓๖.๕๑ %	

(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕)

ที่มา: <https://hisgateway.moph.go.th/monitor>

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

#### ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

๓.๑ เจ้าหน้าที่ไอทีโรงพยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมอบรมการติดตั้ง API HIS Gateway ได้ เนื่องจากสถานการณ์ โควิด-19

๓.๒ เจ้าหน้าที่ไอทีโรงพยาบาลไม่สามารถติดต่อประสานงานกับ Admin ระบบ API HIS Gateway ได้ตลอดเวลา

๓.๓ โรงพยาบาลส่งข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลกลางไม่สำเร็จเนื่องจากประสิทธิภาพและศักยภาพของเครื่องแม่ข่าย (Server) ไม่เพียงพอ

๓.๔ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) บางยี่ห้อ ไม่อนุญาตให้เข้าถึงฐานข้อมูลผ่าน API HIS Gateway เช่น HOSXP v.4

### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ ผู้บริหารโรงพยาบาล มอบนโยบายเรื่องการเชื่อมข้อมูลผ่าน HIS Gateway เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย

๔.๒ การกำกับติดตาม และการผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพ ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกสังกัด

๔.๓ การพัฒนาระบบงาน แอปพลิเคชัน ของเขตสุขภาพ ควรพิจารณาความยั่งยืนในการดูแลบำรุงรักษาและการขยายผลเพื่อบริการประชาชนข้ามเขตสุขภาพได้ด้วย หรืออาจพิจารณาขอใช้ระบบหรือแอปพลิเคชันที่มีใช้ อยู่แล้วในเขตอื่นๆ ก่อน คิดพัฒนาใหม่

### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ตรวจราชการและผู้บริหารระดับจังหวัดให้ความสำคัญ และสนับสนุนเจ้าหน้าที่ไอทีของโรงพยาบาล ในการเชื่อมข้อมูลผ่าน API HIS Gateway

๕.๒ สสจ. และ คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ มีบทบาทในการกำกับติดตามผลสำเร็จของการส่งข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

๕.๓ โรงพยาบาลที่ดำเนินการได้บรรลุเป้าหมาย เพราะมีระบบคอมพิวเตอร์ (Hardware) และมีเจ้าหน้าที่ไอที ที่มีศักยภาพ

### ๖) ประเด็นที่ควรกำกับการตรวจราชการ

๖.๑ คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ ระดับจังหวัด ได้มีการประชุมอย่างต่อเนื่องหรือไม่

๖.๒ โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. ที่ไม่สามารถติดตั้ง API HIS Gateway ได้ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา นั้น ได้รับการช่วยเหลือจากผู้ประสานระดับจังหวัด และเจ้าหน้าที่ ศทส.สป.สธ. หรือไม่

๖.๓ โรงพยาบาลสังกัดอื่น ในจังหวัด จะเชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชนได้เมื่อไหร่ ด้วยวิธีการใด โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต

#### ผู้รายงาน

๑. นายวสันต์ สายทอง

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

๒. นายสัมฤทธิ์ สุขทวี

นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ

## แบบฟอร์มสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็นที่ ๑ - ๖)

### รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

#### ประเด็นที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๑. ประเด็นตรวจราชการ: ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๒. หัวข้อ: การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) เป็นศูนย์กลางข้อมูลทางด้านสุขภาพของประชาชน  
ตัวชี้วัดที่ ๖๙: ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์กลางข้อมูลทางด้านสุขภาพของประชาชน

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : ไม่มี

#### ๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำศูนย์กลางข้อมูลทางด้านสุขภาพ ของประชาชน เพื่อให้บริหารจัดการจากศูนย์กลางให้มีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และมีความพร้อมใช้ ให้บริการแก่เจ้าของข้อมูลในรูปแบบของ PHR (Personal Health Record) และความรู้สุขภาพ เฉพาะบุคคล (Personal Health Literacy) พร้อมให้บริการข้อมูลแก่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาชีวิตและสุขภาพของเจ้าของข้อมูล เพื่อประโยชน์แก่วงการสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศไทย โดยกำหนดให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งทำการติดตั้งระบบการให้บริการศูนย์กลางข้อมูลทางด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อเชื่อมโยงข้อมูล ตามชุดข้อมูลที่กำหนดระหว่างกันได้สำเร็จผ่าน HIS Gateway

#### เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ทุกจังหวัด มีการแต่งตั้งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ	ร้อยละ ๒๐	-	ร้อยละ ๖๐

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
เจ้าหน้าที่ไอทีโรงพยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมอบรมการติดตั้ง API HIS Gateway ได้ เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19	๑) ศทส.สป.สธ. จัดอบรมแบบออนไลน์ ๒) ศทส.สป.สธ. จัดทำคู่มือการติดตั้งเผยแพร่ให้ศึกษาได้ด้วยตนเองผ่านเว็บไซต์ <a href="https://hisgateway.moph.go.th/">https://hisgateway.moph.go.th/</a>	ปัจจุบันมีผู้แทน/เจ้าหน้าที่ไอที ครอบคลุม ๑๒ เขตสุขภาพ ได้รับการอบรมการติดตั้ง API HIS Gateway แล้ว
เจ้าหน้าที่ไอทีโรงพยาบาลไม่สามารถติดต่อประสานงานกับ Admin ระบบ API HIS Gateway ได้ตลอดเวลา	๑) ศทส.สป.สธ. เพิ่มช่องทางการสื่อสาร ๒) สร้างทีม Admin ระดับจังหวัด	- Line official: @hisgateway - e-mail : standard@moph.mail.go.th - Mobile Phone: ๐๒ - ๕๙๐๒๑๘๕ ต่อ ๔๑๖ - ๔๑๘, ๔๒๑-๔๒๓

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
โรงพยาบาลส่งข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลกลางไม่สำเร็จเนื่องจากประสิทธิภาพและศักยภาพของเครื่องแม่ข่าย (Server) ไม่เพียงพอ	ศทส.สป.สธ. เพิ่มศักยภาพของเครื่องแม่ข่าย	๑) ได้รับงบประมาณ (งบกลางโควิด-19) เพื่อจัดซื้อ Hardware ขยายศักยภาพและเพิ่มประสิทธิภาพระบบฐานข้อมูลกลาง HIS Gateway แล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่างการติดตั้ง ๒) อยู่ระหว่างปรับการตั้งค่าโปรแกรมการรับส่งข้อมูลจากต้นทางเข้าสู่ฐานข้อมูลกลางให้มีความเร็วมากขึ้น
ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) บางยี่ห้อ ไม่อนุญาตให้เข้าถึงฐานข้อมูลผ่าน API HIS Gateway เช่น HOSxP v.4	๑) โรงพยาบาลเป็นผู้จ้าง/ซื้อบริการระบบ HIS ควรจะต้องมีสิทธิ์ในฐานข้อมูลของระบบ HIS ทั้งการเข้าใช้และการบริหารจัดการการใช้ประโยชน์ ๒) ศทส.สป.สธ. ปรับปรุง API HIS Gateway เป็น version 2 เปลี่ยนการเชื่อมโยงเข้าถึงฐานข้อมูลจาก Master เป็น Slave Database	อยู่ระหว่างดำเนินการพัฒนา API HIS Gateway v.2 คาดว่าจะพร้อมใช้ต้นเดือนมิถุนายน ๒๕๖๕

#### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

.....ไม่มี.....

#### ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

##### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

๖.๑.๑ ผู้บริหารโรงพยาบาล โปรดมอบนโยบายเรื่องการเชื่อมข้อมูลผ่าน HIS Gateway เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย

๖.๑.๒ การกำกับติดตาม และการผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลในเขตสุขภาพควรให้ความสำคัญครอบคลุมโรงพยาบาลทุกสังกัด

๖.๑.๓ การพัฒนาระบบงาน แอปพลิเคชัน ของเขตสุขภาพ ควรพิจารณาความยั่งยืนในการดูแลบำรุงรักษา และการขยายผลเพื่อบริการประชาชนข้ามเขตสุขภาพได้ด้วยหรืออาจพิจารณาขอใช้ระบบ หรือแอปพลิเคชันที่มีใช้อยู่แล้วในเขตอื่นๆก่อนคิดพัฒนาใหม่

##### ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

ส่วนกลางจำเป็นต้องมีการวางแผน วิเคราะห์ พัฒนา ปรับปรุงทรัพยากรที่มีความจำเป็น เพื่อรองรับการเป็นศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อพร้อมให้บริการข้อมูลแก่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและให้เกิดประสิทธิภาพ

**บทสรุปผู้บริหารการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็น)**  
**ประเด็นที่ ๖ : องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ**

ประเด็นตรวจราชการ : องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

หัวข้อ/ ตัวชี้วัด

ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)

**๑) เป้าหมาย และผลงาน**

เป้าหมาย	มาตรการที่ ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลการดำเนินงาน
<b>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑</b>			
<b>บุคลากรมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ร้อยละ ๗๐</b>			
๑. บุคลากรมีการประเมิน ความสุขบุคลากร กระทรวง สาธารณสุข (Happinometer) ร้อยละ ๗๐	พัฒนาองค์กร แห่งความสุขที่มี คุณภาพ ทั่วทั้งกระทรวง	๑. บุคลากรเข้าตอบแบบ ประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ผ่านเว็บไซต์ Happy MOPH ๒. ติดตามความคืบหน้า การเข้าทำแบบประเมิน ความสุขของบุคลากร (Happinometer) และการ ประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) จากระบบฯ ๓. รับฟัง ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ	๑. บุคลากรมีการประเมิน ความสุขบุคลากร กระทรวง สาธารณสุข (Happinometer) จำนวน บุคลากรทั้งหมด ๓๖๙,๕๙๒ คน และมีผู้ตอบแบบ ประเมิน ๓๑๘,๑๗๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๐๙ (ณ วันที่ ๒๘ ก.พ. ๖๕) ๒. หน่วยงานมีการประเมิน สุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) มีหน่วยงานเข้า ร่วมตอบแบบประเมินฯ จำนวน ๕,๒๒๖ หน่วยงาน ๒๒,๓๗๘ คน (ณ วันที่ ๒๘ ก.พ. ๖๕)
<b>กลุ่มเป้าหมาย</b>			
๑) สำนักงานเขตสุขภาพ			
๒) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด			
๓) โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน			
๔) สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ			
๕) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล			

**๒) สรุปสถานการณ์**

จากประเด็นยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) มีเป้าหมายที่จะให้กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นคนดี มีคุณค่า และมีความสุขในการทำงาน โดยการประสานความร่วมมือกับสถาบันวิชาการและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ในการขอใช้เครื่องมือวัดความสุขในระดับบุคคล (Happinometer) และองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) โดยกำหนดให้มีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) ในทุก ๒ ปี โดยได้มีการประเมินมาแล้วทั้งหมด ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ (ระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐) ครั้งที่ ๒ (ระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ - ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒) เพื่อนำ

ผลการประเมินมาทำการวิเคราะห์ วางแผน และดำเนินการสร้างสุขให้แก่บุคลากรในด้านต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ควบคู่กับการมีสุขภาพกายที่ดี ครอบครัวที่อบอุ่น สังคมที่ปลอดภัย

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้มีการกำหนดให้มีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ครั้งที่ ๓ (ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ – ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) ผ่านเว็บไซต์ Happy MOPH <https://happy.moph.go.th> โดยกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานกระทรวง พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค) กำหนดกลุ่มเป้าหมายให้มีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ร้อยละ ๗๐ ของจำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน มีกลุ่มเป้าหมายจำนวน ๓๖๙,๕๙๒ คน และมีผู้ตอบแบบประเมินฯ จำนวนทั้งสิ้น ๓๑๘,๑๗๔ คน คิดอัตราการตอบกลับเป็นร้อยละ ๘๖.๐๙ (ข้อมูลจากระบบการประเมิน ณ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขในภาพรวม ร้อยละ ๖๓.๙๒ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขมากที่สุด คือ มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) ร้อยละ ๗๑.๑๘ รองลงมาคือ มิติน้ำใจดี (Happy Heart) ร้อยละ ๗๐.๗๗ และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มิติสุขภาพการเงินดี (Happy Money) ร้อยละ ๕๒.๙๖

และการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) ครั้งที่ ๓ (ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ – ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) ผ่านเว็บไซต์ Happy MOPH <https://happy.moph.go.th> กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงาน หัวหน้ากลุ่ม/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค) เป็นผู้ตอบแบบประเมิน มีหน่วยงานเข้าร่วมตอบแบบประเมินฯ จำนวน ๕,๒๒๖ หน่วยงาน ๒๒,๓๗๘ คน ซึ่งผลการประเมินพบว่า สุขภาวะองค์กรกระทรวงสาธารณสุข มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ ๖๔.๓๑ และเมื่อพิจารณาหมวดพบว่า หมวดที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ หมวดที่ ๑ ความสำเร็จ (Success) ที่ร้อยละ ๘๑.๘๖ รองลงมาคือ หมวดที่ ๔ บรรยากาศ (Atmosphere) หมวดที่ ๓ สุขภาพกาย-ใจ (Body & Mind) หมวดที่ ๒ การบริหาร (Administration) และหมวดที่ ๕ การลงทุน (Investment) ที่ร้อยละ ๖๒.๗๔ ๖๐.๐๔ ๕๙.๓๒ และ ๕๗.๕๗ ตามลำดับ

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๓.๑ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

๓.๒ การลงทะเบียนเข้าระบบประเมิน ยังพบการใส่รหัสหน่วยงานผิด ทำให้ต้องมีการย้ายหน่วยงาน และต้องทำแบบประเมินใหม่อีกครั้ง

๓.๓ ระยะเวลาในการทำแบบประเมิน เนื่องแบบประเมินมีข้อคำถามจำนวนมาก และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการขอความร่วมมือในการเข้าทำแบบประเมินยังมีน้อย ทำให้บุคลากรเข้าระบบทำแบบประเมินไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนดไว้

### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายแบบมุ่งเป้า “ความสุขมิติสุขภาพการเงินดี (Happy Money)”

๔.๒ พัฒนาและเสริมสร้างเครือข่ายองค์กรแห่งความสุข เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การสร้างสุขในหน่วยงานผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH (<https://happy.moph.go.th>)

๔.๓ ขยายผลการขับเคลื่อนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ได้แก่ ตามระดับหน่วยงาน ได้แก่ ระดับกรม/ สป. (ส่วนกลาง) ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด

### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑ ผู้บริหาร/ ผู้นำให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขในหน่วยงาน รวมทั้งการสนับสนุนกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุข ความผูกพันในองค์กรของบุคลากร

๕.๒ ผู้บริหาร/ ผู้นำเป็นแกนนำ และมีส่วนร่วมในทุก ๆ กิจกรรม

๕.๓ บุคลากรในหน่วยงานให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างสุขที่จัดทำขึ้น

๕.๔ มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งมีการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของบุคลากรในหน่วยงาน

**๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ**

๖.๑ หน่วยงานมีการนำผลการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และผลการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) มาใช้ในการขับเคลื่อนหน่วยงาน เพื่อให้เกิดองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นรูปธรรม

๖.๒ การสนับสนุนและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การสร้างสุขภายในเขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดองค์กรแห่งความสุขอย่างสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

๖.๓ ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพนักสร้างสุขในองค์กร ให้มีความรู้ และทักษะที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ จากรุ่นสู่รุ่น

**สรุปผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็น)**  
**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕**  
**ประเด็นที่ ๖ : องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ**

๑. ประเด็นตรวจราชการ: องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

๒. หัวข้อ: องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก.....กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p><b>สาเหตุ</b></p> <p>๑. การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และการขอความร่วมมือ บุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วม การประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และการ ประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) ครั้งที่ ๓ (ระหว่าง วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ - ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) ผ่านเว็บไซต์ Happy MOPH (<a href="https://happy.moph.go.th">https://happy.moph.go.th</a>)</p>	<p>๑.๑ มีหนังสือแจ้งเวียนการประเมินความสุข บุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และการประเมินสุขภาวะ องค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH (<a href="https://happy.moph.go.th">https://happy.moph.go.th</a>) (ตามหนังสือที่ สธ ๐๒๐๙.๐๕/๒๘๒๒ ลงวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔)</p> <p>๑.๒ มีหนังสือชี้แจงแนวทางการดำเนินการตาม นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นที่ ๙ องค์กร แห่งความสุข ตัวชี้วัดที่ ๕๒ องค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพ (ตามหนังสือที่ สธ ๐๒๐๙.๐๕/๒๘๘๖ ลงวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔)</p>	<p>๑.๑ มีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และการ ขอความร่วมมือบุคลากร ในหน่วยงานเข้าร่วมการ ประเมินฯ ผ่านทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน เอง</p> <p>๑.๒ แอดมินหน่วยงานมีการ ทดลองเข้าระบบการประเมิน และสามารถสื่อสาร และทำ ความเข้าใจการใช้งานระบบได้ ดี</p>
<p>๒. การเข้าใช้งานระบบการ ประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และการ ประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI)</p>	<p>๒.๑ มีคู่มือการเข้าใช้งานเว็บไซต์ Happy MOPH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สำหรับแอดมินหน่วยงาน</li> <li>- สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul> <p>๒.๒ มีช่องทางการติดต่อสื่อสารของ แอดมินหน่วยงานและแอดมินส่วนกลาง ผ่านทาง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องทาง Line Open Chat</li> <li>- เพจ Facebook: HR4Health</li> </ul>	<p>๒.๑ แอดมินหน่วยงานสามารถ ตอบปัญหา และช่วยเหลือ บุคลากรในหน่วยงาน เมื่อพอ เจอปัญหาการใช้งานได้</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	- Chatroom ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH - E-mail: <a href="mailto:spd.happymoph@gmail.com">spd.happymoph@gmail.com</a> - เบอร์โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๒๕๕๙	
๓. การกำกับ ติดตามผลการ ประเมินความสุข และการ ดาวน์โหลดข้อมูลออกจาก ระบบ เมื่อปิดระบบแล้ว	๓.๑ แอดมินหน่วยงานมีการกำกับ ติดตามการ เข้าร่วมการประเมินฯ ของบุคลากรในหน่วยงาน ตนเอง ๓.๒ แอดมินหน่วยงานสามารถดาวน์โหลด รายงาน และข้อมูลดิบของหน่วยงานออกจาก ระบบ เพื่อนำผลการประเมินที่ได้มาวิเคราะห์ ข้อมูล และจัดทำแผนการสร้างสุขของ หน่วยงานในแต่ละมิติ ให้สอดคล้องกับบริบท ของแต่ละหน่วยงานได้	๓.๑ มีการกำกับ ติดตาม และ ประเมินผลการเข้าร่วมการ ประเมินฯ ของบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข เป็นไป ตามแผนที่ได้วางไว้

#### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

.....

.....

.....

#### ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ หน่วยงานมีการนำผลการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และผลการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) มาใช้ในการขับเคลื่อนหน่วยงาน เพื่อให้เกิดองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นรูปธรรม

๖.๒ การสนับสนุนและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การสร้างสุขภายในเขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดองค์กรแห่งความสุขอย่างสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

๖.๓ ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพนักสร้างสุขในองค์กร ให้มีความรู้ และทักษะที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ จากรุ่นสู่รุ่น

ผู้รายงาน.....กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.....  
.....สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....

# กรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการ ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

- โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความยั่งยืน ตามแนวทางพัฒนาเศรษฐกิจ  
ชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)
- โครงการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์
- โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน
- โครงการแก้ไขปัญหาลพิษทางอากาศ
- โครงการลดอุบัติเหตุทางถนน
- โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามปณิธาน  
ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร(Executive Summary)

### ประเด็นที่ ๗ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

#### ๑. โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ

**เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model) :** มีการขับเคลื่อนด้วยการจัดทำโครงการส่งเสริมนโยบายการปลูกพืชผัก สมุนไพรเศรษฐกิจ ให้ได้ตามมาตรฐาน GAP การพัฒนาผู้ประกอบการให้มีความรู้ความสามารถในการพัฒนาต่อยอดทั้งสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งบูรณาการกับหน่วยงานภายนอก เช่น การร่วมมือกับสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (สสว) ในการส่งเสริมผู้ประกอบการให้ได้รับอนุญาตสถานที่และผลิตภัณฑ์ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยให้คำปรึกษาเบื้องต้นในการดำเนินธุรกิจและส่งต่อความช่วยเหลือให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการผลิตและจำหน่ายสินค้า หรือการร่วมมือกับสำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัด สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด พาณิชยจังหวัด หอการค้า บริษัทประชารัฐรักสามัคคี สมัชชาสุขภาพจังหวัด และสถาบันการศึกษา ในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการผลิตให้แก่เกษตรกรที่ปลูก/แปรรูปผลผลิตให้ผ่านการรับรองมาตรฐานตามประเภทของผลิตภัณฑ์ จนไปถึงการส่งเสริมช่องทางการจำหน่ายผลผลิตแก่เกษตรกร อุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ประกอบการ/ผู้แปรรูปขาดความเข้าใจเรื่อง การจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน การเข้าถึงแหล่งเงินทุน ขาดการบูรณาการร่วมกับสถาบันการศึกษาทำให้ งานวิจัยไม่ต่อเนื่อง การเข้าถึงองค์ความรู้ สภาพอากาศที่แปรปรวนส่งผลให้เกษตรกรไม่สามารถเพาะปลูกได้อย่างต่อเนื่อง กลุ่มวิสาหกิจยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ด้านการบริหารจัดการ การผลิต และการตลาด ส่งผลให้การจำหน่ายสินค้าเป็นไปอย่างจำกัด ควรได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

**๒. โครงการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์ :** มีการขับเคลื่อนโครงการดังกล่าว ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ มีการสนับสนุนองค์ความรู้ในการพัฒนาเครือข่ายผู้ประกอบการด้านการพัฒนาสถานที่ วิธีการผลิตอาหารตามมาตรฐาน การใช้สารเคมีต่างๆ การสนับสนุนค่าวิเคราะห์ให้กับผู้ประกอบการ เพื่อให้กระบวนการพัฒนามีความปลอดภัย สร้างความมั่นใจแก่ผู้บริโภค การจัดทำโครงการส่งเสริมให้เกษตรกรและวิสาหกิจชุมชนปลูกพืชผักกัญชา กัญชง เพื่อผลักดันเป็นพืชเศรษฐกิจ ซึ่งมีการประชาสัมพันธ์โครงการในรูปแบบการจัดประชุม ผู้สนใจปลูกและแปรรูป การกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มผู้ปลูกกัญชากัญชงในพื้นที่และดำเนินการเพื่อขอรับอนุญาตดำเนินการปลูก ส่งเสริมการทำข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกลุ่มวิสาหกิจชุมชนกับโรงพยาบาลในพื้นที่การปลูกพืชสมุนไพร เพื่อผลิตยาสมุนไพรสนับสนุนแก่หน่วยบริการในจังหวัด นอกจากนี้ในบางพื้นที่ยังมีการร่วมมือกับทางพาณิชย์จังหวัดในการสร้างแบรนด์ ออกแบบบรรจุภัณฑ์อาหาร และออกร้านเพื่อประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รู้จัก เพื่อเพิ่มโอกาสในการขยายตลาด เพื่อให้เกษตรกรสามารถมีรายได้เพิ่มขึ้นจากผลผลิตทางการเกษตร หากทำอย่างเป็นระบบก็จะช่วยให้ผลผลิตทางการเกษตรไม่ล้นตลาด ไม่เกิดแข่งขันด้านราคาที่จะส่งผลให้ราคาสินค้าลดลง ทั้งยังเสริมสร้างอาชีพใหม่ๆ ในชุมชน และช่วยลดต้นทุนการผลิตสินค้าในด้านการขนส่ง อุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ หน่วยงานสนับสนุนการพัฒนาประสบปัญหาเนื่องจากต่างคนต่างทำ การพัฒนาไม่เป็นไปตามระเบียบสาเหตุมาจากผู้ประกอบการไม่สามารถเข้าถึงบริการภาครัฐ ขาดที่ปรึกษา ขาดเงินทุนปรับปรุงสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐาน ขาดองค์ความรู้ในการพัฒนาต่อยอด และหน่วยงานสนับสนุนขาดการบูรณาการร่วมกัน ขาดบุคลากรที่มีความสามารถในการสร้างแบรนด์ (Branding) หรือการสร้างภาพลักษณ์ของสินค้า ทำให้ความสามารถการแข่งขันในตลาดต่ำ หรือจำกัดอยู่ในวงแคบ

**๓. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน :** จากสถานการณ์ปัญหาสังคมที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น รวมทั้งวิกฤติเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการภาครัฐ กระบวนการยุติธรรม และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยเฉพาะครอบครัวยากจนและกลุ่มเปราะบาง รัฐบาลได้จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) “โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต กลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน” กำหนดระยะเวลา ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘) เมื่อวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๔ ณ ตึกภักดีบดินทร์ ทำเนียบรัฐบาล ระหว่าง ๑๒ กระทรวง และ ๑ หน่วยงาน ประกอบด้วย สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ และนวัตกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และ

กรุงเทพมหานคร โดยบูรณาการร่วมกันของครัวเรือนเปราะบาง ได้แก่ ครัวเรือนที่มีรายได้น้อย ครัวเรือนที่มีรายได้น้อยและมีบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น เช่น ครอบครัวยากจนที่มีเด็กเล็ก แม่เลี้ยงเดี่ยว ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยติดเตียงมีปัญหาที่อยู่อาศัย จำเป็นต้องร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มดังกล่าวอย่างเร่งด่วน จริงจัง และต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุข มีขอบเขตความร่วมมือตาม MOU ได้แก่ ยกระดับระบบสุขภาพให้คนไทยทุกคนที่อาศัยในประเทศไทย ประจำปีตัวสามคน บูรณาการสร้างระบบสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับคนไทยและทุกคนที่อาศัยในประเทศไทย

**๔. โครงการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ :** มีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในระดับจังหวัดและระดับเขต เป้าหมายมีการเฝ้าระวัง ป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM๒.๕) ซึ่งกำหนดเป็นจุดเน้นการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีการสนับสนุนให้จังหวัดวิเคราะห์ข้อมูลฝุ่นละออง พัฒนาระบบการคัดกรอง วินิจฉัยโรค/การแจ้ง การรายงานโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง PM๒.๕ จำนวน ๔ กลุ่มโรค ได้แก่ ๑) Chronic obstructive pulmonary disease with (acute) exacerbation ๒) Acute Asthma ๓) Other acute ischemic heart diseases ๔) Subsequent ST elevation (STEMI) and non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction และการสอบสวนโรคเบื้องต้น (กรณีพบผู้ป่วย/สงสัยป่วย/เข้าเกณฑ์/การสอบสวนโรค) ซึ่งโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง PM๒.๕ เป็นโรคที่ถูกกำหนดตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

**๕. โครงการลดอุบัติเหตุทางถนน :** อุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับหนึ่งในสามอันดับแรกของปัญหาสาธารณสุขมาโดยตลอด จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ข้อมูลจาก Global Status Report on Road Safety ๒๐๑๘ ขององค์การอนามัยโลก จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นอันดับ ๙ ของโลก โดยมีอัตราการตาย ๓๒.๗ ต่อประชากรแสนคน และจากข้อมูลบูรณาการ ๓ ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมากถึงปีละ ๒๐,๐๐๐ - ๒๔,๐๐๐ คน หรือชั่วโมงละ ๓ คน บาดเจ็บไม่ได้นอนโรงพยาบาลนับล้านคน และนอนรักษาตัวโรงพยาบาลเกือบสองแสนคนต่อปี พิกัดปีละกว่า ๗,๐๐๐ คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า ๕ แสนล้านบาทต่อปี กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ๔ มาตรการ ได้แก่ บริหารจัดการ ข้อมูล ป้องกัน รักษา โดยบูรณาการข้อมูลการบาดเจ็บจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง ขนส่ง ทางหลวง กู้ภัย ฯลฯ เพื่อให้คณะกรรมการบังคับใช้กฎหมายหรือคณะทำงานข้อมูลของจังหวัด นำข้อมูลมาวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาในพื้นที่ และขอให้โรงพยาบาลระดับ A S M๑ รายงานข้อมูลการบาดเจ็บผ่านระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ Injury Surveillance Online ครบทุกแห่ง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น นำเสนอในเวที สปถ.จังหวัด และคณะกรรมการบังคับใช้กฎหมาย โดยกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ : จำนวนการบาดเจ็บและการเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่นำร่องลดลงร้อยละ ๕ ต่อปี (อย่างน้อย ๖ จังหวัด)

**๖. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี :** กระทรวงสาธารณสุขมีการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน โดยให้โรงพยาบาลทุกแห่งบริการฉีดวัคซีน/อิมมูโนโกลบูลิน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างพอเพียง ร่วมกับการค้นหาติดตามผู้สัมผัสโรค มีโปรแกรมรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.๓๖) กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โดยบูรณาการร่วมกับปศุสัตว์จังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ มีการคัดเลือก อปท. เพื่อสร้างเขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ดำเนินการโดยใช้ กลยุทธ์ ๖ ด้าน มีการประเมินสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์พื้นที่ตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่สงสัย ได้ส่งตรวจสารคัดหลั่ง จัดทำแผนที่เกี่ยวข้องกับโรคพิษสุนัขบ้าในหน่วยงานระดับอำเภออย่างครอบคลุม สสำรวจบุคลากรกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการฉีด Pre-exposure prophylaxis : PrEP สำหรับฉีดป้องกันล่วงหน้า ทั้ง ๓ หน่วยงาน (สาธารณสุข/ปศุสัตว์/อปท.) ที่ไม่เคยรับวัคซีน ดำเนินการให้บุคลากรบริหารจัดการวัคซีนแบบหลังสัมผัสโรค เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้ง่าย มีการสอบสวนติดตามผู้สัมผัสโรคในกรณีพบหัวสัตว์ติดเชื่อให้มารับวัคซีนทุกราย เน้นการพัฒนากระบวนการรายงานโรคและเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทางสมอง และระบบประสาท

เพื่อเชื่อมข้อมูลระหว่างหน่วยงาน มีสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทุกช่องทางจนถึงระดับชุมชน หมู่บ้าน ผ่าน อสม. อย่างต่อเนื่อง เน้นผู้นำสัตว์เลี้ยวมารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ในการวางกรอบนโยบาย และกลยุทธ์ในการเฝ้าระวังควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า การเปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน (EOC) เพื่อกำกับติดตามในการควบคุมการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ให้สงบโดยเร็วและเฝ้าระวังป้องกันโรค อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการบูรณาการด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ การบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ให้เป็นเขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้าอย่างยั่งยืน

## รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่ ๑

### ประเด็นที่ ๗ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

การตรวจราชการแบบบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เน้นการบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็วและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรค แรงกดดันของประเทศ ก่อให้เกิดประโยชน์สุขกับประชาชนด้วยความ โปร่งใส เป็นธรรม ประหยัด และมีประสิทธิภาพ ตามหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีต่อไป ประกอบด้วย

๑. การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (Issue) ได้แก่ การฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) การจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model) และ การพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน

๒. การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์ และการเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถของเศรษฐกิจฐานราก

๓. การติดตามความคืบหน้าการแก้ไขปัญหาสำคัญในเชิงพื้นที่ ได้แก่ การจัดการประมงอย่างยั่งยืน การเตรียมการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศของแม่น้ำโขง การพัฒนาเมืองสมุนไพร การแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ และการลดอุบัติเหตุทางถนน

๔. การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนหรือข้อร้องเรียนของประชาชน หรือการผลักดันการดำเนิน โครงการ/มาตรการสำคัญในเชิงพื้นที่ของส่วนราชการ

#### โครงการที่เกี่ยวกับกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

๑. โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)

๒. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน

๓. โครงการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์

๔. โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร (ตรวจราชการรอบที่ ๒ เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม ๒๕๖๕)

๕. โครงการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ

๖. โครงการลดอุบัติเหตุทางถนน

๗. การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนหรือข้อร้องเรียนของประชาชน

๘. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี (โครงการกรณีพิเศษ/เร่งด่วน)

### ๑. โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความ ยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น

และกองแผนงานและยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

#### ๑. สรุปผลการตรวจราชการ

การเกษตรเป็นโครงสร้างสำคัญของเศรษฐกิจไทย ประชากรรากฐานของประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในภาคชนบทมีอาชีพเกษตรกรรม ด้วยสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไปส่งผลให้จากเดิมที่เคยปลูกพอกินเปลี่ยนไปสู่การปลูกแบบเชิงธุรกิจเกษตรอาหาร ซึ่งมีการใช้ทรัพยากรและความหลากหลายทางชีวภาพสร้างการเติบโตทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดของเหลือทิ้งที่สร้างมลพิษ ปัญหาสิ่งแวดล้อม และปัญหาความเหลื่อมล้ำ ทั้งนี้ รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญและเห็นควรให้

ปรับเปลี่ยนรูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนโครงการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)

อุปสรรคสำคัญในการขับเคลื่อนโครงการดังกล่าว ได้แก่ ผู้ประกอบการ/ผู้ประกอบการ/ผู้แปรรูปยังขาดความเข้าใจในเรื่องของการจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน การเข้าถึงแหล่งเงินทุน ขาดการบูรณาการร่วมกับสถาบันการศึกษา ทำให้งานวิจัยไม่ต่อเนื่อง การเข้าถึงองค์ความรู้ สภาพอากาศที่แปรปรวนส่งผลให้เกษตรกรไม่สามารถเพาะปลูกได้อย่างต่อเนื่อง กลุ่มวิสาหกิจยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ด้านการบริหารจัดการ การผลิต และการตลาด ส่งผลให้การจำหน่ายสินค้าเป็นไปอย่างจำกัด

กระทรวงสาธารณสุขมีการขับเคลื่อนโครงการดังกล่าว ด้วยการจัดทำโครงการส่งเสริมนโยบายการปลูกพืชผักสมุนไพรเศรษฐกิจ ให้ได้ตามมาตรฐาน GAP การพัฒนาผู้ประกอบการให้มีความรู้ความสามารถในการพัฒนาต่อยอดทั้งสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งบูรณาการกับหน่วยงานภายนอก เช่น การร่วมมือกับสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (สสว) ในการส่งเสริมผู้ประกอบการให้ได้รับอนุญาตสถานที่และผลิตภัณฑ์ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยให้บริการคำปรึกษาเบื้องต้นในการดำเนินธุรกิจ และส่งต่อความช่วยเหลือให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการผลิตและจำหน่ายสินค้า หรือการร่วมมือกับสำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัด สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด พาณิชย์จังหวัด หอการค้า บริษัทประชารัฐรักสามัคคี สมัชชาสุขภาพจังหวัด และสถาบันการศึกษา ในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการผลิตให้แก่เกษตรกรที่ปลูก/แปรรูปผลผลิตให้ผ่านการรับรองมาตรฐานตามประเภทของผลิตภัณฑ์ จนไปถึงการส่งเสริมช่องทางการจำหน่ายผลผลิตแก่เกษตรกร เป็นต้น

## ๒. ผลการตรวจติดตาม

### ๒.๑ สถานการณ์สิ่งแวดล้อมสีเขียว

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>➤ ประเทศไทยเป็นแหล่งเกษตรและข้าวที่สำคัญ จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ของภาคในการ “เพิ่มศักยภาพผลิตสินค้าเกษตรไปสู่มาตรฐานเกษตรอินทรีย์และอาหารปลอดภัย” ภายใต้เป้าหมายของรัฐบาลและจังหวัด การสร้างเศรษฐกิจฐานรากต้องเริ่มที่ระดับครัวเรือน หมู่บ้าน ตำบล การปลูกพืชผักสมุนไพรปลอดภัยไว้กิน ในครัวเรือน เหลือกินแบ่งปันและขาย ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ หากต้องขยายโอกาสให้มีรายได้มากขึ้น ต้องปรับเปลี่ยนวิถีคิด จากเคยปลูกพอกินเปลี่ยนไปสู่การปลูกแบบเชิงธุรกิจเกษตรอาหาร ที่เน้นเกษตรปลอดภัยสู่เกษตรอินทรีย์เพื่อเพิ่มมูลค่าและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ผลิตและผู้บริโภค โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาสนับสนุนองค์ความรู้ในการทำผลิตพืชผักสมุนไพร ภัยขาดปลอดภัยเคมี รวมไปถึงการแปรรูปผลผลิตในชุมชนและการเชื่อมโยงช่องทาง การขายกับนักธุรกิจขนาดย่อย เช่น โรงคัดบรรจุผักผลไม้ ภาคเอกชน ร้านอาหาร โรงแรม โรงพยาบาล โรงเรียน</p>	<p>➤ สภาพดินฟ้าอากาศไม่เอื้ออำนวยต่อการเพาะปลูกของจังหวัด ทำให้เกษตรกรไม่สามารถผลิตพืชผักสมุนไพรได้ต่อเนื่องตลอดทั้งปี</p>

## ๒.๒ การจัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียว

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>➤ มีการจัดทำโครงการส่งเสริมนโยบายการปลูกพืชผัก สมุนไพรเศรษฐกิจ กัญชากัญชงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปัจจุบันมีผลการดำเนินงาน ดังนี้</p> <p>๑) มีแปลงปลูกพืชผักสมุนไพรที่ผ่านการรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัย</p> <p>๒) มีแปลงปลูกกัญชา ที่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน GAP</p> <p>๓) มีแปลงปลูกพืชสมุนไพร ตามมาตรฐาน GAP</p>	<p>➤ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการปลูก พืชผักสมุนไพร กัญชากัญชงกับทาง หน่วยงานสาธารณสุขยังมีน้อย</p>

## ๒.๓ การบริหารจัดการ การหมุนเวียนการใช้ประโยชน์ทรัพยากรทางชีวภาพที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p><b>ด้านการเกษตรและอาหาร</b></p> <p>๑. บางพื้นที่มีแผนการสนับสนุนผู้ประกอบการในการพัฒนาสถานที่ และผลิตภัณฑ์โรงคัดผักให้มีคุณภาพมาตรฐานในปี ๒๕๖๕ และตรวจสอบ คุณภาพผัก โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนค่าตรวจวิเคราะห์จากสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง ผักในโรงคัดผัก เสร็จเรียบร้อยแล้ว (รอผลวิเคราะห์)</p> <p>๒. มีการส่งเสริมให้มีการผลิต แปรรูปพืชผักสมุนไพร และกัญชา กัญชง ที่มีการหมุนเวียนการใช้ประโยชน์ทรัพยากรทางชีวภาพที่เป็นมิตร ต่อสิ่งแวดล้อม</p> <p><b>ด้านสุขภาพและการแพทย์</b></p> <p>๑. โรงพยาบาลมีการรับซื้อพืชผักผลไม้จากกลุ่มเกษตรกรที่ผ่านการ รับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัย เพื่อไปประกอบปรุงอาหารให้กับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรวมถึงการจัดตลาด green market ในโรงพยาบาลเพื่อ จำหน่ายพืชผักปลอดสารให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการส่งเสริมและรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้เกิดการบริโภคพืชผัก ปลอดสารให้เข้าถึงผู้บริโภคมากขึ้น</p> <p>๒. มีแผนการส่งเสริมสถานที่ปลูกกัญชา กัญชงเพื่อสุขภาพและ การแพทย์ให้ได้รับอนุญาต โดยปัจจุบันมีสถานที่ปลูกกัญชาและกัญชงที่ ได้รับอนุญาตในจังหวัดขอนแก่นแล้ว</p> <p>๓. นำสมุนไพรจากกลุ่มเกษตรกรที่ผลิตได้ตามมาตรฐาน มาผลิตเป็นยา สมุนไพรเป็นการเพิ่มมูลค่าของสมุนไพรและช่วยให้เกษตรกรมีรายได้เพิ่มขึ้น</p> <p>๔. กัญชาในส่วนของช่อดอก มีแผนในการนำไปแปรรูปเป็นยากัญชา ณ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิเพื่อนำไปใช้ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้ บริการแก่ผู้ป่วย</p> <p>๕. ส่วนของใบ ราก ลำต้น ได้มีการนำไปจำหน่ายให้กับร้านอาหาร ร้านเครื่องดื่ม เพื่อนำไปแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์อาหาร</p>	<p>➤ ผู้ประกอบการ/ผู้แปรรูปยังขาดความ เข้าใจในเรื่องของการจัดการสิ่งแวดล้อม สีเขียวเพื่อความยั่งยืน</p> <p>➤ ขาดการบูรณาการร่วมกับมหาวิทยาลัย ทำให้ยังไม่มีผลการศึกษวิจัยเท่าที่ควร</p> <p>➤ เกษตรกรไม่สามารถปลูกพืชผัก สมุนไพรปลอดภัยให้ได้ตามความต้องการ ของผู้บริโภคตลอดทั้งปี</p> <p>➤ ผู้ประกอบการที่เป็นกลุ่มวิสาหกิจยัง ขาดบุคลากรที่มีความรู้ในการบริหาร จัดการและการตลาดและการผลิต จึงยัง จำหน่ายสินค้าได้ในวงแคบ</p>

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p><b>ด้านการศึกษาวิจัย</b></p> <p>จังหวัดขอนแก่นมีสถานที่ได้รับอนุญาตผลิต/แปรรูป/สกัด กัญชา จำนวน ๓ แห่ง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. มหาวิทยาลัยขอนแก่น (คณะเภสัชศาสตร์)</li> <li>๒. อุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น</li> <li>๓. กรมการแพทย์ร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น</li> </ol> <p><b>ด้านการตลาด</b></p> <p>ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดย ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (OSSC) ร่วมกับสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (สสว) ในการส่งเสริมผู้ประกอบการให้ได้รับอนุญาตสถานที่และผลิตภัณฑ์ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยให้บริการคำปรึกษาเบื้องต้นในการดำเนินธุรกิจและส่งต่อความช่วยเหลือให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการผลิตและจำหน่ายสินค้าผลิตภัณฑ์ชุมชนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ด้วยรูปแบบการให้คำปรึกษาทั้งการ walk in และ e-consult มีการส่งเสริมช่องทางการตลาดให้แก่เกษตรกรที่ปลูกพืชผักสมุนไพรและกัญชากัญชง ในช่องทางต่างๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ตลาดนัดความสุข ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>๒. ตลาด green market พืชผักปลอดสารในโรงพยาบาลทุกแห่ง และในพื้นที่</li> <li>๓. จำหน่ายพืชผักปลอดสารที่ผ่านการรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยให้กับโรงพยาบาล ร้านอาหาร โรงแรม โรงเรียน โรงเรียนวัดบวรจุฬากและผลไม้</li> </ol>	

#### ๒.๔ การพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>➢ มีการขับเคลื่อนการทำงานผ่านคณะทำงานพัฒนาเศรษฐกิจพืชผักสมุนไพรและกัญชากัญชง ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน อาทิ สำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัด สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด พาณิชย์จังหวัด ท้องถิ่นการค้า บริษัทประชารัฐรักสามัคคี สมัชชาสุขภาพจังหวัด มหาวิทยาลัยราชภัฏ ร่วมกันพัฒนาองค์ความรู้ด้านการผลิตให้แก่เกษตรกรที่ปลูก/แปรรูปผลิตภัณฑ์ให้ผ่านการรับรองมาตรฐานตามประเภทของผลิตภัณฑ์ จนไปถึงการส่งเสริมช่องทางการจำหน่ายผลผลิตแก่เกษตรกร/ผู้ประกอบการที่เข้าร่วมโครงการและผ่านการรับรองมาตรฐาน นอกจากนี้ยังมีองค์การบริหารส่วนจังหวัดให้การสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมระบบน้ำให้แก่กลุ่มเกษตรกรในจังหวัด</p>	<p>➢ กลุ่มเกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการปลูกพืชผักสมุนไพรและกัญชากัญชง มีการผลิตได้ไม่เพียงพอตามความต้องการของผู้บริโภค เนื่องจากขาดปัจจัยสนับสนุนในกระบวนการผลิตให้ได้ตลอดทั้งปี ส่งผลให้ตลาดในการจำหน่ายผลผลิตพืชผักปลอดสาร ไม่มีความต่อเนื่อง</p>
<p>➢ มีแผนการสนับสนุนผู้ประกอบการในการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากกัญชากัญชงในปี ๒๕๖๕ ได้แก่ แผนการสนับสนุนส่งเสริมผลิตภัณฑ์จากกัญชากัญชง และกระท่อมเพื่อให้ผู้ประกอบการด้านอาหาร เครื่องสำอาง</p>	<p>➢ แหล่งผลิตวัตถุดิบในพื้นที่ที่สามารถปลูกกัญชา กัญชง ยังมีไม่มากและยังพึ่งเริ่มปลูก จึงมีวัตถุดิบไม่เพียงพอจำหน่าย</p>

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
และผลิตภัณฑ์สมุนไพร สามารถผลิตผลิตภัณฑ์เพื่อออกจำหน่ายได้อย่างน้อย ๓รายการ (อาหาร/เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร)	ทำให้ผู้ประกอบการขาดแหล่งซื้อวัตถุดิบภายในจังหวัด

### ๓. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการแพทย์	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p><b>กระท่อม</b></p> <p>๑. ข้อกำหนดในการทำผลิตภัณฑ์กระท่อมยังขาดความชัดเจนในการพัฒนาผลิตภัณฑ์</p> <p>๒. การประเมินความปลอดภัยของตัววัตถุดิบสาร Mitragynine ไม่เกิน ๐.๒ มิลลิกรัมต่อวัน</p>	<p><b>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</b></p> <p>๑. ควรสนับสนุนการพัฒนา โมโนกราฟของผลิตภัณฑ์รูปแบบอื่นๆ ที่ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนไว้</p> <p>๒. การสนับสนุนการพัฒนาโมโนกราฟของผลิตภัณฑ์รูปแบบอื่นๆ ที่ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนไว้ ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย</p>	สสจ./หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
<p><b>กัญชง</b></p> <p>การนำเข้ากัญชงที่แปรรูปเพียงเล็กน้อยและการเข้าผลิตภัณฑ์ ออย.</p> <p>๑. การสืบค้นสรรพคุณสมุนไพรแต่ละชนิดและการนำไปกล่าวอ้างทางสุขภาพ</p> <p>๒. การเข้าถึงข้อมูลและช่องทางช่วยเหลือเชื่อมโยงการวิจัยเพื่อแสดงสรรพคุณ การเคลมสินค้า หรือกล่าวอ้างทางสุขภาพ</p> <p>๓. การจัดการแหล่งการผลิต และการจัดจำหน่ายร่วมกับหน่วยงานรัฐ และการดำเนินการให้กัญชาที่ทำไม่ผิดกฎหมาย รวมทั้งสร้างรายได้</p> <p>๔. แหล่งจำหน่าย ผลผลิตที่ผลิตออกมาจากการปลูก</p>	<p>การตีความทางข้อกำหนด กฎหมายควรมีความชัดเจนหรือมีการยกตัวอย่างที่ชัดเจน</p> <p>๑. ควรมีช่องทางหรือประกาศฯ ในเรื่องของการกล่าวอ้างสรรพคุณของสมุนไพรแต่ละชนิด</p> <p>๒. ออย. ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กล่าวอ้างสรรพคุณ การเคลมฉลาก</p> <p>๓. ผลักดันการปรับแก้ไขกฎระเบียบ</p>	
<p><b>ฟ้าทะลายโจร</b></p> <p>๑. การ claim สรรพคุณฟ้าทะลายโจร เพื่อให้เป็นยา</p> <p>๒. การทดสอบประสิทธิภาพและความต้องการผลิตเครื่องสำอางที่มีฟ้าทะลายโจรเป็นส่วนประกอบเพื่อเคลมเรื่องของการชำระล้างทำความสะอาด ดูแลผิว</p> <p>๓. การผลิตอาหารและเครื่องสำอางในสถานที่ร่วมกัน</p> <p>๔. การขอขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ฟ้าทะลายโจรรูปแบบพ่นและน้ำ</p> <p>๕. การผลิตฟ้าทะลายโจรเป็นผลิตภัณฑ์อื่นๆ</p>	<p>๑. การขอขึ้นทะเบียนเครื่องสำอาง ต้องมีสารที่กำหนดตลอดอายุการใช้งาน ไม่จำเป็นต้องยื่นข้อมูลด้านประสิทธิภาพ ก็สามารถเคลมสรรพคุณได้</p> <p>๒. การพิจารณา (ร่าง) ประกาศสถานที่ผลิตร่วม</p> <p>๓. ควรชี้แจงเหตุผลผลการที่ไม่อนุญาตให้ใช้ในอาหารและจัดทำแนวทาง Q &amp; A ให้มีความชัดเจน</p>	

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ด้านสุขภาพและการแพทย์	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
	<p><b>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</b></p> <p>๑. ส่งเสริมปลูกสมุนไพรที่มีมูลค่าทางเศรษฐกิจ ให้ผ่านการรับรอง GAP/Organic เพื่อเพิ่มรายได้ให้กับเกษตรกร</p> <p>๒. ควรมีการสนับสนุนงบประมาณการตรวจวิเคราะห์คุณภาพ และสนับสนุน/ผลักดัน ให้รพ. ผ่านตามมาตรฐาน WHO-GMP</p>	สสจ./หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## ๒. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และกองแผนงานและยุทธศาสตร์กรมอนามัย

### ๑. สรุปผลการตรวจราชการ

จากสถานการณ์ปัญหาสังคมที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น รวมทั้งวิกฤติเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการภาครัฐ กระบวนการยุติธรรม และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยเฉพาะครอบครัวยากจนและกลุ่มเปราะบาง และบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) “โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต กลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน” กำหนดระยะเวลา ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๘) เมื่อวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๔ ณ ตึกภักดีบดินทร์ ทำเนียบรัฐบาล ระหว่าง ๑๒ กระทรวง และ ๑ หน่วยงาน ประกอบด้วย สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ และนวัตกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร

กระทรวงสาธารณสุข มีขอบเขตความร่วมมือตาม MOU ได้แก่ ยกย่องระบบสุขภาพให้คนไทยทุกคนครอบคลุมมีหมอประจำตัวสามคน บูรณาการสร้างระบบสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับคนไทยและทุกคนที่อาศัยในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ ได้แก่

๑. บูรณาการความร่วมมือในการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางให้ครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม
๒. เพื่อให้กลุ่มเปราะบางเข้าถึงสิทธิ์และสวัสดิการ รวมทั้งพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางและให้ครอบครัวมั่นคงมีความสุข สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน
๓. เพื่อให้มีฐานข้อมูลกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือนระดับประเทศที่เกิดจากการบูรณาการข้อมูลจาก ทุกหน่วยงาน ครัวเรือนเปราะบาง หมายถึง ครัวเรือนที่มีรายได้น้อย ครัวเรือนที่มีรายได้น้อยและมีบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น เช่น ครอบครัวยากจนที่มีเด็กเล็ก แม่เลี้ยงเดี่ยว ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยติดเตียงมีปัญหาที่อยู่อาศัย จำเป็นต้องร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มดังกล่าวอย่างเร่งด่วน จริงจัง และต่อเนื่อง

#### ระดับของความเปราะบางของครัวเรือน

ระดับ ๑ ครัวเรือนที่มีรายได้น้อย ครัวเรือนที่มีรายได้น้อยและมีปัญหาที่อยู่อาศัย

ระดับ ๒ ครัวเรือนที่มีรายได้น้อยและมีบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ๑-๒ คน (อาทิ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และ ผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น)

ระดับ ๓ ครัวเรือนที่มีรายได้น้อยและมีบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากกว่า ๒ คน

หมายเหตุ : ครั้วเรือนที่มีรายได้น้อย คือ ครั้วเรือนที่มีรายได้ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐บาท/ปี , ภาวะพึ่งพิง หมายถึง คนที่ต้องได้รับการดูแล/ช่วยเหลือจากคนอื่น

**มาตรการที่ดำเนินการในพื้นที่**

- ๑.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง ระดับเขต/จังหวัด/พื้นที่
๒. ดำเนินการค้นหา คัดกรอง กลุ่มเปราะบางที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ
๓. จัดทำข้อมูลกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน ด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่
๔. ดำเนินการให้การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพตามบริบทของหน่วยบริการและพื้นที่ เช่น การดูแลสุขภาพในโรคประจำตัว (โรคเบาหวาน อัมพฤกษ์ครึ่งซีก การช่วยเหลือผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ ผู้ป่วยติดเตียง
๕. การให้คำปรึกษาแนะนำ เยี่ยมดูแลที่บ้านโดย ๓ หมอ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
๖. รายงานสถานการณ์ตามระบบการรายงาน

**แนวทางการตรวจติดตาม**

ประเมินจากสถานการณ์ข้อมูลเบื้องต้น การสอบถาม และการดำเนินการตามประเด็นระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ/ Primary Data และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและติดตามความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค

**ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ**

๑. มีข้อมูลครัวเรือนที่ต้องการช่วยเหลือ/พัฒนาด้านสาธารณสุข
๒. มีข้อมูลครัวเรือนที่ได้รับการช่วยเหลือ/พัฒนา
๓. มีข้อมูลประเด็นการให้ความช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง เช่น การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ/การเยี่ยมดูแลที่บ้าน โดย ๓ หมอ/การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงตามระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้คำนิยาม “กลุ่มเปราะบาง” ไว้ว่ากลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่น เป็นกลุ่มที่มีการประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันประเมิน ADL (Activities of Daily Living) ที่มีคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ คะแนน

**๒. ผลการตรวจติดตาม**

๒.๑ ภาพรวมผลการดำเนินงานในการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือนในด้านต่าง ๆ

๑) ด้านการบูรณาการ ในการส่งต่อข้อมูล การให้ความช่วยเหลือ นโยบาย นิยามกลุ่มเปราะบาง และการจัดเก็บข้อมูล

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>➤ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ได้มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัด ดำเนินงานภายใต้คำสั่ง คณะกรรมการบริหาร ศูนย์อำนวยการจัดความยากจนและพัฒนาดน ทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาของ เศรษฐกิจพอเพียง (คจพ.จ) ในระดับจังหวัด และระดับต่างๆ</p> <p>➤ มีการบูรณาการทั้งส่วนราชการ และภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และภาคเอกชน ในการมี ส่วนร่วมขับเคลื่อนโครงการฯ เพื่อให้ครัว เรือน เป้าหมายได้รับความช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้อย่าง</p>	<p>๑. หน่วยงานระดับพื้นที่มีงบประมาณไม่เพียงพอ ไม่ สามารถช่วยเหลือได้อย่างเต็มศักยภาพ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ไม่เอื้อต่อการดำเนินการตามโครงการฯ</p> <p>๒. ประชาชนมีความคาดหวังในการให้ความช่วยเหลือ จากจังหวัด/รัฐบาลว่าจะได้รับแจกสิ่งของ และ งบประมาณสนับสนุน โดยเฉพาะด้านการพัฒนาอาชีพ</p> <p>๓. บุคลากรผู้รับผิดชอบ มีการโยกย้าย และโอนย้ายไป ดำรงตำแหน่งอื่น ทำให้บุคลากรในพื้นที่มีภาระงานที่ หลากหลาย การดำเนินงานล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง</p> <p>๔. การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ วัสดุจากภาครัฐทุกภาค ส่วน ยังไม่ต่อเนื่อง และไม่เพียงพอ รวมถึงการร่วมสมทบ</p>

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
ยั่งยืนและถือเป็นวาระจังหวัดที่ต้องดำเนินการร่วมกันของทุกภาคส่วนอย่างเร่งด่วน	บริจาคสิ่งของ ที่ไม่ตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่

## ๒) ด้านข้อมูล มีการนำข้อมูลจากระบบ TPMAP มาใช้ประโยชน์

ปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ยังไม่มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลระบบ TPMA เนื่องจากไม่มีการประชาสัมพันธ์การใช้งานระบบข้อมูล TPMA ทำให้ภาคส่วนต่างๆ ไม่มีการเข้าถึงระบบข้อมูลดังกล่าว ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากฐานข้อมูล ระบบของกระทรวงสาธารณสุข และจากการสำรวจของบุคลากรด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>➤ ได้นำข้อมูลจากระบบ TPMAP มาใช้ระบุกลุ่มเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา โดยกำหนดผู้รับผิดชอบหลักประจำศูนย์ระดับคุณภาพชีวิตคนจนขั้นพื้นฐานร่วมกัน ทั้งฝ่ายปกครอง อปท. รพ.สต. และ พช. เพื่อแบ่งหน้าที่ดำเนินการบันทึกและนำข้อมูลเข้าโปรแกรม เป็นตำบลและด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>นำ Family Folder ของครัวเรือนเป้าหมาย บันทึกลงในระบบ โปรแกรม และจัดส่งข้อมูล</li> <li>ประชุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เพื่อติดตามการลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรม โดยเฉพาะข้อมูลกลุ่มเป้าหมายให้พื้นที่มีการสำรวจ และยืนยันข้อเท็จจริง มีการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้ทันตามเวลาที่กำหนด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้รับผิดชอบหลักมีการเปลี่ยนแปลง/โยกย้ายบ่อย ทำให้การบันทึกข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ไม่ครบทุกกิจกรรม การดำเนินงานมีความล่าช้า</li> <li>ข้อมูลใน Family Folder บางอย่างไม่มีในระบบโปรแกรม จึงต้องลงพื้นที่เก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อลงข้อมูลใหม่ ทำให้เสียเวลา ข้อมูลเดิมคลาดเคลื่อน ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ไม่สามารถดำเนินการตามเวลาที่กำหนดได้</li> <li>ส่วนใหญ่หน่วยงานไม่ค่อยได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมีระบบฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงานอยู่แล้ว ซึ่งไม่ตรงกับข้อมูลในระบบของทางอำเภอ</li> </ol>

๓) ด้านงบประมาณและบุคลากร มีการสนับสนุนงบประมาณและเครื่องมือ บุคลากร ในการดำเนินงาน ได้แก่

**ด้านงบประมาณ** สปสช. ให้ความสำคัญจัดสรรงบประมาณโครงการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยความร่วมมือ ๔ หน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์กรบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย แบบบูรณาการในพื้นที่ในเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

**ด้านบุคลากร** มีการสร้างและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ในสังกัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง) ได้แก่ ผู้จัดการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Manager) และพัฒนาให้มีผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ที่เป็นคนในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ่าง นักบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) มาสนับสนุนดูแลร่วมกับผู้จัดการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (CM) ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ให้เพียงพอในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>➤ การจัดทำแผนแก้ไขปัญหาใช้ฟังก์ชันในการดำเนินงาน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>➤ พื้นที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งของจากส่วนราชการระดับจังหวัด รัฐวิสาหกิจ และภาคเอกชน ในการดำเนินโครงการ เช่น สนง. พมจ. กส. สนง. เหล่ากาชาด กองทุนพัฒนาบทบาทสตรี, กองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น</p>	<p>๑. หน่วยงานระดับพื้นที่มีงบประมาณไม่เพียงพอ ไม่สามารถช่วยเหลือได้อย่างเต็มศักยภาพ และระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณของส่วนราชการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่เอื้อต่อการดำเนินการตามโครงการฯ</p> <p>๒. ประชาชนมีความคาดหวังในการให้ความช่วยเหลือว่าจะได้รับแจกสิ่งของ และงบประมาณสนับสนุนจากจังหวัด/รัฐบาล จึงไม่ค่อยให้ความสนใจในการช่วยเหลือด้านการพัฒนาอาชีพ</p>
ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>➤ มีการระดมทุนที่หลากหลายในระดับอำเภอ, ท้องถิ่น, ท้องที่, กองทุนหมู่บ้าน และผู้มีจิตศรัทธาอันเป็นกุศล โดยมีการบริหารจัดการเงินกองทุนในรูปแบบคณะกรรมการอำเภอ ผ่านการขออนุมัติในที่ประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อใช้จ่ายเงินตามโครงการฯ เป็นครั้งๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือในกรณีจำเป็นเร่งด่วน เช่น การซ่อมแซมบ้าน การดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมอาชีพ และการนำสิ่งของและเงินบริจาคไปช่วยเหลือครัวเรือนที่เดือนร้อน</p>	<p>๓. บุคลากรโยกย้าย/โอนย้ายไปดำรงตำแหน่งใหม่ จึงต้องเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบ โดยการขับเคลื่อนงานขาดความเข้าใจในกระบวนการ มีข้อจำกัดด้านจำนวนที่รับผิดชอบ เวลาลงพื้นที่ไม่ตรงกัน และมีงานตามนโยบายเร่งด่วนอื่นๆ ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง</p> <p>๔. การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ วัสดุติด จากภาครัฐทุกภาคส่วน ยังไม่ต่อเนื่อง และไม่เพียงพอ รวมถึงการร่วมสมทบบริจาคสิ่งของ ที่ไม่ตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่</p>

**๔) ด้านการสื่อสาร** มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจให้ส่วนราชการในสังกัดระดับจังหวัด ให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน

- ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ด้านการสื่อสารระดับจังหวัดมีนโยบายมุ่งเน้นการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตที่ดีให้กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ให้ครอบคลุมทุกมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพอนามัย เป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหา บูรณาการกับทุกภาคส่วนทุกระดับ

- ระดับอำเภอ สร้างความเข้าใจโดยการขับเคลื่อนผ่านกลไก พชอ. อำเภอ สร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

- ระดับตำบล โดยการประสานการดำเนินงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาให้เกิดตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน เพื่อดูแลตามสภาพปัญหารายบุคคล

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>➤ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ดำเนินการสื่อสาร ให้คณะกรรมการบริหารศูนย์อำนวยการจัดความยากจนและพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงจังหวัดมหาสารคาม (คจพ.จ) ได้ทราบถึงแผนในการแก้ไขปัญหา และให้หน่วยงานชี้แจงให้ส่วนราชการระดับอำเภอ ตำบล ได้รับทราบ เช่น</p> <p>๑. ก่อนดำเนินโครงการ ชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้เข้าร่วมโครงการ เป้าประสงค์ของโครงการฯ มีการประชาสัมพันธ์สื่อสารผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เวทีประชาคม การจัดทำสื่อผ่านช่องทางต่างๆ มีการรายงานผลทุกช่วงเวลา</p> <p>๒. หลังดำเนินโครงการ จัดทำสื่อนำเสนอผลการปฏิบัติงานผ่านช่องทางต่างๆ</p>	<p>๑. การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ไม่มีการถ่ายทอดที่ครอบคลุมทุกชุมชน/หมู่บ้าน และครัวเรือน เป้าหมายยังไม่เข้าใจวัตถุประสงค์โครงการที่ชัดเจน</p> <p>๒. ข้อมูลไม่ครบถ้วน รายงานคลาดเคลื่อน</p>

๕) ด้านการดำเนินโครงการ/กิจกรรม มีการดำเนินโครงการ/กิจกรรมภายใต้โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือนเป็นไปตามเป้าหมาย

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>➤ สสอ./รพ.สต. มีการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาด้านที่ตกเกณฑ์ เช่น แผนการดูแลด้านการออกกำลังกายและให้การดูแลตาม care plan/แผนการดูแลผู้สูงอายุตาม Care Plan, โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๕, โครงการส่งเสริมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการเพื่อสุขภาพที่ดี</p> <p>➤ กำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนการขับเคลื่อนผ่านรูปแบบ/กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และนำสู่การปฏิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล/หมู่บ้าน (พชต./พชม.)</p> <p>➤ หัวหน้าส่วนราชการ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึงภาคประชาชน มีความเข้าใจบริบทและสภาพปัญหาในพื้นที่ตนเอง และวัฒนธรรมชุมชนเป็นสังคมชนบทที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำให้มีการบูรณาการความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล</p>	<p>๑. การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ส่งผลให้คณะทำงานฯ และประชาชนในพื้นที่ ขาดความรู้ความเข้าใจเป้าประสงค์ของโครงการฯ การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้กระบวนการในการคัดเลือกครัวเรือนยากจนไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการและไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน</p> <p>๒. มีการโอนย้ายบุคลากรบ่อยครั้ง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารส่งผลให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง</p> <p>๓. ขาดการให้ความสำคัญและความร่วมมือของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง</p>

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>ทั้งการประสานงาน การวางแผน การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา และการติดตามก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและอำนาจหน้าที่ของแต่ละส่วนราชการ/ภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อนโครงการ</p> <p>➢ การลงพื้นที่สำรวจสภาพความเป็นอยู่ของครัวเรือนเป้าหมาย และการติดตามความก้าวหน้าของโครงการฯ อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการรายงานผลการดำเนินงานให้ศูนย์อำนาจการฯ อย่างต่อเนื่อง</p> <p>➢ ชุดปฏิบัติการประจำตำบลใช้ศักยภาพ ความถนัด และอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่</p> <p>➢ ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการคัดเลือกครัวเรือนเป้าหมายที่มีความเดือดร้อนในพื้นที่จริง</p>	

## ๒.๒ ภาพรวมผลการให้ความช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือนในมิติที่เกี่ยวข้อง

ด้าน	จำนวนครัวเรือนที่ต้องการความช่วยเหลือ/พัฒนา	จำนวนครัวเรือนที่ได้รับความช่วยเหลือ/พัฒนา	ประเด็นการให้ความช่วยเหลือ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. ด้านรายได้	-	-	-	-
๒. ด้านสุขภาพ	- ครัวเรือนกลุ่มเปราะบาง ๔,๑๐๔,๔๕๐ ครัวเรือน	- ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan	➢ จัดทำแผนแก้ไขปัญห  ได้แก่ ๑. แผนการดูแลด้านการออกกำลังกายและแผนการดูแลผู้สูงอายุตาม Care Plan	สสจ./ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	- ประชากรกลุ่มเปราะบาง ๑๐,๗๕๔,๒๐๕ คน ข้อมูลจาก : กรมพัฒนาชุมชน	๓๖๑,๑๓๒ คน  ข้อมูล ณ ๓๐ มค. ๖๕	๒. โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๕ ๓. โครงการส่งเสริมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการเพื่อสุขภาพที่ดี ๔. มีการช่วยเหลือผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับกลุ่มติดเตียง/อยู่คนเดียว/อยู่คนเดียวและยากจน โดยขอรับการสนับสนุนจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ส่วนกรมอนามัยอยู่	

			ระหว่างเสนอขอของงบประมาณจาก สำนักนายกรัฐมนตรี ๕. มีการขับเคลื่อนนโยบาย ๓ หมอ เพื่อดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยให้ บริการทางการแพทย์และ สาธารณสุข หมอคนที่ ๑ ประสาน การทำงานร่วมกับ อสม. หมอคนที่ ๒ ประสานการส่งต่อรักษากับ โรงพยาบาลแม่ข่าย (รพศ./รพท./ รพช.) และ หมอคนที่ ๓ หมอ ครอบครัว ซึ่งเป็นแพทย์ที่มีองค์ ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์อื่น ๆ ให้การดูแลทุก ระดับของการเจ็บป่วย "ใกล้ตัว ใกล้ บ้าน ใกล้ใจ ปลอดภัย อบอุ่น" ๖. จัดระบบบริการดูแลกลุ่มเปราะ บาง ติดบ้าน ติดเตียง โรคเรื้อรังที่มี ภาวะแทรกซ้อน Palliative care และ COVID-๑๙ เชื่อมโยงการดูแล รักษาในระบบส่งต่อทำให้คำ ปรึกษาแนะนำโดย Technology ทุก คน ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ๗. ประเมินคุณภาพชีวิตกลุ่มที่ ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอ ประจำบ้านตามแบบประเมิน รายบุคคล และรายครอบครัว	
๓. ด้าน การศึกษา	-	-	-	-
๔. ด้านความ เป็นอยู่	-	-	-	-
๕. การเข้าถึง บริการภาครัฐ	-	-	-	-

๒.๓ ผลการดำเนินการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในกลุ่มเปราะบาง ส่งผลต่อการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้  
การส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเปราะบางปรับตัวให้สามารถพึ่งตนเองได้ เพื่อแก้ปัญหาความยากจนได้  
อย่างยั่งยืน

๑) การวางแผนการดูแลรายบุคคลในกลุ่มติดเตียง (Care Plan) สร้างกระบวนการฟื้นฟูสภาพ  
ร่างกาย ทำกายภาพบำบัด ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สนับสนุนกายอุปกรณ์สิ่งของจำเป็นที่เอื้อต่อการช่วยเหลือดูแล  
ดูแลปรับสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยที่เหมาะสม สำหรับกลุ่มติดเตียงเสริมสร้างการเรียนรู้ให้เกิดการช่วยเหลือตนเองได้มาก  
ขึ้น

๒) เกิดกระบวนการสร้างการรับรู้ ถึงสิทธิที่ผู้ได้รับผลกระทบพึงจะได้รับ ประกอบกับส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเปราะบางได้มีโอกาสในการดำรงชีพได้อย่างสะดวกยิ่งขึ้น

๓) การให้ความรู้การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน การเลือกซื้อยาเพื่อบำบัด บรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นให้เหมาะสม ได้มาตรฐาน ส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ เน้นการออกกำลังกาย อาหาร และการมารับวัคซีนเข็ม ๓

#### ๒.๔ ผลการดำเนินการในการเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ

๑) บูรณาการร่วมกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และกรมการปกครอง (ที่ทำการปกครองอำเภอ) ติดตามข้อมูลข่าวสาร และพัฒนางานด้านการบริการประชาชน รวมถึงการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ในการอำนวยความสะดวกในทางราชการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและชุมชน ในการปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการคัดกรองภาวะถดถอยของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อส่งเสริม ป้องกันก่อนการเจ็บป่วยและสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพให้สามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุด

๒) เมื่อมีการเจ็บป่วยมีระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) หลังการเจ็บป่วยกลับสู่ชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) เพื่อฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นและกลับสู่ภาวะปกติเร็วที่สุด ลดภาวะทุพพลภาพและความพิการ ถ้าไม่ดีขึ้นหรือมีภาวะติดบ้าน ติดเตียง จะเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) โดยมีการติดตามเยี่ยมดูแลโดย Care manager และ Caregiver ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายในพื้นที่ รวมทั้งครอบครัว และตัวผู้สูงอายุเอง ดูแลและแก้ไขปัญหาร่วมกันตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ทุกราย

#### ๔. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการให้ความช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. ระบบข้อมูลการรายงานมีหลายระบบ / หลายโปรแกรม (Hosxp_pcu / Hosxp รพ. / HDC / Blue Book App / LTC (๓C) / สปสช.) / TPMAP	<b>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</b> ➤ พัฒนาการใช้งานระบบข้อมูล / โปรแกรมต่างๆ ให้เชื่อมโยงกัน การทำงานไม่ซ้ำซ้อนลงหลายโปรแกรม เพื่อให้แต่ละหน่วยงานนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้จากข้อมูลชุดเดียวกัน	สสจ./หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๒. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ไม่ชัดเจน ทำให้เข้าใจไม่ตรงกัน เกิดการทำงานซ้ำซ้อน	➤ สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ในทุกหน่วยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ให้เข้าใจตรงกัน เพื่อไม่ให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อน และเยี่ยมเสริมพลังและกำกับติดตามการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานทุกระดับ	

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๓. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-2019 มีผลต่อการดำเนินงาน ทำให้เกิดความล่าช้าไม่เป็นไปตามกำหนด และต้องระมัดระวังในการดูแลผู้สูงอายุไม่ให้ติดเชื้อ	➤ ปรับรูปแบบการเยี่ยมบ้าน โดยใช้ระบบ Online หรือสื่อประชาสัมพันธ์	
๑. ขาดงบประมาณ และบุคลากรในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาเร่งด่วน	<b>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</b> ➤ ควรมีการบูรณาการในพื้นที่ เพื่อแก้ไขในมิติด้านต่าง ๆ ที่ต้องการความช่วยเหลือ ไม่เฉพาะด้านสุขภาพ แต่เป็นมิติด้านเศรษฐกิจ รายได้ สังคม และด้านอื่นๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือทีมสหวิชาชีพ ที่ต้องมาร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ	อปท. / สปสช.
๒. การตรวจยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย โดยเฉพาะโรคเบาหวาน	➤ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเปราะบาง ให้มีความชัดเจน ควรขยายการใช้สิทธิให้แก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง ให้สามารถใช้สิทธิและเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ใน รพ.สต. เพื่อลดการรอคอยและลดความแออัดใน รพท. /รพศ.	
๓. การพัฒนาให้เกิดตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ร่วมกับ อปท. โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ยังมี อปท. บางแห่ง ที่ยังไม่สมัครเข้าร่วมโครงการ จะทำให้ประชาชนเสียประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอย่างต่อเนื่อง	➤ ทุกภาคส่วนควรมีส่วนร่วมสร้างกระบวนการป้องกันส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุและเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ เพื่อชะลอการชราไม่ให้เข้าสู่ภาวะกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องมีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง ให้มีการเสริมสร้างการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนที่จะเป็นผู้ป่วยติดเตียง	

### ๓. โครงการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น และกองแผนงานและยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

#### ๑. สรุปผลการตรวจราชการ

การสร้างมูลค่าเพิ่มแก่สินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์ เป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยให้เกษตรกรสามารถมีรายได้เพิ่มขึ้นจากผลผลิตทางการเกษตรของตัวเองได้ หากมีการทำอย่างเป็นระบบก็จะช่วยให้ผลผลิตทางการเกษตรไม่ล้นตลาด ไม่เกิดแข่งขันด้านราคาที่จะส่งผลให้ราคาสินค้าลดลง ทั้งยังเสริมสร้างอาชีพใหม่ๆ ในชุมชน และช่วยลดต้นทุนการผลิตสินค้าในด้านการขนส่งอีกด้วย

อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมของวิสาหกิจชุมชนลดลงอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถสร้างมูลค่าเพิ่มได้ ผลิตภัณฑ์ขายไม่ได้ ไม่ได้รับอนุญาต หรือไม่ถูกกฎหมาย หน่วยงานสนับสนุนการพัฒนาประสบปัญหาการพัฒนาให้เป็นไปตามระเบียบเนื่องจากต่างคนต่างทำ อันมีสาเหตุมาจากที่ผู้ประกอบการไม่สามารถเข้าถึงบริการภาครัฐ

ขาดที่ปรึกษา ขาดเงินทุนปรับปรุงสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐาน ขาดองค์ความรู้ในการพัฒนาต่อยอด และหน่วยงานสนับสนุนขาดการบูรณาการร่วมกัน อีกทั้งยังขาดบุคลากร ที่มีความสามารถในการสร้างแบรนด์ (Branding) หรือการสร้างภาพลักษณ์ของสินค้า ทำให้ความสามารถการแข่งขันในตลาดต่ำ หรือ จำกัดอยู่ในวงแคบ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินการสนับสนุนและขับเคลื่อนการสร้างมูลค่าเพิ่มแก่สินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์มาอย่างต่อเนื่อง ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ ทั้งการสนับสนุนองค์ความรู้ในการพัฒนาเครือข่ายผู้ประกอบการ ด้านการพัฒนาสถานที่ผลิตตามมาตรฐานสถานที่วิธีการผลิตที่ดีในการผลิตอาหาร การใช้สารเคมีต่างๆ การสนับสนุนค่าวิเคราะห์ให้กับผู้ประกอบการ เพื่อให้ระบบการพัฒนาสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์อาหารมีความปลอดภัย สร้างความมั่นใจแก่ผู้บริโภค การจัดทำโครงการส่งเสริมให้เกษตรกรและวิสาหกิจชุมชนปลูกพืชกัญชา กัญชง เพื่อผลักดันเป็นพืชเศรษฐกิจ ซึ่งได้มีการประชาสัมพันธ์โครงการในรูปแบบการจัดประชุมผู้สนใจปลูกและแปรรูป การกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มผู้ปลูกกัญชากัญชงในพื้นที่และดำเนินการเพื่อขอรับอนุญาตดำเนินการปลูกกัญชากัญชง ส่งเสริมการทำข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกลุ่มวิสาหกิจชุมชนกับโรงพยาบาลในพื้นที่การปลูกพืชสมุนไพร เพื่อผลิตยาสมุนไพรสนับสนุนหน่วยบริการในจังหวัด นอกจากนี้ในบางพื้นที่ยังได้มีการร่วมมือกับทางพาณิชย์จังหวัดในการสร้างแบรนด์ ออกแบบบรรจุภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์อาหาร และออกร้านเพื่อประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ให้เป็นที่รู้จัก เพื่อเพิ่มโอกาสในการขยายตลาด

## ๒. ผลการตรวจติดตาม

๒.๑ ผลการดำเนินงาน เรื่อง เกษตรแปรรูป ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ ในภาพรวม ทั้งในเชิงพื้นที่ และในเชิงภาพรวมต่างพื้นที่

๑) การสร้างการรับรู้ถึงแผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมหรือสนับสนุนการยกระดับเกษตรกร วัตถุดิบและสินค้าเกษตรให้ได้มาตรฐาน และการเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>๑. ในปี ๒๕๖๔ จังหวัดร้อยเอ็ดได้ดำเนินโครงการร้อยเอ็ดคานาบิสโมเดล (Roiet Cannabis Model) เพื่อส่งเสริมให้เกษตรกรและวิสาหกิจชุมชนปลูกพืชกัญชา กัญชง เพื่อผลักดันเป็นพืชเศรษฐกิจ ซึ่งได้มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์โครงการในรูปแบบการจัดประชุมผู้สนใจปลูกและแปรรูปกัญชากัญชง ๓๐๐ คน</p>	<p>๑. โครงการร้อยเอ็ดคานาบิสโมเดล (Roiet Cannabis Model) ประชาชนจำนวนมากยังมีความเข้าใจและความคาดหวังที่อาจไม่สอดคล้องกับหลักปฏิบัติ และข้อกฎหมาย</p>
<p>๒. โครงการร้อยเอ็ดเมืองสมุนไพร ซึ่งมีกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรที่ทำข้อตกลงความร่วมมือกับโรงพยาบาลสุวรรณภูมิในการปลูกพืชสมุนไพร จำนวนทั้งสิ้น ๒๕ กลุ่ม เพื่อผลิตยาสมุนไพรสนับสนุนหน่วยบริการในจังหวัด ร้อยเอ็ดทั้ง ๒๐ อำเภอ</p>	<p>๒. การรับรู้ของประชาชนในการเข้าร่วมโครงการร้อยเอ็ด เมืองสมุนไพร ยังไม่ทั่วถึงทั้งจังหวัด</p>
<p>๓. โครงการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนจังหวัด มีการพัฒนาให้กลุ่มวิสาหกิจชุมชน ผู้ผลิตอาหาร ยา สมุนไพร และเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>๔. โครงการปลูกกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ อนุญาตปลูกกัญชง เพื่อเชิงพาณิชย์/เพื่อการวิจัย จำนวนจำกัด</p>	<p>๓. ผู้ประกอบการเข้าร่วมกิจกรรมน้อย/ขาดองค์ความรู้ในการจัดเตรียมเอกสาร</p>
<p>๕. มีการประชาสัมพันธ์ผ่าน Facebook เพจกาฬสินธุ์โมเดล : Kalasin Model, หอกระจายข่าวหมู่บ้าน</p> 	<p>๕. ประชาชนที่ไม่มีอินเทอร์เน็ต อาจจะไม่สามารถเข้าถึงได้</p>
<p>๖. มีการประสานแผนงานแผนการสนับสนุนวิสาหกิจชุมชน และเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ของหน่วยงานภาคี ปี ๒๕๖๕ ในที่ประชุมคณะกรรมการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนจังหวัดขอนแก่น บูรณาการกับภาคีเครือข่าย ทั้งเน้นผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง และผลิตภัณฑ์ผักผลไม้ปลอดภัย</p>	<p>-</p>

๒) การรวมกลุ่มเกษตรกร และการพัฒนาวัตถุดิบเพื่อการเกษตรแปรรูป

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
๑. มีการกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มผู้ปลูกกัญชา กัญชงจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวนทั้งสิ้น ๓๕ กลุ่มวิสาหกิจชุมชน และดำเนินการเพื่อขอรับอนุญาตดำเนินการปลูกกัญชา กัญชง	๑. องค์กรความรู้ในการปลูกพืชผักสมุนไพร และพืชกัญชา กัญชงให้มีคุณภาพของกลุ่มเกษตรกรยังมีจำกัด
๒. มีการรวมกันเป็นกลุ่มวิสาหกิจชุมชนเพื่อดำเนินการปลูกสมุนไพร กัญชา กัญชง	๒. องค์กรความรู้ในการปลูก และข้อกฎหมาย
๓. การเพิ่มรายได้เกษตรกรฐานราก กลุ่มผู้ผลิตพืชไร่อุตสาหกรรม แปลงปลูกผัก GAP	๓. ผลผลิตกัญชาไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากแมลงศัตรูพืช
๔. มีประเด็นการสนับสนุนความรู้ด้านการผลิต การพัฒนาสถานที่ การเก็บตัวอย่างวิเคราะห์คุณภาพในผลิตภัณฑ์แปรรูป โดยในปี ๒๕๖๕ เน้นผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง และผลิตภัณฑ์ผักผลไม้ปลอดภัย ตั้งแต่แปลงปลูก จนถึงการแปรรูปจำหน่าย	-

๓) การส่งเสริม/สนับสนุน ให้เกษตรกร กลุ่มเกษตรกร สถาบันเกษตรกร สหกรณ์ และผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชน เข้าถึงเทคโนโลยีการเกษตรแปรรูป

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
๑. โครงการร้อยเอ็ดคานาปิสมเดล (Roiet Cannabis Model) ๑.๑ ส่วนของช่อดอก จังหวัดร้อยเอ็ดมีแผนในการนำไปแปรรูปเป็นยา กัญชา ณ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิเมื่อถึงระยะเก็บเกี่ยว ๑.๒ ส่วนของใบ ราก ลำต้น ได้มีการนำไปจำหน่ายให้กับร้านอาหาร ร้านเครื่องดื่ม เพื่อนำไปแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์อาหาร ๑.๓ นำส่วนที่ไม่ใช่ยาเสพติดนำไปแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์อาหาร และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผลิตภัณฑ์อาหาร ๓ ยี่ห้อ ได้แก่ ๑. น้ำปลาร้าสูตรผสมใบกัญชาห่อแช่อบฮีลอินทรีย์อีสาน ๒. น้ำปลาร้าปรุงรสต้มสุก ตราแช่กัญบ่ สูตรผสมใบกัญชา ๓. น้ำปลาร้าปรุงรสต้มสุก ตราโกต่อง ๒. โครงการร้อยเอ็ดเมืองสมุนไพร มีกลุ่มเกษตรกรที่มีศักยภาพแปรรูปสมุนไพรส่งโรงงานผลิตยาสมุนไพรเป็นการเพิ่มมูลค่าของสมุนไพรและช่วยให้เกษตรกรมีรายได้เพิ่มขึ้น	๑. โครงการร้อยเอ็ดคานาปิสมเดล (Roiet Cannabis Model) เครื่องมือเครื่องจักรมีราคาแพง ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีระดับสูง เพื่อเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์ในระดับสูงได้ จึงผลิตผลิตภัณฑ์โดยใช้เทคโนโลยีขั้นต้น ถึงแม้เพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์ได้แต่ก็ไม่มากเท่าที่ควร ๒. โครงการร้อยเอ็ดเมืองสมุนไพร ยังมีกลุ่มเกษตรกรที่มีศักยภาพในการแปรรูปสมุนไพรได้แต่ยังขาดเทคโนโลยีที่ช่วยเพิ่มมูลค่า เช่น เครื่องล้าง เครื่องหั่น เครื่องบด โรงตากสมุนไพรพลาสมาโบลาร์พลังแสงอาทิตย์
๓. โครงการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์ฯ ประสานการดำเนินการร่วมกับมหาวิทยาลัยมหาสารคามในการให้ความรู้	๓. เครื่องมือเครื่องจักรมีราคาแพง
๔. โรงพยาบาลมหาสารคาม นำไปแปรรูปเป็นกัญชาทางการแพทย์	๔. ปริมาณผลิตภัณฑ์อาหารมากหรือน้อยเกินไป สอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาลมหาสารคาม
๕. การสนับสนุนเกษตรแปรรูป ได้แก่ โรงคัดบรรจุผักและผลไม้ ให้มีความรู้ด้านการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐาน	๕. ยังไม่มีหน่วยงานสนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงที่เพิ่มประสิทธิภาพ/ผลผลิต (ยังดำเนินการด้วยแรงงานและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน)

๔) การเข้าถึงแหล่งทุนของเกษตรกรเพื่อปรับเปลี่ยนการทำเกษตรแบบเดิมสู่การเกษตรแปรรูป

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>๑. โครงการรื้อยเฮ็ดคานาบิสโมเดล (Roiet Cannabis Model) จังหวัดรื้อยเฮ็ดใช้รูปแบบการรวมกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในการขับเคลื่อนโดยยังไม่มีแหล่งเงินทุนจากภายนอก</p> <p>๒. โครงการรื้อยเฮ็ดเมืองสมุนไพร กลุ่มวิสาหกิจชุมชนได้รับการสนับสนุนแหล่งเงินทุนจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร</p>	<p>โครงการรื้อยเฮ็ดคานาบิสโมเดล (Roiet Cannabis Model) เกษตรกรยังไม่สามารถเข้าถึงสถาบันการเงินที่จะเป็นแหล่งเงินทุน ทั้งที่เคยประสานสถาบันการเงินเพื่อให้คำแนะนำการเข้าถึงแหล่งเงินทุน แต่ทางสถาบันการเงินยังไม่ยินยอมสนับสนุนการปลูกพืชกัญชากัญชง และการของบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการส่งเสริมพืชกัญชากัญชงเป็นพืชเศรษฐกิจเพื่อแก้ปัญหาเศรษฐกิจในช่วงวิกฤติโควิดแต่โครงการก็ไม่ได้รับอนุมัติ</p>
<p>๓. มีการสนับสนุนองค์ความรู้ด้านการพัฒนาสถานที่ผลิตการใช้สารเคมีต่างๆ การสนับสนุนค่าวิเคราะห์ให้กับผู้ประกอบการ เพื่อให้กระบวนการพัฒนาสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์อาหารมีความปลอดภัยสร้างความมั่นใจแก่ผู้บริโภค สนับสนุนด้านค่าตรวจวิเคราะห์ต่างๆ โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๗ ขอนแก่น และ สนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>	-

## ๕) การตลาดของสินค้าเกษตรแปรรูป

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>๑. โครงการรื้อยเฮ็ดคานาบิสโมเดล (Roiet Cannabis Model) โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ อำเภอสวรรณภูมิ มีการผลิตผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อให้บริการในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ได้แก่ ยาหม่องไพร ผสมกัญชา ยาหม่องเสลดพังพอนผสมกัญชา ลูกประคบกัญชา</p> <p>๒. โครงการรื้อยเฮ็ดเมืองสมุนไพร มีการแปรรูปผลิตภัณฑ์ ยาสมุนไพร ๒ ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ฟ้าทะเลลายโจรแคปซูล และขมิ้นชันแคปซูล และผลิตภัณฑ์อาหาร คือเครื่องต้มยำไก่สมุนไพรผสมกัญชา ของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เทียนหอมสมุนไพร และตะไคร้หอมกันยุง และลูกประคบสมุนไพรมาฮ่อผสมกัญชา โรงพยาบาลพนมไพร</p>	<p>๑. โครงการรื้อยเฮ็ดคานาบิสโมเดล (Roiet Cannabis Model) เป็นระยะเริ่มต้น จึงยังไม่สามารถประเมินความต้องการของผลิตภัณฑ์กัญชากัญชงจากผู้บริโภคได้</p> <p>๒. โครงการรื้อยเฮ็ดเมืองสมุนไพร การการผลิต/แปรรูปมาจากการสำรวจความต้องการของหน่วยบริการ ในส่วนของการขยายการตลาดไปยังจังหวัดอื่น ยังไม่สามารถดำเนินการให้เห็นเป็นรูปธรรมได้เนื่องจากข้อติดขัดด้านระเบียบพัสดุในการจัดซื้อจัดจ้าง</p>

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>๓. มีการสร้างแบรนด์และออกแบบบรรจุภัณฑ์ผลิตภัณฑ์อาหารและออกบู๊ทร่วมกับพาณิชย์จังหวัด</p> 	<p>๓. ผลิตภัณฑ์ไม่มีเลขสารบบอาหาร ทำให้ไม่สามารถขยายช่องทางการจำหน่ายได้</p>
<p>๔. การส่งเสริมเครือข่ายผู้ประกอบการ ให้มีความรู้ด้านการผลิตอาหาร เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยมีผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง ที่ได้รับอนุญาตแล้วได้แก่ เช่น น้ำปลาร้าผสมใบกัญชา (ยี่ห้อนัวกัญ), ผลิตภัณฑ์ cleanser สำหรับล้างผิวหน้า (Rachaella hemp seed oil to foam anti-ace gentla cleanser) และยังมีผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางอีก ๓ - ๔ รายการ เช่น น้ำมันบำรุงผิว ครีมบำรุง แวกซ์กำจัดขน ที่มีสารสกัดกัญชาจาก THC, CBD เป็นส่วนประกอบกำลังพัฒนาสินค้า โดยสถานที่และการพัฒนาผลิตภัณฑ์มีความปลอดภัยและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด</p> <p>๕. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายผู้ประกอบการ (คัดและบรรจุผัก) สถานที่ผลิตตามมาตรฐานสถานที่วิธีการผลิตที่ดีในการผลิตอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ ๓๘๖ พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษา ผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลากเพื่อให้ง่ายต่อการจำหน่ายเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน และสอบย้อนกลับได้</p>	-

๖) การนำผลงานวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสู่การผลิตสินค้าเกษตรแปรรูป

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
<p>๑. โครงการร้อยเอ็ดเมืองสมุนไพร นำผลงานวิจัยของศูนย์วิจัยและพัฒนาวิชาการเกษตรจังหวัดร้อยเอ็ด เรื่องการพัฒนาสายพันธุ์ของสมุนไพรฟ้าทะลายโจรและขมิ้นชัน โดยสนับสนุนต้นกล้าสายพันธุ์ที่มีปริมาณสารสำคัญสูงให้แก่เกษตรกรในพื้นที่</p>	-
<p>๒. การวิจัยอาหารของไก่จากสมุนไพรที่มีในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาให้เนื้อไก่มีคุณภาพ ไม่เป็นโรค และตรงตามความต้องการของตลาด</p>	<p>๒. สถานการณ์โควิดทำให้การเข้าถึงพื้นที่ลำบาก</p>

## ๗) การบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อน เกษตรแปรรูป ตลอดห่วงโซ่อุปทานการเกษตร

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
๑. โครงการร้อยเอ็ดคานาabisโมเดล (Roiet Cannabis Model) มีการประสานผู้แปรรูปผลิตภัณฑ์ในจังหวัดและ ร้านอาหาร เพื่อมารับซื้อวัตถุดิบในการผลิต	๑. โครงการร้อยเอ็ดคานาabisโมเดล (Roiet Cannabis Model) ผู้รับซื้อวัตถุดิบยังมีน้อย ที่มีก็เป็นรายย่อย ยังไม่มีระดับอุตสาหกรรมรายใหญ่
๒. โครงการร้อยเอ็ดเมืองสมุนไพร มีการประสานงานร่วมกับสภาอุตสาหกรรมจังหวัดในการส่งเสริมให้ผู้ประกอบการรายใหญ่เข้ามา รับซื้อวัตถุดิบสมุนไพรในการผลิต/แปรรูปผลิตภัณฑ์สมุนไพร	๒. โครงการร้อยเอ็ดเมืองสมุนไพร เกษตรกรไม่สามารถผลิตสมุนไพรให้เพียงพอแก่ความต้องการของผู้ซื้อ
๓. มีการจัดการประชุมโครงการพัฒนาอาชีพและเพิ่มรายได้ให้แก่เกษตรกรฐานราก ด้วยองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม : ภาพสินธุ์โมเดล ปี ๒๕๖๕ ดำเนินการแล้วจำนวน ๒ ครั้ง	-
๔. จัดทำร่างคำสั่งจังหวัด เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการแผนการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของเศรษฐกิจฐานราก	-
๕. บูรณาการภาคีเครือข่ายกับเกษตรจังหวัด พัฒนาชุมชน เครือข่ายสาธารณสุข ผู้ประกอบการเพื่อขับเคลื่อนเรื่องผัก ผลไม้ปลอดภัย ลงพื้นที่พัฒนาโรงคัดบรรจุผักผลไม้ ตำบลทุ่งโป่ง (มูลนิธิปิดทองหลังพระ สืบสานแนวพระราชดำริ บ้านเลขที่ ๘๗ หมู่ ๑ ตำบลทุ่งโป่ง อำเภอบลูรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ๔๐๒๕๐) เพื่อพัฒนาสถานที่ร่วมกับเกษตรอำเภอ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และภาคเอกชน รวมทั้งประสานข้อมูลเพื่อให้เกษตรกรเข้าถึงการประเมิน GAP ทำให้ต้นน้ำมีความปลอดภัย	๕. ในด้านต้นน้ำ การเข้าถึง GAP หรือประเมิน GAP ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้มีแปลงปลูกบางแห่งขาดต่ออายุ
๖. ในเรื่องการพัฒนาส่งเสริมผลิตภัณฑ์อาหารที่ผสม ภัยสุขภาพกัญชง มีการบูรณาการกับทั้งเกษตรอำเภอ พัฒนาชุมชน แหล่งทุนต่าง เช่น ธนาคารออมสิน ธกส. หน่วยงาน SME เป็นต้น ทั้งด้านการสนับสนุนแหล่งทุน การสนับสนุนการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชนเพื่อ แปรรูปด้านสมุนไพร การพัฒนาสถานที่ผลิตอาหารให้ได้มาตรฐานวิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร GMP๔๒๐ การควบคุมคุณภาพการผลิต และผลิตภัณฑ์ให้เป็นไปตามมาตรฐาน ตลอดจนการติดตามการจำหน่ายให้ผลิตภัณฑ์แสดงฉลากอย่างถูกต้อง มีการสอบทวนย้อนกลับได้	๖. ด้านการควบคุมคุณภาพ การตรวจสอบสารเคมีตกค้างในพืชผลทางการเกษตร ต้องใช้ชุดทดสอบสารเคมีตกค้าง (ยาฆ่าแมลง)เบื้องต้น แต่มีการผลิตจำหน่ายไม่เพียงพอ และชุดทดสอบมีอายุสั้น ซึ่งได้สะท้อนปัญหาให้หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ Mobile Unit ระดับเขต เพื่อเสนอปัญหาต่อผู้บริหารต่อไป
	๗. การจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน เกษตรกร หรือผู้ประกอบการ

## ๘) การส่งเสริมและสนับสนุนการเกษตรอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
๑. โครงการร้อยเอ็ดคานาabisโมเดล (Roiet Cannabis Model) และโครงการร้อยเอ็ดเมืองสมุนไพร การปลูกพืชกัญชากัญชง ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด ตามโครงการ Roiet Cannabis Model ส่งเสริมให้ปลูกตามมาตรฐาน GAP มีการตรวจคุณภาพของดิน และมีการตรวจสอบวัตถุดิบสมุนไพร และกัญชาโดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๗ ขอนแก่น และเพื่อ	-

ผลการดำเนินงาน	ประเด็นปัญหา
พัฒนาให้มีผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร และยาสมุนไพร Medical grade ในระยะถัดไปจะได้ยกระดับให้เกษตรกรปลูกให้ได้ตามมาตรฐานเกษตรอินทรีย์	
๒. การตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์แปรรูปสมุนไพร ร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ ๗ ขอนแก่น	-
๓. สนับสนุนให้เกษตรกรปลูกพืชแบบเกษตรอินทรีย์ ใช้น้ำหมักจากวัตถุดิบที่มีในท้องถิ่น	- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปลูกจากการใช้สารเคมีมาเป็นเกษตรอินทรีย์ทำได้ยาก
๔. ส่งเสริมการนำของเหลือใช้จากการเกษตรมาประยุกต์ใช้ เพื่อลดการเป็นพิษจากสิ่งแวดล้อม	-
๕. สนับสนุนเกษตรกรให้มีการผลิต ผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัย ไม่ว่าจะเป็นผัก ผลไม้ การเกษตร หรือการปลูกสมุนไพร ก็ยัง การแปรรูป ให้มีการตรวจสอบตั้งแต่แปลงปลูก มาตรฐาน GAP การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ ตลอดจนการทวนสอบย้อนกลับได้ไปจนถึงแปลงปลูก ให้มีความปลอดภัย และมั่นใจตลอดห่วงโซ่อุปทาน	- ยังไม่มีการจัดทำแผนงานระยะยาว

๙) ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่สามารถยกระดับและสร้างมูลค่าสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์ที่ประสบผลสำเร็จจากการดำเนินการตามข้อ ๑ - ๘ ได้แก่

- ๑) น้ำปลาร้าสูตรผสมใบกล้วย ยี่ห่อแซ่บอีหลีอินทรีย์อีสาน
- ๒) น้ำปลาร้าปรุงรสต้มสุก ตราแซ่บกล้วย สูตรผสมใบกล้วย
- ๓) น้ำปลาร้าปรุงรสต้มสุก ตราโกตอง
- ๔) ยาหม่องไพรผสมกล้วย ยาหม่องเสลดพังพอนผสมกล้วย ลูกประคบกล้วย
- ๕) ทะลายโจรแคปซูล
- ๖) ขมิ้นชันแคปซูลและผลิตภัณฑ์อาหาร
- ๗) มะม่วงอบแห้ง/กึ่งก้ามกรามหยอง/ซากาฟลินธุ์
- ๘) น้ำปลาร้าผสมใบกล้วย (ยี่ห่อนักกล้วย)
- ๙) ผลิตภัณฑ์ cleanser สำหรับล้างผิวหน้า (Rachella hamp seed oil to foam anti-ace gentla cleanser)

๒.๒ ผลการติดตามประเมินผลเกษตรกร กลุ่มเกษตรกร สถาบันเกษตรกร สหกรณ์ และผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชน ที่ได้รับการส่งเสริม/สนับสนุนการผลิตและแปรรูปสินค้าเกษตร

การเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานผลิตภัณฑ์ ณ กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์/ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยตรวจวิเคราะห์หาเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค สีสผสมอาหาร สารกันเสีย เป็นต้น เพื่อตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานการผลิตที่ดี หากผลิตภัณฑ์ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด จะดำเนินการแก้ไขร่วมกันทันที

๒.๓ ผลการดำเนินงานโครงการสำคัญตามแผนแม่บทย่อย เกษตรแปรรูป ของหน่วยงานในสังกัด

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ผู้ว่าราชการจังหวัดกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้ผู้ผลิต ผู้ประกอบการ OTOP ได้รับการขออนุญาตมาตรฐานอาหาร เครื่องสำอางมากขึ้น และมีการแต่งตั้งคณะทำงานดำเนินงานขออนุญาตมาตรฐานผลิตภัณฑ์ มีการจัดประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนผู้ประกอบการรายย่อย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเกี่ยวข้องด้านมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ให้คำแนะนำการจัดเตรียมสถานประกอบการและการขอมาตรฐานผลิตภัณฑ์

## ๒. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนสินค้าเกษตรแปรรูปและผลิตภัณฑ์ที่มีมูลค่าเพิ่มขึ้น

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. ผู้ประกอบการมีปัญหา เรื่อง เงินทุนในการพัฒนาเป็นหลัก และ เรื่องปัญหาองค์ความรู้ในการ จัดการเป็นด้านรอง โดยปัญหาเรื่อง องค์ความรู้ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสามารถช่วย ส่งเสริมด้านนี้ ได้แต่ในส่วนของ เงินทุนต้องขอ ความร่วมมือจาก หน่วยงานภาครัฐ ที่สนับสนุนในส่วนอื่น	<b>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</b> สสจ.ร่วมกับหน่วยงานรัฐในจังหวัดหารือ ร่วมกันและเสนอ แนวทางที่จะช่วยเหลือ ผู้ประกอบการ	สสจ./หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง
	<b>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</b> รัฐบาลมอบงบประมาณสนับสนุนให้ ผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชนในด้านโครงสร้าง อาคารสถานที่ และอุปกรณ์การผลิต โดยผ่านการ คัดกรองจากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง	สำนักนายกฯ
๒. การสร้างแบรนด์และการทำการ ตลาด สสจ. ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญ ด้านนี้โดยเฉพาะ	๒. ต้องขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ อื่นๆ	
๓. หน่วยงานรัฐไม่สามารถสนับสนุนเงินในการก่อสร้างโรงเรือน ได้ สามารถสนับสนุนได้เพียงแค ่ฉลาก บรรจุภัณฑ์หรือกล่องบรรจุ ภัณฑ์ เนื่องด้วยติดระเบียบทาง ราชการ ที่ไม่สามารถสนับสนุน เงินทุนเกี่ยวกับสิ่งปลูกสร้างอาคาร หรือโรงเรือนได้	๓. ต้องบูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ หรือ รัฐวิสาหกิจอื่นๆที่อาจจะสามารถสนับสนุน เงินทุนหรือวัสดุต่างๆในการก่อสร้างโรงเรือน เพื่อให้ได้มาตรฐานสำหรับผู้ประกอบการรายใหม่	

## ๔. โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองวิชาการและแผนงาน กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(ตรวจราชการรอบที่ ๒ เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม ๒๕๖๕)

## ๕. โครงการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ๑. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย  
๒. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค  
๓. กองแผนงานและยุทธศาสตร์ กรมอนามัย และ กรมควบคุมโรค  
๔. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

## ๑. ผลการตรวจติดตาม/ข้อค้นพบ

## ๑.๑ สถานการณ์คุณภาพอากาศในภาพรวม

มลพิษทางอากาศเกิดจากแหล่งกำเนิดหลายแหล่งได้แก่ ไฟไหม้ป่าพรุ การเผาในที่โล่ง การคมนาคมขนส่ง หมอกควันข้ามแดนจากประเทศเพื่อนบ้านมักประสบปัญหาในระดับเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูร้อนและช่วงว่างของลมมรสุมหลังจากสิ้นสุดฤดูมรสุม ตะวันออกเฉียงเหนือ

การดำเนินงานแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและระดับเขต เป้าหมายมีการเฝ้าระวัง ป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM๒.๕) ซึ่งกำหนดเป็นจุดเน้นการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

๑) ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพหน่วยงานเครือข่ายในการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง PM๒.๕ ให้แก่จังหวัด

๒) สนับสนุนให้จังหวัดให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลฝุ่นละออง PM๒.๕ และกำหนดพื้นที่เสี่ยงในการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง PM๒.๕

๓) สนับสนุนการพัฒนาระบบการคัดกรอง วินิจฉัยโรค/การแจ้ง การรายงานโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง PM๒.๕ จำนวน ๔ กลุ่มโรค ได้แก่ ๑) Chronic obstructive pulmonary disease with (acute) exacerbation ๒) Acute Asthma ๓) Other acute ischemic heart diseases ๔) Subsequent ST elevation (STEMI) and non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction และการสอบสวนโรคเบื้องต้น (กรณีพบผู้ป่วย/สงสัยป่วย/เข้าเกณฑ์ การสอบสวน โรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง PM๒.๕

๔) สนับสนุนให้มีการแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรคเบื้องต้น (กรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์/สงสัย/ป่วยการสอบสวนโรค) ซึ่งโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง PM๒.๕ เป็นโรคที่ถูกกำหนดตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

๕) สนับสนุนให้จังหวัดจัดทำรายงานสถานการณ์จากการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพเชิงรับและเชิงรุก และมีการนำเสนอรายงานสถานการณ์ฯ ต่อคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม จังหวัด ตลอดจนนำมาตราการการเฝ้าระวังสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยงไปใช้ในการเฝ้าระวังสถานการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง PM๒.๕

๖) จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน และสถานการณ์การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพฯ พร้อมระบุ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

**ข้อร้องเรียนของประชาชนในพื้นที่** ยังไม่มีการร้องเรียนอย่างเป็นทางการ มีแต่การร้องเรียนด้วยวาจา ในเชิงตัดพ้อบ่นว่ามีเศษฝุ่นละอองจากการเผาซึ่งลอยฟุ้งกระจายไปยังพื้นที่ในหมู่บ้าน ชุมชน ทำให้บริเวณบ้านสกปรก และบางพื้นที่ไม่มีสถานีตรวจวัดอากาศ

**๑.๒ การควบคุมดูแลสถานการณ์ไฟป่า หมอกควัน และฝุ่นละออง ให้มีคุณภาพที่ดีขึ้นมากกว่าปีที่ผ่านมา** จังหวัดได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ และเฝ้าระวังในชุมชน อำเภอ จังหวัด ดังนี้

๑) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานติดตามสถานการณ์ไฟป่า หมอกควัน และฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM๒.๕ และออกประกาศโดยกองอำนวยการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ขอความร่วมมือห้ามเผาในที่โล่งอย่างเด็ดขาดช่วงฤดูแล้ง และดำเนินการตามมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษจากไฟป่า หมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM๒.๕ ทั้งนี้ ได้มีการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนผ่านการรายงานโรคทุกสัปดาห์

๒) สนับสนุน สื่อสาร สร้างความเข้าใจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการใช้พระราชบัญญัติ การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อควบคุมแหล่งกำเนิดมลพิษทางอากาศ รวมถึงจัดการเหตุรำคาญในพื้นที่

๓) การดำเนินการเฝ้าระวังด้านสุขภาพ

๓.๑) บางจังหวัดมีการจัดตั้งคลินิกมลพิษในหน่วยบริการ จัดทำอินโฟกราฟิก แจ้งเตือนคุณภาพทางอากาศและคำแนะนำด้านสุขภาพผ่านช่องทางไลน์/เฟซบุ๊ก มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด). ทุกอำเภอ เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน และรณรงค์จัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และขับเคลื่อนให้อำเภอ ศพด. ปลอดฝุ่น เป็นต้นแบบให้จังหวัดอื่น ๆ ได้

๓.๒) มีการรณรงค์ให้ปลูกต้นไม้ฟอกอากาศในที่ทำงานห้องทำงาน เพิ่มพื้นที่สีเขียว โดยให้หน่วยงานราชการมีการออกประเมิน ติดตาม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปลอดฝุ่น และให้ประชาชนติดตั้งแอปพลิเคชัน (เช่น Air4Thai) เพื่อเช็คค่าคุณภาพอากาศก่อนออกจากบ้าน

### ๑.๓ ภาพรวมผลการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาหมอกพิษทางอากาศ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

๑) พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (EOC) เพื่อรองรับกรณีฝุ่นละออง PM๒.๕ ให้เป็นไปตามมาตรการภายใต้แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหาหมอกพิษด้านฝุ่นละออง”

๒) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และการสาธารณสุข กรณีฝุ่นละออง PM๒.๕ เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับเขตสุขภาพ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาระบบการแจ้ง การรายงานโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง PM๒.๕ จำนวน ๔ กลุ่มโรค

๓) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ปริมาณฝุ่นละออง PM๒.๕ และสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง PM๒.๕ โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ปริมาณเพิ่มสูงขึ้นเพื่อประกอบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

๔) พัฒนาศักยภาพทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคของจังหวัด กรณีพบผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิตที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง PM๒.๕ มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมของจังหวัด แบบ E-learning

๕) สื่อสารประชาสัมพันธ์มาตรการหน่วยงานปลอดฝุ่น โดยกำหนดให้บุคลากรภายในหน่วยงานปฏิบัติตามมาตรการลดการเกิด PM๒.๕ และขอความร่วมมือผู้มารับบริการลดกิจกรรมที่ทำให้เกิด PM๒.๕ มีการสนับสนุนคู่มือ ตำรา สื่อ เอกสาร ทุกระดับในการเฝ้าระวังป้องกัน รวมถึงบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๖) การเตรียมความพร้อมและดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่า หมอกควัน และฝุ่นละออง ตามแผนเฉพาะกิจเพื่อการแก้ไขปัญหาหมอกพิษทางอากาศ ปี ๒๕๖๕ ตามหลักแนวคิด “๑ สื่อสาร ๕ ป้องกัน ๓ เผชิญเหตุ” ดังนี้

๖.๑) มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และมีการแจ้งเตือนสถานการณ์ฝุ่นละอองล่วงหน้า โดยกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมมีการจัดทำโครงการเฝ้าระวังด้านสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก

๖.๒) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ มีการติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM๒.๕ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์ และสร้างการรับรู้ให้ประชาชน ส่งเสริมการขยายพื้นที่ติดตั้งเครื่องตรวจวัดคุณภาพอากาศ โครงการศูนย์ข้อมูลสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ไปยังหน่วยงาน รพ.สต.

๖.๓) การป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด) โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง ดำเนินการเป็นต้นแบบองค์กรปลอดฝุ่นในสำนักงาน จัดทำเสวียนล้อมต้นไม้ กวาดใบไม้แห้งใส่ในเสวียนทำเป็นปุ๋ยบำรุงต้นไม้แทนการเผา ตรวจวัดควันดำรถยนต์ที่ใช้ในส่วนราชการ เพื่อลดปัญหาฝุ่นควัน

๖.๔) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมลพิษ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็ก คนชรา หญิงมีครรภ์ และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคทางเดินหายใจ และโรคหัวใจ และหลอดเลือด เพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ หากมีอาการเบื้องต้น เช่น ไอ หายใจลำบาก ระคายเคืองตา ควรลดระยะเวลาในการทำกิจกรรมกลางแจ้ง ตรวจสอบ ติดตามข้อมูลคุณภาพอากาศ และสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM๒.๕ จากกรมควบคุมมลพิษ รวมทั้งข้อมูลด้านสุขภาพและแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ เพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้ให้ประชาชนเข้าใจถึงสถานการณ์ ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินการมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาหมอกพิษด้านฝุ่นละออง

๑.๔ การบูรณาการภาคส่วนต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาหมอกพิษทางอากาศ และการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนของประชาชนเกี่ยวกับปัญหาหมอกพิษทางอากาศ ได้ดำเนินการดังนี้

๑) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานตรวจสอบข้อเท็จจริงและแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนร้องทุกข์ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมประจำจังหวัด

๒) ประชาชนยังไม่ตระหนักในการเฝ้าระวังสุขภาพ เพราะอาจจะมองว่าปัญหามลพิษทางอากาศเป็นเพียงปัญหาระยะสั้น ไม่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข มีการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีหมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก

๓) เตรียมพร้อมการเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center: PHEOC) กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กระดับจังหวัด (เมื่อ  $PM_{2.5} \geq 76$  มคก./ลบ.ม. ติดต่อกัน ๓ วัน เพื่อติดตามสถานการณ์และยกระดับการปฏิบัติการ หากสถานการณ์มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น

๔) เตรียมพร้อมในการดูแลและป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฝ้าระวังและแจ้งเตือนสถานการณ์ รวมถึงสื่อสารข้อมูลผลกระทบ การปฏิบัติตน การดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในรูปแบบต่างๆ ตามความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจาก  $PM_{2.5}$  ในพื้นที่ มีการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงเป็นพิเศษ โดยเฉพาะ ๔ กลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และเด็กเล็ก โดยทีมหมอมอบประจำตัว ๓ หมอ ลงพื้นที่ให้ความรู้ คำแนะนำในการป้องกันตัวเอง และดูแลสุขภาพ

๕) รายงานสถานการณ์ทุกสัปดาห์ ตลอดช่วงเฝ้าระวัง ในกรณีสถานการณ์วิกฤต (สีแดง) ให้รายงานไปยังเขตสุขภาพ และกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖) สร้างความรู้ความเข้าใจให้ อปท. ในการใช้ พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อเป็นเครื่องมือสนับสนุนการแก้ไขและลดปัญหามลพิษด้านฝุ่นละอองในพื้นที่

๗) โรงพยาบาลสำรวจกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละออง โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหัวใจ เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินมากกว่าปกติ ให้การดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ และรายงานพื้นที่

๘) ประชาสัมพันธ์เชิงรุกและแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะ ๔ กลุ่มโรค ที่ต้องเฝ้าระวังการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบผิวหนัง และระบบตา และรายงานผู้ป่วยที่มารับการรักษาในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๙) จัดบริการสาธารณสุข เปิดคลินิกมลพิษในโรงพยาบาลกว่า ๖๐ แห่ง เพื่อให้คำปรึกษาและให้การรักษาประชาชนที่มีอาการเกี่ยวกับ  $PM_{2.5}$  พร้อมสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล รวมถึงจัดเตรียมห้องปลอดฝุ่นในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนตระหนักในการจัดเตรียมห้องปลอดฝุ่นในสถานที่ เช่น โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก สถานที่ดูแลผู้สูงอายุ หรือบ้านเรือนประชาชน

๑๐) บูรณาการการดำเนินงานกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อดูแลสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ และเร่งสื่อสาร สร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนทั้งการป้องกันสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการลดฝุ่นละออง

## ๒. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

๒.๑ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทำให้หน่วยงานสาธารณสุขมุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นหลัก ทำให้ต้องเลื่อนการดำเนินงานอื่นๆ ออกไปก่อน

๒.๒ โรคที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ หรือ  $PM_{2.5}$  มีความซับซ้อน อาการของโรคไม่ชัดเจน ใช้ระยะเวลาเกิดโรคนาน ยากต่อการวินิจฉัย ดังนั้นการคัดกรองวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับ  $PM_{2.5}$  ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเฉพาะด้าน ซึ่งในขณะนี้ยังมีบุคลากรดังกล่าวจำนวนน้อย ทำให้หน่วยบริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานคัดกรอง วินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับ  $PM_{2.5}$  น้อยกว่าความเป็นจริง จึงทำให้สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับ  $PM_{2.5}$  ถูกพิจารณาว่าไม่เป็นปัญหาหรือไม่ใช่ปัญหาเร่งด่วน

๒.๓ การดำเนินงานเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ทำให้มีความยากลำบากในการประสานงาน

**๓. ข้อคิดเห็นของที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการภาคประชาชน ๔ ด้าน (ด้านเศรษฐกิจ สังคม วิชาการ สิ่งแวดล้อม)**

๓.๑ ควรพัฒนาการคัดกรองวินิจฉัย/การแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรคที่เกี่ยวข้องกับ PM๒.๕ เบื้องต้น (กรณีพบผู้ป่วย/สงสัยป่วย /เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง PM๒.๕) ให้เป็นระบบ ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ และสนับสนุนให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๓.๒ ควรเพิ่มกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสมเพื่อให้ประชาชนป้องกันและเฝ้าระวังผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

๓.๓ ควรมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

๓.๔ ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลพื้นที่เสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อย่างครอบคลุมและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันเสมอ

**๖. โครงการลดอุบัติเหตุทางถนน**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

**๑. สรุปผลการตรวจราชการ**

อุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับหนึ่งในสามอันดับแรกของปัญหาสาธารณสุขมาโดยตลอด จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ข้อมูลจาก Global Status Report on Road Safety ๒๐๑๘ ขององค์การอนามัยโลก จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นอันดับ ๙ ของโลก โดยมีอัตราการตาย ๓๒.๗ ต่อประชากรแสนคน และจากข้อมูลบูรณาการ ๓ ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมากถึงปีละ ๒๐,๐๐๐ - ๒๔,๐๐๐ คน หรือชั่วโมงละ ๓ คน บาดเจ็บไม่ได้นอนโรงพยาบาลนับล้านคนและนอนรักษาตัวโรงพยาบาลเกือบสองแสนคนต่อปี พิกัดปีละกว่า ๗,๐๐๐ คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า ๕ แสนล้านบาทต่อปี

**การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข**

เป้าหมาย กพร. ปีงบประมาณ 2565 : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 28.37 ต่อประชากรแสนคน

<p><b>มาตรการบริหารจัดการ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SAT/EOC-RTI คุณภาพ</li> <li>2. TEA Unit คุณภาพ (sw. A S M1)</li> <li>3. swatc/aaao/swb/คปอ</li> </ol> <p>เป็นเลขาร่วมในศปถ.อำเภอ/ศปถ.อบก.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. อำเภอเสี่ยงมีการบูรณาการงาน RTI ผ่านกลไกพชอ.หรือศปถ.</li> </ol>	<p><b>มาตรการข้อมูล (4I)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integration Data บูรณาการข้อมูล (เว็บ/ตาย)</li> <li>2. IS online (sw. A S M1)</li> <li>3. Information Black Spot นำเสนอจุดเสี่ยงผ่าน ศปถ.จว./อำเภอ/ท้องถิ่น</li> <li>4. Investigation online ระบบรายงานการสอบสวน</li> </ol>	<p><b>มาตรการป้องกัน (MOPH)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Management system: ขับเคลื่อนกลไกในพื้นที่ (พชอ. ศปถ. D-RTI City-RTI)</li> <li>2. Organization enforcement (มาตรการองค์กร, มาตรการรณรงค์)</li> <li>3. Policy Development ตาม Area problem base : อำเภอเสี่ยง ดันจับ (เด็กเยาวชน)</li> <li>4. Health Literacy ด้านความปลอดภัยทางถนน</li> </ol>	<p><b>มาตรการรักษา (2EIR)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. EMS คุณภาพ</li> <li>2. ER คุณภาพ</li> <li>3. In-hos คุณภาพ</li> <li>4. Referral System</li> </ol>
---	--	---	---

**ด้านข้อมูล**

- ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของประเทศไทย(ใต้ศปถ. (อนุฯ6)
- บูรณาการข้อมูลเว็บตาย (สธ.ตส. ม.กลาง ชันสูตรกร4/ITEMS 43fileIS)
- ขยาย IS online ใน sw. ให้ครบทุก A S M1 และติดตามคุณภาพ
- พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด (งบประมาณจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน : ศปถ.)
- พัฒนาระบบข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจร

**ด้านการป้องกัน**

- ขับเคลื่อนกลไกในระดับอำเภอ (พชอ./ศปถ./D-RTI/City-RTI)
- ขับเคลื่อนงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรในเด็กและเยาวชน
- พัฒนากองสื่อสารความเสี่ยงต่อสังคม สร้างค่านิยม วัฒนธรรมความปลอดภัย
- พัฒนากฎหมายแก้ไขปัญหารถดื่มแล้วขับ การตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด

มาตรการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข

๑. มาตรการบริหารจัดการ ได้แก่ SAT/EOC-RTI คุณภาพ, TEA Unit คุณภาพ ใน รพ. A S M๑, สสอ. / รพช. เป็นเลขาร่วมใน ศปถ. อำเภอ และการสนับสนุนงบประมาณจากเขตสุขภาพ จัดทำแผนบูรณาการร่วมกับ ศปถ. อำเภอ/ศปถ.จังหวัด

๒. **มาตรการข้อมูล** ได้แก่ Integration of Data ๓ ฐาน, การพัฒนา IS online ใน รพ. A S M๑, การสอบสวนการบาดเจ็บ (Investigation) และการจัดการข้อมูล (Information for Action) ให้มีการนำเสนอข้อมูลความเสี่ยง สำคัญ เช่น การขี่เป่าจุดเสี่ยงผ่าน ศปถ. จังหวัด/อำเภอ

๓. **มาตรการป้องกัน** ได้แก่ การขับเคลื่อนกลไกในพื้นที่ระดับอำเภอ D-RTI, City -RTI ผ่าน พขอ. ศปถ. ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เน้นขับเคลื่อนงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรในเด็กและเยาวชน ความปลอดภัยของรถพยาบาล (Ambulance Safety) สนับสนุนให้มีเจ้าหน้าที่ดำเนินงานมาตรการองค์กร และการส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพในเรื่อง ความปลอดภัยทางถนน สื่อสารความเสี่ยง

๔. **มาตรการรักษา** ได้แก่ พัฒนา EMS/ER คุณภาพ Definitive care ในโรงพยาบาลรวมถึง Trauma fast track และ ระบบส่งต่อ (Referral System)

#### จุดเน้นที่ ๑ : สถานการณ์การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน แยกรายเขต

เขต สุขภาพ	ตาย (3 ฐาน)			บาดเจ็บ (opd+ipd)		
	ตาย	ตาย	ตาย 64 มค.- กย.	เจ็บ	เจ็บ	เจ็บ 64 มค.- กย.
เขต 1	1,992	1,748	1,176	119,521	103,688	65,342
เขต 2	1,148	1,060	747	59,511	54,226	32,994
เขต 3	1,053	920	647	57,773	54,341	33,997
เขต 4	1,756	1,674	1,088	91,509	82,260	50,790
เขต 5	1,863	1,679	1,126	119,942	99,833	65,676
เขต 6	2,656	2,252	1,628	145,192	123,744	76,733
เขต 7	1,340	1,240	869	96,070	86,580	57,906
เขต 8	1,389	1,311	874	99,361	90,403	60,679
เขต 9	2,051	1,796	1,194	139,950	127,646	80,342
เขต 10	1,198	1,159	844	77,491	73,439	47,317
เขต 11	1,396	1,126	883	104,636	92,005	52,986
เขต 12	1,169	1,038	725	90,236	77,528	51,647

การขับเคลื่อนการแก้ปัญหาการตายในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์ ปี ๒๕๖๕ TSY Program : (Thailand Safe Youth Program)

#### ๑. หลักการและเหตุผล

ปัญหาการตายจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากการบูรณาการข้อมูลการตาย ๓ ฐาน กลุ่มอายุที่มีการสูญเสียมากที่สุดเป็นเด็กและเยาวชนอายุ ๑๐ -๑๙ ปี ซึ่งมีการเสียชีวิตที่สูงมากถึง ๒๖,๑๒๖ คน ในช่วง ๙ ปี ที่ผ่านมา หรือคิดเป็นเฉลี่ย ๒,๙๐๒ คนต่อปี จากการประมาณการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ๑๐ -๑๙ ปี โดยการวิเคราะห์อนุกรมเวลา Time series ในช่วง ๑๐ ปีต่อจากนี้ (ปี ๒๕๖๔ -๒๕๗๓) หากไม่มีการแก้ไขปัญหอย่างจริงจังและกำหนดเป้าหมายจะมีเด็กและเยาวชนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓๗,๓๒๑ คน หรือเฉลี่ยปีละ ๓,๗๓๒ คน ถ้าหากมีการดำเนินการและกำหนดเป้าหมายลดการตายของเด็กและเยาวชนจากอุบัติเหตุทางถนนให้ลดลง ร้อยละ ๕ ต่อปี ตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน จะสามารถลดการสูญเสียกำลังของชาติในอนาคตถึง ๑๔,๗๕๒ คน ในห้วงเวลา ๑๐ ปี หรือคิดเป็นลดอัตราการตายในภาพรวมได้ ปีละ ๒.๗ -๔.๕ ต่อประชากรแสนคน เพื่อลดการตายในภาพรวมของประเทศให้ได้ตามเป้าหมาย

## ๒. การดำเนินงาน

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ได้พัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการตายและการบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชน และเสนอให้กลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรเร่งดำเนินการอย่างจริงจังในการแก้ปัญหา และได้พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้การขับขี่ปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ สร้างกระบวนการคิดด้านความปลอดภัย (Mindset) ทักษะการประเมินความตระหนักรู้หรือความเสี่ยง (Situation Awareness) โดยเรียกว่า “ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” โดยการพัฒนากระบวนการเชิงกระบวนการในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาในระดับจังหวัดและอำเภอ ประยุกต์ใช้แนวคิด Swiss Cheese Model เรียกว่า TSY Program ย่อมาจาก Thailand Safe Youth Program ประกอบด้วยกิจกรรม ๖ ขั้นตอน ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการตายในกลุ่มเด็กและเยาวชนภาพรวมของอำเภอทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพจากการสอบสวนเชิงลึกการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน และจัดทำข้อเสนอต่อ ศปถ.อำเภอ/พขอ.

กิจกรรมที่ ๒ Swiss cheese ที่ ๑ การพัฒนาองค์กร โดยการขับเคลื่อนกลไกการทำงาน ศปถ.อำเภอ/พขอ./โรงเรียน โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน และข้อมูลจากการสอบสวน เพื่อให้เกิดนโยบายและการวางแผนงาน กิจกรรม เป้าหมาย และติดตามประเมินผล

กิจกรรมที่ ๓ Swiss cheese ที่ ๒ การกำกับดูแลที่ไม่ปลอดภัย โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน ข้อมูลจากการสอบสวนกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำกับดูแล ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครู ตำรวจ ผู้ปกครอง และอื่นๆ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และปรับทัศนคติโดยให้ความรู้ “ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดภัยจากท้องถนน” และออกแบบกิจกรรม การแก้ไขปัญหาารวมกัน

กิจกรรมที่ ๔ Swiss cheese ที่ ๓ สภาพเงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัย โดยร่วมกันออกแบบมาตรการการแก้ไขปัญหาในเด็กและเยาวชน โดยกำหนดมาตรการเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน เช่น การสวมหมวกนิรภัย การกำหนดคบทองโทษ กรณีทำผิดกฎจราจรโดยร่วมกันระหว่างโรงเรียนกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ การกำหนดให้ผู้มีใบอนุญาตขับขี่เท่านั้นที่ซึ่งจักรยานยนต์มาโรงเรียนได้ การกำหนดอายุผู้ขับขี่จักรยานยนต์มาโรงเรียน มาตรการอื่นๆ (ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยให้มีแนวคิด นวัตกรรมใหม่ๆ ที่สามารถขยายผลในระดับประเทศได้ เน้นเยาวชนเข้าถึงจักรยานยนต์ให้ น้อยลง หรือยึดอายุการเข้าถึง อย่างน้อย ๑ กิจกรรม

กิจกรรมที่ ๕ Swiss cheese ที่ ๔ การกระทำที่ไม่ปลอดภัย มีการฝึกอบรมให้ความรู้ ทักษะชีวิต ปรับทัศนคติ และการประเมินความเสี่ยงในการใช้รถใช้ถนน ตามแนวทางมนุษย์ปัจจัย (Human factor) และใช้เทคนิคการประเมินความเสี่ยง (Situation Awareness & SHELL Model) ในกลุ่มเด็กและเยาวชนเป้าหมายพร้อมทั้งประเมินก่อนและหลังการเรียนรู้

กิจกรรมที่ ๖ สรุปผลและประเมินผล การขับเคลื่อนโครงการการแก้ปัญหาการตายในกลุ่มเด็กและเยาวชน ที่ใช้รถจักรยานยนต์ การประเมินผลจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในระดับอำเภอ และประเมินผลเชิงคุณภาพ

## ๓. วัตถุประสงค์ ในการดำเนินงานปี ๒๕๖๕

๑) เพื่อดำเนินงานโครงการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ใน ๑๒ จังหวัดนาร่อง โดยมีอำเภอดำเนินการอย่างน้อย ๓ อำเภอในจังหวัด

๒) เพื่อพัฒนาทีมวิทยากร/ครู “ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดและการจัดการเรียนรู้การขับขี่ที่มีประสิทธิภาพแก่เด็กและเยาวชน และพัฒนาผู้จัดการแผนงานมีอาชีพ TSY Program (Thailand Safe Youth Program) เพื่อให้เกิดกลไกการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภออย่างต่อเนื่องทุกอำเภอ จำนวน ๕๐ - ๗๐ คน

๓) เพื่อพัฒนากลไกการจัดการแก้ปัญหาในกลุ่มเด็กและเยาวชนทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ ร่วมกับศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (ศปถ. จังหวัด) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)

และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทั้งในด้านนโยบาย เป้าหมาย แผนงาน บุคลากร งบประมาณ และมีคณะทำงานขับเคลื่อนติดตาม

#### ๔. ผลผลิต (Output)

๑) มีการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ใน ๑๒ จังหวัดนำร่อง โดยมีอำเภอดำเนินการอย่างน้อย ๓๖ อำเภอ ในจังหวัดนำร่อง

๒) ทีมวิทยากร/ครู “ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดและการจัดการเรียนรู้การขับขี่ที่มีประสิทธิภาพแก่เด็กและเยาวชน และพัฒนาผู้จัดการแผนงานมืออาชีพ TSY Program (Thailand Safe Youth Program) จำนวน ๖๐๐ – ๘๐๐ คน ในพื้นที่นำร่อง

๓) จังหวัดนำร่องมีกลไกการจัดการแก้ปัญหาในกลุ่มเด็กและเยาวชนแบบบูรณาการร่วมกัน ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (ศปถ. จังหวัด) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทั้งในด้านนโยบาย เป้าหมาย แผนงาน บุคลากร งบประมาณ และมีคณะทำงานขับเคลื่อนติดตามต่อเนื่อง

ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ : จำนวนการบาดเจ็บและการเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่นำร่องลดลงร้อยละ ๕ ต่อปี (อย่างน้อย ๖ จังหวัด)

#### จุดเน้นที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริหารข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ การดำเนินงานที่ผ่านมา และการดำเนินงานต่อไป (Road Map)

การดำเนินงานที่ผ่านมา : การบูรณาการข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจากหลายหน่วยงาน เป็นการนำข้อมูลที่อยู่ในฐานกลางของแต่ละหน่วยงานมาสอบทาน cross check เพื่อดูความซ้ำซ้อนและความแตกต่าง ทำให้ได้ข้อมูลการตายที่ครอบคลุม ครบถ้วน เป็นเอกภาพ ใช้อย่างเป็นทางการ

การดำเนินงานต่อไป : การบูรณาการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนนทั้ง รถ คน ถนน โดยใช้ข้อมูลของแต่ละหน่วยงานตั้งแต่ต้นทาง ในระดับจังหวัด จากทุก plat form เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ใช้ในการวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และจะถูกรวมรวมไว้ที่ส่วนกลาง

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบการรายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บมาตั้งแต่ปี ๒๕๓๘ โดยขยายพื้นที่ดำเนินการมาจนกระทั่งปี ๒๕๖๐ มีนโยบายให้โรงพยาบาลระดับ A S M๑ ให้รายงานข้อมูลเข้าระบบ Injury Surveillance Online โดยระบบดังกล่าวจะเชื่อมโยงข้อมูลบางตัวเข้ากับฐานข้อมูลโรงพยาบาล (HIS) ทำให้ลดภาระในการกรอกข้อมูลไปบางส่วน ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการแล้ว จำนวน ๘๖ แห่ง ยังไม่ได้ดำเนินการ จำนวน ๓๕ แห่ง ได้แก่ ระดับ A = ๖ แห่ง, ระดับ S = ๑๓ แห่ง, ระดับ M๑ = ๑๖ แห่ง

#### ๕. ขั้นตอนเพื่อการติดตาม

๕.๑ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ขอให้จังหวัดบูรณาการข้อมูลการบาดเจ็บ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลางขนส่ง ทางหลวง กู้ภัย ฯลฯ เพื่อให้คณะอนุกรรมการบังคับใช้กฎหมายหรือคณะทำงานข้อมูลของจังหวัด นำข้อมูลมาวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาในพื้นที่

๕.๒ ขอให้โรงพยาบาลระดับ A S M๑ รายงานข้อมูลการบาดเจ็บผ่านระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ Injury Surveillance Online ครบทุกแห่ง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น นำเสนอในเวที ศปถ. จังหวัด และคณะอนุกรรมการบังคับใช้กฎหมาย

## ๒. ข้อค้นพบ/ประเด็นปัญหา

๒.๑ สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดในภาพรวมช่วงสภาวะปกติ ตลอดปี พ.ศ. ๒๕๖๔

(๑ มกราคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔) และช่วงเทศกาลปีใหม่ ๒๕๖๕ (๗ วันอันตราย)

ช่วงเวลา	อุบัติเหตุ ครั้ง	บาดเจ็บ (ราย)	ทุพพลภาพ (ราย)	เสียชีวิต (ราย)
➤ ช่วงสภาวะปกติ ตลอดปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (๑ มกราคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔)	-	OPD ๗๕๖,๒๕๒ IPD ๑๘๕,๗๓๒ (ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)	๘,๕๔๔ (๔.๖%ของ IPD case) (ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)	๑๖,๙๕๗ ๒๕.๙๒ ต่อแสน (ข้อมูล ๓ ล้าน)
➤ ช่วงเทศกาลปีใหม่ ๒๕๖๕ (๗ วันอันตราย) (๒๙ ธันวาคม ๖๔ - ๔ มกราคม ๖๕) ข้อมูลศูนย์อำนวยการความปลอดภัย ทางถนน	๒,๗๐๗	๒,๖๗๒	-	๓๓๓
<b>หมายเหตุ :</b> แนวโน้มมีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของ ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๖,๙๕๗ ราย คิดเป็น ๒๕.๙๒ ต่อประชากรแสนคน ต่ำกว่าค่าเป้าหมายเล็กน้อย ๒๕.๒๐ ต่อประชากรแสนคน และเมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๓ พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตลดลง ๘๗๔ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๔.๙๐ และ ๕ ปี ที่ผ่านมาแนวโน้มลดลง ซึ่งถือว่าเป็นแนวโน้มที่ดี และจะต้องเฝ้าระวังหากมีการเปิดประเทศระบบการขนส่งที่เพิ่มขึ้น การท่องเที่ยวที่มากขึ้น อาจจะทำให้มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้น				

### ๒.๒ ผลการดำเนินการขับเคลื่อนการลดอุบัติเหตุทางถนน ตามแผนบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ช่วงเทศกาล และช่วงวันหยุด พ.ศ. ๒๕๖๕

- ด้านการบริหารจัดการ ได้ดำเนินการจัดตั้งและขับเคลื่อน ดังนี้

๑. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (ศปถ.จ.) ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงาน ป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๕ ดำเนินการตามแนวทางการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาล/ช่วงวันหยุดยาว ซึ่งโรงพยาบาลให้ความร่วมมือ ตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด มีการประชุมติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งในช่วงปกติ และช่วงเทศกาล

๒. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อ.) ดำเนินการตั้งด่านชุมชน จุดตรวจหลัก จุดตรวจรอง/จุดบริการ ด่านชุมชน จุดเสี่ยง ให้ดำเนินการเข้มข้นในทุกอำเภอ อย่างเคร่งครัด มีการถอดบทเรียนและนำมา จัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลและวันหยุดยาว

๓. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) บูรณาการกับทุกภาค ส่วน โดยเฉพาะสำรวจถนนที่มีจุดเสี่ยง จุดอันตราย จุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อย และดำเนินการปรับปรุงซ่อมแซมให้มีความปลอดภัย รวมทั้งระบบไฟฟ้าส่องสว่างที่ชำรุด ให้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ใช้งานได้

- ด้านลดปัจจัยเสี่ยงด้านถนนและสภาพแวดล้อม

จังหวัดได้บูรณาการกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมข้างทางที่เป็นจุดเสี่ยง จุดอันตราย จุดตัดทางรถไฟ ทางแยก ทางโค้งให้มีความปลอดภัย โดย ศปถ.จังหวัด ร่วมกับ ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.อปท. ลงพื้นที่ตรวจสอบสถานที่เกิดอุบัติเหตุ สรุปผลการสอบสวน นำเสนอเวที ศปถ.จังหวัด และ คณะอนุกรรมการสอบสวนอุบัติเหตุ เพื่อบังคับใช้กฎหมายตามลำดับ

- ด้านลดปัจจัยเสี่ยงด้านยานพาหนะ

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด ได้ดำเนินการตรวจสอบ และควบคุมการใช้รถ โดยสารสาธารณะ รถบรรทุก ยานพาหนะทุกประเภท รวมทั้งรถของผู้ประกอบการขนส่งอาหาร หรือผู้ประกอบการขนส่งสินค้า ให้มีความปลอดภัยในการเดินทาง เปิดจุดตรวจจุดบริการประชาชน โดยมี ภาศิเครือข่าย ปกครอง ท้องถิ่น อำเภอ เจ้าหน้าที่ตำรวจสถานีภูธร สาธารณสุขอำเภอ สมาชิก อส. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านฝ่ายรักษาความสงบ อาสาสมัคร

ป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนเทศบาลตำบล บูรณาการร่วมกัน โดยเน้นการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและให้ประชาสัมพันธ์สร้างจิตสำนึกความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนในการสัญจรไปมา

- ด้านผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย

มีการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเข้มงวด อาทิ การใช้มาตรการ ๑๐ รสชม เพื่อกวาดล้างวินัยจราจร การใช้กลไกประชารัฐ และการบริหารจัดการความเร็วในพื้นที่ชุมชน ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนและเสียชีวิต คือ ขับรถเร็วประกอบกับไม่คาดเข็มขัดนิรภัย/ไม่สวมหมวกนิรภัย โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ มีการรณรงค์และบังคับใช้กฎหมายให้ประชาชนสวมหมวกนิรภัย

- ด้านการช่วยเหลือหลังเกิดอุบัติเหตุ

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด ได้แจ้งหน่วยที่เกี่ยวข้องเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ เพื่อรองรับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน มีหน่วยบริการฉุกเฉินระดับสูง (ALS) ระดับต้น (BLS) สั่งการโดยศูนย์ ๑๖๖๙ องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีทีมปฏิบัติงาน ๒๔ ชั่วโมง

### ๒.๓ ผลการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนน

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด ได้แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควบคุมร้านค้าที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ให้ขายตามประกาศกระทรวงและมาตรการควบคุมของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และมีการวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในช่วง ๗ วันอันตราย โดยคัดกรองคนเมาแล้วขับ ณ ด้านชุมชน ไม่ให้ผู้ขับขี่ที่ไม่พร้อม ขึ้นมาใช้ถนนร่วมกับผู้อื่น และรณรงค์ ๓ ม. “สวมหมวก ใส่แมส ไม่เมา” มีการประชาสัมพันธ์ กำกับควบคุมสถานบริการประเภทต่าง ๆ ที่มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด

### ๓. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

#### ๓.๑ ระดับพื้นที่

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการระดับพื้นที่
<p>๑. คน: ขาดความร่วมมือในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยไม่คำนึงถึงอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้น อาศัยความสะดวกสบายของตนเองเป็นหลัก เนื่องจากยังมีการถูกปรับจากการบังคับใช้กฎหมายอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะการไม่สวมหมวกนิรภัย การเมาแล้วขับ การขับรถเร็ว รวมทั้งไม่มีใบอนุญาตขับขี่</p> <p>๒. พาหนะ: ยังมีการใช้พาหนะที่ไม่ปลอดภัยโดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ เช่น ไม่มีไฟหน้า ไฟท้าย รถจักรยานยนต์ดัดแปลง ไม่มีการต่อ พรบ.</p> <p>๓. ถนน: ถนนบางเส้นทาง แคบ เป็นหลุมบ่อ ผิวการจราจรขรุขระ และไม่มีไฟสว่าง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุในช่วงเทศกาล</p> <p>๔. นโยบาย: ขาดงบประมาณ และอัตรากำลังในพื้นที่</p>	<p>๑. ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดแผนงานและงบประมาณ เพื่อดำเนินการและแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน</p> <p>๒. ควรเน้นสร้างเครือข่ายและขยายแนวร่วม เพื่อกระตุ้นหรือปลูกจิตสำนึกความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนกับประชาชนให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม เป้าหมายสำคัญที่ร่วมเป็นพลังในการขับเคลื่อน</p> <p>๓. ควรเน้นการปลูกฝัง และสร้างความตระหนักรู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุที่สูงขึ้น</p>

## ๓.๒ ระดับนโยบาย

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการระดับนโยบาย
<p>๑. การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ท้องถิ่น ในการร่วมกันแก้ปัญหาด้านความปลอดภัยทางถนน ยังไม่เชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพ และการมีข้อจำกัดในช่วงสถานการณ์ Covid-19 แพร่ระบาด ทำให้การปฏิบัติงานและการสร้างกิจกรรมการรับรู้ในพื้นที่มีข้อจำกัด</p> <p>๒. ขาดงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่</p>	<p>➤ ควรเน้นสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้ประชาชนตระหนักรู้ในกฎหมายการขับขี่อย่างปลอดภัย ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนในด้านงบประมาณให้กับหน่วยงานต่างๆ ได้สามารถขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ตลอดทั้งปี</p>

**โครงการกรณีพิเศษ/เร่งด่วน****๗. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์**

**ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมควบคุมโรค

**๑. ผลการตรวจติดตาม**

มีการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ในการวางกรอบนโยบาย และกลยุทธ์ในการเฝ้าระวังควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า การเปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน (EOC) เพื่อกำกับติดตามในการดำเนินควบคุมการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ให้สงบโดยเร็วและเฝ้าระวังป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเพื่อให้เกิดการบูรณาการด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ การบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ให้เป็นเขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้าอย่างยั่งยืน

❖ ทุกจังหวัดกำหนดให้เดือน เมษายน ของทุกปี เป็นช่วงรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่สัตว์ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์

❖ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน โดยคนที่ถูกสุนัขหรือแมว กัด/ข่วน ต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ ๑๐๐ และผู้ที่สัมผัสสุนัขหรือแมว ที่ตายภายใน ๑๐ วัน ต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ ๑๐๐

❖ การป้องกันควบคุมและดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในแรงงานต่างด้าว ทุกจังหวัดมีระบบการค้นหาติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า โดยอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวร่วมด้วย โดยกำหนดให้สถานประกอบการที่มีแรงงานต่างด้าวปฏิบัติงานอยู่ มีหน้าที่ต้องแจ้งรายงานเมื่อพบแรงงานต่างด้าวที่มีการสัมผัสเสี่ยงต่อโรคพิษสุนัขบ้าให้กับหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านทราบทันที

❖ การสำรวจจำนวนและขึ้นทะเบียนประชากรสุนัขและแมว ที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยจัดซื้อวัคซีนและเริ่มฉีดวัคซีนตั้งแต่เดือนมีนาคม มีการควบคุมประชากรสุนัขและแมวในพื้นที่ โดยปศุสัตว์จังหวัดเป็นผู้ทำหน้าที่

❖ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกจังหวัด มีการจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อควบคุมการเลี้ยงและปล่อยสัตว์โดยออกข้อบัญญัติใช้แล้ว ในส่วนของศูนย์พักพิงสุนัขจรจัด ยังมีไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่/จังหวัด

❖ การบูรณาการการสร้างเครือข่ายเพื่อป้องกัน และติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าทุกราย ให้เข้ารับการรักษาย่างถูกต้องครบถ้วน ทั้งในส่วนของประชาชนไทย และแรงงานต่างด้าว โดยมีรูปแบบการบูรณาการการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไข ปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัด โดยคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดและคณะกรรมการ One Health

❖ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาคประชาสังคม และจิตอาสา โดย อสม.เคาะประตูบ้าน ค้นหา ผู้สัมผัสสัตว์ที่โดนกัด/ข่วน ให้มาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แพทย์ พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าแก่กลุ่มนักเรียน นักศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ ให้มีความรู้โดยบูรณาการร่วมกับงานอนามัยโรงเรียน และช่วงเทศกาล สัปดาห์รณรงค์ต่างๆ จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน ตลาด

❖ สนับสนุนสื่อ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ชุดนิทรรศการ แก่โรงพยาบาล/หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาสัมพันธ์ผ่านเครือข่ายช่องทาง LINE ต่างๆ / เพจ Facebook / สื่อออนไลน์อื่นๆ

❖ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสุนัขและแมวจากระบบฐานข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า หนึ่งเดียว (Rabies One Data) บางพื้นที่สนับสนุนค่าสำรวจประชากรสุนัขและแมว ตัวละ ๓ บาท และสนับสนุนเป็น ค่าวัคซีนพร้อมวัสดุอุปกรณ์ในการฉีดตัวละ ๓๐ บาท

### กระทรวงสาธารณสุข : การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน

โรงพยาบาลทุกแห่งให้บริการฉีดวัคซีน/อิมมูโนโกลบูลิน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างพอเพียง ร่วมกับการค้นหา ติดตามผู้สัมผัสโรค มีโปรแกรมรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.๓๖) กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โดยบูรณาการ ร่วมกับปศุสัตว์จังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ มีการคัดเลือก อปท. เพื่อสร้างเขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ดำเนินการโดยใช้ กลยุทธ์ ๖ ด้าน มีการประเมินสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์พื้นที่ตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่สงสัย ได้ส่งตรวจสารคัดหลั่ง จัดทำแผนที่เกี่ยวข้องกับโรคพิษสุนัขบ้าในหน่วยงานระดับอำเภอ อย่างครอบคลุม สำรวจบุคลากรกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการฉีด Pre-exposure prophylaxis : PrEP สำหรับฉีดป้องกัน ล่วงหน้า ทั้ง ๓ หน่วยงาน (สาธารณสุข/ ปศุสัตว์/อปท.) ที่ไม่เคยรับวัคซีน ดำเนินการให้บุคลากรบริหารจัดการวัคซีน แบบหลังสัมผัสโรค เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้ง่าย มีการสอบสวนติดตามผู้สัมผัสโรคในกรณีพบหัวสัตว์ติด เชื้อให้มารับวัคซีนทุกราย เน้นการพัฒนากระบวนการรายงานโรคและเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทางสมอง และระบบประสาท เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน มีสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทุกช่องทางจนถึงระดับชุมชน หมู่บ้าน ผ่าน อสม. อย่าง ต่อเนื่อง เน้นผู้นำสัตว์เสี่ยงมารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

### ๒. ปัญหาอุปสรรค ระดับพื้นที่/ระดับนโยบาย

๒.๑ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้สถานพยาบาล มีการปิดรับ ผู้ป่วยที่ Walk In เข้าไปรับการรักษา ต้องระดมทรัพยากร และบุคลากรในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค จึงทำให้บางกิจกรรมต้องยกเลิก เลื่อน หรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงาน จึงเกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน

๒.๒ การเก็บตัวอย่างเนื้อสมอง ส่งตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า กรณีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้มองอักเสบไม่ทราบ สาเหตุ ยังไม่ครบทุกราย เนื่องจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลยังไม่ได้รับทราบถึงเกณฑ์การเฝ้าระวังโรค

๒.๓ การบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. ๒๕๓๕ และข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เรื่องการควบคุมการเลี้ยงหรือปล่อยสัตว์ ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างจริงจัง

๒.๔ มีศูนย์พักพิงสุนัขจรจัดไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

### ๓. การประเมินผลการดำเนินโครงการ

จัดทำวิจัยและพัฒนาเพื่อผลักดันการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีการ ติดตามสถานการณ์ และประเมินผลเป็นระยะๆ โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการฯ

#### ๔. ข้อเสนอแนะ ระดับพื้นที่/ระดับนโยบาย

๔.๑ ประเมินสถานการณ์โดยใช้ข้อมูลจากการสอบสวนโรค และผลตรวจจากห้องปฏิบัติการและการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยการจัดหาวัคซีนสำหรับกลุ่มประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดการเสียชีวิต

๔.๒ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรหาแนวทางในการจัดตั้งศูนย์พักพิงสุนัขจรจัดในครอบคลุมทุกพื้นที่ และการจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อควบคุมการเลี้ยงและปล่อยสัตว์

๔.๓ ควรมีการชี้แจงเกณฑ์การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้ากับแพทย์และเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาทุกโรงพยาบาล เพื่อให้มีการเก็บเนื้อสมองส่งตรวจหาเชื้อพิษสุนัขบ้าทุกราย ในผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้มองอักเสบไม่ทราบสาเหตุ ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

๔.๔ ส่งเสริมให้มีการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. ๒๕๓๕ และข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เรื่องการควบคุมการเลี้ยงหรือปล่อยสัตว์

๔.๕ ขอให้จังหวัดเร่งรัด อปท. ในการออกข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติเกี่ยวกับการควบคุมการเลี้ยงหรือปล่อยสัตว์ ซึ่งอยู่ระหว่างการจัดทำข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติ ดำเนินการให้แล้วเสร็จครบถ้วนทุกแห่ง

๔.๖ เน้นการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันเฝ้าระวังและ เสนอแนะ ให้มีที่สถานกักกันสัตว์ที่ไม่เจ้าของ และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง

#### ๖. กิจกรรมที่ส่งผลต่อการลดโรค/กิจกรรมการดำเนินงานของจังหวัด

๖.๑ การถ่ายทอดนโยบายและติดตามการดำเนินงานจากสำนักนายกรัฐมนตรีและระดับกระทรวง ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมกิจกรรมที่สำคัญอย่างครบถ้วน ตั้งแต่ระดับกระทรวงถึงระดับตำบล

๖.๒ กิจกรรมการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์มีความครอบคลุมทำให้ลดความเสี่ยงในการสัมผัสกับสัตว์ที่ป่วยและเป็นพาหะของโรคพิษสุนัขบ้า

➤ ปศุสัตว์จังหวัดดำเนินการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ กรณีพบสัตว์ป่วยหรือพบผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า ในรัศมี ๕ กิโลเมตร

➤ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการสำรวจจำนวนสุนัขและแมวเพื่อขอรับสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์ และดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ โดยมีอัตราความครอบคลุมมากกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนสัตว์ที่สำรวจ

๖.๓ กิจกรรมการติดตามการรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในผู้สัมผัสโรค อย่างครบชุด มีความครอบคลุมมากกว่าร้อยละ ๘๐ ทำให้ลดความเสี่ยงที่ผู้สัมผัสโรคจะป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า

ภาพกิจกรรมการดำเนินงานของจังหวัด



ผตร. สธ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สธ.



ผู้เข้าร่วมประชุม



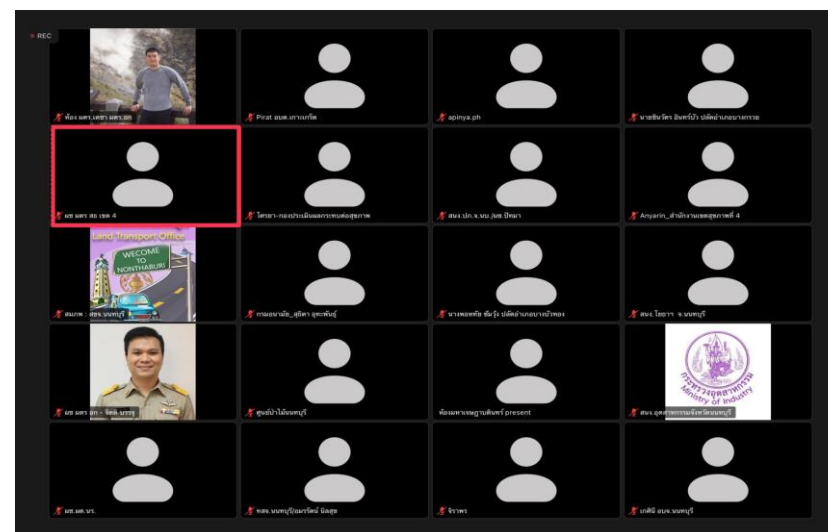
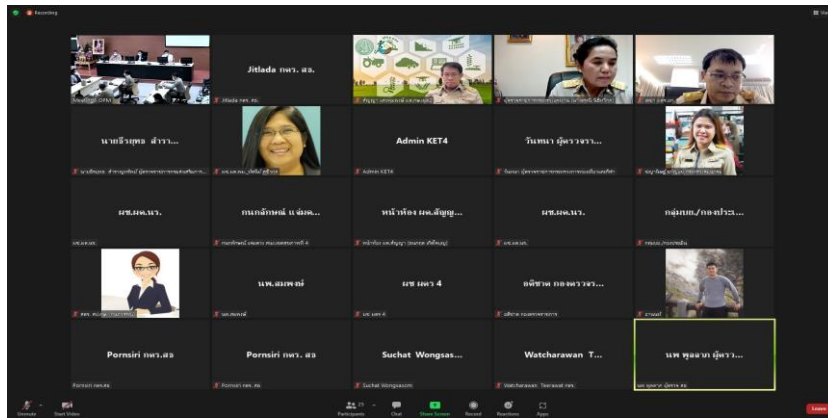
\*\* มีการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลและพัฒนาศักยภาพ  
เจ้าหน้าที่ผู้ใช้ระบบฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ร.๓๖ ร่วมกับ สคร.๗ จังหวัดขอนแก่น





### เขตสุขภาพที่ ๔

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.พูนลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์) พร้อมด้วยคณะ  
ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวงเกี่ยวข้อง  
จังหวัดสระบุรี ลพบุรี อโยธยา สิงห์บุรี อ่างทอง นนทบุรี ปทุมธานี นครนายก



## เขตสุขภาพที่ ๗

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์) พร้อมด้วยคณะ  
ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวงเกี่ยวข้อง  
จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม

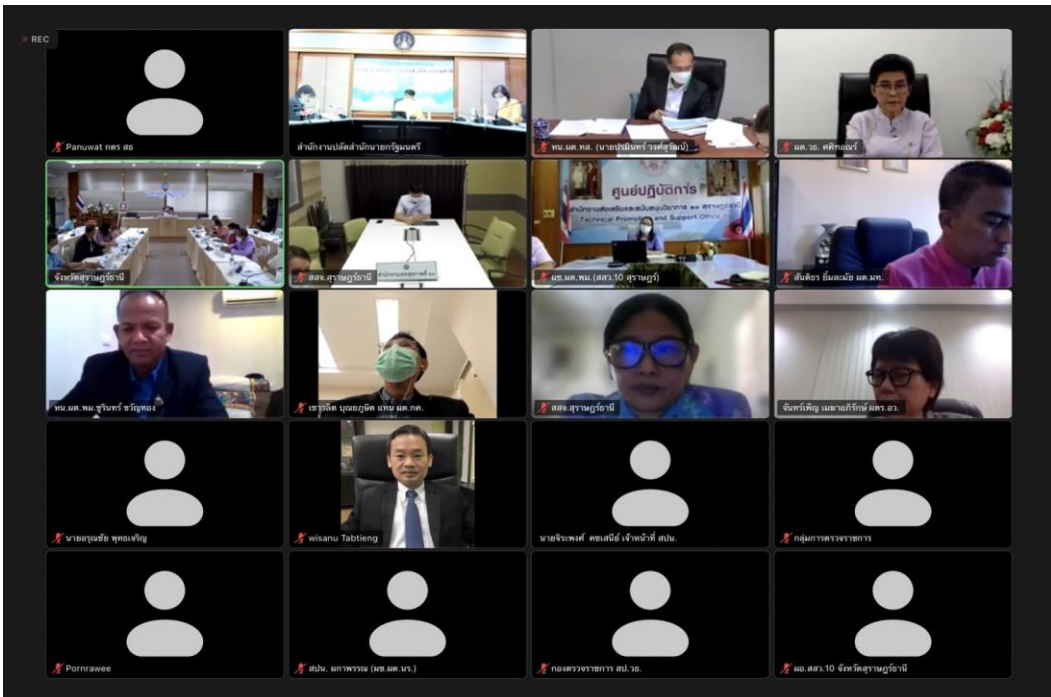






### เขตสุขภาพที่ ๑๑

ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นางกองมณี สุรวงษ์สิน) แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวง และ  
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑ พร้อมด้วยคณะ  
ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ร่วมกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวงที่เกี่ยวข้อง  
จังหวัดชุมพร นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง





ภาคผนวก

## สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๑๓๐ / ๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้การบริหารราชการแผ่นดิน และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดว่า การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการจัดทำภารกิจยิ่งขึ้น เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้การพัฒนาและการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการสามารถสนับสนุนการตรวจราชการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด มีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

## ข้อ ๑ องค์ประกอบ

- |     |  |           |
|-----|--|-----------|
| ๑.๑ | นายสุเทพ เพชรมาก                                 | ประธาน    |
|     | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข             |           |
| ๑.๒ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย   | รองประธาน |
| ๑.๓ | สาธารณสุขนิเทศก์ ที่ได้รับมอบหมาย                | กรรมการ   |
| ๑.๔ | รองอธิบดีกรมทุกกรม ที่ได้รับมอบหมาย              | กรรมการ   |
| ๑.๕ | นายวัชรพงษ์ คำหล้า                               | กรรมการ   |
|     | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย                 |           |
| ๑.๖ | ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป         | กรรมการ   |
| ๑.๗ | นางสมพิศ จำปาเงิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มถอง    | กรรมการ   |
|     | ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย |           |
| ๑.๘ | นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร                         | กรรมการ   |
|     | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย                      |           |
| ๑.๙ | นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ                              | กรรมการ   |
|     | ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ                         |           |
|     | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข                     |           |

๑.๑๐ นางสาวอังคณา...

๑.๑๐	นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
๑.๑๑	นางภารณี วสุเสถียร ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
๑.๑๒	นายชาติ เอี่ยมมา ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
๑.๑๓	นางโกสุม สาลี หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
๑.๑๔	นายอดิชาติ หงษ์ทอง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
๑.๑๕	นายวัลลภ คชบก หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และเลขานุการ
๑.๑๖	นางสาวสิรินันท์ พานพิศ ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑๗	นางสาวพวงผกา มะเสนา ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑๘	นางสุภาพร เกิดฤทธิ์ ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีหน้าที่และอำนาจ

๒.๑ ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการตรวจราชการให้เป็นไปอย่างบูรณาการสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวง และการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่

๒.๒ วิเคราะห์บทบาท ภารกิจการตรวจราชการ ระบบตรวจราชการและกระบวนการตรวจราชการให้สอดคล้องตามพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๓ จัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบตรวจราชการกระทรวงและปรับปรุงกระบวนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ต่อที่ประชุมสำนักตรวจราชการกระทรวงเพื่อพิจารณา

๒.๔ กำหนดแนวทาง ให้คำปรึกษา และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรการและวิธีการ ในการพัฒนาระบบตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๕ ส่งเสริม สนับสนุน กำกับ ติดตาม เกี่ยวกับการพัฒนาระบบตรวจราชการ ตลอดจนแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาระบบตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๖ สนับสนุน...

๒.๖ สนับสนุนการดำเนินงานของผู้ตรวจราชการและคณะ เพื่อให้การตรวจราชการในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๗ ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายสุเทพ เพชรมาก)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

# สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๒๙๕/๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดิน และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กล่าวว่าการตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่ง ในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการจัดทำภารกิจยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นไปตามหลักการการบริหารแบบบูรณาการและการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยในงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้กำหนดขอบเขตการตรวจราชการที่สอดคล้องตาม Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์ ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล ประเด็น Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ รวมทั้งการตรวจราชการแบบบูรณาการ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ดังนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

## ข้อ ๑.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายสุเทพ เพชรมาก หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	ประธานกรรมการ
(๒)	นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์ รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	รองประธาน กรรมการ
(๓)	นายณรงค์ อภิกุลวณิช รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	รองประธาน กรรมการ
(๔)	นายสมฤกษ์ จึงสมาน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๕)	นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๖)	นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ

(๗) นายพูลลาภ...

(๗)	นายพูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๘)	นายธนรักษ์ พลิพัฒนา ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๙)	นายสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๑๐)	นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๑๑)	นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๑๒)	นายพิทักษ์พล บุญมาลิก ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๑๓)	นายทศเทพ บุญทอง สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๑๔)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๑๕)	นายสมเกียรติ ขำนุรักษ์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
(๑๖)	นายสมยศ ศรีจารนัย สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๑๗)	นายกิตติ กรรภิรมย์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๑๘)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
(๑๙)	นายอุดม ภู่วโรดม สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๒๐)	นายจรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๒๑)	นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๒๒)	นายदनัย ธีวันดา สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๒๓)	นายมนู ศุกลสกุล สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๒๔)	นายธนศ เสริมแก้ว สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
(๒๕)	เลขาธิการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล การตรวจราชการ ประเด็นที่ ๑-๗	กรรมการ
(๒๖)	นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขาธิการ

(๒๗) นายวัลลภ...

(๒๗) นายวัลลภ คชบก นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๘) นางสาวสิรินันท์ พานพิศ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ งานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๙) นางสาวพวงผกา มะเสนา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ งานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๐) นางสุพาพร เกิดฤทธิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๑.๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑.๑ มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

(๑) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ นโยบาย และทิศทางในการพัฒนาประเทศ และแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง และกรอบประเด็นการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

(๒) กำหนดแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตามประเด็นการตรวจราชการ ได้แก่ Agenda based , Functional based และ Area based

(๓) กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการแต่ละประเด็น และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๔) พัฒนาระบบงาน เครื่องมือ กลไกในการตรวจราชการ

(๕) จัดทำคู่มือการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

(๖) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

(๗) ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มอบหมาย

ข้อ ๑.๓ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๒/๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ  
กำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔  
ลงวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๔

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายสุเทพ เพชรมาก)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

# สำเนาฉบับ

คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ที่ ๒/๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจำนวน ๗ คณะ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งมีหน้าที่กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของ คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการตามประเด็น และสรุปผลการตรวจราชการ ในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์ ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอยโรค ลดป่วย ลดตาย ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล ประเด็น Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ รวมทั้งการตรวจราชการแบบบูรณาการ นั้น

อาศัยอำนาจตามความข้อ ๑.๒ (๖) แห่งคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๒๙๕/๒๕๖๔ เรื่อง คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจำนวน ๗ คณะ ดังนี้

๑. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นโครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

## ข้อ ๑.๑ องค์ประกอบ

(๑) นางสาววิพรรณ สังกะเสน	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	ประธาน กรรมการ
(๒) นายสมเกียรติ ชำนาญกิจ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓	รองประธาน กรรมการ
(๓) นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อำนวยการกองตรวจ ราชการ	กรรมการ
(๔) นางสาวปณิตา ธีรสุขกุล	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ กระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
(๕) นายพรเพชร ปัญญาพิริยะกุล	ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบ บริหารสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๖) นางยุภา คงกลิ่นสุนทร	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ

(๗) นางสาวอรธนาพรรณ...

(๗)	นางสาวอรรณราพรรณ ชมภู่	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	กรรมการ
(๘)	นางพาทุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ	กองบริหารการสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักงาน เลขานุการคณะกรรมการ โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้อง กับพระบรมวงศานุวงศ์ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๙)	นางชีวันนัท เลิศพิริยะสุวัฒน์	ผู้อำนวยการกองโรค เอดส์และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๐)	นางผลิน กมลวัฒน์	ผู้อำนวยการกองวินโรค กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๑)	นายพรพิทักษ์ พันธุ์หล้า	ผู้อำนวยการกอง ยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๒)	นายศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา	ผู้อำนวยการสถาบัน กัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๓)	นางสาวเบญจมาศ พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกอง ยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๔)	นายอภิชาติ แสงสิน	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราช นครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๕)	นางอุษยา นาคเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญ การพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๖)	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ

(๑๗) นายธีรภัทร...

(๑๗)	นายธีรภัทร อัจฉินจิตรระการ	นายแพทย์ชำนาญการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๘)	นายณัฐพงศ์ กันทะวงศ์	ทันตแพทย์ชำนาญการ ผู้อำนวยการสถาบัน ทันตแพทย์ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๙)	นายจรัส รัชกุล	ผู้อำนวยการกองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ	กรรมการ
(๒๐)	นายสมภพ อัจฉริยะศักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาค ประชาชน กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๑)	นายเชาวลิต นาคสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองสนับสนุนสุขภาพภาค ประชาชน กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๒)	นางสาวรุฬณกร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๓)	นางสาวกัญญา กลิพร้อม	เจ้าพนักงานธุรการ ชำนาญงาน	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๔)	นายวีรพันธ์ สุขฉัตร	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๕)	นางสาวชุติมา บุคดาชุย	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผน (จ้างเหมาบริการ)	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๑.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๒. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นกัญชาทางการแพทย์ โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๒.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	ประธาน กรรมการ
(๒)	นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธาน กรรมการ
(๓)	นายจรัญ จันทมัตตุการ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๔)	นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๕)	นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อำนวยการกองตรวจ ราชการ	กรรมการ
(๖)	นายชาติ เอี่ยมมา	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ กระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๗)	นางสิริพรรณ โชติกมาศ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ กระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๘)	นางจุฑารัตน์ มากคงแก้ว	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ กระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๙)	นายกิตติ โล่สุวรรณรักษ์	ผู้อำนวยการสถาบันกัญชา ทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๐)	นางกนกพร ชนะคำ	รองผู้อำนวยการสถาบัน กัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๑)	นางสาวผกากรอง ขวัญข้าว	รองผู้อำนวยการสถาบัน กัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๒)	นางสาวปัทมา หลอมประโคน	รองผู้อำนวยการสถาบัน กัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๓)	นางสุชีรา วีระदनัยวงศ์	เภสัชกรชำนาญการ สถาบันกัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๔)	นางสาวชลธิชา จิ่งมันคง	เภสัชกรชำนาญการ สถาบันกัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
(๑๕)	นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการกองบริหาร การสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๖)	นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	กรรมการ
(๑๗)	นายอนันต์ กนกศิลป์	กองบริหารการสาธารณสุข ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

(๑๘) นางรัชนี้...

(๑๘) นางรัชณี จันทร์เกษ	ผู้อำนวยการกองวิชาการ และแผนงาน กรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก	กรรมการ
(๑๙) นางมาลา สร้อยสำโรง	ผู้อำนวยการสำนักงาน จัดการศึกษาและกระท่อม ทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๒๐) นางสาวสุวภรณ์ แนวจำปา	ผู้อำนวยการกองสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๑) นางเสาวภา จงกิตติพงศ์	ผู้อำนวยการกองสุขภาพ ระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๒) นางนลินา ตันตินิรามัย	ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๓) นายอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๔) นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการ แพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๕) นายสมชาย ธนะสิทธิชัย	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย และประเมินเทคโนโลยี ทางการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๖) นายบุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหาร ระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๗) นายเทอดศักดิ์ เดชคง	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการ สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๘) นางสาวเบญจมาศ พงษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกอง ยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๙) นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ

(๓๐) นางสาว...

(๓๐) นางสาวนันทวรรณ เมฆา	ผู้อำนวยการกองแผนงาน และวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
(๓๑) นางสาวพรทิพย์ เจียมสุขน	รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
(๓๒) นางสาวรสุดา ยุงทอง	ผู้อำนวยการกองส่งเสริม งานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วน ภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา	กรรมการ
(๓๓) นางสาวนันทิยา บุญยะจินดา	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา	กรรมการ
(๓๔) นางศิริวรรณ ชัยสมบูรณ์พันธ์	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย สมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
(๓๕) นายสมศักดิ์ สุนทรพาณิชย์	ผู้อำนวยการสำนักยาและ วัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
(๓๖) นายสมชาย ชินวานิชย์เจริญ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี	กรรมการ
(๓๗) นายเจษฎาพร โชติรัตน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๓๘) นางสาวสุภาพร เฉยทิม	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๙) นางสาวขวัญแก้ว จันทรวีเชียร	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๔๐) นางสาวนาถฤดี ศิรินาม	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

## ข้อ ๒.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๓. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

## ข้อ ๓.๑ องค์ประกอบ

- |                               |   |                      |
|-------------------------------|---|----------------------|
| (๑) นายพูลลาภ นันทวิจิตรวงศ์  | ผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>เขตสุขภาพที่ ๔                                      | ประธาน<br>กรรมการ    |
| (๒) นายธนรักษ์ ผลิตพันธ์      | ผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>เขตสุขภาพที่ ๕                                      | รองประธาน<br>กรรมการ |
| (๓) นายสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์   | ผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>เขตสุขภาพที่ ๗                                      | รองประธาน<br>กรรมการ |
| (๔) นายสมยศ ศรีจารนัย         | สาธารณสุขนิเทศก์<br>เขตสุขภาพที่ ๔  | กรรมการ              |
| (๕) นายกิตติ กรรภิรมย์        | สาธารณสุขนิเทศก์<br>เขตสุขภาพที่ ๕  | กรรมการ              |
| (๖) นายอุดม ภู่วโรดม          | สาธารณสุขนิเทศก์<br>เขตสุขภาพที่ ๗  | กรรมการ              |
| (๗) นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ       | ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ  | กรรมการ              |
| (๘) นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์ | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>เขตสุขภาพที่ ๔                               | กรรมการ              |
| (๙) นางจารุภา จำนงค์ศักดิ์    | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>เขตสุขภาพที่ ๕                               | กรรมการ              |
| (๑๐) นายชาติ เอี่ยมมา         | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>เขตสุขภาพที่ ๗                               | กรรมการ              |
| (๑๑) นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร | นายแพทย์เชี่ยวชาญ<br>สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ                         | กรรมการ              |
| (๑๒) นายสฤกษ์ดีเดช เจริญไชย   | นายแพทย์เชี่ยวชาญ<br>(ด้านเวชกรรมป้องกัน)<br>สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ | กรรมการ              |

(๑๓) นางจารุณี...

(๑๓) นางจารุณี จันทร์เพชร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	กรรมการ
(๑๔) นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	กรรมการ
(๑๕) นายจรัส รัชกุล	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๖) นายสุรกิต ฉัตรเจริญวัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๗) นางจีรวรรณ หัสโรค์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๘) นายบุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบ บริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๙) นางสาวนันทาวดี วรวัสส์	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๐) นางสาวเบญจมาศ พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๑) นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๒) นางสาวนิพา ศรีช้าง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๓) นางวิมล โรมา	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข) กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(๒๔) นางรัชนี บุญเรืองศรี	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ

(๒๕) นายอดิชาติ...

(๒๕) นายอดิชาติ หงษ์ทอง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๖) นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบุญ	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๗) นางศิริเพ็ญ ตลับนาค	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๘) ดร.สุภัฏญา รอบจังหวด	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ เขตสุขภาพที่ ๔ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๙) นายเจตมาศ ไชยะกุล	นักวิชาการอาหารและยา ชำนาญการ เขตสุขภาพที่ ๔ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๓.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๔. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๔.๑ องค์ประกอบ

- |                               |  |                      |
|-------------------------------|--|----------------------|
| (๑) นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน    | ผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>เขตสุขภาพที่ ๑๐        | ประธาน<br>กรรมการ    |
| (๒) ผู้ตรวจราชการกระทรวง      | เขตสุขภาพที่ ๑๑                                | รองประธาน<br>กรรมการ |
| (๓) นายदनัย ธีวันดา           | สาธารณสุขนิเทศก์<br>เขตสุขภาพที่ ๑๐            | กรรมการ              |
| (๔) นายมนู ศกุลสกุล           | สาธารณสุขนิเทศก์<br>เขตสุขภาพที่ ๑๑            | กรรมการ              |
| (๕) นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ       | ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ                       | กรรมการ              |
| (๖) นางสาวจงกลณี จรรย์นุวัฒน์ | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>เขตสุขภาพที่ ๑๐ | กรรมการ              |

(๗) นางก่องมณี...

(๗)	นางกอมณี สุรวงษ์สิน	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๘)	นางพิมพ์พรรณ ต่างวิวัฒน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(๙)	นายนิธิรัตน์ บุญตานนท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๐)	นายธีรชัย บุญยะสิทธิ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๑)	นายสุทิน ปุณทริกักดิ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนา อนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๒)	นางสาวบังเอิญ ทองมอญ	นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๓)	นางแคทียา โฆษร	นักโภชนาการปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๔)	นางวรรณชนก ลี้มจำรูญ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๕)	นายฤทธิญา หาญบรรเจิด	ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๖)	นางจรีพร คงประเสริฐ	รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๗)	นางสาวณัฐธิดา วัฒนมั่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๘)	นางสาวกุลพิมิน เจริญดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๙)	นายณัฐกร จำปาทอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนครินทร์	กรรมการ
(๒๐)	นายประภาส อุครานันท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์	กรรมการ
(๒๑)	นายบุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบ บริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๒)	นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๓)	นางสาวดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่นราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ

(๒๔) นางสาวนันทาวดี...

(๒๔)	นางสาวนันท์ทาวดี วรสุวัธ	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและ พัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๕)	นางสาวเบญจมาศ พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๖)	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๗)	นายอัศวิน จิตนุยานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๘)	นางสาวชลกร ภู่อกุลสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญ การพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาค ประชาชน กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๙)	นายปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐	กรรมการ
(๓๐)	นางสุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐	กรรมการ
(๓๑)	นางสาวพรอินทร์ วั่งยายฉิม	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ กองตรวจราชการ	กรรมการ และเลขานุการ
(๓๒)	นางวาสนา โชติชะวารานนท์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๓)	นางสาวนริศรา ปั่นทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

#### ข้อ ๔.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนาจการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนาจการฯ มอบหมาย

๕. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๕.๑ องค์ประกอบ.

## ข้อ ๕.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายณรงค์ อภิกุลวณิช	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	ประธาน กรรมการ
(๒)	นายสมฤกษ์ จีงสมาน	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	รองประธาน กรรมการ
(๓)	นายทศเทพ บุญทอง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๔)	สาธารณสุขนิเทศก์	เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
(๕)	นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๖)	นางสาวปริญดา ทนคำ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๗)	นางภาณี วสุเสถียร	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
(๘)	นายณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ
(๙)	นางปฐมพร ศิริประภาศิริ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม) ปฏิบัติหน้าที่ ผู้บริหารจัดการเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร	กรรมการ
(๑๐)	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์		กรรมการ
(๑๑)	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๒)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๓)	ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก	กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๔)	ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ แพทย์แห่งชาติ	กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๕)	นายศุภวัชร บุญกษิต์เดช	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี	กรมการแพทย์
(๑๖)	นางสาวศุภิพร แสงกระจ่าง	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	กรมการแพทย์
(๑๗)	นายเฉลิมพล ไชยรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	กรมการแพทย์
(๑๘)	นางสาวอรรวรรณ อนุไพรรวรรณ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคทรวงอก	กรมการแพทย์

(๑๙) นางวิชนี...

(๑๙) นางวิชนี ธงทอง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๐) ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
(๒๑) ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
(๒๒) ผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์	กรมการแพทย์	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๓) นายวิวัฒน์ ขอบดี	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๔) นางโกสุม สาลี	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

## ข้อ ๕.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๖. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นระบบบรรณาภิบาล โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

## ข้อ ๖.๑ องค์ประกอบ

- (๑) นายภานุมาศ ญาณเวทย์สกุล ผู้ตรวจราชการกระทรวง  
เขตสุขภาพที่ ๒  
ประธาน  
กรรมการ
- (๒) สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒  
รองประธาน  
กรรมการ
- (๓) นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ  
กรรมการ
- (๔) นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธ์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง  
เขตสุขภาพที่ ๒  
กรรมการ
- (๕) นายสุรวิทย์ ศักดานุภาพ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพ  
และหลักประกันสุขภาพ  
กรรมการ

(๖) นายอัครพงศ์...

(๖) นายอัศวพงศ์ จุฑากรณ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) กองเวชระชฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๗) นายชุมพล นุชผ่อง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองเวชระชฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๘) นางสาวปิยาภรณ์ ยิ้มศิริวัฒน์	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญ การพิเศษ กองเวชระชฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๙) นางณัฐญาณภรณ์ เพชรธริสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองเวชระชฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๐) นางอุทัย เกษรา	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กองเวชระชฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๑) นางสาววรกมล อยู่ขนาด	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๒) นายชาญยุทธ แสนเลิศ	นักวิชาการตรวจสอบภายใน ชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๓) นางสาวพนมศุภางค์ หอเจริญ	นักวิชาการตรวจสอบภายใน ชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๔) นางสาววิพารัตน์ ศรีสวัสดิ์	นักวิชาการตรวจสอบภายใน ชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๕) นางเดือนเพ็ญ โยเฮือง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน	กรรมการ
(๑๖) นางสาวกฤติยา สุขพัฒนานกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน	กรรมการ

(๑๗) นางกนกวรรณ...

(๑๗) นางกนกวรรณ มาป้อง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๘) นายราชี ปาลือชา	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๙) นางอนิสสา เกตุกำเนิด	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๒ กองตรวจราชการ	กรรมการและเลขานุการ
(๒๐) นายวิวัฒน์ คล้ายหล่อ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๑) นางขวัญจิต ศรีภาวินทร์	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๖.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนาจการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนาจการฯ มอบหมาย

๗. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการ โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๗.๑ องค์ประกอบ...

## ข้อ ๗.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายสุเทพ เพชรมาก	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	ประธาน กรรมการ
(๒)	นายพงษ์เกษม ไช้มุกด์	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	รองประธาน กรรมการ
(๓)	นายณรงค์ อภิกุลวณิช	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	รองประธาน กรรมการ
(๔)	นายธนิศ เสริมแก้ว	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	รองประธาน กรรมการ
(๕)	ผู้ตรวจราชการกระทรวง	เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒	กรรมการ
(๖)	สาธารณสุขนิเทศก์	เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒	กรรมการ
(๗)	นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๘)	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง	เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒	กรรมการ
(๙)	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ	เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ กองตรวจราชการ	กรรมการ

**๑. โครงการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ**

(๑๐)	ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๑)	ผู้อำนวยการกองโรคจากการประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๒)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี	กรมการแพทย์ กรรมการ
(๑๓)	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ

**๒. โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร**

(๑๔)	ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๕)	ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๖)	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ

**๓. โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต****กลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน**

(๑๗)	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรมอนามัย กรรมการ
(๑๘)	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ	กรมอนามัย กรรมการ

๔. จัดการ...



## คณะที่ปรึกษา

- |     |                                      |  |
|-----|--------------------------------------|--|
| ๑.  | นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก                | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒        |
| ๒.  | นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์            | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙      |
| ๓.  | นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช             | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖ , ๑๓ |
| ๔.  | นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน               | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑  |
| ๕.  | นายแพทย์ภานุมาศ ญาณเวทย์สกุล         | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒  |
| ๖.  | แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์           | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓  |
| ๗.  | นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์        | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔  |
| ๘.  | นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์             | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕  |
| ๙.  | นายแพทย์สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์         | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗  |
| ๑๐. | นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์         | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘  |
| ๑๑. | นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน          | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐                                       |
| ๑๒. | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑ |  |
| ๑๓. | นายแพทย์ทศเทพ บุญทอง                 | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑  |
| ๑๔. | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒      |  |
| ๑๕. | นายแพทย์สมเกียรติ ชำนาญรักษ์         | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓  |
| ๑๖. | นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย               | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔  |
| ๑๗. | นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์              | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕,๑๓   |
| ๑๘. | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖      |  |
| ๑๙. | นายแพทย์อุดม ภู่วโรดม                | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗  |
| ๒๐. | นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ            | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘  |
| ๒๑. | แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล       | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙  |
| ๒๒. | นายแพทย์ดนัย ธีวันดา                 | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐   |
| ๒๓. | นายแพทย์มนู ศุกุลสกุล                | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑   |
| ๒๔. | นายแพทย์ธนิศ เสริมแก้ว               | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒   |
| ๒๕. | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒   |

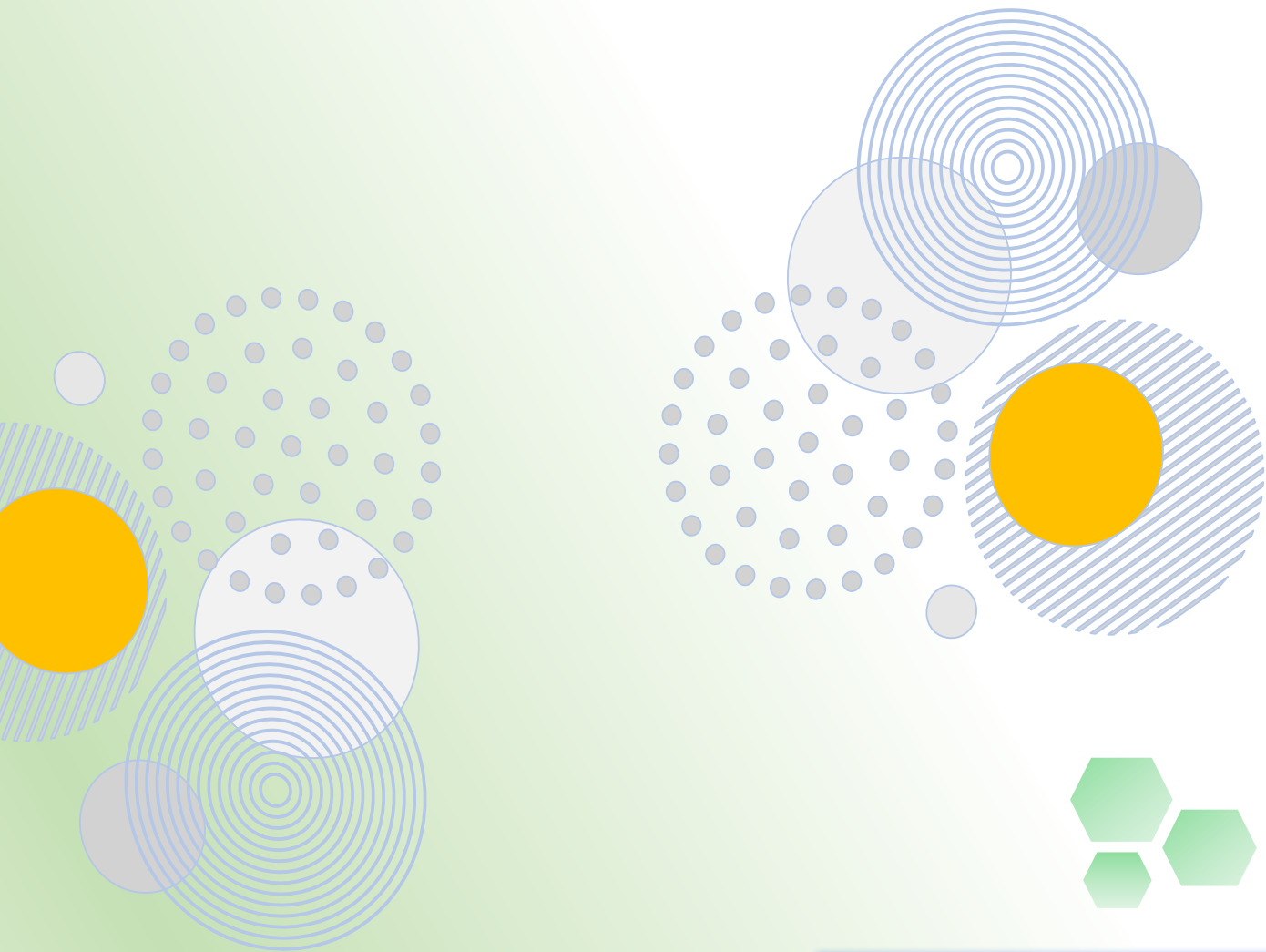


- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| ๒๓. นางสาวพาพร เกิดฤทธิ          | ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ<br>กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ |
| ๒๔. นางสาวณัฐธิดา แก้วเจริญสีทอง | ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ<br>กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ |
| ๒๕. นางสาวพรศิริ โฉนแดง          | ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ<br>กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ |

## บรรณาธิการ

๑. นายแพทย์มานพ ฉลาดธัญญกิจ  
ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๒. นายแพทย์นเรศ มณีเทศ  
รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๓. นางสุนีย์ สว่างศรี  
รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ  
กลุ่มภารกิจด้านบริหารยุทธศาสตร์และประเมินผล
๔. นางสาวรุปลณกร เจริญวงศ์  
หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓  
กองตรวจราชการ เลขานุการคณะกรรมการกำหนด  
ประเด็นและ ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๑  
โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์
๕. นายเจษฎาพร โชติรัตน  
หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔  
กองตรวจราชการ  
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ  
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๒  
กัญชาทางการแพทย์
๖. นายอดิชาติ หงษ์ทอง  
หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔  
กองตรวจราชการ  
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ  
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๓  
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๗. นางสาวพรอินทร์ วัลย์ยามนิม  
หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐  
กองตรวจราชการ  
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ  
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๔  
สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต
๘. นายวิวัฒน์ ขอบดี  
หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖  
กองตรวจราชการ  
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ  
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๕  
ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
๙. นางอนิสสา เกตุกำเนิด  
หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒  
กองตรวจราชการ  
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ  
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๖  
ระบบธรรมภิบาล

๑๐. นายวัลลภ คชบก	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ
๑๑. นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์	หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๒. นายภาณุวัฒน์ คงหนู	ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๓. นางสาววัชรวัลย์ ธีรวัฒน์	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีพิเศษ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๔. นางญาณี แสงสง่า	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๕. นางสุภาพร เกิดฤทธิ	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๖. นางสาวณัฐณิชา แก้วเจริญสีทอง	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๗. นางสาวพรศิริ โฉนแดง	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
<b>ออกแบบปกโดย : นางสาวพรศิริ โฉนแดง</b>	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ



- ❖ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 6 ชั้น 8
- ❖ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
- ❖ <http://inspection.moph.go.th>
- ❖ Facebook Page : กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

