

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งที่ ๘/ ๒๕๖๙

วันศุกร์ที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีโคตรบูรณ์ ชั้น ๕ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุม

๑. นายแพทย์สามารถ ถิระศักดิ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘	ประธานกรรมการ
๒. แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธานกรรมการ
๓. นายแพทย์สันติย์ เหมจำพรหมมินทร์ (แทน) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี		กรรมการ
๔. นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาถกลม	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร	กรรมการ
๕. นายแพทย์ปรีดา วรหาร	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม	กรรมการ
๖. นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	กรรมการ
๗. นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	กรรมการ
๘. ดร.นายแพทย์ภรณ์ ตรุณ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	กรรมการ
๙. นายแพทย์สมศักดิ์ ประภักขณวัตร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์อภิวินัย บัณฑิตยชาติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม	กรรมการ
๑๑. นายแพทย์วิเชียร มลอยู่พะเนา (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย	กรรมการ
๑๒. แพทย์หญิงฤดีมน สกฤค	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์สุริยันต์ ปัญหาราช (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู	กรรมการ
๑๔. นายแพทย์สถาพร โมราราช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ	กรรมการ
๑๕. นายแพทย์พูลสวัสดิ์ วงศ์วิชิต	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส	กรรมการ
๑๖. นายแพทย์เทอดทูล นิยมพงษ์ศักดิ์ (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	กรรมการ
๑๗. นายแพทย์พันธันพ ครอบดำรงธรรม (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	กรรมการ
๑๘. นายแพทย์รัชต สันธนะสุรางค์ (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี	กรรมการ
๑๙. นายแพทย์บุญญาพัฒน์ ชิวเสถียรชัย (แทน)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านผือ	กรรมการ
๒๐. นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเข้า	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	กรรมการ
๒๑. นายบุญเทียน อาสารินทร์ (แทน)	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘	กรรมการ
๒๒. นายเรืองยศ บุญภักดี (แทน)	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี	กรรมการ
๒๓. นายคงจักร์ บุญทัน	ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๒๔. นายแพทย์กิตติเชษฐ์ อธิกุลพงศ์เวช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์	กรรมการ
๒๕. นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น	รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการและเลขานุการ
	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย	

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุมในระบบ Online

๑. นางสาวปริญดา ทนคำ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๒. แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี	กรรมการ
๓. นายแพทย์ธิดา อึ้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เร่ิงอุดรธานี	กรรมการ
๔. นายวิสิทธิ์ วิจิตรโกสุม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงจุฬารัตน์ เหมกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	กรรมการ
๖. นางอรุณญา สมศรีไทย	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘	กรรมการ
๗. นางบุญนิภา สงคราม	ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘	กรรมการ

/๘. นายแพทย์...

๘. นายแพทย์สิทธิ เชาวน์ชื่น	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ ๘ อุดรธานี	กรรมการ
๙. นางยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์ยอดลักษณ์ สัยลังกา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผาขาว	กรรมการ
๑๑. นายสฤติ พูลเพิ่ม	สาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ	กรรมการ
๑๒. นายศราวุฒิ อีสโร	ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ	รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	ผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อคณะกรรมการที่ไม่ได้เข้าร่วม (เนื่องจากติดราชการ)

๑. นายคณิตย์ วงษา	สาธารณสุขอำเภอปากชม	กรรมการ
๒. นายณกมล ดวงท้าวเศษ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองใหญ่	กรรมการ
๓. นายเสกสันต์ จันทนะ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตูม	กรรมการ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมในระบบ Online

๑. นายแพทย์นพรัตน์ พันธุเศรษฐ์	ผู้อำนวยการเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต ๘ จังหวัดอุดรธานี	
๒. นางสาวสินีนุศ สันติรักษ์พงษ์	ผู้อำนวยการกลุ่มงานกำกับติดตามและประเมินผลระบบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต ๘ จังหวัดอุดรธานี	
๓. นายแพทย์อลงกฎ ดอนละ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	
๔. แพทย์หญิงยุวพร จิระวงศ์ประภา	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	
๕. นายแพทย์สุรพงษ์ ลักษณะูร	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	
๖. นางสาวสุภาพร เฉยทิม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	กองตรวจราชการ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมฯ

๑. แพทย์หญิงกัญญาภักดิ์ ศิลารักษ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร	
๒. แพทย์หญิงระพีพรรณ จันทร์อ้วน	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย	
๓. นายแพทย์จรุงธรรม ชันดี	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	โรงพยาบาลนครพนม
๔. แพทย์หญิงปัทมาพร คำใจ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลอุดรธานี
๕. นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๖. นายวิระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๗. นางภัสติยะกุล ชาวกะมุด	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๘. นางสาวรัชชดา สุขผึ้ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๙. นางสาวนิตยา ศิริรัตน์ไพบูลย์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๐. นางพันธมน นภามาต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๑. นางสาววันวิศา ผาแสน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

/นายสิริพงศ์...

๑๒. นายสิริพงศ์ ชำนาญไพร	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๓. นายธนพันธ์ มั่งมูล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๔. นายสุวิวัฒน์ สุทธิภิบาล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๕. นางสาวจรงค์ษ์ ดงพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๖. นางสาวสตรีรัตน์ พูลสาทรกุล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๗. นางสาวสิริภา จิตติพิมพ์	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๘. นางสาวปัสสร ศรีพรหม	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๑๙. นางสาวณัฐริษา นราพันธ์	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๐. นางสาวพิมพ์พร ดาศักดิ์	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๑. นางสาวกรรณิกา ปะละทัง	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๒. นางสาวชนิสรา นาคนาคา	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๓. นายจิรายุส ไชแสงจันทร์	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๔. นางสาวมณฑพัธ อรรถวิภาค	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๕. นายธวัชชัย บุตวงษ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๖. นางสาวธีราพร ศรีกัน	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒๗. นางสาวณิชารีย์ บำเพ็ญศิลป์	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

เปิดการประชุม เวลา ๐๘.๓๐ น.

นายแพทย์สามารถ ถิระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ เป็นประธานการประชุม

ระเบียบวาระที่ ๑

๑.๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

โดย นายแพทย์สามารถ ถิระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘

๑) การเร่งรัดงบประมาณลงทศปี พ.ศ. ๒๕๖๐

ประธานในที่ประชุม เน้นย้ำให้เร่งรัดกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างสำหรับงบลงทศปี ๒๕๖๐ ซึ่งขณะนี้ผ่านการพิจารณาของกรรมมาธิการวาระ ๒ แล้ว โดยมีข้อสั่งการจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินการอย่างเคร่งครัด หากเกิดความล่าช้าเกินกว่ากรอบระยะเวลาที่กำหนด (ภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๙) จะต้องเตรียมเหตุผลเพื่อชี้แจงอย่างชัดเจน

▶ เป้าหมายการลงนามสัญญา:

- เป้าหมายหลักคือการลงนามในสัญญาให้ได้ภายใน ๒ สัปดาห์หลังจากได้รับจัดสรรงบประมาณ
- ภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๙ ควรได้ตัวผู้ชนะการประมูล (ผู้รับจ้าง) เตรียมพร้อมไว้
- ภายในเดือนตุลาคม ๒๕๖๙ เมื่อได้รับจัดสรรงบประมาณตาม พรบ. ให้เรียกผู้ชนะมาลงนามสัญญาได้ทันที

- ▶ **กรอบเวลา:** ทุกหน่วยงานต้องลงนามสัญญาให้แล้วเสร็จภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๙ หากล่าช้าเกินเกณฑ์ที่กำหนด จะต้องเตรียมเหตุผลเพื่อชี้แจง เนื่องจากการกำกับจากส่วนกลางอย่างเข้มงวด

๒) การทบทวนและปรับปรุงระบบตัวชี้วัด (KPIs)

ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับการทบทวนและลดจำนวนตัวชี้วัด (KPIs) เพื่อลดภาระงาน โดยจะเน้นการกำหนดตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (Process Indicators) ในระดับเขต ให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ (Output/Outcome) ของกระทรวง และเตรียมบรรจุประเด็นสำคัญ เช่น วัณโรค และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานปี ๒๕๗๐

▶ ทิศทางในปี พ.ศ. ๒๕๗๐

- เตรียมเพิ่มประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ เช่น วัณโรค, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และประเด็นสำคัญอื่นๆ

▶ การจัดโครงสร้างตัวชี้วัด : มีการจัดกลุ่มตัวชี้วัดออกเป็น ๓ ระดับเพื่อสร้างความเชื่อมโยงจากนโยบายสู่การปฏิบัติ

- ตัวชี้วัดเชิงผลผลิตและผลลัพธ์ (Output/Outcome) ของกระทรวงสาธารณสุข
- ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (Process Indicator)
- ตัวชี้วัดเฉพาะของเขตสุขภาพที่ ๘ ซึ่งเป็นตัวขับเคลื่อนหลักเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์เฉพาะของเขตสุขภาพที่ ๘ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ทางจังหวัดนำไปตั้งตัวชี้วัดย่อยเชิงกระบวนการระดับจังหวัดให้สอดคล้องกันได้ง่ายขึ้น

ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

๑) ผู้บริหารหน่วยงาน ในเขตสุขภาพที่ ๘ เร่งรัดการดำเนินงานงบลงทุนปี ๒๕๗๐ เนื่องจากผ่านกรรมาธิการวาระ ๒ เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ หากดำเนินงานล่าช้า ไม่เป็นไปตาม timeline ที่กำหนด ต้องเตรียมเหตุผลเพื่อชี้แจงอย่างชัดเจน

- ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างจนได้ตัวผู้ชนะการประมูล เพื่อเตรียมความพร้อมรอลงนามสัญญา ภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๙
- ผู้ชนะการประมูลมาลงนามในสัญญา หลังจากได้รับการจัดสรรงบประมาณตาม พ.ร.บ. ภายใน ๒ สัปดาห์ (หลังจากได้รับการจัดสรรงบประมาณในเดือนตุลาคม ๒๕๖๙)
- ดำเนินการลงนามสัญญาให้แล้วเสร็จตามเกณฑ์ปกติ (หากล่าช้าจนเลยระยะเวลานี้ จะต้องแจ้งเหตุผลความจำเป็นเพื่อชี้แจง)

๒) นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์ หัวหน้ากลุ่มงาน CIO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

- ติดตาม เร่งรัด และกำกับดูแล Timeline ของงบลงทุนปี ๒๕๗๐ อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะรายการสิ่งก่อสร้างปีเดียวและครุภัณฑ์
- ทบทวนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพและกำหนดกลุ่มตัวชี้วัด โดยปรับลดให้เหลือตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ และแบ่งกลุ่มตัวชี้วัดออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) ตัวชี้วัดระดับ Output และ Outcome ของกระทรวง ๒) ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (Process Indicator) ๓) ตัวชี้วัดเฉพาะของเขตสุขภาพ (เช่น ประเด็นที่ควรทำเพิ่มอย่าง TB และ Sepsis) เพื่อให้จังหวัดต่าง ๆ สามารถนำไปตั้งตัวชี้วัดย่อยเชิงกระบวนการให้สอดคล้องกันได้ และนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบหมายให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๑.๒ เรื่องแจ้งให้ทราบ

โดย แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘

ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานด้านตัวชี้วัด และเกณฑ์การตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการ Concept จากเดิมที่มุ่งเน้นการวัดผลการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ไปสู่การวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก ภายใต้แนวคิด "สุขภาพดี อายุยืน" (HALE Concept)

การปฏิรูปครั้งนี้มุ่งเน้นการลดความซ้ำซ้อนและภาระการคีย์ข้อมูล โดยจะมีการปรับลดจำนวนตัวชี้วัดให้เหลือไม่เกิน ๒๐ ตัว เน้นผลลัพธ์ (Outcome) มากกว่าผลผลิตย่อย (Output) และการใช้ฐานข้อมูลกลางที่เชื่อถือได้เพียงชุดเดียว เพื่อแก้ปัญหาข้อมูลไม่ตรงกันระหว่างส่วนกลางและพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการปรับบทบาทการตรวจราชการจากการที่เน้นการกำกับติดตามทางวิชาการ เป็นการรับฟังปัญหาและสนับสนุนการแก้ไขในพื้นที่ โดยคาดว่าจะได้ข้อสรุปที่ชัดเจนภายในต้นเดือนกันยายน ๒๕๖๙ เพื่อเริ่มใช้ในรอบปีงบประมาณถัดไป

๑) การปรับเปลี่ยนแนวคิดหลัก

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายปรับเปลี่ยนทิศทางการวัดผลการดำเนินงานใหม่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ▶ จาก KPI สู่สุขภาพประชาชน : ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ปรับเปลี่ยนจากการใช้ตัวชี้วัดเพื่อวัดหน่วยงาน มาเป็นการวัดสุขภาพของประชาชน โดยนำแนวคิด "สุขภาพดี อายุยืน" หรือ "HALE" กลับมาทบทวนและพัฒนาใหม่ โดยมอบหมายให้ กยพ. ดำเนินการทบทวนทางสถิติและเปรียบเทียบกับมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO)
- ▶ เน้นผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการ : ปรับลดตัวชี้วัดที่เป็นรายละเอียดปลีกย่อย (Output) และให้ความสำคัญกับผลลัพธ์สุดท้าย (Outcome) ที่เกิดขึ้นกับประชาชน

๒) การจัดกลุ่มและลดจำนวนตัวชี้วัด (Tiers & Elements)

เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและลดภาระงาน การกำหนดตัวชี้วัดจะถูกจัดกลุ่มตามระดับความสำคัญ ดังนี้

- ▶ การจัดกลุ่มตัวชี้วัดตามลำดับความสำคัญ (Tiers)
 - Essential Tier : ตัวชี้วัดหลักที่จำเป็น
 - Supplementary Tier : ตัวชี้วัดสนับสนุน
 - Extra Tier : ตัวชี้วัดเฉพาะพื้นที่/ความสนใจ ซึ่งเขตสุขภาพที่ ๘ คาดว่าจะมุ่งเน้นในประเด็นการบริหารด้านการเงิน และการคลัง และบริหารบุคคล

- ▶ แนวทางการกำหนดตัวชี้วัด :



- ตัวชี้วัดใหม่จะถูกออกแบบภายใต้ ๕ Excellence ซึ่งครอบคลุมนโยบายของรัฐมนตรีและปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวม ๗ ด้าน (๗ เสาหลัก MOPH Plus) และนโยบาย One Region One Province One Hospital
- สิทธิในการกำหนดระดับเขต: แต่ละเขตสุขภาพสามารถกำหนดตัวชี้วัดเพิ่มเติมตามบริบทของพื้นที่ได้ประมาณ ๒ - ๔ ตัว พร้อมกำหนดกระบวนการวัดผลเอง
- จำนวนตัวชี้วัด : คาดว่าตัวชี้วัดภาพรวมจะลดลงเหลือไม่เกิน ๒๐ ตัวชี้วัด (หรือประมาณ ๑๐-๒๐ ตัวชี้วัดของทางผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข บวกกับตัวชี้วัดตามบริบทของพื้นที่อีกอย่างน้อย ๒ ตัวชี้วัด) เพื่อนำไปเขียนคำรับรองของแต่ละเขตสุขภาพต่อไป ตัวอย่างเช่น จะไม่มีตัวชี้วัดเรื่อง "ยาเสพติด" ปรากฏโดยตรง แต่จะถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการทำงานเพื่อไปผลลัพธ์ในส่วนอื่น ๆ แทน

๓) การลดภาระงานและการจัดการฐานข้อมูล

- ▶ แก้ปัญหาข้อมูลไม่ตรงกัน : ปัจจุบันกรมวิชาการและหน่วยงานส่วนกลางหลายภาคส่วน ยังคงกำหนดให้หน่วยงานคีย์ข้อมูลเพิ่มเติม เนื่องจากมีปัญหาเรื่องข้อมูลจากทางจังหวัดกับข้อมูลที่ไ้รายงานตอนตรวจราชการมักจะได้ผลลัพธ์ไม่ตรงกันในทุกเขตสุขภาพ
- ▶ การแก้ปัญหาเชิงนโยบายเพื่อลดการคีย์งาน : เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว กระทรวงฯ จึงนำมาสู่แนวทางการปรับลดและทบทวนผลผลิต (Output) ย่อย ๆ โดยตัดตัวชี้วัดที่ยิบย่อยทิ้งไป และหันมาเน้นผลลัพธ์ (Outcome) แทน ซึ่งจะช่วยลดจำนวนเรื่องที่ต้องจัดเก็บข้อมูลลงอย่างมาก

/การใช้...

- ▶ การใช้ฐานข้อมูลเดียวกัน : กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายผลักดันให้ใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน เพียงชุดเดียวที่เชื่อถือได้และเทียบเท่ากับของกระทรวง เช่นเดียวกับรูปแบบระบบข้อมูลที่เขตสุขภาพที่ ๘ กำลังดำเนินการพัฒนาขึ้น
 - **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ ทีม CDO เขตสุขภาพที่ ๘ วางแผนพัฒนาและปรับปรุงระบบแพลตฟอร์มดิจิทัลที่กำลังดำเนินการอยู่ โดยดึงข้อมูล ที่ต้องการใช้งานทั้งหมดเข้ามาอยู่ในระบบกลาง เพื่อลดภาระการลงข้อมูลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหน้างานให้เหลือน้อยที่สุด

๔) การปรับปรุงระบบและกลไกการตรวจราชการ

- ▶ เปลี่ยนบทบาทเน้นรับฟังปัญหาและความเป็นไปได้ : การตรวจราชการในรูปแบบใหม่จะเน้นไปที่การรับฟังปัญหาในพื้นที่ และประเมินร่วมกันว่างานนั้น ๆ จะสามารถทำได้จริงหรือไม่
- ▶ แยกรายละเอียดวิชาการไปใช้ "การนิเทศเฉพาะกิจ" : สำหรับเนื้อหาเชิงวิชาการหรือรายละเอียดเชิงลึก จะไม่นำมาปะปนกับการตรวจราชการหลัก แต่จะใช้วิธีส่งทีมลงพื้นที่ นิเทศเฉพาะกิจแทน โดยกรมวิชาการจะทำงานร่วมกับพื้นที่เป็นรายส่วน ซึ่งแต่ละจังหวัดอาจมีตัวชี้วัดย่อยที่แตกต่างกันออกไปตามบริบท
- ▶ การตรวจราชการจะรวดเร็วและกระชับขึ้น : จากการปรับกระบวนการและการตัดตัวชี้วัดที่ซ้ำซ้อนออกไป คาดว่าในปีหน้าการตรวจราชการจะมีความรวดเร็วและกระชับขึ้นอย่างมาก
- ▶ ปรับบทบาทผู้ตรวจราชการและการดูแลแบบไขว้ : จากเดิมที่กำหนดให้ผู้ตรวจราชการ ๑๒ เขตสุขภาพดูแล ๑๒ เรื่อง อาจมีการปรับลดจำนวนเรื่องลง และเปลี่ยนมาใช้วิธีดูแลร่วมกันแบบไขว้ระหว่างเขตสุขภาพแทน
- ▶ การกำหนดตัวชี้วัดเพื่อเขียนคำรับรอง : ตัวชี้วัดสำหรับการตรวจราชการระดับผู้ตรวจราชการจะลดลงเหลือประมาณ ๑๐-๒๐ ตัวชี้วัด และจะบวกตัวชี้วัดตามบริบทของพื้นที่เพิ่มอีกอย่างน้อย ๒ ตัวชี้วัดเพื่อนำไปเขียนเป็นคำรับรองของแต่ละเขตสุขภาพ
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ ผู้บริหารในเขตสุขภาพที่ ๘ นำประเด็นกระบวนการทำงานที่เขตสุขภาพที่ ๘ ต้องการให้ความสำคัญเป็นพิเศษ (เช่น เรื่องระบบดูแลผู้ป่วย Sepsis หรือประเด็นอื่น ๆ) มาชี้แจงและจัดกระบวนการบริหารร่วมกันภายในเขตสุขภาพที่ ๘

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบหมายให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๑.๓ เรื่องแจ้งให้ทราบ

โดย นางสาวปริญดา ทนคำ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ ประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นไปที่การปฏิรูประบบตัวชี้วัด (KPI) ในรอบปีใหม่ โดยมีเป้าหมายหลักในการลดภาระงานของบุคลากรในระดับพื้นที่ (ระดับจังหวัด) ซึ่งได้รับผลกระทบจากความซับซ้อนของระบบการกรอกข้อมูลในอดีต แนวทางใหม่จะมุ่งเน้นการกำหนดตัวชี้วัดให้มีจำนวนน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น และปรับปรุงระบบการจัดเก็บข้อมูลให้มีความสะดวกคล่องตัวมากขึ้น เพื่อให้การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขทั้งในระดับกระทรวงและระดับเขตสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

๑) ปัญหาและอุปสรรคจากการตรวจราชการในระยะที่ผ่านมา

- ▶ ภาระงานที่เพิ่มขึ้นเกินความจำเป็น : ระบบตัวชี้วัดเดิมแทนที่จะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงาน กลับกลายเป็นอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติงานในพื้นที่มีความล่าช้ามากขึ้น
- ▶ ปัญหาการจัดเก็บข้อมูล : การคีย์ข้อมูลเข้าระบบเป็นภาระหลักที่ส่งผลกระทบต่อบุคลากร ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่พบจากการประเมินผลทุกครั้งที่มีการลงตรวจราชการ

๒) แนวทางการปฏิรูประบบตัวชี้วัดในรอบปีงบประมาณใหม่

- ▶ การกำหนดตัวชี้วัดขั้นต่ำ : ปรับลดจำนวนตัวชี้วัดให้เหลือเฉพาะประเด็นที่สำคัญที่สุด เพื่อให้พื้นที่สามารถโฟกัสกับการทำงานได้อย่างเต็มที่
- ▶ การลดภาระการบันทึกข้อมูล : มุ่งเน้นการออกแบบระบบที่ไม่เพิ่มภาระในการคีย์ข้อมูล ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มความสะดวกในการใช้งาน
- ▶ กระบวนการจัดทำที่เข้มข้น : ทีมผู้จัดทำตัวชี้วัดมีการประสานงานและหารือกันอย่างใกล้ชิดและจริงจัง เพื่อให้มั่นใจว่าตัวชี้วัดที่ออกมาจะส่งเสริมการทำงานจริง

๓) เป้าหมายและความคาดหวังต่อระบบสาธารณสุข

เป้าหมายสูงสุดของการปรับปรุงระบบในครั้งนี้คือการสร้างสมดุลระหว่างการกำกับติดตามและการปฏิบัติงาน

- ▶ ความเชื่อมั่นของทีมปฏิบัติงาน : สร้างความมั่นใจให้กับทีมงานในระดับจังหวัดว่าระบบใหม่จะเอื้อต่อการทำงานมากขึ้น
- ▶ ประสิทธิภาพและบรรยากาศการทำงาน : เพื่อให้การรณรงค์ระบบสาธารณสุข ทั้งในระดับกระทรวงและระดับเขตสุขภาพ มีความคล่องตัวและสร้างความสุขในการทำงานให้แก่บุคลากรทุกระดับ

มติที่ประชุม : รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

- รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๙ วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๙

มติที่ประชุม : รับรองรายงานการประชุม ฯ

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องติดตาม

๓.๑ รายงานความก้าวหน้าแนวทางการจัดสรรงบประมาณ ให้ รพ.สต. ถ่ายโอน

โดย ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู)

ความก้าวหน้าและแนวทางการจัดสรรงบประมาณสำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ภายในเขตสุขภาพที่ ๘ โดยมีประเด็นสำคัญคือการเปลี่ยนผ่านสู่การบริหารงบประมาณรูปแบบใหม่ที่เน้น การจ่ายตามผลลัพธ์และผลผลิต” เพื่อรักษามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

หัวใจสำคัญของข้อเสนอคือการจัดสรรงบประมาณในหมวดบริการผู้ป่วยนอก (OP) และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) โดยมีการเชื่อมโยงการจ่ายเงินเข้ากับคุณภาพของข้อมูล (๔๓ แฟ้ม) และตัวชี้วัดด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๘ มุ่งหวังจะใช้กลไกของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (CUP Board) และคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด เป็นกลไกหลักในการกำกับดูแล เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการที่ถ่ายโอนไปแล้ว ยังคงรักษาประสิทธิภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๑) สถานการณ์ถ่ายโอนภารกิจในเขตสุขภาพที่ ๘

ปัจจุบันแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ มีความก้าวหน้าในการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ที่แตกต่างกัน ดังนี้

- ▶ กลุ่มที่ถ่ายโอนครบ ๑๐๐% : จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดหนองคาย (มีผลในเดือนตุลาคม ๒๕๖๙)
- ▶ กลุ่มที่ถ่ายโอนบางส่วน : จังหวัดสกลนคร, จังหวัดเลย, จังหวัดนครพนม และจังหวัดอุดรธานี
- ▶ กลุ่มที่ยังไม่มีการถ่ายโอน : จังหวัดบึงกาฬ (เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณของ อบจ.)

๒) กรอบกฎหมายและกลไกการกำกับดูแล

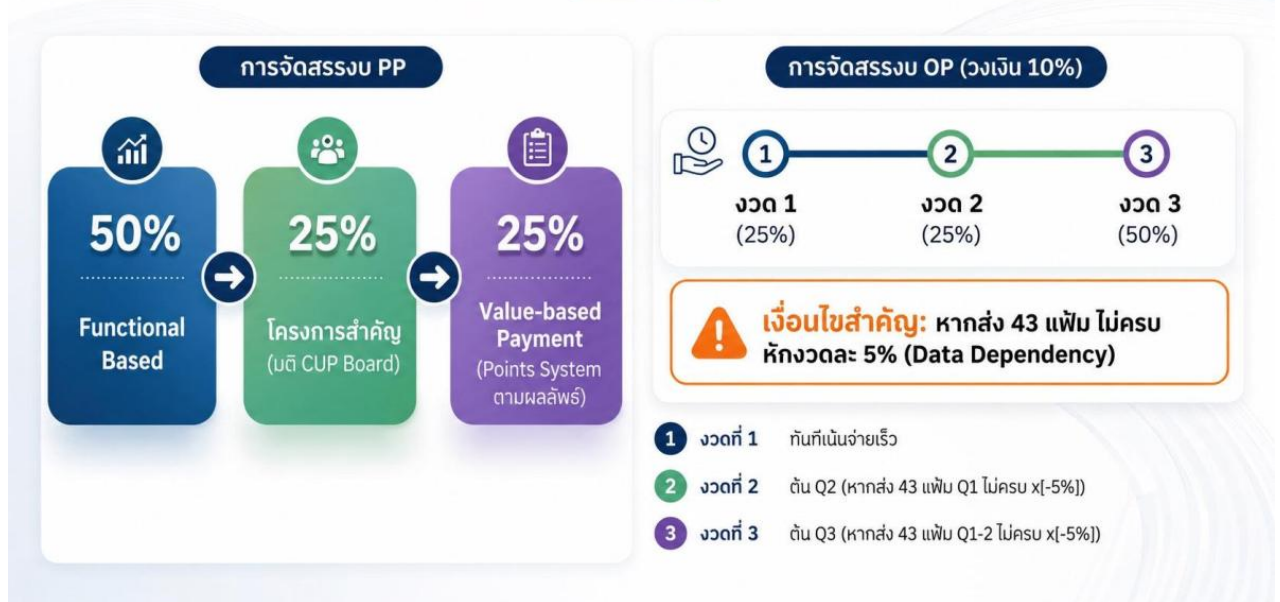
กฎหมาย ๓ ฉบับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ และกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

- ▶ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด : เป็นกลไกตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และมีสัดส่วนคณะกรรมการที่สมดุลระหว่างสาธารณสุขและ อบจ. มีอำนาจในการ Monitor และกำกับติดตามงบประมาณกองทุนที่โอนไปยัง อบจ. แต่ไม่มีอำนาจทางกฎหมายในการจัดสรรงบประมาณ
- ▶ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (CUP Board) : เป็นกลไกหลักในการตกลงหลักเกณฑ์การจ่ายเงินและการชดเชยค่าบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. ลูกข่าย
- ▶ การทำ MOU สองระดับเพื่อขับเคลื่อนงบประมาณ
 - ระดับจังหวัด : นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ.สสจ.) จะต้องลงนาม MOU ร่วมกับ นายก อบจ. เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงินและบทบาทหน้าที่ร่วมกัน
 - ระดับพื้นที่ : โรงพยาบาลแม่ข่ายจะต้องทำ MOU ร่วมกับ รพ.สต. ลูกข่ายที่ถ่ายโอนไป อบจ. ภายใต้กลไกของ CUP Board เพื่อส่งมอบข้อมูลให้แก่ สปสช. ในการเบิกจ่ายงบประมาณ

๓) (ร่าง) โมเดลการจัดสรรงบประมาณรูปแบบใหม่

เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันในเขตสุขภาพที่ ๘ คณะทำงานได้นำเสนอร่างหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ ๒ หมวดหลัก ดังนี้

การจัดสรรงบประมาณให้ สอน./รพ.สต.ภายใน



๓.๑) การจัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) : เน้นการจัดสรรตามผลงาน (Performance-based) โดยแบ่งสัดส่วนการจ่ายเป็น

- ร้อยละ ๕๐ (Functional-based) : จ่ายตามบทบาทหน้าที่ที่ปกติ
- ร้อยละ ๒๕ (Area-based / ประเด็นสำคัญของพื้นที่และเขตสุขภาพ) : จ่ายตามประเด็นสำคัญที่จังหวัดหรือเขตสุขภาพกำหนด
- ร้อยละ ๒๕ (Value-based Payment) : จ่ายตามผลลัพธ์สุขภาพของประชาชน (Point System)

๓.๒) การจัดสรรงบประมาณบริการผู้ป่วยนอก (OP)

กำหนดเพดานงบประมาณไว้ที่ ร้อยละ ๑๐ ของงบ OP ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้รับ (อ้างอิงจากค่าเฉลี่ยสัดส่วนงบ OP ของหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศที่ร้อยละ ๑๒.๘) โดยแบ่งจ่าย ๓ งวด

งวดที่	สัดส่วนการจ่าย	เงื่อนไขสำคัญ
๑	๕๐%	จ่ายล่วงหน้าเพื่อให้มีทุนสำรองดำเนินงาน (Functional-based)
๒	๒๕%	ต้องส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มในไตรมาสที่ ๑ ให้ครบถ้วน (หากไม่ครบหัก ๕%)
๓	๒๕%	ต้องส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มในไตรมาสที่ ๒ ให้ครบถ้วน (หากไม่ครบหัก ๕%)

๔) ประเด็นวิเคราะห์และข้อเสนอแนะจากผู้บริหาร

จากการอภิปรายในที่ประชุม มีประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้

- ▶ ความสมบูรณ์ของข้อมูล : การส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มเป็น “เงื่อนไขบังคับ” (The Must) เพราะหากไม่มีข้อมูล สปสช. จะไม่สามารถดึงข้อมูลมาประมวลผลเพื่อจ่ายเงินตามผลงานบริการให้แก่หน่วยบริการได้
- ▶ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์
 - ตามระเบียบพัสดุและข้อวินิจฉัยของกรมบัญชีกลาง การสนับสนุนยาให้หน่วยงานนอกสังกัดต้องทำในรูปแบบ “การให้ยืม” และต้องมีการทวงถามเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
 - มีข้อเสนอให้งบประมาณที่จัดสรรให้ รพ.สต. (ร้อยละ ๑๐ ของ OP) ครอบคลุมค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ อบจ. ต้องจัดหาเอง เพื่อให้เกิดความอิสระในการบริหาร
- ▶ แรงจูงใจในการทำงาน : สัดส่วนการจ่ายงบ PP ควรปรับให้จูงใจมากขึ้น (เช่น ๒๕ : ๒๕ : ๕๐) เพื่อให้ รพ.สต. ถ่ายโอนให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน
- ▶ บทบาทของ กสพ. (คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่) : มีความกังวลว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บอร์ดหลัก สปสช.) ให้อำนาจ กสพ. ในการกำหนดเกณฑ์การจ่ายเงินโดยไม่มีเกณฑ์กลาง อาจทำให้เกิดความแตกต่างกันมากในแต่ละจังหวัดและควบคุมคุณภาพข้อมูลได้ยาก

๕) มติที่ประชุมและแนวทางการดำเนินงานต่อไป

ประธานในที่ประชุม ได้สรุปแนวทางปฏิบัติ ๔ ข้อ เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานต่อไป ดังนี้

๑. การจัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) : ให้แต่ละจังหวัดไปตกลงสัดส่วนภายใน กสพ. โดยใช้กรอบ ๓ ส่วน (Functional-based, Area-based, Value-based Payment) เป็นพื้นฐาน
 - Functional-based (จ่ายตามผลงาน) : สัดส่วนร้อยละ ๒๕ ถึง ๕๐ เพื่อให้ตอบสนองภารกิจพื้นฐาน
 - Area-based (ประเด็นสำคัญของพื้นที่/เขต) : สัดส่วนร้อยละ ๒๕ สำหรับการดำเนินงานในประเด็นสุขภาพที่สำคัญตามมติ CUP Board หรือประเด็นเน้นย้ำเฉพาะของเขตสุขภาพ (เช่น เรื่อง TB หรือ Sepsis)
 - Value-based (จ่ายตามผลลัพธ์สุขภาพ) : สัดส่วนร้อยละ ๒๕ ถึง ๕๐ โดยใช้ระบบคะแนนจ่ายให้เฉพาะ รพ.สต. ที่สามารถขับเคลื่อนผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนได้ผ่านเกณฑ์เท่านั้น
๒. การจัดสรรงบประมาณบริการผู้ป่วยนอก (OP) : ให้ยึดกรอบการจ่ายงบประมาณที่สอดคล้องกับระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างระหว่างส่วนราชการ โดยงวดแรกควรจ่ายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ เพื่อเป็นทุนดำเนินงาน
๓. เงื่อนไขการส่งมอบงาน : ให้ใช้การส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มที่ครบถ้วนเป็นเงื่อนไขหลักในการรับเงิน และใช้ตัวชี้วัดสุขภาพเพิ่มเติมตามที่ตกลงกันในระดับจังหวัด
๔. การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย : เขตสุขภาพที่ ๘ จะนำประเด็นนี้เข้าหารือในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.) และจัดทำข้อเสนอถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเลขาธิการ สปสช. เพื่อผลักดันให้เกิดการออกประกาศเกณฑ์กลางระดับประเทศ และป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งเชิงนโยบายในแต่ละพื้นที่
๕. สนับสนุนให้ทุกจังหวัด มุ่งเน้นดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ให้เข้มข้นเพื่อนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายระบบ OP และ IP

/ประธาน...

► **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้

- ๑) ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ที่เป็นองค์ประกอบกรรมการ / คณะทำงานระดับจังหวัด ใช้ร่างการจัดสรรนี้เป็นแนวทาง ในการจัดสรรงบประมาณที่จะกำหนดในแต่ละจังหวัด โดยยึดตามกรอบแนวทางที่เขตสุขภาพเห็นชอบร่วมกัน (งบ OP รวม ๑๐% แบ่งจ่าย ๓ งวด และงบ PP แบ่งเป็น ๓ ส่วนหลัก) เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีและลดความขัดแย้ง
- ๒) นายแพทย์นพรัตน์ พันธุ์เศรษฐ์ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๘ อุดรธานี
 - ช่วยสะท้อนประเด็นข้อสังเกตและข้อกังวลของเขตสุขภาพ เกี่ยวกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บอร์ดหลัก สปสช.) ที่กำหนดให้ กสพ. มีอำนาจพิจารณาเรื่องเงินจัดสรรโดยไม่มีหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติกลางที่ชัดเจน และข้อมูลเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณของ รพ.สต. ถ่ายโอน ในเขตสุขภาพ ขอให้จัดทำข้อเสนอต่อเลขาธิการ สปสช. เพื่อผลักดันให้เกิดการออกประกาศเกณฑ์กลางระดับประเทศ และป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งเชิงนโยบายในแต่ละพื้นที่
 - บรรจวาระและนำข้อเสนอแนวทางการจัดสรรงบประมาณ รพ.สต. ถ่ายโอน เข้าสู่ที่ประชุมอปสช. เขต ๘ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและหารือเชิงนโยบายร่วมกับภาคีเครือข่าย ในการประชุมอปสช. ครั้งถัดไป
- ๓) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ร่วมกับ อบจ.หนองคาย ร่วมกันจัดทำและลงนามข้อตกลง MOU เพื่อประกอบการถ่ายโอนภารกิจ เพื่อให้กระบวนการส่งมอบงานในส่วนที่กำลังจะถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งหมด ๑๐๐% เรียบร้อยสมบูรณ์ ก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ (เนื่องจากจะมีการถ่ายโอนครบ ๑๐๐% ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๔)
- ๔) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ส่งมอบข้อคิดเห็นจากการประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ และข้อคิดเห็นที่ได้รับจากการประชุม อปสช. เขต ๘ ไปยัง CUP Board ของแต่ละอำเภอ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาใช้แนวทางการจัดสรรงบประมาณตามอำนาจหน้าที่
- ๕) ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู) และกลุ่มงาน CFO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จัดทำหนังสือแจ้งมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ (มติ ร่าง การจัดสรรงบประมาณของ รพ.สต. ถ่ายโอน) ส่งไปยังผู้ว่าราชการจังหวัดแต่ละแห่ง เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาตัดสินใจภายใต้กลไกของ กสพ. ต่อไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๒ รายงานความก้าวหน้าการบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลัง ของหน่วยบริการ ในเขตสุขภาพที่ ๘

โดย ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู)

ภาพรวมสถานการณ์การเงินการคลังของเขตสุขภาพที่ ๘ มุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ซึ่งมีเป้าหมายคือ “ระดับ ๗ ต้องเป็นศูนย์” ภายในสิ้นปีงบประมาณ (กันยายน – ตุลาคม ๒๕๖๔) ในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔ มีโรงพยาบาลประสพภาวะวิกฤต จำนวน ๑๑ แห่ง กลยุทธ์สำคัญ ประกอบด้วย การจัดทำแผนฟื้นฟูโรงพยาบาลรายเดือน การปรับปรุงบัญชีให้ถูกต้อง และการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่ ค่ารักษาพยาบาลภายในจังหวัด นอกจากนี้ ยังมีการหารือระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ กรณี OP Refer และ OP Anywhere เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล ให้สามารถดำรงสภาพคล่องและพัฒนาการบริการได้อย่างยั่งยืน

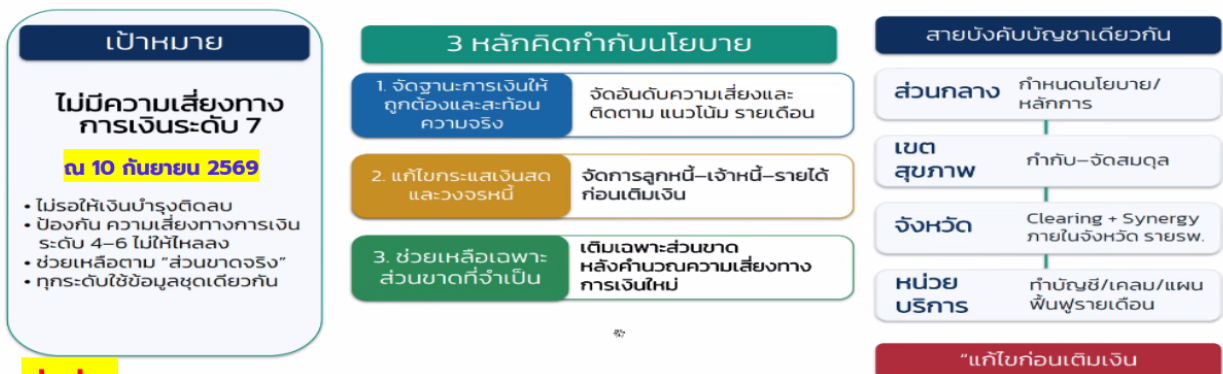
๑) สถานการณ์และเป้าหมายการจัดการวิกฤตทางการเงิน

เขตสุขภาพที่ ๘ กำลังเร่งดำเนินการจัดการกับวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ โดยมีรายละเอียดและเป้าหมายดังนี้

- ▶ สถานะปัจจุบันของหน่วยบริการ (ข้อมูล ณ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๙)
 - สถานะปัจจุบัน : ขณะนี้ในเขตสุขภาพที่ ๘ มีโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตการเงินระดับ ๗ ทั้งสิ้น ๑๑ แห่ง และระดับ ๖ อีก ๘ แห่ง
 - รายชื่อโรงพยาบาลระดับ ๗ แบ่งตามจังหวัด :
 - จังหวัดนครพนม (๔ แห่ง) : โรงพยาบาลนาแก, โรงพยาบาลศรีสงคราม, โรงพยาบาลนาหวา, โรงพยาบาลโพนสวรรค์
 - จังหวัดเลย (๒ แห่ง) : โรงพยาบาลท่าลี่, โรงพยาบาลวังสะพุง
 - จังหวัดสกลนคร (๓ แห่ง) : โรงพยาบาลพังโคน, โรงพยาบาลวาริชภูมิ, โรงพยาบาลนิคมน้ำอุ่น
 - จังหวัดหนองคาย (๑ แห่ง) : โรงพยาบาลโพธิ์ตาก
 - จังหวัดหนองบัวลำภู (๑ แห่ง) : โรงพยาบาลศรีบุญเรือง
- ▶ เป้าหมายและนโยบายเร่งด่วน

นโยบายระดับประเทศ: ไม่มีหน่วยบริการวิกฤตการเงินระดับ 7

เปลี่ยนจากการแก้ปัญหาเมื่อเกิดวิกฤต → การบริหาร กระแสเงินสดรับ-จ่าย เชิงรุก ด้วย ระบบบริหารจัดการระดับเขต/จังหวัด และมาตรการตามสาเหตุ



1. จัดทำแนวทางแก้ไข และ กระบวนการดำเนินการในเขต ไม่ให้มี sw. ระดับ 7

ทำ Simulate แก้ไขราย sw. ที่ติด 7 sw. ทำแผนฟื้นฟูรายเดือน

2. ปรับปรุงรายงานบัญชี - ลูกหนี้ เจ้าหนี้ รายได้ ให้ถูกต้อง (ตรวจสอบการรับเจ้าหนี้จากใบส่งของ)

3. ช่วยเหลือ Clearing หนี้ตามจ่าย จาก swศ. - swน. และ Refer back ช่วยเพิ่มรายรับให้ swข.

4. เติมเงิน จาก swศ.-swน. -สสจ.- เขต เพิ่มกระแสเงินสด

5. วัตถุประสงค์ ณ 10 กันยายน 2569 และ ณ 30 กันยายน 2569 ไม่มี sw.ระดับ 7

- เป้าหมายหลัก : ภายในวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๙ และ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙ ต้องไม่มีหน่วยบริการที่ติดวิกฤตระดับ ๗ ตามนโยบายของปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- แนวทางการดำเนินงาน
 - จัดทำแนวทางแก้ไขและแผนฟื้นฟูรายเดือน
 - ปรับปรุงบัญชีลูกหนี้ เจ้าหนี้ และรายจ่ายให้ถูกต้อง โดยเฉพาะการตรวจสอบใบส่งของเพื่อป้องกันการรายงานเจ้าหนี้ซ้ำซ้อน
 - สนับสนุนให้มีการ Refer back กลับไปยังโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เพื่อเพิ่มค่า Productivity ให้แก่โรงพยาบาลชุมชน
 - การเติมเงินเพื่อเพิ่มกระแสเงินสด จาก รพศ./รพท. /สสจ/ หรือเขตสุขภาพ ช่วยเหลือสภาพคล่องแก่โรงพยาบาลระดับ ๗

- การวิเคราะห์แนวทางการบริหารจัดการเจ้าหนี้และการเติมเงิน หากดำเนินการบริหารจัดการหนี้ภายในจังหวัด จะเหลือโรงพยาบาลที่ติดวิกฤตเพียง ๕ แห่ง โดยมีประมาณการงบประมาณที่ต้องเติมเพิ่มดังนี้



Simulate sw.ที่ติด 7 เขต 8 หากหักเจ้าหนี้ค่ารักษาตามจ่าย และรวมเงินขอสนับสนุนเงินบำรุงระหว่างกัน

แนวทางการแก้ไขวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ของรพ. เขต 8 ผลการประเมิน ณ เดือน ก.ค. 69

ลำดับ	เขต	จังหวัด	รหัส	หน่วยงาน	ประเภท	Cash	NWC	NI	Risk Scoring	EBITDA	เงินบำรุงคงเหลือสุทธิ	TPS Q3 69	เจ้าหนี้ค่ารักษา OP-UC นอก CUP (ในจังหวัดสังกัด สส.)	ขอสนับสนุนเงินบำรุงระหว่างรพ. รวมขอสนับสนุนเงินบำรุง	Risk Score หลังหักเจ้าหนี้ค่ารักษาในจังหวัดและรวมขอสนับสนุนเงินบำรุง
1	8	นครพนม	11109	รพ. นาแก	รพช.	0.45	-421,124	-2,177,505	7	-1,420,684	-25,197,482	D	971,371	1,000,000	6
2	8	นครพนม	11110	รพ. ศรีสงคราม	รพช.	0.28	-6,649,872	-9,148,390	7	1,257,873	-50,055,299	D	75,416	-	7
3	8	นครพนม	11111	รพ. นาหว้า	รพช.	0.26	-3,156,517	-1,175,903	7	5,589,277	-18,227,345	D	2,337,431	2,000,000	3
4	8	นครพนม	11112	รพ. โพนสวรรค์	รพช.	0.26	-12,132,297	-276,228	7	6,780,821	-33,241,761	D	208,581	2,000,000	5
5	8	เลย	11035	รพ. ชาติ	รพช.	0.2	-1,133,087	-4,546,147	7	-1,543,080	-18,088,900	F	319,211	1,454,000	6
6	8	เลย	11036	รพ. รังสฤษดิ์	รพช.	0.23	-32,391,767	-17,811,691	7	-1,774,478	-88,625,653	C	1,292,769	3,951,000	7
7	8	สกลนคร	11092	รพ. พังโคน	รพช.	0.32	-14,734,346	-10,780,224	7	-3,672,667	-50,897,753	F	-	2,500,000	7
8	8	สกลนคร	11093	รพ. วาริชภูมิ	รพช.	0.33	-2,492,526	-2,069,241	7	1,651,271	-14,000,322	B	3,726,082	-	6
9	8	สกลนคร	11094	รพ. อุดมบุญ	รพช.	0.38	-906,410	-2,230,650	7	-2,004,326	-6,720,431	D	262,925	1,000,000	6
10	8	หนองคาย	28778	รพ. โพนพิสัย	รพช.	0.3	-11,672,444	-6,040,163	7	715,386	-19,494,541	F	-	-	7
11	8	หนองบัวลำภู	10993	รพ. ศรีบุญเรือง	รพช.	0.17	-28,994,488	-10,516,450	7	-1,323,203	-72,419,743	D	-	10,492,700	7

sw.ที่ติด 7 จะลดลงจาก 11 แห่ง เหลือ 5 แห่ง

จังหวัด	รหัส	หน่วยงาน	ประเภท	Risk Score หลังหักเจ้าหนี้ค่ารักษาในจังหวัดและรวมขอสนับสนุนเงินบำรุง	Current Ratio	Quick Ratio	Cash Ratio	NWC	NI	Liquid Index	Status Index	Survival Index	Months	Risk Scoring
นครพนม	11110	รพ. ศรีสงคราม	รพช.	7	0.90	0.72	0.28	-6,574,456	-9,148,390	3	2	2	0.72	7
เลย	11036	รพ. รังสฤษดิ์	รพช.	7	0.76	0.64	0.27	-27,147,998	-13,860,691	3	2	2	1.96	7
สกลนคร	11092	รพ. พังโคน	รพช.	7	0.84	0.70	0.36	-12,234,346	-8,280,224	3	2	2	1.48	7
หนองคาย	28778	รพ. โพนพิสัย	รพช.	7	0.58	0.53	0.30	-11,672,444	-6,040,163	3	2	2	1.93	7
หนองบัวลำภู	10993	รพ. ศรีบุญเรือง	รพช.	7	0.79	0.67	0.29	-18,501,788	-37,353,218	3	2	2	779.03	7

รวม NI ติดลบ 5 sw ที่ยังติด 7

- เน้นย้ำให้จังหวัดบริหารจัดการภายในเองก่อน เช่น การหักลบเจ้าหนี้ระหว่างจังหวัด และกำชับว่าไม่ควรไปบริหารจัดการในโรงพยาบาลที่ยังไม่มีวิกฤต เพื่อไม่ให้กระทบภาพรวม

๒) ความก้าวหน้าการสนับสนุนเงินบำรุงระหว่างกัน จากเงินบริหารระดับเขต ปี ๒๕๖๙ ที่โอนไว้ที่ รพศ/รพท.



2. ความก้าวหน้าการสนับสนุนเงินบำรุง ระหว่างหน่วยบริการ ในเขตสุขภาพที่ 8 (เงินบริหารจัดการระดับเขต ปี 2569 ที่โอนให้ swศ. swท.)

จังหวัด	ได้รับจัดสรร (แห่ง)	ส่งหนังสือขอรับสนับสนุน (แห่ง)		สถานะการโอนเงิน
		ส่งแล้ว	อยู่ระหว่างดำเนินการ	
นครพนม	6	6	-	ยังไม่โอน
สกลนคร	10	10	-	ยังไม่โอน
อุดรธานี	21	2 (เพิ่มหนองวัวซอ)	19	อยู่ระหว่างดำเนินการ
หนองบัวลำภู	7	1 (สุวรรณคูหา)	6	อยู่ระหว่างออกเช็ค
บึงกาฬ	4	4	-	อยู่ระหว่างดำเนินการ
หนองคาย	5	-	5	ยังไม่โอน
เลย	14	14	-	อยู่ระหว่างออกเช็ค
รวม	67	37	30	

****เร่งรัดดำเนินการส่งหนังสือขอรับสนับสนุนเงินบำรุงแบบจ่ายขาด ไปยังหน่วยสนับสนุนเงินบำรุง และติดตามการโอนเงินให้กับหน่วยบริการ ให้แล้วเสร็จ ภายใน 31 สิงหาคม 2569**

ข้อมูล ณ 20 สิงหาคม 69

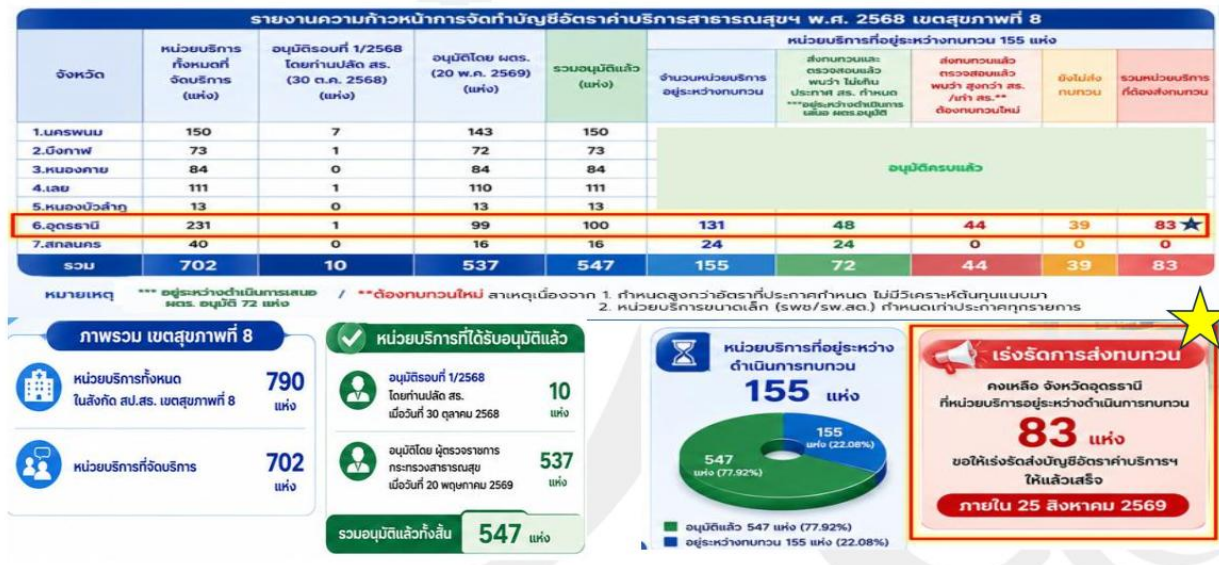
- ที่ประชุมมีมติให้หน่วยบริการในพื้นที่เร่งรัดการโอนเงินบำรุงเพื่อช่วยเหลือสภาพคล่องระหว่างหน่วยบริการในลักษณะ “จ่ายขาด” ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๙

/๓) ความ...

๓) ความก้าวหน้าการกำหนดอัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ณ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๙



3. ความก้าวหน้าการกำหนดอัตราค่าบริการของหน่วยบริการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ณ 17 สิงหาคม 2569



๔) ความก้าวหน้าการจ่ายชดเชยค่าบริการ OP จากเงิน Virtual Account และเกณฑ์การจ่ายชดเชย OP AE, OP Refer OP Anywhere

ระบบเบิกจ่ายผู้ป่วยนอก (OP) ในพื้นที่ต่างจังหวัดของเขตสุขภาพที่ ๘ มีกลไกการเบิกจ่ายจากกองทุนส่วนกลาง (Central Reimbursement) ที่สำคัญและมีผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาลในพื้นที่แตกต่างกัน

▶ รูปแบบและอัตราจ่ายเงินกองทุนส่วนกลาง

- OP Refer (สปสช. จ่ายพอยต์ละ ๑ บาท) : เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดที่มีการบันทึก “เลข Refer” ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ภายใต้ระบบนี้ สปสช. จะจ่ายชดเชยให้พอยต์ละ ๑ บาท แต่มีเงื่อนไขสำคัญคือ สปสช. จะเรียกเก็บเงินคืนจากโรงพยาบาลต้นสังกัด ในการชดเชยตามจริงไม่เกิน ๑,๖๐๐ บาทแรก ส่วนต่างหลังจากนั้น สปสช. จะเป็นผู้จ่ายให้
- OP Anywhere หรือ Walk-in (จ่ายพอยต์ละ ๐.๕ บาท) : เดิมระบบนี้เคยจ่ายชดเชยพอยต์ละ ๑ บาท แต่ปัจจุบัน สปสช. ปรับลดเหลือพอยต์ละ ๐.๕ บาท (๕๐ สตางค์) ข้อดีคือระบบนี้จ่ายจากกองทุน (CR) โดยไม่มีการเรียกเก็บเงินคืนจากโรงพยาบาลต้นสังกัด แต่การลดอัตราจ่ายนี้ทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่รับผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดค่อนข้างมากประสบปัญหา ได้รับชดเชยต่ำกว่าต้นทุนบริการ
- OP AE (จ่ายพอยต์ละ ๑ บาท) : เป็นการเบิกจ่ายกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตข้ามจังหวัด ซึ่งจ่ายชดเชยจากกองทุน (CR) พอยต์ละ ๑ บาท

▶ ประเด็นข้อจำกัดในทางปฏิบัติ

- โรงพยาบาลต้นทางไม่ยอมออกเลข Refer : เนื่องจากระบบ OP Refer (๑ พอยต์) จะส่งผลกระทบให้โรงพยาบาลต้นทาง ถูกหักเงิน ๑,๖๐๐ บาทแรก

- กรณีโรงพยาบาลสกลนคร : โรงพยาบาลสกลนครเป็นหน่วยงานที่มีเงินบำรุงติดลบสะสมหลังหักหนี้สูงเป็นอันดับ ๓ ของประเทศ แต่ที่ผ่านมามีเบิกชดเชยบริการผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดในหมวด OP Anywhere ค่อนข้างมาก (ได้เพียง ๐.๕ บาทต่อพอยต์) สาเหตุเนื่องจาก ระบบ ๓๐ บาทรักษาทุกที่ ทำให้ไม่มีการใช้ใบส่งตัวที่เป็นกระดาษ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานไม่มีความมั่นใจว่า ข้อตกลงเดิมของเขตสุขภาพที่ ๘ ที่รักษาทุกที่ OP Refer ข้ามจังหวัดได้โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวยังคงมีผลอยู่หรือไม่ จึงเบิกชดเชยเป็น OP Anywhere แทน ในขณะที่โรงพยาบาลอุดรธานี มีความเข้าใจและได้เบิกชดเชยแบบ OP Refer แล้ว

▶ แนวทางแก้ไขและข้อตกลงเพื่อเพิ่มรายรับ

- การ Generate เลข Refer อิเล็กทรอนิกส์ : ที่ประชุมเสนอทางออกให้ฝ่ายบริการของโรงพยาบาลรับส่งต่อประสานงานกับโรงพยาบาลต้นทางเพื่อ Generate เลข Refer ในระบบออนไลน์ร่วมกัน โดยที่คนไข้ไม่ต้องกลับมาขอเอกสารกระดาษ จะช่วยให้โรงพยาบาลใหญ่ได้รับเงินพอยต์ละ ๑ บาท เพื่อนำไปพัฒนาบริการและช่วยเหลือโรงพยาบาลขนาดเล็กต่อไป
- การใช้เลข Refer เดิมสำหรับเคสซ้ำ : ในกรณีที่ผู้ป่วยส่งต่อที่ต้องมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลจะใช้เลข Refer เดิมมาคีย์เข้าระบบเบิกจ่าย ซึ่งสามารถทำได้
- แนวทางการดำเนินการ ระดับเขต : **ประธานในที่ประชุม**มีความเห็นว่า ไม่ควรออกข้อบังคับใหม่ในระดับเขตเนื่องจากจะกระทบกับเงินของโรงพยาบาลชุมชนต้นทาง เบื้องต้นจึงสั่งการให้โรงพยาบาลสกลนคร ประสานงานเป็นรายกรณีไปก่อน และมอบหมายให้ CFO ไปรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ๑ ปีว่า ปริมาณผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ์ OP Anywhere ในเขตสุขภาพมีจำนวนมากจนส่งผลกระทบสูงหรือไม่ หากมีจำนวนมากอย่างมีนัยสำคัญจึงค่อยนำกลับมาพิจารณาออกมาตรการภาพรวมระดับเขตอีกครั้ง

๕) การสร้างรายรับเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ : บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวระดับราคา, ข้อมูลภาระการใช้บริการ, รายได้ที่เกิดขึ้นจริง



ข้อมูลรายได้กองทุนแรงงานต่างด้าว (ปี พ.ศ. 2567 – 2569) เขตสุขภาพที่ 8

ลำดับ	จังหวัด	รายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าว			ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่า - กองทุนแรงงานต่างด้าว			ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่า - กองทุนแรงงานต่างด้าว			ค่ารักษาตามจ่ายคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว		
		2567	2568	2569 (ก.ค.)	2567	2568	2569 (ก.ค.)	2567	2568	2569 (ก.ค.)	2567	2568	2569 (ก.ค.)
1	นครพนม	3,418,463.98	2,823,719.05	2,660,072.10	- 2,408,507.13	- 766,248.94	- 1,239,929.78	880,475.01	27,573.75	-	116,619.50	141,561.70	82,257.40
2	บึงกาฬ	1,613,459.47	1,313,985.07	1,066,241.48	- 838,850.97	- 791,201.74	- 773,503.22	73,941.31	16,434.12	11,072.02	227,027.51	137,379.79	256,199.02
3	เลย	4,300,940.14	4,325,594.84	3,226,361.31	- 1,560,380.24	- 2,125,153.79	- 1,624,085.36	116,326.13	99,822.36	170,700.48	16,130.00	49,273.00	28,134.00
4	สกลนคร	2,246,903.04	1,635,048.47	1,438,441.72	- 1,090,320.68	- 815,328.17	- 852,162.29	1,582.51	22,673.06	26,803.42	161,345.50	61,049.90	34,197.40
5	หนองคาย	3,109,847.65	2,533,651.89	1,766,890.43	- 1,520,654.89	- 1,496,334.74	- 1,106,033.77	71,190.08	-	-	354,158.99	448,886.23	135,759.00
6	หนองบัวลำภู	940,186.05	597,251.98	519,620.49	- 501,231.06	- 290,320.48	- 294,355.99	-	-	-	18,774.95	-	5,082.00
7	อุดรธานี	2,817,275.16	2,537,922.37	2,293,078.81	- 1,504,852.49	- 1,315,741.53	- 1,117,933.86	20,282.24	131,596.03	-	121,597.02	273,103.06	309,523.46
รวมเขต 8		18,447,075.49	15,767,173.67	12,970,706.34	- 9,424,797.46	- 7,600,329.39	- 7,008,004.27	1,163,797.28	298,099.32	208,575.92	1,015,653.47	1,111,253.68	851,152.28

ข้อสังเกต : รายได้ค่ารักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวมีแนวโน้มลดลง และยังพบว่ามีส่วนต่างค่ารักษาพยาบาลที่สูงกว่ากองทุนก่อนข้างสูง สะท้อนถึงการค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ

ข้อมูล ณ 28 สิงหาคม 2569

- ▶ ข้อมูลภาระการใช้บริการ : ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปีระบุว่า จำนวนผู้ประกันตนที่เป็นแรงงานต่างด้าวในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ มีจำนวนไม่ค่อนข้างน้อย

/รายได้...

- ▶ รายได้/ค่ารักษาพยาบาลที่ตามจ่ายจริง : ตัวเลขค่ารักษาพยาบาลของต่างด้าวที่ต้องตามจ่ายในภาพรวมระดับเขต ซึ่งเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างน้อย มีสถิติดังนี้
 - ปี ๒๕๖๗: อยู่ที่ประมาณ ๑ ล้านบาท
 - ปี ๒๕๖๘: อยู่ที่ประมาณ ๑ ล้านบาท
 - ปี ๒๕๖๙: อยู่ที่ประมาณ ๘๐๐,๐๐๐ บาท
- ▶ เนื่องจากรายได้หมุนเวียนในระบบบัตรต่างด้าวส่วนนี้มีสัดส่วนที่น้อยมากสำหรับภาพรวมของเขตสุขภาพทางโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ประสบปัญหาทางการเงิน จึงอาจต้องมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer) ซึ่งช่วยสร้างเม็ดเงินรายรับกลับคืนมาในระดับที่สูงกว่ามาก

๖) การจัดสรรเงินบริจาคอุปถัมภ์พระภิกษุอาพาธ ค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิ

6. การจ่ายเงินบริจาคโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายอุปถัมภ์พระภิกษุอาพาธของหน่วยบริการในเขต 8		
ที่มา : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ได้รับสนับสนุนเงินบริจาคฯ จาก sw.สงข มีจำนวน 800,000 บ. ปัจจุบันมี ดอกเบี้ย 6,862.67 บ. รวม 806,862.67 บ.		
ลำดับ	โรงพยาบาล	รวมจัดสรร
1	บ้านแพ้ว	1,370
2	นาทม	21,435
3	ศรีสงคราม	14,265
4	ราษฏรพนม	57,640
5	วังยาง	5,290
6	บึงกาฬ	25,530
7	เขภา	23,040
8	ปากคาด	20,170
9	บึงคล้า	31,260
10	สกลนคร	105,560
11	วานรนิวาส	44,440
12	หนองบัวลำภู	165,685
13	นาแก	65,342
14	ศรีบุญเรือง	18,973
15	ท่าบ่อ	200,000
รวม		800,000

1. คณะทำงานพิจารณาการใช้จ่ายเงินบริจาคโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายอุปถัมภ์พระภิกษุอาพาธของหน่วยบริการ ในเขตสุขภาพที่ 8 ครั้งที่ 1/68 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2568 มีมติจัดสรรให้ทุกจังหวัดละ 100,000 บ. และจังหวัดที่มี รพศ. จังหวัดละ 150,000 บ. (จ.เลย และ จ.อุดร ไม่ขอรับสนับสนุน จึงจัดสรรให้กับ sw. ที่มีเอกสารพร้อมเบิกจ่าย)
2. คณะกรรมการบริหารเงินบริจาคและทรัพย์สินบริจาคของหน่วยบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ครั้งที่ 2/69 วันที่ 18 สิงหาคม 69 มีมติที่ประชุม ดังนี้
 1. เห็นชอบจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการทั้ง 15 แห่ง ในส่วนของดอกเบี้ย 6,862.67 บ. นำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน
 2. เห็นชอบการปิดบัญชีเงินบริจาคสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
 3. มอบสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ดำเนินการ
 - 3.1 จัดทำเอกสารในการโอนเงินให้กับหน่วยบริการทั้ง 15 แห่ง
 - 3.2 จัดทำรายงานการใช้จ่ายเงินส่งให้กับ sw.สงข
 - 3.3 นำเรียนคณะกรรมการบริหารเขต 8 เพื่อทราบการดำเนินงาน

- ▶ วงเงินและการจัดสรรโดยรวม : ปัจจุบันมีงบประมาณสำหรับการจ่ายเงินโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายของพระภิกษุสงฆ์อาพาธอยู่ประมาณ ๘๐๐,๐๐๐ บาท โดยเขตสุขภาพที่ ๘ ได้ดำเนินการจัดสรรงบประมาณนี้ให้แก่โรงพยาบาลต่าง ๆ ที่มีการดำเนินงานจริง

มติที่ประชุม : เห็นชอบให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการตามข้อเสนอ

- ๓) การสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยบริการที่ผ่านการประเมิน Hospital Healing Environmental เขตสุขภาพที่ ๘



7. การจัดสรรเงินสนับสนุนหน่วยบริการที่ผ่านการประเมิน Hospital Healing Environmental เขตสุขภาพที่ 8



สนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาหน่วยบริการเขตสุขภาพที่ 8 ให้มีคุณภาพ มาตรฐาน ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาวะของผู้รับบริการ บุคลากร และชุมชน รวมทั้งสิ้น 900,000 บาท

ประเภท หน่วยงาน จังหวัด ลำดับ	โรงพยาบาล	จังหวัด	จำนวน(บาท)
A/A+/P+	1 โรงพยาบาลหนองคาย	หนองคาย	120,000
	2 โรงพยาบาลบึงกาฬ	บึงกาฬ	80,000
	3 โรงพยาบาลวานรนิวาส	สกลนคร	60,000
	4 โรงพยาบาลนครพนม	นครพนม	20,000
	5 โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	หนองบัวลำภู	20,000
	6 โรงพยาบาลอุดรธานี	อุดรธานี	20,000
	7 โรงพยาบาลเลย	เลย	20,000
รวม			340,000
S+	1 โรงพยาบาลเซกา	บึงกาฬ	100,000
	2 โรงพยาบาลศรีสงคราม	นครพนม	60,000
	3 โรงพยาบาลอากาศอำนวย	สกลนคร	40,000
	4 โรงพยาบาลหนองหาน	อุดรธานี	20,000
รวม			220,000

ประเภท หน่วยงาน จังหวัด ลำดับ	โรงพยาบาล	จังหวัด	จำนวน(บาท)
S	1 โรงพยาบาลวังเจสิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	หนองบัวลำภู	100,000
	2 โรงพยาบาลวังเจสิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	บึงกาฬ	60,000
	3 โรงพยาบาลสระใคร	หนองคาย	40,000
	4 โรงพยาบาลปากชม	เลย	20,000
	5 โรงพยาบาลเซกา	บึงกาฬ	20,000
	6 โรงพยาบาลพระอาจารย์แน่น ธาราโร	สกลนคร	20,000
	7 โรงพยาบาลสังคม	หนองคาย	20,000
	8 โรงพยาบาลดงบัง	เลย	20,000
	9 โรงพยาบาลโพนสวรรค์	นครพนม	20,000
	10 โรงพยาบาลเอราวัณ	เลย	20,000
รวม			340,000
รวมทั้งสิ้น			900,000

เสนอคณะกรรมการบริหารเขต

- ☐ เพื่อพิจารณาแหล่งเงินสนับสนุน ให้แก่ โรงพยาบาล 21 แห่ง จำนวน 900,000 บาท

- ▶ **มติที่ประชุม :** เห็นชอบ และอนุมัติในหลักการ ให้ใช้เงินบำรุงสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้
 - ๑) โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘ ที่ติดวิกฤตระดับ ๗ และ ผู้บริหารการเงินการคลัง CFO จังหวัด ทั้ง ๗ จังหวัด
 - จัดทำแนวทางแก้ไขวิกฤตระดับ ๗ ให้มีน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย ภายในวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๙ และ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙ ตามนโยบายของปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยทำแผนฟื้นฟูรายเดือน ปรับปรุงบัญชีลูกหนี้ เจ้าหนี้ และรายจ่ายให้ถูกต้อง ตรวจสอบการรับเจ้าหนี้ จากใบส่งของเพื่อป้องกันการบันทึกซ้ำซ้อน และส่งเสริมระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับ เพื่อเพิ่ม Productivity ให้ รพช.
 - ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเร่งด่วนรายเดือน
 - ควบคุมค่าใช้จ่าย การจัดซื้อจัดจ้างในรายการที่จำเป็น
 - เร่งรัดการเรียกเก็บลูกหนี้ค้างค้างให้เรียบร้อย
 - การ Clearing นี้คำรักษาตามจ่าระหว่างกัน โดยช่วยเหลือ รพ.ระดับ ๗
 - เร่งโอนเงินบำรุงสนับสนุนระหว่างหน่วยบริการแบบจ่ายขาดให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๙
 - ๒) ทีม CFO เขตสุขภาพที่ ๘
 - วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การติดวิกฤตระดับ ๗ ณ วันที่ ๓๐ เดือนกันยายนของแต่ละปี ที่ผ่านมาของเขตสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไร
 - รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ย้อนหลัง ๑ ปี เกี่ยวกับปริมาณผู้ป่วยและผลกระทบใช้สิทธิ์ OP Anywhere ในเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๙ ว่าส่งผล ต่อภาพรวมในเขตสุขภาพที่ ๘ มากน้อยเพียงใด ก่อนนำกลับมาพิจารณาออกมาตรการเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพ

- ๓) รพศ./รพท. ดำเนินการโอนเงินบำรุงเพื่อช่วยเหลือสภาพคล่องในลักษณะ "จ่ายขาด" ให้กับหน่วยบริการ ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔
- ๔) จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการทบทวนอัตราค่าบริการของหน่วยบริการให้แล้วเสร็จ คงเหลืออีก ๘๓ แห่ง
- ๕) จังหวัดสกลนคร ดำเนินการชดเชย OP ตามจ่ายผ่านบัญชีจำลอง ในส่วนที่คงเหลืออีกร้อยละ ๑๒ ให้เรียบร้อย ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔
- ๖) โรงพยาบาลสกลนคร
 - ทบทวนและปรับปรุงประสิทธิภาพการขอรับชดเชยค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกต่างจังหวัด
 - ใช้ระบบข้อมูลการส่งต่อ เขต ๘ โดยที่คนไข้ไม่ต้องกลับไปขอใบส่งตัวแบบกระดาษ
- ๗) นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร (รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘) ส่งข้อมูลความก้าวหน้าการสนับสนุนเงินบำรุงระหว่างหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๘ ที่สอดคล้องกับ Service Plan ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ๘) นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘) ดำเนินการปรับแผนการใช้เงินบำรุงเขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อนำเงินจำนวน ๙๐๐,๐๐๐ บาท สนับสนุนให้แก่โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินโครงการ Hospital Healing Environment

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๓ แนวทางการเพิ่มรายรับของหน่วยบริการของจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๘

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

แนวทางเชิงกลยุทธ์ของจังหวัดต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อสร้างความยั่งยืนทางการเงินให้กับหน่วยบริการ โดยมุ่งเน้นที่การเพิ่มรายรับและการบริหารจัดการต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ผ่านระบบการตรวจสอบ และการให้รหัสโรค แม่นยำ การขยายบริการในกลุ่ม Core Business เช่น คลินิกพิเศษนอกเวลา (SMC) และหอผู้ป่วยฟรีเมียม เพื่อดึงดูดกลุ่มผู้ป่วยที่มีกำลังจ่ายและกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Non-UC) นอกจากนี้ ยังมีการนำระบบบริหารจัดการเครือข่ายมาใช้ เช่น การส่งตัวกลับ และการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัดเพื่อลดต้นทุน ทั้งนี้ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ เน้นย้ำให้ทุกจังหวัดจัดทำแผนการเงินที่ชัดเจนและสามารถกำกับติดตามได้จริง

๑) วิเคราะห์ประเด็นหลักและแนวทางปฏิบัติ

จากการนำเสนอของทั้ง ๗ จังหวัด สามารถสรุปประเด็นหลักในการเพิ่มรายรับและเพิ่มประสิทธิภาพได้ดังนี้

- ▶ การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ หัวใจสำคัญคือการลดการรั่วไหลของรายได้และเพิ่มมูลค่าการเรียกเก็บชดเชย
 - การเพิ่มความแม่นยำในการให้รหัสโรค : มุ่งเป้าไปที่ การเพิ่มค่า Adjust RW และ CMI ผ่านทีม Audit และการพัฒนาศักยภาพทีม Coder อย่างต่อเนื่อง
 - การนำเทคโนโลยี AI มาใช้ : มีแนวคิดที่จะสร้าง AI สำหรับการตรวจสอบเวชระเบียนภายในเขตสุขภาพ เพื่อตรวจสอบข้อผิดพลาดก่อนถูกตรวจสอบโดย สปสช. ซึ่งจะช่วยลดการถูกปฏิเสธการจ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บ
 - การบริหารจัดการลูกหนี้ : เร่งรัดการเรียกเก็บหนี้ ค้างชำระจากกองทัพและกองทุนต่างๆ (UC, ประกันสังคม, พรบ.) โดยกำหนด KPI ระยะเวลาการเคลมที่ชัดเจน
- ▶ การขยายบริการเพื่อเพิ่มรายได้ เน้นการปรับโฉมบริการเพื่อตอบสนองเป้าหมายที่มีศักยภาพทางการเงิน
 - Special Medical Center (SMC) และฟรีเมียมคลินิก (PMC) : การเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลาและช่องทางด่วน (Fast Track) สำหรับกลุ่มข้าราชการและผู้ที่มีกำลังจ่าย

/บริการ...

- บริการกลุ่ม Non-UC : เจาะกลุ่มสิทธิประกันสังคม และประกันสุขภาพเอกชน โดยการยกระดับห้องพักรักษา ให้สอดคล้องกับมาตรฐานประกันเอกชน
- บริการเชิงรุกและ Wellness: การตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ให้กับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน การแพทย์บูรณาการ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- การขายบัตรประกันสุขภาพ : แนวทางการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าว (ถอดบทเรียนจากความสำเร็จของจังหวัดในเขตอื่น)
- ▶ การบริหารจัดการระบบบริการและต้นทุน การปรับสมดุลภาระงานและต้นทุนภายในเครือข่ายจังหวัด
 - ระบบ Refer Back : การส่งตัวผู้ป่วยที่พ้นขีดวิกฤตกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน (ลูกข่าย) เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย และเพิ่มรายรับให้กับโรงพยาบาลขนาดเล็ก
 - การเพิ่มอัตราครองเตียง : ตั้งเป้าหมายให้มากกว่า ๘๐% ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การใช้ทรัพยากรคุ้มค่าที่สุด
 - การจัดซื้อร่วมภายในเขตสุขภาพ : บริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ร่วมกันในระดับจังหวัดเพื่ออำนาจต่อรองราคา ลดต้นทุน และป้องกันปัญหา Stock จมหรือขาดหาย

๒) สรุปแนวทางรายจังหวัด

จังหวัด	สถานการณ์ทางการเงินและจุดเน้น	กลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มรายรับและประสิทธิภาพ
อุดรธานี	ตั้งเป้าสัดส่วนต้นทุนต่อรายได้ต่ำกว่า ๔๐% ในปี ๒๕๗๐ (ปัจจุบัน ๔๒%)	เพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ลูกหนี้, Audit charge เพื่อเพิ่ม Adjust RW, เปิด SMC และพรีเมียมคลินิกในโรงพยาบาลศูนย์, เพิ่มอัตราครองเตียง รพช. ให้ได้ ๘๐%, และบริหารยา/เวชภัณฑ์ร่วมกัน
สกลนคร	พบปัญหารหัสติด C-Code จำนวนมาก สูญเสียรายได้ราว ๒๔ ล้านบาท มีโรงพยาบาลระดับความเสี่ยงสูง (Level ๓) ๓ แห่ง	พัฒนาทีม Audit/Coding แม่นยำ, บริหารจัดการระบบ financial data hub, ขยายเวิร์ดพรีเมียมและศูนย์ความเป็นเลิศ (หัวใจ/มะเร็ง), เน้นการตรวจสุขภาพเชิงรุกในภาคเอกชน และการจัดการสินทรัพย์ เช้าพื้นที่เชิงพาณิชย์
นครพนม	เน้นหยุดการรั่วไหลของรายได้และเพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บ	Audit ๑๐๐%, กำหนด KPI ระยะเวลาการเคลม, ลดการส่งต่อออกนอกเขตด้วยการพัฒนาศักยภาพ รพ.แม่ข่าย, เจาะกลุ่มสิทธิข้าราชการและประกันสังคม, และรองรับผู้ป่วยข้ามแดนจากประเทศเพื่อนประเทศ
เลย	มุ่งเน้นกลุ่มพรีเมียมและกลุ่มสิทธิเฉพาะ	เปิดช่องทางด่วน , พัฒนาหน่วยไตเทียม/ER คุณภาพ เพื่อลดการส่งต่อ, ปรับรูปแบบบริการ ODS/MIS เพื่อลดวันนอน และเพิ่มรอบการบริการ, นำระบบ I-Claim มาใช้เชื่อมต่อกับบริษัทประกัน
หนองคาย	เน้นการบริหารจัดการระบบ Refer Back และการใช้ AI	เพิ่มรายได้ให้ รพช. ผ่านการส่งตัวผู้ป่วยกลับจาก รพ.แม่ข่าย (เช่น กลุ่ม Septicemia/Pneumonia), ใช้ AI ในการ Audit เวชระเบียน ๑๐๐% เพื่อลดความผิดพลาดของรหัสโรค, และเน้นการซื้อยาร่วมระดับจังหวัดเพื่อลดต้นทุน

จังหวัด	สถานการณ์ทางการเงินและจุดเน้น	กลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มรายรับและประสิทธิภาพ
หนองบัวลำภู	แผนพัฒนาต่อเนื่อง ๓ ปี (๒๕๗๐-๒๕๗๒) เพื่อเพิ่มรายรับ ๑๕%	ปี ๒๕๗๐ เน้นโครงสร้างพื้นฐาน/รหัสโรค, ปี ๒๕๗๑ ขยายบริการพิเศษ SMC, ปี ๒๕๗๒ สรุปผลเพื่อเตรียมลงทุนต่อ, เร่งรัดการเก็บรายได้จาก PP Fee Schedule และการทำ DM Remission ในโรงพยาบาลทุกระดับ
บึงกาฬ	มีปัญหาเงินจมในลูกหนี้และสต็อกยาในบางแห่ง	บริหารจัดการวันนอนให้สัมพันธ์กับการจ่ายชดเชย, หา New Revenue จากกลุ่ม Non-UC, เปิดศูนย์ IMC/HOD, และเสนอโมเดลการขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว (แบบเดียวกับ สสจ.สุราษฎร์ธานี)

- ▶ แนวทางการลดต้นทุนร่วมกัน เป็นมาตรการสำคัญที่หลายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ นำมาใช้ควบคู่กับการเพิ่มรายรับเพื่อช่วยพยุงและฟื้นฟูสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล โดยมีแนวทางดำเนินการ ดังนี้
 - การบริหารและแลกเปลี่ยนยา/เวชภัณฑ์ร่วมกันระดับจังหวัด
 - การลดปัญหาขาดแคลนและหมดอายุ : จังหวัดอุดรธานี มีแนวทางควบคุมต้นทุนผ่านการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ร่วมกันในระดับจังหวัด โดยให้มีการหมุนเวียนแลกเปลี่ยนยาระหว่างหน่วยบริการเพื่อแก้ปัญหาขาดสต็อก และยาระบายไม่ทันจนกลายเป็นยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารยาภาพรวมและลดต้นทุนลงได้
 - การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัดและเขต
 - การช่วยลดภาระโรงพยาบาลขนาดเล็ก : จังหวัดหนองคาย เสนอให้ใช้แนวทางการจัดซื้อร่วมกัน (ยา เวชภัณฑ์ และอื่นๆ) ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ เนื่องจากมองว่าหากโรงพยาบาลขนาดเล็กสามารถร่วมจัดซื้อในภาพใหญ่ได้ จะทำให้ได้ราคาต้นทุนที่ถูกลง ไม่ต้องแบกรับภาระต้นทุนที่สูงเพียงลำพัง โดยในระยะแรกหนองคายเสนอให้เน้นจัดการร่วมในกลุ่มเวชภัณฑ์และวัสดุก้อน เนื่องจากต้นทุนบุคลากรเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและอาจส่งผลกระทบต่อค่าบริการหากปรับลดทันที
 - การป้องกันปัญหาสต็อกจม : จังหวัดบึงกาฬ ได้สะท้อนข้อจำกัดของบางโรงพยาบาลในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลศรีวิไล และ โรงพยาบาลบุ่งคล้า ที่ปัจจุบันยังไม่มีระบบการจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดปัญหาสต็อกจมซึ่งเป็นอุปสรรคต่อต้นทุนและการบริหารสภาพคล่อง
 - กลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัด : จังหวัดนครพนม เสนอให้ระบบ "การจัดซื้อร่วม" เป็นหนึ่งในกลไกหลักระดับจังหวัดในการมอนิเตอร์และบริหารจัดการงบประมาณเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย

► **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้

- ๑) ทุกจังหวัดและทุกโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ ๘ นำแนวทางการลดต้นทุนและการเพิ่มประสิทธิภาพเหล่านี้ แปลงเป็นแนวทางปฏิบัติจริง โดยจัดทำเป็นแผนลดค่าใช้จ่ายและประมาณการงบการเงินในอนาคต พร้อมทั้งประมาณการรายรับที่จะเพิ่มขึ้น แผนประสิทธิภาพ (Plan Fin) แผนลดค่าใช้จ่าย และการแสดงงบการเงินในอนาคตของปีถัดไป โดยเน้นการเพิ่มรายรับในส่วน Core Business ของโรงพยาบาล และส่งให้กลุ่มงาน CFO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ก่อนวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๙ (ก่อนประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งที่ ๙/๒๕๖๙ ที่จะจัดขึ้นในวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๙)
- ๒) นายแพทย์สุริยนต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู (รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘) และทีม CDO เขตสุขภาพที่ ๘ ร่วมกับนายแพทย์นพรัตน์ พันธุเศรษฐ์ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๘ อุตรธานี ดำเนินการสร้างระบบ AI ของเขตสุขภาพ เพื่อตรวจสอบเวชระเบียน (เช่น ตรวจสอบรายการที่ติด C หรือรายการข้อมูลที่ไม่เรียบร้อย) เพื่อให้โรงพยาบาลได้แก้ไขข้อผิดพลาดของตนเองล่วงหน้า ก่อนที่ผู้จ่ายเงิน (สปสช.) จะใช้ AI ตรวจสอบเบิกจ่ายจริง ๑๐๐%
- ๓) ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู) และกลุ่มงาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ ร่วมกับรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ผชช.ว) ทั้ง ๗ จังหวัด จัดประชุมหารือ เพื่อจัดทำกรอบแผนแนวทางการเพิ่มรายรับหน่วยบริการภาพรวมระดับเขตสุขภาพ ว่าแต่ละหน่วยบริการควรมีแผนใดบ้างในการเพิ่มรายรับและการปรับปรุงประสิทธิภาพ สำหรับนำไปใช้เป็นกรอบแนวทางของทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (สามารถปรับใช้แนวทางตามบริบทของแต่ละพื้นที่) โดยจะต้องจัดทำแผนออกเป็น ๔ ส่วนหลัก แล้วนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
 - ๓.๑) วิเคราะห์หลักการของแต่ละจังหวัดที่ได้นำเสนอไป ว่ามีหลักการใดบ้างในการเพิ่มรายรับ, การเพิ่มประสิทธิภาพ และการจัดการเรื่องอื่นใดที่เกี่ยวข้อง
 - ๓.๒) จัดทำโครงสร้างงบการเงินจำลองในอนาคต (Pro forma financial statement ในปีหน้า ๒๕๗๐)
 - ๓.๓) จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อขับเคลื่อนรายรับและประสิทธิภาพ
 - ๓.๔) จัดทำแผนควบคุมกำกับของแต่ละจังหวัด เพื่อให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ ๘ และทีมผู้บริหารในเขตสุขภาพ ใช้เป็นเครื่องมือในการลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมและสนับสนุนหน่วยบริการในปีงบประมาณถัดไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

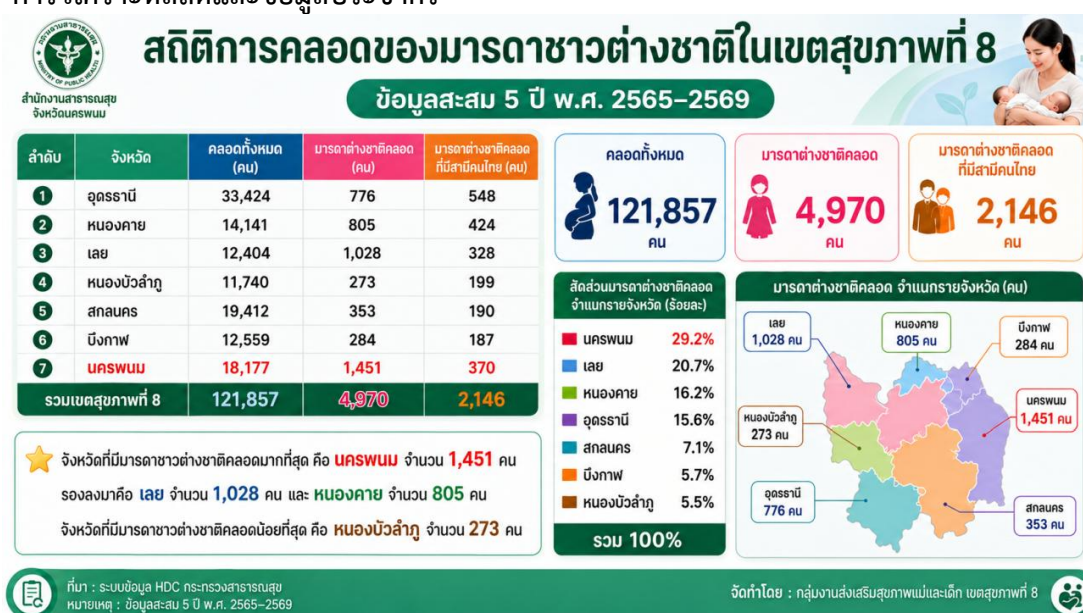
๓.๔ การวิเคราะห์ภาพรวมข้อมูลการคลอด ของทั้ง ๗ จังหวัดในเขตสุขภาพ ๘

โดย นายแพทย์กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

การวิเคราะห์ข้อมูลการคลอดของมารดาชาวต่างชาติในเขตสุขภาพที่ ๘ จากสถิติย้อนหลัง ๕ ปี พบว่ามีการคลอดรวมทั้งสิ้นประมาณ ๑๒๑,๘๕๗ ครั้ง โดยเป็นการคลอดของมารดาชาวต่างชาติประมาณ ๕,๐๐๐ คน (คิดเป็นร้อยละ ๔) ประเด็นสำคัญที่พบคือ มารดาชาวต่างชาติส่วนใหญ่เป็นชาวลาว (ร้อยละ ๘๙) และเกือบครึ่งหนึ่งระบุว่ามีสามีเป็นคนไทย ในด้านการบริหารจัดการทางการเงิน พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ ๘๔ ชำระเงินเอง ซึ่งสร้างรายได้หลักให้กับโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยเฉพาะจังหวัดนครพนม

อย่างไรก็ตาม จากการนำเสนอชี้ให้เห็นถึงช่องโหว่ทางกฎหมายที่สำคัญ คือการขาดการบังคับตรวจ DNA เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ทางสายเลือดตั้งแต่ต้นทาง ทำให้เกิดกรณี "การคลอดทิพย์" หรือการสวมสิทธิ์บิดาชาวไทย เพื่อหวังผลด้านสัญชาติของบุตร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องเพิ่มความระมัดระวังในการรับรองบุตร และพิจารณานำมาตรการตรวจ DNA มาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาในระยะยาว

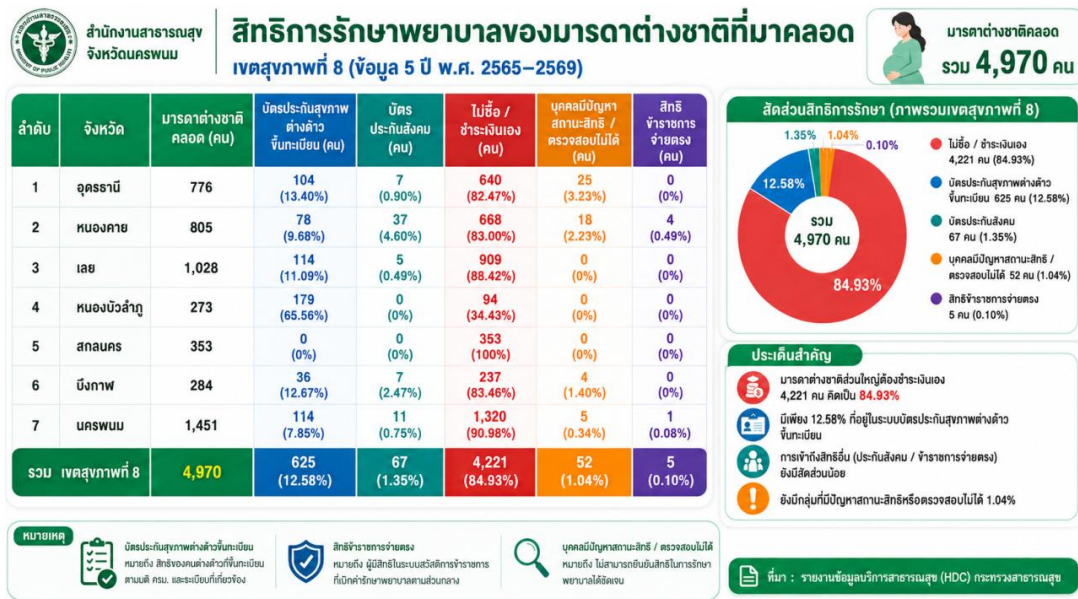
๑) การวิเคราะห์สถิติและข้อมูลประชากร



- ▶ สถิติการคลอดโดยรวม
 - จำนวนการคลอดทั้งหมด: ประมาณ ๑๒๑,๘๕๗ ครั้ง
 - จำนวนมารดาชาวต่างชาติ: ๔,๙๗๐ คน (ประมาณ ๔% ของการคลอดทั้งหมด)
 - สัดส่วนบิดา: ประมาณ ๔๓-๕๐% (๒,๑๔๖ คน) ของมารดาชาวต่างชาติ มีสามีเป็นคนไทย
- ▶ พื้นที่ที่มีการคลอดสูงสุด: พบผู้รับบริการคลอดต่างชาติกระจายตัวอยู่ทั่วไป แต่มีสัดส่วนหนาแน่นที่สุดในจังหวัดนครพนม คิดเป็น ๒๙% ของภาพรวมทั้งเขต เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ติดกับฝั่งประเทศลาว
- ▶ สัญชาติของมารดา: ส่วนใหญ่เป็นสัญชาติลาว สูงถึง ๘๙% รองลงมาเป็นสัญชาติพม่า ๔%
- ▶ สัญชาติของบุตรเมื่อแรกเกิด: ในท้ายที่สุดเด็กที่เกิดมาจะได้รับสัญชาติไทย ๔๗% และสัญชาติลาว ๔๑%

๒) สิทธิการรักษาพยาบาลและรายได้ของสถานพยาบาล

รูปแบบการชำระค่าบริการทางการแพทย์ของมารดาชาวต่างชาติมีความแตกต่างกันตามพื้นที่ ดังนี้



/รูปแบบ...

- ▶ รูปแบบสิทธิการรักษาพยาบาลทั่วไป: ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ รูปแบบการเข้ารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นสิทธิชำระเงินเอง สูงถึง ๘๔% และมีผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพเพียง ๑๒% เท่านั้น
- ▶ โดยส่วนใหญ่ชาวต่างชาติต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการคลอดเองทั้งหมด ยกเว้นกรณีที่สามารถใช้สิทธิกองทุนประกันสังคมได้
- ▶ สิทธิการรักษาพยาบาลในจังหวัดหนองบัวลำภู: มีความแตกต่างจากจังหวัดอื่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีสิทธิชำระเงินเองเพียง ๓๔% ขณะที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพต่างจังหวัดสูงถึง ๖๕%
- ▶ การสร้างรายได้: เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่ชำระเงินเอง โรงพยาบาลในจังหวัดนครพนมจึงเป็นหน่วยงานที่ได้รับรายได้จากการดูแลการคลอดของชาวต่างชาติมากที่สุดในเขต

๓) กระบวนการทางกฎหมายและการออกเอกสารสิทธิ

การดำเนินการเมื่อมีเด็กเกิดจากมารดาชาวต่างชาติในประเทศไทยมีขั้นตอนและเงื่อนไขทางกฎหมายที่สำคัญ ดังนี้

- ▶ การออกหนังสือรับรองการเกิด (ท.ร. ๑/๑): โรงพยาบาลจะออกเอกสารนี้เพื่อยืนยันว่าเด็กเกิดในสถานพยาบาลนั้นจริง
- ▶ การแจ้งเกิดเพื่อรับสูติบัตร: ต้องใช้เอกสารประกอบ ได้แก่ ท.ร. ๑/๑, หนังสือเดินทาง (Passport) และหลักฐานการได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักร หากเอกสารไม่ครบถ้วนจะไม่สามารถออกสูติบัตรได้
- ▶ เงื่อนไขการได้สัญชาติไทย: การเกิดในประเทศไทยไม่ได้ทำให้ได้รับสัญชาติไทยโดยอัตโนมัติ เด็กจะได้สัญชาติไทยก็ต่อเมื่อมีบิดาเป็นคนไทยและมีการจดทะเบียนสมรสที่ถูกต้องตามกฎหมายเท่านั้น

๔) ประเด็นความเสี่ยงและช่องโหว่ทางกฎหมาย (การสวมสิทธิ์บิดาคนไทย)

- ▶ กรณีศึกษาการสวมสิทธิ์สัญชาติ (พ้อทิพย์): ตรวจสอบพบเคสที่ผิดปกติ ๑ รายที่อำเภอปากชม จังหวัดเลย มารดาเป็นชาวลาวตั้งครรภ์ครั้งที่ ๔ โดยตามจริงสามีเป็นชาวลาว แต่มีการจ้างวานชายไทยให้มาสวมสิทธิ์แอบอ้างเป็นบิดา เพื่อให้เด็กได้รับสัญชาติไทย ซึ่งหลังจากการตรวจสอบ นายทะเบียนได้ประกาศให้ผลการแจ้งเกิดนั้นเป็นโมฆะ

/ช่อง...

- ▶ ช่องโหว่ทางกฎหมายที่สำคัญ: ปัจจุบันกฎหมายไม่ได้บังคับให้มีการตรวจดีเอ็นเอ (DNA) เพื่อยืนยันสายสัมพันธ์ระหว่างบิดาและบุตรในทุกกรณีตั้งแต่ต้นทาง ทำให้เกิดช่องว่างในการแจ้งเกิดโดยระบุว่าบิดาเป็นคนไทยเพื่อขอสัญชาติไทยให้แก่เด็ก ประกอบกับการรับรองบิดาของเด็กในหลายโรงพยาบาลในปัจจุบันยังคงเป็นการรับรองข้อมูลเฉย ๆ โดยที่ไม่ได้มีการพิสูจน์ยืนยันตัวตนจริงอย่างเข้มงวด
- ▶ เงื่อนไขกฎหมายสัญชาติ: สิทธิในการได้รับสัญชาติไทยของเด็กที่เกิดจากการต่างชาตินิติไม่ได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติจากการเกิดในประเทศไทย แต่จะได้รับสิทธิก็ต่อเมื่อมีบิดาเป็นคนไทยและมีการจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมายเท่านั้น
- ▶ ขั้นตอนและการดำเนินคดีหากตรวจพบการทุจริต:
 - ตามปกติเมื่อเด็กคลอด โรงพยาบาลจะออกหนังสือรับรองการเกิด (ท.ร. ๑/๑) เพื่อให้บิดามารดานำไปยื่นแจ้งเกิดร่วมกับพาสปอร์ตหรือหลักฐานการได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศ เพื่อออกสูติบัตร
 - หากตรวจสอบพบว่ามี การทำ “คลอดทึบ” หรือสวมสิทธิ์บิดาไทย จะมีการประสานเพิกถอนสูติบัตร ตรวจสอบ DNA และดำเนินคดีทางอาญากับทั้งนายหน้า มารดาต่างชาติ และผู้รับจ้างเซ็นรับรอง รวมถึงหากมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเข้าไปเกี่ยวข้องจะถูกดำเนินคดีทั้งทางวินัยและอาญา

๕) ข้อเสนอแนะและช่องโหว่เชิงนโยบาย

- ▶ ช่องโหว่ด้านการพิสูจน์ตัวตน: ปัจจุบันยังขาดการบังคับตรวจ DNA ตั้งแต่ต้นทางในทุกกรณีที่มีการระบุว่าบิดาเป็นคนไทย การใช้เพียงการรับรองตัวตนโดยไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ยืนยัน ทำให้เกิดช่องว่างในการสวมสิทธิ์สัญชาติ
- ▶ นโยบายการบริการ: ปัจจุบันยังไม่พบแนวทาง “One Stop Service” สำหรับการคลอดของชาวต่างชาติที่ชัดเจน
- ▶ ข้อเสนอเชิงบริหาร:
 - ให้ทุกโรงพยาบาลและจังหวัดเพิ่มความระมัดระวังและเฝ้าระวังสิ่งผิดปกติในการรับรองบุตร
 - จัดทำฐานข้อมูล : การเข้าไปตรวจสอบสิทธิ์การออกบัตรประชาชนไทยอย่างละเอียดนั้นเกินอำนาจหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ขอให้โรงพยาบาลเก็บข้อมูลผู้รับบริการเหล่านี้ไว้เป็นฐานข้อมูลอ้างอิงหากหน่วยงานภายนอกเข้ามาขอตรวจสอบ
 - พิจารณาลักษณะนโยบายการใช้ผลตรวจ DNA เป็นเงื่อนไขในการแก้ไขปัญหาการสวมสิทธิ์ในอนาคต
- ▶ ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้ ผู้บริหารและโรงพยาบาลในสังกัดเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการ
 - จัดเก็บฐานข้อมูลของกลุ่มมารดาต่างชาติและผู้มารับรองความเป็นบิดาเอาไว้เป็นระบบ เพื่อให้มีข้อมูลพร้อมรายงานและรองรับการตรวจสอบ หากมีหน่วยงานภายนอกเข้ามาขอตรวจสอบย้อนหลัง เนื่องจากข้อจำกัดด้านอำนาจหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่สามารถเข้าไปตรวจสอบสิทธิ์ถึงขั้นตอนการออกบัตรประจำตัวประชาชนได้
 - กำชับและแจ้งเตือนเจ้าหน้าที่หน้างาน (โดยเฉพาะแผนกห้องคลอดและงานทะเบียน) ให้เพิ่มความระมัดระวังและเฝ้าระวังความผิดปกติในกระบวนการรับรองบิดา เพื่อป้องกันปัญหาการสวมสิทธิ์แจ้งเกิดของชาวต่างชาติ เนื่องจากขั้นตอนการรับรองความเป็นบิดาในสถานพยาบาลปัจจุบันยังเป็นเพียงการเขียนรับรองตามที่แจ้ง โดยยังไม่มีระบบการพิสูจน์ยืนยันตัวตนจริงของตัวบิดาขณะเข้ามารับรอง

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๕ การศึกษาความเป็นไปได้ในการการปรับใช้วัคซีน PCV ของเด็ก เพื่อใช้สำหรับฉีดในผู้ใหญ่

โดย นายบุญเทียน อาสารินทร์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำวัคซีนชนิด Conjugate (PCV) ที่เดิมใช้ในเด็กมาปรับใช้ในกลุ่มผู้ใหญ่ ผลการตรวจสอบพบว่าวัคซีน PCV ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในประเทศไทย มีเพียง ๓ ชนิด ได้แก่ PCV ๑๓, PCV ๑๕ และ PCV ๒๐ เท่านั้นที่มีข้อบ่งชี้ให้ใช้ได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยใช้ขนาดโดสเท่ากันที่ ๐.๕ มิลลิลิตร สำหรับวัคซีน PCV ๑๐ ที่มีการหารือก่อนหน้านี้ ยังไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ให้ใช้ในกลุ่มผู้ใหญ่ได้ในขณะนี้

๑) การจำแนกประเภทวัคซีนนิวโมคอกคัส

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน วัคซีนที่ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อนิวโมคอกคัสสามารถแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มหลักตามโครงสร้างและคุณสมบัติทางเภสัชกรรม ดังนี้

ประเภทวัคซีน	ชื่อย่อ	รายละเอียดและกลุ่มเป้าหมาย
Polysaccharide Vaccine	PPSV	ครอบคลุม ๒๓ สายพันธุ์ (PPSV ๒๓) ใช้สำหรับผู้ใหญ่เป็นหลัก ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี เนื่องจากมีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันไม่ดี
Conjugate Vaccine	PCV	มีหลายสูตร เช่น PCV ๑๐, ๑๓, ๑๔, ๑๕, ๒๐ ส่วนใหญ่ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ในเด็ก แต่บางชนิดมีข้อบ่งชี้ขยายไปยังกลุ่มผู้ใหญ่

๒) สถานการณ์ขึ้นทะเบียนและข้อบ่งชี้การใช้ในประเทศไทย

ปัจจุบันประเทศไทยมีการขึ้นทะเบียนวัคซีนนิวโมคอกคัสรวมประมาณ ๗-๘ ชนิด โดยส่วนใหญ่เป็นชนิด PCV อย่างไรก็ตาม การนำมาใช้ข้ามกลุ่มอายุ (จากเด็กสู่ผู้ใหญ่) จะต้องพิจารณาตามข้อบ่งชี้ที่ได้รับการอนุมัติอย่างเป็นทางการ ดังนี้

- ▶ วัคซีนที่ใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ : มีวัคซีนเพียง ๓ ชนิดที่ได้รับการยืนยันว่ามีข้อบ่งชี้ครอบคลุมทั้งสองกลุ่ม
 - PCV ๑๓
 - PCV ๑๕
 - PCV ๒๐
- ▶ ข้อกำหนดด้านขนาดการใช้ : สำหรับวัคซีนทั้ง ๓ ชนิดข้างต้น (PCV ๑๓, ๑๕, ๒๐) กำหนดให้ใช้ขนาดเดียวกันทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ คือ ๐.๕ มิลลิลิตร (หรือ ๐.๕ ซีซี) ต่อการฉีดหนึ่งครั้ง โดยไม่ต้องมีการเพิ่มหรือปรับลดปริมาณยาตามวัย

๓) แนวทางและเงื่อนไขการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์อายุและปัจจัยเสี่ยง

การพิจารณาฉีดวัคซีน PCV ต้องคำนึงถึงประวัติการได้รับวัคซีนเดิม สถานะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล โดยมีแนวทางตามคำแนะนำของ CDC ดังนี้

- ▶ กลุ่มเด็กและเยาวชน
 - เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี : เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการได้รับวัคซีน PCV
 - เด็กโต (อายุสูงสุดถึง ๑๘ ปี) : สามารถให้ได้หากมีปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย โดยการพิจารณาให้ PPSV ๒๓ ในเด็กช่วงอายุ ๒-๑๘ ปี จะต้องมีการประเมินเฉพาะเจาะจงรายบุคคล
 - ตารางการฉีดในเด็กเล็ก : มักฉีดสูงสุด ๔ โดส (ที่ช่วงอายุ ๒, ๔, ๖ และ ๑๒ เดือน)

▶ กลุ่มผู้ใหญ่

- อายุ ๑๙-๔๙ ปี : โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีน PCV ยกเว้นกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงทางการแพทย์ที่ชัดเจน
- อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป : สามารถพิจารณาให้วัคซีน PCV ได้ โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่เคยมีประวัติได้รับวัคซีนชนิดนี้มาก่อน
- ความต่อเนื่องของวัคซีน : ผู้ใหญ่ที่เคยได้รับ PCV ๑๓ หรือ ๑๕ มาแล้ว สามารถรับวัคซีน PPSV ๒๓ ต่อเนื่องได้ตามความเหมาะสม

๔) ข้อสรุปและข้อจำกัดที่สำคัญ

- ▶ ข้อจำกัดของ PCV ๑๐ : จากข้อมูลล่าสุด วัคซีน PCV ๑๐ ยังคงจำกัดการใช้เฉพาะในกลุ่มเด็กเท่านั้น และยังไม่มีข้อบ่งชี้ที่สามารถนำมาใช้ในผู้ใหญ่ได้
- ▶ เกณฑ์การตัดสินใจ : การนำวัคซีน PCV มาใช้ในผู้ใหญ่ต้องยึดถือข้อมูลการขึ้นทะเบียนของแต่ละยี่ห้อเป็นหลัก โดยพิจารณาจากเอกสารกำกับยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก่อนว่าสามารถให้ผู้ใหญ่ได้หรือไม่ เนื่องจากแต่ละชนิดมีรายละเอียดของสายพันธุ์และข้อบ่งชี้ที่แตกต่างกัน

มติที่ประชุม : รับทราบ

๓.๖ แนวทางการบริหารจัดการวัคซีน PCV เด็ก ของกรมควบคุมโรคและ สปสช.

โดย ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี)

แนวทางการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมค็อกคัส (PCV) ทั้งในกลุ่มเด็กและผู้ใหญ่ โดยมีสาระสำคัญคือ การเริ่มฉีดวัคซีน PCV ในเด็กทั่วประเทศในวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๙ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. ซึ่งจัดซื้อโดยโรงพยาบาลราชวิถี ส่วนในกลุ่มผู้ใหญ่ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มียกงบประมาณรองรับ จึงกำหนดให้เป็นวัคซีนทางเลือกที่ให้บริการในราคาต้นทุนเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึง พร้อมทั้งมีการผลักดันโครงการวิจัยเพื่อขอทุนสนับสนุนนวัตกรรมสำหรับการป้องกันโรคในผู้ใหญ่ในอนาคต

๑) การบริหารจัดการวัคซีน PCV ในกลุ่มเด็ก

การดำเนินการสำหรับกลุ่มเด็กมีความคืบหน้าชัดเจนทั้งในด้านงบประมาณ ระยะเวลา และกระบวนการจัดส่ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ▶ กำหนดการและขั้นตอนการดำเนินงาน
 - เป้าหมาย : เด็กที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป (จากการสำรวจฐานข้อมูลในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๘ มีเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการรับวัคซีนจำนวนประมาณ ๘๐,๐๐๐ กว่าคน)
 - การเริ่มให้บริการ : กำหนดเริ่มฉีดวัคซีนในวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๙
 - แผนการจัดส่งวัคซีน
 - เดือน กันยายน ๒๕๖๙ : องค์การเภสัชกรรม ตรวจสอบข้อมูลสต็อกวัคซีน IPV เดิมของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการส่งมอบวัคซีน PCV
 - เดือน ตุลาคม ๒๕๖๙ : กรมควบคุมโรค จะประสานงานจัดส่งวัคซีนล็อตแรกไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ พร้อมทั้งร่วมกับ สปสช. ส่วนกลางจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้แก่หน่วยบริการทั่วประเทศ
 - เดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๙ : เริ่มให้บริการฉีดวัคซีนแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นทางการ (คาดการณ์เริ่มวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๙)
 - เดือน มีนาคม - เมษายน ๒๕๗๐ : กำหนดส่งมอบวัคซีนล็อตที่ ๒

/งบประมาณ...

- ▶ งบประมาณและความยั่งยืนของโครงการ
 - วัคซีน PCV ได้รับการบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. แล้ว
 - สำหรับการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เป็นต้นไป สปสช. จะคำนวณงบประมาณผ่านมติบอร์ด และมอบหมายให้โรงพยาบาลราชวิถีดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่ต้องทำเรื่องขออนุมัติงบประมาณใหม่ทุกปี

๒) การบริหารจัดการวัคซีน PCV ในกลุ่มผู้ใหญ่

สำหรับกลุ่มผู้ใหญ่ สถานะปัจจุบันยังอยู่ในช่วงการบริหารจัดการภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ โดยมีแนวทางดำเนินการดังนี้

- ▶ จัดทำเป็น "วัคซีนทางเลือกราคาทุน" : ตกลงร่วมกันให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งเปิดโอเพนบริการและจัดหาวัคซีนนี้ไว้บริการประชาชนในรูปแบบ "วัคซีนทางเลือก" โดยคิดค่าบริการในราคาต้นทุน ไม่คิดกำไรเพิ่ม เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงวัคซีนสำหรับประชาชนทั่วไป

๓) สถานะเชิงกฎหมายและชุดสิทธิประโยชน์

- ▶ ระเบียบรองรับพร้อมปฏิบัติ : วัคซีน PCV สำหรับเด็กได้รับการบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. อย่างเป็นทางการแล้ว
- ▶ ผ่านการทำประชาพิจารณ์ : มีการออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การสร้างภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งผ่านขั้นตอนการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนและผู้เกี่ยวข้องในช่วงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม – ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๙ เรียบร้อยแล้ว จึงถือว่ามีความพร้อมในแนวปฏิบัติทางกฎหมายโดยไม่มีข้อติดขัด

▶ ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทั้ง ๗ จังหวัด ติดตามกระบวนการดำเนินงานเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวัคซีน PCV ในเด็ก โดยเฉพาะเรื่องการเริ่มติดตามกลุ่มเป้าหมายและการรับจัดสรรวัคซีนตามขั้นตอน
- ๒) โรงพยาบาลทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘
 - ดำเนินการตรวจสอบและยืนยันยอดสต็อกวัคซีน IPD/IPVE เดิมที่แต่ละโรงพยาบาลเคยได้รับและฉีดไป ส่งกลับไปยังองค์การเภสัชกรรมเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ตั้งต้น ในการนำส่งและจัดสรรวัคซีน PCV
 - เข้าร่วมการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน สำหรับหน่วยบริการทั่วประเทศ

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๗ รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาระบบบริการ Sepsis

โดย แพทย์หญิงปัทมาพร คำใจ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ประธาน Service Plan สาขา Sepsis)

เขตสุขภาพที่ ๘ กำลังเร่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนผ่านจากระบบการทำงานแบบเดิม สู่ระบบดิจิทัล ภายใต้แนวคิด “One Region One Platform” หัวใจสำคัญของความก้าวหน้าครั้งนี้คือการใช้ SOS Score เป็นภาษามาตรฐานกลางในการสื่อสารเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดตั้ง Sepsis Center เพื่อให้ทีมอายุรแพทย์และผู้บริหารร่วมกำกับการรักษาภายในกรอบเวลาวิกฤต ๖๐ นาที (๑-Hour Bundle) นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำข้อเสนอโครงการเพื่อขอรับรองประมาณ PPA จาก สปสช. เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการคัดกรองความเสี่ยงในระดับชุมชน โดยมีเป้าหมายสูงสุดในการเป็นต้นแบบ ระดับประเทศเพื่อความปลอดภัยของประชาชน

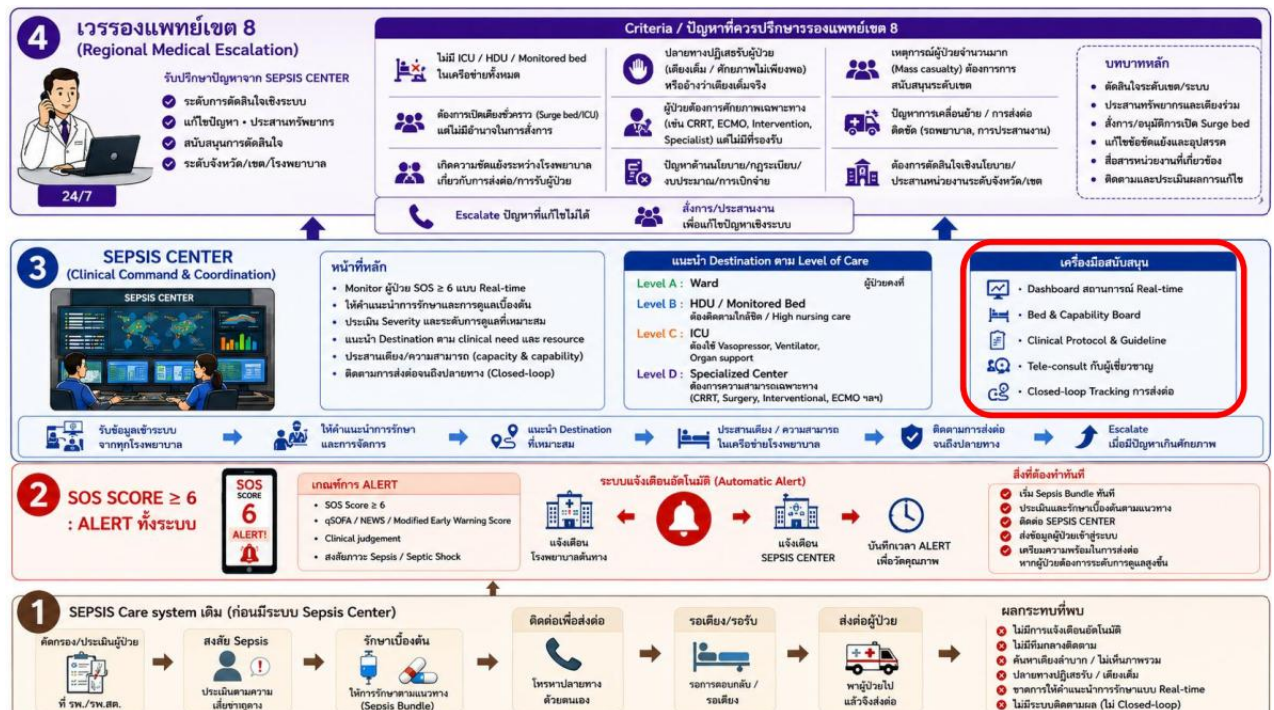
๑) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและภาษากลางเพื่อส่งสัญญาณเตือนให้แก่ทีมแพทย์และพยาบาล

เพื่อให้การทำงานของทีมงานในแต่ละพื้นที่สอดคล้องประสานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เขตสุขภาพที่ ๘ ได้กำหนดแนวทางการพัฒนา ดังนี้

- ▶ การใช้เป็นภาษากลางในการสื่อสาร : เลือกใช้ SOS Score เป็นภาษากลางเพื่อส่งสัญญาณเตือนให้แก่ทีมแพทย์และพยาบาล เนื่องจากใช้งานง่าย โดยเป็นการดึงข้อมูลมาจากสัญญาณชีพ เป็นหลัก เพื่อให้ทีมสามารถรับรู้ได้ทันทีว่ามีคนขออาการหนักรักษาตัวอยู่ ณ จุดใดบ้าง
- ▶ การเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัล (Digital Alert) : ปรับปรุงระบบจากเดิมที่เป็นการประเมินแบบจดบันทึกด้วยมือให้เป็นระบบดิจิทัล เพื่อให้สามารถแจ้งเตือนทีมแพทย์และพยาบาลได้ทันทีเมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายวิกฤต
- ▶ เป้าหมายการรักษา : มุ่งเน้นการปฏิบัติตามมาตรฐาน ๑-Hour Bundle (เช่น การให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะ) ภายใน ๖๐ นาที หลังจากได้รับการแจ้งเตือน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

๒) โครงสร้างการบริหารจัดการ: Sepsis Center

การดำเนินงานได้กำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนผ่านโครงสร้าง Sepsis Center เพื่อแก้ไขปัญหาคอขวดในระบบการส่งต่อและการจัดการเตียง



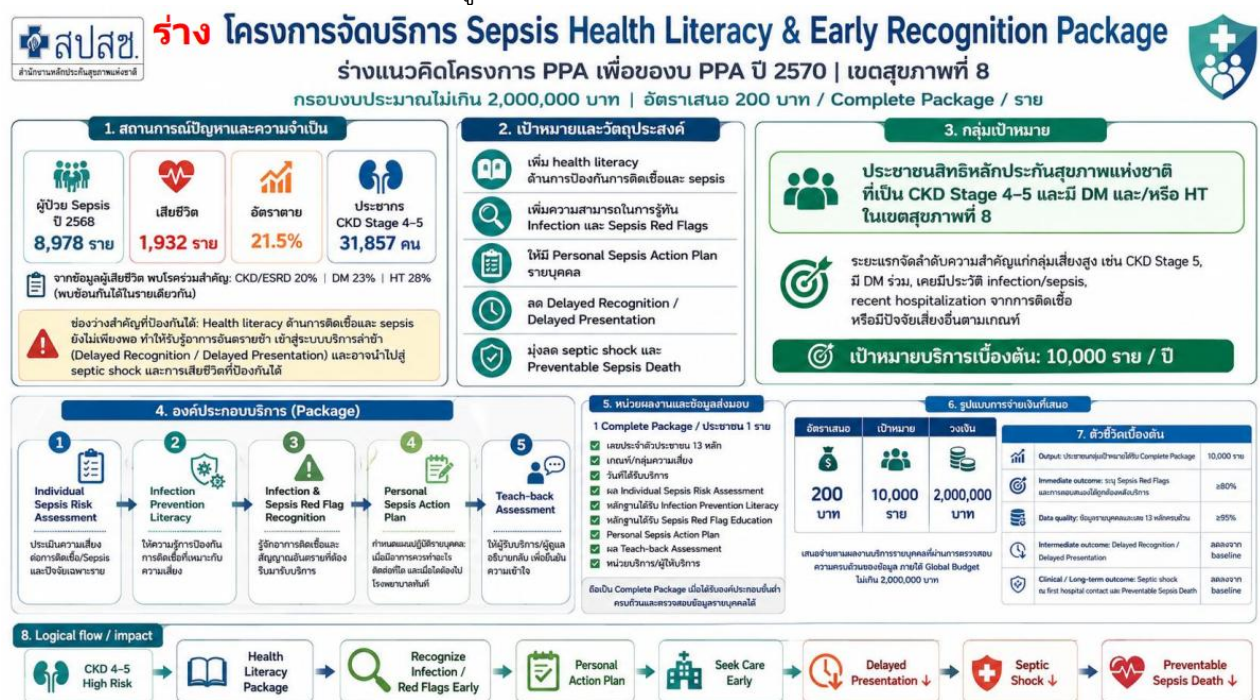
/บทบาท...

▶ บทบาทหน้าที่

- บทบาทของอายุรแพทย์ : เมื่อระบบ SOS Score ทำการ Alert จะมีอายุรแพทย์ประจำศูนย์ Sepsis Center ทำหน้าที่คอยมอนิเตอร์ภาพรวมการรักษาทั้งเขต หากพบว่าผู้ป่วยติดขัดในกระบวนการรักษา ๖๐ นาทีแรก หรือมีอาการรุนแรงจนจำเป็นต้องส่งต่อ อายุรแพทย์จะเข้ามาช่วยเหลือประสานงานส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการรักษาที่ล่าช้า
- บทบาทผู้บริหาร (รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล) : ในกรณีที่เกิดปัญหาข้อขัดแย้งเชิงการจัดการระหว่างโรงพยาบาล หรือมีอุปสรรคเชิงบริหารที่อายุรแพทย์ไม่มีอำนาจการตัดสินใจเด็ดขาด เช่น กรณีหอผู้ป่วย ICU เต็มและรับผู้ป่วยเพิ่มไม่ได้ ทีมรองแพทย์เขต ๘ จะเข้าไปเจรจาประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลเพื่อขออนุมัติเปิดเตียงเสริมเป็นการชั่วคราว เพื่อช่วยรองรับและรักษาคนไข้วิกฤตในระหว่างที่กระบวนการบริหารจัดการเตียงหลักกำลังดำเนินการอยู่
- ทีม IT เขตสุขภาพที่ ๘ พัฒนา Platform ร่วมกันภายใต้หลักการ “One Region One Platform” เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการ Alert SOS Score ระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัด (นำร่องที่อุดรธานี) และระดับเขต

๓) การขอรับงบประมาณสนับสนุน (PPA และงบประมาณอื่นๆ)

ทางทีม Service Plan ได้เสนอโครงการเพื่อขอรับงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PPA) จาก สปสช. เขต ๘ โดยเน้นบริการที่ถึงตัวผู้ป่วยตามเลขบัตรประชาชน ๑๓ หลัก



▶ โครงการที่ Sepsis Health Literacy and Early Recognition Package

- วัตถุประสงค์: สร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชนทราบถึงความเสี่ยงและอาการของ Sepsis รวมถึง การเข้าถึงระบบบริการ
- รูปแบบ: จัดทำเป็น Individual Sepsis Care Plan
- งบประมาณ: ประมาณ ๒ ล้านบาท (ต้นทุนต่อ Package ประมาณ ๒๐๐ บาท) โดยจะเริ่มนำร่อง ที่จังหวัดอุดรธานี

/หมายเหตุ...

- หมายเหตุจาก สปสช.: การใช้งบ PPA ต้องเป็นการจัดบริการโดยตรงแก่ผู้ป่วย ไม่สามารถใช้กับการอบรมหรือซื้อครุภัณฑ์เพียงอย่างเดียวได้ เว้นแต่เครื่องมือชิ้นนั้นจำเป็นต่อการจัดบริการ หากโครงการใดไม่เข้าเงื่อนไข PPA อาจพิจารณาใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) แทน

๔) วิสัยทัศน์และความร่วมมือในอนาคต

การขับเคลื่อนเรื่อง Sepsis ถือเป็นหนึ่งในสี่ประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญของเขตสุขภาพที่ ๘ (ร่วมกับ TB, NCD และยาเสพติด/จิตเวช) โดยมีประเด็นสรุปดังนี้

- ▶ ความเป็นต้นแบบ : หากระบบ SOS Score และ Sepsis Center ดำเนินการสำเร็จ เขตสุขภาพที่ ๘ จะกลายเป็นต้นแบบ ให้กับประเทศในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ▶ ความต่อเนื่อง : มีการติดตามความก้าวหน้าของระบบไอทีและการดำเนินงานทุก ๑-๒ สัปดาห์ เพื่อให้พร้อมนำเสนอรายละเอียดโครงการที่สมบูรณ์ในเดือนกันยายน
- ▶ บูรณาการข้อมูล : ทีมดิจิทัลเขตกำลังรวมแพลตฟอร์มต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้การจัดการข้อมูลสุขภาพเป็นไปในทิศทางเดียวทั้งเขตสุขภาพ (One Region One Platform)
- ▶ ประสานในที่ประชุม มอบหมายให้
 - ๑) คณะทำงาน / ทุกหน่วยงานที่ต้องการยื่นเสนอขอรับงบ PPA ประสานและปรึกษากับ สปสช. เขต ๘ ก่อนการจัดส่งเอกสารโครงการ เพื่อช่วยปรับปรุงเนื้อหาโครงสร้างบริการให้ถูกต้อง สอดคล้องตามระเบียบหลักเกณฑ์ และไม่ผิดระเบียบ
 - ๒) ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานของทุกจังหวัดในเขต ๘ ขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะ Sepsis ในพื้นที่ของตนเองอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นประเด็นปัญหาสำคัญอันดับต้น ๆ ของเขตสุขภาพ

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๘ การดำเนินการวิจัยวัคซีน IPD ที่คาดว่าจะฉีดในกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis และแหล่งเงินทุนในการทำวิจัย

โดย ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี)

- ▶ ในโอกาสที่รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เดินทางมาติดตามการดำเนินงานด้านนวัตกรรมของ สปสช. ที่จังหวัดอุดรธานี ทางทีมงานได้นำเรียนปรึกษา ร่วมกับประธานกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมโดยตรง เกี่ยวกับโอกาสในการหาทุนวิจัยสำหรับวัคซีนนิวโมคอคคัสและได้รับแจ้งข้อมูลว่า เบื้องต้นกระทรวง อว. ไม่ได้มีการตั้งงบประมาณรองรับประเด็นนี้ไว้ในปีงบประมาณ ๒๕๗๐ ในอีกทางหนึ่ง ทีมงานได้ลองพูดคุยสอบถามเพิ่มเติมกับทางบริษัทเอกชนที่เป็นผู้ร่วมผลิตนวัตกรรมวัคซีนร่วมกับ สปสช. (ซึ่งเป็นวัคซีนที่ใช้ในหญิงตั้งครรภ์) เพื่อดูความสนใจในการทำวิจัยร่วมกันเกี่ยวกับ Pneumococcal Vaccine ทว่าทางบริษัทแจ้งว่า ยังไม่มีเป้าหมายที่จะขยายงานวิจัยเพิ่มเติมในส่วนของ Pneumococcal Vaccine ในขณะนี้

/แนวทาง...

- ▶ แนวทางการดำเนินการเสนอขอทุน : ประธานกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้ให้คำแนะนำว่า ให้ทางเขตสุขภาพที่ ๘ จัดทำรายละเอียดและร่างโครงการเสนอไปให้พิจารณา ก่อน เพื่อที่จะช่วยตรวจสอบและพิจารณาหาช่องทางสนับสนุนงบประมาณช่วยเหลือในส่วนนี้ให้ต่อไป
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ คณะกรรมการ Service Plan Sepsis เขตสุขภาพ จัดทำร่างข้อเสนอโครงการเพื่อขอรับทุนวิจัยพัฒนานวัตกรรม เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอกคัส (IPD) ในผู้ใหญ่ โดยดำเนินการจัดทำร่างและนำเสนอเรื่องผ่านคณะกรรมการ Service Plan เขตสุขภาพ เสนอต่อผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อพิจารณาเห็นชอบและลงนาม ก่อนทำการยื่นขอทุนสนับสนุนไปยังกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ต่อไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๙ รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งปอด ในเขตสุขภาพที่ ๘

โดย ประธาน Service Plan สาขามะเร็ง (นายแพทย์สมศักดิ์ ประภูณวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร) เขตสุขภาพที่ ๘ กำลังเผชิญกับความท้าทายสำคัญในการจัดการโรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด แม้ว่าระบบการเข้าถึงบริการรักษา (ผ่าตัด เคมีบำบัด และฉายแสง) จะอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังมีปัญหาด้านการบันทึกข้อมูลการคัดกรองในบางพื้นที่ เช่น สกลนคร เลย และหนองบัวลำภู ประเด็นที่สำคัญที่สุดคือการยกระดับการคัดกรองมะเร็งปอด ซึ่งปัจจุบันใช้เพียงการทำเอกซเรย์ปอด ที่มีประสิทธิภาพต่ำในการตรวจพบก้อนขนาดเล็ก จึงมีความพยายามที่จะนำเทคโนโลยี Low-dose CT (LDCT) มาใช้โดยการต่อรองราคาเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากการตรวจพบในระยะเริ่มต้น

๑) สถานการณ์โรคมะเร็งในปัจจุบัน



- ▶ ๕ อันดับแรกที่พบมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๘ : ได้แก่ (๑) มะเร็งเต้านม (๒) มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (๓) มะเร็งตับและท่อน้ำดี (๔) มะเร็งปอด และ (๕) มะเร็งปากมดลูก

/ความ...

- ▶ ความแตกต่างในแต่ละจังหวัด : จังหวัดอุดรธานีพบมะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก มะเร็งลำไส้ และมะเร็งตับและท่อน้ำดีในปริมาณสูง ขณะที่จังหวัดสกลนครพบมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยมะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้

๒) การประเมินผลตัวชี้วัด (KPI) และอุปสรรค

- ▶ ประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ การเข้าถึงบริการรักษาทำได้ดีตามเกณฑ์
 - การผ่าตัด : เข้าถึงได้ภายใน ๔ สัปดาห์
 - การฉายแสงและเคมีบำบัด : เข้าถึงได้ภายใน ๖ สัปดาห์
- ▶ ประเด็นปัญหาด้านการคัดกรอง
 - พบว่าจังหวัด สกลนคร เลย และหนองบัวลำภู ไม่ผ่านเกณฑ์ KPI เรื่องการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยมีสาเหตุหลัก คือ
 - การถ่ายโอนภารกิจ : รพ.สต. ออกไปนอกระบบสาธารณสุขเดิม ทำให้การคีย์ข้อมูลลงระบบส่วนกลางไม่ต่อเนื่อง
 - แรงจูงใจในการทำงาน : ปัญหาเรื่องการไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการคีย์ข้อมูล ส่งผลให้ข้อมูลเข้าสู่ระบบไม่ครบถ้วนตามความเป็นจริง

๓) วิเคราะห์สถานการณ์คัดกรองมะเร็งแต่ละประเภท

เขตสุขภาพที่ ๘ มีการดำเนินงานคัดกรองครอบคลุมเกือบทุกประเภท แต่มีประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน

- ▶ มะเร็งตับและท่อน้ำดี : มีระบบการคัดกรองที่ดีผ่านการทำอัลตราซาวด์ การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี การตรวจปัสสาวะเพื่อหาพยาธิใบไม้ในตับ และการตรวจอุจจาระ ซึ่งกระบวนการคัดกรองและวินิจฉัยทำได้ดี
- ▶ มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง : คัดกรองด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และการทำส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ทำให้ตรวจพบผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น (Early Stage) ได้มากขึ้น ช่วยยกระดับคุณภาพบริการดีขึ้นอย่างชัดเจน
- ▶ มะเร็งเต้านม : คัดกรองด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Self Exam) การตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการทำ Mammogram ทำให้พบผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นมากขึ้น
 - ประเด็นปัญหาด้าน KPI : การตรวจคัดกรองเต้านมในจังหวัดสกลนคร เลย และหนองบัวลำภู ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากปัญหา รพ.สต. ถ่ายโอนออกไปนอกระบบ ทำให้ขาดการบันทึกคีย์ข้อมูลเข้าระบบ และอาจเกี่ยวข้องกับการไม่ได้รับค่าตอบแทนด้วย ส่งผลให้ข้อมูลคัดกรองส่งเข้ามาไม่ครบถ้วน
- ▶ มะเร็งปากมดลูก : คัดกรองด้วยการตรวจหาเชื้อ HPV (HPV Test) และตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) รวมถึงการให้วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกลดลงอย่างมาก ในขณะที่มะเร็งเต้านมขึ้นมาเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง โดยคาดว่าจะการคัดกรองด้วย Colposcopy จะผ่านเกณฑ์เป้าหมายเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
- ▶ มะเร็งปอด (จุดวิกฤต) : ปัจจุบันทำเพียงการเอกซเรย์ปอด ซึ่งมักพบผู้ป่วยในระยะที่ ๓ หรือ ๔ แล้ว เนื่องจากเอกซเรย์ไม่สามารถตรวจพบก้อนเนื้อขนาดเล็กได้

/๔) ข้อเสนอ...

๔) ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ : การนำ Low-dose CT (LDCT) มาใช้

จากการถอดบทเรียนโครงการนำร่องในเขตสุขภาพที่ ๑ พบว่าการใช้ LDCT มีประสิทธิภาพสูงมากในการลดอัตราการเสียชีวิต

- ▶ ข้อมูลสนับสนุนจากโครงการนำร่อง
 - กลุ่มเป้าหมาย : ประชากรอายุมากกว่า ๕๕ ปีที่มีประวัติสูบบุหรี่จัด
 - ผลลัพธ์ : จากกลุ่มตัวอย่าง ๔,๔๗๘ ราย พบมะเร็งปอด ๕๓ ราย (๑.๒%) และในจำนวนที่พบนี้เป็น ระยะเริ่มต้นสูงถึง ๖๙.๘%
 - ประเภทที่พบส่วนใหญ่ : Adenocarcinoma
- ▶ ปัญหาและแนวทางการแก้ไขในเขตสุขภาพที่ ๘
 - ข้อจำกัดด้านงบประมาณ : ปัจจุบันทุกสิทธิการรักษายังไม่ครอบคลุมค่าตรวจ LDCT ซึ่งมีราคากลางอยู่ที่ประมาณ ๔,๐๐๐ บาท
 - กลยุทธ์การต่อรองราคา
 - ผู้บริหารเขตเสนอให้เจรจากับ Outsource ที่มีเครื่อง CT อยู่ในโรงพยาบาล ๑๑ แห่ง
 - แนวทางคือการขอให้คิดค่าบริการในรูปแบบ Marginal Revenue (คิดเฉพาะต้นทุนผันแปร ไม่คิดต้นทุนคงที่ในการลงทุนเครื่อง)
 - เป้าหมายคือการลดราคาลงเหลือประมาณ ๔๐๐ - ๖๐๐ บาทต่อเคส (เทียบเท่ากับที่โรงพยาบาลเชียงรายเคยทำได้ที่ ๖๐๐ บาท)
 - ความพร้อมด้านบุคลากร : โรงพยาบาลอุดรธานีได้ส่งแพทย์ไปฝึกอบรมด้าน Intervention Chest โดยเฉพาะ เพื่อรองรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่แม่นยำขึ้น

๕) แผนการดำเนินงานในอนาคต

- ▶ การผลักดันเชิงนโยบาย : ประสานงานกับ สปสช. และ HITAP เพื่อพิจารณาบรรจุการคัดกรองด้วย LDCT เข้าเป็นสิทธิประโยชน์ในอนาคต โดยใช้ข้อมูลวิจัยและโครงการนำร่องจากเขตสุขภาพที่ ๘ เป็นฐานข้อมูล
- ▶ ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้
 - ๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทั้ง ๑๑ แห่งในเขตสุขภาพ เสร็จจ่าต่อรองราคาค่าบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกแบบใช้ปริมาณรังสีต่ำ (Low-dose CT) กับ Outsource ของแต่ละโรงพยาบาล โดยให้เจรจาคิดเฉพาะต้นทุนแปรปรวน และตัดต้นทุนคงที่ในการลงทุนเครื่อง (Fixed Cost) ออก เพื่อเป้าหมายในการปรับลดราคาค่าตรวจลงให้เหลือประมาณ ๔๐๐ บาทต่อเคส
 - ๒) นายแพทย์สมศักดิ์ ประภูณวัตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร ดำเนินการดังนี้ แล้วนำเสนอในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป
 - ดำเนินการรวบรวมข้อมูลราคาที่ต่อรองได้ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้ง ๑๑ แห่งในเขตสุขภาพที่ ๘
 - รวบรวมข้อมูลเป้าหมายจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการคัดกรอง เพื่อนำมาคำนวณและประเมินกรอบงบประมาณที่ต้องใช้ทั้งหมด

/๓) นายแพทย์...

- ๓) นายแพทย์พันธ์ พันธุ์เศรษฐ์ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๘ อุดรธานี ประสานงานและขับเคลื่อนร่วมกับ สปสช. ส่วนกลาง เพื่อตรวจสอบแนวทางและความเป็นไปได้ ในการบรรจุการตรวจคัดกรอง Low-dose CT เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ หรือการดำเนินการร่วมกัน ในรูปแบบของโครงการนวัตกรรมหรือโครงการวิจัยเพื่อสนับสนุนการคัดกรองมะเร็งปอด

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๑๐ รายงานความก้าวหน้าการเชื่อมโยงระบบ R๘ Seamless Platform ร่วมกับ R๘ Virtual PCU เขตสุขภาพที่ ๘ โดย ประธาน CDO เขตสุขภาพที่ ๘ (ดร.นายแพทย์ภรต ทรุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ)

แนวทางการพัฒนาและบูรณาการระบบดิจิทัลของเขตสุขภาพที่ ๘ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการสร้าง Command Center สำหรับผู้บริหาร เพื่อใช้ข้อมูลแบบ Real-time ในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ ภายใต้แนวคิด One Region One Platform การดำเนินงานมุ่งเน้นไปที่การรวมศูนย์ระบบหลัก ๓ ส่วน ได้แก่ R๘ ERP, R๘ Simulate Platform และ R๘ Virtual Hospital นอกจากนี้ ยังมีการจัดกิจกรรมแบ่งปันและบูรณาการ นวัตกรรมดิจิทัลจากทุกจังหวัดในเขตพื้นที่ เพื่อเปลี่ยนผ่านจากการพัฒนาแบบแยกส่วนไปสู่ระบบบูรณาการ ระดับเขตที่สนับสนุนการบริหารจัดการและการบริการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

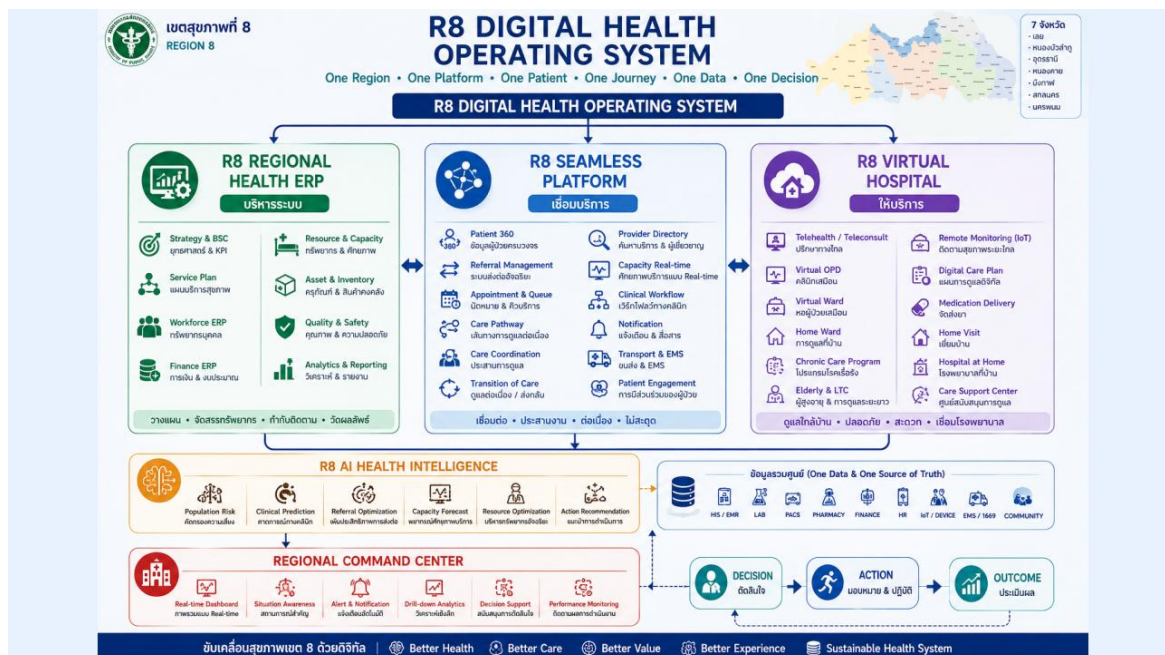
๑) วิสัยทัศน์และเป้าหมายหลัก: One Region One Platform

เขตสุขภาพที่ ๘ กำลังดำเนินการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลเพื่อยกระดับการบริหารจัดการสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายที่สำคัญดังนี้

- ▶ Command Center : จัดตั้งศูนย์บัญชาการที่รวบรวมข้อมูลสำคัญ เพื่อให้ผู้บริหารเขตสามารถเข้าถึงข้อมูล สถานะปัจจุบันและตัดสินใจได้อย่างแม่นยำ
- ▶ การบูรณาการระบบ : เชื่อมโยงแพลตฟอร์มต่างๆ เข้าด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว เพื่อให้ทุกหน่วยงานในภูมิภาค ใช้มาตรฐานและระบบเดียวกัน
- ▶ การตัดสินใจด้วยข้อมูล : เปลี่ยนรูปแบบการทำงานจากการใช้สัญชาตญาณหรือข้อมูลย้อนหลัง เป็นการ ใช้ข้อมูลเรียลไทม์

๒) เสาหลักของระบบดิจิทัลเขตสุขภาพที่ ๘

การพัฒนาแบ่งออกเป็น ๓ ส่วนหลัก ดังนี้



๒.๑) R8 Simulate Platform

เป้าหมายคือการสร้างระบบบริการทางการแพทย์ที่ทำงานคล้ายคลึงกับแอปพลิเคชันบริการขนส่ง เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับประชาชน

- ระบบส่งต่อผู้ป่วย : เชื่อมต่อกับระบบ GIS ของรถรีเฟอร์ เพื่อติดตามตำแหน่งแบบเรียลไทม์
- การดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ : สามารถมอนิเตอร์สัญญาณชีพของผู้ป่วยในรถและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญได้ทันที
- การเตรียมความพร้อมปลายทาง : โรงพยาบาลปลายทางเห็นสถานะรถและอาการผู้ป่วย ทำให้สามารถเตรียมห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และสำรองเลือดได้ทันทั่วทั้ง
- กำหนดการ : คาดว่าจะเริ่ม Kick off ได้ภายในต้นปีงบประมาณหน้า

๒.๒) R8 Virtual Hospital

เป็นการขยายผลจากโมเดลความสำเร็จเดิม

- ต้นแบบ : ใช้โมเดล Virtual Heart Failure ของศูนย์อู่ธรรณีและเครือข่ายเป็นบรรทัดฐาน
- การเผยแพร่ : จะมีการนำเสนอโมเดลนี้ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ณ จังหวัดขอนแก่น (ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กันยายน ๒๕๖๙)

๒.๓) R8 ERP (Enterprise Resource Planning)

- การเชื่อมโยงข้อมูลโรงพยาบาล : รวมระบบการบริหารจัดการทรัพยากรที่แต่ละโรงพยาบาลมีอยู่แล้วเข้าด้วยกัน
- เป้าหมาย : ซิงค์ข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลเพื่อเป็นฐานข้อมูลกลางให้ผู้บริหารใช้ในการพิจารณาและตัดสินใจ

๓) การบูรณาการนวัตกรรมดิจิทัลระดับจังหวัด (ระหว่างวันที่ ๗ - ๙ กันยายน ๒๕๖๙)

เขตสุขภาพที่ ๘ กำหนดจัดงานแบ่งปันและรวบรวมดิจิทัลแพลตฟอร์มที่พัฒนาขึ้นโดยจังหวัดต่างๆ เพื่อนำมาจัดกลุ่มและบูรณาการเป็นระบบเขต โดยแบ่งหมวดหมู่การพัฒนาดังนี้

หมวดหมู่ (Grouping)	รายละเอียดเบื้องต้น
Front Office & Back Office	ระบบบริหารจัดการส่วนหน้าและส่วนสนับสนุนการทำงาน
Clinical Information System	ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารทางคลินิก
Data Analytic & Dashboard	ระบบวิเคราะห์ข้อมูลและการแสดงผลเพื่อการบริหาร
Health Data Integration	การเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสุขภาพ
AI & Digital Innovation	การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์และนวัตกรรมดิจิทัลใหม่ๆ
Cyber Security & PDPA	ระบบความปลอดภัยทางไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
Digital Service Plan Support	ระบบดิจิทัลที่สนับสนุนงานตาม Service Plan ต่างๆ

๔) แนวทางการบริหารจัดการและการนำร่องระบบ

นอกเหนือจากการพัฒนาทางเทคนิค ที่ประชุมได้เน้นย้ำถึงการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารจัดการเพื่อให้เทคโนโลยีถูกนำไปใช้อย่างเกิดประโยชน์สูงสุด

- ▶ บทบาทของรพท : มีข้อเสนอให้รพททั้งเขตเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะ Admin เพื่อกำกับดูแลและแก้ปัญหาในระบบดิจิทัล
- ▶ การเชื่อมโยงระบบ Analog และ Digital : นำบทเรียนจากระบบการแก้ปัญหาการส่งต่อคนไข้แบบเดิม (เช่น กรณีจิตเวชที่จังหวัดบึงกาฬ) มาพัฒนาระบบการดิจิทัลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ▶ โครงการนำร่อง : เตรียมพิจารณานำร่องระบบบริหารจัดการโดยรพทในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น
 - Sepsis (ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด)
 - Heart Failure (ภาวะหัวใจล้มเหลว)
- ▶ การนัดหารือโปรแกรมนำร่องระดับเขตสุขภาพ : ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ มีกำหนดพบปะกับทีมรพทของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๘ และทีมพัฒนาดิจิทัล ในวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๙ เพื่อวางแผนการเข้ามาเป็น Admin คู่มือ โดยจะนำร่องทดลองกับกลุ่มโรคที่มีความพร้อมก่อน เช่น Sepsis และ Heart Failure เพื่อให้สอดคล้องเป็นระบบเดียวกันทั่วทั้งเขตสุขภาพ

๕) กำหนดการสำคัญ

- ▶ วันที่ ๒ - ๔ กันยายน ๒๕๖๙ : นำเสนอโมเดล Virtual Hospital ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ที่จังหวัดขอนแก่น
- ▶ วันที่ ๗ - ๙ กันยายน ๒๕๖๙ : งานรวมพลัง Sharing Digital Platform ของทุกจังหวัดเพื่อบูรณาการเป็น One Region One Platform
- ▶ ต้นปีงบประมาณ ๒๕๗๐ : กำหนดการ Kick off ระบบ R๘ Simulate Platform เติมรูปแบบ
- ▶ **ประธานในที่ประชุม** มอบหมายให้ นายแพทย์สุรียันต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และทีมพัฒนาดิจิทัล จัดประชุมหารือร่วมกับรพทของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อชี้แจงและจัดวางแนวทางการปฏิบัติงานในการเข้ามาเป็น "Admin" ร่วมคู่มือดิจิทัล โดยให้นำร่องในกลุ่มโรคที่มีความพร้อม ได้แก่ Sepsis และ Heart Failure เพื่อยกระดับระบบประสานงานและแก้ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นระบบเดียวกันทั่วทั้งเขตสุขภาพ ในวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๙

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๑๑ รายงานติดตามความก้าวหน้าการบริหารงบประมาณ และการจัดทำ TOR งบประมาณปี ๒๕๗๐

โดย ประธาน CSEO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย)

๑) สถานะการดำเนินงานงบประมาณ ปี ๒๕๖๙

ภาพรวมการจัดซื้อจัดจ้างหมวดครุภัณฑ์ดำเนินการเสร็จสิ้นครบถ้วนแล้ว คงเหลือส่วนของงานสิ่งก่อสร้าง ซึ่งแบ่งเป็นงบผูกพันเดิมและงบก่อสร้างใหม่ ๑๕ รายการ (ลงนามสัญญาไปแล้ว ๑๑ รายการ ยังไม่ลงนาม ๔ รายการ) ซึ่งต้องเร่งรัดอย่างใกล้ชิด โดยมีสถานะรายจังหวัดดังนี้

- ▶ จังหวัดหนองคาย : มี ๕ รายการ (งบผูกพัน ๒ รายการ)
 - อาคารผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องคลอด ห้องผ่าตัดและ ICU ขนาด ๑๐ ชั้น (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ) (งบผูกพัน) : คาดว่าจะส่งมอบงานได้ประมาณวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๙ ประเด็นนี้ต้องเร่งรัดอย่างมาก เนื่องจากหากดำเนินการไม่ทัน งบประมาณงวดสุดท้าย (งวดที่ ๑๙) จำนวน ๕๑ ล้านบาท จะถูกพับไป และโรงพยาบาลอาจต้องนำเงินบำรุงมาจ่ายสมทบเข้าคลังจังหวัดแทน มีแนวโน้มว่าจะทันเวลาเนื่องจากเหลือเพียงระบบเครื่องปรับอากาศ
 - ระบบบำบัดน้ำเสียแบบคลองวนเวียน ขนาด ๒๕๐ ลูกบาศก์เมตร/วัน (โรงพยาบาลโพนพิสัย) (งบเหลือจ่ายปี ๒๕๖๙) : มีกำหนดลงนามสัญญาในวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๙ เป็นไปตามแผน
- ▶ จังหวัดหนองบัวลำภู : มี ๒ รายการ
 - อาคารหอผู้ป่วยใน ๕ ชั้น ๑๑๔ เตียง (โรงพยาบาลศรีบุญเรือง) : รายการนี้มีความล่าช้าสะสมมานาน (ตั้งแต่ปี ๒๕๖๘) ปัจจุบันอยู่ระหว่างขอความเห็นชอบราคากลาง คาดว่าจะประกาศร่างและครบกำหนดประมาณวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๙
- ▶ จังหวัดสกลนคร : มี ๔ รายการ (งบผูกพัน ๓ รายการ)
 - อาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และบำบัดรักษา ๑๐ ชั้น (โรงพยาบาลสกลนคร) : อยู่ระหว่างรายงานผลการพิจารณาผู้ชนะ และกำหนดต้องประกาศผู้ชนะให้ได้ภายในสิ้นเดือนสิงหาคม ๒๕๖๙
- ▶ จังหวัดอุดรธานี : มี ๒ รายการ
 - อาคารผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน วินิจฉัยรักษา ๘ ชั้น (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง) : อยู่ในขั้นตอนส่งหนังสือรายงานผลประกวดราคาและขออนุมัติสิ่งจ้าง ซึ่งเป็นอำนาจของปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนงบผูกพันอีก ๑ รายการของจังหวัดยังคงมีความล่าช้าอยู่
- ▶ จังหวัดบึงกาฬ : มี ๒ รายการ (งบผูกพัน ๑ รายการ และงบก่อสร้างใหม่ระบบบำบัดน้ำเสีย ๑ รายการ)
- ▶ จังหวัดนครพนม : มี ๒ รายการ เป็นงบผูกพันทั้งคู่ ดำเนินการได้ตามแผนงาน
- ▶ จังหวัดเลย : มีงบผูกพัน ๑ รายการ ซึ่งล่าช้ากว่าแผนงานไปแล้ว ๗ งวดงาน ผู้บริหารต้องเร่งติดตามอย่างใกล้ชิด

๒) กรอบงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๗๐

ผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการวิสามัญสำหรับเขตสุขภาพที่ ๘ มีรายละเอียดงบประมาณรวมทั้งสิ้น ๑,๑๐๘ ล้านบาท จำแนกได้ดังนี้

- ▶ งบครุภัณฑ์ปีเดียว : ๓๖๘ ล้านบาท (๒๔๙ รายการ, ๓๒๙ หน่วย)
- ▶ งบก่อสร้างรายการผูกพันเดิม : ๖๖๐.๖ ล้านบาท (๑๘ รายการ)
- ▶ งบก่อสร้างผูกพันใหม่ : ๗๙.๓ ล้านบาท (๓ รายการ)

/รายละเอียด...

- ▶ รายละเอียดโครงการก่อสร้างผูกพันใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ มีการดำเนินโครงการสำคัญใน ๒ จังหวัด ดังนี้
 - จังหวัดสกลนคร
 - อาคารผู้ป่วยใน ๓๐ เตียง โรงพยาบาลนิคมน้ำอูน (งบประมาณปี ๒๕๗๐ จำนวน ๔.๖๗ ล้านบาท ราคาต่อหน่วย ๓๑.๑ ล้านบาท)
 - อาคารสนับสนุนบริการ ๕ ชั้น โรงพยาบาลพังโคน (งบประมาณปี ๒๕๗๐ จำนวน ๒๑.๙ ล้านบาท ราคาต่อหน่วย ๑๔๖ ล้านบาท)
 - จังหวัดหนองคาย
 - อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนพิสัย (งบประมาณปี ๒๕๗๐ จำนวน ๕๒.๗ ล้านบาท ราคาต่อหน่วย ๓๕๑ ล้านบาท)

๓) การจัดเตรียมและวางแผนงบประมาณปี ๒๕๗๐

เพื่อให้การบริหารงบประมาณเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ที่ประชุมได้กำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้

- ▶ การเตรียมการจัดซื้อจัดจ้าง
 - การแต่งตั้งคณะกรรมการ : โรงพยาบาลนิคมน้ำอูนและโรงพยาบาลพังโคนดำเนินการจัดทำร่างคำสั่งเรียบร้อยแล้ว ส่วนโรงพยาบาลโพนพิสัยอยู่ระหว่างขอรายชื่อจากกองแบบแผน
 - การจัดทำ TOR : กำชับให้จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดหนองคาย เร่งรัดการจัดทำร่าง TOR ให้เสร็จสิ้นโดยเร็วที่สุด
- ▶ ขั้นตอนทางกฎหมายและระเบียบพัสดุ
 - การประกาศผู้ชนะ : ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างไปจนถึงขั้น "ประกาศรายชื่อผู้ชนะการเสนอราคา" ได้ทันทีโดยไม่ต้องรอกฎหมายงบประมาณมีผลบังคับใช้
 - เงื่อนไขในสัญญา : ในการประกาศประกวดราคา ต้องระบุเงื่อนไขสำคัญ ๒ ประการอย่างชัดเจน
 - จะมีการลงนามในสัญญาต่อเมื่อได้รับจัดสรรงบประมาณแล้วเท่านั้น
 - สามารถยกเลิกการจัดซื้อจัดจ้างได้หากไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ
- ▶ สถานะการจัดซื้อจัดจ้างรายโครงการที่ต้องเร่งรัด (ปี ๒๕๖๙)
 - โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ (หนองคาย) : หากการก่อสร้างไม่เสร็จตามกำหนดและงบประมาณถูกพับ หน่วยงานอาจต้องใช้ "เงินบำรุง" ของโรงพยาบาลเพื่อจ่ายสมทบเข้าคลังจังหวัดแทน ซึ่งเป็นภาระทางการเงินที่ต้องหลีกเลี่ยง เน้นย้ำให้มีการติดตามงานที่เกินอำนาจผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งส่งไปยังกระทรวงอย่างใกล้ชิด เพื่อลดคอขวดในกระบวนการอนุมัติโหมดการสั่งจ้าง
- ▶ ความคืบหน้าและการเตรียมการรองรับปี ๒๕๗๐
 - โรงพยาบาลพังโคน และโรงพยาบาลนิคมน้ำอูน ดำเนินการยกร่างแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดขอบเขตงาน (TOR) เรียบร้อยแล้ว
 - โรงพยาบาลโพนพิสัย อยู่ระหว่างขอรายชื่อผู้แทนจากกองแบบแผนมาร่วมเป็นคณะกรรมการ เนื่องจากมูลค่าสิ่งก่อสร้างเกินอำนาจผู้ว่าราชการจังหวัด ทั้งนี้ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ ๘ ได้สั่งการให้ส่งหนังสือขอสนับสนุนรายชื่อจากกองแบบแผนและ สสจ. ให้ผ่าน Line ส่วนตัวเพื่อช่วยติดตามเร่งรัดให้อีกทางหนึ่ง
 - หน่วยงานที่ยังล่าช้าในการทำแผน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และโรงพยาบาลบ้านผือ ที่ยังอยู่ในขั้นตอนจัดทำแผนการดำเนินงาน ส่วนหนองคายอยู่ระหว่างจัดทำร่าง TOR

▶ แนวทางปฏิบัติและข้อสั่งการสำคัญ

- การเดินทางจัดซื้อจัดจ้างล่วงหน้า : ล่าสุดมีหนังสือจาก กบรส. อนุญาตให้ทุกหน่วยงานเริ่มกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างงบประมาณปี ๒๕๗๐ ล่วงหน้าจนถึงขั้นตอนประกาศตัวผู้ชนะได้ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ พ.ร.บ. งบประมาณมีผลบังคับใช้
- เงื่อนไขสำคัญในสัญญา : ท่านผู้ตรวจราชการกำกับให้ระบุเงื่อนไขในประกาศอย่างรัดกุมว่า "จะลงนามในสัญญาได้ก็ต่อเมื่อได้รับจัดสรรงบประมาณแล้วเท่านั้น และสามารถยกเลิกการจัดซื้อจัดจ้างได้หากไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ" โดยตั้งเป้าหมายให้ทุกโรงพยาบาลประกาศผู้ชนะให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๙ เพื่อเตรียมลงนามสัญญาได้ทันทีเมื่อเปิดปีงบประมาณใหม่

▶ ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

- ๑) ผู้บริหารจังหวัดสกลนคร และจังหวัดหนองคาย ส่งหนังสือขอสนับสนุนรายชื่อจากกองแบบแผน และ สบส. ๘ เข้ามาในแอปพลิเคชัน Line ส่วนตัวของท่านผู้ตรวจราชการโดยตรง เพื่อที่ท่านจะได้ช่วยประสานงานติดตามเร่งรัดกระบวนการให้ (สืบเนื่องจากโครงการของโรงพยาบาลโพนพิสัย อยู่ในขั้นตอนขอรายชื่อผู้แทนจากกองแบบแผนมาร่วมเป็นคณะกรรมการ เนื่องจากมูลค่าก่อสร้างอยู่ในอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัด)
- ๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (สสจ. อุดรธานี), โรงพยาบาลบ้านผือ และจังหวัดหนองคาย (ส่วนที่เหลือ) เร่งรัดการดำเนินงานเตรียมการงบประมาณปี ๒๕๗๐ ดังนี้
 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และโรงพยาบาลบ้านผือ : ให้เร่งรัดการจัดทำแผนการดำเนินงาน
 - โรงพยาบาลหนองคาย และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ : ให้เร่งรัดการจัดทำร่าง TOR ให้แล้วเสร็จ
- ๓) ทุกหน่วยงาน (ในเขตสุขภาพที่ ๘) ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างล่วงหน้า (งบประมาณปี ๒๕๗๐) ไปจนถึงขั้นตอนการประกาศรายชื่อผู้ชนะการเสนอราคา และให้ระมัดระวังในการตรวจสอบเงื่อนไขขณะประกาศให้รอบคอบว่า "จะลงนามในสัญญาได้ก็ต่อเมื่อได้รับจัดสรรงบประมาณแล้ว" และ "สามารถยกเลิกการจัดซื้อจัดจ้างได้หากไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ" ไม่เกินวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๙ เพื่อรอลงนามสัญญาอย่างเดียวเมื่อได้รับจัดสรรงบประมาณ

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

๓.๑๒ แผนพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ ตามรูปแบบ SAP ระยะ ๑๐ ปี และแผนพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่าย (node)

เขตสุขภาพที่ ๘

โดย ประธาน CSO เขตสุขภาพที่ ๘ (แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี)

▶ ประธานในที่ประชุม ให้นำเสนอวาระการประชุมนี้ ในการประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งถัดไป

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

๔.๑ รายงานความก้าวหน้าการบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ ๘

โดย ประธาน CHRO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์รวมพล เหล่าห้วน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย)

แนวทางการดำเนินงานด้านทรัพยากรบุคคล เกี่ยวกับการรับสมัครแพทย์เพื่อรับทุนต้นสังกัด เข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๗๐ รอบที่ ๓ ของเขตสุขภาพที่ ๘ ประเด็นสำคัญที่สุดคือการบริหารจัดการรอบเวลาการส่งข้อมูลรายชื่อแพทย์ผู้สมัคร เพื่อให้สอดคล้องกับกำหนดการของกระทรวงสาธารณสุข โดยขอความร่วมมือทุกหน่วยงานในสังกัด (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ดำเนินการสำรวจและรวบรวมรายชื่อผู้สมัคร ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน และมีความประสงค์ในการรับทุนอย่างชัดเจน ส่งให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ภายในวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๙ เพื่อรวบรวมเสนอผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาให้ความเห็นชอบ และส่งไปยัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วาระที่ 4.1 เรื่อง รายงานความก้าวหน้าการบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 8

การรับสมัครแพทย์เข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา 2570 รอบที่ 3

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จะดำเนินการรับสมัครแพทย์เข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน รอบที่ 3 ประจำปีการศึกษา 2570 โดยเขตสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนสาขา หรือต้นสังกัดได้ แบ่งเป็น 4 กรณี ดังนี้

1. โควตาว่าง
2. โควตาเพิ่มพิเศษตามนโยบาย 4 สาขา (สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว, สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน, แผนกเวชศาสตร์การแพทย์แผนภูมิ, แผนกเวชศาสตร์การแพทย์แผนภูมิ และแผนกเวชศาสตร์การแพทย์แผนภูมิ)
3. สาขาเดิมเปลี่ยนต้นสังกัด
4. ขอเพิ่มโควตา



เงื่อนไขการรับสมัครแพทย์ประจำบ้านฯ ประจำปีการศึกษา 2570 รอบที่ 3

ต้องมีแพทย์ประสงค์รับต้นสังกัดและมีคุณสมบัติเป็นไปตามประกาศรับสมัครฯ โดยให้เสนอเรื่องพร้อมเหตุผล ผ่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ทำหนังสือเสนอขอปลัดกระทรวงสาธารณสุข และการพิจารณาเป็นอำนาจของคณะกรรมการกำหนดแนวทาง หลักเกณฑ์ การจัดสรรโควตา และการลาศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ทั้งนี้ ผลการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ถือเป็นที่สุด

ขอความร่วมมือ SWF SWN. สว. ทุกแห่ง
ส่งข้อมูลแพทย์ผู้สมัครรับต้นสังกัดฯ ประจำปีการศึกษา 2570 รอบที่ 3
ตามแบบฟอร์มที่กำหนด



มายังสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์
r8waychro@gmail.com ภายในวันที่ 25 สิงหาคม 2569

กำหนดการรับสมัคร แพทย์ประจำบ้าน รอบที่ 3

ประจำปีการศึกษา 2570

- 7 - 11 กันยายน 2569
รับสมัคร กว www.cpirid.in.th
(สป. ไม่ประกาศโควตา แต่เปิดให้สมัครตามเงื่อนไข รอบที่ 3)
- 17 - 18 กันยายน 2569
ประชุมคณะกรรมการ (กระทรวง) พิจารณาการขออนุมัติรอบที่ 3
- 25 กันยายน 2569
สป. ประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกให้รับต้นสังกัด รอบที่ 3

2

มติที่ประชุม : รับทราบ และ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ สรุปผลการประเมินตามเกณฑ์ Hospital Healing Environmental เขตสุขภาพที่ ๘ และพิจารณาสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อการเยียวยาในหน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ ๘ โดย นายแพทย์กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรธานี

- ▶ ผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมิน Hospital Healing Environment เขตสุขภาพที่ ๘

ระเบียบวาระที่ 5.1			ผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมิน		
			Hospital Healing Environmental เขตสุขภาพที่ 8		
โดยคณะกรรมการคัดเลือกหน่วยบริการต้นด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาในหน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ 8					
A/A+/P+			S+		
ลำดับที่	หน่วยงาน	จังหวัด	ลำดับที่	หน่วยงาน	จังหวัด
1	โรงพยาบาลหนองคาย	หนองคาย	1	โรงพยาบาลเซกา	บึงกาฬ
2	โรงพยาบาลบึงกาฬ	บึงกาฬ	2	โรงพยาบาลศรีสงคราม	นครพนม
3	โรงพยาบาลวานรนิวาส	สกลนคร	3	โรงพยาบาลอากาศอำนวย	สกลนคร
4	โรงพยาบาลนครพนม	นครพนม	4	โรงพยาบาลหนองหาน	อุดรธานี
5	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	หนองบัวลำภู			
6	โรงพยาบาลอุดรธานี	อุดรธานี			
7	โรงพยาบาลเลย	เลย			
S					
ลำดับที่	หน่วยงาน	จังหวัด			
1	โรงพยาบาลวังเดลิมนพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	หนองบัวลำภู			
2	โรงพยาบาลบึงโขงหลง	บึงกาฬ			
3	โรงพยาบาลสระใคร	หนองคาย			
4	โรงพยาบาลปากชม	เลย			
5	โรงพยาบาลโซ่พิสัย	บึงกาฬ			
6	โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร	สกลนคร			
7	โรงพยาบาลสังคม	หนองคาย			
8	โรงพยาบาลนาด้วง	เลย			
9	โรงพยาบาลโพนสวรรค์	นครพนม			
10	โรงพยาบาลเอราวัณ	เลย			



มติที่ประชุม



เห็นชอบ



วันที่ประชุม

6 สิงหาคม 2569

- ▶ การสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อการเยียวยาในหน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ ๘ ให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐานปลอดภัย และเอื้อต่อสุขภาวะของผู้รับบริการบุคลากร และชุมชน โดยใช้งบประมาณจากเงินบำรุงสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จำนวน ๙๐๐,๐๐๐ บาท

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการตามวงเงินที่เสนอ

๕.๒ พิจารณาสัดส่วนวงเงินงบประมาณบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐

โดย นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนากรม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

- ▶ ผลการดำเนินงานและปัญหาที่พบในรอบปีที่ผ่านมา
จากการบริหารงบประมาณในปีที่ผ่านมา (งบรวม ๕๑๑ ล้านบาท) ด้วยสัดส่วนเดิม พบประเด็นปัญหาสำคัญ ดังนี้
 - การจัดสรรงบประมาณ : การจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการในสัดส่วนที่สูง (๖๕%) ทำให้แต่ละแห่งได้รับเงินจำนวนน้อยเกินไปจนนำไปจัดซื้ออุปกรณ์สำคัญหรือปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพได้
 - ข้อจำกัดในการใช้เงิน : หน่วยบริการบางแห่งได้รับงบประมาณแต่ไม่มีแผนการจัดซื้อที่จำเป็น หรือไม่สามารถดำเนินการปรับปรุงอาคารสถานที่ได้ตามต้องการ จนเกิดกรณีการต้องขอแลกเงินบำรุงกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- ▶ รายละเอียดร่างข้อเสนอการจัดสรรงบประมาณ ปี ๒๕๗๐

ร่าง จัดสรรงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน เขตสุขภาพที่ 8 (รวมถ่ายโอน)									
วงเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ปีงบประมาณ 2569 หน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ สปส.เขต 8 อุดรธานี									
จังหวัด	(1) ประชากร 1 เม.ย.68	(2) Adj.RW ผลงานบริการ (ค.ค.67 - มี.ค. 68)	(3) วงเงิน สัดส่วน OP	(4) วงเงิน สัดส่วน PP	(5) วงเงิน สัดส่วน IP	วงเงินงบค่าเสื่อม ปี 69 สป.สธ. (6) = (3)+(4)+(5)	วงเงินระดับเขต 15%	วงเงินระดับจังหวัด 20%	ระดับหน่วย บริการ 65 %
บึงกาฬ	319,872	21,192.7601	15,463,591.88	6,520,713.64	13,621,677.38	35,605,982.90	5,340,897.44	7,121,196.58	23,143,888.89
หนองบัวลำภู	375,674	23,312.7419	18,161,231.50	7,658,258.89	14,984,298.77	40,803,789.16	6,120,568.37	8,160,757.83	26,522,462.95
อุดรธานี	1,137,390	116,894.0868	54,984,915.25	23,186,132.24	75,133,844.25	153,304,891.74	22,995,733.76	30,660,978.35	99,648,179.63
เลย	495,449	42,667.4101	23,951,521.76	10,099,918.24	27,418,112.37	61,469,552.37	9,220,432.86	12,293,910.47	39,955,209.04
หนองคาย	371,185	39,427.2353	17,944,219.51	7,566,748.86	25,341,912.83	50,852,881.20	7,627,932.18	10,170,576.24	33,054,372.78
สกลนคร	833,150	87,503.2624	40,277,022.09	16,984,082.93	56,242,849.12	113,503,954.14	17,025,593.12	22,700,790.83	73,777,570.19
นครพนม	519,876	31,478.3891	25,132,397.69	10,597,872.11	20,232,780.35	55,963,050.15	8,394,457.52	11,192,610.03	36,375,982.60
รวม	4,052,596	362,475.8857	195,914,899.68	82,613,726.91	232,975,475.07	511,504,101.66	76,725,615.25	102,300,820.33	332,477,666.08

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี

เสนอคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา ร่างสัดส่วน 2570 ระดับเขต – จังหวัด – หน่วยบริการ

ปี	เสนอทางเลือก Model	สัดส่วน (%) เขต – จังหวัด – หน่วยบริการ
ร่าง 2570	1. สูตรเดิม เขต 8 2. สูตร เขต 1, เขต 5 3. สูตร เขต 9	15 – 20 – 65 20 – 30 – 50 25 – 25 – 50

เสนอคณะกรรมการบริหารเขตฯ เพื่อพิจารณา

- กั้นเงินปี 2570
- มอบกลุ่มงาน CIO ประสาน
สปสช. จัดทำวงเงินปี
พ.ศ. 2570 ต่อไป

- ▶ เหตุผลสนับสนุนการเลือกสัดส่วน
ที่ประชุมได้อภิปรายและสรุปเหตุผลความจำเป็นในการเลือกสัดส่วนนี้ ดังนี้
 - การรองรับการถ่ายโอนภารกิจ : ในปีหน้าจะมีการถ่ายโอนหน่วยงานมากขึ้น ทำให้ความจำเป็นในการคงงบประมาณไว้ที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) ลดลง จึงควรตัดงบส่วนนี้ไปเพิ่มให้ระดับจังหวัดเพื่อการบริหารจัดการที่มีความยืดหยุ่นกว่า
 - การแก้ปัญหาการกระจายงบประมาณที่ไม่คุ้มค่า : การรวมงบประมาณไว้ที่ระดับจังหวัด (เพิ่มเป็น ๓๐%) ช่วยให้จังหวัดสามารถพิจารณาจัดสรรเงินก้อนใหญ่เพื่อสนับสนุนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปภายในจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

/บทบาท...

- บทบาทเชิงยุทธศาสตร์ของระดับเขต : การเพิ่มสัดส่วนให้ระดับเขตเป็น ๒๐% จะช่วยให้เขตสามารถมองภาพรวมในการเพิ่ม “ระบบบริการ” และสนับสนุนงบลงทุนในลักษณะการปรับปรุงอาคารสถานที่ขนาดใหญ่ เช่น การทุบตึกเก่าเพื่อสร้างใหม่ ซึ่งไม่สามารถทำได้หากงบประมาณถูกกระจายออกไปเป็นส่วนเล็กๆ
- ความเหมาะสมกับจำนวนหน่วยบริการ : เนื่องจากในเขตพื้นที่นี้มีหน่วยบริการจำนวนมาก การใช้ร่างที่ ๒ จึงมีความสมดุลที่สุดในการบริหารจัดการเพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าหรือการใช้งบประมาณที่ไม่ตรงจุด

▶ บทสรุปและทิศทางการดำเนินงาน

ที่ประชุมมีมติให้ดำเนินการตาม ร่างที่ ๒ (สัดส่วน ๒๐ : ๓๐ : ๕๐) โดยมีข้อกำหนดเพิ่มเติม ดังนี้

- ระดับจังหวัด : ต้องรับหน้าที่หลักในการดูแลและพิจารณาความต้องการของหน่วยบริการภายใต้การบริหารภาพรวมของจังหวัด
- ระดับเขต : มุ่งเน้นการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะในด้านระบบบริการและการจัดการโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต่อภาพรวมของเขตสุขภาพต่อไป

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบกลุ่มงาน CIO ประสาน สปสช. จัดทำวงเงินปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ ต่อไป

๕.๓ การรับรองผลการคัดเลือกแพทย์เข้าฝึกอบรมประจำบ้าน รอบที่ ๒

โดย ประธาน CHRO เขตสุขภาพที่ ๘ (นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย)

- ▶ ภาพรวมโควตาการรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน รอบที่ ๒ ประจำปีการศึกษา ๒๕๗๐

โควตาแพทย์ประจำบ้าน รอบที่ ๒ ประจำปีการศึกษา ๒๕๗๐ เขตสุขภาพที่ ๘

ประเภทสาขาหลัก 49 โควตา			ประเภทสาขาคัดเลือก 45 โควตา			ประเภทยอดนิยม 1 โควตา		
1. เวชศาสตร์ 8 โควตา			1. เวชศาสตร์ 1 โควตา			1. เวชศาสตร์ 1 โควตา		
ลำดับ	sw.	จำนวน	ลำดับ	sw.	จำนวน	ลำดับ	sw.	จำนวน
1	รพ.เลย	2	1	รพ.นครพนม	1	1	รพ.อุดรธานี	1
2	รพ.พานาน	1	2	รพ.บึงกาฬ	1	2	รพ.หนองบัวลำภู	1
3	รพ.เขาค้อ	1	3	รพ.สว.จ.เลย	1	รวม	รวม	2
4	รพ.ศรีบุญเรือง	1	4	รพ.ท่าบ่อ	1			
5	รพ.เลย	1	รวม	รวม	4			
6	รพ.ด่านซ้าย	1						
7	รพ.เลย	1						
รวม	รวม	8						
3. เวชศาสตร์พื้นฟู 2 โควตา			5. เวชศาสตร์โรคไต 2 โควตา			7. เวชศาสตร์โรคหัวใจ 1 โควตา		
ลำดับ	sw.	จำนวน	ลำดับ	sw.	จำนวน	ลำดับ	sw.	จำนวน
1	รพ.บึงกาฬ	1	1	รพ.เลย	2	1	รพ.เลย	1
2	รพ.พังโคน	1	2	รพ.เลย	1	2	รพ.นครพนม	1
รวม	รวม	2	รวม	รวม	2	รวม	รวม	2
4. ศัลยกรรมโรคหัวใจ 1 โควตา			9. เวชศาสตร์โรคหัวใจ (แบบเจาะลึก) 2 โควตา			11. เวชศาสตร์โรคไต 2 โควตา		
ลำดับ	sw.	จำนวน	ลำดับ	sw.	จำนวน	ลำดับ	sw.	จำนวน
1	รพ.เลย	1	1	รพ.เลย	1	1	รพ.เลย	1
2	รพ.เลย	1	2	รพ.เลย	1	2	รพ.นครพนม	1
รวม	รวม	1	รวม	รวม	2	รวม	รวม	2
5. เวชศาสตร์โรคหัวใจ 15 โควตา			13. เวชศาสตร์โรคหัวใจ 9 โควตา			14. ศัลยกรรมโรคหัวใจ 4 โควตา		
ลำดับ	sw.	จำนวน	ลำดับ	sw.	จำนวน	ลำดับ	sw.	จำนวน
1	รพ.เลย	2	1	รพ.บึงกาฬ	2	1	รพ.เลย	1
2	รพ.นครพนม	4	2	รพ.นครพนม	4	2	รพ.นครพนม	1
3	รพ.สว.จ.เลย	2	3	รพ.สว.จ.เลย	2	3	รพ.เลย	1
4	รพ.หนองคาย	1	4	รพ.หนองคาย	1	4	รพ.บึงกาฬ	1
รวม	รวม	9	รวม	รวม	9	รวม	รวม	11
6. ออร์โธปิดิกส์ 5 โควตา			15. เวชศาสตร์โรคหัวใจ 13 โควตา			15. เวชศาสตร์โรคหัวใจ 13 โควตา		
ลำดับ	sw.	จำนวน	ลำดับ	sw.	จำนวน	ลำดับ	sw.	จำนวน
1	รพ.เลย	2	1	รพ.เลย	2	1	รพ.เลย	2
2	รพ.นครพนม	4	2	รพ.นครพนม	4	2	รพ.นครพนม	1
3	รพ.สว.จ.เลย	2	3	รพ.สว.จ.เลย	2	3	รพ.เลย	1
4	รพ.หนองคาย	1	4	รพ.หนองคาย	1	4	รพ.บึงกาฬ	1
รวม	รวม	9	รวม	รวม	9	รวม	รวม	11
8. สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา 8 โควตา			16. เวชศาสตร์โรคหัวใจ 13 โควตา			16. เวชศาสตร์โรคหัวใจ 13 โควตา		
ลำดับ	sw.	จำนวน	ลำดับ	sw.	จำนวน	ลำดับ	sw.	จำนวน
1	รพ.เลย	2	1	รพ.เลย	2	1	รพ.เลย	2
2	รพ.นครพนม	4	2	รพ.นครพนม	4	2	รพ.นครพนม	1
3	รพ.สว.จ.เลย	2	3	รพ.สว.จ.เลย	2	3	รพ.เลย	1
4	รพ.หนองคาย	1	4	รพ.หนองคาย	1	4	รพ.บึงกาฬ	1
รวม	รวม	9	รวม	รวม	9	รวม	รวม	11

/จำนวน...

- ▶ จำนวนผู้ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติและมีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

ประเภทโควตา	จำนวนโควตาที่เปิด	จำนวนผู้สมัคร	จำนวนผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน
ทุนเขตสุขภาพที่ ๘	๕๔	๕	๔
ทุนโรงพยาบาล	๕๒	๑๘	๑๗
รวมทั้งหมด	๑๐๖	๒๓	๒๑

- ▶ ประเด็นสำคัญจากการพิจารณา

- การทับซ้อนของการสมัครรับต้นสังกัดโควตาต่างเขตสุขภาพ : ที่ประชุมพบว่าผู้สมัครในสาขา ออร์โธปิดิกส์ ๒ ราย ได้สมัครรับต้นสังกัดเขตสุขภาพที่ ๙ และศัลยศาสตร์ ๑ ราย ได้สมัครรับต้นสังกัดเขตสุขภาพที่ ๗ ในลำดับที่ ๑ ทั้งนี้ เนื่องจากหน่วยงานดังกล่าวได้กำหนดให้มีการกลั่นกรองผู้สมัครรับต้นสังกัดพร้อมกันกับเขตสุขภาพที่ ๘ หากผู้สมัครทั้ง ๓ ราย ดังกล่าวผ่านการคัดเลือกในลำดับที่ ๑ ของเขตอื่น ระบบของส่วนกลางจะตัดสิทธิ์ผลการพิจารณาของต้นสังกัดลำดับที่ ๒ โดยอัตโนมัติ อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมมีมติให้ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกไปตามขั้นตอนเพื่อรักษาสีของเขตสุขภาพที่ ๘
- กรณี จังหวัดบึงกาฬ พิจารณากลั่นกรองผู้สมัครรับต้นสังกัดโรงพยาบาลบึงกาฬ ในสาขาจิตเวชศาสตร์ เด็กและวัยรุ่น ซึ่งมีผู้จำนวน ๒ ราย แต่ไม่ผ่านการกลั่นกรองทั้ง ๒ ราย ที่ประชุมมีมติให้ทบทวนผลการกลั่นกรองดังกล่าว โดยกำหนดให้ผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นไปตามโควตาที่กำหนดจำนวน ๑ ราย และกรณี หน่วยงานมีความประสงค์ขอรับทุนให้แก่แพทย์ในสังกัดเพิ่มเติม ให้บริหารจัดการขอโควตาเพิ่มเติมในรอบที่ ๓ ต่อไป

- ▶ การพิจารณาคัดเลือกโดยยึดหลักบุคลากรในเขต

- กรณี ผู้มีสมัครในเขตสุขภาพ ขอรับต้นสังกัดโรงพยาบาลบึงกาฬ และโรงพยาบาลพังโคน ในสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู แต่ไม่ผ่านการคัดเลือก ที่ประชุมได้มีมติขอให้ทบทวนผลการกลั่นกรองผู้สมัครซึ่งมีภูมิลำเนา และเป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และอนุมัติให้แพทย์รายดังกล่าวรับต้นสังกัดในสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยมีโรงพยาบาลบึงกาฬ เป็นต้นสังกัด กรณี หน่วยงานประสงค์ให้ทุนแก่แพทย์รายอื่นเพิ่มเติม ให้บริหารจัดการขอโควตาเพิ่มเติมในรอบที่ ๓ ต่อไป

- ▶ ประธานในที่ประชุม มอบหมายให้

๑) กลุ่มงาน CHRO สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

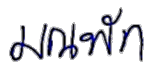
- สนับสนุนให้มีการขอยกเว้นระเบียบหรือคุณสมบัติบางประการ เช่น ระยะเวลาชดใช้ทุน เพื่อเปิดโอกาสให้แพทย์ Intern ๑ ในจังหวัดบึงกาฬและเลย ได้สมัครเรียนในสาขาที่ต้องการ
- สนับสนุนการให้แพทย์ในสังกัดที่ขอรับทุนอนุสาขา เพื่อกลับมาพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

๒) สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และผู้บริหารในพื้นที่ บริหารจัดการกำลังคนภายในเขตสุขภาพ ในกรณีที่แพทย์จากโรงพยาบาล Node ต้องการสมัครเรียนต่อเฉพาะทางอนุสาขาของโรงพยาบาลศูนย์ โดยให้อนุมัติทุนและจัดหาบุคลากรรายอื่นไปปฏิบัติงานทดแทน

- ๓) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ของจังหวัดบึงกาฬ และจังหวัดเลย ประชาสัมพันธ์ และสำรวจแพทย์เพิ่มพูนทักษะปีที่ ๑ ภายในจังหวัดที่ประสงค์จะขอทุนเรียนต่อเฉพาะทางในสาขาหลัก หรือสาขาคัดเลือก โดยส่งข้อมูลให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จัดทำเรื่องขออนุมัติยกเว้นเกณฑ์คุณสมบัติ จากปลดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรณีพิเศษ

มติที่ประชุม : รับทราบ และเห็นชอบ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

ปิดประชุมเวลา ๑๒.๐๐ น.



(นางสาวมณฑพัธ อรรถวิภาค)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

ผู้บันทึกรายงานการประชุม



(นางพันธมน นามาส)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้บันทึกรายงานการประชุม



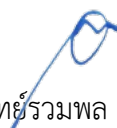
(นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม



(นายแพทย์สุรียันต์ ปัญหาราช)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ช่วยเลขานุการ



(นายแพทย์พรพจน์ เหล่าหวั่น)
กรรมการและเลขานุการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม