



# สรุปผลการตรวจราชการ

## กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 รอบที่ 1

*Agenda based*

*Functional based*

*Area based*

*Inspect Integration*

## คำนำ

การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข เป็นไปตามเป้าหมาย แก้ไขปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนออันจะก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกองตรวจราชการ ร่วมกับกรมและผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานจากกรม กอง สำนัก ต่างๆ ได้ดำเนินการตรวจราชการ ตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยดำเนินการตรวจราชการ รอบที่ ๑ ระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๖๒ - เดือนมีนาคม ๒๕๖๓ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินสภาพปัญหา แผนแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการ ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่สอดคล้องตาม ๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ได้แก่ โครงการพระราชดำริ , กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ ๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ได้แก่ สุขภาพกลุ่มวัย , ลดแออัด ลดรอคอย และ ๓) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) รวมทั้งประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ และคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ ประเด็นที่ ๑-๔ และการตรวจราชการแบบบูรณาการ ได้แก่

ประเด็นที่ ๑ โครงการพระราชดำริ

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

ประเด็นที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

บัดนี้ คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ ประเด็นที่ ๑-๕ และคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ ได้นำสรุปผลจากการตรวจราชการมาจัดทำรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ รอบที่ ๑ เสนอต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาในการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพของหน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กองตรวจราชการ

มิถุนายน ๒๕๖๓

## กิตติกรรมประกาศ

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกองตรวจราชการ ขอขอบคุณ คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ คณะที่ ๑-๕ คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองบริหารการสาธารณสุข สป. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สป. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สป. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สป. กลุ่มตรวจสอบภายใน สป. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป. ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานของกรม กอง สำนัก ซึ่งได้ร่วมทีมตรวจราชการ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ กองแผนงานและวิชาการ และผู้ประสานงานด้านการตรวจราชการของกรม กอง สำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่กองตรวจราชการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการจัดทำรายงานฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงมา ณ โอกาสนี้

# สารบัญ

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร

ก

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ รอบที่ ๑

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ รอบที่ ๑

ประเด็นที่ ๑ โครงการพระราชดำริ

๑

๑.๑ โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

๑

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๓

๒.๑ กัญชาทางการแพทย์

๓

๒.๒ สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๗

๒.๒.๑ สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๗

- สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจและเมืองสมุนไพร (ขมิ้นชัน , ไพล ,  
กระชายดำ , บัวบก โดยมุ่งเน้นที่ขมิ้นชัน และไพล)

๒.๒.๒ อาหารปลอดภัย ผักปลอดภัยสารพิษ

๑๐

ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย

๑๓

๓.๑ สุขภาพแม่และเด็ก

๑๓

๓.๒ ผู้สูงอายุคุณภาพ

๒๘

ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

๓๙

๔.๑ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (PCC)

๓๙

๔.๒ ER คุณภาพ

๔๓

๔.๓ Smart Hospital

๔๖

๔.๔ fast track

๕๐

๔.๕ intermediate care

๘๐

๔.๖ ระบบรับยาที่ร้านยา

๙๔

๔.๗ การกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา

๙๙

๔.๘ อสม.หมอบริการบ้าน

๑๐๓

## สารบัญ (ต่อ)

ประเด็นที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี	๑๐๕
๕.๑ โครงการพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง	๑๐๕
๕.๒ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี	๑๐๗
รูปภาพการตรวจราชการแบบบูรณาการฯ รอบที่ ๑ (เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒)	๑๑๐
<b>ภาคผนวก</b>	
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓	๑๑๕
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓	๑๑๘
คณะที่ปรึกษา	๑๓๒
คณะผู้จัดทำ	๑๓๓
บรรณาธิการ	๑๓๔

# บทสรุปผู้บริหาร

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ รอบที่ ๑

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่สอดคล้องตาม ๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ได้แก่ โครงการพระราชดำริ , ภัยสุขภาพทางแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ ๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ได้แก่ สุขภาพกลุ่มวัย , ลดแออัด ลดรอคอย และ ๓) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ รวมทั้งการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อเป็นทิศทางในการตรวจติดตาม กำกับ และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๕ คณะ ซึ่งคณะตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ได้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการรอบที่ ๑ เสร็จสิ้นแล้ว พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการดังต่อไปนี้

**๑. ประเด็นที่ ๑ โครงการพระราชดำริ : โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์** พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ ทุกจังหวัดได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำระดับจังหวัด มีการจัดประชุมร่วมกันพิจารณาในการจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ และร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานในการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ มีการร่วมจัดทำแผนการจัดบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ และร่วมมือด้านการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในเรือนจำอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) เพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานการให้บริการสาธารณสุขในแต่ละเรือนจำ ส่วนใหญ่ได้มีการจัดบริการทางการแพทย์ในเรือนจำครบทั้ง ๖ ด้าน แม้จะไม่ได้ตามที่กำหนดไว้ในคู่มือ/แนวทาง แต่มีการบริหารจัดการโดยการจัดช่องทางให้บริการผ่านระบบ Telemedicine และมีสายด่วนให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง แต่ยังมีปัญหาการสื่อสารระหว่างภายนอกและภายในเรือนจำ และด้านระบบข้อมูลสุขภาพของผู้ต้องขัง

**๒. ประเด็นที่ ๒ ภัยสุขภาพทางแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ** พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

**๒.๑ ภัยสุขภาพทางแพทย์ :** ผลงานที่ดำเนินการจริงทำได้เกินเป้าหมาย คือ เมื่อสิ้นสุดไตรมาส ๒ ปี ๒๕๖๓ มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการภัยสุขภาพทางแพทย์แบบผสมผสาน (Medical Cannabis Clinic) อย่างสมบูรณ์ ครบทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ รวม ๑๐๑ แห่ง (เป้าหมายอย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ แห่ง) ปัญหาที่พบคือ ยังไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับเขตและจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนนโยบายภัยสุขภาพทางแพทย์อย่างชัดเจน มีบางสถานบริการไม่สามารถจัดสถานที่แยกเป็นสัดส่วนอย่างชัดเจน และยังมีความขาดแคลนอุปกรณ์ ชุดทดสอบสารสกัดกัญชา (Test kit) ไม่เพียงพอ บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษายังขาดองค์ความรู้และประสบการณ์ทางคลินิก ระบบการให้บริการ ยังไม่มีมาตรฐานการให้บริการที่ชัดเจน การกรอกข้อมูลประวัติผู้ป่วยของโปรแกรม C-MOPH ขัดแย้งกับโปรแกรม Hos xp และการประชาสัมพันธ์การให้ความรู้แก่ประชาชน ยังไม่มากพอ

**๒.๒ สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ :** เมืองสมุนไพร ๑๔ จังหวัด ดำเนินการส่งวัตถุดิบสมุนไพร (ขมิ้นชันหรือโพล) มายังกรมการแพทย์แผนไทยฯ เพื่อส่งตรวจสารกำจัดศัตรูพืชและโลหะหนัก จำนวน ๔๑

ตัวอย่าง (ขม้นชั้น ๓๑ ตัวอย่าง และโพล ๑๐ ตัวอย่าง) ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และบริษัทห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด สำหรับปัญหาที่พบคือ ค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจตัวอย่างวัตถุพิษสมุนไพรมีราคาสูง การแพร่ระบาดของโรค COVID-๑๙ ทำให้ห้องปฏิบัติการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีภาระงานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การตรวจวิเคราะห์วัตถุพิษสมุนไพรล่าช้า ขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการงานในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพร

**๒.๓ อาหารปลอดภัย ผักปลอดภัย :** กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับโรงพยาบาลเป้าหมาย ดำเนินการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดจำนวนทั้งสิ้น ๑๓๕ ตัวอย่างจาก ๒๗ โรงพยาบาล จาก ๑๓ เขตสุขภาพ เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อตรวจสอบสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ๑๓๒ ชนิดสาร, สารพาราควอตและไกลโฟเสตด้วยวิธีทางห้องปฏิบัติการ ขณะนี้ตัวอย่างอยู่ระหว่างการตรวจวิเคราะห์ ปัญหาที่พบคือเกษตรกรมีผลผลิตไม่เพียงพอต่อความต้องการของโรงพยาบาลทั้งชนิดและปริมาณ การตรวจคัดกรองไม่มีความสม่ำเสมอหรือไม่มีการดำเนินการ เนื่องจากโรงพยาบาลขาดงบประมาณในการจัดซื้อชุดทดสอบสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช

**๓. ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย** พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

**๓.๑ สุขภาพแม่และเด็ก :** เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ กับปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ ในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ มีอัตราส่วนการตายมารดาตกลง เป็นอัตราส่วน ๒๐.๖ ต่อเกิดมีชีพแสนคน (เป้าหมาย  $\leq$  ๑๗) เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ อัตราส่วน ๒๓.๗ ต่อเกิดมีชีพแสนคน เปรียบเทียบ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ กับปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ ในช่วงเวลาเดียวกัน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ พบเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนร้อยละ ๖๐.๒ (เป้าหมายร้อยละ ๖๐) ซึ่งสูงกว่าปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ที่มีจำนวนร้อยละ ๕๙ เปรียบเทียบร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ พบเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๗ (เป้าหมายร้อยละ ๘๕) ซึ่งต่ำกว่าปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ที่มีจำนวนร้อยละ ๙๑.๑ ประเด็นเรื่องลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย พบปัญหาการตายจากความล่าช้า ๓ ประการ คือ (๑) บุคลากรขาดทักษะ ประสบการณ์ในการวางแผนและตัดสินใจแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด (๒) หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (๓) การเดินทาง/การเข้าถึงบริการล่าช้า และหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ไม่ครอบคลุม มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าค่าเป้าหมาย (๓๐ จังหวัด) แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ช้า แม่วัยรุ่นที่มีการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่ยังต่ำ และ LBW สูงในบางจังหวัด (๒๔ จังหวัด) ประเด็นเรื่องพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน พบปัญหาการเจริญเติบโตของเด็ก ภาวะโลหิตจางในเด็ก ๖-๑๒ เดือน ภาวะทุพโภชนาการสูงกว่าเป้าหมาย สถานบริการเอกชน คลินิก ไม่ใช่คู่มือ DSPM

**๓.๒ ผู้สูงอายุคุณภาพ :** ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้ง ๕ ด้าน มีผลงานในภาพประเทศ ร้อยละ ๔๖.๗ (เป้าหมาย  $\geq$  ๖๐%) และตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบส่งเสริมสุขภาพ Long Term Care มีผลงานภาพประเทศ ร้อยละ ๘๘.๑ (เป้าหมาย  $\geq$  ๘๐%) มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจำนวน ๕,๗๗๕,๐๙๕ คน (๗๓.๑%) พบว่ามีภาวะเสี่ยง ๘๔,๙๙๗ คน (๑.๕%) และผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้มจำนวน ๕,๗๘๕,๘๙๐ คน (๗๓.๒%) พบว่ามีภาวะเสี่ยง ๒๖๘,๒๙๐ คน (๔.๖%) ส่วนปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ คือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ การมีกิจกรรมทางกาย เมื่อคัดกรองกลุ่มอายุพบความผิดปกติแล้ว ยังขาดแนวทางการส่งต่อและรูปแบบระบบการดูแลรักษาที่ชัดเจน การแพร่ระบาดของโรค COVID - ๑๙ ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ care manager และ



care giver ในการลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ขาดแพทย์ที่มีศักยภาพที่จะวินิจฉัยรักษา Geriatric Syndromes และการลงข้อมูลในแต่ละโปรแกรมมากเกินไปและซ้ำซ้อนกัน ทำให้เป็นภาระงานของบุคลากร

#### ๔. ประเด็นที่ ๔ ลดแอ๊ด ลดรอย คอย พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

**๔.๑ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (PCC)** ผลการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิปี ๒๕๖๓ มีการเปิดดำเนินการและให้บริการกับประชาชน สามารถเปิดดำเนินการได้ จำนวน ๒๓๙ หน่วย สำหรับผลการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสะสมทั้งสิ้น จำนวน ๑,๓๘๗ หน่วย คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๓๖ จากค่าเป้าหมาย จำนวน ๑,๖๒๕ หน่วย ส่วนประชากรทั้งหมดที่ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว มีจำนวน ๖๑,๐๗๒,๙๓๓ ราย โดยประชากรมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๑๓,๙๒๐,๘๘๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๗๙

**๔.๒ ER คุณภาพ : การพัฒนาระบบบริการ** มีการจัดบริการตามแนวทาง ER service delivery ของโรงพยาบาลกรมการแพทย์ รพศ. สามารถ Admit ภายใน ๒ ชม. และ รพศ.ทุกแห่ง เปิด OPD นอกเวลาราชการ โดย สปสช.จ่ายค่าบริการนอกเวลา ๑๕๐ บาท/ครั้ง

**การพัฒนาระบบสนับสนุน** Double door with access control ดำเนินการแล้ว ๒๐ แห่ง ห้องรอตรวจ (Waiting area/room) ดำเนินการแล้ว ๒๔ แห่ง ห้องแยกโรค (Isolation room) ดำเนินการครบทุกแห่ง และระบบ Telemedicine และ Ambulance Operation Center (AOC) อยู่ระหว่างดำเนินการให้ครบทุกเขตสุขภาพ

**การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน** มีการวางแผนกำลังคนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน ทั้งในส่วนกลาง เขตสุขภาพ และจังหวัด

**๔.๓ Smart Hospital :** โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑, M๒ ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จำนวน ๘๔ แห่ง (เป้าหมาย ๔๒ แห่ง) โรงพยาบาลระดับ F๑, F๒, F๓ ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จำนวน ๒๑๙ แห่ง (เป้าหมาย ๖๙ แห่ง) และโรงพยาบาลกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จำนวน ๒๐ แห่ง (เป้าหมาย ๑๐ แห่ง) พบประเด็นปัญหาสำคัญคือการสนับสนุนจากส่วนกลางยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน เช่น การกำหนดการใช้ Application ในการใช้งาน การจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น กระบวนการใช้งานรูปแบบสำเร็จให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และขาดทีมสนับสนุนการแก้ไขปัญหาการติดตามอย่างต่อเนื่อง

**๔.๔ Fast Track (Stroke , Trauma , ODS) :** พบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๘.๐๒ (เป้าหมาย  $\leq$  ร้อยละ ๗) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่กร้อยละ ๒๑.๙๙ (เป้าหมาย  $\leq$  ร้อยละ ๒๕) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันร้อยละ ๓.๖๘ (เป้าหมาย  $\leq$  ร้อยละ ๕) ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือจำนวนเตียง stroke unit ไม่เพียงพอ การเข้าถึงบริการที่ล่าช้า และประชาชนขาดความตระหนักอาการเตือนสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล

พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ร้อยละ ๑๐.๔๓ (เป้าหมาย  $<$  ร้อยละ ๑๒) ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ ER มีความแอ๊ด จากการให้บริการของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก ผู้ป่วย Trauma ได้รับการบริการล่าช้า การเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุม

พบผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ร้อยละ ๙๒.๒๖ (เป้าหมายร้อยละ ๒๐) โดยโรคที่ทำให้ผลการมากที่สุดคือ Colorectal polyp และมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากที่สุดคือมีอาการปวดเจ็บแผล ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือการให้บริการผ่าตัดแบบ ODS ไม่ครบกลุ่มโรค ระบบการดำเนินงานยังไม่เป็นแบบ One Stop Service ผู้ป่วยยังขาดความเชื่อมั่นในการรักษาแบบ ODS

**๔.๕ intermediate care :** โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๓.๒๑ (เป้าหมายร้อยละ ๖๐) ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือการลงข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยในกลุ่ม IMC ในโปรแกรม Thai COC ลงไม่ครบคลุมผู้ป่วย IMC ทุกราย การลงข้อมูลของผู้ป่วยในโปรแกรมที่ไม่ตรงกัน ทำให้การรายงานผลล่าช้าและไม่เป็นปัจจุบัน และความเพียงพอของอัตรากำลังบุคลากรและขาดบุคลากรบางวิชาชีพ

**๔.๖ ระบบรับยาที่ร้านยา :** โรงพยาบาลมีระบบรับยาที่ร้านยาจำนวน ๑๑๘ แห่ง มีหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการระบบรับยาที่ร้านยาจำนวน ๑๓๐ แห่งใน ๗๑ จังหวัด ใบสั่งจ่ายยาจำนวน ๑๔,๓๕๖ ใบสั่งข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบรับยาที่ร้านยา ได้แก่ เพิ่มการประชาสัมพันธ์ สื่อสารทางสาธารณะเพิ่มมากขึ้น เร่งพัฒนาโปรแกรมเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลใบสั่งยาระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา การจัดการด้านราคา ยา เพื่อให้ดำเนินการในรูปแบบ ๓ ได้จริง และการขยายบริการไปยังผู้ป่วยสิทธิการรักษาอื่นๆ เช่น เบิกจ่ายตรง และประกันสังคม

**๔.๗ การกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา :** มีโรงพยาบาลสังกัด สป. ที่เข้าร่วมโครงการจำนวน ๑๐๘ แห่ง , สถาบัน/โรงพยาบาล (จิตเวชผู้ใหญ่) สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน ๑๕ แห่ง และร้านขายยาเครือข่ายทั้งหมด จำนวน ๑๗๙ ร้าน ปัญหาสาเหตุที่พบคือ เกสเซอร์ขาดความมั่นใจในการจ่ายยาจิตเวช และการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายจิตเวชยังไม่เข้มแข็ง ร้านขายยา (บางร้าน) ยังไม่มีใบอนุญาต เกสเซอร์ร้านขายยายังไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรด้านจิตเวช ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์แต่ไม่สมัครใจไปรับยาใกล้บ้าน และร้านยาที่มีความประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการไม่ผ่านหลักเกณฑ์

**๔.๘ อสม.หมอประจำบ้าน :** อสม. เป้าหมายได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน จำนวน ๘๒,๗๐๑ คน (เป้าหมาย ๘๐,๐๐๐ คน) โดยมีข้อเสนอแนะสำหรับพื้นที่ ได้แก่ แต่ละเขตสุขภาพสามารถเปลี่ยนเป้าหมายในแต่ละจังหวัดได้ตามความเหมาะสมในการคัดเลือก อสม.เป้าหมาย เน้นเพิ่มทักษะด้าน Digital skill เช่นการใช้ Application “Smart อสม.” ส่วนข้อเสนอแนะสำหรับส่วนกลาง ได้แก่ พัฒนาศักยภาพ อสม.โดยใช้รูปแบบใหม่ๆ เช่น การเรียนออนไลน์ การฝึกปฏิบัติและรายงานผลการปฏิบัติงานด้วยตนเองผ่าน Application และมีประเด็นมุ่งเน้นในการตรวจราชการรอบที่ ๒ คือ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ ๗๐

**๕. การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี** พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

**๕.๑ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า :** จากข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เน้นมาตรการต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา (มาตรการ ๑-๒-๓) ผลการดำเนินงานพบว่า ไม่พบผู้เสียชีวิต และผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าทุกรายเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง มีการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องกับหน่วยงานระดับเขต ปัจจุบันมีผู้สัมผัสสัตว์ติดเชืวยืนยัน ๖๘๐ ราย ติดตามให้มารับวัคซีนครบทุกราย ร้อยละ ๑๐๐ วัคซีนโรคชนิดฉีดล่วงหน้าสำหรับบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและอาสาสมัครด้านสาธารณสุข อาสาสมัครปศุสัตว์ และอาสาสมัครองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Pre-exposure prophylaxis : PrEP) อยู่ระหว่างการจัดสรรให้พื้นที่จำนวน ๒๕,๐๐๐ dose พื้นที่เสี่ยง ๔๐๐ อำเภอ มีการประเมินความ

พร้อมในการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ๑ แห่งต่อเขตสุขภาพ (๑๓ แห่ง) ปัจจุบันกำลังดำเนินการให้เทศบาลนครเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นเป้าหมายในการรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าแห่งแรกของประเทศไทย ในช่วงไตรมาสที่ ๓ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานร่วมกับ สำนักงานปศุสัตว์เขต ปศุสัตว์จังหวัด และท้องถิ่นจังหวัด ร่วมกันประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) โดยให้ความสำคัญในระบบเก็บรักษาความเย็นตั้งแต่การจัดซื้อ การขนส่ง การเก็บรักษา และการให้บริการ เพื่อลดการสูญเสียคุณภาพของวัคซีน และเพิ่มประสิทธิภาพในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันในสัตว์

**๕.๒ โครงการพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี**  
**ในพื้นที่เสี่ยง :** จากข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ผลการดำเนินงานของ ๔ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด จังหวัดละ ๒,๐๐๐ ราย รวมเป้าหมาย ๘,๐๐๐ ราย มีการดำเนินการไปแล้ว ๗,๓๓๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๗๔ พบความผิดปกติ ๓,๔๙๔ ราย สงสัยเป็น CCA ๑๔๔ ราย CT/MRI ๓๒ ราย และพบเป็นมะเร็ง ๑๗ ราย และได้รับการรักษา ๑๗ ราย ปัญหาที่พบเนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทั่วโลก และนโยบายรัฐบาลมีข้อสั่งการให้งดการลงพื้นที่ดำเนินการ รวมทั้งมีการงดการประชุมที่มีกลุ่มคนมารวมกัน จึงเป็นเหตุให้กิจกรรมการดำเนินงานบางส่วนถูกเลื่อนออกไปโดยไม่มีกำหนด จนกว่าจะควบคุมสถานการณ์การระบาดได้

.....

# ประเด็นที่ ๑

## โครงการพระราชดำริ

- โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

## รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๑ โครงการพระราชดำริ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : โครงการพระราชดำริ

๒. หัวข้อ : โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กองบริหารการสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กรมควบคุมโรค, กรมการแพทย์, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมสุขภาพจิต, กรมอนามัย

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ทุกจังหวัดได้มีการจัดทำคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำระดับจังหวัด มีการจัดประชุมร่วมกันพิจารณาในการจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ และร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานในการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ มีการร่วมจัดทำแผนการจัดการบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ มีความร่วมมือด้านการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในเรือนจำอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) เพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานการให้บริการสาธารณสุขในแต่ละเรือนจำ ส่วนใหญ่ได้มีการจัดบริการทางการแพทย์ในเรือนจำครบทั้ง ๖ ด้าน แม้จะไม่ได้ตามที่กำหนดไว้ในคู่มือ/แนวทาง แต่มีการบริหารจัดการโดยการจัดช่องทางให้บริการผ่านระบบ Telemedicine และมีสายด่วนให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง แต่ยังมีปัญหาการสื่อสารระหว่างภายนอกและภายในเรือนจำ และด้านระบบข้อมูลสุขภาพของผู้ต้องขัง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
สาเหตุ ๑. หลายจังหวัดยังไม่สามารถจัดบริการได้ทุกสัปดาห์	๑.๑ บูรณาการภายในจังหวัด เพื่อจัดสรรแพทย์ลงตรวจให้ได้สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ๑.๒ ขอความร่วมมือหน่วยงานภายนอก สังกัด เช่น รพ.สังกัดกรมการแพทย์ และกระทรวงกลาโหม	๑.๑ ชี้แจงนโยบาย ผ่านระบบ VDO Conference ไป ๑ ครั้ง
๒. ระบบการรายงานข้อมูลสุขภาพ ยังไม่มีความเป็นเอกภาพ	๒.๑ บูรณาการร่วมระหว่างกระทรวง ในการจัดระบบสื่อสาร ทั้งแบบ Online และ Offline ๒.๒ จัดทำระบบข้อมูลให้มีความเป็นเอกภาพ	๒.๑ ประชุมหารือเรื่องระบบข้อมูล ในส่วนกลาง ๑ ครั้ง

**๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี**

มีการบูรณาการร่วมกันทั้งภายนอกและภายในกระทรวง ในการให้บริการสาธารณสุขในเรือนจำ ภายในพื้นที่หลายแห่ง

**๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ**

๖.๑ ขอความร่วมมือหน่วยบริการในพื้นที่พัฒนาศักยภาพบุคลากรระหว่างกัน และการจัดสรรพื้นที่ให้บริการสถานพยาบาลในเรือนจำให้เหมาะสม

๖.๒ ส่วนกลาง พัฒนาระบบข้อมูลบูรณาการร่วมกันให้มีความเป็นเอกภาพ

**๗. ข้อเสนอแนะจากส่วนกลาง**

เสนอให้มีรายงานการกำกับติดตามประเมินผลการใช้ครุภัณฑ์พระราชทานให้เกิดประโยชน์สูงสุด

# ประเด็นที่ ๒

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์

และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

- ๑) กัญชาทางการแพทย์
- ๒) สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

**รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑**  
**ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ**  
**หัวข้อ กัญชาทางการแพทย์**

**๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ**

**หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :** กองบริหารการสาธารณสุข โดย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์

**หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม**

- ๑) กรมการแพทย์
- ๒) กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- ๓) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- ๔) กรมสุขภาพจิต
- ๕) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- ๖) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- ๗) กองบริหารการสาธารณสุข

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒**

ในเขตสุขภาพทั้งหมด ขณะนี้มีจำนวนโรงพยาบาลที่ให้บริการคลินิกกัญชาแล้ว ๑๐๑ แห่ง ซึ่งมีจำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรมกัญชาทางการแพทย์จำนวน ๒,๒๔๔ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
<p><b>๑.ระบบการให้บริการและสถานที่</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บางแห่งยังขาดความชัดเจน ไม่มีแผนปฏิบัติการและการกำกับติดตามการขับเคลื่อน ความไม่ชัดเจนของมาตรฐานการให้บริการ</li> <li>- ใช้เวลาในการเตรียมหลายภาคส่วน</li> <li>- การดูแลผู้ป่วยในรูปแบบผสมผสานยังขาดการเชื่อมโยง</li> <li>- ไม่เป็นห้องตรวจประจำ อุปกรณ์ที่ใช้ในคลินิกยังไม่พร้อม</li> <li>- เกิดความสับสนในการให้บริการ</li> <li>- เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยละเอียดหลายขั้นตอน มีความจำเพาะ ทำให้ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์น้อย</li> <li>- ยังไม่มีระบบติดตามผู้ป่วย</li> <li>- ไม่มีการแจ้งเตือนการได้รับยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานทีมส่วนกลาง</li> <li>- เตรียมความพร้อมหน่วยบริการ</li> <li>- เพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์และการเข้าถึงบริการ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ มีการแนะนำและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง และปลอดภัย ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ social media และใช้โปรแกรมช่วย</li> <li>- กรณีไม่เข้าเกณฑ์แผนปัจจุบันแนะนำให้พบแผนไทย</li> <li>- สร้างระบบติดตามผู้ป่วย</li> <li>- ใช้ใบรับรองแพทย์แทนบัตรแสดงตนว่าเป็นผู้รับบริการกัญชา หากเจอตำรวจตรวจค้น</li> </ul>



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
<p>- ระบบยังมีความผิดพลาด (error) อยู่บ้าง ทำให้การทำบัญชีการรับการจ่ายสารสกัดกัญชาไม่ตรงกับความเป็นจริง</p> <p>- ผู้ป่วยไม่มีบัตรแสดงตนว่าเป็นผู้รับบริการกัญชา หากเจอตำรวจตรวจค้น</p> <p><b>๒.บุคลากร</b></p> <p>- ขาดบุคลากร/ผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>- ขาดแพทย์ระบบประสาท (หน่วยสนับสนุน)</p> <p>- คณะกรรมการได้รับการแต่งตั้งอย่างเร่งด่วน</p> <p>- บุคลากรที่ผ่านการอบรม (แพทย์/เภสัชกร/พยาบาล) ไม่เพียงพอต่อการให้บริการและการดำเนินงานของคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>- ผู้ปฏิบัติงานมีงานประจำอยู่แล้ว</p> <p><b>๓.ผลิตภัณฑ์กัญชา</b></p> <p>- ยังไม่มีผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ให้บริการแก่ผู้ป่วย</p> <p>- ไม่มีการตรวจทดสอบผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา สาร THC /CBD ทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>- ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ได้รับการสนับสนุนมีอายุสั้น</p> <p><b>๔.ระบบรายงาน</b></p> <p>- ระบบรายงาน การเชื่อมโยงระบบข้อมูลของส่วนกลางยังแยกส่วน ทำให้มีการทำงานที่ซ้ำซ้อน หลากหลาย</p> <p>- โปรแกรม C-MOPH ยังไม่สามารถเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล</p> <p>- บางรายงานยังไม่ครบถ้วน ยังไม่ได้ใช้โปรแกรม C-MOPH (มีปัญหาด้านเทคนิค IT) ไม่ได้บันทึกโปรแกรม SAS และ จ.๒</p>	<p>- แต่งตั้งแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญมาให้คำแนะนำแทน</p> <p>- จัดการอบรมหรือ Team Meeting ทุกวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน</p> <p>- ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์เข้ารับการอบรม</p> <p>กัญชาทางการแพทย์พร้อมทั้งกระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญ</p> <p>- อยู่ระหว่างการดำเนินการจัดหา</p> <p>- ส่งตรวจศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ รอกการสนับสนุน Test Kit จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>- เตรียมบริหารจัดการคินยาที่ใกล้หมดอายุ</p> <p>- ประสานงานทีมส่วนกลาง</p> <p>- ปรับปรุงโปรแกรม C-MOPH ให้สามารถเชื่อมโยงดึงข้อมูลจากโปรแกรม Hos-XP</p> <p>- กบรส. สปสช. และ อย.เร่งดำเนินการพัฒนาระบบเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกัน</p> <p>- เสนอให้มีการรวบรวมรายงานเพียงโปรแกรมเดียว ในส่วนของการรายงานการติดตามการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์</p> <p>- สร้างระบบติดตามผู้ป่วย</p> <p>- ร่วมกันวางแผนกับทีมเพื่อกำหนดหัวข้อวิจัย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
<p>- บางพื้นที่ขาดการวิจัย</p> <p><b>๕. ผู้รับบริการ</b></p> <p>- ผู้รับบริการขาดความรู้ความเข้าใจ</p> <p>- การ shopping ยา ซื้อมาจากอเมริกา</p> <p>- ผู้ป่วยต่างชาติมาขอรับบริการ</p> <p>- ผู้มารับบริการปรับขนาดยาเองเนื่องจากเคยใช้จากที่อื่นมาก่อน</p>	<p>- ขณะนี้มีการวางแผนการเก็บข้อมูลประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อทำวิจัยในอนาคต</p> <p>- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงเกณฑ์ที่ต้องคัดกรองอย่างละเอียด</p> <p>- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ social media และใช้โปรแกรมช่วยตรวจสอบการใช้ยา</p> <p>- เน้นย้ำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ให้ความรู้และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับน้ำมันกัญชาของโรงพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการ</p>

### ๓. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

๓.๑ มีการทำงานกันแบบสหสาขาวิชาชีพ มีทีมที่เข้มแข็ง มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน มีการสร้างระบบเครือข่าย , ระบบพี่เลี้ยง พี่ดูแลน้อง การอบรมและจัดทำคู่มือคลินิกกัญชา การทำ Case discussion มีการศึกษาทำวิจัย

๓.๒ มีการปรับการทำงานหลากหลายรูปแบบเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลและการรักษา เช่น มีการจัดบริการแบบบูรณาการผสมผสาน ให้บริการแบบ One Stop Service แพทย์ที่ผ่านการอบรมสามารถส่งจ่ายยาจากคลินิกเฉพาะทางได้ เพิ่มประชาสัมพันธ์ในหลากหลายรูปแบบ มีการนำ social media มาใช้ในการทำงาน เช่น มีการลงทะเบียนออนไลน์ผ่าน google form โดยการใช้การสแกน QR CODE การจัดทำช่องทางสื่อสารกับผู้มารับบริการโดยผ่านแอปพลิเคชัน Line Official สร้าง Facebook page ให้ความรู้ ใช้โปรแกรมกำหนดติดตามผู้ป่วยและบันทึก serial no.กัญชา การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน

### ๔. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

#### ๔.๑ สำหรับพื้นที่

๑. สาระสกัดจากกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย ไม่เพียงพอให้บริการ ทำให้เกิดการพึ่งพาสารสกัดจากกัญชาที่ผิดกฎหมาย ใช้ไม่ถูกต้อง และเกิดอาการไม่พึงประสงค์ตามมา

๒. ด้านบุคลากร สนับสนุนบุคลากรให้ได้รับการอบรม กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานให้ชัดเจน

๓. ระบบส่งต่อ ยังไม่มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัดที่ชัดเจน

๔. สถานที่ให้บริการ ควรจัดให้มีสถานที่ให้บริการที่ชัดเจน

๕. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้สามารถเชื่อมต่อกับโปรแกรม C – MOPH ได้

๖. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย ควรมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ  
ผลิตภัณท์กัญชา

๗. การศึกษาวิจัย บางพื้นที่ยังขาดข้อมูลการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของกัญชาทางการแพทย์

#### ๔.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. นโยบายสนับสนุนและการช่วยเหลือบุคลากร จัดการอบรมสำหรับบุคลากรให้ครบทุกวิชาชีพ  
ให้การสนับสนุนกำลังคนในการบริหารจัดการคลินิกกัญชา เพื่อให้บริการได้เต็มประสิทธิภาพมากขึ้น

๒. การพัฒนาระบบ การบริหารยา การเบิกจ่าย การขนส่ง ให้มีความรวดเร็วรัดกุมมากยิ่งขึ้น

๓. การจัดการผลิตภัณท์กัญชา ผลิตภัณท์กัญชาที่ได้รับการสนับสนุนมีอายุสั้นควรมีแนวปฏิบัติที่  
ชัดเจนในการบริการจัดการผลิตภัณท์กัญชา

๔. สนับสนุนเครื่องมือตรวจสอบ Test Kit

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑  
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ**

๑. ประเด็นตรวจราชการ : กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๒. หัวข้อ : สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : ๑) กรมการแพทย์

๒) กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๓) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๔) กรมสุขภาพจิต

๕) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๖) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

**ตัวชี้วัด** : เมืองสมุนไพรในทุกเขตสุขภาพ (๑๔ จังหวัด) ผลิตยาสมุนไพรจากขมิ้นชันหรือไพลด้วยวัตุดิบปลอดภัยพิช ร้อยละ ๑๐๐

**เป้าหมาย** : โรงพยาบาลที่มีโรงงานผลิตยาสมุนไพรมาตรฐาน GMP ภายใต้มืองสมุนไพร ๑๔ จังหวัด ดำเนินการสุ่มตรวจวัตุดิบสมุนไพร(ขมิ้นชันหรือไพล) ที่นำมาผลิตยาสมุนไพรและมีผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการไม่พบการปนเปื้อนตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สารกำจัดศัตรูพืชและโลหะหนัก) ร้อยละ ๑๐๐

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข ๑๔ จังหวัดเมืองสมุนไพร ในการดำเนินการสุ่มตรวจวัตุดิบสมุนไพร(ขมิ้นชันหรือไพล) ที่นำมาผลิตที่โรงพยาบาลที่มีโรงงานผลิตยาสมุนไพรมาตรฐาน GMP จากเมืองสมุนไพรทั้ง ๑๔ จังหวัดใน ๑๒ เขตสุขภาพ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดสระบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดสกลนคร จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดสงขลา โดยได้สุ่มตรวจวัตุดิบสมุนไพร(ขมิ้นชันหรือไพล) จำนวน ๔๑ ตัวอย่าง

**ตารางแสดงข้อมูลการสุ่มตรวจวัตุดิบสมุนไพรจากเมืองสมุนไพร ๑๔ จังหวัด**

เขตสุขภาพ	จังหวัด	จำนวนวัตุดิบสมุนไพร		
		ไพล	ขมิ้นชัน	รวมทั้งหมด
๑	เชียงราย	๓	-	๓
๒	พิษณุโลก	-	๑	๑
๓	อุทัยธานี	๓	๓	๖
๔	สระบุรี	-	๒	๒
๕	นครปฐม	๑	๑	๒
๖	ปราจีนบุรี	-	๓	๖
	จันทบุรี	-	๓	

เขตสุขภาพ	จังหวัด	จำนวนวัตถุดิบสมุนไพร		
		ไพล	ขมิ้นชัน	รวมทั้งหมด
๗	มหาสารคาม	-	๓	๓
๘	สกลนคร	-	๓	๓
	อุดรธานี	๒	๑	๓
๙	สุรินทร์	๑	๒	๓
๑๐	อำนาจเจริญ	-	๔	๔
๑๑	สุราษฎร์ธานี	-	๓	๓
๑๒	สงขลา	-	๒	๒
<b>รวม</b>	<b>๑๔</b>	<b>๑๐</b>	<b>๓๑</b>	<b>๔๑</b>

จากข้อมูลพบว่า วัตถุดิบสมุนไพรจากเมืองสมุนไพร ๑๔ จังหวัดที่สุ่มตรวจมีจำนวนทั้งสิ้น ๔๑ ตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นสมุนไพรจากขมิ้นชันจำนวน ๓๑ ตัวอย่าง และไพลจำนวน ๑๐ ตัวอย่าง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลวัตถุดิบสมุนไพรแยกตามชนิด ได้แก่ ขมิ้นชัน และไพล คิดเป็นอัตราส่วนที่ร้อยละ ๗๕.๖๑ และ ๒๔.๓๙ ตามลำดับ

การตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการมีส่งวัตถุดิบสมุนไพรไปตรวจใน ๒ แห่ง ตามชนิดของการส่งตรวจ ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และบริษัทห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด (Central LAB Thai) โดยส่งตรวจสารกำจัดศัตรูพืชที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และส่งตรวจโลหะหนักที่บริษัทห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด

#### ตารางข้อมูลส่งวัตถุดิบสมุนไพรตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ

รายละเอียด	จำนวนวัตถุดิบสมุนไพร (ตัวอย่าง)	สารกำจัดศัตรูพืช	โลหะหนัก
ค่าใช้จ่าย/ตัวอย่าง (บาท)	๔๑	๙,๐๐๐	๒,๔๐๐
การดำเนินงาน	๔๑	อยู่ระหว่างดำเนินการ (พ.ค.)	ส่งตรวจแล้ว
ผลการดำเนินงาน	๔๑	-	รอผล (๑ เดือน)

จากข้อมูลพบว่า การส่งวัตถุดิบสมุนไพรตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ (โลหะหนัก) แล้วจำนวน ๔๑ ตัวอย่างที่บริษัทห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด และอยู่ระหว่างวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ ๑ เดือน ส่วนการวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ (สารกำจัดศัตรูพืช) อยู่ระหว่างการจัดสรรงบประมาณกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อดำเนินการ โดยใช้งบประมาณทั้งสิ้นจำนวนทั้งสิ้น ๔๖๗,๔๐๐ บาท และจัดหางบประมาณดังกล่าวเพิ่มเติม

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา
๑. ค่าใช้จ่ายในการสุ่มตรวจตัวอย่างวัตถุดิบสมุนไพรมีราคาสูง	๑. การบูรณาการระหว่างกรมเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ
๒. การตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการอาจใช้ระยะเวลานานเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-๑๙	๒. ใช้วัตถุดิบสมุนไพรจากแหล่งผลิตที่มีการตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการแล้ว
๓. ขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการงานในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพร	๓. พัฒนาแหล่งปลูกสมุนไพรในพื้นที่ให้สอดคล้องตามปริมาณความต้องการในการผลิตและใช้ในโรงพยาบาล
	๔. กรมควรสนับสนุน ร่วมดำเนินการ และเป็นหน่วย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา
	เชื่อมโยงการบูรณาการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพร

### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- เขตสุขภาพที่ ๒ พัฒนาเครื่องช่วยห่อลูกประคบสมุนไพร (โรงพยาบาลพรหมพิราม)
- เขตสุขภาพที่ ๗ มีการบูรณาการและร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการวิเคราะห์คุณภาพสมุนไพร เช่น ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๗ ขอนแก่น และมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์โดยใช้พืชสมุนไพรในพื้นที่ เช่น เซรัมมันแกวพื้นฟูผิว ครีมขิงบรรเทาปวด
- เขตสุขภาพที่ ๘ จัดทำแอปพลิเคชันซื้อขายสมุนไพรระดับจังหวัด และเว็บไซต์ฐานข้อมูลผู้ปลูกสมุนไพร

### ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

#### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

- ให้โรงพยาบาลที่มีโรงงานผลิตยาสมุนไพรมาตรฐาน GMP ภายใต้เมืองสมุนไพร ๑๔ จังหวัด ขอรับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในการใช้สู่มตรวจวัดคุณภาพสมุนไพร
- ให้โรงพยาบาลที่มีโรงงานผลิตยาสมุนไพรฯ ส่งวัตถุดิบสมุนไพรตรวจที่ห้องปฏิบัติการในพื้นที่เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการจัดส่งสมุนไพร
- ให้โรงพยาบาลที่มีโรงงานผลิตยาสมุนไพรฯ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดวิเคราะห์ต้นทุนความคุ้มค่าระหว่างการจัดซื้อสมุนไพรในชุมชนและสมุนไพรที่ผ่านการตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการแล้ว

#### ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- นโยบายการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรจากส่วนกลางขาดความชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง
- ควรบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรมทั้งการของบประมาณ การดำเนินงาน
- ควรบูรณาการงานระหว่างกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ
- กรมควรสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพร
- สนับสนุนการยกเลิกการใช้สารเคมี และร่วมบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑**  
**ประเด็นที่ ๒ ปัญหาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ**

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ปัญหาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๒. หัวข้อ : อาหารปลอดภัย ผักปลอดภัย

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. จากข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชทางห้องปฏิบัติการ ๘ กลุ่ม ๑๓๒ ชนิดสาร ในผักสด/ผลไม้สด ที่เก็บจาก รพ. เป้าหมาย	๑.๑ โรงพยาบาลนำผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีทางการเกษตรตกค้างในผักสดและผลไม้สด ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ นำเสนอผู้บริหาร โดยเฉพาะกรณีตรวจพบการตกค้างไม่ผ่านมาตรฐาน เพื่อการปรับปรุงกระบวนการคัดเลือกผู้ประกอบการและวัตถุดิบ ๑.๒ ออกมาตรการแก้ไขปัญหาสารเคมีทางการเกษตรตกค้างในผักและผลไม้ และคัดเลือกวัตถุดิบที่จะส่งตรวจวิเคราะห์ ๑.๓ ดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ส่งตรวจวิเคราะห์สารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด ด้วยวิธีทางห้องปฏิบัติการ	๑.๑ นำข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ เสนอผู้บริหาร เพื่อพิจารณาปรับปรุงกระบวนการคัดเลือกผู้ประกอบการและวัตถุดิบ ๑.๒ คัดเลือกวัตถุดิบโดยใช้ข้อมูลผลวิเคราะห์ ปีที่ผ่านมา ปริมาณการใช้งาน และลักษณะการบริโภค ๑.๓ สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดส่งตรวจวิเคราะห์จาก รพ. ๑๓ เขตสุขภาพ ๒๗ แห่ง จำนวน ๑๓๕ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ อยู่ระหว่างการตรวจวิเคราะห์
๒. เกษตรกรมีผลผลิตไม่เพียงพอต่อความต้องการของโรงพยาบาลทั้งชนิดและปริมาณ	หน่วยงานในพื้นที่บูรณาการการดำเนินงานทั้งกระบวนการผลิตและการจัดซื้อผ่านผู้รวบรวม	๑. ดำเนินการผ่านบริษัทประชารัฐสามัคคี ๒. พยายามวางแผนการผลิตคู่กับเมนูอาหาร
๓. ขาดงบประมาณในการจัดซื้อชุดทดสอบ	บูรณาการกับหน่วยตรวจ	ขอให้ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์และหน่วยตรวจอาหารเคลื่อนที่ในพื้นที่ช่วยสนับสนุนการตรวจแต่ไม่สามารถตรวจได้สม่ำเสมอ

## ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

๑. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีภาคีเครือข่ายดำเนินการเรื่องปลูกผักปลอดสารพิษ มีการกำหนดรายการอาหารปลอดสารพิษในกระบวนการจัดซื้อของโรงพยาบาล และเป็นตัวอย่างให้กับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๙

๒. โรงพยาบาลศรีสะเกษ สามารถดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจงได้ มีการจัดซื้อจากบริษัท ประชาธิปไตยสามัคคี ซึ่งเป็นบริษัทที่รับผักผลไม้มาจากกลุ่มเกษตรกรอินทรีย์รายย่อยเป็นการสนับสนุนกลุ่มเกษตรกรในพื้นที่

๓. โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร มีการสุ่มตรวจเลือดเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีด้วยชุดทดสอบสาร โคลินเอสเตอเรส มีการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีโดยใช้พืชสมุนไพรไทยรางจืด

๔. จังหวัดเชียงรายมีการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้านอาหารปลอดภัย ในระดับจังหวัด

๕. จังหวัดน่าน

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้จัดอบรม QC Team จังหวัดน่าน เพื่อพัฒนาระบบตรวจสอบและเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักและผลไม้สดแบบทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเกษตรกรผู้ปลูกผักที่จำหน่ายให้แก่โรงพยาบาล

- การขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในสถานบริการ โดยใช้ กระบวนการเครือข่ายอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดน่าน , อสม.นักวิทย์ (คปสอ.น่าน้อย) , การนำระบบสารสนเทศ GIS มาใช้เป็นคลังข้อมูล พชอ.มิติด้านเกษตร (คปสอ.ทุ่งช้าง)

- จังหวัดพะเยาขยายเครือข่ายชุมชนต้นแบบอาหารปลอดภัย เพื่อพัฒนาสินค้าเกษตรและอาหาร ปลอดภัยสู่โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ใน ๙ อำเภอ ๑๘ ชุมชน

๖. จังหวัดแพร่

- จัดทำโครงการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ได้แก่ สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัด สำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานปศุสัตว์จังหวัด สำนักงานประมงจังหวัด บริษัทประชารัฐรักสามัคคี วิสาหกิจเพื่อสังคม ศูนย์วิจัยและพัฒนาการเกษตรแพร่ พัฒนาชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ และภาคเกษตรกร

- จัดกิจกรรมการเฝ้าระวังสารเคมีตกค้างในพืชผักทางการเกษตร/พัฒนาองค์ความรู้ ลดการใช้สารเคมีและเกษตรกรเครือข่ายและชุมชน/โดยโรงพยาบาลจำนวน ๘ แห่ง รับผิดชอบดำเนินกิจกรรม แห่งละ ๒ หมู่บ้าน

๗. จังหวัดลำปางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง จัดทำ ระบบการรับรองแบบมีส่วนร่วม PGS เพื่อเป็นเครือข่าย ส่งผักปลอดภัยให้แก่โรงพยาบาล

๘. จังหวัดขอนแก่น มีกลุ่มเกษตรกรปลอดภัยที่เข้มแข็ง จนได้รับการยกระดับให้เป็นโรงคัดบรรจุผักผลไม้ต้นแบบ คือ กลุ่มเกษตรกรบ้านโนนเขวา ตำบลดอนหัน จังหวัดขอนแก่น โดยได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาคเอกชน (เทสโก้โลตัส)และภาคหน่วยงานภาครัฐ จนทำให้มีผลผลิตที่ปลอดภัยออกจำหน่ายสู่ตลาดอย่างต่อเนื่อง

๙. จังหวัดกาฬสินธุ์ การจัดทำระบบฐานข้อมูลมูลค่าการจัดซื้อวัตถุดิบ Big data ที่เป็น real time



**๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ****๖.๑ สำหรับพื้นที่**

๑. ควรมีมาตรการในการตรวจคัดกรอง/คัดเลือกวัตถุดิบก่อนรับซื้อตามมาตรฐานคู่มือโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย

๒. ควรมีการสื่อสารให้ผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลทราบถึงวัตถุดิบที่นำมาประกอบอาหาร

๓. ควรมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สาธารณสุข เกษตร ประมง ปศุสัตว์ เป็นต้น เพื่อให้เห็นภาพรวมของจังหวัด ในเรื่องการวางแผนเพาะปลูก การกำหนดราคา การตรวจคัดกรอง

๔. ควรมีการนำข้อมูลผลการตรวจเฝ้าระวังมาวิเคราะห์ เพื่อให้ทราบแนวโน้มคุณภาพอาหารในพื้นที่ สำหรับวางแผนการปรับปรุงแก้ไข

๕. ควรกำหนดราคาที่เหมาะสมในการจัดซื้อผลผลิตจากเกษตรกร

๖. ควรมีการสนับสนุนชุดทดสอบในการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ

**๖.๒ สำหรับส่วนกลาง**

๑. ควรมีการบูรณาการระดับนโยบายระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรฯ และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ระดับพื้นที่มีกระบวนการทำงานไปในทิศทางเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ควรมีการพัฒนาชุดตรวจคัดกรองที่ง่าย สะดวกและราคาถูกลง มากกว่าในปัจจุบัน

# ประเด็นที่ ๓

## สุขภาพกลุ่มวัย

สุขภาพแม่และเด็ก , ผู้สูงอายุคุณภาพ

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑**  
**ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย**

๑. ประเด็นตรวจราชการ : กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๒. หัวข้อ : เด็กสูงตีสมส่วน

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม สำนักทันตสาธารณสุข กองกิจกรรมทางกาย สำนักส่งเสริมสุขภาพ

๔. วิเคราะห์สถานการณ์ โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
<p><u>กลไกการดำเนินงาน</u></p> <p>๑. ขาดความครอบคลุมของการดำเนินงาน มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต</p> <p>๒. ขาดการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงตีสมส่วน และแก้ไขปัญหาพร้อมกันระหว่างทีมสหสาขา</p>	<p>๑. ๑ ขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันร่วมกับ คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด</p> <p>๑.๒ จัดทำเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน และผลักดันให้ ทุกตำบลประเมินตนเองเพื่อนำไปสู่การพัฒนา</p> <p>๑.๓ พัฒนาดำเนินงานแบบการดำเนินงานโภชนาการในเด็ก ปฐมวัยแบบบูรณาการในชุมชน</p> <p>๒.๑ MCH Board ระดับเขต/จังหวัด/ อำเภอ กำหนด มาตรการส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงตีสมส่วน และกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน</p>
<p><u>หญิงตั้งครรภ์</u></p> <p>๓. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ไม่ครอบคลุมทุกคน บางจังหวัดไม่จ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก โฟลิก ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๑๒ สัปดาห์ จ่ายเฉพาะโฟลิกเม็ดเดียวเพียงอย่างเดียว และไม่ได้ให้ ไอโอดีนเม็ดเดียว รวมทั้งหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วย นมแม่ ๖ เดือน จ่ายไม่ถึง ๖ เดือน</p> <p>๔. มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าค่า เป้าหมาย (๓๐ จังหวัด)</p> <p>๕. LBW สูงในบางจังหวัด (๒๔ จังหวัด)</p>	<p>๓.๑ ทบทวนและชี้แจงการจ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และ โฟลิก สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วย นมแม่ ๖ เดือน</p> <p>๓.๒ ติดตามการกินยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ของ หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๖ เดือน ทุกราย</p> <p>๔.๑ มี CPG การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เพื่อ เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลทุกแห่งนำไปปฏิบัติตามบริบท ของตนเอง</p> <p>๕.๑ กำกับติดตามภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ ติดตาม แนวโน้มการเพิ่มน้ำหนัก การประเมินพฤติกรรมบริโภค อาหารหญิงตั้งครรภ์</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
<p><u>เด็กอายุ ๐-๕ ปี</u></p> <p>๖. สถานบริการสาธารณสุขมีการดำเนินการเจาะเลือด เพื่อประเมินภาวะโลหิตจางในเด็ก ๖-๑๒ เดือน ยังไม่ครอบคลุมทุกแห่ง</p> <p>๗. การเจริญเติบโตของเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กสูงตีสมส่วนต่ำกว่าเป้าหมาย (๔๓ จังหวัด)</li> <li>- ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี ทั้งเด็กชายและเด็กหญิงเปลี่ยนแปลงน้อยมากและต่ำกว่าเป้าหมายทุกจังหวัด</li> <li>- เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการสูงกว่าเป้าหมาย : เด็กเตี้ย (๔๗ จังหวัด) ผอม (๓๕ จังหวัด) อ้วน (๕๕ จังหวัด)</li> </ul>	<p>๖.๑ ทบทวนและชี้แจงการประเมินภาวะโลหิตจางในเด็ก ๖-๑๒ เดือน เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งดำเนินการประเมินภาวะโลหิตจางในเด็ก ๖-๑๒ เดือน ให้ครบทุกคน</p> <p>๗.๑ ผลักดัน ให้ทุกพื้นที่มีแผนงานโครงการส่งเสริมการเจริญเติบโตและแก้ไขปัญหาเด็กในชุมชน (เตี้ย ผอม อ้วน) อาทิ การสนับสนุนงบประมาณในการซื้อนม, ไข่ เพิ่มเติม เพื่อแจกให้เด็กที่มีปัญหาด้านโภชนาการ</p> <p>๗.๒ จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี ที่เตี้ย/ผอม/ น้ำหนักน้อย ให้กินทุกวัน เป็นเวลา ๑ เดือน</p> <p>๗.๓ ผลักดันให้พื้นที่ใช้งบกองทุนสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหาโภชนาการเด็ก</p>
<p><u>การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต</u></p> <p>๘. เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว/ส่วนสูงไม่เหมาะสมและไม่ได้มาตรฐาน</p> <p>๙. วิธีการชั่งน้ำหนักวัดความยาว/ส่วนสูงไม่ถูกต้อง</p> <p>๑๐. การแปลผลภาวะการเจริญเติบโตไม่ถูกต้อง</p>	<p>๘.๑ สํารวจเครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดส่วนสูงที่ไม่เหมาะสมและไม่ได้มาตรฐาน</p> <p>๘.๒ ในกรณีที่ไม่มียงบประมาณจัดหาเครื่องใหม่ ให้ปรับปรุงอุปกรณ์เดิมให้ได้ตามมาตรฐาน เช่น ที่วัดส่วนสูงเด็ก ส่วนใหญ่ไม่มีความละเอียดเป็นมิลลิเมตร ควรใช้สายวัด หรือสายตลับเมตร ติดแทนได้</p> <p>๘.๓ จัดทำแผนงบประมาณในการจัดซื้อ หรือผลักดันให้พื้นที่ใช้งบกองทุนสุขภาพตำบล เนื่องจากต้องมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก ทุก ๓ เดือน</p> <p>๙.๑ พัฒนาศักยภาพ อสม.(แม่และเด็ก) ครูพี่เลี้ยง และครูโรงเรียนระดับอนุบาล ในการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงที่ถูกต้อง</p> <p>๑๐.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก อสม.(แม่และเด็ก) ครูพี่เลี้ยง และครูโรงเรียนระดับอนุบาล ในการแปลผลภาวะการเจริญเติบโต</p>

### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๕.๑ จังหวัดนครสวรรค์ มี อสม.บัตตี้ เป็นการบูรณาการระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

๕.๒ จังหวัดชัยภูมิ ดำเนินการโครงการมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันพลัส มุ่งสู่ หลานปู่แล สุขภาพดี มีปัญญา ทุกอำเภอ มีแนวทางแก้ปัญหาโภชนาการในแม่และเด็ก เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด ภายใต้ concept “หลานปู่แล สุขภาพดี มีปัญญา” การทำ Care plan ทำให้พบกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงในระดับสูง (สีแดง) ซึ่งจะได้รับ การดูแล แบบ Holistic ตาม bio- psycho- social ที่กำหนดไว้ และการใช้กองทุนตำบลในการแก้ไขปัญหาภาวะ โภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ โดยการใช้นม ๙๐ วัน ๙๐ กล้อง ครอบคลุมทั้งจังหวัด

๕.๔ อำเภอพิมาย จ.นครราชสีมา ดำเนินงาน “จดทะเบียนสร้างชาติ” โดยการแจกวิตามินเสริมธาตุเหล็กใน ร้าน Pre wedding การสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในชุมชน โดยผ่านโครงการ “แม่แสงธรรมบวร” กองทุนนมก้นบาตร/ สังฆทานนมจืด การแจกเกลือไอโอดีนในครัวเรือน เน้นหญิงตั้งครรภ์

๕.๕ อำเภอปากช่อง จ.นครราชสีมา มีการจัดทำ Individual และ Family Care Plan และมีจุดเด่นที่การจัดทำ Community Care Plan เพื่อเป็นการประเมินความพร้อมของชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือแม่และเด็ก รวมถึงการจัดตั้งกองทุนนมเพื่อหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย กิจกรรมเล่นิทานให้น้องฟัง และการคัดกรองภาวะ โลหิตจางในเด็กอายุ ๖ เดือน - ๒ ปี ด้วยการเจาะ CBC ที่ครอบคลุมเด็กในพื้นที่

๕.๖ อำเภอเมือง จ.สุรินทร์ เป็นพื้นที่นาร่องในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน โดยใช้กิจกรรม ๔ มหัศจรรย์ และการจัดทำ Care Plan ในกลุ่มเสี่ยง

๕.๗ จังหวัดอุบลราชธานี มีแนวทางการส่งเสริมโภชนาการ และป้องกัน Low birth weight โดยจัดให้มีการ ตักบาตรนมจืดในวันสำคัญต่างๆ แล้วย่านไปแจกให้หญิงตั้งครรภ์/หญิงหลังคลอด/เด็กปฐมวัย

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

#### ๖.๑.๑ พัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย

- วิเคราะห์สถานการณ์โภชนาการสตรีและเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้แก่ ความครอบคลุมการได้รับยา ไอโอดีน เหล็ก และโพลีของหญิงตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ LBW ความครอบคลุมการได้รับยาน้ำ เสริมธาตุเหล็ก ความครอบคลุมการได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ร้อยละเด็กสูงตีสมีส่วน เตี้ย ผอม อ้วน รวมทั้งภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของเด็ก ในพื้นที่แต่ละระดับทั้งสาเหตุของปัญหาและ gap การดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานทั้งการส่งเสริมให้เด็กสูงตีสมีส่วนและแก้ไขปัญหา (เขต ๑,๓)

- ประสานนักโภชนาการของรพ.ในการประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารหญิงตั้งครรภ์และเด็ก รวมทั้งการให้คำแนะนำทางโภชนาการ

- พัฒนาศูนย์สุขภาพคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กดีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำแนวทางการ ส่งเสริมการบริโภคอาหารหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ ๐-๕ ปี รวมทั้งการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการใน หญิงตั้งครรภ์และเด็กเป็นรายบุคคล รวมถึงการสร้างความรู้ให้กับ อสม. เพื่อร่วมช่วยดำเนินการในการให้คำแนะนำ กับหญิงตั้งครรภ์และพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กต่อไป

- พัฒนาระบบการเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับติดตามและคืนข้อมูลเด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงตีสมีส่วน ครอบคลุม ทั้งระดับอำเภอและตำบล

- เร่งรัดการสร้างกลไกการส่งเสริมการเจริญเติบโต แก้ไขภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุ ๐-๕ ปี ใน ทุกอำเภอร่วมกับคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัย

- ผลักดันการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน ให้ครอบคลุมทุกตำบล

๖.๑.๒ ส่งเสริมการบริโภคอาหารในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งมีระบบติดตามการดำเนินงาน

- ส่งเสริมโภชนาการช่วงไตรมาสที่ ๒ เน้นเพิ่มไข่ ๒ ฟอง นม ๒ กล่อง

- พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขใน ANC WCC และ อสม. ให้มีความรู้และทักษะด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย เน้นทักษะการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหญิงตั้งครรภ์และเด็กเป็นรายบุคคล และการสื่อสารผลการประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แก่หญิงตั้งครรภ์และพ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก

- ส่งเสริมให้ ศพด./รร. สนับสนุนการจัดอาหารกลางวัน ที่เหมาะสมตามวัยและตามหลักโภชนาการ โดยใช้โปรแกรม Thai school lunch, Kids diary

๖.๑.๓ แก้ไขปัญหาเด็กเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย

- ผลักดันมาตรการแก้ไขเด็กเตี้ยเป็นมาตรการเร่งด่วนโดย MCH Board เขต/จังหวัด service plan กุมารแพทย์ จัดทำ CPG, Individual care, treatment plan, แนวทางส่งต่อ (เขต๑)

- โดยเสริมวันละไข่ ๑ ฟอง นม ๒ กล่อง ใช้งบกองทุนสุขภาพตำบล (เขต๑)

- สถานบริการสาธารณสุขวางแผนให้การดูแลและติดตามเป็นรายบุคคล (เขต๑)

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๖.๒.๑ ส่วนกลางทำหนังสือชี้แจงการจ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และโพลีในหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๖ เดือนแรก

๖.๒.๒ ปรับ Template การได้รับยาไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่จะจ่ายยาครั้งละ ๑ กระปุก (๓๐ เม็ด) ทำให้ในช่วงไตรมาสหลังที่นัดผู้รับบริการถี่ขึ้น ทุก ๑-๒ สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์จะมียาเหลืออยู่ อาจไม่ได้คียข้อมูลยา ทำให้ข้อมูลการได้รับยาในโปรแกรม HDC ไม่ครอบคลุม

๖.๒.๓ ปรับตัวชี้วัดเพื่อใช้เฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่ชัดเจน

๖.๒.๔ ระบบข้อมูลโภชนาการเด็กควรใช้ฐานข้อมูลจำนวนประชากรจากแหล่งเดียวกัน ปัจจุบันจำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปีทั้งหมดในตัวชี้วัดสูงสุดมีส่วนร่วม ไม่ตรงกับเด็กอายุ ๐-๕ ปีทั้งหมดในตัวชี้วัดเด็กอ้วน ผอม และเตี้ย และจำนวนเด็กอายุ ๐-๒ ปีทั้งหมดในตัวชี้วัดสูงสุดมีส่วนร่วมเมื่อนำมารวมกับจำนวนเด็กอายุ ๓-๕ ปีทั้งหมดในตัวชี้วัดสูงสุดมีส่วนร่วมไม่เท่ากับจำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปีทั้งหมดในตัวชี้วัดสูงสุดมีส่วนร่วม จึงทำให้การนำข้อมูลจากระบบรายงานมาใช้ประโยชน์ยังไม่น่าเชื่อถือ

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑**  
**ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย**

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย (พัฒนาการเด็กปฐมวัย)
๒. หัวข้อ : พัฒนาการเด็กปฐมวัย
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ  
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย  
หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p><b>๑. กลุ่มเป้าหมาย/ผู้รับบริการ</b> <b>๑.๑ พ่อแม่ผู้ปกครอง/ครอบครัว</b></p> <p>๑) ความรอบรู้เรื่องการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ซึ่งพบว่าพ่อแม่เข้าใจ มีทักษะและใช้คู่มือ DSPM เพียง ๕๐%</p> <p>๒) พ่อแม่ผู้ปกครองขาดความตระหนักไม่เห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการ ไม่ได้ใช้คู่มือ DSPM</p>	<p>๑. สร้างความรอบรู้และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงในกลุ่มครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาศักยภาพพ่อแม่ ในการอบรมเลี้ยงดูและบทบาทครอบครัวผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ในโรงพยาบาลและชุมชน</li> <li>- มีการติดตามการใช้คู่มือ DSPM</li> <li>- เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ DSPM E-book เพื่อให้มีการเข้าถึงเพิ่มขึ้น</li> <li>- ผลักดันนโยบาย มหัตถจริย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิตในชุมชน</li> </ul>	<p>จากผลการดำเนินงานในภาพรวมปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไตรมาสที่ ๑ ส่วนมากแล้วเป็นไปตามเป้าหมาย พบมีบางเขตสุขภาพที่ผลการดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายได้แก่ <b>เขตสุขภาพที่ ๔</b> ร้อยละการคัดกรองพัฒนาการ</p>
<p><b>๒. ระบบบริการ</b> <b>๒.๑ หน่วยบริการของรัฐ</b></p> <p>๑) ANC คุณภาพ : เพื่อลดการเกิด Birth defect/LBW/BA เป็นต้น</p> <p>๒) Well Child Clinic และแผนกหลังคลอด ยังไม่มีการสอนและฝึกการใช้คู่มือ DSPM ของพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กแบบ individual มีเพียงการแนะนำให้ความรู้เรื่องคู่มือ DSPM ในกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>๓) ขาดการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สมวัย ควรมีการจัดตั้งคลินิกส่งเสริมเด็กอัจฉริยะเนื่องจากมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและสถานที่</p> <p>๔) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย</p>	<p>๒. พัฒนาการสอนและฝึกการใช้คู่มือ DSPM ของพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กในรูปแบบ Active Learning ในแผนกหลังคลอดและ WCC</p> <p>๓. ควรมีการจัดตั้งคลินิกส่งเสริมเด็กอัจฉริยะ เนื่องจากมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและสถานที่</p> <p>๔. การติดตามกำกับการทำงานใน ANC และ WCC เช่น การกำหนดตัวชี้วัดลดการเกิด Birth defect/LBW/BA เพื่อวัดผลกระบวนการ ANC คุณภาพ ในระดับการทำงานในพื้นที่</p> <p>๕. ยกระดับคุณภาพ WCC โดยการพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีพยาบาลเฉพาะทางพัฒนาการเด็ก และยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยอบรมครูผู้ดูแลเด็กโดยใช้หลักสูตรบูรณาการด้านสาธารณสุขและครูปฐมวัย</p>	<p>(๘๔.๐๕%) ร้อยละเด็กพัฒนาการสมวัย (๘๑.๘๖%) ร้อยละพัฒนาการสงสัยล่าช้า (๑๖.๒๙%) และร้อยละการติดตาม(๘๗.๓๔%) ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p><i>(ข้อมูลผลการดำเนินงาน เดือนตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๓ จาก HDC ณ วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๓)</i></p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	๖. ควรกำหนดให้เป็นวาระการประชุมระดับจังหวัดติดตามกำกับการยกระดับคุณภาพมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อให้เกิดการบูรณาการการพัฒนาและติดตามประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติร่วมกัน	
๒.๒ หน่วยบริการเอกชน สถานบริการเอกชน คลินิก ยังไม่มีการใช้คู่มือ DSPM	๗. ส่วนกลางควรประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการเอกชนในการพัฒนาคู่มือ DSPM ให้มีรูปแบบที่เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์ได้ทุกภาคส่วนและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์คู่มือ DSPM E-book ในหน่วยบริการเอกชน	
<p><b>๓. ระบบบริหารจัดการ</b></p> <p><b>๓.๑ ด้านนโยบาย/การขับเคลื่อน</b></p> <p>๑) คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัย ยังไม่บูรณาการการดำเนินงานขับเคลื่อนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p> <p>๒) การบูรณาการ ๔ กระทรวง เช่น คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนารเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กดยช.)</p> <p>๓) การใช้กลไกอนุกรรมการเด็กปฐมวัยในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๔ กระทรวงน้อยมาก</p> <p>๔) การขับเคลื่อนผ่านราชวิทยาลัยแพทย์และหน่วยงานภาคีเครือข่าย</p> <p>๕) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ Air-war เพื่อสร้างความตระหนัก</p> <p>๖) การประชุม MCH Board ระดับจังหวัดไม่มีความต่อเนื่อง</p>	<p>๘. หน่วยงานส่วนกลาง รายงานผลดำเนินการต่อคณะ กดยช.ระดับชาติ เพื่อขอความช่วยเหลือหน่วยงานอื่น</p> <p>๙. การขอการสนับสนุนการดำเนินงานผ่านภาคีเครือข่าย เช่น ราชวิทยาลัยแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน</p> <p>๑๐. ผู้บริหารทุกระดับ ทุกสังกัด ควรให้ความสำคัญการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย</p> <p>๑๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการติดตามรายงานผลดำเนินการต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด หรือ MCH board เพื่อขอความช่วยเหลือหน่วยงานอื่น</p>	



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p><b>๓. ระบบบริหารจัดการ</b></p> <p><b>๓.๒ ด้านระบบข้อมูล</b></p> <p>๑) การประมวลผลในระบบของ HDC ยังไม่เป็นปัจจุบันทำให้วิเคราะห์สถานการณ์และการติดตามยังไม่เป็นปัจจุบัน</p> <p>๒) การบันทึกข้อมูลในระบบรายงานของเจ้าหน้าที่ยังไม่ทันเวลาในเขตสุขภาพที่ ๕ (เช่นจังหวัดสมุทรสงคราม) ซึ่งมีผลต่อเด็กปฐมวัยอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองและพัฒนาการยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายในบางจังหวัด/อำเภอ</p> <p><b>๓.๓ ด้านระบบการพัฒนาบุคลากร</b></p> <p>๑) ระบบพัฒนาบุคลากรเป็นเพียงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ผ่านการอบรม/สัมมนา ยังไม่มีระบบการติดตาม</p> <p>๒) การสื่อสารกับผู้ปกครองเจ้าหน้าที่ไม่มีความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ปกครอง</p> <p>๓) การพัฒนาองค์ความรู้และความเข้าใจขั้นตอนในการดำเนินงานตามระยะเวลาของบุคลากรที่รับงานใหม่</p>	<p>๑๒. หน่วยพัฒนาระบบข้อมูลระดับส่วนกลางร่วมติดตามเยี่ยมการดำเนินงานในพื้นที่วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานด้านข้อมูลในพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ และการรายงานข้อมูลตามระยะเวลา</p> <p>๑๓. การสร้างระบบที่เอื้ออำนวยต่อการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา intervention และระบบการให้คุณค่ากับบุคลากรที่มีความสำคัญมาก</p> <p>๑๔. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการประเมินค้นหาและติดตามแก้ไขพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้า</p>	

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

๑. พัฒนาเรื่องระบบติดตามมีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการโดยทีมแพทย์แผนไทยและทีมนักจิตวิทยาในเขตสุขภาพที่ ๒
๒. จังหวัดราชบุรีมีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันในคณะกรรมการ MCH Board และ service plan ในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ ๕
๓. มีการสนับสนุนให้การเมืองในพื้นที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ สร้างการทำงานร่วมกันกับทุกภาคส่วน และให้ความสำคัญกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นกับประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๙

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. ติดตามและเน้นการใช้คู่มือ DSPM ต่อเนื่องตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์/แผนกหลังคลอด/คลินิกเด็กดี/ขยายการดำเนินงาน MCHC ที่อายุ ๑ เดือนไปยัง รพช. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการใช้คู่มือ (เขตสุขภาพที่ ๑)
๒. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาการเด็กให้กับพ่อแม่/ผู้ปกครอง ส่งเสริม ๔ อย่างเพื่อสร้างลูกผ่านระบบ Facebook และกระตุ้นพ่อแม่ใช้ DSPM (เขตสุขภาพที่ ๒ และเขตสุขภาพที่ ๑๐)
๓. ควรเร่งรัดการสร้างกลไกส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตในทุกอำเภอร่วมกับคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัย (ศึกษา ท้องถิ่น และ พมจ.) (เขตสุขภาพที่ ๓)
๔. ติดตามและขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาศูนย์เด็กเล็กตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ๑๐๐% ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (เขตสุขภาพที่ ๓)
๕. เน้นผู้ปกครองในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการได้ด้วยตนเองโดยดึงครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล เข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นพัฒนาการและเน้นกิจกรรมส่งเสริมทักษะด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา เพราะมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาไอคิวเด็กไทย (เขตสุขภาพที่ ๓)
๖. PM จังหวัด ดำเนินการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อคุณภาพในการประเมินคัดกรองและการลงข้อมูลในระบบของเจ้าหน้าที่ให้มีความเข้าใจ ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลาในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การลงข้อมูลในระบบรายงานของเจ้าหน้าที่ทันเวลา ถูกต้อง เนื่องจากใช้ระบบต่างกัน (เขตสุขภาพที่ ๕)
๗. ควรค้นหา ประเมินคัดกรองเชิงรุก เพิ่มการประเมินคัดกรองหรือค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เช่นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเพื่อให้ได้บริการที่รวดเร็วทันเวลา (เขตสุขภาพที่ ๕)
๘. ควรมีการทำงานบูรณาการที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นทั้งในหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบูรณาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตาม MOU ๔ กระทรวงหลัก เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น/พมจ.จังหวัด/หน่วยงานของกระทรวงศึกษาธิการในจังหวัด รวมถึงภาคีเครือข่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตแม่และเด็ก (เขตสุขภาพที่ ๕)
๙. ควรมีการชี้นำด้วยข้อมูลและองค์ความรู้วิชาการในการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการในพื้นที่ในบางพื้นที่ เช่น อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี รวมถึงการขับเคลื่อนผ่านคณะทำงาน พขอ. หรือคณะทำงานในระดับจังหวัด (เขตสุขภาพที่ ๕)
๑๐. ควรมีการพัฒนามาตรฐานระบบบริการในโรงพยาบาลทุกระดับและในชุมชน PM จังหวัด/อำเภอสนับสนุนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลทุกแห่งอย่างต่อเนื่อง (เขตสุขภาพที่ ๕)
๑๑. พัฒนาการสื่อสารด้านนโยบายและองค์ความรู้ PM จังหวัด/อำเภอ ถ่ายทอดนโยบายและองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับและ Coaching เพื่อการพัฒนาคุณภาพในการประเมินคัดกรอง ติดตามการดำเนินงานและการลงข้อมูลในระบบของเจ้าหน้าที่ให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา (เขตสุขภาพที่ ๕)

๑๒. พัฒนาการความรู้และทักษะของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ควรมีการพัฒนาศักยภาพ และทักษะแพทย์ พยาบาล ทีม MCH BOARD ให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (เขตสุขภาพที่ ๕)
๑๓. ขับเคลื่อนกลไกอนุกรรมการเด็กปฐมวัย คืบข้อมูลและวางแผนร่วมในการแก้ปัญหาเด็กกับ อปท./พม.ขอสนับสนุนงบประมาณช่วยเหลือแม่และเด็ก (เขตสุขภาพที่ ๘)
๑๔. เพิ่มคุณภาพ WCC เน้น HL ส่งเสริมพัฒนาการลูกด้วย DSPM รายบุคคล (เขตสุขภาพที่ ๘)
๑๕. ควรพัฒนาระบบข้อมูล การปรับปรุงฐานข้อมูลให้ real time และมีประสิทธิภาพ (เขตสุขภาพที่ ๙)
๑๖. ควรประชุม MCH Board ระดับจังหวัด/อำเภอให้มีความต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ ครั้ง/ปี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารนโยบายและการกำหนดแนวทางขับเคลื่อนงาน MCH ร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง (เขตสุขภาพที่ ๑๐)
๑๗. ส่งเสริมการทำกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่อย่างเข้มแข็งให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ (เขตสุขภาพที่ ๑๐)
๑๘. เพิ่มความเข้มแข็งในการประเมินพัฒนาการ DSPM (โดยเฉพาะในการประเมินซ้ำ) และเพิ่ม การตรวจคัดกรองพัฒนาการในกลุ่มอายุ ๖๐ เดือน (เขตสุขภาพที่ ๑๐)
๑๙. ควรมีการกำหนดมาตรการให้ รพ.สต.นำเด็กพัฒนาการล่าช้าส่งต่อที่ รพช.เพื่อกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA๔1 ทุกราย (เขตสุขภาพที่ ๑๐)
๒๐. ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคล (พัฒนาการ/โภชนาการ) เพื่อค้นหาสาเหตุและแก้ไข เป็นรายกรณี (case management) (เขตสุขภาพที่ ๑๐)

## ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. ปรับ KPI ในการวัดการใช้คู่มือ DSPM ในการเลี้ยงลูกแทนการประเมินโดยบุคลากร
๒. จัดทำ OKR แต่ละระดับ
๓. พัฒนาหลักสูตร coaching ให้กับบุคลากร รพช. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและใช้คู่มือ DSPM ใน พ่อแม่
๔. ควรมีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติเพื่อให้ ทราบบทบาทหน้าที่และกรอบการทำงานที่ชัดเจนของแต่ละกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
๕. ควรมีกระบวนการถ่ายทอดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ เพื่อให้ถึงผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่
๖. ควรสร้างและพัฒนาสื่อ/คู่มือ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างเพียงพอและ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
๗. ส่งเสริม สนับสนุน กำกับให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยแห่งชาติ
๘. พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลหน่วยพัฒนาระบบข้อมูลระดับกระทรวงร่วมติดตามเยี่ยม การดำเนินงานในพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานด้านข้อมูลในพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบ ข้อมูลให้เชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ การรายงานข้อมูล การปรับปรุงฐานข้อมูล ให้ real time และมีประสิทธิภาพ

## รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพแม่และเด็ก

๒. หัวข้อ : ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

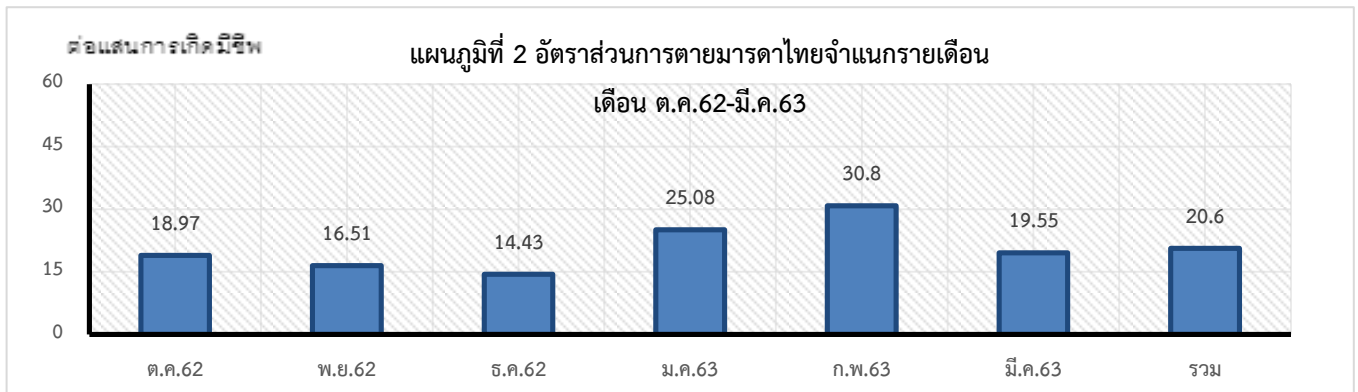
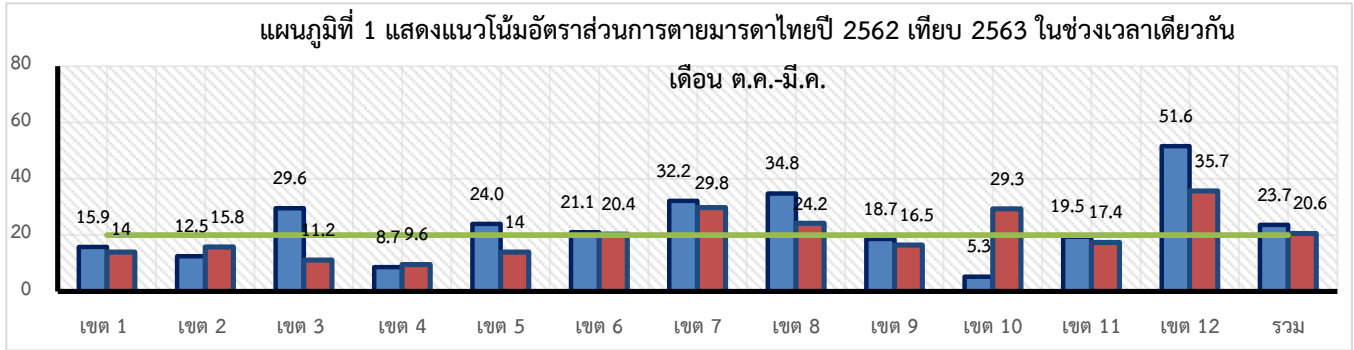
หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม (๑) สำนักโภชนาการ

(๒) สำนักอนามัยเจริญพันธุ์

(๓) สำนักทันตสาธารณสุข

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ตามที่กรมอนามัยได้ดำเนินงานและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กอย่างยั่งยืน โดยพัฒนาคุณภาพการให้บริการฝากครรภ์ การคลอดและการดูแลหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดาและทารกปริกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย ตามประเด็นตรวจราชการสุขภาพแม่และเด็ก หัวข้อ“ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย” ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าประสงค์ คือ การตั้งครรถ์คุณภาพ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย พร้อมทั้งกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดอัตราการตายมารดาปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ จากข้อมูลผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การตายมารดายังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ถึงแม้ที่ผ่านมาอัตราการตายมารดาจะมีแนวโน้มลดลงแต่ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนด โดยอัตราการตายมารดาในปีพ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๒ เท่ากับ ๑๘.๑, ๒๒.๒, ๒๓.๓, ๒๔.๖, ๒๖.๖, ๒๑.๘, ๑๙.๙ และ ๒๐.๓ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ การดำเนินงานในรอบ ๖ เดือนแรก (เดือน ต.ค.๖๒-มี.ค.๖๓) พบมารดาเสียชีวิตจำนวน ๕๒ ราย คิดเป็นอัตราการตายของมารดา เท่ากับ ๒๐.๖ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งผลการดำเนินงานดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมาและเขตบริการสุขภาพที่สามารถลดอัตราการตายมารดาลงจากปีที่ผ่านมาได้มากที่สุดได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ ซึ่งสามารถลดอัตราการตายมารดาได้ถึงร้อยละ๔๒ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตามเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ กลับมีแนวโน้มอัตราการตายมารดาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อจำแนกอัตราการตายมารดาตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราการตายมารดาลดลงจากปีที่ผ่านมาและไม่เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดในปี ๒๕๖๓ ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ ๑, ๓, ๕ และ ๙ เมื่อพิจารณาการตายมารดาในแต่ละเดือนพบว่า เดือนกุมภาพันธ์มีอัตราการตายมารดาสูงสุดเท่ากับ ๓๐.๘ รองลงมาได้แก่เดือนมกราคม เท่ากับ ๒๕.๐๘ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

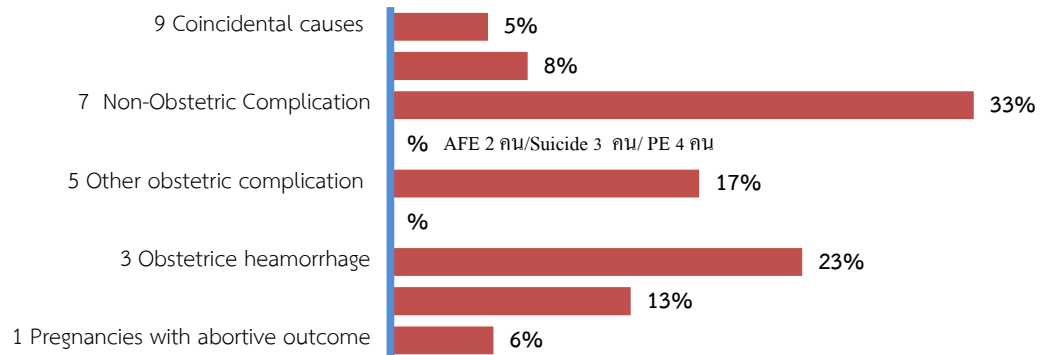


ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เดือน ต.ค.๖๒-มี.ค.๖๓

ส่วนสาเหตุการตายมารดาพบว่าเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรงร้อยละ ๕๙ จากสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ ๓๓ และนอกจากนี้ยังพบการตายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ ร้อยละ ๘ สาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรง (Direct cause) จากกลุ่มที่ ๓ Obstetric hemorrhage ( การตกเลือด) จำนวน ๑๒ ราย รองลงมาได้แก่ กลุ่มที่ ๒ Hypertensive disorder in pregnancy (ความดันโลหิตสูง) จำนวน ๗ ราย ส่วนสาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) ที่พบมากที่สุดคือ จากการติดเชื้อ รองลงมาได้แก่ มะเร็ง และ โรคหัวใจ เป็นต้น

แผนภูมิแสดงจำนวนมารดาตายจำแนกตาม ICD-MM : WHO

กลุ่ม 9 ไม่นับรวมในการคำนวณ MMR ประเทศ



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เดือน ต.ค.๖๒-มี.ค.๖๓

นอกจากนี้พบว่าปัจจัยหลักที่สัมพันธ์กับการตายมารดายังคงเป็นปัญหา ๓ Delays คือ (๑) บุคลากรขาดทักษะ ประสบการณ์ในการวางแผนและตัดสินใจแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด ตลอดจนสถานพยาบาลขาดความพร้อมทางด้านเวชภัณฑ์และคลังเลือด ในบางพื้นที่เกิดปัญหาการบริหารจัดการภายในและระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สูติแพทย์ อายุรแพทย์ จิตแพทย์ ขาดการจัดทำแนวทางแก้ปัญหาเฉพาะด้าน เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ การติดเชื้อเสพติด และการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต จึงไม่เกิดแนวปฏิบัติในการแก้ปัญหาเหตุเกิดซ้ำ (๒) หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า ผ่าครรภ์ไม่ครบ ๕ ครั้ง และในบางรายไม่เข้ารับบริการผ่าครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ วัฒนธรรม ความเชื่อ (๓) การเดินทาง/ การเข้าถึงบริการ ปัญหาการเดินทาง พื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี แรงงานย้ายถิ่น

ปัญหาอุปสรรค	แผนกิจกรรมการดำเนินงาน/การแก้ไขปัญหา
<p>๑. ปัญหา ๓ Delay</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● พบการตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay in seeking care) ร้อยละ ๕๘.๑ เช่นเข้ารับบริการ ผ่าครรภ์ล่าช้า ผ่าครรภ์ไม่ครบ ๕ ครั้ง หรือไม่เข้ารับบริการผ่าครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ</li> <li>● การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ ๕.๔ ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการเดินทาง อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี (Transportation)</li> <li>● การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ ๘๓.๖ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ ๘๙.๔ เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดทักษะและประสบการณ์ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่</li> <li>- ร้อยละ ๔๕.๖ เกิดจากเวชภัณฑ์ คลังเลือด ปัญหาในการบริหารเวชภัณฑ์ ระบบการสำรองเลือดและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>แผนกิจกรรมการดำเนินงาน/การแก้ไขปัญหา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ส่งเสริมการจัดบริการคุณภาพ ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านกลไกการบูรณาการคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) และระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทุกระดับโดย <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับโครงสร้างคณะกรรมการและบทบาทการทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการเชื่อมต่อระบบบริการสุขภาพตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟู ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม</li> <li>- ควบคุม กำกับ ติดตามการจัดบริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</li> <li>- สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรด้านสูติกรรม ดำเนินการตาม CPG กลางของจังหวัด</li> </ul> </li> <li>● พัฒนาทักษะแพทย์/พยาบาล ใหม่ด้วยการหมุนเวียนปฏิบัติงานด้านสูติกรรมในโรงพยาบาลทั่วไป ก่อนส่งไปอยู่ โรงพยาบาลชุมชน และมีการจัดประชุมวิชาการด้านสูติศาสตร์ ปีละ ๑ ครั้ง</li> <li>● การซ่อมแผนตาม Standing order การส่งต่อ และการจัดการภาวะฉุกเฉินในห้องคลอดอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</li> <li>● จัดทำกระบวนการช่วยเหลือระหว่างการส่งต่อ</li> <li>● การจัดตั้งธนาคารเลือดในพื้นที่เกาะและถิ่นทุรกันดาร</li> <li>● การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงจากกระบวนการผ่าครรภ์ในระดับ รพ.สต.</li> <li>● ผลักดันให้เกิดการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลการผ่าครรภ์ข้ามเขต โดยเฉพาะในพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัด เพื่อการดูแลต่อเนื่องรายบุคคล และวางแผนการรักษาส่งต่อที่เหมาะสมตามมาตรฐาน</li> </ul>

ปัญหาอุปสรรค	แผนกิจกรรมการดำเนินงาน/การแก้ไขปัญหา
<p>๒. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และกรดโฟลิก ไม่ครอบคลุมทุกคน และยังไม่ได้ตามเป้าหมาย (ร้อยละ ๑๐๐) ข้อมูลปี ๒๕๖๑, ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ พบที่ร้อยละ ๗๐.๕๔, ๗๕.๙, ๗๗.๘๗ ตามลำดับ</p> <p>แหล่งข้อมูล : HDC (๑๐ มี.ค. ๒๕๖๓)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ทบทวนและชี้แจงการจ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และกรดโฟลิก สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๖ เดือน</li> <li>● ติดตามการกินยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และกรดโฟลิก ของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๖ เดือน ทุกราย</li> </ul>
<p>๓. ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ จากงานวิจัยพบว่า ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ จะส่งผลต่อตัวแม่ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และอาจมีอันตรายถึงชีวิต หากมีการเสียเลือดระหว่างคลอดหรือหลังคลอด รวมทั้งตัวทารกมีโอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนด ส่งผลต่อสติปัญญา และการเจริญเติบโตของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จากข้อมูลพบภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ในปี ๒๕๖๑, ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ อัตราที่สูงที่ร้อยละ ๑๖.๐๓, ๑๖.๔๕ และลดลงเล็กน้อยในปี ๒๕๖๓ ที่ร้อยละ ๑๔.๖๗</p> <p>แหล่งข้อมูล : HDC (๑๐ มี.ค. ๒๕๖๓)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มี CPG การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลทุกแห่งนำไปปฏิบัติตามบริบทของตนเอง</li> </ul>
<p>๔. หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวยุคใหม่ และชุมชน การคลอดที่บ้าน /ฝากครรภ์ไม่ครบ ความเชื่อและความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองและการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เน้นนโยบาย No home birth ในพื้นที่ทุรกันดาร โดยให้คลอดใน รพ.สต.เป็นขั้นต่ำ หากมีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลส่งต่อสูติแพทย์ใน รพ.แม่ข่าย หรือ รพท./รพศ. อย่างทันท่วงที</li> <li>● สร้างเครือข่ายกับผดุงครรภ์โบราณให้ช่วยแนะนำส่งต่อไปยังระบบบริการสาธารณสุขเพื่อลดความเสี่ยง</li> </ul>
<p>๕. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสร้างเสริมและป้องกันโรคสุขภาพช่องปาก</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● รมรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การบูรณาการงาน และการ flow ของหญิงตั้งครรภ์ในวัน ANC มีการ monitor ครอบคลุมการตรวจฟัน และขัดทำความสะอาดฟันของหญิงตั้งครรภ์ ในงาน ANC การชี้แจงซ้ำ หรือทำหนังสือชี้แจงถึง นพ.สสจ. การชี้แจง ตอบปัญหา ในกลุ่มผู้ประสานระดับจังหวัด อำเภอ (line group)</li> </ul>

ปัญหาอุปสรรค	แผนกิจกรรมการดำเนินงาน/การแก้ไขปัญหา
<p><b>๖. การส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ จะส่งผลกระทบต่อโอกาสคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และทารกอาจมีภาวะโลหิตจางตั้งแต่แรกเกิด ข้อมูล ปี ๒๕๖๑, ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ พบที่ร้อยละ ๑๕.๙๘, ๑๔.๘๖, ๑๔.๐๘ ตามลำดับ</li> <li>- แม่วัยรุ่นที่มีการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่ยังต่ำ จากข้อมูลปี ๒๕๖๑, ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ พบที่ร้อยละ ๓๐.๓๑, ๓๕.๓๒ และ ๓๖.๕๓ ตามลำดับ</li> </ul> <p>แหล่งข้อมูล : HDC (๑๐ มี.ค. ๒๕๖๓)</p>	<p><b>แผนกิจกรรมการดำเนินงาน/การแก้ไขปัญหา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● การขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ผ่านกลไก พขอ. โดยบูรณาการกลุ่มวัย (Life course approach) และเชื่อมโยงประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกัน เช่น BMI เกินในวัยเจริญพันธุ์ โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม ภาวะเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ LBW กับสูติสมส่วน และ NCD เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาแนวทางเฝ้าระวังในชุมชนและเชื่อมต่อบริการเชิงระบบ</li> <li>● เร่งดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและระดับจังหวัด ลดการตั้งครรภ์วัยรุ่น ตั้งครรภ์ไม่พร้อม</li> <li>● ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (R-SA) และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</li> <li>● จัดบริการให้คำปรึกษา และการจัดบริการคุมกำเนิดให้กับหญิงหลังคลอด/หลังแท้งทุกราย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</li> </ul>

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

- การคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์โดยใช้แอปพลิเคชัน (Save mom)
- การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ผ่านทางไลน์และเฟสบุ๊กโดยโปรแกรม ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก
- การมีระบบ One province one labour room โดยมี โรงพยาบาลแม่ข่าย(Node) คอยเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลลูกข่ายในการดูแลขณะคลอด
- มีนโยบายลดการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้ Progesterone ในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดสุพรรณบุรี ทำให้การ คลอดก่อนกำหนด มีแนวโน้มลดลง

#### ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

- การจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ANC High Risk รายบุคคล โดยการใช้เทคโนโลยี สร้างระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล พร้อมทั้งมีมาตรการให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์



- การประชาสัมพันธ์ชุดสิทธิประโยชน์ของกลุ่มแม่และเด็กอย่างต่อเนื่องเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้ เข้าใจ และเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม
- การแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ให้เป็นวาระแห่งชาติ
  - มาตรการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์การได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน กรดโฟลิก อย่างครอบคลุมทุกคน
  - การรณรงค์สร้างความรอบรู้ ความตระหนักผ่านสื่อสังคม
  - กำหนดแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเพื่อให้สถานพยาบาลนำไปเป็นแนวทางการปรับใช้ในพื้นที่ที่ชัดเจน พร้อมทั้งกำกับ ติดตาม ประเมินผล การแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง
- กระบวนการถ่ายทอดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ โดยการพัฒนาสื่อ / คู่มือ และCPG กลางของงานยุติกรรมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างเพียงพอ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
- การสนับสนุนจัดตั้งธนาคารเลือดในพื้นที่เกาะ และพื้นที่ห่างไกล

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑**  
**ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย**

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย

๒. หัวข้อ : สุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก

สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aged society) แล้วเนื่องจากมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ (มากกว่า ๖๐ ปี) ร้อยละ ๑๘.๘ (เขต ๑-๑๒ = ๑๓.๑ - ๒๐.๔) สูงเป็นอันดับ ๒ ของกลุ่มประเทศ ASEAN และกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ภายในปี ๒๕๖๔ จากการสำรวจภาวะพึ่งพิง (ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๓) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองร้อยละ ๗๗.๒ โดยพบว่าในภาพรวมประเทศ ร้อยละ ๙๖.๙ (เขต ๑-๑๒ = ๙๕.๐ - ๙๗.๔) ยังสามารถมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ ๒.๕ (เขต ๑-๑๒ = ๒.๐ - ๔.๔) มีภาวะติดบ้าน และ ร้อยละ ๐.๖ (เขต ๑-๑๒ = ๐.๔ - ๐.๘) มีภาวะติดเตียง

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดหลักสำหรับประเด็นสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข**

๑) ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๓) พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุได้รับการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จำนวน ๒๙๐,๕๑๘ ราย มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง ๕ ข้อ จำนวน ๑๓๕,๕๘๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๗

๒) ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ณ วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๓) เท่ากับร้อยละ ๘๘.๑ ของจำนวนตำบลทั้งประเทศ

ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์  
ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ (ณ ไตรมาสที่ ๔)

ศูนย์อนามัย	ผลการดำเนินงาน เดือน เมษายน ๒๕๖๓		
	จำนวนตำบลทั้งหมดรายเขต	จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	ร้อยละ/อัตรา
ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	๗๖๙	๖๔๔	๘๔.๕๓
ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก	๔๒๖	๓๖๒	๘๔.๒๐
ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	๔๒๐	๔๐๓	๙๖.๖๗
ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	๗๑๓	๖๙๘	๙๘.๐๔
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี	๖๓๕	๕๕๑	๘๖.๖๑
ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	๕๓๑	๔๑๓	๘๕.๑๒
ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	๖๖๐	๖๑๙	๙๔.๓๙
ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี	๖๔๔	๕๕๒	๘๖.๙๓
ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	๗๖๑	๖๙๗	๙๑.๕๙
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	๖๑๓	๖๑๓	๑๐๐
ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	๕๑๘	๔๖๗	๙๐.๑๕
ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา	๕๖๕	๓๓๐	๕๘.๔๑
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง			
<b>ภาพรวมประเทศ</b>	<b>๗,๒๕๕</b>	<b>๖,๓๘๙</b>	<b>๘๘.๐๖</b>

ที่มา : ระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ณ วันที่ ๓๐ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๓

ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง ๕ ด้าน  
ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๐ (ณ ไตรมาสที่ ๔)

ผลการดำเนินงาน	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้ง 5 ข้อ (A)	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน (B)	จำนวนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 5 ด้าน
ระดับประเทศ	135,584	290,518	46.67
ศูนย์อนามัยที่ 1	293	13,074	22.8
ศูนย์อนามัยที่ 2	3,055	12,005	25.4
ศูนย์อนามัยที่ 3	2,167	6,798	31.9
ศูนย์อนามัยที่ 4	37	286	12.9
ศูนย์อนามัยที่ 5	18,208	36,707	49.6
ศูนย์อนามัยที่ 6	(จาก H4U 5,646+ จาก google form 3,081) 8,727	(จาก H4U 25,528 + จาก google form 11,175) 36,703	23.8
ศูนย์อนามัยที่ 7	(จาก H4U 2 + จาก google form 83,173) 83,175	(จาก H4U 17 + จาก google form 127,176) 127,193	65.4
ศูนย์อนามัยที่ 8	2,245	6,153	36.5
ศูนย์อนามัยที่ 9	4,519	23,029	19.6
ศูนย์อนามัยที่ 10	277	646	42.9
ศูนย์อนามัยที่ 11	8,815	22,136	39.8
ศูนย์อนามัยที่ 12	1,375	5,771	23.8
สสม.	1	17	5.9

ที่มา : ข้อมูลจากการตอบแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ผ่าน application H4U ณ วันที่ 30 เมษายน 2563 เวลา 18.00 น.

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อจึงได้เลือกประเด็นของกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบบ่อยมาใช้ในการขับเคลื่อนให้เกิดรูปธรรม เพื่อเป็นต้นแบบให้กับกลุ่มอาการอื่นๆ ต่อไปในอนาคต ตั้งแต่กระบวนการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู ประคับประคอง จนถึงการดูแลระยะสุดท้าย คือภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม โดยเริ่มต้นจากการคัดกรองความเสี่ยงของทั้ง ๒ ภาวะดังกล่าวพบว่ามีคามผิดปกติร้อยละ ๑.๕ และ ๔.๖ ตามลำดับ ซึ่งต้องมีการส่งต่อไปประเมิน วินิจฉัย แก้ไข ความเสี่ยง และ ดูแลรักษา ต่อไปในหน่วยบริการระดับต่างๆตามความเหมาะสม

	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง (จำนวน/ร้อยละ ของผู้สูงอายุทั้งหมด)	มีภาวะเสี่ยง (จำนวน/ร้อยละ ของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง)
ภาวะสมองเสื่อม	๕,๗๗๕,๐๙๕ / ๗๓.๑%	๘๔,๙๙๗ / ๑.๕%
พลัดตกหกล้ม	๕,๗๘๕,๘๙๐ / ๗๓.๒%	๒๖๘,๒๙๐ / ๔.๖%

ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๓

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<b>ด้านระบบบริการ</b>		
ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีน้อยโดยด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ การมีกิจกรรมทางกาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นที่วิเคราะห์ปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละพื้นที่ โดยศูนย์อนามัยประจำเขตทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง</li> <li>- ประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่ได้จากหน่วยงานด้านวิชาการส่วนกลาง (กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) ไปใช้แก้ปัญหาตามบริบทพื้นที่</li> <li>- ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อแก้ปัญหาจากปัจจัยรอบด้านร่วมกัน</li> <li>- การสนับสนุนให้มีกิจกรรมผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ</li> <li>- อบรมความรู้ทักษะ และ พัฒนาสื่อด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้กับผู้สูงอายุ และ care giver</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบการจัดเก็บข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่าน application H&amp;U ของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>
การคัดกรองบางเรื่อง เช่น ภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น มีอัตราการครอบคลุมสูง แต่ค้นหาภาวะเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง (กรมการแพทย์ สนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต)</li> </ul>	

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ได้น้อย อาจไม่คุ้มกับเวลาและทรัพยากรที่ลงไป	นำข้อมูลการคัดกรองมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงการใช้เครื่องมือ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม	
เมื่อคัดกรองพบความผิดปกติแล้วยังขาดแนวทางการส่งต่อและรูปแบบระบบการดูแลรักษาที่ชัดเจน	- กรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง (กรมการแพทย์ สนับสนุน บริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต และ กรมอนามัย) จัดประชุมหารือการจัดทำรูปแบบและระบบการส่งต่อ และการจัดบริการด้านสูงอายุในหน่วยบริการในระดับต่างๆ ภายใต้การมีส่วนร่วมจากพื้นที่ผู้ปฏิบัติงาน	- มีการประชุมร่วมกันระหว่างกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องและผู้แทนผู้ปฏิบัติงานจากพื้นที่เรื่องระบบการคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยแบ่งเป็นการคัดกรองระดับชุมชน (step ๑) และการประเมิน วินิจฉัยในระดับ รพ. (step ๒) ได้ข้อตกลงร่วมกันแล้ว และ อยู่ระหว่างการปรับปรุงคู่มือ App และ สื่อของกรมต่างๆให้ตรงกับมาตรฐานใหม่ที่จะใช้ร่วมกัน - มีการกำหนดพื้นที่นำร่องที่ทุกกรมจะร่วมกันลงไปทำต้นแบบระบบบริการผู้สูงอายุไร้รอยต่อไว้ใน ๗ จังหวัดคือ เพชรบูรณ์ นครราชสีมา สระบุรี ลพบุรี ชลบุรี ระยอง ตรัง และได้เริ่มดำเนินโครงการไปบางส่วนแล้ว
รพ.ส่วนใหญ่ ไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ/บุคลากรเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุในการรับส่งต่อ	- กรมการแพทย์ปรับรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ ที่มีความหลากหลาย ให้พื้นที่สามารถเลือกนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่และระดับของหน่วยบริการ	- กรมการแพทย์ปรับรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุเป็น ๓ รูปแบบ ๑. แบบ one stop clinic ๒. แบบ on top ใน NCD clinic เดิม ๓. แบบผสมผสาน - อยู่ระหว่างการจัดทำคู่มือ และเตรียมจัด workshop ในช่วงปลายปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เมื่อสถานการณ์โรค COVID-๑๙ ดีขึ้น
การแพร่ระบาดของ โรค COVID - ๑๙ ส่งผล ต่อการปฏิบัติงานของ	- ทำความเข้าใจและให้ความรู้ และจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน	- จัดทำมาตรการแนวทางการปฏิบัติงานของ care manager,

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
care manager และ care giver ของโครงการ long term care ในการลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เช่น หน้ากากผ้าอนามัยหรือ หน้ากากผ้าและแอลกอฮอล์เจล แก่ care manager และ care giver ในการป้องกันการแพร่ และติดเชื้อ COVID-๑๙ จากการลงเยี่ยมผู้สูงอายุ	caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุ ในช่วงการระบาดโรค COVID-๑๙ - จัดทำมาตรการแนวทางการปฏิบัติงานในการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (care plan) ของ care manager, care giver ผ่านช่องทาง line group , เยี่ยมทางโทรศัพท์ผ่านญาติ ,VDO. conference ผ่านระบบโทรศัพท์ ระหว่างญาติ ผู้ดูแล กับ care manager, care giver ซึ่งเป็นมาตรการความร่วมมือกันระหว่างกรมอนามัย /สปสช. /อปท.
วิเคราะห์คุณภาพของ care plan พบว่ามีกิจกรรมในการดูแลคล้ายๆกัน เช่นการให้คำแนะนำเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด ไม่ค่อยมีความเฉพาะเจาะจงตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากภาระงานของ care manager มีมาก รวมทั้งโปรแกรม ๓C ยังมีกิจกรรมการดูแลให้เลือดยังไม่ครอบคลุม	- กรมอนามัยพัฒนาโปรแกรม ๓C โดยเพิ่มกิจกรรมการดูแลให้มากขึ้น	- มีเพิ่มระบบการดูแลด้านทันตสุขภาพใน care plan - เพิ่มระบบการประเมินผลกระหนาด้าน PM ๒.๕ และความรื้อนในระบบ care plan
<b>ด้านบุคลากร</b>		
Care manager ไม่เพียงพอในบางพื้นที่ มีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน มีการโยกย้าย/ลาออก/เกษียณ	- สร้างความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมภายใน CUP/โซน เพื่อปฏิบัติงานแทนกันได้ - สร้างระบบพี่เลี้ยงสอนงานและช่วยเหลือกัน - จัดให้มีช่องทางสื่อสารระหว่างเครือข่าย care manager เช่น Group Line - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนา งานร่วมกัน	- ปรับแนวทางการจัดอบรมจากเดิมให้ศูนย์อนามัยเป็นหน่วยจัดอบรม Care manager ปัจจุบันเปิดโอกาสให้หน่วยงานระดับ สสจ.สามารถจัดงบประมาณในการจัดอบรมได้เอง โดยขออนุญาตให้หลักสูตร อบรม care manager ได้ที่ศูนย์อนามัยเขตของแต่ละพื้นที่ได้เลย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>Caregiver ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในพื้นที่สมัครใหม่ในปี ๒๕๖๓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การคมนาคมยากลำบากไม่สามารถเดินทางมาอบรมได้</li> <li>- การคมนาคมยากลำบากไม่สามารถเดินทางไปดูแลผู้สูงอายุต่างหมู่บ้านได้</li> <li>- ลาออกไปประกอบอาชีพส่วนตัว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การปรับหลักสูตรการอบรมบางส่วนให้เป็น online</li> <li>- สรรหาผู้ที่มีจิตอาสา/ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเข้ามาอบรม</li> <li>- สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจัดเวทีนำเสนอผลงานและมอบรางวัลยกย่องเชิดชูเกียรติ</li> <li>- เร่งการพัฒนาาระบบอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการออกประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจ (๒๓ พ.ย. ๒๕๖๑) และกฎกระทรวงมหาดไทย (๗ มิ.ย. ๒๕๖๒) ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจ่ายค่าตอบแทนและสนับสนุนการฝึกอบรมอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นได้</li> <li>- คณะทำงานภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติอยู่ระหว่างการจัดทำคู่มือการบริหารจัดการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น</li> </ul>
<p>อสม. และ caregiver ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจัดทำคู่มือ และ สื่อ การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (step ๑)</li> <li>- กรมการแพทย์ จัดทำคู่มือ และ สื่อ การประเมินและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (step ๒)</li> <li>- ส่วนกลาง และ พื้นที่จัดอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ กรมการแพทย์ อยู่ระหว่างการจัดทำ/ปรับปรุง คู่มือ และ สื่อ โดยมีการกำหนดรายละเอียดว่าใช้เครื่องมืออะไรอย่างไร โดยใคร ในสถานบริการระดับไหน ร่วมกัน เป็นมาตรฐานต่อเนื่องกัน</li> </ul>
<p>ขาดแพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุที่จะวินิจฉัย รักษา Geriatric Syndromes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เขตสุขภาพควรกำหนดโรงพยาบาลเป้าหมายที่จะเปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุให้ชัดเจน (รพ. ตั้งแต่ ๑๒๐ เตียงขึ้นไปควรมีทุกแห่ง) และ รพ. ที่มีคลินิกผู้สูงอายุอย่างน้อยควรมีส่งแพทย์เข้าอบรมระยะสั้น ในระยะยาวเขตสุขภาพควรมีแผนในการกำหนดตำแหน่งแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และ แผนการพัฒนาศูนย์ดูแลด้านนี้ที่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการบรรจุเรื่องการดูแลรักษาผู้สูงอายุไว้ในหลักสูตรแพทย์ระดับต่างๆเช่น นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว</li> <li>- กรมการแพทย์มีการจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้น (๓ สัปดาห์) สำหรับแพทย์ทั่วไป</li> <li>- ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยอยู่ระหว่างพัฒนาหลักสูตรแพทย์</li> </ul>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
		ประจำบ้านต่อยอดสาขาการดูแลผู้สูงอายุ
ขาดนักกิจกรรมบำบัด ทำให้เมื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายแล้วขาดการฝึกให้ผู้ป่วยสูงอายุกลับไปทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เขตสุขภาพควรกำหนด รพ.ที่จะเป็น node ด้าน intermediate care ให้ชัดเจน และ รพ.ที่เป็น node อย่างน้อยควรส่งนักกายภาพบำบัดอบรมระยะสั้นด้านกิจกรรมบำบัด ในระยะยาวเขตสุขภาพควรมีแผนในการกำหนดตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัด และ แผนการพัฒนาบุคลากรด้านนี้ที่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรมการแพทย์โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู อยู่ระหว่างการจัดทำหลักสูตร ป.ตรี นักกิจกรรมบำบัด กับสถาบันอุดมศึกษา</li> </ul>
<b>ด้านระบบข้อมูล</b>		
การลงข้อมูลในแต่ละโปรแกรมมากเกินไปและซ้ำซ้อนกัน ทำให้เป็นภาระงานของบุคลากร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่วนกลางสำรวจโปรแกรมในการลงข้อมูลด้านสูงอายุของทุกกรมที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- จัดทำแนวทางบูรณาการฐานข้อมูล</li> <li>- พิจารณาทบทวนตัวชี้วัดต่างๆ ร่วมกัน และ ปรับลดเหลือเท่าที่จำเป็น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้มีการประชุมหารือกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับ กยพ.สป และ กบรส. ได้ข้อสรุปแนวทางการบูรณาการเชื่อมโยงฐานข้อมูลแล้ว อยู่ระหว่างการพิจารณาทางด้านเทคนิค (จะปรับการคัดกรอง step ๑ ที่อยู่ใน app ของกรมต่างๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน แล้วเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกันผ่านโปรแกรม ageing health data และ นำมารวมกับข้อมูล step ๒ ของโปรแกรม ageing health data และส่งเข้าฐานข้อมูล HIS ของแต่ละ รพ. ก่อน export ไปตามระบบเข้า HDC/National health platform ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>
<b>ด้านระบบการเงิน</b>		
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่ง ไม่มีความมั่นใจในการโอนงบให้หน่วยรับบที่เป็นศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้มีความ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรมอนามัยร่วมกับ สปสช. และ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (กระทรวงมหาดไทย) ในการชี้แจงทำความเข้าใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรมอนามัย สปสช. และ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (กระทรวงมหาดไทย) ได้มีการชี้แจงทำความเข้าใจพื้นที่เป็น</li> </ul>



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ยากในการบริหารการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		ระยะมาตลอดตั้งแต่ปี ๒๕๕๙
<b>ด้านเครื่องมือ</b>		
เครื่องมือการคัดแยกผู้ที่มีภาวะเสี่ยง (MMSE) มีความซับซ้อน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรมการแพทย์จัดทำคู่มือ สื่อ ทั้งแบบ off line และ online และการอบรมการใช้เครื่องมือรวมทั้ง MMSE ให้กับพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรมการแพทย์ได้จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในการทบทวนการใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วย พบว่ายังไม่มีเครื่องมือใดที่เป็นที่ยอมรับที่จะนำมาทดแทน MMSE ได้ในขณะนี้</li> </ul>
การคัดกรองสมองเสื่อม และ หกล้มยังมีการใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง (กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค) จัดทำมาตรฐานการใช้เครื่องมือและนำมาเผยแพร่</li> <li>- ศูนย์วิชาการทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาในการนำมาประยุกต์ใช้ และออกแบบ Flow ที่เหมาะสมในการดำเนินงานของพื้นที่</li> <li>- ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดสื่อสารการใช้เครื่องมือและ Flow การทำงานที่ชัดเจนให้พื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประชุมร่วมกันระหว่างกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องและผู้แทนผู้ปฏิบัติงานจากพื้นที่เรื่องระบบการคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเสร็จสิ้นแล้ว</li> </ul>
<b>ด้านเครือข่าย</b>		
การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกันของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ ตามแนวทางประชารัฐ และคณะกรรมการ พชอ. ยังไม่ครอบคลุมและเป็นรูปธรรมชัดเจน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บูรณาการกิจกรรมศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (สธ.) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริม อาชีพผู้สูงอายุ (พม.) ศูนย์อยู่ดี (มท.) ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ เข้าด้วยกัน</li> <li>- จัดหาสถานที่โดยอาจใช้ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (พม.) ที่มีอยู่แล้ว หรือสถานที่ของ วัด และโรงเรียน</li> <li>- มอบหมายให้ อปท. ดูแลโดยได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และองค์ความรู้จากหน่วยงานของ กระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวง พม. ได้มีการจัดตั้งคณะทำงานรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืนขึ้นเพื่อพิจารณามาตรการสำคัญที่จะเสนอ ครม. เพื่อขับเคลื่อนผ่านกระทรวงต่างๆ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอเรื่องการบูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลเพื่อทำหน้าที่เป็น Operation unit ในการบูรณาการกิจกรรมและทรัพยากร ขณะนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติแล้ว อยู่</li> </ul>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	- นำหลักการธนาคารเวลา/ ธนาคารความดี โดยให้จิตอาสา มาร่วมทำงานใน ศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบล	ระหว่างการทำประชาพิจารณ์ ก่อนเสนอให้ ครม.เห็นชอบ หลักการ

## ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๕.๑ Caregiver ๔.๐ รพ.สต.หนองไขว่ อำเภอหล่มสัก และ การใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์ Geographic Information System (GIS) เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

๕.๒ มีแผนการบูรณาการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุทัยธานี

๕.๓ การขับเคลื่อนระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีชุมชนส่วนร่วม (พลัง บ-ว-ร) และชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ นวัตกรรมด้านการส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ “ธรรมะ เตลิวารี” ดำเนินการโดย รพ.สต.มอ สำราญ อ.เมือง จ.กำแพงเพชร

๕.๔ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ตำบลท่าศาลาจังหวัดลพบุรี (ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๕)

๕.๕ ระบบการดูแลกลุ่มพึ่งพิงไร้รอยต่อ ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาสู่ชุมชน ๗ ศูนย์บริการสาธารณสุข ร่วมกับ Family care team

๕.๖ ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ (Day Care) วัดสามัคคีธรรม ตำบลโพหัก ของทีม รพ.สต.วังกุ่ม อำเภอบางแพะ จังหวัดราชบุรี เป็นต้นแบบการจัดบริการศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ

๕.๗ โครงการฟื้นฟูศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะติดเตียงของ นพ.อานนท์ แป้นกลัด & ทีมงาน รพ.บ้านแพ้ว และ รพ.สต. ที่ได้นำข้อมูลคัดกรอง GS มาศึกษาวิเคราะห์ & จัดกิจกรรมฟื้นฟูป้องกันภาวะล้ม & สมองเสื่อม ผลลัพธ์ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงล้มลดลงจาก ๑๓ % เหลือ ๓% และสมองเสื่อมลดลงจาก ๓๒% เหลือ ๗ %

๕.๘ ชมรมผู้สูงอายุตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย ขณะเลิศระดับประเทศ ประจำปี ๒๕๖๓

๕.๙ ระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร อำเภอบ้านฝางโมเดล ต้นแบบการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้แพทย์เฉพาะทางด้วยระบบสกลูกขุน

๕.๑๐ ศพอ.จังหวัดนครพนม (ร.ร.ผส.นพ.๑๙) ได้รับรางวัลเลิศรัฐ สาขาการบริหารราชการแผ่นดินแบบมีส่วนร่วมประจำปี พ.ศ.๒๕๖๒ ประเภทรางวัลสัมฤทธิ์ผล ประชาชนมีส่วนร่วมระดับชมเชยเครือข่ายภาคประชาชน กรมกิจการผู้สูงอายุ

๕.๑๑ โครงการปากช่องโมเดลมีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบทั้งในเขตเมืองและโรงพยาบาลปากช่องนานา, โรงพยาบาลมกุฏศิริวัน ตลอดจนมีการวางแผนที่จะพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย (nodes)

๕.๑๒ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จอหอโมเดล (ต้นแบบการดูแลระดับปฐมภูมิศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๑๒ จอหอ) ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร (model) สำหรับชุมชนเมือง

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. เน้นการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของตนเองได้ ผ่าน Application H๔U และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาทักษะกายใจ สร้างความรอบรู้สุขภาพผ่าน infographic คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลผ่าน Application
๒. ควรดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และภาวะพลัดตกหกล้ม อย่างต่อเนื่อง มีการวิเคราะห์แยก กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย วางแผนป้องกันดูแล รักษาให้ครบวงจร บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยเริ่มจากพื้นที่นำร่อง และขยายให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด
๓. มีการวางแผนระบบบริการร่วมกันในระดับเขต เชื่อมโยงลงสู่ระดับจังหวัด ในด้านการกำหนดบริการคลินิกผู้สูงอายุ การดูแลระยะกลาง (intermediate care) การดูแลระยะยาว (long term care) กำหนดหน่วยบริการที่เป็นเป้าหมายให้ชัดเจนตามบริบทของพื้นที่ เพื่อวางแผนพัฒนาศักยภาพ ระบบส่งต่อ และพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับแผนที่วางไว้
๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในระยะแรกเน้นการส่งเสริมการอบรมระยะสั้น
๕. ขับเคลื่อนเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ผ่านกลไกครอบครัว/ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ วัดและชุมชน และประสานความร่วมมือกับท้องถิ่น และ หน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ดูแลได้ครบมิติสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และ สิ่งแวดล้อม
๖. เยี่ยมเสริมพลัง /ติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง
๗. สนับสนุนการใช้ โปรแกรม Long Term Care (๓C) Care Manager, Caregiver, Care ในระดับพื้นที่ในการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม
๘. สร้างความเข้มแข็งเครือข่าย care manager สร้างความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมภายใน CUP/โซน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ สร้างระบบพี่เลี้ยงสอนงานและช่วยเหลือกัน มีช่องทางสื่อสารภายในเครือข่าย จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนางานร่วมกัน
๙. ทำความเข้าใจและให้ความรู้ และจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากผ้าอนามัยหรือ หน้ากากผ้าและแอลกอฮอล์เจล แก่ care manager และ care giver ในการป้องกันการแพร่และติดเชื้อ COVID-๑๙ จากการลงเยี่ยมผู้สูงอายุ

### ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. พัฒนาเครื่องมือ (นวัตกรรม) แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน “Health Promotion & Prevention individual Wellness Plan” เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถจัดการสุขภาพตนเอง โดยมีครอบครัว ชุมชน และสังคมมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามบริบทพื้นที่ (กรมอนามัย)
๒. กรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลการคัดกรองมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงการใช้เครื่องมือการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม (กรมการแพทย์ สนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต)
๓. ส่วนกลาง และ พื้นที่จัดอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต)

๔. ส่วนกลางเร่งพัฒนารูปแบบบริการไร้รอยต่อที่ครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน การดูแลรักษา การฟื้นฟู การดูแลประคบประครอง ทดลองปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง ถอดบทเรียน และ ขยายผล ภายใต้การบูรณาการร่วมกันทุกกรมในพื้นที่เดียวกัน โดยยึดความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นศูนย์กลาง
๕. การปรับหลักสูตรการอบรมบางส่วนให้เป็น online (ทุกกรม)
๖. เร่งการพัฒนาระบบอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (กรมอนามัย กรมการแพทย์)
๗. พิจารณาทบทวนตัวชี้วัดต่างๆร่วมกัน และ ปรับลดเหลือเท่าที่จำเป็น (ทุกกรม)
๘. บูรณาการระบบข้อมูล (ทุกกรม กยพ.สป. ศูนย์ Tech สป.)
๙. ผลักดันนโยบายการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างกระทรวง เช่น การบูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อทำหน้าที่เป็น Operation unit ในการบูรณาการกิจกรรมและทรัพยากร (ทุกกรม)
๑๐. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ care manager ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และ ผู้มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มเบื้องต้นในชุมชน (กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค)
๑๑. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ เพิ่มศักยภาพแก่แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรอง ดูแล และรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (กรมการแพทย์)
๑๒. พัฒนาเทคโนโลยีที่ตอบสนองให้ผู้สูงอายุ สามารถคัดกรองและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ง่ายๆ (ทุกกรม)
๑๓. พัฒนาโปรแกรม ๓C โดยเพิ่มกิจกรรมการดูแลให้มากขึ้น (กรมอนามัย)
๑๔. ควรหาวิธีแนวทางปรับลดเอกสารการจ่ายค่าจ้างเหมา CG ให้สะดวกต่อการปฏิบัติไม่เป็นภาระเช่นเดียวกับการจ่ายค่าตอบแทน อสม. (กรมอนามัย)
๑๕. จัดสรรงบประมาณผลิต Care Manager และ Care giver เพิ่มเติม (กรมอนามัย)
๑๖. เร่งการพัฒนาอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (กรมการแพทย์ กรมอนามัย)

# ประเด็นที่ ๔

## ลดแออัด ลดรอคอย

- ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (PCC)
- ER คุณภาพ
- Smart Hospital
- Fast Track
- Intermediate care
- ระบบรับยาที่ร้านยา
- การกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา
- อสม.หมอบริการบ้าน

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

## รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

- ตัวชี้วัด :** ๑. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่  
ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๒๕ (จำนวน ๑๖๒๕ หน่วย )
๒. ร้อยละของประชากรมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว  
ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๔๐

**๑. ประเด็นตรวจราชการ :** ลดแออัด ลดรอคอย

**๒. หัวข้อ :** ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (PCU/NPCU)

**๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ**

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : นายโกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

**๔. วิเคราะห์สถานการณ์**

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๔๗ วรรค ๑ ได้กำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา ๔๕ กำหนดให้ “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด” รวมทั้งรัฐต้องพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มาตรา ๒๕๘ ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผล ช. ด้านอื่น ๆ (๕) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และมีผลบังคับใช้ วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ โดยมีเจตนารมณ์ “ให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีคณะกรรมการระบบสุขภาพทำหน้าที่เป็นองค์กรกำกับดูแลที่ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน” หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีหลักการสำคัญคือ การเปลี่ยนกระบวนการดูแลสุขภาพจากการใช้มุมมองของ “การแพทย์เป็นศูนย์กลาง” (doctors-centered approach) เปลี่ยนมาเป็น “ประชาชนและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” (people-centered approach) โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมุ่งเน้นให้การดูแลสุขภาพประชาชนเป็นทั้งจุดตั้งต้นและเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ ด้วยแนวคิดที่เป็นเอกลักษณ์ “บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลา...ด้วยเทคโนโลยี” โดยการบูรณาการเชื่อมโยงระบบบริการในระดับต่าง ๆ ร่วมกันสนับสนุนให้เกิดการบริการที่สามารถตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน (health need) เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพให้มั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ปรากฏผลการดำเนินงาน ดังนี้

ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ มีหน่วยบริการที่ยื่นรับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และผ่านการตรวจประเมินการขึ้นทะเบียน ระดับจังหวัด จำนวน ๑๑๔๘ หน่วย

ปี ๒๕๖๓ ในรอบการดำเนินงาน ๖ เดือน มีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เปิดดำเนินการให้บริการประชาชนและผ่านการตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนระดับจังหวัด จำนวน ๒๓๙ หน่วย

#### ๔.๑ ตาราง การเปิดดำเนินการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

เขต	ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓		รวมยอดสะสมขึ้นทะเบียน (๑+๓)
	ขึ้นทะเบียน (๑)	ค่าเป้าหมายเปิด (๒)	ผลงาน (๓)	
๑	๑๒๒	๑๔๘	๒๘	๑๕๐
๒	๘๙	๔๓	๐	๘๙
๓	๙๘	๓๙	๑๔	๑๑๒
๔	๙๙	๘๕	๑๑	๑๑๐
๕	๘๔	๑๐๑	๒	๘๖
๖	๘๗	๑๓๙	๒๓	๑๑๐
๗	๑๐๕	๗๙	๔๗	๑๕๒
๘	๖๒	๑๕๒	๔๐	๑๐๒
๙	๑๑๑	๑๘๘	๖	๑๑๗
๑๐	๑๐๓	๙๘	๒๖	๑๒๙
๑๑	๖๕	๗๗	๒๑	๘๖
๑๒	๑๒๓	๘๑	๒๑	๑๔๔
รวม	๑๑๔๘	๑๒๓๐	๒๓๙	๑๓๘๗

หมายเหตุ ข้อมูลจาก สสป. ณ วันที่ ๑๗ เม.ย ๖๓

จากตารางข้างต้น พบว่า ผลการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๓ มีการเปิดดำเนินการและให้บริการสุขภาพปฐมภูมิกับประชาชน สามารถเปิดดำเนินการได้ จำนวน ๒๓๙ หน่วย สำหรับผลการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สะสมทั้งสิ้น จำนวน ๑,๓๘๗ หน่วย คิดเป็น ๘๕.๓๖ เปอร์เซ็นต์ จากค่าเป้าหมาย จำนวน ๑,๖๒๕ หน่วย

#### ๔.๒ ตาราง หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมประชากร ปี ๒๕๖๓

ร้อยละของประชากรมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๔๐

รอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๒๐

รอบ ๑๒ เดือน ร้อยละ ๔๐

A : จำนวนประชากรมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

B : จำนวนประชากรทั้งหมดมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

เขต	B (ประชากรทั้งหมด)	A (ประชากรมีแพทย์)	เป้าหมาย
๑	๕,๙๔๕,๙๔๙	๑,๕๔๔,๒๑๖	๒๕.๙๗
๒	๓,๖๗๒,๔๓๕	๘๙๔,๐๙๘	๒๔.๓๕
๓	๓,๐๖๔,๗๓๖	๑,๒๒๗,๑๓๕	๔๐.๐๔
๔	๕,๑๐๙,๓๔๙	๑,๑๗๘,๖๓๒	๒๓.๐๗
๕	๕,๓๓๕,๑๙๑	๑,๓๐๖,๙๑๘	๒๔.๕๐
๖	๕,๙๑๖,๓๗๒	๙๓๒,๗๑๐	๑๕.๗๖

เขต	B (ประชากรทั้งหมด)	A (ประชากรมีแพทย์)	เป้าหมาย
๗	๕,๑๔๔,๔๑๒	๑,๓๔๒,๒๓๒	๒๖.๐๙
๘	๕,๖๓๘,๐๑๖	๗๙๙,๐๕๗	๑๔.๑๗
๙	๖,๘๘๖,๔๕๘	๑,๔๓๐,๔๐๗	๒๐.๗๗
๑๐	๔,๖๙๘,๘๔๖	๑,๐๖๙,๕๐๔	๒๒.๗๖
๑๑	๔,๕๖๗,๑๔๕	๗๘๐,๖๗๐	๑๗.๐๙
๑๒	๕,๐๙๔,๐๒๔	๑,๔๑๕,๓๐๒	๒๗.๗๘
รวม	๖๑,๐๗๒,๙๓๓	๑๓,๙๒๐,๘๘๑	๒๒.๗๙

หมายเหตุ

คอลัมน์ B : ข้อมูลจาก สปสช. ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค. ๖๒

คอลัมน์ A : ข้อมูลจาก สปส. ณ วันที่ ๑๗ เม.ย. ๖๒

จากตารางข้างต้น พบว่า ประชากรทั้งหมดที่ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว มีจำนวน ๖๑,๐๗๒,๙๓๓ ราย โดยประชากรมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๑๓,๙๒๐,๘๘๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๗๙

#### ๔.๓ ปัญหา แผน/กิจกรรมการแก้ไขและผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p><u>๑.บุคลากร</u></p> <p>๑.๑ การพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</p>	<p>๑.๑ ประชาสัมพันธ์และสร้างแรงจูงใจในโครงการอบรมระยะสั้นของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>๑.๒ วางแผนการเปิดดำเนินการให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการ โดยเน้นคุณภาพ</p> <p>๑.๓ ประชุมคณะกรรมการและพัฒนาศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ</p> <p>๑.๔ ส่งเสริมให้บุคลากรอื่น สามารถเรียนต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้</p>	<p>๑.๑ มีแผนงาน โครงการ อบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ครบตามเป้าหมาย</p> <p>๑.๒ ประเมินและส่งเสริมการพัฒนาหลักสูตร สำหรับอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>๑.๓ มีห้องเรียนออนไลน์ สำหรับผู้ที่อบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</p>
<p><u>๒.ระบบ (System)</u></p> <p>๒.๑ การรับรู้และเข้าถึงบริการ PCU/NPCU ที่เปิดดำเนินการ</p>	<p>๒.๑ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ให้บุคลากร/ประชาชนรับรู้และเข้าถึงการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ PCU/NPCU</p> <p>๒.๒ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เชื่อมโยงกับข้อมูลของหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน</p>	<p>๒.๑ อยู่ระหว่างการดำเนินการเปิดและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>๒.๒ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ NDID และ TOT ร่วมกันพัฒนาต้นแบบ Digital ID และ Health Information Exchange (HIE) Platform เพื่อรองรับการจัดการระบบการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ ยกระดับข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p>



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p><u>๓.ขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ</u></p> <p>๓.๑ การจัดรูปแบบ ขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ ยังไม่ชัดเจน</p>	<p>๓.๑ สสพ. จัดทำร่าง เอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. ....</p>	<p>๓.๑ จัดประชุมและรับฟังความคิดเห็นไปแล้ว เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๒</p> <p>๓.๒ ดำเนินการสำรวจสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับ เอกสารแนบท้ายประกาศฯ เรื่องบริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. ...</p>

#### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี : Application PCC

#### ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

##### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. เตรียมความพร้อมโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้เพียงพอต่อการเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามแผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๓

๒. ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีเครื่อง EDC เพื่อให้เบิกจ่ายตรงสิทธิข้าราชการได้

๓. ควรจัดทำแนวทางการสนับสนุนการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้เป็นระบบ

##### ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. สนับสนุนจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่

๒. กระทรวงสาธารณสุข ทบทวนถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการอบรมกำลัง เฉพาะสำหรับ PCU/NPCU เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ต่อเนื่องและมั่นคง

๓. สร้างแรงจูงใจ ให้เกิดความสนใจ ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวและการคงอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑**  
**ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย**

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

๒. หัวข้อ : การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองบริหารการสาธารณสุข

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. การพัฒนาระบบบริการ	๑.๑ จัดบริการตามแนวทาง ER service delivery ๑.๒ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉิน ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง (ER target time ๒ ชั่วโมง) ๑.๓ เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน เช่น ห้องตรวจคู่ขนาน OPD นอกเวลาราชการ, SMC	๑.๑ มีการจัดบริการตามแนวทาง ER service delivery ของกรมการแพทย์ ๑.๒ รพศ.สามารถ Admit ภายใน ๒ ชม. ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยหนักที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและดูแลพิเศษ ๑.๓ รพศ.ทุกแห่งมีการเปิดห้องตรวจคู่ขนาน OPD นอกเวลาราชการ โดย สปสช. จ่ายค่าบริการนอกเวลาในอัตรา ๑๕๐ บาท/ครั้ง
๒. การพัฒนาระบบสนับสนุน	๒.๑ การจัดโครงสร้างและพื้นที่ห้องฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร - Double door with access control (กรณีที่ไม่สามารถทำเป็น Double door with access control ได้ให้จัดทำเป็น access control) - ห้องรอตรวจ/พื้นที่รอตรวจ (Waiting room/area) - ห้องแยกโรค (Isolation room) ๒.๒ การพัฒนาระบบสารสนเทศ - มีระบบ Ambulance Operation Center (AOC)	๒.๑ มีการจัดโครงสร้างและพื้นที่ห้องฉุกเฉิน และมีการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - Double door with access control ดำเนินการแล้ว ๒๐ แห่ง - ห้องรอตรวจ/พื้นที่รอตรวจ (Waiting room/area) ดำเนินการแล้ว ๒๔ แห่ง - ห้องแยกโรค (Isolation room) ดำเนินการแล้ว ครบทุกแห่ง ๒.๒ การพัฒนาระบบสารสนเทศ ระบบ (AOC) ดำเนินการแล้วในบางจังหวัดและอยู่ระหว่างการดำเนินการให้ครบทุกเขตสุขภาพ
๓. พัฒนาและธำรงรักษากำลังคน	๓.๑ การวางแผนกำลังคนของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์	๓.๑ มีการวางแผนกำลังคนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน ทั้งในส่วนกลาง เขตสุขภาพ และจังหวัด

## ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

### ๕.๑ ด้านระบบการให้บริการ

๑. รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์ สามารถพัฒนาระบบ Fast pass เพื่อส่งตัวผู้ป่วยบางรายที่มีความพร้อมไปยังห้องผู้ป่วยในโดยตรง และไม่ต้องผ่านห้องฉุกเฉิน

๒. รพ.ลำปาง มีการพัฒนาระบบการให้บริการแบบ ER Fast pass โดย รพ.ชุมชนสามารถรับคำปรึกษาโดยตรงจากแพทย์เฉพาะทางผ่านศูนย์ Refer เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย และลดความแออัดของ รพ.ลำปาง

๓. รพ.ชลบุรี มีระบบประสานทีม Fast Track Trauma ก่อนผู้ป่วยจะเดินทางถึง รพ. และมีการซ้อมแผนรับมืออุบัติภัยหมู่เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมทั้งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ

๔. รพ.ระยอง มีการขยายการพัฒนาโครงสร้างและระบบให้บริการ ซึ่งทำให้ได้รับรางวัลเลิศรัฐ ระดับดีเด่น ด้าน Smart ER

๕. รพ.บุรีรัมย์ มีระบบการ consultation ที่ดี lean ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยช่วยลดระยะเวลาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินได้

### ๕.๒ ด้านโครงสร้าง/อาคาร/สถานที่/ระบบรักษาความปลอดภัย

๑. รพ.ระยอง มีการปรับปรุงโครงสร้างห้องฉุกเฉินให้มีระบบ Double door มีจอแสดงผลสถานะผู้รับบริการเพื่อลดความวิตกกังวล มีเครื่องสัญญาณเตือนเรียก รปภ.และตำรวจ / ห้อง CPR/ ห้องแยกโรค และ Negative pressure / ห้องสังเกตอาการ / ห้องล้างตัวสำหรับผู้ปนเปื้อนสารเคมี / ห้องตรวจผู้ป่วยทั่วไป

๒. รพ.อุดรธานีจัดให้มีสถานีตำรวจชุมชนหน้าห้องฉุกเฉินเพื่อป้องกันเหตุรุนแรงใน รพ.และห้องฉุกเฉิน

### ๕.๓ ด้านระบบสนับสนุน/ข้อมูลสารสนเทศ

๑. มีระบบ Telemedicine ในทุกโรงพยาบาล และมีระบบ AOC (Ambulance Operating Center) โดยสามารถดูแลผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์นวงจรปิด ที่รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์, รพ.สระบุรี, รพ.พระนครศรีอยุธยา, รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร, รพ.ขอนแก่น, รพ.มหาสารคามราชสีมา และ รพ.วิเชียรภูมิ

๒. จังหวัดนครสวรรค์ มีการพัฒนาระบบ Telemedicine เป็นระบบรองรับสำหรับทุรภค.ภายในเขตสุขภาพที่ ๓ โดยใช้โปรแกรมรับส่งต่อผู้ป่วย “Three Refer” เป็นระบบเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ

๕.๔ ด้านการพัฒนาบุคลากร รพ.ชลบุรี เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินรวมถึงการร่วมผลิต ENP และ Paramedic

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. ควรมีระบบการบริหารจัดการผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินและผู้ป่วยทั่วไป โดยการเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ เช่น คลินิกนอกเวลาราชการ ห้องตรวจฉุกเฉิน และคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

๒. ควรมีการจัดทำแผนและแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลระดับ M๒ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจังหวัด รวมถึงการสนับสนุนเครือข่าย PCU และ รพ.สต.ให้รองรับบริการผู้ป่วยนอกเวลาราชการได้เพิ่มขึ้น

๓. ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพในระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการวางแผนพัฒนา ติดตามอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

๔. ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูล เชื่อมโยงฐานข้อมูลในจังหวัดให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อนำไปวางแผนการพัฒนาระบบบริการ

๕. ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินการห้องฉุกเฉินคุณภาพ เพื่อนำมาพัฒนาระบบร่วมกับผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบกรณีเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินมาใช้บริการในเวลา ราชการ หรือใช้บริการที่คลินิกนอกเวลาราชการ ห้องตรวจฉุกเฉิน และ คลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

๒. ส่วนกลางควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงสร้าง และพื้นที่เพื่อการพัฒนาห้องฉุกเฉินให้เป็นไปตามมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓. ควรมีการวางแผนการพัฒนาร่างและรักษาบุคลากร เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในห้องฉุกเฉิน

๔. ควรมีการขยายผลการดำเนินการเพิ่มในโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑  
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย**

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

๒. หัวข้อ : Smart Hospital

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กองบริหารการสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ :

เป้าหมาย

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน สรุปยอด ณ ๑๕ มี.ค. ๖๓	รอบ ๙ เดือน สรุปยอด ณ ๑๕ มิ.ย. ๖๓	รอบ ๑๒ เดือน สรุปยอด ณ ๓๑ ส.ค. ๖๓
มีกิจกรรมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital	ร้อยละ ๒๐ กลุ่มเป้าหมายที่ ๑	ร้อยละ ๕๐ กลุ่มเป้าหมายที่ ๑	ร้อยละ ๘๐ กลุ่มเป้าหมายที่ ๑
	ร้อยละ ๑๐ กลุ่มเป้าหมายที่ ๒	ร้อยละ ๓๐ กลุ่มเป้าหมายที่ ๒	ร้อยละ ๕๐ กลุ่มเป้าหมายที่ ๒
	ร้อยละ ๒๐ กลุ่มเป้าหมายที่ ๓	ร้อยละ ๕๐ กลุ่มเป้าหมายที่ ๓	ร้อยละ ๘๐ กลุ่มเป้าหมายที่ ๓

- กลุ่มเป้าหมายที่ ๑ หมายถึง รพ. ระดับ A, S, M๑, M๒
- กลุ่มเป้าหมายที่ ๒ หมายถึง รพ. ระดับ F๑, F๒, F๓
- กลุ่มเป้าหมายที่ ๓ หมายถึง รพ. นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค)

ผลงาน

ประเภทโรงพยาบาล	รอบ ๖ เดือน		รอบ ๙ เดือน		รอบ ๑๒ เดือน	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
รพ. ระดับ A, S, M๑, M๒	๔๒ แห่ง	๘๔ แห่ง	๑๐๖ แห่ง		๑๖๙ แห่ง	
รพ. ระดับ F๑, F๒, F๓	๖๙ แห่ง	๒๑๙ แห่ง	๒๐๖ แห่ง		๓๔๔ แห่ง	
รพ. กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค	๑๐ แห่ง	๒๐ แห่ง	๒๕ แห่ง		๔๐ แห่ง	

## ปัญหา / แผนการแก้ปัญหา / ผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๑. การดำเนินการพัฒนาในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ปัญหาที่พบส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของงบประมาณ เช่น การปรับปรุงระบบโปรแกรมฐานข้อมูล, ระบบ Server, ระบบเครือข่าย, ระบบ Queue, ระบบหน้าจอแสดงลำดับ Queue, ระบบ Vital Sign ที่เชื่อมโยง กับ HIS</p> <p>๒. เทคโนโลยีที่สนับสนุนต่อการให้ประสบความสำเร็จตามนโยบาย ยังไม่ชัดเจน ไม่ทันเวลา ไม่มีรูปแบบชัดเจนเสมือนให้แต่ละโรงพยาบาลไปสรรหาเอาเอง เพื่อให้บรรลุตามนโยบาย เช่น ระบบคิวผู้ป่วย และระบบคิวออนไลน์ ระบบ Back Office และระบบ ERP</p> <p>๓. บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศไม่เพียงพอ และขาดความก้าวหน้า</p> <p>๔. มีการปรับเปลี่ยนนโยบายเร็วเกินไป เพราะการปฏิบัติให้บรรลุนโยบายเดิม ยังไม่สำเร็จ พอปีงบประมาณใหม่ ก็เพิ่มรายละเอียดต่าง ๆ เพิ่มขึ้น และมีการปรับเกณฑ์ประเมินต่าง ๆ</p> <p>๕. บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์</p> <p>๖. การเข้าถึงบริการ online ประชาชนบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุไม่</p>	<p>๑.๑ เกณฑ์การพัฒนาที่ต้องใช้เงินในการบริหารจัดการ ส่วนกลางควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุน</p> <p>๑.๒ กระทรวงควรวางแผนกระบวนการ ให้บรรลุนโยบาย Smart Hospital ให้มีความชัดเจน ทั้งรูปแบบทั้งบุคลากร การสนับสนุนทรัพยากร ทั้งงบประมาณ และบุคลากร รวมถึงหาพันธมิตรที่มี ความสามารถที่สูงกว่ามาร่วมพัฒนา และมีการถ่ายทอดเทคโนโลยีถึงสู่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๑.๓ ให้เร่งบรรจุหรือมีตำแหน่งข้าราชการด้าน IT ให้ครอบคลุม และเพียงพอ</p> <p>๑.๔ นโยบายควรคงไว้ระยะหนึ่งเช่น ๓-๕ ปี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และสามารถปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายได้</p>	<p>๑. ส่วนกลางได้ดำเนินการขอ งบประมาณ สนับสนุน โรงพยาบาลในการพัฒนา ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้ง ส่วน Hardware Software Peopleware ไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง ทั้งสำนักงาน งบประมาณ (งบปกติ) และงบบูรณาการกับ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจ และสังคม</p> <p>๒. ส่วนกลางกำลังเร่ง ดำเนินการ จัดทำ National Health Platform ในทุก ประเภทการบริการของ โรงพยาบาล เพื่อให้สามารถ เชื่อมโยงข้อมูลในทุกหน่วย บริการ</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
สามารถเรียนรู้การเข้าถึงได้เร็ว ๗. ยังไม่สามารถลดความแออัดได้ กรณีผู้มารับบริการมีจำนวนมาก เนื่องจากระบบการนัดเหลือมเวลา และสถานที่รองรับผู้มารับบริการ ยังจำกัดในบริเวณเท่าเดิม		

### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- พิษณุโลก พัฒนาระบบ Smart Queue เพื่อให้โรงพยาบาลในจังหวัดและในเขตสุขภาพที่ ๒ ใช้งานระบบคิวในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยเป็นระบบคิวที่เชื่อมต่อข้อมูลกับโปรแกรม HosXp
- นครพนม พัฒนาระบบ NPHR (Nakhonphanom personal Health Record) ใช้ในการคืนข้อมูลประวัติการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลให้กับ ผู้รับบริการทางโทรศัพท์มือถือ
- โรงพยาบาลกำแพงเพชร OPD Zero/IPD Paperless
- เขตสุขภาพที่ ๕ ได้นำเทคโนโลยีและนวัตกรรมต่าง ๆ เช่นได้พัฒนาโปรแกรม Hygge, Que system, less paper, E-prescription ขึ้นมาเพื่อใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่
- ราชบุรี ใช้โปรแกรม Hygge มาใช้ควบคู่กับระบบบริการในโรงพยาบาล
- กาญจนบุรี เชื่อมโยงข้อมูลทุกโรงพยาบาล ผ่านโปรแกรม HosXp
- เขตสุขภาพที่ ๖ ได้นำเทคโนโลยีและนวัตกรรมต่าง ๆ มาใช้ ได้แก่ Self check in เครื่องตรวจร่างกาย และคำนวณผล BMI อัตโนมัติ, e-room reservation ระบบจองห้องทุกแห่งในโรงพยาบาลจองได้, ตู้จ่ายอัตโนมัติ Unit dose Health, Connect -SSB และ ncd@home เป็นต้น
- โรงพยาบาลสมุทรปราการ ใช้เทคโนโลยี Block Chain เพื่อสร้างความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูลและทำการเชื่อมโยงข้อมูลไปสู่เจ้าของข้อมูล
- จังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการนำระบบ Internet Of Thing มาใช้ในเรื่องระบบ Cold Chain เพื่อรักษาอุณหภูมิของตู้แช่วัคซีนหรือคลังยาให้ได้มาตรฐานและมีการแจ้งเตือนผ่านระบบ Line Notify
- โรงพยาบาลชลบุรีพัฒนาระบบ SMART OPD SMART CBH plus app จาก OPD less paper e-record สู่อุปกรณ์ Personal Health Record (PHR) SMART IPD E – nurse note (ENN) ลดการใช้กระดาษ 2500 แผ่นต่อวัน ลดพื้นที่จัดเก็บเวชระเบียน e-room reservation ระบบจองห้อง ทุกแห่งใน รพ.จองได้ จัดยา Unit dose ด้วยตู้จ่ายอัตโนมัติ Electronic Medication Administration Record ลดการให้ยาผิดคน
- โรงพยาบาลระยอง พัฒนา Health Connect – SSB แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล แจ้งอาการป่วย ตรวจสอบสิทธิ นัดหมาย เลือกแพทย์ แสดงสถานะคิว ตรวจสอบสถานะคิว (จากตู้ หรือจาก application) รับข้อมูลนัดหมายผ่าน application

- จังหวัดจันทบุรี พัฒนาแอปพลิเคชัน “HHC” , “หมอรู้จักคุณ”
- จังหวัดสระแก้ว Patient identification with Fingerprint ระบุตัวบุคคลต่างด้าวด้วยลายนิ้วมือ, “ncd@home ยาหมอพัฒนา ส่งมาถึงบ้าน”
- โรงพยาบาลมหาสารคาม สร้างอุปกรณ์เชื่อมต่อเครื่องวัดความดันอิเล็กทรอนิกส์ที่มีอยู่แล้ว ให้สามารถบันทึกข้อมูลอัตโนมัติเข้า HIS โดยตรง เป็นการประหยัดงบประมาณและ ใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่
- จังหวัดนครพนม พัฒนาระบบ NPHR (Nakhonphanom personal Health Record) เพื่อใช้ในการคืนข้อมูลประวัติการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลให้กับผู้รับบริการผ่านโทรศัพท์มือถือ
- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เปิดระบบ SMC โดยมีการนำระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์มาช่วยบริหารจัดการและมีการ นำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (wacom) มาใช้โดยมีการบริหารจัดการระบบคิวรับยาทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างรวดเร็ว

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

- นำประเด็นของจุดบริการในสถานบริการแต่ละจุดมาพิจารณา เพื่อประเมิน waiting time เพื่อวางเป้าหมายและมาตรการปรับปรุงเชิงระบบที่ชัดเจน
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล พัฒนาและขับเคลื่อน Smart Hospital โดยเน้นความปลอดภัย คุณภาพ ประสิทธิภาพ และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง การปรับปรุงระบบบริการในโรงพยาบาลโดยการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการอำนวยความสะดวกแก้ปัญหาความแออัด หรือลดระยะเวลารอคอย การแก้ปัญหาจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการพัฒนา ส่วนกลางควรกำหนดเป็นนโยบายให้ชัดเจนว่าให้ใช้งบประมาณไหนในการพัฒนา มิฉะนั้นจะกลายเป็นภาระของโรงพยาบาลที่ต้องแบกรับปัญหาทางการเงินการคลัง



รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑  
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอยคย

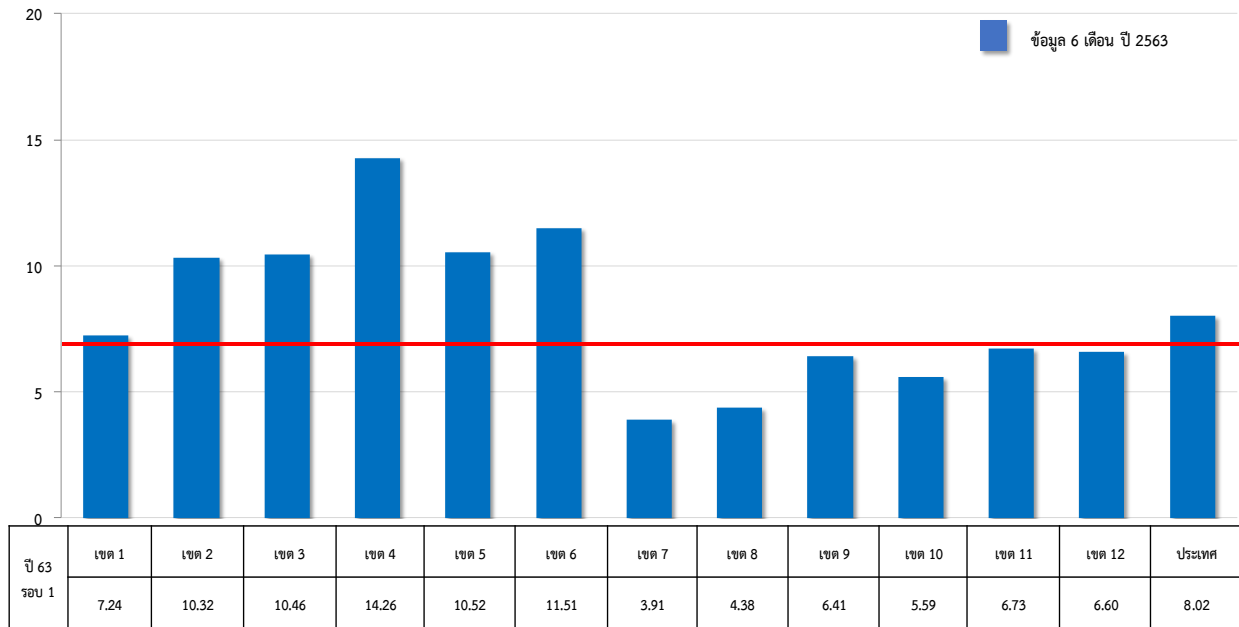
๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอยคย

๒. หัวข้อ : สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙)  
(เป้าหมาย < ๗%)



ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๓

๔.๑ ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) : เป้าหมาย <๗%

เขตสุขภาพ	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองจากทุกหอผู้ป่วย (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุก หอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	ร้อยละ
๑	๕๐๘	๗,๐๑๓	๗.๒๔
๒	๔๔๙	๔,๓๕๐	๑๐.๓๒
๓	๔๕๒	๔,๓๒๒	๑๐.๔๖
๔	๘๓๗	๕,๘๖๘	๑๔.๒๖
๕	๗๒๘	๖,๙๑๘	๑๐.๕๒
๖	๘๘๗	๗,๗๐๙	๑๑.๕๑

เขตสุขภาพ	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองจากทุกหอผู้ป่วย (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุก หอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	ร้อยละ
๗	๒๕๑	๖,๔๑๔	๓.๙๑
๘	๒๘๖	๖,๕๒๔	๔.๓๘
๙	๗๒๒	๑๑,๒๖๖	๖.๔๑
๑๐	๒๗๖	๔,๙๔๑	๕.๕๙
๑๑	๓๘๑	๕,๖๖๑	๖.๗๓
๑๒	๔๐๒	๖,๐๙๓	๖.๖๐
<b>ประเทศ</b>	<b>๖,๑๗๙</b>	<b>๗๗,๐๗๙</b>	<b>๘.๐๒</b>

ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๓

๔.๒ ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) : เป้าหมาย <๒๕%

เขตสุขภาพ	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจาก ทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	ร้อยละ
๑	๓๕๕	๒,๐๔๔	๑๗.๓๗
๒	๓๓๖	๑,๓๘๘	๒๔.๒๑
๓	๓๐๒	๑,๒๕๘	๒๔.๐๑
๔	๕๘๘	๑,๗๔๖	๓๓.๖๘
๕	๕๐๒	๑,๘๙๒	๒๖.๕๓
๖	๖๓๘	๒,๒๓๐	๒๘.๖๑
๗	๑๙๓	๑,๓๕๑	๑๔.๒๙
๘	๑๘๔	๑,๓๘๒	๑๓.๓๑
๙	๔๕๘	๒,๓๖๕	๑๙.๓๗
๑๐	๑๙๕	๑,๒๐๒	๑๖.๒๒
๑๑	๒๔๑	๑,๑๐๓	๒๑.๘๕
๑๒	๒๕๗	๑,๓๖๔	๑๘.๘๔
<b>ประเทศ</b>	<b>๔,๒๔๙</b>	<b>๑๙,๓๒๕</b>	<b>๒๑.๙๙</b>

ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๓

## ๔.๓ ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (I๖๓) : เป้าหมาย &lt;๕%

เขตสุขภาพ	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันจากทุก หอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	ร้อยละ
๑	๑๑๙	๓๘๖๒	๓.๐๘
๒	๘๙	๒๒๖๖	๓.๙๓
๓	๑๒๓	๒๓๘๓	๕.๑๖
๔	๒๒๑	๓๒๗๙	๖.๗๔
๕	๒๐๐	๔๑๙๗	๔.๗๗
๖	๒๒๒	๔๕๐๘	๔.๙๒
๗	๕๕	๔๐๓๖	๑.๓๖
๘	๙๔	๔๒๑๘	๒.๒๓
๙	๒๔๑	๗๑๒๖	๓.๓๘
๑๐	๗๑	๒๗๘๑	๒.๕๕
๑๑	๑๒๒	๓๓๐๑	๓.๗๐
๑๒	๑๓๔	๓๙๙๓	๓.๓๖
ประเทศ	๑,๖๙๑	๔๕,๙๕๐	๓.๖๘

ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๓

## ๔.๔ ปัญหา กิจกรรมการแก้ไขปัญหา และผลการดำเนินงาน

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๑</b> <b>จังหวัดเชียงราย</b> การให้บริการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางยังไม่ ครอบคลุม เนื่องจากจำนวนเตียง stroke unit จำนวน ๘ เตียงไม่เพียงพอ จำนวนผู้ป่วย	<b>จังหวัดเชียงราย</b> ๑. เพิ่ม node ขยายศักยภาพของโรงพยาบาล เพื่อลดระยะเวลาการเข้าถึง Fast Track และ เพิ่มการได้รับยา rtPA ๒. ติดตามแผนปฏิบัติการในการจะขยายจำนวน เตียง Stroke unit ให้เพียงพอเหมาะสมเพื่อ ดูแลเฉพาะโรค โดนทีมสหวิชาชีพ (Plan เปิด stroke unit จำนวน ๓๐ เตียง ภายใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔)	A = ๕๐๘ B = ๗,๐๑๓ ร้อยละ ๗.๒๔

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p><b>จังหวัดเชียงใหม่</b></p> <p>๑. อัตราการได้รับยา rtPA ใน รพ. ระดับ M๑ น้อยรวมถึงอัตราการเข้า Stroke FastTrack ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำเนื่องจากปัญหาขาดความรู้ในเรื่องของโรคที่ตนเองเป็น ส่งผลให้มาโรงพยาบาลช้า/ เกินเวลา รวมไปถึงระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลใช้เวลานาน</p> <p>๒. Stroke unit ไม่เพียงพอรองรับผู้ป่วย เนื่องจากมีผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมใช้เตียงร่วมด้วย</p> <p>๓. ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใน Stroke unit</p>	<p>๓. นิเทศติดตามแนวทางการส่งต่อระบบ Fast Track</p> <p>๔. วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง Internal และ External process</p> <p>๕. ทบทวน internal process ใน Hemorrhage ที่ต้องรับการผ่าตัด</p> <p>๖. เพิ่มอัตราการส่งกลับ เน้น IMC PC</p> <p><b>จังหวัดเชียงใหม่</b></p> <p>๑. การดำเนินการเชิงรุกร่วมกับภาคประชาชน เรื่อง Stroke Awareness, alert and Prehospital care (EMS)</p> <p>๒. ส่งเสริม Self-awareness ประชาชนในเรื่องสัญญาณเตือนเพื่อลดอัตราการตายควรมีการบูรณาการร่วมกับระบบงาน NCD และปฐมภูมิ รวมถึง การพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นคู่คิด คู่หูดูแลสุขภาพ</p> <p>๓. Control risk factor ในผู้ป่วย NCD ให้อยู่ในเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเกิด (new case)</p> <p>๔. Geographic Mapping พื้นที่เสี่ยง/ พื้นที่ความชุก Stroke มุ่งเป้าบูรณาการวาง Model แบบครบวงจร</p> <p>๕. วางแผนขยายจำนวนเตียงใน Stroke unit รวมถึง ICU อายุรกรรม เพื่อให้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยแต่ละสาขาอย่างชัดเจน</p> <p>๖. ติดตามอัตราครองเตียง และ Productivity ของ Stroke unit เพื่อนำมาวิเคราะห์เพิ่มขยายให้เพียงพอเหมาะสมรองรับบริการ</p> <p>๗. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพการดูแลในและนอก Stroke unit เพื่อเปรียบเทียบเสนอแนะในการพัฒนาเชิงนโยบายและการขอสนับสนุนทรัพยากร</p>	
<p><b>จังหวัดลำพูน</b></p> <p>๑. การเข้าถึง SFT (Stroke Fast Track) ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง พบว่า มี</p>	<p>๑/๒๕๖๓ ประเด็นที่ ๑-๕</p>	

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p><b>จังหวัดลำพูน</b></p> <p>๑. การเข้าถึง SFT (Stroke Fast Track) ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง พบว่า มีการเข้าถึงบริการล่าช้า</p> <p>๒. ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคประจำตัว และไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง รวมไปถึงผู้ป่วยที่โรคประจำตัวมีความเสี่ยงต่อภาวะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p><b>จังหวัดน่าน</b></p> <p>๑. แม้จะมีการประชาสัมพันธ์เรื่อง stroke awareness และ stroke alert แต่ยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่และการใช้บริการ อัตราการเข้าถึงระบบ EMS นอกเขตเมืองยังมีน้อย ผู้ป่วย NCD ที่รักษาเพื่อคุม CVD risk ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>๒. การเข้าถึง Stroke fast track และการพัฒนา stroke unit เนื่องจากการขยาย Node ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ รพ. ปัว แต่ยังคงต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ามารับการดูแลใน รพ. น่านต่อ</p> <p>๓. มีรูปแบบการจัดส่งผ่านไปยัง IMC มีนักกายภาพบำบัดครบทุกอำเภอ แต่ยังคงประสานการดูแลกับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ยังต้องมีการพัฒนาด้านเครื่องมือและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยใน รพช.ต่อระบบข้อมูลการส่ง</p>	<p>๘. ส่งประเมินคุณภาพ Stroke unit เพื่อควบคุมมาตรฐานที่จะส่งผลต่อคุณภาพการดูแล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยรวมถึงการประเมินศูนย์โรค</p> <p><b>จังหวัดลำพูน</b></p> <p>๑. ดำเนินการเชิงรุกร่วมกับภาคประชาชนเรื่อง Stroke Awareness, Alert and Pre hospital care (EMS)</p> <p>๒. ส่งเสริม Self-Awareness สำหรับ ประชาชน เรื่องสัญญาณเตือนเพื่อลดอัตราการตาย</p> <p>๓. การทำงานโดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างระบบงาน NCD และปฐมภูมิ</p> <p>๔. Control risk factor ในผู้ป่วย NCD ให้อยู่ในเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเกิด (new case)</p> <p><b>จังหวัดน่าน</b></p> <p>๑. Geographic Mapping พื้นที่เสี่ยง Stroke มุ่งเป้าบูรณาการร่วมกับ PCC และชุมชนให้เห็นความสำคัญ ส่งเสริมSelf-awareness, Health literacy และส่งเสริมป้องกันเชิงรุกร่วมกับ NCD</p> <p>๒. วางแผนพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลปัวให้สามารถรับดูแลผู้ป่วย Stroke Fast track ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้</p> <p>๓. นิเทศติดตามระบบการส่งต่อ/ส่งกลับรักษาในเครือข่าย ส่งเสริมให้บุคลากรใน รพช.มีสมรรถนะสามารถทำกิจกรรมบำบัด โภชนาการ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักสูตรระยะสั้นตามความจำเป็นระดับ intermediate care และ long term care ทบทวนระบบข้อมูล refer ศึกษา ทดลองใช้ COC วิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองใช้ระบบสื่อสารเปรียบเทียบในเชิงสร้างสรรค์ ร่วมกันแก้ปัญหาในระดับจังหวัด/เขตจัดระบบที่เสี่ยง</p>	

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
ต่อระหว่าง รพช. /ติดตามข้อมูล COC การลงข้อมูล HDC ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์	ร่วมกับศูนย์ประสานข้อมูลระดับจังหวัด ติดตามการลง Code ลงรหัส ความสมบูรณ์วิเคราะห์ข้อมูล และเสนอผู้บริหารจัดการเชิงระบบ	
<b>เขตสุขภาพที่ ๒</b> ๑. ผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่ลดในทุกจังหวัด ๒. การใช้บริการ EMS ยังน้อย ๓. การเข้าถึงบริการหลังเกิดอาการล่าช้า (มาทันเวลาประมาณ ๓๐-๔๐%) ๔. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม ๕. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี	๑. เพิ่มการคัดกรอง CVD Risk ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ๒. ประชาสัมพันธ์สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองอย่างทั่วถึง ๓. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัด ๔. ร่วมทบทวนบริการ fast track รพ.ที่เป็น node เป็นระยะ ๕. รพ.สุโขทัยและ รพ.อุตรดิตถ์ปรับการทำงานของพยาบาลที่ stroke unit ให้ลงไปช่วย start rtPA ที่ ER ๖. บูรณาการข้อมูลร่วมกับ service plan สาขา IMC	A = ๔๔๙ B = ๔,๓๕๐ ร้อยละ ๑๐.๓๒
<b>เขตสุขภาพที่ ๓</b> ๑. อัตราตายสูงใน Ischemic Stroke ๒. ขาดแพทย์ Neuro med, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, พยาบาลใน SU ๓. การฟื้นฟูไม่ต่อเนื่อง ๔. การแลกเปลี่ยนข้อมูลในทุกระดับมีน้อย ๕. ขาดแคลนอุปกรณ์, เครื่องมือ และผู้ดูแล ๖. ผู้ป่วยโรค Stroke เพิ่มขึ้น	๑. เตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยใน Stroke Unit ๒. อบรมพัฒนาความรู้บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน Stroke Unit ๓. อบรมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระบบ Fast track และการส่งต่อผู้ป่วย ๔. เก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลต่อเนื่องโดยใช้โปรแกรม Thai COC ๕. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อวิทยุชุมชน เช่น การโทรแจ้ง ๑๖๖๙ เรียกใช้บริการ EMS กรณีที่มีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง ๖. บูรณาการร่วมกับงาน NCD ในการส่งข้อมูลผู้ป่วยที่มี CVD Risk สูง และการให้คำแนะนำอาการสำคัญที่ต้องรีบมา รพ.	A = ๔๕๒ B = ๔,๓๒๒ ร้อยละ ๑๐.๔๖

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	๗. คัดกรอง CVD Risk เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงสูง และสร้าง Health literacy	
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๔</b></p> <p>๑. ผู้ป่วยมาช้า รอญาติพามา โรงพยาบาล</p> <p>๒. อาการรุนแรง</p> <p>๓. ญาติปฏิเสธการรักษา</p>	<p>๑. พัฒนาโรงพยาบาลที่สามารถให้ยา ละลายลิ่มเลือดให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น</p> <p>๒. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยปรับแนวทางข้อกำหนดการรับส่ง ต่อผู้ป่วย</p> <p>๓. ความร่วมมือกับการบริการระดับปฐมภูมิการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง</p> <p>๔. การเก็บข้อมูลในส่วนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา เพื่อนำมาวิเคราะห์ในการพัฒนาตัวชี้วัด</p>	<p>A = ๘๓๗</p> <p>B = ๕,๘๖๘</p> <p>ร้อยละ ๑๔.๒๖</p>
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๕</b></p> <p>๑. อัตราการคัดกรอง CVD Risk ทำได้น้อย</p> <p>๒. อัตราการได้รับยา rt-PA ภายใน ๖๐ นาทียังทำได้น้อย (ในบางจังหวัด)</p> <p>๓. จำนวนเตียง Stroke Unit มีไม่เพียงพอ ส่วนจังหวัดประจวบฯ ยังเป็น Stroke corner</p>	<p>๑. เพิ่มการคัดกรองและนำเข้ากระบวนการรักษาในกลุ่มเสี่ยง</p> <p>๒. เพิ่ม Stroke Alert Awareness ในประชาชน</p> <p>๓. ทบทวนและพัฒนาระบบ การวินิจฉัยและการให้การรักษา</p> <p>๔. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับท้องถิ่นให้ครอบคลุมพื้นที่</p> <p>๕. จัดตั้ง Stroke Unit และทีมบุคลากรให้เพียงพอ (ในบางจังหวัด)</p>	<p>A = ๗๒๘</p> <p>B = ๖,๙๑๘</p> <p>ร้อยละ ๑๐.๕๒</p>
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๖</b></p> <p>๑. ปัญหาการควบคุมผู้ป่วยกลุ่ม NCD เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>๒. ปัญหาการเข้ารับบริการล่าช้าของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ</p> <p>๓. ปัญหาการเข้ารับการรักษาใน Stroke Unit ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก</p>	<p>๑. การบูรณาการทำงานร่วมกันกับผู้ดูแลผู้ป่วย Primary Prevention ในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>๒. การประชาสัมพันธ์โดยการใช้สื่อสาธารณะและเครือข่ายสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทราบถึง Warning Sign รวมถึงความรุนแรงของโรค เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรับบริการได้ทันเวลา</p> <p>๓. ประชาสัมพันธ์ Stroke alert, Stroke awareness สายด่วน ๑๖๖๙ ความรุนแรงของโรคให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป</p>	<p>A = ๘๘๗</p> <p>B = ๗,๗๐๘</p> <p>ร้อยละ ๑๑.๕๑</p>

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	ได้รับทราบเพื่อการเข้าถึงบริการได้ทันเวลา	
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๗</b></p> <p>๑. การเข้าถึงบริการล่าช้า</p> <p>๒. การส่งต่อและการตอบกลับข้อมูลยังไม่บรรลุตามเป้าหมายมีความคลาดเคลื่อนและความล่าช้าในการบันทึก</p> <p>๓. ขาดอุปกรณ์การแพทย์และพยาบาลที่จบ Stroke หลักสูตร ๔ เดือนใน โรงพยาบาล Node ที่จะเปิด stroke unit</p>	<p>๑. ปชส. Stroke Alert, Stroke Awareness</p> <p>๒. ทบทวนและพัฒนาระบบรักษาส่งต่อ ของ รพ. node และประเมินมาตรฐาน PNC Stroke ยกระดับเป็นต้นแบบ RNC Stroke เขต ๗</p> <p>๓. เพิ่มศักยภาพ node: มีเครื่อง CT โดยจัดทำ Business plan วิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่าย</p>	<p>A = ๒๕๑</p> <p>B = ๖,๔๑๔</p> <p>ร้อยละ ๓.๙๑</p>
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๘</b></p>		<p>A = ๒๘๖</p> <p>B = ๖,๕๒๔</p> <p>ร้อยละ ๔.๓๘</p>
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๙</b></p>		<p>A = ๗๒๒</p> <p>B = ๑๑,๒๖๖</p> <p>ร้อยละ ๖.๔๑</p>
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๑๐</b></p> <p><b>จ.อุบลราชธานี</b></p> <p>๑. การเข้าถึงบริการยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำยังไม่ครอบคลุมไม่ทัน Golden period ๔.๕ ชั่วโมง</p> <p>๒. มี Stroke unit ๒๐ เตียง (รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ๑๒ เตียง, รพ.ร.เดชอุดม ๘ เตียง)</p> <p>๓. บุคลากรที่จำเป็นในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอเช่นแพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p><b>จ.ศรีสะเกษ</b></p> <p>การมารับบริการไม่ทันเวลา ๔.๕ ชม.</p>	<p><b>จ.อุบลราชธานี</b></p> <p>๑. เพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาของผู้ป่วยให้ได้รับยาได้เร็วขึ้น</p> <p>๑. จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วย ทั้งภายในและนอกเขต สุขภาพให้ชัดเจน</p> <p>๒. จัดอบรม Stroke nurse : Basic course</p> <p><b>จ.ศรีสะเกษ</b></p> <p>ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิด NODE ที่สามารถให้ยา</p>	<p>A = ๒๗๖</p> <p>B = ๔,๙๔๑</p> <p>ร้อยละ ๕.๕๙</p>



ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p><b>จ.อำนาจเจริญ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มาตรการ Stroke Alert, Awareness ขาดความต่อเนื่อง</li> <li>มีการคัดกรอง CVD Risk ได้ตามเป้าหมายแต่การจัดการกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม</li> <li>ไม่มีแพทย์ประสาทวิทยา</li> </ol> <p><b>จ.มุกดาหาร</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Stroke Alert, Awareness ขาดความต่อเนื่อง</li> <li>มีการคัดกรอง CVD Risk การจัดการกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม</li> <li>บุคลากรยังไม่เพียงพอที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</li> </ol> <p><b>จ.ยโสธร</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Stroke Unit เพียงไม่พอ</li> <li>อุปกรณ์ monitor ไม่เพียงพอ</li> <li>บุคลากรไม่เพียงพอ</li> </ol>	<p>ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเพิ่ม ในโรงพยาบาลที่ระยะทางไกลไกล</p> <p><b>จ.อำนาจเจริญ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>จัดทำแนวทางการในการส่งต่อผู้ป่วยทั้ง Acute Stroke และ IMC</li> <li>พัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายวิชาการและบริการในการดูแลผู้ป่วย Stroke และ IMC</li> <li>พัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาล ๓ สหาย</li> </ol> <p><b>จ.มุกดาหาร</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>คัดกรองกลุ่มเสี่ยงใน NCD Clinic ต่อเนื่อง</li> <li>จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาระบบการรับส่งต่อ Stroke Fast Track ในเครือข่าย</li> <li>จัดประชุมวิชาการให้ความรู้และเป็นพี่เลี้ยงในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่าย</li> </ol> <p><b>จ.ยโสธร</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>วางแผนการขยายเตียง</li> <li>ส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับ การอบรมเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองปีละ ๑ คน</li> </ol>	
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๑๑</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคและอาการของโรค ทำให้ขาดความตระหนักในการป้องกันโรคการ</li> <li>เข้าถึงบริการล่าช้า</li> <li>โรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์จบใหม่ และมีการหมุนเวียนแพทย์ทำให้ขาดความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคและดูแลผู้ป่วย Fast Track หลายจังหวัดขาดแคลนแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>ขาดแคลนแพทย์และพยาบาล</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประชาสัมพันธ์เชิงรุก StrokeAlert &amp; Awareness</li> <li>ประชาสัมพันธ์ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ มากขึ้น เพื่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยได้ทันท่วงที</li> <li>ลงพื้นที่เชิงรุกในการทำงานชุมชนและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น</li> <li>พัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล แพทย์จบใหม่ ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วย fast track</li> <li>พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย Fast Track</li> </ol>	<p>A = ๓๘๑ B = ๕,๖๖๑ ร้อยละ ๖.๗๓</p>

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เฉพาะทาง ในการดูแลผู้ป่วยใน ระบบ Fast Track ๕. จำนวนเตียง Fast Track ไม่ เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วย ๖. ระนอง, กระบี่ ไม่มี Node ในการให้ rtPA เนื่องจากมี CT เพียง เครื่อง เดียวทั้งจังหวัด ผู้ป่วยหลอดเลือด สมองตีบ บางส่วน ได้รับยาไม่ทัน ภายในเวลาที่กำหนด	๖. การเชื่อมโยงโรงพยาบาลชุมชน ในการดูแล ผู้ป่วย IMC	
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๒</b> ๑. เข้าถึงบริการได้ช้า ๒. บุคลากรไม่เพียงพอ ๓. ประชาชนขาดความตระหนักรู้ เดือนสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล	๑. ควรจัดกลุ่ม รพช. (node) ให้บริการ out source เครื่อง CT Scan ๒. สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการ ความรู้ในสาขาที่ขาดแคลน ๓. ประชาสัมพันธ์ stroke alert และ stroke awareness สู่อำเภอชน	A = ๔๐๒ B = ๖,๐๙๓ ร้อยละ ๖.๖๐

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

<b>เขตสุขภาพที่ ๑</b>	<p><b>จังหวัดลำพูน</b></p> <p>๑. มีการใช้ CPG สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ปรับ standing order และ ตารางบันทึกเวลาโดยปฏิบัติตาม New Guideline Stroke ๒๐๒๐</p> <p>๒. ในเวลาราชการมีอายุรแพทย์รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการ บริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จ</p> <p>๓. การประกันเวลาการทำ CT Scan สมองภายในเวลาที่กำหนด คือ ภายใน ๓๐ นาที</p> <p><b>จังหวัดเชียงใหม่</b></p> <p>๑. วิดีทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ ๕ อาการ สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง โดยพัฒนา ร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่</p> <p>๒. มีการจัดทำ Application ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแล การรักษา และ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและ Application สำหรับการประเมิน NIHSS ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ในระบบปฏิบัติการ IOS ระบบ Android โดยพัฒนาร่วมกับ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่</p> <p>๓. มีการใช้การรักษาแพทย์แผนไทยร่วมรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่ไม่มีข้อ ห้าม</p>
-----------------------	--

	<p>๔. มีการนำการดูแลด้วยแพทย์แผนไทยในการประคบร้อนเพื่อการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่เหยียดตึง</p> <p><b>จังหวัดน่าน</b></p> <p>๑. แนวทางการคัดกรอง AF ในกลุ่มเสี่ยง NCD Clinic</p> <p><b>จังหวัดลำปาง</b></p> <p>๑. “Stroke/STEMI Alert” และโรงเรียนความดันโลหิตสูง โดยการคัดกรองผู้ป่วย HT และ HT+ โดยใช้โปรแกรม Thai CVD Risk ซึ่งจัดระบบการประเมินความเสี่ยงและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายบุคคลที่มารับบริการตามนัดทุกครั้ง CVD Risk &gt; ๓๐% จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คั้นข้อมูลให้แก่พื้นที่ รพ.สต.และศูนย์ COC ให้ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งประชาสัมพันธ์เชิงกว้างให้ประชาชนมีความรู้เรื่องสัญญาณอันตรายของโรคหลอดเลือด</p>
เขตสุขภาพที่ ๒	<p><b>จังหวัดตาก</b></p> <p>๑. มี stroke member club โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้คัดกรองผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงให้ขึ้นทะเบียน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามาร่วมดูแลร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีผู้ดูแล</p> <p><b>จังหวัดพิษณุโลก</b></p> <p>๑. มี Risk member card</p>
เขตสุขภาพที่ ๖	ระบบให้คำปรึกษาทางไกลผ่านโทรศัพท์มือถือในผู้ป่วย stroke fast track, การผสมผสานการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลัน
เขตสุขภาพที่ ๑๐	<p><b>จังหวัดศรีสะเกษ</b></p> <p>รพ.ศรีสะเกษได้รางวัล Gold level Angle Award Sisaket Stroke Model</p> <p><b>จังหวัดยโสธร</b></p> <p>๑. รพ.ยโสธร พัฒนาระบบ Refer in พัฒนากู้ชีพ อาสาสมัคร อพปร. ให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้ และ Refer in ได้ โดยไม่ผ่าน รพช. ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบ SFT และเข้าถึงยา rT-PA มากขึ้น</p> <p>๒. รพ.ยโสธร ได้รับรางวัล Gold Status Thailand angels award ๒๐๑๗ และรางวัล Gold Status Thailand angels award ๒๐๑๘ จากสถาบันประสาท กรมการแพทย์</p>
เขตสุขภาพที่ ๑๑	<p><b>จังหวัดสุราษฎร์ธานี</b></p> <p>๑. มี RRS/ RRT ของ รพ.สุราษฎร์ธานี ที่เข้มแข็ง ร่วมกับการ Lean ระบบ (PAC ออนไลน์) ระบบ และเครือข่ายการ Activate Stroke Fast track จาก รพช.สู่ Node</p> <p>๒. รพ.กาญจนดิษฐ์, รพ.สมเด็จพระยุพราชเวียงสระ (M๒) เปิด Stroke Unit, Stroke Node ใช้ยาละลายลิ่มเลือด ได้ ๔ แห่ง รพ.ท่าโรงช้าง, รพ.ไชยา อยู่ระหว่างดำเนินการ</p> <p>๓. การ Activate Stroke Fast track at Seen ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี</p>

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

เขตสุขภาพที่ ๑	<p>๑. สนับสนุนอัตรากำลังแพทย์อายุกรรมระบบประสาทเพิ่ม</p> <p>๒. งบประมาณในการพัฒนาศักยภาพของแพทย์ และพยาบาล</p> <p>๓. งบประมาณในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพพยาบาลหน่วยงาน ที่ดูแล ผู้ป่วย Stroke นอก stroke unit โดยส่งอบรม Basic –advance stroke nurse และเตรียมส่งประเมินขอรับรองเป็นศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข(Standard Stroke Center Certify : SSCC)</p> <p>๕. วิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙ ของประชาชน เพื่อการแก้ไข ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประชาสัมพันธ์ stroke alert awareness</p>
เขตสุขภาพที่ ๖	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <p>๑. ลดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการทั้งในระยะก่อนและเข้ารับบริการในโรงพยาบาล จัดทำแนวทางการรักษาที่มีมาตรฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และรวมผู้ป่วยทั้งหลอดเลือดสมองตีบและแตกเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. แนวทางการรักษาที่มีมาตรฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และเพิ่มการเข้าถึงบริการใน IMC</p> <p>๓. การพัฒนาระบบ Stroke fast track</p> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b></p> <p>ทบทวนตัวชี้วัดโดยเฉพาะอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ส่งเสริมการผลิตศิลาแพทย์ระบบประสาทหรือแนวทางการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ</p>
เขตสุขภาพที่ ๑๐	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <p>๑. พัฒนา อสม. หมอประจำบ้านในการสร้าง stroke alert, awareness</p> <p>๒. การเตรียมบุคลากร stroke unit ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ rt-PA</p> <p>๓. วิเคราะห์ผู้ป่วยที่ครองเตียงมากกว่า ๗ วัน เพื่อพิจารณา Step down ward</p> <p>๔. การเตรียมเครื่องมือ monitor ใน stroke unit - Stroke alert protocol ใน รพ.</p> <p>๕. Check list rt-PA ก่อนถึง รพ.</p> <p>๖. OPD follow up มีการเชื่อมโยงกับ IMC - การวาง protocol stroke</p> <p>๗. การเชื่อมต่อกับ รพช.</p> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b></p> <p>สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทีมแพทย์</p>
เขตสุขภาพที่ ๑๑	<p>พัฒนาระบบการทำ Mechanical Thrombectomy ในรพ.สุราษฎร์ธานี ขอสนับสนุนแพทย์เฉพาะทางจากส่วนกลางมาช่วย</p>

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑  
 ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

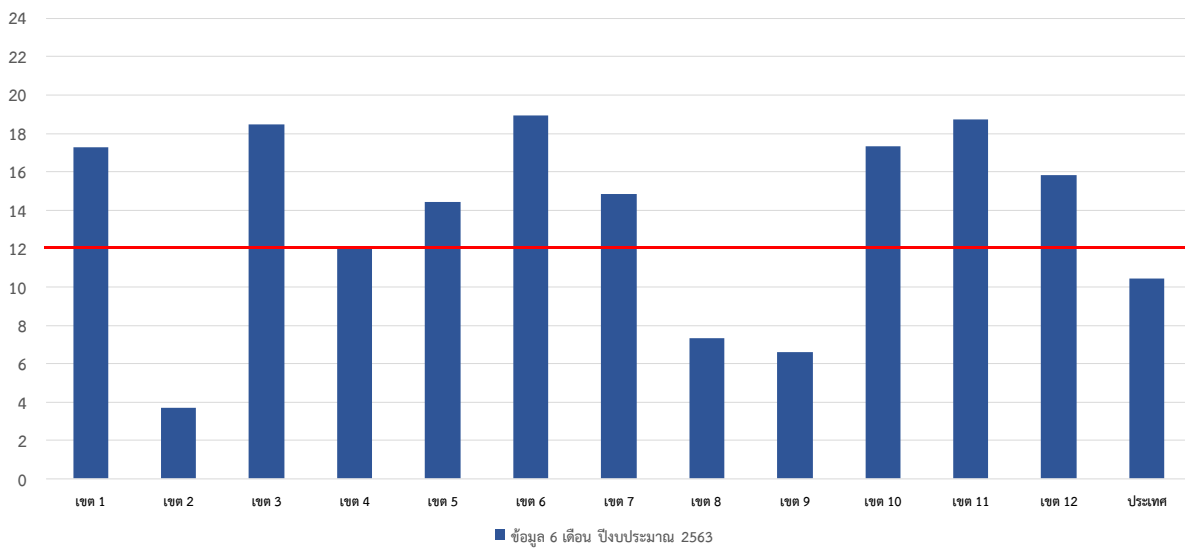
๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

๒. หัวข้อ : Fast Track (Trauma)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง  
 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)  
 (เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ ๑๒)



ปี 63 รอบที่ 1	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
	17.28	3.72	18.48	12.10	14.45	18.96	14.86	7.32	6.59	17.34	18.70	15.82	10.43

จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง (A) = ๒,๗๑๙ ราย

จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B) = ๒๖,๐๗๖ ราย

ที่มาข้อมูล : Health Data Center วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๓

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๑</b>		
ไม่สามารถเข้าห้องผ่าตัด ได้ภายใน ๖๐ นาที เนื่องจาก รอ Investigation รอ Resuscitation รอแพทย์ ผ่าตัดซึ่งเดินทางมาจาก นอกโรงพยาบาล	ให้มีการทบทวนระบบ Investigation Resuscitation และระบบ การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน	ร้อยละ ๑๗.๒๘ A = ๑๘๘ ราย B = ๑,๐๘๘ ราย
<b>เขตสุขภาพที่ ๒</b>		
- ความล่าช้าในขั้นตอน การวินิจฉัย และ resuscitation - ไม่มีโปรแกรมในการ เก็บข้อมูลด้าน อุบัติเหตุและงาน การแพทย์	- ทบทวนและพัฒนาระบบ Fast track กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุด - พัฒนาเครือข่ายระบบ Pre-Hospital เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่งในโรงพยาบาล - พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ACLS , ATLS , PHTLS	ร้อยละ ๓.๗๒ A = ๓๑๑ราย B = ๘,๓๖๘ราย
<b>เขตสุขภาพที่ ๓</b>		
- ภาวะฉุกเฉินจากโรค ไม่ติดต่อ ได้แก่ Stroke STEMI มี จำนวนเพิ่มขึ้น - ผู้ป่วยที่ต้องทำ หัตถการจากคลินิก นอกเวลาส่งมาทำที่ ER - ระบบการันตีเวลา ตรวจผู้ป่วยไม่รุนแรง ไม่สามารถใช้งานได้ จริง - ทีมห้องฉุกเฉินและ ทีมคลินิกนอกเวลา เป็นทีมเดียวกัน	- พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิให้ มีทีมหมอครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นด่านหน้าให้สามารถดูแล Case ที่ไม่ฉุกเฉิน - พัฒนา Smart Hospital เพื่อใช้ ประโยชน์ในการสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (Health Literacy) แก่ ประชาชนให้สามารถดูแลตนเองได้ อย่างถูกต้อง รวมถึงความตระหนักรู้ถึง ภาวะที่ไม่ฉุกเฉิน และการมารับบริการ ในเวลา	ร้อยละ ๑๘.๔๘ A = ๔๒๘ราย B = ๒,๓๑๖ราย - จำนวนผู้ป่วยในห้อง ฉุกเฉินลดลง - ผู้ป่วย Case Emergency ได้รับการดูแลที่ดีขึ้น - หน่วยบริการปฐมภูมิผ่าน เกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติด ดาว และสามารถดูแล ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๓</b>		
- เจ้าหน้าที่ในการให้บริการมีไม่เพียงพอ	- มีวางแผนในการอัตรากำลังคน โดยเตรียมเปิดสอนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินร่วมวิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชากรักษ์ในการเปิดสอนพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน - เพิ่มอัตรากำลังเวชกิจฉุกเฉินทางการแพทย์ - จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อในเขตสุขภาพที่ ๓ ๒ รุ่น จำนวน รุ่นละ ๔๐ คน	
<b>เขตสุขภาพที่ ๔</b>		
ผู้ป่วย level ๔,๕ ยังสูงอยู่โดยเฉพาะใน รพช. และไม่สามารถจัด OPD นอกเวลาได้ การทำแผลยังคงต้องทำใน ER	- รพ.ที่มีศักยภาพมีการจัด OPD นอกเวลา - รพ. ชุมชน แยกผู้รับบริการฉีดยา ทำแผลออกจาก ER	ร้อยละ ๑๒.๑๐ A = ๓๐๒ราย B = ๒,๔๙๕ราย
<b>เขตสุขภาพที่ ๕</b>		
อัตรากำลังของผู้ป่วย trauma level ๑ มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาทีไม่ผ่านเกณฑ์	- ทบทวนกรณีผู้ป่วย trauma level ๑ เข้าห้องผ่าตัดไม่ได้ภายใน ๖๐ นาทีเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาเช่น ระบบปรึกษา, ระบบตรวจวินิจฉัย, การบริหารจัดการห้องผ่าตัด - พัฒนาระบบปรึกษาระหว่างแผนกใน Multiple Trauma เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดได้เร็วขึ้น - การ Sharing ทรัพยากร ระดับจังหวัด / เขต โดยเฉพาะด้านบุคลากร - พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ฝ่ายสารสนเทศควรช่วยสนับสนุนงานบริการ	ร้อยละ ๑๔.๔๕ A = ๒๑๖ราย B = ๑,๔๙๕ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๖</b>		
ER มีความแออัด จากการใช้บริการของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบประสานการส่งต่อระหว่างห้องผ่าตัดกับห้องฉุกเฉินโดยเน้นเรื่อง Trauma Brain Injury</li> <li>- พัฒนาระบบสนับสนุนการวินิจฉัยโรค</li> <li>- เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน               <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์ (ER Service Delivery)</li> <li>- นโยบายลดแออัด</li> <li>- นโยบายไม่ยอมรับความรุนแรง</li> </ul> </li> </ul>	ร้อยละ ๑๘.๙๖ A = ๔๔๘ราย B = ๒,๓๖๓ราย
<b>เขตสุขภาพที่ ๗</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเข้าถึงบริการ ER ที่มีประสิทธิภาพ: โดยระบบ EMS ๖๘% และกลุ่มที่ใช้บริการ EMS ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย trauma</li> <li>- ด้านบุคลากร: ยังไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนประชากรและภาระงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรณรงค์ fast tract/alert/awareness: stroke, stemi</li> <li>- มีระบบ GPS รถพยาบาล มีระบบ Telemedicine เชื่อมโยงกับแม่ข่าย รพ.ขอนแก่น และระบบปรึกษาแพทย์ผ่าน ER Call center</li> <li>- ทบทวนและเพิ่มความเข้มแข็งในการจัดการเชิงระบบตามมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของ รพ. (ECS คุณภาพ)</li> <li>- การวางแผนกำลังคนของแพทย์</li> <li>- เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมและพัฒนาแหล่งฝึกภายในเขต</li> <li>- มีการพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐาน ER Service Delivery โดย รพ.ขอนแก่นมีการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ENP ปีละ ๒ คน จัดระบบการสอบประเมินทักษะของพยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นประจำทุกปี</li> </ul>	ร้อยละ ๑๔.๘๖ A = ๑๑๔ราย B = ๗๖๗ราย



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๗ (ต่อ)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ER แอ้อัดจากการใช้บริการของผู้ป่วย</li> <li>- การดูแลผู้ป่วย In-hos Case level ๑-๒ ที่อยู่ในห้อง ER นาน &gt; ๒ ชม.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- นำระบบ MOPH triage เพื่อแยกกลุ่มผู้ป่วยและจัดบริการผู้ป่วยระดับ ๔,๕ (สี เขียว-ขาว) ออกจาก ER</li> <li>- เพิ่มศักยภาพของ รพ. ระดับ M๑ และ M๒ การ Refer Back ผู้ป่วยกลับ รพ. ที่เป็น Node บูรณาการกับ IMC</li> <li>- พัฒนา In-hos (Transfer ใน รพ.)</li> <li>- จัดระบบและลดระยะเวลาในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง</li> <li>- ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกรายผ่านแฟ้ม "ACCIDENT" ในระบบข้อมูลทาง IS Online</li> </ul>	
<b>เขตสุขภาพที่ ๘</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความพร้อม และความครอบคลุมของการให้บริการ EMS</li> <li>- ความปลอดภัยทางด้านโครงสร้างของสถานที่ปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุม</li> <li>- Delay on set to treatment ในบางพื้นที่</li> <li>- ความครอบคลุมของการมี AED ในแหล่งชุมชน</li> <li>- การสอน BLS และการติดตามประเมินผล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เตรียมรถ Emergency ให้มีความพร้อมใช้เพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน</li> <li>- ควรมีแผนการ Training ของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการให้มีความรู้ที่เป็นปัจจุบัน</li> <li>- พิจารณาเพิ่ม Double door ของห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ยังไม่มี</li> <li>- Improved onset to treatment (ทำ RCA เพื่อหาสาเหตุของความล่าช้า แล้วแก้ไขที่สาเหตุในพื้นที่ ที่ยังคงมีปัญหานี้</li> <li>- เพิ่มความครอบคลุมของ AED ในแหล่งชุมชน</li> <li>- เพิ่มเติมการสอน BLS พร้อมทั้งมีการติดตามและการประเมินผล</li> </ul>	<p>ร้อยละ ๗.๓๒</p> <p>A = ๒๗๙ราย</p> <p>B = ๓,๘๑๐ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๘ (ต่อ)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปริมาณคนไข้ไม่ฉุกเฉินที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน</li> <li>- การลดจำนวนผู้ป่วย Trauma จากอุบัติเหตุบนท้องถนน</li> <li>- ฐานข้อมูลมีความหลากหลายทำให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อน</li> <li>- ขาดแคลน แพทย์ EP และ EPNurse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขยายเวลาของ OPD หรือเปิดเป็นคลินิกพิเศษนอกเวลา เพื่อลดความแออัดของการใช้บริการ ER</li> <li>- เสนอเรื่องการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เพื่อลดอุบัติเหตุบนถนน</li> <li>- พัฒนารฐานข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อนำไปวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- สนับสนุนการพัฒนาทักษะ ความเชี่ยวชาญ ของบุคลากร ทั้งในด้านงบประมาณ และหน่วยงานการ Training</li> </ul>	
<b>เขตสุขภาพที่ ๙</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- นครราชสีมา การขาดบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินที่มีทักษะการปฏิบัติงานเฉพาะด้าน</li> <li>- บุรีรัมย์ รพ.บุรีรัมย์ยังขาดห้อง Isolated Room ที่ ER สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง</li> <li>- สุรินทร์ ห้องฉุกเฉินมีผู้ป่วยประเภท ๔ และ ๕ ที่ไม่ฉุกเฉิน (non trauma) คิดเป็น ๖๑.๑๓ %</li> </ul>	<p><b>นครราชสีมา</b></p> <p>๑.การพัฒนางาน EMS คุณภาพ การประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนให้รับรู้อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ควรเรียก ๑๖๖๙ เช่น อาการของผู้ป่วย Stroke STEMI เพื่อให้สามารถช่วยเหลือได้ทันเวลา (Alarm Alert Alive), การอบรมให้ความรู้ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน</p> <p>๒.การพัฒนา ECS คุณภาพ แบ่งการประเมินออกเป็น ๕ โชน ผลที่ได้จากการประเมินจะนำเสนอต่อผู้บริหาร และจัดทำเป็นแผนการปรับปรุง พัฒนาต่อไป</p> <p>๓.การพัฒนา ER คุณภาพ พัฒนาอาคารสถานที่ให้มี Double Door ห้องรอตรวจ/ห้องแยกโรค มีการเชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉินผ่านระบบ Telemedicine ส่งข้อมูลผ่านแฟ้ม Accident หรือ IS</p>	<p>ร้อยละ ๖.๕๙</p> <p>A = ๙๐ราย</p> <p>B = ๑,๓๖๖ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๙(ต่อ)		
	<p><b>บุรีรัมย์</b> <b>ระดับจังหวัด</b></p> <p>๑. กำหนดเป็นนโยบายของจังหวัด ดำเนินการในการลดตายจาก RTI</p> <p>๒. รพศ./ รพท. กำหนดมาตรการลดแออัด ให้ชัดเจน</p> <p><b>ระดับอำเภอ</b></p> <p>๑. สื่อสารแนวทางในการลดแออัดในห้อง ฉุกเฉิน</p> <p>๒. Review case เสียชีวิตเพื่อพัฒนาระบบ การเข้าถึง Pre/In Hosp./ระบบบริการ</p> <p><b>ระดับตำบล</b></p> <p>๑. พัฒนาศักยภาพ FR เพื่อเพิ่มทักษะ/ เข้าถึงบริการของผู้ป่วยในชุมชน</p> <p>๒. เชื่อมโยงภารกิจป้องกันอุบัติเหตุจราจร ทางถนน โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน</p> <p><b>สุรินทร์</b> <b>แผนปีงบประมาณ ๒๕๖๓</b></p> <p>✓ โครงการพัฒนาบุคลากรเรื่องการดูแล ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งจังหวัด</p> <p>✓ โครงการพัฒนาระบบ EMS</p> <p>๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ EMS</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพ และคุณภาพการ บริการ</p> <p>๓. พัฒนาหน่วยปฐมพยาบาลให้ได้ มาตรฐาน</p> <p><b>ชัยภูมิ</b></p> <p>๑. นโยบาย ER Target time &lt; ๒ hri เพื่อลด ER Crowding</p> <p>๒. โครงการพัฒนาระบบ EMS</p> <p>- พัฒนาระบบบริการงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน</p> <p>- พัฒนาระบบ Consult ระบบ Fast track เช่น Stroke STEMI Sepsis Trauma</p> <p>๓. พัฒนาระบบการส่งต่อ-ส่งกลับ จังหวัด ชัยภูมิ/ เขตสุขภาพที่ ๙</p>	

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๐</b>		
<p>๑. แพทย์ EP ไม่สามารถอยู่เวรได้ ๒๔ ชั่วโมง</p> <p>๒. ผู้ป่วย level ๔-๕ ที่มารับบริการทั้งในเวลาและนอกเวลาเป็นจำนวนมาก</p> <p>๓. ระบบ refer ผู้ป่วยกลุ่ม Fast track ที่อาคารวิกฤติขณะส่งต่อ</p>	<p>๑.การจัดระบบ consult สำหรับ intern และเพิ่ม competency intern ผ่านการอบรม การกึ่งชีพ comprehensive life support</p> <p>๒.OPD นอกเวลา ๑๖-๒๒ น ตรวจทั้ง trauma and non trauma level ๔ , ๕</p> <p>๓. การจัดการระบบการ refer โดยใช้ระบบ tele consult ผู้ป่วยกลุ่มโรค fast track และสามารถ pass ไป ward ,ICU ,OR ได้เลย</p>	<p>ร้อยละ ๑๗.๓๔</p> <p>A = ๑๑๒ราย</p> <p>B = ๖๔๖ราย</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๑</b>		
<p>๑. การประชาสัมพันธ์ การใช้บริการ ๑๖๖๙ ยังไม่ทั่วถึง</p> <p>๒. ระยะเวลาการรอคอยเพียงค่อนข้างนาน</p> <p>๓. ขาดการนำข้อมูลไปใช้ในทางวิชาการ</p>	<p>- ใช้กลไก ผู้นำชุมชน อสม. สื่อออนไลน์ ในการประชาสัมพันธ์</p> <p>- พัฒนาระบบบริหารเตียง หรือการมีระบบสำรองเตียง สำหรับผู้ป่วย triage level ๑,๒</p> <p>- ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งาน ER คุณภาพระดับเขต</p>	<p>ร้อยละ ๑๘.๗๐</p> <p>A = ๑๐๑ราย</p> <p>B = ๕๔๐ราย</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๒</b>		
<p>๑. ผู้ป่วย Trauma ได้รับการบริการล่าช้า</p> <p>๒. การเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุม</p> <p>๓. ขาดแพทย์ศัลยกรรมอุบัติเหตุ Neurosurgeon (สตูล)</p> <p>๔. ช่องว่างการพัฒนาข้อมูลตัวชี้วัดใน HDC</p>	<p>- การสร้างความเข้าใจ การให้ข้อมูลถึงขั้นตอนการให้บริการของระบบ ๑๖๖๙ ให้ทั่วถึง</p> <p>- การประชาสัมพันธ์การเข้าใจถึงภาวะฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับบริการใน ER ผ่านช่องทางต่างๆ</p> <p>- การสรรหาและบริหารจัดการแพทย์ภายในเขต</p> <p>- บันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันโดยการจัดสรรบุคลากรในหน่วยงานในการคีย์ข้อมูล</p>	<p>ร้อยละ ๑๕.๘๒</p> <p>A = ๑๓๐ราย</p> <p>B = ๘๒๒ราย</p>

ปัญหาที่พบจากการดึงข้อมูลจาก HDC			
รายจังหวัดไม่มีข้อมูล (B=๐)		จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด < ๔๐ ราย	
- ลำพูน	- จันทบุรี	- ชัยนาท	- ศรีสะเกษ
- กำแพงเพชร	- มหาสารคาม	- สมุทรปราการ	- ยโสธร
- นนทบุรี	- กระบี่	- อุตรธานี	- พังงา
- นครปฐม		- บึงกาฬ	- สตูล
- สมุทรสงคราม		- หนองบัวลำภู	- ปัตตานี
		- บุรีรัมย์	

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

เขตสุขภาพที่ ๑	<p>จังหวัดลำพูน</p> <p>๑. พัฒนาอาคารสถานที่ จัดให้มี Double door with access control, โชนรถตรวจ และห้องแยกโรครวมทั้งการจัดให้มีห้องเอกซเรย์ใกล้เคียงกับห้องฉุกเฉิน ระบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านท่อสุญญากาศ</p> <p>๒. มีการปรับเกณฑ์การ activate fast track ได้เร็วขึ้นของเครือข่าย</p> <p>จังหวัดลำปาง</p> <p>๑. ระบบ Fast track</p> <p>๒. ระบบ ER Fast pass</p> <p>๓. TEA unit และ service delivery</p>
เขตสุขภาพที่ ๒	<p>๑. จังหวัดตากมีสารสนเทศที่แสดงสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking) และมีระบบ Ambulance Telemedicine</p> <p>๒. จังหวัดเพชรบูรณ์มีการจัดกิจกรรมรณรงค์การสวมหมวกนิรภัยรวมทั้งการปิดจุดเสี่ยงอุบัติเหตุจากรถ</p>
เขตสุขภาพที่ ๓	<p>๑. จังหวัดนครสวรรค์ มีระบบ Telemedicine ทุกโรงพยาบาลในจังหวัด เริ่มมีการนำระบบ Double door มาใช้ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์</p> <p>๒. มีการพัฒนาบุคลากร เป็นศูนย์ฝึกอบรมพยาบาล ER ในระดับเขต</p> <p>๓. มีแพทย์ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและศูนย์ส่งต่อตลอดเวลา</p> <p>๔. มีการเปิดคลินิกนอกเวลาและ SMC ที่รับผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษาถึง ๒๐:๐๐ น.</p> <p>๕. มีการเก็บค่ารักษาพยาบาลกรณีรับบริการนอกเวลาราชการด้วยอาการที่ไม่รุนแรง ๕๐ บาท</p> <p>๖. มีการคัดกรองระดับความรุนแรงที่ต้องปฏิบัติตามอย่างเข้มงวด</p> <p>๗. สามารถ Set OR ได้โดยตรงจากแพทย์เวร ER ผ่านการ Consult</p>
เขตสุขภาพที่ ๕	<p>ราชบุรี</p> <p>- มีระบบ Fast track severe head injury ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย</p> <p>- มี SMC คลินิกคู่ขนาน ลดจำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน</p>
เขตสุขภาพที่ ๖	<p>๑. ระบบการทำงาน AOC</p>

	<p>๒. EMS protocol / TEMSA (Thailand Emergency Medical Service Accreditation)</p> <p>๓. พัฒนาระบบ Medical Director/ พัฒนาศูนย์สั่งการระดับเขต</p> <p>๔. สถาบันฝึกอบรมแพทย์ EP ๒ ตำแหน่ง, แหล่งร่วมผลิต ENP, Paramedic</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๗</b>	<p>๑. <b>ขอนแก่น</b> กิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง (Trauma Quality Improvement Program) และกิจกรรม Trauma Audit เพื่อทบทวนผลการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และพัฒนางานการดูแลผู้บาดเจ็บร่วมกัน</p> <p>๒. <b>ขอนแก่น</b> ระบบ AOC &amp; Telemedicine และ Medical director ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรบน Ambulance</p> <p>๓. <b>ขอนแก่น</b> ระบบ Refer Bypass ทั้งจังหวัด ส่งต่อโดยตรงเข้า รพ.ขอนแก่น</p> <p>๔. <b>มหาสารคาม</b> การสร้างทีมงานและจัดให้มีระบบการคัดกรองร่วมกันระหว่าง OPD-ER เพื่อจัดบริการ Triage level ๔,๕</p> <p>๕. <b>ร้อยเอ็ด</b> การวางแผนและนำสู่ปฏิบัติทั้งระบบ สถานที่ และกำลังคน เพื่อยกระดับ ER เป็น excellence center</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๙</b>	<p>๑. <b>นครราชสีมา</b> นวัตกรรม Telemedicine – Ambulance Operation Center (AOC) เต็มพื้นที่ครบทั้ง ๓๒ อำเภอ</p> <p>๒. <b>บุรีรัมย์</b> มีระบบ Consultation ที่ดี Lean ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยช่วยลดระยะเวลาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินได้</p> <p>๓. <b>สุรินทร์</b> ระบบบัตรคิวแยกประเภทผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน Triage ๑-๓ เข้า ER ได้เลย</p> <p>๔. <b>ชัยภูมิ</b> เป็นจังหวัดนำร่องพัฒนาระบบการส่งต่อ – ส่งกลับ (R๙ Refer) ทดแทน Thai Refer ในเขตสุขภาพที่ ๙ นครชัยบุรินทร์ (รพ.ชัยภูมิ ร่วมกับ รพ. ภูเขียว)</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๐</b>	<p>๑. ทุกจังหวัดสามารถตรวจ OPD นอกเวลาได้ /SMC, PCC เมือง</p> <p>๒. จังหวัดอุบลราชธานีมี Telemedicine</p> <p>๓. จังหวัดศรีสะเกษ และอำนาจเจริญ มี Moph ED Triage</p> <p>๔. มี Fast track &gt;๔ กลุ่ม และ Pass Fast system</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๑</b>	<p>๑. มีระบบ Investigation ที่เข้าถึงง่าย ทั้งที่ รพ.สุราษฎร์ธานี และ รพ.วชิระภูเก็ต</p> <p>๒. จ.สุราษฎร์ธานี รพช. ส่วนใหญ่มีการพัฒนา ECS คุณภาพ ทำให้มีระบบการดูแลรักษาเบื้องต้นเป็นอย่างดี</p> <p>๓. จ.ภูเก็ต มีการพัฒนาระบบ AOC ได้ครอบคลุมทั้งจังหวัดทำให้การส่งต่อมีประสิทธิภาพ</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๒</b>	<p>๑. มีเครื่อง CT Scan ครอบคลุมทุกจังหวัดในเขต</p> <p>๒. เปิดบริการคลินิกนอกเวลาครอบคลุมทุกจังหวัดเพื่อลดการแออัด</p> <p>๓. มีการแยกจัดโซนประเภทของผู้ป่วยและช่องบ่งชี้การ Admit ผู้รับบริการอย่าง</p>

	ชัดเจน (แดง ชมพู เหลือง)
--	--------------------------

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

<p>เขตสุขภาพที่ ๓</p>	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนเครือข่าย PCU, รพ.สต. ให้รองรับ บริการผู้ป่วยนอกเวลาให้มากขึ้น</li> <li>- ควรประชาสัมพันธ์และให้ความรู้อย่างจริงจังกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อยเข้ารับบริการในเวลาทำการ</li> <li>- ควรมีการจัดพื้นที่สำหรับทำหัตถการเล็กน้อย แยกออกจากระบบของ ER</li> </ul> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วมประชาสัมพันธ์ในระดับประเทศให้ผู้ป่วยรุนแรงระดับ ๔ และ ๕ มาใช้บริการ โรงพยาบาล ในเวลาราชการ</li> </ul>
<p>เขตสุขภาพที่ ๕</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. กาญจนบุรี วิเคราะห์สถานการณ์ ของการผ่าตัดที่ไม่เป็นไปตามเวลาที่กำหนด</li> <li>๒. ราชบุรีและสมุทรสาคร ทบทวนกรณีผู้ป่วย trauma level ๑ เข้าห้องผ่าตัดไม่ได้ภายใน ๖๐ นาที เพื่อหาแนวทางแก้ไข</li> <li>๓. นครปฐมและเพชรบุรี การประเมินเกณฑ์ ER คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ ๕ แห่ง ใน ๘ แห่ง ควรเพิ่มมาตรการและแนวทางระดับ จังหวัดในการพัฒนา เพื่อให้ได้ ER คุณภาพ <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยประเภท ๔ และ ๕ ในห้องฉุกเฉิน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการพิจารณาในการเปิดขยายเวลา OPD นอกเวลาคู่ขนาน</li> <li>ผู้ป่วย admit ส่วนหนึ่งรอคอยในห้องฉุกเฉินเกิน ๒ ชั่วโมง ควรวางแนวทางบริหารจัดการผู้ป่วยที่ต้อง admit</li> </ul> </li> <li>๔. ประจวบคีรีขันธ์ วิเคราะห์สถานการณ์ ของการผ่าตัดที่ไม่เป็นไปตามเวลาที่กำหนด และหามาตรการแก้ไข</li> <li>๕. สมุทรสงคราม ผู้ป่วย trauma level ๑ เข้าห้องผ่าตัดภายใน ๖๐ นาที ยังทำได้น้อย เนื่องจากแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมหรือเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จากการวิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแนวทางในการแก้ไข โดยการสนับสนุนจากผู้บริหาร เช่น ระบบการปรึกษาที่ห้องฉุกเฉิน</li> <li>๖. สุพรรณบุรี ทบทวนกรณีมีผู้ป่วย trauma Triage level ๑ เข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ปริมาณน้อยเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา เช่น ระบบปรึกษา, ระบบตรวจวินิจฉัย, การบริหารจัดการห้องผ่าตัด</li> </ol>
<p>เขตสุขภาพที่ ๖</p>	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. พัฒนาโครงการ sky doctor มีการติดตามผลการดำเนินงาน ปัญหาการดำเนินงาน ของทีมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดข้อจำกัดในการส่งต่อผู้ป่วยให้มากขึ้นทั้งในด้านเวลาและสถานที่</li> <li>๒. เน้นระบบ การ Prevention ด้วย แอปพลิเคชันตาต้า คือ โครงการพัฒนารายงานจุดเกิดอุบัติเหตุบ่อย รวมถึงจุดที่มีผู้เสียชีวิต เพื่อช่วยเตือนผู้ที่สัญจรให้ระวังเส้นทางที่เสี่ยง โดยแพลตฟอร์มที่ได้จะนำมาใช้งานร่วมกับ Google street view ให้ผู้ใช้งานระมัดระวังเส้นทางที่เสี่ยง โดยได้เริ่มทำโครงการนำร่องในเขตเส้นทาง กรุงเทพ-ชลบุรี และแพลนขยายให้ครอบคลุมให้ทั่วในเขตภาค</li> </ol>

	ตะวันออกและระดับประเทศต่อไป
เขตสุขภาพที่ ๗	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <p>(๑) กำหนดมาตรการจัดบริการ Triage level ๔, ๕ ร่วมกันระหว่าง OPD ERPCC</p> <p>(๒) ทบหวนและวางแผนการเข้าถึงบริการ ER: Trauma + Non trauma เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) มากขึ้น</p> <p>(๓) ทบหวนและเพิ่มความเข้มแข็งการจัดการเชิงระบบตามมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉินของ รพ. (ECS คุณภาพ) รพ.ระดับ F ๒ ขึ้นไปในระดับเขต</p> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b></p> <p>(๑) กำหนด Career Path Nurse Coordinator TEA Unit ให้ชัดเจน</p> <p>(๒) จัดทำแผน ER ระดับเขต: ผลักดันการดำเนินงานประเมิน ECS คุณภาพ เป็นนโยบายของจังหวัดและเขตสุขภาพ เพื่อหาจุดบกพร่องหรือโอกาสพัฒนาให้เหมาะสมตามบริบทแต่ละ รพ.</p> <p>(๓) วางแผนพัฒนาระดับ รพท. ระดับ S เป็น Trauma Center Level ๒ เพื่อตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วย Trauma</p> <p>(๔) เพิ่มความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์เพื่อการเข้าถึงบริการของประชากร ร่วมขับเคลื่อน D-RTI และ RTI Team กับเครือข่ายสหวิชาชีพเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ/ อัตรการตายทางถนน</p> <p>(๕) พัฒนาศักยภาพห้องฉุกเฉิน รพช. ทุกระดับด้วย ER service delivery</p>
เขตสุขภาพที่ ๘	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b> พัฒนารฐานข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อนำไปวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง</p> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b> สนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อรองรับการพัฒนาความครอบคลุมของการบริการในด้านต่าง ๆ ของห้องฉุกเฉิน</p>
เขตสุขภาพที่ ๙	<p><b>นครราชสีมา</b></p> <p>๑. ทบหวนข้อมูลtrauma level ๑ เข้า OR ใน ๖๐ นาที (๒.๖๑%)</p> <p>๒. ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่รอดadmit ใน ER &gt;๒ ชม. และนำมาพัฒนาระบบร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องพื้นที่แยกโรคที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจ ควรต่อท่อระบายอากาศที่เหมาะสม</p> <p><b>บุรีรัมย์</b></p> <p>ควรมีการสนับสนุน วัสดุ ครุภัณฑ์ สำหรับ TEA Unit ให้มีความพร้อมในการใช้งาน</p> <p><b>สุรินทร์</b></p> <p>๑. ควรพัฒนาระบบเพื่อลดจำนวนผู้เจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (Level ๔, ๕) ใน ER ลง (กำลังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง)</p> <p>๒. ควรจัดให้มี Decontamination zone ที่เหมาะสม</p> <p>๓. พื้นที่แยกโรคที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจ ควรต่อท่อระบาย อากาศที่เหมาะสม</p> <p>๔. ควรมีการเน้นย้ำหลัก Universal precaution เพิ่มเติม</p> <p>๕. ควรเพิ่มจำนวน EN/ENP (กำลังดำเนินการ)</p>

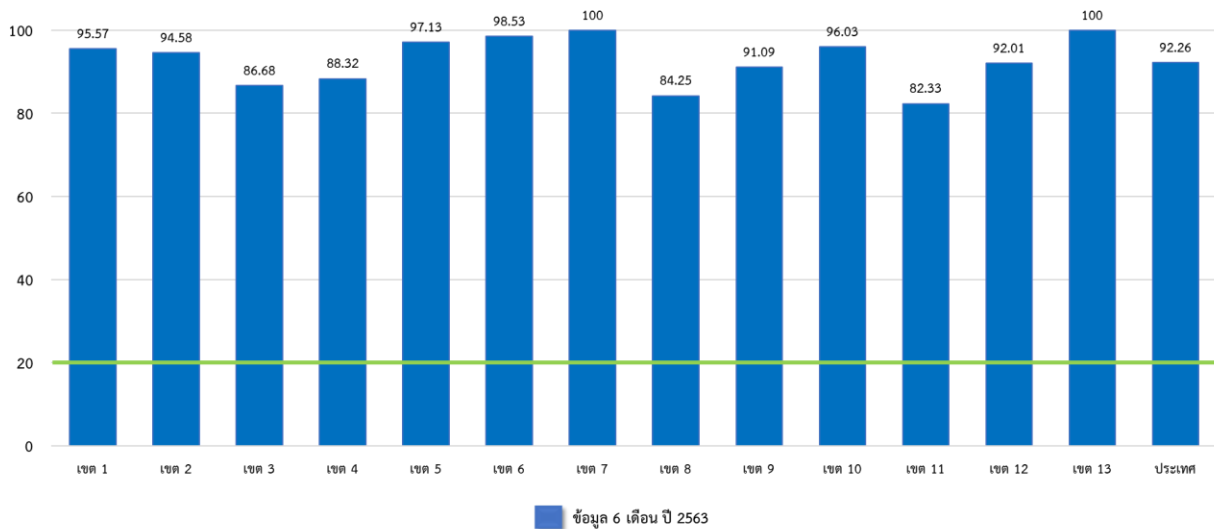


	<p>๖. Tele-Consultation / Clinic / AOC</p> <p><b>ชัยภูมิ</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>๑. เปิดรับ paramedic เพื่อสนับสนุนการให้บริการ Pre-Hospital care</li><li>๒. ER target time ไม่เกิน ๒ ชม. ควรลดขั้นตอน กระบวนการ Consultation</li><li>๓. ควรให้การสนับสนุนหน่วย TEA unit ในเรื่องสถานที่ และบุคลากรสนับสนุนเพิ่มเติม</li></ol>
--	--

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑  
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย
๒. หัวข้อ : สาขาการผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery)
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์
๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย ๒๐%)



ที่มา : <http://๑๒๒.๑๕๕.๑๙๗.๑๓๓/> ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๓

๔.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery : เป้าหมาย ๒๐%

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด(B)	ร้อยละ
๑	๖๙๐	๗๒๒	๙๕.๕๗
๒	๔๑๙	๔๔๓	๙๔.๕๘
๓	๔๑๐	๔๗๓	๘๖.๖๘
๔	๗๙๔	๘๙๙	๘๘.๓๒
๕	๘๑๑	๘๓๕	๙๗.๑๓
๖	๘๐๒	๘๑๔	๙๘.๕๓
๗	๑๙	๑๙	๑๐๐.๐๐
๘	๒๓๐	๒๗๓	๘๔.๒๕
๙	๕๖๒	๖๑๗	๙๑.๐๙
๑๐	๔๑๑	๔๒๘	๙๖.๐๓

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด(B)	ร้อยละ
๑๑	๔๙๔	๖๐๐	๘๒.๓๓
๑๒	๕๘๗	๖๓๘	๙๒.๐๑
๑๓	๑๑๕	๑๑๕	๑๐๐.๐๐
ประเทศ	๖,๓๔๔	๖,๘๗๖	๙๒.๒๖

ที่มา : <http://๑๒๒.๑๕๕.๑๙๗.๑๓๓/> ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๓

#### ๔.๒ ปัญหา กิจกรรมการแก้ไขปัญหา และผลการดำเนินงาน

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๑</b></p> <p>๑. ศัลยแพทย์ที่เข้าร่วมการผ่าตัดแบบ One day surgery ยังไม่ครบทุกแผนก รวมถึงยังไม่มั่นใจต่อระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับทำให้เกิดผลการโรคเป้าหมายที่สามารถให้บริการแบบ ODS ยังน้อย</p> <p>๒. การดำเนินการไม่สะท้อนลดแออัด</p> <p>๓. ระบบการดำเนินงานยังไม่เป็นแบบ One Stop Service</p>	<p>๑. มีการสื่อสารระดับนโยบายที่ชัดเจน ชี้แจงให้เห็นประโยชน์การให้บริการ ODS เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ศัลยแพทย์และแพทย์เฉพาะทางด้านอื่นๆ เพื่อผลักดันให้เข้าร่วมมากขึ้น</p> <p>๒. ควบทบทวนศักยภาพในจังหวัด ทบทวน After action review หรือ Tracer ระบบในกลุ่มที่สำเร็จและกลุ่มที่ Drop out</p> <p>๓. ผลักดันเพื่อพัฒนาการให้บริการ ODS ในรูปแบบ One stop service ตามบริบทและแนวโน้มทิศทางสอดคล้องกับนโยบาย excellent center</p>	<p>A = ๖๙๐</p> <p>B = ๗๒๒</p> <p>ร้อยละ ๙๕.๕๗</p>
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๒</b></p>		<p>A = ๔๑๙</p> <p>B = ๔๔๓</p> <p>ร้อยละ ๙๔.๕๘</p>
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๓</b></p> <p>๑. การให้บริการผ่าตัดแบบ ODS ไม่ครบ ๒๔ กลุ่มโรค</p> <p>๒. ห้องผ่าตัดมีน้อย</p> <p>๓. เครื่องมือ/ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ</p> <p>๔. ลงข้อมูลไม่ถูกต้องครบถ้วนทำให้มีปัญหาในการเบิกจ่ายจาก สปสช.</p>	<p>๑. วิเคราะห์แนวทางเพิ่มจำนวนเหตุการณ์ ODS มากขึ้น</p> <p>๒. มีการพัฒนา ODS Ward หรือ ODS Zone</p> <p>๓. วางแผนจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์</p> <p>๔. ติดตามด้านการเงิน</p> <p>๕. กรมการแพทย์วางแผนจัด Hernia camp ที่ เขต ๓</p>	<p>A = ๔๑๐</p> <p>B = ๔๗๓</p> <p>ร้อยละ ๘๖.๖๘</p>

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
๕. อัตรากำลังไม่เพียงพอ ๖. โครงสร้างยังไม่เป็น One stop service	๖. วางแผน Training ERCP รพ.สวรรค์ประชารักษ์ ๗. การประชาสัมพันธ์โครงการ	
<b>เขตสุขภาพที่ ๔</b>		A = ๗๙๔ B = ๘๙๙ ร้อยละ ๘๘.๓๒
<b>เขตสุขภาพที่ ๕</b> หัตถการ ODS ในหลายจังหวัดยังมีน้อย และไม่ครอบคลุมทุกสาขา	๑. วางมาตรการ ส่งเสริม สนับสนุนให้มีจำนวน หัตถการทำ ODS เพิ่มขึ้นอีก ๗ กลุ่มโรคตาม แผนงาน ๒. พัฒนามาตรการที่เหมาะสมในบริบทของแต่ละ พื้นที่เพื่อสามารถเปิด ODS ได้เพิ่มขึ้น	A = ๘๑๑ B = ๘๓๕ ร้อยละ ๙๗.๑๓
<b>เขตสุขภาพที่ ๖</b>	๑. พัฒนาและจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากร ๒. วางแผนด้านการจัดสรรด้านโครงสร้างของ บุคลากรเพื่อรองรับการจัดตั้งศูนย์บริการ ผู้ป่วยผ่าตัดแบบ One Day Surgery ๓. พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัด One Day Surgery โดยใช้ Application และ ประสานกับ ๑๖๖๙ เพื่อจัดทำแนวทางการ รับ-ส่งต่อผู้ป่วยกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน กรณี มีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	A = ๘๐๒ B = ๘๑๔ ร้อยละ ๙๘.๕๓
<b>เขตสุขภาพที่ ๗</b> ๑. บุคลากร: - ข้อจำกัดด้านการทำงานเป็นทีม ระหว่างศัลยแพทย์/วิสัญญีแพทย์/ แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ และทีม พยาบาล - ความเชื่อมั่นของผู้ทำการรักษา แบบ ODS - ความกังวลใจเรื่องความคุ้มทุนเมื่อ ทำหัตถการแบบ ODS ๒. Equipment: ไม่มี/ไม่เพียงพอ	๑. การตั้งทีมทำงานและเป้าหมายร่วมกัน ODS (+MIS) ๒. กำหนดแนวทางและติดตามการทำ ODS แยก ตามรายแผนก ๓. เพิ่มการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ใน โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายที่มีศัลยแพทย์/ สูตินรีแพทย์ และศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ๔. มีการทบทวนและประเมินสถานการณ์เพื่อ พัฒนา ๕. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ และจัดระบบการโทร	A = ๑๙ B = ๑๙ ร้อยละ ๑๐๐

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>(เช่น Colonoscope, EGD เป็นต้น)</p> <p>๓. ความเชื่อมั่นของประชาชนกับ ODS</p> <p>๔. ข้อมูลภาพรวมของการผ่าตัด ODS ไม่ครบถ้วน เนื่องจากระบบการเก็บข้อมูลยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และบุคลากรไม่ได้รับการอบรมการลงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม ODS</p>	<p>ติดตามหลังการผ่าตัด</p> <p>๖. รณรงค์การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผ่านศูนย์ประชาสัมพันธ์ของ รพ. และจัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โครงการ</p> <p>๗. อบรมการลงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม ODS แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน</p>	
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๘</b></p>	<p>เพิ่มบริการ ODS &amp; MIS</p>	<p>A = ๒๓๐</p> <p>B = ๒๗๓</p> <p>ร้อยละ ๘๔.๒๕</p>
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๙</b></p>	<p>ทุกจังหวัด ควรขยายการดำเนินงานผ่าตัดรายโรคหัตถการ ให้เพิ่มขึ้น เพื่อช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล</p>	<p>A = ๕๖๒</p> <p>B = ๖๑๗</p> <p>ร้อยละ ๙๑.๐๘</p>
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๑๐</b></p> <p>๑. ทีมผ่าตัด ยังขาดความมั่นใจในการให้บริการแบบ ODS</p> <p>๒. บุคลากร งบประมาณ และอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอ</p> <p>๓. ผู้ป่วยมีปัญหาทางเศรษฐกิจ บ้านไกล การเข้าร่วมโครงการต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้น</p> <p>๔. ODS unit ยังไม่สามารถบริการแบบ one stop service ได้</p> <p>๕. ยังคงให้บริการได้ไม่ครบ ๓๒ กลุ่มโรค</p> <p>๖. ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติมาอยู่ดูแลตลอด ๒๔ ชม.แรก จึงต้องมานอนรพ.ก่อนผ่าตัด และผู้ป่วยบางรายมีรถประจำทางเข้าหมู่บ้านจำกัด ถ้าผู้ป่วยมาบ่ายทำให้ไม่มีรถกลับบ้าน จึงทำให้มีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ ODS น้อย</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาการให้ความรู้เพิ่มทักษะ</p> <p>๒. มีการตั้งสำนักงาน ODS : จ.อำนาจเจริญ</p> <p>๓. ขยายโรคที่เข้าร่วมโครงการ ODS</p> <p>๔. วางแผนและจัดการผ่าตัดให้แล้วเสร็จในตอนเช้า</p>	<p>A = ๔๑๑</p> <p>B = ๔๒๘</p> <p>ร้อยละ ๙๖.๐๓</p>

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๑</b> ๑. ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเพื่อทำ ODS เนื่องจากการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ทั่วถึงทำให้ประชาชนยังขาดความเชื่อมั่นในหน่วยบริการ ๒. แพทย์ยังไม่มี ความมั่นใจในการทำ ODS	๑. แนะนำการทำ ODS ให้แก่ผู้ป่วยและเพิ่มช่องทางสื่อประชาสัมพันธ์ทั้งในและนอก รพ. ๒. ลงทะเบียนรายโรคที่ดำเนินการในพื้นที่ได้เพิ่มขึ้น ให้ความรู้ในเรื่องการทำ ODS ให้แก่ผู้รับผิดชอบงาน ๓. เน้นการคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นแก่แพทย์ที่รักษา	A = ๔๙๔ B = ๖๐๐ ร้อยละ ๘๒.๓๓
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๒</b> ๑. ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคในการทำ ODS ๒. ทศนคติของผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจในความปลอดภัยหลังการผ่าตัดวันเดียวกลับ	๑. มีการพัฒนาระบบ Post discharge Surveillance แผลผ่าตัดเชื่อมโยงกับเครือข่ายนัดติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด ๒. ผลักดันการทำงาน ODS เชิงนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อความครอบคลุมทุกกลุ่มโรค ๓. เพิ่ม ODS Health literacy ก่อนเข้ารับการผ่าตัดและสร้างความปลอดภัยในการรับบริการ	A = ๕๘๗ B = ๖๓๘ ร้อยละ ๙๒.๐๑
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๓</b>		A = ๑๑๕ B = ๑๑๕ ร้อยละ ๑๐๐

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

<b>เขตสุขภาพที่ ๗</b>	๑. จ.ขอนแก่น: การพัฒนาศักยภาพในการทำ ODS และการเข้าร่วม MIS ของรพ. node ๒. จ.มหาสารคาม: การพัฒนาการผ่าตัด MIS: LC เป็น ODS เพื่อลดความแออัด ที่รพ. มหาสารคาม
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๐</b>	๑. รพ.มุกดาหาร มี Pre Visit, Post Op Visit, Telephone Visit ๒. รพ.ยโสธร มีการผ่าตัดแบบ Same Day Surgery

#### ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

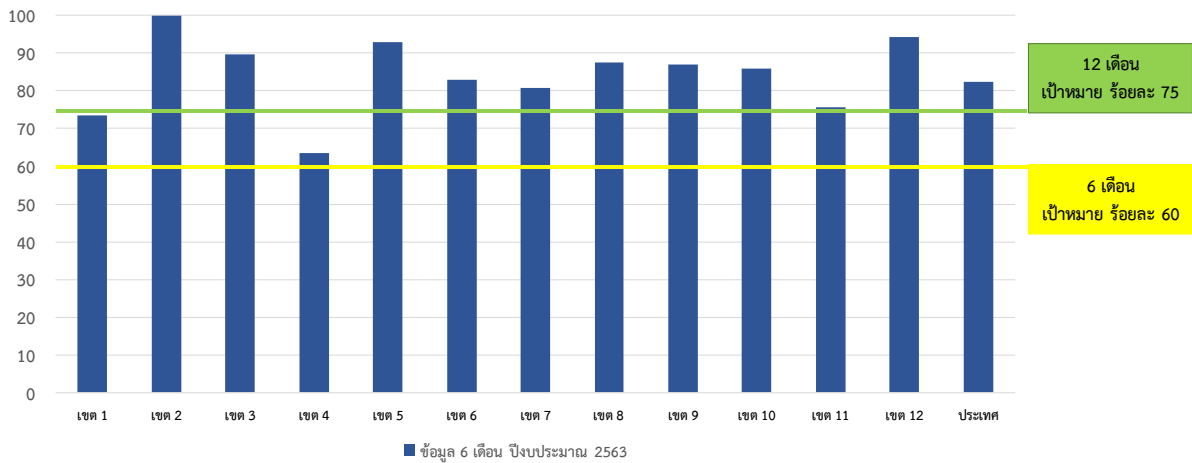
<b>เขตสุขภาพที่ ๓</b>	<b>สำหรับพื้นที่ :</b> ๑. วิเคราะห์แนวทางให้การเพิ่มจำนวนหัตถการ ODS ให้ครอบคลุมมากขึ้น ๒. การพัฒนา ODS Ward หรือ ODS Zone ๓. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดแบบ ODS ให้ถูกต้องตามแนวทางการ
-----------------------	---

	<p>ปฏิบัติการผ่าตัดแบบ ODS</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพ รพ.ระดับ M และ F ให้สามารถจัดบริการแบบ ODS เพิ่มขึ้น</p> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b></p> <p>ในการสนับสนุนความรู้ ทักษะแก่บุคลากร และลงพื้นที่เพื่อเป็นตัวอย่างในการทำ ODS</p>
เขตสุขภาพที่ ๖	<p>๑. จัดทำฐานข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกัน</p> <p>๒. การสนับสนุนด้านบุคลากรในการดำเนินงาน ODS &amp; MIS โดยเฉพาะ</p>
เขตสุขภาพที่ ๗	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <p>๑. การจัดการเชิงระบบ (system) ในระดับจังหวัด:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดหน่วยบริการ ODS ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ให้เป็น One stop service และการรวบรวมข้อมูลเพื่อการพัฒนางานเชิงรุกทั้งด้านวิชาการและบริการ</li> <li>- บุคลากรเข้ารับการอบรมพัฒนาสมรรถนะและศักยภาพการให้บริการตามมาตรฐานการดำเนินงาน ODS</li> <li>- สนับสนุนให้ รพ. Node ที่มีความพร้อมพิจารณาการผ่าตัด ODS</li> </ul> <p>๒. องค์กรและประชาสัมพันธ์องค์กรโครงการ ODS เชิงรุกในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน และประชาชนในชุมชน</p> <p>๓. ด้านการเงิน: ODS สามารถเบิกค่ารักษาจาก สปสช.เต็ม RW + MIS มีเงินสนับสนุนทุกเคส</p> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b></p> <p>๑. วางแผนและนำเสนอนโยบาย/แนวทางการปฏิบัติแก่ทีมที่เกี่ยวข้องให้ทราบข้อมูลเป็นระยะเมื่อมีสถานการณ์ข้อมูลเปลี่ยนแปลง เช่น แนวทางการจัดบริการ ODS แบบ One stop service/วิเคราะห์สถานการณ์งานบริการ ODS แยกตามแผนกในภาพรวมของประเทศ แยกตามรายจังหวัด เพื่อการพัฒนา</p> <p>๒. สนับสนุนด้านวิชาการแก่บุคลากรให้เข้ารับการอบรมมาตรฐานการดำเนินงานการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS)</p> <p>๓. พิจารณาเพิ่มรหัสเบิกชดเชย ODS</p>
เขตสุขภาพที่ ๑๐	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <p>๑. การันตีระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดในกลุ่ม ODS</p> <p>๒. ขยายพื้นที่บริการไปยัง รพช.</p> <p>๓. ประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึง</p> <p>๔. การบริการแบบ one stop service</p> <p>๕. การนิเทศงานระดับ รพช. และ รพ.สต.</p> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b></p> <p>สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทีมแพทย์</p>

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑  
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย
๒. หัวข้อ : การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์
๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริการพื้นสภาระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) (เป้าหมาย ๖ เดือน ร้อยละ ๖๐) (เป้าหมาย ๑๒ เดือน ร้อยละ ๗๕)



ปี 63 รอบที่ 1	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
	73.40	100	89.80	63.49	91.23	82.81	80.82	87.65	86.90	84.62	74.67	94.29	83.21

โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการ (A) = ๖๗๙ แห่ง  
โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด (B) = ๘๑๖ แห่ง(จากฐานข้อมูล กบรส. ณ ๒ ม.ค. ๖๓)

ที่มาข้อมูล : การรายงานของพื้นที่และการนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<b>เขตสุขภาพที่ ๑</b>		
- ปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูล case IMC โดยการใช้ COC ยังไม่สามารถเก็บข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วน	- ควรมีการจัดทำ protocol discharge plan/standing order ,ระบบ specialist consultation ที่มีความพร้อม , เกณฑ์และช่องทางในการรับกลับ กรณีpt.มีอาการเปลี่ยนแปลง	ร้อยละ ๗๓.๔๐ A = ๖๙ แห่ง B = ๙๔ แห่ง



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความยั่งยืนของระบบในการรองรับการดำเนินงาน IMC (บุคลากร ระบบข้อมูล , ภายอุปกรณ์ที่จำเป็น)</li> </ul>	<p>ทรุดลง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรพัฒนาสนับสนุนความพร้อมของบุคลากร (จำนวน, ศักยภาพ) อุปกรณ์ และสถานที่ในการให้บริการของรพ. ระดับ M และ F ที่จะเปิดบริการ IMC bed จัดตั้งทีมออกเยี่ยมสำรวจ เพื่อช่วยเตรียมความพร้อมเพื่อเปิดให้บริการ IMC ให้กับ รพ ชุมชนที่เหลือ หรือการใช้ teleconsultation ในการดูแล</li> <li>- ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เกี่ยวข้องให้สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ</li> <li>- เน้นการนิเทศ กำกับ ติดตาม ผ่านในรูปแบบของคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อทำความเข้าใจในระบบการให้บริการและรับส่งต่อ</li> </ul>	
<b>เขตสุขภาพที่ ๒</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูล ระหว่างรพศ./รพท. และ รพช. ขาดความต่อเนื่อง</li> <li>- ขาดอัตรากำลังที่มีความรู้ความเข้าใจในการทำงานฟื้นฟู</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสื่อสารนโยบายการจัดบริการการฟื้นฟูสภาพของหน่วยงานที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร</li> <li>- จัดสนับสนุนงบประมาณในการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพยาบาลเวชฯ ฟื้นฟูปีละ ๒ คน</li> </ul>	<p>ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>A = ๔๑แห่ง</p> <p>B = ๔๑แห่ง</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๓</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดบุคลากรเฉพาะทาง</li> <li>- สหสาขาวิชาชีพมีความเข้าใจในการให้บริบาลฟื้นฟูพระยะกลาง (IMC) ที่ไม่ตรงกัน</li> <li>- อุปกรณ์เครื่องมือสำหรับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประชุมคณะกรรมการ Service Plan IMC ในระดับเขตและในระดับจังหวัด ปีละ ๒ ครั้ง</li> <li>- มีการจัดทำ Care Protocol ใช้ร่วมกันในระดับเขต</li> </ul>	<p>ร้อยละ ๗๙.๕๙</p> <p>A = ๓๙แห่ง</p> <p>B = ๔๙แห่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา</li> </ul>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>กายภาพบำบัดไม่เพียงพอ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หลังจากส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาใน รพช. มีระบบติดตามส่งต่ออย่างเป็นระบบเพื่อให้การบริหารฟื้นฟูสภาพมีประสิทธิภาพ พบว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ข้อยึดติด ฯลฯ ต้องกลับมารักษาซ้ำ</li> <li>- ยังพบว่าข้อมูลปัญหาการดูแลผู้ป่วยในชุมชนไม่ได้ถูกส่งต่อกลับมายัง รพ. และการดูแลฟื้นฟูไม่ครอบคลุมตามอาการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากสูญเสียโอกาสในการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>- การส่งต่อขาดความเชื่อมโยงในการประสานงาน</li> <li>- มีกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพ นอกจากผู้ป่วย ๓ กลุ่มโรคเป้าหมาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดระบบ Consultant โดยแพทย์ในเขตสุขภาพ</li> <li>- อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- สร้างเครือข่ายระบบการดูแล และการส่งต่อ ผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายของ service plan สาขาการดูแลระยะกลาง (intermediate care) ทั้งเขตสุขภาพที่ ๓ และจังหวัด</li> <li>- รพ.แม่ข่าย สนับสนุนอุปกรณ์แก่ รพ. ลูกข่าย</li> </ul>	<p>ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) จังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนการเพิ่มบุคลากรพยาบาลฟื้นฟูและสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>- นำ Care protocol ผู้ป่วยระยะกลางระดับเขต มาเป็นแนวทางปฏิบัติทั้งจังหวัด</li> </ul>
<b>เขตสุขภาพที่ ๕</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดตั้ง IMC ในระดับ รพช. ยังไม่ครอบคลุม</li> <li>- มีการจัดตั้งระบบการดูแลผู้ป่วย IMC และมี การส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนด node IMC ในแต่ละ รพช. ให้ชัดเจนและปฏิบัติได้</li> <li>- พัฒนาบุคลากรและติดตามการใช้เตียง IMC ที่ รพช.</li> <li>- เพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพเพื่อ</li> </ul>	<p>ร้อยละ ๙๒.๘๖</p> <p>A = ๕๒ แห่ง</p> <p>B = ๕๙ แห่ง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
จังหวัดไปดูแลยัง รพช. บางจังหวัดยังไม่ชัดเจน	<p>เข้าถึงการรับบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาการเชื่อมโยงและเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ</li> <li>- ขยายบริการกลุ่มโรคเพิ่มเติม นอกเหนือจากกลุ่ม Stroke, Traumatic brain injury, และ Spinal cord injury</li> </ul>	
<b>เขตสุขภาพที่ ๖</b>		
<p><b>ระบบ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบการบริหารจัดการ โรงพยาบาลระดับ M, F ที่รับผู้ป่วยกลับมา admit ยังมีความกังวล เรื่องส่งต่อผู้ป่วยกลับ โรงพยาบาลศูนย์ อาจยังไม่รองรับ หากเกิด ปัญหาที่โรงพยาบาล ชุมชนในผู้ป่วย Intermediate care</li> <li>- ระบบการติดตาม รายงานตัวชีวิต IMC</li> <li>- การประสานงานภายใน ทีม ยังไม่ต่อเนื่อง</li> </ul> <p><b>ผู้ป่วย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาที่รพ.อื่น ทำให้ ไม่ได้รับการประเมิน และฟื้นฟูต่อเนื่อง</li> </ul> <p><b>บุคลากร</b></p> <p>ขาดแคลนบุคลากรทั้ง นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องถึงชุมชนได้เพียงพอ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีเครือข่ายงานการดูแลผู้ป่วยระยะ กลาง(Intermediate care) ในระดับ จังหวัด</li> <li>- มีแนวทางการฟื้นฟูและส่งต่อสำหรับ ผู้ป่วย</li> </ul>	<p>ร้อยละ ๘๒.๘๑</p> <p>A = ๕๓ แห่ง</p> <p>B = ๖๔ แห่ง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
ขาดอัตรากำลังในการพัฒนาองค์ความรู้เนื่องจากภาระงานที่มาก		
<b>เขตสุขภาพที่ ๗</b>		
<p><b>ด้านบุคลากรในทีมฟื้นฟู</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนและศักยภาพของบุคลากรในทีมฟื้นฟู</li> <li>- ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน</li> </ul> <p><b>ด้านข้อมูล</b> : <u>เพื่อการส่งต่อ/ดูแล/การติดตามผู้ป่วยให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกลับได้รับการดูแล และฟื้นฟูไม่ครบถ้วน</li> <li>- ภายหลัง refer ผู้ป่วย stroke กลับไปที่ รพช. IMC bed มีอัตราการ Readmission เพิ่มขึ้น</li> </ul> <p><b>การบริหารจัดการ</b> โครงสร้างอาคารที่ได้มาตรฐาน เช่น จัดให้มีห้องน้ำสำหรับผู้พิการในหอผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยหลังผ่านภาวะวิกฤติและระยะฟื้นฟู</li> <li>- Home health care: ส่งเสริมบทบาทและเพิ่มศักยภาพของ Care giver/ อสม./ จิตอาสาของชุมชน</li> <li>- พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล พัฒนาโปรแกรม refer ให้เชื่อมโยง ข้อมูลได้ทั่วทั้งจังหวัด</li> <li>- ทบทวนสาเหตุและความพร้อมของการส่งต่อทั้งตัวผู้ป่วยและสถานรับส่งต่อ</li> <li>- มี Protocol, Guideline, เพิ่มข้อมูลในใบ refer ให้ครอบคลุมในการส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>- การรายงานผลการติดตามการฟื้นฟูจนครบ ๖ เดือน</li> <li>- ส่งเสริมการปรับโครงสร้างอารยสถาปัตย์ในหอผู้ป่วย IMC และภายใน รพ.</li> <li>- จัดทำห้องน้ำผู้พิการในหอผู้ป่วย Intermediate care เพิ่ม</li> </ul>	<p>ร้อยละ ๘๐.๘๒</p> <p>A = ๕๔ แห่ง</p> <p>B = ๗๓ แห่ง</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๘</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดตั้ง IMCbed/ward ยังไม่ครอบคลุม</li> <li>- ขาดแคลนกำลังคน เช่น OT, ST, PT, PMR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จังหวัดสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง IMCbed/ward ที่ได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน (สถานที่, ห้องน้ำ, เตียง, ทางลาด, อุปกรณ์กายภาพต่างๆ)</li> <li>- เพิ่มกรอบอัตรากำลังคนที่ขาดแคลนให้เพียงพอต่อการให้บริการ (ระดับ</li> </ul>	<p>ร้อยละ ๘๗.๘๕</p> <p>A = ๗๑ แห่ง</p> <p>B = ๘๑ แห่ง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับบันทึกและส่งต่อข้อมูล IMC ระหว่างหน่วยงาน ปัจจุบันใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลของ รพร.สว่างแดนดิน</li> </ul>	<p>นโยบาย)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่วนกลางพัฒนาโปรแกรมข้อมูล IMC ที่ Link กับฐานข้อมูลของโรงพยาบาลทุกระดับ และ link กับโปรแกรม LTC/PC/ผู้สูงอายุ</li> </ul>	
<b>เขตสุขภาพที่ ๙</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความเพียงพอของอัตรากำลังบุคลากร และขาดบุคลากรบางวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัดพยาบาลเฉพาะทางพยาบาลฟื้นฟู นักแก้ไขการพูด นักกายอุปกรณ์</li> <li>- การลงข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยในกลุ่ม IMC ในโปรแกรม Thai COC ลงไม่ครบคลุมผู้ป่วย IMC ทุกราย และติดตามเยี่ยมไม่ครบ ๖ เดือน</li> </ul>	<p><b>นครราชสีมา</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด/ ระดับโซน</li> <li>๒. ประชุมคณะกรรมการระดับโซน เพื่อจัดทำข้อตกลงระหว่างโซนและรพ. buddy</li> <li>๓. อบรมบุคลากร ตามแนวทางการพัฒนาแต่ละรพ.</li> <li>๔. ติดตามผลการดำเนินงานเพื่อวางแผนพัฒนา</li> </ol> <p><b>บุรีรัมย์</b></p> <p>ลงนิเทศงานเพื่อปรับปรุงแก้ไขในส่วนที่ขาดสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรในระดับรพ.สต. ให้มีความรู้ความเข้าใจการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามระบบงาน IMC</p> <p><b>สุรินทร์</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. โครงการพัฒนาความรู้ การดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน สำหรับพยาบาลรพช.และพยาบาล รพ.สต. จ.สุรินทร์</li> <li>๒. โครงการนิเทศและติดตามผลการดำเนินงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลลูกข่าย จ.สุรินทร์</li> </ol> <p><b>ชัยภูมิ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ดูแลในระบบ Intermediate Care ผ่านเกณฑ์ ๑๐๐% ระดับเขต</li> <li>๒. ผู้ป่วย Traumatic Brain injury และ Spinal Cord injury และผู้ป่วยกลุ่ม Capture the Fracture เข้าระบบการดูแลแบบ Intermediate Care</li> </ol>	<p>ร้อยละ ๘๖.๙๐</p> <p>A = ๗๓แห่ง</p> <p>B = ๘๔แห่ง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	พัฒนาระบบบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน - พัฒนาระบบ Consult ระบบ Fast track เช่น Stroke STEMI Sepsis Trauma ๓. พัฒนาระบบการส่งต่อ-ส่งกลับ จังหวัดชัยภูมิ/ เขตสุขภาพที่ ๙	
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๐</b>		
<b>ด้านบุคลากรในทีมฟื้นฟู</b> - ขาดบุคลากร และสหวิชาชีพ ยังไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน (IMC Manager )และโรงพยาบาลลูกข่ายไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู <b>ด้านระบบสารสนเทศ</b> - การลงข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน - ระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลลูกข่ายมีข้อจำกัดในการใช้ยาลดเกร็ง Plastic	- การประชุมและมอบนโยบายสื่อสารให้ชัดเจนเพื่อวางแผนพัฒนางานทั้งด้านบุคลากร - การใช้และข้อมูลในโปรแกรมสถาบันสิรินธร - การเชื่อมเครือข่ายให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและมีแนวทางชัดเจน	ร้อยละ ๘๕.๙๔ A = ๕๕แห่ง B = ๖๔แห่ง
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๑</b>		
๑. การลงข้อมูลของผู้ป่วยในโปรแกรมที่ไม่ตรงกัน ทำให้การรายงานผลล่าช้าและไม่เป็นปัจจุบัน ๒. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยไปสู่ รพ.สต.	<b>ระยะสั้น</b> การลงข้อมูลผู้ป่วยผ่าน Google Sheet/ Program Smart COC เพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้ <b>ระยะยาว</b> พัฒนาระบบการลงข้อมูลผ่าน Program Smart COC ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ <b>ระยะสั้น</b> ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านตรวจสอบกับผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน	ร้อยละ ๙๐.๕๔ A = ๖๗แห่ง B = ๗๔แห่ง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>๓. นักกายภาพบำบัด/ พยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๕วัน/๔เดือน ไม่เพียงพอ</p> <p>๔. ความไม่พร้อมด้าน เครื่องมือและอุปกรณ์ในการ ดูแลผู้ป่วย</p>	<p><b>ระยะยาว</b> พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพในโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p><b>มาตรการระดับเขต</b> มีแผนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการ ติดตามผู้ป่วยเต็มรูปแบบและมีมาตรฐาน เดียวกันทั้งเขต</p> <p><b>ระยะสั้น</b> - มีแผนพัฒนาจำนวนบุคลากรให้เพียงพอ ต่อการบริการผู้ป่วย - จัดอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๕ วัน/๔เดือน</p> <p><b>ระยะยาว</b> มีแผนพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้าน IMC</p> <p><b>มาตรการระดับเขต</b> มีแนวทางการคัดกรองและการ Refer Back ผู้ป่วยที่เขาก่อนกลับไปรับบริการที่ ชัดเจน</p> <p><b>ระยะสั้น</b> - จัดระบบบริการ IMC bed ตามมาตรฐาน - มีการสำรองเตียงอย่างเหมาะสม</p> <p><b>ระยะยาว</b> มีการให้บริการ IMC Ward ตาม care protocol อย่างเป็นรูปธรรม</p> <p><b>มาตรการระดับเขต</b> เชื่อมโยงนโยบายระดับชาติลงสู่การ ปฏิบัติในระดับเขตและจังหวัด</p>	
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๒</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดอัตราที่เพียงพอใน สายงานนัก กิจกรรมบำบัดใน รพ. ระดับ M,F</li> <li>- ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดกลุ่ม รพช. (node) บริการ IMC</li> <li>- ใช้กลไก พขอ./อสม. เข้ามามีส่วนร่วม ในการติดตามดูแลในชุมชน และ เชื่อมโยงข้อมูล</li> <li>- เพิ่ม Self-Efficacyกลุ่มประชาชนใน</li> </ul>	<p>ร้อยละ ๙๔.๒๙</p> <p>A = ๖๖แห่ง</p> <p>B = ๗๐แห่ง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
การติดตามและฟื้นฟูใน รพ.ชุมชน เนื่องจากขาด การเชื่อมโยงข้อมูลในทุก ระดับ	การสังเกตอาการที่ต้องรีบพบแพทย์ ตั้งแต่ Primary Care	

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

เขตสุขภาพที่ ๑	<p><b>จังหวัดพะเยา</b></p> <p>การลงข้อมูลใน EMR การส่งข้อมูลและระบบปรึกษาทาง linegroup มี protocol ที่ชัดเจนและใช้ร่วมกันแบบสหวิชาชีพ มีแผนการจำหน่ายและแผนการดูแลที่ส่งมอบให้ รพ.ปลายทาง , มีช่องทางอำนวยความสะดวกในกรณีต้องกลับมารักษาที่ รพ.พะเยา</p>
เขตสุขภาพที่ ๓	<p>๑. โปรแกรม Three refer เป็นระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่พัฒนาใช้ในเขตสุขภาพที่ ๓</p> <p>๒. มีการสร้างเครือข่ายบุคลากรดำเนินงานด้าน IMC ในทุกระดับและมีแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลผ่าน Line Application</p> <p>๓. จังหวัดอุทัยธานีเป็นรพ.แม่ข่ายในการสนับสนุนที่ดี (มีการจัดอบรมให้ความรู้เป็นที่ปรึกษา / กระตุ้นติดตาม/ เยี่ยมเสริมพลังใน รพช.ทุกแห่งที่เป็นเครือข่ายอย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี</p>
เขตสุขภาพที่ ๕	<p><b>ราชบุรี</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบ Fast Track Severe Head Injury ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Level ๘</li> <li>- มี SMC คลินิกชุมชน ลดจำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่ ER นอกเวลา</li> </ul> <p><b>สมุทรสาคร</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการใช้ระบบเยี่ยมบ้าน(home health care) เพื่อชดเชยโรงพยาบาลเครือข่าย</li> </ul> <p><b>นครปฐม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์ผสมผสาน โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง</li> </ul>
เขตสุขภาพที่ ๖	<p>๑. โครงการ อสม.รพ.สต.บ้านพระ เป็นการฝึกอบรม อสม. ในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ของตัวเอง มีการเข้ามาฝึกปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์ และระยะแรกมีทีมเวชกรรมฟื้นฟูจากโรงพยาบาลศูนย์ ร่วมลงติดตามผู้ป่วยก่อน จนสามารถเปิดศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยที่ รพ.สต.บ้านพระ และมีการนำแนวทางนี้ไปขยายต่อในพื้นที่อื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลนาดี และที่ PCC เมือง จะ</p>



	<p>ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๓</p> <p>๒. ใช้ระบบ telemedicine เข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยเฉพาะสาขาที่ไม่มีบุคลากรในโรงพยาบาลระดับ M, F และชุมชน</p> <p>๓. มีระบบ On top –IPD IMC เพื่อเพิ่มรายได้ การเบิกจ่ายในกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล</p> <p>๔. การส่งต่อและติดตามผลผู้ป่วยทาง line group และบันทึกข้อมูลด้วย google drive</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๗</b>	<p>๑. ขอนแก่น Seamless care ในผู้ป่วย Stroke และ PNC Stroke Card</p> <p>๒. มหาสารคาม อุปกรณ์ฝึกนั่งและยืนทรงตัว</p> <p>๓. ร้อยเอ็ด NEMO care Roi-et และ Rehabilitation สัญจร</p> <p>๔. กาฬสินธุ์บ้านโฮมสุข</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๙</b>	<p>๑. บุรีรัมย์ มีเครือข่ายที่เข้มแข็งโรงพยาบาลบ้านด่านมี IMC ward ที่รองรับอำเภอเมือง</p> <p>๒. ชัยภูมิ หนองบัวแดง รพ.ระดับ M๒ สามารถเปิด ward IMC จำนวน ๑๐ เตียงได้</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๐</b>	<p>๑. มุกดาหาร นัดผู้ป่วยทำกายภาพ รพ.ใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. อำนาจเจริญ มีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย Ischemic stroke ของ Intermediate care กับstroke corner</p> <p>๓. ศรีสะเกษ มีการพัฒนาโปรแกรม สถาบัน.สิรินธร และ OPD stroke (One stop service)</p>
<b>เขตสุขภาพที่ ๑๑</b>	<p><b>จังหวัดกระบี่</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาการดูแลร่วมกับเทศบาลอ่าวลึกและชุมชนสร้างศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วย Long Term Care</li> <li>- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมร่วมกับทีม IMC Stroke Clinic เกสซ์กร แพทย์แผนไทยที่ รพ.เหนือคลอง</li> <li>- มีการลงพื้นที่ในเขตพัฒนางานด้าน IMC ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง</li> </ul> <p><b>จังหวัดชุมพร</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับการตอบรับจากผู้บริหารค่อนข้างดี เช่น การจัดตั้งทีมครบทุก รพช. สามารถจัดตั้งเครือข่ายลงไปสู่ รพ.สต. และได้รับการสนับสนุนรถ Refer Back ภายใน ๔๘ ชั่วโมง จาก รพช.</li> <li>- สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร ด้านการฟื้นฟู</li> <li>- โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดประเมินพัฒนาศักยภาพให้ความรู้เรื่องการกลืน การพูด ความพิการ ๗ ด้านให้กับ รพช.</li> </ul> <p><b>จังหวัดนครศรีธรรมราช</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาการลงข้อมูลผ่านโปรแกรม Smart COC และ Google Drive ได้ต่อเนื่องครบ ๖ เดือน</li> </ul>

	<p><b>จังหวัดภูเก็ต</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดให้บริการ Day Care ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ตำบลเกาะแก้ว และ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓ เทศบาลนครภูเก็ต</li> </ul> <p><b>จังหวัดสุราษฎร์ธานี</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IMC Ward โรงพยาบาลพุนพิน สามารถรองรับผู้ป่วย Post Stroke จากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ไปดูแลได้อย่างครบวงจร มีประสิทธิภาพ สามารถลดความแออัด ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีได้อย่างเป็นรูปธรรม</li> </ul>
<p><b>เขตสุขภาพที่ ๑๒</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. <b>สงขลา</b> บางกลุ่มmodelต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย IMC</li> <li>๒. <b>ตรัง</b> (รพ.กันตัง) เป็น Role model</li> <li>๓. <b>ตรัง</b> มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการให้บริการ intensive intermediate care</li> <li>๔. <b>พัทลุง</b> โดย รพ.เขาชัยสน มีการสร้างอาคารฟื้นฟู และมีการพัฒนาโครงการ เข้าถึงบริการมากขึ้น</li> <li>๕. <b>โครงการวารีบำบัด</b> และมีการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> </ol>

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

<p><b>เขตสุขภาพที่ ๑</b></p>	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจแก่รพ.M F ที่มีแผนเปิด IMC bed/ward ควรมีการจัดทำ protocol discharge plan/standing order , ระบบ specialist consultation ที่มีความพร้อม , เกณฑ์และช่องทางในการรับกลับ กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง</li> <li>- ควรพัฒนาสนับสนุนความพร้อมของบุคลากร (จำนวน, ศักยภาพ) อุปกรณ์และสถานที่ในการให้บริการของรพ.ระดับ M และ F ที่จะเปิดบริการ IMC bed จัดตั้งทีมออกเยี่ยมสำรวจ เพื่อช่วยเตรียมความพร้อมเพื่อเปิดให้บริการ IMC ให้กับ รพ. ชุมชนที่เหลือ หรือการใช้ teleconsultation ในการดูแล</li> <li>- ในช่วงที่อยู่ระหว่างการพัฒนา IMC bed/ward หาก รพช. เรายังไม่มีการพร้อมรับ ควรให้มีการให้ refer ข้ามเขต (zone) ได้ และควรสื่อสารให้ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ทราบหากมีการ refer ข้ามเขต</li> <li>- สะท้อนข้อมูลผลลัพธ์อื่นๆทั้งประโยชน์ต่อผู้ป่วย ญาติ และผลทางการบริหารจัดการเตียงและการเงินในภาพจังหวัดอย่างต่อเนื่องผ่าน คณะกรรมการระบบสุขภาพจังหวัด</li> <li>- ในกรณีระบบการจับเก็บข้อมูลและการติดตามข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่หลากหลาย ยังไม่สามารถติดตามผลได้ควรจัดทำแบบฟอร์มการจับเก็บข้อมูล เอื้อต่อ ผู้ปฏิบัติงาน กำหนดผู้รับผิดชอบในการลงข้อมูลรวมทั้งการติดตามผล โดย สหวิชาชีพ</li> <li>- ควรมีการจัดตั้ง case manager IMC ที่ รพช.และ สสจ.(ในบางจังหวัดที่ยังไม่ได้ ดำเนินการ) เพื่อรวบรวมข้อมูลทั้งจังหวัดเพื่อความต่อเนื่องในการเก็บข้อมูลรายโรคจาก รพ. ชุมชน</li> <li>- ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เกี่ยวข้องให้สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ</li> </ul>
------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้นการนิเทศ กำกับ ติดตาม ผ่านในรูปแบบของคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อทำความเข้าใจในระบบ</li> <li>- การให้บริการและรับส่งต่อ เพื่อกระตุ้นให้มีการดำเนินการตาม Protocol อย่างสม่ำเสมอ</li> </ul> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ศึกษากระบวนการเพิ่มระบบการเบิกค่าใช้จ่าย on top ที่พบว่ายังมีความแตกต่างจากเขตอื่นๆการเบิกจ่ายเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการพัฒนาระบบการบริการ IMC ในภาพรวมของจังหวัด และเขต</li> </ul>
<b>เขตสุขภาพที่ ๒</b>	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาโปรแกรม PRM referral network</li> </ul>
<b>เขตสุขภาพที่ ๓</b>	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้าน IMC ให้ครอบคลุมทุกสาขาที่จัดให้บริการ</li> <li>- เพิ่มการส่งต่อ IMC/ refer back</li> <li>- มีการบูรณาการด้าน IMC ในทุกภาคส่วน สสจ. /สสอ./รพท./รพช./รพ.สต.</li> <li>- พัฒนาการจัดบริการ IMC ให้ครอบคลุมและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</li> </ul> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดตั้งและดำเนินงาน IMC เป็นพี่เลี้ยงให้คณะทำงานและติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ให้การสนับสนุนด้านความรู้ บุคลากร เวชภัณฑ์ ระบบข้อมูลและเพิ่มศักยภาพด้าน intermediate care ให้แก่เขตสุขภาพ</li> </ul>
<b>เขตสุขภาพที่ ๕</b>	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <p><b>กาญจนบุรี</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วิเคราะห์สถานการณ์ของการส่งกลับไปยังโรงพยาบาลที่รับ IMC และวางมาตรการเพื่อแก้ปัญหาการส่งกลับ</li> </ul> <p><b>สมุทรสาคร</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างระบบ intermediate bed /ward ทดแทน และใช้เครื่องมืออื่นช่วย หรือการจัดสรรเตียงในจังหวัด</li> <li>- เพิ่มศักยภาพ รพ.สต.</li> <li>- วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาแยกกลุ่มประชากร</li> <li>- วางมาตรการการประสานงานและติดตาม case</li> </ul> <p><b>นครปฐม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาศักยภาพ และติดตามการใช้เตียง IMC ที่สามารถใช้จริงใน รพช.</li> <li>- พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลและการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ</li> </ul>
<b>เขตสุขภาพที่ ๖</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนา Mapping บุคลากรเนื่องจากนักกิจกรรมบำบัดมีเพียงโรงพยาบาลศูนย์</li> <li>- การพัฒนา Telemedicine เพื่อรับคำปรึกษาในการดูแล</li> <li>- พัฒนาบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ul>
<b>เขตสุขภาพที่ ๖</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการติดตามผู้ป่วยจนครบ ๖ เดือน เชื่อมโยงข้อมูลมายังโรงพยาบาลศูนย์เพื่อแก้ไขปัญหาและวางแนวทางการพัฒนาให้ดีขึ้น</li> <li>- พัฒนาระบบการส่งต่อข้อให้สะดวกต่อผู้เก็บข้อมูล</li> <li>- นำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการติดตามนิเทศ การเยี่ยมบ้าน มาวิเคราะห์ สรุปประเด็นสำคัญ เพื่อพัฒนาแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม</li> </ul>
<b>เขตสุขภาพที่ ๗</b>	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย: <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนวิชาการการอบรมเกี่ยวกับ Intermediate care แก่บุคลากรในรพ. ระดับ M และ F</li> <li>- ส่งเสริมบทบาทและเพิ่มศักยภาพของ Care giver/ อสม./ จิตอาสาของชุมชน</li> </ul> </li> <li>๒. พัฒนาโปรแกรม Refer ให้เชื่อมโยงข้อมูลได้ทั่วทั้งจังหวัดและในระดับเขต: ทบทวนและจัดทำ Protocol/Guideline และทบทวนปรับปรุงข้อมูลแบบฟอร์มการบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย ให้ครบถ้วนครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วย และนำไปพัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>๓. พัฒนาระบบรายงานข้อมูลการ Refer Back อัตราครองเตียง IMC และการกลับมา F/U</li> <li>๔. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ที่เอื้อต่อการฟื้นฟูและช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากเกณฑ์มาตรฐาน IMC กระทรวง</li> </ol> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. จัดสรรอัตรากำลังตำแหน่งที่มีความจำเป็นในการดำเนินงาน IMC เช่น นักกายภาพบำบัด เป็นต้น</li> <li>๒. สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและส่งเสริมด้านวิชาการการอบรมเกี่ยวกับ Intermediate care</li> <li>๓. สนับสนุนทรัพยากรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ IMC ให้ได้มาตรฐาน เช่น ห้องน้ำผู้พิการ</li> <li>๔. การพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ติดตามประสิทธิภาพการใช้เตียง IMC bed และhealth outcome ของผู้ป่วย</li> </ol>
<b>เขตสุขภาพที่ ๘</b>	<p><b>สำหรับพื้นที่ :</b> พัฒนาระบบข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อนำไปวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง</p> <p><b>สำหรับส่วนกลาง :</b> สนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อรองรับการพัฒนาความครอบคลุมของการบริการในด้านต่าง ๆ ของห้องฉุกเฉิน</p>

เขตสุขภาพที่ ๙	<b>บุรีรัมย์</b> ๑. พัฒนาระบบ IMC Bed/Ward ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย IMC ให้ครบ ๖ เดือนมากขึ้น
----------------	--

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑  
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย**

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

๒. หัวข้อ : โรงพยาบาลที่มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กองบริหารการสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๓:

จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการรับยาที่ร้านยา	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
เป้าหมาย	๒๐ แห่ง	๓๐ แห่ง	๔๐ แห่ง	๕๐ แห่ง
ผลงาน	๕๕ แห่ง	๑๑๘ แห่ง		

กลุ่มเป้าหมาย: รพศ./รพท./รพช. รพ.กรมสุขภาพจิต รพ.กรมการแพทย์

ผลการดำเนินงาน ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๓

๑. จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการรับยาที่ร้านยา ทั้งหมด ๑๒๙ แห่ง ใน ๗๑ จังหวัด แบ่งตามสังกัดดังนี้
  - ๑.๑ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๑๘ แห่ง
  - ๑.๒ สังกัดอื่นๆ จำนวน ๑๒ แห่ง
๒. ปริมาณการใช้บริการ: จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด ๑๔,๓๕๖ ใบสั่งยา รายละเอียดแยกตามเขตสุขภาพ ดังนี้

เขต	จำนวนจังหวัด		จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดบริการรับยาที่ร้านยา					จำนวนใบสั่งยา
	จังหวัดทั้งหมด	จังหวัดที่เปิดบริการ	สป.	กรมสุขภาพจิต	กรมการแพทย์	UHosNet	กทม.	
๑	๘	๖	๗	๑	-	-	-	๔,๕๒๙
๒	๕	๕	๖	๑	-	-	-	๑,๔๑๒
๓	๕	๕	๕	๑	-	-	-	๔๕๕
๔	๘	๘	๒๒	๑	-	-	-	๗๔๑
๕	๘	๗	๘	-	-	-	-	๑,๑๖๑
๖	๘	๘	๑๒	๒	-	-	-	๒,๐๘๘
๗	๔	๔	๔	๑	-	๒	-	๘๔๔
๘	๗	๕	๓	๒	-	-	-	๑๓๙
๙	๔	๔	๕	๑	-	-	-	๕๖๖
๑๐	๕	๕	๙	๑	-	-	-	๗๘๑
๑๑	๗	๗	๙	๑	-	-	-	๖๒๕
๑๒	๗	๖	๘	๑	๑	๑	-	๘๑๑
๑๓	๑	๑	-	๒	๓	๑	๘	๒๐๔
รวม	๗๗	๗๑	๙๙	๑๕	๔	๔	๘	๑๔,๓๕๖

๓. จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานโดดเด่น (bright spot) ได้แก่ จ.เชียงราย (๒,๕๑๔ ใบสั่ง) จ.ลำพูน (๑,๙๒๒ ใบสั่ง) จ.ชลบุรี (๗๐๙ ใบสั่ง) จ.ตาก (๖๕๑ ใบสั่ง) และ จ.เพชรบุรี (๖๒๒ ใบสั่ง)

### ปัญหา แผนการแก้ไขปัญหา และความก้าวหน้า

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. ผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความสนใจที่จะเลือกใช้บริการรับยาที่ร้านยา	- สร้างความมั่นใจและความสนใจของประชาชนต่อการเลือกใช้บริการ - ให้มีการวิเคราะห์สาเหตุการปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ	จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์
๒. ช่วงแรกเปิดให้บริการเพียง ๔ โรคเรื้อรัง	ขยายบริการในโรคเรื้อรังอื่นๆ	ประสาน สปสช. เรียบร้อยแล้ว หาก รพ. ต้องการขยายบริการในโรคเรื้อรังอื่นๆ สามารถทำหนังสือขอขยายกลุ่มโรคไปยัง สปสช. ได้
๓. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง รพ. และร้านยา	เร่งพัฒนาโปรแกรมเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลใบสั่งยาระหว่าง รพ. และร้านยา	- สปสช. ได้พัฒนาโปรแกรมบันทึกใบสั่งยาจากร้านยาเรียบร้อยแล้ว เพื่อ feedback กลับไปยัง รพ. และเป็นการส่งข้อมูลเบิกจ่ายไปยัง สปสช. - สปสช. กำลังพัฒนาโปรแกรมเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่าง รพ. กับ ร้านยา
๔. ร้านยาไม่ได้อยู่ใกล้บ้าน	เพิ่มร้านยาให้มีการกระจายตัว เพื่อความสะดวกของผู้ป่วย	รพ. ต่างๆ ได้พิจารณาขยายร้านยาให้เหมาะสมแล้วก่อน มี.ค. ๖๓ และขณะนี้ สปสช. ทยุครับร้านยาเพิ่มถึงสิ้นปีงบประมาณ
๕. ไม่ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาใช้ได้เฉพาะ UC	เสนอส่วนกลางให้ขยายสิทธิในการรับยาที่ร้านยา ให้ครอบคลุมทุกสิทธิ เช่นผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม	
๖. โรงพยาบาลต้องการให้บริการรูปแบบที่ ๓	การจัดการด้านราคายาเพื่อให้ดำเนินการในรูปแบบ ๓ (รพ. ตรวจรักษาและออกใบสั่งยา ร้านยาจัดซื้อยาและจ่ายยาให้ผู้ป่วย)	ค้นหาจังหวัด/รพ. ต้นแบบบริการรูปแบบที่ ๓ และวางแนวทางปฏิบัติ

### ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

#### เขตสุขภาพที่ ๑

รพ. เชียงรายประชานุเคราะห์ (มีผู้ป่วยสนใจใช้บริการมาก)

- มีบริการสำหรับผู้ป่วยนอกปฐมภูมิ โรค DM, HT ด้วยระบบ refill ทุก ๒ เดือนที่ร้านยา
- ขยายบริการสำหรับผู้ป่วยนอกตติยภูมิ ในโรคเรื้อรังอื่นๆ เพิ่มทางเลือกหลังตรวจเสร็จสามารถกลับบ้านได้เลย และสามารถนำไปสั่งยาไปรับยาที่ร้านยา ภายใน ๒ วัน

**รพ.ลำพูน** การมีส่วนร่วมของทีมโรงพยาบาลและร้านยาในการออกแบบระบบบริการ

- เน้นความสะดวกในการเข้าถึงบริการ โดยคุณภาพบริการยังเหมือนเดิม กระจายตำแหน่งร้านยาให้ครอบคลุมพื้นที่ของผู้ป่วย
- มีการนิเทศและติดตามมาตรฐานการบริการของร้านยาโดยทีมเภสัชกรโรงพยาบาล ทุก ๓ เดือน
- ทำการประชาสัมพันธ์โดยจัดทำสื่อวิดีโอ เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการไปยังชุมชน

**รพ.นครพิงค์** พัฒนาโปรแกรมเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลใบสั่งยา ข้อมูลผู้ป่วย ระหว่าง รพ.และร้านยา

#### เขตสุขภาพที่ ๒

**รพ.พุทธชินราช**

- มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจรับบริการรับยาที่ร้านยา
- มีโปรแกรมส่งข้อมูล รายการยาพร้อมรหัสมาตรฐาน TPU และ ข้อมูล lab และส่งข้อมูลให้ร้านยาผ่าน smart phone

#### เขตสุขภาพที่ ๔

**รพ.พระนั่งเกล้า** จ.นนทบุรี ส่งข้อมูลยาผู้ป่วยพร้อมรูปเม็ดยาให้ร้านยา เพื่อช่วยให้การจ่ายยาถูกต้องครบถ้วน

**รพ.สระบุรี** มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ และมี web application เชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาล ไปร้านยา ทำให้ผู้ป่วยสามารถถือใบสั่งยาไปรับยาที่ร้านได้ภายในวันเดียวกัน

#### เขตสุขภาพที่ ๕

**รพ.พระจอมเกล้า** จังหวัดเพชรบุรี จัดให้มีบุคลากรที่รับผิดชอบโดยเฉพาะในการให้บริการเชิงรุกและเชิงรับตามโครงการรับยาที่ร้านยา (เชิงรุก – การประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้รับบริการเข้าร่วมโครงการ และ เชิงรับ - ให้บริการลงทะเบียนผู้ป่วย การส่งข้อมูลและยาให้ร้านขายยา การประสานแก้ไขปัญหาที่พบในระบบบริการ)

#### เขตสุขภาพที่ ๖

**โรงพยาบาลชลบุรี**

- เน้นคุณภาพบริการ จึงมีกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขเพื่อคัดเลือกร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ
- สื่อสารประชาสัมพันธ์ (๑) ด้วยแผ่นพับที่มีชื่อร้าน ที่ตั้ง เวลาเปิดให้บริการ เพื่อให้ประชาชนตัดสินใจเลือก (๒) เภสัชกรร้านยามาประชาสัมพันธ์ในวันที่ผู้ป่วยเขตพื้นที่ตนเองมีนัดพบแพทย์ที่สถานพยาบาล (๓) สร้างการรับรู้และส่งต่อประสบการณ์จากผู้ป่วยที่เคยใช้บริการ สู่อื่นๆ
- มี application บันทึกข้อมูลบริการ บันทึกปัญหาการใช้ยา การทำ med reconciled และตรวจสอบจำนวนเม็ดยาคงเหลือเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านยาและสุขภาพแก่ผู้ป่วย
- จัดระบบเติมยา (refill) ทุก ๒ เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการใช้ยา และไม่ทำให้ผู้ป่วยถือครองยามากเกินความจำเป็น

#### เขตสุขภาพที่ ๗

**รพ.ขอนแก่น และ รพ.มหาสารคาม**

- การลดระยะเวลาการรอรับยาในระบบ Fill prescription จาก ๒ วัน โดยผู้ป่วยสามารถรับยาได้ในวันเดียวกัน
- โปรแกรมการเชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ร้านยา พร้อม QR code นำทาง QR code ฝากยา

**รพ.กาฬสินธุ์** มีระบบคอมพิวเตอร์ช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ไปรับยาที่ร้านยาได้

**รพ.ร้อยเอ็ด** มีระบบประเมินความพึงพอใจของบริการรับยาที่ร้านยา



### เขตสุขภาพที่ ๘

**รพ.อุดรธานี** พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล กับร้านยา และพัฒนาโปรแกรม OPserv ของโรงพยาบาลที่มีอยู่เดิม ให้สามารถใช้เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาโดยไม่ต้องเปิดคนละโปรแกรม ได้แก่ การออกใบส่งตัวผู้ป่วย ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ การออกใบนัดผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา รวมถึงการแบ่งรอบกระจายยาของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง และการดึงข้อมูลผู้ป่วยที่รับยาร้านยาเพื่อจัดส่งยา เป็นต้น

### เขตสุขภาพที่ ๙

**ทุกจังหวัด** มีการคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุก โดยทีมสหวิชาชีพ และมีระบบการส่งต่อข้อมูล lab/ยา และการติดตามกำกับผู้ป่วยกับเภสัชกรร้านยาผ่าน Google drive online

**รพ.บุรีรัมย์** มีการลดความแออัด โดยรับยาที่ รพ.สต. สำหรับผู้ป่วยรับยาจิตเวช

### เขตสุขภาพที่ ๑๐

**รพ.วารินชำราบ** มีโปรแกรม Web application สำหรับใช้ส่งต่อและสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และ ร้านยา (ทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับเภสัชกรร้านยา)

### เขตสุขภาพที่ ๑๑

**จังหวัดกระบี่** สร้างเว็บเพจประชาสัมพันธ์โครงการ ส่งต่อข้อมูลระหว่างร้านยากับโรงพยาบาล แสดงสถานการณ์ขนส่งยา และมี QR code ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

**จังหวัดภูเก็ต** มีการจัดขนส่งยาจากโรงพยาบาลไปยังร้านยา เป็นรถขนส่งแบบควบคุมอุณหภูมิ เก็บรักษายาได้ตามมาตรฐาน เภสัชกรปฐมภูมิมีส่วนร่วมในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ

**จังหวัดระนอง** มี Application VR Hos connect เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับเภสัชกรร้านยาสามารถใช้ข้อมูลร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

### เขตสุขภาพที่ ๑๒

**โรงพยาบาลหาดใหญ่** มีการวางแผนและออกแบบระบบร่วมกันโดยทีมโรงพยาบาลและร้านยา มีการวิเคราะห์สาเหตุของการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วย จึงนำมาสู่การปรับระบบจ่ายยาของโรงพยาบาล ไม่เกิน ๒ เดือนทุกราย (ทั้งที่รับยาที่ รพ. และรับยาที่ร้านยา)

## ๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. ควรบูรณาการระบบต่างๆ ในการจัดการระยะเวลารอคอยยา เช่น ในพื้นที่ที่มีร้านยาจัดระบบรับยาที่ร้านยา ส่วนพื้นที่ที่ยังไม่มีร้านยาจัดระบบส่งยาทางไปรษณีย์ หรือระบบการรับยาที่ รพ.สต. ทั้งนี้การจัดระบบต่างๆ ต้องคำนึงถึงคุณภาพการให้บริการทางเภสัชกรรมและความปลอดภัยในการใช้ยาร่วมด้วยเสมอ
๒. การนัดผู้ป่วยให้ยาวออกไปเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ควรทำระบบเติมยา (refill) ทุก ๑-๒ เดือนร่วมด้วย เพื่อให้มีการติดตามผลการรักษาและการใช้ยาโดยบุคลากรทางการแพทย์ (เภสัชกรร้านยา) และลดการถือครองยาที่มากเกินไปจนความจำเป็น
๓. ขณะนี้มีโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการรับยาที่ร้านยามากถึง ๗๑ จังหวัด แต่ผู้ป่วยยังให้ความสนใจเข้าร่วมโครงการน้อย ต้องเพิ่มกลยุทธ์การเชิญชวนและสะท้อนประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากโครงการให้ชัดเจน พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์แต่ปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ

๔. โรงพยาบาลควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบบริการรับยาที่ร้านยา
๕. โรงพยาบาลควรมีการเก็บข้อมูลระยะเวลาในการรอคอยรับยาในแต่ละไตรมาส ควบคุมไปกับร้อยละการลดแออัดในกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย และสะท้อนผลที่ผู้ป่วยได้รับในการบริการจากเภสัชกรที่ร้านยา สามารถค้นหาปัญหาและช่วยจัดการ/ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมถึงการจัดการยาเหลือใช้ได้อย่างไร

#### ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง:

๑. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ สื่อสารทางสาธารณะเพิ่มมากขึ้น เช่น Clip ที่ถ่ายทอดประสบการณ์ที่ดีของผู้ป่วยที่ใช้บริการรับยาที่ร้านยา
๒. ควรขยายบริการไปยังผู้ป่วยสิทธิการรักษาอื่นๆ เนื่องจากมีผู้ป่วยสิทธิอื่น เช่น เบิกจ่ายตรง และประกันสังคม ต้องการรับบริการรับยาที่ร้านยาด้วย
๓. ควรต่อยอดพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลของ สปสช. ของร้านยา ให้เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลยาจากโรงพยาบาลสู่ร้านยา และข้อมูลบริการของร้านยาส่งคืนกลับให้โรงพยาบาลได้
๔. ควรมีการจัดเวทีสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในลักษณะงานวิจัย/R๒R/Best Practice เกี่ยวกับการดำเนินงานลดความแออัดระดับเขต ระดับประเทศ และควรมีขวัญและกำลังใจสำหรับร้านยาหรือหน่วยงานที่สามารถดำเนินการตามโครงการดังกล่าวได้ระดับดีเยี่ยม

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑  
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

หัวข้อ : การกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมสุขภาพจิต

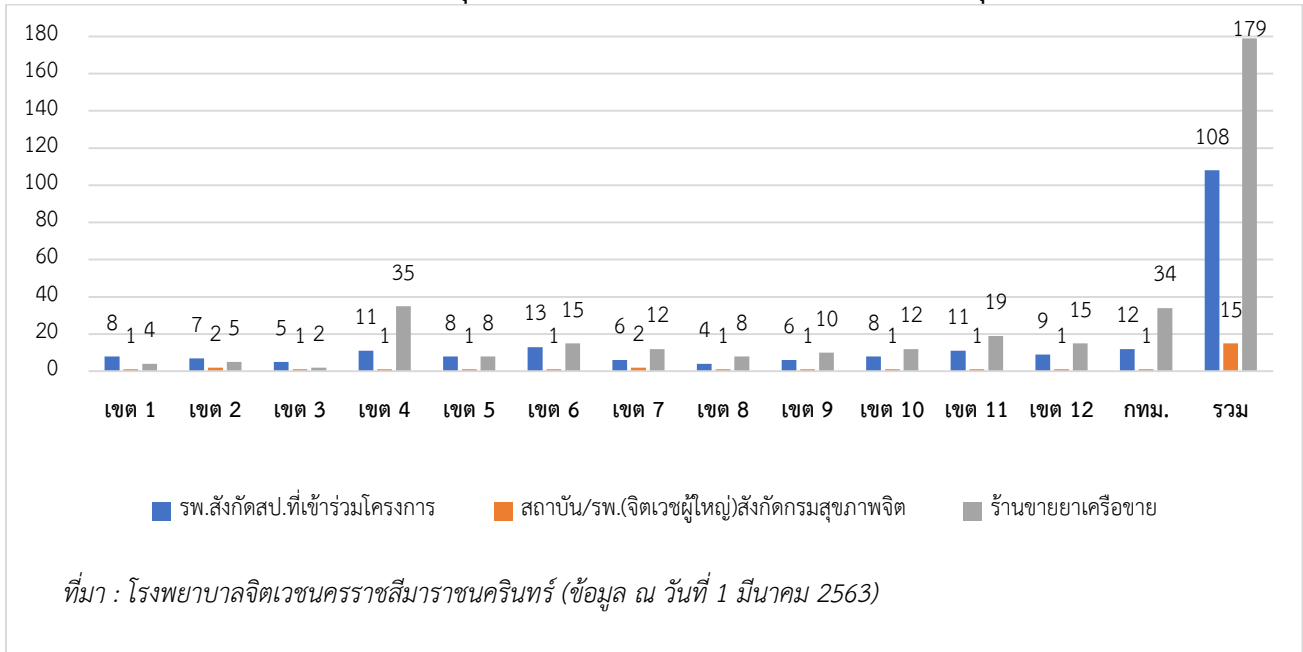
### สถานการณ์

กรมสุขภาพจิตในฐานะกรมวิชาการที่รับผิดชอบประเด็นตรวจราชการลดแออัด ลดรอคอย หัวข้อ การกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา จากการตรวจราชการรอบที่ ๑ (มกราคม - มีนาคม ๒๕๖๓) พบการ ดำเนินของพื้นที่ ดังนี้

๑. การพัฒนามีส่วนร่วมของสถานบริการระดับปฐมภูมิภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการ จัดบริการสุขภาพโรคเรื้อรังในเขตเมือง ผ่านโครงการร้านยาอบอุ่น ของสำนักหลักประกันสุขภาพ (ร้านขายยาเป็น หน่วยปฐมภูมิ) พบว่า มีร้านขายยาเข้าร่วมในภาพรวมประเทศ จำนวน ๘๘๙ แห่ง (ณ วันที่ ๑ มี.ค. ๖๓) และยัง พบว่า ร้านขายยาส่วนใหญ่ไม่มีใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และเภสัชกรร้านขายยาบางส่วนยังไม่ได้ รับการอบรมหลักสูตรด้านจิตเวช

๒. การพัฒนาศักยภาพแม่ข่ายจิตเวช ซึ่งประกอบไปด้วยสถาบัน/รพ.ในสังกัดกรมสุขภาพจิต และ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ที่มีจิตแพทย์ ให้สามารถดำเนินงานโครงการลดความแออัด โดยการกระจายผู้ป่วยจิตเวช รับยาที่ร้านขายยา พบว่า มีการพัฒนาศักยภาพแม่ข่ายจิตเวชที่เป็นสถาบัน/รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน ๑๕ แห่ง ใน ๑๓ เขตสุขภาพ คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ และโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ขึ้น ทะเบียนสถานบำบัด จำนวน ๘๑ แห่ง มีโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพแล้ว ๒๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๒ และมีจำนวนร้านขายยา จำนวน ๑๗๙ แห่ง เข้าร่วม โดยมีจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเข้าร่วมโครงการกับ สปสช. จำนวน ๙๓ แห่ง และมีโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนแล้วส่งคนไข้จิตเวชไปรับยาที่ร้านขายยา จำนวน ๒๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๘ ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ

ร้านขายยาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวช ภายใต้แม่ข่ายการดำเนินงานของ สถาบันและโรงพยาบาล(จิตเวชผู้ใหญ่)  
 สังกัดกรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข



จากจำนวนเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีการนำรูปแบบของระบบบริการเชื่อมโยงระบบบริการเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเวชในระดับปฐมภูมิไปใช้ โดยเลือกใช้แนวทางการบริหารจัดการโครงการ ระหว่าง โรงพยาบาลและร้านยา ในรูปแบบที่ ๑ คือ โรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือก และจัดซื้อยาสำหรับให้บริการสำรองยา และจัดเตรียมยารายบุคคลตามใบสั่งแพทย์โดยร้านขายยาเป็นผู้จ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย

๓. สถาบัน/รพ.ในสังกัดกรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลศูนย์ /ทั่วไปที่มีจิตแพทย์ (PM ย่อย) นำหลักสูตรไปพัฒนาศักยภาพเภสัชกรร้านยาให้สามารถจ่ายยาเติม (refill) ผู้ป่วยจิตเวชและการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกลับมาที่สถานบริการต้นสังกัดได้ผ่านโปรแกรม Pharmcare -Transition มีผลการดำเนินงานดังนี้

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต ได้รับมอบหมายในการขยายผลต้นแบบการดำเนินงานพัฒนาระบบการกระจายผู้ป่วยจิตเวชไปรับยาที่ร้านขายยาของโรงพยาบาล โดยให้โรงพยาบาลและสถาบันสังกัดกรมสุขภาพจิตทุกแห่ง มีการดำเนินงานนำองค์ความรู้ตาม “คู่มือการดำเนินงานกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา” รวมถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเชื่อมต่อบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายจิตเวชไปยังร้านยาผ่านโปรแกรม Pharmcare-transition นำไปขับเคลื่อนในโรงพยาบาลและสถาบันและโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ และพบว่า มีเภสัชกรร้านขายยาที่ผ่านการฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพในการจ่ายยาเติมและบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวชได้ จากสถาบัน/รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน ๑๗๙ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐

นอกจากนี้ยังขยายผลต้นแบบการดำเนินงานพัฒนาระบบการกระจายผู้ป่วยจิตเวชไปรับยาที่ร้านขายยาของโรงพยาบาลแม่ข่ายในกรมสุขภาพจิต ไปยังโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลงทะเบียนกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยากับทาง สปสช. โดยให้นำองค์กร

ความรู้ตาม “คู่มือการดำเนินงานกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา”, “หลักสูตรเพิ่มสมรรถนะเภสัชกรโครงการกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านยาสำหรับสถาบัน / โรงพยาบาลแม่ข่าย” และ โปรแกรม Pharmcare-transition ไปขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>๑. เภสัชกรขาดความมั่นใจในการจ่ายยาจิตเวช และการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย ทำให้ร้านขายยาไม่มั่นใจเข้าร่วมโครงการฯ</p> <p>๒. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายจิตเวทยังไม่เข้มแข็ง</p> <p>๓. ร้านขายยา (บางร้าน) ยังไม่มีใบอนุญาตในการขายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท</p> <p>๔. เภสัชกรร้านขายยายังไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรด้านจิตเวช</p> <p>๕. บางพื้นที่ไม่มีร้านยาเข้าร่วมโครงการ</p> <p>๖. ระบบรายงานการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานยังไม่เชื่อมกัน</p> <p>๗. มีร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการแต่ยังไม่มีมีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยจิตเวช</p> <p>๘. ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์แต่ไม่สมัครใจไปรับยาใกล้บ้าน</p> <p>๙. ร้านยาที่มีความประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการไม่ผ่านหลักเกณฑ์</p> <p>๑๐. ระบบการส่งต่อข้อมูลสารสนเทศไม่เชื่อมต่อกันระหว่างโรงพยาบาล ร้านขายยา และสปสช.</p>	<p>๑. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของสถานบริการให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพโรคเรื้อรังผ่านโครงการร้านยาอบอุ่น</p> <p>๒. แม่ข่ายนำหลักสูตรไปพัฒนาศักยภาพเภสัชกรร้านขายยาให้สามารถจ่ายยาเติม(Refill) ผู้ป่วยจิตเวชและการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกลับมาที่สถานบริการต้นสังกัดได้ผ่านโปรแกรม Pharmcare Transition</p> <p>๓. การพัฒนาศักยภาพแม่ข่าย รพศ./รพท.ที่มีจิตแพทย์ ให้สามารถดำเนินโครงการลดความแออัด โดยการกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยาให้มีประสิทธิภาพขึ้น</p> <p>๔. ร้านขายยาต้องขออนุญาตเพิ่มเติมจากใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันซึ่งสามารถขออนุญาตเพิ่มเติมได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๕. จัดเตรียมหลักสูตรเพื่อเพิ่มพูนทักษะการประเมินผู้ป่วยและความรู้ในการจ่ายยาจิตเวชแก่เภสัชกรร้านขายยา</p> <p>๖. เชิญชวนประชาสัมพันธร้านขายยาให้เข้าร่วมโครงการ</p> <p>๗. ประชาสัมพันธ์ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการตามพื้นที่ที่มีร้านขายยาเข้าร่วมโครงการฯ แนะนำขั้นตอนการรับยา</p>	<p>๑. ดำเนินการส่งผู้ป่วยไปรับยาตามโครงการฯ ตั้งแต่วันที่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๒</p> <p>๒. การรับยาที่ร้านขายยาอยู่ระหว่างดำเนินการประชาสัมพันธ์ร้านยาเข้าร่วมโครงการ และขยายผลไปยัง รพศ./รพท.ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๓. มีจำนวนโรงพยาบาลแม่ข่าย รพศ./รพท. ที่มีจิตแพทย์ที่สามารถดำเนินโครงการลดความแออัด โดยการกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยาจำนวน ๓๖ แห่ง จาก ๑๐๘ แห่งที่เข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านขายยาทั้งหมด</p> <p>๔. เผยแพร่คู่มือแนวทางการดำเนินงานการกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา</p> <p>๕. นำระบบสารสนเทศมาใช้ในการส่งต่อข้อมูลระหว่าง รพ. และร้านขายยา ได้แก่ Pharmcare - transition</p> <p>๖. มีการพัฒนาศักยภาพเภสัชกรในสถานบำบัด ทั้งหมด ๔๑ แห่ง และเภสัชกรในร้านขายยา เครือข่าย จำนวน ๑๗๙ ร้าน จากทุกเขตสุขภาพ</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	๘. พัฒนาระบบรายงานและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานให้มีความเชื่อมโยงข้อมูลและสามารถติดตามได้	๗. มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับยาที่ร้านขายยาแล้วทั้งหมด ๑๒๘ ราย ๗๑๒ ใบสั่งยา (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๓)

### นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

๑. โปรแกรม Pharmcare -Transition
๒. รพท.ดำเนินงาน “ยาใกล้บ้านใกล้ใจ” เพื่อลดแออัด ลดรอคอย พัฒนามาตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ จนถึงปัจจุบัน ทำได้ครอบคลุมทุกอำเภอ จัดส่งยาให้ รพช. รพ.สต. และ PCC (เขต ๕)
๓. ระบบยาใจใกล้บ้าน (เขต ๖)

### ข้อเสนอแนะสำหรับผู้นิเทศ

#### สำหรับพื้นที่

๑. เพิ่มการรับยาจิตเวชใกล้บ้านผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคงที่
๒. การใช้ Tele-psychiatry ในการตรวจผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล
๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กในโรงพยาบาลชุมชน
๔. บูรณาการงานจิตเวชร่วมกับภาคเครือข่ายในพื้นที่และงานด้านสาธารณสุข

#### สำหรับส่วนกลาง

๑. ทบทวนแนวทางปฏิบัติ ถอดบทเรียน ความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค เรื่องการกระจายยาผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา เพื่อออกแบบการบริการให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
๒. เพิ่มกรอบอัตรากำลังในแต่ละสาขาวิชาชีพตามภาระงานทางจิตเวช และส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าในการทำงาน เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านนี้
๓. สนับสนุนการตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน
๔. ควรมีการวัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการ ด้วย Succession rate , Service continuity rate

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑**  
**ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย**

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

๒. หัวข้อ : การพัฒนา อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กองสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ (ศบส.)

๔. วิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนา อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
สาเหตุ ๑. การคัดเลือก อสม. เป้าหมาย	๑.๑ การกำหนดคุณลักษณะของ อสม. เป้าหมาย พื้นที่สามารถพิจารณาคัดเลือกได้ตามความ เหมาะสมของพื้นที่ ๑.๒ การจัดสรรจำนวนเป้าหมายรายจังหวัด ให้ สามารถเกลี่ยเป้าได้ภายในเขตสุขภาพ	๑.๑ คุณลักษณะ อสม. เป้าหมายให้เป็นไปตาม บริบทของพื้นที่นั้นๆ ๑.๒ ศบส.มีการจัดสรร เป้าหมายการอบรมใหม่ ภายในเขตรับผิดชอบ
๒. สิ่งสนับสนุน	๒.๑ หลักสูตร คู่มือและสื่อ สำหรับเจ้าหน้าที่ สธ. และ อสม. : ส่วนกลางจัดทำต้นฉบับให้กับ ๗๖ จังหวัด และเผยแพร่ผ่านทางช่องทางออนไลน์ ๒.๒ งบประมาณและเป้าหมาย : ส่วนกลางจัดสรร ผ่าน ศบส. ๑ - ๑๒ ๒.๓ แนวทางการดำเนินงาน อสม. หมอประจำบ้าน สำหรับเจ้าหน้าที่และ อสม. ๒.๔ ฐานข้อมูล “อสม.หมอประจำบ้าน” บนเว็บไซต์ <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a>	๒.๑ สสจ. ปรับใช้ หลักสูตร คู่มือตามบริบทของ พื้นที่ ๒.๒ ศบส. ร่วมกับ สสจ. จัดการอบรมให้กับอสม. ๒.๓ มีหนังสือ กสธ. แจ้ง แนวทางไปยัง สสจ.๗๖ จังหวัด ๒.๔ สนับสนุนคู่มือการใช้ งานฐานข้อมูล ให้กับ เจ้าหน้าที่ สธ. ระดับ ตำบล/อำเภอและ จังหวัด
๓. การประเมิน และรายงานผล	๓.๑ แบบประเมิน (เป้าหมายไตรมาส ๓ และ ๔) - แบบประเมินศักยภาพ อสม. - แบบประเมินคุณภาพชีวิตฯ	๓.๑ สนับสนุนแบบประเมิน แนวทางการประเมินผล ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายให้ พื้นที่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	๓.๒ การรายงานผล ในฐานข้อมูล “อสม.หมอบระจำ บ้าน” บนเว็บไซต์ www.thaiphc.net	๓.๒ ติดตามการรายงานผล และยืนยันข้อมูลผ่าน ศบส. และ สสจ.

## ๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

จากการพัฒนาความรู้ อสม. ในช่วงเดือนไตรมาศ ๑ ทำให้ อสม. มีความรู้ และมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน “อสม.เคาะประตูบ้าน ด้านโควิด-๑๙” อสม. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ส่งต่อและรายงานผลต่อเจ้าหน้าที่ สธ. รวมทั้งร่วมตั้งด่านคัดกรองร่วมกับเครือข่ายในชุมชน และส่งยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

## ๖. ข้อเสนอแนะ

### ๖.๑ สำหรับพื้นที่

๖.๑.๑ การคัดเลือก อสม. เป้าหมาย ในแต่ละเขตสุขภาพสามารถเลือกเป้าหมายในแต่ละจังหวัดได้ตามความเหมาะสม และแจ้งมายังส่วนกลางเพื่อจัดสิ่งสนับสนุนต่อไป

๖.๑.๒ เนื้อหาหลักสูตร สามารถปรับปรุงเพิ่มเติมเนื้อหาที่เหมาะสมกับปัญหาในพื้นที่ได้ และเน้นการเพิ่มทักษะด้าน Digital skill เช่นการใช้ Application “Smart อสม.” เป็นต้น ให้กับ อสม. เพื่อช่วยลดภาระในการรายงานผลของเจ้าหน้าที่

### ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๖.๒.๑ ควรบูรณาการบทบาท อสม.หมอบระจำบ้านกับประเด็นอื่นๆ ในลดแออัด ลดรอคอย เช่นระบบการช่วยส่งยาใกล้ยา การช่วยส่งต่อผู้ป่วย Stroke ให้ได้รับการรักษาให้ทันเวลา การดูแลผู้ป่วยหลังรับการรักษา One Day Surgery ที่บ้าน เป็นต้น

๖.๒.๒ การพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยใช้รูปแบบใหม่ๆ เช่นการเรียนออนไลน์ การฝึกปฏิบัติและรายงานผลการปฏิบัติงานด้วยตนเองผ่าน Application



# การตรวจราชการแบบบูรณาการ ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

- โครงการพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง
- โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

## รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

การตรวจราชการแบบบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ เน้นการบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนหรือข้อร้องเรียนของประชาชน การตรวจติดตามงานตามนโยบายของรัฐบาลตามข้อสั่งการนายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี และมติคณะรัฐมนตรี การตรวจราชการเพื่อผลักดันแผนพัฒนาภาค โดยมีแนวทางการปฏิรูปประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ ระยะ ๒๐ ปี และโครงการกรณีพิเศษ/เร่งด่วนอีก ๑ โครงการ ได้แก่ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

กรอบแนวทางการตรวจบูรณาการฯ	โครงการเกี่ยวกับ สธ.	โครงการที่ตรวจบูรณาการฯ
๑. การตรวจราชการแบบบูรณาการในภาพรวมของผู้ตรวจราชการ ๑.๑ การเกษตรสร้างมูลค่า ๑.๒ การจัดที่ดินทำกินให้ชุมชน ๑.๓ การพัฒนาชุมชนเมือง ๒. การตรวจราชการแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ ของผู้ตรวจราชการ (Government Innovation Lab) ๒.๑ การจัดการประมงอย่างยั่งยืน ๒.๒ การเตรียมการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพนิเวศของแม่น้ำโขง ๒.๓ การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน/การพัฒนาในเชิงพื้นที่	๑. โครงการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง ๒. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าฯ	๑. โครงการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง ๒. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าฯ ๓. การเตรียมการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพนิเวศของแม่น้ำโขง ๔. การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน/การพัฒนาเชิงพื้นที่ ๕. การติดตามการแก้ปัญหาในพื้นที่โดยใช้กระบวนการ (Government Innovation Lab) การขับเคลื่อนการพัฒนาผ่านการค้าชายแดน ๖. การแก้ไขปัญหาไฟป่าและหมอกควัน ก๊าซเลื้อย และอุทกภัย ๗. การติดตามสถานการณ์ฝุ่นละออง PM ๒.๕ และการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID - ๑๙)

### ๑. โครงการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : สธ./ มท. (อปท.)/ ศษ./ ผู้นำชุมชน/ อสม.

ผลการดำเนินงาน รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๓)

พื้นที่เป้าหมาย ๔ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด มีการดำเนินการในพื้นที่เสี่ยง ๑๖๘ ตำบล เป้าหมาย ๕๐,๖๑๐ ราย ดำเนินการตรวจจุงจาะในกลุ่มประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๓,๗๖๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๔๔ ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๘ ของคนที่ได้รับการตรวจ

อุจจาระ ผลการดำเนินงานด้านการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนเป้าหมาย ๖๐๔ แห่ง มีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน ๓๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖.๒๙ (ตารางที่ ๑) สำหรับการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล อปท.ทุกแห่งในพื้นที่เสี่ยง ดำเนินการออกข้อบัญญัติครบ ๑๖๘ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ (ตารางที่ ๒) มีการสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล จำนวน ๑๒ แห่ง โดยจำแนกการดำเนินการรายจังหวัด คือ จังหวัดกาฬสินธุ์ ๖ แห่ง มหาสารคาม ๒ แห่ง ร้อยเอ็ด ๓ แห่ง และขอนแก่น ๑ แห่ง มีการติดตามการลงทะเบียนการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) อายุ ๔๐ ปีขึ้นไปด้วยอัลตราซาวด์ จากโปรแกรม Isan cohort ผลการดำเนินงานในภาพรวม เป้าหมาย ๘,๐๐๐ รายดำเนินการไปแล้ว ๗,๓๓๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๓๖ พบความผิดปกติ ๓,๔๙๔ ราย สงสัยเป็น CCA ๑๔๔ ราย CT/MRI ๓๒ ราย และพบเป็นมะเร็ง ๑๗ ราย และได้รับการรักษา ๑๗ ราย (ตารางที่ ๓)

ปัญหาที่พบเนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทั่วโลก และนโยบายรัฐบาลมีข้อสั่งการให้งดการลงพื้นที่ดำเนินการ รวมทั้งมีการงดการประชุมที่มีกลุ่มคนมารวมกัน จึงเป็นเหตุให้กิจกรรมการดำเนินงานถูกเลื่อนออกไปโดยไม่มีกำหนดจนกว่าการระบาดจะสงบลง

**ตารางที่ ๑ มีการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบครบวงจรในพื้นที่เสี่ยง**

มาตรการ	จังหวัด	อปท. จัดการสิ่งแวดล้อม			โรงเรียนจัดการเรียนการสอน	
		เป้าหมาย	ออกข้อบัญญัติ	จัดหาบ่อบำบัด	เป้าหมาย	ผลงาน
การสร้างเสริมสุขภาพ : จัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ลดการปนเปื้อนในแหล่งน้ำ/ ห้องโซ่ออาหาร (ปลาปลอดพยาธิ)	กาฬสินธุ์	๔๐	๔๐	๖	๑๐๕	มีแผนดำเนินการ
	ขอนแก่น	๓๕	๓๕	๑	๑๕๗	มีแผนดำเนินการ
	มหาสารคาม	๔๒	๔๒	๒	๒๑๒	มีแผนดำเนินการ
	ร้อยเอ็ด	๕๑	๕๑	๓	๑๓๐	๓๘ แห่ง
	รวม	๑๖๘	๑๖๘	๑๒	๖๐๔	๓๘ แห่ง

แหล่งข้อมูล : ผู้รับผิดชอบงานพยาธิใบไม้ตับระดับจังหวัด ข้อมูล ณ ๓๑ มี.ค. ๖๓

**ตารางที่ ๒ การคัดกรองการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระ**

มาตรการ	จังหวัด	เป้าหมาย (ตำบล)	ผลการดำเนินงาน (ตำบล)	ร้อยละตำบล ดำเนินการ	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ผลงาน (ร้อยละ)	พบ OV
การควบคุมป้องกัน : ตรวจค้นหาการติดเชื้อพยาธิเพื่อนำสู่การ รักษา/ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	กาฬสินธุ์	๔๐	๔๐	๑๐๐.๐๐	๔,๐๐๐	๓,๗๖๗	๙๔.๑๘	๒๒ (๐.๕๘%)
	ขอนแก่น	๓๕	๓๕	มีแผน	๓,๕๐๐	มีแผน	มีแผน	มีแผน
	มหาสารคาม	๔๒	๔๒	มีแผน	๓๘,๐๑๐	มีแผน	มีแผน	มีแผน
	ร้อยเอ็ด	๕๑	๕๑	มีแผน	๕,๑๐๐	มีแผน	มีแผน	มีแผน
	รวม	๑๖๘	๑๖๘	มีแผน	๕๐,๖๑๐	๓,๗๖๗	๗.๔๔	๒๒ (๐.๕๘%)

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลดำเนินการตรวจจริงจากผู้รับผิดชอบงานพยาธิใบไม้ตับระดับจังหวัด ข้อมูล ณ ๓๑ มี.ค.๖๓

**ตารางที่ ๓ การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง CCA อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ด้วยอัลตราซาวด์**

มาตรการ	จังหวัด	เป้าหมาย	อัลตราซาวด์	ร้อยละ	ผิดปกติ	PDF	สงสัย CCA	CT/MRI	มะเร็ง	รักษา
การรักษา พยาบาล : ตรวจคัด	กาฬสินธุ์	๒,๐๐๐	๑,๑๓๗	๕๖.๘๕	๖๑๗	๑๕๐	๑๕	๑	๑	๑
	ขอนแก่น	๒,๐๐๐	๘๗๐	๔๓.๕๐	๔๗๐	๑๐๙	๑๑	๐	๐	๐
	มหาสารคาม	๒,๐๐๐	๑,๗๔๙	๘๗.๔๕	๑,๓๘๔	๘๓๕	๕๔	๗	๐	๐

มาตรการ	จังหวัด	เป้าหมาย	อัลตราซาวด์	ร้อยละ	ผิดปกติ	PDF	สงสัย CCA	CT/MRI	มะเร็ง	รักษา	
กรรอกกลุ่ม เสี่ยงอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ด้วย อัลตรา ซาวด์	ร้อยเอ็ด	๒,๐๐๐	๓,๕๕๓	๑๗๙.๑๕	๑,๐๒๓	๖๒	๖๔	๒๔	๑๖	๑๖	
	รวม	๘,๐๐๐	๗,๓๓๙	๙๑.๗๔	๓,๔๙๔	๑,๑๕๖	๑๔๔	๓๒	๑๗	๑๗	
	- การรักษาพยาบาลผู้ป่วย CCA										
	โรงพยาบาล		รักษารวม CCA		ผ่าตัด		ผ่าตัดให้หายขาด		ผ่าตัดเพื่อ ประคับประคอง		
	ศรีนครินทร์		๑,๒๘๖		๑๓๐		๘๖		๔๔		
	ขอนแก่น		๑๖๘		๒๐		๑๑		๙		
	ร้อยเอ็ด		๑๓๐		๒๒		๑๕		๗		
รวม		๑,๕๘๔		๑๗๒		๑๑๒		๖๐			
การดูแล แบบต่อ เนื่องที่บ้าน	- ทุกสถานบริการมีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่										
การสื่อสาร สาธารณะ/ สนับสนุน ประสาน การขับ เคลื่อน โครงการ	๑) รมรณรงค์การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งปลาปลอดพยาธิ จังหวัดขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่นร่วมกับเครือข่ายศูนย์วิชาการต่างๆ ๒) สนับสนุนสื่อการเรียนการสอน หน่วยการเรียนรู้ ไปสเตอร์ภาพพลิก เพื่อเผยแพร่สู่โรงเรียน และรพ.สต. ตำบลบับทาง Facebook ชุมชนแห่งการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๓) จัดทำจุลสารศูนย์ประสานงานฉบับที่ ๑๓/๒๕๖๓ เผยแพร่เครือข่าย ๓๕๐ แห่ง ๔) สนับสนุนวิทยากรให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในการจัดการเรียนการสอนแก่ครูในโรงเรียนในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด										

แหล่งข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานพยาธิใบไม้ตับระดับจังหวัด : <https://cloud.cascap.in.th> ข้อมูล ณ ๓๑ มี.ค. ๖๓

## ๒. โครงการกรณีพิเศษ ๔ ปี (ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓)

โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์

ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

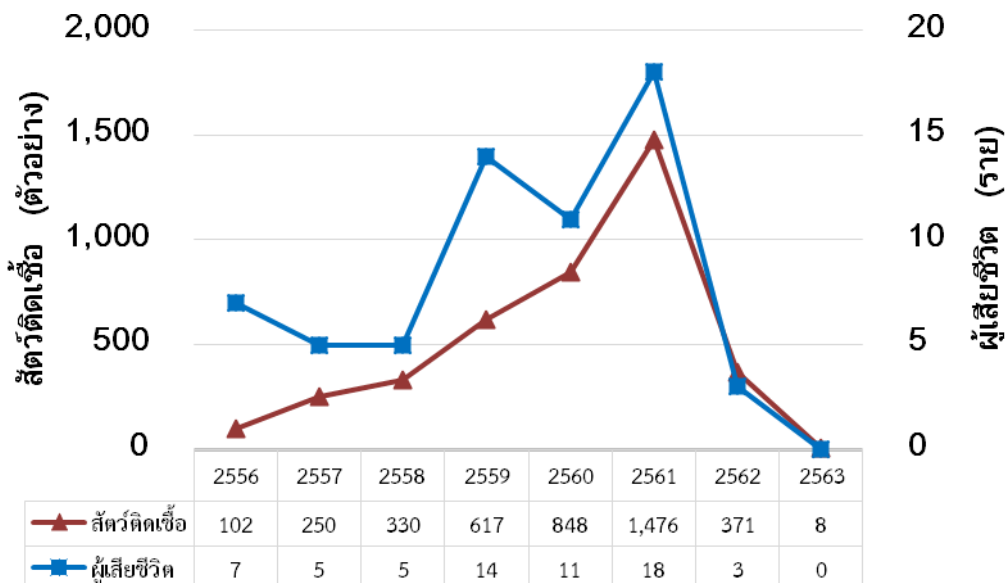
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : สธ./ กษ. (ปศุสัตว์)/ มท. (อปท.)

### ๑. สรุปผลความคืบหน้าในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน ภาพรวม

สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ พบว่า ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ในขณะที่ พบสัตว์ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน ๘ ตัวอย่าง ในจังหวัด สุรินทร์ (๒) อุบลราชธานี (๒) ชลบุรี (๑) ปราจีนบุรี (๑) ระนอง (๑) และ สงขลา (๑)

จำนวนผู้เสียชีวิต และสัตว์ติดเชื้อด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๖๓



ที่มา: Thai Rabies Net และ กรมควบคุมโรค, ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ กรมควบคุมโรค ยังคงดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ ๓ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ มีเป้าหมาย “กำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓” โดยกิจกรรมที่สำคัญของปีนี้ จะผลักดันให้เกิดพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยเริ่มต้นจากการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าระดับอำเภอ โดยใช้หลักเกณฑ์การรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เป็นเครื่องมือในการวัดผลการดำเนินงาน พร้อมกำหนดหลักเกณฑ์ตัวชี้วัดความสำเร็จของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่สำคัญ คือ

๑. ผู้สัมผัสสัตว์ติดเชื้อยืนยันโรคพิษสุนัขบ้า ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติ ร้อยละ ๑๐๐
๒. จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold chain) ที่กำหนดจำนวน ๑ อปท. ต่อ ๑ เขตสุขภาพ
๓. มีการรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในคน ๑ อำเภอ (เกาะสมุย)

สำหรับมาตรการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เน้นมาตรการต่อเนื่องกับปีที่ผ่านมา (มาตรการ ๑-๒-๓) ผลการดำเนินงานพบว่า ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า, การติดตามผู้สัมผัสสัตว์ติดเชื้อให้มารับวัคซีนตามแนวทางเวชปฏิบัติครบถ้วน (ร้อยละ ๑๐๐) วัคซีนป้องกันโรคชนิดฉีดล่วงหน้าสำหรับบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและอาสาสมัครด้านสาธารณสุข อาสาสมัครปศุสัตว์ และอาสาสมัครขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Pre-exposure prophylaxis: PrEP) อยู่ระหว่างการจัดสรรให้แก่พื้นที่ จำนวน ๒๕,๐๐๐ โดส พื้นที่เสี่ยง ๔๐๐ อำเภอ อยู่ระหว่างการประเมินมาตรฐานระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการประเมินความพร้อมในการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ๑ แห่งต่อเขตสุขภาพ (๑๓ แห่ง) และเทศบาลนครเกาะสมุย อยู่ระหว่างพัฒนาเพื่อรับรองเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

## ๒. สรุปความคืบหน้าในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้า

การดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ กรมควบคุมโรค ดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ ๓ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ โดยใช้มาตรการสอบสวนควบคุมโรคทั้งคนและสัตว์ เมื่อพบรายงานสัตว์ติดเชื้อยืนยันโรคพิษสุนัขบ้า หรือพบผู้เสียชีวิต (มาตรการ ๑-๒-๓) พร้อมกับภาคี

เครือข่ายสำคัญ ทั้งกรมปศุสัตว์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรมประชาสัมพันธ์ ปัจจุบันไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ ก.พ. ๒๕๖๓) มีความก้าวหน้า ดังนี้

๑. วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าชนิดฉีดล่วงหน้า (PrEP) สำหรับบุคคลากรกลุ่มเสี่ยงและอาสาสมัครซึ่งทำหน้าที่ฉีดวัคซีนให้สัตว์และควบคุมโรค กรมควบคุมโรค อยู่ระหว่างดำเนินการจัดส่งวัคซีนดังกล่าว จำนวน ๒๕,๐๐๐ โด๊ส ให้แก่ พื้นที่เสี่ยง โดยผ่านไปยังหน่วยงานระดับเขต คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคจำนวน ๑๒ แห่ง รวมทั้งสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

๒. การเพิ่มประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยการสนับสนุนความรู้วิชาการในการบริหารจัดการวัคซีน โดยให้ความสำคัญในระบบเก็บรักษาความเย็น ตั้งแต่การจัดซื้อ การขนส่ง การเก็บรักษา และการให้บริการ เพื่อลดการสูญเสียคุณภาพของวัคซีน และเพิ่มประสิทธิภาพในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันในสัตว์ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กรมควบคุมโรค ได้สนับสนุนคู่มือบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้กับหน่วยงานด้านปศุสัตว์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งผ่านกรมปศุสัตว์และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนามาตรฐานระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) และจะส่งเสริมให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานงานร่วมกับ สำนักงานปศุสัตว์เขต ปศุสัตว์จังหวัด และท้องถิ่นจังหวัด ร่วมกันประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาระบบลูกโซ่ความเย็นในช่วงไตรมาสที่ ๓ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๓. การรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งเทศบาลนครเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นเป้าหมายในการรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าแห่งแรกของประเทศไทย โดยต้องมีการประเมินร่วมกันทั้ง ๑) พื้นที่ปลอดโรคในคน ๒) พื้นที่ปลอดโรคในสัตว์ ๓) การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจุบันกรมควบคุมโรค ได้จัดทำแนวทางการประเมินพื้นที่ปลอดโรค (ในคน) จัดส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีความพร้อมเป็นเครื่องมือในการประเมินผลเบื้องต้น เมื่อรวมกับผลการประเมินพื้นที่ปลอดโรค (ในสัตว์) ของกรมปศุสัตว์ และการดำเนินงานของท้องถิ่น หากผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พื้นที่สามารถขอรับรองเป็นพื้นที่ปลอดโรคได้ สำหรับปัญหาเรื่องการจัดการสุนัขจรจัดในพื้นที่อำเภอเกาะสมุย ผู้บริหารของเทศบาลนครเกาะสมุย มีนโยบายที่จะดำเนินการสร้างศูนย์พักพิงสุนัขจรจัด ดังนั้นกรมควบคุมโรคร่วมกับกรมปศุสัตว์ และหน่วยงานเครือข่ายต่างๆ จึงจัดกิจกรรมศึกษาดูงาน ในพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการศูนย์พักพิงสุนัขจรจัดอย่างดี ณ ศูนย์พักพิงสัตว์ของเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี เพื่อร่วมกันศึกษา ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน รวมทั้งการวางแผนพัฒนาเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ ปัจจุบันเทศบาลนครเกาะสมุยอยู่ระหว่างดำเนินการ

### ๓. การบูรณาการเครือข่ายเพื่อป้องกัน และติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าทุกราย ให้เข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน

การติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าทุกรายให้เข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องนั้น กรมควบคุมโรคยังคงรักษาระดับความเข้มแข็งของมาตรการนี้อย่างสม่ำเสมอ โดยมีการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะกับหน่วยงานระดับเขต ปัจจุบันมีผู้สัมผัสสัตว์ติดเชื้อยืนยัน ๖๘๐ ราย ติดตามให้มารับวัคซีนตามแนวทางฯ ครบทุกราย ร้อยละ ๑๐๐ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓)

### ๔. ปัญหา-อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า

จากสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย และแพร่ระบาดไปอีกหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อรับมือกับเหตุการณ์ดังกล่าว พร้อมกับให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด ทำให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับต้องดำเนินงานตามภารกิจนี้ก่อนเป็นลำดับแรก อาจส่งผลต่อการติดตามสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าและผู้สัมผัสโรคได้

# รูปภาพการตรวจราชการแบบบูรณาการฯ รอบที่ ๑ (ปี ๒๕๖๓)

แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๑ (ร.อ.นพ.ภูรีวัชรรัตน์ โชคเกิด)  
ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นส.ปภัสมน อัมราลิขิต) และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง  
โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ณ ศาลากลางจังหวัดแพร่ น่าน เชียงราย พะเยา

**5 มีนาคม 2563**

ร.อ.ภูรีวัชรรัตน์ โชคเกิด สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 1 ได้ร่วมการตรวจติดตามแผนตรวจราชการแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ กับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ 16 ประจำปีงบประมาณ 2563 รอบที่ 1 ณ จังหวัดพะเยา เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของรัฐบาล ได้แก่ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า การเตรียมการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนและการพัฒนาเชิงพื้นที่

สำนักตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 1

**6 มีนาคม 2563**

ร.อ.ภูรีวัชรรัตน์ โชคเกิด สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 1 ได้ร่วมการตรวจติดตามแผนตรวจราชการแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ กับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ 16 ประจำปีงบประมาณ 2563 รอบที่ 1 ณ จังหวัดเชียงราย เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของรัฐบาล ได้แก่ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า การเตรียมการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ สุนัขนำใจ การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนและการพัฒนาเชิงพื้นที่

สำนักตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 1



แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๒ (นส.พินทุสร เหมพิสุทธิ์)  
ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นางสุมิตรา อติศัพท์) และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง  
โครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่/ปัญหาไฟฟ้า/P.M. ๒.๕/การระบาดเชื้อไวรัสโควิด-๑๙  
ณ ศาลากลางจังหวัดอุดรธานี



แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๓ (นส.ปณิตา อีรสถกุล)  
 ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นายพีระ ทองโพธิ์) และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง  
 โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า/ปัญหาไฟป่า/ปัญหาภัยแล้ง/P.M. ๒.๕  
 ณ ศาลากลางจังหวัดนครสวรรค์ อุทัยธานี



แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๔ (นส.อังคณา จรรยากุลวงศ์)  
 ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นส.สุร่งลักษณ์ เมฆะอำนวยชัย) และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง  
 โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ณ ศาลากลางจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี



ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๕ (พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์)  
 ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นายณรงค์ เชื้อบุญช่วย) และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง  
 โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า/P.M. ๒.๕/การระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา-๑๙  
 ณ ศาลากลางจังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี







แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๘ (นพ.สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์)  
 ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นายธรรณัฐ อัทธน์ ธนทิพันธ์) และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง  
 โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ณ ศาลากลางจังหวัดหนองคาย



แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๙ (นางจุฑารัตน์ มากคงแก้ว)  
 ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นายจิรายุ นันท์ธราธร) และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง  
 โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ณ ศาลากลางจังหวัดนครราชสีมา



ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๑๐ (นพ.ธงชัย กิริติหัตถยากร)  
 ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นางสมิตรา อติศัพท์) และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง  
 โครงการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน ณ ศาลากลางจังหวัดอุบลราชธานี



แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๑๑ (นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ)  
ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นายธรรณัฐ อัทธ ธานีพันธ์/นส.ปภัสมน อัมราลิขิต)  
และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง  
โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า/การประมงอย่างยั่งยืน  
ณ ศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี พังงา ระนอง ชุมพร ภูเก็ต กระบี่ นครศรีธรรมราช



แทน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๑๒ (นางสุนันทา กาญจนพงศ์)  
ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี (นายธรรณัฐ อัทธ ธานีพันธ์/นส.ปภัสมน อัมราลิขิต)  
และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง  
โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า/การประมงอย่างยั่งยืน  
ณ ศาลากลางจังหวัดสงขลา ตรัง



# ภาคผนวก

# สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๓๘๔/๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้การบริหารราชการแผ่นดิน และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดว่า การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการจัดทำภารกิจยิ่งขึ้น เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้การพัฒนาระบบการตรวจราชการสามารถสนับสนุนการตรวจราชการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด มีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

## ข้อ ๑ องค์ประกอบ

- |      |  |           |
|------|--|-----------|
| ๑.๑  | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข                           | ประธาน    |
| ๑.๒  | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย                 | รองประธาน |
| ๑.๓  | รองอธิบดีกรมการแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย                          | กรรมการ   |
| ๑.๔  | รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย                            | กรรมการ   |
| ๑.๕  | รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย                         | กรรมการ   |
| ๑.๖  | รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย               | กรรมการ   |
| ๑.๗  | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับมอบหมาย                         | กรรมการ   |
| ๑.๘  | รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ   |
| ๑.๙  | รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมาย              | กรรมการ   |
| ๑.๑๐ | รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ที่ได้รับมอบหมาย              | กรรมการ   |
| ๑.๑๑ | ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์                  | กรรมการ   |
| ๑.๑๒ | ผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์                | กรรมการ   |
| ๑.๑๓ | ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมอนามัย                                 | กรรมการ   |
| ๑.๑๔ | ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค                 | กรรมการ   |
| ๑.๑๕ | ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์          | กรรมการ   |

๑.๑๖ ผู้อำนวยการ...

๑.๑๖	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑.๑๗	ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๑.๑๘	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๑.๑๙	ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
๑.๒๐	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
๑.๒๑	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๒	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๓	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๔	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๕	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๖	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๗	ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๘	หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๙	ผู้อำนวยการสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๓๐	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๓๑	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๓๒	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และเลขานุการ
๑.๓๓	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๔	หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

๑.๓๕ ผู้ช่วย...

๑.๓๕ ผู้ช่วยหัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ  
กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรรมการ  
และผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒ หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการตรวจราชการให้เป็นไปอย่างบูรณาการสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวง และการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่

๒.๒ ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการติดตามรายงานผลการตรวจราชการที่สามารถสะท้อนปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง หน่วยงานส่วนกลางในการพิจารณาสนับสนุนทรัพยากรและแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนการพัฒนาในเชิงนโยบายต่อไป

๒.๓ กำหนดแนวทางและพัฒนาระบบสนับสนุนการตรวจราชการของกระทรวง

๒.๔ สนับสนุนการดำเนินงานของผู้ตรวจราชการและคณะ เพื่อให้การตรวจราชการในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๕ อำนวยความสะดวก ให้การสนับสนุน ให้ความร่วมมือ โดยการเตรียมบุคคล เอกสารและข้อมูลต่างๆ ประกอบการตรวจราชการกระทรวง

๒.๖ ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มอบหมาย

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๖๓/๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๒

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ลงชื่อ นายบุญชัย ชีระกาญจน์  
ผู้ตรวจราชการกระทรวง  
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง  
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง  
สิรินันท์ พานพิศ  
(นางสาวสิรินันท์ พานพิศ)  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

ร่าง.....  
พิมพ์.....  
ตรวจ.....

# สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๔๕๑/๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้การบริหารราชการแผ่นดิน และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กล่าวว่า การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่ง ในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการจัดทำภารกิจยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นไปตามหลักการการบริหารแบบบูรณาการและการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้กำหนดขอบเขตการตรวจราชการที่สอดคล้องตาม ๑. นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ (Agenda based) ได้แก่ โครงการพระราชดำริ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ ๒. ระบบงานของหน่วยบริการ (Functional based) ได้แก่ สุขภาพกลุ่มวัย ลดแออัด ลดรอย และ ๓. ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (Area based) ให้แต่ละเขตสุขภาพกำหนดเอง และประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ รวมทั้งการตรวจราชการแบบบูรณาการ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

## ข้อ ๑.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายบุญชัย ธีระกาญจน์	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	ประธานกรรมการ
(๒)	นายสุเทพ เพชรหมาก	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	รองประธานกรรมการ
(๓)	นายสุระ วิเศษศักดิ์	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	รองประธานกรรมการ
(๔)	นายเจษฎา ฉายคุณรัฐ	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	รองประธานกรรมการ
(๕)	นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๖)	นายภานุมาศ ญาณเวทย์สกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๗)	นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๘)	นางสาววิพรรณ สังกะเสน	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๙)	นายชาญวิทย์ ทระเทพ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๑๐)	นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๑๑)	นายธงชัย กীরติหัตถยากร	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๑๒)	นายพิทักษ์พล บุญมาลี	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ

(๑๓) นายภูวรินทร์



(๑๓)	นายภูริวัชรณ์ โชคเกิด	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๑๔)	นายไชยวัฒน์ ทยาวิวัฒน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๑๕)	นายสมเกียรติ ขำนุรักษ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
(๑๖)	นายสมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๑๗)	นายกิตติ กรรภิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๑๘)	นายอภิชาติ รอดสม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
(๑๙)	นายอุดม ภู่วโรดม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๒๐)	นายสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๒๑)	นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๒๒)	นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๒๓)	นายวันชัย เหล่าเสถียรกิจ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๒๔)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒		กรรมการ
(๒๕)	เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๑-๔		กรรมการ
(๒๖)	นายวิเชียร เทียนจารุวัฒนา	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๗)	นายชิตชนินทร์ นิยมไทย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๘)	นางสาวสิรินันท์ พานพิศ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ ผู้ช่วยหัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๙)	นางสาวขวัญแก้ว จันทรวิเชียร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ ผู้ช่วยหัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๑.๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑.๑ มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

(๑) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ นโยบาย และทิศทางในการพัฒนาประเทศ และแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง และกรอบประเด็นการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

(๒) กำหนดแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตามประเด็นการตรวจราชการ ได้แก่ Agenda based , Functional based และ Area based

(๓) กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการแต่ละประเด็น และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๔) พัฒนากระบวนการ เครื่องมือ กลไกในการตรวจราชการ

(๕) จัดทำคู่มือการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

(๖) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

(๗) ปฏิบัติงาน...

(๗) ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มอบหมาย

ข้อ ๑.๓ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๕๖๐/๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๑

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ลงชื่อ นายบุญชัย ธีระกาญจน์  
ผู้ตรวจราชการกระทรวง  
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง  
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

# สำเนาฉบับ

คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

ที่ ๒/๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจำนวน ๕ คณะ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ซึ่งมีหน้าที่กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการตามประเด็น และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ๔ ประเด็น ได้แก่ โครงการพระราชดำริ ภูเขาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจสุขภาพกลุ่มวัย และลดแออัด ลดรอคอย รวมทั้งการตรวจราชการแบบบูรณาการ

อาศัยอำนาจตามความข้อ ๑.๒ (๖) แห่งคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๔๕๑/๒๕๖๒ เรื่อง คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจำนวน ๕ คณะ ดังนี้

๑. คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ประเด็นโครงการพระราชดำริ โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายสุระ วิเศษศักดิ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	ประธานกรรมการ
(๒)	นายภานุมาศ ญาณเวทย์สกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	รองประธาน กรรมการ
(๓)	นายเจษฎา ฉายคุณรัฐ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	รองประธาน กรรมการ
(๔)	นายไชนันท์ ทายวิวัฒน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๕)	นายสมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๖)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒		กรรมการ
(๗)	นายวิเชียร เทียนจารุวัฒนา	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๘)	นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๙)	นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๑๐)	นางสุนันทา กาญจนพงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
(๑๑)	นายจักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการแทน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๒)	นางเครือทิพย์ จันทธานิววัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
			(๑๓) นางพรทิพย์...

(๑๓)	นางพรทิพย์ เข้มเงิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๔)	นางสาวรวีพร เสาร์อินทร์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๕)	นายบุญเชิด กลัดพ่วง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองวัณโรค กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๖)	นายอรรถกร จันทร์มาทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองวัณโรค กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๗)	นายพรชนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต	นายแพทย์เชี่ยวชาญ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๘)	นางเกษรา ญาณเวชสกุล	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๙)	นางอรนาถ วัฒนวงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๐)	นายชนินันท์ สนธิไชย	นายแพทย์ชำนาญการ กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๑)	นางสาวรุ่งระวี ทิพย์มนตรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๒)	นางสาวเนตรชนก บัวเล็ก	ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๓)	นางสาวเบญจมาศ พงษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๔)	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๕)	นายจินดา โรจนเมธินทร์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๖)	นายอดิศักดิ์ ภัตตาตั้ง	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๗)	นายทัศนพงศ์ ไพรินทร์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๘)	นางพรเลขา บรรหารสุกวาท	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(๒๙)	นางปนัดดา จันผ่อง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ

(๓๐) นางสุนิสา...

(๓๐)	นางสุนิสา ศุภเลิศมงคลชัย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
(๓๑)	นายชลพันธ์ ปิยถาวรอนันต์	นายแพทย์ชำนาญการ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
(๓๒)	นายสมเกียรติ ปฏิภน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
(๓๓)	นางสาวศนิษฐา ริมชลาศัย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
(๓๔)	นางวิราณี นาคสุข	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเฉพาะ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๓๕)	นางกฤติกา เฉิดโฉม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๓๖)	นายชัยพร สุขชาติสุนทร	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ
(๓๗)	นายสุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๓๘)	นายอดิชาติ หงษ์ทอง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๓๙)	นางสาวศิฎาภัสร์ จำรัสอริวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๔๐)	นางพิชญภัสสร วรรณศิริกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๔๑)	นางอรชร วิชัยคำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๔๒)	นางคณินิจ แทนมณี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๔๓)	นายฉัตรธรรม อนันตรสุชาติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๔๔)	นางสาวสุภาภรณ์ ไทยแท้	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๑.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย

(๔) ติดตาม...

(๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย

(๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ

(๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๒. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ประเด็นกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๒.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	ประธานกรรมการ
(๒)	นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	รองประธานกรรมการ
(๓)	นายพิทักษ์พล บุญมาลิก	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	รองประธานกรรมการ
(๔)	นายอุดม ภู่วโรดม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๕)	นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๖)	นายวันชัย เหล่าเสถียรกิจ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๗)	นายวิเชียร เทียนจารูวัฒนา	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๘)	นายชาลี เอี่ยมมา	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๙)	นางจุฑารัตน์ มากคงแก้ว	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๑๐)	นางจงกลณี จรรย์านูวัฒน์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๑๑)	นายอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ	ที่ปรึกษากรรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๒)	นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๓)	นายสมชาย ธนะสิทธิชัย	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรรมการแพทย์	
(๑๔)	นางมณฑกา ธีรชัยสกุล	ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๕)	นางมาลา สร้อยสำโรง	แพทย์แผนไทยชำนาญการ สำนักงานจัดการกัญชา และกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๖)	นายสมศักดิ์ กริชชัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองวิชาการและแผนงาน กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๗)	นางสาวสุรัชนี เศวตศิลา	ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (วิทยาศาสตร์การแพทย์) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
(๑๘)	นายฉัตรพันธ์ ธาณินทร์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราช นครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๙)	นางพันธุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๐)	นางสาวเบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ

(๒๑) นางพรทิพย์...

(๒๑)	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๒)	นายชาญยุทธ์ พรหมประพัฒน์	ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๓)	นางสาวสุภรณ์ แนวจำปา	ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๔)	นางเสาวภา จงกิตติพงศ์	ผู้อำนวยการสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๕)	นายสุรโชค ต่างวิวัฒน์	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
(๒๖)	นางสาวสุภัทรา บุญเสริม	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
(๒๗)	นางสาวศิริพร ฉนวนนท์	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
(๒๘)	นางณิรุช อาภาจรัส	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	กรรมการ
(๒๙)	ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม		กรรมการ
(๓๐)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร		กรรมการ
(๓๑)	นายธีรพงศ์ ตุนาค	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๓๒)	นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๓๓)	นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๓๔)	นายชัยพร สุชาติสุนทร	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ
(๓๕)	นายธเนศ ดุสิตสุนทรกุล	ผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
(๓๖)	นางศิริเพ็ญ ตลับนาค	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๓๗)	นางवासนา โชติชะวารานนท์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๓๘)	นางสุนีย์ สว่างศรี	รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ กลุ่มภารกิจด้านบริหาร ยุทธศาสตร์ และ ประเมินผล	กรรมการ
(๓๙)	นายบรรเจิด ทิงเหม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๔๐)	นางพรอนันต์ กิตติมั่นคง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒.๒ หน้าที่...

ข้อ ๒.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๓. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๓.๑ องค์ประกอบ

(๑) นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	ประธานกรรมการ
(๒) นายชาญวิทย์ ทระเทพ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธานกรรมการ
(๓) นายธงชัย กীরติหัตถยากร	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	รองประธานกรรมการ
(๔) นายภูริวัชร โชคเกิด	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๕) นายสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๖) นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๗) นายวิเชียร เทียนจารุวัฒนา	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๘) นางสาวปริญดา ทุนคำ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๙) นางสาวสิริพรรณ โชติภักดิ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๑๐) นายถาวร สกุณพณิชย์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๑๑) นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร	ร.น.ก.วิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๒) นางนธนวันันท์ สุนทรธา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๓) นายประวิช ขวขลาศัย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๔) นางพิมพ์พรรณ ต่างวิวัฒน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๕) นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ

(๑๖) นางสาววรางคณา...



(๑๖) นางสาวรวงคนา เวชวิธี	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๗) นางวิมล บ้านพวน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๘) หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๙) นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๐) นางสุดา วงศ์สวัสดิ์	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๑) นางสาวเบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๒) นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๓) นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๔) นายปิยะวัฒน์ เลาวหุตานนท์	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๕) นายสกานต์ บุณนาค	แพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๖) นางนิติกุล ทองน่วม	รองผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระ พระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๗) นายอดิศักดิ์ ภัตตาตั้ง	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๘) นางรัชดา เกษมทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๙) นางสาวปิยะนุช ชัยสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๓๐) นายชัยพร สุชาติสุนทร	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ
(๓๑) นางโกสุม สาลี	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๓๒) นางสาวสุภาพร เฉยทิม	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๓๓) นางกองมณี สุรวงษ์สิน	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ กองตรวจราชการ	กรรมการ

(๓๔) นางปาริฉัตร...

(๓๔) นางปาริฉัตร ตันตียรวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๓๕) นางสาวศุภลักษณ์ บุญลีถาน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๖) นางสาวพิมพ์ลดา เลขนอก	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๓.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๔. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๔.๑ องค์ประกอบ

(๑) นายบุญชัย ธีระกาญจน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	ที่ปรึกษากรรมการ
(๒) นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	ประธานกรรมการ
(๓) นายสุเทพ เพชรมาก	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	รองประธาน กรรมการ
(๔) นายสมเกียรติ ชำนุรักษ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
(๕) นายกิตติ กรรภิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๖) นายอภิชาติ รอดสม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
(๗) นายวิเชียร เทียนจารุวัฒนา	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๘) นางสาวปนิดา ธีระสุภกุล	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
(๙) นางจรรุภา จำนงค์ดี	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๑๐) นางภารณ์ วสุเสถียร	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
(๑๑) นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๒) นางศุภกัญญา ภาวังคะรัต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๓) นางจิรวรรณ หัสโรค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๔) นายบุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ

(๑๕) นางสาวเบ็ญจมาศ ...

(๑๕)	นางสาวเบญจมาศ พงษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๖)	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๗)	นายทรงศักดิ์ วิมลกิตติพงศ์	เภสัชกรชำนาญการ หัวหน้างานใบอนุญาต สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
(๑๘)	นางกมลรัตน์ นุตยกุล	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
(๑๙)	นายโกเมนทร์ ทิวทอง	รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	กรรมการ
(๒๐)	นางจารุณี จันทร์เพชร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	กรรมการ
(๒๑)	นายธีรพงศ์ ตุ่นาค	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๒๒)	นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๒๓)	นางไพรวรา บุญญะฤทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๒๔)	นางณัฐธิดา รังสินธุ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
(๒๕)	นายชาติชาย คล้ายสุบรรณ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	กรรมการ
(๒๖)	นายวสันต์ สายทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	กรรมการ
(๒๗)	นายวิฑูรย์ อนันกุล	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน	กรรมการ
(๒๘)	นางสุรรัตน์ ใจดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	กรรมการ
(๒๙)	นายสกล ลิขิตภูมิ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	กรรมการ
(๓๐)	นางสาวกิริณา เทวอักษร	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	กรรมการ
(๓๑)	นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	ผู้อำนวยการสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย	กรรมการ
(๓๒)	นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย	กรรมการ
(๓๓)	นายชัยพร สุชาติสุนทร	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ

(๓๔) นางอมรรัตน์...

(๓๔)	นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบุญ	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๓๕)	นางพัชติภรณ์ ทองคำ	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๓๖)	นายชิตชนินทร์ นิยมไทย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๓๗)	นางวัชรภาพร เห็นใจชน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๓๘)	นางสาวฐปนภร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๙)	นายตุลย์ สุขะตุงคะ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๔.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

๕. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีองค์ประกอบ และหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๕.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายบุญชัย วีระกาญจน์	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	ประธานกรรมการ
(๒)	นายสมเกียรติ ชำนาญกิจ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓	รองประธานกรรมการ
(๓)	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓		กรรมการ
(๔)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒		กรรมการ
(๕)	นายวิเชียร เทียนจารุวัฒนา	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๖)	นางวาสนา วิไลรัตน์	รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ กลุ่มภารกิจด้านการตรวจราชการและเขตสุขภาพ	กรรมการ
(๗)	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒		กรรมการ
(๘)	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓	กองตรวจราชการ	กรรมการ

(๙) นายชิตชนินทร์...

(๙) นายชิตชนินทร์ นิยมไทย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๑๐) นางสาววดี อัครศรีอนันต์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๑) นางสาวกฤติยา พุทธิ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๒) นายพีระพล กล้าหาญ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๕.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี
  - (๒) กำหนดประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี
  - (๓) รายงานข้อมูลโครงการ/กิจกรรม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวง ในแต่ละ  
ยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนาภาค
  - (๔) ร่วมตรวจราชการในพื้นที่ พร้อมทั้งติดตาม กำกับ ผลการดำเนินการตามโครงการที่  
กำหนด
  - (๕) รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการตรวจราชการ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะเชิง  
นโยบายเสนอต่อสำนักนายกรัฐมนตรี คณะกรรมการอำนวยการฯ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
  - (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย
- ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ลงชื่อ นายบุญชัย ธีระกาญจน์  
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
ประธานคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล  
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

## คณะที่ปรึกษา

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| ๑.  | นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์                                   | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓     |
| ๒.  | นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์                                    | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔  |
| ๓.  | นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก                                       | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖  |
| ๔.  | นายแพทย์เจษฎา ฉายคุณรัฐ                                     | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง<br>ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒ |
| ๕.  | นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์                              | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑                                    |
| ๖.  | นายแพทย์ภานุมาศ ญาณเวทย์สกุล                                | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒                                    |
| ๗.  | แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์                                | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕,๑๓                                 |
| ๘.  | แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์                                  | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗                                    |
| ๙.  | นายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ                                     | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘                                    |
| ๑๐. | นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์                                   | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙                                    |
| ๑๑. | นายแพทย์ธงชัย กิรติหัตถยากร                                 | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐                                   |
| ๑๒. | นายแพทย์พิทักษ์พล บุญยมาลิก                                 | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑                                   |
| ๑๓. | ร้อยเอก นพ.ภูรีวรรณ โชคเกิด                                 | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑  |
| ๑๔. | นายแพทย์ไชนันท์ ทยาวิวัฒน์                                  | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒  |
| ๑๕. | นายแพทย์สมเกียรติ ขำนุรักษ์                                 | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓  |
| ๑๖. | นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย                                      | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔  |
| ๑๗. | นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์                                     | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕,๑๓                                     |
| ๑๘. | นายแพทย์อภิชาติ รอดสม                                       | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖  |
| ๑๙. | นายแพทย์อุดม ภู่วโรดม                                       | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗  |
| ๒๐. | นายแพทย์สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์                                | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘  |
| ๒๑. | แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล                              | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙  |
| ๒๒. | นายแพทย์วีศิลป์ วิษณุโยธิน                                  | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐                                       |
| ๒๓. | นายแพทย์วินชัย เหล่าเสถียรกิจ                               | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑                                       |
| ๒๔. | นายแพทย์สมชัย อัครสุตสาคร                                   | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒                                       |
| ๒๕. | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ |  |

## คณะผู้จัดทำ

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๒. คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๓ ประเด็นที่ ๑-๕
๓. นพ.วิเชียร เทียนจารูพัฒนา ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๔. นางวาสนา วิไลรัตน์ รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ  
กลุ่มภารกิจด้านการตรวจราชการและเขตสุขภาพ
๕. นางสุนีย์ สว่างศรี รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ  
กลุ่มภารกิจด้านบริหารยุทธศาสตร์และประเมินผล
๖. นางโกสุม สาลี หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑
๗. นายสุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒
๘. นางสาวฐปนภร เจริญวงศ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓
๙. นายอดิชาติ หงษ์ทอง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔
๑๐. นางอมรรัตน์ ลีมีจิตสมบูรณ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕
๑๑. นางพัฒนิกกรณ์ ทองคำ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖
๑๒. นางศิริเพ็ญ ตลับนาค หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗
๑๓. นางสาวสุภาพร ฉวยทิม หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘
๑๔. นางพรอนันต์ กิตติมันคง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙
๑๕. นางกองมณี สุรวงษ์สิน หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐
๑๖. นางวาสนา โชติชะวารานนท์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑
๑๗. นางสาวศัญญาภัทร์ จำรัสอริวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒
๑๘. นายชิตชนินทร์ นิยมไทย หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ  
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๙. นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์ หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ  
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๐. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ  
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๑. นางสาวขวัญแก้ว จันทรวิเชียร ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ  
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๒. นายพีระพล กล้าหาญ ผู้ช่วยหัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ  
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ

## บรรณาธิการ

๑. นายแพทย์วิเชียร เทียนจารุวัฒนา  
 ๒. นางวาสนา วิไลรัตน์  
 ๓. นางสุนีย์ สว่างศรี  
 ๔. นางคณินิจ แทนมณี  
 ๕. นายบรรเจิด ทิงเหม  
 ๖. นางปาริฉัตร ตันติยวงค์  
 ๗. นางวัชรภาพร เห็นใจชน  
 ๘. นายชิตชนินทร์ นิยมไทย  
 ๙. นางสุภาวดี อัศวศรีอนันต์  
 ๑๐. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ  
 ๑๑. นางสาวขวัญแก้ว จันทรวีเชียร  
 ๑๒. นายพีระพล กล้าหาญ
- ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ  
 รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ  
 กลุ่มภารกิจด้านการตรวจราชการและเขตสุขภาพ  
 รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ  
 กลุ่มภารกิจด้านบริหารยุทธศาสตร์และประเมินผล  
 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  
 กองตรวจราชการ  
 เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ  
 ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๑  
 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  
 กองตรวจราชการ  
 เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ  
 ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๒  
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
 กองตรวจราชการ  
 เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ  
 ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๓  
 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
 กองตรวจราชการ  
 เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ  
 ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๔  
 หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ  
 กองตรวจราชการ  
 หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ  
 กองตรวจราชการ  
 ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ  
 กองตรวจราชการ  
 ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ  
 กองตรวจราชการ  
 ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ  
 กองตรวจราชการ

## ออกแบบปกโดย

นายสุรชัย ปฐมศิริ นักศึกษาฝึกงานวิทยาลัยสยามบริหารธุรกิจนนทบุรี



สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กองตรวจราชการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข