

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ รอบที่ ๒

คำนำ

การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข เป็นไปตามเป้าหมาย แก้ไขปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนออันจะก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกองตรวจราชการ ร่วมกับกรมและผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานจากกรม กอง สำนัก ต่างๆ ได้ดำเนินการตรวจราชการ ตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยดำเนินการตรวจราชการ รอบที่ ๒ ระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 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 , ลดแออัดลดรอยคอ 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 ลดรอยคอ

ประเด็นที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

บัดนี้ คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ประเด็นที่ ๑-๕ และคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้นำสรุปผลจากการตรวจราชการมาจัดทำรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ รอบที่ ๒ เสนอต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาในการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพของหน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กองตรวจราชการ

ตุลาคม 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 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สป. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สป. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานของกรม กอง สำนัก ซึ่งได้ร่วมทีมตรวจราชการ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ กองแผนงานและวิชาการและผู้ประสานงานด้านการตรวจราชการของกรม กอง สำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่กองตรวจราชการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการจัดทำรายงานฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงมา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร

ก

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ รอบที่ ๒

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ รอบที่ ๒

ประเด็นที่ ๑ โครงการพระราชดำริ

๑

๑.๑ โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

๑

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๓

๒.๑ กัญชาทางการแพทย์

๓

๒.๒ สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๖

๒.๒.๑ สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๖

๑) สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจและเมืองสมุนไพร (خمینخن , ปลอดภัย)

๒.๒.๒ อาหารปลอดภัย ผักปลอดภัยสารพิษ

๙

ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย

๑๒

๓.๑ สุขภาพแม่และเด็ก

๑๒

๓.๒ ผู้สูงอายุคุณภาพ

๒๗

ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

๔๒

๔.๑ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (PCU)

๔๒

๔.๒ ER คุณภาพ

๔๖

๔.๓ Smart Hospital

๕๐

๔.๔ fast track

๕๕

๔.๔.๑ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๕๕

๔.๔.๒ สาขาอุบัติเหตุ (Trauma)

๖๑

๔.๔.๓ สาขาการผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery)

๗๓

๔.๕ intermediate care

๗๘

๔.๖ ระบบรับยาที่ร้านยา

๙๒

๔.๗ การกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา

๙๖

๔.๘ อสม.หมอบริการบ้าน

๑๐๒

สารบัญ (ต่อ)

ประเด็นที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี	๑๐๔
๕.๑ บทสรุปผู้บริหาร การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี	๑๐๔
๕.๒ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของ ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี	๑๐๗
๕.๓ โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๑๑๒
๕.๔ การเฝ้าระวังโรค และแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ในโรงเรียน	๑๒๘

ภาคผนวก

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓	๑๓๖
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓	๑๓๙
คณะที่ปรึกษา	๑๕๓
คณะผู้จัดทำ	๑๕๔
บรรณาธิการ	๑๕๕

บทสรุปผู้บริหาร

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ รอบที่ ๒

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

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

๑. ประเด็นที่ ๑ โครงการพระราชดำริ : โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

ระดับความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำทั้ง ๕ ระดับ ผ่านเกณฑ์สุขภาพทุกเขต ส่วนแนวทางการจัดระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำมี ๖ ด้าน ประกอบด้วย ๑) งานบริการสุขภาพ : จัดระบบการให้บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สุขภาพจิต พื้นฟูสมรรถภาพ การส่งต่อ และการตรวจสอบสิทธิ ๒) กำลังคนด้านสุขภาพ : การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่/พยาบาลในเรือนจำ และอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.) ๓) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ : เชื่อมโยงข้อมูลทางเทคโนโลยี และการตรวจรักษาทางไกล หรือ Telemedicine ๔) การเข้าถึงยา และเวชภัณฑ์ : การจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ๕) กลไกการคลังด้านสุขภาพ : การบริหารจัดการงบประมาณ และการตรวจสอบสิทธิและย้ายสิทธิของผู้ต้องขัง ๖) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล : จัดตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติงาน และการบูรณาการดำเนินงานกับทุกภาคส่วน สำหรับการวิเคราะห์ทาง การแพทย์พระราชทานของโรงพยาบาลแม่ข่าย ๑๒ เขตสุขภาพ เขตที่มีการใช้เครื่อง Fundus Camera มากที่สุด ได้แก่ เขต ๒ และเขตที่มีแนวโน้มการใช้ รถ X-ray Mobile สูง ได้แก่ ๙ , ๑๑ , ๑๒ ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ ๑) การจัดบริการ ครบ ๖ ด้าน มีบางแห่งไม่ครอบคลุมและครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด ๒) การบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์พระราชทานฯ ในบางเขต ยังขาดการกำกับ ติดตามอย่างเป็นระบบ ๓) การรายงานข้อมูล ตามแบบฟอร์ม สธ.รจ. ๑๐๑ และ ๑๐๒ ในกลุ่มเป้าหมาย ๒๔ แห่ง มีการรายงาน ครบถ้วน แต่ที่เหลือยังขาดส่งเป็นบางจังหวัด ๔) ความครอบคลุมของจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำแต่ละเขต สำหรับนวัตกรรมเด่น ได้แก่ ๑) แพทย์/ทันตแพทย์/จิตแพทย์/จักษุแพทย์ ฯลฯ จากเครือข่ายและทีมจิตอาสา เข้าให้บริการในเรือนจำ ๒) โรงพยาบาลแม่ข่าย มีช่องทางพิเศษบริการผู้ต้องขัง เช่น โรงพยาบาลนครพิงค์มี บัตรเข้าออก เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ ๓) โรงพยาบาลแม่ข่าย Phase ๑ มีห้องแยกควบคุมผู้ต้องขัง ๔) การตรวจ รักษาทางไกล (Telemedicine)

๒. ประเด็นที่ ๒ **กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ** พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

๒.๑ กัญชาทางการแพทย์ : การเปิดคลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย รพช. จำนวน ๓๔ แห่ง (๑๐๐%) , รพท. จำนวน ๘๗ แห่ง (๑๐๐%) และ รพช. จำนวน ๑๙๐ แห่ง (๒๔.๔๒%) เขตที่มีหน่วยบริการจ่ายยามากที่สุด ได้แก่ เขต ๑ , ๓ , ๙ , ๑๒ ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ การผลักดันกฎหมายยังไม่สัมฤทธิ์ผล สถานที่และอุปกรณ์ในการให้บริการยังไม่พร้อม บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มีความเชี่ยวชาญในด้านวิชาการและการวิจัย เรื่อง Health Literacy ของประชาชน ระบบการรายงาน C-MOPH ของส่วนกลางยังไม่สามารถเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ขาดบุคลากรในการบันทึกข้อมูลรายงาน และผู้รับบริการขาดความรู้และความเชื่อมั่นในการใช้ยา กัญชา ปัญหาในการเข้าถึงการบริการ ผู้ป่วยไม่สามารถรับบริการอย่างต่อเนื่อง

๒.๒ สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ : ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด กรมการแพทย์แผนไทยฯ ได้สุ่มตรวจวัตถุดิบสมุนไพร (ขมิ้นชันและไพล) จำนวนทั้งสิ้น ๔๒ ตัวอย่าง จากเมืองสมุนไพร ๑๔ จังหวัด พบว่า ผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่พบการปนเปื้อน ๔๒ ตัวอย่าง ผลการตรวจวิเคราะห์โลหะหนักไม่เกินค่ามาตรฐาน THP ๓๙ ตัวอย่าง ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ ขาดการบูรณาการระดับกรมในการมีส่วนร่วมตรวจวิเคราะห์วัตถุดิบสมุนไพร เกษตรกรยังขาดความมั่นใจด้านความต้องการของตลาดวัตถุดิบสมุนไพร การซื้อขายยาสมุนไพรระหว่างโรงพยาบาลของรัฐมีหลายขั้นตอนและเป็นเรื่องใหม่สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ คือ ให้นำหน่วยงานภาครัฐภายในเขตสุขภาพเข้ามาบูรณาการร่วม โดยร่วมมือกับสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อให้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาครัฐควรส่งเสริมในด้านการตลาดให้เท่าเทียมกับภาคเอกชน ส่วนกลางควรมีพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาในพื้นที่ เพื่อเป็นการเชื่อมโยงบูรณาการระหว่างส่วนกลางและพื้นที่ และสนับสนุนในการทำวิจัยเพื่อแปรรูปสมุนไพรและพัฒนาผลิตภัณฑ์ต่างๆ ส่วนกรมการแพทย์แผนไทยฯ ควรส่งเสริมในเรื่องคุณภาพและพัฒนาในเรื่องของแบรนด์

๒.๓ อาหารปลอดภัย ผักปลอดภัย : ผลการตรวจวิเคราะห์สารกำจัดศัตรูพืช ๑๓๔ ชนิดสาร (รวม พาราควอต ไกลโฟเซต คลอร์ไพริฟอส) ในผักสด/ผลไม้สดวัตถุดิบอาหารในโรงพยาบาล จำนวน ๑๓๕ ตัวอย่าง จากโรงพยาบาล ๒๗ แห่ง ไม่พบการตกค้าง ร้อยละ ๖๙.๖ พบการตกค้าง ร้อยละ ๑๑.๑ และพบ การตกค้างเกินมาตรฐาน ร้อยละ ๑๙.๓ สำหรับผลการตรวจการตกค้าง ๓ สาร พบการตกค้างคลอร์ไพริฟอส ๑๐ ตัวอย่าง ได้แก่ ส้ม มะม่วง กัลยน้ำว่า พริกขี้หนู กวางตุ้ง พักเขียว ร้อยละ ๗.๔ และพบการตกค้างไกลโฟเซต ๔ ตัวอย่าง ได้แก่ กวางตุ้ง คะน้า ผักบุ้งจีน พริกขี้หนู ร้อยละ ๓ สำหรับผลการดำเนินงานแยกรายเขตสุขภาพ สรุปผลการตรวจวิเคราะห์ในผักสด/ผลไม้สด จำนวน ๑๓๕ ตัวอย่าง ไม่พบการตกค้างจำนวน ๙๔ ตัวอย่าง (๖๙.๖%) พบการตกค้าง ๔๑ ตัวอย่าง (๓๐.๔%) และพบการตกค้างเกินมาตรฐานกำหนด ๒๖ ตัวอย่าง (๑๙.๓%) ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ เกษตรกรมีผลผลิตไม่เพียงพอต่อความต้องการของโรงพยาบาลทั้งชนิดและปริมาณ การตรวจคัดกรองไม่มีความสม่ำเสมอหรือไม่มีการดำเนินการ เนื่องจากโรงพยาบาลขาดงบประมาณในการจัดซื้อชุดทดสอบสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ขาดเจ้าหน้าที่ และสถานที่ไม่เอื้ออำนวยเนื่องจากชุดทดสอบมีกลิ่นสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงาน ประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ คือ ควรมีการบูรณาการระดับนโยบายระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรฯ และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ระดับพื้นที่มีกระบวนการทำงานไปในทิศทางเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนาชุดตรวจคัดกรองที่ง่าย สะดวกและราคาถูกลง มากกว่าในปัจจุบัน ควรมีงบประมาณสนับสนุนในเรื่องชุดทดสอบสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช เพื่อใช้ตรวจคัดกรอง ควรพัฒนาเว็บไซต์เพื่อรวบรวมสถานที่หรือแหล่งที่ตรวจเจอสารพิษ รวมถึงการตรวจระดับสารพิษในเลือดของคนขายเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค

๓. ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

๓.๑ สุขภาพแม่และเด็ก : อัตราส่วนการตายมารดาไทย ปี ๒๕๖๓ ภาพประเทศ ร้อยละ ๒๒.๘๕ (จากเป้าหมาย \leq ร้อยละ ๑๗) เขตที่ผ่าน ได้แก่ เขต ๓ , ๔ , ๘ , ๑๑ สาเหตุการตายเกิดจาก Direct Cause มากที่สุด ซึ่งปัญหาก่อนตั้งครรภ์ คือ การวางแผนการตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ป่วยเป็นโรค NCD และโรคอายุรกรรมร้ายแรง ปัญหาช่วงตั้งครรภ์ คือ ขาดความตระหนักรู้ ไม่ได้รับการคัดกรองและจัดการความเสี่ยง ปัญหาช่วงคลอด คือ ศักยภาพบุคลากร ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ส่วนปัญหาช่วงหลังคลอด คือ ขาดการติดตามหญิงหลังคลอดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง **เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย** ผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ ด้านพัฒนาการเด็กอายุ ๙ , ๑๘ , ๓๐ และ ๖๐ เดือน มีการคัดกรองร้อยละ ๙๒.๕ (จากเป้าหมายร้อยละ ๙๐) พบสงสัยล่าช้าร้อยละ ๒๖.๔ (จากเป้าหมายร้อยละ ๒๐) ติดตามได้ร้อยละ ๙๕ (จากเป้าหมายร้อยละ ๙๐) และมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๙๐.๘ (จากเป้าหมายร้อยละ ๘๕) **เด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน** ผลการดำเนินงานภาพประเทศร้อยละ ๖๕ (จากเป้าหมาย $>$ ร้อยละ ๖๐) พบปัญหาสำคัญ คือ ๑) การวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะของเขตไม่ตรงกับสภาพปัญหาของพื้นที่ ๒) ขาดการบูรณาการใน ๔ กระทรวงหลัก ๓) ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น และสถานบริการ ในการส่งเสริมให้เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและพัฒนาการ และแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย ผอม อ้วน ฟันผุ ประเด็นที่ควรกำกับติดตามในปีต่อไป คือ ๑) นโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก (เพิ่มพื้นที่กิจกรรม เช่น ลานเล่น ลานกีฬา ในการสร้างสัมพันธ์ภาพของครอบครัว) ๒) สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและพ่อแม่ในการใช้เครื่องมือ DSPM ๓) พัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัย ๔) ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง ๕) การส่งเสริมโภชนาการและการแก้ไข ปัญหาทุพโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ ๐-๕ ปี ๖) จัดการฝึกอบรมสำหรับ หมอสูติกรรมที่ขาดแคลน

๓.๒ ผู้สูงอายุคุณภาพ : ผลการดำเนินงานภาพประเทศ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๓๔.๕ (จากเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๖๐) เขตที่ผ่าน ได้แก่ เขต ๗ **ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบส่งเสริมสุขภาพ LTC** ร้อยละ ๙๑.๕๕ (จากเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๘๐) เขตที่ไม่ผ่านได้แก่ เขต ๑๒ ส่วนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ ๗๘.๕ มีภาวะเสี่ยงร้อยละ ๑.๔ และพลัดตกหกล้มได้รับการคัดกรองร้อยละ ๗๙ มีภาวะเสี่ยงร้อยละ ๔.๗ ปัญหาอุปสรรคที่พบได้แก่ ๑) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ต่ำสุด คือ “การมีกิจกรรมทางกาย” ๒) ขาดแนวทางการส่งต่อและรูปแบบการดูแลรักษา “สูงอายุที่พบความผิดปกติ” ๓) เก็บข้อมูลมากและซ้ำซ้อน ๔) การบูรณาการการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับพื้นที่ไม่ครอบคลุมและเป็นรูปธรรม ๕) COVID-19 กระทบการลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ Care Manager และ Care giver ๖) บางพื้นที่ยังขาดบุคลากร ด้าน Geriatric Syndromes , Care Manager , Care Giver

๓.๓ Health Literacy จำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย มีผลการดำเนินงานภาพประเทศ จำนวน ๑,๒๘๔,๖๗๖ ครอบครัว (จากเป้าหมายจำนวน ๑,๐๐๐,๐๐๐ ครอบครัว) ปัญหาสำคัญ คือ ไม่สามารถวัดความรอบรู้สุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง ประเด็นที่ควรกำกับติดตามคือ พัฒนารูปแบบการวัดเก็บข้อมูล เพื่อให้สามารถวัดความรอบรู้สุขภาพได้จริง สำหรับร้อยละของ **อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ** มีผลการดำเนินงานภาพประเทศ ร้อยละ ๙๖.๕๘ (จากเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๗๐)

๔. ประเด็นที่ ๔ ลดแอ๊ด ลดรอคอย พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

๔.๑ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) : ผลการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิปี ๒๕๖๓ ได้เปิดดำเนินการให้บริการประชาชนและผ่านการตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนระดับจังหวัด มีหน่วยบริการที่ประกาศการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๘๓๑ หน่วย และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑,๐๒๕ หน่วย รวมทั้งสิ้น ๑,๘๕๖ หน่วย คิดเป็น ๑๑๔.๒๒ % จากค่าเป้าหมาย จำนวน ๑,๖๒๕ หน่วย และประชากรทั้งหมดที่ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว มีจำนวน ๖๑,๐๗๒,๙๓๓ ราย โดยประชากรมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๒๒,๑๙๔,๓๖๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๓๔ ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ ทีมสหวิชาชีพยังขาดความเข้าใจในการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว การรับรู้และการเข้าถึงบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่บางจังหวัดยังไม่มีกระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการใช้บริการ PCU/NPCU ให้มากกว่า Walk in ไปหาหมอที่โรงพยาบาล ระบบสนับสนุน/การบริหารจัดการ คน เงิน สิ่งของ ที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางแห่งไม่มีความชัดเจน

๔.๒ ER คุณภาพ : จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน ๓๕ ล้านครั้ง/ปี และมากกว่าร้อยละ ๖๐ เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน แต่จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ ๔ , ๕ ลดลง พบประเด็นปัญหาสำคัญ คือ ๑) บุคลากรไม่เพียงพอ ๒) ขาดระบบข้อมูลห้องฉุกเฉินที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ๒.๑) ER (clinic นอกเวลา , ระบบบริหารจัดการ , ความแอ๊ด) ๒.๒) นอก ER (Pre-hospital) ๓) การจัดเก็บข้อมูล : บันทึกเข้าแฟ้ม accident ๔) ขาดงบประมาณในการจัดทำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเฉพาะระบบ Ambulance Operation Center (AOC) ๕) สถานการณ์ COVID-19 สิ่งที่ต้องเร่งรัดดำเนินการในปี ๒๕๖๔ คือ ๑) จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ (Non trauma & Non Emergency) ยังควรพิจารณาให้คงไว้ในการตรวจราชการ ๒) การแยกบริการเจ็บป่วยไม่รุนแรงและเจ็บป่วยทั่วไปออกจากการบริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ๓) การจัดบริการแบบ New Normal ER ๔) ผลักดัน Negative Pressure ให้เกิดใน ER คุณภาพ

๔.๓ Smart Hospital : ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ระดับ A , S , M๑ , M๒ ดำเนินการได้ ๑๒๗ แห่ง (จากเป้าหมาย ๑๐๖ แห่ง) , โรงพยาบาลระดับ F๑ , F๒ , F๓ ดำเนินการได้ ๓๑๑ แห่ง (จากเป้าหมาย ๒๐๖ แห่ง) และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค ดำเนินการได้ ๔๑ แห่ง (จากเป้าหมาย ๒๕ แห่ง) ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ การสนับสนุนจากส่วนกลางยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน เช่น การกำหนดการใช้ Application ในการใช้งาน การจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น กระบวนการใช้งานรูปแบบสำเร็จให้กับหน่วยงาน และขาดทีมสนับสนุนการแก้ไขปัญหาการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทุกโรงพยาบาลต้องมีระยะเวลารอคอยแต่ละจุดที่ไม่แน่นอนเกินไป และใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยสนับสนุน เช่น Paperless , บัตรคิวอิเล็กทรอนิกส์ , OPD CARD ประเด็นที่ควรกำกับติดตามในปี ๒๕๖๔ ได้แก่ ๑) ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานเข้าสู่ Smart Hospital โดยครอบคลุม Smart Place , Smart Tool และ Smart Service เพื่อก้าวสู่ Smart Outcome ในระยะถัดไป ๒) ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานผ่านระบบรายงานโปรแกรมระบบรายงานข้อมูล Smart Hospital

๔.๔ Fast Track (Stroke , Trauma , One Day Surgery) :

Stroke : ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๗.๙๙ (เป้าหมาย < ร้อยละ ๗) เขตที่มีอัตราการตายสูง ได้แก่ เขต ๓ , ๔ , ๕ , ๖ เขตที่มีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองลดลง ได้แก่ เขต ๒ , ๓ , ๑๑ เขตที่มีอัตราการตายสูงขึ้น ได้แก่ เขต ๑ , ๔ , ๖ , ๘ , ๙ โดยอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน มีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยสมองแตก ประเด็นปัญหาที่พบ คือ จากสถานการณ์ COVID-19 ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาลดน้อยลง การส่งกลับผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลต้นทาง หลังจากได้รับการดูแลรักษา/วินิจฉัย เรียบร้อยแล้วยังน้อย ซึ่งมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา คือ Self Awareness ทำให้ลดอัตราการตายได้มากขึ้น และ Primary Prevention ช่วยลด New Case NCD ให้น้อยลง

Trauma : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A , S , M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ร้อยละ ๑๑.๑๖ (เป้าหมาย < ร้อยละ ๑๒) เขตที่ผ่าน ได้แก่ เขต ๒ , ๘ , ๙ ข้อเสนอแนะที่ต้องดำเนินการในปีต่อไป คือ ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ต้องทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลระดับ A , S , M๑ ต้องลดปริมาณภาระงานลง เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้เต็มที่ และผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินสามารถเข้าถึง ER ได้ภายใน ๖๐ นาที

One Day Surgery : ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ร้อยละ ๙๒.๘๒ (จากเป้าหมายร้อยละ ๖๐) ประเด็นปัญหาที่พบ คือ โรคหัตถการยังไม่ครอบคลุม ยังไม่เป็น One Stop Service ส่วนข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขปัญหา คือ One Day Surgery และระบบ MIS (Management Information System) ช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลในส่วนของการ Admit

๔.๕ Intermediate Care : โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๘.๖๒ (จากเป้าหมายร้อยละ ๗๕) เขตที่ไม่ผ่าน ได้แก่ เขต ๑ ประเด็นปัญหาที่พบ คือ การส่งกลับผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชนยังมีปัญหาในเรื่องการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ทำให้คนไข้ไปไม่ถึง Node (โรงพยาบาลเครือข่ายบริการสุขภาพ) ประเด็นที่จะเร่งรัดดำเนินการในปี ๒๕๖๔ คือ กรรมการแพทย์พัฒนาคุณภาพในส่วน Intermediate และการผลักดัน Intermediate โดยการประสานเชื่อมโยงภายในจังหวัดในส่วนของการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชน

๔.๖ ระบบรับยาที่ร้านยา : จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการรับยาที่ร้านยา ทั้งหมด ๑๓๐ แห่ง ใน ๗๒ จังหวัด แบ่งตามสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๑๘ แห่ง และสังกัดอื่นๆ จำนวน ๑๒ แห่ง ปริมาณการใช้บริการ ณ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ : จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด ๓๔,๗๑๕ ใบสั่งยา โดยเขตที่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ เขต ๑ (๙,๒๖๐ ใบสั่ง) เขต ๖ (๔,๑๕๗ ใบสั่ง) เขต ๑๒ (๔,๐๔๐ ใบสั่งยา) และเขต ๕ (๓,๒๖๙ ใบสั่งยา) จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานโดดเด่น (bright spot) ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (๕,๖๐๐ ใบสั่ง) จังหวัดลำพูน (๓,๔๒๙ ใบสั่ง) จังหวัดสงขลา (๓,๐๔๒ ใบสั่ง) จังหวัดนครราชสีมา (๑,๖๕๕ ใบสั่ง) และจังหวัดชลบุรี (๑,๔๒๑ ใบสั่ง) ประเด็นปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยจิตเวชไม่เลือกบริการรับยาที่ร้านขายยา ส่วนใหญ่ยังคงไปรับยาที่โรงพยาบาล การจัดการเชื่อมโยงข้อมูลใบสั่งยาจากโรงพยาบาลสู่ร้านยา และข้อมูลบริการของร้านยา ส่งคืนกลับให้โรงพยาบาล ข้อเสนอแนะและสิ่งที่ต้องเร่งรัดดำเนินการในปี ๒๕๖๔ คือ ๑) เสริมสร้างกำลังใจของบุคลากรในการทำงาน ๒) เพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษา ๓) เน้นบูรณาการระหว่าง พชอ. และกระทรวงมหาดไทย และ ๔) จัดทำระบบ Tele Pharmacy ในอนาคต สำหรับนวัตกรรมเด่นที่เป็นโรงพยาบาลต้นแบบ คือ โรงพยาบาลจิตเวช จังหวัดนครราชสีมา

๔.๗ การกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา : ผลการดำเนินงานพบว่าโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดที่ลงทะเบียนโรคทางจิตเวชเข้าร่วมโครงการจำนวน ๖๐ แห่ง (คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๙) แต่มีหน่วยบริการส่งผู้ป่วยจิตเวชไปรับยาที่ร้านขายยาสำเร็จ จำนวน ๒๑ แห่ง (คิดเป็นร้อยละ ๓๕) สำหรับโรงพยาบาล

และสถาบันในสังกัดกรมสุขภาพจิต เข้าร่วมโครงการ ๑๕ แห่ง หน่วยบริการส่งผู้ป่วยจิตเวชไปรับยาที่ร้านขายยาสำเร็จจำนวน ๑๓ แห่ง (คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๗) และมีร้านขายยาที่ลงทะเบียนกับ สปสช. จำนวน ๑,๐๓๓ ร้านขายยา มีการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยจริงจำนวน ๑๒๖ ร้านขายยา ปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ คือ ๑) ช่วงการระบาดของ COVID-19 มีนโยบายลดจำนวนผู้รับบริการที่เข้ามาโรงพยาบาล จึงดำเนินการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ถึงบ้านผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถเพิ่มจำนวนผู้สนใจรับยาจากร้านขายยาใกล้บ้านได้ ๒) ผู้ป่วยจิตเวชมีความวิตกกังวลในภาพลักษณ์ของตนเอง หากต้องรับยาที่ร้านขายยา อาจทำให้คนในชุมชนรู้ว่าตนเองมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช ๓) โครงการจำกัดเฉพาะสิทธิบัตรทองเท่านั้น ผู้ป่วยประกันสังคมข้าราชการ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ ๔) ร้านยาในต่างอำเภอยังมีไม่มาก ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถเลือกร้านยาได้ ๕) เกสเซอร์ร้านขายยาขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวช สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป คือ กรมสุขภาพจิตพัฒนาระบบในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์

๔.๘ อสม. หมอประจำบ้าน : ร้อยละของ อสม. เป้าหมาย ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน รายเขต จำนวน ๘๔,๗๙๓ คน จากเป้าหมาย ๘๐,๐๐๐ คน ร้อยละ อสม. เป้าหมาย มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน รายเขต ร้อยละ ๙๙.๕๑ (จากเป้าหมายร้อยละ ๗๐) และร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีรายเขต ร้อยละ ๙๒.๒๖ (จากเป้าหมายร้อยละ ๗๐) ส่วนข้อเสนอแนะและสิ่งที่จะดำเนินการในปี ๒๕๖๔ คือ ๑) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้นำทักษะของหมอประจำบ้านมาปรับให้เข้ากับสถานการณ์ COVID-19 ๒) อสม. เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทำให้ประชาชนมี Health Literacy ที่ดี จึงควรมีดัชนีการวัดสุขภาพ หรือ Health Literacy ของประชาชน และ ๓) ปฏิรูป อสม. ให้เหมาะสมสอดคล้องกับระบบของประเทศ

๕. การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

๕.๑ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า : ปี ๒๕๖๓ พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ๒ ราย จาก ๒ จังหวัด ได้แก่ สระแก้ว และหนองคาย จำนวนตัวอย่างสัตว์ส่งตรวจหาโรคพิษสุนัขบ้า ๕,๗๘๗ ตัวอย่าง พบเชื้อพิษสุนัขบ้าจากสัตว์ตัวอย่าง ๑๖๘ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๒.๙ เรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ยังคงเป็นเรื่องสำคัญในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าเป็นไปอย่างต่อเนื่องและก้าวหน้าขึ้นเป็นลำดับ จำเป็นต้องรักษาระดับความสำเร็จของกิจกรรมตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค (๑-๒-๓) และขับเคลื่อนโดยผลักดันให้เครือข่ายมีการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ต่อเนื่องต่อไป

๕.๒ โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี : พบปัญหาอุปสรรค ดังนี้ ๑) ขาดระบบติดตามประเมินผลการจัดการเรียนการสอน Health Literacy ๒) การทำ CT/MRI ยังทำได้น้อยและระยะเวลารอคอยนาน ๓) อปท. ในพื้นที่เสี่ยงที่มีการดำเนินงานด้านการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐานน้อย ๔) การตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่สูงมากและแนวโน้มการลดลงยังช้า ๕) การจัดการสัตว์รังโรคยังไม่มีแผนและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ๖) ปัญหาการดูแลระดับประคอง ยังไม่มีระบบชัดเจนแผนงาน/กิจกรรม ที่จะดำเนินการในปี ๒๕๖๔ ได้แก่ ๑) ตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับและหนอนพยาธิด้วยปัญญาประดิษฐ์ (AI) เฉลิมพระเกียรติ ๒) สนับสนุนกิจกรรมสร้าง Health Literacy ด้านสุขภาพประเด็นพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนและชุมชน ๓) พัฒนาความร่วมมือเครือข่ายในการจัดการสิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม ๔) รณรงค์เฝ้าระวังป้องกันโรคหนอนพยาธิ ๕) ประเมินผลการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่นำร่อง

ตำบลที่มีการติดเชื้อ ๘๔ ตำบล ใน ๒๙ จังหวัด และ ๖) โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในคนและสัตว์
รังโรค พื้นที่ฟาร์มปลา จังหวัดเสี่ยงสูง

**๕.๓ การเฝ้าระวังโรค และแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
๒๐๑๙ (COVID-19) ในโรงเรียน** จากการทำเนียบโครงการดังกล่าว ได้ค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยการเก็บ
ตัวอย่างตรวจด้วยวิธี pooled sample จากตัวอย่างน้ำลาย ทั้งหมด ๙๑,๔๖๕ ราย จากที่กำหนดไว้ก่อน
ดำเนินโครงการ ๘๙,๙๙๓ ตัวอย่าง (เพิ่มขึ้น ๑,๔๗๒ ตัวอย่าง) จากกลุ่มเสี่ยง ๔ กลุ่มคือ กลุ่มที่ ๑ บุคลากร
ทางการแพทย์ กลุ่มที่ ๒ ผู้ต้องขังแรกรับ กลุ่มที่ ๓ อาชีพที่พบปะผู้คนกลุ่มที่ ๔ อาชีพอื่นๆ ตามที่
คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจารณา ทั้งนี้ พบผลตรวจเป็นบวกจำนวน ๑ ราย จากกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่ ๒ เป็น
ผู้ต้องขังแรกรับขังเดี่ยวในเรือนจำจังหวัดนครราชสีมา และช่วงเวลาที่ทำเนียบโครงการ (ระหว่างเดือนพฤษภาคม -
มิถุนายน) เป็นช่วงที่มีมาตรการการควบคุมโรคอย่างเข้มงวด จึงทำให้ไม่พบรายงานการติดเชื้อภายในประเทศ
ไทย แต่เป็นการรายงานผู้ป่วยยืนยันจากกลุ่มที่เดินทางมาจากต่างประเทศและกักกันในพื้นที่ที่รัฐกำหนด
เท่านั้น สำหรับสิ่งที่จะดำเนินการต่อไปคือ ๑) กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันกำหนด
และวางแผนการกำกับติดตามและการรายงานผล ๒) การนำคู่มือแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค
COVID-19 ไปใช้ในโรงเรียน เพื่อการกำกับ ติดตาม และป้องกัน

.....

ประเด็นที่ ๑

โครงการพระราชดำริ

- โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒ ประเด็นที่ ๑ โครงการพระราชดำริ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : โครงการพระราชดำริ

๒. หัวข้อ : โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ตามที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินี องค์ประธานที่ปรึกษา "โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ " พร้อมด้วยสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชร มหาวัชรราชธิดา ประธานกรรมการโครงการฯ ได้เสด็จพระราชดำเนินในพิธีเปิดโครงการฯ เมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ทักษสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ทรงพระราชทานเครื่องมือและครุภัณฑ์ทางการแพทย์แก่เรือนจำและทัณฑสถาน ตลอดจนโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ พร้อมพระราชทานแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการบูรณาการทางการแพทย์ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและเท่าเทียมตามหลักมนุษยธรรม สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งกายและใจระหว่างที่ถูกควบคุมตัว เมื่อพ้นโทษกลับสู่สังคม จะได้ประกอบอาชีพสุจริตอย่างมีคุณภาพ นั้น

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามแนวทางโครงการพระราชดำริฯ ดังกล่าว มาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้สอดคล้องตามมติคณะรัฐมนตรีมีมติ เมื่อวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ เรื่อง สิทธิของผู้ต้องขังและสิทธิในการได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐ กรณีการเข้าถึงสิทธิในการได้รับการสาธารณสุขของผู้ต้องขัง จึงได้กำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วน และเร่งรัดขับเคลื่อนการดำเนินการตาม “แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ” ตามที่ได้มีบันทึกความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กรมราชทัณฑ์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ทำการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลในเรือนจำให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำหรือโรงพยาบาลในพื้นที่ครบทั้งหมด ๑๔๒ แห่ง จำนวน ๗๗ จังหวัด (ขึ้นกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สังกัด สธ. ๑๓๒ แห่ง ส่วน ๑๐ แห่ง ขึ้นอยู่กับกรมราชทัณฑ์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรม/การแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑.๑ การจัดการบริการ ครบ ๖ ด้าน มีบางแห่งไม่ครอบคลุมและครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด อาทิเช่น การจัดการบริการโดยแพทย์เข้าตรวจในเรือนจำ อย่างน้อย ๓-๔ ชม.ต่อสัปดาห์ , การจัดการบริการ Telemedicine , การจัดห้องแยกควบคุมผู้ต้องขังในโรงพยาบาล ฯลฯ	๑.๑ เสนอให้คณะกรรมการระดับจังหวัด จัดทำแผนบูรณาการร่วม ระหว่างโรงพยาบาลสังกัดอื่น เข้าร่วมจัดการบริการ	๑.๑ คณะทำงานด้านการแพทย์ฯ ราชทัณฑ์ปันสุข และ กบรส. ร่วมลงพื้นที่ ชี้แจงและให้ข้อเสนอแนะ มีแผนจัดประชุมฯ ชี้แจง ปี ๒๕๖๔
๑.๒ การบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์พระราชทานฯ (บางเขต) ยังขาดการกำกับ ติดตามอย่างเป็นระบบ	๑.๒ เสนอแผนการจัดการให้โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ได้รับครุภัณฑ์ฯ ร่วมวางแผนจัดการในระดับเขตสุขภาพ	๑.๒ ส่วนกลาง โดย กบรส. ประสานแจ้งโรงพยาบาลแม่ข่ายทราบ และจัดทำแผนฯ ครบถ้วนแล้ว
๑.๓ การรายงานข้อมูล ตามแบบฟอร์ม สธ.รจ. ๑๐๑ และ ๑๐๒ เฉพาะกลุ่มเป้าหมาย ๒๔ แห่ง ได้มีการรายงาน <u>ครบถ้วน</u> แต่ที่เหลือยังขาดส่งเป็นบางจังหวัด	๑.๓ ประสานแจ้งทางไลน์โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำส่งข้อมูล	๑.๓ เนื่องจาก ปี ๒๕๖๔ จะปรับปรุงรูปแบบรายงาน จึงยังไม่มีหนังสือเร่งรัดให้รายงานข้อมูล

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- ๑) มีการประสานงานร่วมกันในระดับจังหวัด เชิญแพทย์/ทันแพทย์/จิตแพทย์/จิตเวชแพทย์ ฯลฯ จากเครือข่ายนอกสังกัด ซึ่งเป็นทีมจิตอาสาเข้าให้บริการใน เรือนจำเป็นการประจำ
- ๒) มีการจัดการห้องแยกควบคุมผู้ต้องขัง ในโรงพยาบาล ซึ่งเรือนจำบางแห่งสนับสนุนงบประมาณ ให้กับโรงพยาบาลเป็นค่าปรับปรุงพื้นที่ ห้องแยกดังกล่าว ข้อมูลจากกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๓ กลุ่มเป้าหมายโรงพยาบาลแม่ข่ายระยะที่ ๑ จำนวน ๒๔ แห่ง พบว่า มีการจัดห้องแยกควบคุม และห้องพักเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ จำนวน ๑๙ แห่ง การจัดการบริการ Telemedicine/Telepsychiatry จำนวน ๑๘ แห่ง

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

- ๑) มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดการบริการให้ครบ ๖ ด้าน และให้เป็นไปตามเกณฑ์แนวทางที่กำหนด โดยประสานความร่วมมือกับเรือนจำ/ทัณฑสถาน/ภาคีเครือข่าย โรงพยาบาล สังกัดเหล่าทัพ และ โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อให้เกิดการบูรณาการอย่างแท้จริง โดยเป็นความร่วมมือกันจากทุกภาคส่วน
 - ๒) กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินการ ให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการของแต่ละจังหวัด
- ๖.๒ สำหรับส่วนกลาง ส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดต่อไป

ประเด็นที่ ๒

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์

และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

- ๑) กัญชาทางการแพทย์
- ๒) สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ
- ๓) อาหารปลอดภัย ผักปลอดสารพิษ

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

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

ประเด็นตรวจราชการ : กัญชาทางการแพทย์

ตัวชี้วัด : จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องอย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ แห่ง

๑) เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมาย	ผลงาน
๑. ให้มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันแบบผสมผสานแพทย์แผนไทยและทางเลือก รพศ./ รพท. เขตสุขภาพ ๑ แห่ง	มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันแบบผสมผสานแพทย์แผนไทยและทางเลือก ครบทุก ๑๒ เขตสุขภาพ
๒. ให้มีการจัดตั้งคลินิกบริการกัญชาทางแพทย์แผนไทยและทางเลือก รพช. เขตสุขภาพละ ๑ แห่ง	ให้มีการจัดตั้งคลินิกบริการกัญชาทางแพทย์แผนไทยและทางเลือก ครบทุก ๑๒ เขตสุขภาพ
๓. จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทั้งแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทยที่ได้รับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ ๓๐	

มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันแบบผสมผสานแพทย์แผนไทย ครบทุกเขตสุขภาพ ตามข้อสั่งการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ที่ สธ ๐๒๑๑.๐๔/ว ๑๘๔๖ ลว. ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๒
๒. ที่ สธ ๐๒๑๑.๐๔/ว ๒๔๔๗๓ ลว. ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒
๓. ที่ สธ ๐๒๑๑.๐๔/ว ๒๔๒๔ ลว. ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒
๔. ที่ สธ ๐๒๑๑.๐๔/ว ๒๗๘๘ ลว. ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๒
๕. ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๔/ว ๖๘๕ ลว. ๒ เมษายน ๒๕๖๓
๖. ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๔/ว ๖๑๐๗๒ ลว. ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓
๗. ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๔/ว ๑๕๙๑ ลว. ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓
๘. ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๔/ว ๑๖๙๖ ลว. ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓
๙. ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๔/ว ๒๐๑๔ ลว. ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓

๒) สรุปสถานการณ์

สถานการณ์ปัจจุบัน มีเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ๑๒ เขตสุขภาพ จำนวน ๓๑๑ โรงพยาบาล อยู่ระหว่างเตรียมการด้านบุคลากร เอกสารและสถานที่เพื่อเร่งเปิดบริการ ยา กัญชาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่ คือ THC , CBE , THC : CBD , ตำรับน้ำมัน อ. เตชา , ตำรับชุขไสยาสน์ และตำรับทำลายพระสุเมรุ ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ที่รับยากัญชาคือกลุ่มอาการนอนไม่หลับ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น ผลการติดตามอาการพบ

อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการมีนงง เวียนศีรษะ กระจกกระวาย วิดกกังวล ประสาทหลอน ความดันโลหิตผิดปกติ ปัญหาส่วนใหญ่ของการเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ คือต้องใช้เวลาในการเตรียมการในหลายภาคส่วน ทั้งทาง ด้านสถานที่ในการตรวจรักษา ด้านความพร้อมของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ด้านเวชภัณฑ์ยา และด้านงบประมาณ รวมทั้งใช้เวลานานในการรายงานข้อมูลแต่ละโปรแกรม ผู้ป่วยมีความเชื่อว่ากัญชาสามารถรักษาโรคที่ตนเป็นอยู่ ซึ่งไม่ใช่โรคที่มีหลักฐานทางวิชาการว่าสามารถใช้กัญชาในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพได้ ในบางจังหวัดผู้ป่วยยังให้ความสนใจน้อย บาง รพ. ที่เปิดบริการมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรักษาน้อย ทำให้ยาที่ได้รับมาใกล้หมดอายุ แนวทางการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์คือ การเตรียมความพร้อมหน่วยบริการเพื่อรองรับการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ การปรับปรุงโปรแกรม C-MOPH ให้สามารถเชื่อมโยง ดึงข้อมูลจากโปรแกรมได้ เพื่อลดการทำงานซ้ำซ้อน การสื่อสารข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้เกิดการใช้กัญชาที่ปลอดภัย รวมทั้งป้องกันการใช้กัญชาที่มีแหล่งที่มาผิดกฎหมายและไม่มีคุณภาพในการรักษา จนทำให้เกิดอันตรายในการใช้กัญชาในการรักษาโรคได้ การเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการ และการเตรียมการบริหารจัดการยาในเขตสุขภาพเดียวกัน

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

การจัดตั้งและขับเคลื่อนนโยบายกัญชาระดับจังหวัดผ่านคณะกรรมการ กัญชาและกัญชงทางการแพทย์ จังหวัดยังขาดความชัดเจน ไม่มีแผนปฏิบัติการและการกำกับติดตามการขับเคลื่อน

๓.๑ ยังไม่มีผลผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่ครอบคลุมกับการให้บริการแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่งผลให้ประชาชนที่ไม่มีความพร้อมด้านเศรษฐกิจและเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ไม่สามารถเข้าถึงสารสกัดกัญชาได้

๓.๒ ขาดแคลนผลผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เนื่องจากมีอายุสั้น ตำรับยาแผนไทยเป็นชนิดผงไม่สะดวกในการปรับยา

๓.๓ ขาดบุคลากรที่มาปฏิบัติงานด้านกัญชา

๓.๔ สถานที่ให้บริการไม่ชัดเจนและอุปกรณ์ในคลินิกไม่พร้อมให้บริการ

๓.๕ ระบบรายงาน บางแห่ง ยังไม่ได้ใช้หรือเชื่อมต่อกับโปรแกรม C-MOPH ไม่ได้บันทึกโปรแกรม SAS/AUR และ จ. ๒

๓.๖ ไม่มีการตรวจทดสอบผลผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา สาร THC/CBD ทางห้องปฏิบัติการ

๓.๗ ไม่มีความมั่นใจในการสั่งใช้กัญชา เนื่องจากไม่มีข้อมูลสนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ที่มากเพียงพอ

๓.๘ ประชาชนไม่ทราบว่า มีหน่วยบริการใกล้บ้าน ทราบแต่ ๑๒ แห่งแรกที่นำร่อง

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ โรงพยาบาลที่ยังไม่มีสารสกัดกัญชาให้บริการ ขอรับการสนับสนุนและติดตามสารสกัดกัญชา เพื่อนำมาให้บริการแก่ผู้ป่วย

๔.๒ จัดให้มีผู้ปฏิบัติงานหมุนเวียนเข้ามาทำงานกัญชาทางการแพทย์มากขึ้น สนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรม และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในคลินิกกัญชาให้ชัดเจน รวมทั้งพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างเครือข่าย

๔.๓ จัดเตรียมสถานที่ให้บริการคลินิกกัญชาให้เหมาะสมชัดเจนรวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ในการให้บริการ ที่พร้อมต่อการให้บริการผู้ป่วย

๔.๔ จัดให้งาน IT สนับสนุนการทำงานของคลินิกกัญชาเพื่อประสานโปรแกรม C-MOPH กับฐานข้อมูลของโรงพยาบาล รวมทั้งจัดให้มีระบบการรายงานทุกระบบที่จำเป็น เช่น SAS/AUR , REDCap เป็นต้น

๔.๕ ขอให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์สนับสนุนชุดตรวจสอบผลิตภัณฑ์ สารสกัดจากกัญชา สาร THC/CBD ทางห้องปฏิบัติการ

๔.๖ ควรจัดการศึกษาดูงาน Best Practice ให้คณะผู้บริหารในเขตสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ : สำหรับพื้นที่ ควรบูรณาการการจัดระบบบริการคลินิกกัญชาแบบผสมผสาน โดยมีรูปแบบ One Stop Service มีการจัดทำมาตรฐานการให้บริการ การส่งต่อ การให้คำปรึกษา การบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลภายในเขตสุขภาพ สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้ง่าย ควรมีการจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดนโยบาย มาตรฐานการปฏิบัติให้ชัดเจนและเป็นรูปแบบเดียวกัน รวมทั้งขยายคลินิกกัญชาทางการแพทย์หรือคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์สู่โรงพยาบาลทุกแห่ง

สำหรับส่วนกลาง ระบบรายงานควรเป็นระบบเดียว ครอบคลุมและไม่ซ้ำซ้อน ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติ ผลิตภัณฑ์กัญชาครอบคลุมกับข้อบ่งใช้ ติดตามความชัดเจนของตัวผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นบัญชียาหลักแห่งชาติสนับสนุนเครื่องมือตรวจสอบ Test Kit และเอกสารคู่มือกัญชาทางการแพทย์ สำหรับเจ้าหน้าที่และประชาชน

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑ การสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้บริหารทุกระดับ

๕.๒ ทักษะคิดและความมั่นใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้สั่งใช้ยา

๕.๓ การออกแบบระบบการสั่งใช้ยา การเบิกจ่ายยา การบริหารยา การคีย์ข้อมูล และการส่งต่อ เป็นไปแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการทำงาน

๕.๔ การประเมิน ติดตาม ทบทวน แนวทางการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ

๕.๕ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกจากผู้ป่วยกลุ่ม Palliative Care

๕.๖ การบูรณาการความรู้ความเข้าใจในสหวิชาชีพร่วมกันระหว่างคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทย เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงยามากขึ้นและอย่างสมเหตุสมผล

๕.๗ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การร่วมมือ การประสานงานที่ดี การเชื่อมโยงการรักษา การดำเนินงานตามนโยบาย โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยและประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นหลัก ในทุกสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

๖.๑ ความครอบคลุมของการใช้โปรแกรมรายงาน C-moph ในทุกโรงพยาบาลที่มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์

๖.๒ การเชื่อมต่อโปรแกรมรายงาน C-moph และการรายงานระบบ SAS/AUR

๖.๓ ความครอบคลุมของการใช้ของผลิตภัณฑ์กัญชาในการให้บริการ

๖.๔ การนำข้อมูลผลการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยของแต่ละจังหวัดมาวิเคราะห์ เพื่อจะเห็นถึงแนวโน้มของผลการรักษา และการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ รวมถึงการศึกษาวิจัยการใช้กัญชาทางคลินิก นวัตกรรม ผลงานเด่น

๖.๕ ดำเนินการตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดระดับเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๖.๖ การมีผู้รับบริการมากขึ้น (ตามข้อบ่งใช้ที่เหมาะสม) ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยการเปิดช่องทางการเข้าถึงการบริการ

๖.๗ คุณภาพของการรักษาและการติดตามผลการรักษา

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๒. หัวข้อ : เมืองสมุนไพรในทุกเขตบริการสุขภาพ (๑๔ จังหวัด) ผลิตยาสมุนไพรจากขมิ้นชันหรือไพล
ด้วยวัตถุดิบปลอดสารพิษ ร้อยละ ๑๐๐

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ส่งวัตถุดิบสมุนไพร (ขมิ้นชันและไพล) จากเมืองสมุนไพร ๑๔ จังหวัด จำนวนทั้งสิ้น ๔๒ ตัวอย่าง ให้กับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และบริษัท ห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด ได้ตรวจวิเคราะห์สารกำจัดศัตรูพืชและโลหะหนักตามลำดับ ผลสรุปดังตารางที่ ๑

จังหวัด	ขมิ้น	ไพล	ผลวิเคราะห์สารกำจัดศัตรูพืช	ผลวิเคราะห์โลหะหนัก	จังหวัด	ขมิ้น	ไพล	ผลวิเคราะห์สารกำจัดศัตรูพืช	ผลวิเคราะห์โลหะหนัก
เชียงราย	-	3	ไม่พบ	ไม่เกินค่ามาตรฐาน THP	มหาสารคาม	3	-	ไม่พบ	ไม่เกินค่ามาตรฐาน THP
พิษณุโลก	1	-	ไม่พบ	ไม่เกินค่ามาตรฐาน THP	อุดรธานี	1	2	ไม่พบ	ไม่เกินค่ามาตรฐาน THP
อุทัยธานี	3	3	ไม่พบ	ไม่เกินค่ามาตรฐาน THP	สกลนคร	4	-	ไม่พบ	Cd เกินค่ามาตรฐาน THP 1 ตัวอย่าง
สระบุรี	2	-	ไม่พบ	ไม่เกินค่ามาตรฐาน THP	สุรินทร์	2	1	ไม่พบ	ไม่เกินค่ามาตรฐาน THP
นครปฐม	1	1	ไม่พบ	ไม่เกินค่ามาตรฐาน THP	อำนาจเจริญ	3	1	ไม่พบ	ไม่เกินค่ามาตรฐาน THP
จันทบุรี	3	-	ไม่พบ	Cd เกินค่ามาตรฐาน THP 1 ตัวอย่าง	สุราษฎร์ธานี	3	-	ไม่พบ	Cd เกินค่ามาตรฐาน THP 1 ตัวอย่าง
ปราจีนบุรี	3	-	ไม่พบ	ไม่เกินค่ามาตรฐาน THP	สงขลา	2	-	ไม่พบ	ไม่เกินค่ามาตรฐาน THP

ตารางที่ ๑ ผลการตรวจวิเคราะห์สารกำจัดศัตรูพืชและโลหะหนัก

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>พบการปนเปื้อนโลหะหนัก ๓ ตัวอย่าง ตัวอย่างละ ๑ จังหวัดดังนี้</p> <p>๑. ปัญหาที่พบ ขมิ้นชันจังหวัดจันทบุรี จำนวน ๑ ตัวอย่าง ผลการตรวจวิเคราะห์โลหะหนักพบแคดเมียม (Cd) มีค่า ๑.๓๓๖ mg/kg ซึ่งเกินค่ามาตรฐานของ Thai Herbal Pharmacopoeia (≤ 0.3 mg/kg)</p> <p>สาเหตุ อาจเกิดจากพื้นที่ปลูกสมุนไพรดังกล่าวเป็นพื้นที่ใกล้แหล่งน้ำที่มีการปนเปื้อน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แก้ปัญหาเบื้องต้นโดยการปิดพื้นที่และหยุดปลูกสมุนไพรบริเวณที่มีการปนเปื้อนดังกล่าว - นำพื้นที่ดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐาน GAP และมีการตรวจรับรองมาตรฐานวัตถุดิบสมุนไพร (COA) จากนั้นปรับปรุงพื้นที่ให้ได้มาตรฐานเกษตรอินทรีย์ต่อไป 	<p>อยู่ระหว่างดำเนินการ</p>
<p>๒. ปัญหาที่พบ ขมิ้นชันจังหวัดสกลนคร จำนวน ๑ ตัวอย่าง ผลการตรวจวิเคราะห์โลหะหนักพบแคดเมียม (Cd) มีค่า ๐.๕๑๒ mg/kg ซึ่งเกินค่ามาตรฐานของ Thai Herbal Pharmacopoeia (≤ 0.3 mg/kg)</p> <p>สาเหตุ เกิดจากพื้นที่ปลูกเป็นที่หัวไร่ปลายนา ไม่ได้ใช้พื้นที่ที่เป็นอินทรีย์ โดยปลูกจำนวน ๒ งานใช้น้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติ และเกษตรกรปลูกส่งให้กับศูนย์ศึกษาการพัฒนาภูพานฯ เพื่อแปรรูปเป็นลูกประคบ สาเหตุที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ส่งตัวอย่างวัตถุดิบสมุนไพรขมิ้นชันของ นายประทวน ธาระสา ให้กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตรวจวิเคราะห์ เนื่องจากว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครเป็นหน่วยงานกำกับและดูแลกิจกรรมส่งเสริมสาธารณสุขของศูนย์ศึกษาการพัฒนาภูพานฯ ซึ่งกำลังก่อสร้างโรงงานผลิตยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน GMP ดังนั้น จึงอยากรู้ผลการตรวจวิเคราะห์ของกลุ่มเกษตรกรที่ส่งขมิ้นชันให้กับศูนย์ศึกษาการพัฒนาภูพานฯ เพื่อวางแผนการดำเนินงานและปรับพื้นที่เป็นเกษตรอินทรีย์ในอนาคต</p>	<ul style="list-style-type: none"> - นำพื้นที่ดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐาน GAP และมีการตรวจรับรองมาตรฐานวัตถุดิบสมุนไพร (COA) จากนั้นปรับปรุงพื้นที่ให้ได้มาตรฐานเกษตรอินทรีย์ต่อไป 	<p>อยู่ระหว่างดำเนินการ</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๓. ปัญหาที่พบ ขมิ้นชั้นจำนวน ๑ ตัวอย่างของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนกลุ่มสมุนไพรภายใต้โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชบ้านทุ่งตาหนอน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการตรวจวิเคราะห์โลหะหนักพบแคดเมียม (Cd) มีค่า ๐.๗๗๗ mg/kg ซึ่งเกินค่ามาตรฐานของ Thai Herbal Pharmacopoeia (≤ 0.3 mg/kg)</p> <p>สาเหตุ อาจเกิดจากวัตถุดิบ lot ที่ส่งมาตรวจวิเคราะห์นั้นเป็นวัตถุดิบสมุนไพรขมิ้นชั้นที่รับมาจากที่แหล่งอื่น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แจ้งทางพื้นที่เร่งตรวจสอบและปรับปรุง แก้ไขเรียบร้อยแล้ว - นำพื้นที่ดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐาน GAP และมีการตรวจรับรองมาตรฐานวัตถุดิบสมุนไพร (COA) จากนั้นปรับปรุงพื้นที่ให้ได้มาตรฐาน <p>เกษตรอินทรีย์ต่อไป</p>	<p>อยู่ระหว่างดำเนินการ</p>

๕. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๕.๑ สำหรับพื้นที่

- เสนอให้มีหน่วยงานอื่นของภาครัฐภายในเขตเข้ามาบูรณาการร่วม (เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม การปกครองส่วนท้องถิ่น และปราชญ์ชาวบ้าน) เพื่อให้ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- สนับสนุนการยกเลิก ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
- จัดหาตลาดรองรับการซื้อวัตถุดิบสมุนไพรให้มากขึ้น
- พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ ให้มีความรู้และความเชื่อมั่นในการสั่งใช้ยาสมุนไพร
- ส่งเสริม/สนับสนุนให้ เกษตรกร/วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่ ให้มีการปลูกสมุนไพรตามมาตรฐาน GAP หรือเกษตรอินทรีย์เพิ่มขึ้น โดยมีการวางแผนกันในพื้นที่ไม่ให้มีการปลูกที่ซ้ำซ้อนและมีการตรวจวิเคราะห์วัตถุดิบตามมาตรฐานเพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ประกอบการและผู้บริโภคอีกทั้งยังสร้างรายได้ให้ผู้ประกอบการ/เกษตรกร

๕.๒ สำหรับส่วนกลาง

- บูรณาการในระดับประเทศให้ชัดเจนเพื่อถ่ายระดับตัวชี้วัดลงสู่พื้นที่ในระดับจังหวัดทุกกระทรวง
- สนับสนุนงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนนโยบายเมืองสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง
- ควรมีงบประมาณสนับสนุนในการตรวจหาสารปนเปื้อนอย่างต่อเนื่อง เพื่อความยั่งยืน และสนับสนุนการไม่ใช้สารกำจัดศัตรูพืช เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้สั่งซื้อสมุนไพรจากโรงพยาบาล GMP ทุกแห่งของประเทศ
- ควรมีการกำหนดนโยบายจากผู้บริหาร ให้โรงพยาบาลภายในเขตบริการสุขภาพ สนับสนุนและซื้อขายยาสมุนไพร ภายในจังหวัด หรือเขตสุขภาพให้ชัดเจน เพื่อให้โรงพยาบาลที่มีการผลิตยาสมุนไพรสามารถอยู่ได้ และมีกำลังความสามารถในการรับซื้อผลผลิตสมุนไพรจากท้องถิ่น เป็นการสร้างรายได้ให้ประชาชนให้มีการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจร ทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๒. หัวข้อ : อาหารปลอดภัย ผักปลอดภัย

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. จากข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ๑๓๒ ชนิดสาร, สารพาราควอต และไกลโฟเสต ด้วยวิธีทางห้องปฏิบัติการในตัวอย่างผักและผลไม้สดจำนวนทั้งสิ้น ๑๓๕ ตัวอย่าง จาก ๒๗ รพ. ใน ๑๓ เขตสุขภาพ พบว่าตรวจไม่พบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๑๓๒ สาร ร้อยละ ๖๙.๖ พบการตกค้างแต่ไม่เกินค่ามาตรฐานกำหนด ร้อยละ ๑๑.๑ และพบการตกค้างเกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ ๑๙.๓	๑.๑ โรงพยาบาลนำผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีทางการเกษตรตกค้างในผักสดและผลไม้สด นำเสนอผู้บริหาร โดยเฉพาะกรณีตรวจพบการตกค้างไม่ผ่านมาตรฐาน เพื่อการปรับปรุงกระบวนการคัดเลือกผู้ประกอบการและวัตถุดิบ ๑.๒ ออกมาตรการในการคัดเลือกผู้จัดหา หรือเกษตรกรที่จะส่งผักและผลไม้สดให้โรงพยาบาลเช่นผลการตรวจวิเคราะห์ เป็นต้น ๑.๓ โรงพยาบาลควรลงพื้นที่ดูแลแหล่งวัตถุดิบและตรวจคัดกรองวัตถุดิบก่อนนำมาปรุงประกอบ	๑.๑ โรงพยาบาลนำข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๒ เสนอผู้บริหาร เพื่อพิจารณาปรับปรุงกระบวนการคัดเลือกผู้ประกอบการและวัตถุดิบ ๑.๒ โรงพยาบาล ๒๔ แห่งใน ๑๒ เขตสุขภาพ เป็นเป้าหมายที่มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี ๒๕๖๐ ถึงปัจจุบัน พบการตกค้างเกินมาตรฐานลดลง ปี ๒๕๖๒ พบร้อยละ ๑๙ ปี ๒๕๖๓ พบร้อยละ ๑๔ ๑.๓ สำหรับปี ๒๕๖๓ มีการขยายเป้าหมายเป็นพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องแหล่งของวัตถุดิบ พบว่ามีการตกค้างเกินมาตรฐานค่อนข้างสูงซึ่งต้องมีการจัดการในการคัดเลือกแหล่งวัตถุดิบใหม่และเพิ่มการกำกับดูแลเฝ้าระวังการตกค้างให้มากขึ้น
๒. เกษตรกรมีผลผลิตไม่เพียงพอต่อความต้องการของโรงพยาบาล	หน่วยงานในพื้นที่บูรณาการการดำเนินงานทั้งกระบวนการผลิตและการจัดซื้อผ่านผู้รวบรวม	๑. ดำเนินการผ่านบริษัทประชารัฐสามัคคี ๒. พยายามวางแผนการผลิตคู่กับเมนูอาหาร
๓. ขาดงบประมาณในการจัดซื้อชุดทดสอบ	บูรณาการกับหน่วยตรวจ	หน่วยตรวจอาหารเคลื่อนที่ในพื้นที่ช่วยสนับสนุนการตรวจแต่ไม่สามารถตรวจได้สม่ำเสมอ

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๑. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีภาคีเครือข่ายดำเนินการเรื่องปลูกผักปลอดสารพิษ มีการกำหนดรายการอาหารปลอดสารพิษในกระบวนการจัดซื้อของโรงพยาบาล และเป็นตัวอย่างให้กับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๙

๒. โรงพยาบาลศรีสะเกษ สามารถดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจงได้ มีการจัดซื้อจากบริษัท ประชาธิปไตย จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทที่รับผักผลไม้มาจากกลุ่มเกษตรกรอินทรีย์รายย่อย เป็นการสนับสนุนกลุ่มเกษตรกรในพื้นที่

๓. โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร มีการสุ่มตรวจเลือดเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีด้วยชุดทดสอบสารโคลีนเอสเตอเรส มีการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีโดยใช้พืชสมุนไพรไทยรางจืด

๔. จังหวัดเชียงราย มีการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้านอาหารปลอดภัย ในระดับจังหวัด

๕. จังหวัดน่าน

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้จัดอบรม QC Team จังหวัดน่าน เพื่อพัฒนาระบบตรวจสอบและเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักและผลไม้สดแบบทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเกษตรกรผู้ปลูกผักที่จำหน่ายให้แก่โรงพยาบาล

- การขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในสถานบริการ โดยใช้กระบวนการเครือข่ายอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดน่าน , อสม. นักวิทย์ (คปสอ. นาน้อย) , การนำระบบสารสนเทศ GIS มาใช้เป็นคลังข้อมูล พขอ. มิติด้านเกษตร (คปสอ. ทุ่งช้าง)

- จังหวัดพะเยา ขยายเครือข่ายชุมชนต้นแบบอาหารปลอดภัย เพื่อพัฒนาสินค้าเกษตรและอาหารปลอดภัยสู่โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ใน ๙ อำเภอ ๑๘ ชุมชน

๖. จังหวัดแพร่

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

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

๗. จังหวัดลำปาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง จัดทำระบบการรับรองแบบมีส่วนร่วม PGS เพื่อเป็นเครือข่าย ส่งผักปลอดภัยให้แก่โรงพยาบาล

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

๙. จังหวัดกาฬสินธุ์ การจัดทำระบบฐานข้อมูลเกษตรกรที่มีการปลูกผักในพื้นที่ เพื่อใช้สำหรับเป็นข้อมูลในการจัดซื้อวัตถุดิบ

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 ๒ ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัยสตรีและเด็กปฐมวัย

๒. หัวข้อ : ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย พัฒนาการสมวัยสูงดีมีส่วน

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

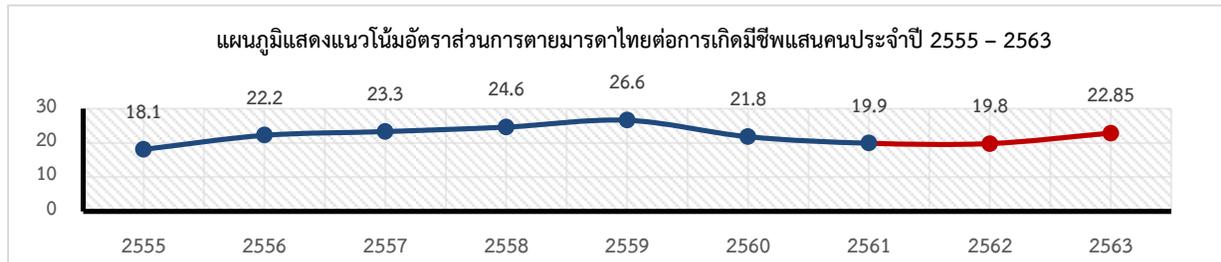
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมอนามัย

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพมารดา

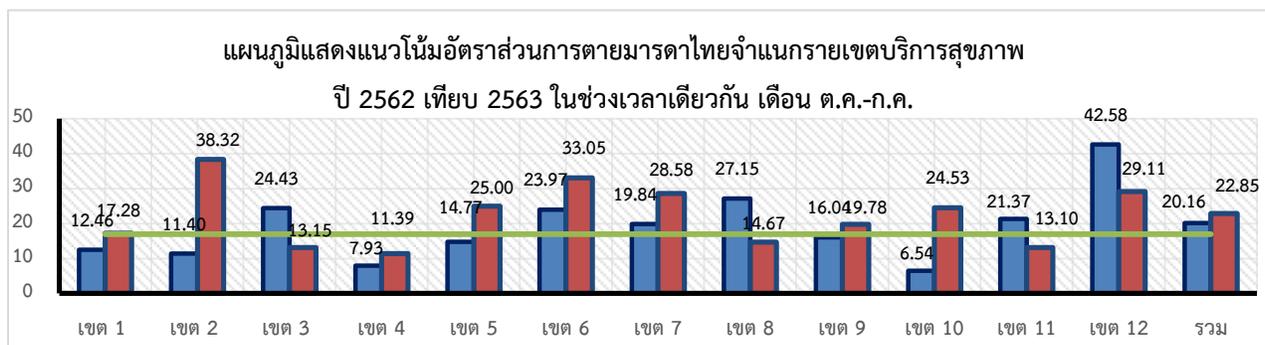
ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนการเกิดมีชีพ

๔.๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย



ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓)

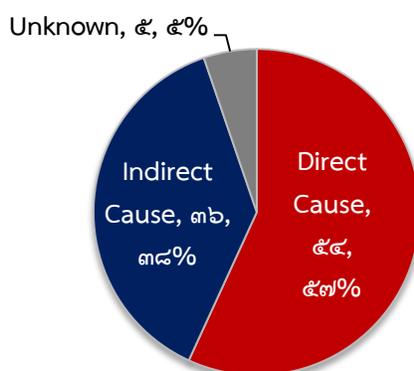
กรมอนามัยได้พัฒนาระบบรายงานข้อมูลที่แม่นยำและรวดเร็ว และดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาอย่างเข้มแข็งและจริงจัง และได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) จนสามารถเฝ้าระวัง เก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ส่งผลให้ตั้งแต่ ๒๕๖๐ เป็นต้นมา อัตราส่วนการตายมารดาตกลง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ถึงแม้ว่าอัตราส่วนการตายมารดาในประเทศไทยจะลดลงอย่างต่อเนื่องแต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี ๒๕๖๒ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ผลการเฝ้าระวังมารดาตายผ่านระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR system) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ ๒๒.๘๕ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา



ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓)

เมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานแบบรายเขตบริการสุขภาพพบว่ามีเพียง ๔ เขตบริการสุขภาพเท่านั้นที่ อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ ๓ , ๔ , ๘ และ ๑๑ และ เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ ๒ (๓๘.๓๒) , ๖ (๓๓.๐๕) , ๑๒ (๒๙.๑๑) ตามลำดับ และเมื่อนำผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เปรียบเทียบค่าผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของปี ๒๕๖๒ พบว่าในภาพรวมประเทศ อัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้น และเขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ ๑ , ๒ , ๔ , ๕ , ๖ , ๗ , ๙ และ ๑๐ และเขตบริการสุขภาพที่สามารถลดอัตราการตายมารดาลงจากปีที่ผ่านมาอย่างเห็นได้ชัดได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ ๓ , ๘ และ ๑๒ แต่อย่างไรก็ตามเขตบริการสุขภาพที่ ๒ , ๖ และ ๑๐ กลับมีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา

แผนภูมิแสดงร้อยละสาเหตุการตายมารดาเดือน ต.ค.๖๒-ก.ค.๖๓



จากการศึกษาและวิเคราะห์การวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาเดือนตุลาคม ๒๕๖๒ - กรกฎาคม ๒๕๖๓ พบการตายมารดาไทยทั้งสิ้น ๙๖ ราย สาเหตุการตายส่วนใหญ่ตายเกิดจากสาเหตุทางตรง (กลุ่มที่ ๑-๖) ร้อยละ ๕๘ ตายจากสาเหตุทางอ้อม (กลุ่มที่ ๗) ร้อยละ ๓๕ และตายจากสาเหตุที่ไม่สามารถระบุได้ (กลุ่มที่ ๘) ร้อยละ ๗ สรุปได้ว่าสาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรง เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายทางตรงพบว่าการตายมารดาส่วนใหญ่มาจากกลุ่มที่ ๓ คือเลือดออกในระหว่างการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของรก และตกเลือด (Obstetric Hemorrhage) จำนวน ๒๐ ราย รองลงมาคือกลุ่มที่ ๕ คือ ความผิดปกติอื่นของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และระหว่างคลอดจำนวน ๑๖ ราย นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) จำนวน ๓๖ ราย สาเหตุที่พบ เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ และติดเชื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านสุขภาพแล้วยังพบอีกหนึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุการตายมารดานั้นคือ อุบัติเหตุ และ การฆาตกรรม ซึ่งจากการเก็บข้อมูลผ่านระบบเฝ้าระวังการตายมารดาปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ พบแม่ตายจากอุบัติเหตุ ๗ ราย และฆาตกรรม ๓ ราย

๔.๒ ปัญหา/อุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. ปัญหาการตายจาก ๓ Delay สาเหตุการตายของมารดาร้อยละ ๕๗ เกิดจากสาเหตุทางตรง (PPH, PIH) และเกิดจากการ Delay การรักษาที่เหมาะสม (ร้อยละ ๕๐.๐) (ศักยภาพของบุคลากร ร้อยละ ๔๑.๒๕) และ Delay การตัดสินใจรับบริการ (ร้อยละ ๔๓.๗๕)	๑. พัฒนาระบบบริการและเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด ๒. พัฒนาศักยภาพบุคคลากร	๑. พัฒนาระบบบริการและเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด ๒. วิเคราะห์การเฝ้าระวังการตายมารดาผ่านกระบวนการ Six steps of a mortality audit cycle และบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรายบุคคล
๒. การตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม/โรคอายุรกรรม มีแนวโน้มสูงขึ้นและมารดาประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ ๒๙) ที่ไม่เคยฝากครรภ์	๑. เร่งรัดการค้นหาและจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ANC High Risk รายบุคคลเชิงรุกโดยการใช้เทคโนโลยี/Application (ผ่านโปรแกรม Save mom) ๒. ส่งเสริม/ประชาสัมพันธ์เรื่องการฝากครรภ์และค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่	พัฒนาระบบค้นหาและจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ANC High Risk รายบุคคลเชิงรุกโดยการใช้เทคโนโลยี/Application ผ่านโปรแกรม Save mom และขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง ๑๒ จังหวัด
๓. การส่งรายงานวิเคราะห์การตายมารดารายบุคคล (CE-online) ร้อยละ ทำให้การนำข้อมูลมาวิเคราะห์มีความล่าช้าได้	๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญ เน้นย้ำ เรื่องความสำคัญของการกรอกข้อมูลการตายมารดา ๒. ผู้บริหารเน้นคุณภาพของข้อมูล ลงสาเหตุการตายหลักเพียงสาเหตุเดียว ๓. ผลักดันให้แพทย์เป็นผู้ลงข้อมูลการวินิจฉัยด้วยตนเอง ๔. วิเคราะห์การเฝ้าระวังการตายมารดาผ่านกระบวนการ Six steps of a mortality audit cycle และบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรายบุคคล	๑. จัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดา ศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒ ๒. จัดตั้ง MDSR Team ทีม ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา เขต ๑-๑๒ โดยมี MCH Board ระดับเขตเป็นประธาน ๓. อบรมการวิเคราะห์การเฝ้าระวังการตายมารดาผ่านกระบวนการ Six steps of a mortality audit cycle และบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรายบุคคล

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๔. ขาดการบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน ท้องถิ่น อสม. และภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการเพิ่มมาตรการที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น	การขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ผ่านกลไก พชอ. โดยบูรณาการกลุ่มวัย (Life course approach) และ เชื่อมโยงประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกัน เช่น ภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ แนวโน้มการเพิ่มน้ำหนัก การประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร การถ่ายทอดทางพันธุกรรม ภาวะเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ LBW กับสูติศาสตร์ และ NCD เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาแนวทางเฝ้า ระวังในชุมชนและเชื่อมต่อ บริการเชิงระบบ	

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

จังหวัดตาก

๑. การป้องกันมารดาตาย โดยใช้กระบวนการ “แม่เหวยโมเดล” รพ.สต.บ้านแม่เหวย อ.ท่าสองยาง
๒. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ทุรกันดาร อ.อุ้มผาง

จังหวัดพิจิตร

๑. Program All Natal Care : เป็นโปรแกรมที่ใช้บันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอดและการติดตามเยี่ยมบ้านซึ่งสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ในประเด็นต่าง ๆ ได้ (Big Data) เริ่มใช้ในโรงพยาบาลพิจิตรเมื่อเดือนมกราคม ๒๕๖๓

จังหวัดปทุมธานี : ลงทะเบียนฝากครรภ์ออนไลน์ผ่าน QR Code และเชื่อมต่อคลังความรู้หญิงตั้งครรภ์ผ่าน E-book

จังหวัดกาฬสินธุ์ : พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารเสพติด

จังหวัดยโสธร

๑. Teen save mom คือ การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์โดยการใช้โปรแกรม Save mom โดยคัดเลือก อสม. วัยรุ่นเป็นแกนหลักในการดำเนินการ นอกจากนี้ยังมีการแจกไข่ นม และมีกองทุนนมจัดเพื่อหญิงตั้งครรภ์ และต่อยอด Low birth weight แบบมีอาชีพ โดยการทำวิจัยขบวนการพิทักษ์ลูกรัก น้ำหนักดี ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ คือ การดูแลแบบ Case Management ๒๔ ชั่วโมง โดยสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. ใช้กลไก MCH Board / Service Plan และ ภาควิชาเครือข่าย ในการ ขับเคลื่อน ติดตาม และบริหารจัดการ การดำเนินงานแม่และเด็กในพื้นที่เน้นการดูแลร่วมแบบสหสาขา
๒. บูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายทั้ง ภาครัฐ เอกชน ชุมชน ท้องถิ่น อสม. และภาควิชาเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการเพิ่มมาตรการที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น เช่น ร่วมกับ อปท. อสม. ออกหน่วยค้นหาหญิงตั้งครรภ์ บริการฝากครรภ์เคลื่อน คลินิกฝากครรภ์นอกเวลา สื่อประชาสัมพันธ์ เทคโนโลยี/Application ที่เกี่ยวข้อง
๓. สร้างระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์รายบุคคลโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการ เฝ้าระวังความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์
๔. ใช้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ได้จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาผ่านกระบวนการ Six steps of a mortality audit cycle ตามแนวทางดำเนินงานเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทย กรมอนามัย ในการวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมกับออกมาตรการที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่
๕. เร่งรัดการค้นหาและจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ANC High Risk รายบุคคลเชิงรุกโดยการใช้เทคโนโลยี/ Application (ผ่านโปรแกรม Save mom)
 - NO ANC หน่วยงานบริการสาธารณสุขทุกระดับกำหนดมาตรการค้นหาเชิงรุก บูรณาการความร่วมมือ กับภาควิชาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนผ่านโปรแกรม Save mom
 - Low risk เฝ้าระวังอาการร่วมอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ อาจเกิดขึ้นภายหลัง เพื่อการวินิจฉัยรักษาที่ทันท่วงที
 - High risk /Very High risk เน้นคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน NCD รวมถึงโรคทาง อายุรกรรมอื่นๆ และมีระบบจัดการความเสี่ยงนั้น
 - เน้นการดูแลร่วมสหสาขาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมรุนแรง
 - การให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในกรณีป่วยอายุรกรรมรุนแรงที่สามารถตั้งครรภ์ได้และ ที่ไม่แนะนำให้ตั้งครรภ์ หากสามารถตั้งครรภ์ได้ตั้งอยู่ในการดูแลของอายุรแพทย์และสูติแพทย์อย่าง ใกล้ชิด รวมถึงมีระบบการกำกับ ติดตาม และส่งต่อผู้รับบริการ
๖. คลอดที่บ้าน ยังคงปรากฏในพื้นที่สูงของบางจังหวัด เช่น แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และจังหวัดในภาคใต้ ซึ่ง พบว่ามีการคลอดที่บ้านโดยผดุงครรภ์โบราณ
 - พัฒนาศักยภาพผดุงครรภ์โบราณ
 - มีระบบสื่อสารเพื่อการส่งต่อที่รวดเร็ว ทันท่วงที เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
 - เน้นให้มีการคลอดที่สถานบริการสาธารณสุขเพื่อความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้รับบริการ
๗. ผลักดัน สนับสนุน สื่อสาร ฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. กรมอนามัยพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยเฉพาะคณะทำงานสืบสวนมารดาตายระดับเขตสุขภาพ และมีการกำกับติดตามเยี่ยมเสริมพลังมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กระดับเขตสุขภาพ อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง

๒. ปรับ Template ตัวชี้วัดการได้รับยาไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งปกติจะไปผูกกับ Visit การมารับบริการของหญิงตั้งครรภ์ทำให้ในกรณีที่ส่งหญิงตั้งครรภ์มาทำหัตถการต่างๆ จะมีผลต่อตัวชี้วัดตัวนี้ถ้าไม่มีการ Key การจ่ายยา
๓. การบูรณาการทำงาน/แนวทางการเก็บข้อมูลกับกรมสุขภาพจิตในการประเมินภาวะเครียดในหญิงตั้งครรภ์ (ST๕ และ ๒Q) เนื่องจากยังไม่มีระบบในการดำเนินการที่ชัดเจน
๔. ผลักดันให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนยาฝังคุมกำเนิดกึ่งถาวร สำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์/มารดาหลังคลอดที่มีโรคร่วมรุนแรง
๕. พัฒนาโปรแกรม Save mom มาใช้ในบริหารจัดการหญิงวัยเจริญพันธุ์ตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิม เช่น HDC มาใช้เพื่อลดภาระพื้นที่ในการบันทึกข้อมูล และระบบการดูแลรายกรณีทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนให้ครอบคลุมทุกจังหวัด
๖. สนับสนุนข้อมูลเป้าหมายและคืนข้อมูลให้พื้นที่ ทั้งข้อมูลระดับ ประเทศ ระดับจังหวัด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการทำงานของจังหวัด ข้อมูลที่ให้พื้นที่ลงในระบบมีปริมาณมากและไม่เอื้อต่อการทำงาน
๗. ปรับ template และ ตัวชี้วัด ที่มีปัญหา
 - ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ให้สอดคล้องกับการลงข้อมูล เนื่องจากเป็น template ที่ไม่สามารถทำให้ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งยังพบว่ามีปัญหาเรื่องการฝากครรภ์และคลอดต่างสถานที่ หน่วยบริการไม่มีข้อมูลและไม่สามารถบันทึกข้อมูลย้อนหลังได้ หญิงตั้งครรภ์กินยาต่อเนื่องแต่ไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้เนื่องจากได้รับยาเดิมทำให้ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง
 - ปรับรหัสการลงข้อมูลยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ในหญิงตั้งครรภ์ (Triferdine/ Obimin/ Nataral) โปรแกรม HDC ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่
 - การตรวจ Hct ควรแยก template เป็นครั้งที่ ๑ และครั้งที่ ๒ ของการตรวจเลือดเพื่อดูคุณภาพการบริการได้

๘. วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัย

เป้าหมาย ๑ : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕

ผลงาน : ร้อยละ ๙๐.๔

เป้าหมาย ๒ : ร้อยละ ๖๐ ของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน

ผลงาน : ร้อยละ ๖๕.๐ (ข้อมูลไตรมาส ๓/๒๕๖๓)

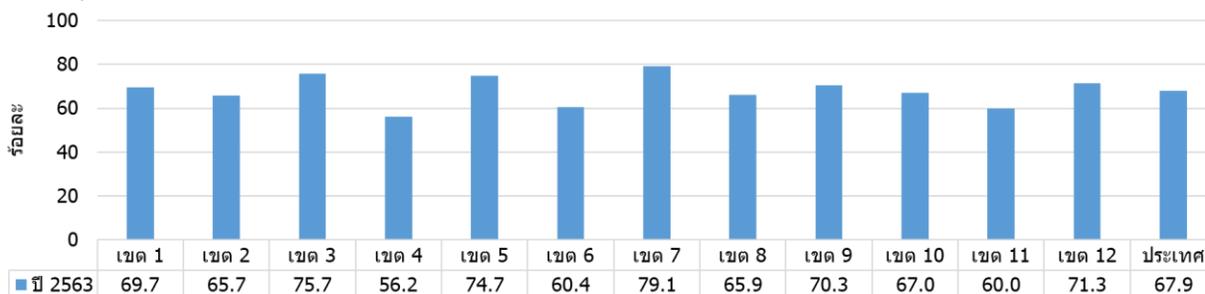
เด็กอายุ ๐-๕ ปี พัฒนาการสมวัย จากผลการดำเนินงานในภาพรวมปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไตรมาสที่ ๑-๓ ส่วนมากพัฒนาการเด็กปฐมวัยแล้วเป็นไปตามเป้าหมาย พบมีบางเขตสุขภาพที่ผลการดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายได้แก่เขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละการคัดกรองพัฒนาการ (๘๔.๓%) ร้อยละเด็กพัฒนาการสมวัย (๘๑.๗%) ร้อยละพัฒนาการสงสัยล่าช้า (๑๘.๔%) และร้อยละการติดตาม (๘๕.๖%) ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (ข้อมูลผลการดำเนินงานเดือนตุลาคม-มิถุนายน ๒๕๖๓ จาก HDC ณ วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๓) และพบว่า มีเด็กพัฒนาการล่าช้า จำนวน ๕,๔๙๔ คน ซึ่งได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จำนวน ๓,๖๗๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๙๕ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓) กระตุ้นครบตามเกณฑ์ จำนวน ๑,๘๕๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๓๕ (กลับมาสมวัย ๗๗๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๙๐ ยังมีพัฒนาการล่าช้า ๑,๐๗๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๑๐) และกระตุ้นไม่ครบเกณฑ์ จำนวน ๙๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๒๓ ทั้งนี้ ยังมีเด็ก

พัฒนาการล่าช้าอยู่ระหว่างการกระตุ้น จำนวน ๘๘๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๔๒ อยู่ระหว่างการติดตาม เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน ๖๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓๒ และเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ติดตามไม่ได้ จำนวน ๑,๑๙๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๗๓ เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ พบว่า ในเขตสุขภาพ เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ภาพรวม ร้อยละ ๖๖.๙๕ บรรลุตามเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๖๐) โดยเกือบทุกเขตสุขภาพมีผลการดำเนินงานบรรลุตามเกณฑ์ ค่าเป้าหมายที่กำหนด โดยเขตสุขภาพที่มีการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าได้มากที่สุดเป็น ๓ อันดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ ๓ ร้อยละ ๘๔.๔๙ , เขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละ ๗๖.๙๘ และเขตสุขภาพที่ ๑๐ ร้อยละ ๗๕.๗๕ ทั้งนี้ มีเพียงเขตสุขภาพที่ ๔ และเขตสุขภาพที่ ๖ ยังไม่สามารถดำเนินการได้บรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนด

เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน จากข้อมูล HDC ไตรมาสที่ ๓ ปี ๒๕๖๓ ณ วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๓ พบว่า ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ภาพรวมประเทศคือ ร้อยละ ๖๗.๙ ซึ่งมีความครอบคลุมต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๙๐) เมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ทุกเขตสุขภาพต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (แผนภูมิที่ ๑) สาเหตุเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 มีผลทำให้จำนวนเด็ก ที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) ลดลง และการเลื่อนเวลาเปิดภาคเรียน ทำให้เด็กไม่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูงในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย/โรงเรียนระดับอนุบาล

แผนภูมิที่ ๑ แสดงสถานการณ์ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของเด็กอายุ ๐-๕ ปี

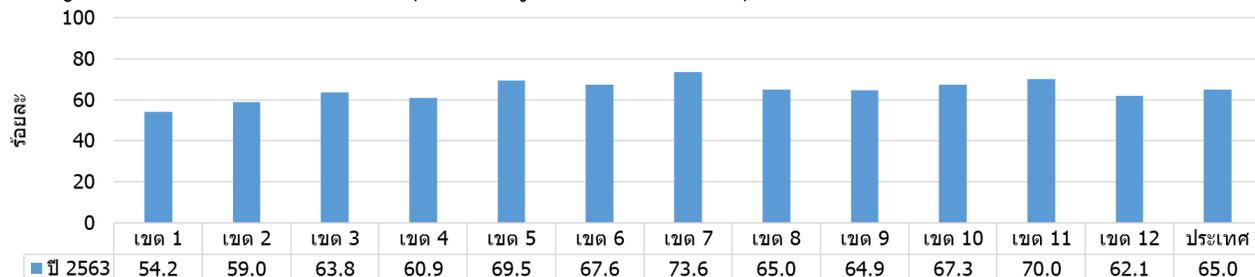
รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓

สถานการณ์เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ข้อมูลจาก HDC ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓ ภาพรวมประเทศ ร้อยละ ๖๕.๐ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ ๖๐) เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพ ที่ดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย จำนวน ๑๐ เขตสุขภาพ โดยเขตสุขภาพที่ ๗ มีร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน สูงที่สุด ร้อยละ ๗๓.๖ รองลงมา เขตสุขภาพที่ ๑๑ ร้อยละ ๗๐.๐ และเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๖๙.๕ และพบว่า มีเขตสุขภาพที่ยังดำเนินงานไม่เป็นตามเป้าหมายที่กำหนด จำนวน ๒ เขตสุขภาพ คือเขตสุขภาพที่ ๑ ร้อยละ ๕๔.๒ และเขตสุขภาพที่ ร้อยละ ๕๙.๐ (แผนภูมิที่ ๒)

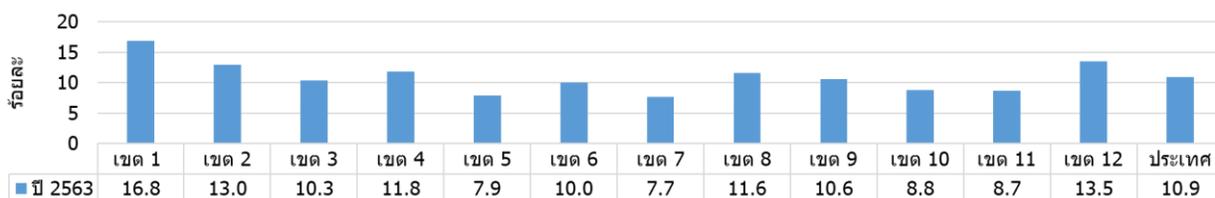
แผนภูมิที่ ๒ แสดงร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓

สถานการณ์เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีภาวะ เตี้ย ผอม อ้วน พบว่าเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีภาวะเตี้ย ระดับประเทศ ร้อยละ ๑๐.๙ (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๔) โดยเขตสุขภาพที่ ๑ ยังมีเด็กเตี้ยสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด เท่ากับ ร้อยละ ๑๖.๘ (แผนภูมิที่ ๓) เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีภาวะผอม ระดับประเทศ ร้อยละ ๕.๓ (เป้าหมาย ไม่เกิน ร้อยละ ๖.๐) เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพส่วนใหญ่มีภาวะเด็กผอมต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ยกเว้น เขตสุขภาพที่ ๘, ๒ และ ๑๒ ยังพบปัญหาเด็กผอมที่สูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖.๕, ๖.๒ และ ๖.๑ ตามลำดับ (แผนภูมิที่ ๔) และพบปัญหาเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีภาวะอ้วน ระดับประเทศ ร้อยละ ๘.๗ (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๐) โดยเขตสุขภาพส่วนใหญ่มีภาวะเด็กอ้วนต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ยกเว้นเขตสุขภาพที่ ๑ และ ๔ ซึ่งมีเด็กอ้วนสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ ๑๒.๐ และร้อยละ ๑๑.๔ ตามลำดับ (แผนภูมิที่ ๕)

แผนภูมิที่ ๓ แสดงสถานการณ์เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีภาวะเตี้ย รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



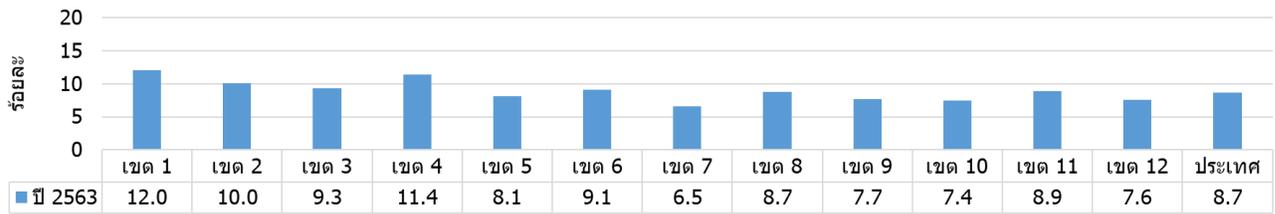
ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓

แผนภูมิที่ ๔ แสดงสถานการณ์เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะผอม รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓

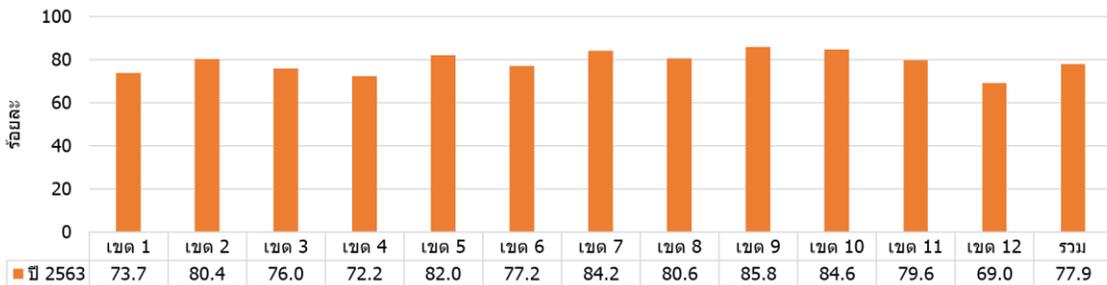
แผนภูมิที่ ๕ แสดงสถานการณ์เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะอ้วน รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



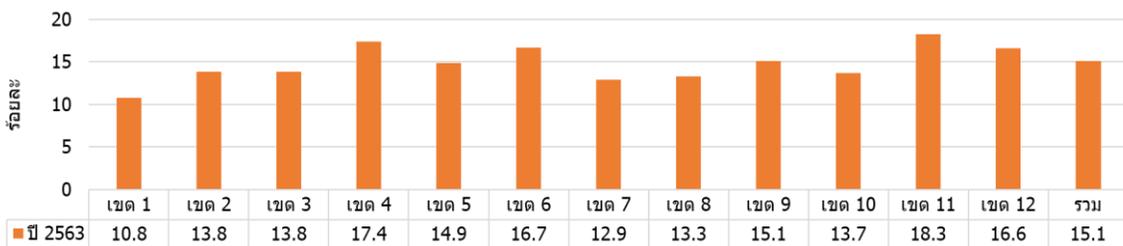
ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๓

สถานการณ์การได้รับยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ ยังไม่ครอบคลุม หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มารับบริการ ซึ่งในระดับประเทศ มีร้อยละความครอบคลุมเท่ากับร้อยละ ๗๗.๙ (เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐) (แผนภูมิที่ ๖) ทำให้พบปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ระดับประเทศ ร้อยละ ๑๕.๑ (ค่าเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๖) แต่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ ๑๑ , ๖ และ ๑๒ มีภาวะโลหิตจางสูงกว่าค่าเป้าหมาย มากถึงร้อยละ ๑๘.๓ , ๑๖.๗ และ ๑๖.๖ ตามลำดับ (แผนภูมิที่ ๗)

แผนภูมิที่ ๖ สถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



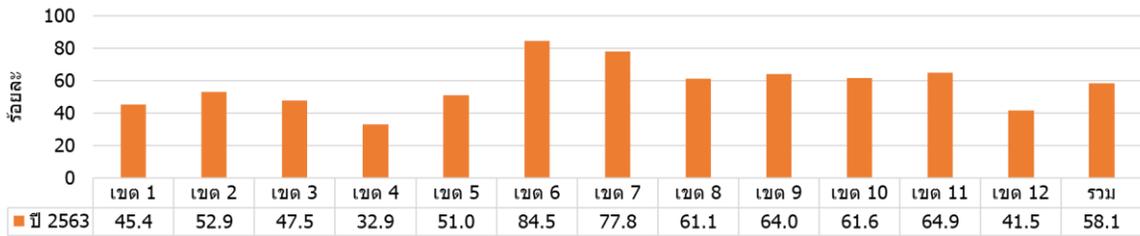
แผนภูมิที่ ๗ ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ แยกรายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

เด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สถานการณ์การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี พบว่าความครอบคลุมเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ระดับประเทศ เท่ากับร้อยละ ๕๘.๑ ซึ่งยังไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๗๐) สอดคล้องกับข้อมูลรายเขตสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่ยังคงไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมาย โดยมีเพียงเขตสุขภาพ ที่ ๖ และ ๗ ที่มีครอบคลุมมากกว่าร้อยละ ๗๐ (ร้อยละ ๘๔.๐ และ ๗๗.๘ ตามลำดับ) (แผนภูมิที่ ๘)

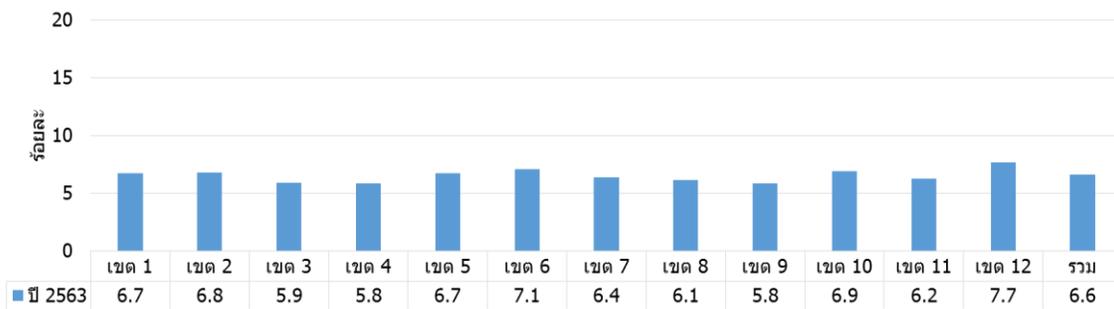
แผนภูมิที่ ๘ ร้อยละของความครอบคลุมเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



ที่มาข้อมูล :จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

สถานการณ์ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ในไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓ ระดับประเทศ เท่ากับร้อยละ ๗ เมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม สูงกว่าค่าเป้าหมายได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๖ และ ๑๒ เท่ากับร้อยละ ๗.๑ และ ๗.๗ ตามลำดับ (แผนภูมิที่ ๙)

แผนภูมิที่ ๙ ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



ที่มาข้อมูล :จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา
๑. กลุ่มเป้าหมาย/ผู้รับบริการ ๑.๑ พ่อแม่ผู้ปกครอง/ครอบครัว ๑) พ่อแม่ผู้ปกครองขาดความตระหนักไม่เห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการ พ่อแม่ มีทักษะและใช้คู่มือ DSPM เพียงร้อยละ ๕๐	๑.สร้างความรอบรู้และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงในกลุ่มครอบครัว - พัฒนาศักยภาพพ่อแม่ ในการอบรมเลี้ยงดูและบทบาทครอบครัวผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ในโรงพยาบาลและชุมชน - เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ DSPM E-book เพื่อให้มีการเข้าถึงเพิ่มขึ้น
๒. ระบบบริการ ๒.๑ หน่วยบริการของรัฐ ๑) ANC คุณภาพ : เพื่อลดการเกิด Birth defect/LBW/BA เป็นต้น ๒) Well Child Clinic และแผนกหลังคลอด ยังไม่มีการสอนและฝึกการใช้คู่มือ DSPM ของพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กแบบ individual มีเพียงการ	๑. พัฒนาการสอนและฝึกการใช้คู่มือ DSPM ของพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กในรูปแบบ Active Learning โดยเฉพาะพยาบาลในแผนกหลังคลอดและ WCC ๒. ควรมีการจัดตั้งคลินิกส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาเด็กในสถานบริการที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและสถานที่ หากยังไม่พร้อมก็ส่งเสริมให้บุคลากรไปเรียนเชี่ยวชาญทั้งแพทย์และพยาบาล และเพิ่มตำแหน่งบุคลากร เช่น นักกิจกรรมบำบัด

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา
<p>แนะนำให้ความรู้เรื่องคู่มือ DSPM ในกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>๓) จากการสำรวจพบ การแจกคู่มือ DSPM ไม่ถึงผู้ปกครองมากที่สุด ดังนี้ เขตสุขภาพที่ ๕ ไม่ได้ร้อยละ ๕๘.๔ เขตสุขภาพที่ ๓ ไม่ได้ร้อยละ ๕๖.๐</p> <p>๔) คลินิกส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาเด็ก</p> <p>ขาดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย ควรมีการจัดตั้งคลินิกส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาเด็กในสถานบริการที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและสถานที่</p> <p>๔) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ควรสนับสนุนส่งเสริม การขับเคลื่อน โดยการสร้างต้นแบบ “สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย” ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ</p> <p>๕) ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น และสถานบริการ ในการส่งเสริมให้เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย ผอม อ้วน</p> <p>๖) การเจาะ Hct และการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ยังไม่ครอบคลุม</p>	<p>นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยาเด็ก นักตรวจการได้ยิน เป็นต้น</p> <p>๓. ควรสนับสนุน ส่งเสริม การขับเคลื่อน โดยการสร้างต้นแบบ “สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย” ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อเป็นต้นแบบให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยภายนอก ทั้งทางด้าน การเจริญเติบโต (Growth) พัฒนาการเด็ก (Development) และสุขภาพช่องปาก (Dental)</p> <p>๔. การติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานใน ANC และ WCC เช่น การกำหนดตัวชี้วัดลดการเกิด Birth defect/LBW/BA เพื่อวัดผลกระบวนการ ANC คุณภาพ ในระดับการทำงานในพื้นที่</p> <p>๕. ยกระดับคุณภาพ WCC โดยการพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีพยาบาลเฉพาะทางพัฒนาการเด็กและยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยอบรมครูผู้ดูแลเด็กโดยใช้หลักสูตรบูรณาการด้านสาธารณสุขและครูปฐมวัย</p> <p>๖. ควรกำหนดให้เป็นวาระการประชุมระดับจังหวัดติดตามกำกับกำกับการยกระดับคุณภาพมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อให้เกิดการบูรณาการการพัฒนาและติดตามประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติร่วมกัน</p> <p>๗. สร้างความร่วมมือกับท้องถิ่นในการใช้งบประมาณสุขภาพตำบล หรืองบประมาณของท้องถิ่น</p> <p>๘. มีการวิเคราะห์สถานการณ์คืนข้อมูลให้กับพื้นที่ เพื่อจัดทำแผนงาน / โครงการ การส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการ</p> <p>๙. จัดอาหารในสถานพัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้โปรแกรม Thai School Lunch หรือปรีกษานักโภชนาการของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อจัดอาหารให้ครบ ๕ กลุ่ม และปริมาณเพียงพอต่อการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๐-๕ ปี</p> <p>๑๐. จังหวัดควรมีการกำหนดนโยบาย และกำกับ ติดตาม การเจาะ Hct และการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๑๑. ดำเนินงานตำบลและจังหวัดมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน ให้ครบตามเกณฑ์</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา
<p>๒.๒ หน่วยบริการเอกชน สถานบริการเอกชน คลินิก ยังไม่มีการใช้คู่มือ DSPM</p>	<p>๑. ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการเอกชน ในการพัฒนาคู่มือ DSPM ให้มีรูปแบบที่เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์ได้ทุกภาคส่วนและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์คู่มือ DSPM E-Book ในหน่วยบริการเอกชน</p>
<p>๓. ระบบบริหารจัดการ ๓.๑ ด้านนโยบาย/การขับเคลื่อน ๑) คณะกรรมการเด็กปฐมวัย ทั้งคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กดยช.) และคณะกรรมการนโยบายพัฒนาเด็กปฐมวัย ยังไม่บูรณาการการดำเนินงานขับเคลื่อนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ๒) การใช้กลไกอนุกรรมการเด็กปฐมวัยในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๔ กระทรวงน้อย ๓) การขับเคลื่อนผ่านราชวิทยาลัยแพทยและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ๔) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ Air-war เพื่อสร้างความตระหนัก ๕) ขาดการบูรณาการใน ๔ กระทรวงหลัก</p>	<p>๑. หน่วยงานส่วนกลาง รายงานผลดำเนินการต่อคณะ กดยช. ระดับชาติ เพื่อขอความช่วยเหลือหน่วยงานอื่น ๒. การขอการสนับสนุนการดำเนินงานผ่านภาคีเครือข่าย เช่น ราชวิทยาลัยแพทย โรงพยาบาลเอกชน ๓. ผู้บริหารทุกระดับ ทุกสังกัด ควรให้ความสำคัญการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการติดตามรายงานผลดำเนินการต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด หรือ MCH board เพื่อขอความช่วยเหลือหน่วยงานอื่น ๕. บูรณาการ ๔ กระทรวง โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่และมาตรการ</p>
<p>๓. ระบบบริหารจัดการ ๓.๒ ด้านระบบข้อมูล ๑) การประมวลผลในระบบของ HDC ยังไม่เป็นปัจจุบันทำให้วิเคราะห์สถานการณ์และการติดตามยังไม่เป็นปัจจุบัน ๒) การบันทึกข้อมูลในระบบรายงานของเจ้าหน้าที่ยังไม่ทันเวลา ซึ่งมีผลต่อเด็กปฐมวัย อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองและพัฒนาการ ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายในบางจังหวัด/อำเภอ ๓) ข้อมูลการเจริญเติบโต ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม และไม่ทันเวลา</p>	<p>๑. หน่วยพัฒนาระบบข้อมูลระดับส่วนกลางร่วมติดตามเยี่ยมการดำเนินงานในพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานด้านข้อมูลในพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ และการรายงานข้อมูลตามระยะเวลา ๒. ประสานท้องถิ่น/อปท. ในการสนับสนุนเครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว / เครื่องวัดส่วนสูง ที่ได้มาตรฐานและเหมาะสม ครอบคลุมทุกชุมชน</p>
<p>๓.๓ ด้านระบบการพัฒนาบุคลากร ๑) ระบบพัฒนาบุคลากรเป็นเพียงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ผ่านการอบรม/สัมมนา ยังไม่มีระบบการติดตาม ๒) การสื่อสารกับผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ไม่มีความ</p>	<p>๑. การสร้างระบบที่เอื้ออำนวยต่อการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา Intervention และระบบการให้คุณค่ากับบุคลากรที่มีความสำคัญมาก ๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการแจกและแนะนำการใช้คู่มือ DSPM โดยเฉพาะพยาบาลหลังคลอด และศักยภาพ การ</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา
มั่นใจในการสื่อสารกับผู้ปกครอง ๓) บุคลากรสาธารณสุขมีการปรับเปลี่ยน/โยกย้าย หน้าที่ และขาดทักษะด้านโภชนาการ	ประเมินค้นหาและติดตามแก้ไขพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้า ๓. จังหวัดมีการสำรวจความต้องการ และจัดทำแผนการพัฒนา ศักยภาพ ตามความต้องการของบุคลากร

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

๑) เขตสุขภาพที่ ๑๐ โครงการ Smart kid มีการวางระบบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ถึงพัฒนาการ ได้รับงบจาก สปสช.

๒) เขตสุขภาพที่ ๙ มีการดำเนินงานกองทุนตำบลในการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ โดยการใช้นม ๙๐ วัน ๙๐ กล้อง และโครงการ “แม่ แสงธรรมบวร” กองทุนนมกันบาตร/สังฆทานนมจัดการแจกเกลือไอโอดีนในครัวเรือน เน้นหญิงตั้งครรภ์

๓) เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการดำเนินงานโครงการใส่บาตรนมจืด และนมกันบาตร สำหรับเด็กในชุมชน และกองทุนนมจืดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับนมเพิ่มไอคิวในเด็กแรกเกิด โดยเจ้าคณะอำเภอทำเรื่องบิณฑบาตนมจืด

๔) ปฏิทินการลงระบบ TEDA๔1 จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและง่ายสำหรับผู้ปฏิบัติงานได้นำไปปฏิบัติ (เขต ๑๐)

๕) การให้บริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า ในช่วงการระบาดโรค COVID-19 โดยใช้ Home Program การให้คำแนะนำ/คำปรึกษา แก่พ่อแม่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก ผ่านทางโซเชียล และแอปพลิเคชันต่างๆ (เขต ๖)

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๒ สำหรับพื้นที่

๑) ติดตามและเน้นการใช้คู่มือ DSPM ต่อเนื่องตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์/แผนกหลังคลอด/คลินิกเด็กดี/ขยายการดำเนินงาน MCHCC ที่อายุ ๑ เดือนไปยัง รพช. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการใช้คู่มือ (เขตสุขภาพที่ ๑)

๒) สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาการเด็กให้กับพ่อแม่/ผู้ปกครอง ส่งเสริม ๙ อย่างเพื่อสร้างลูกผ่านระบบ Facebook และกระตุ้นพ่อแม่ใช้ DSPM (เขตสุขภาพที่ ๒ และเขตสุขภาพที่ ๑๐)

๓) เน้นผู้ปกครองในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการได้ด้วยตนเองโดยดึงครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนอนุบาล เข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นพัฒนาการและเน้นกิจกรรมส่งเสริมทักษะด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กด้านภาษา เพราะสัมพันธ์ในการพัฒนาไอคิวเด็กไทย (เขตสุขภาพที่ ๓)

๔) ควรค้นหา ประเมินคัดกรองเชิงรุก เพิ่มการประเมินคัดกรองหรือค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เช่น เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเพื่อให้ได้บริการที่รวดเร็วทันเวลา (เขตสุขภาพที่ ๕)

๕) พัฒนาการสื่อสารด้านนโยบายและองค์ความรู้ PM จังหวัด/อำเภอ ถ่ายทอดนโยบายและองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับและ Coaching เพื่อการพัฒนาคุณภาพในการประเมินคัดกรอง ติดตามการดำเนินงานและการลงข้อมูลในระบบของเจ้าหน้าที่ให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา (เขตสุขภาพที่ ๕)

๖) ขับเคลื่อนกลไกอนุกรรมการเด็กปฐมวัย คั้นข้อมูลและวางแผนร่วมในการแก้ปัญหาเด็กกับ อปท./พม. ขอสนับสนุนงบประมาณช่วยเหลือแม่และเด็ก (เขตสุขภาพที่ ๘)

๗) เพิ่มคุณภาพ WCC เน้น HL ส่งเสริมพัฒนาการลูกด้วย DSPM รายบุคคล (เขตสุขภาพที่ ๘)

- ๘) ควรพัฒนาระบบข้อมูล การปรับปรุงฐานข้อมูลให้ real time และมีประสิทธิภาพ (เขตสุขภาพที่ ๙)
- ๙) ส่งเสริมการทำกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่อย่างเข้มแข็งให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ (เขตสุขภาพที่ ๑๐)
- ๑๐) เพิ่มความเข้มแข็งในการประเมินพัฒนาการ DSPM (โดยเฉพาะในการประเมินซ้ำ) และเพิ่มการตรวจคัดกรองพัฒนาการในกลุ่มอายุ ๖๐ เดือน (เขตสุขภาพที่ ๑๐)
- ๑๑) บูรณาการงานนิเทศ/กำกับติดตามโดยผู้รับผิดชอบจังหวัด ระหว่างงานส่งเสริมป้องกัน และงานสุขภาพจิตเพื่อให้มีระบบการดูแล การส่งต่อที่เชื่อมโยงกันทำให้เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- ๑๒) สนับสนุนให้จังหวัดทบทวนและพัฒนาระบบการจัดการและส่งต่อข้อมูลรวมทั้งระบบการติดตาม ผังไหล การดำเนินงานกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าให้กับผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ
- ๑๓) ขับเคลื่อนและดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกแห่ง
- ๑๔) สร้างความรอบรู้ด้านการส่งเสริมโภชนาการสำหรับบุคลากรสาธารณสุข หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ ๐-๕ ปี ครูพี่เลี้ยงเด็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- ๑๕) ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่าย/ท้องถิ่น สนับสนุนเครื่องมือชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และลูกตุ้มที่มีมาตรฐานให้กับชุมชนทุกแห่ง

๖.๓ สำหรับส่วนกลาง

- ๑) ปรับ KPI ในการวัดการใช้คู่มือ DSPM ในการเลี้ยงลูกแทนการประเมินโดยบุคลากร
- ๒) จัดทำ OKR แต่ละระดับ
- ๓) พัฒนาหลักสูตร coaching ให้กับบุคลากร เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของพ่อแม่ ผู้ปกครอง
- สำหรับพยาบาลหลังคลอด ในการแจกและนำการใช้คู่มือ DSPM ให้กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง
 - สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกระดับ เพื่อให้ใช้คู่มือ DSPM ตามตัวบ่งชี้ในมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
- ๔) ควรมีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติเพื่อให้ทราบบทบาทหน้าที่และกรอบการทำงานที่ชัดเจนของแต่ละกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
- ๕) ควรมีการบวกรายการถ่ายถอดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในทุกระดับเพื่อให้ถึงผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่
- ๖) ควรสร้างและพัฒนาสื่อ/คู่มือ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างเพียงพอและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
- ๗) ส่งเสริม สนับสนุน กำกับให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
- ๘) การพัฒนาเทคโนโลยีการเลี้ยงดูเด็กไทยในยุค ๔.๐ ตามหลักการ “เด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้” : CPR (Creation Positive Response to society)
- ๙) การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี แก่เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า
- ๑๐) พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลหน่วยพัฒนาระบบข้อมูลระดับกระทรวงร่วมติดตามเยี่ยมการดำเนินงานในพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานด้านข้อมูลในพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ การรายงานข้อมูล การปรับปรุงฐานข้อมูลให้ real time และมีประสิทธิภาพ

๑๑) พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในระบบส่งต่อของเขตสุขภาพ

๑๒) ระบบข้อมูลโภชนาการเด็กควรใช้ฐานข้อมูลเป้าหมายประชากรจากแหล่งเดียวกัน ในปัจจุบันเป้าหมายเด็ก ๐-๕ ปีสูงตีสมส่วน ไม่ตรงกับเป้าหมายเด็กอ้วน ผอม และเตี้ย และเป้าหมายเด็ก ๐-๒ ปีสูงตีสมส่วน เมื่อนำมารวมกับเป้าหมายเด็ก ๓-๕ ปีสูงตีสมส่วนไม่เท่ากับเป้าหมายเด็ก ๐-๕ ปีสูงตีสมส่วน จึงทำให้การนำข้อมูลจากระบบรายงานมาใช้ประโยชน์ยังไม่น่าเชื่อถือ

๑๓) การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็ก ๐-๕ ปี ในระบบ HDC ตาม template มีการใช้เป้าหมายเดียวกันกับการได้รับวัคซีน กรณีรับวัคซีนชนิดอื่นที่นอกเหนือวัคซีนสำหรับเด็กปฐมวัย ทำให้มีการนับเป้าหมายเพิ่มขึ้น

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
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 ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองร้อยละ ๘๓.๐ โดยพบว่าในภาพรวมประเทศ ร้อยละ ๙๖.๙ (เขต ๑-๑๒ = ๙๒.๔-๙๗.๖) ยังสามารถมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ ๒.๕ (เขต ๑-๑๒ = ๑.๗-๔.๖) มีภาวะติดบ้าน และ ร้อยละ ๐.๖ (เขต ๑-๑๒ = ๐.๔-๐.๘) มีภาวะติดเตียง

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดหลักสำหรับประเด็นสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข

๑) ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓) พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุได้รับการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จำนวน ๓๑๖,๒๔๘ ราย มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง ๕ ข้อ จำนวน ๑๐๙,๑๙๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๕

๒) ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓) เท่ากับร้อยละ ๙๑.๖

ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ (ณ ไตรมาสที่ ๔)

ศูนย์อนามัย	ผลการดำเนินงาน		
	จำนวนตำบลทั้งหมด	จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ
ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	๗๖๙	๖๙๒	๙๐.๐
ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก	๔๒๖	๓๘๒	๘๙.๗
ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	๔๒๐	๔๑๓	๙๘.๓
ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	๗๑๓	๖๙๖	๙๗.๖

ศูนย์อนามัย	ผลการดำเนินงาน		
	จำนวนตำบลทั้งหมด	จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี	๖๓๕	๕๗๑	๘๙.๙
ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	๕๓๑	๔๗๙	๙๐.๒
ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	๖๖๐	๖๒๙	๙๓.๓
ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี	๖๖๔	๕๘๘	๘๘.๓
ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	๗๖๑	๗๒๐	๙๔.๖
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	๖๑๓	๖๐๘	๙๙.๑
ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	๕๑๘	๔๘๒	๙๓.๑
ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา	๕๖๕	๓๘๘	๖๘.๗
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง	-	-	-
รวม	๗,๒๕๕	๖,๖๔๙	๙๑.๖

ที่มา : ระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓

หมายเหตุ : ตัวเลขของจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดทุกสิทธิ์ มีการเพิ่มขึ้น/ลดลง เนื่องจาก

- ๑) ผู้สูงอายุเปลี่ยนกลุ่ม/ย้ายพื้นที่/เสียชีวิต
- ๒) การลงข้อมูลในระบบรายงานไม่ต่อเนื่อง

๓) ระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) มีปัญหาเรื่องพื้นที่ที่มีจำนวนจำกัดบนเครื่อง Server ไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น จากเดิมมีเฉพาะสิทธิ UC ในปี ๒๕๖๓ เพิ่มกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ์

๔) ระบบข้อมูลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เชื่อมกับ สปสช. มีผลต่อระบบรายงานข้อมูล เนื่องจาก สปสช. ในบางเขตยังคงโอนข้อมูลลง CUP ไม่ลงหน่วยบริการทำให้ส่งผลการแสดงผลลัพธ์ของข้อมูลการทำ Care Plan ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุ (อยู่ระหว่างการปรับระบบการโอนข้อมูลผู้สูงอายุ ลงหน่วยบริการ)

ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๐ (ณ ไตรมาส ๔)

ศูนย์อนามัย/หน่วยงาน	ค่าเป้าหมาย (รายหน่วย)	ผลการดำเนินงาน		
		จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการประเมิน (คน)	จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง ๕ ข้อ (คน)	ร้อยละ
ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	ร้อยละ ๖๐	๑๔,๒๙๕	๓,๑๖๐	๒๒.๑๑
ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก	ร้อยละ ๖๐	๕๘,๑๑๖	๑๙,๓๐๒	๓๓.๒๑
ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	ร้อยละ ๖๐	๑๑,๐๕๔	๓,๓๓๓	๓๐.๑๕
ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	ร้อยละ ๖๐	๑๑,๕๒๐	๓,๒๘๓	๒๘.๕๐
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี	ร้อยละ ๖๐	๖๔,๘๐๒	๓๔,๑๗๖	๕๒.๗๔
ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	ร้อยละ ๖๐	๓๕,๔๒๐	๗,๑๒๙	๒๐.๑๓
ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	ร้อยละ ๖๐	๑,๒๒๖	๗๔๐	๖๐.๓๖
ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี	ร้อยละ ๖๐	๑๒,๖๗๑	๔,๘๓๔	๓๘.๑๕

ศูนย์อนามัย/หน่วยงาน	ค่าเป้าหมาย (รายหน่วย)	ผลการดำเนินงาน		
		จำนวนผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการประเมิน (คน)	จำนวนผู้สูงอายุที่มี พฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ทั้ง ๕ ข้อ (คน)	ร้อยละ
ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	ร้อยละ ๖๐	๒๖,๗๖๔	๕,๔๕๔	๒๐.๓๘
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	ร้อยละ ๖๐	๑๒,๑๔๔	๒,๘๖๘	๒๓.๖๒
ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	ร้อยละ ๖๐	๔๙,๔๘๔	๑๙,๕๐๗	๓๙.๔๒
ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา	ร้อยละ ๖๐	๑๘,๗๒๘	๕,๔๐๕	๒๘.๘๖
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง	ร้อยละ ๖๐	๒๔	๓	๑๒.๕๐
รวม	ร้อยละ ๖๐	๓๑๖,๒๔๘	๑๐๙,๑๙๔	๓๔.๕๓

ที่มา : Application Health for You (H๔U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน เมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อจึงได้เลือกประเด็นของกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบบ่อยมาใช้ในการขับเคลื่อนให้เกิดรูปธรรม เพื่อเป็นต้นแบบให้กับกลุ่มอาการอื่นๆ ต่อไปในอนาคต ตั้งแต่กระบวนการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู ประคับประคอง จนถึงการดูแลระยะสุดท้าย คือภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม โดยเริ่มต้นจากการคัดกรองความเสี่ยงของทั้ง ๒ ภาวะดังกล่าว พบว่ามีความผิดปกติร้อยละ ๑.๔ และ ๔.๗ ตามลำดับ ซึ่งต้องมีการส่งต่อไปประเมิน วินิจฉัย แก้ไข ความเสี่ยง และดูแลรักษา ต่อไปในหน่วยบริการระดับต่างๆ ตามความเหมาะสม

	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง (จำนวน/ร้อยละ ของผู้สูงอายุทั้งหมด)	มีภาวะเสี่ยง (จำนวน/ร้อยละ ของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง)
ภาวะสมองเสื่อม	๖,๙๕๕,๓๖๖ / ๗๘.๕%	๙๙,๑๘๓ / ๑.๔%
พลัดตกหกล้ม	๖,๙๗๒,๙๔๓ / ๗๙.๐%	๓๒๖,๑๑๒ / ๔.๗%

ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ด้านระบบบริการ		
ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีน้อยโดยด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ การมีกิจกรรมทางกาย	<ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่วิเคราะห์ปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละพื้นที่ โดยศูนย์อนามัยประจำเขตทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง - ประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่ได้จากหน่วยงานด้านวิชาการส่วนกลาง (กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) ไปใช้แก้ปัญหาตามบริบทพื้นที่ - ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบการจัดเก็บข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่ พึ่งประสงค์ผ่าน application H๔U ของกระทรวงสาธารณสุข - คู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัด ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ประจำปี ๒๕๖๓

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	<p>เพื่อแก้ปัญหาจากปัจจัยรอบด้านร่วมกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - เน้นการส่งเสริมและป้องกัน สร้าง Health Literacy กลุ่ม pre-ageing โดยเฉพาะวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ยัง active ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยสนับสนุนให้มีการจัดทำแผน Individual Wellness Plan และ การทำกิจกรรม ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ - อบรมความรู้ทักษะ และ พัฒนาสื่อด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้กับผู้สูงอายุ และ Care Giver 	 
<p>การคัดกรองบางเรื่อง เช่น ภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น มีอัตราการครอบคลุมสูง แต่ค้นหาภาวะเสี่ยงได้น้อย อาจไม่คุ้มกับเวลาและทรัพยากรที่ลงไป</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง (กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต) ปรับปรุงการใช้เครื่องมือในการคัดกรอง เพื่อให้สามารถตรวจพบกลุ่ม mild cognitive impairment ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความคุ้มค่าในการให้การดูแลรักษาเพื่อไม่ให้เปลี่ยนไปเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม 	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับมาตรฐานการคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุขใหม่จาก Abbreviated Mental Test (AMT) เป็น Mini-Cog
<p>เมื่อคัดกรองพบความผิดปกติแล้ว ยังขาดแนวทางการส่งต่อและรูปแบบระบบการดูแลรักษาที่ชัดเจน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง (กรมการแพทย์ สนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต และ กรมอนามัย) จัดประชุมหารือการจัดทำรูปแบบและระบบการส่งต่อ และ การจัดการบริการด้านสูงอายุในหน่วยบริการในระดับต่างๆ ภายใต้การมีส่วนร่วมจากพื้นที่ผู้ปฏิบัติงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประชุมร่วมกันระหว่างกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องและผู้แทนผู้ปฏิบัติงานจากพื้นที่เรื่องระบบการคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยแบ่งเป็นการคัดกรองระดับชุมชน (step ๑) และการประเมิน วินิจฉัยในระดับรพ. (step ๒) ได้ข้อตกลงร่วมกันแล้ว และ จัดทำเนื้อหาคู่มือมาตรฐานและ สื่อ ของกรมต่างๆ ให้ตรงกับมาตรฐานใหม่ที่จะใช้ร่วมกันแล้วเสร็จ และอยู่ระหว่างการปรับปรุง App ให้สอดคล้องกับ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
		<p>มาตรฐานใหม่</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการกำหนดพื้นที่นำร่องที่ทุกกรมจะร่วมกันลงไปทำต้นแบบระบบบริการผู้สูงอายุไว้ร้อยละ ๗ จังหวัดคือ เพชรบูรณ์ นครราชสีมา สระบุรี ลพบุรี ชลบุรี ระยอง ตรัง และได้เริ่มดำเนินโครงการไปบางส่วนแล้ว
<p>โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ไม่มี คลินิกผู้สูงอายุ/บุคลากรเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ ในการรับส่งต่อ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กรมการแพทย์ปรับปรุงแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ ที่มีความหลากหลาย ให้พื้นที่สามารถเลือกนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่และระดับของหน่วยบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมการแพทย์ปรับปรุงแบบคลินิกผู้สูงอายุเป็น ๓ รูปแบบ <ol style="list-style-type: none"> ๑. แบบ one stop clinic ๒. แบบ on top ใน NCD clinic เดิม ๓. แบบผสมผสาน - จัดทำเนื้อหาคู่มือแล้วเสร็จ และได้จัด workshop ให้กับพื้นที่ไปบางส่วนแล้ว เช่น เขต ๘ และเขต ๑๑ ในช่วงปลายปีงบประมาณ ๒๕๖๓
<p>การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผล ต่อการปฏิบัติงานของ Care Manager และ Care Giver ของโครงการ Long Term Care ในการลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทำความเข้าใจและให้ความรู้ และจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันเช่น หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า และแอลกอฮอล์เจล แก่ Care Manager และ Care Giver ในการป้องกันการแพร่และติดเชื้อ COVID-19 จากการลงเยี่ยมผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำมาตรการแนวทางการปฏิบัติงานของ Care Manager, Care Giver ในการดูแลผู้สูงอายุในช่วงการระบาดโรค COVID-19 - จัดทำมาตรการแนวทางการปฏิบัติงานในการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ของ Care Manager, Care Giver ผ่านช่องทาง line group , เยี่ยมทางโทรศัพท์ผ่านญาติ ,VDO. Conference ผ่านระบบโทรศัพท์ระหว่างญาติผู้ดูแล กับ Care Manager, Care Giver ซึ่งเป็นมาตรการความร่วมมือกันระหว่างกรมอนามัย /สปสช. /อปท.
<p>วิเคราะห์คุณภาพของ Care Plan พบว่ามีกิจกรรมในการดูแลคล้ายๆกัน เช่น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กรมอนามัยพัฒนาโปรแกรม ๓C โดยเพิ่มกิจกรรมการดูแลให้มากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - มีเพิ่มระบบการดูแลด้านทันตสุขภาพใน Care Plan - เพิ่มระบบการประเมินผลกระทบ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>การให้คำแนะนำเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด ไม่ค่อยมีความเฉพาะเจาะจงตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>เนื่องมาจากภาระงานของ Care Manager มีมาก รวมทั้งโปรแกรม ๓C ยังมีกิจกรรมการดูแลให้เล็กลงยังไม่ครอบคลุม</p>		<p>ด้าน PM ๒.๕ และความพร้อมในระบบ Care Plan</p>
ด้านบุคลากร		
<p>Care Manager ไม่เพียงพอในบางพื้นที่ มีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน มีการโยกย้าย/ลาออก/เกษียณ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมภายใน CUP/โซน เพื่อปฏิบัติงานแทนกันได้ - สร้างระบบพี่เลี้ยงสอนงานและช่วยเหลือกัน - จัดให้มีช่องทางสื่อสารระหว่างเครือข่าย Care Manager เช่น Group Line - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนางานร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับแนวทางการจัดอบรมจากเดิมให้ศูนย์อนามัยเป็นหน่วยจัดอบรม Care Manager ปัจจุบันเปิดโอกาสให้หน่วยงานระดับ สสจ. สามารถจัดงบประมาณในการจัดอบรมได้เอง โดยขออนุญาตใช้หลักสูตรอบรม Care Manager ได้ที่ศูนย์อนามัยเขตของแต่ละพื้นที่ได้เลย
<p>Care Giver ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในพื้นที่สมัครใหม่ในปี ๒๕๖๓</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคมนาคมยากลำบากไม่สามารถเดินทางมาอบรมได้ - การคมนาคมยากลำบากไม่สามารถเดินทางไปดูแลผู้สูงอายุต่างหมู่บ้านได้ - ลาออกไปประกอบอาชีพส่วนตัว 	<ul style="list-style-type: none"> - การปรับหลักสูตรการอบรมบางส่วนให้เป็น online - สรรหาผู้ที่มีจิตอาสา/ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเข้ามาอบรม - สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จัดเวทีนำเสนอผลงานและมอบรางวัลยกย่องเชิดชูเกียรติ - เร่งการพัฒนาระบบอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการออกประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจ (๒๓ พ.ย. ๒๕๖๑) และ กฎกระทรวงมหาดไทย (๗ มิ.ย. ๒๕๖๒) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจ่ายค่าตอบแทนและสนับสนุนการฝึกอบรมอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นได้ - ขณะนี้กระทรวงมหาดไทย ได้รับอนุมัติงบฯ เงินกู้ฯ เพื่อนำมาใช้เป็นค่าตอบแทนแก่อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นจำนวน ๑๕,๐๐๐ คน สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๔ แล้ว - คณะทำงานภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้จัดทำคู่มือการบริหารจัดการอาสาสมัครบริหาร

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>อสม. และ Care Giver ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดทำคู่มือ และ สื่อการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (step ๑) - กรมการแพทย์ จัดทำคู่มือ และ สื่อการประเมินและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (step ๒) - ส่วนกลาง และ พื้นที่จัดอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 	<p>ท้องถิ่นแล้วเสร็จ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ กรมการแพทย์ จัดทำคู่มือ อสม. และ สื่อ โดยมีการกำหนดรายละเอียดว่าใช้เครื่องมืออะไรอย่างไร โดยใคร ในสถานบริการระดับไหน ร่วมกัน เป็นมาตรฐานต่อเนื่องกัน แล้วเสร็จ
<p>ขาดแพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุที่จะวินิจฉัย รักษา Geriatric Syndromes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เขตสุขภาพควรกำหนดโรงพยาบาลเป้าหมายที่จะเปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุให้ชัดเจน (โรงพยาบาลตั้งแต่ ๑๒๐ เตียงขึ้นไปควรมีทุกแห่ง) และโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุอย่างน้อยควรส่งแพทย์เข้าอบรมระยะสั้น ในระยะยาวเขตสุขภาพควรมีแผนในการกำหนดตำแหน่งแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และ แผนการพัฒนาบุคลากรด้านนี้ให้ชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการบรรจุเรื่องการดูแลรักษาผู้สูงอายุไว้ในหลักสูตรแพทย์ระดับต่างๆ เช่น นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว - กรมการแพทย์มีการจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้น (๓ สัปดาห์) สำหรับแพทย์ทั่วไป - ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยอยู่ระหว่างพัฒนาหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาการดูแลผู้สูงอายุ
<p>ขาดนักกิจกรรมบำบัด ทำให้เมื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายแล้วขาดการฝึกให้ผู้ป่วยสูงอายุกลับไปทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เขตสุขภาพควรกำหนดโรงพยาบาลที่จะเป็น node ด้าน Intermediate Care ให้ชัดเจน และโรงพยาบาลที่เป็น node อย่างน้อยควรส่งนักกายภาพบำบัดอบรมระยะสั้นด้านกิจกรรมบำบัดในระยะยาวเขตสุขภาพควรมีแผนในการกำหนดตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัด และ แผนการพัฒนาบุคลากรด้านนี้ให้ชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมการแพทย์โดยสถาบัน สิรินคร เพื่อการฟื้นฟู อยู่ระหว่างการจัดทำหลักสูตร ป.ตรี นักกิจกรรมบำบัดกับสถาบันอุดมศึกษา

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ด้านระบบข้อมูล		
การลงข้อมูลในแต่ละโปรแกรมมากเกินไปและซ้ำซ้อนกัน ทำให้เป็นภาระงานของบุคลากร	<ul style="list-style-type: none"> - ส่วนกลางสำรวจโปรแกรมในการลงข้อมูลด้านสูงอายุของทุกกรมที่เกี่ยวข้อง - จัดทำแนวทางบูรณาการฐานข้อมูล - พิจารณาทบทวนตัวชี้วัดต่างๆ ร่วมกัน และ ปรับลดเหลือเท่าที่จำเป็น 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้มีการประชุมหารือกรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับ กยพ.สป. และ กบรส. ได้ข้อสรุปแนวทางการบูรณาการเชื่อมโยงฐานข้อมูลแล้ว อยู่ระหว่างการพิจารณาทางด้านเทคนิค (จะปรับการคัดกรอง step ๑ ที่อยู่ใน app ของกรมต่างๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน แล้วเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกันผ่านโปรแกรม ageing health data และนำมารวมกับข้อมูล step ๒ ของโปรแกรม ageing health data และส่งเข้าฐานข้อมูล HIS ของแต่ละโรงพยาบาลก่อน export ไปตามระบบเข้า HDC/National health platform ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ด้านระบบการเงิน		
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางแห่ง ไม่มีความมั่นใจในการโอนบงให้หน่วยรับบที่เป็นศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้มีความยากในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	<ul style="list-style-type: none"> - กรมอนามัยร่วมกับ สปสช. และ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (กระทรวงมหาดไทย) ในการชี้แจงทำความเข้าใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมอนามัย สปสช. และ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (กระทรวงมหาดไทย) ได้มีการชี้แจงทำความเข้าใจพื้นที่เป็นระยะ มาตลอดตั้งแต่ปี ๒๕๕๙
ด้านเครื่องมือ		
เครื่องมือการคัดแยกผู้มีภาวะเสี่ยง (MMSE) มีความซับซ้อน	<ul style="list-style-type: none"> - กรมการแพทย์จัดทำคู่มือ สื่อ ทั้งแบบ off line และ online และการอบรมการใช้เครื่องมือ รวมทั้ง MMSE ให้กับพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมการแพทย์ได้จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในการทบทวนการใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วย พบว่ายังไม่มียุติเครื่องมือใดที่เป็นที่ยอมรับที่จะนำมาทดแทน MMSE ได้ในขณะนี้
การคัดกรองสมองเสื่อม และ หกล้มยังมีการใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน	<ul style="list-style-type: none"> - กรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง (กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค) จัดทำมาตรฐานการใช้เครื่องมือและ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประชุมร่วมกันระหว่างกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องและผู้แทนผู้ปฏิบัติงานจากพื้นที่เรื่องระบบ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	<p>นำมาเผยแพร่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์วิชาการทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการนำมาประยุกต์ใช้ และออกแบบ Flow ที่เหมาะสมในการดำเนินงานของพื้นที่ - ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดสื่อสารการใช้เครื่องมือและ Flow การทำงานที่ชัดเจนให้พื้นที่ 	<p>การคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และจัดทำเป็นคู่มือมาตรฐานใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขเสร็จสิ้นแล้ว</p>
ด้านเครือข่าย		
<p>การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกันของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ ตามแนวทางพระราชรัฐ และคณะกรรมการพขอ. ยังไม่ครอบคลุมและเป็นรูปธรรมชัดเจน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการกิจกรรมศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (สร.) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (พม.) ศูนย์อยู่ดี (มท.) ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ เข้าด้วยกัน - จัดหาสถานที่โดยอาจใช้ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (พม.) ที่มีอยู่แล้ว หรือสถานที่ของวัด และ โรงเรียน - มอบหมายให้ อปท. ดูแลโดยได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และองค์ความรู้จากหน่วยงานของกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง - นำหลักการธนาคารเวลา/ธนาคารความดี โดยให้จิตอาสาสามารถร่วมทำงานใน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวง พม. ได้มีการจัดตั้งคณะทำงานรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืนขึ้นเพื่อพิจารณามาตรการสำคัญที่จะเสนอกรม. เพื่อขับเคลื่อนผ่านกระทรวงต่างๆ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอเรื่องการบูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลเพื่อทำหน้าที่เป็น Operation unit ในการบูรณาการกิจกรรมและทรัพยากร ขณะนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติแล้ว อยู่ระหว่างการทำประชาพิจารณ์ก่อนเสนอให้ กรม. เห็นชอบหลักการ

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- ๑.๑ จังหวัดลำพูนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia Care System For Older Person) ประกอบด้วย ๓ ระบบย่อย คือ
 - ระบบคัดกรอง/ คัดแยก
 - ระบบวินิจฉัย (คัดกลุ่ม) และบำบัดรักษา
 - ระบบการดูแลต่อเนื่องทั้ง ๓ กลุ่ม (ปกติ/การรูดิบบพรองเล็กน้อย (MCI) /สมองเสื่อม
- ๑.๒ Care Giver ๔.๐ รพ.สต. หนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
- ๑.๓ การใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์ Geographic Information System (GIS) เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

- ๑.๔ เครื่องเตือนการดูแลผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์วิทยาลัยเทคโนโลยีอุตรดิตถ์ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์
- ๑.๕ ศูนย์ดูแลสมองเสื่อมครบวงจร ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี
- ๑.๖ ชมรมผู้สูงอายุตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย ชนะเลิศระดับประเทศ ประจำปี ๒๕๖๓
- ๑.๗ Smart Care การประยุกต์ใช้ริบบิ้นอัจฉริยะ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาหนองทุ่ม อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
- ๑.๘ พิกัดชีวิต พิกัดฉุกเฉิน Application EMS สำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
- ๑.๙ ระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบครบวงจร อำเภอบ้านฝางโมเดล จังหวัดขอนแก่น
- ๑.๑๐ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จอหอโมเดล (ต้นแบบการดูแลระดับปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๑๒ จอหอ) จังหวัดนครราชสีมา
- ๑.๑๑ นวัตกรรมโรงเรียนสามวัย สายใยผูกพัน รพ.สต. บ้านจารย์ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. เน้นการส่งเสริมและป้องกัน สร้าง Health Literacy กลุ่ม pre-ageing โดยเฉพาะวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ยัง active ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดย สนับสนุนให้มีการจัดทำแผน Individual Wellness Plan ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ และ ควบคุมโรค NCD โดยบูรณาการงานกับสถานประกอบการ/ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ และ ส่งเสริมการใช้ application HeU
๒. ควรดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และภาวะพลัดตกหกล้ม อย่างต่อเนื่อง มีการวิเคราะห์แยก กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย วางแผนป้องกัน ดูแลรักษาให้ครบวงจร บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยเริ่มจากพื้นที่นำร่อง และขยายให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด
๓. มีการวางแผนระบบบริการร่วมกันในระดับเขต เชื่อมโยงลงสู่ระดับจังหวัด ในด้านการกำหนดบริการคลินิกผู้สูงอายุ การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) การดูแลระยะยาว (Long Term Care) กำหนดหน่วยบริการที่เป็นเป้าหมายให้ชัดเจนตามบริบทของพื้นที่ เพื่อวางแผนพัฒนาศักยภาพ ระบบส่งต่อ และพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับแผนที่วางไว้
๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในระยะแรกเน้นการส่งเสริมการอบรมระยะสั้น
๕. เยี่ยมเสริมพลัง /ติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง
๖. สนับสนุนการใช้ โปรแกรม Long Term Care (๓C) Care Manager, Care Giver, Care Plan ในระดับพื้นที่ในการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม
๗. สร้างความเข้มแข็งเครือข่าย Care Manager สร้างความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมภายใน CUP/โซน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ สร้างระบบพี่เลี้ยงสอนงานและช่วยเหลือกัน มีช่องทางสื่อสารภายในเครือข่าย จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนางานร่วมกัน
๘. ทำความเข้าใจและให้ความรู้ และจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าและแอลกอฮอล์เจล ให้กับ Care Manager และ Care Giver ในการป้องกันการแพร่และติดเชื้อ COVID-19 จากการลงเยี่ยมผู้สูงอายุ

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. พัฒนาเครื่องมือ (นวัตกรรม) แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน “Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan” เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถจัดการสุขภาพตนเอง โดยมีครอบครัว ชุมชน และสังคมมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามบริบทพื้นที่ (กรมอนามัย)
๒. ประชาสัมพันธ์การใช้งาน Application H&U และ ทำความเข้าใจคู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กับพื้นที่ (กรมอนามัย)
๓. ประกาศมาตรฐานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข ปรับปรุงคู่มือและ application ในการคัดกรอง เชื่อมข้อมูลกับ HDC และสื่อสารทำความเข้าใจกับพื้นที่ (กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต)
๔. ทำความเข้าใจ ถ่ายทอด สนับสนุน การนำรูปแบบบริการไร้รอยต่อที่ครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน การคัดกรองสุขภาพ การจัดระบบบริการผู้ป่วยนอก การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) การดูแลระยะยาว (Long Term Care) การดูแลระยะสุดท้าย สำหรับผู้สูงอายุ ลงปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง ถอดบทเรียน และขยายผล ภายใต้การบูรณาการร่วมกันทุกกรมในพื้นที่เดียวกัน (ทุกกรม)
๕. การปรับหลักสูตรการอบรมบางส่วนให้เป็น online (ทุกกรม)
๖. เร่งการพัฒนาระบบอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (กรมอนามัย กรมการแพทย์)
๗. พิจารณาทบทวนตัวชี้วัดต่างๆ ร่วมกัน และ ปรับลดเหลือเท่าที่จำเป็น (ทุกกรม)
๘. บูรณาการระบบข้อมูล (ทุกกรม กยผ.สป. ศูนย์เทคโนโลยีฯ สป.)
๙. ผลักดันนโยบายการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างกระทรวง เช่น การบูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อทำหน้าที่เป็น Operation unit ในการบูรณาการกิจกรรมและทรัพยากร (ทุกกรม)
๑๐. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ Care Manager ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และผู้มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มเบื้องต้นในชุมชน (กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค)
๑๑. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ เพิ่มศักยภาพแก่แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรอง ดูแล และรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (กรมการแพทย์)
๑๒. พัฒนาเทคโนโลยีที่ตอบสนองให้ผู้สูงอายุ สามารถคัดกรองและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างง่าย ๆ (ทุกกรม)
๑๓. พัฒนาโปรแกรม ๓C โดยเพิ่มกิจกรรมการดูแลให้มากขึ้น (กรมอนามัย)
๑๔. ควรหาหรือแนวทางปรับลดเอกสารการจ่ายค่าจ้างเหมา CG ให้สะดวกต่อการปฏิบัติไม่เป็นภาระ เช่นเดียวกับการจ่ายค่าตอบแทน อสม. (กรมอนามัย)
๑๕. จัดสรรงบประมาณผลิต Care Manager และ Care Giver เพิ่มเติม (กรมอนามัย)
๑๖. เร่งการพัฒนาระบบอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (กรมการแพทย์ กรมอนามัย)

๗. สรุปปัญหาสำคัญของแต่ละเขต และ แนวทางแก้ไข

๗.๑ ปัญหาพร้อมทุกเขตและแนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง ๕ ด้าน ต่ำกว่าเกณฑ์ (ยกเว้นเขต ๗) โดยด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ การมีกิจกรรมทางกาย	<ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่วิเคราะห์ปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละพื้นที่ โดยศูนย์อนามัยประจำเขตทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง - ประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่ได้จากหน่วยงานด้านวิชาการส่วนกลาง (กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) ไปใช้แก้ปัญหาตามบริบทพื้นที่ - ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุขเพื่อแก้ปัญหาจากปัจจัยรอบด้านร่วมกัน - เน้นการส่งเสริมและป้องกัน สร้าง Health Literacy กลุ่ม pre-ageing โดยเฉพาะวัยทำงาน และ กลุ่มผู้สูงอายุที่ยัง active ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดย สนับสนุนให้มีการจัดทำแผน Individual Wellness Plan และการทำกิจกรรม ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ - อบรมความรู้ ทักษะ และพัฒนาสื่อด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้กับผู้สูงอายุ และ Care Giver
ระบบฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีหลายโปรแกรม ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล	- ขณะนี้คณะกรรมการพัฒนาระบบนโยบายและขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขได้ตกลงแนวทางระบบฐานข้อมูลร่วมกันแล้วคาดว่าจะสามารถบูรณาการเชื่อมฐานข้อมูลกันได้พร้อมใช้งานในปีงบประมาณ ๖๔ และจะชี้แจงและจัดอบรมการใช้ฐานข้อมูลให้แต่ละจังหวัดทราบต่อไป

๗.๒ ปัญหาเฉพาะเขตและแนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
เขต ๑	
มีการคัดกรองภาวะ สมองเสื่อมและภาวะพลัดตกหกล้มแต่ยังขาด การวิเคราะห์ สังเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางในการป้องกันและดูแลภาวะสมองเสื่อมและภาวะพลัดตกหกล้ม	- ขณะนี้กรมการแพทย์ ได้ทำการออกคู่มือแนวทางการจัดระบบบริการแล้วซึ่งจะนำมาถ่ายทอดให้พื้นที่นำไปดำเนินการได้ และ กำลังถอดบทเรียนจากพื้นที่นำร่องในเขตต่างๆ เมื่อแล้วเสร็จภายในปีงบประมาณ ๖๓ จะสามารถนำมาทำ KM ให้กับพื้นที่ได้

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
เขต ๒	
Care Giver ไม่เพียงพอ	<ol style="list-style-type: none"> สรรหาผู้ที่มีจิตอาสา / ผู้ที่ดูแล ผู้สูงอายุในครอบครัวเข้ามาอบรม นำอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นซึ่งจะเริ่มดำเนินการในปลายปีงบประมาณ ๖๓ เข้ามาเสริมการให้บริการ
Care Manager ไม่เพียงพอ	<ol style="list-style-type: none"> สร้างความร่วมมือและการ ทำงานเป็นทีมภายใน CUP/โซน เพื่อปฏิบัติงานแทนกันได้ สร้างระบบพี่เลี้ยงสอนงานและ ช่วยเหลือกัน
เขต ๓	
ปัญหาทางสุขภาพจิตโดยพบว่ามีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายแนวโน้มเพิ่มขึ้น	<ol style="list-style-type: none"> คัดกรองภาวะซึมเศร้า (อยู่ในระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุอยู่แล้ว) ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓ พัฒนาศักยภาพแกนนำ สร้างสุข ๕ มิติ
เขต ๔	
การคัดกรองสมองเสื่อม และ พลัดตกหกล้ม ให้ อสม.หรือ Care Giver เป็นผู้คัดกรอง ซึ่งยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้เครื่องมือ และแต่ละกรมยังมีการใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน	- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ กรมการแพทย์ ได้จัดทำคู่มือ อสม. และ สื่อ โดยมีการกำหนดรายละเอียดว่าใช้เครื่องมืออะไร อย่างไร โดยใคร ในสถานบริการระดับไหน ร่วมกัน เป็นมาตรฐานต่อเนื่องกัน
วิเคราะห์คุณภาพของ Care Plan จะพบว่า Care Plan จะมีกิจกรรมในการดูแลคล้ายๆกันไม่ค่อยมีความเฉพาะเจาะจงตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องมาจากภาระงานของ Care Manager มีมาก รวมทั้งโปรแกรม ๓C ยังมีกิจกรรมการดูแลยังไม่ครอบคลุม	- กรมอนามัยพัฒนาโปรแกรม ๓C โดยเพิ่มกิจกรรมการดูแลให้มากขึ้น
เขต ๕	
การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกันของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ ตามแนวทางประชารัฐ และ คกก.พขอ. ยังไม่ครอบคลุม/รูปธรรมไม่ชัดเจน	สร้างการมีส่วนร่วม อปท. ภาคีเครือข่าย เชื่อมประสานงานทุกภาคส่วนครอบคลุมทุกมิติ (สุขภาพ สังคม สวัสดิการ)
เขต ๖	
ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) และการจัดทำ Care Plan ยังไม่ผ่านเกณฑ์ฯ ๘๔ ตำบลทั้งเขตสุขภาพ ที่ ๖ (จังหวัดชลบุรี ๒๓ ตำบล, ระยอง ๑๓ ตำบล, จันทบุรี ๒๐ ตำบล, ตราด ๖ ตำบล,	<ol style="list-style-type: none"> ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านผู้สูงอายุในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ประชุมเชิงปฏิบัติการการใช้โปรแกรม ๓C กรมอนามัย

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
ฉะเชิงเทรา ๙ ตำบล, สมุทรปราการ ๕ ตำบล และปราจีนบุรี ๘ ตำบล) เนื่องจากบางตำบลยังไม่มี การดำเนินงาน และบางตำบลอยู่ในขั้นประเมินตำบล LTC ใหม่	๓. ติดตาม/เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานผู้สูงอายุ
ช่วงสถานการณ์ COVID-19 มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เสี่ยงต่อการมีปัญห สุขภาพจิตมากขึ้น	๑. คัดกรองซึมเศร้า และความกังวลต่อไวรัส COVID-19 โดย อสม. และ CG เพื่อดูแล สุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ๒. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุ ๓. สนับสนุนสื่อความรู้จัดกิจกรรมเพื่อดูแล สุขภาพจิตผู้สูงอายุให้ลดความเครียดและความวิตกกังวลช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ๔. สนับสนุนสื่อความรู้จัดกิจกรรมวัคซีนใจในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของสมาชิกชุมชนในการดูแลจิตใจผู้สูงอายุช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)
เขต ๗	
ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ไม่มีโปรแกรมเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ทำให้เป็นการยุ่งยาก และใช้เวลาในการลงข้อมูล	- นำ program H&U ของกรมอนามัยไปใช้
ขาด Care Manager	๑. สร้างความร่วมมือและการ ทำงานเป็นทีมภายใน CUP/โซน เพื่อปฏิบัติงานแทนกันได้ ๒. สร้างระบบพี่เลี้ยงสอนงานและ ช่วยเหลือกัน
เขต ๘	
ขาดแพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุที่จะวินิจฉัย รักษา Geriatric Syndromes จึงเป็นระบบการปรึกษาแพทย์ประจักษ์คลินิกที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุระยะสั้น	การวินิจฉัย รักษา Geriatric Syndromes โดยส่วนใหญ่เป็น case ที่ไม่ซับซ้อน ไม่จำเป็นต้องใช้แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ใช้แพทย์ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุระยะสั้นได้
ขาด Care Manager	๑. สร้างความร่วมมือและการ ทำงานเป็นทีมภายใน CUP/โซน เพื่อปฏิบัติงานแทนกันได้ ๒. สร้างระบบพี่เลี้ยงสอนงาน และช่วยเหลือกัน
ขาดนักกิจกรรมบำบัด	ระยะสั้นส่งนักกายภาพบำบัดไปอบรมด้านกิจกรรมบำบัดได้ ระยะยาวกรมการแพทย์ (สถาบันสิรินธรฯ) กำลังวางแผนกับมหาวิทยาลัยในการผลิตเพิ่ม

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
ผู้ปฏิบัติงานต้องบันทึกผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (JHCIS, Hos.xp ส่งออก ๔๓ เพิ่ม) แต่ไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ใดเต็มที่ (ไม่มีข้อมูลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์)	- ออกแบบการบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกับส่วนกลาง
เขต ๙	
เครื่องมือการคัดแยกผู้มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมมีความซับซ้อน ผู้รับผิดชอบยังขาดทักษะความเข้าใจในการใช้เครื่องมือ	- ขณะที่ทุกกรมได้ทำการตกลงแนวทางคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกันเป็นมาตรฐานเดียวรวมทั้งเครื่องมือการคัดแยกผู้มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมและจัดทำคู่มือแล้วอยู่ระหว่างการปรับปรุง app และสื่อการสอนการใช้เครื่องมือ
เขต ๑๐	
ยังขาดแนวทางการส่งต่อ และการดูแลรักษาผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และเสี่ยงพลัดตกหกล้ม	- ขณะนี้กรมการแพทย์ ได้ทำการออกคู่มือแนวทางการจัดระบบบริการแล้วซึ่งจะนำมาถ่ายทอดให้พื้นที่นำไปดำเนินการได้ และ กำลังถอดบทเรียนจากพื้นที่นำร่องในเขตต่างๆ เมื่อแล้วเสร็จภายในปีงบประมาณ ๖๓ จะสามารถนำมาทำ KM ให้กับพื้นที่ได้
เขต ๑๑	
ขาด Care Manager	๑. สร้างความร่วมมือและการ ทำงานเป็นทีมภายใน CUP/โซน เพื่อปฏิบัติงานแทนกันได้ ๒. สร้างระบบพี่เลี้ยงสอนงานและช่วยเหลือกัน
เขต ๑๒	
แบบคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ มีความละเอียด ต้องใช้เวลา และ บุคลากรมาก	กระทรวงจัดทำแนวทางคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุมาตรฐานใหม่แล้ว ใช้เวลาใน step ที่ ๑ ลดลงมาก พร้อมนำลงสู่การปฏิบัติแล้ว พร้อมกับการจัดทำคู่มือ และสื่อสนับสนุนต่างๆ
ไม่มีการกำหนดประเด็นความรู้ช่องทางวิธีการใช้สื่อในการสื่อสารและแหล่งข้อมูลที่ประชาชนสามารถสื่อสารได้	กำหนดแนวทางการป้องกันสมองเสื่อมและหกล้มสำหรับประชาชนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว ผ่านชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียน วัด มัสยิด และสื่อสาธารณะ

ประเด็นที่ ๔

ลดแออัด ลดรอคอย

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

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒ 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 : สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : -

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๔๗ วรรค ๑ ได้กำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา ๔๕ กำหนดให้ “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด” รวมทั้งรัฐต้องพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มาตรา ๒๕๕ 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 ๒๕๖๓ ในรอบการดำเนินงาน ๑๐ เดือน ได้เปิดดำเนินการให้บริการประชาชนและผ่านการตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนระดับจังหวัด มีหน่วยบริการที่ประกาศการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๘๓๒ หน่วย และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑,๐๒๔ หน่วย จำนวนยอดสะสมทั้งสิ้น ๑,๘๕๖ หน่วย

๔.๑ ตาราง การเปิดดำเนินการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

เขต	๒๕๕๙-๒๕๖๓	ประกาศขึ้นทะเบียน ๒๕๖๓		รวมยอดสะสมขึ้นทะเบียน (๑+๓)
	ค่าเป้าหมายแผนเปิด (๑)	PCU (๒)	NPCU (๓)	
๑	๒๗๐	๗๔	๑๖๓	๒๓๗
๒	๑๓๒	๕๒	๗๐	๑๒๒
๓	๑๓๗	๓๒	๙๘	๑๓๐
๔	๑๘๔	๖๙	๙๓	๑๖๒
๕	๑๘๕	๖๘	๖๗	๑๓๕
๖	๒๒๖	๑๑๖	๕๔	๑๗๐
๗	๑๘๔	๗๒	๑๐๔	๑๗๖
๘	๒๑๔	๗๖	๔๖	๑๒๒
๙	๒๙๙	๙๗	๘๑	๑๗๘
๑๐	๒๐๑	๕๐	๖๕	๑๑๕
๑๑	๑๔๒	๖๐	๖๔	๑๒๔
๑๒	๒๐๔	๖๕	๑๒๐	๑๘๕
รวม	๒,๓๗๘	๘๓๑	๑,๐๒๕	๑,๘๕๖

หมายเหตุ ข้อมูลจาก สสป. ณ วันที่ ๓๑ ก.ค. ๖๓

จากตารางข้างต้น พบว่า ผลการจัดตั้งและมีการประกาศขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๓ สะสมทั้งสิ้น จำนวน ๑,๘๕๖ หน่วย คิดเป็นร้อยละ ๑๑๔.๒๒ 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) (คน)	A (ประชากรมีแพทย์) (คน)	เป้าหมาย (ร้อยละ)
๑	๕,๙๔๕,๙๔๙	๒,๗๐๒,๗๔๕	๔๕.๔๖
๒	๓,๖๗๒,๔๓๕	๑,๓๖๙,๘๗๓	๓๗.๓
๓	๓,๐๖๔,๗๓๖	๑,๔๘๑,๐๖๙	๔๘.๓๓
๔	๕,๑๐๙,๓๔๙	๑,๘๙๘,๘๐๗	๓๗.๑๖
๕	๕,๓๓๕,๑๙๑	๑,๗๕๒,๖๐๙	๓๒.๘๕
๖	๕,๙๑๖,๓๗๒	๒,๐๑๓,๔๙๓	๓๔.๐๓
๗	๕,๑๔๔,๔๑๒	๑,๘๕๒,๓๖๑	๓๖.๐๑
๘	๕,๖๓๘,๐๑๖	๑,๓๓๗,๐๒๕	๒๓.๗๑

เขต	B (ประชากรทั้งหมด) (คน)	A (ประชากรมีแพทย์) (คน)	เป้าหมาย (ร้อยละ)
๙	๖,๘๘๖,๔๕๘	๒,๙๖๐,๑๔๕	๔๒.๙๙
๑๐	๔,๖๙๘,๘๔๖	๑,๓๗๘,๖๐๒	๒๙.๓๔
๑๑	๔,๕๖๗,๑๔๕	๑,๔๐๘,๐๔๖	๓๐.๘๓
๑๒	๕,๐๙๔,๐๒๔	๒,๐๓๙,๕๘๗	๔๐.๐๔
รวม	๖๑,๐๗๒,๙๓๓	๒๒,๑๙๔,๓๖๒	๓๖.๓๔

หมายเหตุ

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

คอลัมน์ A : ข้อมูลจาก สสป. ณ วันที่ ๓๑ ส.ค. ๖๓

จากตารางข้างต้น พบว่า ประชากรทั้งหมดที่ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว มีจำนวน ๖๑,๐๗๒,๙๓๓ ราย โดยประชากรมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๒๒,๑๙๔,๓๖๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๓๔

๔.๓ ปัญหา แผน/กิจกรรมการแก้ไขและผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ลาออก/ย้าย/เปลี่ยนสายงาน)	๑.๑ ประชาสัมพันธ์และสร้างแรงจูงใจในโครงการอบรม Basic course/ Short course ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑.๒ มีการพัฒนาหลักสูตร Basic course/ Short course ๑.๓ ส่งเสริมให้บุคลากรสาขาอื่นสามารถศึกษาต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้	๑.๑ จัดทำโครงการ แผนงาน เพื่ออบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ได้ตามเป้าหมาย ๑.๒ มีห้องเรียนออนไลน์ สำหรับแพทย์ที่เข้ารับการอบรม Basic course/ Short course ๑.๓ มีแพทย์อื่นๆ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Basic course/ Short course และขึ้นทะเบียนได้มากขึ้น
๒. การจัดรูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ยังไม่ชัดเจน	๒.๑ สสป. อยู่ระหว่างการจัดทำกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้อง ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ อาทิเช่น - ร่าง ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. - ร่าง ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่องหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.	๒.๑ คกก. ขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ จัดตั้งคณะทำงาน เรียบร้อยแล้ว ๒.๒ จัดประชุมรับฟังความเห็น เอกสารแนบท้ายประกาศฯ เรื่องบริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. ... วันที่ ๙-๑๐ กันยายน ๒๕๖๓ ๒.๓ ดำเนินการสำรวจสอบถามความคิดเห็น online เกี่ยวกับ เอกสารแนบท้ายประกาศฯ เรื่องบริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. ... ครั้งที่ ๒
๓. การรับรู้และการเข้าถึงบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	๓.๑ สื่อสาร พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในทุกช่องทาง เพื่อสร้างความเข้าใจทั้งในระดับผู้ปฏิบัติงานและประชาชน	๓.๑ มีการรับรู้และเข้าถึงมากขึ้น พร้อมประกาศเป็น PCU/NPCU ๓.๒ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ NDID และ TOT ร่วมกันพัฒนาต้นแบบ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	<p>๓.๒ กระตุ้น ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้และเข้าถึงการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ PCU/NPCU</p> <p>๓.๓ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เชื่อมโยงกับข้อมูลของหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน</p>	<p>Digital ID และ Health Information Exchange (HIE) Platform เพื่อรองรับการจัดระบบการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ</p> <p>๓.๓ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ กสทช. พัฒนาระบบ Private Chat ภายใต้อัปพลิเคชัน “คุยกับหมอ” สนับสนุนการทำงานของแพทย์ประจำตัวและทีม</p>

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี) : Application PCC

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. เร่งรัดดำเนินการผลิตและอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้เพียงพอกับการเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. ควรสร้างทีมที่เลี้ยงในภาพของงานปฐมภูมิระดับจังหวัด เพื่อทำหน้าที่ติดตามปัญหา/อุปสรรค และให้คำแนะนำ

๓. มีการวางยุทธศาสตร์ แผนงานการขับเคลื่อน PCU/NPCU เพื่อให้เกิดทิศทาง เป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งการวัดผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพที่ตอบโจทย์ลดแออัด

๔. พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ PCU/NPCU เพื่อเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาดูงานในระดับจังหวัดและระดับเขต อย่างน้อยจังหวัด/เขตสุขภาพละ ๑ แห่ง

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. สนับสนุนจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยตรงไม่ผ่านโรงพยาบาลแม่ข่าย

๒. กระทรวงสาธารณสุข ทบทวนถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับอัตราค่าจ้างเฉพาะสำหรับ PCU/NPCU เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ต่อเนื่องและเป็นขวัญกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน

๓. ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU/NPCU

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย**

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

๒. หัวข้อ : การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กองบริหารการสาธารณสุข

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

๔.๑ โรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ ๘๐

ผลการดำเนินการ : โรงพยาบาลศูนย์ ๓๔ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
สาเหตุ		
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 ห้องตรวจฉุกเฉิน OPD นอกเวลาราชการ, SMC	๑.๑ มีการจัดบริการตามแนวทาง ER service delivery ของกรมการแพทย์ ๑.๒ รพศ.สามารถ Admit ภายใน ๒ ชม. ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยหนักที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและดูแลพิเศษ ๑.๓ รพศ. ทุกแห่งมีการเปิดห้องตรวจฉุกเฉิน 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 มีการจัดโครงสร้างและพื้นที่ห้องฉุกเฉินและมีการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - Double door with access control หรือ security & access control มีการดำเนินการครบทุกแห่ง - ห้องรอตรวจ/พื้นที่รอตรวจ (Waiting room/area) ดำเนินการแล้ว ๒๔ แห่ง ส่วนที่ยังไม่มีการดำเนินการได้มีการจัด Zone สำหรับการรอตรวจอย่างเป็นสัดส่วนแล้ว - ห้องแยกโรค (Isolation room) ดำเนินการแล้ว ครบทุกแห่ง ๒.๒ การพัฒนาระบบสารสนเทศระบบ (AOC) ดำเนินการแล้วในบางจังหวัด และอยู่ระหว่างการดำเนินการให้ครบทุกเขตสุขภาพ
๓. พัฒนาและธำรงรักษากำลังคน	๓.๑ การวางแผนกำลังคนของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์	๓.๑ มีการวางแผนกำลังคนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน ทั้งในส่วนกลาง เขตสุขภาพ และจังหวัด โดยการทำงานร่วมกับวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย

๔.๒ จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ (Non trauma & Non Emergency) ลดลง ร้อยละ ๕

ผลการดำเนินการ : จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ (Non trauma & Non Emergency) ลดลง ร้อยละ ๒๑.๒๘ ดังตาราง

ลำดับ	โรงพยาบาล	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยระดับ ๔ และ ๕ ลดลง
๑	เชียงใหม่ประชานุเคราะห์	๖.๘๔
๒	นครพิงค์	๑๕.๑๘
๓	ลำปาง	๓๓.๙๗
๔	พุทธชินราช พิษณุโลก	- ๕.๔๒
๕	อุตรดิตถ์	๒๖.๒๔
๖	สวรรคค์ประชารักษ์	๓๖.๐๓
๗	พระนั่งเกล้า	๑๖.๖๑
๘	พระนครศรีอยุธยา	๒๗.๖๘
๙	สระบุรี	๖.๓๕
๑๐	นครปฐม	๑๙.๑๖
๑๑	ราชบุรี	๒๖.๐๐
๑๒	สมุทรสาคร	๑๑.๔๓
๑๓	เจ้าพระยามรราช	๓๑.๗๙
๑๔	พระปกเกล้า	๒๔.๔๔
๑๕	พุทธโสธร	๑๖.๙๗
๑๖	ชลบุรี	๕๒.๗๕
๑๗	เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๔.๑๔
๑๘	ระยอง	๑๐.๒๓
๑๙	สมุทรปราการ	๓๐.๒๙
๒๐	ขอนแก่น	๒๐.๒๖
๒๑	ร้อยเอ็ด	๑๓.๖๒
๒๒	สกลนคร	๕๔.๙๙
๒๓	อุดรธานี	๒๔.๖๓
๒๔	มหาสารคามราชสีมา	๕๑.๐๒
๒๕	บุรีรัมย์	๑๑.๑๔
๒๖	สุรินทร์	๑๙.๙๕
๒๗	ศรีสะเกษ	๓.๗๔
๒๘	รพ.สรรพสิทธิประสงค์	- ๒๔.๑๔
๒๙	มหาสารคามศรีธรรมราช	๑.๖๖
๓๐	วชิระภูเก็ต	๓๐.๑๒
๓๑	สุราษฎร์ธานี	๓๐.๗๔
๓๒	ตรัง	๓๖.๘๗

ลำดับ	โรงพยาบาล	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยระดับ ๔ และ ๕ ลดลง
๓๓	ยะลา	๔๒.๐๔
๓๔	หาดใหญ่	๑๖.๑๒
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ถูกเจ็ลในห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ ลดลง		๒๑.๒๘

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๕.๑ ด้านระบบการให้บริการ

๑. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีระบบ trauma management algorithm การส่งต่อแบบ fast pass trauma (P-V-b-S) ใช้ OKRs : ลดแออัด ลดรอคอยโดยการประเมินระบบ fast pass และการประเมิน Under triage และมีระบบ Ambulance Operation Center (AOC)

๒. โรงพยาบาลลำปาง มีการพัฒนาระบบการให้บริการแบบ ER Fast pass โดยโรงพยาบาลชุมชนสามารถรับคำปรึกษาโดยตรงจากแพทย์เฉพาะทางผ่านศูนย์ Refer เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย และลดความแออัดของโรงพยาบาลลำปาง

๓. โรงพยาบาลชลบุรี มีระบบประสานทีม Fast Track Trauma ก่อนผู้ป่วยจะเดินทางถึงโรงพยาบาลและมีการซ้อมแผนรับมืออุบัติภัยหมู่เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมทั้งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ

๔. โรงพยาบาลระยอง มีการขยายการพัฒนาโครงสร้างและระบบให้บริการ ซึ่งทำให้ได้รับรางวัลเลิศรัฐ ระดับดีเด่น ด้าน Smart ER

๕. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย COVID-19 โดยการจัดตั้งทีม Special COVID-19 Operation Team (SCOT)

๖. โรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีระบบการ Consultation ที่ดี Lean ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยช่วยลดระยะเวลาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินได้

๕.๒ ด้านโครงสร้าง/อาคาร/สถานที่/ระบบรักษาความปลอดภัย

๑. โรงพยาบาลระยอง มีการปรับปรุงโครงสร้างห้องฉุกเฉินให้มีระบบ Double door มีจอแสดงผลสถานะผู้รับบริการเพื่อลดความวิตกกังวล มีริงสัญญาณเตือนเรียก รปภ.และตำรวจ / ห้อง CPR/ ห้องแยกโรค และ Negative pressure / ห้องสังเกตอาการ / ห้องล้างตัวสำหรับผู้ปนเปื้อนสารเคมี / ห้องตรวจผู้ป่วยทั่วไป

๒. โรงพยาบาลอุดรธานี จัดให้สถานีตำรวจชุมชนหน้าห้องฉุกเฉินเพื่อป้องปรามเหตุรุนแรงในโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉิน

๕.๓ ด้านระบบสนับสนุน/ข้อมูลสารสนเทศ

๑. มีระบบ Telemedicine ในทุกโรงพยาบาล และมีระบบ AOC (Ambulance Operating Center) โดยสามารถดูแลผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์นวงจรปิด ที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ , โรงพยาบาลสระบุรี , โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา , โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร , โรงพยาบาลขอนแก่น , โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

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

๕.๔ ด้านการพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลชลบุรี 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. ควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการให้บริการวิถีใหม่ แบบ New Normal ER เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

๔. ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูล เชื่อมโยงฐานข้อมูลในจังหวัดให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อนำไปวางแผนการพัฒนาระบบบริการ

๕. ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินการห้องฉุกเฉินคุณภาพ เพื่อนำมาพัฒนาระบบร่วมกับผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบกรณีเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินมาใช้บริการในเวลาราชการ หรือใช้บริการที่คลินิกนอกเวลาราชการ ห้องตรวจฉุกเฉิน และคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

๒. ส่วนกลางควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงสร้าง และพื้นที่เพื่อการพัฒนาห้องฉุกเฉินให้เป็นไปตามมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓. ควรมีการวางแผนการพัฒนาธารงและรักษาบุคลากร เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในห้องฉุกเฉิน

๔. ควรมีการขยายผลการดำเนินการเพิ่มในโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
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
มีกิจกรรมชี้แจงแนว ทางการดำเนินงาน 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 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
รพ. ระดับ A, S, M๑, M๒	๔๒ แห่ง	๘๔ แห่ง	๑๐๖ แห่ง	๑๒๗ แห่ง	๑๖๙ แห่ง	๑๓๔ แห่ง
รพ. ระดับ F๑, F๒, F๓	๖๙ แห่ง	๒๑๙ แห่ง	๒๐๖ แห่ง	๓๑๑ แห่ง	๓๔๔ แห่ง	๓๑๑ แห่ง
รพ. กรมการแพทย์ กรม สุขภาพจิต กรมควบคุมโรค	๑๐ แห่ง	๒๐ แห่ง	๒๕ แห่ง	๔๑ แห่ง	๔๐ แห่ง	๔๑ แห่ง

ปัญหา / แผนการแก้ปัญหา / ผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๑. งบประมาณที่ไม่เพียงพอในบางโรงพยาบาล และไม่มียกงบประมาณขับเคลื่อนในระดับจังหวัดและเขตสาเหตุจากหน่วยบริการมีวิกฤตทางการเงิน และการให้ความสำคัญของผู้บริหาร</p> <p>๒. การขับเคลื่อนจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคขาดแผนการพัฒนาที่สอดคล้องและต่อเนื่อง และขาดงบประมาณในการทำงานสาเหตุ สถานการณ์ Covid และงบประมาณในระดับเขตที่ไม่เพียงพอ</p> <p>๓. มีการปรับเปลี่ยนนโยบายเร็วเกินไป เพราะการปฏิบัติให้บรรลุนโยบายเดิม ยังไม่สำเร็จ พอปีงบประมาณใหม่ ก็เพิ่มรายละเอียดต่าง ๆ เพิ่มขึ้น และมีการปรับเกณฑ์ประเมินต่าง ๆ</p> <p>๔. บริบทของโรงพยาบาลแต่ละระดับแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน</p> <p>๕. บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ และการปรับใช้ IT เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน สาเหตุเนื่องจากการสื่อสาร และการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ไม่เพียงพอทั้งในระดับเขต และระดับจังหวัด</p>	<p>๑. เกณฑ์การพัฒนาที่ต้องใช้เงินในการบริหารจัดการ ส่วนกลางควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุน</p> <p>๒. กระทรวงควรวางแผนกระบวนการให้บรรลุนโยบาย Smart Hospital ให้มีความชัดเจน ทั้งรูปแบบ ทั้งบุคลากร การสนับสนุนทรัพยากร ทั้งงบประมาณ และบุคลากร รวมถึงหาพันธมิตรที่มี ความสามารถที่สูงกว่ามาร่วมพัฒนา และมีการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๓. นโยบายควรคงไว้ระยะหนึ่ง เช่น ๓-๕ ปี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และสามารถปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายได้</p> <p>๔. ปรับเกณฑ์ให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลแต่ละระดับ หรือความแออัดของโรงพยาบาล</p> <p>๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ</p>	<p>๑. ส่วนกลางได้ดำเนินการขอ งบประมาณ สนับสนุน โรงพยาบาลในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งส่วน Hardware Software Peopleware ไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง ทั้งสำนักงานงบประมาณ (งบปกติ) และงบบูรณาการกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม</p> <p>๒. ส่วนกลางกำลังเร่งดำเนินการ จัดทำ National Health Platform ในทุกประเภทการบริการของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในทุกหน่วยบริการ</p>

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- เขตสุขภาพที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก พัฒนาระบบ Smart Queue เพื่อให้โรงพยาบาลในจังหวัด และในเขตสุขภาพที่ ๒ ใช้งานระบบคิวในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยเป็นระบบคิวที่เชื่อมต่อข้อมูลกับโปรแกรม HosXp

- เขตสุขภาพที่ ๓ OPD Zero/IPD Paperless

- เขตสุขภาพที่ ๕ ได้นำเทคโนโลยีและนวัตกรรมต่าง ๆ เช่น

๑) จังหวัดกาญจนบุรี มีระบบการนัดหมายเหลือมเวลา ที่ห้องตรวจ NCD ศัลยกรรม ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ และศัลยกรรมกระดูก และมีการเชื่อมโยงข้อมูลทุกโรงพยาบาล ผ่านโปรแกรม HosXp

๒) จังหวัดสุพรรณบุรี Smart connect เป็นระบบการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ โดยใช้บัตรประชาชนเสียบเข้ากับอุปกรณ์ก่อนวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก เมื่อผู้รับบริการวัดสัญญาณชีพ หรือชั่งน้ำหนัก ข้อมูลจะถูกบันทึกเข้า HIS อัตโนมัติ

- เขตสุขภาพที่ ๖ ได้นำเทคโนโลยีและนวัตกรรมต่าง ๆ มาใช้ เช่น

๑) จังหวัดสมุทรปราการ โดยโรงพยาบาลสมุทรปราการ ใช้เทคโนโลยี Block Chain เพื่อสร้างความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูลและทำการเชื่อมโยงข้อมูลไปสู่เจ้าของข้อมูล ได้แก่

๑.๑) Telemedicine ระบบการให้คำปรึกษาแนวทางการดูแลรักษา กลุ่มผู้ป่วย ที่ต้องพบแพทย์ เฉพาะทาง ทางไกลผ่านระบบ VDO Conference และเพิ่มความเท่าเทียมกันด้านการเข้าถึงบริการรวมถึงยกระดับการให้บริการในทุกพื้นที่ เพื่อความพร้อมในการสื่อสาร รองรับการใช้งานในรูปแบบการทำงานภายในโรงพยาบาล และเครือข่าย

๑.๒) Self payment ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลด้านการชำระเงินผ่านเครื่องชำระเงินอัตโนมัติ สามารถชำระเงินได้ทั้งเงินสด/บัตรเครดิต/บัตรเครดิต/QR Code รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ของรัฐ

๑.๓) Self check in เครื่องตรวจร่างกายอัตโนมัติ คำนวณผล BMI อัตโนมัติ พร้อมการเชื่อมต่อระบบสารสนเทศทางการแพทย์ลดความแออัดในการรอคิวตรวจร่างกาย และขั้นตอนการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

๑.๔) AI Chatbot Platform รูปแบบของการโต้ตอบ และชุดคำถาม คำสนทนากับระบบอัจฉริยะ เพื่อช่วยคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการสั่งงานด้วยเสียง และระบบวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับแพทย์ใช้ในการวินิจฉัยโรค Intelligent Virtual Medical Assistant and Clinical Decision Support System (CDSS) ใช้เทคโนโลยี Block Chain เพื่อสร้างความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูล และทำการเชื่อมโยงข้อมูลไปสู่เจ้าของข้อมูล

๒) จังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการนำระบบ Internet Of Thing มาใช้ในเรื่องระบบ Cold Chain เพื่อรักษาอุณหภูมิของตู้แช่วัคซีน หรือคลังยาให้ได้มาตรฐาน และมีการแจ้งเตือนผ่านระบบ Line Notify

- โรงพยาบาลชลบุรี พัฒนาระบบ SMART OPD CBH plus app จาก OPD less paper e-record สู่อุปกรณ์ Personal Health Record (PHR) , SMART IPD E-nurse note (ENN) ลดการใช้กระดาษ ๒,๕๐๐ แผ่นต่อวัน ลดพื้นที่จัดเก็บเวชระเบียน E-room reservation ระบบจองห้อง ทุกแห่งในโรงพยาบาลจองได้ จัดยา Unit dose ด้วยตู้จัดยาอัตโนมัติ Electronic Medication Administration Record ลดการให้ยาผิดคน

๓) จังหวัดระยอง โดยโรงพยาบาลระยอง พัฒนา Health Connect – SSB แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล แจ้งอาการป่วย ตรวจสอบสิทธิ์ นัดหมาย เลือกแพทย์ แสดงสถานะคิว ตรวจสอบสถานะคิว (จากตู้ หรือจาก application) รับข้อมูลนัดหมายผ่าน application

๔) จังหวัดจันทบุรี พัฒนาแอปพลิเคชัน “หมอรู้จักคุณ”

๕) จังหวัดสระแก้ว Patient identification with Fingerprint ระบุตัวบุคคลต่างตัวด้วยลายนิ้วมือ , “ncd@home ยาหมอวัฒนา ส่งมาถึงบ้าน” , COVID-19 Sakaeo Datacenter ระบบศูนย์ข้อมูลเพื่อการจัดการการระบาด COVID-19

- เขตสุขภาพที่ ๗ ได้นำเทคโนโลยีและนวัตกรรมต่าง ๆ มาใช้ เช่น

๑) จังหวัดมหาสารคาม โดยโรงพยาบาลมหาสารคาม สร้างอุปกรณ์เชื่อมต่อเครื่องวัดความดันอิเล็กทรอนิกส์ที่มีอยู่แล้ว ให้สามารถบันทึกข้อมูลอัตโนมัติเข้า HIS โดยตรง

๒) จังหวัดร้อยเอ็ด พัฒนาโปรแกรม Me-Q เชื่อมโยงกับโปรแกรมให้บริการหลักของโรงพยาบาล (Hosxp)

๓) จังหวัดขอนแก่น พัฒนาโปรแกรม ANC High Risk เป็นโปรแกรม ช่วยตรวจสอบและค้นหา ภาวะเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมาย หญิงวัยเจริญพันธุ์ , ระบบคิวส่งกล้องมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นโปรแกรมนัดหมาย และการส่งต่อการส่องกล้อง Colono Scope , Stroke@BI เป็นโปรแกรมส่งต่อผู้ป่วย Stroke ไปยังลูกข่ายและชุมชน

๔) จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยโรงพยาบาลยางตลาดได้พัฒนาระบบคิวออนไลน์ ที่เชื่อมระบบ Hosxp และ Q&U ให้เป็นระบบคิวเดียวกัน

- เขตสุขภาพที่ ๙ มีการนำระบบ Kiosk เข้ามาใช้งาน เพื่อลดระยะเวลารอคอยที่จุดลงทะเบียนเข้ารับบริการใน และมีระบบเชื่อมโยงข้อมูล Vital Signs เข้าสู่ระบบ Hosxp โดยอัตโนมัติ

- เขตสุขภาพที่ ๑๐ จังหวัดยโสธร มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)

- เขตสุขภาพที่ ๑๒ ได้นำเทคโนโลยีและนวัตกรรมต่าง ๆ มาใช้ เช่น

๑) โรงพยาบาลสงขลา “ตู้บรรเจิด” ใช้ในการจ่ายเงินด้วยตนเอง

๒) โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีระบบการจัดการคิวสำหรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากระบบ Thai refer

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑) นำประเด็นของจุดบริการในสถานบริการแต่ละจุดมาพิจารณา เพื่อประเมิน waiting time เพื่อวางเป้าหมายและมาตรการปรับปรุงเชิงระบบที่ชัดเจน

๒) ควรนำข้อมูลระยะเวลาการรอคอยมาใช้เพื่อปรับระบบการรับบริการให้เห็นเป็นรูปธรรมและต่อยอดโดยการนำระบบการนัดแบบเหลือเวลา/การจัดกลุ่มผู้ป่วยมาใช้ จะทำให้ลดระยะเวลาการรอคอยได้เพิ่มมากขึ้น

๓) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล พัฒนาและขับเคลื่อน Smart Hospital โดยเน้นความปลอดภัย คุณภาพ ประสิทธิภาพ และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑) การปรับปรุงระบบบริการในโรงพยาบาลโดยการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการอำนวยความสะดวก แก้ปัญหาความแออัด หรือลดระยะเวลาการรอคอย การแก้ปัญหาจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการพัฒนา ส่วนกลางควรกำหนดเป็นนโยบายให้ชัดเจนว่าให้ใช้งบประมาณแหล่งใดในการพัฒนา มิฉะนั้นจะกลายเป็นภาระของโรงพยาบาลที่ต้องแบกรับปัญหาทางการเงินการคลัง

๒) ควรกำหนด ตัวอย่างของรูปแบบ/Model ระบบคิว ที่มีเสถียรภาพและเหมาะสมในสถานบริการ
สุขภาพแต่ละระดับ เสนอต่อสถานบริการสุขภาพ

๓) ควรจัดประชุมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยีทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต
เพื่อสร้างการบูรณาการระหว่างงานในหน่วยบริการ

๔) ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานเข้าสู่ Smart Hospital โดยครอบคลุม Smart Place, Smart
Tool และ Smart Service เพื่อก้าวสู่ Smart Outcome ในระยะถัดไป

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

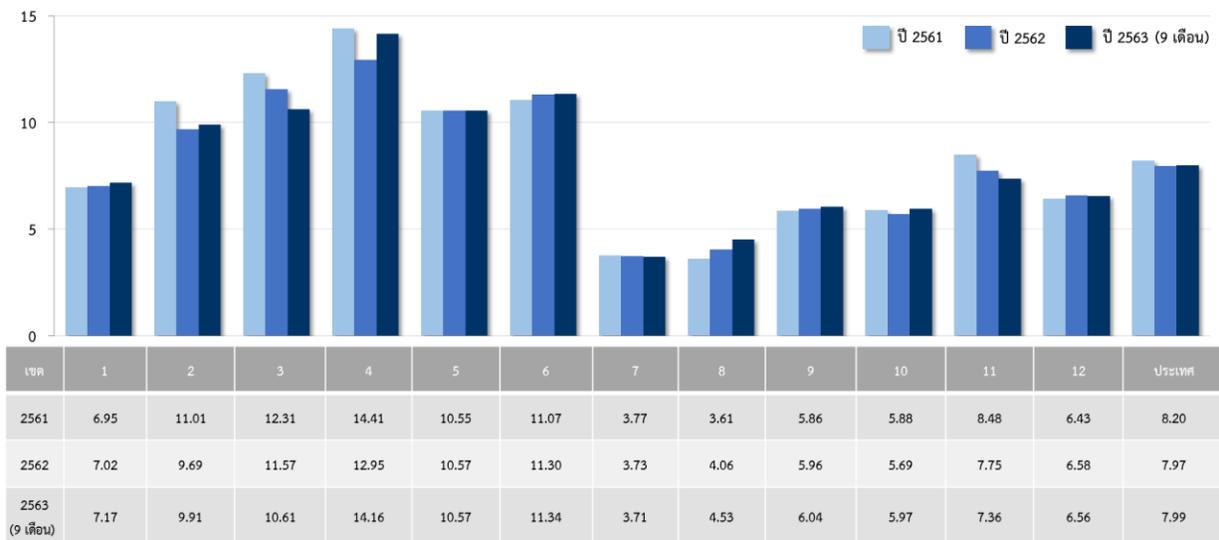
๒. หัวข้อ : สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓
(เป้าหมาย < ๗%)



ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

๔.๑ ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ - I๖๙) : เป้าหมาย < ๗%

เขตสุขภาพ	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองจากทุกหอผู้ป่วย (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุก หอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	ร้อยละ
๑	๗๗๖	๑๐,๘๒๗	๗.๑๗
๒	๖๕๓	๖,๕๘๙	๙.๙๑
๓	๗๑๒	๖,๗๑๒	๑๐.๖๑
๔	๑,๒๓๕	๘,๗๒๒	๑๔.๑๖
๕	๑,๑๐๑	๑๐,๔๑๔	๑๐.๕๗
๖	๑,๒๘๙	๑๑,๓๗๑	๑๑.๓๔
๗	๓๔๙	๙,๔๑๓	๓.๗๑
๘	๔๔๓	๙,๗๗๐	๔.๕๓
๙	๙๘๕	๑๖,๓๒๐	๖.๐๔
๑๐	๔๕๘	๗,๖๗๓	๕.๙๗
๑๑	๖๓๓	๘,๖๐๐	๗.๓๖
๑๒	๕๘๓	๘,๘๙๐	๖.๕๖
ประเทศ	๙,๒๑๗	๑๑๕,๓๐๑	๗.๙๙

ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

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

เขตสุขภาพ	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจาก ทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	ร้อยละ
๑	๕๒๗	๒,๙๖๓	๑๗.๗๙
๒	๔๗๓	๒,๐๒๓	๒๓.๓๘
๓	๔๖๒	๑,๘๘๕	๒๔.๕๑
๔	๘๕๖	๒,๕๑๓	๓๔.๐๖
๕	๗๔๑	๒,๘๓๘	๒๖.๑๑
๖	๘๙๗	๓,๒๐๐	๒๘.๐๓
๗	๒๕๘	๑,๘๓๕	๑๔.๐๖
๘	๒๘๐	๒,๐๓๘	๑๓.๗๔
๙	๖๐๙	๓,๒๑๗	๑๘.๙๓
๑๐	๓๒๕	๑,๙๔๑	๑๖.๗๔
๑๑	๓๙๔	๑,๗๓๕	๒๒.๗๑
๑๒	๓๖๙	๑,๙๖๑	๑๘.๘๒
ประเทศ	๖,๑๙๑	๒๘,๑๔๙	๒๑.๙๙

ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

๔.๓ ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (I๒๓) : เป้าหมาย < ๕%

เขตสุขภาพ	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันจากทุก หอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	ร้อยละ
๑	๑๙๕	๖,๐๓๖	๓.๒๓
๒	๑๕๑	๓,๕๘๗	๔.๒๑
๓	๒๑๕	๓,๘๓๙	๕.๖๐
๔	๓๓๔	๔,๙๘๒	๖.๗๐
๕	๓๑๘	๖,๓๗๓	๔.๙๙
๖	๓๔๕	๖,๗๑๙	๕.๑๓
๗	๘๖	๖,๐๒๘	๑.๔๓
๘	๑๕๑	๖,๒๙๑	๒.๔๐
๙	๓๓๗	๑๐,๔๘๘	๓.๒๑
๑๐	๑๑๘	๔,๓๙๔	๒.๖๙
๑๑	๒๑๓	๕,๐๓๕	๔.๒๓
๑๒	๑๙๖	๕,๘๔๔	๓.๓๕
ประเทศ	๒,๖๕๙	๖๙,๖๑๖	๓.๘๒

ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

๔.๔ ปัญหา กิจกรรมการแก้ไขปัญหา และผลการดำเนินงาน

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๑ ๑. การเข้าถึงระบบ Stroke fast track อยู่ในเกณฑ์ต่ำ ๑.๑ ขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ๑.๒ เข้ารับการรักษาล่าช้า ๑.๓ เข้ารับการรักษาเมื่ออาการหนัก/ มี โรคร่วม ๑.๔ ไม่ได้ตรวจสุขภาพ/ไม่ทราบว่า มีโรค ประจำตัว ๒. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาเอง (Walk in) มากกว่ามา EMS ๓. Stroke Unit ไม่เพียงพอ	๑. ดำเนินการเชิงรุกร่วมกับภาคประชาชน องค์กร ท้องถิ่นในการรณรงค์ Stroke Alert , Stroke Awareness , Pre-Hospital ๒. ส่งเสริม Self-Awareness ให้ประชาชนมีความรู้ สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ๓. บูรณาการร่วมกับ NCD ควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรค หลอดเลือดสมอง และลดอุบัติการณ์การเกิด New case ๔. การสำรองเตียงรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย ๑ เตียง ๕. การส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบ Intermediate Care	A = ๗๗๖ B = ๑๐,๘๒๗ ร้อยละ ๗.๑๗

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
๔. Refer back ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด	<p>ไปในพื้นที่</p> <p>๖. กรณีให้ยา rt-PA แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในสมองมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ รวมถึงมีการใช้ประสาทศัลยแพทย์ร่วมกันภายในจังหวัด</p>	
<p>เขตสุขภาพที่ ๒</p> <p>๑. Stroke fast track</p> <p>๑.๑ การใช้บริการ EMS น้อย</p> <p>๑.๒ การเข้าถึงบริการหลังเกิดอาการล่าช้า</p> <p>๑.๓ การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตาม CPG Stroke</p> <p>๒. การให้ rt-PA ลดลง และขาดบุคลากรในการกระตุ้นระบบ Activate Stroke fast track</p> <p>๓. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี</p>	<p>๑. ประชาสัมพันธ์สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองอย่างทั่วถึง</p> <p>๒. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัด</p> <p>๓. ร่วมทบทวนบริการ Stroke fast track โรงพยาบาลที่เป็น node เป็นระยะ</p> <p>๔. ปรับการทำงานของพยาบาล Stroke Unit ไป start rt-PA ที่ ER</p> <p>๕. เพิ่มการคัดกรอง CVD Risk ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น</p> <p>๖. บูรณาการข้อมูลร่วมกับ Service plan สาขา IMC</p>	<p>A = ๖๕๓</p> <p>B = ๖,๕๘๙</p> <p>ร้อยละ ๙.๙๑</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๓</p> <p>Stroke Unit ไม่เพียงพอ</p>	<p>๑. สร้างแบบระบบการ Refer ง่าย</p> <p>๒. การประกันเวลา CT ช่องทางด่วนได้ผลในระบบ PACS ภายใน ๑๕ นาที และได้ผลอ่านภายใน ๓๐ นาที</p> <p>๓. การลงทะเบียน CVD Risk เพื่อให้ อสม. ดูแลที่บ้าน และมีแนวทางป้องกันไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>A = ๗๑๒</p> <p>B = ๖,๗๑๒</p> <p>ร้อยละ ๑๐.๖๑</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๔</p> <p>ระบบการส่งต่อล่าช้า</p>	<p>๑. การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Stroke fast track ที่ชัดเจน</p> <p>๒. การศึกษาถึงสาเหตุของ Stroke ในกลุ่ม AF โดยเน้นการคัดกรอง และป้องกัน</p>	<p>A = ๑,๒๓๕</p> <p>B = ๘,๗๒๒</p> <p>ร้อยละ ๑๔.๑๖</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๕</p> <p>๑. สร้างแบบระบบการ Refer ง่าย</p> <p>๒. การประกันเวลา CT ช่องทางด่วนได้ผลในระบบ PACS ภายใน ๑๕ นาที และได้ผลอ่านภายใน ๓๐ นาที</p> <p>๓. การลงทะเบียน CVD Risk เพื่อให้ อสม. ดูแลที่บ้าน และมีแนวทางป้องกันไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>๑. การณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ Stroke Alert ผ่านทางสื่อ</p> <p>๒. ลด Process ภายในโรงพยาบาล</p> <p>๓. เพิ่มการคัดกรอง CVD Risk และนำเข้ากระบวนการรักษาในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่ม Uncontrolled DM, HT</p> <p>๔. ทบทวน และพัฒนาระบบการวินิจฉัยและการให้การรักษา</p>	<p>A = ๑,๑๐๑</p> <p>B = ๑๐,๔๑๔</p> <p>ร้อยละ ๑๐.๕๗</p>

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	๕. เร่งรัดมาตรการดำเนินการ Stroke Unit ให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้	
เขตสุขภาพที่ ๖ ๑. การเข้ารับบริการล่าช้า ๒. การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ๓. Stroke Unit ไม่เพียงพอ	๑. การประชาสัมพันธ์ Warning Sign และความรุนแรงของโรคโดยใช้สื่อสาธารณะและเครือข่ายสุขภาพ ๒. ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สายด่วน ๑๖๖๙ ๓. การพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วย Stroke fast track ในรายจังหวัด	A = ๑,๒๘๙ B = ๑๑,๓๗๑ ร้อยละ ๑๑.๓๔
เขตสุขภาพที่ ๗ ๑. ประชาชนขาดความตระหนักรู้เรื่องโรคและการดูแลสุขภาพ (Health Literacy) ๒. การเข้าถึงบริการล่าช้า ๓. Refer back ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด	๑. ประชาสัมพันธ์สร้างความเชื่อมั่นด้านมาตรฐานการรักษา และระบบการส่งต่อของโรงพยาบาล node กับประชาชน ๒. สื่อประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness ๓. วางแผนเชิงรุกในการทำงานด้าน Health Literacy ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ๔. รณรงค์ประชาสัมพันธ์การใช้บริการ ๑๖๖๙ ๕. จัดระบบ Pre-Hospital เชื่อมโยงกับระบบ EMS	A = ๓๔๙ B = ๙,๔๑๓ ร้อยละ ๓.๗๑
เขตสุขภาพที่ ๘ -	- บูรณาการร่วมกับ LTC และ IMC ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Post Stroke Care)	A = ๔๔๓ B = ๙,๗๗๐ ร้อยละ ๔.๕๓
เขตสุขภาพที่ ๙ -	- ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙	A = ๙๘๕ B = ๑๖,๓๒๐ ร้อยละ ๖.๐๔
เขตสุขภาพที่ ๑๐ ๑. ประชาชนไม่มีความรู้ (Health literacy) ๒. Stroke Unit มีอัตราการครองเตียงสูง ๓. ขาดแพทย์ Neuro med, Neuro surg ๔. ขาดการ Refer back ข้อมูล	๑. สนับสนุนสื่อการประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Awareness สู่สาธารณชน ๒. มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงใน NCD Clinic อย่างต่อเนื่อง ๓. จัดทำแนวทางการรักษา และการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองภายในจังหวัดให้ชัดเจน ๔. จัดให้มีเครือข่ายบริการ และวิชาการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งระยะ Acute และ	A = ๔๕๘ B = ๗,๖๗๓ ร้อยละ ๕.๙๗

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	Intermediate Care ๕. สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์	
เขตสุขภาพที่ ๑๑ ๑. ประชาชนไม่มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง โรค และอาการของโรค ๒. การเข้าถึงบริการล่าช้า ๓. จำนวนเตียง Stroke Unit ไม่เพียงพอ ๔. ขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลเฉพาะ ทาง	๑. ประชาสัมพันธ์เชิงรุก Stroke Alert & Awareness ๒. ประชาสัมพันธ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ๓. ลงพื้นที่เชิงรุกในการทำงานชุมชน และคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น ๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย Stroke fast track ๕. การเชื่อมโยงโรงพยาบาลชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย IMC	A = ๖๓๓ B = ๘,๖๐๐ ร้อยละ ๗.๓๖
เขตสุขภาพที่ ๑๒ ๑. การเข้าถึง Stroke fast track ล่าช้า ๒. บุคลากรไม่เพียงพอ	๑. พัฒนาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Stroke Alert การ เรียกใช้บริการ ๑๖๖๙ ๒. สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม	A = ๕๘๓ B = ๘,๘๙๐ ร้อยละ ๖.๕๖

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
 ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

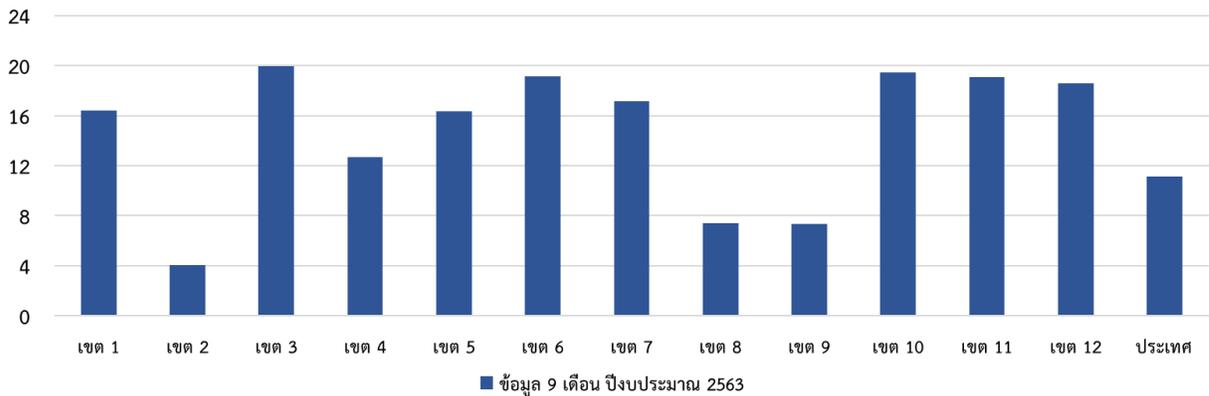
๒. หัวข้อ : Fast Track (Trauma)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

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



ปี 63 รอบที่ 2	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
	16.42	4.03	19.95	12.67	16.34	19.14	17.18	7.44	7.32	19.44	19.06	18.57	11.16

จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง (A) = ๔,๓๙๔ ราย

จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B) = ๓๙,๓๗๔ ราย

ที่มาข้อมูล : Health Data Center วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๑		
ไม่สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที เนื่องจาก รอ Investigation รอ Resuscitation รอแพทย์ ผ่าตัดซึ่งเดินทางมาจากนอกโรงพยาบาล	- ให้มีการทบทวนระบบ Investigation Resuscitation และระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน	ร้อยละ ๑๖.๔๒ A = ๒๙๓ ราย B = ๑,๗๘๔ ราย
เขตสุขภาพที่ ๒		
- ความล่าช้าในขั้นตอนการวินิจฉัย และ resuscitation - ไม่มีโปรแกรมในการเก็บข้อมูลด้านอุบัติเหตุและงานการแพทย์	- ทบทวนและพัฒนาระบบ Fast track กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุด - พัฒนาเครือข่ายระบบ Pre-Hospital เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่งในโรงพยาบาล - พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ACLS, ATLS, PHTLS	ร้อยละ ๔.๐๓ A = ๔๙๐ ราย B = ๑๒,๑๔๔ ราย
เขตสุขภาพที่ ๓		
- ภาวะฉุกเฉินจากโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ Stroke STEMI มีจำนวนเพิ่มขึ้น - ผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการจากคลินิกนอกเวลาส่งมาทำที่ ER - ระบบการันตีเวลาตรวจผู้ป่วยไม่รุนแรง ไม่สามารถใช้งานได้จริง - ทีมห้องฉุกเฉินและทีมคลินิกนอกเวลา เป็นทีมเดียวกัน	- พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีทีมหมอครอบครัว และทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นด่านหน้าให้สามารถดูแล Case ที่ไม่ฉุกเฉิน - พัฒนา Smart Hospital เพื่อใช้ประโยชน์ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ประชาชนให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง รวมถึงความตระหนักรู้ถึงภาวะที่ไม่ฉุกเฉิน และการมารับบริการในเวลา	ร้อยละ ๑๙.๙๕ A = ๖๕๖ ราย B = ๓,๓๘๘ ราย - จำนวนผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินลดลง - ผู้ป่วย Case Emergency ได้รับการดูแลที่ดีขึ้น - หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว และสามารถดูแลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๓		
- เจ้าหน้าที่ ในการ ให้บริการมีไม่เพียงพอ	- มีการวางแผนด้านอัตรากำลังคน โดย เตรียม เปิดสอนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินร่วมวิทยาลัย พยาบาลสภราชประชาฯ ในการเปิดสอน พยาบาล เวชปฏิบัติฉุกเฉิน - เพิ่มอัตรากำลังเวชกิจฉุกเฉินทางการแพทย์ - จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ ในเขต สุขภาพที่ ๓ ๒ รุ่น จำนวน รุ่นละ ๔๐ คน	
เขตสุขภาพที่ ๔		
ผู้ป่วย level ๔ , ๕ ยัง สูงอยู่โดยเฉพาะใน รพช. และไม่สามารถจัด OPD นอกเวลาได้ การทำแผล ยังคงต้องทำใน ER	- โรงพยาบาลที่มีศักยภาพมีการจัด OPD นอก เวลา - โรงพยาบาลชุมชน แยกผู้รับบริการฉีดยา ทำ แผลออกจาก ER	ร้อยละ ๑๒.๖๗ A = ๔๓๙ ราย B = ๓,๔๖๔ ราย
เขตสุขภาพที่ ๕		
อัตราของผู้ป่วย trauma level ๑ มีข้อบ่งชี้ในการ ผ่าตัด เข้าห้องผ่าตัดได้ ภายใน ๖๐ นาที ไม่ผ่าน เกณฑ์	- ทบทวนกรณีผู้ป่วย trauma level ๑ เข้าห้อง ผ่าตัดไม่ได้ภายใน ๖๐ นาทีเพื่อหาแนวทาง แก้ปัญหาเช่น ระบบปรึกษา, ระบบตรวจ วินิจฉัย, การบริหารจัดการห้องผ่าตัด - พัฒนาระบบปรึกษาระหว่างแผนกใน Multiple Trauma เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ได้เร็วขึ้น - การ Sharing ทรัพยากร ระดับจังหวัด / เขต โดยเฉพาะด้านบุคลากร - พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง หน่วยงาน ฝ่ายสารสนเทศควรช่วยสนับสนุน งานบริการ	ร้อยละ ๑๖.๓๔ A = ๓๖๗ ราย B = ๒,๒๔๖ ราย
เขตสุขภาพที่ ๖		
ER มีความแออัด จาก การใช้บริการของผู้ป่วยที่ ไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก	- พัฒนาระบบประสานการส่งต่อระหว่างห้อง ผ่าตัดกับห้องฉุกเฉินโดยเน้นเรื่อง Trauma Brain Injury - พัฒนาระบบสนับสนุนการวินิจฉัยโรค - เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน	ร้อยละ ๑๙.๑๔ A = ๖๖๐ ราย B = ๓,๔๔๘ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	- แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์ (ER Service Delivery) - นโยบายลดแออัด - นโยบายไม่ยอมรับความรุนแรง 	
เขตสุขภาพที่ ๗		
<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงบริการ ER ที่มีประสิทธิภาพ : โดยระบบ EMS ๖๘% และกลุ่มที่ใช้บริการ EMS ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย trauma - ด้านบุคลากร : ยังไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนประชากรและภาระงาน - ER แออัดจากการใช้บริการของผู้ป่วย - การดูแลผู้ป่วย In-hos Case level ๑-๒ ที่อยู่ในห้อง ER นาน > ๒ ชม. 	<ul style="list-style-type: none"> - การรณรงค์ fast tract alert/awareness : Stroke, STEMI - มีระบบ GPS รถพยาบาล มีระบบ Telemedicine เชื่อมโยงกับแม่ข่าย รพ.ขอนแก่น และระบบปรึกษาแพทย์ผ่าน ER Call center - ทบทวนและเพิ่มความเข้มแข็งในการจัดการเชิงระบบตามมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของ รพ. (ECS คุณภาพ) - การวางแผนกำลังคนของแพทย์ - เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมและพัฒนาแหล่งฝึกภายในเขต - มีการพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐาน ER Service Delivery โดย รพ.ขอนแก่นมีการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ENP ปีละ ๒ คน จัดระบบการสอบประเมินทักษะของพยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นประจำทุกปี - นำระบบ MOPH triage เพื่อแยกกลุ่มผู้ป่วยและจัดบริการผู้ป่วยระดับ ๔ , ๕ (สีเขียว-ขาว) ออกจาก ER - เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ M๑ และ M๒ การ Refer Back ผู้ป่วยกลับ โรงพยาบาลที่เป็น Node บูรณาการกับ IMC - พัฒนา In-hos (Transfer ในโรงพยาบาล) - จัดระบบและลดระยะเวลาในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง - ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกรายผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูลทาง IS Online 	<p>ร้อยละ ๑๗.๑๘</p> <p>A = ๒๖๔ ราย</p> <p>B = ๑,๕๓๗ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๘		
<ul style="list-style-type: none"> - ความพร้อม และความครอบคลุมของการให้บริการ EMS - ความปลอดภัยทางด้านโครงสร้างของสถานที่ปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุม - Delay on set to treatment ในบางพื้นที่ - ความครอบคลุมของการมี AED ในแหล่งชุมชน - การสอน BLS และการติดตาม ประเมินผล - ปริมาณคนไข้ไม่ฉุกเฉินที่มาใช้ บริการห้องฉุกเฉิน - การลดจำนวนผู้ป่วย Trauma จากอุบัติเหตุบนท้องถนน - ฐานข้อมูลมีความหลากหลายทำให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อน - ขาดแคลน แพทย์ EP และ EP Nurse 	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมรถ Emergency ให้มีความพร้อมใช้เพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน - ควรมีแผนการ Training ของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการให้มีความรู้ที่เป็นปัจจุบัน - พิจารณาเพิ่ม Double door ของห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ยังไม่มี - Improved onset to treatment (ทำ RCA เพื่อหาสาเหตุของความล่าช้า แล้วแก้ไขที่สาเหตุในพื้นที่ ที่ยังคงมีปัญหา) - เพิ่มความครอบคลุมของ AED ในแหล่งชุมชน - เพิ่มเติมการสอน BLS พร้อมทั้งมีการติดตามและการประเมินผล - ขยายเวลาของ OPD หรือเปิดเป็นคลินิกพิเศษนอกเวลา เพื่อลดความแออัดของการใช้บริการ ER - เสนอเรื่องการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เพื่อ ลดอุบัติเหตุบนถนน - พัฒนารฐานข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อนำไปวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง - สนับสนุนการพัฒนาทักษะ ความเชี่ยวชาญของบุคลากร ทั้งในด้านงบประมาณ และหน่วยงานการ Training 	<p>ร้อยละ ๗.๔๔</p> <p>A = ๔๐๘ ราย</p> <p>B = ๕,๔๘๔ ราย</p>
เขตสุขภาพที่ ๙		
<ul style="list-style-type: none"> - นครราชสีมา <p>การขาดบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินที่มีทักษะการปฏิบัติงานเฉพาะด้าน</p>	<p>นครราชสีมา</p> <p>๑. การพัฒนางาน EMS คุณภาพ การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนให้รับรู้อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ควรเรียก ๑๖๖๙ เช่น อาการของผู้ป่วย Stroke STEMI เพื่อให้สามารถช่วยเหลือได้ทันเวลา (Alarm</p>	<p>ร้อยละ ๗.๓๒</p> <p>A = ๒๐๐ ราย</p> <p>B = ๒,๗๓๒ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>- บุริรัมย์ รพ.บุริรัมย์ยังขาดห้อง Isolated Room ที่ ER สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง</p> <p>- สุรินทร์ ห้องฉุกเฉินมีผู้ป่วยประเภท ๔ และ ๕ ที่ไม่ฉุกเฉิน (non trauma) คิดเป็น ๖๑.๑๓ %</p>	<p>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>บุริรัมย์ <u>ระดับจังหวัด</u> ๑. กำหนดเป็นนโยบายของจังหวัด ดำเนินการในการลดตายจาก RTI ๒. รพศ./ รพท. กำหนดมาตรการลดแออัด ให้ชัดเจน</p> <p><u>ระดับอำเภอ</u> ๑. สื่อสารแนวทางในการลดแออัดในห้องฉุกเฉิน ๒. Review case เสียชีวิตเพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึง Pre/In Hosp./ระบบบริการ</p> <p><u>ระดับตำบล</u> ๑. พัฒนาศักยภาพ FR เพื่อเพิ่มทักษะ/เข้าถึงบริการของผู้ป่วยในชุมชน ๒. เชื่อมโยงภารกิจป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน</p> <p>สุรินทร์ แผนปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ✓ โครงการพัฒนาบุคลากรเรื่องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งจังหวัด ✓ โครงการพัฒนาระบบ EMS ๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ EMS ๒. พัฒนาศักยภาพ และคุณภาพการบริการ ๓. พัฒนาหน่วยปฐมพยาบาลให้ได้มาตรฐาน</p>	

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	ชัยภูมิ ๑. นโยบาย ER Target time < ๒ ชม. เพื่อลด ER Crowding ๒. โครงการพัฒนาระบบ EMS - พัฒนาระบบบริการงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน - พัฒนาระบบ Consult ระบบ Fast track เช่น Stroke STEMI Sepsis Trauma ๓. พัฒนาระบบการส่งต่อ-ส่งกลับ จังหวัดชัยภูมิ/ เขตสุขภาพที่ ๙	
เขตสุขภาพที่ ๑๐		
แพทย์ EP ไม่สามารถอยู่เวรได้ ๒๔ ชั่วโมง	Management EP ๒๔ ชม./Triage	ร้อยละ ๑๙.๔๔ A = ๒๑๗ ราย B = ๑,๑๑๖ ราย
เขตสุขภาพที่ ๑๑		
๑. การประชาสัมพันธ์การใช้บริการ ๑๖๖๙ ยังไม่ทั่วถึง ๒. ระยะเวลาการรอคอยเตียงค่อนข้างนาน ๓. ขาดการนำข้อมูลไปใช้ในทางวิชาการ	- ใช้กลไกผู้นำชุมชน อสม. สื่อออนไลน์ ในการประชาสัมพันธ์ - พัฒนาระบบบริหารเตียง หรือการมีระบบสำรองเตียง สำหรับผู้ป่วย triage level ๑, ๒ - ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งาน ER คุณภาพระดับเขต	ร้อยละ ๑๙.๐๖ A = ๑๖๓ ราย B = ๘๕๕ ราย
เขตสุขภาพที่ ๑๒		
๑. ผู้ป่วย Trauma ได้รับการบริการล่าช้า ๒. การเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุม ๓. ขาดแพทย์ศัลยกรรมอุบัติเหตุ Neurosurgeon (สตูล) ๔. ช่องว่างการพัฒนาข้อมูลตัวชี้วัดใน HDC	- การสร้างความเข้าใจ การให้ข้อมูลถึงขั้นตอนการให้บริการของระบบ ๑๖๖๙ ให้ทั่วถึง - การประชาสัมพันธ์การเข้าใจถึงภาวะฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับบริการใน ER ผ่านช่องทางต่างๆ - การสรรหาและบริหารจัดการแพทย์ภายในเขต - บันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันโดยการจัดสรรบุคลากรในหน่วยงานในการคีย์ข้อมูล	ร้อยละ ๑๘.๕๗ A = ๒๓๗ ราย B = ๑,๒๗๖ ราย

ปัญหาที่พบจากการดึงข้อมูลจาก HDC			
รายจังหวัดไม่มีข้อมูล (B=๐)		จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด < ๔๐ ราย	
- ลำพูน	- นครราชสีมา	- ลำพูน	- บึงกาฬ
- เชียงใหม่	- มหาสารคาม	- กำแพงเพชร	- บุรีรัมย์
- กำแพงเพชร	- อุบลราชธานี	- อุทัยธานี	- ศรีสะเกษ
- นนทบุรี	- บึงกาฬ	- นนทบุรี	- มุกดาหาร
- นครปฐม	- สุราษฎร์ธานี	- นครปฐม	- กระบี่
- ราชบุรี	- กระบี่	- สมุทรสงคราม	- ปัตตานี
- สมุทรสงคราม		- จันทบุรี	
- จันทบุรี		- มหาสารคาม	

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

เขตสุขภาพที่ ๑	<p>จังหวัดลำพูน</p> <p>๑. พัฒนาอาคารสถานที่ จัดให้มี Double door with access control, โซนรอตรวจ และห้องแยกโรครวมทั้งการจัดให้มีห้องเอกซเรย์ใกล้กับห้องฉุกเฉิน 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. จังหวัดเพชรบูรณ์มีการจัดกิจกรรมรณรงค์การสวมหมวกนิรภัยรวมทั้งการปิดจุดเสี่ยงอุบัติเหตุจราจร</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. เก็บค่ารักษา กรณีรับบริการนอกเวลาราชการด้วยอาการที่ไม่รุนแรง ๕๐ บาท</p> <p>๖. มีการคัดกรองระดับความรุนแรงที่ต้องปฏิบัติตามอย่างเข้มงวด</p> <p>๗. สามารถ Set OR ได้โดยตรงจากแพทย์เวร ER ผ่านการ Consult</p>
เขตสุขภาพที่ ๕	<p>ราชบุรี</p> <p>๑. มีระบบ Fast track severe head injury ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย</p> <p>๒. มี SMC คลินิกคู่ขนาน ลดจำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน</p>

เขตสุขภาพที่ ๖	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ระบบการทำงาน AOC ๒. EMS protocol / TEMSA (Thailand Emergency Medical Service Accreditation) ๓. พัฒนาระบบ Medical Director/ พัฒนาศูนย์สั่งการระดับเขต ๔. สถาบันฝึกอบรมแพทย์ EP ๒ ตำแหน่ง, แหล่งร่วมผลิต ENP, Paramedic
เขตสุขภาพที่ ๗	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ขอนแก่น กิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง (Trauma Quality Improvement Program) และกิจกรรม Trauma Audit เพื่อทบทวนผลการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และพัฒนางานการดูแลผู้บาดเจ็บร่วมกัน ๒. ขอนแก่น ระบบ AOC & Telemedicine และ Medical director ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรบน Ambulance ๓. ขอนแก่น ระบบ Refer Bypass ทั้งจังหวัด ส่งต่อโดยตรงเข้า รพ.ขอนแก่น ๔. มหาสารคาม การสร้างทีมงานและจัดให้มีระบบการคัดกรองร่วมกันระหว่าง OPD-ER เพื่อจัดบริการ Triage level ๔, ๕ ๕. ร้อยเอ็ด การวางแผนและนำไปปฏิบัติทั้งระบบ สถานที่ และกำลังคน เพื่อยกระดับ ER เป็น Excellence center
เขตสุขภาพที่ ๙	<ol style="list-style-type: none"> ๑. นครราชสีมา นวัตกรรม Telemedicine – Ambulance Operation Center (AOC) เต็มพื้นที่ครบทั้ง ๓๒ อำเภอ ๒. บุรีรัมย์ มีระบบ Consultation ที่ดี Lean ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยช่วยลดระยะเวลาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินได้ ๓. สุรินทร์ ระบบบัตรคิวแยกประเภทผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน Triage ๑-๓ เข้า ER ได้เลย ๔. ชัยภูมิ เป็นจังหวัดนำร่องพัฒนาระบบการส่งต่อ – ส่งกลับ (R๙ Refer) ทดแทน Thai Refer ในเขตสุขภาพที่ ๙ นครชัยบุรินทร์ (โรงพยาบาลชัยภูมิ ร่วมกับโรงพยาบาลภูเขียว)
เขตสุขภาพที่ ๑๐	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ทุกจังหวัดสามารถตรวจ OPD นอกเวลาได้ /SMC, PCC เมือง ๒. จังหวัดอุบลราชธานีมี Telemedicine ๓. จังหวัดศรีสะเกษ และอำนาจ มี Moph ED Triage ๔. มี Fast track > ๔ กลุ่ม และ Pass Fast system
เขตสุขภาพที่ ๑๑	<ol style="list-style-type: none"> ๑. มีระบบ Investigation ที่เข้าถึงง่าย ทั้งที่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ๒. จังหวัดสุราษฎร์ธานี รพช. ส่วนใหญ่มีการพัฒนา ECS คุณภาพ ทำให้มีระบบการดูแลรักษาเบื้องต้นเป็นอย่างดี ๓. หัวตภูเก็ต มีการพัฒนาระบบ AOC ได้ครอบคลุมทั้งจังหวัดทำให้การส่งต่อมีประสิทธิภาพ

เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑. มีเครื่อง CT Scan ครอบคลุมทุกจังหวัดในเขต ๒. เปิดบริการคลินิกนอกเวลารอบคลุมทุกจังหวัดเพื่อลดการแออัด ๓. มีการแยก จัดโซนประเภทของผู้ป่วยและข้อบ่งชี้การ Admit ผู้รับบริการอย่างชัดเจน (แดง ชมพู เหลือง)
------------------------	---

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

เขตสุขภาพที่ ๓	สำหรับพื้นที่ : ๑. สนับสนุนเครือข่าย PCU, รพ.สต. ให้รองรับ บริการผู้ป่วยนอกเวลาให้มากขึ้น ๒. ควรประชาสัมพันธ์และให้ความรู้จริงจังกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อยเข้ารับบริการในเวลาทำการ ๓. ควรมีการจัดพื้นที่สำหรับทำหัตถการเล็กน้อย แยกออกจากระบบของ ER สำหรับส่วนกลาง : ๑. ร่วมประชาสัมพันธ์ในระดับประเทศให้ผู้ป่วยรุนแรงระดับ ๔ และ ๕ มาใช้บริการโรงพยาบาล ในเวลาราชการ
เขตสุขภาพที่ ๕	๑. กาญจนบุรี วิเคราะห์สถานการณ์ ของการผ่าตัดที่ไม่เป็นไปตามเวลาที่กำหนด ๒. ราชบุรีและสมุทรสาคร ทบทวนกรณีผู้ป่วย trauma level ๑ เข้าห้องผ่าตัดไม่ได้ภายใน ๖๐ นาที เพื่อหาแนวทางแก้ไข ๓. นครปฐมและเพชรบุรี การประเมินเกณฑ์ ER คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ ๕ แห่ง ใน ๘ แห่ง ควรเพิ่มมาตรการและแนวทางระดับ จังหวัดในการพัฒนา เพื่อให้ได้ ER คุณภาพ ผู้ป่วยประเภท ๔ และ ๕ ในห้องฉุกเฉิน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการพิจารณาในการเปิดขยายเวลา OPD นอกเวลาคู่ขนาน ผู้ป่วย admit ส่วนหนึ่งรอคอยในห้องฉุกเฉินเกิน ๒ ชั่วโมง ควรวางแนวทางบริหารจัดการผู้ป่วยที่ต้อง admit ๔. ประจวบคีรีขันธ์ วิเคราะห์สถานการณ์ ของการผ่าตัดที่ไม่เป็นไปตามเวลาที่กำหนด และหามาตรการแก้ไข ๕. สมุทรสงคราม ผู้ป่วย trauma level ๑ เข้าห้องผ่าตัดภายใน ๖๐ นาที ยังทำได้น้อย เนื่องจากแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมหรือเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จากกรณีวิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแนวทางในการแก้ไข โดยการสนับสนุนจากผู้บริหาร เช่น ระบบการปรึกษาที่ห้องฉุกเฉิน ๖. สุพรรณบุรี ทบทวนกรณีผู้ป่วย trauma Triage level ๑ เข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที น้อย เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา เช่น ระบบปรึกษา, ระบบตรวจวินิจฉัย, การบริหารจัดการห้องผ่าตัด
เขตสุขภาพที่ ๖	สำหรับพื้นที่ : ๑. พัฒนาโครงการ sky doctor มีการติดตามผลการดำเนินงาน ปัญหาการดำเนินงาน ของทีมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดข้อจำกัดในการส่งต่อผู้ป่วยให้มากขึ้นทั้งในด้านเวลาและสถานที่ ๒. เน้นระบบ การ Prevention ด้วยแพทย์กษัตริย์ คือ โครงการพัฒนารายงานจุดเกิดอุบัติเหตุบ่อย รวมถึงจุดที่มีผู้เสียชีวิต เพื่อช่วยเตือนผู้ที่สัญจรให้ระวัง

	<p>เส้นทางที่เสี่ยง โดยแพลนข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้งานร่วมกับ Google street view ให้ผู้ใช้งานระมัดระวังเส้นทางการสัญจร โดยได้เริ่มทำโครงการนำร่องในเขตเส้นทาง กรุงเทพ-ชลบุรี และวางแผนขยายให้ครอบคลุมให้ทั่วในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและระดับประเทศต่อไป</p>
เขตสุขภาพที่ ๗	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ol style="list-style-type: none"> กำหนดมาตรการจัดบริการ Triage level ๔, ๕ ร่วมกันระหว่าง OPD , ER , PCC ทบทวนและวางแผนการเข้าถึงบริการ ER : Trauma + Non trauma เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) มากขึ้น ทบทวนและเพิ่มความเข้มแข็งการจัดการเชิงระบบตามมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล (ECS คุณภาพ) โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปในระดับเขต <p>สำหรับส่วนกลาง :</p> <ol style="list-style-type: none"> กำหนด Career Path Nurse Coordinator TEA Unit ให้ชัดเจน จัดทำแผน ER ระดับเขต: ผลักดันการดำเนินงานประเมิน ECS คุณภาพ เป็นนโยบายของจังหวัดและเขตสุขภาพ เพื่อหาจุดบกพร่องหรือโอกาสพัฒนาให้เหมาะสมตามบริบทแต่ละโรงพยาบาล วางแผนพัฒนาระดับ รพท. ระดับ S เป็น Trauma Center Level ๒ เพื่อตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วย Trauma เพิ่มความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์เพื่อการเข้าถึงบริการของประชากร ร่วมขับเคลื่อน D-RTI และ RTI Team กับเครือข่ายสหวิชาชีพเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ/ อัตรการตายทางถนน พัฒนาศักยภาพห้องฉุกเฉิน รพช. ทุกระดับด้วย ER service delivery
เขตสุขภาพที่ ๘	<p>สำหรับพื้นที่ : พัฒนารฐานข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อนำไปวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง</p> <p>สำหรับส่วนกลาง : สนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อรองรับการพัฒนาความครอบคลุมของการบริการในด้านต่าง ๆ ของห้องฉุกเฉิน</p>
เขตสุขภาพที่ ๙	<p>นครราชสีมา</p> <ol style="list-style-type: none"> ทบทวนข้อมูล trauma level ๑ เข้า OR ใน ๖๐ นาที (๒.๖๑%) ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่รอ admit ใน ER >๒ ชม. และนำมาพัฒนาระบบร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง พื้นที่แยกโรคที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจ ควรต่อท่อระบายอากาศที่เหมาะสม <p>บุรีรัมย์</p> <p>ควรมีการสนับสนุน วัสดุ ครุภัณฑ์ สำหรับ TEA Unit ให้มีความพร้อมในการใช้งาน</p>

	<p>สุรินทร์</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ควรพัฒนาระบบเพื่อลดจำนวนผู้เจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (Level ๔, ๕) ใน ER ลง (กำลังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง) ๒. ควรจัดให้มี Decontamination zone ที่เหมาะสม ๓. พื้นที่แยกโรคที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจ ควรต่อท่อระบาย อากาศที่เหมาะสม ๔. ควรมีการเน้นย้ำหลัก Universal precaution เพิ่มเติม ๕. ควรเพิ่มจำนวน EN/ENP (กำลังดำเนินการ) ๖. Tele-Consultation / Clinic / AOC <p>ชัยภูมิ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เปิดรับ Paramedic เพื่อสนับสนุนการให้บริการ Pre-Hospital care ๒. ER target time ไม่เกิน ๒ ชม. ควรลดขั้นตอน กระบวนการ Consultation ๓. ควรให้การสนับสนุนหน่วย TEA unit ในเรื่องสถานที่ และบุคลากรสนับสนุนเพิ่มเติม
--	--

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

๑.ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

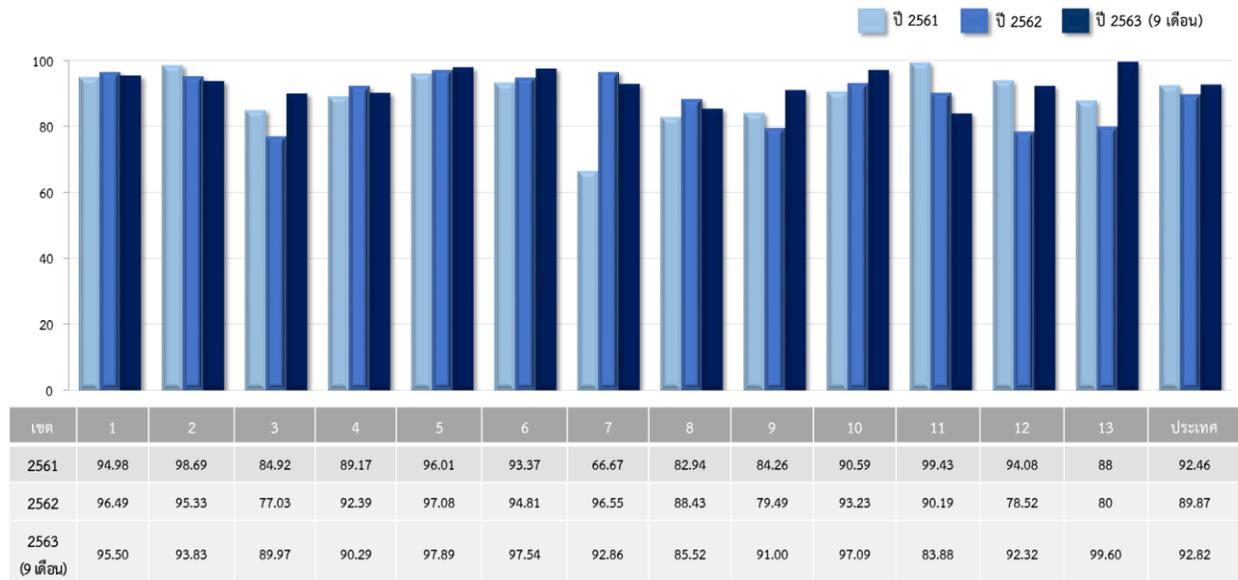
๒. หัวข้อ : สาขาการผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



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

๔.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery : เป้าหมาย ๖๐%

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (B)	ร้อยละ
๑	๙๙๗	๑๐๔๔	๙๕.๕๐
๒	๖๐๘	๖๔๘	๙๓.๘๓
๓	๗๐๐	๗๗๘	๘๙.๙๗
๔	๑๑๑๖	๑๒๓๖	๙๐.๒๙
๕	๙๗๕	๙๙๖	๙๗.๘๙
๖	๑๐๓๑	๑๐๕๗	๙๗.๕๔
๗	๓๙	๔๒	๙๒.๘๖
๘	๓๐๗	๓๕๙	๘๕.๕๒
๙	๘๑๙	๙๐๐	๙๑.๐๐
๑๐	๖๓๕	๖๕๔	๙๗.๐๙
๑๑	๗๓๙	๘๘๑	๘๓.๘๘
๑๒	๘๖๕	๙๓๗	๙๒.๓๒
๑๓	๒๔๖	๒๔๗	๙๙.๖๐
ประเทศ	๙,๐๗๗	๙,๗๗๙	๙๒.๘๒

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

๔.๒ ปัญหา กิจกรรมการแก้ไขปัญหา และผลการดำเนินงาน

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>เขตสุขภาพที่ ๑</p> <p>๑. จำนวนผู้เข้ารับการผ่าตัด ODS น้อย เนื่องจากภูมิลาเนาทางไกล/ ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ</p> <p>๒. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p> <p>๓. โรคและหัตถการที่สามารถให้บริการผ่าตัด ODS น้อย ยังไม่ครอบคลุมทุกโรค</p> <p>๔. ศัลยแพทย์ยังไม่มี ความมั่นใจ และเข้าร่วมไม่ครบทุกแผนก</p> <p>๕. ขาดอัตรากำลังผู้ประสานงานแต่ละหน่วยงาน</p>	<p>๑. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เพิ่มทางเลือก และสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน</p> <p>๒. การผลักดันเชิงนโยบายสร้างความเข้าใจ และสร้างความเชื่อมั่นของศัลยแพทย์ และทีมในการผ่าตัด ODS</p> <p>๓. เพิ่มศักยภาพในการผ่าตัดแต่ละ PCT และขยายหัตถการ ODS เพิ่มขึ้นในแต่ละสหสาขา ทั้งในและนอกเวลาราชการ เช่น จักขุ ออโรปิดิกส์</p> <p>๔. การเพิ่มศักยภาพของทีมปลายทางและเครือข่ายติดตามดูแลก่อน และหลังการผ่าตัด</p> <p>๕. ขยายการผ่าตัด ODS ไปยัง node</p>	<p>A = ๙๙๗</p> <p>B = ๑,๐๔๔</p> <p>ร้อยละ ๙๕.๕๐</p>

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	๖. จัดให้มีผู้ประสานงานโครงการ ODS ตาม OPD ต่างๆ	
เขตสุขภาพที่ ๒	-	A = ๖๐๘ B = ๖๔๘ ร้อยละ ๙๓.๘๓
เขตสุขภาพที่ ๓ ๑. การให้บริการการผ่าตัด ODS ไม่ครบทุกโรค ๒. โครงสร้างยังไม่เป็น One stop service ๒.๑ ห้องผ่าตัดมีน้อย ๒.๒ เครื่องมือ/ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ๒.๓ อัตรากำลังไม่เพียงพอ	๑. การประชาสัมพันธ์โครงการการผ่าตัด ODS ๒. โรงพยาบาลระดับ A , S เป็นพี่เลี้ยงในการทำ OR Sharing ให้กับ รพช. และมี Line Consult เพื่อลดการ refer ๓. วิเคราะห์แนวทางเพิ่มจำนวนหัตถการ ODS มากขึ้น	A = ๗๐๐ B = ๗๗๘ ร้อยละ ๘๙.๙๗
เขตสุขภาพที่ ๔	-	A = ๑,๑๑๖ B = ๑,๒๓๖ ร้อยละ ๙๐.๒๙
เขตสุขภาพที่ ๕ การทำหัตถการ ODS มีน้อย และไม่ครอบคลุมทุกสาขา	๑. วางมาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีจำนวนหัตถการ ODS เพิ่มขึ้นอีก ๗ กลุ่มโรค ๒. พัฒนามาตรการที่เหมาะสมในบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อสามารถเปิด ODS ได้เพิ่มขึ้น	A = ๙๗๕ B = ๙๙๖ ร้อยละ ๙๗.๘๙
เขตสุขภาพที่ ๖ การคัดเลือกผู้ป่วยรับการผ่าตัด ODS ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน	๑. ทบทวนทำความเข้าใจระบบการคัดเลือกผู้ป่วยให้มีความเข้าใจตรงกัน ๒. การพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ODS	A = ๑,๐๓๑ B = ๑,๐๕๗ ร้อยละ ๙๗.๕๔
เขตสุขภาพที่ ๗ ๑. ประชาชนยังไม่มี ความเชื่อมั่น การผ่าตัด ODS ๒. ความเชื่อมั่นของ ศัลยแพทย์ และ ทีม การผ่าตัด ODS ๓. อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ๔. การเก็บข้อมูลยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน	๑. ประชาสัมพันธ์และเพิ่มทางเลือกการผ่าตัด ODS ให้กับผู้ป่วย ผ่านศูนย์ประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล และจัดทำโปสเตอร์ ๒. จัดระบบการติดตามหลังการผ่าตัด ODS ๓. ขยายการผ่าตัด ODS ในโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายที่มีศัลยแพทย์ สูตินรีแพทย์ และ ศัลยแพทย์อโรบิคิกส์ ๔. อบรมการลงข้อมูลในโปรแกรม ODS แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน	A = ๓๙ B = ๔๒ ร้อยละ ๙๒.๘๖

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๘	-	A = ๓๐๗ B = ๓๕๙ ร้อยละ ๘๕.๕๒
เขตสุขภาพที่ ๙	-	A = ๘๑๙ B = ๙๐๐ ร้อยละ ๙๑.๐๐
เขตสุขภาพที่ ๑๐ ๑. การคัดกรอง และส่งผู้ป่วยเข้ารับ การผ่าตัด ODS ยังน้อย ๑.๑ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ และ ความเข้าใจ ๑.๒ ผู้ป่วยบางส่วนยังต้องการนอน โรงพยาบาล ๑.๓ ผู้ป่วยไม่สะดวกเดินทาง หรือไม่มี รถโดยสาร ๒. ศัลยแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการมีน้อย ๓. สถานที่ในการดูแลผู้ป่วยหลังการ ผ่าตัด ODS คับแคบ และไม่มีเตียง เฉพาะ	๑. การสื่อสาร และประชาสัมพันธ์โครงการผ่านทุก ช่องทาง เช่น สื่อสังคม Online เคเบิลทีวี หนังสือ สื่อพิมพ์ท้องถิ่น วิทยุ ฯลฯ ๒. กระตุ้นให้ศัลยแพทย์เห็นความสำคัญของการ ผ่าตัด ODS และเข้าร่วมการผ่าตัด ODS ๓. จัดทำ Guideline การเตรียมผู้ป่วยเข้ารับการ ผ่าตัด ODS ที่มีโรคประจำตัว เช่น HT, DM ๔. การส่งข้อมูล Refer back ไปยังโรงพยาบาลใน พื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยก่อน-หลัง ผ่าตัด	A = ๖๓๕ B = ๖๕๔ ร้อยละ ๙๗.๐๙
เขตสุขภาพที่ ๑๑ ๑. ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้ารับการผ่าตัด ODS เนื่องจากยังขาดความเชื่อมั่นหลังการ ผ่าตัด ๒. แพทย์ยังไม่มี ความมั่นใจในการ ผ่าตัด ODS	๑. สื่อสาร และประชาสัมพันธ์การผ่าตัด ODS ทั้ง ในและนอกโรงพยาบาล ๒. การคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มความ เชื่อมั่นแก่แพทย์ที่ผ่าตัด ODS ๓. การศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้การ ผ่าตัด ODS แก่ผู้รับผิดชอบ	A = ๗๓๙ B = ๘๘๑ ร้อยละ ๘๓.๘๘
เขตสุขภาพที่ ๑๒ ๑. ทักษะของของผู้ป่วย และญาติขาด ความมั่นใจในความปลอดภัยหลัง การผ่าตัด ODS ๒. การผ่าตัด ODS ยังไม่ครอบคลุมทุก โรคและหัตถการ	๑. มีการพัฒนาระบบ Post Discharge Surveillance แผลผ่าตัดเชื่อมโยงกับเครือข่าย นัดติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ๒. ผลักดันการผ่าตัด ODS เชิงนโยบายของ โรงพยาบาลเพื่อครอบคลุมทุกโรค ๓. เพิ่มการผ่าตัด ODS Health Literacy ก่อนเข้า รับการผ่าตัด และสร้างความปลอดภัยในการรับ บริการ	A = ๘๖๕ B = ๙๓๗ ร้อยละ ๙๒.๓๒

ปัญหา/ สาเหตุ	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๑๓	-	A = ๒๔๖ B = ๒๔๗ ร้อยละ ๙๙.๖๐

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

๒. หัวข้อ : การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)

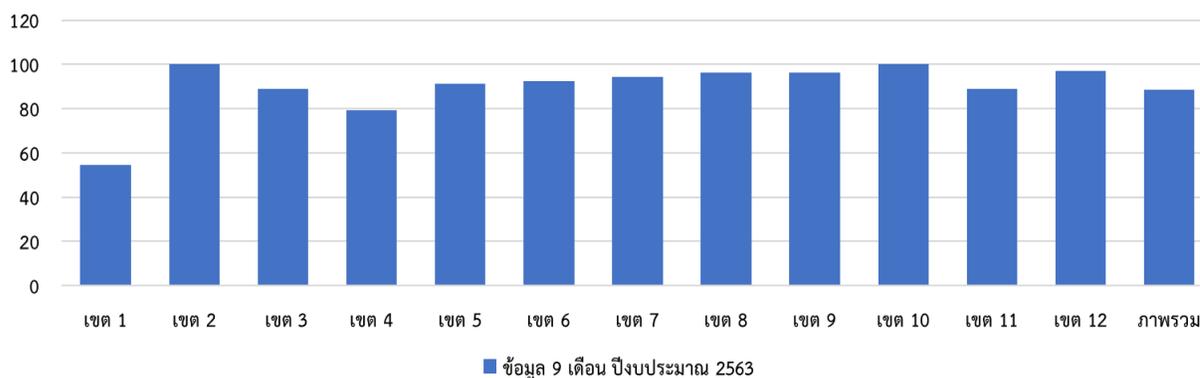
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน
(intermediate bed/ward)

(เป้าหมาย ๖ เดือน ร้อยละ ๖๐) (เป้าหมาย ๑๒ เดือน ร้อยละ ๗๕)



ปี 63 รอบที่ 2	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
		54.44	100	88.89	79.37	91.38	92.31	94.20	96.23	96.43	100	89.04	97.14

โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการ (A) = ๖๘๕ แห่ง

โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด (B) = ๗๗๓ แห่ง

หมายเหตุ - เขต ๘ ข้อมูลเฉพาะ ๕ จังหวัด (ขาดนครพนม และ สกลนคร)

- เขต ๑๐ ข้อมูลเฉพาะ ๔ จังหวัด (ขาดอำนาจเจริญ)

ที่มาข้อมูล : การรายงานของพื้นที่และการนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๑		
<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูล case IMC โดยการใช้ COC ยังไม่สามารถเก็บข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วน - ความยั่งยืนของระบบในการรองรับการดำเนินงาน IMC (บุคลากร ระบบข้อมูล , ภายอุปกรณ์ที่จำเป็น) 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการจัดทำ protocol discharge plan/standing order , ระบบ specialist consultation ที่มีความพร้อม , เกณฑ์และช่องทางในการรับกลับ กรณี pt. มีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง - ควรพัฒนาสนับสนุนความพร้อมของบุคลากร (จำนวน, ศักยภาพ) อุปกรณ์และสถานที่ในการให้บริการของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่จะเปิดบริการ IMC bed จัดตั้งทีมออกเยี่ยมสำรวจเพื่อช่วยเตรียมความพร้อมเพื่อเปิดให้บริการ IMC ให้กับโรงพยาบาลชุมชนที่เหลือ หรือการใช้ teleconsultation ในการดูแล - ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เกี่ยวข้องให้สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ - เน้นการนิเทศ กำกับ ติดตาม ผ่านในรูปแบบของคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อทำความเข้าใจในระบบการให้บริการและรับส่งต่อ 	<p>ร้อยละ ๕๔.๔๔</p> <p>A = ๔๙ แห่ง</p> <p>B = ๙๐ แห่ง</p>
เขตสุขภาพที่ ๒		
<ul style="list-style-type: none"> - การส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลระหว่าง รพศ./รพท. และ รพช. ขาดความต่อเนื่อง - ขาดอัตรากำลังที่มีความรู้ความเข้าใจในการทำงานฟื้นฟู 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการสื่อสารนโยบายการจัดบริการการฟื้นฟูสภาพของหน่วยงานที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร - จัดสนับสนุนงบประมาณในการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพยาบาล เวชฯ ฟื้นฟูปีละ ๒ คน 	<p>ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>A = ๔๒ แห่ง</p> <p>B = ๔๒ แห่ง</p>
เขตสุขภาพที่ ๓		
<ul style="list-style-type: none"> - ขาดบุคลากรเฉพาะทาง - สหสาขาวิชาชีพมีความเข้าใจในการให้บริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (IMC) ที่ไม่ตรงกัน - อุปกรณ์เครื่องมือสำหรับกายภาพบำบัดไม่เพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประชุมคณะกรรมการ Service Plan IMC ในระดับเขตและในระดับจังหวัด ปีละ ๒ ครั้ง - มีการจัดทำ Care Protocol ใช้ร่วมกันในระดับเขต - จัดระบบ Consultant โดยแพทย์ในเขตสุขภาพ - อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ 	<p>ร้อยละ ๘๘.๘๙</p> <p>A = ๔๐ แห่ง</p> <p>B = ๔๕ แห่ง</p> <p>- จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<ul style="list-style-type: none"> - หลังจากส่งต่อผู้ป่วย กลับไปรักษาใน รพช. มีระบบติดตามส่งต่ออย่างเป็นระบบเพื่อให้การบริหารฟื้นฟูสภาพมีประสิทธิภาพ พบว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ข้อยึดติด ฯลฯ ต้องกลับมารักษาซ้ำ - ยังพบว่าข้อมูลปัญหาการดูแลผู้ป่วยในชุมชนไม่ได้ถูกส่งต่อกลับมาถึงโรงพยาบาลและการดูแลฟื้นฟูไม่ครอบคลุมตามอาการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากสูญเสียโอกาสในการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ - การส่งต่อขาดความเชื่อมโยงในการประสานงาน 	<p>พยาบาลฟื้นฟูสภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างเครือข่ายระบบการดูแล และการส่งต่อ ผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายของ Service Plan สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ทั้งเขตสุขภาพที่ ๓ และจังหวัด - โรงพยาบาลแม่ข่าย สนับสนุนอุปกรณ์แก่โรงพยาบาลลูกข่าย 	<p>คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) จังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนการเพิ่มบุคลากรพยาบาลฟื้นฟู และสหสาขาวิชาชีพ - นำ Care protocol ผู้ป่วยระยะกลางระดับเขต มาเป็นแนวทางปฏิบัติทั้งจังหวัด
เขตสุขภาพที่ ๔		
<ul style="list-style-type: none"> - การจัดตั้ง IMC ในระดับ รพช. ยังไม่ครอบคลุม - การ Refer back ผู้ป่วย IMC น้อย - ขาดห้องน้ำคนพิการ และเตียงปรับระดับที่ยังมีไม่ครบทุกโรงพยาบาล ทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน IMC bed/ward - ขาดบุคลากรที่จำเป็นต่อการให้บริการ เช่น นัก 	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดใน CPG ขึ้นตอน Discharge Planning ให้ผู้ป่วยที่ BI < ๑๕ พิจารณา Refer back เป็นลำดับแรก และญาติผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลการให้บริการ IMC bed/ward และพยาบาลต้องคัดกรองและแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อ Refer back ผู้ป่วย IMC - สสจ. ควรกำหนดนโยบายให้มีการปรับปรุงด้านโครงสร้างให้ได้มาตรฐาน และเป็นการยกระดับการให้บริการผู้ป่วยในสังคมสูงอายุด้วย - ทุก รพช. ควรจัดให้มี นักกายภาพบำบัดอย่างน้อย ๒ คน นักกิจกรรมบำบัดอย่างน้อย ๑ คน 	<p>ร้อยละ ๗๙.๓๗</p> <p>A = ๕๐ แห่ง</p> <p>B = ๖๓ แห่ง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>กายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด</p> <p>- ระบบการบันทึกและส่งต่อข้อมูลมีความหลากหลายและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน</p>	<p>พยาบาลอย่างน้อย ๑ คน และมีนักแก้ไขการพูดทุกจังหวัด</p> <p>- ระบบบันทึกและส่งต่อข้อมูลควรใช้ Standard data set ที่เป็นรูปแบบเดียวกัน</p>	
เขตสุขภาพที่ ๕		
<p>- การจัดตั้ง IMC ในระดับ รพช. ยังไม่ครอบคลุม</p> <p>- มีการจัดตั้งระบบการดูแลผู้ป่วย IMC และมีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจังหวัดไปดูแลยัง รพช. บางจังหวัดยังไม่ชัดเจน</p>	<p>- กำหนด node IMC ในแต่ละ รพช. ให้ชัดเจนและปฏิบัติได้</p> <p>- พัฒนาบุคลากรและติดตามการใช้เตียง IMC ที่ รพช.</p> <p>- เพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพเพื่อเข้าถึงการรับบริการ</p> <p>- พัฒนาการเชื่อมโยงและเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ</p> <p>- ขยายบริการกลุ่มโรคเพิ่มเติมนอกเหนือจากกลุ่ม Stroke, Traumatic brain injury และ Spinal cord injury</p>	<p>ร้อยละ ๙๑.๓๘</p> <p>A = ๕๓ แห่ง</p> <p>B = ๕๘ แห่ง</p>
เขตสุขภาพที่ ๖		
<p>ระบบ</p> <p>- ระบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลระดับ M, F ที่รับผู้ป่วยกลับมา admit ยังมีความกังวลเรื่องส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลศูนย์ อาจยังไม่รองรับ หากเกิดปัญหาที่โรงพยาบาลชุมชนในผู้ป่วย Intermediate Care</p> <p>- ระบบการติดตาม รายงาน ตัวชี้วัด IMC</p> <p>- การประสานงานภายในทีมยังไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>- มีเครือข่ายงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ในระดับจังหวัด มีแนวทางการฟื้นฟูและส่งต่อสำหรับผู้ป่วย</p>	<p>ร้อยละ ๙๒.๓๘</p> <p>A = ๖๐ แห่ง</p> <p>B = ๖๕ แห่ง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ทำให้ไม่ได้รับการประเมิน และฟื้นฟูต่อเนื่อง <p>บุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขาดแคลนบุคลากรทั้ง นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงชุมชนได้เพียงพอ ขาดอัตรากำลังในการพัฒนาองค์ความรู้เนื่องจากภาระงานที่มาก 		
<p>เขตสุขภาพที่ ๗</p>		
<p>ด้านบุคลากรในทีมฟื้นฟู</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนและศักยภาพของบุคลากรในทีมฟื้นฟู - ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน <p>ด้านข้อมูล : เพื่อการส่งต่อ/ดูแล/การติดตามผู้ป่วยให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกลับได้รับการดูแล และฟื้นฟูไม่ครบถ้วน - ภายหลัง refer ผู้ป่วย Stroke กลับไปที่ รพช. IMC bed มีอัตราการ Readmission เพิ่มขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยหลังผ่านภาวะวิกฤติและระยะฟื้นฟู - Home health care : ส่งเสริมบทบาทและเพิ่มศักยภาพของ Care Giver/ อสม./ จิตอาสาของชุมชน - พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล พัฒนาโปรแกรม refer ให้เชื่อมโยง ข้อมูลได้ทั่วทั้งจังหวัด - ทบทวนสาเหตุและความพร้อมของการส่งต่อทั้งตัวผู้ป่วยและสถานรับส่งต่อ - มี Protocol , Guideline , เพิ่มข้อมูลในใบ refer ให้ครอบคลุมในการส่งต่อผู้ป่วย - การรายงานผลการติดตามการฟื้นฟูจนครบ ๖ เดือน 	<p>ร้อยละ ๙๔.๒๐</p> <p>A = ๒๕ แห่ง</p> <p>B = ๒๙ แห่ง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
การบริหารจัดการ - โครงสร้างอาคารที่ได้มาตรฐาน เช่น จัดให้มีห้องน้ำสำหรับผู้พิการในหอผู้ป่วย	- ส่งเสริมการปรับโครงสร้างอารยสถาปัตย์ในหอผู้ป่วย IMC และภายในโรงพยาบาล - จัดทำห้องน้ำผู้พิการในหอผู้ป่วย Intermediate Care เพิ่ม	
เขตสุขภาพที่ ๘		
- การจัดตั้ง IMC bed/ward ยังไม่ครอบคลุม - ขาดแคลนกำลังคน เช่น OT, ST, PT, PMR - ขาดโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับบันทึกและส่งต่อข้อมูล IMC ระหว่างหน่วยงาน ปัจจุบันใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลของ รพร. สว่างแดนดิน	- จังหวัดสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง IMC bed/ward ที่ได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน (สถานที่, ห้องน้ำ, เตียง, ทางลาด, อุปกรณ์กายภาพต่างๆ) - เพิ่มกรอบอัตรากำลังคนที่ขาดแคลนให้เพียงพอต่อการให้บริการ (ระดับนโยบาย) - ส่วนกลางพัฒนาโปรแกรมข้อมูล IMC ที่ Link กับฐานข้อมูลของโรงพยาบาลทุกระดับ และ link กับโปรแกรม LTC/PC/ผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๙๖.๒๓ A = ๕๑ แห่ง B = ๕๓ แห่ง (ขาดข้อมูล นครพนม สกลนคร)
เขตสุขภาพที่ ๙		
- ความเพียงพอของอัตราากำลังบุคลากร และขาดบุคลากรบางวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลฟื้นฟู นักแก้ไขการพูด นักกายอุปกรณ์ - การลงข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยในกลุ่ม IMC ในโปรแกรม Thai COC ลงไม่ครอบคลุมผู้ป่วย IMC ทุกราย และติดตามเยี่ยมไม่ครบ ๖ เดือน	นครราชสีมา ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด/ระดับโซน ๒. ประชุมคณะกรรมการระดับโซน เพื่อจัดทำข้อตกลงระหว่างโซนและโรงพยาบาล buddy ๓. อบรมบุคลากร ตามแนวทางการพัฒนา แต่ละโรงพยาบาล ๔. ติดตามผลการดำเนินงานเพื่อวางแผนพัฒนา บุรีรัมย์ - ลงนิเทศงานเพื่อปรับปรุงแก้ไขในส่วนที่ขาดสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรในระดับ รพ.สต. ให้มีความรู้ความเข้าใจการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามระบบงาน IMC สุรินทร์ ๑. โครงการพัฒนาความรู้ การดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน สำหรับพยาบาล รพช. และพยาบาล รพ.สต. จ.สุรินทร์ ๒. โครงการนิเทศและติดตามผลการดำเนินงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งการดูแลผู้ป่วย	ร้อยละ ๙๖.๔๓ A = ๘๑ แห่ง B = ๘๔ แห่ง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
	<p>ระยะกลางในโรงพยาบาลลูกข่าย จ.สุรินทร์ ชัยภูมิ</p> <p>๑. ดูแลในระบบ Intermediate Care ทองผ่านเกณฑ์ ๑๐๐% ระดับเขต</p> <p>๒. ผู้ป่วย Traumatic Brain injury และ Spinal Cord injury และผู้ป่วยกลุ่ม Capture the Fracture เขาระบบการดูแลแบบ Intermediate Care</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน - พัฒนาระบบ Consult ระบบ Fast track เช่น Stroke, STEMI, Sepsis, Trauma <p>๓. พัฒนาระบบการส่งต่อ-ส่งกลับ จังหวัดชัยภูมิ/เขตสุขภาพที่ ๙</p>	
เขตสุขภาพที่ ๑๐		
<p>ด้านบุคลากรในทีมฟื้นฟู</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขาดบุคลากร และ สหวิชาชีพ ยังไม่มี ผู้รับผิดชอบชัดเจน (IMC Manager) และ โรงพยาบาลลูกข่ายไม่มี แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู <p>ด้านระบบสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การลงข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน - ระบบการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลลูกข่ายมีข้อจำกัดในการใช้ยาลดเกร็ง Plastic 	<ul style="list-style-type: none"> - การประชุมและมอบนโยบายสื่อสารให้ชัดเจนเพื่อวางแผนพัฒนางานทั้งด้านบุคลากร - การใช้และข้อมูลในโปรแกรมสถาบันสิรินธร - การเชื่อมเครือข่ายให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและมีแนวทางชัดเจน 	<p>ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>A = ๖๑ แห่ง</p> <p>B = ๖๑ แห่ง</p> <p>(ขาดข้อมูลอำนาจเจริญ)</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๑๑</p> <p>๑. การลงข้อมูลของผู้ป่วยในโปรแกรมที่ไม่ตรงกัน ทำให้การรายงานผลล่าช้าและไม่เป็นปัจจุบัน</p>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การลงข้อมูลผู้ป่วยผ่าน Google Sheet/ Program Smart COC เพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการลงข้อมูลผ่าน Program Smart COC ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ 	<p>ร้อยละ ๘๙.๐๔</p> <p>A = ๖๕ แห่ง</p> <p>B = ๗๓ แห่ง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>๒. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยไปสู่ รพ.สต.</p>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านตรวจสอบกับผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลระดับ M และ F <p>มาตรการระดับเขต</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการติดตามผู้ป่วยเต็มรูปแบบและมีมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต 	
<p>๓. นักรายภาพบำบัด/พยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๕ วัน/๔ เดือน ไม่เพียงพอ</p>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนพัฒนาจำนวนบุคลากรให้เพียงพอต่อการบริการผู้ป่วย - จัดอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๕ วัน/๔ เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้าน IMC <p>มาตรการระดับเขต</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแนวทางการคัดกรองและการ Refer Back ผู้ป่วยที่เขาเกณฑ์กลับไปรับบริการที่ชัดเจน 	
<p>๔. ความไม่พร้อมด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบบริการ IMC bed ตามมาตรฐาน - มีการสำรองเตียงอย่างเหมาะสม <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการให้บริการ IMC Ward ตาม Care protocol อย่างเป็นรูปธรรม <p>มาตรการระดับเขต</p> <ul style="list-style-type: none"> - เชื่อมโยงนโยบายระดับชาติลงสู่การปฏิบัติในระดับเขตและจังหวัด 	

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๑๒		
- ขาดอัตราที่เพียงพอในสายงานนักกิจกรรมบำบัด ในโรงพยาบาลระดับ M, F - ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการติดตามและฟื้นฟูใน รพช. เนื่องจากขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในทุกกระดับ	- จัดกลุ่ม รพช. (node) บริการ IMC - ใช้กลไก พชอ./อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามดูแลในชุมชน และเชื่อมโยงข้อมูล - เพิ่ม Self-Efficacy กลุ่มประชาชนในการสังเกตอาการที่ต้องรีบพบแพทย์ตั้งแต่ Primary Care	ร้อยละ ๙๗.๑๔ A = ๖๘ แห่ง B = ๗๐ แห่ง

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

เขตสุขภาพที่ ๑	จังหวัดพะเยา การลงข้อมูลใน EMR การส่งข้อมูลและระบบปรึกษาทาง line group มี protocol ที่ชัดเจนและใช้ร่วมกันแบบสหวิชาชีพ มีแผนการจำหน่ายและแผนการดูแลที่ส่งมอบให้โรงพยาบาลปลายทาง , มีช่องทางอำนวยความสะดวกในกรณีต้องกลับมารักษาที่โรงพยาบาลพะเยา
เขตสุขภาพที่ ๓	๑. โปรแกรม Three refer เป็นระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่พัฒนาใช้ในเขตสุขภาพที่ ๓ ๒. มีการสร้างเครือข่ายบุคลากรดำเนินงานด้าน IMC ในทุกระดับและมีแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลผ่าน Line Application ๓. จังหวัดอุทัยธานี เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการสนับสนุนที่ดี (มีการจัดอบรมให้ความรู้เป็นที่ปรึกษา/กระตุ้นติดตาม/เยี่ยมเสริมพลังใน รพช. ทุกแห่งที่เป็นเครือข่ายอย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี
เขตสุขภาพที่ ๕	ราชบุรี - มีระบบ Fast Track Severe Head Injury ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Level ๘ - มี SMC คลินิกชุมชน ลดจำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่ ER นอกเวลา สมุทรสาคร - มีการใช้ระบบเยี่ยมบ้าน (Home health care) เพื่อชดเชยโรงพยาบาลเครือข่าย นครปฐม - ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์ผสมผสาน โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น

เขตสุขภาพที่ ๖	<ol style="list-style-type: none"> ๑. โครงการ อสมก. รพ.สต. บ้านพระ เป็นการฝึกอบรม อสม. ในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ของตนเอง มีการเข้ามาฝึกปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์ และระยะแรกมีทีมเวชกรรมฟื้นฟูจากโรงพยาบาลศูนย์ ร่วมลงติดตามผู้ป่วยก่อน จนสามารถเปิดศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยที่ รพ.สต. บ้านพระ และมีการนำแนวทางนี้ไปขยายต่อในพื้นที่อื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลนาดี และที่ PCC เมือง จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ๒. ใช้ระบบ Telemedicine เข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยเฉพาะสาขาที่ไม่มีบุคลากรในโรงพยาบาลระดับ M, F และชุมชน ๓. มีระบบ On top – IPD IMC เพื่อเพิ่มรายได้ การเบิกจ่ายในกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ๔. การส่งต่อและติดตามผลผู้ป่วยทาง line group และบันทึกข้อมูลด้วย Google drive
เขตสุขภาพที่ ๗	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ขอนแก่น Seamless care ในผู้ป่วย Stroke และ PNC Stroke Card ๒. มหาสารคาม อุปกรณ์ฝึกนั่งและยืนทรงตัว ๓. ร้อยเอ็ด NEMO care Roi-et และ Rehabilitation สัญจร ๔. กาฬสินธุ์ บ้านโฮมสุข
เขตสุขภาพที่ ๙	<ol style="list-style-type: none"> ๑. บุรีรัมย์ มีเครือข่ายที่เข้มแข็ง โรงพยาบาลบ้านด่าน มี IMC ward ที่รองรับอำเภอเมือง ๒. ชัยภูมิ หนองบัวแดง โรงพยาบาลระดับ M๒ สามารถเปิด ward IMC จำนวน ๑๐ เตียงได้
เขตสุขภาพที่ ๑๐	<ol style="list-style-type: none"> ๑. มุกดาหาร นัดผู้ป่วยทำกายภาพ โรงพยาบาลใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง ๒. อำนาจเจริญ มีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย Ischemic stroke ของ Intermediate Care กับ Stroke corner ๓. ศรีสะเกษ มีการพัฒนาโปรแกรม สถาบันสิรินธร และ OPD Stroke (One stop service)
เขตสุขภาพที่ ๑๑	<p>จังหวัดกระบี่</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาการดูแลร่วมกับเทศบาลอ่าวลึกและชุมชนสร้างศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วย Long Term Care - พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมร่วมกับทีม IMC Stroke Clinic เกษัชกร แพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลเหนือคลอง - มีการลงพื้นที่นิเทศพัฒนางานด้าน IMC ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง <p>จังหวัดชุมพร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการตอบรับจากผู้บริหารค่อนข้างดี เช่น การจัดตั้งทีมครบทุก รพช. สามารถจัดตั้งเครือข่ายลงไปสู่ รพ.สต. และได้รับการสนับสนุน Refer Back ภายใน ๔๘ ชั่วโมง จาก รพช.

	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร ด้านการฟื้นฟู - โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดประเมินพัฒนาศักยภาพให้ความรู้เรื่องการกลืน การพูด ความพิการ ๗ ด้านให้กับ รพช. <p>จังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาการลงข้อมูลผ่านโปรแกรม Smart COC และ Google Drive ได้ต่อเนื่องครบ ๖ เดือน <p>จังหวัดภูเก็ต</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปิดให้บริการ Day Care ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ตำบลเกาะแก้ว และ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓ เทศบาลนครภูเก็ต <p>จังหวัดสุราษฎร์ธานี</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMC Ward โรงพยาบาลพุนพิน สามารถรองรับผู้ป่วย Post Stroke จากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ไปดูแลได้อย่างครบวงจร มีประสิทธิภาพ สามารถลดความแออัด ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ได้อย่างเป็นรูปธรรม
เขตสุขภาพที่ ๑๒	<ol style="list-style-type: none"> ๑. สงขลา บางกล้า model ต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย IMC ๒. ตรัง (โรงพยาบาลกันตัง) เป็น Role model ๓. ตรัง มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการให้บริการ Intensive Intermediate Care ๔. พัทลุง โดย รพ.เขาชัยสน มีการสร้างอาคารฟื้นฟู และมีการพัฒนาโครงการเข้าถึงบริการมากขึ้น ๕. โครงการวารีบำบัด และมีการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

เขตสุขภาพที่ ๑	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจแก่โรงพยาบาล M และ F ที่มีแผนเปิด IMC bed/ward ควรมีการจัดทำ Protocol Discharge Plan/Standing order , ระบบ Specialist consultation ที่มีความพร้อม , เกณฑ์และช่องทางในการรับกลับ กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง - ควรพัฒนาสนับสนุนความพร้อมของบุคลากร (จำนวน, ศักยภาพ) อุปกรณ์และสถานที่ในการให้บริการของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่จะเปิดบริการ IMC bed จัดตั้งทีมออกเยี่ยมสำรวจ เพื่อช่วยเตรียมความพร้อมเพื่อเปิดให้บริการ IMCให้กับโรงพยาบาลชุมชนที่เหลือ หรือการใช้ teleconsultation ในการดูแล - ในช่วงที่อยู่ระหว่างการพัฒนา IMC bed/ward หาก รพช. ใด ยังไม่มีการพร้อมรับ ควรมีการให้ refer ข้ามเขต (zone) ได้ และควรสื่อสารให้ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ทราบหากมีการ refer ข้ามเขต - สะท้อนข้อมูลผลลัพธ์อื่นๆ ทั้งประโยชน์ต่อผู้ป่วย ญาติ และผลทางการบริหาร
-----------------------	---

	<p>จัดการเตียงและการเงินในภาพจังหวัดอย่างต่อเนื่องผ่าน คณะกรรมการระบบสุขภาพจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในกรณีระบบการจัดเก็บข้อมูลและการติดตามข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่หลากหลาย ยังไม่สามารถติดตามผลได้ ควรจัดทำแบบฟอร์มการจัดเก็บข้อมูล เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน กำหนดผู้รับผิดชอบในการลงข้อมูลรวมทั้งการติดตามผล โดยสหวิชาชีพ - ควรมีการจัดตั้ง Case Manager IMC ที่ รพช. และ สสจ. (ในบางจังหวัดที่ยังไม่ได้ดำเนินการ) เพื่อรวบรวมข้อมูลทั้งจังหวัดเพื่อความต่อเนื่องในการเก็บข้อมูลรายโรคจากโรงพยาบาลชุมชน - ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เกี่ยวข้องให้สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ - เน้นการนิเทศ กำกับ ติดตาม ผ่านในรูปแบบของคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อทำความเข้าใจในระบบ - การให้บริการและรับส่งต่อ เพื่อกระตุ้นให้มีการดำเนินการตาม Protocol อย่างสม่ำเสมอ <p>สำหรับส่วนกลาง :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ศึกษากระบวนการเพิ่มระบบการเบิกค่าใช้จ่าย on top ที่พบว่ายังมีความแตกต่างจากเขตอื่นๆ การเบิกจ่าย เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการพัฒนาระบบการบริการ IMC ในภาพรวมของจังหวัด และเขต
เขตสุขภาพที่ ๒	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาโปรแกรม PRM referral network
เขตสุขภาพที่ ๓	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้าน IMC ให้ครอบคลุมทุกสาขาที่จัดให้บริการ - เพิ่มการส่งต่อ IMC/ refer back - มีการบูรณาการด้าน IMC ในทุกภาคส่วน สสจ. /สสอ./รพท./รพช./รพ.สต. - พัฒนาการจัดบริการ IMC ให้ครอบคลุมและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน <p>สำหรับส่วนกลาง :</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งและดำเนินงาน IMC เป็นพี่เลี้ยงให้คณะทำงานและติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง - ให้การสนับสนุนด้านความรู้ บุคลากร เวชภัณฑ์ ระบบข้อมูลและเพิ่มศักยภาพด้าน Intermediate Care ให้แก่เขตสุขภาพ
เขตสุขภาพที่ ๕	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <p>กาญจนบุรี</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์สถานการณ์ของการส่งกลับไปยังโรงพยาบาลที่รับ IMC และวาง

	<p>มาตรการเพื่อแก้ปัญหาการส่งกลับ</p> <p>สมุทรสาคร</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างระบบ Intermediate bed /ward ทดแทน และใช้เครื่องมืออื่นช่วย หรือการจัดสรรเตียงในจังหวัด - เพิ่มศักยภาพ รพ.สต. - วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาแยกกลุ่มประชากร - วางมาตรการการประสานงานและติดตาม case <p>นครปฐม</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาบุคลากร และติดตามการใช้เตียง IMC ที่สามารถใช้งานได้จริงใน รพช. - พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลและการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ
<p>เขตสุขภาพที่ ๖</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) - การพัฒนา Mapping บุคลากรเนื่องจากนักกิจกรรมบำบัดมีเพียงโรงพยาบาลศูนย์ - การพัฒนา Telemedicine เพื่อรับคำปรึกษาในการดูแล - พัฒนาบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ - มีการติดตามผู้ป่วยจนครบ ๖ เดือน เชื่อมโยงข้อมูลมายังโรงพยาบาลศูนย์เพื่อแก้ไขปัญหาและวางแนวทางการพัฒนาให้ดีขึ้น - พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลให้สะดวกต่อผู้เก็บข้อมูล - นำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการติดตามนิเทศ การเยี่ยมบ้าน มาวิเคราะห์ สรุปประเด็นสำคัญ เพื่อพัฒนาแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม
<p>เขตสุขภาพที่ ๗</p>	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย: <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนวิชาการการอบรมเกี่ยวกับ Intermediate Care แก่บุคลากรในโรงพยาบาลระดับ M และ F - ส่งเสริมบทบาทและเพิ่มศักยภาพของ Care Giver/ อสม./ จิตอาสาของชุมชน ๒. พัฒนาโปรแกรม Refer ให้เชื่อมโยงข้อมูลได้ทั่วทั้งจังหวัดและในระดับเขต : ทบทวนและจัดทำ Protocol/ Guideline และทบทวนปรับปรุงข้อมูลแบบฟอร์มการบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย ให้ครบถ้วนครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วย และนำไปพัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย ๓. พัฒนาระบบรายงานข้อมูลการ Refer Back อัตราครองเตียง IMC และการกลับมา F/U

	<p>๔. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ที่เอื้อต่อการฟื้นฟูและช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากเกณฑ์มาตรฐาน IMC กระทรวง</p> <p>สำหรับส่วนกลาง :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดสรรอัตรากำลังตำแหน่งที่มีความจำเป็นในการดำเนินงาน IMC เช่น นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ๒. สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและส่งเสริมด้านวิชาการการอบรมเกี่ยวกับ Intermediate Care ๓. สนับสนุนทรัพยากรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ IMC ให้ได้มาตรฐาน เช่น ห้องน้ำ ผู้พิการ ๔. การพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ติดตามประสิทธิภาพการใช้เตียง IMC bed และ Health outcome ของผู้ป่วย
<p>เขตสุขภาพที่ ๘</p>	<p>สำหรับพื้นที่ : พัฒนาระบบข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อนำไปวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง</p> <p>สำหรับส่วนกลาง : สนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อรองรับการพัฒนาความครอบคลุมของการบริการในด้านต่าง ๆ ของห้องฉุกเฉิน</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๙</p>	<p>บุรีรัมย์</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาระบบ IMC Bed/Ward ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย IMC ให้ครบ ๖ เดือนมากขึ้น

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

๒. หัวข้อ : จำนวนโรงพยาบาลที่มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กองบริหารการสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมสุขภาพจิต

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

สรุปสถานการณ์

๑. จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการรับยาที่ร้านยา ทั้งหมด ๑๓๐ แห่ง ใน ๗๑ จังหวัด แบ่งตามสังกัดดังนี้
 - ๑.๑ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๑๘ แห่ง
 - ๑.๒ สังกัดอื่นๆ จำนวน ๑๒ แห่ง
๒. ปริมาณการใช้บริการ ณ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ : จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด ๓๔,๗๑๕ ใบสั่งยา โดยเขตที่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ เขต ๑ (๙,๒๖๐ ใบสั่ง) เขต ๖ (๔,๑๕๗ ใบสั่ง) เขต ๑๒ (๔,๐๔๐ ใบสั่งยา) และเขต ๕ (๓,๒๖๙ ใบสั่งยา)
๓. จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานโดดเด่น (bright spot) ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (๕,๖๐๐ ใบสั่ง) จังหวัดลำพูน (๓,๔๒๙ ใบสั่ง) จังหวัดสงขลา (๓,๐๔๒ ใบสั่ง) จังหวัดนครราชสีมา (๑,๖๕๕ ใบสั่ง) และจังหวัดชลบุรี (๑,๔๒๑ ใบสั่ง)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>สาเหตุ :</p> <p>๑. ผู้ป่วยเลือกใช้บริการรับยาที่ร้านยาค่อนข้างน้อย เนื่องจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการมีเฉพาะในเขตตัวเมือง ยังไม่กระจายอย่างทั่วถึงในทุกอำเภอ - ใช้บริการได้เฉพาะสิทธิ์ UC - ผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมโครงการฯ แต่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มโรคที่กำหนด 	<ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ ประชาสัมพันธ์โครงการฯ และสร้างความมั่นใจในระบบบริการรับยาที่ร้านยาให้ประชาชน ๑.๒ ขยายร้านยาให้ครอบคลุมพื้นที่บริการของผู้ป่วยมากขึ้น ๑.๓ ขยายกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีอาการคงที่ โดยเฉพาะกลุ่ม re-medication ๑.๔ การจัดบริการรับยาแบบผสมผสานหลายรูปแบบ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - รับยาที่ร้านยา - รับยาทางไปรษณีย์ พร้อมบริการ telepharmacy - รับยาที่ รพ.สต.พร้อมบริการเภสัช 	<ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ ๑๓๐ แห่ง มีผู้ป่วยใช้บริการประมาณ ๒๒,๐๐๐ ราย (๓๕,๐๐๐ ใบสั่ง) ๑.๒ สปสช. เปิดรับโรงพยาบาล/ร้านยา ที่จะเข้าร่วมโครงการเพิ่มเติมในปี ๖๔ ๑.๓ โรงพยาบาลสามารถแจ้ง สปสช. เพื่อขยายบริการในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เพิ่มเติมได้

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>- ช่วงสถานการณ์ระบาดของ Covid-19 มีทางเลือกการส่งยาทางไปรษณีย์ รับยาที่ รพ.สต. และ อสม. Delivery อาสาส่งยาถึงบ้าน</p>	<p>ปฐมภูมิ</p>	
<p>๒. การดำเนินการตามรูปแบบที่ ๓ ยังไม่สามารถทำได้ เนื่องจากติดปัญหาเรื่องการจัดการด้านราคา (รูปแบบ ๓ : ร้านยาจัดซื้อยาและจัดจ่ายยาให้ผู้ป่วยตามใบสั่ง) ซึ่งเป็นระบบที่ลดภาระงานของโรงพยาบาลตั้งแต่จัดซื้อจัดเก็บ และจัด/จ่ายยา</p>	<p>๒.๑ ประชุมวางแผนทางการดำเนินการระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช. องค์การเภสัชกรรม และบริษัทผู้ผลิต/จำหน่ายยา ๒.๒ กำหนดโรงพยาบาลนำร่องดำเนินการในรูปแบบ ๓</p>	<p>๒.๑ แผนปี ๖๔ มีโรงพยาบาลนำร่อง รูปแบบที่ ๓ จำนวน ๑๘ แห่ง ๒.๒ มีงบประมาณสำหรับดำเนินงาน (จาก สปสช.) ๒.๓ องค์การเภสัชกรรม เป็นหน่วยจัดหาและกระจายยาให้ร้านยาในเครือข่ายของโรงพยาบาล</p>
<p>๓. การจัดการเชื่อมโยงข้อมูลใบสั่งยาจากโรงพยาบาลสู่ร้านยา และข้อมูลบริการของร้านยาส่งคืนกลับให้โรงพยาบาล</p>	<p>๓.๑ พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานกลาง (dataset) ใบสั่งยาและข้อมูลที่จำเป็นในการบริการเภสัชกรรมที่ร้านยา ๓.๒ พัฒนาโปรแกรมเพื่อการเชื่อมต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลและร้านยาภายใต้ระบบเดียวกันทั่วประเทศ ๓.๓ พัฒนาระบบ telepharmacy เพื่อให้ทีมโรงพยาบาลและร้านยาติดตามผู้ป่วยร่วมกัน ๓.๔ พัฒนาระบบประมวลผลและแสดง dashboard เพื่อการติดตามนโยบาย</p>	<p>๓.๑ ปัจจุบันร้านยาจะบันทึกข้อมูลบริการ (รายการยา) เข้าโปรแกรมกลาง เพื่อเชื่อมโยงไปยัง สปสช. ๓.๒ (ร่าง) dataset กลาง เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลใบสั่งยา + ข้อมูลอื่นๆ จากโรงพยาบาล เข้าสู่ cloud กลาง และเชื่อมต่อมายังร้านยาในเครือข่ายบริการ (อยู่ระหว่างการทดสอบส่ง)</p>

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

การพัฒนากลไก การจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการโดยคณะกรรมการร่วมจากโรงพยาบาล และร้านยา ทำให้ขับเคลื่อนโครงการได้อย่างเป็นระบบ มีความเข้าใจพร้อมสื่อสารประชาสัมพันธ์โครงการฯ ร่วมกัน (โรงพยาบาลหาดใหญ่) - สร้างความมั่นใจด้านคุณภาพ โดยมีการนิเทศ เยี่ยมร้านยาหลังดำเนินการเพื่อรับรองคุณภาพบริการ (โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลหาดใหญ่)
การเตรียมการ	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาสัมพันธ์ผ่าน Clip , Website , แผ่นพับสื่อประชาสัมพันธ์โครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี) - วางแผนการกระจายร้านยาที่เข้าร่วมโครงการให้ครอบคลุมพื้นที่บริการ (โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลลำพูน) - พัฒนาแบบตรวจประเมินเพื่อคัดเลือกร้านยาที่มีคุณภาพ (โรงพยาบาลชลบุรี) - พัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดระบบบริการรับยาที่ร้านยา (โรงพยาบาลชัยภูมิ) - ระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์โดยระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์)
การปรับ กระบวนการ บริการ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดระบบ refill ยา ทุก ๒ เดือน เพื่อลดการถือครองยาของผู้ป่วยเกินความจำเป็น ลดปัญหาขาดเหลือใช้ และได้มีการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลสมุทรปราการ) - การลดเวลาการรอรับยา ผู้ป่วยสามารถรับยาได้ในวันเดียวกัน (โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลมหาสารคาม) - การจัดระบบให้เภสัชกรร้านยาเป็นทีมเดียวกับงานเภสัชกรรมปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต) - การจัดขนส่งยาจากโรงพยาบาลไปยังร้านยา เป็นรถขนส่งแบบควบคุมอุณหภูมิ เก็บรักษาได้ตามมาตรฐาน (โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต)
สารสนเทศ	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลนครพิงค์ พัฒนาโปรแกรมในการส่งต่อข้อมูลระหว่างร้านยาและโรงพยาบาลแบบออนไลน์ โดยร้านยาที่เข้าร่วมโครงการสามารถทราบผลการวินิจฉัยโรค ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใช้ยา ๖ เดือน ย้อนหลัง และผลทางห้องปฏิบัติการ (เฉพาะรายที่มารับยาที่ร้านยานั้นๆ) เพื่อจะได้ให้การแนะนำ และติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย - โรงพยาบาลพระจอมเกล้า มีโปรแกรมออนไลน์ แจ้งชื่อผู้ป่วย รายการยาตามใบสั่ง สถานการณ์ไปรับยาที่ร้านยาของผู้ป่วย - Application ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหา ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลชลบุรี) - การส่งใบสั่งยาไปยังร้านยาด้วยโปรแกรม E-prescription ไปยังร้านยา ในการให้บริการด้วยโมเดลที่ ๒ (โรงพยาบาลพุทธโสธร) - โปรแกรมการเชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ร้านยา พร้อม QR code นำทาง QR code ฉลากยา สำหรับผู้รับบริการ (โรงพยาบาลขอนแก่น และ โรงพยาบาลมหาสารคาม) - พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่ออำนวยความสะดวกต่อระบบงานรับยาที่ร้านยา เช่น ออกใบส่งตัวผู้ป่วย ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ใบนัดผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา รวมถึงการแบ่ง refill ยา ของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง (โรงพยาบาลอุดรธานี) - Web application เชื่อมโยงข้อมูลโรงพยาบาลและร้านยา (โรงพยาบาลวารินชำราบ)

	- Application WR Hos connect เชื่อมโยงข้อมูลโรงพยาบาลกับร้านยา สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ทั้งยาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งดูการรับบริการย้อนหลังได้ ๘ ครั้ง (โรงพยาบาลระนอง)
นวัตกรรมบริการ	- E-Locker ที่สถานีใกล้เคียง ในบริเวณปั้มน้ำมัน ปตท. (รพร.สระแก้ว) - kiosk ให้ผู้ป่วยเลือกร้านยา เช่นไบอินยอมได้ด้วยตนเอง (โรงพยาบาลระยอง)
การประเมินผล	- ระบบการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลกระบี่) - เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยรับยาลดลง (โรงพยาบาลกระบี่)

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

- ขยายโครงการเพื่อให้มีร้านยาต่างอำเภอเข้าร่วม รวมทั้งขยายประเภทของกลุ่มโรค
- ให้ความรู้แก่ประชาชนรวมทั้งการประชาสัมพันธ์ในการรับยาที่ร้านขายยาเพิ่มผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจ เนื่องจากไม่อยากเดินทางไปรับยาที่ร้านยา
- พัฒนาระบบสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันของเภสัชกรโรงพยาบาล และร้านขายยาสะดวกรวดเร็ว ของทุกจังหวัด
- ให้มีการประเมินผลด้านต่างๆ ได้แก่ ประเมินคุณภาพการให้บริการในระบบรับยาที่ร้านยา ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประเมินความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงประเมินผลลัพธ์เชิงสุขภาพ

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- ขยายการให้บริการประชาชนในสิทธิการรักษาอื่น เช่น ข้าราชการ ประกันสังคม
- พัฒนาแนวทางการดำเนินงานในรูปแบบที่ ๓ ให้สามารถปฏิบัติได้จริง
- เร่งพัฒนาระบบการรับ-ส่งข้อมูล ระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ และสอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาล เช่น การบันทึกปัญหาจากการใช้ยา ยาเหลือ ความร่วมมือในการใช้ยา

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

หัวข้อ : การกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมสุขภาพจิต

๑. วิเคราะห์สถานการณ์

การติดตามผลการดำเนินงานการกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดของหน่วยบริการ โดยการรับยาใกล้บ้านของโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดให้ครอบคลุมทั้งเขตบริการสุขภาพและความก้าวหน้าด้านผลผลิต ผลลัพธ์ และปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน จากการตรวจราชการรอบที่ ๒ (มกราคม – มิถุนายน ๒๕๖๓) พบว่า ความครอบคลุมของจำนวนหน่วยบริการของโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ลงทะเบียนโรคทางจิตเวชเข้าร่วมโครงการ มีจำนวน ๖๐ แห่ง อัตราความครอบคลุมการตอบรับนโยบายการพัฒนาของพื้นที่ (Area Coverage rate) คิดเป็น ร้อยละ ๗๘.๙ และพบว่า มีหน่วยบริการที่สามารถส่งผู้ป่วยจิตเวชไปรับยาที่ร้านขายยาสำเร็จ (Succession rate) จำนวน ๒๑ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๓๕ ดังตารางที่ ๑

เขตสุขภาพ	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	รวม
จำนวนจังหวัดในเขต	๘	๕	๕	๘	๘	๘	๔	๗	๔	๕	๗	๗	๗๖
จำนวนโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่เข้าร่วมการลงทะเบียนโรคทางจิตเวช	๖	๕	๕	๘	๗	๘	๔	๓	๔	๕	๘	๗	๖๐
อัตราความครอบคลุมการลงทะเบียนโรคทางจิตเวช	๗๕	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๘๗.๕	๑๐๐	๑๐๐	๔๒.๙	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๗๘.๙
จำนวนโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ดำเนินงานสำเร็จ	๒	๓	๑	๒	๓	๑	๐	๑	๒	๒	๓	๑	๒๑
อัตราความดำเนินงานตามโครงการสำเร็จ	๓๓.๓	๖๐	๒๐	๒๕	๔๒.๘	๑๒.๕	๐	๓๓.๓	๕๐	๔๐	๓๗.๕	๑๔.๒	๓๕

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานในการเข้าร่วมโครงการการจัดบริการโรคเรื้อรังและโรคทางจิตเวชของโรงพยาบาลประจำจังหวัด ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๓)

การดำเนินงานของโรงพยาบาลและสถาบันในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่เข้าร่วมการดำเนินงานโครงการฯ จำนวน ๑๕ แห่ง อัตราความครอบคลุมการตอบรับนโยบายการพัฒนาของพื้นที่ คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ และหน่วยบริการที่สามารถส่งผู้ป่วยจิตเวชไปรับยาที่ร้านขายยาสำเร็จ จำนวน ๑๓ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๘๖.๗ ดังตารางที่ ๒

ทั้งนี้ โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ยังไม่มีผลการดำเนินงานส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านขายยา ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ และโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

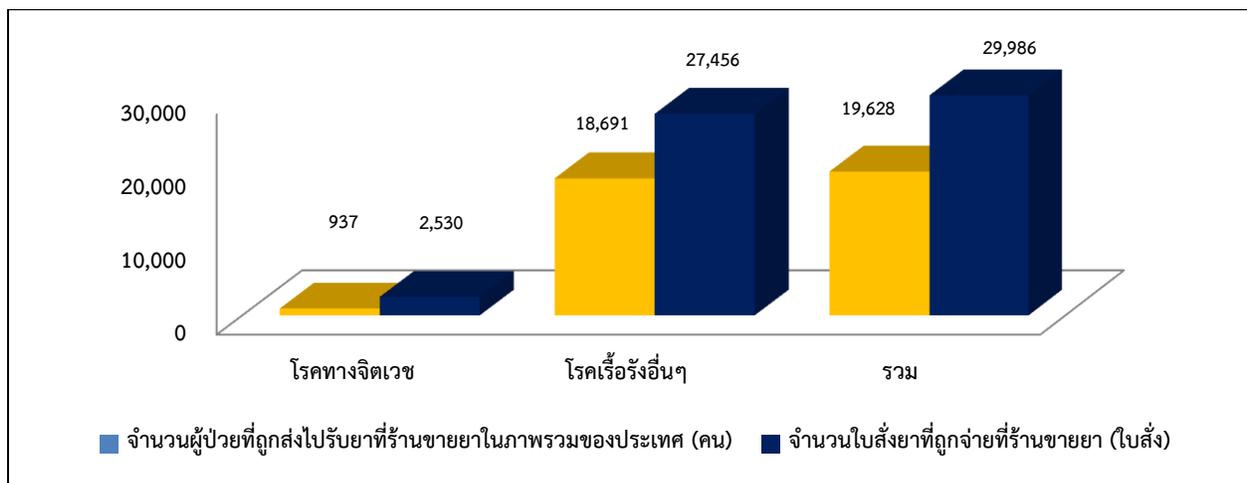
เขตสุขภาพ	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	รวม
โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต (แห่ง)	๑	๑	๑	๑	๐	๒	๑	๒	๑	๑	๑	๑	๒	๑๕
โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ดำเนินการจัดบริการสำเร็จ (มีผู้ป่วยไปรับยา) (แห่ง)	๑	๐	๐	๑	๐	๒	๑	๒	๑	๑	๑	๑	๒	๑๓
ความสำเร็จของการจัดบริการสำเร็จ	๑๐๐	๐	๐	๑๐๐	๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๘๖.๗

ตารางที่ ๒ แสดงผลการดำเนินงานในการเข้าร่วมโครงการการจัดบริการโรคเรื้อรังและโรคทางจิตเวชของโรงพยาบาลและสถาบันในสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตสุขภาพ

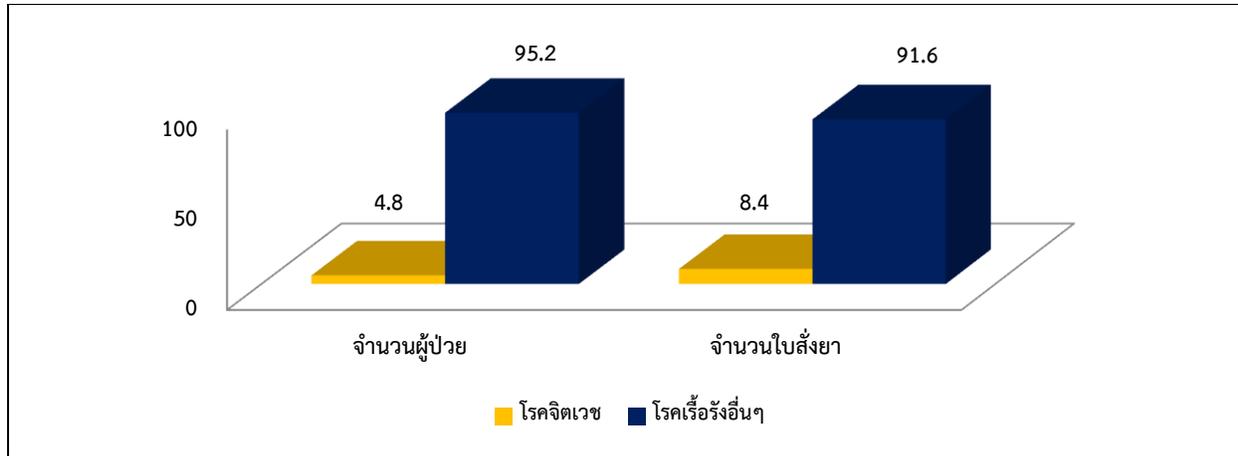
จากผลการดำเนินงานโครงการกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยาของกรมสุขภาพจิต นับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ที่เริ่มดำเนินโครงการ มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชถูกส่งไปรับยาที่ร้านขายยาที่รวมเป็นหน่วยบริการจำนวน ๙๓๗ คน คิดเป็น ร้อยละ ๔.๘ ของผู้ป่วยทั้งหมด มีจำนวนใบสั่งยาของผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกจ่ายยาในร้านขายยา จำนวน ๒,๕๓๐ ใบสั่งยา คิดเป็นร้อยละ ๘.๔ ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด ดังตารางที่ ๓ และภาพที่ ๑, ๒

ผลการดำเนินงาน	จำนวน (%)
จำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งไปรับยาที่ร้านขายยาในภาพรวมของประเทศ (คน)	๑๙,๖๒๘
จำนวนใบสั่งยาที่ถูกจ่ายที่ร้านขายยา (ใบสั่ง)	๒๙,๙๘๖
จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกส่งไปรับยาที่ร้านขายยาในภาพรวมของประเทศ(คน)	๙๓๗ (๔.๘ %)
จำนวนใบสั่งยาของผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกจ่ายที่ร้านขายยา (ใบสั่ง)	๒,๕๓๐ (๘.๔ %)

ตารางที่ ๓ แสดงผลลัพธ์การดำเนินงานในภาพประเทศ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๓)



ภาพที่ ๑ แสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวช และใบสั่งยาโรคทางจิตเวชที่ถูกส่งไปรับยาที่ร้านขายยา



ภาพที่ ๒ แสดงร้อยละของผู้ป่วยและโรคทางจิตเวชที่ถูกส่งไปรับยาที่ร้านขายยาในภาพประเทศ (%)

โดยภาพรวมของการดำเนินงานในการกระจายผู้ป่วยจิตเวชไปรับยาที่ร้านขายยาของเขตสุขภาพ พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สามารถดำเนินการได้เป็นแบบอย่างที่ดี และมีผลการดำเนินงานในภาพรวมประเทศ ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เขตสุขภาพที่ ๒ , โรงพยาบาลสระบุรี เขตสุขภาพที่ ๔ , โรงพยาบาลนครปฐม เขตสุขภาพที่ ๕ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ เขตสุขภาพที่ ๑๒ ดังตารางที่ ๔ และภาพที่ ๓

เขตสุขภาพ	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	รวม
จำนวนใบสั่งยาโรคทางจิตเวช (ใบสั่ง)	๕๓	๘๑	๒	๑๑๑	๑๙๙	๖๔	๒๔	๔๖	๑,๒๕๐	๓๕๙	๙๘	๒๑๔	๒๙	๒,๕๓๐
จำนวนใบสั่งยาจากโรงพยาบาลในกรมสุขภาพจิต	๔๔	๐	๐	๔	๐	๕๓	๒๔	๔๕	๑,๒๔๗	๓๕๐	๖๙	๙	๒๐	๑,๘๖๕
จำนวนใบสั่งยาจากรพศ. , รพท. สังกัดสป.	๙	๘๑	๒	๑๐๗	๑๙๙	๑๑	๐	๑	๓	๙	๒๙	๒๐๕	๙**	๖๖๔

ตารางที่ ๔ แสดงจำนวนใบสั่งยาจิตเวชแยกตามเขตสุขภาพและต้นสังกัดหน่วยบริการ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ส.ค.๒๕๖๓)

การดำเนินการส่งผู้ป่วยไปรับยาจิตเวชที่ร้านขายยาได้สำเร็จโดยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

เขตสุขภาพที่ ๑ ประกอบด้วย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน ๗ ใบสั่งยา และ โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน ๒ ใบสั่งยา

เขตสุขภาพที่ ๒ ประกอบด้วย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสิน จำนวน ๖๑ ใบสั่งยา , โรงพยาบาลสุโขทัย ๑๓ ใบสั่งยา และ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ๗ ใบสั่งยา

เขตสุขภาพที่ ๓ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน ๒ ใบสั่งยา

เขตสุขภาพที่ ๔ โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน ๑๐๖ ใบสั่งยา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าฯ จำนวน ๑ ใบสั่งยา

เขตสุขภาพที่ ๕ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน ๑๙๒ ใบสั่งยา โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จำนวน ๕ ใบสั่งยา และ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จำนวน ๒ ใบสั่งยา

เขตสุขภาพที่ ๖ โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี จำนวน ๑๑ ใบสั่งยา

เขตสุขภาพที่ ๗ ไม่มีใบสั่งยา

เขตสุขภาพที่ ๘ โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน ๑ ใบสั่งยา

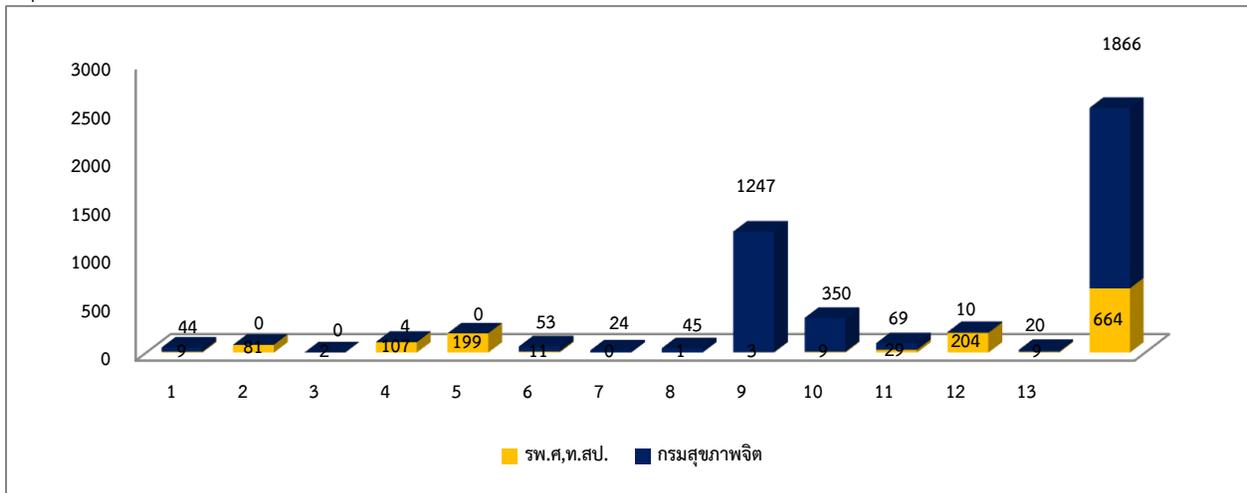
เขตสุขภาพที่ ๙ โรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน ๒ ใบสั่งยา และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน ๑ ใบสั่งยา

เขตสุขภาพที่ ๑๐ ไม่มีใบสั่งยา

เขตสุขภาพที่ ๑๑ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน ๒๓ ใบสั่งยา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน ๓ ใบสั่งยา

เขตสุขภาพที่ ๑๒ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน ๒๐๕ ใบสั่งยา

เขตสุขภาพที่ ๑๓ ไม่มีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ แต่มีโรงพยาบาลราชวิถีสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน ๘ ใบสั่งยา และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑ ใบสั่งยา



ภาพที่ ๓ แสดงจำนวนใบสั่งยาจิตเวชแยกตามเขตสุขภาพและต้นสังกัดหน่วยบริการ (ใบสั่ง) (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ส.ค.๒๕๖๓)

การพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการร้านขายยาให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการจิตเวชได้สำเร็จของจำนวนร้านขายยาในเขตสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ กับ สปสช. พบว่า ความครอบคลุมของการดำเนินงานสำเร็จ (มีการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยจริง) จำนวน ๑๒๖ ร้านขายยา จากจำนวนร้านขายยาที่ลงทะเบียน ๑,๐๓๓ ร้าน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒ ดังตารางที่ ๕

เขตสุขภาพ	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	รวม
จำนวนร้านขายยาที่ลงทะเบียน	๑๑๙	๖๑	๔๒	๑๔๙	๗๑	๑๑๓	๙๓	๒๓	๕๖	๖๐	๑๐๙	๗๕	๖๒	๑,๐๓๓
จำนวนที่จัดบริการโรคจิตเวชสำเร็จ	๑๑	๑๓	๑	๒	๒	๘	๑๓	๘	๑๑	๑๔	๒๐	๑๓	๑๐	๑๒๖

ตารางที่ ๕ แสดงจำนวนร้านขายยาที่จัดบริการโรคจิตเวชสำเร็จแยกตามเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ส.ค.๒๕๖๓)

๒. ปัญหา/สาเหตุ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๑. บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการแม่ข่ายโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดขาดความเชื่อถือสมรรถนะของเภสัชกรร้านขายยา</p> <p>๒. ช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มีนโยบายลดจำนวนผู้รับบริการที่เข้ามาโรงพยาบาล จึงดำเนินการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ถึงบ้านผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถเพิ่มจำนวนผู้สนใจรับยาจากร้านขายยาใกล้บ้านได้ (รพจ.ขอนแก่น)</p> <p>๓. ข้อจำกัดของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่ยังไม่มีความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูล (เขต ๔)</p> <p>๔. ผู้ป่วยจิตเวชมีความวิตกกังวลในภาพลักษณ์ของตนเอง หากต้องรับยาที่ร้านขายยาอาจทำให้คนในชุมชนรู้ว่าตนเองมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช (เขต ๔)</p> <p>๕. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นบุคลากรในโรงพยาบาลและยังไม่มั่นใจบุคลากรร้านยา (เขต ๔)</p> <p>๖. โครงการจำกัดเฉพาะสิทธิบัตรทองเท่านั้น ผู้ป่วยประกันสังคมข้าราชการ ยังไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ (เขต ๕)</p> <p>๗. ผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมโครงการไม่รู้จักตำแหน่งของร้านขายยา (เขต ๗)</p> <p>๘. ร้านยาในต่างอำเภอยังมีไม่มาก ทำให้ผู้รับบริการที่สนใจเข้าร่วมโครงการไม่สามารถเลือกร้านยา</p>	<p>๑. จัดตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการรับยาร้านยาของโรงพยาบาล กำหนดแนวทางการดำเนินงาน</p> <p>๒. หาวิธีลดแออัด ลดรอคอย รูปแบบอื่นในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งยาให้รับยาที่ รพช. , รพ.สต. - การนัดผู้ป่วยเหลื่อมเวลา - มีการคัดกรองผู้ป่วยอาการดีรับยาเดิมกับจำเป็นต้องพบแพทย์ - ส่งยาทางไปรษณีย์ (เขต ๕) <p>๓. ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการรับยาใกล้บ้านให้ผู้ป่วยในพื้นที่มีการรับรู้เพิ่มขึ้น และเข้าร่วมโครงการแนะนำขั้นตอนการรับยา (เขต ๔, ๑๑)</p> <p>๔. เสนอให้มีการขยายโครงการให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกสิทธิ ได้แก่ ประกันสังคม ข้าราชการ (เขต ๕, ๗)</p> <p>๕. เพิ่มการแนะนำพิกัดและแผนที่ร้านยา และการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ VDO Clip Spot โฆษณา ภาษาท้องถิ่น และป้าย Standy (เขต ๗)</p> <p>๖. ประชาสัมพันธ์ร้านยาต่างอำเภอให้เข้าร่วมโครงการ (เขต ๕)</p> <p>๗. ร้านยาต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและยาทางจิตเวช</p> <p>๘. ผู้ป่วยจิตเวชอาการไม่คงที่ ผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยอาการทางจิตรุนแรง ต้องพบจิตแพทย์โดยใช้ระบบ Telechiatry</p>	<p>๑. มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการ โดยการจัดระบบข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช และวิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และการวางแผนการดำเนินงาน มีการวางระบบ/แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยระบบการรายงานข้อมูลการกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านยา</p> <p>๒. การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย (ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ)</p> <p>๓. จัดระบบช่องทางการสื่อสารของบุคลากรและประชาสัมพันธ์ข้อมูลสื่อความรู้แก่ประชาชนทั่วไป</p> <p>๔. ลดแออัด ลดรอคอย แบบ New Normal</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งยาให้รับยาที่ รพช., รพ.สต. และ PCC - การนัดผู้ป่วยเหลื่อมเวลา - มีการคัดกรองผู้ป่วยอาการดีรับยาเดิมกับจำเป็นต้องพบแพทย์ - ส่งยาทางไปรษณีย์ - พยาบาลเยี่ยมบ้านส่งยาให้ถึงบ้าน - จิตแพทย์ให้คำปรึกษาได้ ๒๔ ชม. <p>๕. มีการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์โครงการกับร้านยา และแนะนำขั้นตอนของการรับยา หลังไม่มีการระบาดของโรคโควิด-19</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
(เขต ๕) ๙. เกสซ์กรร้านขายยาขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวช การสังเกตอาการ (เขต ๑๑ เพิ่มแผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา และ ความก้าวหน้า)		

๓.นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

๑) โปรแกรมเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาระหว่างร้านขายยากับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ใช้ระบบ HIS Home-C® ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

๒) การจัดการความรู้ระบบบริการกระจายผู้ป่วยจิตเวชไปรับยาที่ร้านขายยาของโรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลหาดใหญ่

๓) โปรแกรมเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาระหว่างร้านขายยากับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ใช้ระบบ HIS Hosxp ของกรมสุขภาพจิตชื่อโปรแกรม Pharmcare-transition

๔) หลักสูตรการฝึกอบรมเภสัชกรร้านขายยาด้านการบริหารผู้ป่วยจิตเวชรับยาเดิมของกรมสุขภาพจิต

๔.ข้อเสนอแนะสำหรับผู้นิเทศ

๔.๑ สำหรับพื้นที่

๑) การพัฒนา/แนวทางการอำนวยความสะดวกในการให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการตรวจรักษาและการเข้าถึงยาจิตเวช เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

๒) การบูรณาการกับ พชอ. และกระทรวงมหาดไทย เพิ่มทีมสหวิชาชีพในกลุ่มงานจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งเร่งรัดการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติดใน รพช.

๓) ขยายเครือข่ายร้านยาเข้าร่วมโครงการ ครอบคลุมทุกอำเภอ ในแต่ละจังหวัด

๔) มีแผนอบรม เภสัชกรร้านขายยาในแต่ละจังหวัด โดยส่วนกลางสนับสนุนงบประมาณการอบรม

๔.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑) การเสริมแรงขวัญกำลังใจบุคลากรที่ปฏิบัติงาน และความก้าวหน้าวิชาชีพ (เขต ๕)

๒) เพิ่มสิทธิการรักษาอื่นให้บางราย มีความต้องการรับยาที่ร้านขายยาที่เข้าร่วมบริการ

๓) มีหนังสือรับรองการจ่ายยาจิตเวชที่ร้านขายยา เพื่อป้องกันความผิดทางกฎหมายของร้านยา จะทำให้มีผู้เข้าร่วมโครงการมากขึ้น

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
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
<p>สาเหตุ</p> <p>๑. เนื่องจากมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ไม่สามารถอบรมเพิ่มพูนทักษะ อสม. หมอประจำบ้าน จำนวน ๑๐,๐๐๐ คนได้</p> <p>๒. การปฏิบัติงานของ อสม. หมอประจำบ้าน</p>	<p>๑.๑ สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันตนเอง และอุปกรณ์ป้องกันในการปฏิบัติงานแก่ อสม. เช่น หน้ากากอนามัย faceshield ถุงมือ เป็นต้น</p> <p>๑.๒ สนับสนุน อสม. ใช้ Line เฉพาะกลุ่ม และเชื่อมโยงกับ Application “Smart อสม.” เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคให้ครอบคลุมทั่วประเทศ</p> <p>๒.๑ การเป็นผู้นำในการพัฒนาสุขภาพชุมชน</p> <p>๒.๒ การจัดบริการสุขภาพที่จำเป็น ร่วมกับทีมหมอครอบครัว โดยมุ่งเน้นการดูแลในกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร่วมกับอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เช่น ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่ต้องได้รับการฟอกไต และผู้ป่วยป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน</p> <p>๒.๓ การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ๔ ด้าน ในพื้นที่ที่มีการปรับใช้ให้เข้ากับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19</p> <p>๒.๔ ติดตามการรายงานผลและยืนยันข้อมูลผ่าน ศบส. และ สสจ. อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง</p>	<p>๑.๑ มีการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันให้กับ อสม. อย่างต่อเนื่องทั่วประเทศ โดยผ่านทางเขต ศบส.</p> <p>๑.๒ มีการอบรมผ่านช่องทางอื่นทดแทน เช่น VDO</p> <p>เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม. หมอประจำบ้าน ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด พบว่า ภาพรวมทั่วประเทศผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ ๙๒.๒๖ (จำนวน ๔๕๑,๑๓๒ คน จากเป้าหมาย ๔๘๙,๑๓๒ คน)</p>

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

๕.๑ “คู่มือ อสม.” ตำบลหนองหอย อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ต่อยอด อสม.หมอประจำบ้าน ให้เป็นพี่เลี้ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง

๕.๒ “อสม.ลำปาง อสม.ต้นแบบลดเค็ม” อสม. ใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) สุ่มวัดปริมาณโซเดียมในอาหารทุกครัวเรือนในเขตรับผิดชอบเดือนละ ๑ ครั้ง และมีการกำหนดตัวชี้วัด คือ ครัวเรือนที่ผ่านเกณฑ์จะต้องตรวจวัดค่าความเค็มได้ไม่เกิน ๐.๙% ติดต่อกัน ๓ ครั้ง และต้องมีครัวเรือนผ่านเกณฑ์มากกว่า ๕๐% ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมดในหมู่บ้าน

๕.๓ “LINE อสม.หมอประจำบ้าน” อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน/ตำบลทาชุมเงิน , อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ใช้ในการประสานงาน การส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (LTC/ CKD / NCD) โดยคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ เบื้องต้นส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ ทำให้เจ้าหน้าที่และ อสม.หมอประจำบ้านได้รับข้อมูลข่าวสารรวดเร็วขึ้น มีการสร้างเครือข่าย อสค. ให้เป็นแกนนำในการดูแลตนเองในระดับครอบครัว

๖. ข้อเสนอแนะ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๖.๑.๑ การรายงานผล www.thaiphc.net ตรวจสอบข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานให้ครบถ้วน

๖.๑.๒ สนับสนุน อสม. ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สนับสนุน อสม. ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๖.๒.๑ สิ่งสนับสนุนให้พื้นที่ สนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายหลักสูตร และระยะเวลาการฝึกอบรม

๖.๒.๒ การทบทวนและถอดบทเรียน

๖.๒.๓ แบบประเมินคุณภาพชีวิต ควรปรับปรุงให้สามารถวัดผลลัพธ์ได้

การตรวจราชการแบบบูรณาการ ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

- โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า
ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรี
สวางควัฒน วรขัตติยราชนารี
- โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- การเฝ้าระวังโรค และแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ในโรงเรียน

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประเด็นที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

๑) **โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า** : สถานการณ์ผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จากสถิติของกองระบาดวิทยา ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีผู้เสียชีวิต ๓๗๐ ราย และลดลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือน้อยกว่า ๑๐ รายต่อปี โดยในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยพบจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้น จากรายงานโดยกองระบาดวิทยา จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๒ มีจำนวน ๕, ๕, ๑๔, ๑๑, ๑๘ และ ๓ ราย ตามลำดับ สำหรับปี ๒๕๖๓ พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ๒ ราย จาก ๒ จังหวัด ได้แก่ สระแก้ว และหนองคาย จำนวนตัวอย่างสัตว์ส่งตรวจหาโรคพิษสุนัขบ้า ๕,๗๘๗ ตัวอย่าง พบเชื้อพิษสุนัขบ้าจากสัตว์ตัวอย่าง ๑๖๘ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๒.๙ ซึ่งไปในทางเดียวกันกับการพบผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าในคน ดังนั้น เรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ยังคงเป็นเรื่องสำคัญในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าเป็นไปอย่างต่อเนื่องและก้าวหน้าขึ้นเป็นลำดับ จำเป็นต้องรักษาระดับความสำเร็จของกิจกรรมตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค (๑-๒-๓) และขับเคลื่อนโดยผลักดันให้เครือข่ายมีการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ต่อเนื่องต่อไป

๒) **โครงการพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง** : ผลการดำเนินงาน ณ วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๓ ได้แก่ ๑) ผลการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ เป้าหมาย ๙๓,๒๐๐ ราย ตรวจทั้งหมด ๑๗๐,๘๑๖ ราย พบ OV ๗,๔๔๕ ราย อัตราคิด OV ๔.๓๖% ๒) ผลการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วย U/S พบว่า U/S ทั้งหมด ๖๑,๔๒๖ ราย สงสัย CCA ๖๕๔ ราย ร้อยละ ๑.๐๖% ๓) การจัดการเรียนการสอน (สะสม ๒๕๕๙-๒๕๖๓) เขต ๑, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ รวม ๘,๕๗๗ แห่ง ๓) บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล เขต ๑, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ รวม ๑๑๘ แห่ง

ผลการดำเนินงาน ได้แก่ ๑) โครงการพัฒนาความร่วมมือเครือข่ายในการจัดการสิ่งปฏิกูล ๒) พัฒนาสื่อในการสนับสนุนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพประเด็นพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี นำเข้าไปอยู่ใน Platform E-learning ของกรมควบคุมโรค DDC Academy ๓) โครงการศึกษาสถานการณ์โรคหนองพยาธิโรคโปรโตซัวในลำไส้ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๒

ผลงานเด่น : ๑) โครงการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับและหนองพยาธิด้วยปัญญาประดิษฐ์เฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก ๒) โครงการพัฒนาความร่วมมือเครือข่ายในการจัดการสิ่งปฏิกูล ๓) พัฒนาสื่อในการสนับสนุนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพประเด็นพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๔) โครงการศึกษาสถานการณ์โรคหนองพยาธิ โรคโปรโตซัวในลำไส้ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนคนไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๒

ปัญหาอุปสรรค : ๑) ขาดระบบติดตามประเมินผลการจัดการเรียนการสอน Health Literacy ๒) การทำ CT/MRI ยังทำได้น้อยและระยะเวลาารอคอยนาน ๓) อปท. ในพื้นที่เสี่ยงที่มีการดำเนินงานด้านการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐานน้อย ๔) การตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดียังสูงมากและแนวโน้มการลดลงยังช้า ๕) การจัดการสัตว์รังโรค ยังไม่มีแผนและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ๖) ปัญหาการดูแลระดับประคอง ยังไม่มีระบบชัดเจน

แผนงาน/กิจกรรม ที่จะดำเนินการในปี ๒๕๖๔

๑. ตรวจสอบคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับและหนอนพยาธิด้วยปัญญาประดิษฐ์ (AI) เฉลิมพระเกียรติ
๒. สนับสนุนกิจกรรมสร้าง Health Literacy ด้านสุขภาพประเด็นพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนและชุมชน
๓. พัฒนาความร่วมมือเครือข่ายในการจัดการสิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม
๔. รณรงค์เฝ้าระวังป้องกันโรคหนอนพยาธิ
๕. ประเมินผลการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่นำร่องตำบลที่มีการติดเชื้อ ๘๔ ตำบล ใน ๒๙ จังหวัด
๖. โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในคนและสัตว์รังโรค พื้นที่ฟาร์มปลา จังหวัดเสี่ยงสูง

๓) โครงการการเฝ้าระวังโรค และค้นหาการติดเชื้อในประชากรกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยงกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) : จากสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ (COVID-19) ที่เกิดขึ้นในประเทศจีน และแพร่ระบาดไปอีกหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อรับมือกับเหตุการณ์ดังกล่าว พร้อมกับให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด ทำให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับต้องดำเนินงานตามภารกิจนี้ก่อนเป็นลำดับแรก

จากการดำเนินโครงการดังกล่าว ได้ค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยการเก็บตัวอย่างตรวจด้วยวิธี pooled sample จากตัวอย่างน้ำลาย ทั้งหมด ๙๑,๔๖๕ ราย จากที่กำหนดไว้ก่อนดำเนินโครงการ ๘๙,๙๙๓ ตัวอย่าง (เพิ่มขึ้น ๑,๔๗๒ ตัวอย่าง) จากกลุ่มเสี่ยง ๔ กลุ่มคือ กลุ่มที่ ๑ บุคลากรทางการแพทย์ ๒๗,๕๐๓ ราย (ร้อยละ ๓๐.๑) กลุ่มที่ ๒ ผู้ต้องขังแรกรับ ๑๑,๙๘๓ ราย (ร้อยละ ๑๓.๑) กลุ่มที่ ๓ อาชีพที่พบปะผู้คน ๑๗,๒๙๐ ราย (ร้อยละ ๑๘.๙) กลุ่มที่ ๔ อาชีพอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจารณา ๓๔,๖๘๙ ราย (ร้อยละ ๓๗.๙) ทั้งนี้ พบผลตรวจเป็นบวกจำนวน ๑ ราย จากกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่ ๒ เป็นผู้ต้องขังแรกรับขังเดี่ยวในเรือนจำจังหวัดนครราชสีมา ที่เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่เริ่มป่วย เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ติดเชื้อจากการเดินทางไปงานดวาระที่เกาะสุลาเวสีที่ประเทศอินโดนีเซีย โดยเก็บตัวอย่างน้ำลาย ส่งตรวจเมื่อวันที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ และพบ Viral culture ผลตรวจเป็นลบ

ช่วงเวลาที่ดำเนินโครงการ (ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน) เป็นช่วงที่มีมาตรการการควบคุมโรคอย่างเข้มงวด จึงทำให้ไม่พบรายงานการติดเชื้อภายในประเทศไทย แต่เป็นการรายงานผู้ป่วยยืนยันจากกลุ่มที่เดินทางมาจากต่างประเทศและกักกันในพื้นที่ที่รัฐกำหนดเท่านั้น ดังนั้น จึงทำให้การค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มต่างๆ ตรวจไม่พบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ซึ่งสอดคล้องกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ในประเทศไทย

สำหรับการเตรียมความพร้อมก่อนเปิดภาคเรียนของสถานศึกษา (Reopening) โดยมีแนวปฏิบัติ ๖ มาตรการหลัก คือ ๑) คัดกรองวัดไข้และอาการเสี่ยงก่อนเข้าสถานศึกษา ๒) สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา ๓) ให้มีจุดล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์อย่างเพียงพอ ๔) เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย ๑-๒ เมตร ๕) ทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสที่มีการใช้ร่วมกันบ่อยๆ และ ๖) ลดความแออัด ไม่จัดกิจกรรมที่มีการสัมผัสร่วมกัน หรือหลีกเลี่ยงเวลาทำกิจกรรมและหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมรวมกันเป็นกลุ่ม

สิ่งที่ จะดำเนินการต่อไป

- กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันกำหนดและวางแผนการกำกับติดตาม และการรายงานผล
- การนำคู่มือแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ไปใช้ในโรงเรียน เพื่อการกำกับ ติดตาม และป้องกัน

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 <ul style="list-style-type: none"> ๑.๑ การเกษตรสร้างมูลค่า ๑.๒ การจัดที่ดินทำกินให้ชุมชน ๑.๓ การพัฒนาชุมชนเมือง ๒. การตรวจราชการแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ของผู้ตรวจราชการ (Government Innovation Lab) <ul style="list-style-type: none"> ๒.๑ การจัดการประมงอย่างยั่งยืน ๒.๒ การเตรียมการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพนิเวศของแม่น้ำโขง ๒.๓ การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน/การพัฒนาในเชิงพื้นที่ 	๑. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ๒. โครงการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง ๓. โครงการการเฝ้าระวังโรคและค้นหาการติดเชื้อในประชากรกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยง กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)	๑. โครงการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง ๒. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ๓. การเตรียมการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพนิเวศของแม่น้ำโขง ๔. การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน/การพัฒนาเชิงพื้นที่ ๕. การติดตามการแก้ปัญหาในพื้นที่โดยใช้กระบวนการ (Government Innovation Lab) การขับเคลื่อนการพัฒนาด้านการค้าชายแดน ๖. การแก้ไขปัญหาไฟป่าและหมอกควัน ภัยแล้ง และอุทกภัย ๗. การติดตามสถานการณ์ผู้ละออง PM ๒.๕ และการแพร่ระบาดเชื้อไวรัส COVID-19

๑. โครงการกรณีพิเศษ ๔ ปี (ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓)

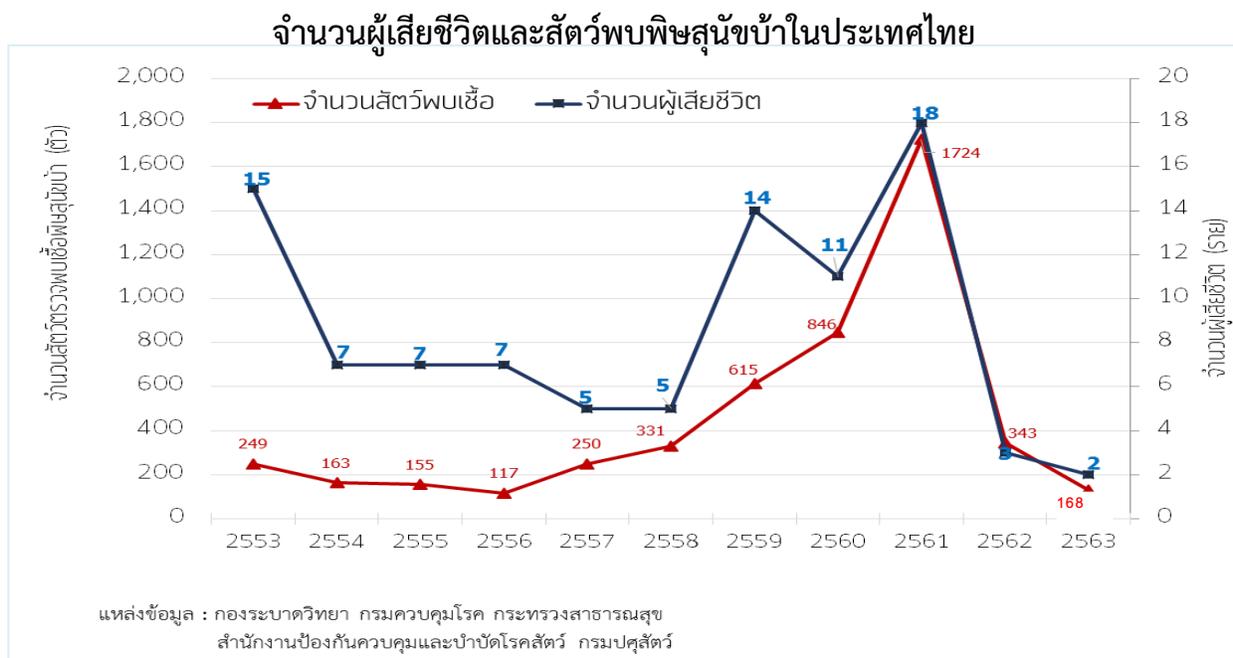
โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

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

สถานการณ์ผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จากสถิติของกองระบาดวิทยา ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีผู้เสียชีวิต ๓๗๐ ราย และลดลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือน้อยกว่า ๑๐ รายต่อปี โดยในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยพบจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มมากขึ้น จากรายงานโดยกองระบาดวิทยา จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑ มีจำนวน ๕, ๕, ๑๔, ๑๑, ๑๘ ตามลำดับ และในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๓ ราย จากจังหวัด

สุรินทร์ นครศรีธรรมราช และบุรีรัมย์ สำหรับปี ๒๕๖๓ พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ๒ ราย จากจังหวัดสระแก้ว และหนองคาย จำนวนตัวอย่างสัตว์ส่งตรวจหาโรคพิษสุนัขบ้า ๕,๗๘๗ ตัวอย่าง พบเชื้อพิษสุนัขบ้าจากสัตว์ตัวอย่าง ๑๖๘ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๐ ซึ่งไปในทางเดียวกันกับการพบผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าในคน ดังนั้น เรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ยังคงเป็นเรื่องสำคัญในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน



จำนวนผู้เสียชีวิต และสัตว์ติดเชื้อด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๖๓

ผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าระหว่างปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ จำนวน ๒๓ ราย ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย ๓๙ ปี สูงสุด ๗๗ ปี ต่ำสุด ๒ ปี เป็นสัญชาติไทยร้อยละ ๘๒ สัญชาติพม่าร้อยละ ๑๔ สัญชาติลาวร้อยละ ๒ และไม่ทราบสัญชาติร้อยละ ๒ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่สัมผัสกับสุนัขคิดเป็นร้อยละ ๙๕.๕ โดยผู้สัมผัสสุนัขร้อยละ ๕๐ สุนัขเป็นสัตว์มีเจ้าของ ร้อยละ ๔๕.๕ เป็นการสัมผัสสัตว์ที่ไม่มีเจ้าของ เมื่อดูจากข้อมูลสัตว์ จากข้อมูลประวัติเข้าพบแพทย์หลังสัมผัสโรค พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่ได้ไปพบแพทย์ (ร้อยละ ๗๓) รองลงมาไปพบแพทย์ (ร้อยละ ๑๘) และไม่ทราบประวัติการพบแพทย์ (ร้อยละ ๙) ผู้ป่วยเสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีน (ร้อยละ ๘๖) รองลงมารับวัคซีน (ร้อยละ ๙) และไม่ทราบประวัติการรับวัคซีน (ร้อยละ ๕) ระยะฟักตัวของผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ เฉลี่ย ๓.๗ เดือน (๑๒ เดือน ๒๐ วัน)

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินงานภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมพระนราธิวาสราชนครินทร์ มีเป้าหมาย “กำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓” โดยกิจกรรมที่สำคัญของปีนี้ จะผลักดันให้เกิดพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เริ่มต้นจากการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าระดับอำเภอ โดยใช้หลักเกณฑ์การรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เป็นเครื่องมือในการวัดผลการดำเนินงาน พร้อมกำหนดหลักเกณฑ์ตัวชี้วัดความสำเร็จของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่สำคัญ คือ ๑) ผู้สัมผัสสัตว์ติดเชื้อยืนยันโรคพิษสุนัขบ้า ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติ ร้อยละ ๑๐๐ ๒) จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold chain) ที่กำหนด จำนวน ๑ อปท. ต่อ ๑ เขตสุขภาพ และ ๓) มีการรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในคน ๑ อำเภอ (เกาะสมุย) โดยดำเนินการใช้ ๖ กลยุทธ์สำคัญ คือ

กลยุทธ์ที่ ๑ ฝ้าระวังโรคในคน โดยดำเนินงานร่วมกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ฝ้าระวังโรคใช้สมองอักเสบไม่ทราบสาเหตุ และมีการติดตามสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคนและสัตว์อย่างต่อเนื่อง จากระบบตรวจสอบข่าวการระบาด (Event based surveillance) และระบบสารสนเทศเพื่อการฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า (thairabies.net)

กลยุทธ์ที่ ๒ การป้องกันโรคในคน โดยกรมควบคุมโรค สนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ชนิดฉีดป้องกันโรคล่วงหน้า (Pre-Exposure) ให้แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ อาสาสมัคร สัตวแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และบุคลากรสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนวัคซีนชนิดก่อนสัมผัสอยู่ระหว่างจัดส่งให้แก่สถานพยาบาล เพื่อฉีดให้อาสาสมัครจำนวน ๒๕,๐๐๐ คน (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๓)

กลยุทธ์ที่ ๓ การควบคุมโรค เมื่อพบสัตว์ติดเชื้อมันหรือผู้เสียชีวิต ใช้มาตรการ ๑-๒-๓ เริ่มค้นหาและติดตามผู้ที่สัมผัสสัตว์มันหรือการติดเชื้อมัน ให้มารับวัคซีนโดยเร็วและรับวัคซีนอย่างต่อเนื่องตามแนวทางเวชปฏิบัติ พร้อมทั้งประสานหน่วยงานพื้นที่ออกควบคุมโรคด้วยการให้วัคซีนรอบจุดเกิดโรครังมี ๕ กิโลเมตร และเมื่อพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ ให้ยกระดับการดำเนินงานด้วยระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System-ICS) เพื่อควบคุมสถานการณ์ระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าอย่างจริงจังในพื้นที่ สำหรับการติดตามผู้สัมผัสสัตว์ติดเชื้อมันให้เข้ารับวัคซีนป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้าสามารถติดตามเข้ารับวัคซีนได้ ๘๐๙ คน จากผู้สัมผัส ๘๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ (ข้อมูล ณ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓)

กลยุทธ์ที่ ๔ บูรณาการร่วมกับเครือข่าย กรมควบคุมโรค ร่วมกับ กรมปศุสัตว์ และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ขับเคลื่อนการทำพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในคน โดยผลักดันนโยบายผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ผลการดำเนินงานอำเภอเสี่ยงที่ดำเนินการตามมาตรการฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคนได้ ๓๓๘ อำเภอ จาก ๔๔๐ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๘๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓) สำหรับเรื่องการติดตามการดำเนินงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold chain) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กรมควบคุมโรค ได้สนับสนุนคู่มือบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้กับหน่วยงานด้านปศุสัตว์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งผ่านกรมปศุสัตว์ และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนามาตรฐานระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) และจะส่งเสริมให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานงานร่วมกับ สำนักงานปศุสัตว์เขต ปศุสัตว์จังหวัด และท้องถิ่นจังหวัด ร่วมกันประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาระบบลูกโซ่ความเย็นในช่วงไตรมาสที่ ๓ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ขณะนี้อยู่ในระหว่างการประชุมประสานงานเพื่อดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ ๕ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน ได้ประสานงานกับกรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งรับผิดชอบโครงการอย่างใกล้ชิด ในส่วนของกรมควบคุมโรค ดำเนินการจัดทำสื่ออินโฟกราฟิกโรคพิษสุนัขบ้าภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ภาษาพม่า และภาษาเขมร สำหรับเผยแพร่ให้แก่ประชาชน และมีการพัฒนาสื่อดิจิทัลในรูปแบบ Application ชื่อ “Rabies ๑๐๑” เป็นแหล่งรวบรวมสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ทำให้เข้าใจในการระวังภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจตลอดถึงทราบถึงการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน นอกจากนี้ยังสอดแทรกมาตรการการป้องกันควบคุมโรคทั้งในคนและสัตว์ เช่น การให้

คำแนะนำเพื่อลดความเสี่ยงจากการถูกกัด และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรคในคน การเฝ้าระวังโรคในสัตว์ การควบคุมจำนวนประชากรสัตว์ และการสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ เป็นต้น

กลยุทธ์ที่ ๖ การศึกษาวิจัยและพัฒนา โดยกรมควบคุมโรค ร่วมกับ กรมปศุสัตว์ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และกรมประชาสัมพันธ์ ผลักดันการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้พื้นที่ อำเภอกะสมุยเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าแห่งแรกในประเทศไทย การรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งเทศบาลนครเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นเป้าหมายในการรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าแห่งแรกของประเทศไทย โดยต้องมีการประเมินร่วมกันทั้ง ๑) พื้นที่ปลอดโรคในคน ๒) พื้นที่ปลอดโรคในสัตว์ ๓) การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจุบันกรมควบคุมโรคได้จัดทำแนวทางการประเมินพื้นที่ปลอดโรค (ในคน) จัดส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีความพร้อมเป็นเครื่องมือในการประเมินผลเบื้องต้น เมื่อรวมกับผลการประเมินพื้นที่ปลอดโรค (ในสัตว์) ของกรมปศุสัตว์ และการดำเนินงานของท้องถิ่น หากผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พื้นที่สามารถขอรับรองเป็นพื้นที่ปลอดโรคได้ สำหรับปัญหาเรื่องการจัดการสุนัขจรจัดในพื้นที่อำเภอกะสมุย ผู้บริหารของเทศบาลนครเกาะสมุยมีนโยบายที่จะดำเนินการสร้างศูนย์พักพิงสุนัขจรจัด ดังนั้นกรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมปศุสัตว์ และหน่วยงานเครือข่ายต่างๆ จึงจัดกิจกรรมศึกษาดูงาน ในพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการศูนย์พักพิงสุนัขจรจัดอย่างดี ศูนย์พักพิงสัตว์ของเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี เพื่อร่วมกันศึกษา ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน รวมทั้งการวางแผนพัฒนา เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ ปัจจุบันเทศบาลนครเกาะสมุยอยู่ระหว่างดำเนินการ

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข

จากสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ (COVID-19) ที่เกิดขึ้นในประเทศจีน และแพร่ระบาดไปอีกหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานโดยรวมภายใต้โครงการ และการติดตามสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าและผู้สัมผัสโรคได้

ข้อสั่งการ/ ข้อเสนอแนะ

ระดับพื้นที่ สร้างแผนพื้นที่ปลอดโรคร่วมกัน โดยเน้นที่

๑. การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนัก และรับทราบถึงปัญหาของโรคพิษสุนัขบ้าที่เกิดขึ้นในพื้นที่ที่ตนเองอาศัยอยู่

๒. วางแผนการควบคุมจำนวนประชากรสุนัขอย่างจริงจัง

๓. ดำเนินการเฝ้าระวังสัตว์เข้าออกพื้นที่รอยต่อ เช่น พื้นที่ที่ปลอดโรคและพื้นที่ที่ยังมีโรค

๔. บังคับการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงสัตว์อย่างรับผิดชอบ เพื่อเพิ่มความร่วมมือของประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

๕. ขยายพื้นที่ที่มีความพร้อมในการสร้างพื้นที่ปลอดโรค โดยอาจเริ่มจากเกาะที่มีความพร้อมก่อน

ระดับนโยบาย

๑. กำหนดเป้าหมายการสร้างพื้นที่ปลอดโรคร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมปศุสัตว์ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และกรมประชาสัมพันธ์ รวมทั้งร่วมติดตามผลการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า

๒. เสนอเกณฑ์ประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าให้เข้าไปอยู่ในประเด็นการตรวจติดตามโครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

การประเมินผลการดำเนินงานโครงการ

จากผลการดำเนินงานโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา ประเทศไทย พบจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยในปี ๒๕๖๑ พบจำนวนผู้เสียชีวิตสูงสุดในรอบ ๑๐ ปี (๑๘ ราย) ซึ่งผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ ขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค หรือไม่เข้ารับการฉีดวัคซีนหลังสัมผัสโรคซึ่งร้อยละ ๕๐ มักจะถูกสุนัขที่มีเจ้าของ แต่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ากัด/ข่วน ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าเป็นไปอย่างต่อเนื่องและก้าวหน้าขึ้นเป็นลำดับ จำเป็นต้องรักษาระดับความสำเร็จของกิจกรรมตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค (๑-๒-๓) และขับเคลื่อนโดยผลักดันให้เครือข่ายมีการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ต่อเนื่องต่อไป

ภาคผนวก

ตารางแสดง การให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ชนิดฉีดล่วงหน้า (PrEP) และ การติดตามผู้สัมผัสสัตว์ติดเชืวยืนยันมารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำแนกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	การให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ชนิดฉีดล่วงหน้า (PrEP)			การติดตามผู้สัมผัสสัตว์ติดเชืวยืนยันมารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า		
	เป้าหมาย (ราย)	ให้บริการวัคซีน (ราย)	ร้อยละ	ผู้สัมผัสสัตว์ติดเชืวยืนยันโรคพิษสุนัขบ้า (ราย)	รับวัคซีนครบชุด (ราย)	ร้อยละ
๑	๔,๔๖๐	๔,๔๖๐	๑๐๐	๔๔	๔๔	๑๐๐
๒	๗๗๐	๗๗๐	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐
๓	๑,๒๑๐	๑,๒๑๐	๑๐๐	๓๗	๓๗	๑๐๐
๔	๑,๗๕๐	๑,๗๕๐	๑๐๐	๒๐	๒๐	๑๐๐
๕	๑,๔๒๐	๑,๔๒๐	๑๐๐	๒๓๕	๒๓๕	๑๐๐
๖	๒,๐๒๐	๒,๐๒๐	๑๐๐	๖๒	๖๒	๑๐๐
๗	๓,๕๘๐	๓,๕๘๐	๑๐๐	๒๐	๒๐	๑๐๐
๘	๑,๔๕๐	๑,๔๕๐	๑๐๐	๐	๐	๑๐๐
๙	๒,๒๘๐	๒,๒๘๐	๑๐๐	๙๘	๙๘	๑๐๐
๑๐	๒,๓๐๐	๒,๓๐๐	๑๐๐	๘๖	๘๖	๑๐๐
๑๑	๒,๔๑๐	๒,๔๑๐	๑๐๐	๙๕	๙๕	๑๐๐
๑๒	๑,๒๙๐	๑,๒๙๐	๑๐๐	๑๑๐	๑๑๐	๑๐๐
กรุงเทพมหานคร (สำนักปศุสัตว์พื้นที่ (กทม.))	๖๐	๖๐	๑๐๐	๐	๐	๑๐๐
รวมทั้งสิ้น	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐	๑๐๐	๘๐๙	๘๐๙	๑๐๐

ที่มา : กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, เดือนสิงหาคม ๒๕๖๓

๒. โครงการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

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

ผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร พร้อมทั้งถวายเป็น พระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีความสัมพันธ์กัน จากองค์ความรู้ที่สำคัญ คือ “การติดพยาธิใบไม้ตับนั้นทำให้เกิดการอักเสบแบบเรื้อรัง เป็นเวลานานในท่อน้ำดี โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis Viverrini* ที่พบในประเทศไทย เป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพกลุ่มที่ ๑ ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งเกิดขึ้นกับประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ภาคเหนือ ที่มีวัฒนธรรมการกินปลาเมนูปรุงดิบ ที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งทำให้มีโอกาสติดพยาธิใบไม้ตับได้ พยาธินี้มีอายุมากกว่า ๒๐ ปี โดยมีคนเป็นโฮสต์สุนัข แมว เป็นโฮสต์กักตุนโรค ที่ส่งผ่านโรคสู่คนได้ เมื่อไชพยาธิในอุจจาระคนและในมูลสัตว์รังโรคลงสู่แหล่งน้ำที่มีหอยและปลาอยู่รวมกัน จึงเป็นตัวส่งผ่านโรคพยาธิใบไม้ตับกลับมาสู่คนได้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ควรต้องเร่งดำเนินการแก้ไข จากสถิติพบว่า ในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ ๑๖.๓ , ๑๑.๗ , ๕.๗ และ ๔.๗๓ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้าน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของโรคสูงที่สุด จากการประมาณการประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกว่า ๒๐ ล้านคนติดโรค หรือ เคยติดโรคพยาธิใบไม้ตับกว่า ๖ ล้านคน หรือนับเป็นหนึ่งในสามของประชากรในภูมิภาคสอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในปี ๒๕๕๘ เมื่อ ๑๐ ปีที่ผ่านมาประมาณ ๒๕,๐๐๐ ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตวันละ ๗๐ ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๓ ราย ในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ จากสถิติกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี คิดเป็น ๒๖.๓ , ๒๕.๑ และ ๒๔.๓ ต่อแสนประชากร เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัว อายุระหว่าง ๔๐ - ๖๐ ปี ค่าใช้จ่ายในการรักษา (เฉพาะผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดี ICC) ๘๐,๐๐๐ บาท ต่อราย หรือประมาณ ๑,๙๖๐ ล้านบาท/ปี ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่รุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะเริ่มต้น (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑) ขับเคลื่อนผ่านโครงการรณรงค์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชฯ พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถพระบรมราชชนนีพันปีหลวง การดำเนินงาน มี ๓ ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย ๑) อปท. เทศบาล/อบต. ออกข้อกำหนดการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล ส้วม ปลาปลอดพยาธิ อาหารปลอดภัย ๒) ตรวจสอบคัดกรอง รักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันพยาธิใบไม้ตับ ๓) การเฝ้าระวังในสัตว์รังโรค (สุนัข แมว) และในหอย ปลา ๔) การเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในสถานศึกษา ๕) ดูแลระดับประคองผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโดยทีมหมอครอบครัว ระดับทุติยภูมิ เป็นการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ระดับตติยภูมิ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่สงสัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่การตรวจวินิจฉัยด้วย CT/MRI ถ้าผลปกติให้มีการติดตามทุก ๑ ปี ถ้าผิดปกติเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยการผ่าตัด และตามแผนการรักษาของแพทย์ พื้นที่เป้าหมาย ๒๙ จังหวัด แผนดำเนินการ ระยะที่ ๒ เป็นช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๘

ยุทธศาสตร์ประกอบด้วย ๑) มาตรการเชิงนโยบายอย่างเข้มข้น ๒) เสริมสร้างความเข้มแข็ง เชิงป้องกันทั้งในประเทศ และภูมิภาคลุ่มน้ำโขง ๓) พัฒนาศักยภาพการคัดกรอง การรักษา การส่งต่อ ทั้งระบบ ๔) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรท้องถิ่นจัดการสิ่งแวดล้อม และดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ๕) การศึกษาวิจัยพัฒนาระบบฐานข้อมูล หากยุทธศาสตร์ฯ นี้ ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลในเชิงนโยบายต่อเนื่อง ให้เกิดแผนปฏิบัติการปฏิบัติที่บูรณาการงานแบบมีส่วนร่วมทุกภาค ส่วนในทุกมิติ ให้มีความสำคัญ ทั้ง คน สัตว์ สิ่งแวดล้อม ตรวจสอบหาในคน ในสัตว์ เพื่อทำการรักษาพยาธิใบไม้ตับ ให้ ครบถ้วนอย่างเสมอภาค ควบคู่กับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเองในการป้องกันโรค การจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อผลการลดโรคแบบยั่งยืนเพื่อให้ความทุกข์พยาธิใบไม้ตับในคนลดลง การค้นหามะเร็งท่อน้ำดีระยะแรกเริ่มให้ทำการผ่าตัด รักษาได้เร็วผู้ป่วยมีโอกาสรอด ไม่ตายจากมะเร็งซึ่งจะช่วยลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ การกำหนดนโยบายขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์อย่างบูรณาการทั้งงานงบประมาณ บุคลากร ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน จะสามารถแก้ไขปัญหาพยาธิ ใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างยั่งยืน ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขภาพดีแบบองค์รวม

๒. เป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ :

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๓
ลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง ๒๙ จังหวัด	ลดลงร้อยละ ๕ (ของพื้นที่ดำเนินการ ๒๙ จังหวัด)

๓. มาตรการ

มาตรการ	ตัวชี้วัดมาตรการ	ค่าเป้าหมาย	
		สำนัก	สคร.
มาตรการที่ ๑ จัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่ง ปฏิภูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มี บ่อบำบัดสิ่งปฏิภูล ในทุกพื้นที่ผ่าน เทศบาล/อบต.	ตัวชี้วัดที่ ๑ จำนวนตำบลที่มีการ จัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่ง ปฏิภูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มี บ่อบำบัดสิ่งปฏิภูล ในทุกพื้นที่ผ่าน เทศบาล/อบต.	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล
มาตรการที่ ๒ จัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กและ เยาวชน ประชาชน	ตัวชี้วัดที่ ๒ จำนวนตำบลที่มีการ จัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กและ เยาวชน ประชาชน	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล
มาตรการที่ ๓ คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชน อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เมื่อพบผู้ติดพยาธิ ให้การรักษาและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของเป้าหมายที่ ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับใน ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เมื่อพบผู้ ติดพยาธิให้การรักษาและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	๙๓,๒๐๐ ราย (ร้อยละ ๑๐๐) คัดกรองกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๑๐๐ คน/ ตำบล	๙๓,๒๐๐ ราย (ร้อยละ ๑๐๐) คัดกรองกลุ่ม เสี่ยงจำนวน ๑๐๐ คน/ตำบล

มาตรการ	ตัวชี้วัดมาตรการ	ค่าเป้าหมาย	
		สำนัก	สคร.
		หากพบอัตราการติดเชื้อ \leq ร้อยละ ๕ จะทำคัดกรองเพียง ๑๐๐ คน เท่านั้น แต่หากพบอัตราการติดเชื้อ \geq ร้อยละ ๕ ให้ดำเนินการคัดกรองต่อไปจนครบจำนวนตามเป้าหมายเดิม จำนวน ๙๐๕ ราย/ตำบล	หากพบอัตราการติดเชื้อ \leq ร้อยละ ๕ จะทำคัดกรองเพียง ๑๐๐ คน เท่านั้น แต่หากพบอัตราการติดเชื้อ \geq ร้อยละ ๕ ให้ดำเนินการคัดกรองต่อไปจนครบจำนวนตามเป้าหมายเดิม จำนวน ๙๐๕ ราย/ตำบล
มาตรการที่ ๔ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์	ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปด้วยเครื่องอัลตราซาวด์	๕๘,๐๐๐ ราย (ร้อยละ ๑๐๐)	๕๘,๐๐๐ ราย (ร้อยละ ๑๐๐)
มาตรการที่ ๕ บริหารจัดการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบ	ตัวชี้วัดที่ ๕ จำนวนตำบลที่มีการบริหารจัดการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบ	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล
มาตรการที่ ๖ รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ผ่านทุกช่องทางสื่อสารตามบริบทพื้นที่	ตัวชี้วัดที่ ๖ จำนวนตำบลที่มีการรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ผ่านทุกช่องทางสื่อสารตามบริบทพื้นที่	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล
มาตรการที่ ๗ มีระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนมีหมอครอบครัว เข้าไปดูแลระดับ ประคองด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก	ตัวชี้วัดที่ ๗ จำนวนตำบลที่มีระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนมีหมอครอบครัวเข้าไปดูแล ประคองด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล

มาตรการ	ตัวชี้วัดมาตรการ	ค่าเป้าหมาย	
		สำนัก	สคร.
มาตรการที่ ๘ รายงานการดำเนินงานผ่าน ฐานข้อมูลที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด	ตัวชี้วัดที่ ๘ จำนวนตำบลที่มีการ รายงานการดำเนินงานผ่าน ฐานข้อมูลที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล
มาตรการที่ ๙ พัฒนานวัตกรรม อาทิการตรวจพยาธิ ใบไม้ด้วยวิธีการใหม่ พัฒนาระบบ การส่งต่อผู้ป่วย ตำบลจัดการสุขภาพ ฯลฯ พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ ในการคัดกรองพยาธิ คัดกรอง รักษา มะเร็งท่อน้ำดี เพื่อนำไป ใช้ในการ ปรับปรุงการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป	ตัวชี้วัดที่ ๙ จำนวนนวัตกรรม อาทิ การตรวจพยาธิใบไม้ด้วยวิธีการ ใหม่ พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ตำบลจัดการสุขภาพ ฯลฯ พัฒนา บุคลากรทางการแพทย์ในการคัด กรองพยาธิ คัดกรอง รักษา มะเร็งท่อน้ำ ดี เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการ แก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดีต่อไป	๑ เรื่อง การตรวจคัด กรองและวินิจฉัย ในพยาธิใบไม้ตับ ด้วย ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence : AI)	๑ เรื่อง “คลิปหนีบมือ ถือถ่ายภาพ ภายใต้กล้อง จุลทรรศน์”

๔. ผลการดำเนินงาน

๑. การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติด
เชื้อในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เป้าหมาย ๙๓,๒๐๐ ราย พบว่า ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ๑๗๐,๘๑๖ ราย
คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ติดพยาธิใบไม้ตับ จำนวน ๗,๔๔๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๓๖

๒. ผลงานตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ได้ดำเนินงานใน ๒๙ จังหวัด เป้าหมาย ๕๘,๐๐๐ ราย ได้รับการคัด
กรอง ๖๑,๔๒๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ สงสัย CCA จำนวน ๖๕๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๐๖ CT/MRI ๒๒๐ ราย
คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๖ ผลยืนยันเป็น CCA จำนวน ๑๔๒ รายคิดเป็นร้อยละ ๖๔.๕๕

๓. ผลงานการผ่าตัด ๖๓๘ ราย หายขาด ๔๒๘ ราย ผ่าตัดประคับประคอง ๒๑๐ ราย

๔. จัดระบบสุขภาพภิบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล สำหรับทุก
พื้นที่ผ่านเทศบาล/อบต. สถานการณ์พบว่าทั้งประเทศ อปท. (เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล อบต.)
จำนวน ๗,๗๗๔ แห่ง อปท. ที่มีระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลรวมทั้งสิ้น ๒๐๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒.๕๗ (อยู่ใน ๒๙ จังหวัด
พื้นที่ดำเนินงาน ๑๑๘ แห่ง)

๕. จัดการเรียนการสอนความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนให้ครบทุก
พื้นที่ เน้นเรื่องของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็ก
เยาวชน ประชาชน และสังคม

๔.๑ ผลการดำเนินงานภาพรวมแผนงาน/โครงการ (small success)

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
เป้าหมาย : ลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง ๒๙ จังหวัด	<p>ปี ๒๕๕๙ อัตราการติดเชื้อ ๑๖.๒๗</p> <p>ปี ๒๕๖๒ อัตราการติดเชื้อ ๔.๗๓</p> <p>ปี ๒๕๖๓ อัตราการติดเชื้อ ๔.๓๖</p>
ผลการดำเนินงานที่สำคัญ	<p>กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค</p> <p>๑. ประชุมชี้แจงและทบทวนแผนการดำเนินงานตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับและหนอนพยาธิด้วยปัญญาประดิษฐ์ เพื่อคัดกรองและวินิจฉัยโรคหนอนพยาธิ ปี ๒๕๖๓ และเตรียมความพร้อมรับการตรวจเยี่ยมกรมควบคุมโรคโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>วันจันทร์ที่ ๓๐ - ๑๒.๓๐ น. ณ ห้องประชุมชม เทพยสุวรรณ อาคาร ๓ ชั้น ๕ กองโรคติดต่อทั่วไป ผู้เข้าร่วมประชุม ๑๗ คน (มทส. ๒ คน , NECTEC ๑ คน , กอง ต. ๑๔ คน)</p> <p>๒. ประชุมสรุปผลการประเมินโครงการรณรงค์การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๑)</p> <p>วันพฤหัสบดีที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมอัปศรา ๑ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กทม. ผู้เข้าร่วมประชุม ๒๔ คน (สสจ. ๑๗ คน กรมวิชาการ ๒ คน กองโรคติดต่อทั่วไป ๕ คน)</p> <p>๓. ประชุมคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้านสื่อที่ใช้ในการดำเนินงาน</p> <p>วันศุกร์ที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมชม เทพยสุวรรณ อาคาร ๓ ชั้น ๕ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ผู้เข้าร่วมประชุม ๒๑ คน (สสจ. ๓๔ คน มข. ๑ คน กอง ต. ๑๗ คน)</p> <p>๔. ประชุมคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้านสิ่งปฏิกูล</p> <p>วันอังคารที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุม W ๑๒๘ ตึก SERD สถาบันวิจัยแห่งเอเชีย อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี ผู้เข้าร่วมประชุม ๑๗ คน (AIT ๖ คน กรมอนามัย ๒ คน กองโรคติดต่อทั่วไป ๒ คน)</p> <p>๕. ประชุมวางแผนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเด็นพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในปี ๒๕๖๓ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>วันจันทร์ที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมศึกษา ภมรสถิตย ตึก อปร. ชั้น ๑๙ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เข้าร่วมประชุม ๑๘ คน (ผู้เชี่ยวชาญ ๓ คน กอง ต. ๑๕ คน)</p>

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
<p>ผลการดำเนินงานที่สำคัญ (ต่อ)</p>	<p>๖. ลงพื้นที่ทดสอบการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยในพยาธิใบไม้ตับด้วยปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence : AI)</p> <p>วันที่ ๒๕ - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ณ เขตสุขภาพที่ ๒ โดยดำเนินการตรวจอุจจาระในประชาชนได้จำนวน ๙๕๐ ราย ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและพยาธิใบไม้ลำไส้ ๕๖ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๕.๘๙</p> <p>๗. ลงพื้นที่ตรวจอุจจาระหาไข่และตัวอ่อนพยาธิในประชาชนในพื้นที่จังหวัดสตูล จังหวัดพัทลุง และจังหวัดตรัง</p> <p>วันที่ ๑๓ - ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ โรงพยาบาลละงู อำเภอละงู จังหวัดสตูล โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ จำนวน ๖ คน โดยดำเนินการตรวจอุจจาระในประชาชนได้จำนวน ๑๐๘ ราย พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ๒ ราย แพทย์ พากขอ พยาธิไส้หมัก พยาธิเข็มหมุด และให้ยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับทุกคน</p> <p>๘. ประชุมปรึกษาหารือเรื่องการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>วันจันทร์ที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมเทพยสุวรรณ กรมควบคุมโรค มีผู้เข้าร่วมประชุมจากกรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๗ คน</p> <p>๙. ลงพื้นที่ทดสอบการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยในพยาธิใบไม้ตับด้วยปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence : AI)</p> <p>วันที่ ๑๖ - ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๒ เขตสุขภาพที่ ๑ โดยดำเนินการตรวจอุจจาระในประชาชนได้จำนวน ๑,๔๙๗ ราย ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและพยาธิใบไม้ลำไส้ ๑๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๓๔</p> <p>๑๐. ประชุมปรึกษาหารือประเด็น Parasitic Diagnosis Kit</p> <p>วันพุธที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกลุ่มบริหารทั่วไป กรมควบคุมโรค มีผู้เข้าร่วมประชุมจากกรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๘ คน</p> <p>๑๑. ประชุมเชิงปฏิบัติการ "การจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี" ณ จังหวัดระยอง ระหว่างวันที่ ๗ - ๙ มกราคม ๒๕๖๓</p> <p>๑๒. ประชุมปรึกษาหารือความคิดเห็นการจัดทำข้อมูลยุทธศาสตร์ "ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี"</p> <p>ในวันพุธที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกลุ่มบริหารทั่วไปอาคาร ๕ ชั้น ๕ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค มีผู้เข้าร่วมประชุมจากกรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๘ คน</p>

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
<p>ผลการดำเนินงานที่สำคัญ (ต่อ)</p>	<p>๑๓. ปรีกษาหารือ วางแผนแนวทางการจัดกิจกรรมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเด็นพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน ในวันพฤหัสบดีที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๓ ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๑๔. ร่วมเป็นวิทยากร ประเด็นพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในวันจันทร์ที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๒ ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี</p> <p>๑๕. ประชุมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับและหนอนพยาธิด้วยปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) เพื่อการคัดกรองและวินิจฉัยโรคหนอนพยาธิ ปี ๒๕๖๓ ในวันอังคารที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางานองค์กร อาคาร ๕ ชั้น ๕ กองโรคติดต่อทั่วไป มีผู้เข้าร่วมประชุมจากกรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๑๖. ประสานงาน/หารือแนวทางการดำเนินงานร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ</p> <p>๑๗. จัดจ้างเอกชนโดยมีผู้เชี่ยวชาญควบคุมในการตรวจยืนยันชนิดหนอนพยาธิในอุจจาระประชาชนโดยวิธีการทำให้เข้มข้นโดยการตกตะกอน (Formalin Ether Concentration Technique) โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เพื่อยืนยันความถูกต้องของการดำเนินงานให้ถูกต้อง ครบถ้วน มีประสิทธิภาพ และมีความน่าเชื่อถือ จำนวนเงิน ๓๐,๐๐๐ บาท (อยู่ระหว่างการดำเนินการตามระเบียบพัสดุ)</p> <p>๑๘. จัดจ้างทำสื่อสนับสนุนกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพประเด็นพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนและชุมชน (E-learning material) โดยวิธีเฉพาะเจาะจง</p> <p>๑๙. ประชุมวางแผนการดำเนินงานผลิตสื่อความรู้อิเล็กทรอนิกส์ วันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๖๓</p> <p>๒๐. ประชุมหารือการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและหนอนพยาธิ ด้วยวิธีการตรวจอุจจาระในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ผ่านระบบ VDO Conference ในวันพฤหัสบดีที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓ เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมกลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางานองค์กร ชั้น ๕ อาคาร ๕ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค</p> <p>๒๑. ประชุมหารือ ให้ข้อเสนอแนะ และจัดทำ (ร่าง) แผนงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ แผนงานยุทธศาสตร์และแผนงานบูรณาการ</p>

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
	<p>ในวันจันทร์ ๑ มิ.ย. ๖๓ ณ ห้องประชุม ชั้น ๖ อาคาร ๕</p> <p>๒๒. จัดส่งวัสดุวิทยาศาสตร์ สนับสนุนการดำเนินงานโครงการฯ ในกับพื้นที่ ๒๙ จังหวัด</p> <p>๒๓. ประชุมหารือการจัดทำมาตรการควบคุมโรคหนองพยาธิโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร ในสภาวะปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙</p> <p>วันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมกลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนาองค์กร</p> <p>๒๔. อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การตรวจโรคหนองพยาธิในคนและสัตว์รังโรค” ประจำปี ๒๕๖๓</p> <p>๒๕. ประชุมเตรียมความพร้อมการขับเคลื่อนโครงการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับและหนองพยาธิด้วยปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ปีงบประมาณ ๒๕๖๔</p> <p>ในวันพฤหัสบดีที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมชม เทพยสุวรรณ ชั้น ๕ อาคาร ๓ กองโรคติดต่อทั่วไป</p> <p>๒๖. เดินทางไปราชการจังหวัดระนอง เพื่อสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพของแรงงานต่างด้าวผู้สัมผัสอาหารและกลุ่มแรงงานต่างด้าวด้านการประมงกับเครือข่ายในพื้นที่จังหวัดระนอง ประกอบกับจากผลการสำรวจสภาวะหนองพยาธิทั่วประเทศ ปี๒๕๖๒ มีแนวโน้มของการติดโรคพยาธิใบไม้ตับสูงขึ้นพื้นที่ดังกล่าว</p>
<p>มาตรการที่ ๑</p> <p>จัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล ในทุกพื้นที่ผ่านเทศบาล/อบต.</p>	<p>◆ กองโรคติดต่อทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตำบลที่มีการจัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล จำนวน ๑๐๒ แห่ง - อยู่ระหว่างการประสานความร่วมมือ และประชุมหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งกรมอนามัย AIT และ อบต. เรื่องของแนวทางการดำเนินการเพื่อทำให้เกิดระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างเป็นรูปธรรม <p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ชลบุรี</p> <p>การดำเนินงานลงนิเทศ ติดตามพื้นที่เสี่ยงระดับ อบต. (๑๘ ตำบล : ร้อยละ ๓๐) ตามวัตถุประสงค์ คือ นิเทศติดตามพื้นที่เสี่ยงระดับ อบต. (๑๘ ตำบล : ร้อยละ ๓๐) และ ติดตามการจัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล เพื่อตัดวงจรพยาธิ สำหรับทุกพื้นที่ผ่านเทศบาล/อบต.</p> <p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุตรธานี</p> <p>จ.หนองคาย สร้างระบบบ่อบำบัด ๑ แห่ง คือ เทศบาลศรีเชียงใหม่ สร้าง ๒๐ บ่อ โดยใช้งบประมาณของพื้นที่</p> <p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี</p> <p>ดำเนินโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนและพัฒนาความร่วมมือกับท้องถิ่นในการจัดการสิ่งปฏิกูลให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือกับ</p>

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
<p>มาตรการที่ ๒ (ต่อ) จัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กและเยาวชน ประชาชน</p>	<p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสิ่งปฏิกูลให้ถูกสุขลักษณะ ระหว่างวันที่ ๑๒, ๑๓ และ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ โรงแรม เนวาด้า คอนเวนชัน โฮเทล อ.เมือง จ.อุบลราชธานี, โรงแรมพรหมพิมาน อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ, โรงแรมมุกดาหาร แกรนด์ อ.เมือง จ.มุกดาหาร</p> <p>◆ กองโรคติดต่อทั่วไป อยู่ระหว่างการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียน และชุมชน ร่วมกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้ง สคร. และ มหาวิทยาลัย</p> <p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดประชุมราชการที่มิวิชัยและผู้เกี่ยวข้องในวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมลีลาวดี ๒ สคร.๗ ขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายการประชุม ประกอบด้วย ทีมวิชัย คณะทำงานและผู้เกี่ยวข้อง - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น จัดประชุมที่มิวิชัยและผู้เกี่ยวข้องระดับพื้นที่ ระหว่างวันที่ ๑๓ ๑๕ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด - วันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๒ จัดมหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนเขตสุขภาพที่ ๗ ปี ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมโรงแรมโมชะ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ภายในงานมีการจัดแสดง บูธนิทรรศการผลการดำเนินการของโรงเรียนที่ได้รางวัลระดับเหรียญทอง จำนวน ๕ บูธ และ บูธให้ความรู้จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น มีการมอบโล่ประกาศเกียรติคุณแก่ผู้อุทิศตนในการดำเนินงานด้วยดีเสมอมา การมอบโล่โรงเรียนโรงเรียนสร้างสุขภาพเพื่อลดการติดพยาธิใบไม้ตับในนักเรียน ปี ๒๕๖๒ และการถอดบทเรียนการดำเนินงานในปี ๒๕๖๓ - วันที่ ๑๑-๑๒ มกราคม ๒๕๖๓ ประชุมเพื่อติดตามการพัฒนาปรับปรุงหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑-๓ ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔-๖ และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๓ ครั้งที่ ๑ - วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๓ ประชุมเพื่อติดตามการพัฒนาปรับปรุงหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑-๓ ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔-๖ และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๓ ครั้งที่ ๒

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
<p>มาตรการที่ ๒ (ต่อ) จัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กและเยาวชน ประชาชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุตรธานี จ.หนองคาย มีการสร้างความรอบรู้ Health Literacy โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน เด็กเยาวชนใน ตำบลเป้าหมายปี ๒๕๖๒ - ๒๕๕๙ จำนวน ๒๕๖๓ คนและตำบลเป้าหมายปี ๔๐ ตำบลๆ ละ ๒๗ จำนวน ตำบล ๒๔ ตำบลละ คน ๖๗ ◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อหาแนวทางในการจัดการความรู้ (HL) ในสถานศึกษา , ประชุมปรึกษาหารือเครือข่ายในการสนับสนุนสื่อในสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ ๙ - ประชุมชี้แจงโครงการ การจัดการความรู้ด้านสุขภาพ (HL) แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน ๔ ครั้ง ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ มีผู้เข้าร่วมประชุม ๒๐ คน วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้เข้าร่วมประชุม ๒๐ คน วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ มีผู้เข้าร่วมประชุม ๒๐ คน วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๒ ประชุม ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้เข้าร่วมประชุม ๓๐ คน - วันที่ ๑๗ - ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๒ กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงฯ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา ได้ทดสอบแบบเก็บข้อมูล (try out) การจัดการความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ในโรงเรียน ปากช่อง ๒ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และโรงเรียนบุญวัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เมื่อวันที่ ๒๔ - ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ เขต ๙ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา <p>ดำเนินการเก็บข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ (HL) วันที่ ๒๒ -๓๑ มกราคม ๒๕๖๓ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษา เขต จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ จังหวัดละ ๑ อำเภอ โรงเรียนละ ๑ ตำบล ๆ ละ ๒ คน เพื่อให้ทราบถึงการรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ๑๐๐ กลุ่มเป้าหมาย โรงเรียนละของกลุ่มเป้าหมาย</p>

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
<p>มาตรการที่ ๓ คัดกรองพยาธิใบไม้ตับใน ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เมื่อพบผู้ติดเชื้อให้การรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ</p>	<p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑</p> <ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดเชียงใหม่ ได้ดำเนินการลงพื้นที่ตรวจคัดกรองหาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่อำเภอจอมทอง อำเภอดอยเต่า อำเภอฮอด วันที่ ๑๖-๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๒ โดยผลการตรวจครั้งนี้สรุป ตรวจทั้งหมด ๑,๔๙๗ ราย พบพยาธิ ๑๑๐ ราย (๗.๓๔%) และพบพยาธิใบไม้ตับจำนวน ๘๗ ราย (๕.๘๑%) - ได้ดำเนินการตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ จ.พะเยา โดยตรวจไปทั้งหมด ๕๒๒๐ ราย พบพยาธิร้อยละ ๑๓ โดยพบผู้ติดเชื้อมากที่สุดที่ อ.ปง จ.พะเยา ร้อยละ ๑๕.๘ รองลงมา อำเภอเชียงม่วน ร้อยละ ๙.๕ และพบผู้ติดเชื้อซ้ำ ร้อยละ ๘ - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการอบรมพนักงานจุลทัศน์ากรในพื้นที่โครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในพื้นที่ถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ภูเขา พัฒนาตามพระราชดำริฯ ๘ จังหวัดภาคเหนือตอนบน - ได้จัดทำโครงการ ขออนุมัติจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการอบรมพนักงานจุฬา พร้อมทั้งทำหนังสือเชิญประชุมให้กับบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓๐ คน ในวันที่ ๑๑-๑๓ ธ.ค.๖๒ ที่ รร.กรีนเลคคริสตอรัท อำเภอเมือง จ.เชียงใหม่ - ดำเนินการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์สำหรับการจัดทำคลิปหนีบมือถือถ่ายภาพภายใต้ กล้องจุลทรรศน์ <p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ชลบุรี</p> <p>การดำเนินงานลงนิเทศ ติดตามพื้นที่เสี่ยงระดับ อปท. (๑๘ ตำบล : ร้อยละ ๓๐) ตามวัตถุประสงค์ คือ นิเทศติดตามพื้นที่เสี่ยงระดับ อปท. (๑๘ ตำบล : ร้อยละ ๓๐) นิเทศ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในตำบลที่มีการติดเชื้อมากกว่าร้อยละ ๑๐ และติดตามผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี (อัลตราซาวด์) ระดับตำบล</p> <p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดประชุมราชการวางแผนการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในปี ๒๕๖๓ ร่วมกับผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ได้ปฏิทินการปฏิบัติงานร่วมกัน วันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุม กาสะลอง อาคาร ๑ ชั้น ๓ สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่๗ จังหวัดขอนแก่น - วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ ประชุมทีมตรวจอูจจาาระเพื่อวางแผนการตรวจการติดเชื้อ ในประชาชนที่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในปี ๒๕๖๒ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และ ขอนแก่น - กิจกรรมตรวจอูจจาาระซ้ำในประชาชนติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ปี ๒๕๖๒ กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ปี ๒๕๖๒ ในจังหวัด กาฬสินธุ์ มีการลง

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
<p>มาตรการที่ ๓ (ต่อ) คัดกรองพยาธิใบไม้ตับใน ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เมื่อพบผู้ติดเชื้อให้การรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ</p>	<p>ดำเนินการตรวจใน ๑๓ อำเภอ ๓๒ ตำบล ๒,๔๐๐ ราย ในระหว่างวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ - ๒๒ มกราคม ๒๕๖๓</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมตรวจอุจจาระซ้ำในประชาชนติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ปี ๒๕๖๒ กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ปี ๒๕๖๒ ในจังหวัด ร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ ๒๒ มกราคม - ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ มีการลงดำเนินการตรวจใน ๒๑ อำเภอ ๔๗ ตำบล ๓,๘๔๖ ราย , ระหว่างวันที่ ๖-๒๓ มกราคม ๒๕๖๓ ลงดำเนินการตรวจใน ๑๔ อำเภอ ๒๑ ตำบล จำนวน ๒,๑๐๐ ราย - วันที่ ๒๕-๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพด้านการ ตรวจวินิจฉัยหนอนพยาธิ ด้วยการตรวจอุจจาระในวันที่ ๒๕ - ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อพัฒนาบุคลากรทาง สาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการตรวจวินิจฉัยและเป็นการเพิ่มทักษะในการ ตรวจวินิจฉัยหนอนพยาธิในอุจจาระด้วยวิธี Modified kato katz <p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี</p> <ul style="list-style-type: none"> - หนองคาย การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระในตำบลต้นแบบ ๒๔ ตำบล ตรวจ ๑๑,๖๗๑ ราย พบ O.v. = ๕๓๓ ราย - สกลนคร ตรวจ ๒,๘๐๐ ราย พบ O.v. = ๑๔๓ ราย - อุดรธานี ดำเนินการตรวจคัดกรอง ๑๐๐ ราย ทั้ง ๔๕ ตำบล เรียบร้อยแล้ว มี ๔ ตำบล ที่ต้องตรวจ ๙๐๕ รายต่อ - หนองบัวลำภูและนครพนมมีแผนดำเนินการแล้ว แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เพราะติดสถานการณ์ COVID-19 - มีการดำเนินการตรวจซ้ำในผู้ติดเชื้อ ๒ จังหวัด คือ <ul style="list-style-type: none"> - นครพนม ตรวจ ๑,๐๘๒ ราย พบ O.v. = ๑๕๙ ราย , H.w. = ๓ ราย , E.spp = ๓ ราย (โดย ๑ ราย พบทั้ง O.v. และ E.spp) - สกลนคร ตรวจ ๔๒๕ ราย พบ O.v. = ๗๔ ราย, A.l = ๑ ราย, H.w. = ๓ ราย, ตัวติด = ๒ ราย, E.spp = ๑ ราย (โดย ๑ ราย ติด O.v. และ ตัวติด) - ดำเนินการจัดอบรมพนักงานจุลทัศน์การในการตรวจวินิจฉัยหาหนอนพยาธิ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมราชพฤกษ์ สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น และห้องปฏิบัติการวิทยาลัยสาธารณสุข สิรินธร อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น <p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา ได้จัดประชุมชี้แจงและ ดำเนินงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประชุมชี้แจงขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
<p>มาตรการที่ ๓ (ต่อ) คัดกรองพยาธิใบไม้ตับใน ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เมื่อพบผู้ติดพยาธิให้การรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ</p>	<p>- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ฯ จังหวัดชัยภูมิ วันที่ ๒๗ - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดตุ้ม อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ</p> <p>- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ฯ จังหวัดบุรีรัมย์ วันที่ ๒ - ๔ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์</p> <p>- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ฯ จังหวัดสุรินทร์ วันที่ ๑๑ - ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์</p> <p>- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ฯ จังหวัดนครราชสีมา วันที่ ๑๖ - ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>- ประสานผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ เตรียมข้อมูลผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับรายตำบล ในปี ๒๕๖๒ เพื่อจัดทำตารางลงดำเนินงานตรวจคัดกรองซ้ำ</p>
<p>มาตรการที่ ๔ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีใน ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปด้วย เครื่องอัลตราซาวด์</p>	<p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - จังหวัดแพร่ ผลงาน อัลตราซาวด์ ๙๙๘ ราย</p> <p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ชลบุรี การดำเนินงานลงนิเทศ ติดตามพื้นที่เสี่ยงระดับ อปท. (๑๘ ตำบล : ร้อยละ ๓๐) ตามวัตถุประสงค์ คือ นิเทศติดตามพื้นที่เสี่ยงระดับ อปท. (๑๘ ตำบล : ร้อยละ ๓๐) และติดตามผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี (อัลตราซาวด์) ระดับตำบล</p> <p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุตรดิตถ์ การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์เป้าหมาย ๒,๐๐๐ ราย, ผลงาน ๒,๗๔๔ ราย พบความผิดปกติ ทั้งหมด ๕๑๔ ราย แยกเป็น-PDF๑ จำนวน ๓๑๒ ราย PDF๒ จำนวน ๑๔๐ ราย/ PDF๓ จำนวน ๑๕ ราย/ Dilated Bile Duct จำนวน ๑๓ ราย/ Liver mass จำนวน ๒๖ ราย / Cirrhosis จำนวน ๘ ราย</p>

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
<p>มาตรการที่ ๕ รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ผ่านทุกช่องทางการสื่อสารตามบริบทพื้นที่</p>	<p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี จังหวัดยโสธร</p> <p>๑) จัดมหกรรมรณรงค์สร้างกระแสลด ละ เลิก การบริโภคปลาดิบ เพื่อกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๓</p> <p>๒) สนับสนุนงบประมาณทุกอำเภอจัดรณรงค์ลด ละ เลิก การบริโภคปลาดิบ เพื่อกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่</p> <p>๓) จัดอบรมความรู้ประชาชนและเยาวชน ในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย (๒๐ ตำบลๆ ละ ๓๐๐ คน) จังหวัดอื่นๆ อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำแผนงานโครงการ/ และเสนออนุมัติโครงการ</p>
<p>มาตรการที่ ๖ รายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดและหรือสามารถรายงานในฐานข้อมูล Isan Cohort</p>	<p>◆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี</p> <p>- จังหวัดยโสธร มีการบันทึกข้อมูลการดำเนินงาน : บันทึกผ่านฐานข้อมูล Isan Cohort จังหวัดอื่นๆ อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำแผนงานโครงการ/ และเสนออนุมัติโครงการ</p>
<p>มาตรการที่ ๗ พัฒนานวัตกรรม วิชาการในพื้นที่โดยการใช้ข้อมูลในการดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการสิ่งปฏิกูล และมาตรการอื่นๆที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาเป็นงานวิจัย (R๒R) ส่งต่อการปรับปรุงแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป</p>	<p>สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น</p> <p>- ดำเนินการจัดประชุมในวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ จัดประชุมราชการเตรียมความพร้อม การตรวจจู่จาระเพื่อหาการติดเชื้อซ้ำ และการทดลองใช้โปรแกรม AI ของกองโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด ๑๒ คน โดยนายกิตติพิชญ์ จันท์ หัวหน้ากลุ่มงานโรคติดต่อทั่วไป เป็นประธานเปิดการประชุมประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงาน และทีมตรวจคัดกรองโรคหนองพยาธิ เพื่อเตรียมความพร้อมในการติดตามการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี ๒๕๖๒ พื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ สรุปประเด็นสำคัญตามวาระการประชุม</p>

๔.๒ ผลการดำเนินงานแยกรายหน่วยงาน

หน่วยงาน	เป้าหมายที่ ๑ ลดอัตราการติดเชื้อมาตรฐานไม่ ดับในพื้นที่เสี่ยง ๒๙ จังหวัด		ตัวชี้วัดที่มาตรการที่ ๑ จัดระบบสุขภาพีบาล บริหาร จัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจร พยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่ง ปฏิกูล ในทุกพื้นที่ผ่าน เทศบาล/อบต.		ตัวชี้วัดที่มาตรการที่ ๒ จัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิ ใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็ก และเยาวชน ประชาชน		ตัวชี้วัด มาตรการที่ ๓ คัดกรองพยาธิใบไม้ดับใน ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เมื่อพบ ผู้ติดพยาธิให้การรักษาและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ		ตัวชี้วัดมาตรการที่ ๔ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีใน ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์		ตัวชี้วัดมาตรการที่ ๕ รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลา ปลอดภัยอย่างต่อเนื่องใน พื้นที่ผ่านทุกช่องทาง การ สื่อสารตามบริบทพื้นที่		ตัวชี้วัดมาตรการที่ ๖ รายงานการดำเนินงานผ่าน ฐานข้อมูล ที่กระทรวงกำหนด		ตัวชี้วัดมาตรการที่ ๗ พัฒนานวัตกรรม วิชาการใน พื้นที่ฯ มาพัฒนาเป็นงานวิจัย (R&D) ส่งต่อการปรับปรุง แก้ไขปัญหายาพยาธิใบไม้ดับ และมะเร็งท่อน้ำดี	
	เป้าหมาย	ผล ๑๒ เดือน	เป้าหมาย	ผล ๑๒ เดือน	เป้าหมาย	ผล ๑๒ เดือน	เป้าหมาย	ผล ๑๒ เดือน	เป้าหมาย	ผล ๑๒ เดือน	เป้าหมาย	ผล ๑๒ เดือน	เป้าหมาย	ผล ๑๒ เดือน	เป้าหมาย	ผล ๑๒ เดือน
ระดับประเทศ	ลดลงร้อยละ ๕ (ของ พท. ดำเนินการ ๒๙ จังหวัด)	๔.๓๖	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล	จำนวน ๑๘๘ แห่ง	๒๙ จังหวัด	๑,๔๓๗	๙๓,๒๐๐ ราย	๑๗๐,๘๑๖ ราย	๕๘,๐๐๐ ราย	๖๑,๔๒๖ ราย	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล	๒๙ จังหวัด ๙๓๒ ตำบล	๕๙๙ ตำบล		๒
สคร.๑	ลดลงร้อยละ๕	๖.๗๕	๘ จังหวัด ๑๔๔ ตำบล	๘ แห่ง	๘ จังหวัด	*อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	๑๔,๔๐๐ ราย	๑๓,๔๗๐ ราย	๒,๐๐๐ ราย	๔,๙๐๐ ราย	๘ จังหวัด ๑๔๔ ตำบล	๑๔๔ ตำบล	๘ จังหวัด ๑๔๔ ตำบล	๘๙ ตำบล	๑ เรื่อง	๑ เรื่อง
สคร.๖	ลดลงร้อยละ๕	ไม่มีพื้นที่ ดำเนินการ ใหม่ปี ๖๓	ไม่มีพื้นที่ ดำเนินการ ใหม่ปี ๖๓	๕ แห่ง	ไม่มีพื้นที่ ดำเนินการ ใหม่ปี ๖๓	ไม่มีพื้นที่ ดำเนินการ ใหม่ปี ๖๓	ไม่มีพื้นที่ ดำเนินการ ใหม่ปี ๖๓	ไม่มีพื้นที่ ดำเนินการ ใหม่ปี ๖๓	๒,๐๐๐ ราย	๑,๓๓๗ ราย	ไม่มีพื้นที่ ดำเนินการ ใหม่ปี ๖๓	ไม่มีพื้นที่ ดำเนินการ ใหม่ปี ๖๓	ไม่มีพื้นที่ ดำเนินการ ใหม่ปี ๖๓	ไม่มีพื้นที่ ดำเนินการ ใหม่ปี ๖๓	ไม่มีพื้นที่ ดำเนินการ ใหม่ปี ๖๓	ไม่มีพื้นที่ ดำเนินการ ใหม่ปี ๖๓
สคร.๗	ลดลงร้อยละ๕	๒.๐๕	๔ จังหวัด ๑๖๘ ตำบล	๒๖ แห่ง	๔ จังหวัด	๑๓๐ แห่ง	๑๖,๘๐๐ ราย	๗,๒๖๗ ราย	๒,๐๐๐ ราย	๑๓,๔๑๓ ราย	๔ จังหวัด ๑๖๘ ตำบล	๑๖๘ ตำบล	๔ จังหวัด ๑๖๘ ตำบล	๗๕ ตำบล		
สคร.๘	ลดลงร้อยละ๕	๕.๐๖	๗ จังหวัด ๑๘๕ ตำบล	๔๘ แห่ง	๗ จังหวัด	๓๒๒ แห่ง	๑๘,๕๐๐ ราย	๔๖,๓๔๑ ราย	๒,๐๐๐ ราย	๙,๔๕๙ ราย	๗ จังหวัด ๑๘๕ ตำบล	๑๘๕ ตำบล	๗ จังหวัด ๑๘๕ ตำบล	๑๘๕ ตำบล		
สคร.๙	ลดลงร้อยละ๕	๓.๖๘	๔ จังหวัด ๒๕๖ ตำบล	๙ แห่ง	๔ จังหวัด	๙๐ แห่ง	๒๖,๕๐๐ ราย	๓๙,๗๒๖ ราย	๒,๐๐๐ ราย	๙,๗๖๑ ราย	๔ จังหวัด ๒๕๖ ตำบล	๒๕๖ ตำบล	๔ จังหวัด ๒๕๖ ตำบล	๒๕๖ ตำบล		
สคร.๑๐	ลดลงร้อยละ๕	๔.๐๓	๕ จังหวัด ๑๗๙ ตำบล	๒๒ แห่ง	๕ จังหวัด	๘๙๕ แห่ง	๑๗,๙๐๐ ราย	๖๔,๐๑๒ ราย	๒,๐๐๐ ราย	๒๒,๕๕๖ ราย	๕ จังหวัด ๑๗๙ ตำบล	๑๗๙ ตำบล	๕ จังหวัด ๑๗๙ ตำบล	๑๗๙ ตำบล		

* อัตราการติดเชื้อมาตรฐานไม่ดับในพื้นที่เสี่ยง ๒๙ จังหวัด ต้องรอให้พื้นที่ดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ดับให้เสร็จสิ้นก่อนในช่วงไตรมาสที่ ๔ และรายงานผลการคัดกรองฯ จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
๑, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐

** เนื่องด้วยสถานการณ์ระบาดของ COVID-๑๙ ทำให้พื้นที่เริ่มดำเนินการได้ช้ากว่าแผนที่วางไว้ โดยเริ่มดำเนินการโครงการในพื้นที่ ในช่วงต้นเดือน มิ.ย.๖๓ ที่ผ่านมา (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๓)

๕. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน:

- สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 จึงทำให้พื้นที่ไม่สามารถดำเนินงานต่อเนื่องได้

๖. ความต้องการขอรับการสนับสนุน

จากหน่วยงานส่วนกลาง	จากกรมควบคุมโรค
<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ในทุกช่องทาง - ขยายระยะเวลาดำเนินการ เนื่องจาก สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ในทุกช่องทาง

๗. แนวทางการปรับแผนการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

๑. การดำเนินการติดตามการเบิกจ่ายงบประมาณ แผน และผลการดำเนินงานของพื้นที่
๒. ดำเนินการจัดประชุม/อบรม อาจมีความล่าช้ากว่าแผนที่วางไว้ โดยประสานงานกับพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

๘. ผู้จัดทำรายงาน

ชื่อ-สกุล : นางอรนาถ วัฒนวงษ์

โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ - ๘๗๕๓๕๖๘ โทร. ๐๒ - ๕๙๐-๓๑๘๐
โทรสาร: ๐๒ - ๕๙๑๘๔๓๖ E-mail : oranard.wat@gmail.com

ชื่อ-สกุล : นางสาวจตุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน

โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒ - ๖๙๕๐๐๕๖ โทร. ๐๒ - ๕๙๐-๓๑๘๐
โทรสาร: ๐๒ - ๕๙๑๘๔๓๖

E-mail : jutikarn_๑๕@hotmail.com

ชื่อ-สกุล : นางสาวสุพรรณษา พิมพ์เถื่อน

โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕ - ๖๕๑๕๑๘๔ โทร. ๐๒ - ๕๙๐-๓๑๘๐
โทรสาร: ๐๒ - ๕๙๑๘๔๓๖

E-mail : tungtungssc๘๓@gmail.com

๓. โครงการการเฝ้าระวังโรค และค้นหาการติดเชื้อในประชากรกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยง กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกกระทรวง

สืบเนื่องจากมติการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๓ ได้เห็นชอบและกำหนดแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง และสถานที่เสี่ยง โดยกำหนดนิยามกลุ่มประชากรเสี่ยง หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่รวมตัวกันจำนวนมากหรือทำงานที่มีความเสี่ยงต้องพบปะผู้คนจำนวนมาก ได้แก่ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อผู้ต้องขังแรกรับ ผู้ต้องกักในศูนย์กักกันคนเข้าเมือง พนักงานขับรถหรือพนักงานประจำรถสาธารณะ พนักงานไปรษณีย์ พนักงานส่งของ กลุ่มแรงงานต่างด้าว กลุ่มแรงงานที่อยู่ในหอพักเดียวกันจำนวนมาก ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) และกลุ่มอาชีพเสี่ยงอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจารณา เช่น เจ้าหน้าที่ด่านตรวจคนเข้าเมือง แม่ค้า/พ่อค้า หรือพนักงานขายของในตลาด เป็นต้น สำหรับนิยามสถานที่เสี่ยง หมายถึง สถานที่ที่มีคนมารวมตัวกันจำนวนมาก เช่น ชุมชนแออัด ตลาดนัด ศาสนสถาน สถานีขนส่งผู้โดยสาร เป็นต้น ทั้งนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถือเป็นเครื่องมือหนึ่งในการค้นหาผู้ติดเชื้อและควบคุมโรค

กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานหลักในการควบคุมป้องกันโรคระดับประเทศ กำหนดให้มีการเฝ้าระวัง และค้นหาการติดเชื้อในประชากรกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยง กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ตามที่คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติเห็นชอบ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวัง นอกเหนือจากการตรวจเพื่อการวินิจฉัยดูแลรักษาในผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาล และการสอบสวนทางระบาดวิทยา และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำระบบเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรเสี่ยงต่อไป

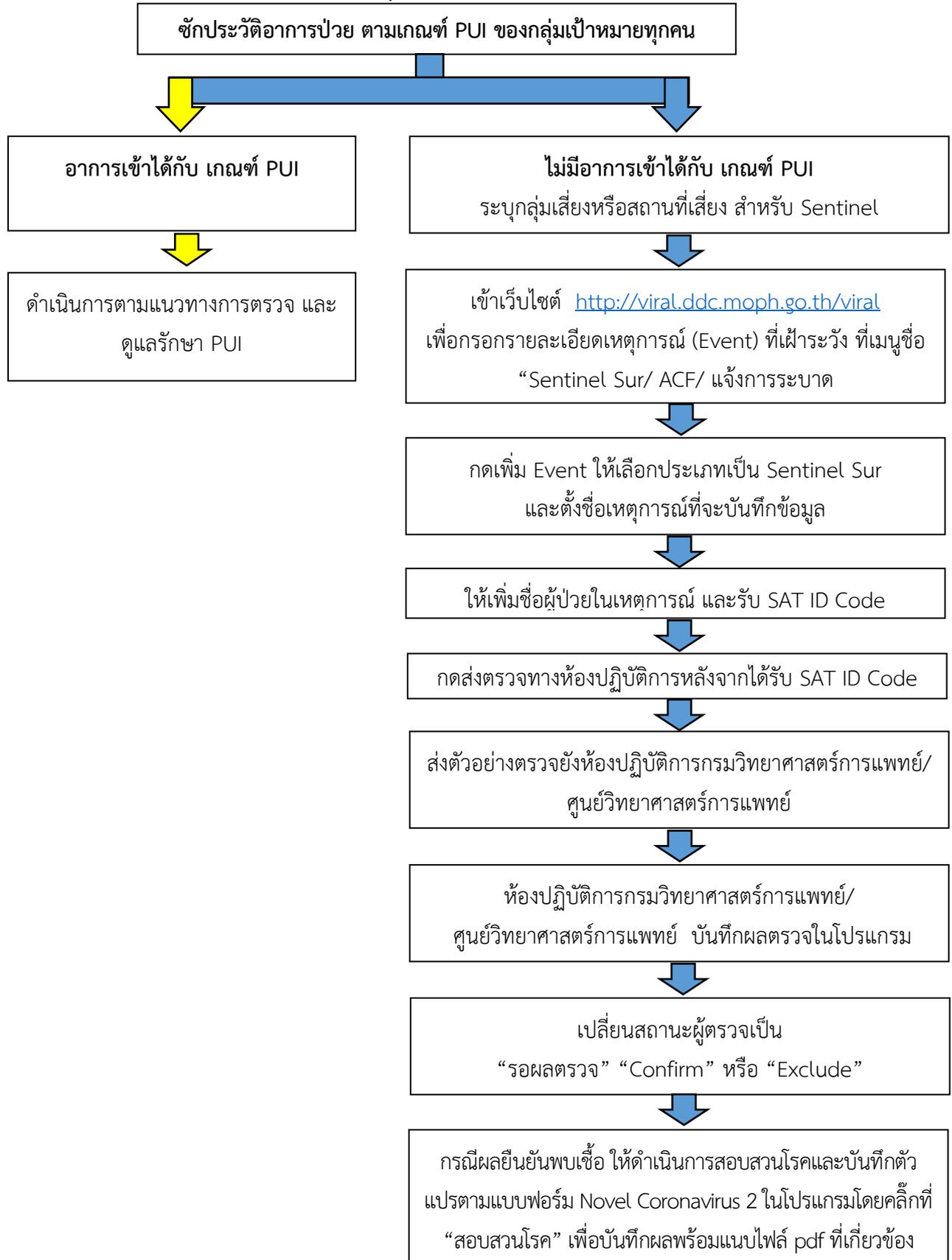
วัตถุประสงค์

๑. เพื่อดำเนินการคัดกรองเชิงรุก โดยเฉพาะกลุ่มประชากร/พื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่
๒. เพื่อนำข้อมูลเตรียมการรองรับการระบาดระลอกใหม่และพัฒนาารูปแบบบริการหลังการระบาด

วิธีดำเนินการ

๑. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานผ่านระบบ VDO conference ร่วมกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อกำหนดจำนวนกลุ่มเป้าหมายรวมรายเขต และรายจังหวัด ในการกำหนดงบประมาณ และจัดสรรทรัพยากร
๒. เก็บตัวอย่างตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในพื้นที่ และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางที่กำหนด
๓. ตรวจสอบและรวบรวมผลการดำเนินงานรวมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน
๔. สรุปผลการดำเนินงานมายังเลขานุการคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติและผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรายสัปดาห์

ขั้นตอนการดำเนินงาน และบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังและค้นหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยง (Sentinel surveillance)



กลุ่มเป้าหมาย : คัดเลือกกลุ่มเสี่ยงตามมติคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติเห็นชอบ โดยวิเคราะห์กลุ่มอาชีพเสี่ยงจากข้อมูลการสอบสวนโรคที่ผ่านมา โดยดำเนินการในพื้นที่ ๗๖ จังหวัด และกรุงเทพมหานคร จำนวน ๘๙,๙๙๓ ราย ดังนี้

๑) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

๒) ผู้ต้องขังแรกรับ

๓) กลุ่มอาชีพที่พบปะผู้คนจำนวนมาก ได้แก่ พนักงานไปรษณีย์ เช่น พนักงานคัดแยกจดหมาย พนักงานที่ต้องติดต่อกับผู้รับบริการ พนักงานประจำเคาน์เตอร์ พนักงานขับรถ หรือพนักงานประจำรถสาธารณะ พนักงานส่งของ

๔) พิจารณากลุ่มอื่นๆ ตามสถานการณ์ของพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองทุกคน เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ทุกคน ยกเว้นเจ้าหน้าที่ธุรการ แม่ค้า/พ่อค้า หรือพนักงานขายของในตลาด (อาจจะเก็บตัวอย่างเฉพาะคนที่มีโรคประจำตัว หรือผู้สูงอายุ) กลุ่มแรงงานต่างด้าว ที่มีการรวมกลุ่มกันในที่พักเดียวกันจำนวนมากที่เป็นพื้นที่แออัด ชุมชนแออัด เช่น ชุมชนการเคหะ

งบประมาณ : เบิกจ่ายจากรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นเพื่อเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ : กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ระยะการระบาดในวงจำกัด (ระยะที่ ๒) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๕๕,๔๗๑,๓๐๐ บาท ดังนี้

- ค่าบริหารจัดการ ให้กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมเป็นเงิน ๑๔,๙๕๖,๖๐๐ บาท

- กรมควบคุมโรคสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเก็บตัวอย่าง รายละเอียด ๒๐๐ บาท จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ๘๙,๙๙๓ คน (ผ่านสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) เช่น ค่าขนส่งตัวอย่างไปยังหน่วยตรวจกิจกรรมประชุมชี้แจง/ เตรียมทีม/ วิเคราะห์ กิจกรรมติดตาม/ กำกับ/ ประเมินการดำเนินงานในพื้นที่ ค่าใช้จ่ายเดินทางเก็บข้อมูล ค่าล่วงเวลา เป็นต้น

- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้กับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมเป็นเงิน ๓๕,๙๙๗,๒๐๐ บาท

กรมควบคุมโรคดำเนินงานร่วมกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยการตรวจด้วยวิธี RT-PCR แบบ Pooled Sample โดยใช้ตัวอย่างจากน้ำลาย กลุ่มเป้าหมายสามารถเก็บเองได้ โดยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ราคา ๔๐๐ บาทต่อตัวอย่าง จำนวน ๘๙,๙๙๓ ตัวอย่าง ค่าชุดเก็บตัวอย่างทางน้ำลาย รวมเป็นเงิน ๔,๕๑๗,๕๐๐ บาท กรมควบคุมโรค โดยกองโรคติดต่อทั่วไป จัดส่งชุดเก็บตัวอย่างทางน้ำลายไปยังพื้นที่ทั้งประเทศโดยรวมค่าจัดส่ง ชุดละ ๕๐ บาท จำนวน ๙๐,๓๕๐ ชุด

ผลการดำเนินงาน :

การชี้แจงโครงการและจัดสรรวัสดุอุปกรณ์

กองระบาดวิทยา ได้ประชุม ผ่าน VDO Conference เพื่อชี้แจงการดำเนินงานแก่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ ๑๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ และจัดส่งอุปกรณ์การเก็บตัวอย่างในการตรวจด้วยวิธี Pooled sample ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเพื่อกระจายแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ เมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ จากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเริ่มดำเนินโครงการ ตั้งแต่วันที่ ๑๘ พฤษภาคม - ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓

การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย :

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ร่วมกันคำนวณกลุ่มเป้าหมายรายเขต และรายจังหวัด ในการกำหนดงบประมาณ และจัดสรรทรัพยากรให้กลุ่มเสี่ยง ๔ กลุ่ม รวม ๘๙,๙๙๓ รายดังนี้

๑. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน ๒๕,๙๙๐ ราย สัดส่วนร้อยละ ๒๙
๒. ผู้ต้องขังแรกรับ จำนวน ๑๕,๐๐๐ ราย สัดส่วนร้อยละ ๑๗
๓. กลุ่มอาชีพที่พบปะผู้คนจำนวนมาก จำนวน ๑๙,๒๑๓ ราย สัดส่วนร้อยละ ๒๑
๔. กลุ่มอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจำนวน ๒๙,๗๙๐ ราย สัดส่วนร้อยละ ๓๓

ทั้งนี้ เมื่อพื้นที่ดำเนินโครงการพบว่ามีการปรับจำนวนกลุ่มเป้าหมายตามความเหมาะสม ทำให้มีสัดส่วนของกลุ่มเสี่ยงเป็นร้อยละ ๓๐.๑ ๑๓.๑ ๑๘.๙ และ ๓๗.๙ ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ ๑) และผลการดำเนินงานจำแนกตามกลุ่มเป้าหมายรายเขตสุขภาพ รายละเอียดดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๑ ข้อมูลการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค และค้นหาการติดเชื้อในประชากรกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยง

เป้าหมาย	๑. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์		๒. ผู้ต้องขังแรกรับ		๓. กลุ่มอาชีพที่พบปะผู้คนจำนวนมาก		๔. กลุ่มอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อ		รวม
	จำนวน	ผล +	จำนวน	ผล +	จำนวน	ผล +	จำนวน	ผล +	
สัดส่วนแต่ละกลุ่ม (%)	๒๙		๑๗		๒๑		๓๓		
ผลการดำเนินงาน	จำนวน	ผล +	จำนวน	ผล +	จำนวน	ผล +	จำนวน	ผล +	
โครงการเสริม ภูมิคุ้มกัน และ กรุงเทพมหานคร ร่วมกับกรมควบคุมโรค	๔		๐		๑,๖๗๕	๑ ผู้ป่วย เก่า	๕,๔๐๖		๗,๐๘๕ (ผล+ ๑ ราย)
เป้าหมายตาม โครงการ	๒๕,๙๙๐	-	๑๕,๐๐๐	-	๑๙,๒๑๓	-	๒๙,๗๙๐	-	๘๙,๙๙๓
การดำเนินงาน เฝ้าระวังโรค และ ค้นหาการติดเชื้อ	๒๗,๕๓๑	-	๑๑,๙๘๙	๑ ผู้ป่วย เก่า	๑๗,๒๙๐	-	๓๔,๖๕๕	-	๙๑,๔๖๕
ร้อยละการดำเนินงาน เฝ้าระวังโรค และ ค้นหาการติดเชื้อ	๑๐๕.๘๒ (๓๐.๑%)	-	๗๙.๘๙ (๑๓.๑%)	-	๘๙.๙๙ (๑๘.๙%)	-	๑๑๖.๔๕ (๓๗.๙%)	-	๑๐๑.๖๔ (๑๐๐%)

การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและค้นหาการติดเชื้อในประชากร กลุ่มที่ ๓ อาชีพที่พบปะผู้คนจำนวนมาก

ตัวอย่างจากประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอาชีพพบปะผู้คนจำนวนมาก ประกอบด้วยอาชีพเสี่ยง รวมทั้งสิ้น ๑๗,๒๙๐ ราย คือ คนขับรถหรือพนักงานประจำรถสาธารณะ ๖,๓๓๘ ราย พนักงานในสำนักงาน (เช่น ที่ทำการไปรษณีย์ ธนาคาร) ๔,๘๔๘ ราย พนักงานส่งของ (เช่น บุรุษไปรษณีย์ เคอร์รี่ โลนแมน) ๓,๘๐๑ ราย ช่างตัดผม/ เสริมสวย ๓๖๑ ราย พนักงานบริการ (พนักงานสถานบันเทิง นวด เสิร์ฟอาหาร ฯลฯ) ๒๑๖ ราย และอื่นๆ ๑,๗๒๖ ราย

การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและค้นหาการติดเชื้อในประชากร กลุ่มที่ ๔ อาชีพอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจารณา

ตัวอย่างจากประชากรกลุ่มเสี่ยงอาชีพอื่น ๆ รวมทั้งสิ้น ๓๔,๖๘๙ ราย คือ เจ้าหน้าที่ด่านตรวจคนเข้าเมือง ๑,๑๙๕ ราย แม่ค้า/พ่อค้าพนักงานขายในตลาด/ห้างสรรพสินค้า/ร้านสะดวกซื้อ ๗,๙๒๑ ราย เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ ๓,๒๖๙ ราย แรงงานต่างด้าว ๕,๓๖๑ ราย ผู้เดินทางกลับจากต่างจังหวัด ๘๐๖ ราย บุคคลในชุมชนแออัด ๑,๐๐๑ ราย พนักงานโรงแรม/พนักงานต้อนรับ/พนักงานทำความสะอาด ๓๐๐ ราย ข้าราชการ เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานราชการอื่นๆ ๔,๑๕๑ ราย นักบวชในศาสนา ๖๔๐ ราย รับจ้างทั่วไป/กรรมกร ๒,๔๔๘ ราย ชายสลาวกินแบ่งรัฐบาล ๖๐๕ ราย และ อื่น ๆ (ผู้บำบัดสารเสพติดรายใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้าน+สัมผัสประชาชนกลุ่มเสี่ยง เกษตรกร ช่างสักราย เจ้าหน้าที่ด่านเก็บเงิน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย นักเรียน นักศึกษา แม่บ้าน เด็กในปกครอง ว่างาน และไม่ระบุอาชีพ) ๖,๙๙๒ ราย

ตารางที่ ๒ ผลการดำเนินงาน Sentinel Surveillance จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายรายเขต

เขต สุขภาพ	๑. บุคลากรทางการแพทย์			๒. ผู้ต้องขังแรกรับ			๓. อาชีพที่พบปะผู้คน จำนวนมาก			๔. อาชีพอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการ โรคติดต่อจังหวัดพิจารณา			รวมทั้ง ๔ กลุ่ม		
	เป้าหมาย	ส่งตรวจ	%	เป้าหมาย	ส่งตรวจ	%	เป้าหมาย	ส่งตรวจ	%	เป้าหมาย	ส่งตรวจ	%	เป้าหมาย	ส่งตรวจ	%
๑	๒,๒๘๔	๒,๐๘๑	๙๑.๑๑	๑,๐๖๐	๑,๑๔๑	๑๐๗.๖๔	๒,๐๙๗	๕๖๙	๒๗.๑๓	๑,๐๖๔	๒,๗๑๐	๒๕๔.๗๐	๖,๕๐๕	๖,๕๐๑	๙๙.๙๔
๒	๑,๑๕๑	๑,๔๓๐	๑๒๔.๒๔	๕๗๐	๕๖๖	๙๙.๓๐	๖๘๕	๗๒๓	๑๐๕.๕๕	๑,๓๙๘	๑,๑๐๖	๗๙.๑๑	๓,๘๐๔	๓,๘๒๕	๑๐๐.๕๕
๓	๗๗๒	๗๗๖	๑๐๐.๕๒	๗๙๖	๕๗๗	๗๒.๔๙	๔๑๐	๔๒๐	๑๐๒.๔๔	๑,๒๕๓	๑,๔๖๐	๑๑๖.๕๒	๓,๒๓๑	๓,๒๓๓	๑๐๐.๐๖
๔	๑,๓๓๐	๑,๕๗๓	๑๑๘.๒๗	๑,๑๘๕	๑,๒๗๙	๑๐๗.๙๓	๑,๕๓๘	๑,๒๖๙	๘๒.๕๑	๓,๗๗๖	๓,๗๔๗ (+๓,๓๖๘)	๙๙.๒๓	๗,๘๒๙	๗,๘๖๘ (+๓,๓๖๘)	๑๐๐.๕๐
๕	๒,๒๗๖	๒,๒๘๐	๑๐๐.๑๘	๙๖๓	๘๔๐	๘๗.๒๓	๑,๑๔๐	๑,๓๑๓	๑๑๕.๑๘	๑,๘๖๐	๑,๘๑๕ (+๓,๓๐๔)	๙๗.๕๘	๖,๒๓๙	๖,๒๔๘ (+๓,๓๐๔)	๑๐๐.๑๔
๖	๑,๓๘๙	๑,๕๗๘	๑๑๓.๖๑	๑,๙๖๖	๑,๔๕๕	๗๓.๙๖	๑,๖๗๕	๑,๔๙๗	๘๙.๓๗	๓,๐๓๕	๓,๗๙๐	๑๒๔.๘๘	๘,๐๖๕	๘,๓๑๙	๑๐๓.๑๕
๗	๑,๕๓๓	๑,๕๓๗	๑๐๐.๒๖	๙๓๔	๘๔๗	๙๐.๖๙	๑,๔๖๒	๑,๐๗๕	๗๓.๕๓	๑,๗๐๔	๒,๑๘๔	๑๒๘.๑๗	๕,๖๓๓	๕,๖๔๓	๑๐๐.๑๘
๘	๓,๑๑๒	๓,๒๕๐	๑๐๔.๔๓	๗๙๔	๖๔๑	๘๐.๗๓	๙๓๐	๗๖๗	๘๒.๔๗	๑,๗๑๐	๑,๘๙๕	๑๑๐.๘๒	๖,๕๕๖	๖,๕๕๓	๑๐๐.๑๑
๙	๒,๑๒๐	๒,๒๙๑	๑๐๘.๐๗	๖๔๖	๖๓๗	๙๘.๖๑	๑,๑๕๒	๙๖๗	๘๓.๙๔	๓,๓๔๓	๓,๓๖๖	๑๐๐.๖๙	๗,๒๖๑	๗,๒๖๑	๑๐๐.๐๐
๑๐	๑,๙๐๑	๑,๙๔๔	๑๐๒.๒๖	๕๕๕	๕๑๘	๙๓.๓๓	๘๕๑	๘๓๖	๙๘.๒๔	๑,๖๑๘	๑,๖๕๑	๑๐๒.๐๔	๔,๙๒๕	๔,๙๔๙	๑๐๐.๔๙

เขต สุขภาพ	๑. บุคลากรทางการแพทย์			๒. ผู้ต้องขังแรกจับ			๓. อาชีพที่พบปะผู้คน จำนวนมาก			๔. อาชีพอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการ โรคติดต่อจังหวัดพิจารณา			รวมทั้ง ๔ กลุ่ม		
	เป้าหมาย	ส่งตรวจ	%	เป้าหมาย	ส่งตรวจ	%	เป้าหมาย	ส่งตรวจ	%	เป้าหมาย	ส่งตรวจ	%	เป้าหมาย	ส่งตรวจ	%
๑๑	๒,๔๑๗	๒,๕๙๘	๑๐๗.๔๙	๑,๓๕๐	๑,๓๒๓	๙๘.๐๐	๙๖๗	๖๖๓	๖๘.๕๖	๒,๑๘๘	๒,๒๖๘	๑๐๓.๖๖	๖,๙๒๒	๖,๘๕๒	๙๘.๙๙
๑๒	๒,๗๐๕	๓,๑๖๕	๑๑๗.๐๑	๖๘๑	๗๕๕	๑๑๐.๘๗	๑,๔๓๓	๑,๓๖๖	๙๕.๓๒	๓,๐๐๔	๒,๕๓๒	๘๔.๒๙	๗,๘๒๓	๗,๘๑๘	๙๙.๙๔
กทม.	๓,๐๐๐	๓,๐๒๘ (+๔)	๑๐๐.๙๓	๓,๕๐๐	๑,๔๑๑	๔๐.๓๑	๔,๒๑๐	๕,๘๒๕ (+๑,๖๑๕)	๑๓๘.๓๖	๔,๕๐๐	๖,๑๓๑ (+๑,๔๙๑)	๑๓๖.๒๔	๑๕,๒๑๐	๑๖,๓๙๕ (+๑,๑๘๕)	๑๐๗.๗๙
รวม	๒๕,๙๙๐	๒๗,๕๐๓ (+๔)	๑๐๕.๘๒	๑๕,๐๐๐	๑๑,๙๘๓	๗๙.๘๙	๑๙,๒๑๓	๑๗,๒๙๐ (+๑,๖๑๕)	๘๙.๙๙	๒๙,๗๙๐	๓๔,๖๘๙ (+๕,๔๐๖)	๑๑๖.๔๕	๘๙,๙๙๓	๙๑,๔๖๕ (+๑,๐๘๕)	๑๐๑.๖๔

สรุปผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินโครงการดังกล่าว ได้ค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยการเก็บตัวอย่างตรวจด้วยวิธี pooled sample จากตัวอย่างน้ำลาย ทั้งหมด ๙๑,๔๖๕ ราย จากที่กำหนดไว้ก่อนดำเนินโครงการ ๘๙,๙๙๓ ตัวอย่าง (เพิ่มขึ้น ๑,๔๗๒ ตัวอย่าง) จากกลุ่มเสี่ยง ๔ กลุ่มคือ กลุ่มที่ ๑ บุคลากรทางการแพทย์ ๒๗,๕๐๓ ราย (ร้อยละ ๓๐.๑) กลุ่มที่ ๒ ผู้ต้องขังแรกรับ ๑๑,๙๘๓ ราย (ร้อยละ ๑๓.๑) กลุ่มที่ ๓ อาชีพที่พบปะผู้คน ๑๗,๒๙๐ ราย (ร้อยละ ๑๘.๙) กลุ่มที่ ๔ อาชีพอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจารณา ๓๔,๖๘๙ ราย (ร้อยละ ๓๗.๙) ทั้งนี้ พบผลตรวจเป็นบวกจำนวน ๑ ราย จากกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่ ๒ เป็นผู้ต้องขังแรกรับซึ่งเดียวในเรือนจำจังหวัดนราธิวาส ที่เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่เริ่มป่วย เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ติดเชื้อจากการเดินทางไปงานดาห้ะสุราเวสีที่ประเทศอินโดนีเซีย โดยเก็บตัวอย่างน้ำลาย ส่งตรวจเมื่อวันที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ และพบ Viral culture ผลตรวจเป็นลบ

ช่วงเวลาที่ดำเนินโครงการ (ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน) เป็นช่วงที่มีมาตรการการควบคุมโรคอย่างเข้มงวด จึงทำให้ไม่พบรายงานการติดเชื้อภายในประเทศไทย แต่เป็นการรายงานผู้ป่วยยืนยันจากกลุ่มที่เดินทางมาจากต่างประเทศและกักกันในพื้นที่ที่รัฐกำหนดเท่านั้น ดังนั้น จึงทำให้การค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มต่างตรวจไม่พบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ซึ่งสอดคล้องกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ในประเทศไทย

กรมควบคุมโรคติดต่อ
กรมอนามัย

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 | ผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ 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...

๑๓๕ 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 อำนวยความสะดวกให้การสนับสนุน 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 กิริติหัตถ์ถาวร	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๑๒) นายพิทักษ์พล บุญมาลิก	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ

(๑๓) นายภูริวัชร

(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 และทิศทางการพัฒนาประเทศ 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 ภูเขาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ สุขภาพกลุ่มวัย และลดแออัด ครอบครอง 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)	นายไชยพันธ์ ทายาวิน	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๕)	นายสมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๖)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒		กรรมการ
(๗)	นายวิเชียร เทียนจรัสวัฒนา	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 รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๒)	นางเครือทิพย์ จันทร์ธานีวัฒน์	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 สนั่นไชย	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 रिชมลาชัย	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)	นางสาวศิญาภัทร์ จำรัสอริวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๔๐)	นางพิชญภัทร์ วรณศิริกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๔๑)	นางอรชร วิชัยคำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการ
(๔๒)	นางคณินิจ แทนมณี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๔๓)	นายอิทธิธรรม 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 เทียนจารุวัฒนา	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	ที่ปรึกษากฎหมาย	กรรมการ
(๑๒)	นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๓)	นายสมชาย ธนะสิทธิชัย	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๔)	นางมณฑกา ธีรชัยสกุล	ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๕)	นางมาลา สร้อยสำโรง	แพทย์แผนไทยชำนาญการ สำนักงานจัดการกัญชา และกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๖)	นายสมศักดิ์ กริชชัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๗)	นางสาวสุรัชนี เศวตศิลา	ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (วิทยาศาสตร์การแพทย์) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
(๑๘)	นายฉัตรพันธ์ ธาณินทร์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราช นครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๙)	นางพันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์	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)	นางฉวีรุช 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 ขวชลาศัย	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 สังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๗) นายอดิศักดิ์ ภัตตะตัง	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) นางกอมณี สุรวงษ์สิน	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ กองตรวจราชการ	กรรมการ

(๓๔) นางปาริฉัตร...

(๓๔) นางปาริฉัตร ตันตยวงค์	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 ภาวิงคะรัตน์	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)	นางไพร่า 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 เทียนจรรุวัฒนา	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 |
| | | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓ |
| ๒. | นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์ | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง |
| | | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔ |
| ๓. | นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง |
| | | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖ |
| ๔. | นายแพทย์เจษฎา ฉายคุณรัฐ | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง |
| | | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒ |
| ๕. | นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑ |
| ๖. | นายแพทย์ภานูมาศ ญาณเวทย์สกุล | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒ |
| ๗. | แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕ |
| 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. | นายแพทย์ไชยรินทร์ 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

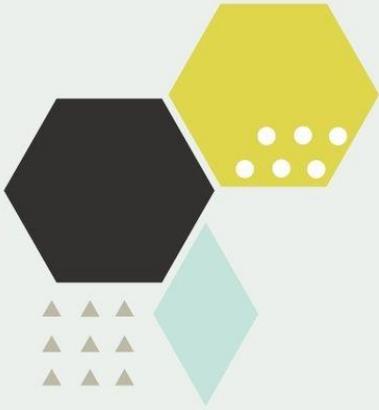
๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๒. คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๓ ประเด็นที่ ๑-๕
๓. นพ.วิเชียร เทียนจารูพัฒนา ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๔. นางวาสนา วิไลรัตน์ รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
กลุ่มภารกิจด้านการตรวจราชการและเขตสุขภาพ
๕. นางสุนีย์ 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 ฉะยทิม หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘
๑๔. นางพรอนันต์ กิตติมันคง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙
๑๕. นางกองมณี สุรวงษ์สิน หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐
๑๖. นางวาสนา ไชติชะวารานนท์ 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
ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๒. นางวาสนา วิไลรัตน์
รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
กลุ่มภารกิจด้านการตรวจราชการและเขตสุขภาพ
๓. นางสุนีย์ สว่างศรี
รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
กลุ่มภารกิจด้านบริหารยุทธศาสตร์และประเมินผล
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๒
กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๑
โครงการพระราชดำริ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๓
สุขภาพกลุ่มวัย
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๔
ลดแออัด ลดรอคอย
๔. นางคณินิจ แทนมณี
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๑
โครงการพระราชดำริ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๓
สุขภาพกลุ่มวัย
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๔
ลดแออัด ลดรอคอย
๕. นางปาริฉัตร ตันติยวงค์
หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กองตรวจราชการ
ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กองตรวจราชการ
ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กองตรวจราชการ
ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กองตรวจราชการ
๖. นางวัชรพร เห็นใจชน
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๔
ลดแออัด ลดรอคอย
๗. นายชิตชนินทร์ นิยมไทย
หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กองตรวจราชการ
ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กองตรวจราชการ
ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กองตรวจราชการ
ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กองตรวจราชการ
๘. นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์
หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กองตรวจราชการ
ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กองตรวจราชการ
ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กองตรวจราชการ
ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กองตรวจราชการ
๙. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ
ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กองตรวจราชการ
ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กองตรวจราชการ
ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กองตรวจราชการ
๑๐. นางสาวขวัญแก้ว จันทรวีเชียร
ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กองตรวจราชการ
ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กองตรวจราชการ
๑๑. นายพีระพล กล้าหาญ
ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กองตรวจราชการ

ออกแบบปกโดย

นางสาวขวัญแก้ว จันทรวีเชียร งานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ



สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร ๖ ชั้น ๘ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๘๘/๒๐ หมู่ ๔ ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

<http://bie.moph.go.th>

Facebook Page : กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

