

# คณะที่ ๑

## การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย และระบบควบคุมป้องกันโรค

- การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย
- ระบบควบคุมป้องกันโรค

Download เอกสารการประชุม



<http://bie.moph.go.th/register59/document.php>

กรมอนามัย  
กรมการแพทย์  
กรมสุขภาพจิต  
กรมควบคุมโรค  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป.  
สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
สำนักตรวจและประเมินผล

## คณะที่ 1. การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค : กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

**ประเด็นการตรวจราชการ : อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ**

สถานการณ์มารดาตาย รอบ 12 เดือน (1 ตุลาคม 2558 – สิงหาคม 2559) มีรายงานมารดาตาย จำนวน 98 ราย คิดเป็น อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 26.63 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) แสดงให้เห็นว่า สถานการณ์มารดาตายในปี 2559 สูงขึ้นเมื่อเทียบกับอัตราส่วนการตายมารดาในปี 2558 พบ 22.73 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือน ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวง นอกจากนั้นยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์เท่ากับร้อยละ 44.85 ต่ำกว่าเป้าหมายที่วางไว้ที่ร้อยละ 60 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมไอโอดีน ร้อยละ 69.5 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 19.25 สูงกว่าเป้าหมายที่วางไว้ไม่เกินร้อยละ 18 อัตราตายทารกอายุน้อยกว่า 28 วัน เท่ากับ 5.09 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8.54 สูงกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 7

**ปัจจัยสนับสนุน**

1. ทุกจังหวัดมีกลไก MCH Board และมีระบบเฝ้าระวังการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอด มีการบริหารจัดการแบบแบ่งโซนสตูดิโอ มีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อระหว่าง รพช. ทุกแห่งกับรพ.จังหวัดหรือรพ.แม่ข่าย
2. Project management ในระดับจังหวัดและ อำเภอ ที่ร่วมประสานงาน นิเทศ ติดตาม และให้คำปรึกษาทั้งทางด้านวิชาการและการบริการจัดการแก้ไขปัญหาในพื้นที่
3. การจัดการ case management ในเขตบริการสุขภาพมีการสอบสวนการตายมีระบบ MM - conference ทบทวน case นำไปสู่การแก้ปัญหาตรงประเด็น และเมื่อมีมารดาตายทุกรายและ ระบบรายงานมารดาตายมีความล่าช้า ได้มีการกำหนดข้อตกลงของการรายงานเป็น ภายใน 15 วันและทบทวน เมื่อมีความเสี่ยงทุกราย

**ประเด็นการตรวจราชการ : เด็ก 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 85**

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2559 พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 98.79 เกินเป้าหมายร้อยละ 85 จากการคัดกรองพัฒนาการตามกลุ่มอายุ (ผลการคัดกรองตั้งแต่วันที่ 4-8 กรกฎาคม 2559) พบเด็กอายุ 9 18 30 42 เดือนมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 23.30 เป้าหมายร้อยละ 20 หลังได้รับการกระตุ้น 1 เดือน พบเด็กพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 5.64 แบ่งเป็นพัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 52.25 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ร้อยละ 47.1 ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ 47.02 ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ร้อยละ 34.62 และด้านการช่วยเหลือตนเอง (PS) ร้อยละ 31.88 ผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือน ผ่านค่าเป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวง

**ปัจจัยสนับสนุน**

1. ทุกจังหวัดมีกลไก MCH Board ร่วมกับ Service plan ในพื้นที่ ในการกำกับ ติดตาม แก้ไขปัญหาและมีระบบเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี
2. มี Project management ในระดับจังหวัดและ อำเภอ ที่ร่วมประสานงาน นิเทศ ติดตาม และให้คำปรึกษาทั้งทางด้านวิชาการและการบริการจัดการแก้ไขปัญหาในพื้นที่
3. มีศูนย์เด็กเล็กที่ได้มาตรฐาน และครูพี่เลี้ยงที่ผ่านการอบรมครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ รองรับการดูแลส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย
4. มีคลินิก สุขภาพเด็กดี (WCC) เพื่อช่วยเหลือในการการตรวจพัฒนาการและรายงาน ว่าล่าช้า หรือสงสัยว่าล่าช้า ยังขาดระบบการช่วยเหลือและส่งต่อที่เหมาะสมรวมถึงการตรวจพัฒนาการในเด็กกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่ม (BA LBW < 2,500 กรัม, มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น และกลุ่มพัฒนาการช้า)

**ข้อเสนอแนะ**

1. ประเด็นมารดาตาย สถานบริการส่งเสริมฝากท้องเร็ว เน้นการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์พร้อมการจัดการความเสี่ยงรายบุคคล และพัฒนาคุณภาพห้องคลอด Zoning สตูดิโอและระบบส่งต่อ
2. ประเด็นเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย สถานบริการเน้นการพัฒนาทักษะของผู้ประเมินและการบริการเชิงรุกในชุมชนเน้นการมีส่วนร่วมของพ่อแม่

## คณะที่ 1 การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค : กลุ่มเด็กวัยเรียน

ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยปีงบประมาณ 2559 การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียน (อายุ 5-14 ปี) ได้กำหนดตัวชี้วัด “เด็กไทยเติบโตสมวัย ไม่อ้วน มีสติ รู้คิด มีทักษะชีวิตสามารถจัดการภาวะสุขภาพตนเอง ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” โดยมีประเด็นการตรวจราชการ 2 ประเด็น คือ 1) ลดอัตราการเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 และ 2) ลดอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการจมน้ำน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.5 ต่อแสนประชากรอายุน้อยกว่า 15 ปี

### 1. ผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน

#### 1.1) ลดอัตราการเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนไม่เกิน ร้อยละ 10

ผลการคัดกรองเด็กนักเรียน จำนวน 371,744 คนในภาคเรียนที่ 1 (พ.ค.-ก.ค.2559) พบว่าเด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.1<sup>(1)</sup> เทียบกับภาคเรียนที่ 2 (ต.ค.-ธ.ค.2558) คัดกรองได้ 290,876 คน พบร้อยละ 12.2 สถานการณ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.9 เมื่อแยกพิจารณารายเขตสุขภาพ พบร้อยละ 83.3 (10 เขตสุขภาพ) ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเกินค่าเป้าหมาย คือ เขต 1,2,3,4,5,6,7,9,10 และ 11 พบร้อยละ 14.0, 14.1, 16.2, 16.6, 16.6, 14.9, 12.1, 12.4, 10.1 และ 13.8 ตามลำดับมีเพียงเขต 12 เพียงเขตเดียวที่สถานการณ์ลดลงจากเดิม ร้อยละ 9.7 เป็นร้อยละ 9.0 อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าเขต 8 สถานการณ์ไม่เกินค่าเป้าหมาย แต่เมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันพบว่า ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 8.4 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.4 จึงควรมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

กลวิธีการดำเนินงานที่สำคัญส่งผลต่อความสำเร็จการดำเนินงาน ได้แก่การพัฒนาผู้จัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart kids Coacher) โดยมีการอบรมครู ก.จำนวน 252 คน อบรมครู ข.จำนวน 3,420 คน และ แกนนำนักเรียน 1,110 คน การนำแผนการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพจำนวน 15 เรื่อง ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียน โดยผลักดันกิจกรรมและการแก้ปัญหาสุขภาพเข้าโครงการ “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ด้านสุขภาพ” จัดระบบการบริการสุขภาพเด็กวัยเรียนให้ครอบคลุมและมีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน จัดระบบส่งต่อ ดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพนักเรียนและชุมชน และ ประเมินผลตามมาตรฐานวิชาการกรมอนามัย (ร.ร.ส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร/ร.ร.เด็กไทยแก้วโมเส ฯลฯ

#### 1.2) ลดอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการจมน้ำ (ค่าเป้าหมาย <= 6.5 หรือ <= 770 คน )

ผลการเฝ้าระวังอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี<sup>(4)</sup> พบเด็กจมน้ำเสียชีวิตจำนวน 486 รายคิดเป็น ร้อยละ 3.1 (ค่าเป้าหมาย <= 6.5 หรือ <= 770 คน) เมื่อพิจารณารายเขตบริการสุขภาพ พบว่าปี.ศ.2559 มีเขต 4, 6 และ 11 มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กสูงกว่าปี 2558 ในขณะที่เขตอื่นๆต่ำลง กลวิธีการดำเนินงานที่สำคัญส่งผลต่อความสำเร็จเกินเป้าหมาย ได้แก่ 1) มีการสร้างทีมผู้ก่อการดีรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 670 ทีม (เป้าหมาย 333 แห่ง) 2) การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง 2,010 แห่ง (เป้าหมาย 300 แห่ง) 3) ศูนย์เด็กเล็กได้รับการจัดการ 2,000 แห่ง (เป้าหมาย 1,000 แห่ง) 4) เด็กได้เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด 67,000 คน (เป้าหมาย 20,000 คน)

### 3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัยควรผลักดันให้การดูแลรักษาเด็กอ้วนที่มี Obesity sign เป็นสาขาหนึ่งในระบบ Service plan ที่ต้องให้บริการ เพื่อให้ระดับพื้นที่ทำงานได้ง่ายขึ้น และเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงได้รับการรักษาที่ทันเวลา
2. กรมอนามัยควรผลักดันกระทรวงที่เกี่ยวข้องมีนโยบาย/มาตรการ/กฎกระทรวงในการจัดการเรื่อง การจัดการอาหารสุขภาพ (Healthy food) ใน-รอบรั้วโรงเรียน (มาตรฐานโภชนาการ อาหารกลางวันและนมโรงเรียน สุขภาพอาหาร ผลิตอาหาร และอาหารปลอดภัย)

### 4. ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่

1. PM ระดับพื้นที่ (จังหวัด อำเภอ ตำบล) ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการแก้ไขปัญหาสำหรับพื้นที่โดยเฉพาะ ตลอดจนบูรณาการองค์ความรู้ทุกภาคส่วนในท้องถิ่นเพื่อสร้างนวัตกรรมการแก้ไขภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนที่เหมาะสมกับพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน
2. มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเชิงรุกและสร้างความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการงานในตำบล LTC 5 กลุ่มวัย เพื่อค้นหาเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม
3. พัฒนาฐานข้อมูลเด็กอ้วน เพื่อการเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยง ให้มีประสิทธิภาพ และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานแก้ไขภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## คณะที่ 1 การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค : กลุ่มวัยรุ่น

### 1. สรุปสถานการณ์

ข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ในปี 2558 พบว่า ภาพรวมของประเทศมีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี เท่ากับ 44.3 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี พันคน ทั้งนี้ มีเขตสุขภาพที่มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี สูงกว่าค่าเป้าหมาย จำนวน 2 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 และ 6 และยังคงพบปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี สูงกว่าค่าเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 10 โดยในภาพรวม ทั้ง 12 เขตสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 12.09 (HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2559) และเข้ารับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ในภาพรวมทั้ง 12 เขตสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 63.52 (HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2559) ซึ่งยังคงต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ 80 ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 14.0 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 16.0 ในปี 2556 และ ในปี 2557 ได้เพิ่มขึ้นถึง 18.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

### 2. จุดร่วมที่สะท้อนความก้าวหน้า หรือผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบาย

จุดร่วมที่สะท้อนความก้าวหน้าหรือผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบายของการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นที่สำคัญ ได้แก่

2.1 บทบาทหน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานที่นักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ยังไม่ชัดเจน

2.2 ทักษะของวัยรุ่นต่อการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรวัยรุ่นไม่สนใจเข้ารับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร เนื่องจากมีทัศนคติในเชิงลบในการคุมกำเนิด และไม่นิยมคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่ง(ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) แต่นิยมแบบฉีด และยาเม็ดคุมกำเนิดมากกว่า

2.3 ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพ สามารถนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่

### 3. Best Practice ปัญหาสำคัญของพื้นที่ และบทเรียนจากความล้มเหลว

3.1 คณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) แม่แจ่มจังหวัดเชียงใหม่ โดยการทำงานของทีม Teen managers ระดับอำเภอร่วมกันพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ เพื่อให้ความรู้และสร้างจิตสำนึก และสร้างความตระหนักในเรื่องเพศศึกษาในวัยรุ่น โดยบูรณาการงานร่วมกันทั้งชุมชน ครอบครัว อปท. และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อลดอัตราการคลอดในแม่วัยรุ่น อายุ 15-19 ปี และลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ ในแม่วัยรุ่น

3.2 อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการพัฒนาโมเดลการดูแลสุขภาพวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการที่เป็นมิตร ลดอัตราการคลอด และการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น พัฒนาทัศนคติ ความรู้ และทักษะชีวิต/เพศวิถีศึกษาของวัยรุ่น วัยรุ่นและครอบครัวมีทักษะชีวิต และภูมิคุ้มกันในการดำเนินชีวิต และมีความสุข

### 4. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง พัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวปฏิบัติ

4.1 กรมวิชาการส่วนกลางสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการให้คำปรึกษาการคุมกำเนิดหลังคลอด ด้วยวิธีกึ่งถาวรให้ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ

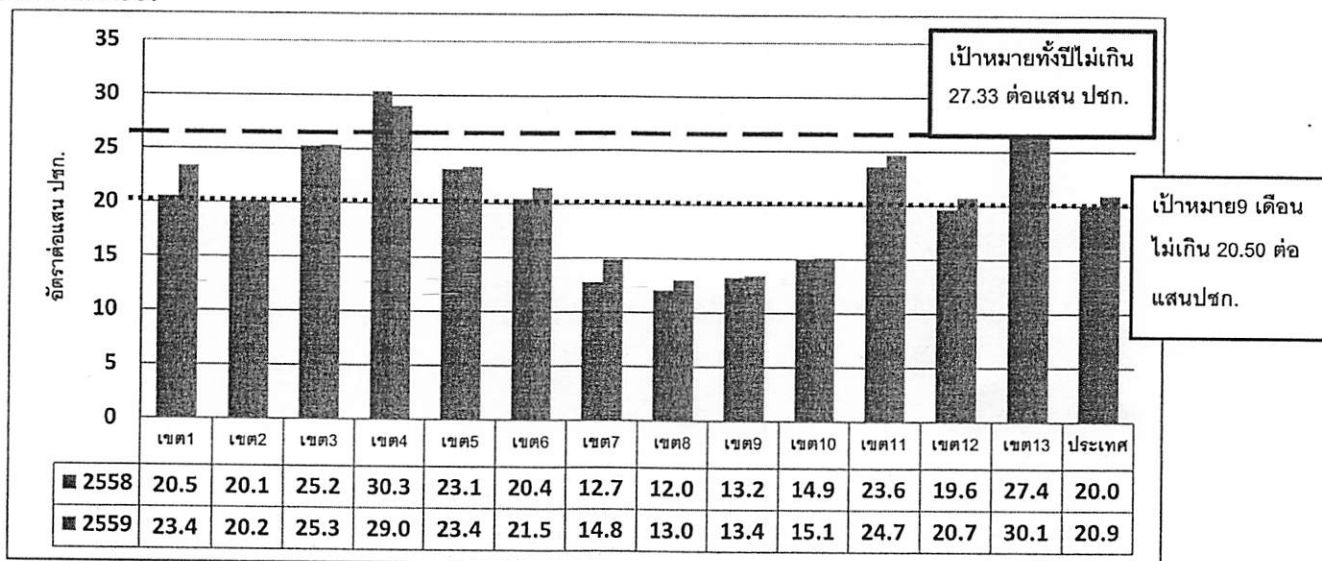
4.2 ควรจัดทำระบบฐานข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงวัยรุ่น เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล สามารถนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานในพื้นที่

คณะที่ ๑. การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค: กลุ่มวัยทำงาน(NCDs)

1. สถานการณ์ตามประเด็นการตรวจราชการ

1.1 เป้าหมายปี 2559 : อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ2 จากปี 2558 ไม่เกิน 27.33 ต่อประชากรแสนคน (รอบ 9 เดือนไม่เกิน 20.33 ต่อประชากรแสนคน)

กราฟแสดงอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ แยกรายเขตสุขภาพไตรมาส1-3 (ระหว่างเดือนต.ค.- มิ.ย.) ปี2558 และ2559



1.2 เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อโดยมีการดำเนินการภายใต้มาตรการหลัก 2 มาตรการ ได้แก่

- ± พัฒนาการจัดการโรคและลดเสี่ยงรายบุคคล การดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่การคัดกรองโรคไตเรื้อรัง การคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อ CVD และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการให้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อCVDการดำเนินการคลินิก NCD คุณภาพ คลินิก DPAC ในสถานบริการ
- ± ลดพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงในประชากร/ชุมชน ได้แก่ ตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการ ปลอดภัย ปลอดภัย และการบังคับใช้กฎหมาย

ตารางแสดงผลการดำเนินงานแยกเขตสุขภาพ ไตรมาส 1-3 ปีงบประมาณ 2559

| ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการคัดกรอง CKD เป้าหมาย≥ร้อยละ 80 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |        |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|
| เขตสุขภาพ   | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9    | 10   | 11   | 12   | ประเทศ |
| ผลงาน(ร้อยละ)   | 60.6 | 69.5 | 80.4 | 78.2 | 54.7 | 57.4 | 66.6 | 66.9 | 67.7 | 68.9 | 54.0 | 57.5 | 64.3   |



## เอกสารการประชุมสรุปผลการตรวจราชการปี 2559 วันที่ 13 กันยายน 2559

| ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อ CVD เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| เขตสุขภาพ   | 1     | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     | 8     | 9     | 10    | 11    | 12    | ประเทศ |
| ผลงาน(ร้อยละ)   | 63.7  | 74.6  | 90.4  | 73.3  | 76.3  | 69.1  | 72.6  | 96.4  | 84.2  | 91.5  | 90.9  | 92.8  | 77.5   |
| ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ CVD ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจังและ/หรือได้รับยาในการรักษาเพื่อลดความเสี่ยง เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 50 |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
| ผลงาน(ร้อยละ)   | 93.2  | 78.2  | 81.2  | 81.5  | 77.6  | 81.2  | 100   | 100   | 79.5  | 99.0  | 75.3  | 80.1  | 80.9   |
| รพศ. รพท. รพช. เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิก NCD คุณภาพร้อยละ 70 ขึ้นไป เป้าหมาย 100 %  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
| ผลงาน(ร้อยละ)   | 100   | 100   | 100   | 100   | 100   | 100   | 100   | 98.8  | 100   | 100   | 100   | 100   | 99.9   |
| รพ.เป้าหมาย (แห่ง)  | 98    | 47    | 46    | 69    | 67    | 71    | 64    | 89    | 87    | 71    | 75    | 77    | 861    |
| ตำบลจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์ประเมินตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
| ผลงาน(ร้อยละ)   | 72.95 | 87.56 | 78.81 | 86.26 | 66.77 | 92.84 | 97.88 | 95.65 | 90.80 | 94.29 | 91.51 | 93.10 | 87.22  |
| ตำบลเป้าหมาย (แห่ง)   | 767   | 426   | 420   | 713   | 635   | 531   | 660   | 644   | 761   | 613   | 518   | 565   | 7,255  |

## 2. ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

| ปัญหา  | ข้อเสนอแนะ  |
|--|---|
| <b>ระบบข้อมูล 43 แห่ง</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความซ้ำซ้อนของประชากรในพื้นที่</li> <li>- ความถูกต้องการบันทึกข้อมูลและการวินิจฉัย</li> <li>- การส่งออกข้อมูลไม่ครบถ้วน</li> <li>- ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยง เช่น บุหรี่ BMI ไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์</li> <li>- ความคลาดเคลื่อนระหว่างข้อมูลสถานบริการกับข้อมูล HDC</li> <li>- ข้อมูลสำหรับติดตามและรายงานผลตามตัวชี้วัด ระบบ HDC ไม่ครบถ้วน เช่น ผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดหัวใจ การคัดกรอง CVD และการบริการลดเสี่ยง</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรพัฒนาระบบการประมวลผล HDC ให้สามารถติดตามและรายงานผลตามตัวชี้วัดได้ครบถ้วน</li> <li>- ควรผนวกโปรแกรมประเมินความเสี่ยงต่อ CVD ไว้ในระบบ HDC ให้สามารถออกรายงานได้</li> <li>- กรณี ระบบ HDC ไม่สามารถรองรับการประมวลผลเพื่อวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด CVD ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริม</li> </ul> |
| <b>การดำเนินการ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อจำกัดด้านบุคลากรต่อภาระงานทั้งปริมาณและความเชี่ยวชาญ เฉพาะ เช่น นักโภชนาการ</li> <li>- การดำเนินงานในสถานบริการและชุมชน ส่วนใหญ่มีโครงสร้างและการทำงานแต่ยังไม่ครอบคลุมและไม่มีความเข้มข้นมากพอต่อการลดปัจจัยเสี่ยง ขาดรูปแบบและความต่อเนื่องที่ส่งผลถึงผลลัพธ์อย่างชัดเจน</li> <li>- การประเมินติดตามผลการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง/ผลลัพธ์</li> <li>- การดำเนินการในสถานประกอบการ ส่วนใหญ่เป็นด้านอาชีวอนามัยที่มุ่งเน้นความปลอดภัยจากการประกอบอาชีพส่วนเรื่องลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อมีการดำเนินการน้อยและยังไม่ชัดเจน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนองค์ความรู้และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง</li> <li>- พัฒนารูปแบบและศักยภาพบุคลากรในการประเมินการดำเนินงานทุกระดับ</li> <li>- สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในบริบทต่างๆ</li> </ul>  |

**คณะที่ 1 การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย และระบบควบคุมโรค : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์**

**1. สถานการณ์ปัจจุบัน**

สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวน 10.8 ล้านคนหรือร้อยละ 16.5 ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงประมาณร้อยละ 20 อยู่คนเดียวจำนวน ๖ แสนคนหรือร้อยละ 7.7 ร้อยละ 95 เจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 26 มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.4 และเข้าถึงระบบบริการร้อยละ 56.7

**2. มาตรการ / การดำเนินงานที่ผ่านมารอบ ๙ เดือน**

2.1 พัฒนาระบบข้อมูลโดยปรับปรุงระบบข้อมูลเพื่อให้สอดคล้องแผนงานโครงการเช่นข้อมูล 43 แห่งการประเมินคัดกรอง ADL ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง

2.2 ส่งเสริมป้องกันสนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อสร้างความเข้มแข็งของผู้สูงอายุโดยกลไกชมรมผู้สูงอายุในชุมชนพัฒนาหลักสูตรและอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

2.3 พัฒนาระบบการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงเพื่อส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.4 บริหารจัดการโดยส่วนกลางมีคณะกรรมการร่วมสธ. และสปสช. มีคณะกรรมการนโยบายและกำกับทิศทางมีการออกกฎระเบียบ/ จัดทำคู่มือแนวทาง/มาตรฐานการดำเนินงาน/พัฒนาบุคลากร/อบรม Care manager /M&E Intensive monitoring

3. เป้าหมาย: ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน 100,000 รายทุกจังหวัดทุกอำเภอ 1,000 พื้นที่

4. ผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน (ตุลาคม 2558 –มิถุนายน 2559):

4.1 มีตำบล Long Term Care เป็น Entry point สู่อำเภอจัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัยแบบบูรณาการ จำนวน 1,067 พื้นที่

4.2 มี Care manager ผ่านการอบรม จำนวน 2,488คน (จากเป้าหมาย 2,000 คน)

4.3 มี Caregiver ผ่านการอบรมจำนวน 19,518 คน (จากเป้าหมาย 6,000 คน)

4.4 ดูแลผู้สูงอายุ 70,412 คนมีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) จำนวน 25,639 ฉบับ

4.5 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care plan แล้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเปลี่ยนจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้านร้อยละ 19.17 และกลุ่มติดบ้านเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 18.7

4.6 โอนเงิน LTC 100 ล้านบาท ให้หน่วยบริการพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 889 แห่ง (แห่งละ 100,000 บาท) เป็นเงินทั้งสิ้น 889,000,000 บาท

4.7 โอนเงิน LTC 500 ล้านบาท ให้ อปท.และ กทม. ในพื้นที่เป้าหมาย เป็นเงินทั้งสิ้น 418,070,000 ล้านบาท

5. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ:

5.1 เป็นผลงาน/โครงการสำคัญ ตามนโยบายรัฐบาล กระทรวง กรม

5.2 มีงบประมาณจาก สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และ กรมอนามัย สนับสนุนการดำเนินงาน

**6. ปัญหาอุปสรรค :**

- เป็นโครงการขนาดใหญ่ มีภาคีเครือข่ายในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่จำนวนมาก การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จึงเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป
- การบริหารจัดการงบประมาณยังมีข้อจำกัด (เป็นตามเงื่อนไขของ สปสช.)
- มีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล 25,639 ฉบับ มีจำนวน 130 ตำบลที่เสนอคณะกรรมการพิจารณาการจัดทำ Care Plan แต่มีจำนวนกองทุนที่ซื้อบริการตาม Care plan เพียง 48 ตำบล
- งบประมาณในการอบรม Care Manager และ Care Giver ให้ได้ตามเป้าหมายไม่เพียงพอ
- ขาดระบบรายงานที่ชัดเจนจากพื้นที่ส่วนกลาง

**7. แผนการดำเนินงานระยะต่อไป**

- เร่งรัดการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล Care plan ให้ครอบคลุมการดูแลกลุ่มเป้าหมายทุกคน
- เร่งรัดการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการตาม Care plan
- จัดทำแนวทางค่าใช้จ่ายในการให้บริการ
- Intensive M & E
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนเร่งรัดการสื่อสารแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับรวมถึงการสื่อสารสาธารณะ



## คณะที่ 1 การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย และระบบควบคุมโรค : การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

### ผู้รับผิดชอบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

#### 1. ความสำคัญและที่มา

ปัจจุบันประเทศไทย ณ วันที่ 22 สิงหาคม 2559 มีประชากรรวม เท่ากับ 65.36 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 10.84 ล้านคน (คิดเป็น ร้อยละ 16.59 ของประชากรรวม) ถือว่าปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เรียบร้อยแล้ว

เป้าหมายใหญ่ที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ คือสูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้ดีและมีคุณภาพชีวิต โดยมีเป้าหมายย่อย 3 ประการใหญ่ คือ

- 1) ป้องกันหรือลด Premature disability/morbidity โดย advanced health prevention and promotion
- 2) การป้องกันหรือลด Morbidity/Mortality โดย effective disease control treatment/rehabilitation
- 3) การ Ensuring Quality of Life แม้จะพึ่งพิงไปแล้วก็ยังมีคุณภาพชีวิตตลอดช่วงชีวิต โดยการดูแลระยะยาว (Long term care) LTC, Specialised LTC, Palliative care เป็นต้น

ข้อมูลเชิงวิชาการจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของประเทศที่พัฒนาแล้ว พบปัญหาไม่สามารถ Discharge ผู้ป่วยสูงอายุได้ และผู้ป่วยสูงอายุมักมีการ Admit ซ้ำ ทำให้หอผู้ป่วยเต็ม จึงควรปรับจาก Institutional Care สู่ Community Care และเนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ จึงมีการริเริ่มจัดตั้งหน่วยพิเศษเพื่อประเมินผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจปัญหาที่ซับซ้อนและนำไปสู่การดูแลที่ตรงประเด็นปัญหา

ทั้งนี้ภาวะพึ่งพิง (Dependent) หรือภาวะทุพพลภาพ (Disability) ในผู้สูงอายุนั้น ไม่ได้เกิดจากโรคแต่เพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้องในหลายมิติ ซึ่งมีทั้งสาเหตุที่ป้องกันได้ดี ป้องกันได้บางส่วน และป้องกันไม่ได้ โดยเฉพาะกลุ่มอาการที่พบบ่อยเมื่ออายุมากขึ้น (Geriatric Syndromes) เช่น ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะห่อ้มเปราะบาง (Frailty) เมื่อร่วมกับโรคต่างๆทั้งฉับพลันและเรื้อรัง จะเป็นความเสี่ยงสำคัญต่อภาวะพึ่งพิงและเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

#### 2. มาตรการ/ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. สังเคราะห์/สนับสนุน เครื่องมือและองค์ความรู้ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุตามหลักวิชาการ:
  - คู่มือคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ / แบบฟอร์มคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ แบบ one page
  - คู่มือ “เทคนิคการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม”
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร:
  - อบรมระยะสั้นแพทย์ หลักสูตร Care based Learning in Geriatric Ambulatory case แบ่งเป็น 3 ระยะ (ระยะละ 3 วัน) มีแพทย์เข้ารับการอบรม จำนวน 50 คน
  - อบรมระยะสั้น Dementia Care Manager and Dementia Adviser เพื่อการดูแลระยะยาวเฉพาะทางด้านสมองเสื่อม สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 220 คน
  - อบรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ยากอย่างที่คิดจริงหรือ Basic Course in Dementia care
3. การดำเนินงานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทั่วประเทศ

3. เป้าหมาย : ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้นานขึ้น (Active/Healthy Ageing, Independence living) และผู้สูงอายุพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### 4. ผลการดำเนินงาน

## 4.1 ผลการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

|            | จำนวนผู้สูงอายุ<br>(ที่อาศัยอยู่จริง) | ร้อยละคัด<br>กรอง ADL | ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้อง<br>ได้รับการช่วยเหลือในการ<br>ทำกิจวัตรประจำวัน (กลุ่ม<br>2+3) | ร้อยละของผู้สูง<br>อายุที่ได้รับการ<br>คัดกรองโรคและ<br>ปัญหาสำคัญ | ร้อยละของผู้สูงอายุที่<br>ได้รับการคัดกรอง<br>Geriatric<br>Syndromes |
|------------|---------------------------------------|-----------------------|---|--|--|
| ทั่วประเทศ | 8,291,377                             | 80.12                 | 6.55  | 40.22  | 26.87  |

4.2 พัฒนาระบบฐานข้อมูลคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ (AGE APP) ที่สามารถแปรผลจากการคัดกรองได้ทันที พร้อมทั้งเชื่อมโยงข้อมูลผู้ที่มีความเสี่ยงจากการคัดกรองเพื่อประเมินต่อ สอดคล้องการทำงานของบุคลากร

4.3 สร้างสรรค์ “รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ: คลินิกผู้สูงอายุ” (เป็นรูปแบบการจัดบริการดูแลรักษาและส่งต่อ สำหรับทุกระดับ ตั้งแต่ รพ.สต. รพช. รพศ/ รพท.)

4.4 งานประชุมวิชาการเวชศาสตร์และวิทยาการด้านผู้สูงอายุครั้งที่ 2 (The 2<sup>nd</sup> Thailand Elderly Health Service Forum 2016)

มีแพทย์เข้าร่วมประชุม 100 คน พยาบาล 264 คน สหสาขาวิชาชีพ อีกกว่า 150 คน มีผู้เข้ารับความรู้ทั้งสิ้นกว่า 500 คน

4.5 พัฒนาศักยภาพให้กับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ได้แก่ อสม. ให้มีความรู้ในการคัดกรองและส่งเสริมป้องกันกลุ่มอาการผู้สูงอายุ เช่น ข้อเข่าเสื่อม โดยเริ่มต้นที่ตำบลจัดการสุขภาพจำนวน 1,000 แห่ง (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย)

## 5. ปัญหา/อุปสรรคการดำเนินงาน (ของพื้นที่ เสนอแนะต่อส่วนกลาง)

## 1. ด้านการบริหารจัดการ

- แบบฟอร์มในการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุมีหลายข้อ, แบบฟอร์มคัดกรองเป็นวิชาการมาก
- การพัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ
- เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกรอบการดูแลผู้สูงอายุ (frame work)
- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุมีจำนวนไม่เพียงพอ
- ระบบการส่งต่อผู้ป่วย Geriatric Syndrome ในรพช./รพศ./รพท.

## 2. ด้านบุคลากร

- เจ้าหน้าที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย
- ขาดบุคลากรในการคัดกรองผู้สูงอายุ
- ขาดแพทย์ที่มาอยู่คลินิกผู้สูงอายุ
- ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

## 3. ด้านระบบ/เทคโนโลยี

- ไม่มีระบบรายงานรองรับข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองผู้สูงอายุ
- ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT), data centerไม่เป็นทิศทางเดียวกัน

#### **6. การดำเนินงานของกรมฯ เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ**

1. การคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ จัดประชุม/อบรม ติดตามแผนการดูแลผู้สูงอายุในเขตจังหวัด พร้อมทั้งชี้แจงนโยบาย/แนวทางการดำเนินงาน และอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการวางแผนการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับ Aging Manager และผู้ปฏิบัติงานจริง 4 ครั้ง ใน 12 เขตสุขภาพ (ก.พ. 59)
2. การบริการผู้สูงอายุในสถานบริการ จัดทำรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและอบรมหลักสูตรการดูแลรักษา กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) สำหรับแพทย์ (พ.ศ. - มิ.ย. 59)
3. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเฉพาะทาง (Special LTC) จัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลักสูตร Basic course ,Dementia care manager และ Dementia care adviser in dementia care (พ.ศ. - มิ.ย. 59)
4. จัดอบรมหลักสูตร โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่องระยะแรก สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพ จำนวน 2 รุ่น รุ่น 40 คน ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ,สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (เม.ย.-พ.ค.59 )
5. พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ที่สามารถเชื่อมโยงกับแฟ้ม person ซึ่งจะมีข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสะดวก โดยจะจัดอบรมการใช้งาน ให้กับ จนท. IT และ Aging manager ในสสจ., รพท/รพศ และ สสอ. (วันที่ 12 และ 13 กันยายน 2559)

#### **7. ข้อเสนอเชิงนโยบาย**

จากข้อมูลที่ได้จากผลการตรวจราชการ จะเห็นได้ว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (กลุ่ม 2 และ กลุ่ม 3) อาจไม่ได้มีอัตราที่เพิ่มขึ้นตามการคาดการณ์ในรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย Thailand National Health Examination Survey ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2552 (เผยแพร่ปี 2553 ผลรายงานไว้ว่า ร้อยละ 15.5 ของผู้สูงอายุ มีภาวะพึ่งพิง) การจัดบริการควรมุ่งเน้นที่กลุ่มที่ยังไม่ป่วย โดยให้คงความเป็น Active and Healthy Aging ให้ยืนนานที่สุด ผู้สูงอายุที่เริ่มเสี่ยงจะต้องชะลอไม่ให้ป่วย ตลอดจนผู้สูงอายุที่ป่วยแล้วไม่นำไปสู่ความรุนแรงของโรค รวมถึงการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้พิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้

## คณะที่ 1 การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค : กลุ่มคนพิการ

1. ประเด็นการตรวจราชการตัวชี้วัด: คนพิการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
2. จุดเน้นการตรวจราชการ
 

ดำเนินการเพื่อให้คนพิการทุกประเภทในจังหวัดต่างๆ ได้รับการค้นหาและส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
3. ข้อมูลเชิงปริมาณ/คุณภาพ
 

ได้มาจากรฐานข้อมูลโรงพยาบาล/สาธารณสุข การขึ้นทะเบียนคนพิการ การรับเบี้ยยังชีพคนพิการจากรายงานตรวจราชการ รอบที่ 2 คนพิการทั้งประเทศ (ไม่รวมกทม.) จำนวน 1,248,799 คน เข้าถึงบริการ 1,160,575 คน คิดเป็นร้อยละ 92.94 ดำเนินงานโดยผ่านผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการระดับจังหวัด 2 มาตรการ ดังนี้

  - 3.1 สนับสนุน ส่งเสริม ประสานงาน และดำเนินงานในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพคนพิการระดับจังหวัดที่เชื่อมโยงจาก รพศ. รพท. สู้รพช.และชุมชน ส่วนใหญ่ดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการระดับจังหวัด ร่วมมือกันระหว่างภาคสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู/นักกายภาพบำบัด และอสม.) พัฒนาสังคมจังหวัด ศึกษาจังหวัด และภาคส่วนต่างๆ มีบางเขตสุขภาพที่ผลักดันนโยบายให้เป็น Service Plan ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานได้ครอบคลุมมากขึ้น ผลการดำเนินงาน มี 67 จังหวัดที่มีระบบการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของคนพิการอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน (ร้อยละ 90.79)
  - 3.2 สนับสนุน ส่งเสริม และประสานงาน ในการตรวจประเมิน ปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาลระดับ A, S และสิ่งกีดขวางต่างๆ 123 แห่ง เพื่อให้คนพิการและผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ โดยสิ่งอำนวยความสะดวก 5 ด้าน (ทางลาด ที่จอดรถ หอพักน้ำ ป้ายสัญลักษณ์ และข้อมูลข่าวสาร) ตามเกณฑ์มาตรฐาน และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ กรมการแพทย์ ร่วมประเมิน และกำกับ ติดตาม พบว่า รพ.ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ 74 แห่ง (จาก 95 แห่ง) คิดเป็นร้อยละ 77.89 และรพ.ในสังกัดกรมต่างๆ ผ่านเกณฑ์ 13 แห่ง (จาก 28 แห่ง) คิดเป็นร้อยละ 46.43 สรุปผลการดำเนินงานทั้งประเทศ ผ่านเกณฑ์ 87 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.73
4. ปัญหาอุปสรรค
  - 4.1 ไม่มีผู้รับผิดชอบแผนงานคนพิการระดับเขต จังหวัดเปลี่ยนคนรับผิดชอบงานบ่อย
  - 4.2 การลงข้อมูลด้านสุขภาพไม่เป็นระบบเดียวกัน ทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์ในระดับเขตและประเทศได้
  - 4.3 แบบแปลน โครงสร้างอาคาร สถานที่ ไม่สอดคล้องกับแนวคิดการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design) และกฎหมายที่ประกาศใช้
  - 4.4 ขาดแคลนบุคลากรสหวิชาชีพ องค์ความรู้และทักษะในการฟื้นฟู ดูแลสุขภาพคนพิการแต่ละประเภท บุคลากรสหวิชาชีพขาดแคลน
5. ข้อเสนอแนะ
  - 5.1 พิจารณาเสนอการบูรณาการนโยบาย/งานด้านการดูแลสุขภาพในระดับเขตและจังหวัด
  - 5.2 พิจารณาเสนอออกแบบแผน กระทรวงสาธารณสุข ในการปรับแก้ไขแบบแปลนอาคาร สิ่งก่อสร้าง ให้รองรับกับแนวคิดเรื่องการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design)
  - 5.3 สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ กรมการแพทย์ ควรส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ คู่มือ มาตรฐานและทักษะในการฟื้นฟู ดูแลสุขภาพคนพิการ
  - 5.4 กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต ควรบูรณาการงานดูแลสุขภาพคนพิการร่วมกัน

## คณะที่ 1 การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค : ระบบควบคุมโรค

ประเด็นการตรวจราชการ : การเฝ้าระวัง การเตรียมความพร้อม การตอบโต้สถานการณ์ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค และการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก

เป้าหมาย : ร้อยละ 50 ของอำเภอสามารถควบคุมโรคใช้เลือดออกได้

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย วิเคราะห์ได้ว่าโรคใช้เลือดออกมีแนวโน้มระบาดต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2558-2559 ซึ่งการดำเนินงานในปี 2558 พบอำเภอสามารถควบคุมโรคใช้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพร้อยละ 47

### ผลการดำเนินงาน

ในภาพรวมของประเทศ ไตรมาสที่ 1 เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคสูง อำเภอสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพร้อยละ 59.91 ไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 79.53 และไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 94.72

ด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มีการวิเคราะห์สถานการณ์รายสัปดาห์ มีระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ทุกจังหวัดแต่ขาดการจัดทำฐานข้อมูลและการติดตามเหตุการณ์จนจบยังไม่มีคุณภาพมีระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการตรวจหา Dengue typing ในผู้ป่วยเสียชีวิต ด้านการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ทุกจังหวัดมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเตรียมวัสดุอุปกรณ์และเครื่องพ่นสารเคมี จัดกิจกรรมรณรงค์ ปีละ 2-3 ครั้ง ด้านการตอบโต้สถานการณ์ของทีม SRRT ทุกจังหวัดมีความรวดเร็วในการแจ้งข่าว เมื่อพบผู้ป่วยวินิจฉัยใช้เลือดออก สามารถแจ้งถึงพื้นที่ภายใน 24 ชม. การควบคุมโรคสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ทั้งไตรมาส 1, 2 และ 3 ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค มีการนำมาตรการการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (IVM) มาใช้ แต่บางแห่งทำได้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ด้านการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการควบคุมใช้เลือดออกทุกจังหวัดมีการสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย บางแห่งทำ Big cleaning แต่ข้อมูล HI, CI ที่สำรวจโดย อสม. ยังขาดการตรวจสอบความถูกต้อง ส่วนใหญ่จังหวัดมีการใช้มาตรการ 3-3-1 แต่ยังคงมีการปรับปรุงการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคใช้เลือดออกในบางพื้นที่ เนื่องจากยังพบมีตำบลและอำเภอที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ภายใน 28 วัน ทุกจังหวัดมีการทบทวนแต่งตั้งทีมแพทย์ที่ปรึกษาด้านโรคใช้เลือดออก และปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) รวมทั้งข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วย และมี Dead case conference

### ส่วนที่เป็นตัวอย่างของการจัดการที่ดี ได้แก่

- ผู้บริหารระดับเขตที่ติดตามสถานการณ์อย่างจริงจังและมีข้อสั่งการในหลายเวที ช่วยให้ผู้บริหารจังหวัดมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ส่งผลถึงระดับผู้ปฏิบัติมีการดำเนินการอย่างเข้มข้น ทำให้อัตราป่วยลดลงอย่างรวดเร็วและต่ำเป็นอันดับท้าย ๆ ของประเทศ
- ส่วนใหญ่มีการดำเนินงาน ใช้กลไกการขับเคลื่อน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานคณะกรรมการควบคุมโรคใช้เลือดออกระดับจังหวัด และนายอำเภอเป็นประธานฯ ในระดับอำเภอ บางจังหวัดเช่น ราชบุรี ผู้ว่าฯ และหัวหน้าส่วนราชการสุ่มประเมินติดตามควบคุมกำกับการทำงาน
- เริ่มมีการใช้ระบบ EOC ในบางจังหวัด

### ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย

- สนับสนุนการใช้กฎหมาย พรบ.สาธารณสุข พรบ.โรคติดต่อ อย่างจริงจัง เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม การไม่ปกปิดการรายงานผู้ป่วย การไม่ละเลยการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อช่วยในการป้องกันควบคุมโรค
- ปรับอัตรากำลังและค่าตอบแทนเสี่ยงการติดโรคแก่ผู้ปฏิบัติงานสอบสวนควบคุมโรคให้เหมาะสมและเป็นธรรม
- ประสานนโยบายระหว่างกระทรวงกับหน่วยงานต่าง ๆ โดยใช้กฎหมายหรือมาตรการทางสังคม ให้ผู้มีอำนาจในพื้นที่ร่วมดำเนินการ เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด นายกเทศมนตรี ผลักดันให้ อปท. เข้ามา มีบทบาทจริงจังในการควบคุมโรค
- จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดระยอง มีอัตราป่วยสูงสุด 5 ลำดับแรกของประเทศ มีพื้นที่ติดกับจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีการระบาดของโรคชิคา จึงควรให้ความตระหนักในการเฝ้าระวังโรคชิคาอย่างใกล้ชิด และการควบคุมโรคใช้เลือดออกอย่างจริงจัง เนื่องจากพาหะของการเกิดโรคคือยุงลายเหมือนกัน.

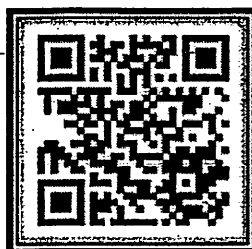
# คณะที่ 2

## การพัฒนาระบบบริการ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan 12 สาขา

- สาขาโรคหัวใจ
- สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- สาขามะเร็ง
- สาขาทารกแรกเกิด
- สาขาไต
- สาขาทา
- สาขาสุขภาพช่องปาก
- สาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด
- 5 สาขาหลัก
- โรคไม่ติดต่อ
- สาขาปฐมภูมิและสุขภาพองค์รวม
- สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

Download เอกสารการประชุม



<http://bie.moph.go.th/register59/document.php>

กรมอนามัย

กรมการแพทย์

กรมสุขภาพจิต

กรมควบคุมโรค

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สป.

สำนักบริหารการสาธารณสุข สป.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป.

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจและประเมินผล



## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

### 1. สาขาโรคหัวใจ

ประเด็นการตรวจราชการ และ ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับความปลอดภัยและหรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI - Primary Percutaneous Cardiac Intervention) (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 75)

ผลการดำเนินงาน ในภาพรวมประเทศ พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับความปลอดภัยและหรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI) ร้อยละ 83 (ค่าเฉลี่ยทั้ง 12 เขตสุขภาพ) ซึ่งผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนด และเมื่อพิจารณาเป็นรายเขต พบว่า เขตสุขภาพที่ 5 มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 65.96 ซึ่ง ยังไม่ผ่านเกณฑ์

2. ร้อยละโรงพยาบาลในระดับ F2 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (เป้าหมาย ร้อยละ 100)

ผลการดำเนินงาน พบว่า โรงพยาบาลในระดับ F2 ทุกเขตสุขภาพสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ 100%

3. ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 10)

ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 13.40 (เฉลี่ยทั้ง 12 เขต) ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด

Best Practice

เขตสุขภาพที่ 7 มีการดำเนินงานตามมาตรฐาน STEMI อย่างครอบคลุม ทำให้ผลการดำเนินงานในภาพรวมผู้ป่วย STEMI ได้รับความปลอดภัยและหรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI) ได้ร้อยละ 89.67 (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 75) ซึ่งสูงกว่าเขตอื่นๆ และ โรงพยาบาลในระดับ F2 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้ร้อยละ 100 โดยมีผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 6.27 ซึ่งน้อยกว่าเขตอื่น ๆ (เป้าหมาย < ร้อยละ 10)

ปัญหา/อุปสรรค

1. ด้านบริหารจัดการ : 1) ขาดการคัดกรอง ประเมิน ให้ความรู้เชิงป้องกัน ในระดับ รพ.สต./ชุมชน 2) Patient Delay และ System delay 3) ความรู้และศักยภาพของแพทย์ พยาบาล รพช.บางแห่งยังไม่เพียงพอในการคัดกรอง 4) รพช.ไม่มีความมั่นใจในการให้ยา Streptokinase

2. ด้านบริหารจัดการยา : ยา Streptokinase มีความยุ่งยากในการบริหารและมีภาวะแทรกซ้อนสูง

3. ด้านบุคลากร : ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เช่น cardiologist, CVT, interventionist

4. ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ : รพช.ขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่อง AED, เครื่อง telemetry สำหรับ monitor การส่งต่อผู้ป่วย Infusion pump หรือ Syringe pump, เครื่องตรวจ INR

5. ด้านระบบข้อมูล : ตัวชี้วัด (KPI) มีแต่ข้อมูลเชิงปริมาณขาดข้อมูลเชิงคุณภาพ ระบบข้อมูล /IT , ขาดระบบฐานข้อมูลกลาง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จัดประชาสัมพันธ์ระดับประเทศเรื่อง STEMI alert ให้กับประชาชน *สมรู้ กิ่งมรัตน์*
2. พัฒนาการความรู้ในเรื่อง ACS, ACLS แก่บุคลากร
3. จัดหายาละลายลิ่มเลือดที่สะดวกในการให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้ชนิด Tenecteplase (TNK) ซึ่งสามารถเปิดหลอดเลือดได้ 70% แทน Streptokinase (SK) ที่เปิดได้เพียง 50% ที่ 90 นาที
4. ติดตามอัตราการตายที่ 30 วัน และ 1 ปี
5. วางแผนดูแลผู้ป่วย NSTEMI ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น
6. การจัดตั้ง Special clinic เช่น Warfarin Clinic, Heart Failure Clinic ยังไม่มีมาตรฐานกลาง
7. สนับสนุนการพัฒนา IT infrastructure, โปรแกรม ACS registry เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายและตัวชี้วัด

## 2. สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

### ประเด็นการตรวจราชการ และ ผลการดำเนินงาน

1. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score  $\geq$  0.75 (ในรพ.ระดับ A)  
ผลการดำเนินงาน : พบว่า ภาพรวมประเทศมีอัตราเฉลี่ย ร้อยละ 0.76 ซึ่งเขตที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ เขต 3 (ร้อยละ1.58) และ เขต 6 (ร้อยละ1.35)
2. ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 (โรงพยาบาลเป้าหมาย 129 แห่ง)  
ผลการดำเนินงาน : พบว่า มีการดำเนินงาน 126 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 97.67 ซึ่งยังดำเนินการไม่ครบในเขต 2 (NA), เขต 3 (NA), เขต 5 (จ.สุพรรณบุรี รอกการประเมิน) เขต 11 (ขาด 1 แห่ง) และเขต 12 (ขาด 2 แห่ง)
3. ร้อยละของทีม ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 (โรงพยาบาลเป้าหมาย 99 แห่ง)  
ผลการดำเนินงาน : พบว่า มีการประเมินความเสี่ยงตนเอง /จัดทำแผนรองรับภัยพิบัติและบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 95 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 95.96 ซึ่งยังดำเนินการไม่ครบในเขต 1 (ขาด 1 แห่ง), 2 (NA), 3 (NA) เขต 5 (จ.สุพรรณบุรี รอกการประเมิน) และเขต 11 (ขาด 3 แห่ง จ.ตรัง รอดำเนินการ)

### Best Practice มีนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างได้ ได้แก่

- เขตสุขภาพที่ 1 จ.แม่ฮ่องสอน มีการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยาน จ.พะเยา มีโครงการ “EMS เครือข่ายพะเยา ก้าวไกลพัฒนาสู่ชุมชน” จ.เชียงราย มีการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบบูรณาการจังหวัด
- เขตสุขภาพที่ 10 จ.อุบลราชธานี มีการบันทึกข้อมูลผู้เสียชีวิตผ่าน Google Map
- เขตสุขภาพที่ 4 : พัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลเครือข่าย โดยใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย4(TS)

### ปัญหา/อุปสรรค

1. ด้านบริหารจัดการ : 1) ขาดการบูรณาการข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ ทางหลวง เทศบาล เพื่อการค้นหาจุดเสี่ยงต้องรวดเร็วและทันเวลา เช่น จุดเสี่ยงถนนก่อสร้างใหม่ 2) ขาดการเชื่อมต่อและนำฐานข้อมูล 3 ฐานไปใช้วิเคราะห์ประเมินผลในภาพรวมของจังหวัดและเขต
2. ด้านบุคลากร : ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ศัลยแพทย์ระบบประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และพยาบาลเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุ
3. ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ : ขาดอุปกรณ์ 1) เครื่องเอกซเรย์ฟลูโอโรสโคปเคลื่อนที่แบบซีอาร์เอ็ม เพื่อรองรับการบริการผ่าตัดที่ซับซ้อน 2) เตียงในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน ได้แก่ กรณีแผลไหม้ น้ำร้อนลวก กรณีวิกฤตทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ
4. ด้านระบบข้อมูล : 1) ระบบการเฝ้าระวังการบาดเจ็บของกระทรวงสาธารณสุข (Injury Surveillance ; IS) พบว่า การเก็บฐานข้อมูลยังไม่ครบถ้วน และถูกต้อง ไม่มีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์สาเหตุ และวางแผนระบบบริการ 2) การรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัดแต่ละจังหวัดนิยามไม่ตรงกัน ทำให้ตัวเลขรายงานมีความแตกต่างกัน ข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบันและน่าเชื่อถือ

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ความชัดเจนของนิยามตัวชี้วัด เช่น function ของ Trauma & Emergency Admin Unit, เกณฑ์มาตรฐาน ER คุณภาพ ควรมีการนิยามให้เข้าใจตรงกันและประเมินให้ตรงกัน
2. ควรสนับสนุนบุคลากร ทรัพยากร และงบประมาณ ให้เพียงพอและสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรกำหนดโครงสร้างและความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติงานในส่วน Pre hospital care ทั้งส่วน สำนักงานระบบ EMS/ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ระดับ ALS ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เวชกิจฉุกเฉิน
4. ควรมีการวางแผนด้านบุคลากร บุคลากรแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขาในแต่ละปีงบประมาณตามแผนของ SP ระดับเขตและการพัฒนา/อบรมทั้งแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุ
5. ควรสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นต้องได้มาตรฐาน ของบุคลากรทุกระดับ / วิทยากร ครู ก ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ทั่วถึงและครบทุกเขต

### 3. สาขามะเร็ง

#### ประเด็นการตรวจราชการ

เพิ่มการเข้าถึงการรักษาด้านการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมให้ได้ร้อยละ 80

#### สถานการณ์โรคมะเร็งในปัจจุบัน :

การเข้าถึงการผ่าตัดใน 4 สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ 78.83 การเข้าถึงบริการเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ 81.14 และการเข้าถึงบริการรังสีรักษาใน 6 สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ 65.94

#### ผลงานการบริการสาขามะเร็ง

1. เขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ในผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใน 4 สัปดาห์ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 4, 5, 8 และ 10
2. เขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ในบริการเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10 และ 11
3. เขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ในผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 และ 10

#### Best Practice

ด้านการผ่าตัด : เขต 8 ควบคุมระยะเวลาการผ่าตัดด้วยการเร่งกระบวนการวินิจฉัยและเตรียมผ่าตัดมีกระบวนการเชิงรุก ตรวจ Clinical breast exam ทุกพื้นที่

ด้านเคมีบำบัด : เขต 2 รพ.ศรีสังวร (M1) มีการเปิดบริการเคมีบำบัดแบบครบวงจรให้ยาเคมีสำหรับมะเร็งเต้านมและลำไส้ใหญ่ ทั้ง first line และ second line ได้

ด้านรังสีรักษา : เขต 10 รพ.มะเร็ง อุบลราชธานี ให้บริการผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 10, 9 และ 7 ได้มากกว่า 2,000 ราย/ปี และให้การรักษาด้วยเทคนิคการฉายรังสีสามมิติและ IMRT ตามข้อบ่งชี้ และให้บริการในวันหยุดราชการ

| ปัญหา/อุปสรรค   | ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย  |
|---|---|
| 1. การเชื่อมโยงข้อมูลและบริการ<br>- สป) .primary, secondary, tertiary)<br>- กรม<br>- มหาวิทยาลัย<br>- เขตสุขภาพ | 1. ควรมีโครงสร้างที่ชัดเจนในการรับส่งต่อข้อมูลและบริการโรคมะเร็ง<br>- Cancer nurse coordinator/team<br>- กำหนดนโยบายสารสนเทศโรคมะเร็งทั้งประเทศ ปัจจุบันมีรพ.ใช้ Thai cancer based 150 แห่ง |
| 2. การเข้าถึงบริการ<br>- ผ่าตัด<br>- เคมีบำบัด<br>- รังสีรักษา  | 2. ควรมีการจัดการเครือข่ายระหว่าง สำนักงานปลัดกระทรวงกรมการ/ แพทย์/เขตสุขภาพ/ มหาวิทยาลัย<br>- แผนระยะสั้น เครือข่ายส่งต่อข้อมูลและบริการ<br>- แผนระยะยาว ยืนได้ด้วยตัวเอง                  |
| 3. ศักยภาพในการดูแลด้านรังสีรักษา   | 3. ควรเพิ่มศักยภาพด้านรังสีรักษา<br>- เครื่องมือ/ผังโครงข่าย/การลงทุนที่เหมาะสม<br>- พัฒนาความก้าวหน้าของนักฟิสิกส์   |
| 4. แนวโน้มโรคมะเร็งในบางพื้นที่สูง เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่   | 4. ควรมี Program screening มะเร็งลำไส้ใหญ่  |

4. สาขาทารกแรกเกิด

ประเด็นการตรวจราชการ และผลการดำเนินงาน

- อัตราการตายของทารกอายุ  $\leq 28$  วัน (เป้าหมาย 5:1,000 ทารกเกิดมีชีพ)  
ผลการดำเนินงาน ในภาพรวมประเทศ มีอัตราตายฯ 3.94:1,000 ทารกเกิดมีชีพ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 6 (5.37) มีอัตราตายฯ สูงสุด และเขตสุขภาพที่ 1 (2.90) มีอัตราตายฯ ต่ำสุด
- จำนวนเตียง NICU เพิ่มขึ้นเพียงพอต่อการบริหารทารกป่วย(เป้าหมายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ของเตียงที่ต้องการ)  
ผลการดำเนินงาน ในภาพรวมประเทศ มีเตียง NICU เพิ่มขึ้น 72 เตียง เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.09
- จำนวน cooling system ครบทุกเขตสุขภาพ (เป้าหมาย = 1 เครื่อง/เขตสุขภาพ) พบว่า มีแล้ว 8 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 11 และ 12 โดยที่เขตสุขภาพที่ 4, 7 และ 8 อยู่ระหว่างดำเนินการ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์   | ข้อเสนอแนะ  |
|--|---|
| - ศักยภาพและความพร้อมของ รพช.  | - พัฒนาศักยภาพ รพช. เพื่อรองรับการ Refer back ทารกแรกเกิด<br>- พัฒนาศักยภาพของ รพช. เพื่อลด Birth Asphyxia และจำนวนการส่งต่อไปยัง รพศ.  |
| - การเพิ่มเตียง NICU แต่ไม่ได้เพิ่มบุคลากรที่ให้การบริบาลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (โดยเฉพาะทีมพยาบาล) ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกไม่ยั่งยืน | - สนับสนุนการเพิ่มพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวน NICU ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน   |
| - ขาดบุคลากร เช่น ศัลยแพทย์เด็ก, ศัลยกรรมหัวใจเด็ก, พยาบาล NNP   | - เพิ่มบุคลากรเฉพาะด้านทารกแรกเกิด<br>- จัด Training Newborn<br>- เพิ่มจำนวนผู้เข้ารับการอบรมพยาบาลทารกแรกเกิด ๑ เดือนและ ๔ เดือน ให้เพียงพอต่อความต้องการของเขตสุขภาพ  |
| - เครื่องมือ ครุภัณฑ์การแพทย์ไม่เพียงพอ  | - สนับสนุนเครื่องมือ เช่น Transport Incubator, Laminar Flow Hood, OAE, Phototherapy, High Frequency Ventilator  |
| - ระบบการรับ-ส่งต่อ ภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ  | - ควรมีแนวทางการส่งต่อทารกแรกเกิดที่ชัดเจน<br>- ควรพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่งต่อทารกแรกเกิดและสนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อให้ระบบ Referral system ที่ได้ตามมาตรฐาน                                      |
| - การตั้งห้องในวัยรุ่น/ANC คุณภาพ  | - พัฒนา ANC คุณภาพ เพื่อลดปัญหาเด็กมีน้ำหนักตัวน้อย ลดความจำเป็นของการเพิ่มของเตียง NICU ที่ไม่เหมาะสมกับจำนวนการคลอด<br>- พัฒนา MCH Board ที่เข้มแข็ง บริหารจัดการให้มีการลด Teenage pregnancy                   |
| - การดูแลภาวะ Birth Asphyxia   | - จัดหาระบบ Cooling System  |
| - การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดไม่เป็นปัจจุบัน ไม่เป็นระบบ เป็นภาระต่อการดำเนินงานและเป็นข้อจำกัดในการพัฒนางาน                                  | - ควรมีระบบรายงานตัวชี้วัดที่ชัดเจน โดยใช้ IT เข้ามาช่วยเพื่อให้เป็นแบบเดียวกัน หรือประสานขอความร่วมมือจากสำนักทะเบียนราษฎรซึ่งมีฐานข้อมูลอยู่แล้วน่าจะเป็นข้อมูลที่ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด และสามารถติดตามได้ |

## 5. สาขาโรคไต

### ประเด็นการตรวจราชการ และผลการดำเนินงาน

- ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR <4 ml/min/1.72 m<sup>2</sup>/yr (เป้าหมาย > ร้อยละ 50)  
ผลการดำเนินงาน พบว่า เขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR <4 ml/min/1.72 m<sup>2</sup>/yr สูงสุด 3 อันดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ 1 (ร้อยละ 75.94) รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 11 (ร้อยละ 68.10) และ เขตสุขภาพที่ 3 (ร้อยละ 64.34) ตามลำดับ และผลการดำเนินการต่ำสุด คือ เขตสุขภาพที่ 12 (ร้อยละ 56.13) ซึ่งเป็นข้อมูลผลการดำเนินงานจาก 3 จังหวัด คือ จ.ตรัง, จ.ยะลา และ จ.สงขลา
- ร้อยละ CKD clinic และเครือข่ายบริการโรคไต ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป  
ผลการดำเนินงาน พบว่า ทุกเขตสุขภาพจัดบริการ CKD clinic และเครือข่ายบริการโรคไต ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100

### Best Practice

เครือข่ายชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อ ปทุมธานี โดยมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อ (CKD Care Network) ในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และพัฒนาระบบสารสนเทศในการควบคุม กำกับ และประเมินผล ตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน ผลการดำเนินงาน จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองภาวะไตเสื่อมเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยไตเสื่อมเรื้อรัง มีอัตราการลดลง อุบัติการณ์ Unplanned dialysis ใน รพ.ปทุมธานี

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์  | ข้อเสนอแนะ  |
|---|---|
| 1. ใน รพ. ยังขาดทีมสหสาขาวิชาชีพ CKD clinic ไม่เพียงพอ เช่น อายุรแพทย์โรคไต พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด | 1.1 ทำแผนพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบใน CKD clinic<br>1.2 เพิ่มอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน<br>1.3 จัดอบรมการกำหนดอาหารโรคไตให้พยาบาล CKD clinic<br>1.4 บูรณาการการใช้บุคลากรกับ NCD clinic |
| 2. ข้อมูลผู้ป่วย CKD ในบางรพ.ยังไม่ครบถ้วน  | 2. ประชุมบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน CKD clinic ได้แก่ แพทย์ พยาบาล รพ.สต. เจ้าหน้าที่ด้าน IT เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการลงข้อมูลในโปรแกรมต่างๆ โดยเฉพาะ HDC ให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์      |

### ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ใช้การตรวจ Serum Cr ด้วยวิธี Enzymatic method เฉพาะใน CKD Clinic / จัดซื้อร่วมจังหวัด หรือเขต
- จัดสรรตำแหน่งขาดบุคลากรที่มีความขาดแคลน โดยเฉพาะโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด
- จัดประชุมวิชาการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่จากสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การคัดกรองและชะลอการเสื่อมของไตอย่างต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานร่วมกัน
- สนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินงาน ลดภาระและสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติ
- ควรมีการสร้างกระแส ประชาสัมพันธ์ เรื่องการลดการบริโภคเค็ม อาหารสำเร็จรูปต่างๆ ทางสื่อต่างๆ
- การกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม จัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ และมีการควบคุมกำกับที่เข้มแข็ง ในการป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ และชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับทีมรักษา (บูรณาการกับทีมหมอครอบครัว) เพิ่มช่องทางในการติดต่อและสื่อสารกับ หน่วยปฐมภูมิ
- พัฒนารฐานข้อมูล CKD Register ที่สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลร่วมกันได้ และระบบการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการติดตาม KPI ของกระทรวง (HDC Report)

## 6. สาขาตา

### สถานการณ์

จากการสำรวจพบว่า ประชากรไทยมีความชุกของภาวะตาบอด 0.59% สายตาเลือนราง 1.57% สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอด คือ ต้อกระจก (51%) ต้อหิน (9.8%) ภาวะตาบอดในเด็ก (5.7%) เบาหวานเข้าจอตา (2.5%) กระจกตาขุ่น (2.0%) ทั้งนี้ 80% ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ เป้าหมายองค์การอนามัยโลก (WHO) ลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า 0.50% ภายในปี 2563 (ค.ศ. 2020)

เป้าประสงค์การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพสาขาตา คือ การลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า 0.50% เพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการใน 5 โรคหลัก คือ ต้อกระจกจอตา (เน้นเบาหวานและROP) ตาบอดในเด็ก ต้อหิน และกระจกตาขุ่น ลดระยะเวลารอคอยและลดการส่งต่อออกนอกเขต ทั้งนี้การขับเคลื่อนต้องครบทั้งสามมิติ คือ ขจัดตาบอดตกค้างด้วยโครงการเชิงรุก เพิ่มความเข้มแข็งของระบบสุขภาพตา และลดจำนวนตาบอดใหม่ด้วยมาตรการป้องกัน

ปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไขคือการปรับแรงจูงใจให้สอดคล้องกับการให้ลำดับความสำคัญของการรักษาภาวะตาบอดจากต้อกระจก การเพิ่มการคัดกรองและเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตา การวางแผนการลงทุนระยะยาวประกอบด้วย การจัดหาเครื่องมือแพทย์ให้เพียงพอต่อการบริการพื้นฐานในพื้นที่ขาดแคลน การบริหารทรัพยากรบุคคลอย่างเป็นระบบ

ภาวะโรคตาเปลี่ยนแปลง มีโรคเรื้อรังและโรคทางจอตามากขึ้น และจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต การจัดระบบดูแลและออกแบบกระบวนการส่งต่อเป็นนโยบายสำคัญในการลดค่าใช้จ่ายและภาระของผู้ป่วยและครอบครัวการจัดตั้งศูนย์จอตา (Retina Center) ที่สามารถต่อยอดเป็นศูนย์ตาครบวงจร (Comprehensive Eye Center) ให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพและการมีระบบฐานข้อมูลสารสนเทศที่เหมาะสม จะเป็นกลไกสำคัญของการพัฒนา

### ประเด็นการตรวจราชการ และผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 80)

**ผลการดำเนินงาน :** ภาพรวมประเทศ พบว่า ผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด ( Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน มีร้อยละ 79.78 ซึ่งเขตที่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 3, 4, 7, 8, 9 และ

### Best Practice

เขตสุขภาพที่ 6 และ 12 มีการบูรณาการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกันทั้งเขต ที่นำไปสู่การร่วมแบ่งปันทรัพยากรอย่างโปร่งใสเป็นระบบ และมีการประสานงานร่วมมือกับ โรงเรียนแพทย์ ปัจจุบันค่าเฉลี่ยร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน คือ ร้อยละ 80.51 (เป้า  $\geq$  ร้อยละ 80)

| ปัญหา/อุปสรรค  | ข้อเสนอแนะ/การสนับสนุน  |
|--|---|
| 1. การคัดกรองและผ่าตัดยังไม่ได้ตามเป้าหมายในบางพื้นที่                                   | 1. มีนโยบายการขับเคลื่อนโครงการเชิงรุกเพื่อขจัดภาวะตาบอดตกค้างในชุมชน     |
| 2. บุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ ขาดงบประมาณการซ่อมบำรุงอุปกรณ์                    | 2. มีแผนจัดกำลังคน ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ให้เพียงพอเหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่ |
| 3. การบันทึกข้อมูลในระบบ VISION2020 ยังไม่ครบถ้วน (การรายงานผลน้อยกว่าการปฏิบัติงานจริง) | 3. พัฒนาระบบการลงข้อมูลให้เข้ากับงานประจำ                                 |
| 4. ผู้ป่วยไม่พร้อมทำให้ไม่สามารถผ่าตัดได้ภายใน 30 วัน                                    | 4. จัดหลักสูตรการอบรม เพื่อพัฒนาทักษะบุคลากรที่สนับสนุน งาน Service Plan  |

### ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. สร้างความเข้มแข็งและเชื่อมโยงการคัดกรองภาวะตาบอดในระบบปฐมภูมิ
2. จัดกำลังคนด้านสุขภาพ ให้เพียงพอ และเหมาะสมต่อภาระงาน
3. พัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะบุคลากรในมิติต่างๆที่เอื้อสนับสนุน Service Plan
4. การพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูล vision2020thailand.org และคุณภาพของข้อมูลนำเข้า
5. การขับเคลื่อนโครงการเชิงรุกเพื่อขจัดภาวะตาบอดตกค้าง ควรเป็น evidence-based และ คำนึงถึงบริบทของเครือข่ายในพื้นที่และชุมชน เพื่อความยั่งยืน



## 7. สาขาสุขภาพช่องปาก

### ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ > ร้อยละ ๕๐

### ผลการดำเนินงาน

๑. ข้อมูลเชิงปริมาณ : การจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม. อย่างมีคุณภาพของจังหวัดทั้ง ๑๒ เขต พบว่า ในภาพรวม องค์กรประกอบที่ ๑ มี รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์ (สัปดาห์  $\geq$  1 วัน) เท่ากับ ร้อยละ ๖๒.๒ องค์กรประกอบที่ ๒ มี รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ใน ๖ กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม พบร้อยละ ๕๕ และองค์กรประกอบที่ ๓ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 20 และมีสัดส่วน รพ.สต./ศสม. พบร้อยละ ๕๐.๖ โดยสัดส่วน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ องค์กรประกอบ มี ร้อยละ ๔๖.๖ และ เขตที่มีผลงานสูงสุด ๓ เขตคือ เขตสุขภาพที่ ๙, ๑๐ และ ๘

๒. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการจัดบริการ เรียงตามลำดับ คือ อันดับ ๑ และ ๒ ปัญหาการลงบันทึกข้อมูลการตรวจสอบการส่งออก และ ใช้ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม เพื่อการวางแผนและประเมินผล และ ปัญหาความไม่ก้าวหน้า การเปลี่ยนสายงาน และ ลาออกของทันตภิบาลซึ่งมีปัญหทั้ง ๑๒ เขต อันดับ ๓ และ ๔ คือ ขาดแคลนทันตภิบาลและผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำ รพ.สต มีปัญหา ๑๑ เขต อันดับ ๕ ขาด Oral Health Manager ในการวิเคราะห์และวางแผนเพื่อลดปัญหาโรคในช่องปาก มีปัญหา ๗ เขต โดยทุกเขตมีจำนวนประเด็นปัญหาอยู่ระหว่าง ๔ - ๘ ปัญหา

๓. ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารระดับสูงและหน่วยงานส่วนกลาง :

- 1) สถาบันบรมราชชนกควรเพิ่มผลิตทันตภิบาลและกระจายให้จังหวัดที่มีความขาดสูง
- 2) พัฒนา Oral Health manager ทุกระดับ เชื่อมโยงกับ District Health System และ Primary care Cluster
- 3) สนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอในการดำเนินการและงบลงทุนตาม Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก
- 4) พัฒนาความก้าวหน้าทันตภิบาลในเข้าสู่ตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอาวุโสและกรณีผู้จบปริญญาตรีให้มีโอกาสเข้าสู่ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อลดความขาดแคลนทันตบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 5) มีการสนับสนุนการจ้างงานผู้งานทันตกรรมในรพ.สต. ที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำ
- 6) การกำหนดกรอบอัตรากำลังคน FTE ของหน่วยบริการในสายงานสนับสนุน ควรแยกตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์ออกจาก พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พนักงานบริการ เพื่อกำหนดกรอบสัดส่วนได้ชัดเจน และ สะท้อนความจำเป็นที่แท้จริง

๔. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกลไกและกระบวนการตรวจราชการ : เพื่อให้การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากมีประสิทธิภาพ เห็นควรดำเนินการใน ๒ ส่วนคือ ๑) พัฒนากลไกการดำเนินการ “คณะกรรมการระดับส่วนกลาง เขต และจังหวัด ให้มีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นกรรมการ มีหน้าที่ในการกำหนดทิศทางและกำกับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ การพัฒนาระบบทันตกรรมเฉพาะทาง และการพัฒนาศูนย์เชี่ยวชาญในทุกเขตสุขภาพ และการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากที่เป็นเป้าหมายสำคัญของพื้นที่ ๒) กำหนดตัวชี้วัดในการตรวจราชการปี ๒๕๖๐ พัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพในรพ.สต./ศสม. การจัดบริการเฉพาะทางในโรงพยาบาลในระดับ M1-A และการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก ๐-๑๒ ปี และการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง จากการประมวลจากเขตที่เสนอ Best Practice ในที่ประชุม Service Plan Sharing : 1) Best practice Service plan นักสุขภาพฟันดี เขตสุขภาพที่ ๑ 2) โครงการแก้ปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กวัยเรียน อ.ท่าปลา จ. อุตรดิตถ์ 3) การแก้ปัญหาฟันน้ำนมผุในเด็ก 3 ปี โดยใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพในระดับครอบครัว จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 4) การ รักษาฟันด้วยเหตุผล เยียวยากด้วยหัวใจ ผู้ติดเตียงที่สูงวัย ได้เข้าใกล้หมอครอบครัว โรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี 5) การคัดกรองมะเร็งช่องปากและการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและลำคอ ในจังหวัดจันทบุรี 6) การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากคนพิการ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านฝาง จ. ขอนแก่นเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข เขตนครชัยบุรินทร์ 7) การพัฒนาศักยภาพของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ 8) โครงการทันตกรรมใน รพ.สต. อำเภอ เมือง จ.ภูเก็ต 9) ตั้งใจบริการผู้สูงวัยกลับบ้าน โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

## 8. สาขาสุขาพจิต จิตเวช และยาเสพติด

### จุดมุ่งเน้นการพัฒนา

- 1) พัฒนาระบบยา (จิตเวช จิตเวชเด็ก ยาเสพติด สุรา บุหรี่) ที่จำเป็นในสถานบริการระดับF3 ขึ้นไป ให้การรักษาโรคจิต/ยาเสพติดที่สำคัญได้
- 2) ตั้งคณะกรรมการและดำเนินการ ศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
- 3) บริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดระยะเร่งด่วน(Acute care 48 ชั่วโมง) ในหน่วยบริการสุขภาพ
- 4) ดำเนินการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด (บำบัดรักษาและติดตาม) ระหว่างหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และเขตสุขภาพ

### ประเด็นการตรวจราชการ และผลการดำเนินงาน

1. การเข้าถึงบริการของโรคจิตเวชที่สำคัญ โรคจิต (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ55) และ โรคซึมเศร้า (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ43) ผลการดำเนินงาน จากรายงานเขตสุขภาพ พบว่า โรคจิตและโรคซึมเศร้า ค่าการเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 83.62 และ 49.89 ตามลำดับ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 1 และ 7 มีผลการดำเนินงานมากกว่า ร้อยละ 100 อาจมาจากสาเหตุการให้บริการได้มากกว่าค่าเป้าหมาย หรือ การนับID ผู้ป่วยซ้ำซ้อนระหว่าง รพ. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และรพ. สังกัดกรมสุขภาพจิต และพบว่าทุกเขตสามารถดำเนินการได้ตามค่าเป้าหมาย แต่จากการรวบรวมฐานข้อมูลส่วนกลาง พบว่า การเข้าถึงบริการโรคจิต (ฐานข้อมูล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ) ร้อยละ 62.94 และ การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า ( ฐานข้อมูลศูนย์วิชาการโรคซึมเศร้าแห่งประเทศไทย ) ร้อยละ 46.60 ซึ่งได้ผลการดำเนินการแตกต่างจากข้อมูลที่เขตสุขภาพรายงาน โดยเฉพาะข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคจิต มีความแตกต่างกันหลายจุด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดทำฐานข้อมูลกลางของโรคจิตระหว่างกรมวิชาการร่วมกับพื้นที่

2. งานด้านยาเสพติด ตัวชี้วัด คือ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด ( 3 Month Remission Rate) ค่าเป้าหมายร้อยละ92

ผลการดำเนินงาน พบว่า สามารถดำเนินการได้เฉลี่ยร้อยละ 93.15 ซึ่งเขตสุขภาพที่ 1 และ 4 ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามค่าเป้าหมาย เนื่องจากเขตสุขภาพที่มีอุปสรรคในการเดินทางทำให้การติดตามหลังการรักษาไม่สามารถทำได้ทั่วถึง และเขตสุขภาพที่ 4เป็นที่ตั้งของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งมีผู้เข้ารับบริการบำบัดรักษาจากทั่วประเทศ ทำให้ไม่สามารถติดตามได้ครบ

ในเป้าหมายการดำเนินงานตามมาตรการเร่งด่วน พบว่า1) รพ.ภาครัฐ (ระดับ M2 ขึ้นไป) สามารถจัดให้มีรายการยาจิตเวชที่จำเป็นได้ ร้อยละ100 ตามบริบทและการให้บริการในพื้นที่2) รพ.ระดับ A, S, MI พบว่า ทุกเขตสุขภาพสามารถมีเตียง (เตียงห้องฉุกเฉิน/เตียงรวม/unit/ward) ที่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติด ภาวะเร่งด่วน(Acute care) อย่างน้อย 48 ชม. ยกเว้น เขตสุขภาพที่8 ยังไม่สามารถให้บริการได้ครบร้อยละ100 เนื่องจาก รพ.เลย ไม่สามารถให้บริการได้3) ฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่มีการรวบรวมข้อมูลการวินิจฉัยโรคจิตเวช และยาเสพติด ตาม ICD - 10 จากทุกรพ. ในจังหวัด 4) สถานพยาบาลยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการรับรองคุณภาพงานบำบัดรักษายาเสพติด ปัจจุบันสามารถดำเนินการได้ประมาณร้อยละ715) รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปมีทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ วินิจฉัย, รักษา, ส่งออกนอกเขต มีผลการดำเนินงานเฉลี่ยร้อยละ 95.15 และบางเขตสุขภาพอยู่ระหว่างการดำเนินงานจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช

### Best Practice

เขต 1 การส่งเสริมสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียน วัยรุ่น อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน

เขต 2 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความสุข 5 มิติ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไคร้ อ.น้ำปาด\*

เขต 3 นวัตกรรมบริการเข้าถึงบริการ สมอingle อ.ปางศิลาทอง จ.กำแพงเพชร

เขต 4 ยาใจ ระบบยาในเครือข่ายบริการสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 4

เขต 5 การพัฒนารูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑ จ.สุพรรณบุรี

เขต 6 ผลการใช้โปรแกรมบำบัดผสมผสานแบบสั้นต่อพฤติกรรมกรรมการตีแอลกอฮอล์ รพ.อภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี

เขต 7 การพัฒนาเครือข่ายบริการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด จังหวัด มหาสารคาม

เขต 8 การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการดูแลผู้ป่วยโรคจิต อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

เขต 9 การบำบัดภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงด้วย BZP อย่างเดียว โรงพยาบาลสุรินทร์ /COCR9\*

เขต 10 ผู้ป่วยโรคจิตที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถ้าใช้ใจดูแล อ.กันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ \*\*KM sharing award

เขต 11 การพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคจิตจากโรงพยาบาลสุ่มชน อ.เข็ยรใหญ่ จ.นครศรีธรรมราช

ประเด็นท้าทาย:

- 1) งบประมาณเพื่อการขับเคลื่อนงานสาขาสุขภาพจิต จิตเวชละ ยาเสพติด ไม่เพียงพอในหลายเขตสุขภาพ
- 2) ระบบข้อมูลสารสนเทศ ไม่สอดคล้องกันระหว่างข้อมูลพื้นที่ และส่วนกลาง
- 3) การขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านจิตเวชและยาเสพติด
- 4) การบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆให้มีการดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานตามคำสั่ง คสช. 108/2557

เพื่อให้มีการคัดกรองตามสภาพความรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ:

- 1) พัฒนามาตรฐานระบบบริการ การดูแลผู้ป่วย การส่งต่อ, ผู้ป่วยจิตเวช, ภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน
- 2) พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางของโรคจิต
- 3) การพัฒนาบุคลากร : เพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ /กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง และระบบ Coaching (ทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด)
- 4) พิจารณาความสำคัญของการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จในระดับนโยบาย
- 5) กำหนดเกณฑ์การประเมิน monitor small success ให้ชัดเจน เพื่อเกิดมาตรฐานเดียวกัน

## 9. สาขา 5 สาขาหลัก

### สภาพปัญหา

เนื่องจากในปัจจุบัน โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลทั่วไป มีความแออัดด้านบริการเป็นจำนวนมาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพให้โรงพยาบาลแม่ข่ายระดับรองลงไป เช่น ระดับ 2 ให้มีศักยภาพมากขึ้นเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิมากขึ้น และลดการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นมาที่ รพศ./รพท. โดยเหตุผลนี้ทางคณะกรรมการ service plan 5 สาขาหลัก จึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานพร้อมเป้าหมาย

### ประเด็นการตรวจราชการ และผลการดำเนินงาน

1. โรงพยาบาลระดับ M2 ลงไป ทุกแห่ง สามารถทำผ่าตัดคลอด Elective 10% และ Appendectomy ได้ 25% ของจำนวนทั้งหมดในจังหวัด  
ผลการดำเนินงาน : พบว่า โรงพยาบาลระดับ M1 - M2 สามารถทำผ่าตัดคลอด Elective และ Appendectomy ได้เพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ถึงตามเป้าหมาย ยกเว้นในเขตสุขภาพที่ 4, 6, 7 และ 8 ที่สามารถทำได้สูงกว่าเป้าหมาย
2. โรงพยาบาลระดับ M2 ลงไป ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย Non displace fracture ได้ และมีการส่งต่อลดลง 25%  
ผลการดำเนินงาน: โรงพยาบาลระดับ M2 ลงไปทุกเขต สามารถดำเนินการได้สูงกว่าเป้าหมาย ยกเว้นในเขตสุขภาพที่ 9 และ 12 ที่ไม่มีข้อมูล
3. โรงพยาบาลระดับ M2 ลงไป สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ on respirator ได้ และมีการส่งต่อลดลง 30%  
ผลการดำเนินงาน : พบว่า โรงพยาบาลระดับ M2 ลงไปให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่เกิดภาวะแทรกซ้อนในภาวะวิกฤตทางเดินหายใจต่ำกว่าเป้าหมาย ยกเว้นในเขตสุขภาพที่ 6 และ 11 ที่สามารถทำได้สูงกว่าเป้าหมาย
4. โรงพยาบาลระดับ M2 ลงไป ให้การดูแลผู้ป่วย Sepsis ได้ และมีการส่งต่อลดลง 30%  
ผลการดำเนินงาน : พบว่า โรงพยาบาลระดับ M2 ลงไปให้การดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis ได้ แต่ยังมีอีกหลายเขตสุขภาพที่ยังดำเนินการได้ต่ำกว่าเป้าหมาย เช่น เขตสุขภาพที่ 4 และ 10  
ในแง่ข้อมูลจากการตรวจราชการ เขตที่ไม่มีการส่งข้อมูลมาที่ส่วนของสำนักตรวจราชการ คือ เขตและเขต 12

### Best Practice

- 1) การใช้เกณฑ์วินิจฉัย sepsis 3 และ sepsis 1 และการพัฒนางาน sepsis เขต 1
- 2) การดูแลรักษาปอดอักเสบในเด็กแบบไร้รอยต่อจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เขต 4
- 3) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม รพพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เขต 6

### วิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอแนะ แนวทางแก้ไข

ปัญหาส่วนมากมาจาก เรื่องการขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับรอง ที่จะทำการรักษาเพื่อลดการส่งต่อเข้ามา ใน รพศ./รพท. ควรมีการเพิ่มการหมุนเวียนผู้เชี่ยวชาญจาก รพศ./รพท. ไปที่โรงพยาบาลแม่ข่ายระดับรอง และมีระบบการรับปรึกษาที่ดี และมีข้อเสนอในปี 2560 ในการเพิ่มบุคลากรและศักยภาพใน โรงพยาบาลระดับ M2 ให้ได้ตามมาตรฐานอย่างน้อย 50 % ของจำนวน โรงพยาบาลระดับ M2 ทั้งหมดและในแง่การรวบรวมข้อมูล ควรต้องมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในการดูแลที่ชัดเจน

## 10. สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

### 10.1 โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

#### ๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เป้าหมาย :  $\geq 40\%$ )

๑.๒ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย :  $\geq 50\%$ )

#### ๒. สถานการณ์และปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่เหมาะสมในผู้ป่วย DM HT

การที่ผู้ป่วย DM HT ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดีย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น คลินิกบริการผู้ป่วย DM HT สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม และควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ ๒๐-๓๐ เท่านั้น

#### ๓. สรุปผลการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

ข้อมูลระบบ HDC ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ที่ควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี ของเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ พบว่า ร้อยละผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ภาพรวมประเทศเท่ากับ ร้อยละ ๒๗.๙๑ สำหรับร้อยละผู้ป่วย HT ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ภาพรวมประเทศเท่ากับ ร้อยละ ๒๘.๒๘

การประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ ใน รพศ. รพท. รพช. ของเขตบริการสุขภาพที่ ๑-๑๒ ร้อยละ ๑๐๐ คลินิก NCD คุณภาพใน รพศ. รพท. รพช. ของเขตบริการสุขภาพที่ ๑-๑๒ ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ > ร้อยละ ๗๐

๑) อภิบาลระบบสุขภาพ มีแผนพัฒนา service plan สาขาโรคไม่ติดต่อระดับเขต และจังหวัด มีการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการระดับต่าง ๆ มีคณะกรรมการ service plan และมีกลไกการติดตามประเมินผล

๒) กำลังคนด้านสุขภาพ มีผู้รับผิดชอบงาน NCD, SM, CM, mini CM และมีสหสาขาวิชาชีพมีการดำเนินงานที่ชัดเจน และยังมีพัฒนาศัลยกรรม พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข

๓) ระบบสารสนเทศ มี Data registry Data center ทุกจังหวัดและเชื่อมโยงเป็นระดับเขตตามศักยภาพหลายเขตใช้โปรแกรม Chronic link ในการ report ข้อมูล NCD

๔) การจัดการบริการสุขภาพ มีการจัดการบริการ คลินิก DM HT ชัดเจน โดยการทำงานคลินิก NCD คุณภาพ และมีการดำเนินงานเชิงรุกด้านการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีการบูรณาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

#### ๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

การไม่เข้าถึงบริการทำให้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ยังไม่ครอบคลุม การบูรณาการงานหลายภาคส่วนไม่สอดคล้องการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ทันรายละเอียดด้านข้อมูลในระบบ มีมากทำให้ระบบข้อมูลไม่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงานเท่าที่ควรส่งต่อข้อมูลเข้าระบบ HDC เพื่อติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน

#### ๕. ปัญหา อุปสรรคระบบข้อมูล

ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ทัน รายละเอียดด้านข้อมูลในระบบมีมากทำให้ระบบข้อมูลไม่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงานเท่าที่ควร ความเข้าใจนิยามและการบันทึกข้อมูลในระบบ ๔๓ แฟ้ม ไม่มีโปรแกรมการออกรายงานระดับความรุนแรงของผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า จาก ๔๓ แฟ้ม การวิเคราะห์ข้อมูล NCD ตามหลักระบาดวิทยาอย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ

#### ๖. ข้อเสนอแนะ

ต่อผู้ปฏิบัติงาน การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ใช้ในการดำเนินงาน/กิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การดำเนินงานเชิงรุกในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลและ BP ไม่ได้รวมทั้งการติดตามผู้ป่วย DMHT ที่ขาดนัด การประยุกต์/ปรับกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับปริมาณงาน กลุ่มผู้ป่วย และบริบท

ต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง การพัฒนาระบบข้อมูล (๔๓ แฟ้ม , HDC, Thai CVD Risk) การจัดทำ minimum data set ของ NCDs ให้ครอบคลุมตัวแปร ที่ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ การจัดทำคู่มือการบันทึกข้อมูล การพัฒนาระบบการจัดการ data center ระดับเขต การพัฒนาศัลยกรรมบุคลากรในพื้นที่โดยส่วนกลางและระดับเขต

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

การจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังภัยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการเจาะเลือดปลายนิ้ว เข้ารับการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้มาประจำศูนย์เฝ้าระวังภัยในหมู่บ้าน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี)

๘. ผลการปฏิบัติงานโดดเด่น

การพัฒนาาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใกล้บ้านใกล้ใจ เน้นการให้บริการเชิงรุก เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการในชุมชน มีการส่งคืนผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลไปให้การรักษากลับมาในชุมชน มีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานในรพ.สต.และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนของชุมชน (โรงพยาบาลเชิงไโน จังหวัดอุบลราชธานี)

10.2 โรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นการตรวจราชการ และผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย  $\leq$  ร้อยละ 7)

**ผลการดำเนินงาน** จากรายงานผลการตรวจราชการ พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีค่าสูงกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 7.0 คือ เขตสุขภาพที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 และ 11 โดยพบว่าอัตราการตายสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ 2 (ร้อยละ 14.2) เขตสุขภาพที่ 3 (ร้อยละ 12.1) และ เขตสุขภาพที่ 9 (ร้อยละ 11.8) ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่มีอัตราการตายต่ำสุด คือ เขตสุขภาพที่ 10 (ร้อยละ 2.5)

ในภาพรวมของประเทศไทย โรงพยาบาล ระดับ A มี Stroke Unit ร้อยละ 78.8 โดยเขตสุขภาพที่ 4, 6, 7, 8, 9, 10 และ 12 สามารถจัดให้มี Stroke Unit ได้ ร้อยละ 100 ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ส่วนเขตสุขภาพที่ 1, 2, 5 และ 11 สามารถจัดให้มี Stroke Unit ได้ในบางส่วน ทั้งนี้พบว่าเขตสุขภาพที่ 3 ยังไม่สามารถจัดให้มี Stroke Unit สำหรับโรงพยาบาล ระดับ S ในภาพรวมของประเทศไทย มี Stroke Unit ร้อยละ 50 โดยเขตสุขภาพที่ 2, 4, 6, 7, 8, 9 และ 12 สามารถจัดให้มี Stroke Unit ในโรงพยาบาล ระดับ S ได้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 7 และ 9 สามารถจัดให้มี Stroke Unit ได้ถึง ร้อยละ 100 ส่วนเขตสุขภาพที่ 1, 3, 5, 10 และ 11 สามารถจัดให้มี Stroke Unit ได้บางส่วน

Best Practice

การพัฒนาาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลมุกดาหาร เขตสุขภาพที่ 10 เพื่อลดระยะเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( door to needle) โดยได้เริ่มพัฒนาระบบบริการ Stroke fast track ขึ้น ในปีงบประมาณ 2555 และจัดตั้ง Stroke Unit ในปีงบประมาณ 2557 มีการจัดให้มี Case manager ในการติดตามดูแลผู้ป่วยและจัดเก็บตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้จัดให้มีรังสีแพทย์เพื่อดำเนินการตรวจวินิจฉัยด้วย CT-Scan ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้การพัฒนาดังกล่าวเป็นความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีผลทำให้อัตราการพิการและอัตราการตายของผู้ป่วยลดลง

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ประสานความร่วมมือกับสาขา NCD โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วน of โรคความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างระบบคัดกรอง ป้องกัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรกลุ่มเสี่ยง
2. ควรมุ่งเน้นในการสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญและอาการสัญญาณอันตราย ของโรคหลอดเลือดสมองในระดับประชาชน เพื่อให้ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้โดยสร้างความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลดังกล่าวกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ควรมีมาตรการเชิงรุกและการพัฒนาระบบการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมาถึง รพ. ได้อย่างทันทีที่มีอาการ
4. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการแต่ละระดับ
5. จัดให้มี Sub-acute care ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อรองรับผู้ป่วยกลับไปดูแลในกรณีที่โรงพยาบาลระดับ A หรือ S ได้ดำเนินการรักษาผู้ป่วยจนมีอาการดีขึ้นและมีความปลอดภัยแล้ว



6. พัฒนาระบบรายงานสถิติโรคหลอดเลือดสมองและอัตราการตายที่มีประสิทธิภาพ เชื่อถือได้ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันต่อเวลา ในสถานพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ

ข้อเสนอเชิงการปรับปรุง

1. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล เพื่อสามารถวางแผนดูแลผู้ป่วย Stroke ได้อย่างต่อเนื่อง
2. เพิ่มอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ประสาทอายุรแพทย์ พยาบาลเฉพาะ เป็นต้น
3. สนับสนุนการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วย Stroke แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน
4. สร้างความตระหนักถึงความสำคัญและอาการสัญญาณอันตรายของโรค Stroke วิธีปฏิบัติตัวแก่ประชาชน
5. สนับสนุนและส่งเสริมให้ รพ. ระดับ A, S ของทุกเขต มีการจัดตั้ง Stroke Unit ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด
6. สนับสนุนให้ รพ.แต่ละระดับเข้าร่วมเป็นเครือข่ายวิชาการและ เข้าสู่ระบบการตรวจรับรองคุณภาพการดูแล

รักษาผู้ป่วย Stroke

7. พัฒนาระบบ Pre-Hospital care

### 10.3 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประเด็นการตรวจราชการ และผลการดำเนินงาน

1. อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(เป้า<130/แสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป)  
ผลการดำเนินงาน พบว่า เขตสุขภาพที่มีอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่<130/แสนประชากร และผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ เขต 6 (107.78), เขต 7 (60.83) และ เขต 10 (119.60) ส่วนเขต ที่มีอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มากกว่าเกณฑ์ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 (302.43), เขต 2 (166.66), เขต 3 (144.32), เขต 4 (152.11), เขต 5 (185.36), เขต 8 (158.34), เขต 9 (157.51), เขต 11(153.38) และ เขต 12 (176.72)
2. รพศ./รพท./รพข. จัดบริการCOPD Clinic ทุกแห่ง (เป้าหมาย 100%)  
ผลการดำเนินงาน พบว่า เขต 3 , 4, 6, 9 และ 10 มีการจัดบริการCOPD Clinic ทุกแห่ง 100 % ส่วนเขต 1, 2, 5, 7, 8, 11 และ 12 มีการจัดบริการCOPD Clinic แต่ไม่ครบ 100%
3. รพศ./รพท./รพข. มีบริการเพื่อการเลิกบุหรี่ (เป้าหมาย รพศ./รพท. 100%), (เป้าหมาย รพข. 60%)  
ผลการดำเนินงาน พบว่า เขต 2, 3, 4 และ10 มีบริการเพื่อการเลิกบุหรี่ทุกแห่ง 100 % ส่วนเขต 1, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ12 มีบริการเพื่อการเลิกบุหรี่แต่ไม่ครบ 100 %

| ปัญหา/อุปสรรค  | ข้อเสนอแนะ   |
|--|--|
| - การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องและคลินิกที่ยังไม่สมบูรณ์ในเชิงคุณภาพ                  | - พัฒนาโปรแกรมการวินิจฉัยและการติดตาม COPD care model และการพัฒนาให้ความรู้ในเครือข่ายมากขึ้น ในรูปแบบแผ่นพับและเผยแพร่โดยวิธีต่างๆ      |
| - ขาดแคลนบุคลากร   | - ให้ความสำคัญกับแพทย์และพยาบาลมากขึ้นในโรคถุงลมโป่งพอง พัฒนาหลักสูตร chest nurse ระยะเวลา 4 เดือน เน้น COPD                             |
| - ขาดอุปกรณ์   | - ผลักดันให้เห็นความสำคัญของ spirometry และอย่างน้อยระดับ M1   |
| - ความสับสนในที่มาและวิธีการคิดวิเคราะห์ตัวชี้วัด และความไม่ครอบคลุมของตัวชี้วัด | - กำหนดเกณฑ์ มาตรฐานการวินิจฉัยโรค และคำอธิบายตัวชี้วัดให้ชัดเจน ปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพมากขึ้น                                   |
| - ขาดการจัดรายการยาที่จำเป็นในการรักษา COPD                                      | - ผลักดันให้ราคายาลดลงและให้เห็นความสำคัญของยาพ่นคุมอาการ  |
| การบริการเพื่อการเลิกบุหรี่ไม่ครบตามเป้าหมาย                                     | - จัดบริการเพื่อการเลิกบุหรี่ใน รพศ . และรพ.ทุกระดับ โดยบริหารจัดการเต็มรูปแบบ และนำการสูบบุหรี่เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของผู้ป่วยถุงลมโป่งพอง |

## 11. สาขาปฐมภูมิและสุขภาพองค์รวม

### 11.1 District Health System

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบและทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ โดยการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ( District Health System : DHS) เชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการ ( Service Plan) โดยการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการภายใต้บริบทของพื้นที่ ซึ่งมีมาตรการที่สำคัญ คือ การพัฒนาทีมเยี่ยมเสริมพลังที่เน้นการตรวจเยี่ยมแบบขึ้นชมและเยี่ยมแบบบูรณาการ การจัดการระบบการดูแลปัญหาสุขภาพของพื้นที่โดยใช้บริบทของพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพพร้อมกัน และการดูแลกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นเป้าหมายสำคัญต้องดูแลคือ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองและกลุ่มเด็ก ๐ - ๕ ปีที่มีพัฒนาการล่าช้า)และเขตสุขภาพได้ดำเนินการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอครอบคลุมทุกอำเภอ การจัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวตามนโยบาย (ระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับชุมชน)รวมถึงการบูรณาการพัฒนาระบบการดำเนินงาน ๕ กลุ่มวัย ด้วยกระบวนการเสริมสนับสนุนจาก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ( DHB) การเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHML) และการพัฒนาของContext Based Learningรวมถึงการพัฒนาทีมเยี่ยมเสริมพลังที่เน้นการตรวจเยี่ยมแบบขึ้นชม ประเด็นการตรวจราชการ และผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น อย่างมีคุณภาพ (เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)

**ผลการดำเนินงาน** ในภาพรวมประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๕ จำนวน ๘๕๒ อำเภอ (๘๕๖ แห่ง) ซึ่งผ่านเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด และผลการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่อำเภอละ ๓ เรื่องของเขตสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ ดำเนินการใน ๓ ประเด็น ๑.การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๒.การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ต้องพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลในชุมชนและที่บ้านและ๓. การควบคุมโรคในท้องถิ่นและการจัดบริการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ๖๑ ,๑๓๗ ทีม ระดับตำบล ๒๓,๘๒๖ ทีมระดับอำเภอ ๘,๐๓๕ ทีมในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ๙๖ ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลร้อยละ ๖๕ ผู้ป่วย Palliative Care ร้อยละ ๗๗ และเด็กแรกเกิด - ๕ ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ๘๕ และผลการพัฒนาการ แก้ปัญหาสุขภาพตามองค์ประกอบUCCARE และยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือระดับ๓ ขึ้นไปทุกข้อตามแนวทางDHS-PCA ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑. เน้นนโยบายการทำงานในชุมชนอย่างชัดเจนและต่อเนื่องและกำหนดให้ผู้บริหาร เช่นนพ.เชี่ยวชาญ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา เป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนระดับจังหวัดและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

๒. การวางกรอบการดำเนินงานระบบปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ ด้วยการบูรณาการด้านนโยบาย วิชาการ และการปฏิบัติในทุกระดับ (ระดับกระทรวง กรม เขต จังหวัด อำเภอ ท้องถิ่นและชุมชน) รวมถึงการบูรณาการเชื่อมโยง Service Plan กับ DHS ให้ไปในทิศทางเดียวกัน และเน้นการดำเนินงานตามบริบทของแต่ละพื้นที่

๓. การสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน การจัดสรรบุคลากรให้สอดคล้องกับภาระงานในพื้นที่ เพื่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของ รพสต. และการสนับสนุนความก้าวหน้าในการทำงาน รวมถึงค่าตอบแทนที่เหมาะสม และสร้างแรงจูงใจในการทำงาน

๔. การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานของปฐมภูมิอย่างชัดเจน

๕. การพัฒนาสมรรถนะทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ตำบลโดยกระบวนการ DHML ให้เป็นนโยบายด้านพัฒนา กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการสนับสนุน Specific Primary prevention (เช่น อสม.)

๖. ระบบข้อมูลควรมีฐานข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน และมีการคืนข้อมูลให้ระดับพื้นที่เพื่อการมีส่วนร่วมและมีความ เป็นเจ้าของร่วมกัน

๗. กำหนดผู้รับผิดชอบระดับเขต/จังหวัดที่ชัดเจน รวมถึงการพัฒนาให้ผู้ประสานระดับเขต/จังหวัดมีศักยภาพ ความสามารถในการสื่อสาร ถ่ายทอด นโยบายที่จะส่งต่อไปพื้นที่เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่มีคุณภาพ

๘. การสนับสนุนและพัฒนาบุคลากร รวมถึงศูนย์เรียนรู้ในระดับเขต/จังหวัด เพื่อรองรับนโยบายโดยสอดคล้อง กับบริบทของพื้นที่ มีการพัฒนาเสริมทักษะให้ทีมหมอครอบครัว และการเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน (พื้นที่ดีเด่น หรือเป็นต้นแบบที่สมควรมีการเสริมคุณค่าให้รางวัลที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นอย่างชัดเจน)

๙. การกำกับ ติดตาม ด้วยกลไกการพัฒนาที่เข้มแข็งเสริมพลังจากเครือข่ายภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุนการ  
นโยบายด้านการบริหารจัดการ และพัฒนาผู้แทนทุกระดับ ให้มีความเข้าใจแนวคิดและวิธีการในการนิเทศเยี่ยมชื่นชมเสริม  
พลังอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระดับเขต/จังหวัด

## 11.2 ตำบลจัดการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ และผลการดำเนินงาน

### 1. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ (เป้าหมาย ร้อยละ 70)

ผลการดำเนินงาน พบว่า ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ได้มากกว่าเกณฑ์  
ที่กำหนด โดยภาพรวมประเทศมีตำบลจัดการสุขภาพ มีเป้าหมายร้อยละ 70 คิดเป็นจำนวน 5,079 ตำบล ซึ่งมีการดำเนินการที่  
ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป 6,428 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 88.53 ของเป้าหมาย

ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการตำบลจัดการสุขภาพ

1. ระดับนโยบาย : เกิดตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ เกิดการทำงานร่วมกันหลายหน่วยงาน / ภาควิ  
เครือข่าย เกิดการยกระดับเป็นตัวชี้วัดกระทรวง ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 “พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน  
ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้”

2. ระดับพื้นที่ : กระบี่โมเดล ร้อยเอ็ดโมเดล ตรังโมเดล กาญจนบุรีโมเดล ฯลฯ พื้นที่อื่นที่นำแนวคิด  
กระบวนการไปดำเนินงานแบบบูรณาการ การจัดการความรู้ และพัฒนารูปแบบ นวัตกรรม ตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อการ  
พึ่งตนเองอย่างยั่งยืน

ปัญหาอุปสรรค

1. ประชาชนยังไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง ( Self Care) พึ่งพึ่งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน  
หน้าและสวัสดิการอื่นๆ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนยังให้ความร่วมมือน้อย
2. หน่วยงาน ภาควิเครือข่าย ต่างคนต่างทำ ขาดกลไกและการบริหารจัดการบูรณาการที่ดีและมีประสิทธิภาพ
3. การบูรณาการกลไกศูนย์วิชาการเขต กลุ่มงานใน สสจ. อำเภอ เครือข่ายในตำบล ยังไม่เพียงพอ
4. การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กับ DHS ในบางพื้นที่ยังไม่เชื่อมโยงกัน ต้องอาศัยแรงผลักดันที่เพียงพอ
5. การสื่อสารนโยบายและแนวทางการดำเนินงานสู่การปฏิบัติยังไม่เป็นระบบและขาดเอกภาพ ทำให้ผู้ปฏิบัติ  
ไม่เข้าใจและไม่มั่นใจในการดำเนินงาน
6. บางพื้นที่ยังขาดความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณบริหารจัดการระบบข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาและ  
การบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ
7. รูปแบบการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับ อสม. เพื่อสื่อสารกิจกรรมและนำเสนอผลงาน มีความหลากหลาย  
แต่การสะท้อนข้อมูลด้านสุขภาพให้กับชุมชนยังไม่เกิดเป็นรูปธรรม
8. การเชื่อมโยงกระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวทางการดำเนินงาน ของภาควิเครือข่ายทุกระดับยังไม่เป็นระบบ
9. กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจการทำงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของพื้นที่ไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

1. จัดให้มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งตำบล
2. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการอบรมพัฒนาศักยภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจและต่อยอดการพัฒนาตำบล  
จัดการสุขภาพ

3. ควรมีการประเมินในระดับพื้นที่ โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ
4. ควรมีการเชื่อมโยงแผนงานระดับปฐมภูมิ กับ service plan
5. ควรมีการพัฒนา/เพิ่มช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

## 11. สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

### ประเด็นการตรวจราชการ และผลการดำเนินงาน

**Outcome :** ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 18)

**ผลการดำเนินงานพบว่า** ในภาพรวมประเทศ ผลการดำเนินงานตั้งแต่ ตุลาคม 2558 - 30 มิถุนายน 2559 (ไตรมาสที่ 3) มีผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คิดเป็น ร้อยละ 8.88 ซึ่งยังไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด

#### • Service delivery

1. บริการคลินิกการแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกใน รพศ. รพท.และรพช. ( A-F3) คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน (ร้อยละ 70)

**ผลการดำเนินงาน** พบว่า ในภาพรวมประเทศ ผลการดำเนินงานตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 มิถุนายน 2559 (ไตรมาสที่ 3) มีการจัด บริการคลินิกการแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกใน รพศ. รพท.และรพช. คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันคิดเป็น ร้อยละ 71.99 ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

2. คลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรที่มีการรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค เช่นไมเกรน, ข้อเข่าเสื่อม, อัมพฤกษ์, อัมพาต, ภูมิแพ้อย่างน้อย 1 คลินิกในรพศ./รพท. (A-M1) (ร้อยละ 80)

**ผลการดำเนินงาน** พบว่า ในภาพรวมประเทศ ผลการดำเนินงานตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 มิถุนายน 2559 (ไตรมาสที่ 3) โดยมีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร คิดเป็น ร้อยละ 83.62

นอกจากนี้ยัง มีการดำเนินการจัดตั้งกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ดำเนินการแล้ว จำนวน 43 จังหวัด อยู่ระหว่างดำเนินการ 2 จังหวัด และยังไม่ดำเนินการ 31 จังหวัด

### Best practice

มีการดำเนินการคัดเลือก Best Practice จากการประกวดพื้นที่เพื่อคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ระดับประเทศ ประจำปี 2559 โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. คัดเลือกและเชิดชูเกียรติหน่วยงานบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีความโดดเด่นในการให้บริการ การขับเคลื่อนและพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยฯ
๒. เกิดการพัฒนา และยกระดับการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการส่วนภูมิภาคทั้ง 76 จังหวัด
๓. เกิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้สนใจงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
๔. เพื่อสร้างเครือข่ายงานด้านการแพทย์แผนไทย และนำองค์ความรู้มาต่อยอดในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ
 

**ผลการประกวดพื้นที่เพื่อคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ระดับประเทศ ประจำปี 2559 จำนวน 4 ประเภท ได้แก่**

  - 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ : มีการบริหารจัดการบริการอย่างเป็นระบบ และมีการเชื่อมโยงเครือข่ายงานทั้งในระดับ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิภายในจังหวัด
  - 2) โรงพยาบาลอุดรธานี จ.อุดรธานี : มีการสร้างเครือข่ายงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับสหวิชาชีพสาธารณสุขอย่างเข้มแข็ง และมีการจัดทำโครงการในการดูแลผู้ป่วย Palliative care ทั้งภายในหน่วยบริการและในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
  - 3) โรงพยาบาลท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช : มีการเชื่อมโยงงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นระบบในการให้บริการร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มุกคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงสุด
  - 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะท้อน จ.สุราษฎร์ธานี : หน่วยบริการเป็นผู้นำชุมชนในการดูแลสุขภาพ และมีการพัฒนาบุคลากรภายในชุมชนอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนภายในชุมชนสามารถดูแลตนเอง และประชากรในชุมชนได้อย่างยั่งยืน อีกทั้งยังสามารถนำทรัพยากรในท้องถิ่นมาใช้ได้อย่างมีคุณค่า

## ปัญหาอุปสรรค

1. ขาดบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทำให้แพทย์แผนไทยในหน่วยบริการมีไม่เพียงพอ

2. ขาดความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพร และการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

3. ความเชื่อมโยงงานจากส่วนกลางส่งต่อถึงพื้นที่ยังต้องมีการพัฒนากลไกการสื่อสารอย่างเป็นระบบ

## ข้อเสนอแนะ/ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

1. ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างดียิ่งจากผู้ตรวจราชการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการผลักดันให้เกิดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ( Service Plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และคณะกรรมการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระดับจังหวัด

3. มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ( Service Plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยไว้อย่างครอบคลุม และมีกระบวนการนำแผนสู่การปฏิบัติ รวมไปถึงการกำกับ ติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนอย่างชัดเจน

4. มีการจัดตั้งกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นโครงสร้างภายใน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบมีความเชื่อมโยงเครือข่ายแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่



# คณะที่ ๓

## การพัฒนาระบบบริหารจัดการ

- การบริหารการเงินการคลัง
- การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา
- การพัฒนาบุคลากร
- ธรรมาภิบาล

Download เอกสารการประชุม



<http://bie.moph.go.th/register59/document.php>

กลุ่มคลังและพัสดุ สป.  
กลุ่มประกันสุขภาพ สป.  
กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.  
สถาบันพระบรมราชชนก สป.  
สำนักบริหารการสาธารณสุข สป.  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป.  
กลุ่มเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรม สป.  
ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข  
สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
สำนักตรวจและประเมินผล



### คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ : การพัฒนาบุคลากร

กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเขตสุขภาพ เน้นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อให้เขตสุขภาพสามารถจัดบริการได้อย่างไร้รอยต่อ (Seamless Service Network Management) จัดบริการได้ภายในเขตสุขภาพ(Self Contained) และจัดระบบส่งต่อตามศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับภายในเขตสุขภาพ(Referral Cascade Management System) เขตสุขภาพจึงต้องพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ประกอบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการพัฒนาด้านกำลังคน เป็นนโยบาย มุ่งเน้นการจัดการกำลังคน การพัฒนาบุคลากร และการวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยกำหนด แนวทางให้เขตสุขภาพต้องจัดทำแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพให้มีศักยภาพเพียงพอ และสอดคล้องกับเป้าหมายการจัดระบบบริการสุขภาพของสถานบริการแต่ละระดับ อันจะนำไปสู่การจัดบริการที่มีได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

#### ๑. ผลการดำเนินงานตามกรอบประเด็นมุ่งเน้น ๓ ประเด็น

##### ๑.๑ การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรโดยการมีส่วนร่วมจากพื้นที่ (Integrate & Participation) ครอบคลุมปัญหาทั้งบริหาร บริการ และสนับสนุน

การปรับโครงสร้างของหน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากร มีการดำเนินการทุกจังหวัด เปลี่ยนจากกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการมาเป็นการกิจของกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล ส่วนใหญ่จังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากร จึงทำให้การพัฒนาบุคลากรของจังหวัดไม่ต่อเนื่อง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปจะดำเนินการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานตนเอง

ทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และคณะกรรมการวางแผนอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร (HRM, HRD)โดยมีองค์ประกอบเป็นผู้แทนสถานบริการทุกระดับ ส่วนน้อยที่จะไม่มีผู้แทนวิชาชีพหรือผู้แทนวิทยาลัย เพื่อจัดทำกรอบอัตรากำลังของสาขาวิชาชีพต่าง ๆ และกำหนดความรู้และทักษะของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่ควรมีในสถานบริการแต่ละระดับ ทุกจังหวัดได้วิเคราะห์ปัญหาในระบบบริการในจังหวัด และจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เป็นหลัก ซึ่งคณะกรรมการ CSO จะเป็นผู้ดำเนินการวิเคราะห์ Need Assessment ส่วนใหญ่จะไม่ครอบคลุมสายสนับสนุน และทุกวิชาชีพ ส่วนใหญ่แผนพัฒนาบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังไม่บูรณาการแผนพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

##### ๑.๒ กลไกและระบบสนับสนุนที่ส่งผลให้การพัฒนาบุคลากรมีประสิทธิภาพเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (System : Input ,Process ,output/outcome ,Feedback)

เขตสุขภาพ/จังหวัดทุกแห่งมีการสื่อสาร ประชุมชี้แจงให้จังหวัดทราบแนวทางการพัฒนาบุคลากรของเขต แต่หลายเขตสุขภาพ/จังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ

เขตสุขภาพ/จังหวัดส่วนใหญ่มีการจัดเก็บข้อมูลผู้ผ่านการอบรมโดยใช้โปรแกรม Excel แต่ยังไม่มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่ยังไม่มีแนวทางการจัดเก็บฐานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจน ฐานข้อมูลขาดการเชื่อมโยงกันระหว่างข้อมูล HRM & HRD และยังไม่เชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างจังหวัดและเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ/จังหวัดส่วนน้อยที่จัดอบรมให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ

### ๑.๓ การกำกับ ติดตามการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด

ส่วนใหญ่จังหวัดจะกำหนดแผนกำกับ โดยลงพื้นที่ติดตามผลการพัฒนาบุคลากรทุก ๖ เดือน แต่ไม่มีการวิเคราะห์เสนอผลการพัฒนาบุคลากร ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางแก้ไขให้ผู้บริหารเขตสุขภาพ/จังหวัดทราบอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จังหวัดได้อยู่ระหว่างจัดทำแผนปรับปรุงการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด เพื่อจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ต่อไป

### ๒. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

๑. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ
๒. โครงสร้าง/ตำแหน่งของบุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพให้เหมาะสม
๓. การสื่อสาร/กลไกสนับสนุนการบริหารจัดการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรระหว่างเขตสุขภาพกับจังหวัด
๔. บุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาศักยภาพบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพมีความรู้ความสามารถ
๕. การกำกับ ติดตามผลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพเพื่อนำไปปรับปรุงการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ

### ๓. ปัญหาอุปสรรค

๑. การเปลี่ยนโครงสร้าง/ตำแหน่งของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัดจากผู้รับผิดชอบ HRD มาเป็น HRM มีผลต่อคุณภาพของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคน และการพัฒนาบุคลากร
๒. ขาดความรู้ความเข้าใจของผู้รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากรระดับจังหวัด/เขตสุขภาพเกี่ยวกับการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ( Service Plan)
๓. การบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพขาดความชัดเจนในผู้รับผิดชอบงาน
๔. ขาดการบูรณาการแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานภายในจังหวัดเพื่อรองรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
๕. ไม่มีระบบฐานข้อมูลด้านการพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงระหว่างจังหวัดและเขตสุขภาพ
๖. แผนกำกับ ติดตามการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพยังไม่เป็นระบบ

### ๔. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

#### ● ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

๑. ควรทบทวนและพิจารณาโครงสร้าง/ตำแหน่งงานพัฒนาบุคลากรระดับจังหวัดให้ชัดเจน ในแง่ของบทบาท กรอบอัตรากำลังและตำแหน่ง เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน
๒. กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์รองรับให้เกิดการบริหารงบประมาณการพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ
๓. สร้างความเข้าใจการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรให้เขตสุขภาพ/จังหวัดทราบและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
๔. จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ระดับเขตสุขภาพ/จังหวัดให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด
๕. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานทุกระดับ

● ข้อเสนอแนะต่อเขตสุขภาพ

๑.เขตสุขภาพกำหนดแนวทางการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ เช่น

๑.๑ กำหนดเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากร(คน เงิน ของ) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรของจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ

๑.๒ นำผลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มาเป็นเกณฑ์จัดสรรงบอุดหนุน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๑.๓ สนับสนุนข้อมูลกำลังคนให้จังหวัดใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคล

๒.เขตสุขภาพสื่อสารยุทธศาสตร์กำลังคน และนโยบายการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขให้ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดทราบอย่างทั่วถึง

๓. เพิ่มศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติระดับจังหวัดให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด

๔. พัฒนาระบบข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด และนำมาใช้บริหารทรัพยากรบุคคลของเขตสุขภาพ

๕. ให้ความสำคัญการกำกับ ติดตามและรายงานผลการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด

● ข้อเสนอแนะต่อจังหวัด

๑.จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมหน่วยงานทุกระดับ/ทุกกลุ่มเป้าหมาย

๒.กำหนดเกณฑ์ และคุณสมบัติของผู้ประกอบการบรมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

๓.จัดอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานภายในจังหวัดให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยุทธศาสตร์กำลังคน นโยบายการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข/เขตสุขภาพ

๔.จัดทำแผนจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาบุคลากรให้ชัดเจน

๕.กำหนดแนวทางการจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานภายในจังหวัดให้เหมาะสมสอดคล้องเป็นทิศทางเดียวกัน ครอบคลุม HRM และ HRDและนำมาใช้บริหารทรัพยากรบุคคลของจังหวัด

๖. ให้ความสำคัญการกำกับ ติดตามและรายงานผลการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด

๖. หน่วยงาน/ เขตสุขภาพที่มีความเข้มแข็งในแง่ของกระบวนการจัดการการพัฒนาบุคลากร (Best Practice)

จากการตรวจราชการหน่วยงาน/เขตสุขภาพที่มีความเข้มแข็งในแง่ของกระบวนการจัดการการพัฒนาบุคลากร โดยสรุปมี ๕ ประเด็น คือ

ประเด็นที่ ๑ ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๘ ที่มีรูปแบบการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ อย่างสอดคล้องกับ Problem base

ประเด็นที่ ๒ ด้านLeadership ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๒ เขตสุขภาพที่ ๕ เขตสุขภาพที่ ๖และเขตสุขภาพที่ ๑๒

ประเด็นที่ ๓ ด้านการสร้างเครือข่ายการพัฒนากำลังคนในพื้นที่ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๒ เขตสุขภาพที่ ๓ เขตสุขภาพที่ ๑๑ (จังหวัดภูเก็ต)

ประเด็นที่ ๔ ด้านระบบสารสนเทศกำลังคนได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๐

ประเด็นที่ ๕ ด้านบุคลากรมีความรู้ความสามารถได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ (แพร่) เขตสุขภาพที่ ๔ (อ่างทอง) เขตสุขภาพที่ ๗ (กาฬสินธุ์) เขตสุขภาพที่ ๙

### คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

ระบบธรรมาภิบาล : การเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย

จากวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนของสังคม สาเหตุสำคัญประการหนึ่งเกิดขึ้นจากความบกพร่องความอ่อนแอและหย่อนประสิทธิภาพของกลไกด้านการบริหารจัดการในระดับชาติและระดับองค์กรทั้งในภาครัฐและเอกชนรวมถึงการทุจริตและการกระทำผิดวินัย คุณธรรม จริยธรรมในวิชาชีพอีกทั้งการขาดกลไกและกฎเกณฑ์ที่ดีพอในการบริหารจัดการ กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าว ประกอบกับพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๘๗ บัญญัติให้ผู้บังคับบัญชามีหน้าที่เสริมสร้าง พัฒนาให้ผู้บังคับบัญชามีวินัย และป้องกันมิให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชากระทำผิดวินัย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องดำเนินการเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับในหน่วยงานให้มีวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการกระทำผิด ตลอดจนดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบวินัยเมื่อมีการกระทำผิดเกิดขึ้น เพื่อช่วยพัฒนาและส่งเสริมให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนมีความเข้มแข็งในการบริหารงานและการจัดการภายในที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้และเป็นธรรม และได้กำหนดแนวทางเพื่อการพัฒนา

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : การเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรของหน่วยงานให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย

กำหนดหน่วยงานรับตรวจระดับจังหวัด คือ สสจ. และรพท./ รพศ. โดยมีวิธีการดำเนินการ ๕ ขั้นตอน คือ

(๑) หน่วยงานประชุมชี้แจงประเด็นตรวจราชการเกี่ยวกับการเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรของหน่วยงาน ให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย

(๒) แต่งตั้งคณะกรรมการเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรของหน่วยงาน ให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย (แต่งตั้งโดย นพ.สสจ./ ผอ.รพท./ รพท.)

(๓) หน่วยงานวิเคราะห์ปัญหาทางด้านวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และจัดทำแผนการเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรของหน่วยงาน ให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย

(๔) หน่วยงานดำเนินการตามแผนการเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรของหน่วยงาน ให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕ ของจำนวนกิจกรรม/ โครงการ (ตามแผน)

(๕) หน่วยงานดำเนินการตามแผนการเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรของหน่วยงาน ให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย ครบถ้วนทุกกิจกรรม/โครงการ และประเมินผล พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการตามแผนฯ

๒. ผลการดำเนินการ หน่วยรับตรวจ (สสจ./ รพท./ รพศ.) ทั้งหมดจำนวน ๑๙๒ หน่วยรับตรวจ

๒.๑ ดำเนินการแล้ว จำนวน ๑๘๙ หน่วยรับตรวจ (ร้อยละ ๙๘.๔๔)

๒.๒ ยังไม่ได้ดำเนินการ จำนวน ๓ หน่วยรับตรวจ (ร้อยละ ๑.๕๖) ในเขตสุขภาพที่ ๖ และ ๑๒ คือ

๑) โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี (เพียงกฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปเมื่อเมษายน ๒๕๕๙)

๒) โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว (เพียงกฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปเมื่อเมษายน ๒๕๕๙)

๓) โรงพยาบาลสุโขทัย - ลก จังหวัดนครราชสีมา (ไม่มีผู้รับผิดชอบ)

๓. ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑) งบประมาณและอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ

๒) ผู้รับผิดชอบไม่เข้าใจแนวทางปฏิบัติและไม่มีประสบการณ์ในการวิเคราะห์ปัญหาทางด้านวินัย

๓) ความล่าช้าของการดำเนินการตามกิจกรรม/โครงการ ตามแผนฯ

๔) การรับรู้และการให้ความสำคัญของผู้บริหารของหน่วยงาน

๕) ไม่มีการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ

๔. สรุปประเด็นที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- ๑) ความล่าช้าของการดำเนินการตามกิจกรรม /โครงการ ตามแผนฯ
- ๒) ไม่เข้าใจรายละเอียดหรือแนวทางปฏิบัติหรือตัวอย่างในการดำเนินการ

๕. ข้อเสนอแนะเชิงต่อนโยบาย

- ๑) ต้องเพิ่มงบประมาณและอัตรากำลังเจ้าหน้าที่
- ๒) ต้องกำหนดเชิงนโยบายให้หน่วยงานย่อยดำเนินการด้วย
- ๓) ต้องกำหนดนโยบายเป็นในทิศทางเดียวกันในการเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย, ITA (ดัชนีตัวชี้วัดของปปช.) และองค์กรคุณธรรมจริยธรรม

### คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ ระบบธรรมาภิบาล : การตรวจสอบภายใน

การตรวจสอบภายในเป็นกิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น การตรวจสอบภายในจะช่วยให้ส่วนราชการบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบโดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับเขต ระดับจังหวัด ที่ได้รับแต่งตั้งตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปฏิบัติงานตรวจสอบภายในระดับจังหวัดและตรวจสอบภายในระดับเขต โดยภาคีเครือข่ายคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับจังหวัด ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในครอบคลุมทุกระดับตามแนวทางของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

#### ๑.วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง ๗๖ จังหวัด มีแผนการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๙ และ แผนการตรวจสอบภายในครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางจังหวัดได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ เพื่อตรวจสอบหน่วยบริการให้ครบถ้วนทุกแห่ง ให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนด โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด แจ้งผลการตรวจสอบให้หน่วยรับตรวจทราบเพื่อปรับปรุงแก้ไขแต่ยังไม่ครบถ้วนและไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งคณะกรรมการตรวจสอบควรมีมาตรการควบคุมกำกับเร่งรัดให้หน่วยรับตรวจส่งรายงานแจ้งผลการปรับปรุงและแก้ไขตรวจสอบตามแผนฯ ๑๐๐ % ให้แล้วเสร็จรอบใน ๙ เดือน ซึ่งส่วนมากดำเนินการตรวจสอบเสร็จ แต่ไม่ได้สรุปรายงานผลการตรวจสอบเสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และบางจังหวัดก็มีแผนการตรวจสอบถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๙ และสำหรับการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางระบบแก้ไขปัญหาในภาพรวมจังหวัดอยู่ระหว่างดำเนินการ

#### ๒.ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

๒.๑ ผู้บริหารให้การสนับสนุน โดยให้มีการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด

๒.๒ เร่งรัดติดตามผลการตรวจสอบภายในและควบคุมภายในของหน่วยบริการเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอันเป็นประโยชน์ต่อจังหวัด ซึ่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดต้องวิเคราะห์ปัญหาในการวางระบบแก้ไขปัญหาในภาพรวมจังหวัด

#### ๓.ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

๓.๑ คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายที่ได้รับการแต่งตั้ง มีภาระงานหลักที่ต้องรับผิดชอบ จึงทำให้ไม่สามารถร่วมตรวจสอบกับคณะฯได้ครบถ้วนทุกหน่วยงาน

๓.๒ ข้อตรวจพบเป็นปัญหาเดิม ที่หน่วยรับตรวจได้แก้ไขเฉพาะปัญหาที่ถูกทักท้วง ซึ่งไม่ได้นำผลการทักท้วงไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๓.๓ ผู้ปฏิบัติงานยังให้ความสำคัญกับระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในน้อย เนื่องจากมี ภาระงานรับผิดชอบมากและเร่งรัดจำนวนมาก

๓.๔ มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบในเรื่องการควบคุมภายใน/ตรวจสอบภายใน และมีการมอบหมายงาน ผู้รับผิดชอบใหม่ส่งผลให้งานควบคุมภายในขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

๓.๕ คณะกรรมการภาคีเครือข่ายตรวจสอบภายในมิได้ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในเฉพาะด้านต้องปฏิบัติงานด้านอื่นด้วย

๓.๖ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในน้อยเกินไป ควรกำหนดระยะเวลาการตรวจสอบให้เหมาะสมกับประเด็นการตรวจสอบเพื่อให้เกิดผลในเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณ

**๔. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา**

๔.๑ ควรจัดให้มีโครงสร้างงานตรวจสอบภายในประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ขึ้นตรงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

๔.๒ ควรกำหนดให้มีตำแหน่งผู้ตรวจสอบภายใน ระดับจังหวัดเพื่อให้การตรวจสอบภายในที่เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

๔.๓ ส่งเสริมพัฒนาผู้ที่ทำหน้าที่การตรวจสอบภายในทุกระดับ

๔.๔ ควรสนับสนุนงบประมาณการบริหารจัดการเพื่อให้งานตรวจสอบภายใน และการควบคุมภายใน ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงขององค์กรในภาพรวม

๔.๕ ให้มีการจัดฝึกอบรมแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบ ข้อบังคับ กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปลูกจิตใต้สำนึกที่ดี ตระหนักในการปฏิบัติงานราชการ

๔.๖ ข้อทักท้วงที่เกิดจากการติดตามผลการตรวจสอบภายใน ทุกหน่วยบริการให้ความสำคัญ โดยกำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วนเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบที่รุนแรง

### คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

ระบบธรรมาภิบาล : หน่วยงานคุณธรรม

#### ๑. สถานการณ์

การดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมในเขตบริการสุขภาพ มีการรับทราบนโยบายและกำหนดแนวทางการดำเนินงานในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่หน่วยงานคุณธรรม ในภาพรวมพบว่า มีความก้าวหน้าในการดำเนินการเพิ่มขึ้นจากเดิม แต่ละเขตมีการค้นหาหน่วยงานที่สามารถเป็นแบบอย่างในการดำเนินการ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเขต และขยายผลการดำเนินงานได้ต่อเนื่อง มีการจัดประชุมวิชาการสัมมนาพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมระดับประเทศ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

#### ๒. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. นโยบายของผู้บังคับการ
๒. การประกาศอัตลักษณ์
๓. มีแผนและการดำเนินการตามแผน
๔. มีการติดตามประเมินผล
๕. มีการพัฒนาต่อยอด

#### ๓. พื้นที่/ หน่วยงานดำเนินการปี ๒๕๕๙

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มีการดำเนินการเป็นโรงพยาบาล/หน่วยงานคุณธรรม ร้อยละ ๑๐๐
๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ร้อยละ ๕๐
๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินการโรงพยาบาลคุณธรรม ร้อยละ ๓๐
๔. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ มีการดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ร้อยละ ๑๐๐

#### ๓. กระบวนการตรวจราชการ

๑. มีการมอบหมายผู้นิเทศชัดเจน ผู้นิเทศของแต่ละจังหวัด เป็นอาจารย์จากวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่อยู่ในเขตสุขภาพนั้นๆ เป็นผู้ลงรายงานผลการตรวจ (แบบ ตก ๑) และมีผู้รับผิดชอบเป็นบุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนก ส่วนกลาง เขตสุขภาพละ ๑ คน เป็นผู้สรุปรายงานผลการตรวจ (แบบ ตก ๒) แก้วกัลยาสิกขาลัยเป็นผู้รับผิดชอบการสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมทุกเขตสุขภาพ

๒. มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง พัฒนาศักยภาพผู้นิเทศงานบูรณาการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ โรงแรมมารวยการ์เด็นท์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๘ โดย กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เพื่อชี้แจงแนวทางการตรวจราชการ

๓. มีการจัดประชุมสรุปผลการตรวจราชการ ณ โรงแรมมารวยการ์เด็นท์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ ๓ - ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๙ โดย กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นำข้อมูลคืนกลับไปให้ผู้นิเทศตรวจสอบความถูกต้อง นำข้อมูลเสนอต่อประธานคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมกระทรวงสาธารณสุข และคืนข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบของเขตสุขภาพพิจารณา ทบทวนความถูกต้องก่อนการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของเขตสุขภาพและประเทศต่อสำนักตรวจราชการ

๔. มีการจัดประชุมสัมมนาพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๑๑ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ประเด็น “ขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรม นำสุขสู่ประชาชน” ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๙ โดย คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม กระทรวงสาธารณสุข



มีแก้วกัลยาสิขาลัย สถาบันพระบรมราชชนก เป็นเลขานุการในการดำเนินการ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

#### ๔. ผลการตรวจราชการ

ในการตรวจราชการรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีการปรับปรุงแบบตรวจราชการ ๑ และ ๒ (แบบ ตก ๑ และ ตก ๒) เพื่อช่วยให้สะดวกและง่ายสำหรับการนิเทศ แต่ยังคงยึดข้อมูลจากผู้นิเทศเป็นหลัก หลังจากนั้นนำเสนอต่อสำนักตรวจราชการแล้ว จะคืนข้อมูลให้พื้นที่เขตสุขภาพและผู้นิเทศนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาหน่วยงานและการตรวจราชการในปีงบประมาณต่อไป โดยผลการตรวจราชการตามเป้าหมาย ๙ เดือนแรก ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ แสดงดังตารางแนบท้าย

#### ๕. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การประกาศนโยบายโดยผู้นำสูงสุดของหน่วยงาน
- การมีส่วนร่วมของบุคคล/องค์กร/เครือข่าย
- การติดตามและสนับสนุนโดยผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง
- การมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน และต่อเนื่อง

#### ๖. ปัญหาอุปสรรคที่พบ

๑. ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบไม่เห็นความสำคัญ เข้าใจแนวทางการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมไม่ตรงกัน ส่งผลต่อการนำไปสู่เป้าหมายการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
๒. งบประมาณสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมไม่เพียงพอ
๓. ผู้รับผิดชอบงานไม่ชัดเจน ผู้รับผิดชอบมีภาระงานมาก มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง
๔. ไม่มีการรวบรวมหลักฐาน/ผลลัพธ์ของการพัฒนาหน่วยงาน ทำให้ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์

#### ๗. สิ่งที่ควรดำเนินการ

- ควรจัดทำระบบในการบันทึกและจัดการข้อมูล เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการติดตามผลการดำเนินงานในรายไตรมาส
- เขตสุขภาพหรือจังหวัดชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และดำเนินการไปในทางเดียวกัน
- จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือศึกษาดูงานหน่วยงานต้นแบบในเขตสุขภาพ และสร้างทีมพี่เลี้ยง หรือวิทยากรในเขตสุขภาพ
- การจัดทำข้อมูลหน่วยงานต้นแบบ หรือหน่วยงานที่มีโอกาสพัฒนาเป็นหน่วยงานต้นแบบในแต่ละจังหวัด/เขตสุขภาพ และสนับสนุนให้หน่วยงานต้นแบบจัดทำคู่มือเผยแพร่เป็น model ของหน่วยงานเพื่อเป็นแหล่งศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นหน่วยงานพี่เลี้ยงในการดำเนินงานในเขตสุขภาพนั้นๆ
- การขับเคลื่อนพร้อมกันทั้งเขตสุขภาพ เช่น การจัดประชุมชี้แจง โดยมีการเชิญวิทยากรจากโรงพยาบาลต้นแบบระดับเขตสุขภาพ หรือระดับประเทศมาให้ความรู้และประชุมเชิงปฏิบัติการ
- การผลักดันให้มีผู้รับผิดชอบงานโดยตรงในแต่ละจังหวัด/เขตสุขภาพ ตลอดจนผู้บริหารของหน่วยงานมีการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้รับผิดชอบงานและบุคลากรในหน่วยงาน
- การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในช่องทางต่างๆ เช่น เว็บไซต์หรือไลน์หน่วยงานคุณธรรม facebook แก้วกัลยาสิขาลัย
- การบูรณาการกับเครือข่ายอื่นๆ เช่น มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช มูลนิธิพัฒนาสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ มูลนิธิประเทศไทยใสสะอาด ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต ศูนย์ดำรงธรรม มูลนิธิพัฒนาข้าราชการ และอำเภอคุณธรรม เป็นต้น

**๘. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา**

๑. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและมีการติดตามประเมินผล และให้การสนับสนุนการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การจัดระบบที่เลี้ยงการดำเนินงานเป็นเครือข่าย
๒. การกำหนดเป็นนโยบายและมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน และให้ขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบต่างๆ
๓. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมภายในจังหวัด/เขต/กระทรวง และสรุปผลงานประจำปี เพื่อเป็นการกระตุ้นและทำให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง
๔. กำหนดแนวทางในการพัฒนาบุคลากร หน่วยงาน และขยายเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
๕. การขับเคลื่อนนโยบายหน่วยงานคุณธรรม โดยกำหนดเป็นหลักสูตรพื้นฐานในสถานศึกษา ของสถาบันพระบรมราชชนก บรรจุเนื้อหาในการอบรมระยะสั้นทุกระดับ ตลอดจนการพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น ระดับกลาง นักบริหารระดับสูง และหลักสูตรอื่นๆ ตามความเหมาะสม
๖. การสื่อสารเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้หน่วยงานมีพัฒนาการเรื่องหน่วยงานคุณธรรมดั่งนั้น ถ้ามีการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลายในองค์กรจะช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรและเป็นแนวทางให้การพัฒนาประสบความสำเร็จ
๗. ต้องมีการนิเทศติดตามงาน และสรุปผลการดำเนินงานพร้อมหลักฐานการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมให้ได้ตามแผนที่กำหนด
๘. เสนอให้สถาบันพระบรมราชชนกจัดทำศูนย์ศึกษาด้านคุณธรรมจริยธรรม ให้มีข้อมูลความรู้ในเรื่องหน่วยงาน/โรงพยาบาลคุณธรรม โดยจัดทำและเผยแพร่ใน เว็บไซต์ของสถาบันพระบรมราชชนก และเครือข่ายหน่วยงาน/โรงพยาบาลคุณธรรมทุกเขตสุขภาพ โดยมีการเพิ่มข้อมูลความรู้หรือนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง
๙. พัฒนาหน่วยงานที่ดำเนินการหน่วยงาน/โรงพยาบาลคุณธรรม ถึงระดับ ๕ ให้เป็นหน่วยงานต้นแบบด้วยการประเมินผลให้เป็นรูปธรรมมีหลักฐานเชิงประจักษ์และกำหนดเกณฑ์การประเมินให้ชัดเจน

**๙. แนวทางการตรวจราชการปีงบประมาณ ๒๕๖๐**

- ทบทวนและตรวจสอบจำนวนหน่วยงานทุกระดับของแต่ละจังหวัดให้ถูกต้อง เพราะจะมีผลต่อการคิดร้อยละของหน่วยงานที่ดำเนินการได้ นอกจากนี้มีข้อสังเกตว่าบางเขตสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบข้อมูล ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ รอบที่ ๑ พบว่าข้อมูลไม่ตรงกัน
- ควรมีการประสานงานระหว่างผู้นิเทศและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดของแต่ละจังหวัด ก่อนการลงพื้นที่ และคืนผลการตรวจราชการในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เพื่อวางแผนการดำเนินงานในจังหวัด/เขตสุขภาพต่อไป
- ควรส่งแบบประเมินตนเองให้แต่ละหน่วยงานได้กรอกข้อมูลล่วงหน้า และให้จังหวัดรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการตรวจราชการ และให้ผู้นิเทศมีข้อมูลในการสนับสนุนการดำเนินการได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ของแต่ละหน่วยงาน

เป้าหมายความสำเร็จ

- ๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการหน่วยงาน/โรงพยาบาลคุณธรรม ร้อยละ ๑๐๐ โดยมีเป้าหมาย ๙ เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐

ตารางที่ ๑ แสดงร้อยละการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

แยกรายเขตสุขภาพ

| เขตสุขภาพ | หน่วยงานคุณธรรม หรือ รพ.คุณธรรม / หน่วยงานหรือ รพ.ทุกระดับทั้งหมด |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 | จำนวนรวม        |                 |        |
|-----------|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------|
|           | สสจ.  |                 | รพศ.            |                 | รพท.            |                 | รพช.            |                 |                 |                 |        |
|           | หน่วยงานคุณธรรม   | หน่วยงานทั้งหมด | หน่วยงานคุณธรรม | หน่วยงานทั้งหมด | หน่วยงานคุณธรรม | หน่วยงานทั้งหมด | หน่วยงานคุณธรรม | หน่วยงานทั้งหมด | หน่วยงานคุณธรรม | หน่วยงานทั้งหมด | ร้อยละ |
| ๑         | ๘   | ๘               | ๓               | ๓               | ๘               | ๘               | ๙๑              | ๙๑              | ๑๑๐             | ๑๑๐             | ๑๐๐    |
| ๒         | ๕   | ๕               | ๒               | ๒               | ๕               | ๕               | ๔๐              | ๔๐              | ๕๒              | ๕๒              | ๑๐๐    |
| ๓         | ๕   | ๕               | ๑               | ๑               | ๕               | ๕               | ๔๙              | ๔๙              | ๕๙              | ๕๙              | ๑๐๐    |
| ๔         | ๘   | ๘               | ๓               | ๓               | ๙               | ๙               | ๕๐              | ๕๙              | ๗๐              | ๗๙              | ๘๙     |
| ๕         | ๘   | ๘               | ๔               | ๔               | ๑๑              | ๑๑              | ๓๙              | ๔๖              | ๖๒              | ๖๙              | ๙๐     |
| ๖         | ๘   | ๘               | ๔               | ๔               | ๑๑              | ๑๑              | ๕๖              | ๕๖              | ๗๙              | ๗๙              | ๑๐๐    |
| ๗         | ๔   | ๔               | ๒               | ๒               | ๔               | ๔               | ๗๔              | ๗๔              | ๘๔              | ๘๔              | ๑๐๐    |
| ๘         | ๗   | ๗               | ๒               | ๒               | ๖               | ๖               | ๘๐              | ๘๐              | ๙๕              | ๙๕              | ๑๐๐    |
| ๙         | ๔   | ๔               | ๔               | ๔               | ๔               | ๔               | ๘๐              | ๘๒              | ๙๒              | ๙๔              | ๙๘     |
| ๑๐        | ๕   | ๕               | ๑               | ๑               | ๗               | ๗               | ๖๓              | ๖๓              | ๗๖              | ๗๖              | ๑๐๐    |
| ๑๑        | ๗   | ๗               | ๓               | ๓               | ๘               | ๘               | ๖๘              | ๖๘              | ๘๖              | ๘๖              | ๑๐๐    |
| ๑๒        | ๗   | ๗               | ๓               | ๓               | ๗               | ๗               | ๖๘              | ๖๘              | ๘๕              | ๘๕              | ๑๐๐    |
| รวม       | ๗๖  | ๗๖              | ๓๒              | ๓๒              | ๘๔              | ๘๔              | ๗๕๘             | ๗๗๖             | ๙๕๐             | ๙๖๘             | ๙๘     |

จากตาราง พบว่า เขตสุขภาพที่มีการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ ๑๑ และ ๑๒ ส่วนเขตสุขภาพที่เหลืออยู่ในระหว่างดำเนินการ

๒) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ร้อยละ ๕๐ โดยมีเป้าหมาย ๙ เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐ ตารางที่ ๒ แสดงร้อยละการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แยกรายเขตสุขภาพ

| เขตสุขภาพ | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ |                 | ร้อยละรอบที่ ๑ | ร้อยละรอบที่ ๒ | เปรียบเทียบรอบที่ ๑ และ ๒ |
|-----------|------------------------|-----------------|----------------|----------------|---------------------------|
|           | หน่วยงานคุณธรรม        | หน่วยงานทั้งหมด |                |                |                           |
| ๑         | ๘๘                     | ๑๐๑             | ๗๖             | ๘๗             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๒         | ๓๕                     | ๔๗              | ๒๑             | ๗๕             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๓         | ๕๔                     | ๕๔              | ๑๐๐            | ๑๐๐            | คงเดิม                    |
| ๔         | ๕๖                     | ๗๐              | ๘๐             | ๘๐             | คงเดิม                    |
| ๕         | ๕๓                     | ๖๐              | ๑๘             | ๘๘             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๖         | ๖๓                     | ๖๙              | ๕๘             | ๙๑             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๗         | ๗๗                     | ๗๗              | ๙๖             | ๑๐๐            | เพิ่มขึ้น                 |
| ๘         | ๘๔                     | ๘๗              | ๖๔             | ๙๗             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๙         | ๘๓                     | ๙๗              | ๔๑             | ๘๖             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๑๐        | ๗๖                     | ๗๖              | ๑๐             | ๑๐๐            | เพิ่มขึ้น                 |
| ๑๑        | ๕๖                     | ๗๔              | ๗๔             | ๗๖             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๑๒        | ๗๗                     | ๗๗              | ๓๑             | ๑๐๐            | เพิ่มขึ้น                 |
| รวม       | ๘๐๒                    | ๘๘๙             | ๕๖             | ๙๐             | เพิ่มขึ้น                 |

จากตาราง พบว่า ทุกเขตสุขภาพดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ร้อยละ ๓๐ โดยมีเป้าหมาย ๙ เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๐

ตารางที่ ๓ แสดงร้อยละการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแยกรายเขตสุขภาพ

| เขตสุขภาพ | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล |                 | ร้อยละรอบที่ ๑ | ร้อยละรอบที่ ๒ | เปรียบเทียบรอบที่ ๑ และ ๒ |
|-----------|-----------------------------|-----------------|----------------|----------------|---------------------------|
|           | หน่วยงานคุณธรรม             | หน่วยงานทั้งหมด |                |                |                           |
| ๑         | ๑๐๘๙                        | ๑๐๘๙            | ๗๔             | ๑๐๐            | เพิ่มขึ้น                 |
| ๒         | ๓๘๘                         | ๖๑๙             | ๑๙             | ๖๓             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๓         | ๕๗๘                         | ๕๗๘             | ๑๐๐            | ๑๐๐            | คงเดิม                    |
| ๔         | ๔๖๗                         | ๗๘๕             | ๔๙             | ๖๐             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๕         | ๖๙๒                         | ๗๙๕             | ๑๓             | ๘๗             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๖         | ๖๓๓                         | ๗๙๔             | ๔๑             | ๘๐             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๗         | ๕๔๐                         | ๘๑๔             | ๕๕             | ๖๖             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๘         | ๕๙๔                         | ๘๗๓             | ๒๐             | ๖๘             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๙         | ๘๔๐                         | ๙๔๐             | ๔๔             | ๘๙             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๑๐        | ๖๑๗                         | ๘๓๑             | ๒              | ๗๔             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๑๑        | ๔๘๑                         | ๗๑๑             | ๒๓             | ๖๘             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๑๒        | ๖๒๙                         | ๗๙๐             | ๓๒             | ๘๐             | เพิ่มขึ้น                 |
| รวม       | ๗,๕๔๗                       | ๙,๖๑๙           | ๓๙             | ๗๘             | เพิ่มขึ้น                 |

จากตาราง พบว่า ทุกเขตสุขภาพดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

## ๔) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ร้อยละ ๑๐๐

โดยมีเป้าหมาย ๙ เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

ตารางที่ ๔ แสดงร้อยละการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมระดับสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ แยกรายเขตสุขภาพ

| เขตสุขภาพ | สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ |                 | ร้อยละ<br>รอบที่ ๑ | ร้อยละ<br>รอบที่ ๒ | เปรียบเทียบ<br>รอบที่ ๑ และ ๒ |
|-----------|----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|-------------------------------|
|           | หน่วยงานคุณธรรม            | หน่วยงานทั้งหมด |                    |                    |                               |
| ๑         | ๗                          | ๗               | ๗๕                 | ๑๐๐                | เพิ่มขึ้น                     |
| ๒         | ๗                          | ๗               | ๕๐                 | ๑๐๐                | เพิ่มขึ้น                     |
| ๓         | ๕                          | ๕               | ๑๐๐                | ๑๐๐                | คงเดิม                        |
| ๔         | ๙                          | ๑๑              | ๗๘                 | ๘๒                 | เพิ่มขึ้น                     |
| ๕         | ๘                          | ๙               | ๒๕                 | ๘๙                 | เพิ่มขึ้น                     |
| ๖         | ๗                          | ๗               | ๘๓                 | ๑๐๐                | เพิ่มขึ้น                     |
| ๗         | ๔                          | ๔               | ๒๕                 | ๑๐๐                | เพิ่มขึ้น                     |
| ๘         | ๒                          | ๒               | ๑๐๐                | ๑๐๐                | คงเดิม                        |
| ๙         | ๒                          | ๒               | ๐                  | ๑๐๐                | เพิ่มขึ้น                     |
| ๑๐        | ๗                          | ๗               | ๑๔                 | ๑๐๐                | เพิ่มขึ้น                     |
| ๑๑        | ๘                          | ๑๑              | ๓๓                 | ๗๓                 | เพิ่มขึ้น                     |
| ๑๒        | ๖                          | ๗               | ๒๙                 | ๘๖                 | เพิ่มขึ้น                     |
| รวม       | ๗๒                         | ๗๙              | ๕๑                 | ๙๔                 | เพิ่มขึ้น                     |

จากตาราง พบว่า เขตสุขภาพที่ดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๒ ส่วนเขตสุขภาพที่เหลืออยู่ระหว่างดำเนินการ

๕) หน่วยงานมีความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม/หน่วยงานคุณธรรมเพิ่มจากเดิมอย่างน้อย ๑ ระดับ โดยมีเป้าหมาย ๙ เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐

ตารางที่ ๕ แสดงร้อยละการดำเนินงานของหน่วยงานมีความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม/หน่วยงานคุณธรรมเพิ่มจากเดิมอย่างน้อย ๑ ระดับ แยกรายเขตสุขภาพ

| เขตสุขภาพ | หน่วยงานที่มีความก้าวหน้า |                 | ร้อยละรอบที่ ๑ | ร้อยละรอบที่ ๒ | เปรียบเทียบรอบที่ ๑ และ ๒ |
|-----------|---------------------------|-----------------|----------------|----------------|---------------------------|
|           | หน่วยงานคุณธรรม           | หน่วยงานทั้งหมด |                |                |                           |
| ๑         | ๕๗๕                       | ๑,๒๐๓           | ๒๖             | ๔๘             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๒         | ๕๒                        | ๗๒๔             | ๓              | ๗              | เพิ่มขึ้น                 |
| ๓         | ๖๙๖                       | ๖๙๖             | ๑              | ๑๐๐            | เพิ่มขึ้น                 |
| ๔         | ๔๙๑                       | ๙๓๖             | -              | ๕๒             | -                         |
| ๕         | ๖๙                        | ๑,๐๔๑           | ๗              | ๗              | คงเดิม                    |
| ๖         | ๔๓๒                       | ๔๙๕             | ๒๕             | ๘๗             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๗         | ๔๑๒                       | ๙๖๙             | -              | ๔๓             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๘         | ๖๕๕                       | ๑,๐๕๖           | ๕๗             | ๖๒             | เพิ่มขึ้น                 |
| ๙         | ๕๔๙                       | ๖๖๙             | -              | ๘๒             | -                         |
| ๑๐        | ๗๗๐                       | ๙๘๔             | -              | ๗๘             | -                         |
| ๑๑        | ๒๙๗                       | ๘๘๒             | -              | ๓๔             | -                         |
| ๑๒        | ๗๙๗                       | ๗๙๗             | -              | ๑๐๐            | -                         |
| รวม       | ๕,๗๙๕                     | ๑๐,๔๕๒          | ๒๐             | ๕๘             | เพิ่มขึ้น                 |

จากผลการดำเนินงาน พบว่า เขตสุขภาพที่หน่วยงานมีความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาหน่วยงานคุณธรรมเพิ่มจากเดิมอย่างน้อย ๑ ระดับ มี ๒ เขตสุขภาพ คือ ๓ และ ๑๒ ส่วนที่เหลืออยู่ระหว่างดำเนินงานตามกระบวนการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๖) มีหน่วยงานคุณธรรมต้นแบบ อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ หน่วยงานโดยมีเป้าหมาย ๙ เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๕ (๘ เขตสุขภาพ จาก ๑๒ เขตสุขภาพ)

ตารางที่ ๖ แสดงผลการดำเนินงานของหน่วยงานคุณธรรมต้นแบบ แยกรายเขตสุขภาพ

| เขตสุขภาพ | หน่วยงานคุณธรรมต้นแบบ (แห่ง) |
|-----------|------------------------------|
|           | รอบที่ ๒                     |
| ๑         | ๑                            |
| ๒         | ๒                            |
| ๓         | ๙                            |
| ๔         | ๑๔                           |
| ๕         | ๒                            |
| ๖         | ๕                            |
| ๗         | ๒                            |
| ๘         | ๒                            |
| ๙         | ๑                            |
| ๑๐        | ๔                            |
| ๑๑        | ๑                            |
| ๑๒        | ๓                            |
| รวม       | ๕๖                           |

จากผลการดำเนินงาน พบว่า ทุกเขตสุขภาพมีหน่วยงานคุณธรรมต้นแบบเป็นไปตามเป้าหมาย ที่กำหนด

# คณะที่ ๔

## การพัฒนาระบบสนับสนุนงานด้านสุขภาพ

- ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ  
(ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ)

Download เอกสารการประชุม



<http://bie.moph.go.th/register59/document.php>

กรมอนามัย  
กลุ่มกฎหมาย สป.  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป.  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สป.  
สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
สำนักตรวจและประเมินผล



## บทสรุปผู้บริหาร

การตรวจราชการระดับกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

คณะที่ 4 พัฒนาระบบสนับสนุนด้านสุขภาพ

\*\*\*\*\*

## 4.1 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

## 4.1.1 สรุปสถานการณ์ ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของเขตสุขภาพที่ 1-12 ภาพรวมพบว่าทุกเขตสุขภาพมีการกำหนดเป้าหมายและแผนการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) สถานที่ผลิตน้ำบริโภคและน้ำแข็งบริโภคได้มาตรฐาน ร้อยละ 94.4 (เป้าหมาย ร้อยละ 100)
- 2) ผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคและน้ำแข็งบริโภคได้คุณภาพ ร้อยละ 81.7 (เป้าหมาย ร้อยละ 100)
- 3) น้ำบริโภคและน้ำแข็งบริโภค ณ สถานที่จำหน่าย ได้มาตรฐาน ร้อยละ 72.5 (เป้าหมาย ร้อยละ 80)
- 4) สถานที่ผลิตนมโรงเรียน ได้มาตรฐาน ร้อยละ 100 (เป้าหมาย ร้อยละ 100)
- 5) ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 93.8 (เป้าหมาย ร้อยละ 100)
- 6) โรงเรียนผ่านมาตรฐานการจัดการ การเก็บรักษาตามระบบ Cold chain และความปลอดภัยนมโรงเรียน ร้อยละ 79.7 (เป้าหมาย ร้อยละ 100)
- 7) คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงาม ได้รับการเฝ้าระวังและตรวจมาตรฐานตามกฎหมายกำหนด ร้อยละ 100 (เป้าหมาย ร้อยละ 100)
- 8) เรื่องร้องเรียนสถานพยาบาลที่กระทำผิดกฎหมายได้รับการดำเนินการตามกฎหมาย ร้อยละ 100 (เป้าหมาย ร้อยละ 100)
- 9) โฆษณาด้านสุขภาพที่ผิดกฎหมายได้รับการจัดการ ร้อยละ 98.6 (เป้าหมาย ร้อยละ 100)
- 10) มีแผนยุทธศาสตร์คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต ทุกเขต และมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาเพื่อจัดเรียงลำดับของปัญหา(Issue prioritize) ซึ่งวิเคราะห์จากข้อมูลปัญหาและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพ 1-12 มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ผ่านการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับเขต มีการจัดประชุมคณะกรรมการอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อติดตามการดำเนินงานตามโครงการสำคัญของเขต ที่จะดำเนินการร่วมกัน และระบบการติดตามประเมินผลได้
- 11) ทุกจังหวัดมีการดำเนินการตามแผน คบส.จังหวัดและคณะกรรมการเป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน คบส.ของจังหวัด โดยมีรายละเอียดดังนี้
  - มีคณะทำงานที่ชัดเจนที่รับผิดชอบการพัฒนาบบงานคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพระดับจังหวัดที่ครอบคลุมทั้งด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
  - มีการมีสรุปบทวนผลการดำเนินงานตรวจสอบ เฝ้าระวัง คุณภาพ มาตรฐาน ความปลอดภัยของสถานพยาบาล ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558
  - มีผลการดำเนินงานตามแผน หรือแนวทางที่กำหนดและมีการสรุปผลการดำเนินงานของแต่ละจังหวัด

#### 4.1.2 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- ปัจจัยด้านผู้ประกอบการ

1) ผู้ผลิตน้ำดื่มและน้ำแข็งยังขาดความรู้และความตระหนักในการปฏิบัติที่ถูกต้องในการผลิตขั้นตอนการปรับสภาพน้ำเบื้องต้น โดยเฉพาะในกรณีการกรองแบบ Reverse Osmosis (RO)

2) ผู้ประกอบการ ยังไม่ทราบถึงข้อกำหนดต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานพยาบาล

3) ผู้ประกอบการคลินิกเสริมความงาม ยังไม่ทราบว่ากระทำผิดกฎหมายส่วนใดบ้าง การให้บริการเสริมความงามมีหลายสาขา ความเข้าใจในขอบเขตคลินิกเวชกรรมเสริมความงามยังไม่เพียงพอ

- ปัจจัยด้านผู้บริโภค

ผู้บริโภค ขาดองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่เท่าทันสถานการณ์ ซึ่งเป็นสาเหตุให้หลงเชื่อคำโฆษณาโดยง่าย และไม่สามารถเลือกซื้อเลือกใช้บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง

- ปัจจัยด้านการกำกับ ดูแล และพนักงานเจ้าหน้าที่

1) พนักงานเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องระบบ Cold chain ของนมโรงเรียนเนื่องจากทางจังหวัดไม่มีสถานที่ผลิตนมโรงเรียน

2) ยังขาดสื่อสนับสนุนการให้ความรู้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่และโรงเรียนต่าง เช่น หนังสือคู่มือการทำระบบ Cold chain สำหรับโรงเรียน

3) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอยังต้องการการพัฒนาทักษะด้านกฎหมาย การตรวจประเมินและมาตรฐานต่างๆ

4) ความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่เรื่องคลินิกเวชกรรม ยังไม่เพียงพอ พนักงานเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ทักษะการจัดการเรื่องร้องเรียนอย่างเป็นระบบ แบบตรวจคลินิกยังไม่ครอบคลุมบริการเสริมความงาม และค่านิยมของสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมผู้บริโภคหรือใช้บริการผิดๆ หรือยอมเสี่ยงในการเลือกใช้บริการที่ไม่ถูกต้อง

#### 4.1.3 ข้อเสนอแนะต่อนโยบายต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

1) ด้านอาหาร (น้ำ แข็ง นมโรงเรียน) ควรเน้นการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายหน่วยงานระดับอำเภอ(สสอ./รพช.) โดยจัดหลักสูตรอบรมผู้ประกอบการ GMP /On the Job Training ประเด็นนมโรงเรียนควรผลักดันให้เรื่องมาตรฐานการจัดการการเก็บรักษาตามระบบ Cold chain และความปลอดภัยนมโรงเรียนนี้เป็นตัวชี้วัดของโรงเรียนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเนื่องจากปัญหาที่อาจเกิดขึ้นมักเกิดในกระบวนการเก็บรักษานมระหว่างที่อยู่ในโรงเรียน

2) การจัดการปัญหาโฆษณา ควรบูรณาการดำเนินงานควบคุมโฆษณาทางสื่อวิทยุร่วมกับ กสทช.เขต ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายและสร้างเครือข่ายประชาชนผู้พิงวิทยุในชุมชนและ อสม./แกนนำในการเฝ้าระวังและเพิ่มช่องทางการร้องเรียน

3) งบประมาณและการสนับสนุน ควรสนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการดำเนินงานเฝ้าระวัง และควรจัดเวทีวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคให้ครอบคลุมทุกมิติเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ และกฎหมายใหม่ ๆ

4) ด้านพัฒนากลไกและระบบงาน คสส. ควรพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้มีโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อสามารถขับเคลื่อนระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบงาน คสส.และเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงการเพิ่มศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่/นิติกรจังหวัด ผ่านการพัฒนากระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน

และกระบวนการตรวจเฝ้าระวังและค้นหาปัญหา คส. และขับเคลื่อนให้เกิดการตรวจสอบ เฝ้าระวังในระดับชุมชน

5) ด้านคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงาม ควรมีคู่มือการตรวจคลินิกเวชกรรมด้านเสริมความงาม และมีมาตรฐานกรอบบัญชียา กรอบเครื่องมือแพทย์ ควรสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐาน ควรพัฒนาความรู้ทักษะ แก่เจ้าพนักงาน ผู้ประกอบการและเครือข่ายผู้บริโภคร่างกาย

#### 4.2 ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ)

4.2.1 จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 880 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.34 เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐานครบร้อยละ 100 ได้แก่เขตสุขภาพที่ 1, 9 และ 11 และเขตสุขภาพที่โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐานน้อยที่สุด คือ เขตกทม. เนื่องจากโรงพยาบาลในพื้นที่เขต กทม. เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และเริ่มดำเนินการเป็นปีแรก

ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน

##### 1) แหล่งกำเนิด

- ผู้บริหารโรงพยาบาลยังไม่ให้ความสำคัญกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้เป็นไปตามกฎหมาย เนื่องจากกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โรงพยาบาลบางแห่งยังมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ได้มาตรฐาน

- โรงพยาบาลขาดงบประมาณสนับสนุนการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เช่น การก่อสร้าง/ปรับปรุงที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ การก่อสร้างท่อระบายน้ำจากที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อที่เชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสียราคาสูงบรรจุมูลฝอยติดเชื้อและภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามกฎกระทรวงที่มีราคาสูง ทำให้โรงพยาบาลไม่มีการพิมพ์ตราสัญลักษณ์และชื่อโรงพยาบาลลงบนถุงแดง

##### 2) การเก็บขน

- หน่วยงานที่เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อยังไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด และดำเนินการโดยไม่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล

- การเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกลยังมีข้อจำกัดในหลายประการ เช่น การกำหนดระยะเวลาในการเก็บขนไม่เป็นไปตามสัญญาว่าจ้าง (TOR)

##### 3) การกำจัด

- เตาเผามูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบริษัทเอกชนส่วนใหญ่ไม่ได้ตรวจคุณภาพมลพิษทางอากาศตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อมโดยรอบ

- การใช้ระบบการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำ (Autoclave) ยังมีข้อจำกัดในการนำไปทิ้งเป็นมูลฝอยทั่วไป

##### 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังไม่ออกข้อกำหนดท้องถิ่น เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อใช้ควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ ในการจัดระบบบริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่

## ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) ส่งเสริมให้มีการลดปริมาณและคัดแยกมูลฝอยประเภทอื่นๆ ออกจากฝอยติดเชื้อ เพื่อลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่จะเข้าสู่ระบบกำจัด

2) พัฒนามาตรฐานวิชาการ แนวทางการจัดการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม ขนส่ง และกำจัดให้ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

3) ประสานกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นกระทรวงมหาดไทยเพื่อผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อกำหนดท้องถิ่นเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งจัดระบบบริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและพัฒนาระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อแบบศูนย์รวม

4) ประสานกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ให้มีการกำกับติดตามการมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระบบ HA

5) สนับสนุนให้มีการจัดตั้งและพัฒนาความเข้มแข็งของคณะอนุกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด (อสจ.) เพื่อขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งให้กำหนดเรื่องมูลฝอยติดเชื้อเป็นวาระการประชุม อสจ. เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

4.2.2 จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยทั่วไป ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ถูกหลักสุขาภิบาล เทศบาลผ่านการประเมินมาตรฐานการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) ด้านการจัดการมูลฝอยทั่วไป จำนวนมี 1,065 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.65 เขตสุขภาพที่เทศบาลผ่านการประเมินมาตรฐานฯ มากที่สุด 3 ลำดับคือ เขตสุขภาพที่ 6, 2 และ 12 และเขตสุขภาพที่เทศบาลผ่านการประเมินมาตรฐานฯ ไม่ถึงร้อยละ 25 ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 7

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) เทศบาลไม่ได้มีการจัดเก็บข้อมูลตามแบบสำรวจที่ทางจังหวัดส่งไปและหรือบางแห่งไม่ส่งข้อมูลการสำรวจคืนให้แก่จังหวัด

2) เทศบาลไม่ได้สมัครเข้าร่วมพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) เนื่องจากยังไม่มีความพร้อม และเทศบาลตำบลบางแห่งไม่มีโครงสร้างกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ทำให้ไม่มีผู้รับผิดชอบงานโดยตรง

3) ปัญหาการจัดการมูลฝอยในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น ผู้บริหาร อปท. ยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จึงไม่มีการออกข้อกำหนดท้องถิ่นด้านการจัดการมูลฝอย และจัดให้มีสถานที่กำจัดมูลฝอยทั่วไปที่ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งขาดบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยทั่วไปและการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจัดการมูลฝอย

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข ควรผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อกำหนดท้องถิ่นเรื่องการจัดการมูลฝอยทั่วไป เพื่อให้มูลฝอยทั่วไปได้รับการจัดการอย่างถูกหลักสุขาภิบาล

2) ประสานความร่วมมือกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมให้ทุกครัวเรือนมีการคัดแยกขยะอย่างจริงจัง รวมทั้งให้ อปท. จัดระบบบริการเก็บรวบรวมและกำจัดมูลฝอยทั่วไปที่ถูกต้องและผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับเข้าร่วมการประเมินมาตรฐานการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA)

3) สนับสนุนให้มีการจัดตั้งและพัฒนาความเข้มแข็งของคณะอนุกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด (อสจ.) เพื่อขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งให้กำหนดเรื่องมุลฝอยทั่วไปเป็นวาระการประชุม อสจ. เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

4) กำหนดนโยบายให้ผู้บริหาร อปท. เจ้าหน้าที่เทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ต้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อนำไปใช้ในการจัดการระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างเป็นระบบ

4.2.3 คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) มีมติและการติดตามมติจากที่ประชุมอสจ. เพื่อขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 เรื่อง มีการจัดประชุมไปแล้ว 70 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 92.11 (จาก 76 จว.)และไม่จัดประชุม 6 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 7.89 จังหวัดที่จัดประชุมได้ 4 ครั้ง มีจำนวน 4 จังหวัด (ร้อยละ 5.27) จัดประชุมได้ 3 ครั้ง จำนวน 18 จังหวัด (ร้อยละ 23.69) จัดประชุมได้ 2 ครั้ง จำนวน 25 จังหวัด (ร้อยละ 32.89) และจัดประชุมได้ 1 ครั้ง จำนวน 23 จังหวัด (ร้อยละ 30.26) มีมติจากการประชุมเพื่อขับเคลื่อนงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 2 เรื่อง จำนวน 69 จังหวัด (ร้อยละ 98.57) มีการขับเคลื่อนประเด็นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 1 เรื่อง จำนวน 1 จังหวัด (ร้อยละ 1.43) ซึ่งประเด็นหลักที่ให้ดำเนินการ ได้แก่ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 46 จังหวัด (ร้อยละ 65.71) ผลักดันให้มีการออกข้อกำหนดของท้องถิ่น จำนวน 38 จังหวัด (ร้อยละ 54.28) และโครงการรณรงค์การลด ละ เลิกการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร(NO FOAM)จำนวน 36 จังหวัด (ร้อยละ 51.43) เป็นต้นสำหรับผลการติดตามมตินั้น ทุกจังหวัดมีการติดตามมติที่ได้จากการสั่งการ โดยรายงานผลการดำเนินงานอยู่ในขั้นระหว่างกรดำเนินการตามแผน เนื่องจากมติสั่งการต้องใช้ระยะเวลาในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ความเสี่ยงต่อความสำเร็จตามเป้าหมายการดำเนินงานของ อสจ. เช่น การจัดประชุมไม่ เป็นไปตามแผน เนื่องจากการนัดหมายเพื่อให้องค์ประชุมสามารถจัดประชุมได้ค่อนข้างใช้เวลาในการจัดสรรเวลา การเตรียมข้อมูลนำเข้าต้องเพียงพอต่อการตัดสินใจที่จะมีมติสั่งการ งบประมาณในการจัดประชุมและขับเคลื่อนมติดังกล่าวต้องเพียงพอต่อการบริหารจัดการ องค์ความรู้ในการจัดการปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงทั้งด้านวิชาการและกฎหมายหลายฉบับ ดังนั้นฝ่ายเลขาฯ จึงต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้นทั้งนี้ข้อเสนอต่อการดำเนินงาน อสจ. โดยให้ส่วนกลางสร้างความเข้าใจในบทบาทของ อสจ. ต่อผู้บริหารและภาคีเครือข่าย ประสานความร่วมมือในเชิงนโยบายต่อการดำเนินงาน อสจ. ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ พัฒนาหลักสูตรการอบรมในด้านวิชาการ การบังคับใช้กฎหมายแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาระบบการสนับสนุนการดำเนินงาน อสจ. ที่มีประสิทธิภาพในระดับเขตสุขภาพตลอดจนสนับสนุนงบประมาณการจัดประชุม อสจ. และการขับเคลื่อนมติดังกล่าว



# คณะที่ ๕

## การตรวจราชการแบบบูรณาการ ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

๑. ประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล : การจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งแหวดล้อม
๒. ประเด็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล : มาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจ  
(การส่งเสริมความเป็นอยู่ระดับตำบล)

Download เอกสารการประชุม



<http://bie.moph.go.th/register59/document.php>

กรมอนามัย  
กรมควบคุมโรค  
กรมพัฒนาการแพทยแผนไทยและการแพทยทางเลือก  
สำนักบริหารการสาธารณสุข สป.  
สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
สำนักตรวจและประเมินผล

## คณะที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

### ๑. ประเด็นนโยบายการจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งแวดล้อม ดำเนินการ ๓ มาตรการ

มาตรการที่ ๑ การจัดทำแผน มาตรฐาน มาตรการ เกณฑ์การปฏิบัติ กฎหมาย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

มาตรการที่ ๒ การเพิ่มศักยภาพการจัดเก็บและกำจัด

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

มาตรการที่ ๓ การเสริมสร้างศักยภาพ และถ่ายทอดองค์ความรู้

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มาตรการที่ ๑ : การจัดทำแผน มาตรฐาน มาตรการ เกณฑ์การปฏิบัติ กฎหมาย

กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ได้ดำเนินงานภายใต้แผนบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม มาตรการที่ ๑ ในโครงการแก้ไขปัญหามลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีโครงการย่อยในการดำเนินงาน ๒ โครงการ โดยเน้นรูปแบบในการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อให้เกิดการดำเนินงาน อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

๑. โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในประชาชนและผู้ประกอบอาชีพคัดแยกและรีไซเคิลขยะ ในพื้นที่เสี่ยงสูง ๘ จังหวัด (อุบลราชธานี กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ ขอนแก่น กาญจนบุรี สมุทรปราการ นครศรีธรรมราช และพระนครศรีอยุธยา) เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพสามารถตรวจคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพประชาชนและผู้ประกอบอาชีพได้ โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานฯ พัฒนาสื่อวิชาการและองค์ความรู้ (คู่มือและแผ่นพับ) และเครื่องมือการคัดกรองสุขภาพประชาชนฯ ถ่ายทอดองค์ความรู้และชี้แจงแนวทางในการดำเนินงานให้แก่บุคลากรสาธารณสุขระดับพื้นที่ ดำเนินการคุ้มครองสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (๓๖ จังหวัดเสี่ยง) โดยพัฒนาการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ/บุคลากร/เครือข่ายด้านโรคและภัยสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหามลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในพื้นที่เสี่ยงร่วมกับกรมอนามัย สนับสนุน ส่งเสริม และติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาระบบคุณภาพทางห้องปฏิบัติการเพื่อรองรับการแก้ไขปัญหามลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๒. โครงการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหามลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยการพัฒนาองค์ความรู้หน่วยงานเครือข่ายให้สามารถดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เพื่อแก้ไขปัญหามลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม พัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการภาคเอกชน และพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยโดยเน้นการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสนับสนุน เสริมสร้างการดำเนินงานฯ หน่วยงานเครือข่าย

ผลผลิตและผลลัพธ์จากการดำเนินการ คือ ๑) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สามารถจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ๓๗ แห่ง (จากเป้าหมาย ๓๕ แห่ง) โดยโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปสามารถให้บริการตรวจสุขภาพผู้ประกอบอาชีพ ๒๓,๗๗๙ ราย ในสถานประกอบการ ๖๘๔ แห่ง พบว่า สงสัยโรคจากการทำงาน ๗,๑๐๖ ราย (ที่มา : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ข้อมูลเดือน ม.ค. - ก.ค. ๕๙) และสามารถให้บริการตรวจสุขภาพประชาชนในพื้นที่เหมืองทองคำรอยต่อ ๓ จังหวัด (พิจิตร เพชรบูรณ์ และพิษณุโลก)

๙๙๓ ราย (ที่มา : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ข้อมูลเดือน ต.ค. ๕๘ - ก.ค. ๕๙) ๒) จังหวัดในพื้นที่เสี่ยง ๓๖ จังหวัด มีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป ตามข้อมูลการประเมินตนเอง จำนวน ๒๑ จังหวัด (จากเป้าหมาย ๑๘ จังหวัด) และ ๓) ประชาชนและผู้ประกอบอาชีพคัดแยกและรีไซเคิลขยะ ในพื้นที่เสี่ยงสูง ๘ จังหวัด ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ จำนวน ๓,๖๑๐ คน (จากเป้าหมาย ๓,๔๕๗ คน) และได้รับความรู้ในการป้องกันตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

## มาตรการที่ ๒ : การเพิ่มศักยภาพการจัดการเก็บและกำจัด

กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ดำเนินงานภายใต้แผนบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม มาตรการที่ ๒ มีผลการดำเนินงานของจังหวัดตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการ จากการตรวจฯ รอบที่ ๑ จำนวน ๒๘ จังหวัด ใน ๖ ประเด็น ได้แก่

๑. ให้จัดทำ Roadmap การจัดการมูลฝอยติดเชื้อทั้งระบบโดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.)
๒. ให้จัดทำฐานข้อมูลกำกับ ติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน รวมทั้งคลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลสัตว์
๓. ให้ควบคุมกำกับบริษัทเอกชนที่ให้บริการเก็บ ขนมูลฝอยติดเชื้อให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
๔. ให้สร้างต้นแบบการจัดการขยะที่เป็นแหล่งกำเนิดทุกประเภท
๕. ให้ผลักดันและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกบัญญัติท้องถิ่นในการจัดการสิ่งปฏิกูล
๖. ให้มีการวางแผนการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน (ครัวเรือน) และให้ความรู้แก่ประชาชน

ทุกจังหวัดให้ความสำคัญกับปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ ร้อยละ ๙๒.๓๔ ซึ่งมีการผลักดันประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อขับเคลื่อนผ่านการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่น และชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย เช่น โครงการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์ นอกจากนี้ ได้มีการผลักดันและสนับสนุนให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นในการจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล และมีการให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาเรื่องการจัดทำฐานข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อที่ยังไม่ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขขนาดเล็กและโรงพยาบาลสัตว์ รวมถึงกรณีโรงพยาบาลที่จ้างเอกชนดำเนินการยังไม่นำเข้าข้อมูลการติดตาม ควบคุม กำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อของบริษัทเอกชนในระบบ Infectious Waste Manifest System

### ข้อเสนอแนะจากส่วนกลาง

๑. จังหวัดควรผลักดันการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านกลไก อสจ. โดย
  - ๑.๑ ให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้องจากทุกแหล่งกำเนิด, จัดทำข้อมูลสถานการณ์และปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นครอบคลุมทุกแหล่งกำเนิด, การบริหารจัดการในภาพรวมระดับจังหวัด
  - ๑.๒ ให้มีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้อง
๒. จังหวัดผลักดัน ให้ อปท. มีการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น และบังคับใช้ เพื่อควบคุมกำกับการจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๓. จังหวัดควรผลักดัน ส่งเสริม สนับสนุนให้ อปท. มีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Accreditation : EHA)
๔. จังหวัดส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีการบันทึกข้อมูลในระบบ Manifest online เพื่อกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ และป้องกันการลักลอบทิ้ง โดยมีข้อมูลเพื่อการจัดการต่อไป



**มาตรการที่ ๓ : การเสริมสร้างศักยภาพ และถ่ายทอดองค์ความรู้**

สำนักบริหารการสาธารณสุข ได้ดำเนินงานภายใต้แผนบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม มาตรการที่ ๓ โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

**๑. งบประมาณ รวมทั้งสิ้น ๒๙,๓๒๐,๘๐๐.๐๐ บาท**

**๑.๑ ภูมิภาค จำนวน ๒๗,๙๔๑,๘๐๐.๐๐ บาท**

|                                    |       |               |
|------------------------------------|-------|---------------|
| - พื้นที่ทั่วไป ๗๖ จังหวัด         | จำนวน | ๒๐๙,๕๔๕ บาท   |
| - พื้นที่เสี่ยง ๓๖ จังหวัด         | จำนวน | ๑๕๕,๕๐๐ บาท   |
| - ต้นแบบการจัดการมูลฝอย ๑๒ จังหวัด | จำนวน | ๒,๔๐๐,๐๐๐ บาท |
| - ระบบบำบัดน้ำเสีย ๑๐ แห่ง         | จำนวน | ๒,๕๕๐,๐๐๐ บาท |

**๑.๒ ส่วนกลาง จำนวน ๑,๓๗๙,๐๐๐ บาท (โครงการพัฒนาระบบสุขภาพีบาลสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยใน รพ.)**

**๒. ผลการเบิกจ่ายงบประมาณ**

๒.๑ ไตรมาส ๑ และ ๒ จำนวน ๕,๖๗๙,๙๐๕.๗๐ บาท

๒.๒ ไตรมาส ๓ กำลังดำเนินการรวบรวมข้อมูล (กำหนดส่งรายงานจากภูมิภาค ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๙)

๒.๓ ไตรมาส ๔ รวบรวมรายงานเพื่อจัดทำภาพรวมประเทศ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙

**๓. แนวทางการใช้งบประมาณ**

๓.๑ แผนการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ระดับจังหวัด

๓.๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย

๓.๓ จัดทำฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการมูลฝอยอันตราย ระบบบำบัดน้ำเสีย เรือนพักมูลฝอยทุกประเภท อาชีวอนามัย และอื่นๆ ในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ

๓.๔ การพัฒนาระบบการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

๓.๕ นิเทศ กำกับ ติดตาม การดำเนินงานสิ่งแวดล้อม และรายงานผลการดำเนินงาน

**๔. ผลการดำเนินงาน**

๔.๑ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพีบาล สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย ๔ ด้าน ๑) มูลฝอย ๒) น้ำเสีย ๓) สิ่งแวดล้อม, ภูมิทัศน์ และพลังงาน ๔) ความปลอดภัยของอาคารในโรงพยาบาล โดยจัดทำร่วมกับเขตสุขภาพ ผู้แทน สสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.

๔.๒ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียในหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๕

๔.๓ แนวทางในการปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสีย รวม ๒๓ แห่ง และแบบระบบบำบัดน้ำเสียเฉพาะที่ ๑๐ แห่ง

๔.๔ จังหวัดต้นแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบรวมศูนย์ ๑๒ จังหวัด (เขตละ ๑ จังหวัด)

การขับเคลื่อนการจัดการมูลฝอยแบบศูนย์รวม มีการคัดเลือกจังหวัดต้นแบบโดยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ เขตละ ๑ จังหวัด มีการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานไว้ ๓ รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ ๑ แบบ Province คือ จังหวัดเป็นศูนย์กลางในการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อทั้งจังหวัด มาเก็บรวบรวมไว้ในสถานที่พักเพียงแห่งเดียว เพื่อรอกำจัดต่อไป

รูปแบบที่ ๒ แบบ Node เป็นการรวมกลุ่มของโรงพยาบาลในการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อเพื่อรอกำจัด ณ รพ.แม่ข่าย ตามบริบทของพื้นที่ โดยครอบคลุมถึงเครือข่าย รพ.สต.

รูปแบบที่ ๓ แบบ CUP เป็นการบริหารจัดการที่เบ็ดเสร็จในตัว โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่าย กำกับดูแล รพ.สต.ที่เป็นลูกข่ายทั้งหมด ตั้งแต่การเก็บเงินจาก รพ.สต. มาไว้ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อส่งต่อให้กับเอกชนที่รับกำจัดหรือทำการกำจัดเองต่อไป

**๕. การขับเคลื่อนการจัดการมูลฝอยและสิ่งแฉดล้อม ๗๖ จังหวัด ได้แก่**

๕.๑ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไป

๕.๒ การส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน (EHA)

๕.๓ การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในพื้นที่

**๖. การขับเคลื่อนการจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง ๓๖ จังหวัด ได้แก่**

๖.๑ พื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสารเคมีและสารอันตราย (ปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์, เหมืองทอง, เหมืองเก่า, เหมืองโปแตส)

๖.๒ พื้นที่มลพิษทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน, หมอกควัน, โรงไฟฟ้าชีวมวล)

๖.๓ พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ (๕ จังหวัด ได้แก่ ตาก สระแก้ว ตราน มุกดาหาร สงขลา)

๖.๔ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม (จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สมุทรสาคร ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี ระยอง สมุทรปราการ)

๖.๕ พื้นที่โรงไฟฟ้าถ่านหิน (จังหวัดลำปาง กระบี่ สงขลา)

๖.๖ การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

๖.๗ พัฒนาศักยภาพบุคลากร รพศ./รพท. ในการบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสียแบบตะกอนเร่ง ซึ่งจะพัฒนาหลักสูตรให้สามารถสอบผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียตามกฎหมายต่อไป

**๗. ข้อเสนอการ/ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑**

๗.๑ ควรมีการติดตามประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ปัญหาอุปสรรคที่พบจากพื้นที่

๗.๒ ควรติดตาม กำกับ การคัดแยกมูลฝอยที่แหล่งกำเนิดตามมาตรฐาน

๗.๓ การจัดการขยะติดเชื้อจากชุมชน

๗.๔ มาตรการกำจัดขยะติดเชื้อของจังหวัด

**๘. ผลการดำเนินการตามข้อเสนอการ/ข้อเสนอแนะ**

๘.๑ มีการคัดแยกมูลฝอยที่แหล่งกำเนิด ๙๙.๔๓ (N ๕๓๐)

๘.๒ ขยะติดเชื้อชุมชนจังหวัด > รพ.สต. > รพ.แม่ข่าย

๘.๓ การกำจัดขยะติดเชื้อขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ (กำจัดเอง, ส่งท้องถิ่น, ส่งเอกชน)

**๙. ปัญหา/อุปสรรคจากการดำเนินงาน**

๙.๑ ขาดความรู้ในการบำรุงรักษา (ระบบบำบัดฯ/เตาเผา)

๙.๒ ขาดพาหนะ (รถยนต์) ในการเก็บขน

๙.๓ ขาดที่พักมูลฝอยติดเชื้อ/ ไม่ได้มาตรฐาน/ ชำรุด

๙.๔ แหล่งกำจัดขยะมีไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุม

๙.๕ การเร่งรัดใช้งบประมาณส่งผลต่อประสิทธิภาพ

๙.๖ บุคลากรของจังหวัด ๑-๒ คน รองรับกิจกรรมทั้งหมด

๙.๗ รพช. ขาดองค์ความรู้การให้บริการเวชกรรม ENV

๙.๘ ภาระค่าใช้จ่ายในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. แม่ข่ายสูงขึ้น

๙.๙ ข้อกำหนดท้องถิ่นยังไม่ครอบคลุม

**๑๐. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากส่วนกลาง**

๑๐.๑ ควรนำคุณภาพมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมของท้องถิ่นกำหนดไว้ในการตรวจประเมิน LPA เพื่อให้ทุกท้องถิ่นสมัครใจเข้าร่วม มีการปรับมาตรฐานเพื่อให้เข้ากับบริบทของ อบต. เช่น มาตรฐานการเก็บขยะ

๑๐.๒ ควรแต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อติดตามมติของ อสรจ.

๑๐.๓ ควรสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ของ รพช. ในการให้บริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

๑๐.๔ ควรสนับสนุนวัสดุการตรวจสารพิษในกระแสเลือด ในระดับ รพ.สต. และงบประมาณสถานการณ์หมอกควัน ซึ่งต้องเตรียมตั้งแต่เดือนธันวาคม

๑๐.๕ ควรจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/จัดทำคู่มือ/แนวทางการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

๑๐.๖ ควรสนับสนุนงบประมาณในการก่อสร้าง และจัดทำแบบแปลนมาตรฐานเรือนพักมูลฝอยติดเชื้อ

๑๐.๗ ควรจัดหาแหล่งเงินทุนในการจัดซื้อถุงแดง และภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะรถยนต์ที่ใช้ในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่

๑๐.๘ ควรติดตาม/ประเมินผลการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อใน รพ.สต.

**๒. ประเด็นมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจ : การส่งเสริมความเป็นอยู่ระดับตำบล**

กระทรวงสาธารณสุข ได้รับงบประมาณ ๖๐,๐๐๐ บาท ในการจัดทำโครงการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้วยการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในครัวเรือน และการแปรรูปสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อเสริมสร้างเศรษฐกิจชุมชน โดยกลุ่มรักษสมุนไพร หมู่ ๓ ตำบลบางไทร อำเภอมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้รับผิดชอบโครงการ ได้แก่ นางอมรรัตน์ พรหมสิน และที่ปรึกษา คือ นางสาวศัลยา โกละกะ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไทร

ผลการดำเนินงาน มีการดำเนินการจัดซื้อเครื่องบดสมุนไพรขนาดกลางความจุ ๒,๐๐๐ กรัม จำนวน ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๒๑,๒๐๐ บาท เครื่องบรรจุแคปซูล ขนาด ๑๐๐ เม็ด สำหรับแคปซูลขนาด ๐.๑ จำนวน ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๙,๕๐๐ บาท และ เครื่องซีลถุงสุญญากาศระบบ ๒ in ๑ จำนวน ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๒๙,๓๐๐ บาท ใช้สำหรับการแปรรูปสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อเสริมสร้างเศรษฐกิจชุมชน

จากผลการดำเนินงานรอบที่ ๑ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไทร ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมืองสุราษฎร์ธานี ได้ดำเนินการจัดหาวัสดุอุปกรณ์/ครุภัณฑ์ ให้กลุ่มรักษสมุนไพรตำบลบางไทร โดยกลุ่มได้เรียนรู้การใช้ อุปกรณ์และดำเนินการแปรรูปสมุนไพร เพื่อเป็นผลิตภัณฑ์สร้างมูลค่าให้กับกลุ่ม

จากผลการดำเนินงานรอบที่ ๒ พบว่า กลุ่มรักษสมุนไพรตำบลบางไทร ได้ใช้ อุปกรณ์/ครุภัณฑ์ เป็นเครื่องมือในการแปรรูปสมุนไพรเพื่อเป็นผลิตภัณฑ์ ๔ ชนิด ให้กับกลุ่ม โดยดำเนินการแปรรูปและบรรจุผลิตภัณฑ์ ๒ เดือนครั้ง สร้างมูลค่าให้กลุ่มเฉลี่ย ๒,๐๐๐ บาทต่อเดือน

ผลผลิตจากการดำเนินงาน สมุนไพรแปรรูป ๔ ชนิด ส่งให้ รพ.สต.บางไทร และลูกประคบ ส่งให้ รพ.ท่าฉาง

\*\*\*\*\*