



สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รอบที่ 1

คำนำ

การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข เป็นไปตามเป้าหมาย แก้ไขปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนออันจะก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกองตรวจราชการ ร่วมกับกรม/กอง และผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานจากหน่วยงานต่างๆ ได้ดำเนินการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยดำเนินการตรวจราชการ รอบที่ ๑ ระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๖๕ - เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ มีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินสภาพปัญหา แผนแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการ ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่สอดคล้องตาม ๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ๓) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และ ๔) การตรวจราชการแบบบูรณาการ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ทำหน้าที่ในการติดตามประเมินผลการตรวจราชการตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมายดังนี้

๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)

ประเด็นที่ ๑ Health for Wealth

ประเด็นที่ ๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)

ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ ๒ Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

ประเด็นที่ ๓ ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง

๓) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่)

๔) การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

บัดนี้ คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้นำข้อมูลสรุปผลจากการตรวจราชการมาจัดทำรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ เสนอต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาในการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพของหน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบให้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กองตรวจราชการ

พฤษภาคม ๒๕๖๖

กิตติกรรมประกาศ

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกองตรวจราชการ ขอขอบคุณ คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหน่วยงานในสังกัดกรมวิชาการและหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองบริหารการสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สถาบันกัญชาทางการแพทย์ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ขอขอบคุณ ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานของทุกหน่วยงาน กองแผนงานและวิชาการและผู้ประสานงานด้านการตรวจราชการของกรม กอง สำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่กองตรวจราชการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการจัดทำรายงานฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงมา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

หน้า

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร

ก-ง

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบที่ ๑

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบที่ ๑

ประเด็นที่ ๑ Health for Wealth

๑.๑ กัญชาทางการแพทย์

๑

๑.๒ การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

๑๕

ประเด็นที่ ๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒.๑ อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

๓๗

๒.๒ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ

๔๔

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒

๒.๓ จำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน

๔๘

ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๓.๑ มารดาและทารก

๕๓

๓.๒ เด็กปฐมวัย

๗๓

๓.๓ วัยทำงาน

๑๐๔

๓.๔ ผู้สูงอายุ

๑๑๔

ประเด็นที่ ๔ Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

๔.๑ จังหวัดที่ประชาชนมีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

๑๔๓

๔.๒ จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

๑๔๕

๔.๓ เขตสุขภาพที่ใช้ระบบ AI DR screening ในการตรวจเบาหวานขึ้นจอตา

๑๔๗

ประเด็นที่ ๕ ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ

๕.๑ ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ

๑๕๒

๕.๒ ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง

๑๗๔

๕.๓ การคัดกรองมะเร็ง

๑๙๔

๕.๔ ความมั่นคงด้านสุขภาพ

๒๒๒

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ประเด็นที่ ๖ องค์กรสมรรถนะสูง

๖.๑ การเงินการคลังสุขภาพ

๒๓๔

ประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

- โครงการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

๒๔๓

- โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของ
ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

๒๖๓

ภาคผนวก

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจราชการ

๒๗๑

กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

๒๗๓

กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

คณะที่ปรึกษา

๒๙๘

คณะผู้จัดทำ

๒๙๙

บรรณาธิการ

๓๐๐

บทสรุปผู้บริหาร

ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบที่ ๑

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่สอดคล้องตาม ๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑ Health for Wealth, ประเด็นที่ ๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ, ประเด็นที่ ๒ Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์), ประเด็นที่ ๓ ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ, ประเด็นที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง ๓) ประเด็น Area based (ปัญหาสำคัญระดับพื้นที่ และ Innovative Healthcare) และ ๔) การตรวจราชการแบบบูรณาการ เพื่อเป็น ทิศทางในการตรวจติดตาม กำกับและประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยมีคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ติดตามประเมินผล การตรวจราชการตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศพร้อม ทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการดังต่อไปนี้

๑. ประเด็น Health for Wealth พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ ๑) กัญชาทางการแพทย์ :

๑.๑) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๗๘.๙๕ (เป้าหมาย > ร้อยละ ๒๐)
 ๑.๒) ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ ๖.๐๒ (เป้าหมาย > ร้อยละ ๓)
 ๑.๓) งานวิจัยและการจัดการด้านความรู้กัญชาทางการแพทย์ ดำเนินการได้ทุกเขตสุขภาพ (เป้าหมายงานวิจัย เขตละ ๒ เรื่อง) ๒) การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ : ๒.๑) สถานพยาบาลและสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการรับรองมาตรฐาน Thai world class หรือ Nuad Thai Premium ๒.๒) การเพิ่มขึ้นของ Wellness Center มีสถานประกอบการเข้าร่วมสมัคร ๓๒๐ แห่ง ผ่านการประเมินแล้ว ๖๖ แห่ง ๒.๓) ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (กลุ่มผู้ผลิตฐานราก, วิสาหกิจชุมชน, SME) ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต ร้อยละ ๖๔.๒๓ (เป้าหมายร้อยละ ๑๐) มีข้อค้นพบและประเด็นมุ่งเน้นในการดำเนินการระยะต่อไป ได้แก่ การบูรณาการกิจกรรมทั้งกัญชาทางการแพทย์ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และ Wellness Center ร่วมกับ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และสมาคมธุรกิจ ให้อยู่ในเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และมอบกรมการแพทย์แผน ไทยฯ ประสานงานข้อมูลการประชุม Health for Wealth forum

๒. ประเด็นระบบสุขภาพปฐมภูมิ พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ ๑) อำเภอด่านเกวียน การประเมินพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ จำนวน ๒,๔๙๕ ประเด็น ดูแลกลุ่มเปราะบาง จำนวน ๑๘,๒๖๒,๔๗๘ คน ๒) การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ : จัดตั้งได้ ๓,๔๐๗ หน่วย (เป้าหมายจำนวน ๓,๕๐๐ หน่วย) สาเหตุเกิดจากจำนวนแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานปฐมภูมิ และขาดการเพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน ๓) จำนวน ประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน จำนวน ๓๕,๖๔๐,๗๘๐ คน (เป้าหมายจำนวน ๓๕,๐๐๐,๐๐๐ คน) แต่ ยังพบปัญหาเรื่องการใช้โปรแกรมการคัดกรองผู้สูงอายุ Smart อสม. / Bluebook มีข้อค้นพบและประเด็นมุ่งเน้น ในการดำเนินการระยะต่อไป ได้แก่ ปัญหาการถ่ายโอนของหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒ ส่วน ได้แก่ การถ่ายโอน ภารกิจ และการถ่ายโอนการบริหารจัดการ ควรส่งเสริมการเพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเพิ่มการจัดตั้ง

PCU/NPCU รวมทั้งการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน (ค่าตอบแทนที่เหมาะสม) และมอบกรมวิชาการ สนับสนุนการปฏิบัติงานเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบปฐมภูมิ

๓. ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) มารดาและทารก :** อัตราการตายมารดาไทย ร้อยละ ๑๗.๕๘ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) ลดลงจากปี ๒๕๖๕ ควรพิจารณา gap ในเรื่อง human error ที่ต้องแก้ไขให้ตรงจุด และระบบการส่งต่อ ส่วนอัตราตายทารกแรกเกิด ร้อยละ ๓.๗๖ ลดลงจากปี ๒๕๖๕ แต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมาย (เป้าหมาย ๓.๖๐ : ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ) สาเหตุหลักการตายคือการคลอดก่อนกำหนด การเกิด sepsis หลังคลอดขณะอยู่บ้าน/อยู่โรงพยาบาล ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรระดมมาตรการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เช่น สร้าง Healthliteracy ในหญิงตั้งครรภ์, สร้าง ANC คุณภาพ **๒) เด็กปฐมวัย :** เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๔.๖ (เป้าหมาย ร้อยละ ๘๖) ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย, เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงตีสมส่วน ร้อยละ ๖๑.๓ (เป้าหมายร้อยละ ๖๖) ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย, เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๗๖.๒๙ (เป้าหมายร้อยละ ๗๕) สูงกว่าค่าเป้าหมาย, เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ TEDA๔ ร้อยละ ๔๒.๒ (เป้าหมายร้อยละ ๓๕) สูงกว่าค่าเป้าหมาย ปัญหาที่พบคือ ขาดการให้ยาเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี **๓) วัยทำงาน :** อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าปี ๒๕๖๕ ซึ่งการลดจำนวนการฆ่าตัวตาย ควรมีศูนย์ให้คำปรึกษาหรือศูนย์รับแจ้งเหตุเพื่อไม่ให้มีการฆ่าตัวตาย โรงเรียนควรลดกิจกรรมที่สร้างความตึงเครียดในเด็ก และผู้ป่วยซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๙๒.๒๘ (เป้าหมายร้อยละ ๘๐) สูงกว่าเป้าหมาย สำหรับแนวทางการปฏิบัติงานในกลุ่มวัยทำงาน คือ เพิ่มการค้นหาให้มากขึ้น โดยผ่านกลไก ๓ หมอ และผ่านคนใกล้ตัวคนไข้เอง เรื่องของอาการและสัญญาณเตือน **ประเด็นผู้สูงอายุ :** ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ที่เข้าสู่กระบวนการประเมินความเสี่ยง ร้อยละ ๕๓.๒ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงทำ Wellness Plan ร้อยละ ๖๐.๒ (เป้าหมายร้อยละ ๕๐), จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ ร้อยละ ๔๓.๙ (จำนวน ๓,๑๘๖ ชมรม) (เป้าหมาย ๗,๒๕๕ ชมรม), โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๖๕ (เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐), ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๓๖.๓๙ และร้อยละ ๔๖.๓๗ ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ ๔๐), ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ ๙๒.๘ (เป้าหมายร้อยละ ๙๕) และจำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม ร้อยละ ๗๘.๕ และร้อยละ ๕.๓ ตามลำดับ (เป้าหมาย ฟันเทียม ร้อยละ ๔๐ และรากฟันเทียม ร้อยละ ๒๐) มีข้อค้นพบและประเด็นมุ่งเน้นในการดำเนินการระยะต่อไป ได้แก่ ควรมีการจัดบริการผู้สูงอายุ ๑๐๐% ประกอบด้วย การคัดกรองและการบริการ, ควรมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุให้ครอบคลุม โดยเฉพาะระดับเขตสุขภาพ เช่น มีระบบ consult ผ่าน teleconference, พัฒนาโปรแกรม Bluebook ในการคัดกรองผู้สูงอายุให้เหมาะสมและใช้งานง่าย

๔. ประเด็น Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์) พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ ประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขมี Digital ID เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ร้อยละ ๕.๓๗ และ ๗๗.๖๑ ตามลำดับ (ประชาชน เป้าหมายร้อยละ ๕ และบุคลากรสาธารณสุข เป้าหมายร้อยละ ๒๕) ประเด็นกำกับติดตาม มี Digital ID ในกลุ่มประชาชนทุกจังหวัดมากกว่าร้อยละ ๑๐ สำหรับผลดำเนินการเรื่องบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พบว่า จำนวนจังหวัดที่มีผู้รับบริการร้อยละ

๘๗.๒ และทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพให้บริการ Telemedicine อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ทุกเขต ประเด็นกำกับติดตาม มีการให้บริการ Telemedicine ๓,๕๐๐ ครั้ง/จังหวัด และอย่างน้อย ๓ จังหวัดต่อเขตสุขภาพ และเรื่องระบบ AI DR screening ทุกเขตมีการใช้ระบบในการตรวจเบาหวานขึ้นจอตามากกว่าเขตสุขภาพละ ๑ แห่ง แต่ควรขยาย การให้บริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญ มีข้อค้นพบและประเด็นมุ่งเน้นในการดำเนินการระยะต่อไป ได้แก่ ควรสื่อสารให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของระบบข้อมูลสุขภาพ Digital ID และการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สนับสนุนกำลังคนให้เพียงพอ และเพิ่มจุดลงทะเบียน Digital ID ที่ รพ.สต. ส่วนประเด็น Telemedicine มอบกองกฎหมายทบทวนเรื่องกฎหมายการคุ้มครองข้อมูล การเปิดเผยและการจัดเก็บข้อมูล

๕. ประเด็นลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ** : อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ ๓.๘ (เป้าหมาย ๙.๖ ต่อประชากรแสนคน), อัตราตายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ ๙.๙๔ (ข้อมูลจาก Thai ACS Registry) (เป้าหมาย < ร้อยละ ๙), ผู้ป่วย STEMI ได้รับความปลอดภัยลิ้มเลือดได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ร้อยละ ๕๑.๕๗ (ข้อมูลจาก Thai ACS Registry) (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐), ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ ๕๖.๖๑ (ข้อมูล Thai ACS Registry) (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐), การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕๕ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๓๐), ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ ๒๕ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๔๐) **๒) ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง** : อัตราตายผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๑๗.๕๓ (เป้าหมาย ๔๑.๑ ต่อประชากรแสนคน), อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๘.๑๗ (ข้อมูลจาก HDC) (เป้าหมาย < ร้อยละ ๗), ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที ร้อยละ ๗๔.๐๒ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐), ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ร้อยละ ๗๔.๙๘ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๗๕), การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๘.๗ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐), ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๔๔.๑ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐) **๓) การคัดกรองมะเร็ง** : ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๓๖.๙๔ (ข้อมูลจาก HDC) (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐), ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ร้อยละ ๒.๓๓ (เป้าหมายรายปี ≥ ร้อยละ ๗๐), ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ ๒๔.๐๔ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๕๐), ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๙.๐๘ (ข้อมูลจาก HDC) (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๕๐), ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ร้อยละ ๑๐.๗๖ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๔๐), ผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก จำนวน ๘๐๘ คน ได้รับการตัดชิ้นเนื้อและตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม จำนวน ๑,๖๖๖ คน **๔) ความมั่นคงด้านสุขภาพ** : ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗ และกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๕-๔๕ ปี ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินทุกจังหวัด เนื่องจากทัศนคติของประชาชนที่มีต่อวัคซีนเปลี่ยนแปลง และความอ่อนปรนเรื่องมาตรการโควิด-๑๙ ทำให้การรณรงค์ฉีดวัคซีนไม่ดีเท่าที่ควร มีข้อค้นพบและประเด็นมุ่งเน้นในการดำเนินการระยะต่อไป ได้แก่ การจัดการการแก้ปัญหา

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนหนึ่งอยู่ที่ระบบปฐมภูมิ (Primary Prevention) และการจัดการคลินิก และตัวชี้วัดที่ต้องมีการบูรณาการ กรมส่วนกลางควรมีกลไกในการทำงานร่วมกัน

๖. ประเด็นองค์การสมรรถนะสูง พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๖ และระดับ ๗ และหน่วยบริการจัดทำแผนการลงทุนและแผนเงินบำรุง ๑ ปี และ ๓ ปี ครบ ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ มีข้อค้นพบและประเด็นมุ่งเน้นในการดำเนินการระยะต่อไป ได้แก่ แผนการลงทุนควรดำเนินการไปพร้อมกับแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน มอบผู้ตรวจราชการกระทรวงทั้ง ๑๒ เขต จัดการและดูแลเรื่องการเงินในเขตสุขภาพผ่าน ๕x๕

๗. การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต** : เน้นการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ภายใต้หลักการพื้นฐานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓ อ. อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ และการส่งเสริมดูแลสุขภาพจิต **๒) โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า** ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี : สถานการณ์โรค ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยพิษสุนัขบ้า ๓ ราย ที่จังหวัดชลบุรี ระยอง และสุรินทร์ สาเหตุที่เสียชีวิต คือ การไม่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค ประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของโรค และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ายังไม่ครอบคลุม

.....

สรุปผลการตรวจราชการ

ประเด็นที่ ๑ Health for Wealth

- กัญชาทางการแพทย์
- การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๑ : Health for Wealth

ประเด็นตรวจราชการ : Health for Wealth

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : ร้อยละของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และการส่งเสริมงานวิจัยด้านกัญชา

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา
กัญชาทางการแพทย์ (เป้าหมาย small success รอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๓)

๒. ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (เป้าหมาย small success รอบ
๖ เดือน เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐)

๓. จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงาน (เป้าหมาย small
success รอบ ๖ เดือน มีแผนการวิจัยหรือการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์)

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา
กัญชาทางการแพทย์ (เป้าหมาย small success รอบ ๖ เดือน เท่ากับ ร้อยละ ๓)

เขต สุขภาพ	ผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมด (คน)	ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับยากัญชา (คน)	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมด ที่ได้รับยากัญชา
๑	๑๒,๙๓๘	๕๖๙	๔.๔๐
๒	๑๑,๐๑๐	๓๔๔	๓.๑๒
๓	๕,๑๓๐	๓๒๗	๖.๓๗
๔	๖,๑๒๘	๓๕๕	๕.๗๙
๕	๘,๒๗๑	๓๕๓	๔.๒๗
๖	๘,๐๘๐	๒๘๔	๓.๕๑
๗	๑๑,๒๓๓	๕๕๕	๔.๙๔
๘	๑๗,๓๐๘	๔,๔๙๔	๒๕.๙๖
๙	๑๑,๖๐๗	๙๙๑	๘.๕๔
๑๐	๑๒,๗๘๒	๕๒๘	๔.๑๓
๑๑	๙,๐๕๙	๔๔๙	๔.๙๖
๑๒	๕,๘๖๕	๒๐๗	๓.๕๓
รวม	๑๑๙,๔๑๑	๙,๔๕๖	๗.๙๒

ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๖

๒. ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา گیยาทางารแพทย (เป้าหมาย small success รอบ ๖ เดือน เท่ากับ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐)

เขต สุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ที่ได้รับการรักษาด้วย ยา گیยาทางารแพทย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (คน)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ที่ได้รับการรักษาด้วย ยา گیยาทางารแพทย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (คน)	ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมด ที่ได้รับยา گیยา ทางารแพทย
๑	๒,๐๑๒	๓,๙๙๐	๙๘.๓๑
๒	๑,๕๖๙	๓,๘๖๒	๑๔๖.๑๔
๓	๑,๘๐๗	๓,๖๘๒	๑๐๓.๗๖
๔	๖๔๗	๔,๑๕๐	๕๔๑.๔๒
๕	๒,๙๕๒	๒,๔๕๓	-๑๖.๙
๖	๑,๐๒๕	๔,๔๗๖	๓๓๖.๖๘
๗	๑,๓๘๖	๓,๒๗๐	๑๓๕.๙๓
๘	๓,๙๕๔	๑๕,๐๓๗	๒๘๐.๓๐
๙	๔,๓๘๖	๑๐,๑๙๗	๑๓๒.๔๙
๑๐	๑,๖๗๒	๓,๒๗๗	๘๕.๙๘
๑๑	๖๗๐	๓,๓๐๐	๓๙๒.๕๔
๑๒	๙๔๔	๔,๑๙๗	๓๔๔.๖๐
รวม	๒๓,๑๑๔	๖๑,๘๙๑	๑๖๗.๗๖

ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๖

๓. จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน گیยาทางารแพทยของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (เป้าหมาย small success รอบ ๖ เดือน มีแผนการวิจัยหรือการจัดการความรู้ด้าน گیยาทางารแพทย)

๓.๑ หน่วยงานตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย

หน่วยงาน	จำนวนวิจัย (เรื่อง)	การจัดการความรู้ (ครั้ง)
กรมการแพทย	๑๑	N/A
กรมสุขภาพจิต	๑๐	N/A
กรมการแพทยแผนไทย และแพทยทางเลือก	๑๖	N/A

๓.๒ หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (๑๒ เขต)

เขตสุขภาพ	จำนวนวิจัย (เรื่อง)	การจัดการความรู้ (ครั้ง)
๑	๑๔	๗
๒	๑๐	มีแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๔ ครั้ง
๓	๑๐	๒
๔	๒	๔
๕	NA	N/A
๖	๑๒	๑๒
๗	๒๐	๒
๘	๑๙	๒
๙	๑๕	๒
๑๐	๗	N/A
๑๑	๑๔	๔
๑๒	๘	N/A

๒) สรุปสถานการณ์

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ ของเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๖ เท่ากับร้อยละ ๗.๙๒ เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า ทุกเขตสุขภาพทำผลงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายตาม small success รอบ ๖ เดือน (ร้อยละ ๓) และเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการได้มากที่สุด ร้อยละ ๒๕.๙๖

๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ ของเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๖ ผลงานเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๖๗.๗๖ เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ ๕ ได้ผลงาน ลดลงร้อยละ ๑๖.๙๐ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายตาม small success รอบ ๖ เดือน (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐) และเขตสุขภาพที่ ๔ ดำเนินการได้มากที่สุด ร้อยละ ๕๔๑.๔๒

๒.๓ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒) ส่วนใหญ่มีงานวิจัยและการจัดการความรู้ มากกว่า ๒ เรื่อง ส่วนหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีงานวิจัยมากกว่า ๒ เรื่อง แต่ยังขาดการดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ (ข้อมูลจากระบบ E - Inspection ณ วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๖)

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- การสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน
- ผู้สั่งใช้ขาดความมั่นใจ/ประสบการณ์ในการใช้ยา อีกทั้งบุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์
- ขาดการบูรณาการการใช้กัญชาระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย
- ขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ในการคัดกรอง และค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เพื่อเข้ารับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ควรเพิ่มการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในระดับ รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทย และการจัดบริการเชิงรุกร่วมกับสหวิชาชีพในชุมชน
- มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านกัญชาทางการแพทย์ร่วมกันระหว่าง Service plan สาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กัญชาทางการแพทย์ Palliative care บริการแพทย์แผนไทยฯ เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ให้เข้าถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์
- เพิ่มตำรับยา กัญชารูปแบบใช้ภายนอก และพัฒนาตำรับกัญชาทางการแพทย์ให้อายุยาวนานขึ้น
- จัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อยา กัญชาในระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ
- เพิ่มการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในด้านการใช้กัญชาอย่างถูกต้องและปลอดภัยผ่านสื่อต่างๆ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับนโยบายกัญชาและมีทีมคณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนา กัญชาทางการแพทย์
- มีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- มีการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์
- ความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพในการดำเนินการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

- การบูรณาการระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย
- ผลการดำเนินงานวิจัยและจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๑ : Health for Wealth

๑. ประเด็นตรวจราชการ : Health for Wealth

๒. หัวข้อ /ตัวชี้วัด กัญชาทางการแพทย์ : ร้อยละของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และการส่งเสริมงานวิจัยด้านกัญชา

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก สถาบันกัญชาทางการแพทย์
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กบรส. กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๔. ผลการประเมิน (รอบที่ ๑)

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (เป้าหมาย small success รอบ ๖ เดือน เท่ากับ ร้อยละ ๓)

ร้อยละผู้ป่วย

เขตสุขภาพ	ผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมด (คน)	ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับยากัญชา (คน)	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมด ที่ได้รับยากัญชา
๑	๑๒,๙๓๘	๕๖๙	๔.๔๐
๒	๑๑,๐๑๐	๓๔๔	๓.๑๒
๓	๕,๑๓๐	๓๒๗	๖.๓๗
๔	๖,๑๒๘	๓๕๕	๕.๗๙
๕	๘,๒๗๑	๓๕๓	๔.๒๗
๖	๘,๐๘๐	๒๘๔	๓.๕๑
๗	๑๑,๒๓๓	๕๕๕	๔.๙๔
๘	๑๗,๓๐๘	๔,๔๙๔	๒๕.๙๖
๙	๑๑,๖๐๗	๙๙๑	๘.๕๔
๑๐	๑๒,๗๘๒	๕๒๘	๔.๑๓
๑๑	๙,๐๕๙	๔๔๙	๔.๙๖
๑๒	๕,๘๖๕	๒๐๗	๓.๕๓
รวม	๑๑๙,๔๑๑	๙,๔๕๖	๗.๙๒

ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ของเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๖ เท่ากับ

ร้อยละ ๗.๙๒ เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า ทุกเขตสุขภาพทำผลงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายตาม small success รอบ ๖ เดือน (ร้อยละ ๓) และเขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการได้มากที่สุด ร้อยละ ๒๕.๙๖

๒. ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา گیยาทางการแพทย์ (เป้าหมาย small success รอบ ๖ เดือน เท่ากับ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐)

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา گیยาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (คน)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา گیยาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (คน)	ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยา گیยาทางการแพทย์
๑	๒,๐๑๒	๓,๙๙๐	๙๘.๓๑
๒	๑,๕๖๙	๓,๘๖๒	๑๔๖.๑๔
๓	๑,๘๐๗	๓,๖๘๒	๑๐๓.๗๖
๔	๖๔๗	๔,๑๕๐	๕๔๑.๔๒
๕	๒,๙๕๒	๒,๔๕๓	-๑๖.๙
๖	๑,๐๒๕	๔,๔๗๖	๓๓๖.๖๘
๗	๑,๓๘๖	๓,๒๗๐	๑๓๕.๙๓
๘	๓,๙๕๔	๑๕,๐๓๗	๒๘๐.๓๐
๙	๔,๓๘๖	๑๐,๑๙๗	๑๓๒.๔๙
๑๐	๑,๖๗๒	๓,๒๗๗	๘๕.๙๘
๑๑	๖๗๐	๓,๓๐๐	๓๙๒.๕๔
๑๒	๙๔๔	๔,๑๙๗	๓๔๔.๖๐
รวม	๒๓,๑๑๔	๖๑,๘๙๑	๑๖๗.๗๖

ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา گیยาทางการแพทย์ ของเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๖ ผลงานเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๖๗.๗๖ เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ ๕ ได้ผลงาน ลดลงร้อยละ ๑๖.๙๐ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายตาม small success รอบ ๖ เดือน (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐) และเขตสุขภาพที่ ๔ ดำเนินการได้มากที่สุด ร้อยละ ๕๔๑.๔๒

๓. จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน گیยาทางการแพทย์ของหน่วยงาน (เป้าหมาย small success รอบ ๖ เดือน มีแผนการวิจัยหรือการจัดการความรู้ด้าน گیยาทางการแพทย์)

๓.๑ หน่วยงานตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์

หน่วยงาน	จำนวนวิจัย (เรื่อง)	การจัดการความรู้ (ครั้ง)
กรมการแพทย์	๑๑	N/A
กรมสุขภาพจิต	๑๐	N/A
กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	๑๖	N/A

๓.๒ หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (๑๒ เขต)

เขตสุขภาพ	จำนวนวิจัย (เรื่อง)	การจัดการความรู้ (ครั้ง)
๑	๑๔	๕
๒	๑๐	มีแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๔ ครั้ง
๓	๑๐	๒
๔	๒	๔
๕	NA	N/A
๖	๑๒	๑๒
๗	๒๐	๒
๘	๑๙	๒
๙	๑๕	๒
๑๐	๗	N/A
๑๑	๑๔	๔
๑๒	๘	N/A

จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๒) ส่วนใหญ่มีงานวิจัยและการจัดการความรู้ มากกว่า ๒ เรื่อง ส่วนหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีงานวิจัย มากกว่า ๒ เรื่อง แต่ยังคงขาดการดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ (ข้อมูลจากระบบ E – Inspection ณ วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๖)

๔. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพที่ ๑

จังหวัดเชียงราย

- การจัดทำ QR Code เพื่อคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์
- ระบบ Telemedicine คลินิกกัญชาทางการแพทย์ เพื่อติดตามและประเมินอาการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

จังหวัดแม่ฮ่องสอน

- สสจ.แม่ฮ่องสอนรับยื่นขออนุญาตจำหน่าย/แปรรูป ศึกษาวิจัย และส่งออกกัญชาเพื่อการค้า พิจารณาอนุญาตแล้วจำนวน ๖๒ คำขอ

จังหวัดน่าน

- ผลงาน Best Practice Service Plan (สาขากัญชาทางการแพทย์) เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพระหว่างน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ ๓ ชนิดเพื่อเป็นยาเสริมในผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลน่าน

จังหวัดพะเยา

- จัดบุท นิทรรศการความรู้ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ และการยื่นขออนุญาตจำหน่าย/ แปร รูป ศึกษาวิจัย และส่งออกกัญชาเพื่อการค้า งานสืบสานประเพณีของดีจังหวัด

เขตสุขภาพที่ ๒

- มีมาตรการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชา โดยกำหนดให้ทุกหน่วยบริการต้อง ลงข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา ตามโปรแกรมที่กรม การแพทย์กำหนด และมีข้อสั่งการให้หน่วยงานทุกแห่งต้องมีการมอบหมายบุคลากรให้เป็น ผู้รับผิดชอบดูแลระบบข้อมูลผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่ ได้รับกัญชาทางการแพทย์จากคลินิกกัญชาทางการแพทย์ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง

เขตสุขภาพที่ ๓

- มีผลิตภัณฑ์ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสม คือ น้ำมันโพลกัญชาของโรงพยาบาลสรรคบุรี ตำรับ ครีมนวดผสมกัญชาโรงพยาบาลวังทรายพูน และส่งเสริมการใช้ครีมนวดผสมกัญชา เป็นยาใช้ ภายนอกใน รพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทยประจำ นอกจากนี้ยังมีกรใช้ยาน้ำมันสนันไตรภพใน ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care)

เขตสุขภาพที่ ๔

- มีการขยายผลงานวิจัยไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่น
 - จ.นันทบุรี งานวิจัย น้ำมันกัญชานิดหยดใต้ลิ้น ๑.๗ % THC เจ้าพระยาอภัยภูเบศรต่อ ระดับน้ำตาลในเลือด ในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน ของ จ.นันทบุรี
 - จ.ลพบุรี งานวิจัย การวิเคราะห์ตำรับยาสมุนไพรศุขไสยาศน์ และสาราณนิทรา ใช้ กับผู้ป่วยนอนไม่หลับ , ผู้ป่วยสูงอายุ , ผู้ป่วย Palliative care
- มีการใช้ ๓ หมอสนับสนุนกัญชาทางการแพทย์

เขตสุขภาพที่ ๖

- ทีม ๓ หมอกัญชาทางการแพทย์แผนไทย
- มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาแพทย์แผนไทยใน รพ.สต.

เขตสุขภาพที่ ๘

- โรงพยาบาลเลย มีการทำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เชื่อมโยงระหว่าง การรักษาของแพทย์แพทย์แผนไทย เกษักร จัดส่งยากัญชาทางการแพทย์ตรงถึงผู้ป่วยที่ บ้าน ลดระยะเวลารอคอย และลดแออัด เพิ่มการเข้าถึงบริการ

เขตสุขภาพที่ ๙

- บุรีรัมย์ และชัยภูมิ มีกระบวนการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก โดยสหวิชาชีพ
- บุรีรัมย์ มีการดำเนินงานด้านวิจัยกัญชาทางการแพทย์ ๘ เรื่อง

เขตสุขภาพที่ ๑๐

จังหวัดอุบลราชธานี

- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีการศึกษาวิจัยกัญชาทางการแพทย์ และได้รับการตีพิมพ์วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๕ และมีสูตรตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสม หมอพื้นบ้านพระครูปัญญา วโรบล (ปริญญา จันทรวโรจน์) และมอบสูตรตำรับยาให้กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จังหวัดศรีสะเกษ

- มีการบูรณาการงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ร่วมกับงาน Palliative Care และงานเภสัชกรรม ปฐมภูมิ, มีการค้นหาผู้ป่วย Palliative เชิงรุก โดยการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และมีการคัดกรองผู้ป่วย Palliative Care ที่สามารถใช้ยาได้และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกถึงสาเหตุที่ไม่สามารถใช้กัญชาได้ และมี อสม. ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์

จังหวัดอำนาจเจริญ

- มีการรับซื้อวัตถุดิบสมุนไพร (กัญชา) จากจังหวัดอื่นๆ ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ และมีโรงงานผลิตยาสมุนไพรที่ผ่านมาตรฐาน WHO GMP โรงพยาบาลนา ที่สามารถผลิตยา กัญชา ๔ ตำรับ ประกอบด้วย ยาแก้ลมแก้เส้น ยาสุขไสยาสน์ ยาทาริตสีดวงทวารหนัก และโรคผิวหนัง และยาทำลาย พระสุเมรุ กระจายไปยังเขตสุขภาพที่ ๑๐ และพื้นที่ข้างเคียง

จังหวัดมุกดาหาร

- มีการบริหารคลังยา กัญชา ร่วมกับกันระดับจังหวัด เพื่อลดปัญหาขาด stock /ยาหมดอายุ
- มีรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงยา กัญชา แยกตามกลุ่มโรค แบบ real time

เขตสุขภาพที่ ๑๑

จังหวัดชุมพร

- ออกบูธให้บริการแพทย์แผนไทย ให้ความรู้และจำหน่ายน้ำมันกัญชา, ยาสุขไสยาสน์, ยาแก้ลมแก้เส้น และยาสมุนไพร แก่ประชาชนที่มีอาการหลัง ติดเชื้อ COVID-๑๙ (Long COVID-๑๙ หรือ Post COVID-๑๙ Syndrome)

จังหวัดนครศรีธรรมราช

- มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในระดับ รพ.สต. มากที่สุดถึง ๓๒ แห่ง

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

- ส่งเสริมผู้ประกอบการในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีกัญชาและกัญชงเป็นส่วนประกอบเพื่อเพิ่มมูลค่า ได้รับอนุญาตแล้ว ๘ ผลิตภัณฑ์

เขตสุขภาพที่ ๑๒

จังหวัดตรัง

- รพ.ห้วยยอด เป็นโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้ป่วย Palliative care ด้วยศาสตร์การแพทย์ผสมผสานที่เป็นรูปธรรม สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ในระดับเขตสุขภาพได้ และมีโรงงานผลิตยาที่ได้มาตรฐานสามารถผลิตยาตำรับสุขไสยาสน์ สนับสนุนหน่วยบริการในจังหวัดและเขตสุขภาพที่ ๑๒ โดยใช้วัตถุดิบส่วนหนึ่งจากชุมชนเป็นการสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจอีกทางหนึ่ง

จังหวัดสตูล

- มีการแปรรูปและผลิตลูกประคบและยาหม่องที่มีส่วนผสมกัญชา เพื่อใช้กับผู้รับบริการ

จังหวัดนราธิวาส

- มีการใช้เจลหญ้าขัดมอญที่มีส่วนผสมของกัญชาในกลุ่มผู้ป่วยออฟฟิศซินโดรม

๖. ปัญหา / สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความไม่สำเร็จ

๖.๑ ภาพรวมของพื้นที่ แยกเป็นตามกรอบ ๖ Building Block Plus Framework

๑) ระบบบริการ

- ความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ในการคัดกรอง และค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เพื่อเข้ารับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์
- การส่งใช้ยากัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันลดลง ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์แผนไทย

แนวทางการแก้ไข

- ค้นหาผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care) ในการเข้าถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์เชิงรุกทั้งผู้ป่วยอยู่ในชุมชน และนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล
- กระตุ้นและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อสร้างความมั่นใจให้แพทย์แผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น
- เพิ่มการบูรณาการระหว่าง Service plan palliative care และกัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วย palliative care เข้าถึงการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ได้ตามเป้าหมาย

๒) กำลังคนด้านสุขภาพ

- ผู้ส่งใช้ยาขาดความมั่นใจ/ประสบการณ์ในการใช้ยา อีกทั้งบุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

แนวทางการแก้ไข

- สร้างเสริมความมั่นใจในการใช้ยาโดยให้หน่วยบริการแม่ข่ายเป็นที่เลี้ยง
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ประสบการณ์ใช้ยากัญชา ทั้งประโยชน์และข้อจำกัดเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการใช้ประโยชน์จากยากัญชาทางการแพทย์
- สนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน คลินิกกัญชาทางการแพทย์เข้ารับการอบรมกัญชาทางการแพทย์ผ่านระบบ E-learning ของกรมการแพทย์และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- สนับสนุนข้อมูลวิชาการ ส่งเสริมการวิจัยและจัดการความรู้ ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์

๓) ระบบข้อมูลสารสนเทศ

- ระบบประมวลผลข้อมูลตัวชี้วัดในระบบ ๔๓ แฟ้ม ยังไม่สมบูรณ์ ข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่บ้านอาจไม่ได้ลบออกจากระบบ ทำให้ข้อมูลในระบบน้อยกว่าความเป็นจริง

- การบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนจากโปรแกรมสำเร็จรูปหลายโปรแกรม (โปรแกรมระบบยา สปสช./โปรแกรม HOS XP)

แนวทางแก้ไข

- ทบทวนความถูกต้องของการลงข้อมูล มีการติดตามประเมินผลการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ผ่านระบบสารสนเทศอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และเปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์ตามจริง เกิดการนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาระบบให้ดียิ่งขึ้น
- ตรวจสอบฐานข้อมูลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care) ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เช่น ข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว
- ควรมีการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลกัญชาทางการแพทย์จากฐานข้อมูลโรงพยาบาล เพื่อให้เบิกเงินจาก สปสช.ได้ โดยไม่ต้องลงข้อมูลซ้ำในระบบรายงาน จ.๒

๔) ผลกระทบทางการแพทย์ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

- ยากัญชาทางการแพทย์อายุค่อนข้างสั้น ยากต่อการบริหารจัดการต้องเร่งใช้ยา
- ขาดการสนับสนุนยากัญชาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทำให้บางช่วงไม่เพียงพอต่อการใช้ โรงพยาบาลต้องจัดซื้อเอง
- ยากัญชาทางการแพทย์ยังมีรายการน้อยและกระจายอย่างไม่สม่ำเสมอ แหล่งผลิตยาโรงงาน WHO-GMP ในจังหวัดยังไม่ผลิตยากัญชาเพื่อใช้ในจังหวัด

แนวทางการแก้ไข

- วางแผนการจัดซื้อยากัญชาทางการแพทย์ เพื่อป้องกันยาไม่เพียงพอ และยาหมดอายุ
- วางแผนการผลิตยากัญชาในแต่ละเขตสุขภาพ

๕) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

- กรณีไม่ได้ตั้งงบประมาณในการจัดซื้อยากัญชาระดับเขตสุขภาพ อาจมีข้อจำกัดในการสั่งซื้อยา

แนวทางแก้ไข

- จัดให้มีการสนับสนุนยากัญชาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และลดกระบวนการในการเบิกจ่ายยา
- จัดทำแผนการผลิตยากัญชาในเขตสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ตำรับที่มีการสั่งใช้มาก และสามารถเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพได้

๖) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

- การสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติยังไม่ชัดเจน
- ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ทั้งบอร์ดให้ความรู้ แผ่น พับ และคู่มือผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาลทุกแห่ง

แนวทางแก้ไข

- กำหนดให้กัญชาเป็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด/เขตสุขภาพ และขับเคลื่อนโดยวิชาชีพ
- ควรมีการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ

๖.๒ แยกตามรายเขตฯ / พื้นที่ (ถ้ามี)

เขตสุขภาพที่	ปัญหา / สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความไม่สำเร็จ
๑	<ul style="list-style-type: none"> - ทีมวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ บางส่วนขาดความมั่นใจในการใช้ยา กัญชาทางการแพทย์ และบุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ กัญชาทางการแพทย์ - การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อรับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ยังมีน้อย - จำนวนแพทย์ที่ให้บริการคลินิกกัญชายังมีไม่เพียงพอ - ขาดหลักสูตรที่เพิ่มความรู้และทักษะกัญชาทางการแพทย์แผนไทยสำหรับวิชาชีพที่เข้าถึงง่าย - ประชาชนผู้มารับบริการยังเข้าถึงยากัญชามีแนวโน้มลดลง - กรณีไม่ได้ตั้งงบประมาณในการจัดซื้อยา กัญชาระดับเขตสุขภาพ อาจมีข้อจำกัดในการสั่งซื้อยาสมุนไพร - ผู้ป่วย palliative care ที่ผ่านการคัดกรองแล้วส่วนใหญ่ไม่สามารถพิจารณาให้รับยา กัญชาได้ และญาติของผู้ป่วยบางส่วนยังไม่มั่นใจที่จะให้ผู้ป่วยรับยา กัญชา - บุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจการใช้ยา กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องและปลอดภัยยังมีจำกัด
๒	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของประชาชน - การใช้กัญชาทางการแพทย์ใน กลุ่มผู้ป่วย palliative care ยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดสวิชาชีพบางส่วนยังไม่เข้าใจและเชื่อมั่นการใช้กัญชา ทาง การแพทย์ - โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๒ บางแห่ง แม้มีการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แล้ว แต่ยังไม่มีการสั่งใช้ยาหรือมีการใช้กัญชาทางการแพทย์น้อย - มีโอกาสพัฒนาในกระบวนการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์
๓	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดการกระตุ้นการใช้ยา กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการจ่ายยาในผู้ป่วย palliative care - แพทย์และสวิชาชีพยังขาดความมั่นใจในการใช้ยา กัญชาทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์แผนปัจจุบันที่มีการสั่งใช้น้อย - มีข้อจำกัดในการให้บริการ เช่น เกณฑ์การจ่ายยา ขั้นตอนในการให้บริการ - ยา กัญชาทางการแพทย์ขาดตลาดและมีระบบการจัดซื้อที่ยุ่งยาก - ยาน้ำมันสนันไตรภพยังไม่มีรหัส ยา ๒๔ หลัก ทำให้ไม่มีข้อมูลการให้บริการ - อ้าเภอแม่เป็นยังไม่มีโรงพยาบาลจึงยังไม่มีบริการคลินิกกัญชาและโรงพยาบาลชุมชนตามแพทย์แผนไทยพึงได้รับใบอนุญาตจึงยังไม่มีผลงานการให้บริการ - การจัดหายาสำหรับให้บริการสำหรับแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลทุกแห่งลดลง - การสั่งใช้ยา กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันลดลง ส่วนใหญ่จะสั่งจ่ายโดยแพทย์แผนไทย

เขต สุขภาพที่	ปัญหา / สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความไม่สำเร็จ
	<ul style="list-style-type: none"> - ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่าต้องผ่านอบรมเรื่องการใช้อยากัญชาแพทย์แผนปัจจุบันจึงทำให้แพทย์/แพทย์แผนไทยท่านอื่นไม่กล้าสั่งใช้อยากัญชา - ยาตำรับกัญชาในปัจจุบัน รพ. ต้องจัดซื้อเอง จึงทำให้มีการจ่ายยาลดลง - มีการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย เกี่ยวกับกัญชาบ่อย และไม่มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน - การหารือเพื่อแก้ปัญหาการดำเนินงานกับส่วนกลางใช้เวลานานกว่าจะได้คำตอบ - มีการสนับสนุนยากัญชาจากส่วนกลางที่มีอายุสั้น รพ.มียาเดิมที่จัดซื้อเหลืออยู่ใช้ไม่ทัน
๕	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่พบการกำหนดนโยบายที่เป็นรูปธรรมของโรงพยาบาลต่างๆ ในการขับเคลื่อนฯ - ไม่พบข้อสั่งการของผู้บริหารที่ชัดเจนในการขับเคลื่อน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติทำงานด้วยความยากลำบาก หมดกำลังใจ - การบริการยังคงเน้นทางการแพทย์แผนไทย ขาดการบูรณาการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน
๖	<ul style="list-style-type: none"> - คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่ครบทุกโรงพยาบาล - การที่กำหนดให้แพทย์แผนปัจจุบันต้องผ่านการอบรมเมื่อสั่งจ่ายยากัญชา - มียาสนับสนุนไม่ตรงกับเวลาและปริมาณที่ต้องการ (ยาสารสกัด/ยาแผนไทย) - ไม่ได้วางแผนการจัดการชื้อยากัญชาไว้ล่วงหน้า - ตัวชี้วัดของ SP palliative ที่กำหนดให้มีบรรเทาอาการและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid
๗	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการกัญชาทางการแพทย์เนื่องจากการเปิดบริการบางวัน ผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับยากัญชา - บุคลากรในการปฏิบัติงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ยังไม่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ แพทย์ผู้สั่งใช้ยาขาดความเชื่อมั่น มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้อยากัญชา - ยากัญชาทางการแพทย์ยังมีรายการน้อยและกระจายยาไม่สม่ำเสมอ แหล่งผลิตยาโรงงาน WHO-GMP ในจังหวัดยังไม่ผลิตยากัญชาเพื่อใช้ในจังหวัด
๘	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาครอบคลุมทุกมิติ - แพทย์แผนไทยใน รพ./รพ.สต. ยังไม่มั่นใจในการสั่งจ่ายยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมน้ำมันกัญชา/อ.เดชา - รายงานข้อมูลการใช้อยากัญชาในโปรแกรม HDC ไม่สอดคล้องกับข้อมูลในพื้นที่ เช่น ข้อมูลปริมาณการใช้อยากัญชา - ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์จำนวนน้อย
๙	<ul style="list-style-type: none"> - สหวิชาชีพยังขาดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ - ประชาชนเข้าถึงบริการคลินิกกัญชามีน้อย
๑๐	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ และความเชื่อมั่นของการใช้อยากัญชาทางการแพทย์ - ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

เขต สุขภาพที่	ปัญหา / สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความไม่สำเร็จ
	<ul style="list-style-type: none"> - ขั้นตอนเข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีหลายขั้นตอน เช่น ต้องเจาะเลือด ทำให้ผู้ป่วยสนใจเข้ารับบริการน้อยลง - ยากัญชาทางการแพทย์อายุค่อนข้างสั้น ยากต่อการบริหารจัดการต้องเร่งใช้ยาและบางช่วงทำให้ไม่เพียงพอต่อการใช้ - ขาดการสนับสนุนยากัญชาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลต้องจัดซื้อยาเอง - ระบบประมวลผลข้อมูลตัวชี้วัดในระบบ ๔๓ แฟ้ม ยังไม่สมบูรณ์ ไม่นำข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตออก ทำให้ข้อมูลในระบบน้อยกว่าความเป็นจริง - ปัญหาเรื่องการลงข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น รหัส Diag palliative care
๑๑	<ul style="list-style-type: none"> - การวิจัยและจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ ยังอยู่ในขั้นตอนของการจัดทำโครงร่างวิจัย หรืออยู่ระหว่างขอ จริยธรรมการวิจัย - การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในระดับ รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน ยังไม่ถึงเป้าหมายในบางจังหวัด และที่เปิดให้บริการแล้วมีการส่งจ่ายยากัญชาน้อย/ไม่มีการส่งจ่าย เนื่องจากแพทย์แผนไทยยังขาดความเชื่อมั่นในการสั่งใช้ยา
๑๒	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มเป้าหมายมีน้อย - แนวทางการใช้ยากัญชาไม่ชัดเจน - ผู้สั่งใช้ยาขาดความมั่นใจ/ประสบการณ์ในการใช้ยา - การบันทึกข้อมูลบริการมีความคลาดเคลื่อน - ประชาชนปฏิเสธการรักษาด้วยยากัญชาเนื่องจากความเชื่อทางศาสนา - ยังไม่มีงานวิจัย/การจัดการ ความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ครอบคลุมทุกจังหวัด

๗. ข้อเสนอแนะ

- ควรเพิ่มการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในระดับ รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทย และการจัดบริการเชิงบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพในชุมชน
- มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านกัญชาทางการแพทย์ร่วมกันระหว่าง Service plan สาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กัญชาทางการแพทย์ Palliative care บริการแพทย์แผนไทยฯ เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ให้เข้าถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์
- เพิ่มตำรับยากัญชารูปแบบใช้ภายนอก และพัฒนาตำรับกัญชาทางการแพทย์ให้อายุยาวนานขึ้น
- จัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อยากัญชาในระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ
- เพิ่มการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในด้านการใช้กัญชาอย่างถูกต้องและปลอดภัยผ่านสื่อต่างๆ

๘. แผนการติดตาม (จากผู้นิเทศ)

- การบูรณาการระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย
- ผลการดำเนินงานวิจัยและจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑

ประเด็นที่ ๑ : Health for Wealth

ประเด็นตรวจราชการ : Health for Wealth

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

๑) เป้าหมาย และผลงาน

รอบ ๖ เดือน

๑. แผนงาน/โครงการการขับเคลื่อนและพัฒนาสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพแบบบูรณาการ โดยจัดสรรงบประมาณให้กับเขตพื้นที่ ทั้ง ๑๒ เขต ดำเนินการเบื้องต้นแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑ , ๖ , ๑๑ และ ๑๒ เขตละ ๖๐,๐๐๐ บาท พื้นที่กลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ เขต ๕/ เขต ๘/ เขต ๙ เขตละ ๔๐,๐๐๐ บาท ๓. พื้นที่กลุ่มเป้าหมายอื่น ได้แก่ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ เขต ๒/ เขต ๓/ เขต ๔/ เขต ๗/ เขต ๑๐ เขตละ ๑๐,๐๐๐ บาท

๒. ฐานข้อมูลสถานประกอบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และสำรวจเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของจังหวัด

๓. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ ๑ - ๑๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้ประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๔. คณะทำงาน/ กรรมการส่งเสริมพัฒนาสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพระดับจังหวัด

รอบ ๙ เดือน

๑. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับการประเมินมาตรฐานตามที่กำหนด

๒. เครือข่ายผู้ประกอบการด้านพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

๓. เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่ (อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ เส้นทาง)

รอบ ๑๒ เดือน

๑. จำนวนสถานประกอบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด จังหวัดละ ๑๐ แห่ง

๒) สรุปสถานการณ์

สถานประกอบการเป้าหมายการส่งเสริมและยกระดับตามมาตรฐานตามที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

เขตสุขภาพ	จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
1	170 แห่ง
2	102 แห่ง
3	48 แห่ง
4	81 แห่ง

เขตสุขภาพ	จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
5	95 แห่ง
6	27 แห่ง
7	40 แห่ง
8	43 แห่ง
9	40 แห่ง
10	43 แห่ง
11	119 แห่ง
12	61 แห่ง

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๑. ขาดการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลาง
๒. ขาดเกณฑ์มาตรฐานและแนวทางกลางของกระทรวงสาธารณสุข

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑. ควรมีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๒. จัดทำฐานข้อมูลและเกณฑ์เป็นมาตรฐานกลาง
๓. มีการประชาสัมพันธ์และสร้างแรงจูงใจสถานประกอบการให้เข้าร่วมโครงการ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑. การชี้แจงแนวทางการยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
๒. การบูรณาการหน่วยงานการท่องเที่ยวสุขภาพ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑

ประเด็นที่ ๑ : Health for Wealth

๑. ประเด็นตรวจราชการ : Health for Wealth

๒. หัวข้อ /ตัวชี้วัด : อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑ - ๑๒

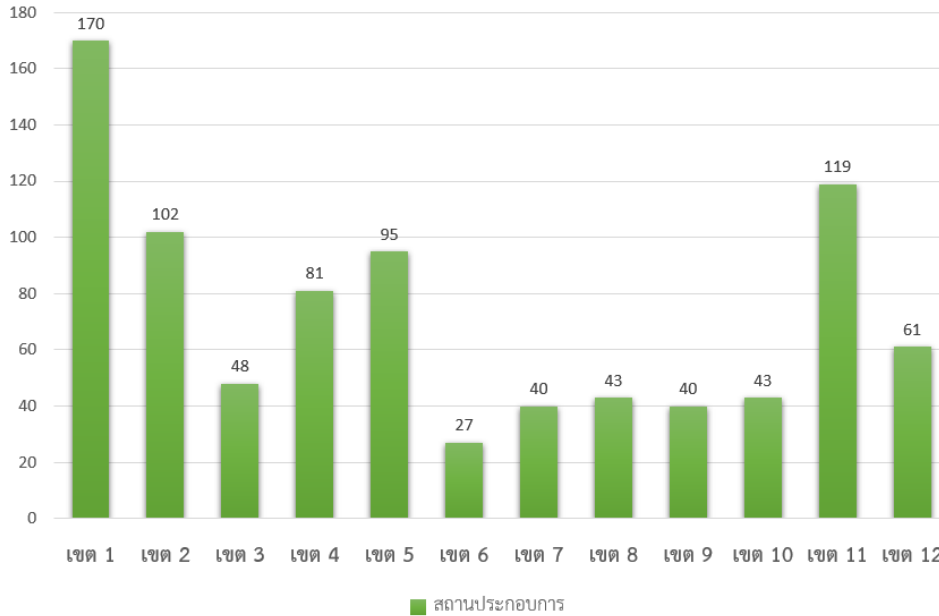
๔. สถานการณ์

การพัฒนามุ่งเป้าควบคู่ไปกับการเพิ่มขีดความสามารถการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นกิจกรรมในระบบเศรษฐกิจสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้ความสำคัญต่อการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพโดยบทบาทและภารกิจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ และการขับเคลื่อนประเด็นเศรษฐกิจสุขภาพ โดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ รวมทั้งเครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ และการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพโดยการนำนโยบาย Health for Wealth สู่การปฏิบัติ ร่วมกับวาระการพัฒนาเพื่อสร้างความมั่งคั่ง มั่นคง และยั่งยืนของประเทศไทยนั้น เป็นศักยภาพสำคัญที่หน่วยงานในสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกันขับเคลื่อน ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนา และบูรณาการให้เกิดกิจกรรมสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทย

๕. กราฟแท่ง / แผนภูมิ / ตาราง แยกรายเขตฯ และผลรวมทุกเขต

เขตสุขภาพ	จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
1	170 แห่ง
2	102 แห่ง
3	48 แห่ง
4	81 แห่ง
5	95 แห่ง
6	27 แห่ง
7	40 แห่ง
8	43 แห่ง
9	40 แห่ง
10	43 แห่ง
11	119 แห่ง

เขตสุขภาพ	จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
12	61 แห่ง
รวม	869 แห่ง



๖. คำอธิบายผลการดำเนินงาน จากข้อ ๕.

หน่วยงานที่รายงานเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ สามารถคัดกรองข้อมูลได้ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้แก่ สปาเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อสุขภาพ

ผลการดำเนินการในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๑ มีจำนวน ๑๗๐ แห่ง เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๒ มีจำนวน ๑๐๒ แห่ง เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๓ จำนวน ๔๘ แห่ง เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๔ มีจำนวน ๘๑ แห่ง เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๕ จำนวน ๙๕ แห่ง เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๖ มีจำนวน ๒๗ แห่ง เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๗ มีจำนวน ๔๐ แห่ง เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๘ มีจำนวน ๔๓ แห่ง เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๙ มีจำนวน ๔๐ แห่ง เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีจำนวน ๔๓ แห่ง เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๑๑ มีจำนวน ๑๑๙ แห่ง เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีจำนวน ๖๑ แห่ง

๗. สรุปผลภาพรวม ผ่าน / ไม่ผ่านเกณฑ์ เขตที่ดำเนินการได้ดีที่สุด

ผลการดำเนินการส่งข้อมูลรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประเด็นที่ ๑ Health For Wealth มีหน่วยงานที่รายงานข้อมูลผ่านเกณฑ์ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒

๘. ปัญหา / สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความสำเร็จ

- การสนับสนุนองค์ความรู้ แนวทาง แบบฟอร์ม และการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพจากหน่วยงานส่วนกลาง ให้กับหน่วยงานระดับจังหวัดพื้นที่เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การสื่อสารรายละเอียด เกณฑ์การประเมินของตัวชี้วัดภายใต้ของประเด็นตรวจราชการอย่างครอบคลุม ครบถ้วน กับให้หน่วยงานระดับจังหวัด

เขตสุขภาพที่	ปัญหา/สาเหตุ
๑	<p>๑. จังหวัดยังไม่ได้จัดทำ อบรมพัฒนาศักยภาพ บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย ด้านการส่งเสริมและพัฒนาสถานประกอบการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้มี มาตรฐานตามที่กำหนด</p> <p>๒. จังหวัดยังไม่ได้จัดทำแผนงานขับเคลื่อนและ พัฒนาสถานประกอบการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพยังขาดการบูรณาการกับหน่วยงาน/ภาคส่วนที่ เกี่ยวข้องในพื้นที่</p> <p>๓. จังหวัดยังไม่ได้จัดตั้งคณะทำงานส่งเสริมและ พัฒนาสถานประกอบการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ระดับจังหวัด</p> <p>๔. จังหวัดยังไม่ได้จัดตั้งเครือข่ายสถานประกอบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ</p>
๒	<p>๑. จากภาวะเศรษฐกิจและภาวะการ ระบาดของโรคไวรัสโควิด ๑๙ ทำให้ ผู้ประกอบการไม่สามารถดำเนินกิจการต่อได้ บางรายหยุดกิจการหรือทำกิจการอื่นๆ ร่วมด้วยทำให้อาจมี ปัญหาในการปฏิบัติให้ได้ตามเกณฑ์ มาตรฐาน</p> <p>๒. ผู้ประกอบการเกิดความไม่มั่นใจในการลงทุนที่จะปรับปรุงร้านพัฒนา ยกระดับมาตรฐานสถานประกอบการ เพราะคิดว่ารายรับที่จะได้ไม่คุ้มค่างับ การลงทุน</p> <p>๓. ผู้ประกอบการยังไม่สนใจเข้าร่วม การประเมิน เนื่องจากเห็นว่าไม่มี ผลประโยชน์ที่ชัดเจน อย่างเป็นรูปธรรม</p>
๓	<p>๑. แหล่งท่องเที่ยวเป็นจังหวัดรองจำนวนนักท่องเที่ยวน้อยอาจมีความเสี่ยงต่อการลงทุนและ อาจจะไม่ได้รับความนิยมในระดับประเทศ</p> <p>๒. การค้นหาและคัดเลือกผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการยกระดับมาตรฐานสถานประกอบการให้สูงขึ้นต้องอาศัยความสนใจของผู้ประกอบการ</p>
๔	<p>๑. ไม่ใช่เมืองที่เป็นบริบทการท่องเที่ยว</p> <p>๒. ผู้ประกอบการจังหวัดนครนายก ส่วนใหญ่ยัง ขาดแคลนการสนับสนุน ด้านเงินทุนในการพัฒนา สถานประกอบการ</p> <p>๓ การเพิ่มขึ้นของจำนวน สถานประกอบการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพใน จังหวัดนครนายก มีองค์ประกอบหลายส่วน ทั้งสภาพเศรษฐกิจ และ การเข้ามาของนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทย และชาวต่างชาติในจังหวัด โดยจังหวัดนครนายก ส่วนใหญ่นักท่องเที่ยว เป็นชาวไทย ส่งผลให้ ผู้ประกอบการที่จะขอ ใบอนุญาตประกอบกิจการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ค่อนข้างน้อย</p> <p>๔ ผู้ปฏิบัติงานในสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดนครนายก ยังมี ความรู้ด้านเทคโนโลยี ค่อนข้างน้อย และมีส่วนหนึ่งเป็นผู้พิการทาง สายตาจึงควรมีแนวทาง ที่จะส่งเสริมรองรับ ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มนี้ ด้วย</p>
๕	<p>๑. มีการอนุญาตสถานประกอบการเพิ่มขึ้นทั้งหมด ๑๐ แห่งที่มีมาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนดแต่ยังไม่ได้ประเมินสถาน ประกอบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ</p> <p>๒. สถานประกอบการประเภท สถานพยาบาล ๘ แห่ง นวดเพื่อ สุขภาพ ๙ แห่ง รวมเป็น ๑๗ แห่ง เป็นฐานข้อมูลระหว่างดำเนินการ ประเมินจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพที่ได้มาตรฐานโดยใช่ แบบประเมินควบคุมการติดเชื้อจากกรม สบส.ที่ยังไม่ชัดเจน</p> <p>๓. สถานบริการด้านสุขภาพ บางแห่งยังไม่ได้ รับมาตรฐานตามที่ กฎหมายกำหนด และยัง ไม่ได้รับการพัฒนาเข้าสู่มาตรฐานระดับสูง เพื่อต้อนรับนักท่องเที่ยว</p>
๖	๑. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพยังไม่ได้รับการพัฒนา

เขตสุขภาพที่	ปัญหา/สาเหตุ
	<p>๒. การบริหารจัดการบูรณาการเชื่อมโยงนโยบายและแผนการทองเที่ยวเชิงสุขภาพ</p> <p>๓. การพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ให้มี ศักยภาพในการส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้เข้าสู่มาตรฐานสากล</p>
๗	<p>๑. แนวทางการดำเนินการอัตรการ เพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการทองเที่ยวเชิงสุขภาพไม่ชัดเจนรวมทั้งเป้าหมายของตัวชี้วัด คำนิยาม และผลงานที่จะวัดผล สำเร็จของตัวชี้วัดไม่ชัดเจน</p> <p>๒. การทำงานในระดับพื้นที่ ยังขาดปัจจัย ทางการบริหารที่สร้างการขับเคลื่อนการพัฒนา งานด้านการพัฒนาการทองเที่ยวเชิงสุขภาพและ การแพทย์</p> <p>๓. การชี้แจงและสื่อสารประเด็นตรวจราชการล่าช้า</p> <p>๔. ขาดการบูรณาการกับผู้ที่เกี่ยวข้องทั้ง ส่วนกลางและระดับพื้นที่การพัฒนาสถานประกอบการด้านทองเที่ยวเชิงสุขภาพทั้งเชิง นโยบายและเป้าหมายดำเนินการ</p> <p>๕. รายละเอียดตัวชี้วัดยังไม่ชัดเจนทำให้ การดำเนินงานในช่วงแรกเกิดความล่าช้า และไม่แน่ชัดในการวางแผนการดำเนินงาน</p> <p>๖. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดตรวจราชการในส่วนกลางไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องและชัดเจน</p> <p>๗. ผู้ประกอบกิจการขาดแรงจูงใจ ไม่เห็นความสำคัญ ประโยชน์ ผลตอบแทน และรายได้ที่จะเพิ่มขึ้น จากการเข้าร่วมการยกระดับสถานประกอบการด้านการทองเที่ยวเชิงสุขภาพ</p> <p>๘. เกณฑ์มาตรฐานเพื่อยกระดับสถานประกอบการด้านการทองเที่ยวเชิงสุขภาพค่อนข้าง ยาก สถานประกอบการมีข้อจำกัดในการ ที่จะพัฒนาให้เข้าถึงเกณฑ์ และเกณฑ์ฯ ในบางข้อ ไม่สอดคล้องกับบริบทของสถานประกอบการ ถือเป็นต้นทุนที่ผู้ประกอบการต้องแบกรับ ส่งผลให้อาจไม่ได้รับความร่วมมือในการพัฒนา และ การประเมินต้องใช้ดุลยพินิจของผู้ประเมินซึ่ง ส่งผลต่อผลการประเมินที่ไม่เป็นมาตรฐาน เดียวกัน</p> <p>๙. มีการปรับเปลี่ยนแก้ไขเกณฑ์มาตรฐานอยู่ตลอดทำให้ต้องมีการชี้แจงทำความเข้าใจ หลายครั้ง จนทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสน</p> <p>๑๐. การสนับสนุนงบประมาณจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพไม่เพียงพอในการพัฒนา ผู้ประกอบการ และการตรวจประเมิน กำกับ มาตรฐานการจัดการบริการของสถานประกอบการ ทั้งสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ และมีความล่าช้าในการจัดสรร</p> <p>๑๑. งบประมาณที่ใช้ในการพัฒนายกระดับสถานประกอบการด้านการทองเที่ยวเชิงสุขภาพ เป็นต้นทุนที่ผู้ประกอบการต้องแบกรับ</p> <p>๑๒. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดตรวจราชการใน ส่วนกลางไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องและชัดเจน</p>
๘	<p>๑. ความไม่ชัดเจนในประเด็นเป้าหมายของตัวชี้วัด คำนิยาม และผลงานที่จะวัดผลสำเร็จของตัวชี้วัด งบประมาณดำเนินงานที่ไม่เพียงพอ ต่อภาระงาน รวมถึงบุคลากรในกลุ่ม คุ่มครองผู้ประกอบการของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพเขต</p> <p>๒. การสนับสนุนงบประมาณ จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีความล่าช้า และไม่เพียงพอ</p> <p>๓. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมการแพทย์แผนไทยฯ ควรชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่ระดับส่วนกลาง และบูรณาการ ตัวชี้วัดเพื่อลดความซับซ้อนและ</p>

เขตสุขภาพที่	ปัญหา/สาเหตุ
	ความไม่ชัดเจน ในการดำเนินการฯ
๙	๑. ผู้ประกอบการบางรายยังขาดแหล่งเงินทุนสำหรับพัฒนาด้านสถานที่และเครื่องมือที่จำเป็นในการผลิต ๒. ผู้ประกอบการยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสถานที่ และการผลิตผลิตภัณฑ์ให้มีคุณภาพมาตรฐาน รวมไปถึงการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์และการโฆษณาผลิตภัณฑ์
๑๐	๑. เนื่องจากไม่ใช่เมืองท่องเที่ยว ทำให้จำนวนสถานประกอบการฯ มีจำนวนน้อย ๒. สถานประกอบการให้ความสนใจในการพัฒนาและเข้าร่วมจำนวนน้อย ๓. สถานประกอบการที่สนใจแต่ยังขาดสื่อประชาสัมพันธ์นำเสนอเส้นทางให้มีความน่าสนใจ ๔. ผู้ประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้ให้บริการยังขาดความรู้ในเรื่องของกฎหมายและมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๕. งบประมาณในการดำเนินงาน
๑๑	แรงงานภาคธุรกิจบริการสุขภาพเนื่องจากสถานการณ์โควิด-๑๙ ทำให้แรงงานย้ายถิ่นฐานปัจจุบันเมื่อเปิดประเทศมีนักท่องเที่ยวเข้ามาจำนวนมากทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงานภาคบริการในจังหวัดท่องเที่ยวสำคัญ
๑๒	สสจ.ไม่ทราบความชัดเจนของเกณฑ์ประเมิน เนื่องจาก การสื่อสารที่ไม่เป็นทางการมีหลายวาระ หลายช่องทาง และล่าช้า

๙. ข้อเสนอแนะ

- การบูรณาการสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดเข้ากับเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เป็นเป้าหมายและการพัฒนาของจังหวัด

- ให้มีการจัดทำแผนส่งเสริมเชิงรุกแก่สถานประกอบการให้ได้รับมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดทั้งในส่วนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และสถานพยาบาล เพื่อบริการนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพิ่มเติมจากจังหวัดเป้าหมาย

- กำหนดตัวชี้วัดและรายละเอียดการประเมินใน Template ให้มีความชัดเจน

- ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาการท่องเที่ยว และ เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism & Wellness Hub) ของกระทรวงสาธารณสุข

- การสร้างฐานข้อมูล การสร้างมาตรฐาน ยกระดับสู่สากลเพื่อการยอมรับ หาเวทีเพิ่มเติม สร้างภาคีเครือข่าย เรียนรู้รูปแบบ โมเดล อัตลักษณ์ การจัดการด้านการท่องเที่ยว

- บูรณาการงานภาคีเครือข่ายการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

- ควรมีการจัดตั้งคณะทำงานโดยมีภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อบูรณาการฐานข้อมูลเส้นทางท่องเที่ยวฯ เพื่อเพิ่มความน่าสนใจของเส้นทาง

- ควรเพิ่มข้อมูล Herb Product, หมู่บ้านปลอดสารพิษ, หมู่บ้านการผลิตสมุนไพร, สถานที่ท่องเที่ยวหรืออื่นๆ ที่น่าสนใจลงในเส้นทางฯ

- พัฒนาเส้นทางโดยใช้ infographic ที่เข้าใจง่าย น่าสนใจ มีความสวยงาม และนำไปประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่างๆ ให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้

๑๐. แผนการติดตาม (จากผู้นิเทศ)

สำหรับพื้นที่

- ให้บูรณาการสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด เข้ากับเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เป็นเป้าหมายการพัฒนาของจังหวัด

- ให้มีการจัดทำแผนส่งเสริมเชิงรุกแก่สถานประกอบการให้ได้รับมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดทั้งในส่วนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และสถานพยาบาล เพื่อรองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มเติมจากจังหวัดเป้าหมาย

สำหรับส่วนกลาง

- ขอให้กำหนดตัวชี้วัดและรายละเอียดการประเมินในTemplate ให้มีความชัดเจน

- ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาการท่องเที่ยว และ เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism & Wellness Hub) ของกระทรวงสาธารณสุข

- การสร้างฐานข้อมูล การสร้างมาตรฐาน ยกระดับสู่สากลเพื่อการยอมรับ หาเวทีเพิ่มเติม สร้างภาคีเครือข่าย เรียนรู้รูปแบบ โมเดล อัตลักษณ์ การจัดการด้านการท่องเที่ยว

- บูรณาการงานภาคีเครือข่ายการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ รอบที่ ๑

ประเด็นที่ ๑ : Health for wealth

ประเด็นตรวจราชการ : Health for Wealth

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) / แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น

๑) เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมาย : เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากปีที่ผ่านมา หรือ ๓๖ แห่ง/เขตสุขภาพละ ๑ แห่ง

ผลงาน ผ่านทุกเขตสุขภาพเนื่องจากการส่งเสริมการส่งเสริมรับรองทุกเขตสุขภาพ โดยมี ๑๐ เขตสุขภาพที่มีผลงานเกิน Small success เนื่องจากการรับรองศูนย์เวลเนสแล้วดังนี้

เขตสุขภาพที่ ๑ เชียงใหม่ จำนวน ๒ แห่ง ลำปาง จำนวน ๑ แห่ง

เขตสุขภาพที่ ๒ สุโขทัย จำนวน ๔ แห่ง เพชรบูรณ์ จำนวน ๑ แห่ง

เขตสุขภาพที่ ๓ กำแพงเพชร จำนวน ๑ แห่ง

เขตสุขภาพที่ ๔ นครนายก จำนวน ๑ แห่ง สระบุรี จำนวน ๖ แห่ง และอ่างทอง จำนวน ๑ แห่ง

เขตสุขภาพที่ ๕ สมุทรสาคร จำนวน ๑ แห่ง กาญจนบุรี จำนวน ๕ แห่ง ประจวบคีรีขันธ์ จำนวน ๒ แห่ง และเพชรบุรี จำนวน ๑ แห่ง

เขตสุขภาพที่ ๖ ชลบุรี จำนวน ๔ แห่ง ฉะเชิงเทรา จำนวน ๔ แห่ง ระยอง จำนวน ๙ แห่ง และสมุทรปราการ จำนวน ๔ แห่ง

เขตสุขภาพที่ ๘ เลย จำนวน ๘ แห่ง

เขตสุขภาพที่ ๙ นครราชสีมา จำนวน ๑ แห่ง ชัยภูมิ จำนวน ๑ แห่ง

เขตสุขภาพที่ ๑๑ กระบี่ จำนวน ๑๗ แห่ง พังงา จำนวน ๑ แห่ง สุราษฎร์ธานี จำนวน ๑ แห่ง และ นครศรีธรรมราช จำนวน ๑ แห่ง

เขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร จำนวน ๖ แห่ง

**** ส่วน เขตสุขภาพที่ ๗, ๑๐ และ ๑๒ อยู่ระหว่างดำเนินการ**

๒) สรุปสถานการณ์

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มีการดำเนินการด้านการประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวนสถานประกอบการทำการประเมินตนเองและเตรียมพร้อมเข้าสู่การประเมินเป็นศูนย์เวลเนส ทั้งนี้ได้จัดทำ Web site: <https://thaicam.go.th/wellness-center> เพื่อให้สถานประกอบการลงทะเบียนเพื่อประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินศูนย์เวลเนส ผ่านระบบออนไลน์รวมถึงเป็นแหล่งข้อมูลของศูนย์เวลเนสที่รับรองโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การดำเนินงานศูนย์เวลเนสจะเกิดประโยชน์ที่สำคัญคือ

๑. มีต้นแบบศูนย์เวลเนสที่มีคุณภาพและมีอัตลักษณ์เฉพาะตัว
 ๒. เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ การดูแล ป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการ/ผู้บริโภค
 ๓. ประชาชน / นักท่องเที่ยวมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง
- สอดคล้องกับการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์
ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร
โดยผลการดำเนินการในภาพรวมที่ผ่านมา ผลดังนี้

สถานประกอบการแต่ละประเภท	สมัครเข้าร่วม (แห่ง)	ผ่านการประเมิน (แห่ง)	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ (แห่ง)
ศูนย์เวลเนส ประเภทที่พักนักท่องเที่ยว	๗๙	๒๕	๕๔
ศูนย์เวลเนส ประเภทภัตตาคาร	๕๓	๑๑	๔๒
ศูนย์เวลเนส ประเภทนวดเพื่อสุขภาพ	๕๐	๕	๔๕
ศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ	๕๕	๑๐	๔๕
ศูนย์เวลเนส ประเภทสถานพยาบาล	๘๓	๑๕	๖๘
รวม	๓๒๐	๖๖	๒๕๔

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๑. ในบางจังหวัดบุคลากรยังขาดความเข้าใจของระบบงานและวิธีการประเมินผล
๒. ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานในระดับจังหวัด
๓. การเชื่อมโยงระหว่าง Wellness Center และเส้นทางท่องเที่ยวในพื้นที่ยังทำแยกส่วนไม่ได้มีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน
๔. ผู้ประกอบการบางพื้นที่ยังไม่เห็นถึงความสำคัญและผลประโยชน์ที่จะได้รับการยกระดับมาตรฐานให้เป็นศูนย์เวลเนส

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑. การจัดประชุมชี้แจงผู้ประกอบการในส่วนของเกณฑ์การประเมินศูนย์เวลเนสและสิทธิประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
๒. บูรณาการการพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการเชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ
๓. การบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งในระดับจังหวัดและในส่วนกลาง
๔. การสื่อสารประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้มแข็งของแบรนด์ รวมถึงการวางแผนการประเมินมูลค่าทางเศรษฐกิจ
๕. มีสิทธิประโยชน์ให้กับผู้ประกอบการ เช่น ด้านภาษี

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การมีต้นแบบศูนย์เวลเนสที่มีคุณภาพและมีอัตลักษณ์เฉพาะตัวจะทำให้เกิดเครือข่ายของผู้ประกอบการที่จะให้คำแนะนำ/ คำปรึกษา/ บริการเพื่อการสร้างเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ มีมิติทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ อีกทั้งสร้างทางเลือกในการดูแลสุขภาพ (Self-Care) แบบองค์รวมให้กับประชาชน เกิดเป็นรายได้ที่เพิ่มขึ้น ประชาชนสุขภาพดีและพึ่งตนเองได้

๒. การทำงานบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑. คุณภาพของสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่นักท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศ

๒. การลงพื้นที่เพื่อติดตามการประเมินผลสถานประกอบการตามเกณฑ์การประเมินศูนย์เวลเนส

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๑ : Health for Wealth

๑. ประเด็นตรวจราชการ : Health for Wealth

๒. หัวข้อ : ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) / แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น เป้าหมาย: เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากปีที่ผ่านมา หรือ ๓๖ แห่ง/เขตสุขภาพละ ๑ แห่ง

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

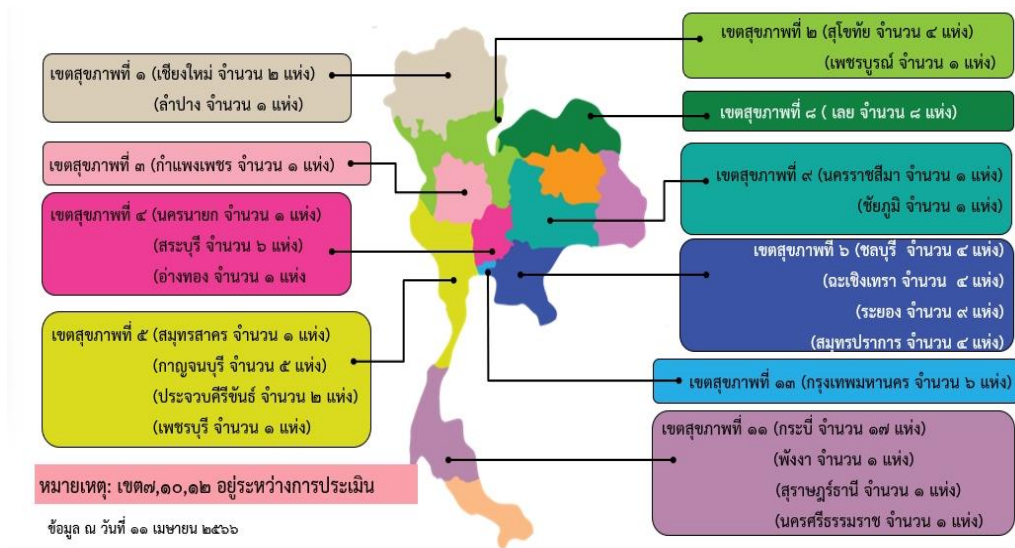
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มีการดำเนินการด้านการประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวนสถานประกอบการทำการประเมินตนเองและเตรียมพร้อมเข้าสู่การประเมินเป็นศูนย์เวลเนส ทั้งนี้ได้จัดทำ Web site: <https://thaicam.go.th/wellness-center> เพื่อให้สถานประกอบการลงทะเบียนเพื่อประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินศูนย์เวลเนส ผ่านระบบออนไลน์รวมถึงเป็นแหล่งข้อมูลของศูนย์เวลเนสที่รับรองโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การดำเนินงานศูนย์เวลเนสจะเกิดประโยชน์ที่สำคัญคือ

๑. มีต้นแบบศูนย์เวลเนสที่มีคุณภาพและมีอัตลักษณ์เฉพาะตัว
๒. เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ การดูแล ป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการ/ ผู้บริโภค
๓. ประชาชน / นักท่องเที่ยวมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง สอดคล้องกับการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร

๕. ผลการประเมิน (รอบที่ ๑)



ผลการดำเนินงาน พบว่า ผ่านเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามตัวชี้วัดและผ่านทุกเขตสุขภาพเนื่องจากการส่งเสริมการรับบริการรับรองทุกเขตสุขภาพ โดยมี ๑๐ เขตสุขภาพที่มีผลงานเกิน Small success เนื่องจากการรับรองศูนย์เวลเนสแล้ว ดังนี้

- เขตสุขภาพที่ ๑ เชียงใหม่ จำนวน ๒ แห่ง คือ ประเภทสปาและสถานพยาบาล ลำปาง จำนวน ๑ แห่ง คือประเภทสปา

- เขตสุขภาพที่ ๒ สุโขทัย จำนวน ๔ แห่ง คือประเภทที่พัก ๒ แห่ง และภัตตราคาร ๒ แห่ง เพชรบูรณ์ จำนวน ๑ แห่ง คือประเภทที่พัก

- เขตสุขภาพที่ ๓ กำแพงเพชร จำนวน ๑ แห่ง คือประเภทสถานพยาบาล

- เขตสุขภาพที่ ๔ นครนายก จำนวน ๑ แห่ง คือประเภทที่พัก สระบุรี จำนวน ๖ แห่ง คือประเภทที่พัก ๒ แห่ง ภัตตราคาร ๑ แห่ง สปา ๒ แห่ง สถานพยาบาล ๑ แห่ง และอ่างทอง จำนวน ๑ แห่ง คือประเภทนวด

- เขตสุขภาพที่ ๕ สมุทรสาคร จำนวน ๑ แห่ง คือประเภทสถานพยาบาล กาญจนบุรี จำนวน ๕ แห่ง คือประเภทที่พัก ๒ แห่ง ภัตตราคาร ๑ แห่ง นวด ๑ แห่ง สถานพยาบาล ๑ แห่ง ประจวบคีรีขันธ์ จำนวน ๒ แห่ง คือประเภทที่พัก ๑ แห่ง ภัตตราคาร ๑ แห่ง และเพชรบุรี จำนวน ๑ แห่ง คือประเภทสปา

- เขตสุขภาพที่ ๖ ชลบุรี จำนวน ๔ แห่ง คือประเภทที่พัก ๑ แห่ง สปา ๓ แห่ง ฉะเชิงเทรา จำนวน ๔ แห่งคือประเภท ที่พัก ๑ แห่ง นวด ๑ แห่ง สปา ๑ แห่ง สถานพยาบาล ๑ แห่ง ระยอง จำนวน ๙ แห่ง คือประเภทที่พัก ๑ ภัตตราคาร ๑ แห่ง สถานพยาบาล ๗ แห่ง และสมุทรปราการ จำนวน ๔ แห่ง คือประเภทที่พัก ๒ แห่ง ภัตตราคาร ๑ แห่ง สปา ๑ แห่ง

- เขตสุขภาพที่ ๘ เลย จำนวน ๘ แห่ง คือประเภทที่พัก ๓ แห่ง ภัตตราคาร ๑ แห่ง นวด ๒ แห่ง สปา ๑ แห่ง สถานพยาบาล ๑ แห่ง

- เขตสุขภาพที่ ๙ นครราชสีมา จำนวน ๑ แห่ง คือประเภทสถานพยาบาล ชัยภูมิ จำนวน ๑ แห่ง คือประเภทภัตตราคาร

- เขตสุขภาพที่ ๑๑ กระบี่ จำนวน ๑๗ แห่ง คือประเภทที่พัก ๘ แห่ง ภัตตราคาร ๔ แห่ง นวด ๑ แห่ง สปา ๓ แห่ง สถานพยาบาล ๑ แห่ง พังงา จำนวน ๑ แห่ง คือประเภทที่พัก สุราษฎร์ธานี จำนวน ๑ แห่ง คือประเภทสปา และ นครศรีธรรมราช จำนวน ๑ แห่ง คือประเภทสถานพยาบาล

- เขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร จำนวน ๖ แห่ง คือประเภทที่พัก ๒ ภัตตราคาร ๒ สถานพยาบาล ๒ แห่ง

โดยผลการดำเนินการในภาพรวมที่ผ่านมา ผลดังนี้

สถานประกอบการแต่ละประเภท	สมัครเข้าร่วม (แห่ง)	ผ่านการประเมิน (แห่ง)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (แห่ง)
ศูนย์เวลเนส ประเภทที่พักนักท่องเที่ยว	๗๙	๒๕	๕๔
ศูนย์เวลเนส ประเภทภัตตราคาร	๕๓	๑๑	๔๒
ศูนย์เวลเนส ประเภทนวดเพื่อสุขภาพ	๕๐	๕	๔๕
ศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ	๕๕	๑๐	๔๕
ศูนย์เวลเนส ประเภทสถานพยาบาล	๘๓	๑๕	๖๘
รวม	๓๒๐	๖๖	๒๕๔

๖. ปัญหา/ สาเหตุ/ สิ่งสะท้อนความไม่สำเร็จ

การวิเคราะห์ปัญหาแยกเป็นตามกรอบ ๖ Building Block Plus Framework

ระดับการจัดการ	ปัญหา/สาเหตุ/สิ่งสะท้อน
๑. Service Delivery	- ในบางจังหวัดบุคลากรยังขาดความเข้าใจของระบบงานและวิธีการประเมินผล
๒. Workforce	- ผู้ประกอบการศูนย์เวลเนสยังไม่ได้รับการอบรม และในบางจังหวัดผู้ตรวจประเมินเวลเนสยังไม่ผ่านการอบรม
๓. Data & IT	- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ประกอบการยังไม่ทั่วถึง
๔. Supply	- คู่มือเกณฑ์การประเมินศูนย์เวลเนสยังเป็นการให้คะแนนแบบกว้างๆ ต้องใช้ประสบการณ์ร่วมในการประเมิน
๕. Finance	- ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานในระดับจังหวัด
๖. Governance	- การเชื่อมโยงระหว่าง Wellness Center และเส้นทางการท่องเที่ยวในพื้นที่ยังทำแยกส่วนไม่ได้มีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน
๗. Participation	- ผู้ประกอบการบางพื้นที่ยังไม่เห็นถึงความสำคัญและผลประโยชน์ที่จะได้รับการยกระดับมาตรฐานให้เป็นศูนย์เวลเนส - ในบางจังหวัดยังไม่มีเครือข่ายพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่

๗. ข้อเสนอแนะ

๗.๑ สำหรับพื้นที่

๑. การผลักดันนโยบายในพื้นที่โดยขอรับสนับสนุนงบประมาณจังหวัดในการดำเนินงานเพื่อบูรณาการงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การท่องเที่ยว วิชากิจชุมชน พัฒนาสังคม เป็นต้น
๒. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้แก่ผู้ประกอบการในพื้นที่ทราบถึงประโยชน์ในการสร้างมูลค่าของสถานประกอบการแต่ละประเภท

๗.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. การจัดประชุมชี้แจงผู้ประกอบการในส่วนของเกณฑ์การประเมินศูนย์เวลเนสและสิทธิประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
๒. บูรณาการการพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการเชื่อมโยงเส้นทางการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ
๓. การบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งในระดับจังหวัดและในส่วนกลาง
๔. การสื่อสารประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้มแข็งของแบรนด์ รวมถึงการวางแผนการประเมินมูลค่าทางเศรษฐกิจ
๕. มีสิทธิประโยชน์ให้กับผู้ประกอบการ เช่น ด้านภาษี

๘. แผนการติดตาม

๑. คุณภาพของสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่นักท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศ
๒. การลงพื้นที่เพื่อติดตามการประเมินผลสถานประกอบการตามเกณฑ์การประเมินศูนย์เวลเนส

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑

ประเด็นที่ ๑ : Health for Wealth

ประเด็นตรวจราชการ : Health for Wealth

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๑) เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมาย : ร้อยละ ๕๐ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต

ผลงาน : ผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดเลือกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ๙๗๐ รายการ ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๖๒๓ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๒๓ (ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

๒) สรุปสถานการณ์

ปี ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายสำคัญและมุ่งเน้น เรื่อง การนำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ (Health for Wealth) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงได้กำหนดตัวชี้วัดร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต เพื่อมุ่งเน้นการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในกลุ่มผู้ประกอบการระดับฐานราก และ ผลการดำเนินงานภาพรวมของประเทศได้บรรลุค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ทั้งปีแล้ว โดยมีผลงาน ณ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เท่ากับ ร้อยละ ๖๔.๒๓

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- ๓.๑ การขาดแคลนเงินทุนในการพัฒนาสถานที่ผลิต ผลิต และบรรจุภัณฑ์ของผู้ประกอบการ
- ๓.๒ ผู้ประกอบการขาดความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาสถานที่ผลิตและการขออนุญาตผลิตภัณฑ์

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

การบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีกิจกรรมในเรื่องของการส่งเสริมผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานราก กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการจะส่งเสริมเพื่อทำให้เกิดการส่งเสริมแบบครบวงจรตั้งแต่การเพาะปลูกจนถึงการตลาดและการส่งออก และควรมีการจัดทำฐานข้อมูลผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากร่วมกันในทุกหน่วยงาน เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถเข้าถึงและแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในเรื่องของการส่งเสริมผู้ประกอบการต่อไป

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ๕.๑ นโยบายสำคัญปี ๒๕๖๖ เรื่องการนำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ (Health For Wealth)
- ๕.๒ ความชัดเจนของแผนดำเนินงานและกาหนดค่าเป้าหมายตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ
- ๕.๓ ความร่วมมือในการทำงานส่งเสริม ติดตาม ประสานงานและแก้ปัญหาหารือ ออ. และพื้นที่
- ๕.๔ การทำงานแบบเชิงรุก (Proactive) และช่องทาง fast track ให้กับผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

- ๖.๑ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้สอดคล้องกับ wellness economy มากยิ่งขึ้น
- ๖.๒ การส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ยังไม่ได้รับอนุญาต
- ๖.๓ แผนการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีมูลค่าเพิ่มขึ้น หรือ พัฒนาให้มินิวัตกรรมยิ่งขึ้น
- ๖.๔ การคัดเลือกกลุ่มผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชนให้เข้าร่วมประกวดเข้ารับรางวัล ออย.ควอลิตี้ อวอร์ด

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑

ประเด็นที่ ๑ : Health for Wealth

๑. ประเด็นตรวจราชการ : Health for Wealth

๒. หัวข้อ /ตัวชี้วัด : ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๔. สถานการณ์

ปี ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายสำคัญและมุ่งเน้น เรื่อง การนำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ (Health for Wealth) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงได้กำหนดตัวชี้วัดร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต เพื่อมุ่งเน้นการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในกลุ่มผู้ประกอบการระดับฐานราก ได้แก่ ผู้ประกอบการกลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มวิสาหกิจรายย่อย และกลุ่มผู้ประกอบการรายเล็กที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน โดยมีการทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัดเพื่อค้นหาและกำหนดผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งรายการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนเป้าหมาย และดำเนินการให้คำปรึกษาแนะนำส่งเสริมกับผู้ประกอบการแบบเชิงรุก (proactive) อย่างใกล้ชิด และเปิดให้มีช่องทางเร่งด่วน (fast track) ในการยื่นขออนุญาตจนผลิตภัณฑ์ได้รับอนุญาตโดยเร็ว

๕. ผลการประเมิน (รอบที่ ๑)

๕.๑ กราฟแท่ง / แผนภูมิ / ตาราง แยกรายเขตฯ และผลรวมทุกเขต

ตารางแสดงผลการดำเนินงานส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้รับอนุญาต (๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

เขต	เป้าหมาย (รายการ)	ได้รับอนุญาต (รายการ)	ได้รับอนุญาต (ร้อยละ)	ได้รับอนุญาตแล้ว			
				อาหาร (รายการ)	เครื่องสำอาง (รายการ)	วัตถุอันตราย (รายการ)	ผลิตภัณฑ์สมุนไพร (รายการ)
1	216	148	68.52	121	26	0	1
2	54	28	51.85	23	4	1	0
3	57	51	89.47	47	4	0	0
4	49	18	36.73	15	2	0	1
5	51	30	58.82	26	4	0	0
6	61	34	55.74	21	13	0	0
7	81	39	48.15	24	15	0	0
8	80	47	58.75	29	16	0	2
9	39	12	30.77	3	9	0	0
10	71	69	97.18	68	1	0	0
11	69	42	60.87	34	5	2	1
12	142	105	73.94	99	6	0	0
รวม	970	623	64.23	510	105	3	5

๕.๒ คำอธิบายผลการดำเนินงาน จากข้อ ๕.๑

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ มีการกำหนดเป้าหมายในการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้รับอนุญาต จำนวน ๙๗๐ รายการ เป็นผลิตภัณฑ์อาหาร ๗๙๓ รายการ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ๑๖๑ รายการ ผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย ๖ รายการ และผลิตภัณฑ์สมุนไพร ๑๐ รายการ ผลการดำเนินงานในรอบ ๖ เดือน (ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖) พบว่ามีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาตแล้ว ๖๒๓ รายการ เป็นผลิตภัณฑ์อาหาร ๕๑๐ รายการ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ๑๐๕ รายการ ผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย ๓ รายการ และผลิตภัณฑ์สมุนไพร ๕ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๒๓ โดยมีรายละเอียดผลการดำเนินงาน จำแนกตามรายเขตสุขภาพ ดังนี้

เขตสุขภาพที่ ๑ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๒๑๖ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๑๔๘ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๕๒

เขตสุขภาพที่ ๒ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๕๔ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๒๘ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๘๕

เขตสุขภาพที่ ๓ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๕๗ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๕๑ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๔๗

เขตสุขภาพที่ ๔ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๔๙ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๑๘ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๗๓

เขตสุขภาพที่ ๕ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๕๑ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๓๐ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๘๒

เขตสุขภาพที่ ๖ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๖๑ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๓๔ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๗๔

เขตสุขภาพที่ ๗ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๘๑ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๓๙ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๑๕

เขตสุขภาพที่ ๘ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๘๐ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๔๗ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๗๕

เขตสุขภาพที่ ๙ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๓๙ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๑๒ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๗๗

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๗๑ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๖๙ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๑๘

เขตสุขภาพที่ ๑๑ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๖๙ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๔๒ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๘๗

เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๑๔๒ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๑๐๕ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๙๔

๕.๓ สรุปผลภาพรวม ผ่าน / ไม่ผ่านเกณฑ์ เขตที่ดำเนินการได้ดีที่สุด

ทุกเขตสุขภาพมีผลงานสูงกว่าค่าเป้าหมายรอบ ๖ เดือน (small success ๖ เดือน กำหนดค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐) และผลงานรวมของประเทศได้บรรลุค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ของปี ๒๕๖๖ โดยมีผลงาน ณ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เท่ากับ ร้อยละ ๖๔.๒๓ ทั้งนี้ เขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ดีที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ๗๑ รายการ ได้รับการอนุญาตแล้วทั้งสิ้น ๖๙ รายการ คิดเป็น ร้อยละ ๙๗.๑๘

๕.๔ นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพที่ ๑

- จ. เชียงใหม่ พัฒนาผู้ประกอบการบริษัท สวนบัวชมพู ณ จอมคีรี เกษตรอินทรีย์ จำกัด จนได้เป็นหนึ่งในศูนย์เรียนรู้ต้นแบบสถานที่ผลิตอาหารให้กลุ่มฐานราก ระดับประเทศ
- จ. ลำพูน ทำคู่มือฯ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด เพื่อเป็นตัวอย่างต้นแบบให้กับผู้ประกอบการ โดยเฉพาะลำไยเพื่อการส่งออก ช่วยเพิ่มมูลค่าได้มาก
- จ. พะเยา มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอในการพัฒนาผู้ประกอบการ

เขตสุขภาพที่ ๒

- การทำงานเชิงรุกของทีม คบส. ในการพัฒนาผู้ประกอบการรายใหม่ให้ได้มาตรฐาน อย.
- การขับเคลื่อนการทำงานงานผ่านคณะทำงานเศรษฐกิจฐานรากระดับจังหวัด

เขตสุขภาพที่ ๓

- มีกลวิธีการค้นหาผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก และมีการส่งเสริม สนับสนุนผู้ประกอบการเพื่อให้ได้รับการอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- มีการประชุมคณะกรรมการเครือข่ายองค์ความรู้ (Knowledge-Based OTOP: KBO) เพื่อวางแผนพัฒนาต่อยอดผลิตภัณฑ์ให้มีคุณภาพมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

เขตสุขภาพที่ ๔

- การทำงานเชิงรุกเพื่อพัฒนาผู้ประกอบการขนมแผงขายส่งให้ได้มาตรฐาน อย.

เขตสุขภาพที่ ๕

- มีการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ โดย บูรณาการร่วมกับกรรมการ KBO พช. อปท. หอการค้า ภาคเอกชน และสถาบันการศึกษา
- มีช่องทางพิเศษฯ เช่น Line Application เพื่อส่งเสริมสนับสนุนข้อมูลวิชาการ ให้คำแนะนำปรึกษา

เขตสุขภาพที่ ๖

- มีการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยบูรณาการภาคีเครือข่ายร่วมกับกรรมการ KBO พช. อปท. หอการค้า ภาคเอกชน และสถาบันการศึกษา

- มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้กับกลุ่มผู้ประกอบการรายย่อยในการพัฒนาผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง เช่น การสนับสนุนด้านการตรวจวิเคราะห์ของ ออย. และ ศูนย์วิทย์ฯ เขต ๖

เขตสุขภาพที่ ๗

- มีการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการค้นหากลุ่มเป้าหมายรายใหม่ เพื่อส่งเสริมพัฒนาให้ได้รับอนุญาตร่วมกับภาคีเครือข่าย
- การให้คำแนะนำแบบ proactive และช่องทาง fast track ให้กับกลุ่มเป้าหมาย

เขตสุขภาพที่ ๑๑

- การจัดทำแผนบูรณาการในการส่งเสริมผู้ประกอบการร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยได้รับการสนับสนุนการตรวจวิเคราะห์อาหารเพื่อการขออนุญาต ๒ ตัวอย่าง/จังหวัด
- จังหวัดพังงา การส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้รับอนุญาต โดยใช้แนวทาง BCG Model (ในการพัฒนาและบูรณาการกับการร่วมกับเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยมีวิสาหกิจชุมชนกลุ่มท่องเที่ยวชุมชนบ้านโคกใครเป็นต้นแบบ ในการนำเปลือกหอยซึ่งเป็นวัตถุดิบในท้องถิ่นและเป็นสิ่งเหลือใช้จากการแกะเนื้อหอยนางรม จำหน่ายมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางเพื่อสร้างมูลค่าให้กับชุมชน และไม่มีขยะเปลือกหอยเหลือทิ้ง (zero waste) ไปสร้างปัญหาในแหล่งน้ำธรรมชาติ
- จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๑) การจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายวิสาหกิจชุมชนผลิตแปรรูปผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยรับการสนับสนุนงบประมาณจาก ออย. และ ๒) มีการส่งเสริมผู้ประกอบการเชิงรุก ทำให้มีจำนวนผู้ประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งเสริมให้ได้รับอนุญาตตามแผนมากที่สุดภายในเขตสุขภาพที่ ๑๑
- มีการใช้วัตถุดิบที่มีสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ หรือเป็นเอกลักษณ์ท้องถิ่นมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อสร้างมูลค่า และเชื่อมโยงกับเส้นทางสุขภาพ เช่น ภูเก็ต : เครื่องดื่มชนิดขงส้มควายผสมขิง น้ำสับปะรดภูเก็ตชุมพระ ถั่วลิสง กากแพคั่วบด โรบัสต้า ๑๐๐% (ชนิดแคปซูล) นครศรีธรรมราช : ขนมากรอบ สุราษฎร์ธานี: ต้มโคล้งปลาเม็ง (พร้อมปรุง)
- จังหวัดระนอง มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ สัปดาห์ ๕ อำเภอ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจด้านกระบวนการผลิตและมาตรฐาน ออย.

๖. ปัญหา / สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความไม่สำเร็จ

๖.๑ แยกตามรายเขตฯ / พื้นที่

เขตสุขภาพที่ ๒

- การขาดแคลนเงินทุนในการพัฒนาสถานที่ผลิต ฉลาก และบรรจุภัณฑ์

- ข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีของผู้ประกอบการ ทำให้การยื่นขออนุญาตฯ ล่าช้า/ไม่สำเร็จ

เขตสุขภาพที่ ๗

- ขาดงบประมาณในการพัฒนาสถานที่ผลิต และผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน

เขตสุขภาพที่ ๑๒

- ด้านการเงิน ผู้ประกอบการขาดแหล่งเงินทุนในการปรับปรุงสถานที่ให้ได้มาตรฐาน
- ด้านความรู้ ผู้ประกอบการขาดความรู้ในการจัดเตรียมสถานที่และเอกสารการขออนุญาต

๗. ข้อเสนอแนะ

๗.๑ สำหรับพื้นที่

เขตสุขภาพที่ ๒

- ติดตามผู้ประกอบการที่อยู่ในขั้นตอนการพัฒนาอย่างใกล้ชิด และประชาสัมพันธ์ผู้ประกอบการที่สนใจเข้าร่วมเพิ่มเติม
- บูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงเงินทุนและผลักดันวาระการสนับสนุนผู้ประกอบการเข้าสู่การพิจารณาของคณะทำงานเศรษฐกิจฐานรากระดับจังหวัด
- ฝึกอบรมและพัฒนาเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ เพื่อสนับสนุนผู้ประกอบการเกี่ยวกับการยื่นขออนุญาตฯ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

เขตสุขภาพที่ ๓

- มีมาตรการเชิงรุกลงพื้นที่ให้คำแนะนำสถานประกอบการเป้าหมาย เพื่อให้ได้รับอนุญาตสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์

เขตสุขภาพที่ ๕

- กฎหมาย ข้อบังคับ ในด้านสถานที่ของผลิตภัณฑ์สมุนไพรไม่เหมาะกับการส่งเสริมผู้ประกอบการรายเล็ก เช่น SME, OTOP

เขตสุขภาพที่ ๗

- พัฒนาการแปรรูปผลิตภัณฑ์สมุนไพรในพื้นที่เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม

เขตสุขภาพที่ ๘

- เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ
- มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุกเพื่อหากลุ่มเป้าหมาย
- บูรณาการกับหน่วยงานภาครัฐ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมกลุ่มผู้ประกอบการรายย่อย
- เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาขออนุญาตและปรึกษาผ่านระบบออนไลน์

เขตสุขภาพที่ ๑๑

- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายให้ได้รับอนุญาตตามแผน และบูรณาการร่วมกับเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของจังหวัด

เขตสุขภาพที่ ๑๒

- บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ มหาวิทยาลัย สำนักงานพัฒนาวิสาหกิจ ฯลฯ ในการหาแหล่งเงินทุนพัฒนา
- การให้คำปรึกษาและวิเคราะห์ปัญหาแก่ผู้ประกอบการ การพัฒนาสถานที่การอบรมของบุคลากร
- การพัฒนาต่อยอดผลิตภัณฑ์โดยใช้วัตถุดิบในท้องถิ่นเพื่อให้สามารถแข่งขันได้ในเชิงพาณิชย์ แสดงถึงความเป็นอัตลักษณ์บรรจุภัณฑ์สวยงามและง่ายต่อการบริโภค

๗.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เขตสุขภาพที่ ๒

- บูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ประกอบการได้รับการสนับสนุนเงินทุนหรือการเข้าถึงแหล่งเงินทุน จากสถาบันการเงินที่ให้หรือมีมาตรการในการช่วยเหลือและผลักดันวาระการสนับสนุนปัจจัยที่จำเป็นต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตของผู้ประกอบการ เข้าสู่การพิจารณาของคณะทำงานเศรษฐกิจฐานรากระดับจังหวัด
- ฝึกอบรมและพัฒนาเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ เพื่อให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ประกอบการเกี่ยวกับการยื่นขออนุญาตฯ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

เขตสุขภาพที่ ๗

- ควรมีการบูรณาการงาน wellness economy การพัฒนาผลิตภัณฑ์ การพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการให้เป็นภาพเดียวกันเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของการวิเคราะห์งาน และดำเนินงานในภาพใหญ่ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เดียวกันคือ Health for Wealth

เขตสุขภาพที่ ๙

- มีการจัดการอบรมให้ความรู้และพัฒนาผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถยกระดับคุณภาพของการผลิต รวมถึงมีแนวทางสนับสนุนให้ผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมายสามารถมีความยั่งยืนทางเศรษฐกิจสามารถดำเนินกิจการได้อย่างต่อเนื่อง

๘. แผนการติดตาม (จากผู้นิเทศ)

- แผนการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้น
- การคัดเลือกกลุ่มผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชนให้เข้าร่วมประกวดเข้ารับรางวัล ออ.ควอลิตี้ อวอร์ด
- การพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพให้สอดคล้องกับ wellness economy ยิ่งขึ้น

สรุปผลการตรวจราชการ

ประเด็นที่ ๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
- จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
- จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑

ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

๒. หัวข้อ / ตัวชี้วัด : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)
- หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กรมสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ

๔. สถานการณ์

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีเจตนารมณ์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป ได้กำหนดให้ทุกอำเภอของทุกจังหวัดเว้นแต่กรุงเทพมหานคร มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงานดังกล่าว โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ หมายถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นฯ การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง และติดตามการดำเนินงานตามประเด็นของ พชอ. ผ่านโปรแกรม CL UCCARE

๕. ผลการประเมิน

สรุปประเด็นที่มีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพชอ. ๘๗๘ อำเภอ ดูแลกลุ่มเปราะบางจำนวน ๑๘,๒๕๙,๙๗๘ คน (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๖) รวมทั้งสิ้น ๒,๔๙๕ โครงการ (ประเด็น) ประเด็นที่มีการขับเคลื่อนสูงสุด ๕ อันดับ

๑. ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้และผู้เปราะบาง จำนวน ๔๕๔ อำเภอ (ร้อยละ ๕๑.๗๐ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
๒. อุบัติเหตุ จำนวน ๓๓๗ อำเภอ (ร้อยละ ๓๘.๓๘ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
๓. การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม จำนวน ๓๒๓ อำเภอ (ร้อยละ ๓๖.๗๘ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
๔. ยาเสพติด จำนวน ๒๖๘ อำเภอ (ร้อยละ ๓๐.๕๒ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)
๕. โรคติดต่อ จำนวน ๑๗๕ อำเภอ (ร้อยละ ๑๙.๙๓ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด)

ผลการดำเนินงาน

เขตสุขภาพ	ผลการดำเนินงาน
๑	<p>๑. ทบทวนและจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พขจ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ให้เป็นปัจจุบัน</p> <p>๒. จัดประชุมคณะกรรมการฯ ค้นหาประเด็นที่เป็นปัญหา ทำแผนการพัฒนาในภาพจังหวัด อำเภอ</p> <p>๓. กำหนดกลุ่มเป้าหมายร่วมกันและประเมินการพัฒนาตนเองในโปรแกรม CL UCCARE</p> <p>๔. จัดกลุ่มประเด็นปัญหาได้ประมาณ ๘ กลุ่มดังนี้ ๑) กลุ่มวัย ๒) ชยะ,สิ่งแวดล้อม ๓) อุบัติเหตุ ๔) บุหรี่ สุรา ยาเสพติด ๕) อาหารปลอดภัย ๖) โรคติดต่อ ๗) โรคไม่ติดต่อ ๘) อื่นๆ</p>
๒	<p>ทุกอำเภอมีการดำเนินงาน พขอ. คือการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และดำเนินกิจกรรมตามแผนแก้ไข ปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามประเด็น มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ UCCARE และมีประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างน้อยอำเภอละ ๒ ประเด็น มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด โดยแต่งตั้งคณะกรรมการเพิ่มเติมในแต่ละ ประเด็น</p>
๓	<p>ประเด็นที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่อย่างน้อย ๒ ประเด็น + กลุ่มเปราะบาง ครบทุกอำเภอ พบว่า ๓ ประเด็นแรก คือ</p> <p>๑ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๓</p> <p>๒. การลดผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ ๑๒ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกลุ่ม เปราะบาง ร้อยละ ๑๒</p> <p>๓. การป้องกันอุบัติเหตุการจราจร ร้อยละ ๑๐</p>
๔	<p>มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นปัจจุบันครบทุกอำเภอ เพื่อ ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ ใหม่อีกคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการในการดำเนินการโดยพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นไป ตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑</p>
๕	<p>มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ครบทั้ง ๖๒ อำเภอ และมี คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พขจ.) สนับสนุนนโยบายการ ขับเคลื่อนดำเนินงานของ พขอ. ๕ จังหวัด มีประเด็นปัญหาในภาพรวม ๕ อันดับแรก ได้แก่</p> <p>๑. การดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง ๒. สิ่งแวดล้อม/การจัดการขยะ ๓. อุบัติเหตุทางจราจร ๔. ยาเสพติด ๕. การควบคุมโรคติดต่อ ผลการดำเนินงานทุกอำเภอมีการประเมินตนเองรอบ ๑ ปี ๒๕๖๖ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ขึ้นไป ทุกอำเภอ</p>
๖	<p>มีการทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นปัจจุบันครบทุก อำเภอ (๖๙ อำเภอ) มีผลการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ ๓ ขึ้นไป ทั้ง ๖๙ อำเภอ มีการประชุมคณะกรรมการอย่างมีส่วนร่วมในการคัดเลือกประเด็นปัญหาการพัฒนา คุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น มีการกำหนดแผนและกลุ่มเป้าหมายในการดูแลกลุ่ม เปราะบางครบทุกอำเภอ</p>

เขตสุขภาพ	ผลการดำเนินงาน
๗	ทุกอำเภอทั้งหมด ๗๗ อำเภอ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการคัดเลือกประเด็นขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอ มีการประชุมเพื่อคัดเลือกประเด็นเพื่อนำมาพัฒนา หรือแก้ไขปัญหา ตามบริบทของพื้นที่ ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และมีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ โดยมีประเด็นของจังหวัดร่วมในการขับเคลื่อนในภาพของ พชจ.
๘	อำเภอมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่
๙	๑. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มเปราะบาง ๒. ประชุมสรุปบทเรียน สังเคราะห์ ในเชิงระบบ เชิงประเด็น และแนวทางปฏิบัติที่ดีจากการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมให้ข้อเสนอแนะ ๓. พชอ. มีการประเมินสมรรถนะตนเองตามแนวทาง UCCARE และรายงานผลการประเมินเพื่อวางแผนยกระดับการขับเคลื่อนงานร่วมกับจังหวัดและเขตสุขภาพ
๑๐	ทุกอำเภอมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการคัดเลือกประเด็นขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอ มีการประเมินตนเองตามโปรแกรม CL UCCARE และจังหวัดประเมินผลการพัฒนา ร้อยละ ๑๐๐
๑๑	เขตสุขภาพที่ ๑๑ มี อำเภอทั้งสิ้น ๗๔ อำเภอ ทบทวนคำสั่งและจัดทำคำสั่งคณะกรรมการที่เป็นปัจจุบันทุกอำเภอ ร้อยละ ๑๐๐ มีการดำเนินงานทบทวนประเด็นสำคัญของพื้นที่อย่างน้อย ๒ ประเด็น และประเด็นมุ่งเน้นในเรื่องการดูแลกลุ่มเปราะบางโดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัวในทุกรัฐบาล มีการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ UCCARE ผลการประเมินภาพรวมอยู่ในระดับ ๓ ขึ้นไปในทุกจังหวัด การบันทึกผลการประเมินลงในโปรแกรมยังไม่ครบทุกจังหวัด
๑๒	จังหวัดที่มีการประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล ได้ครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐ คือ จังหวัดปัตตานี, จังหวัดสตูล และจังหวัดสงขลา มีการทบทวนคำสั่งครบทุกอำเภอใน ๗ จังหวัด มีการประชุมคัดเลือกประเด็นปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็นปัญหา ส่วนใหญ่มีการกำหนดประเด็นกลุ่มเปราะบางเป็นประเด็นปัญหา

๕.๑ นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพที่	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
๓	จังหวัดชัยนาท กระทรวงสาธารณสุขได้คัดเลือกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหันคา เป็นตัวแทน ๑ ใน ๑๑ อำเภอของประเทศ เพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินงานระดับประเทศ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค จึงได้อนุญาต เข้ามาดำเนินโครงการ “เรื่อง การพัฒนารูปแบบแก้ไขปัญหาเพื่อลดการบริโภคโซเดียมหรือเกลือของประชาชนระดับอำเภอ ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท”

เขตสุขภาพที่	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
๓	จังหวัดนครสวรรค์ มีการดำเนินการพัฒนา พขอ.ต้นแบบบูรณาการ ด้านบริการปฐมภูมิ/๓ หมอ และ พขอ.กับสำนักงานควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์และศูนย์วิชาการ ในเขตสุขภาพที่ ๓ พื้นที่อำเภอชุมแสง
๓	จังหวัดอุทัยธานี มีการดำเนินงาน พขอ. อำเภอหนองขาหย่าง ตัวแทนเขต ๓ ในการนำเสนอเวทีพลังคน พขอ.ประเด็นการจัดการขยะ จัดทำบูธนำเสนอผลงาน และรับรางวัลเกียรติบัตร ในงานมหกรรมและพิธีมอบรางวัลพลังคน พขอ. ครั้งที่ ๒
๓	จังหวัดกำแพงเพชร มีการดำเนินงาน พขอ. อำเภอทรายทอง คนทรายทองสุขภาพดี ชะลอไตเสื่อม ด้วยกลไก ๓ หมอ และ อสค.
๔	<p>จังหวัดนนทบุรี</p> <ul style="list-style-type: none"> - พขอ.อำเภอเมืองนนทบุรี มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เป็นพื้นที่ต้นแบบในการเรียนรู้ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ ๔ รับรางวัลเชิดชูเกียรติ ใน งาน HA Forum ครั้งที่ ๒๑ (๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖) - พขอ.บางใหญ่ มีนวัตกรรมการทำงานร่วมกัน และนำกลไกคณะกรรมการ พขอ. มาใช้ในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ เป็นต้นแบบพื้นที่ในการเรียนรู้ดีเด่นในเขตสุขภาพที่ ๔ รับรางวัลเชิดชูเกียรติ ในงาน HA Forum ครั้งที่ ๒๓ (๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖) และได้รับรางวัลพณพิเือง พขอ. ในงานมหกรรมพลังคน พขอ. ครั้งที่ ๒ (๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๕)
๔	<p>จังหวัดปทุมธานี</p> <ul style="list-style-type: none"> - พขอ.อำเภอลาดหลุมแก้ว มีนวัตกรรมการจัดการขยะอินทรีย์ในชุมชน ด้วยหนอนแมลงวันลาย ด้วยนวัตกรรม ๓ ถ (ถังตกไขมัน ถังหมักก๊าซโลก ถังปลูกผักมีศัตรู) - พขอ.ธัญบุรี อำเภอธัญบุรี มีการจัดการขยะในครัวเรือนในการแปรรูปเป็นปุ๋ยอินทรีย์ จัดทำโรงรับกำจัดขยะเปียกและทำมาเป้นปุ๋ย และได้รับมอบ “เกียรติบัตรชื่นชมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ในงาน HA Forum ครั้งที่ ๒๓ (๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖)
๗	<p>จังหวัดมหาสารคาม</p> <p>ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม ได้ประกาศของขวัญปีใหม่ ปี ๒๕๖๖ ของจังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้คนจังหวัดมหาสารคาม ได้ช่วยกันสร้างของขวัญ ได้มอบของขวัญจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๖ เรื่อง คือ (๑) การจัดการขยะเปียก (๒) การปลูกต้นไม้เพื่อเป็นต้นไม้แห่งแผ่นดิน (๓) การดำเนินกิจกรรมต่อยอดของการพัฒนาคุณภาพเด็กอัจฉริยะ ด้วยกลวิธีพ่อพระ/แม่ฮักเด็ก ตักสิลา (๔) การดูแลคุณภาพประชาชนโดยการใช้ไม้เท้าพุงกาย (๕) การจัดการโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสม (๖) การดำเนินงานนโยบายหมวกกันน็อกร้อยเปอร์เซ็นต์</p>
๗	<p>จังหวัดขอนแก่น</p> <p>การดำเนินงาน พขอ.ประเด็น RTI อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่นมีการดำเนินงานโดยใช้กลไกศปก. อำเภออย่างต่อเนื่องตลอดปี มีการคืนข้อมูล และบูรณาการทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรในการดำเนินการ ผลการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตาย อำเภอชุมแพ จากปี ๒๕๖๒ อัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ๔๐ ต่อประชากรแสนคน ลดลงในปี ๒๕๖๕ เหลือ ๒๖.๖๕ ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราป่วยตายส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุวัยรุ่นวัยทำงาน</p>

เขตสุขภาพที่	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
๙	<p>จังหวัดนครราชสีมา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การควบคุมป้องกันโรคติดต่อในหมู่บ้าน (ใช้เลือดออก) - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้แนวทางโรงเรียนเบาหวานวิทยา - การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ ภายใต้ศูนย์สุขใจใกล้บ้าน
๙	<p>จังหวัดชัยภูมิ</p> <p>- โครงการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุแบบยั่งยืน สู่เป้าหมาย “ผู้สูงอายุตำบลละขาด มีสุขภาพกาย จิต สังคม ที่ดีแบบยั่งยืน” นำไปสู่กรอบแนวคิดในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลละขาด เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุรอบด้าน</p>
๙	<p>จังหวัดสุรินทร์</p> <p>- ประเด็นผู้สูงอายุ มีการกำหนดเป้าหมาย วางยุทธศาสตร์และมีมาตรการการดำเนินงานโดยภาคประชาชน/ท้องถิ่น มีส่วนร่วมใน พชต.รัตนบุรี</p>
๑๐	<p>จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>ต่อยอดและพัฒนาการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลปลาขาว อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี สู่พื้นที่ต้นแบบดีเด่น ชมรมผู้สูงอายุด้านแพทย์แผนไทยระดับประเทศ</p>
๑๒	<p>จังหวัดพัทลุง</p> <ul style="list-style-type: none"> - พขอ.ศรีบรรพต ประเด็นการขับเคลื่อนการบริหารจัดการขยะชุมชน - พขอ.กงหรา จังหวัดพัทลุง ได้รับรางวัลความมุ่งมั่นสู่รางวัลคุณภาพแห่งชาติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โครงการจัดการขยะชุมชนตำบลชะรัด รับรางวัลในการประชุมหัวหน้าส่วนจังหวัดพัทลุง
๑๒	<p>จังหวัดสตูล</p> <p>พขอ.ละงู จังหวัดสตูล ได้รับรางวัลโครงการคุณภาพชีวิต วิถีใหม่ ในชื่อโครงการต้นแบบของพื้นที่ คือ “โครงการมานิเจ้าแห่งพงไพร”</p>
๑๒	<p>จังหวัดสงขลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - พขอ.เทพา จังหวัดสงขลา รางวัลคุณภาพแห่งชาติ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๔.๐ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเงิน ภายใต้โครงการลดอุบัติเหตุทางหลวงหมายเลข ๔๓/ได้รับรางวัลอำเภอสู่ใจ ในงานมหกรรมพลังคน พขอ. ครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๖๕ - พขอ.สะเดา รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๖๕ - พขอ.นาทวี รางวัลคุณภาพแห่งชาติ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๔.๐ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต รางวัลความมุ่งมั่น ภายใต้โครงการ คนนาทวีมีสุขภาพะ ใส่ใจ ห่วงใย ดูแลกัน Nathawee Caring Society
๑๒	<p>จังหวัดยะลา</p> <p>พขอ.เมือง จังหวัดยะลา การจัดการโควิด-๑๙ โดยกลไก พขอ.ภายใต้โครงการ “อำเภอเมืองยะลา ร่วมฝ่าฟันวิกฤตโควิด-๑๙ ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดตาย”</p>
๑๒	<p>จังหวัดปัตตานี</p> <ul style="list-style-type: none"> - พขอ.เมือง รางวัลคุณภาพแห่งชาติ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๔.๐ เป็นรางวัลแห่งความมุ่งมั่น ประเด็น การดูแลผู้ป่วยโควิดภายใต้ชื่อ “จาโปญื่อแระ”

เขตสุขภาพที่	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<ul style="list-style-type: none"> - พชอ.กะพ้อ รางวัลคุณภาพแห่งชาติ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๔.๐ เป็นรางวัลแห่งความมุ่งมั่น ประเด็น การดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ - พชอ.ไม้แก่น ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอผลงานโปสเตอร์ในงานมหกรรมพลังคน พชอ. ครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๖๕

นวัตกรรมของแต่ละเขตสุขภาพ ต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์โดยจะรายงานผลการดำเนินงานในครั้งถัดไป

๖. ปัญหา/สาเหตุ/สิ่งสะท้อนความสำเร็จ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. การบันทึกโปรแกรม CL UCCARE ยังไม่ครบถ้วน และไม่ปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนด	ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด เป็นที่เล็งในการบันทึกข้อมูล และติดตามการบันทึกข้อมูลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง	ทุกอำเภอประเมินตนเองตามโปรแกรม CL UCCARE และจังหวัดประเมินผลการพัฒนาร้อยละ ๑๐๐
๒. การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน พชอ. ที่ไม่ต่อเนื่อง	ติดตามประเมินผล ผ่านโปรแกรม CL UCCARE	ประชุมสรุปบทเรียน สังเคราะห์ในเชิงระบบ เชิงประเด็น และแนวทางปฏิบัติที่ดีจากการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมให้ข้อเสนอแนะ
๓. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด - ๑๙ ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานในบางประเด็น ชะงักหรือล่าช้ากว่าแผนงาน/โครงการที่กำหนดไว้	ปรับใช้การสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ VDO Conference / Zoom และแอปพลิเคชัน ต่างๆ เช่น Line, Facebook	มีการติดตามผลการประชุมในช่องทางออนไลน์ จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) สามารถปรับแผนและดำเนินงานเกี่ยวกับประเด็นการป้องกันและเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) เพื่อไม่ให้เป็นการกระทบต่อผู้รับผิดชอบงานมากเกินไป
๓. มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยจึงทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง	มีการชี้แจงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อทบทวนประเด็นปัญหาของแต่ละพื้นที่ และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ	มีการแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างเป็นระบบ โดยให้ทีมเลขานุการดำเนินการทบทวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	ชีวิตระดับอำเภอ พัฒนาทีมเลขานุการ และคณะกรรมการให้มีความเข้มแข็ง	มีการประชุมคณะกรรมการฯ ขับเคลื่อนร่วมกัน

๗. ข้อเสนอแนะ

๗.๑ สำหรับพื้นที่

๑. ความต่อเนื่องของการดำเนินงานรายประเด็นที่ พชอ.แต่ละอำเภอคัดเลือกมาดำเนินการควรมีการกำหนดเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงานรายประเด็นที่ชัดเจนและสามารถวัดผลลัพธ์คุณภาพชีวิตของประชาชนที่กำหนดไว้ หรือผลลัพธ์ที่ต้องการ

๒. ควรมีการกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนงานในทุกมิติในแต่ละปีโดยผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบลและหมู่บ้าน ชุมชน

๓. ควรเพิ่มเครือข่ายภาคประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในด้านการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตมาร่วมเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนในการดำเนินงาน พชอ. และ พชต. เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๔. กำหนดประเด็นบริบทพื้นที่และออกแบบระบบบริการโดยคำนึงถึงผลลัพธ์เชิงคุณภาพ สอดคล้องในทุกมิติ

๕. ควรมีการประเมินตนเอง ก่อน-หลัง การดำเนินงานตามแนวทางการบันทึกข้อมูลประเมิน UCCARE รูปแบบใหม่ในโปรแกรม CL UCCARE

๗.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. ควรเพิ่มการบูรณาการในระดับกระทรวง (กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ) ระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๒. ควรมีการเพิ่มงบประมาณการขับเคลื่อน พชอ.รายอำเภอ จากกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในอำเภอที่มีขนาดใหญ่หรือเขตเมืองเนื่องจากจะมีคณะกรรมการ พชอ.และคณะอนุกรรมการในการขับเคลื่อนงานจำนวนมากกว่าอำเภอขนาดเล็ก

๓. วิเคราะห์และจัดการเครื่องมือการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ไม่ให้ซ้ำซ้อนสามารถเชื่อมโยงกันได้ ประหยัดเวลา มีความเสถียร Concept One App All Project สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นรูปธรรม

๔. ควรมีหมรรถกรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อกระตุ้นการทำงานของพื้นที่ และเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการดำเนินงานต่อไป ให้ผู้นิเทศจากทีมส่วนกลาง ร่วมเข้านิเทศพื้นที่หรือสรุปในภาพเขต เพื่อจะได้มองเห็นบริบทการทำงานในการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมาย ว่าแต่ละพื้นที่ทำอย่างไร มีปัญหาอย่างไร จะได้นำไปสู่การพัฒนาที่ตรงจุดของเป้าประสงค์ในระดับประเทศต่อไป

๕. การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสามารถนำมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ รวมทั้งหาแนวทางในการพัฒนาต่อไป

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑

ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒. หัวข้อ / ตัวชี้วัด : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๔. สถานการณ์

การพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช ๒๕๖๒ โดยมาตรา ๑๐ (๑) บัญญัติให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิมิหน้าที่และอำนาจ เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ.๒๕๖๔ -๒๕๗๓) ซึ่งเป็นการกำหนดระยะเวลาของ แผน ๑๐ ปี เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช ๒๕๖๒ มาตรา ๔๓ ที่บัญญัติไว้ภายในสิบปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้สำนักงานจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการและลักษณะพื้นที่ ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง ลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้สนับสนุนการพัฒนาแพทย์อื่นให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในหลักสูตรอบรมระยะสั้น ๒ หลักสูตร จาก การดำเนินงานระบบพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในช่วง ๖ เดือน สามารถขึ้นทะเบียนได้ตามเป้าหมาย แต่เนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ติดปัญหาเรื่องการบริหารจัดการ เรื่อง คน เงิน ของ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจำนวนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการลดลง เนื่องจากมีบุคลากรไม่เพียงพอ สำหรับการตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนระดับจังหวัดและได้มีการ ประกาศการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิพ.ศ. ๒๕๖๒ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้เปิดให้บริการสุขภาพปฐมภูมิกับประชาชนในพื้นที่ โดยมีการประกาศการขึ้นทะเบียนตาม พระราชบัญญัติพ.ศ. ๒๕๖๒ ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต จำนวนรวม ๓,๔๐๗ หน่วย แบ่งเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จำนวน ๑,๒๘๒ หน่วย และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ(NPCU) จำนวน ๒,๑๒๕ หน่วย และมีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๔๙ หน่วย

๕. ผลการประเมิน (รอบที่ ๑)

๕.๑ ผลการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ในพื้นที่ เขตสุขภาพ ๑๒ เขต และในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เขต	จำนวน DB Pop (ก.ย.๖๕)	แผน		PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียน (หน่วย)			ร้อยละ		ประชากรขึ้นทะเบียน (คน)	
		เป้า จำนวน	แผน ๑๐ปี	ปี๓-๖๕	ปี๖๖ **ครั้งที่ ๑	รวมสะสม ๖๒-๖๖	เป้า จำนวน	แผน ๑๐ปี	จำนวน	ร้อยละ
๑	๖,๐๒๘,๔๗๙	๕๙๙	๕๗๔	๓๗๘	๘	๓๘๖	๖๔.๔๔	๖๗.๒๕	๓,๕๓๓,๙๒๐	๖๕.๒๖
๒	๓,๗๐๐,๒๕๓	๓๖๙	๓๐๑	๑๘๗	๔	๑๙๑	๕๑.๗๖	๖๓.๔๖	๒,๐๑๑,๙๓๙	๕๔.๓๗
๓	๓,๐๔๖,๘๘๘	๓๐๖	๒๗๕	๑๙๑	๑	๑๙๒	๖๒.๗๕	๖๙.๘๒	๒,๐๖๔,๗๘๗	๖๗.๗๗
๔	๕,๓๐๖,๙๒๔	๕๓๑	๔๒๘	๒๑๓	๒๘	๒๔๑	๔๕.๓๙	๕๖.๓๑	๒,๕๔๙,๙๐๙	๔๘.๐๕
๕	๕,๔๒๙,๐๗๗	๕๔๒	๔๔๔	๒๔๒	๑๐	๒๕๒	๔๖.๔๙	๕๖.๗๖	๒,๖๘๒,๘๑๖	๔๙.๔๒
๖	๖,๑๔๒,๗๓๗	๖๑๒	๕๗๐	๒๓๖	๕๖	๒๙๒	๔๗.๗๑	๕๑.๒๓	๓,๑๘๓,๔๔๖	๕๑.๘๒
๗	๕,๑๓๗,๗๙๘	๕๑๖	๔๖๗	๒๘๑	๘	๒๘๙	๕๖.๐๑	๖๑.๘๘	๒,๙๘๖,๑๑๓	๕๘.๑๒
๘	๕,๖๕๔,๐๖๐	๕๖๖	๕๓๙	๓๓๒	๕๒	๓๘๔	๖๗.๘๔	๖๖.๓๒	๓,๘๘๘,๙๙๒	๖๘.๘๐
๙	๖,๘๙๕,๙๕๘	๖๙๒	๖๒๘	๓๙๖	๒๗	๔๒๓	๖๑.๑๓	๖๗.๓๖	๔,๖๒๗,๐๓๔	๖๗.๑๐
๑๐	๔,๗๑๘,๒๒๙	๔๗๓	๖๙๗	๒๒๙	๕	๒๓๔	๔๙.๔๗	๓๓.๕๗	๒,๓๗๒,๑๖๖	๕๐.๒๘
๑๑	๔,๖๑๔,๑๐๗	๔๖๑	๔๐๗	๑๙๔	๔	๑๙๘	๔๒.๙๕	๔๘.๖๕	๒,๐๕๕,๙๐๘	๔๔.๕๕
๑๒	๕,๑๕๙,๑๒๒	๕๑๕	๕๓๕	๒๙๐	๓๕	๓๒๕	๖๓.๑๑	๖๐.๗๕	๓,๒๘๓,๗๕๐	๖๓.๖๕
รวม	๖๑,๘๓๓,๕๙๒	๖,๑๘๒	๕,๙๐๕	๓๑๖๙	๒๓๘	๓,๔๐๗	๕๕.๑๑	๕๗.๗๐	๓๕,๖๔๐,๗๘๐	๕๗.๖๔
กทม.	๕,๔๗๑,๕๐๔	๕๔๔	๕๔๔	๒๖๐	๓๖	๕๕๖.๐๐	๑๐๒.๒๑	๑๐๒.๒๑	๓,๐๙๒,๓๒๖	๕๖.๕๒
รวมทั้งหมด	๖๗,๓๐๕,๐๙๖	๖,๗๒๖	๕,๗๘๕	๓๗๐๙	๒๗๔	๓,๙๖๓	๕๘.๙๒	๖๘.๕๐	๓๘,๗๓๓,๑๐๖	๕๗.๕๕

หมายเหตุ : ข้อมูลจาก สสป. ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ (ประกาศขึ้นทะเบียนครั้งที่ ๑/๖๖)

๕.๒ คำอธิบายผลการดำเนินงาน

จากตาราง ๕.๑ ผลการจัดตั้งและการประกาศขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในพื้นที่เขตสุขภาพ ๑๒ เขต สะสม (รอบ ๖ เดือน) รวมจำนวน ๓,๔๐๗ หน่วย และในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๔๙ หน่วย คิดเป็น ๕๗.๕๕ เปอร์เซ็นต์ ของเป้าหมายทั้งหมด

๕.๓ สรุปผล

จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๓,๔๐๗ หน่วย ณ เดือนมีนาคม ๒๕๖๖ ที่มา ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ครั้งที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๕.๔ นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพที่ ๑ พื้นที่ต้นแบบ เช่น PCU/NPCU ว่างเสื่อไฟ อำเภอมะนัง จังหวัดปทุมธานี / พชต. ตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

เขตสุขภาพที่ ๒ มีการสนับสนุนแพทย์ (Intern ๒) เข้ารับการอบรม Basic Course กับเขตสุขภาพที่ ๒ เพื่อรองรับการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เขตสุขภาพที่ ๔ ต้นแบบการดำเนินการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ NPCU รพ.สต.บ้านหนองหัวลิงในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

เขตสุขภาพที่ ๖ ระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม NCD โดยใช้ระบบ Telemedicine ในพื้นที่เกาะและห่างไกลของ อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี/จังหวัดฉะเชิงเทรา

เขตสุขภาพที่ ๗ การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine/ Tele-health) และขึ้นทะเบียนการจัดบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) เชื่อมโยงระบบบริการจากโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในทุกจังหวัด

เขตสุขภาพที่ ๑๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดปัตตานีมีการดำเนินงานเชื่อมโยงกับระบบ Service Plan สาขา NCD โรคหัวใจ Sepsis และอนามัยแม่และเด็ก

๖. ปัญหา/สาเหตุ/สิ่งสะท้อนความสำเร็จ

๖.๑ ภาพรวมของพื้นที่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่สามารถขึ้นทะเบียนในระยะต่อไป เริ่มไม่เพียงพอเนื่องจากแพทย์มีการย้าย/ลาออก หรือไปเรียนต่อ	๑. แผนการทดแทน/เพิ่มเติมแพทย์ทีมใหม่ ๒. เตรียมความพร้อมแพทย์เข้ารับการอบรมหลักสูตร Basic Course และ Short course ของทุกเขตสุขภาพเพื่อรองรับการขึ้นทะเบียนปี ๖๖ และชดเชยแพทย์ที่ไปประกาศอบรมหมดอายุ โยกย้าย และลาออก	๑. ส่งเสริมให้มีสถาบันวิชาการเพื่อสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๒. อยู่ระหว่างอบรมหลักสูตร Basic course และ Short course เพื่อทดแทนแพทย์ที่ไปประกาศหมดอายุ
๒. การโอนถ่าย รพ.สต. ไปสังกัดองค์กรบริหารส่วนจังหวัด ทำให้การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถดำเนินการไปตามแผนที่วางไว้	๑. ประสานความร่วมมือในระดับพื้นที่ ๒. สนับสนุนองค์ความรู้ในการปฏิบัติงานปฐมภูมิ จากกรมวิชาการในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานบริการปฐมภูมิตั้งแต่ระดับพื้นที่	๑. มีการทบทวนแผนและการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัด
๓. การจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ได้มาตรฐาน	๑. หน่วยบริการทั้งที่ขึ้นทะเบียนและยังไม่ขึ้นทะเบียน มีการประเมินตนเองตามคู่มือเกณฑ์	๑. สสป. สื่อสาร ชี้แจงกับพื้นที่เรื่องคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ	คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖	

๗. ข้อเสนอแนะ

๗.๑ สำหรับพื้นที่

๑. มีการทบทวนแผนระยะ ๑๐ ปี เพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. การพัฒนาเชิงคุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยมาตรฐานตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖

๓. ประสานความร่วมมือกับสถาบันหลักในการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวภายในเขตสุขภาพในการเปิดการอบรมทั้ง วว. / อว. / Short course / Basic course เพื่อทดแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เพียงพอ

๗.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. เพิ่มแรงจูงใจให้กับแพทย์ในการเข้ารับการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

๒. ความชัดเจนของนโยบายและทิศทางในการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในระหว่างช่วงการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๓. เขตสุขภาพทุกแห่ง ควรจัดให้มีการศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในปฐมภูมิ จากพื้นที่ต้นแบบของแต่ละจังหวัด

๔. ทบทวนตัวชี้วัดเพื่อให้สามารถสะท้อนการทำงานที่เห็นผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

๘. แผนการติดตาม (จากผู้นิเทศ)

๑. การดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถทำให้เกิดลดแออัดลดรอคอย ลดค่าใช้จ่าย ลดตายอย่างไร

๒. ประชากรทุกกลุ่มวัยในความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีการส่งเสริม ป้องกัน พิษฟู รักษา ควบคุมโรค เพื่อช่วยลดการไปรักษาของ รพช./รพท./รพศ. ได้อย่างไร

๓. การบริหารจัดการเพื่อให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวใหม่มีความเพียงพอและครอบคลุมประชาชน

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒. หัวข้อ / ตัวชี้วัด : จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๔. สถานการณ์

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขให้มีการขับเคลื่อนนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน” เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่องได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ด้วยหลักการ “เข้าถึง ครอบคลุม ต่อเนื่อง” ซึ่งครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาฟื้นฟูสุขภาพ ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลในระบบ บริการ เพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม โดยมีทีมหมอประจำตัว ๓ คน คือ อสม. หมอประจำบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อให้คนไทยทุกคนทุกคนรอบครัวมีหมอดูแลให้บริการในทุกระดับของการเจ็บป่วย ประชาชนทุกคนรอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง ๓ คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็น ต้องได้รับการบริการสุขภาพ จะได้รับบริการจากหมอทั้ง ๓ คน ตามลำดับความต้องการการดำเนินงานตามนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน”

๕. ผลการประเมิน (รอบที่ ๑)

๑) รายงานข้อมูลประชาชนที่มีชื่อขึ้นทะเบียนหมอประจำตัว ๓ คน ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

เขตสุขภาพ	ประชากรทั้งหมด DBpop (ข้อมูล ณ ก.ย.๖๕)	จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนตาม พรบ. (๓๕ ล้านคน)	ร้อยละ
๑	๖,๐๒๘,๔๗๙	๓,๙๓๓,๙๒๐	๖๕.๒๖
๒	๓,๗๐๐,๒๕๓	๒,๐๑๑,๙๓๙	๕๔.๓๗
๓	๓,๐๔๖,๘๔๘	๒,๐๖๔,๗๘๗	๖๗.๗๗
๔	๕,๓๐๖,๙๒๔	๒,๕๔๙,๙๐๙	๔๘.๐๕
๕	๕,๔๒๙,๐๗๗	๒,๖๘๒,๘๑๖	๔๙.๔๒
๖	๖,๑๔๒,๗๓๗	๓,๑๘๓,๔๔๖	๕๑.๘๒
๗	๕,๑๓๗,๗๙๘	๒,๙๘๖,๑๑๓	๕๘.๑๒
๘	๕,๖๕๔,๐๖๐	๓,๘๘๙,๙๙๒	๖๘.๘๐
๙	๖,๘๙๕,๙๕๘	๔,๖๒๗,๐๓๔	๖๗.๑๐
๑๐	๔,๗๑๘,๒๒๙	๒,๓๗๒,๑๖๖	๕๐.๒๘
๑๑	๔,๖๑๔,๑๐๗	๒,๐๕๔,๙๐๘	๔๔.๕๔
๑๒	๕,๑๕๙,๑๒๒	๓,๒๘๓,๗๕๐	๖๓.๖๕
รวม	๖๑,๘๓๓,๕๙๒	๓๕,๖๔๐,๗๘๐	๕๗.๖๔

หมายเหตุ : ข้อมูลจาก สสป. ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ (ประกาศขึ้นทะเบียนครั้งที่ ๑/๖๖)

๒) แสดงร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจาก อสม.

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ จาก อสม.	ร้อยละ
๑	๑,๓๓๙,๑๑๖	๔๘๖,๐๔๖	๓๖.๓๐
๒	๖๔๒,๕๘๙	๓๘๒,๔๔๘	๕๙.๕๑
๓	๕๘๕,๗๖๖	๓๔๑,๔๙๕	๕๘.๓๐
๔	๘๙๒,๑๙๕	๓๔๓,๕๖๘	๓๘.๕๑
๕	๙๗๘,๗๙๓	๒๘๓,๗๖๑	๒๘.๙๙
๖	๙๗๕,๙๔๖	๓๘๕,๓๙๓	๓๙.๕๙
๗	๘๖๒,๗๔๔	๖๑๑,๖๖๔	๗๐.๙๐
๘	๘๓๘,๙๖๒	๖๙๘,๕๒๓	๘๓.๒๖
๙	๑,๒๔๗,๖๕๓	๔๒๒,๕๕๑	๓๓.๘๗
๑๐	๗๔๔,๑๕๐	๔๒๖,๗๘๙	๕๗.๓๕
๑๑	๖๗๐,๕๖๑	๒๘๓,๙๒๙	๔๒.๓๔
๑๒	๖๙๔,๑๓๓	๓๘๑,๖๙๔	๕๔.๙๙
รวม	๑๐,๔๗๒,๖๐๘	๕,๐๔๗,๙๐๑	๔๘.๒๐

๓) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความเสื่อมถอย ๙ ด้าน

ลำดับ	ด้าน	จำนวนผู้สูงอายุ มีความเสื่อมถอย	ร้อยละ
๑	ความคิดความจำ	๔๒๕,๙๑๘	๘.๔๔
๒	การเคลื่อนไหวร่างกาย	๘๕๕,๙๐๙	๑๖.๙๖
๓	การขาดสารอาหาร	๔๕๘,๓๖๘	๙.๐๘
๔	การมองเห็น	๑,๑๕๗,๔๖๗	๒๒.๙๓
๕	การได้ยิน	๔๐๒,๘๓๑	๗.๙๘
๖	การซึมเศร้า	๒๙๒,๘๒๒	๕.๘
๗	การกลืนปัสสาวะ	๔๓๗,๐๓๕	๘.๖๖
๘	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	๔๕๑,๘๗๙	๘.๙๕
๙	สุขภาพช่องปาก	๑,๐๙๐,๔๑๘	๒๑.๖

๕.๒ คำอธิบายผลการดำเนินงาน

ข้อมูลประชาชนที่มีข้อขึ้นทะเบียนหมอประจำตัว ๓ คน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในช่วง ๖ เดือน ของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ผลการดำเนินงานจากระบบการขึ้นทะเบียนของ สสป. (๑๒ เขตสุขภาพ) จำนวนประชากร ๓๕,๖๔๐,๗๘๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๖๔ จากจำนวนประชากรทั้งหมดจากฐานข้อมูลของ สปสช. (ข้อมูลประชากร ณ เดือนกันยายน ๒๕๖๕)

จำนวนผู้สูงอายุ ใน ๑๒ เขตสุขภาพ จำนวน ๑๐,๔๗๒,๖๐๘ คน มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความเสี่ยง ๙ ด้าน จำนวน ๕,๐๔๗,๙๐๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๒๐ จากการคัดกรองความเสี่ยง ๙ ด้านพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการมองเห็นมากที่สุด จำนวน ๑,๑๕๗,๔๖๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๙๓ รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน ๑,๐๙๐,๔๑๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๖ และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย จำนวน ๘๕๕,๙๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๙๖

๕.๓ สรุปผล

ในช่วง ๖ เดือน ของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ในการขับเคลื่อนนโยบายประชาชนมีหมอประจำตัว ๓ คน ดูแล เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายรอบ ๖ เดือน ๓๑ ล้านคน ผลการดำเนินการ ประชาชนที่มีข้อขึ้นทะเบียนหมอประจำตัว ๓ คน จำนวนประชากร ๓๕,๖๔๐,๗๘๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๖๔ (ข้อมูลจาก สสป. ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ ประกาศขึ้นทะเบียนครั้งที่ ๑/๖๖)

๕.๔ นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

เขตสุขภาพที่ ๒ โปรแกรม UTT Care ส่งข้อมูลผู้ป่วย IMC ให้ รพช.เยี่ยมติดตามเขตสุขภาพที่ ๔ จังหวัดนนทบุรีและจังหวัดอ่างทอง มีการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีเครื่องมือในการปฏิบัติงาน คือ โทรศัพท์สมาร์ตโฟน และ Internet ซึ่งอสม. ในกลุ่มผู้สูงอายุในบางหน่วยบริการ

เขตสุขภาพที่ ๘ ใช้ระบบ Telemedicine (หมอพร้อม Station, Line , zoom , Facebook , Dowell , DMS Telemedicine) เชื่อมหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

เขตสุขภาพที่ ๑๐ ต่อยอดและพัฒนาการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ต.ปลาขาว อ.น้ำยืน สู่พื้นที่ต้นแบบดีเด่น ชมรมผู้สูงอายุด้านแพทย์แผนไทยระดับประเทศ

๖. ปัญหา / สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความสำเร็จ

๖.๑ ภาพรวมของพื้นที่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไข ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการ ดำเนินงาน
๑. ขาดแคลนแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวหรือ หมอคนที่ ๓ เนื่องจาก ลาออกและย้ายสถานที่ ปฏิบัติงาน	- วางแผนเตรียมความพร้อม แพทย์เข้ารับการอบรมหลักสูตร Basic Course และ Short course ของทุกเขตสุขภาพ เพื่อให้หมอคนที่ ๓ เพียงพอกับ จำนวนประชากร	- ส่งเสริมให้มีสถาบันวิชาการเพื่อ สนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว - ปัจจุบันอยู่ระหว่างอบรมหลักสูตร Basic course และ Short course

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไข ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการ ดำเนินงาน
๒. มีหลายโปรแกรมในการคัดกรองผู้สูงอายุ Smart อสม./Bluebook ทำให้เกิดความสับสนในการใช้โปรแกรม และไม่เอื้อต่อการทำงาน ฐานข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน	- บูรณาการร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม	- อยู่ระหว่างการดำเนินงานพัฒนาโปรแกรมและจะดำเนินการแก้ไขปัญหาเป็นรายพื้นที่
๓. จำนวนหมอมคนที่ ๓ มีอัตราส่วนต่อประชากรที่ต้องรับผิดชอบจำนวนมาก	- ดำเนินงานร่วมกันกับพื้นที่ในการจัดสรร หมอ ๓ คน ให้เพียงพอ กับ จำนวนประชากร เช่น มีแผนให้แพทย์ตรวจประชาชนผ่านทางระบบ Telemedicine	- การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถปรับรับจำนวนประชากรได้ตามเหมาะสมขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ในการให้บริการ

๗. ข้อเสนอแนะ

๗.๑ สำหรับพื้นที่

๑. สร้างกระบวนการรับรู้เชิงคุณภาพของประชาชนในการเข้าถึงหมอมคนที่ ๒ และหมอมคนที่ ๓
๒. ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการทำงานแบบบูรณาการ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดย เช่น การได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น
๓. สนับสนุนงบประมาณในการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอมประจำบ้านอย่างต่อเนื่อง
๔. กำหนดแนวทาง และออกแบบการจัดบริการ เชื่อมระหว่างทีม ๓ หมอ สหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

๗.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ความชัดเจนของนโยบายเกี่ยวกับระบบการทำงานของ อสม.หมอม ๑ และการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทั้งเรื่องงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล
๒. ส่งเสริม สนับสนุน ให้แพทย์ศึกษาต่อ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว สร้างแรงจูงใจให้กับแพทย์เพื่อให้เข้าอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเพิ่มความครอบคลุม หมอมที่ ๓
๓. สื่อสารสร้างความเข้าใจให้ผู้ปฏิบัติ รับรู้และเข้าใจในการดำเนินงานเรื่อง ๓ หมอ รวมถึงการติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๘. แผนการติดตาม (จากผู้นิเทศ)

๑. นโยบายที่ชัดเจนของการดำเนินงานในช่วงระหว่างที่มีการถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่น
๒. พัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสาร ง่าย สะดวก ระหว่าง PCU/NPCU และ รพ.แม่ข่าย ๓ หมอ กับประชาชน
๓. การวัดผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงคุณภาพของกลไก ๓ หมอ กับการแก้ปัญหาสำคัญในพื้นที่

สรุปผลการตรวจราชการ

ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย

และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๓.๑ กลุ่มวัย

- มารดาและทารก
- เด็กปฐมวัย
- วัยทำงาน

๓.๒ ผู้สูงอายุ

๓.๒.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ

๓.๒.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

(๑) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

(๒) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๓.๒.๓ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

๓.๒.๔ ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

๓.๒.๕ จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ

๓.๒.๖ จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๑) เป้าหมาย และผลงาน

เป้าหมาย : อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ผลงาน : อัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ ๑๖.๗๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๒) สรุปสถานการณ์

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมารดาตายกรมอนามัยรอบ ๕ เดือนแรกปีงบประมาณ ๒๕๖๖ พบ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๑๖.๗๘ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งถือว่าผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดา เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดและเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ในช่วงเวลาเดียวกัน) ลดลงถึง ร้อยละ ๔๕ และเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกับปีที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เขตสุขภาพมี อัตราส่วนการตายมารดาลดลงจากปีที่ผ่านมาเพียง ๒ เขตสุขภาพเท่านั้นที่มีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๓ และ ๘ ซึ่งอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเท่าตัวเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา และเมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM WHO พบว่าสาเหตุการตายหลักของมารดาจากสาเหตุทาง สูติกรรมได้แก่ ตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ถึงร้อยละ ๒๒ ของสาเหตุการตายทั้งหมด และยัง พบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบการตายมารดา จากสาเหตุอายุรกรรม (Non-Obstetric Complication) ถึงร้อยละ ๓๕ ซึ่งส่วนใหญ่ตายจากโรคหัวใจถึงร้อยละ ๑๒ ของสาเหตุการตายทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยของปัญหาพบว่า ๑) Delay in decision to seek care หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการดูแลและสังเกตความเสี่ยงเสี่ยงด้วยตนเอง ขาดการวางแผน ครอบครัว เข้ารักษาไม่ต่อเนื่องล่าช้า กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย/สิทธิในการรักษา ๒) Delay in reaching health facility care การส่งต่อผู้ป่วย/Case เร่งด่วนยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างสถานบริการและหน่วยงานภายใน กระบวนการส่งต่อยุ่งยากหลายขั้นตอน ๓) Delay in receiving quality care ทักษะของบุคลากร เช่น ประเมิน ความเสี่ยง ANC ,LR Under estimate blood loss คลังเลือดไม่พร้อม ล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษา

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- ๑) หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว ขาดความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
- ๒) ความล่าช้าในระบบการบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์และการเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทาง สูติกรรม การตายส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น ตกเลือด ความดันโลหิตสูง อันเนื่องมาจาก ความพร้อมของทรัพยากร ทักษะบุคลากร และระบบส่งต่อ
- ๓) การตายจากโรคอายุรกรรมมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

- ๔) อัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น
- ๕) การค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกให้เข้าสู่บริการฝากครรภ์เร็วก่อน ๑๒ wks รพ.สต.ในพื้นที่ถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. ทำให้บางพื้นที่ขาดการประเมินและจัดทำ Care Plan pregnancy ในระดับพื้นที่
- ๖) การเข้าถึง โทรศัพท์ ระบบไอที ระบบอินเทอร์เน็ตยังไม่ทั่วถึง และการใช้งานผ่านช่องทาง Digital platform ไม่ตอบโจทย์บริบทของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่มีชุมชนเมือง

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ๑) พัฒนาระบบส่งต่อและระบบให้คำปรึกษาระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่ายวางระบบที่มิดูแลแบบสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ อายุรแพทย์ สูติแพทย์ ศัลยแพทย์ วิสัญญี ร่วมดูแลอย่างเหมาะสม และสามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่
- ๒) บูรณาการร่วมกับ อปท./อบจ. และเครือข่ายในพื้นที่ เร่งรัดการดำเนินงานค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนให้เข้าสู่ระบบการฝากครรภ์เร็วก่อน ๑๒ สัปดาห์ และได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและดูแลส่งต่ออย่างเหมาะสม
- ๓) บูรณาการค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคร่วมอายุรกรรมเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงเข้าสู่ระบบบริการวางแผนเรื่องการตั้งครรภ์และการวางแผนครอบครัว
 - ๔) ส่งเสริมการเข้าถึงยา Progesterone และหาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด
 - ๕) ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาทุกรายตามแนวปฏิบัติของกรมอนามัย เพื่อออกมาตรการป้องกันเหตุเกิดซ้ำ และทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการตายทารกปริกำเนิดตามแนวปฏิบัติกรมอนามัยทุก ๓ เดือน เพื่อลดการตายมารดาและทารกในพื้นที่
 - ๖) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพัฒนาและยกระดับการบริการอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ๑) เป็นนโยบายสำคัญในระดับสากลและกระทรวงสาธารณสุข ในการส่งเสริมสุขภาพดูแลมารดาและทารกทุกระดับ และผู้บริหารมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง
- ๒) หน่วยงานในระดับภูมิภาค (ศอ.๑-๑๒) ให้ความร่วมมือและร่วมขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์อย่างเข้มแข็ง ชัดเจน และการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในพื้นที่
- ๓) การได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้นำด้านวิชาการในระดับประเทศ เขต จังหวัด เช่น ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ มหาวิทยาลัยชั้นนำต่างๆ เป็นต้น
 - ๔) มีช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ รับฟังปัญหา ข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนางานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่
 - ๕) มีการประชุม MCH Board เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้ง ทั้งในระดับศูนย์อนามัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

- ๑) เร่งรัดให้หน่วยบริการทุกแห่งจัดบริการตามมาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย

๒) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกให้เข้าสู่บริการฝากครรภ์เร็วก่อน ๑๒ wks (ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง โดยเร็วที่สุด)

๓) กำกับติดตามการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามกระบวนการของระบบ MDSRsystem ทุกราย ในรายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ต้องส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาหาสาเหตุการตาย

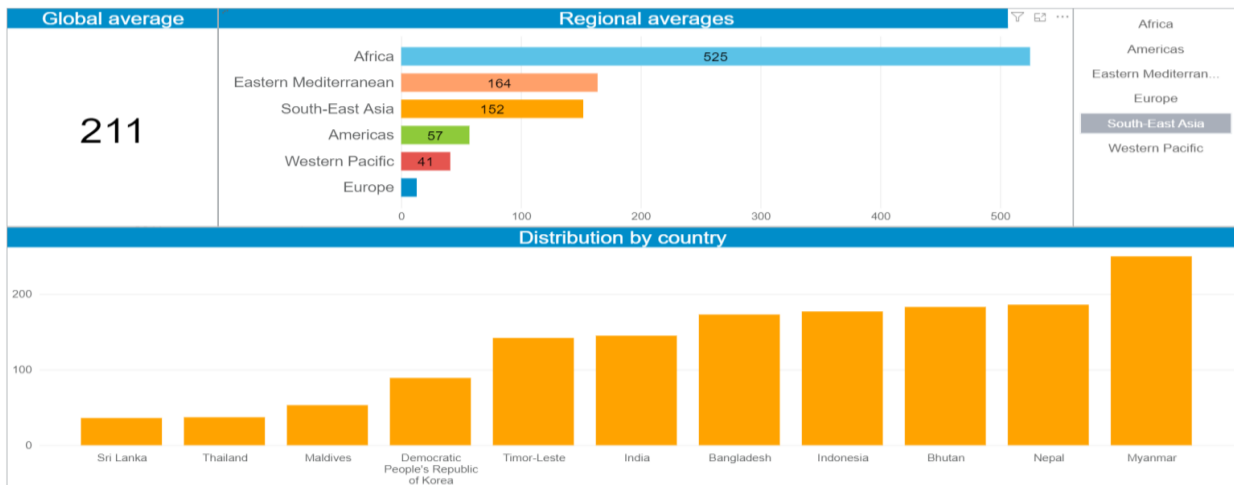
๔) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาและยกระดับการบริการอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

๕) ส่งเสริมการเข้าถึงยา Progesterone และหาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด

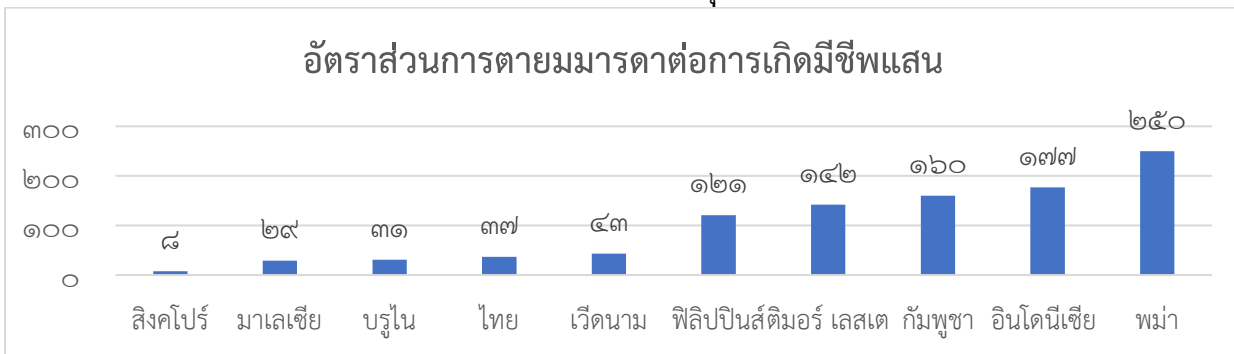
รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
 ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

- ๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย
- ๒. หัวข้อ / ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- ๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- ๔. สถานการณ์

เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาตามกลุ่มประเทศสมาชิกซีเอโร (SEARO)



เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาตามกลุ่มประเทศอาเซียน (ASEAN)



ที่มา: World Health Statistics ๒๐๒๐,WHO

จากรายงานสถิติสุขภาพโลกประจำปี ค.ศ.๒๐๒๐ (World Health Statistics monitoring health of the SDG ๒๐๒๐,WHO) พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีผลมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังการตั้งครรภ์ อันสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทั่วโลก ในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.๒๐๒๐ พบอัตราส่วนการตายมารดาทั่วโลก ๒๑๑ ต่อการเกิดที่มีชีวิตแสนคน ซึ่งภูมิภาคที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงที่สุดคือแอฟริกา ส่วนภูมิภาคเอเชียมีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๕๒ รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจัด

อันดับตามกลุ่มประเทศสมาชิกเชียโร (SEARO) พบว่าประเทศไทยมีการตายมารดาเป็นอันดับ ๒ โดยอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยอยู่ที่ ๓๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ รองจากประเทศศรีลังกา (ต่อแสนการเกิดมีชีพ) และเมื่อเปรียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน (ASEN) พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทย (MMR Thailand) ในปี ๒๐๑๗ ต่ำเป็นอันดับ ๔ ของภูมิภาคอาเซียน (ASEN) (๓๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) รองจากประเทศ สิงคโปร์ (๘ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) มาเลเซีย (๒๙ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) และบรูไน (๓๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)

กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมอนามัย เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา กรมอนามัยจึงได้มีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดการตายมารดาได้ตามค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) จนสามารถเฝ้าระวังเก็บข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาบุคคลได้ทุกรายอย่างรวดเร็ว แม่นยำ และสามารถใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหารและภาคีเครือข่ายเพื่อนำไปใช้วางนโยบาย มาตรการ และแผนพัฒนางานได้อย่างทันทั่วถึงที่ ส่งผลให้อัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และสามารถลดได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

๕. ผลการประเมิน (รอบที่ ๑)

แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยระหว่างปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖



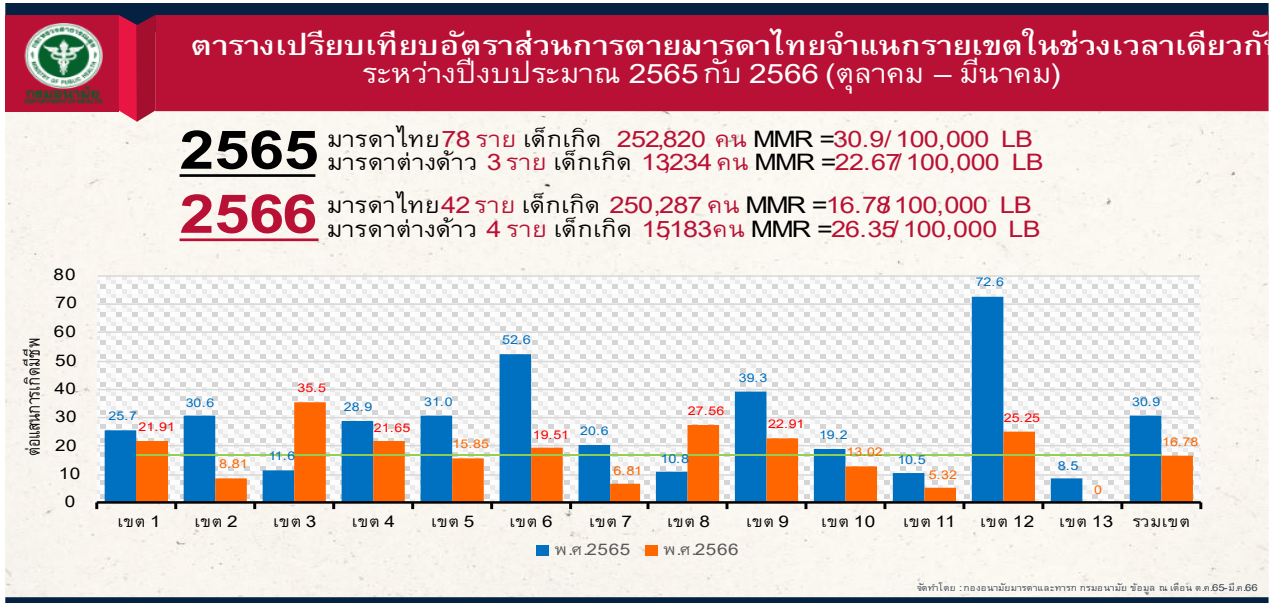
กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย ข้อมูล ณ เดือน ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖

อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖)

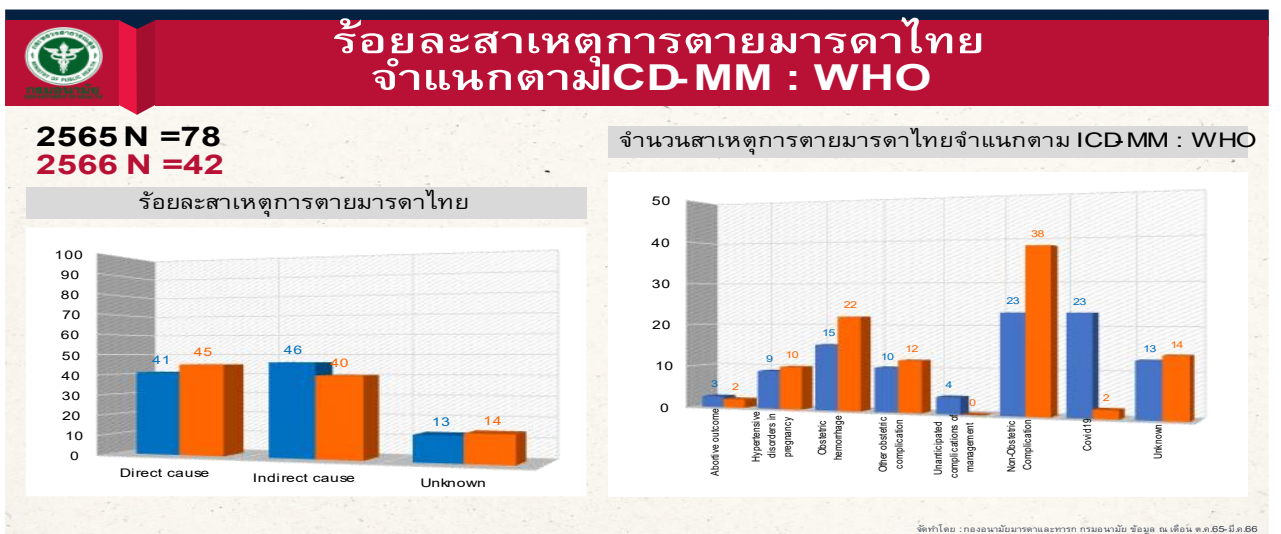
ศูนย์อนามัย	จำนวนมารดาตาย	เกิดมีชีพ	อัตราส่วนการตาย
ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	๔	๑๘,๒๕๖	๒๑.๙๑
ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก	๑	๑๑,๓๕๐	๘.๘๑
ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	๓	๘,๔๕๐	๓๕.๕๐
ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	๔	๑๘,๔๗๕	๒๑.๖๕
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี	๓	๑๘,๙๓๒	๑๕.๘๕
ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	๖	๓๐,๗๔๘	๑๙.๕๑
ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	๑	๑๔,๖๙๐	๖.๘๑
ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรธานี	๕	๑๘,๑๔๓	๒๗.๕๖
ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	๕	๒๑,๘๒๗	๒๒.๙๑
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	๒	๑๕,๓๖๓	๑๓.๐๒
ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	๑	๑๘,๗๙๙	๕.๓๒
ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา	๗	๒๗,๗๒๕	๒๕.๒๕
ศูนย์อนามัยที่ ๑๓ กทม.	๐	๒๗,๕๒๙	๐.๐๐
รวมทั้งหมด	๔๒	๒๕๐,๒๘๗	๑๖.๗๘

กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย ข้อมูล ณ เดือน ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖

ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้ดำเนินงานลดการตายมารดาอย่างเข้มแข็งและจริงจัง พร้อมทั้งได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) จนสามารถเฝ้าระวังเก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกรายอย่างรวดเร็ว แม่นยำ และสามารถใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหารและภาคีเครือข่ายเพื่อนำไปใช้วางนโยบาย มาตรการ และแผนพัฒนางานได้อย่างทันที่ส่งผลให้อัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และสามารถลดได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ซึ่งผลการดำเนินงานรอบ ๕ เดือนแรก ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๑๖.๗๘ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งถือว่าผ่านตามค่าเป้าหมายที่กำหนดคืออัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน



จากข้อมูลข้างต้นพบว่า อัตราส่วนการตายมารดาในรอบ ๕ เดือนแรก (เดือน ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖) บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ และมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ในช่วงเวลาเดียวกัน) ถึงร้อยละ ๔๕ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่ามีเพียง ๕ เขตสุขภาพเท่านั้น ที่มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคืออัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน ได้แก่เขตสุขภาพที่ ๒ (๘.๘๑), ๕ (๑๕.๘๕), ๗ (๖.๘๑), ๑๐ (๑๓.๐๒) และ ๑๓ (๘.๕) เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด ๓ อันดับแรกได้แก่เขตสุขภาพที่ ๑๒ (๗๒.๖), ๖ (๕๒.๖), และ ๑๑ (๕.๓๒) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกับปีที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เขตสุขภาพมีอัตราส่วนการตายมารดาลดลงจากปีที่ผ่านมาเพียง ๒ เขตสุขภาพเท่านั้นที่มีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่เขตสุขภาพที่ ๓ และ ๘ ซึ่งอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเท่าตัวเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา



เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM WHO พบว่าสาเหตุการตายหลักของมารดา มาจากสาเหตุทางสูติกรรมได้แก่ ตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ถึงร้อยละ ๒๒ ของสาเหตุ การตายทั้งหมด และยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบการตายมารดาจากสาเหตุอายุรกรรม (Non-Obstetric Complication) ถึงร้อยละ ๓๕ ซึ่งส่วนใหญ่ตายจากโรคหัวใจถึงร้อยละ ๑๒ ของสาเหตุการตายทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามการตายมารดาจาก การติดเชื้อโควิด ๑๙ ในปี ๒๕๖๖ ลดลงเหลือเพียง ๑ ราย เท่านั้น ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มของประเทศที่ การระบาดของโรคลดลงอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด ๑๙ อย่าง ครอบคลุม ทัวถึง และได้รับการยอมรับเรื่องความปลอดภัยจากประชาชนมากยิ่งขึ้น

๖. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

ศูนย์อนามัย	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	<p>นวัตกรรมที่สอดคล้องกับการลดการตายมารดาโดยตรง</p> <ul style="list-style-type: none"> — แนวทางการดูแล Lampang ANC Premium plus smart Child — แนวทางการดูแล เบื้องต้นก่อนส่งต่อผู้ป่วยทางสูติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง — คลินิก NCDs ไม่มีห้อง โรงพยาบาลน่าน <p>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> — คู่มือแนวทางปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแพร่ ปี ๒๕๖๖ — เชียงกลางโมเดล “ลูกเกิดรอด (สุขภาพแข็งแรง พร้อมมี พัฒนาการสมวัย) แม่ปลอดภัยอย่างมีคุณภาพ” — “Pregnancy Plan” โรงพยาบาลเชียงใหม่ เป็นการออกแบบ บันทึกร Check list การตรวจคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ (ซึ่งเป็นกระดาดขนาดเท่ากับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และจะเย็บติดด้านในของปกสมุดบันทึกฯ) เพื่อนำไปวาง แผนการดูแลรักษาตั้งแต่ First ANC จนถึงระยะคลอด รวมถึง สามารถใช้เป็นช่องทางสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามยังไม่มีรายงาน ผลการใช้เอกสารดังกล่าว
ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก	Home ANC ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเปราะบาง จ.เพชรบูรณ์
ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	<p>นวัตกรรมที่สอดคล้องกับการลดการตายมารดาโดยตรง</p> <ul style="list-style-type: none"> — การ ปรับ Triage ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ในกรณีที่ไม่มีการฉีดวัคซีน — การจัดตั้งทีม PPH ที่เฉพาะในการดูแลในกรณีตกเลือดหลังคลอด

ศูนย์อนามัย	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	<ul style="list-style-type: none"> — CPG แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และผู้คลอดให้ลูกเกิดรอดแม่คลอดปลอดภัย จ.สิงห์บุรี — “น้องมด” สื่อการสอนป้องกัน Preterm (รพ.พระนารายณ์มหาราช) จ.ลพบุรี <ul style="list-style-type: none"> ● “Tik Tok โภชนาการ” (รพ.สต.นิคมชัย อ.สระโบสถ์) ● อสม.บัณฑิต ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ – ลูกอายุ ๖ ปี — จ.สระบุรี <ul style="list-style-type: none"> ● สมุดคู่มือโรงเรียนพ่อแม่ โรงพยาบาลสระบุรี ● ใบเฝ้าระวังการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จ.สระบุรี — จ.อ่างทอง <ul style="list-style-type: none"> ● คัดกรองหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคทางอายุรกรรมที่ไม่สมควรตั้งครรภ์ หรือได้รับยา Category X ให้มารับการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ โรงพยาบาลอ่างทอง ● นมเย็น ช่วยแก้ปัญหาห้วนมแตก ในหญิงให้นมบุตร
ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	<p>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> — พื้นที่ต้นแบบดำเนินงาน “มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒๕๐๐ วัน” และ “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน หนองบอนบ้านฉาง จังหวัดตราด” — พื้นที่ต้นแบบการดำเนินงาน “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันสู่ ๒,๕๐๐ วัน ต.ดอนฉิมพลี อ.บางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา”
ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	<ul style="list-style-type: none"> — Line OA แม่และเด็กเขตสุขภาพที่ ๗: @mch๗ ฝึกอบรมหญิงตั้งครรภ์ให้ใช้ Line OA แม่และเด็กเขตสุขภาพที่ ๗ — กล่องยามหัศจรรย์รักษาภาวะครรภ์เป็นพิษ PIH box และตกลีอดหลังคลอด PPH box จังหวัดขอนแก่น — ระบบการสื่อสารในระบบการส่งต่อและให้คำปรึกษาแบบเครือข่าย (Network) กำหนดโซนบริการ (Zoning) โดยมอบหมายให้โรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ดูแลโรงพยาบาลลูกข่ายแบบกัลยาณมิตร พี่ดูแลน้อง มีสายด่วน/สายตรงเพื่อปรึกษากรณีที่มีปัญหา และเมื่อมีการส่งต่อจะมีการเปิดไลน์กลุ่มเฉพาะผู้เกี่ยวข้องแบบรายบุคคลจนสิ้นสุดการดูแล
ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรธานี	<p>นวัตกรรมที่สอดคล้องกับการลดการตายมารดาโดยตรง</p> <ul style="list-style-type: none"> — นวัตกรรมเครือข่าย PPH Box/PIH Box — ๓ หมอพิทักษ์ครรภ์ — DOT Iodine

ศูนย์อนามัย	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<ul style="list-style-type: none"> — มีการระบบ Fast Track ครอบคลุมกลุ่ม MCH และ Newborn — NB model — Nongkhai ROBER ๒๐๒๑ (ปรับปรุงจาก Udon ROBER ๒๐๒๐) — NKPH PPH Model — sakonnakon classify model — ระบบ Risk MCH SKN — Line LR เพื่อทบทวนปัญหาและส่งต่อข้อมูล — ระบบ Tele medicine ปรีกษา (Node รพ.สกลนคร) <p>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> — NKPH Preterm Model — Nongkhai Unity MCH Network — แนวทางการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดและลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ระดับจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย — การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนเชิงรุกโดยใช้ warning signs (สัญญาณเตือนภัย) — Digital health platform
ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	<p>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> — โครงการมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน พลัส เขตสุขภาพที่ ๙ — การดำเนินการ Preconception care clinic ครอบคลุมโรงพยาบาล Node สูติกรรม และ F๑
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	<p>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> — สสจ.อุบลราชธานี โครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยจัดสรรยา Proluton depot ให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์ — ภาวะคลอดก่อนกำหนดโดยจัดสรรยาให้กับโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์และโรงพยาบาลชุมชนแนวทางการดูแลส่งต่อผู้ป่วยและการกำกับติดตาม — ระบบการดูแลอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้ระบบ Node (แม่ข่าย-ลูกข่าย)
ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	<p>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> — ชมรมจิตอาสาแม่และเด็ก รพ.วชิระภูเก็ต — ทีมแกนนำระบบคลังข้อมูลสุขภาพด้านแม่และเด็ก อ.ถลาง

ศูนย์อนามัย	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา	<p>นวัตกรรมที่สอดคล้องกับการลดการตายมารดาโดยตรง</p> <ul style="list-style-type: none"> — ๓ Strategy ยุทธศาสตร์แก้ปัญหาการตาย โดย คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) เขตสุขภาพที่ ๑๒ ดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์แก้ปัญหาการตาย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ — โครงการ Audit refer ทุก ๔ เดือน ภาพเขต และดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบ Seamless refer ด้วยระบบ One Province One Labor room ทุกจังหวัด และ ระบบ Smart Telemedicine OB-GYN <p>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> — โครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการฝากครรภ์โดยหมอคนที่ ๑ (อสม.) โดยมีการดำเนินการอบรมพัฒนาศักยภาพ “อสม. หมอคนที่ ๑” ในการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในพื้นที่ ๗ จังหวัด เขตสุขภาพที่ ๑๒ — จังหวัดนราธิวาสมีการใช้ Smart Continuum Of Care program ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด — การพัฒนาระบบข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดยะลา Yala health Alert เพื่อ Monitor หญิงตั้งครรภ์ทุกคน — โรงพยาบาลพัทลุง Training in Obstetrics and Gynaecology สำหรับแพทย์/พยาบาล สำหรับโรงพยาบาลฯ ละ ๒ สัปดาห์

๗. ปัญหา / สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความสำเร็จ

- ๑) ความล่าช้าในระบบการบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์และการเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
- ๒) การตายส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น ตกเลือด ความดันโลหิตสูง อันเนื่องมาจากความพร้อมของทรัพยากร ทักษะบุคลากร และระบบส่งต่อ
- ๓) การตายจากโรคอายุครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- ๔) อัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น
- ๕) หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว ขาดความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
- ๖) การค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกให้เข้าสู่บริการฝากครรภ์เร็วก่อน ๑๒ wks รพ.สต.ในพื้นที่ถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. ทำให้บางพื้นที่ขาดการประเมินและจัดทำ Care Plan pregnancy ในระดับพื้นที่
- ๗) ตัวชี้วัดฝากครรภ์คุณภาพปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดใหม่ ระบบ HDC ไม่ประมวลผลข้อมูลทำให้การติดตามผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างยากลำบาก

- ๘) ระบบรายงานและการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก MPDSR system ไม่เสถียรอันเนื่องมาจากมีผู้ใช้งานจำนวนมาก อาจทำให้ระบบข้อมูลประมวลผลล่าช้า
- ๙) การเข้าถึง โทรศัพท์ ระบบไอที ระบบอินเทอร์เน็ตยังไม่ทั่วถึง และการใช้งานผ่านช่องทาง Digital platform ไม่ตอบโจทย์บริบทของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่มีใช้ชุมชนเมือง

๘. ข้อเสนอแนะ

- ๑) พัฒนาระบบส่งต่อและระบบให้คำปรึกษาระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่ายวางระบบที่มีดูแลแบบสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์ อายุรแพทย์ สูติแพทย์ ศัลยแพทย์ วิสัญญี ร่วมดูแลอย่างเหมาะสม ชัดเจน และสามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่
- ๒) บูรณาการร่วมกับ อปท/อบจ และเครือข่ายในพื้นที่ เร่งรัดการดำเนินงานค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน ให้เข้าสู่ระบบการฝากครรภ์เร็วก่อน ๑๒ สัปดาห์ และได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและดูแลส่งต่ออย่างเหมาะสม
- ๓) บูรณาการค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคร่วมอายุรกรรมเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงเข้าสู่ระบบบริการวางแผนเรื่องการตั้งครรภ์และการวางแผนครอบครัว
- ๔) ส่งเสริมการเข้าถึงยา Progesterone และหาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด
- ๕) ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาทุกรายตามแนวปฏิบัติของกรมอนามัย เพื่อออกมาตรการป้องกันเหตุเกิดซ้ำ และทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการตายทารกปริกำเนิดตามแนวปฏิบัติกรมอนามัยทุก ๓ เดือน เพื่อลดการตายมารดาและทารกในพื้นที่
- ๖) เร่งรัดการปรับปรุง/พัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังการตายมารดาและทารกที่สมบูรณ์หรือพร้อมใช้งาน
- ๗) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพัฒนาและยกระดับการบริการอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

๙. แผนการติดตาม (จากผู้นิเทศ)

- ๑) เร่งรัดให้หน่วยบริการทุกแห่งจัดบริการตามมาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย
- ๒) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกให้เข้าสู่บริการฝากครรภ์เร็วก่อน ๑๒ wks (ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยงโดยเร็วที่สุด)
- ๓) กำกับติดตามการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามกระบวนการของระบบ MDSRsystem ทุกราย ในรายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ต้องส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาหาสาเหตุการตาย
- ๔) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาและยกระดับการบริการอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
- ๕) ส่งเสริมการเข้าถึงยา Progesterone และหาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
 ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

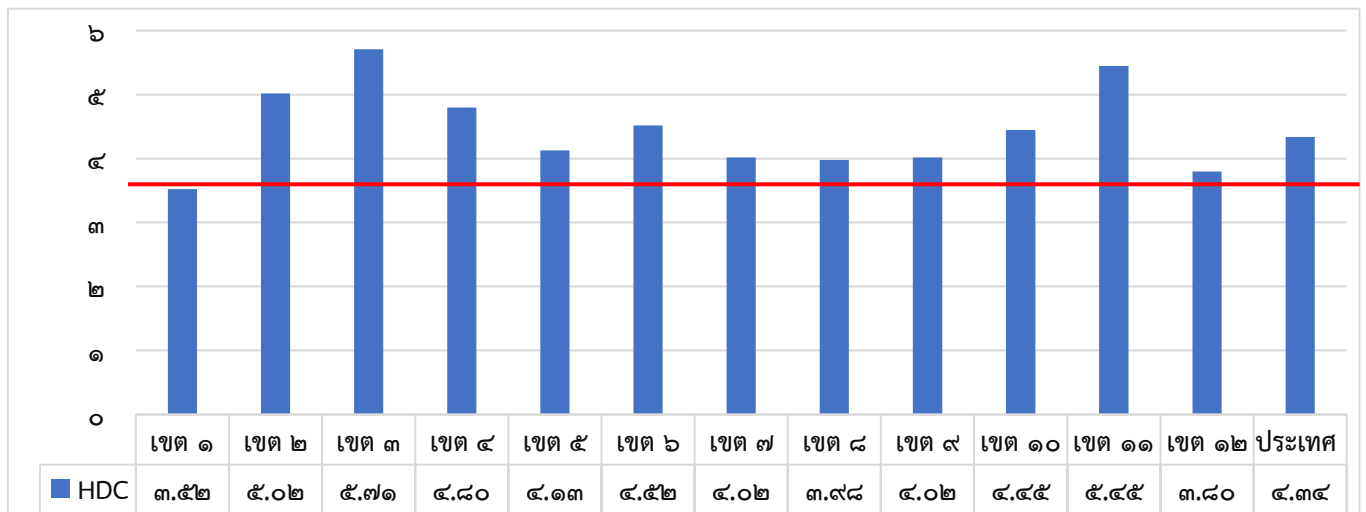
ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ/ ตัวชี้วัด : สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)

๑) เป้าหมายและผลงาน

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน น้ำหนัก ≥ 500 กรัม
 (เป้าหมาย < ๓.๖๐: ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ)

ผลการดำเนินการ



จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน (A) = ๖๔๔ ราย

จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B) = ๑๔๘,๓๘๔ ราย

ที่มาข้อมูล: Health Data Center วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

๒) สรุปสถานการณ์

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมามีน้ำหนัก ≥ 500 กรัม เป้าหมาย < ๓.๖๕ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ ผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๒ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖) พบว่า ภาพรวมประเทศไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นอัตราการตาย ๔.๓๔: ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน ๖๔๔ ราย จากจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ๑๔๘,๓๘๔ ราย) โดยดำเนินการผ่านเกณฑ์เพียง ๑ เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ คิดเป็นอัตราการตาย ๓.๕๒: ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- บุคลากรยังไม่เพียงพอ/ขาดศักยภาพ และประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิด
- ระบบส่งต่อยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน/พัฒนาระบบ Refer back ที่ยังทำไม่ได้ในบางพื้นที่

๓. ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา เนื่องจากพบว่ามารดาบางส่วนยัง No ANC เพราะระบบ ANC คุณภาพยังไม่ครอบคลุม

๔. อัตราตายทารกแรกเกิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ต้นน้ำ:

๑. พยายามลดจำนวนทารกที่เกิดก่อนกำหนดโดยประสานงานกับราชวิทยาลัยสูตินรีเวช และ Service Plan สูติกรรม เพื่อออกแนวทางเชิงนโยบายให้กับแพทย์เวชปฏิบัติได้มีแนวทางมาตรฐานเดียวกันในการให้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดรวมทั้งการใช้ยาและกลยุทธ์อื่นๆ เพื่อลดจำนวนทารกที่เกิดก่อนกำหนดตั้งแต่ต้นทาง

๒. พัฒนาและประสานงานการทำงานของ MCH Board ในทุกเขตสุขภาพบริการให้มีความต่อเนื่องในการทำงานร่วมกันของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

๓. มีการรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย ANC ๕ ครั้งในสถานพยาบาล และสนับสนุนให้มารดาที่ตั้งครรภ์หลัง ๑๒ สัปดาห์รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด เนื่องจากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเปอร์เซ็นต์ที่สูงขึ้น

กลางน้ำ:

๑. ให้การสนับสนุนในการจัดสร้างหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตเพิ่มเติม และ Sick Newborn wards ตามความต้องการจริงของพื้นที่จาก Service Mapping รวมถึงครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นและมีการปรับปรุงทั้งระบบโครงสร้าง ระบบการดูแลความปลอดภัย และความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการตั้งรับ เพื่อดูแลทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาติดเชื้อโควิด

๒. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งทางด้านสูติกรรมและกุมารเวชกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิด โดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนด เช่น การจัดอบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR ตามแนวทางปี ๒๐๒๐ เพื่อลดภาวะ Asphyxia และอบรมการส่งต่อ Refer ทารกแรกเกิดอย่างปลอดภัย ตามมาตรฐาน STABLE program

๓. มีการตรวจประเมินกำกับติดตามให้มีการดูแลมาตรฐานทั้งมารดาที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิด โดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนดให้เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานของราชวิทยาลัยที่กำหนดขึ้น

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

ปลายน้ำ:

๑. เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต โดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและกลุ่มทารกแรกเกิดครบกำหนดซึ่งมีภาวะความดันเลือดปอดสูง PPHN และ Asphyxia โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ จัดสรรงบประมาณเพื่อจัดหาครุภัณฑ์ เช่น Inhaled Nitric Oxide ซึ่งใช้ในการดูแลรักษาภาวะ PPHN และ Cooling System ซึ่งใช้รักษาในทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง โดยอาศัยข้อมูลจากการสำรวจส่วนที่ขาดจาก Service Mapping

๒. สร้างแนวทางมาตรฐานในระดับจังหวัด เขตสุขภาพบริการ ในการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดในแต่ละเขตและผลักดัน ติดตามกำกับ ให้มีการใช้เป็นแนวทางมาตรฐานเดียวกัน

๓. เตรียมการในการรับกับสถานการณ์โควิดในทารกที่เกิดจากการติดเชื้อโควิดโดย Structure : ปรับปรุงโครงสร้างหอผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยป้องกันการติดเชื้อมาสู่บุคลากร Staffs : อบรมทักษะเชิงปฏิบัติการให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีความสามารถในการดูแลรักษาทารกในกลุ่มนี้ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อที่แพร่กระจายจากทั้งคนไข้และบุคลากรลดความเสี่ยงของการแพร่ระบาดเชื้อโควิดในบุคลากรและคนไข้ Services system and Supplies : จัดระบบแนวทางในการดูแลรักษาทารกกลุ่มเสี่ยง และมีการพัฒนาปรับปรุงตามองค์ความรู้ใหม่เป็นระยะรวมทั้งจัดทำแผน BCP Business Care Plan เพื่อเตรียมการตั้งรับล่วงหน้าในด้านระบบการส่งตัวคนไข้ การดูแลป้องกัน รวมทั้งวัสดุครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการระบาดของโควิด

๔. จัดทำโครงการเพื่อของงบประมาณในด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เพิ่มเติม รวมถึงอัตรากำลังที่จำเป็นตามการคาดประมาณในเขตสุขภาพบริการที่ไม่เพียงพอ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ได้รับการสนับสนุนจากสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทีมผู้บริหารกรมการแพทย์ เพื่อผลักดันลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดได้รับงบประมาณในการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการในทุกเขตสุขภาพบริการ

๒. บุคลากรทางด้านสูติกรรมและกุมารเวชกรรม มีความร่วมมือในการทำงานผ่าน MCH Board

๓. มีการประสานงานกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ราชวิทยาลัยต่างๆ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ กองบริหารงานสาธารณสุข ในการสนับสนุนโครงการดำเนินงานต่างๆ

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ รอบที่ ๒

๑. สืบเสาะสาเหตุการเสียชีวิต ๕ อันดับแรกของทารก และมีการวางแผน ป้องกัน ดูแล แก้ไข ตามสาเหตุการเสียชีวิตของทารกตามบริบทในเขตสุขภาพนั้นๆ เช่น จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพแนวทางใหม่, การส่งต่อทารกป่วยให้ปลอดภัยตามมาตรฐาน STABLE program เพื่อลดอัตราการตายทารกในเขตสุขภาพ

๒. จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP (Neonatal Nurse Practitioner : พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) ในทุกเขตสุขภาพ

๓. มีการดำเนินการตามเข็มมุ่ง และแผนที่วางไว้ตั้งแต่ไตรมาสที่ ๑

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย
๒. หัวข้อ : สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์
๔. วิเคราะห์สถานการณ์

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน น้ำหนัก ≥ 500 กรัม แยกรายปีงบประมาณ

ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๔)	จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราการตาย : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ (A/B) x ๑๐๐๐)
๒๕๕๘	๑,๕๔๘	๔๒๑,๑๐๓	๓.๖๘
๒๕๕๙	๑,๙๓๑	๔๘๖,๗๘๙	๙.๙๗
๒๕๖๐	๒,๑๓๕	๔๘๙,๐๓๕	๔.๓๗
๒๕๖๑	๑,๙๗๙	๔๔๘,๓๔๕	๔.๔๑
๒๕๖๒	๑,๘๕๐	๔๐๙,๑๕๐	๔.๕๒
๒๕๖๓	๑,๗๔๗	๔๑๔,๖๖๔	๔.๒๑
๒๕๖๔	๑,๗๔๗	๔๑๔,๖๖๖	๔.๕๑
๒๕๖๕	๑,๓๙๗	๓๖๓,๐๓๘	๔.๔๓
๒๕๖๖ (๖ เดือน)	๖๔๔	๑๔๘,๓๘๔	๔.๓๔

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

๔.๑ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน น้ำหนัก ≥ 500 กรัม (เป้าหมาย < ๓.๖๐: ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ)
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ แยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราการตาย : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ (A/B) x ๑๐๐๐)
๑	๔๖	๑๓,๐๖๗	๓.๕๒
๒	๔๙	๙,๗๖๐	๕.๐๒
๓	๒๗	๔,๗๒๖	๕.๗๑
๔	๕๒	๑๐,๘๒๙	๔.๘๐
๕	๖๕	๑๕,๗๕๑	๔.๑๓
๖	๘๔	๑๘,๕๘๘	๔.๕๒
๗	๓๗	๙,๒๑๑	๔.๐๒
๘	๔๖	๑๑,๕๖๐	๓.๙๘
๙	๕๖	๑๓,๙๔๑	๔.๐๒

เขตสุขภาพ	จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราตาย : 1000 การเกิดมีชีพ $(A/B) \times 1000$
๑๐	๔๔	๙,๘๗๘	๔.๔๕
๑๑	๖๖	๑๒,๑๑๒	๕.๔๕
๑๒	๗๒	๑๘,๙๖๑	๓.๘๐
ประเทศ	๖๔๔	๑๔๘,๓๘๔	๔.๓๔

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

๔.๒ เพิ่มเติมเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เป้าหมาย ๑: ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

แยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ เฉลี่ยปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ (A)	จำนวนเตียง NICU (B)	อัตรา ๑: ๕๐๐ (A/B)
๑	๓๒,๘๖๒	๙๗	๓๓๙
๒	๒๑,๑๗๓	๑๐๗	๑๙๘
๓	๑๒,๔๔๓	๓๙	๓๑๙
๔	๒๖,๙๒๗	๙๒	๒๙๓
๕	๓๘,๒๓๗	๑๒๘	๒๙๙
๖	๔๖,๙๓๔	๑๐๒	๔๖๐
๗	๒๔,๔๗๒	๖๘	๓๖๐
๘	๒๗,๖๙๙	๗๕	๓๖๙
๙	๓๕,๕๒๗	๑๐๓	๓๔๕
๑๐	๒๓,๖๕๘	๖๐	๓๙๔
๑๑	๓๑,๘๐๐	๑๐๔	๓๐๖
๑๒	๔๒,๖๘๕	๑๑๑	๓๘๕
ประเทศ	๓๖๔,๔๑๗	๑,๐๘๖	๓๓๖

ที่มา: การตรวจราชการรอบ ๑/๒๕๖๖

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
บุคลากรไม่เพียงพอ/ยังขาดศักยภาพ และประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิด	อบรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมทารกแรกเกิดตามแผนพัฒนา เช่น การดูแลทารกแรกเกิด การกู้ชีพทารกแรกเกิด การดูแล PPHN อบรมเฉพาะทางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พัฒนาแนวทางให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและนำไปใช้อย่างเคร่งครัด และมีการทบทวนความรู้ให้บ่อยครั้งมากขึ้น	ร้อยละ ๔.๓๔ : 1000 การเกิด A = ๖๔๔ ราย B = ๑๔๘,๓๘๔ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
ระบบส่งต่อยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน/พัฒนาระบบ Refer back ที่ยังทำไม่ได้ในบางพื้นที่	บริหารจัดการเตียง NICU ร่วมกันภายในเครือข่าย โดยมีการสร้างระบบ Refer in/ Refer back และมีการส่งเสริมศักยภาพของโรงพยาบาลเครือข่าย (Node strengthening)	
ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm, PPHN และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา เนื่องจากพบว่ามารดาบางส่วนยัง No ANC	<p>๑. มีมาตรการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ชัดเจน/ จัดระบบเฝ้าระวังครรภ์เสี่ยงสูงให้รัดกุมยิ่งขึ้น</p> <p>๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย และมีการบูรณาการร่วมกับแผนกสูติรีเวชกรรม เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด และการดูแลหลังจากคลอด มี Early intervention เช่น No Oxygen Box Policy</p> <p>๓. มีการติดตามปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะ Intrauterine Transfer</p> <p>๔. วิเคราะห์หาสาเหตุมารดาคลอดก่อนกำหนด case by case</p>	

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพที่ ๑

- จ.เชียงใหม่

๑. มีการวางแผนการจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในการออกรับผู้ป่วยผ่านทาง Sky doctor เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการ Transfer

๒. Fast track refer สำหรับ sick newborn และมี check point ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย

- จ.แพร่

มีการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน งานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแพร่ พ.ศ. ๒๕๖๖

- จ.น่าน

๑. มีการใช้เทคโนโลยีพัฒนาระบบบริการ

๑.๑ Small Dose Program ช่วยลดความผิดพลาดในการคำนวณยาอันตราย

๑.๒ TPN Online ผ่านโปรแกรม Google drive ให้แพทย์สามารถสั่ง TPN ได้ทุกที่ทุกเวลา

๑.๓ One province, One LR

๒. การลดขั้นตอนและระยะเวลารอดอย โดยระบบ Fast pass เข้า NICU

เขตสุขภาพที่ ๒

จ.พิษณุโลก

๑. มีระบบการดูแลและส่งต่อทารกแรกเกิดแบบบูรณาการตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา และการดูแลหลังคลอดที่มีมาตรฐานเดียวกัน (One region, Single Standard)

๒. มีนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยนโยบาย early intervention เช่น No Oxygen Box Policy

เขตสุขภาพที่ ๕

จ.ราชบุรี

จัดทำแนวทางการดูแล และคัดกรองผู้ป่วยทารกแรกเกิดก่อนกำหนด (discharge planning)

เขตสุขภาพที่ ๖

จ.ชลบุรี

๑. การดูแลทารกแรกเกิด ELBW (การทำ INSURE และการใช้ noninvasive respiratory support)

๒. การดูแลทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการรักษาด้วย Therapeutic Hypothermia (Fast track)

๒.๑ การดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ที่ไม่ได้รับหรือได้รับการรักษาด้วยแก๊สไนตริกออกไซด์

๒.๒ การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย (Early warning signs Sepsis and Sepsis protocol)

เขตสุขภาพที่ ๘

จ.เลย

จัดทำคู่มือการดำเนินงานงานแม่และเด็กจังหวัดเลย ปงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เขตสุขภาพที่ ๑๑

จ.ภูเก็ต

๑. มีชมรมจิตอาสาแม่และเด็ก รพ.วชิระภูเก็ต

๒. มีคลินิกวัยอลวน โรงพยาบาลป่าตอง

๓. มีทีมแกนนำระบบคลังข้อมูลสุขภาพด้านแม่และเด็ก อ.ถลาง

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

มาตรการในการดำเนินการ
<p>๑. การลด preterm delivery : การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์คุณภาพและจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ ดำเนินมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่างๆให้มีความต่อเนื่อง รวมทั้งการใช้ยา progesterone เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ พิจารณานำเสนอ เรื่อง การเพิ่มเรียกเก็บเงินของทารกก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย</p> <p>๒. ลด birth asphyxia ลดการติดเชื้อ Sepsis; Early Warning Signs: การฝากครรภ์คุณภาพ รพ.ราชวิถีจัดอบรมห้องคลอดคุณภาพ on Line และ on Site สถานบันสุขภาพเด็กแห่งราชมหาวิทยาลัยจะจัดอบรมรวมกับบุคลากรในพื้นที่ การกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR new Guidelines การส่งต่อทารกให้มีความปลอดภัย (S T A B L E program) การใช้นมแม่ในทารกป่วย เน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้ง on Line และ on Site</p>

มาตรการในการดำเนินการ

๓. ลดความพิการแต่กำเนิด : การฝากครรภ์คุณภาพ แก่หญิงมีครรภ์ รร. พ่อแม่ และการให้ความรู้แก่หญิงที่พร้อมจะมีบุตร Teenagers, Drug abuses, Family planning กำกับติดตาม การส่งข้อมูลคุณภาพ, ANC คุณภาพ การป้องกันการคลอด PT การจัดอบรมต่างๆ และกรมการแพทย์มีการจัดทำโครงการ birth defect surveillance โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งราชมหาวิทยาลัยเริ่มโครงการในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่ความพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะโรคหัวใจแบบครบวงจร โดยอยู่ระหว่างดำเนินการ
๔. ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากรวางระบบเครือข่ายการรับส่งต่อภายในเขตและส่งออกนอกเขต สนับสนุนให้มี intrauterine transfer
๕. มีระบบฐานข้อมูลและระบบปรึกษาทางไกล ช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในเขตและจังหวัดนอกเขตแต่เป็นจังหวัดรอยต่อ
๖. เริ่มดำเนินการ BCP และวางแผนทางดูแลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ Covid-๑๙
๗. จัดระบบการ refer in and refer back .ให้ชัดเจนและบริหารเตียงแบบ real-time
๘. เพิ่มจำนวนเตียง NICU, Structure adjust และเตียง sick-newborn พร้อมครุภัณฑ์ให้แก่สถานพยาบาลที่ขาด
๙. จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเพื่อเพิ่มบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ กุมารแพทย์ NNP พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์สาขาอื่นตามความเหมาะสม
๑๐. จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่ เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สถานพยาบาลโดยการเพิ่มจำนวนทุนเรียนต่อ ทำให้มีจำนวนผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น
๑๑. เพิ่ม reimbursement, revise RW ให้แก่สถานพยาบาล

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๓ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ : สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มเด็กปฐมวัย)

๑. ตัวชี้วัด : เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐

ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เป้าหมาย ร้อยละ ๒๐

ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการติดตามพัฒนาการ เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐

ร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย เป้าหมาย ร้อยละ ๘๖

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

ศูนย์อนามัย	คัดกรองฯ	สงสัยล่าช้า	ติดตาม	สมวัย
ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	๗๕.๕	๒๒.๕	๗๘.๒	๗๑.๓
ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก	๘๗.๘	๒๔.๓	๘๙.๗	๘๕.๒
ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	๘๙.๕	๒๒.๑	๘๙.๔	๘๖.๘
ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	๘๐.๓	๑๙.๗	๘๙.๖	๗๘.๒
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี	๘๐.๒	๒๐.๒	๘๖.๒	๗๗.๖
ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	๘๘.๖	๒๔.๔	๘๖.๙	๘๕.๕
ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	๗๙.๖	๓๓.๑	๙๐.๖	๗๖.๙
ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรธานี	๘๒.๕	๒๕.๖	๙๐.๐	๘๐.๑
ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	๘๘.๒	๒๓.๔	๘๘.๘	๘๕.๖
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	๗๗.๕	๒๒.๙	๘๖.๕	๗๔.๘
ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	๘๓.๔	๒๐.๖	๘๙.๒	๘๑.๒
ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา	๘๙.๐	๒๑.๓	๘๘.๕	๘๖.๔
รวมทั้งหมด	๘๓.๕	๒๓.๔	๘๗.๙	๘๐.๘

ที่มา : HDC ต.ค. ๖๕ - ก.พ. ๖๖ ดึงข้อมูล ๑๙ เม.ย. ๖๖

สถานการณ์ ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาพรวมของประเทศมีผลการดำเนินงานส่วนใหญ่ไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในตัวชี้วัดต่างๆ ได้แก่ ร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย เป้าหมาย ร้อยละ ๘๖ ผลงานที่ได้ ร้อยละ ๘๐.๘ ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ เป้าหมาย

ร้อยละ ๙๐ ผลงานที่ได้ ร้อยละ ๘๓.๕ ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการติดตามพัฒนาการ เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐ ผลงานที่ได้ ร้อยละ ๘๗.๙ ตัวชี้วัดที่มีผลการดำเนินงานเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เป้าหมาย ร้อยละ ๒๐ ผลงานที่ได้ ร้อยละ ๒๓.๔

๓. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๓.๑ การถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ประมาณ ๑ ใน ๓ ทำให้

- นโยบายและแนวทางการดำเนินงานเปลี่ยนแปลง ไม่ชัดเจน
- ไม่ปฏิบัติงานตามภารกิจเดิม
- มีความยากลำบากในการกำกับและติดตามงาน บางแห่งไม่สามารถติดตามงาน
- ผลงานต่ำลง

๓.๒ ผู้รับผิดชอบงานใหม่ขาดทักษะการตรวจพัฒนาการ/บันทึกและส่งออกข้อมูล DSPM

๓.๓ ความตระหนักและการใช้คู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดู

๓.๔ หน่วยบริการใช้โปรแกรมต่างกัน บางหน่วยบริการส่งออกข้อมูลเดือนละครั้ง ทำให้ข้อมูลไม่ real time เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนถูกต้อง

๓.๕ เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและสถานบริการ ขาดทักษะและประสบการณ์ทำงานการใช้คู่มือ DSPM ยังไม่ได้ตามมาตรฐาน ส่งผลต่อการค้นหาเด็กสงสัยล่าช้าลดลง

๔. ปัจจัยความสำเร็จ

๔.๑ ผู้บริหารให้ความสำคัญและกำหนดเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้ เป็น OKR ของจังหวัด

๔.๒ ความเข้มแข็งของการทำงานเป็นทีม

๔.๓ ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

๔.๔ ความร่วมมือภายในจังหวัด โดยแบ่งโซนรับผิดชอบการส่งต่อดูแลด้านพัฒนาการ

๔.๕ กำกับ ติดตามงาน เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน คืบข้อมูลแก่พื้นที่ผ่านผู้จัดการแผนสุขภาพเด็กปฐมวัยระดับอำเภอและผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

๔.๖ การพัฒนาคนให้มีศักยภาพ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๔.๗ มีช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ การรับฟังปัญหา ข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนางานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

๔.๘ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง ผ่านระบบการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๕. ประเด็นที่ควรกำกับติดตาม

๕.๑ การประสานงาน หรือทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต กับ อบท.

๕.๒ ติดตามการพัฒนาคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านคุณภาพ ๔ D และกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่

๕.๓ กำกับติดตามโครงการมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน โดยมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายและชุมชน

๕.๔ การทำงานแบบบูรณาการ ๔ กระทรวงและภาคอื่นๆ โดยเฉพาะคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด นำปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้เข้าหารือในที่ประชุม เช่น ความครอบคลุม และการติดตามเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า เด็กอ้วน

๕.๕ ความร่วมมือในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยจาก อบจ.

๖. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๖.๑ ค้นหากลุ่มเป้าหมายเชิงรุก ให้เข้ารับบริการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงอายุโดยร่วมกับ อสม.และท้องถิ่น

๖.๒ ใช้หลักสูตร DSPM ออนไลน์ของกรมอนามัยในการทบทวนความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

๖.๓ กำกับติดตามความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการ และการลงข้อมูลในแต่ละอำเภอให้เป็นไปตามเป้าหมายและเร่งรัดอำเภอที่มีผลงานต่ำ

๖.๔ กำหนดวาระพิเศษของกระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมถึงจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ “ส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย” ระดับประเทศ ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ

๖.๕ ควรมีการกำกับติดตาม ประเมินผล และจัดกิจกรรมถอดบทเรียนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตำบลหมื่นศักรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒๕๐๐ วัน และ ๔ D เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนา ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน และขยายผลต่อไป

๖.๖ ประสานขอความร่วมมือไปยังอบจ. โดยชี้แจงให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

๖.๗ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้สามารถคัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการได้ตามมาตรฐานด้วยการเรียนหลักสูตร E-learning DSPM ออนไลน์ของกรมอนามัย และฝึกปฏิบัติเป็นกลุ่มเล็กๆ ผ่านระบบพี่เลี้ยง ซึ่งส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานคัดกรองจริง

๖.๘ สร้างความเข้าใจในระบบการดำเนินงานของเด็กปฐมวัยทั้งด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะคณะกรรมการเด็กปฐมวัยของจังหวัด และเชิญอบจ. เข้าร่วมประชุม

๖.๙ ประสานขอความร่วมมือไปยังอบจ. ทั้งในระดับจังหวัดและส่วนกลาง

๖.๑๐ เร่งรัดการคัดกรอง ติดตามพัฒนาการในพื้นที่ รพ.สต. ที่ออกนอกระบบ

๖.๑๑ คืบข้อมูลพัฒนาการให้ อบจ. เพื่อทราบปัญหา อุปสรรคการดำเนินงาน จะได้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน

๖.๑๒ สร้างความรอบรู้ผ่านโรงเรียน พ่อแม่ ในคลินิกสุขภาพเด็กดี และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เน้นเรื่องอาหารตามวัยและกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน

๖.๑๓ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ควรทำข้อตกลงร่วมกัน ในการกำหนดหลักเกณฑ์ระเบียบปฏิบัติ และระบบติดตามกำกับประเมินผล เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับ รพ.สต. ที่จะถ่ายโอนให้ อบท./อบต. ต่อไป

๖.๑๔ เด็กที่ยังไม่ครบรอบคัดกรองตามช่วงอายุเน้นการให้ HL ผู้ดูแลส่งเสริมตามช่วงวัย และให้พามารับบริการตามช่วงอายุ (บัตรนัดพัฒนาการ)

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
 ประเด็นที่ ๓ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ : สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มเด็กปฐมวัย)

ตัวชี้วัด : เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐

ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เป้าหมาย ร้อยละ ๒๐

ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการติดตามพัฒนาการ เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐

ร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย เป้าหมาย ร้อยละ ๘๖

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : สถาบันพัฒนาอานามวัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

ศูนย์อนามัย	คัดกรองฯ	สงสัยล่าช้า	ติดตาม	สมวัย
ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	๗๕.๕	๒๒.๕	๗๘.๒	๗๑.๓
ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก	๘๗.๘	๒๔.๓	๘๙.๗	๘๕.๒
ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	๘๙.๕	๒๒.๑	๘๙.๔	๘๖.๘
ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	๘๐.๓	๑๙.๗	๘๙.๖	๗๘.๒
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี	๘๐.๒	๒๐.๒	๘๖.๒	๗๗.๖
ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	๘๘.๖	๒๔.๔	๘๖.๙	๘๕.๕
ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	๗๙.๖	๓๓.๑	๙๐.๖	๗๖.๙
ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรธานี	๘๒.๕	๒๕.๖	๙๐.๐	๘๐.๑
ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	๘๘.๒	๒๓.๔	๘๘.๘	๘๕.๖
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	๗๗.๕	๒๒.๙	๘๖.๕	๗๔.๘
ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	๘๓.๔	๒๐.๖	๘๙.๒	๘๑.๒
ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา	๘๙.๐	๒๑.๓	๘๘.๕	๘๖.๔
รวมทั้งหมด	๘๓.๕	๒๓.๔	๘๗.๙	๘๐.๘

ที่มา : HDC ต.ค. ๖๕ - ก.พ. ๖๖ ดึงข้อมูล ๑๙ เม.ย. ๖๖

สถานการณ์ ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาพรวมของประเทศมีผลการดำเนินงานส่วนใหญ่ไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในตัวชี้วัดต่างๆ ได้แก่ ร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย เป้าหมายร้อยละ ๘๖ ผลงานที่ได้ ร้อยละ ๘๐.๘ ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ เป้าหมายร้อยละ ๙๐ ผลงานที่ได้ ร้อยละ ๘๓.๕ ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการติดตามพัฒนาการ เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐ ผลงานที่ได้ ร้อยละ ๘๗.๙ ตัวชี้วัดที่มีผลการดำเนินงานเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เป้าหมาย ร้อยละ ๒๐ ผลงานที่ได้ ร้อยละ ๒๓.๔

๓. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- ๓.๑ การถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ประมาณ ๑ ใน ๓ ทำให้
 - นโยบายและแนวทางการดำเนินงานเปลี่ยนแปลง ไม่ชัดเจน
 - ไม่ปฏิบัติตามภารกิจเดิม
 - มีความยากลำบากในการกำกับและติดตามงาน บางแห่งไม่สามารถติดตามงาน
 - ผลงานต่ำลง
- ๓.๒ ผู้รับผิดชอบงานใหม่ขาดทักษะการตรวจพัฒนาการ/บันทึกและส่งออกข้อมูล DSPM
- ๓.๓ ความตระหนักและการใช้คู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดู
- ๓.๔ หน่วยบริการใช้โปรแกรมต่างกัน บางหน่วยบริการส่งออกข้อมูลเดือนละครั้ง ทำให้ข้อมูลไม่ real time เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนถูกต้อง
- ๓.๕ เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและสถานบริการ ขาดทักษะและประสบการณ์ทำงานการใช้คู่มือ DSPM ยังไม่ได้ตามมาตรฐาน ส่งผลต่อการค้นหาเด็กสงสัยล่าช้าลดลง

๔. ปัจจัยความสำเร็จ

- ๔.๑ ผู้บริหารให้ความสำคัญและกำหนดเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้ เป็น OKR ของจังหวัด
- ๔.๒ ความเข้มแข็งของการทำงานเป็นทีม
- ๔.๓ ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก
- ๔.๔ ความร่วมมือภายในจังหวัด โดยแบ่งโซนรับผิดชอบการส่งต่อดูแลด้านพัฒนาการ
- ๔.๕ กำกับ ติดตามงาน เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน คืบข้อมูลแก่พื้นที่ผ่านผู้จัดการแผนสุขภาพเด็กปฐมวัยระดับอำเภอและผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
- ๔.๖ การพัฒนาคนให้มีศักยภาพ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ๔.๗ มีช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ การรับฟังปัญหา ข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนางานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่
- ๔.๘ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง ผ่านระบบการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๕. ประเด็นที่ควรกำกับติดตาม

- ๕.๑ การประสานงาน หรือทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กับ อบต.
- ๕.๒ ติดตามการพัฒนาคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านคุณภาพ ๔ D และกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่
- ๕.๓ กำกับติดตามโครงการมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน โดยมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายและชุมชน

๕.๔ การทำงานแบบบูรณาการ ๔ กระทรวงและภาคอื่นๆ โดยเฉพาะคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัด นำปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้เข้าหารือในที่ประชุม เช่น ความครอบคลุม และการติดตามเด็กพัฒนาการ สงสัยล่าช้า เด็กอ้วน

๕.๕ ความร่วมมือในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยจาก อบจ.

๖. นวัตกรรม

ศูนย์อนามัย	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	<ul style="list-style-type: none"> - Lampang ANC Premium plus Smart Child - โปรแกรม Smart Healthy /Package การดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงทางโภชนาการ - โครงการ “เด็กแพร์ ไร้ฟันผุ สุขภาพดี สูงดีสมส่วน ปลอดภัย” - แพ้ผสมผสม (HYBRID)” โดยมีคู่มือ DSPM และสมุดสีชมพู รวมอยู่ด้วยกันใน ๑ แพ้ ต่อเด็ก ๑ คน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครองนำมาในคลินิกเด็กดี (WCC) ทุกครั้ง
ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก	<ul style="list-style-type: none"> - ต้นแบบสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (๔D) จำนวน ๓๕ แห่ง
ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	<ul style="list-style-type: none"> - ดอกไม้พัฒนาการ รพ.สต.ท่าบัว อ.โพทะเล จ.พิจิตร
ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	<ul style="list-style-type: none"> - คลินิกมิตรไมตรี ทำผลงานด้านการค้นหาสงสัยล่าช้า และติดตามกลับมาตรวจซ้ำได้ดี - คลินิกเปิดนอกเวลาทำการ ทำให้ผู้ปกครองสะดวก - เด็กที่มาคัดกรองพัฒนาการตามช่วงวัยจะต้องพบแพทย์ทุกราย - มีระบบ Pop up แจ้งเตือนในกลุ่มเด็กที่อยู่ในช่วงติดตามกลับมาตรวจซ้ำ
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี	<ul style="list-style-type: none"> - Herb For Fun D : ไข่มุกป๊อปย้อมสี
ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	<ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่ต้นแบบดำเนินงาน"มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒๕๐๐ วัน “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน หนองบอนบ้านฉัน จังหวัดตราด” (ตราด)
ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กเมืองเลย กินดี เล่นดี สูงใหญ่ IQ ดี (เลย)
ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรธานี	<ul style="list-style-type: none"> - เครือข่ายการดูแลเด็กปฐมวัยจังหวัดอุดร กำกับ ติดตามงาน โดย PM เด็กทุกอำเภอ และ Child Project Manager ระดับอำเภอ ระดับตำบล - Mapping Zone กุมารแพทย์ดูแลส่งต่อเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ ขยับเคลื่อนงานผ่านโครงการ เด็กเมืองเลย กินดี เล่นดี สูงใหญ่ IQ ดี
ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	<ul style="list-style-type: none"> - รูปแบบการแก้ไขปัญหา LBW โภชนาการในเด็ก ๐ – ๕ ปี - เรื่องอ้วน เตี้ย และผอม ในเด็กปฐมวัย (ชัยภูมิ)

ศูนย์อนามัย	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	- รูปแบบการแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็ก ๐-๕ ปี ทั้งเรื่องอ้วน เตี้ย และ ผอม (นครราชสีมา)
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	- สานสายใยเครือข่ายทางสังคมร่วมสร้างเด็กอัจฉริยะ (อำนาจเจริญ) - Individual care plan ติดตามในเด็กกลุ่มเสี่ยง (อำนาจเจริญ) - ต้นแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กผ่านธรรมนูญตำบล และ ต้นแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน แรกของชีวิต (ยโสธร) - ต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก EF เล่นเปลี่ยนโลก สร้างวินัยเชิงบวก Triple P (ศรีสะเกษ) - โครงการแก้ปัญหาพัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัยระดับพื้นที่ด้วย กลไก พขอ. (มุกดาหาร)
ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	- การส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ภายใต้กิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอนเฝ้าดูฟัน ปี ๒๕๖๕ สอน.เฉลิมพระเกียรติฯ ต.ฉลอง อ.เมือง - อ้าออนไลน์ (ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก) (ระนอง)
ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา	- ป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจาง ในเด็กปฐมวัย (Big Rock) (สงขลา) - นโยบาย Smart Kids ๕ ด้าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย กำหนดเป้าหมาย “เด็กปัตตานี IQ ดีที่ ๑๐๔” (ปัตตานี) - ๙ เครือข่ายสร้างทีม “ครอบครัวไม้แก่น” (ปัตตานี) - กระบวนการ ๔ ต (เตือน ติดตาม เต็มเต็ม ตรวจสอบ) (นราธิวาส)

๗. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๗.๑ ค้นหากลุ่มเป้าหมายเชิงรุก ให้เข้ารับบริการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงอายุโดยร่วมกับ อสม.และ ท้องถิ่น

๗.๒ ใช้หลักสูตร DSPM ออนไลน์ของกรมอนามัยในการทบทวนความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แก่บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

๗.๓ กำกับติดตามความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการ และการลงข้อมูลในแต่อาเภอให้เป็นไปตาม เป้าหมายและเร่งรัดอำเภอที่มีผลงานต่ำ

๗.๔ กำหนดวาระพิเศษของกระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมถึงจัด กิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ “ส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย” ระดับประเทศ ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ

๗.๕ ควรมีการกำกับติดตาม ประเมินผล และจัดกิจกรรมถอดบทเรียนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตำบล มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒๕๐๐ วัน และ ๔ D เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนา ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน และขยายผลต่อไป

๗.๖ ประสานขอความร่วมมือไปยัง อบจ. โดยชี้แจงให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

๗.๗ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่สามารถคัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการได้ตามมาตรฐานด้วยการเรียนหลักสูตร E-learning DSPM ออนไลน์ของกรมอนามัย และฝึกปฏิบัติเป็นกลุ่มเล็กๆ ผ่านระบบพี่เลี้ยง ซึ่งส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานคัดกรองจริง

๗.๘ สร้างความเข้าใจในระบบการดำเนินงานของเด็กปฐมวัยทั้งด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยของจังหวัด และเชิญ อบจ. เข้าร่วมประชุม

๗.๙ ประสานขอความร่วมมือไปยัง อบจ. ทั้งในระดับจังหวัดและส่วนกลาง

๗.๑๐ เร่งรัดการคัดกรอง ติดตามพัฒนาการในพื้นที่ รพ.สต. ที่ออกนอกระบบ

๗.๑๑ คืบข้อมูลพัฒนาการให้ อบจ. เพื่อทราบปัญหา อุปสรรคการดำเนินงาน จะได้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน

๗.๑๒ สร้างความรอบรู้ผ่านโรงเรียน พ่อแม่ ในคลินิกสุขภาพเด็กดี และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เน้นเรื่องอาหารตามวัยและกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน

๗.๑๓ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ควรทำข้อตกลงร่วมกัน ในการกำหนดหลักเกณฑ์ระเบียบปฏิบัติ และระบบติดตามกำกับประเมินผล เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับ รพ.สต. ที่จะถ่ายโอนให้ อปท./อบต. ต่อไป

๗.๑๔ เด็กที่ยังไม่ครบรอบคัดกรองตามช่วงอายุเน้นการให้ HL ผู้ดูแลส่งเสริมตามช่วงวัย และให้พามารับบริการตามช่วงอายุ (บัตรนัดพัฒนาการ)

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย

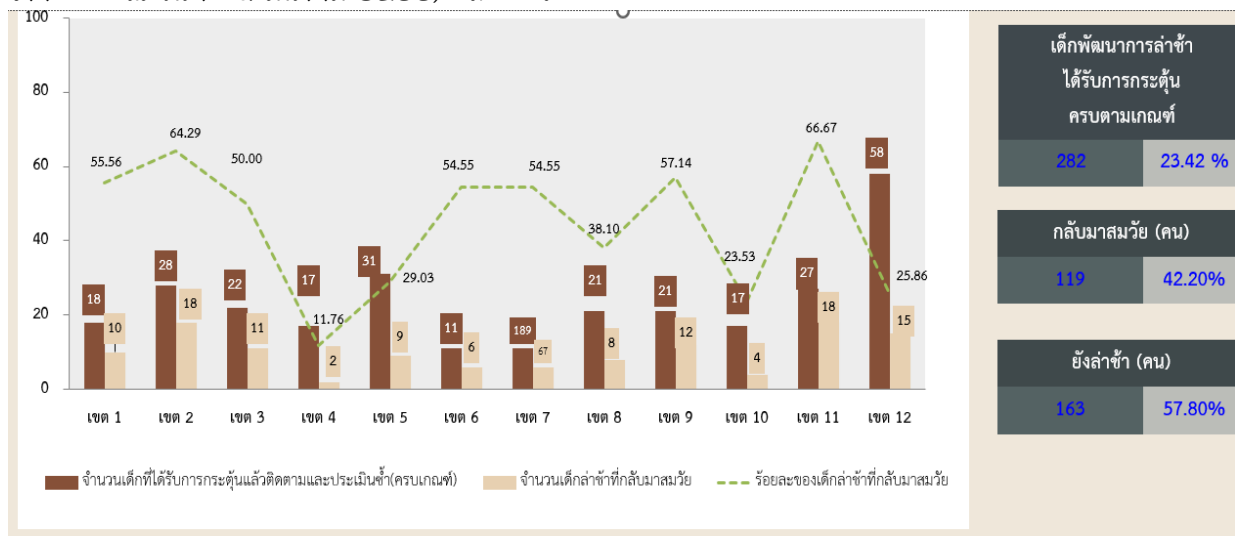
หัวข้อ : เด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด : ร้อยละ ๓๕ ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

ผลงาน : เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๔๒.๒๐

๑. วิเคราะห์สถานการณ์

จากการตรวจราชการรอบที่ ๑ (ต.ค. ๒๕๖๕ - มี.ค. ๒๕๖๖) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานรับผิดชอบบูรณาการกับกรมอนามัย ในการส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าและการพัฒนาคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการติดตามเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในชุมชน (รพ.สต., ศพด.) ในเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ จากการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ๕ ช่วงอายุ (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน) พบว่า เด็กปฐมวัย ๕ ช่วงอายุ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า มีจำนวน ๑,๙๒๓ คน ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จำนวน ๑,๒๐๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๖๑ และมีการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนครบตามเกณฑ์ จำนวน ๒๘๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔ ของเด็กที่ได้รับการกระตุ้นส่งผลให้เด็กปฐมวัยกลับมามีพัฒนาการสมวัย จำนวน ๑๑๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๒๐ ของเด็กที่ได้รับการกระตุ้นครบตามเกณฑ์ ยังคงมีเด็กปฐมวัยที่อยู่ระหว่างการติดตาม จำนวน ๔๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๓๖ และมีเด็กที่ไม่สามารถติดตามได้ จำนวน ๒๘๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๐๓ (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖) แสดงดังภาพ



ภาพแสดง : เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการฯ จนกลับมามีพัฒนาการสมวัย

(เด็กช่วงอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ต.ค. ๖๕-มี.ค.๖๖)

แหล่งที่มา : ระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข (<https://hdcservice.moph.go.th/>) (ข้อมูล วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

๒. การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่

๒.๑ ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด รวมทั้งมีการบูรณาการแผนดำเนินงานของภาคส่วนกำหนดนโยบายและกำกับติดตามการดำเนินงานเยี่ยมเสริมพลังทุกอำเภอ และส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาเด็กเยาวชนและครอบครัว จัดโครงการแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กล่าช้าในเด็กปฐมวัยระดับพื้นที่ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย TEDA๔I ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พชอ. รวมถึงการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สพด. ๔D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติระดับพื้นที่

๒.๒ มีการกำกับติดตามและคืนข้อมูลพัฒนาการเด็กล่าช้าทุกเดือน โดยทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ และเน้นการเพิ่มความครอบคลุมระบบการติดตามกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า พบว่ามีการพัฒนาระบบการคัดกรองพัฒนาการเด็กและการติดตามเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มที่ต้องติดตามตรวจซ้ำ โดยการจัดทำทะเบียนคุมเด็กในเขตที่รับผิดชอบให้สัมพันธ์กับการใช้ข้อมูลจาก Data-exchange การสื่อสารการดำเนินงานต่างๆ ให้กับเครือข่ายในพื้นที่ และการส่งต่อเด็กเข้ารับบริการในหน่วยบริการได้รวดเร็วขึ้น ให้บริการกระตุ้นพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือ TEDA๔I เชิงรุกในพื้นที่ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เช่น อสม. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และทีมสหวิชาชีพ

๒.๓ มีระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้า เข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนดและการดูแลพัฒนาการเด็กล่าช้าต่อเนื่อง โดยการคัดกรองและติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ากลับมากระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I และหากพบว่ายังมีพัฒนาการล่าช้าต้องดำเนินการนัดหมายให้กลับมากระตุ้นภายใน ๙๐ วัน รวมถึงการส่งต่อข้อมูล และใช้เทคโนโลยีมาช่วยเหลือในการติดตาม เช่น มีการวิดีโอคอล Line Video Call, Line official Group Line Chat ในการให้ข้อมูลสื่อสาร เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางการสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ปกครองกับผู้กระตุ้นพัฒนาการ มีการนิเทศติดตามสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติ และยกระดับสถานพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (๔D)

๓. ปัญหา/จุดร่วมสะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ด้านกลุ่มเป้าหมาย

๑) ผู้ปกครองบางส่วนมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ/การประกอบอาชีพ จึงทำให้ไม่สามารถพาเด็กมารับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (ทุกเขตสุขภาพ)

๒) ผู้ปกครองบางส่วนขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดความตระหนักต่อความสำคัญของปัญหาด้านพัฒนาการของเด็กและการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า (ทุกเขตสุขภาพ)

๓) ผู้ปกครองบางส่วนไม่ยอมรับ/ปฏิเสธการรักษา/ย้ายที่อยู่อาศัย/ไปรับบริการหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการติดตามเด็กมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย (ทุกเขตสุขภาพ)

ด้านบุคลากร

๑) ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการมีภาระงานมาก/บางส่วนมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ทำให้ไม่สามารถจัดบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าได้อย่างต่อเนื่องและเต็มศักยภาพ (ทุกเขตสุขภาพ)

๒) ผู้ปฏิบัติงานใหม่ขาดความมั่นใจในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ TEDA๔I /การสื่อสารกับผู้ปกครอง/ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลใน HDC และขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการยุ่งยากซับซ้อน (ทุกเขตสุขภาพ)

ด้านการจัดบริการและข้อมูล

๑) ระบบการเชื่อมโยง/การส่งต่อ/การติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าในหน่วยบริการบางหน่วยยังไม่ครอบคลุม หรือผู้ปฏิบัติงานบางส่วนขาดความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลที่ต้อง ส่งผลให้เด็กพัฒนาการล่าช้ามารับบริการและการบันทึกข้อมูลในระบบ ๔๓ เพิ่ม ไม่ทันตาม Time line ที่กำหนด (ทุกเขตสุขภาพ)

๒) การโอนย้าย รพ.สต. ไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ระบบการเชื่อมโยง/การส่งต่อข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จำนวน ๕ เขต (เขตสุขภาพที่ ๑, ๕, ๗, ๘, ๑๑)

๔. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อพัฒนาปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ สำหรับพื้นที่

๑) หน่วยงานในพื้นที่เร่งรัดติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเชิงคุณภาพ ในการกระตุ้นพัฒนาการให้กลับมาสมวัยและบูรณาการการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย

๒) พัฒนาศักยภาพ/เพิ่มพูนความรู้ ความเชี่ยวชาญ เน้นสร้าง Mental Health Literacy ให้แก่บุคลากร ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย

๓) หน่วยงานในพื้นที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กสามารถจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและ EQ เด็กปฐมวัยได้ (ผ่านโปรแกรม Triple-P, CPR)

๔) จัดทำหลักสูตรออนไลน์ของจังหวัดในการเรียนรู้ด้วยตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนงาน/โยกย้าย ผู้รับผิดชอบ/ระบบครูพี่เลี้ยง

๕) เพิ่มศักยภาพ รพ.สต. (Node) ให้สามารถจัดบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า รวมถึงการจัดบริการเชิงรุก เพื่อให้เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับบริการอย่างรวดเร็วและครอบคลุมยิ่งขึ้นตามบริบท

๔.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑) กรมสุขภาพจิตพัฒนาเครื่องมือการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าในรูปแบบออนไลน์ เช่น โปรแกรมออนไลน์สำหรับผู้ปกครอง การฝึกกระตุ้นพัฒนาการในรูปแบบออนไลน์ และการสร้างสื่อสาธารณะที่สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาการเด็ก

๒) กรมสุขภาพจิตจัดทำแผนการบูรณาการความร่วมมือกับกรมวิชาการอื่นที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเด็กปฐมวัยร่วมกับพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน และกำลังจะถ่ายโอนเจ้าหน้าที่มายังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานจะได้ไปในทิศทางเดียวกัน

๕. ปัจจัยความสำเร็จ

๑) การขับเคลื่อนงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ผ่านกลไกคณะกรรมการ MCH board คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๒) การติดตามการดำเนินงานที่เข้มแข็งในระดับจังหวัด รวมถึงการให้บริการในลักษณะเชิงรุกในพื้นที่

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
 ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ : เด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด : ร้อยละ ๓๕ ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

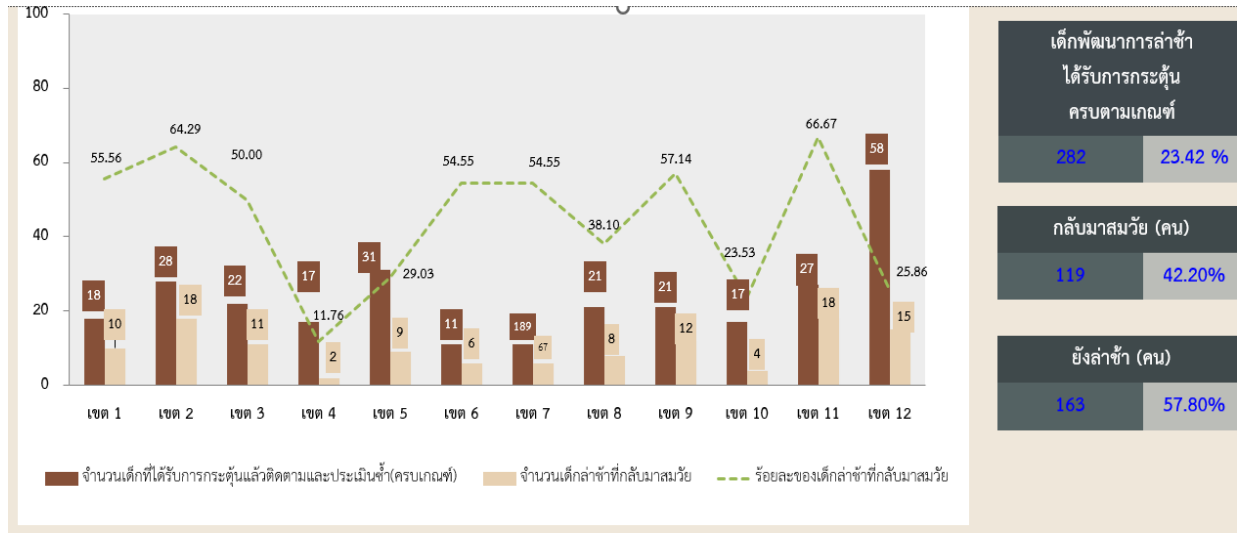
หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมอนามัย

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กรมสุขภาพจิต

๑. วิเคราะห์สถานการณ์

จากการตรวจราชการรอบที่ ๑ (ต.ค. ๒๕๖๕ - มี.ค. ๒๕๖๖) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานรับผิดชอบร่วมบูรณาการกับกรมอนามัย ในการส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าและการพัฒนาคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการติดตามเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในชุมชน (รพ.สต., ศพด.) ในเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ จากการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ๕ ช่วงอายุ (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน) พบว่า เด็กปฐมวัย ๕ ช่วงอายุ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า มีจำนวน ๑,๙๒๓ คน ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จำนวน ๑,๒๐๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๖๑ และมีการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนครบตามเกณฑ์ จำนวน ๒๘๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔๔ ของเด็กที่ได้รับการกระตุ้นส่งผลให้มีเด็กปฐมวัยกลับมามีพัฒนาการสมวัย จำนวน ๑๑๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๒๐ ของเด็กที่ได้รับการกระตุ้นครบตามเกณฑ์ ยังคงมีเด็กปฐมวัยที่อยู่ระหว่างการติดตาม จำนวน ๔๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๓๖ และมีเด็กที่ไม่สามารถติดตามได้ จำนวน ๒๘๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๐๓ (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖) แสดงดังภาพ



ภาพแสดง : เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการฯ จนกลับมาสมวัย

(เด็กช่วงอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖)

แหล่งที่มา : ระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข (<https://hdcservice.moph.go.th/>) (ข้อมูล วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

๒. การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่

๒.๑ ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด รวมทั้งมีการบูรณาการแผนดำเนินงานของภาคส่วนกำหนดนโยบายและกำกับติดตามการดำเนินงานเยี่ยมเสริมพลังทุกอำเภอ และส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาเด็กเยาวชนและครอบครัว จัดโครงการแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กล่าช้าในเด็กปฐมวัยระดับพื้นที่ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย TEDA๔1 ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พชอ. รวมถึงการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สพด. ๔D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติระดับพื้นที่

๒.๒ มีการกำกับติดตามและคืนข้อมูลพัฒนาการเด็กล่าช้าทุกเดือน โดยทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ และเน้นการเพิ่มความครอบคลุมระบบการติดตามกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า พบว่ามีการพัฒนาระบบการคัดกรองพัฒนาการเด็กและการติดตามเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มที่ต้องติดตามตรวจซ้ำ โดยการจัดทำทะเบียนคุมเด็กในเขตที่รับผิดชอบให้สัมพันธ์กับการใช้ข้อมูลจาก Data-exchange การสื่อสารการดำเนินงานต่างๆ ให้กับเครือข่ายในพื้นที่ และการส่งต่อเด็กเข้ารับบริการในหน่วยบริการได้รวดเร็วขึ้น ให้บริการกระตุ้นพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือ TEDA๔1 เชิงรุกในพื้นที่ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เช่น อสม. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และทีมสหวิชาชีพ

๒.๓ มีระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนด และการดูแลพัฒนาการเด็กล่าช้าต่อเนื่อง โดยการคัดกรองและติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ากลับมากระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 และหากพบว่ายังมีพัฒนาการล่าช้าต้องดำเนินการนัดหมายให้กลับมากกระตุ้นภายใน ๙๐ วัน รวมถึงการส่งต่อข้อมูล และใช้เทคโนโลยีมาช่วยเหลือในการติดตาม เช่น มีการวิดีโอคอล Line Video Call, Line official Group Line Chat ในการให้ข้อมูลสื่อสาร เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางการสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ปกครองกับผู้กระตุ้นพัฒนาการ มีการนิเทศติดตามสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติ และยกระดับสถานพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (๔D)

๓. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ด้านกลุ่มเป้าหมาย

๑) ผู้ปกครองบางส่วนมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ/การประกอบอาชีพ จึงทำให้ไม่สามารถพาเด็กมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (ทุกเขตสุขภาพ)

๒) ผู้ปกครองบางส่วนขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดความตระหนักต่อความสำคัญของปัญหาด้านพัฒนาการของเด็กและการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า (ทุกเขตสุขภาพ)

๓) ผู้ปกครองบางส่วนไม่ยอมรับ/ปฏิเสธการรักษา/ย้ายที่อยู่อาศัย/ไปรับบริการหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการติดตามเด็กมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย (ทุกเขตสุขภาพ)

ด้านบุคลากร

๑) ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการมีภาระงานมาก/บางส่วนมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ทำให้ไม่สามารถจัดบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าได้อย่างต่อเนื่องและเต็มศักยภาพ (ทุกเขตสุขภาพ)

๒) ผู้ปฏิบัติงานใหม่ขาดความมั่นใจในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ TEDA๔1 /การสื่อสารกับผู้ปกครอง/ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลใน HDC และขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการยุ่งยากซับซ้อน (ทุกเขตสุขภาพ)

ด้านการจัดบริการและข้อมูล

๑) ระบบการเชื่อมโยง/การส่งต่อ/การติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าในหน่วยบริการบางหน่วยยังไม่ครอบคลุม หรือผู้ปฏิบัติงานบางส่วนขาดความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลที่ต้อง ส่งผลให้เด็กพัฒนาการล่าช้ามารับบริการและการบันทึกข้อมูลในระบบ ๔๓ เพิ่ม ไม่ทันตาม Time line ที่กำหนด (ทุกเขตสุขภาพ)

๒) การโอนย้าย รพ.สต. ไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ระบบการเชื่อมโยง/การส่งต่อข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จำนวน ๕ เขต (เขตสุขภาพที่ ๑, ๕, ๗, ๘, ๑๑)

๔. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

๔.๑ มี Key Success เป็นกุมารแพทย์ มีการขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และระบบส่งต่อเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ พฤติกรรมอารมณ์ สมาธิสั้นและออทิสติก ฯลฯ ให้จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ดูแลต่อเนื่อง จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ให้บริการเชิงรุกทุกๆ อำเภอ และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน (เขต ๒)

๔.๒ มีการกระตุ้นพัฒนาการแบบ Home Program ผ่าน Application Line (เขต ๒)

๔.๓ แต่งตั้งคณะพัฒนาคุณภาพและระบบข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องบูรณาการร่วม ๖ กระทรวง เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย พิจิตรโมเดล พัฒนาระบบข้อมูลระดับจังหวัดนำเข้า Dashboard (เขต ๓,๘)

๔.๔ มีการใช้เทคโนโลยี สื่อออนไลน์ google forms มาใช้ในการสื่อสารและส่งต่อเด็กพัฒนาการล่าช้าในอำเภอเมือง เพื่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องพัฒนาการเด็กได้เข้าถึงข้อมูล และติดตามเด็กอย่างต่อเนื่องจนถึงการประเมินพัฒนาการสมวัย รวมถึงการบันทึกข้อมูลได้ทันช่วงเวลาของการประมวลผล HDC (เขต ๔)

๔.๕ มีการขับเคลื่อนงานโดยสร้างทีม Child & Family Team: CFT ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านโปรแกรม Triple P Plus / กิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลกส่งเสริมพัฒนาการและทักษะ Executive Function เพื่อพัฒนาต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (เขต ๑๐)

๔.๖ มีพื้นที่นำร่องพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก (เขต ๑๒)

๕. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๕.๑ สำหรับพื้นที่

๑) วางแผนจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู ศูนย์เด็ก อสม. ด้านการส่งเสริมโภชนาการเด็กปฐมวัย เน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ปกครองมีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือส่งเสริมวินัยเชิงบวกด้วย Triple-P รวมทั้งสร้างความตระหนัก/การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายบริการในทุกระดับในการติดตามดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือ (เขต ๑, เขต ๑๐)

๒) เน้นการสื่อสารความเข้าใจบุคลากรในระดับอำเภอ การลงข้อมูลในทุกราย ทั้งที่ได้รับบริการที่ รพ./ไปรับการกระตุ้นพัฒนาการที่อื่น รวมถึงการเน้นให้มีการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงการวินิจฉัยและกระตุ้นพัฒนาการให้เร็ว และปรับปรุงระบบข้อมูลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานของหน่วยบริการในพื้นที่ มีการเพิ่มศักยภาพ รพ.สต. (Node) ให้สามารถจัดบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า รวมถึงการจัดบริการเชิงรุก เพื่อให้เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับบริการอย่างรวดเร็วและครอบคลุมยิ่งขึ้นตามบริบทของพื้นที่ (เขต ๑)

๓) พัฒนาศักยภาพ/เพิ่มพูนความรู้ ความเชี่ยวชาญ เรื่องการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการยุ่งยาก ซับซ้อนแก่ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (PG เด็ก) รวมทั้งบุคลากรระดับอำเภอ ในการใช้เครื่องมือ TEDA๔๑ และการฝึกพูดเบื้องต้น (เขต ๑, เขต ๘, เขต ๑๐, เขต ๑๑)

๔) ควรมีหลักสูตรออนไลน์ของจังหวัดในการเรียนรู้ด้วยตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนงาน/โยกย้าย ผู้รับผิดชอบ/ระบบครูพี่เลี้ยง (เขต ๑)

๕) ควรมีการจัดระบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย/แนวทางการส่งต่อ/ใบนัด เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ เพื่อให้เกิดการส่งต่อข้อมูลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้เกิดการติดตามเด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นให้มีความต่อเนื่อง โดยอาศัยทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (Child and Family Team) ในพื้นที่ให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยใช้ Data exchange ดึงข้อมูลรายบุคคลเพื่อติดตาม (เขต ๔, เขต ๘, เขต ๑๐, เขต ๑๑)

๖) ติดตามการกระตุ้นพัฒนาการ สพด. (๔D) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ให้มีการยกระดับเพื่อผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน (เขต๖)

๗) สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลที่ผู้รับผิดชอบงานยังไม่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วย TEDA๔1 ให้ส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าเข้ารับการพัฒนาศักยภาพการดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วย TEDA๔1 เพื่อเพิ่มศักยภาพและทักษะให้กับ ผู้ปฏิบัติงาน เข้าใจบทบาทที่ชัดเจนขึ้น รวมทั้งเพิ่มความครอบคลุมและความเข้าถึงบริการการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าของจังหวัดสมุทรปราการ (เขต๖)

๕.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑) การผลักดันให้เป็นนโยบายระดับกระทรวง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานได้อย่างราบรื่นและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการกำกับและติดตามการดำเนินงาน ผ่านเวทีการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๒) กรมสุขภาพจิตสนับสนุนการอบรมการใช้เครื่องมือกระตุ้นพัฒนาการ TEDA๔1 รวมถึงหลักสูตรการอบรมเรียนรู้ด้วยตนเองในรูปแบบออนไลน์ (เขต ๑)

๓) กรมสุขภาพจิตพัฒนาระบบข้อมูลบริการการบันทึกพัฒนาการล่าช้าการวินิจฉัย และการกระตุ้นติดตามของประเทศที่มีทั้งในและนอกระบบฐานข้อมูล HDC (เขต ๔)

๔) จัดทำแนวทางสำหรับกรณีที่ถูกครอบหรือผู้ดูแลหลักไม่ให้ความร่วมมือในการนำเด็กมาเข้ารับบริการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการล่าช้าที่โรงพยาบาล มีช่องทางการศิษย์ข้อมูลในกรณีติดตามได้ไปที่ปรึกษาออกระบบ (เขต ๔)

๕) ควรมีเชื่อมโยงข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าในและนอกเครือข่าย เพื่อวิเคราะห์การเข้าถึงบริการการช่วยเหลือดูแลเด็กปฐมวัยพัฒนาการล่าช้า (เขต ๔)

๕) กรมสุขภาพจิตพัฒนาเครื่องมือการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าในรูปแบบออนไลน์ เช่น โปรแกรมออนไลน์สำหรับผู้ปกครอง การฝึกกระตุ้นพัฒนาการในรูปแบบออนไลน์ และการสร้างสื่อสาธารณะที่สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาการเด็ก (เขต ๔)

๖) กรมสุขภาพจิตจัดทำแผนการบูรณาการความร่วมมือกับกรมวิชาการอื่นที่เกี่ยวข้อง ด้านการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเด็กปฐมวัยร่วมกับพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนและกำลังจะถ่ายโอนเจ้าหน้าที่มายังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานจะไปในทิศทางเดียวกันและเกิดความคล่องตัว และให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเพิ่มขึ้น (เขต ๘)

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
 ประเด็นที่ ๓ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย

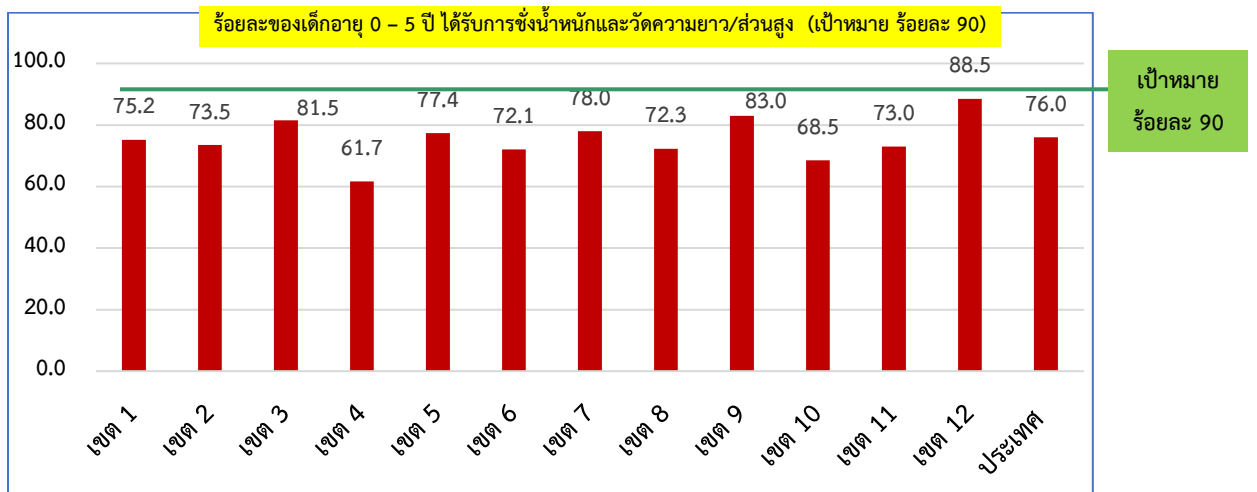
หัวข้อ : สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มเด็กปฐมวัย)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน

๑. เป้าหมาย : เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง ร้อยละ ๙๐ และสูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๖

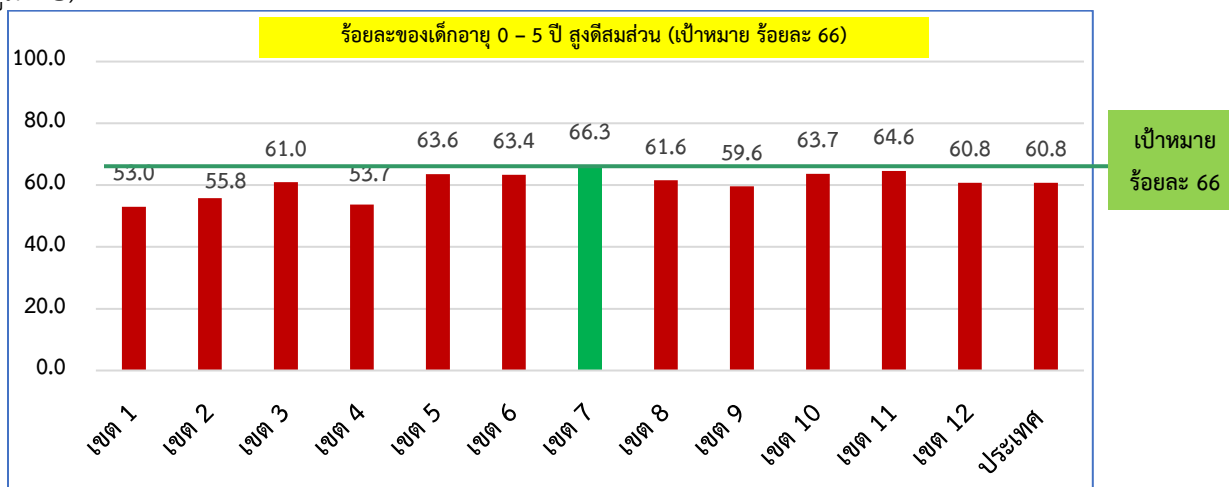
๒. สถานการณ์และผลงาน

๑. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ภาพรวมประเทศ ร้อยละ ๗๖.๐ จากค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๙๐ เมื่อแยกเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า ทุกเขตสุขภาพยังมีผลการดำเนินงานไม่ผ่านค่าเป้าหมาย แต่มีเขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด คือ เขตสุขภาพ ๑๒ ร้อยละ ๘๘.๕ ตามลำดับ (แผนภูมิที่ ๑)



แผนภูมิที่ ๑ แสดงร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง
 ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ณ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

๒. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน ภาพรวมประเทศ ร้อยละ ๖๐.๘ จากค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๖ เมื่อแยกรายเขตสุขภาพ พบว่า มีเพียงเขตสุขภาพที่ ๗ ที่มีผลการดำเนินงาน ผ่านค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ ๖๖.๓ (แผนภูมิที่ ๒)



แผนภูมิที่ ๒ แสดงร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน

ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ณ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

๓. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน :

- ๑) ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ยังดำเนินการไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ทำให้ไม่สามารถเฝ้าระวังและแปลผลการเจริญเติบโตของเด็กทุกคนได้
- ๒) เครื่องมือการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต คือ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว/ส่วนสูง ในหลายพื้นที่ ไม่มีมาตรฐาน รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ ทักษะเกี่ยวกับวิธีการชั่ง/วัดที่ถูกต้อง
- ๓) การบันทึกข้อมูลที่ไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้เกิดการแปลผลภาวะการเจริญเติบโต ไม่ถูกต้อง
- ๔) เขตสุขภาพรายงานปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบการทำงาน การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเกิดการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน หรือไม่มีการระบุบทบาทผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน

๔. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย :

- ๑) ควรมีการกำกับติดตาม ประเมินผล และจัดกิจกรรมถอดบทเรียนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒๕๐๐ วัน” และ สพด.๔ D เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนา ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานและขยายผลต่อไป
- ๒) เน้นการสร้างความรู้ของพ่อแม่ ผู้ปกครองในเรื่องการใช้คู่มือ DSPM ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ Video ภาษาชนเผ่า/ภาษาไทยใหญ่ และ อสม.เป็นที่เลี้ยง

๓) ด้านโภชนาการ จัดหาเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน มีการทดสอบความเที่ยงตรงในการใช้งาน และฝึกทักษะเจ้าหน้าที่ อสม. ในการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงให้ถูกต้อง ชี้แจงให้เห็นความสำคัญของการลงข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และลงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันทุกครั้งที่มารับบริการ

๔) ผลักดันการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน เข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับตำบล (พชต.)

๕) ส่งเสริมการใช้โปรแกรม Thai School Lunch ให้ครอบคลุมในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกแห่ง

๖) กำหนดวาระพิเศษของกระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการ และทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย รวมถึงจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ระดับประเทศ ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ

๗) การทำ MOU ในภาพใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทย ในเรื่องของการรับตัวชี้วัดประเด็นตรวจราชการร่วมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๕. ปัจจัยความสำเร็จ :

๑) การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ของจังหวัดที่ชัดเจน และมีการถ่ายทอดเป็นแผนปฏิบัติการระดับพื้นที่ รวมถึงการกำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

๒) การบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ทำให้เกิดการกำหนดบทบาทความร่วมมือที่ชัดเจน และผลักดันให้เกิดภาคีเครือข่ายการดำเนินงานตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ที่เกิดการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

๓) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

๖. ประเด็นที่ควรกำกับติดตาม :

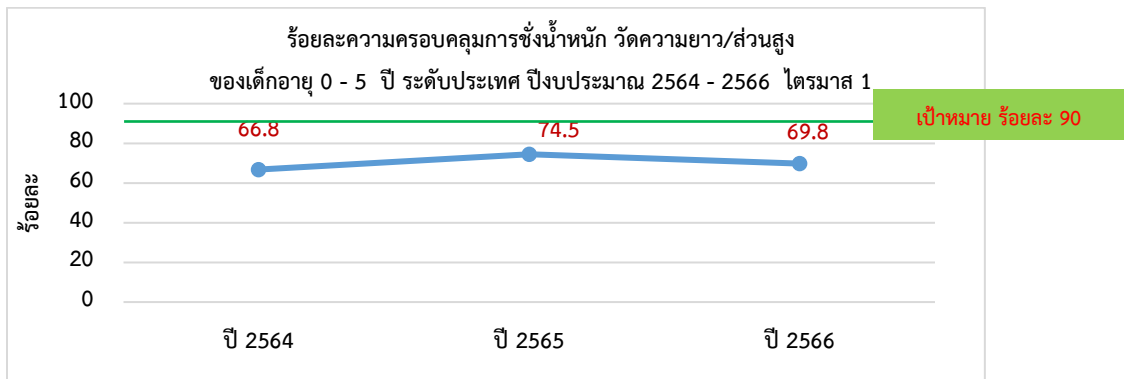
๑) ผลักดันให้เกิดนโยบายการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับตำบล ผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ และเกิดการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม

๒) ติดตามการขับเคลื่อนงานส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

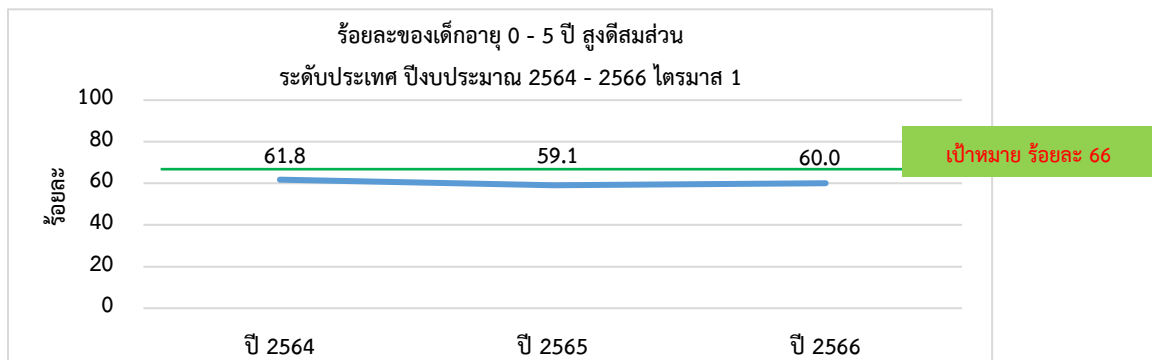
๓) ความครอบคลุมการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย คือ การชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และแปลผลภาวะการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยทุกคน เพื่อนำไปสู่กระบวนการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัยได้อย่างทัน่วงที

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๓ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย
๒. หัวข้อ : เด็กปฐมวัย
๓. ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน
๔. หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
๕. สถานการณ์



แผนภูมิที่ ๑ แสดงร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง
ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔- ๒๕๖๖
ณ วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖



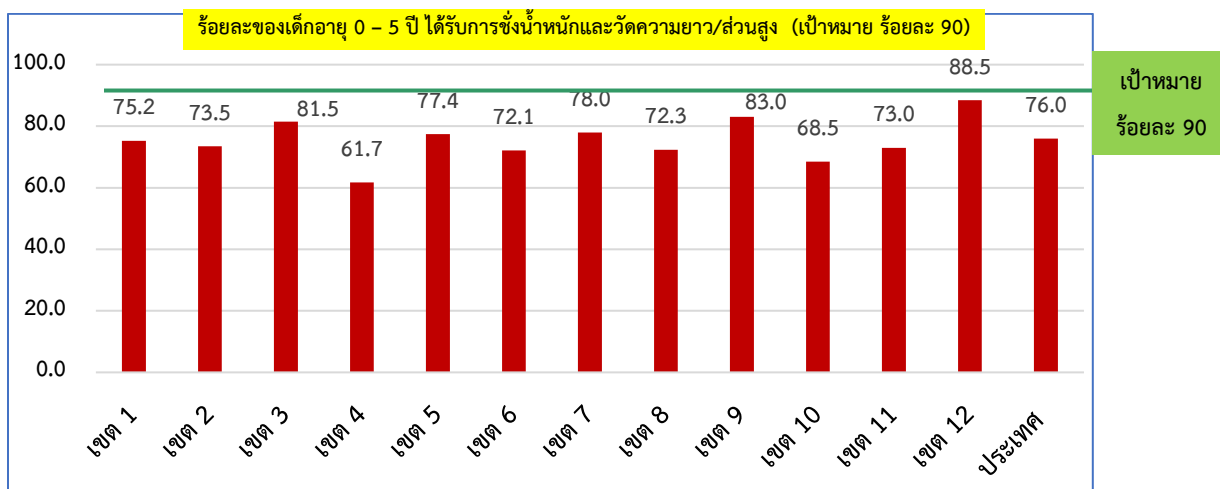
แผนภูมิที่ ๒ แสดงร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน
ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔- ๒๕๖๖
ณ วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖

ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ระดับประเทศ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖๖.๘ ในปี ๒๕๖๔ เป็นร้อยละ ๗๔.๕ ในปี ๒๕๖๕ และลดลงเป็นร้อยละ ๖๙.๘ ในปี ๒๕๖๖ (แผนภูมิที่ ๑) ข้อสังเกตในปี ๒๕๖๖ ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ลดลงเนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขบางส่วนมีการถ่ายโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำให้ข้อมูลของเด็กที่ได้รับการชั่ง

น้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ไม่ได้รับการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล HDC จึงเป็นประเด็นที่น่ากังวลว่า เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี อีกประมาณร้อยละ ๓๐ ที่จะไม่ได้รับการประเมินภาวะการเจริญเติบโต โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และไม่ได้รับแปลผลภาวะการเจริญเติบโต และสถานการณ์เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน ระดับประเทศ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๖๑.๘ ในปี ๒๕๖๔ เป็นร้อยละ ๕๙.๑ ในปี ๒๕๖๕ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖๐.๐ ในปี ๒๕๖๖ (แผนภูมิที่ ๒) เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด Covid-๑๙ มีการระบาดลดลง และมาตรการผ่อนปรน ทำให้พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถประกอบอาชีพหรือมีรายได้เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเข้าถึงอาหารเพิ่มขึ้น เด็กมีการบริโภคอาหารที่เหมาะสมหรือได้รับอาหารเพียงพอ ส่งผลให้มีการเจริญเติบโตดี

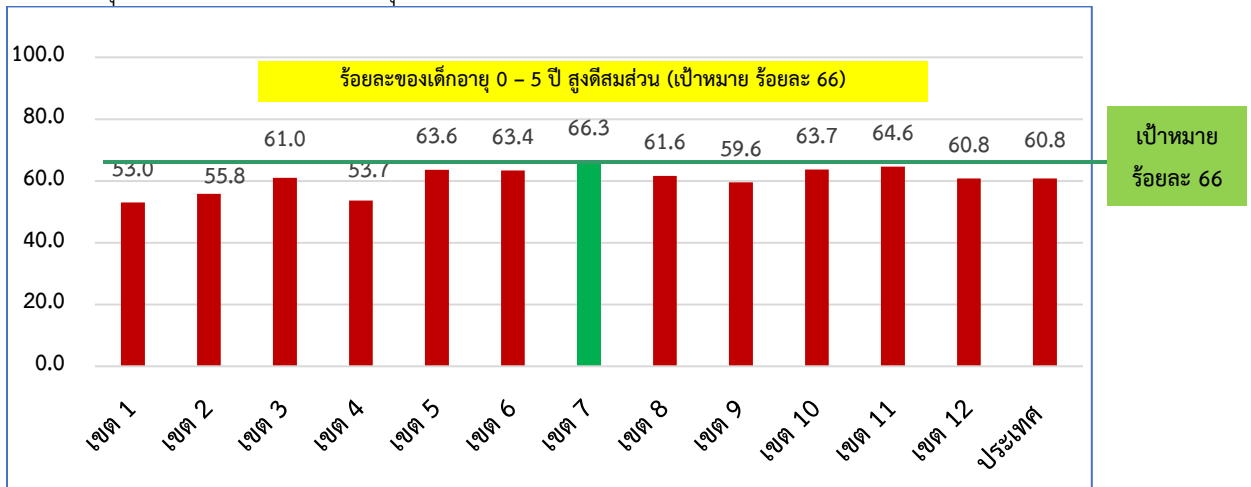
๖. ผลการประเมินรอบที่ ๑

๖.๑ เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ภาพรวมประเทศ ร้อยละ ๗๖.๐ จากค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๙๐ เมื่อแยกเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า ทุกเขตสุขภาพยังมีผลการดำเนินงานไม่ผ่าน ค่าเป้าหมาย แต่มีเขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด คือ เขตสุขภาพ ๑๒ ร้อยละ ๘๘.๕ ตามลำดับ



แผนภูมิที่ ๓ แสดงร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ณ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

๖.๒ เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน ภาพรวมประเทศ ร้อยละ ๖๐.๘ จากค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๖ เมื่อแยกรายเขตสุขภาพ พบว่า มีเพียงเขตสุขภาพที่ ๗ ที่มีผลการดำเนินงานผ่านค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ ๖๖.๓



แผนภูมิที่ ๔ แสดงร้อยละเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน

ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ณ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

๗. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

- เขตสุขภาพที่ ๓
จังหวัดนครสวรรค์ : NEST Step Model
- เขตสุขภาพที่ ๖
จังหวัดตราด : พื้นที่ต้นแบบดำเนินงาน “มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒๕๐๐ วัน มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน หนองบอนบ้านฉัน (อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด)”
- เขตสุขภาพที่ ๘
จังหวัดเลย : ขับเคลื่อนงานผ่านโครงการเด็กเมืองเลย กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี
จังหวัดอุดรธานี
 - การแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กกลุ่มอ้วนและกลุ่มผอมด้วยประจักษ์ Model
 - สื่อสาริตติจิตตอลโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ๑-๓ ปี และ ๓-๕ ปี รพ.อุดร ผ่าน Youtube
- เขตสุขภาพที่ ๑๐
จังหวัดอำนาจเจริญ : “สานสายใยเครือข่ายทางสังคมร่วมสร้างเด็กอัจฉริยะ อำนาจเจริญ” โดยสร้างทีม Child & Family Team : CFT ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โปรแกรม Triple P Plus
จังหวัดอุบลราชธานี : ต.ขามป้อม อ.เขมรราชู จัดโครงการ “อาหารเช้า เพื่อเด็ก” จำนวน ๖ ศพด. โดยงบประมาณจาก อบต.
จังหวัดยโสธร : ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง
- เขตสุขภาพที่ ๑๑
จังหวัดภูเก็ต : การส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ภายใต้กิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอนเฝ้าดูฟัน ปี ๒๕๖๕ สอน.เฉลิมพระ เกียรติฯ ต.ฉลอง อ.เมือง

- **เขตสุขภาพที่ ๑๒**

จังหวัดพัทลุง : สสจ.พัทลุง ดำเนินการแก้ไขปัญหาการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยโดยการนำภาคีเครือข่าย เช่น ท้องถิ่น สพด. แก้ปัญหาร่วมกันทั้งจังหวัด

จังหวัดปัตตานี :

- ท่านผู้ว่าราชการจังหวัด มีนโยบาย Smart Kids ๕ ด้าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายมีการกำหนดเป้าหมาย “เด็กปัตตานี IQ ดีที่ ๑๐๔” และจัดทำโครงการจังหวัดปัตตานีสันับสนุนให้เด็กปัตตานีกินไข่วันละ ๑ ฟอง

- อ.ไม้แก่น มีการขับเคลื่อนงานเด็กปฐมวัยผ่านระบบ พขอ. ภายใต้สโลแกน ๙ เครือข่ายสร้างทีม “ครอบครัวไม้แก่น” ตระหนักถึงปัญหาเดียวกัน เตรียมคนให้พร้อม เพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในอนาคต

จังหวัดยะลา

- อำเภอยะหา มีการติดตามงานภายในอำเภอแบบ Ranking ข้อมูล และมีการติดตามผ่านผู้บริหารของอำเภอทุกเดือน ทำให้เห็นผลงานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง นราธิวาส อำเภอยิ่งอ : มีกระบวนการ ๔ ต (เตือน ติดตาม เต็มเต็ม ตรวจสอบ) ในการดำเนินงานด้านวัคซีนร่วมกับงานพัฒนาการและโภชนาการการแก้ไขภาวะโลหิตจางเด็กปฐมวัย : กระบวนการ เจาะ (ทั้งเชิงรับและเชิงรุก) จ่าย ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จบ จัดกิจกรรมแก้ไขปัญหภาวะซีดในเด็กปฐมวัย โดยบูรณาการในโรงเรียนพ่อแม่ และคิดค้นเมนูอาหารลดภาวะซีด เช่น ไข่มันม่วงกรัก พืชซ่าแก้มแดง แชนวิชลูกโบว์ นอกจากนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.ยิ่งอ ยังเป็นพื้นที่นำร่องในการคัดกรองภาวะซีด (อีกครั้ง) ในเด็กอายุ ๒ ปี ๖ เดือน - ๔ ปี ซึ่งพบเด็กมีภาวะซีด คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๕ (๑๕/๓๘) ทั้งนี้ มีแผนขยายการดำเนินงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและโรงเรียนที่เป็นเครือข่ายด้านอาหารปลอดภัย ในอำเภอยิ่งอ และมีการจ่ายนมอัดเม็ด (โปรไบโอติกส์) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกแห่งในอำเภอยิ่งอ

๘. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน :

๑) ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ยังดำเนินการไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ทำให้ไม่สามารถเฝ้าระวังและแปลผลการเจริญเติบโตของเด็กทุกคนได้

๒) เครื่องมือการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต คือ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว/ส่วนสูง ในหลายพื้นที่ไม่มีมาตรฐาน รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ ทักษะเกี่ยวกับวิธีการชั่ง/วัดที่ถูกต้อง

๓) การบันทึกข้อมูลที่ไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้เกิดการแปลผลภาวะการเจริญเติบโตไม่ถูกต้อง

๔) เขตสุขภาพรายงานปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบการทำงาน การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เกิดการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน หรือไม่มีการระบุบทบาทผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน

๙. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย :

๑) ควรมีการกำกับติดตาม ประเมินผล และจัดกิจกรรมถอดบทเรียนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒๕๐๐ วัน” และ สพด.๔ D เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนา ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานและขยายผลต่อไป

๒) เน้นการสร้างความรู้ของพ่อแม่ ผู้ปกครองในเรื่องการใช้คู่มือ DSPM ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ Video ภาษาชนเผ่า/ภาษาไทยใหญ่ และ อสม.เป็นพี่เลี้ยง

๓) ด้านโภชนาการ จัดหาเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน มีการทดสอบความเที่ยงตรงในการใช้งาน และฝึกทักษะเจ้าหน้าที่ อสม. ในการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงให้ถูกต้อง ชี้แจงให้เห็นความสำคัญของการลงข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และลงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันทุกครั้งที่มารับบริการ

๔) ผลักดันการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน เข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับตำบล (พชต.)

๕) ส่งเสริมการใช้โปรแกรม Thai School Lunch ให้ครอบคลุมในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกแห่ง

๖) กำหนดวาระพิเศษของกระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการ และทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย รวมถึงจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ระดับประเทศ ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ

๗) การทำ MOU ในภาพใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทย ในเรื่องของการรับตัวชี้วัดประเด็นตรวจราชการร่วมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๑๐. ปัจจัยความสำเร็จ :

๑) การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ของจังหวัดที่ชัดเจน และมีการถ่ายทอดเป็นแผนปฏิบัติการระดับพื้นที่ รวมถึงการกำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

๒) การบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ทำให้เกิดการกำหนดบทบาทความร่วมมือที่ชัดเจน และผลักดันให้เกิดภาคีเครือข่ายการดำเนินงานตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ที่เกิดการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

๓) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

๑๑. ประเด็นที่ควรกำกับติดตาม :

๑) ผลักดันให้เกิดนโยบายการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับตำบล ผ่านกลไกตำบล มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ และเกิดการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม

๒) ติดตามการขับเคลื่อนงานส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๓) ความครอบคลุมการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย คือ การชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และแปลผลภาวะการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยทุกคน เพื่อนำไปสู่กระบวนการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัยได้อย่างทันที่

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๓ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย

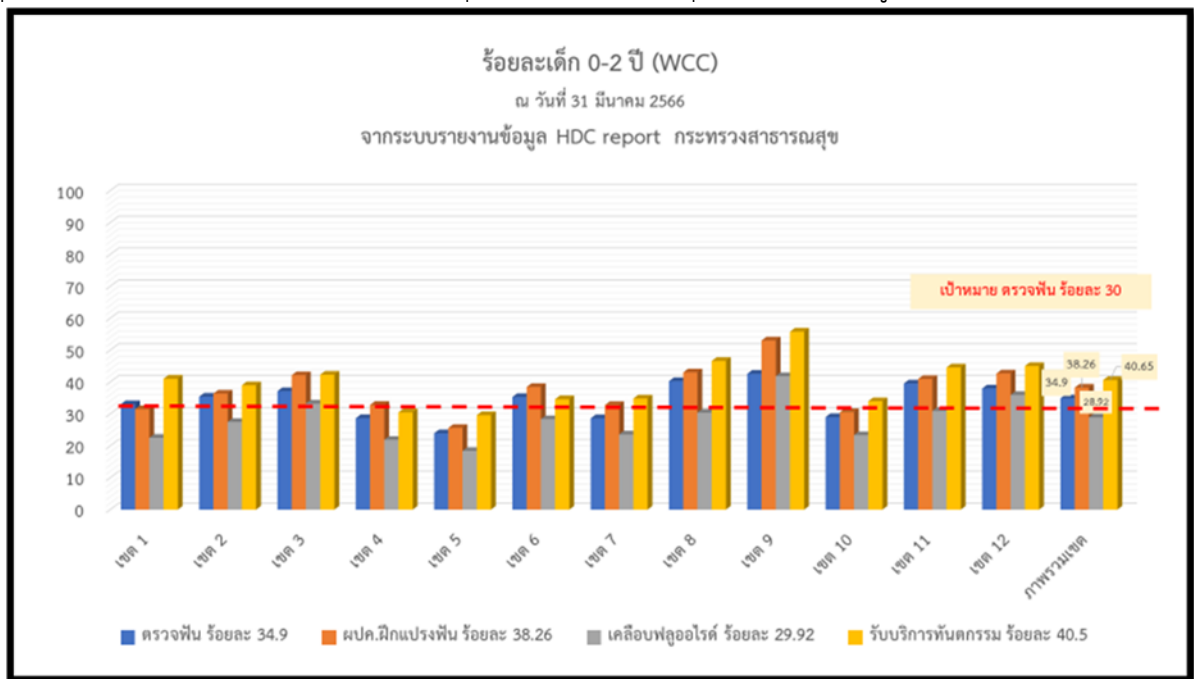
หัวข้อ : สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มเด็กปฐมวัย)

ตัวชี้วัด : ร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ

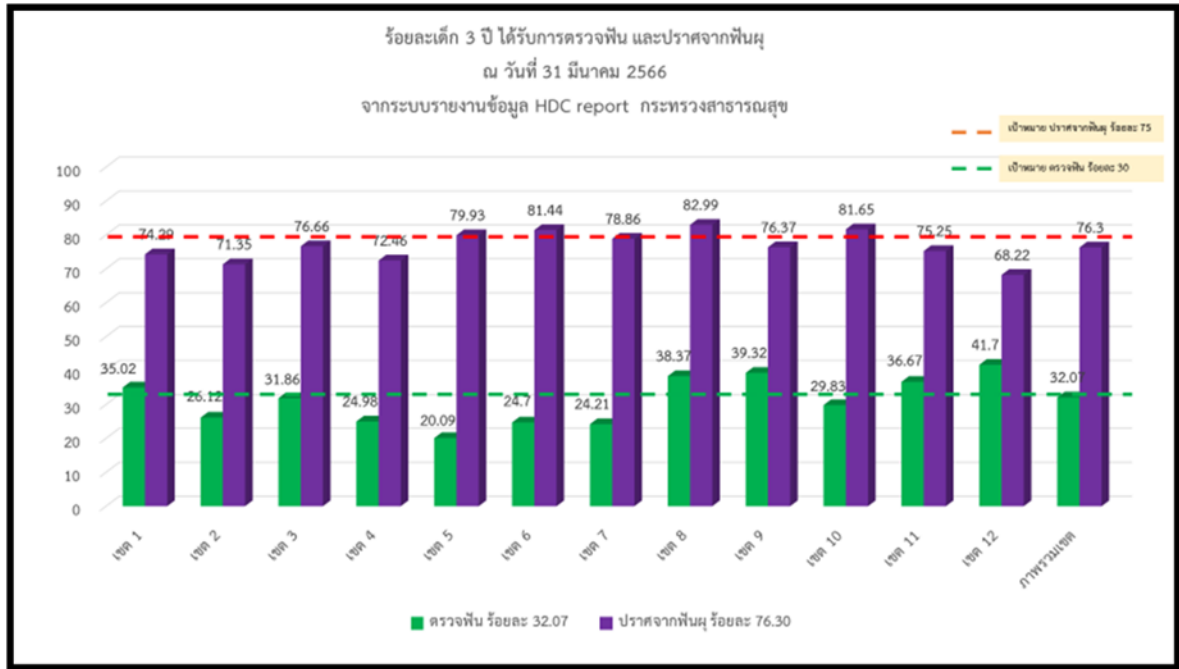
๑) เป้าหมาย และผลงาน : เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก

๑.๑ กลุ่มเด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control และได้รับเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ โดยมี small success ในรอบที่ ๑ (๖ เดือน) คือ เด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐.๐ ซึ่งข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูล HDC report กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ (๖ เดือน) พบว่า เด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๓๔.๙ (รูปที่ ๑)

๑.๒ กลุ่มเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐.๐ ซึ่งข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูล HDC report กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ (๖ เดือน) พบว่าเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๓๒.๑ และเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๗๖.๓ (รูปที่ ๒)



รูปที่ ๑ แสดงร้อยละเด็กอายุ ๐-๒ ปี ในคลินิกเด็กที่ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control และเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ในรอบการตรวจราชการครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖



รูปที่ ๒ แสดงร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และปราศจากฟันผุ

๒) สรุปสถานการณ์

ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก : ภาพรวมระดับประเทศ พบว่าเด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ได้เกินค่าเป้าหมายในระยะเวลา ๖ เดือน คือ ร้อยละ ๓๔.๙

ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก : ภาพรวมระดับประเทศ พบว่าเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ได้เกินค่าเป้าหมายในระยะเวลา ๖ เดือน คือ ร้อยละ ๓๒.๑ และเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๗๖.๓

ในภาพรวมมีแนวโน้มสามารถให้บริการได้ตามเป้าหมายทั้ง ๒ กลุ่มอายุ ภายในงบประมาณ ๒๕๖๖ อย่างไรก็ตาม เขตสุขภาพที่ยังไม่ได้ค่าตามเป้าหมาย อาจต้องเพิ่มการให้บริการใน setting ทั้ง ๓ แห่ง (WCC ชุมชน และ สพด.) โดยเฉพาะการดำเนินการในชุมชน และเพิ่มการส่งเสริมความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๓.๑) ความครอบคลุมของการส่งเสริมกิจกรรมบริการตรวจฟัน และการส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทั้ง ๒ กลุ่มอายุ และความครอบคลุมในการตรวจมีแนวโน้มลดลงในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต.

๓.๒) เขตสุขภาพรายงานปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบการทำงาน การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์กรบริหารส่วนจังหวัดเกิดการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน หรือไม่มีการระบุบทบาทผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑) กำหนดวาระพิเศษของกระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายส่งเสริมพัฒนาการโภชนาการ และทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย รวมถึงจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ระดับประเทศ ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ

๔.๒) การทำ MOU ในภาพใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทย ในเรื่องของการรับตัวชีวิตประเด็นตรวจราชการร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและรองรับการดำเนินงานของทันตบุคลากรที่มีการโอนย้าย

๔.๓) กำกับ ติดตามการขับเคลื่อนนโยบายปลอดขวดนม และมีการจัดอาหารว่างที่มีประโยชน์ เลี้ยงหวานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกแห่ง

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑) นโยบายและยุทธศาสตร์ของจังหวัดที่ชัดเจน และการได้รับการสนับสนุนจากระดับผู้บริหารให้ความสำคัญ โดยได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลงานด้านสาธารณสุข และให้ผู้รับผิดชอบงานติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง

๕.๒) ในบางพื้นที่มีขับเคลื่อนงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการพัฒนาเครือข่ายในการทำงานและมีการบูรณาการในระดับจังหวัด มีการขับเคลื่อนโดยคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และมีการถ่ายทอด สื่อสารนโยบาย แผนงานเด็กปฐมวัย ลงสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล

๕.๓) มีแผนการจัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) เพื่อสร้างความรอบรู้เรื่องการส่งเสริมโภชนาการ พัฒนาการและทันตสุขภาพ แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ตลอดจนมีการขับเคลื่อนงานส่งเสริมทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ให้ทุกสถานบริการบูรณาการเชื่อมโยงงานกับคลินิกเด็กดี

๕.๔) มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนในสถานพัฒนาเด็กเล็กตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

๕.๕) การจัดพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการ เพื่อจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็ก แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง อสม. และผู้ดูแลเด็ก

๕.๖) ส่งเสริมระบบเชื่อมต่อบริการของกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาล และการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ รพ.สต. และมีแผนการพัฒนาระบบข้อมูลรายงานกำกับติดตาม

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๖.๑) การขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ผ่านกลไกตำบลทศวรรษ ๑,๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน บางแห่งยังไม่มีแผนการดำเนินงาน

๖.๒) ติดตามการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากใน สพต. ๔D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๖.๓) การดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และการจัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) เน้นบูรณาการสร้างความรอบรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการและทันตสุขภาพ แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง เพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย

๖.๔) ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากใน ๓ setting คือ คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) ชุมชน (เน้นกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรมและกำหนดในแผนปฏิบัติการจังหวัด

๖.๕) ผลการดำเนินงานตาม Small success ของตัวชี้วัด ณ ปัจจุบัน โดยเน้นความสำคัญของความครอบคลุมของการส่งเสริมกิจกรรมบริการตรวจฟัน และการส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย

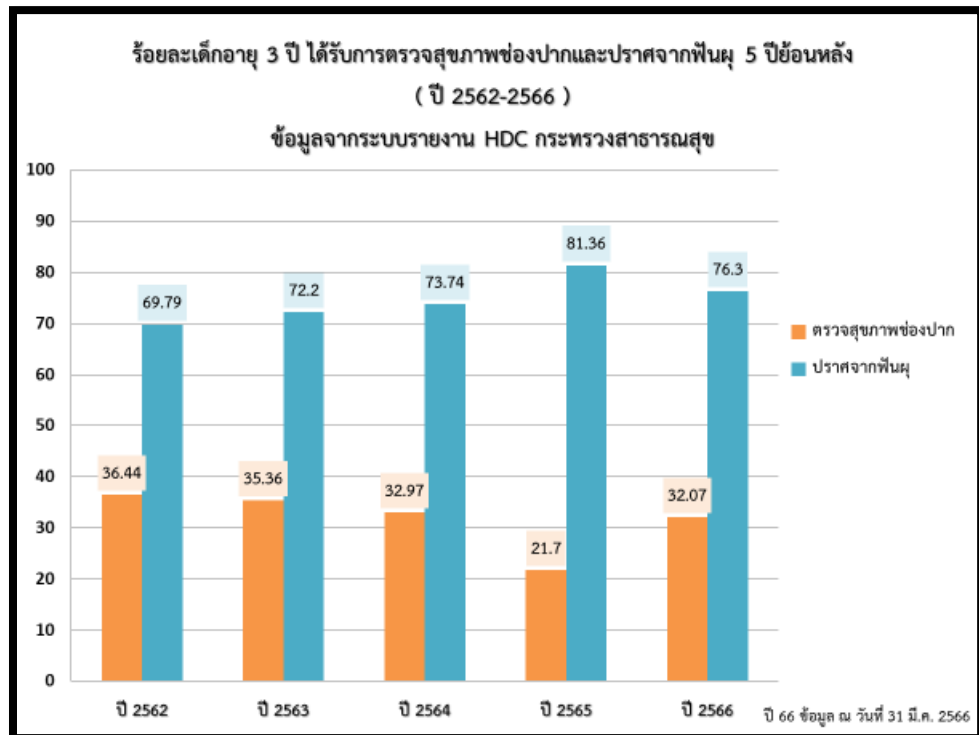
หัวข้อ : สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มเด็กปฐมวัย)

ตัวชี้วัด : ร้อยละ เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้นเมื่ออายุ ๖ เดือน และจะขึ้นครบทั้ง ๒๐ ซี่เมื่อเด็กมีอายุประมาณ ๒.๕ ปี จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่าเด็กปฐมวัยมีฟันน้ำนมผุเพิ่มขึ้นทั้งความชุกและความรุนแรง เมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยพบความชุกในการเกิดฟันผุในเด็ก ๓ ปี เท่ากับ ๕๒.๙ เฉลี่ย ๒.๘ ซี่ต่อคน และเมื่ออายุ ๕ ปี ซึ่งเป็นช่วงก่อนฟันแท้ซี่แรกขึ้น พบร้อยละความชุกในการเกิดฟันผุ เท่ากับ ๗๕.๖ หรือ ๔.๕ ซี่ต่อคน อย่างไรก็ตามแม้การดำเนินงานที่ผ่านมาตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ ถึงปัจจุบันเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ความครอบคลุมในการตรวจสุขภาพช่องปากต่อปี ไม่ถึงร้อยละ ๕๐ ดังนั้นการแปลผลจึงอาจไม่ใช่ค่าที่แท้จริงของร้อยละปราศจากฟันผุ ซึ่งส่งผลต่อการวางแผนการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก



รูปที่ ๑ แสดงร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และปราศจากฟันผุ 5 ปีซ้อนหลัง

๓. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ :

- ความครอบคลุมของการส่งเสริมกิจกรรมบริการตรวจฟัน และการส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทั้ง ๒ กลุ่มอายุ และความครอบคลุมในการตรวจมีแนวโน้มลดลงในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต.
- เขตสุขภาพรายงานปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบการทำงาน การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เกิดการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน หรือไม่มี การระบุบทบาทผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน

๔. แผนกิจกรรมการแก้ไขปัญหา

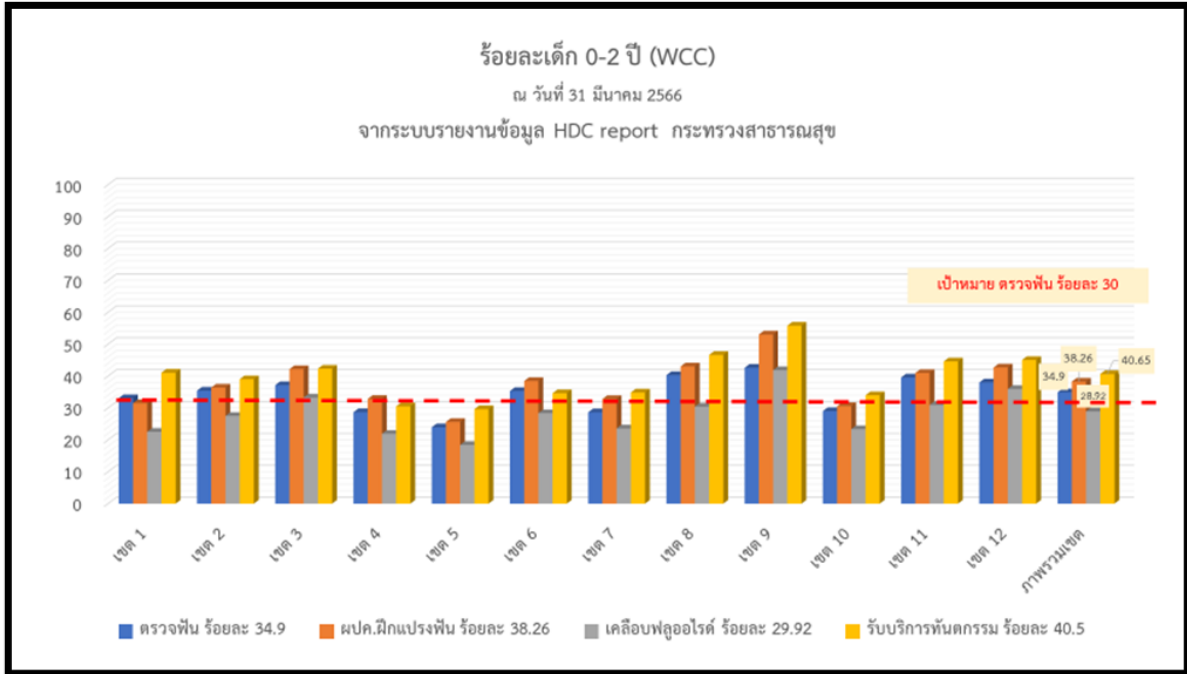
- กำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลงานด้านสาธารณสุข และให้ผู้รับผิดชอบงาน ติดตาม กำกับ อย่างต่อเนื่อง
- ในบางพื้นที่มีขับเคลื่อนงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการพัฒนาเครือข่ายในการทำงานและมีการบูรณาการในระดับจังหวัด มีการขับเคลื่อนโดยคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และมีการถ่ายทอด สื่อสารนโยบาย แผนงานเด็กปฐมวัย ลงสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล
- มีแผนการจัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) เพื่อสร้างความรอบรู้เรื่องการส่งเสริมโภชนาการ พัฒนาการและทันตสุขภาพ แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ตลอดจนมีการขับเคลื่อนงานส่งเสริมทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ให้ทุกสถานบริการบูรณาการเชื่อมโยงงานกับคลินิกเด็กดี
- มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ในสถานพัฒนาเด็กเล็กตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
- การจัดพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการเพื่อจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็ก แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง อสม. และผู้ดูแลเด็ก
- ส่งเสริมระบบเชื่อมต่อบริการของกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาล และการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ รพ.สต. และมีแผนการพัฒนาระบบข้อมูลรายงานกำกับติดตาม

๕. ความก้าวหน้าหรือผลการดำเนินงาน

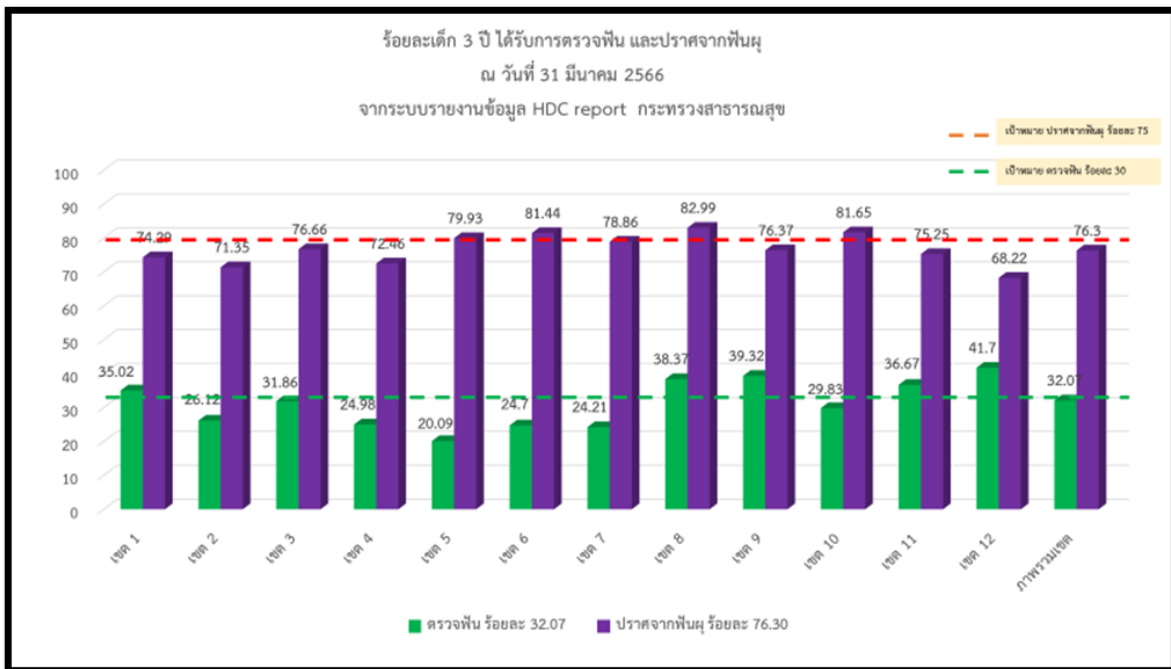
เป้าหมายและผลงาน : เด็กปฐมวัยได้รับบริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก

๕.๑ กลุ่มเด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control และได้รับเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ โดยมี small success ในรอบที่ ๑ (๖ เดือน) คือ เด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐.๐ ซึ่งข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูล HDC report กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ (๖ เดือน) พบว่า เด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๓๔.๙ (รูปที่ ๑)

๕.๒ กลุ่มเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐.๐ ซึ่งข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูล HDC report กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ (๖ เดือน) พบว่าเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๓๒.๑ และเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๗๖.๓ (รูปที่ ๒)



รูปที่ ๒ แสดงร้อยละเด็กอายุ ๐-๒ ปี ในคลินิกเด็กที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control และเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ ในรอบการตรวจราชการครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖



รูปที่ ๓ แสดงร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และปราศจากฟันผุ

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

เขตสุขภาพที่ ๑

จังหวัดลำปาง : Lampang ANC Premium plus Smart Child

จังหวัดแพร่ : โครงการ “เด็กแพร่ ไร้ฟันผุ สุขภาพดี สูงดีสมส่วน ปลอดภัย”

จังหวัดเชียงราย : “แฟ้มลูกผสม (HYBRID)” โดยมีคู่มือ DSPM และสมุดสีชมพู รวมอยู่ด้วยกันใน ๑ แฟ้ม ต่อเด็ก ๑ คน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครองนำมาในคลินิกเด็กดี (WCC) ทุกครั้ง

เขตสุขภาพที่ ๔

จังหวัดปทุมธานี :

- รพ.ธัญบุรี : มีแผนจะจัดช่องทางพิเศษเพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครองพาลูกมาที่ รพ. วันละ ๕ เคส
- รพ.ประชาธิปัตย์ : ทำ line OA ใช้ชื่อว่า ดูแลฟันประชาธิปัตย์ เพิ่มการเข้าถึงความรู้ทันตสุขภาพ และให้คำปรึกษาผู้ปกครองในเรื่องของเด็กและปัญหาสุขภาพช่องปากของคนในครอบครัวผ่านทาง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง ๖ แห่ง และคลินิกเด็กดีในโรงพยาบาล
- รพ.คลองหลวง : โครงการจัดทำสื่อทันตสุขภาพเกมหุ่นน้อยฟันสวย ปี ๒๕๖๖ งบ อบต. คลองหก (งบกองทุนท้องถิ่น)

จังหวัดสระบุรี : มีการใช้เทคโนโลยี Intraoral Camera ในการสื่อสารให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายและการปรึกษาทางไกล ตลอดจนการส่งต่อ

เขตสุขภาพที่ ๕

จังหวัดนครปฐม : รพ.สต.ดอนข่อย : การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการทันตกรรม Development of Mobile Health-Oriented Electronic Oral Health Record for Surveillance of Tambon Donkhai Health Promoting Hospital

จังหวัดเพชรบุรี : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาด : มีนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปาก เรื่อง ครอบครัวฟันดี ชีวิตแจ่มใส และสอนการสอนแปรงฟัน (หนูกิน หนูนอน)

เขตสุขภาพที่ ๑๑

จังหวัดระนอง : โครงการ “อ้า ออนไลน์”

เขตสุขภาพที่ ๑๒

จังหวัดสงขลา : Open Chat (๒๑ วันฟันดี)

๗. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ (สำหรับพื้นที่ และสำหรับส่วนกลาง)

สำหรับพื้นที่

- การขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน บางแห่งยังไม่มีแผนการดำเนินงาน
- ติดตามการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากใน สพต. ๔D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แห่งชาติ ให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

- การดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และการจัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกเด็ก สุขภาพดี (WCC) เน้นบูรณาการสร้างความรอบรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการและ ทันตสุขภาพ แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง เพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย
- ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากใน ๓ setting คือ คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) ชุมชน (เน้นกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นทางการและ กำหนดในแผนปฏิบัติการจังหวัด
- ผลการดำเนินงานตาม Small success ของตัวชี้วัด ณ ปัจจุบัน โดยเน้นความสำคัญของ ความครอบคลุมของการส่งเสริมกิจกรรมบริการตรวจฟัน และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ

สำหรับส่วนกลาง

- กำหนดวาระพิเศษของกระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการ และทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย รวมถึงจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ระดับประเทศ ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ
- การทำ MOU ในภาพใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทย ในเรื่องของการรับตัวชี้วัดประเด็น ตรวจราชการร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และรองรับการดำเนินงานของทันตบุคลากรที่มีการโอนย้าย
- กำกับ ติดตามการขับเคลื่อนนโยบายปลอดขวดนม และมีการจัดอาหารว่างที่มีประโยชน์ เลี่ยงหวาน ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกแห่ง

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นตรวจราชการ : วัยทำงาน

๑. เป้าหมาย และผลงาน

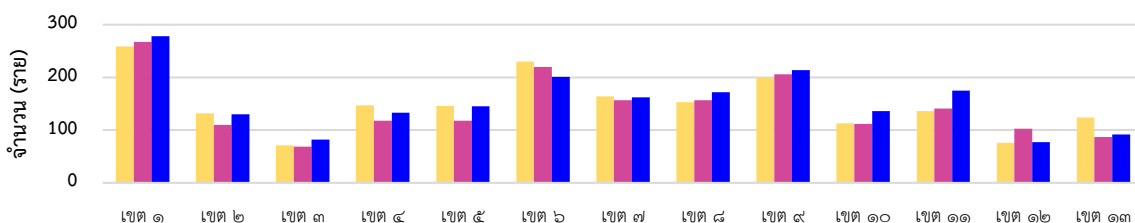
ตัวชี้วัด ๑.๑ : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน

๑.๒ : ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

ผลงาน : ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต.ค.๖๕-ก.ค.๖๖) จำนวน ๑,๙๙๗ ราย คิดเป็น อัตรา ๓.๐๗ ต่อประชากรแสนคน
ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๙๒.๒๘

๒. สรุปสถานการณ์

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๑ (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖) พบว่า สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบกับ จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ ณ ช่วงเวลาเดียวกันระหว่างเดือน ตุลาคม - กุมภาพันธ์ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๖ พบว่า ณ ช่วงเวลาเดียวกัน จำนวนผู้ฆ่าตัวสำเร็จของเดือนตุลาคม - กุมภาพันธ์ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีจำนวน ๑,๙๙๗ ราย ซึ่งสูงกว่าปีที่ผ่านมา และมีเขตสุขภาพที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๑ จำนวน ๒๗๘ ราย เขตสุขภาพที่ ๙ จำนวน ๒๐๔ ราย และ เขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๒๐๑ ตามลำดับ ดังภาพที่ ๑



	เขต ๑	เขต ๒	เขต ๓	เขต ๔	เขต ๕	เขต ๖	เขต ๗	เขต ๘	เขต ๙	เขต ๑๐	เขต ๑๑	เขต ๑๒	เขต ๑๓	รวม
ปี ๒๕๖๕	๒๕๐ (๕.๖๕)	๑๓๐ (๓.๘๕)	๗๐ (๒.๕๓)	๑๔๐ (๒.๗๓)	๑๔๐ (๒.๘๓)	๒๒๐ (๓.๗๕)	๑๖๐ (๓.๒๗)	๑๕๐ (๒.๗๕)	๒๐๐ (๒.๙๕)	๑๑๐ (๒.๕๗)	๑๓๐ (๓.๐๖)	๗๐ (๑.๕๓)	๑๒๐ (๒.๒๗)	๑,๙๙๗
ปี ๒๕๖๖	๒๖๗ (๕.๘๕)	๑๑๐ (๓.๒๕)	๖๙ (๒.๓๗)	๑๑๘ (๒.๑๙)	๑๑๘ (๒.๕๙)	๒๒๐ (๓.๕๖)	๑๕๗ (๓.๑๕)	๑๕๗ (๒.๘๖)	๒๐๖ (๓.๐๘)	๑๑๒ (๒.๕๕)	๑๔๑ (๓.๑๗)	๑๐๓ (๒.๐๖)	๘๗ (๑.๖๑)	๑,๙๙๗
ปี ๒๕๖๗	๒๗๘ (๕.๐๓)	๑๓๐ (๓.๘๒)	๘๒ (๒.๘๒)	๑๓๓ (๒.๙๗)	๑๔๕ (๒.๘๑)	๒๐๑ (๓.๒๕)	๑๖๒ (๓.๒๕)	๑๗๒ (๓.๑๓)	๒๑๔ (๓.๒๐)	๑๓๖ (๒.๙๘)	๑๗๕ (๓.๙๕)	๗๗ (๑.๕๕)	๙๖ (๑.๗๐)	๑,๙๙๗

ภาพที่ ๑ : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน เปรียบเทียบ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน (ต.ค-ก.พ.) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๖ แยกตามรายเขตสุขภาพ

ที่มา : ข้อมูลจากใบมอบบัตร(ตามสถานที่เสียชีวิต) สำนักทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ (ต.ค.๖๕ – เม.ย.๖๖) พบว่า เพศชายมีการฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก ร้อยละ ๗๘.๙ คิดเป็น อัตรา ๕.๑๓ ต่อประชากรแสนคน ผู้หญิง คิดเป็นอัตรา ๑.๓๑ ต่อประชากรแสนคน ในส่วนของกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มวัยทำงาน (อายุ ๒๐ - ๕๙ ปี) มีการฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก ร้อยละ ๑,๔๗๒ ราย คิดเป็น อัตรา ๓.๘๒ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ กลุ่มวัยสูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป) จำนวน ๔๙๐ ราย คิดเป็นอัตรา ๓.๙๖ ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา (๑๕-๑๙ ปี) จำนวน ๒๙ ราย คิดเป็นอัตรา ๐.๗๒ ต่อประชากรแสนคน ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน ยังคงเป็นกลุ่มที่มีจำนวนของการฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรกกว่าอาชีพอื่น ๆ (๓๓.๑%) รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร (๑๖.๐%) ผู้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (๑๓.๕%)

และด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยพิจารณาแยกเป็น ๑) ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (๓๐.๕%) ,การป่วยโรคทางจิตเวช ๒๖.๒% ,การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด (๒๑.๘%) ,เคยทำร้ายตนเอง (๑๔.๖%) และการใช้สารติดสารเสพติด (๑๐.๕%) ๒) ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(๔๗.๔%) ,ทะเลาะกับคนใกล้ชิด (๒๓.๑%) ,น้อยใจ ดุด่า ตำหนิ(๒๑.๕%) ,ผิดหวังความรัก (๑๐.๕%) และผลกระทบจากภาวะเครียดของปัญหาเศรษฐกิจ (๒๕.๙%) ซึ่งพบว่า บางรายมีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นมากกว่าหนึ่งปัจจัย เช่น ปัญหาเศรษฐกิจร่วมกับปัญหาความสัมพันธ์และการดื่มสุรา และพบว่าวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ แขนงคอ ๘๓.๓ % ใช้ปืน ๕.๙% ใช้สารเคมีและสารพิษอื่น ๆ ๑.๙%

๒.๑ การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

๒.๑.๑ มีแผนป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดโดยมาตรการมุ่งที่เหตุปัจจัยที่เกิดขึ้นในจังหวัดโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างพหุภาคี (Multi-sector) ผ่านกลไกคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด

๑) มีการขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตาย ผ่านคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด พร้อมคืนข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตายและข้อเสนอแนะการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัดให้กับพื้นที่ แต่ยังมีบางพื้นที่ยังไม่มีการประชุมคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย

๒) มีการจัดทำแผนป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัด ในกลุ่มเสี่ยงสูง (กลุ่มโรคเรื้อรังทางจิตเวช โรควิต โรควิตซึมเศร้า ,กลุ่มโรคเรื้อรังทางกาย (วัยทำงาน) และกลุ่มผู้สูงอายุ มีการจัดทำแนวปฏิบัติ ติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกัน ฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ยังไม่พบการจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาระยะยาวของการป้องกันฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง ปัญหาในกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่นวัยเรียนวัยรุ่น

๒.๑.๒ การระบุกลุ่มเสี่ยงของจังหวัดจากข้อมูล รง ๕๐๖s และรายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตาย แล้วเฝ้าระวังเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขญาติใกล้ชิด และคนในชุมชน

๑) พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนและสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ในสถานศึกษา (School Mental Health)

๒) มีการคัดกรองเชิงรุก (Active Screening) กลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะวัยรุ่น-วัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา แต่บางเขตสุขภาพ พบว่า โรงเรียนในสังกัด สพฐ. ยังเข้าร่วมโครงการ School Health Hero ไม่ครบทุกแห่ง และครูประเมินค้นหาความเสี่ยง/ป่วย เข้าสู่การช่วยเหลือน้อย

๓) ความร่วมมือการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายจากภาคีเครือข่ายภาคประชาชนยังน้อย ทำให้กลุ่มเสี่ยงเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพจิต

๔) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนโรคฯ แก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ และกำกับติดตามการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และมีบางเขตสุขภาพที่ยังอยู่ระหว่างร่างคำสั่งและดำเนินการ

๒.๑.๓ จัดให้มีศูนย์รับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายในจังหวัด ๒๔ ชม. และมีช่องทางสื่อสารที่สะดวกรวดเร็วจากศูนย์ฯ ไปยังทีม MCATT และทีมสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายฯ

๑) กำหนดจุดรับแจ้งเหตุ ๒๔ ชม. ของจังหวัดให้ประชาชน/หน่วยบริการในจังหวัดรับทราบ และมีเขตสุขภาพที่ยังมีการดำเนินการไม่เป็นระบบ

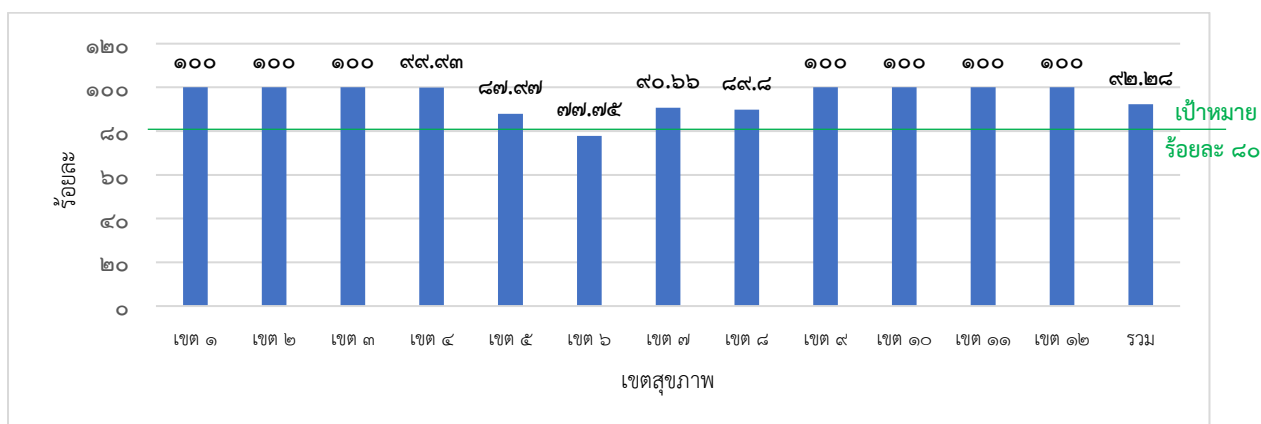
๒) มีการอบรมพัฒนาศักยภาพทีมนำ ๓ หมอ ในการป้องกันเฝ้าระวัง แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

๒.๑.๔ การดำเนินพัฒนาศักยภาพ และบูรณาการความร่วมมือกับภาคเครือข่าย เพื่อการแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่

- ๑) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรง ต่อตนเอง เพื่อหาสาเหตุและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางสู่การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายให้เกิดประสิทธิภาพ
- ๒) พัฒนาศักยภาพแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตาย เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดความรู้ ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย การสังเกตสัญญาณเตือน การปฐมพยาบาลทางใจ มีทักษะในการสื่อสารช่วยเหลือ ดูแลเยียวยาจิตใจผู้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและสามารถเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน
- ๓) บูรณาการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกับเครือข่ายทั้งในและนอกระบบ สาธารณสุข โดยขับเคลื่อนผ่านคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับ จังหวัดและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๒.๒ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สถานการณ์ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖) พบว่า มีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๙๒.๒๘ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ทุกเขตสุขภาพมีการเข้าถึงบริการ มากกว่าเป้าหมาย ยกเว้นเขตสุขภาพที่ยังคงมีการเข้าถึงบริการต่ำกว่าเป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่ ๖ เท่ากับร้อยละ ๗๗.๗๕ เนื่องจากบางพื้นที่ไม่ลงข้อมูลการการวินิจฉัยในระบบ HDC *รายละเอียดดังภาพที่ ๒* ในส่วนของ กรุงเทพมหานครมีการเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๑๕.๗๖ เนื่องจากกรุงเทพมหานคร มีหน่วยงานบริการสุขภาพ ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงมหาดไทยของกรุงเทพมหานคร การไม่มีระบบเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลและการนำเข้าสู่ข้อมูลใน HDC



ภาพที่ ๒ ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖) แยกตามรายเขตสุขภาพ ที่มา : จากระบบ <https://hdcservice.moph.go.th> และ www.thaidepression.com ณ วันที่ เมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

การดำเนินงานภายใต้ตัวชี้วัด ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ พบว่า เขตสุขภาพมีการใช้ ๒Q ๙Q เข้าถึง บริการได้ง่ายและมีการดูแลแบบชุมชนมีส่วนร่วม มีการบูรณาการทำงานสุขภาพจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งใน และนอกระบบสาธารณสุข โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการติดตามและ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ และยังพบว่าในบางพื้นที่มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม NCD หญิงตั้งครรภ์และผู้สูงอายุ ด้วยแบบประเมิน ๒Q และ ๒Q Plus แต่ยังไม่ครอบคลุม

๓. ปัญหา/จุดร่วมสะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- ๑) การติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน รพ.สต. มีความยุ่งยากมากขึ้น
- ๒) การสอบสวนระบาศาติวิทยาการฆ่าตัวตาย (Suicide Investigation/ Psychological Autopsy) ยังทำได้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ในปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้อง
- ๓) บุคลากรในการสอบสวนโรคทางระบาศาติวิทยายังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ
- ๔) การพัฒนาแนวทางการดูแลครอบครัว ชุมชน การส่งต่อข้อมูล เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษา ยังไม่ครอบคลุม ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากกลุ่มนอกเผ่าระวัง กลุ่มเสี่ยงสุรา ยาเสพติด
- ๕) การสื่อสารการสังเกตสัญญาณเตือน (Early Warning Sign) และความรู้ความเข้าใจในการป้องกัน และเผ่าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย รวมถึงทัศนคติของคนในพื้นที่ (Stigma) เกี่ยวกับปัญหาของการฆ่าตัวตาย ยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มของประชาชนทั่วไป
- ๖) โครงสร้างอัตรากำลังในหน่วยบริการไม่ชัดเจน ความครอบคลุมของสาขาวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยา

๔. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อพัฒนาปรับปรุงพัฒนา

ข้อเสนอต่อพื้นที่เพื่อการปรับปรุง พัฒนา

๑) เขตสุขภาพจัดเวทีถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พื้นที่ที่ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตายได้สำเร็จให้กับจังหวัด/พื้นที่อื่นได้เรียนรู้ร่วมกัน

๒) ให้จังหวัดดำเนินการ ดังนี้

๒.๑ จังหวัดดำเนินการจัดตั้งระบบเผ่าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุม โดยเน้น

- มีศูนย์รับแจ้งเหตุกรณีการฆ่าตัวตายและสื่อสารไปยังทีม MCATT
- มีการสอบสวนกรณีการฆ่าตัวตาย และกระทำรุนแรงต่อตนเอง
- มีฐานรวบรวมข้อมูลการสอบสวนกรณีการฆ่าตัวตาย และกระทำรุนแรงต่อตนเอง
- มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทเพื่อกำหนดมาตรการเฉพาะของแต่ละพื้นที่
- จัดทำแผนป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงสูง

๒.๒ จังหวัดสนับสนุนกลไกการทำงานของพหุภาคี (Multi-Sectors) อาทิ คณะอนุกรรมการ ประสานงานเพื่อบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๓) ชุมชนพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการให้การรักษา โดยใช้กลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้ง พัฒนาศักยภาพ Gate Keeper เช่น แกนนำในชุมชน และการสังเกต Warning Sign ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอต่อกรมสุขภาพจิตเพื่อการปรับปรุง พัฒนา

๑) กรมสุขภาพจิตพัฒนาระบบข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จในระบบ HDC แบบ Realtime และวิเคราะห์ข้อมูลผลการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตาย (Suicide Investigation) ในภาพรวมของประเทศและระดับเขต จำแนกตามช่วงอายุ/กลุ่มวัย ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น ให้ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการในแต่ละเขตสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการตรวจราชการได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๒) กรมสุขภาพจิตสนับสนุนและเสริมพลังให้เกิดการใช้กลไกคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อ บังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด และเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ อย่างเข้มแข็ง เพื่อการมีส่วนร่วมในการเผ่าระวังป้องกัน และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

๕. ปัจจัยความสำเร็จ

- ๑) ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและผลักดันเป็นนโยบายการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับเขตสุขภาพสร้างการมีส่วนร่วมภาคส่วนต่างๆ ที่เป็นรูปธรรม
- ๒) การจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนระดับจังหวัด/อำเภอ ซึ่งเป็นกลไกการยกระดับมาตรการการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในทุกภาคส่วนร่วมกัน
- ๓) ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายผ่านกลไกระดับอำเภอ/ชุมชน เช่น พชอ. โดยที่ชุมชนมีส่วนร่วม ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและเป็นเจ้าของในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๒. หัวข้อ : กลุ่มวัยทำงาน

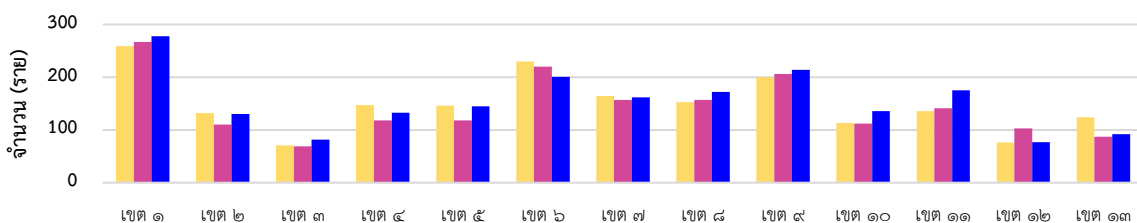
ตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน
: ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กรมสุขภาพจิต

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๑ (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖) พบว่า สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทย เมื่อเปรียบเทียบ จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ ณ ช่วงเวลาเดียวกันระหว่างเดือน ตุลาคม - กุมภาพันธ์ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า ณ ช่วงเวลาเดียวกัน จำนวนผู้ฆ่าตัวสำเร็จของเดือนตุลาคม - กุมภาพันธ์ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีจำนวน ๑,๙๙๗ ราย ซึ่งสูงกว่าปีที่ผ่านมา และมีเขตสุขภาพที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๑ จำนวน ๒๗๘ ราย เขตสุขภาพที่ ๙ จำนวน ๒๑๔ ราย และ เขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๒๐๑ ตามลำดับ ดังภาพที่ ๑



	เขต ๑	เขต ๒	เขต ๓	เขต ๔	เขต ๕	เขต ๖	เขต ๗	เขต ๘	เขต ๙	เขต ๑๐	เขต ๑๑	เขต ๑๒	เขต ๑๓	รวม
ปี ๒๕๖๔	๒๕๘ (๔.๖๘)	๑๓๒ (๓.๘๘)	๗๑ (๒.๙๓)	๑๔๗ (๒.๗๓)	๑๔๖ (๒.๘๓)	๒๓๐ (๓.๗๔)	๑๖๔ (๓.๒๗)	๑๕๓ (๒.๗๘)	๒๐๐ (๓.๔๘)	๑๑๓ (๒.๔๗)	๑๓๖ (๓.๐๖)	๗๖ (๑.๕๓)	๑๒๔ (๒.๒๗)	๑,๙๕๑
ปี ๒๕๖๕	๒๖๗ (๔.๘๔)	๑๑๐ (๓.๒๔)	๖๙ (๒.๓๗)	๑๑๘ (๒.๑๙)	๑๑๘ (๒.๒๙)	๒๒๐ (๓.๕๖)	๑๕๗ (๓.๑๔)	๑๕๗ (๒.๘๖)	๒๐๖ (๓.๐๘)	๑๑๒ (๒.๔๕)	๑๔๑ (๓.๑๗)	๑๐๓ (๒.๐๖)	๘๗ (๑.๖๑)	๑,๘๖๕
ปี ๒๕๖๖	๒๗๘ (๕.๐๓)	๑๓๐ (๓.๘๓)	๘๒ (๒.๘๒)	๑๓๓ (๒.๔๗)	๑๔๕ (๒.๘๑)	๒๐๑ (๓.๒๕)	๑๖๒ (๓.๒๔)	๑๗๒ (๓.๑๓)	๒๑๔ (๓.๒๐)	๑๓๖ (๒.๙๘)	๑๗๕ (๓.๙๔)	๗๗ (๑.๕๕)	๙๒ (๑.๗๐)	๑,๙๙๗

ภาพที่ ๑ : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน เปรียบเทียบ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน (ต.ค-ก.พ.) ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ แยกตามรายเขตสุขภาพ

ที่มา : ข้อมูลจากใบมรณบัตร(ตามสถานที่เสียชีวิต) สำนักทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ (ต.ค.๖๕ – เม.ย.๖๖) พบว่า เพศชายมีการฆ่าตัวตายเป็นอันดับ ๑ คิดเป็นอัตรา ๕.๑๓ ต่อประชากรแสนคน ผู้หญิง คิดเป็นอัตรา ๑.๓๑ ต่อประชากรแสนคน ในส่วนของกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มวัยทำงาน (อายุ ๒๐ - ๕๙ ปี) มีการฆ่าตัวตายเป็นอันดับ ๑ คิดเป็นอัตรา ๑,๔๗๒ ราย คิดเป็น อัตรา ๓.๘๒ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ กลุ่มวัยสูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป) จำนวน ๔๙๐ ราย

คิดเป็นอัตรา ๓.๙๖ ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา (๑๕-๑๙ ปี) จำนวน ๒๙ ราย คิดเป็นอัตรา ๐.๗๒ ต่อประชากรแสนคน ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน ยังคงเป็นกลุ่มที่มีจำนวนของการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าอาชีพอื่น ๆ (๓๓.๑%) รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร (๑๖.๐%) ผู้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (๑๓.๕%) และด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยพิจารณาแยกเป็น ๑) **ปัจจัยเสี่ยง** ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (๓๐.๕%), การป่วยโรคทางจิตเวช ๒๖.๒%, การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด (๒๑.๘%), เคยทำร้ายตนเอง (๑๔.๖%) และการใช้สารติดสารเสพติด (๑๐.๕%) ๒) **ปัจจัยกระตุ้น** ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(๔๗.๔%), ทะเลาะกับคนใกล้ชิด (๒๓.๑%), น้อยใจ ดุด่า ตำหนิ (๒๑.๕%), ผิดหวังความรัก (๑๐.๕%) และผลกระทบจากภาวะเครียดของปัญหาเศรษฐกิจ (๒๕.๙%) ซึ่งพบว่า บางรายมีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นมากกว่าหนึ่งปัจจัย เช่น ปัญหาเศรษฐกิจร่วมกับปัญหาความสัมพันธ์ และการดื่มสุรา และพบว่าวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ แขวานคอ ๘๓.๓ % ใช้ปืน ๕.๙% ใช้สารเคมีและสารพิษอื่น ๆ ๑.๙%

๔.๓ การดำเนินงานในพื้นที่

๔.๓.๑ มีแผนป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดโดยมาตรการมุ่งที่เหตุปัจจัยที่เกิดขึ้นในจังหวัดโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างพหุภาคี (Multi-sector) ผ่านกลไกคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด

๑) มีการขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตาย ผ่านคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด พร้อมคืนข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตายและข้อเสนอแนะการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัดให้กับพื้นที่ แต่ยังมีบางพื้นที่ที่ยังไม่มีการประชุมคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย

๒) มีการจัดทำแผนป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัด ในกลุ่มเสี่ยงสูง (กลุ่มโรคเรื้อรังทางจิตเวช โรควิต โรควิตซึมเศร้า ,กลุ่มโรคเรื้อรังทางกาย (วัยทำงาน) และกลุ่มผู้สูงอายุ มีการจัดทำแนวปฏิบัติ ติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกัน ฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ยังไม่พบการจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาระยะยาวของการป้องกันฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง ปัญหาในกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่นวัยเรียน

๔.๓.๒ การระบุกลุ่มเสี่ยงของจังหวัดจากข้อมูล รง ๕๐๖s และรายงานการสอบสวนโรคแล้ว เฝ้าระวังเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขญาติใกล้ชิด และคนในชุมชน

๑) พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนและสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ในสถานศึกษา (School Mental Health)

๒) มีการคัดกรองเชิงรุก (Active Screening) กลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะวัยเรียน-วัยรุ่น ในโรงเรียนมัธยมศึกษา แต่บางเขตสุขภาพ พบว่า โรงเรียนในสังกัด สพฐ. ยังเข้าร่วมโครงการ School Health Hero ไม่ครบทุกแห่ง และครูประเมินค้นหาความเสี่ยง/ป่วย เข้าสู่การช่วยเหลือน้อย

๓) ความร่วมมือการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายจากภาคีเครือข่ายภาคประชาชนยังน้อย ทำให้กลุ่มเสี่ยงเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพจิต

๔) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนโรคฯ แก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ และกำกับติดตามการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และมีบางเขตสุขภาพที่ยังอยู่ระหว่างร่างคำสั่งและดำเนินการ

๔.๓.๓ จัดให้มีศูนย์รับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายในจังหวัด ๒๔ ชม. และมีช่องทางสื่อสารที่สะดวก รวดเร็วจากศูนย์ฯ ไปยังทีม MCATT และทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายฯ

๑) กำหนดจุดรับแจ้งเหตุ ๒๔ ชม. ของจังหวัดให้ประชาชน/หน่วยบริการในจังหวัดรับทราบ และมีเขตสุขภาพที่ยังมีการดำเนินการไม่เป็นระบบ

๒) ไม่พบศูนย์รับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายในจังหวัด ๒๔ ชั่วโมง

๓) มีการอบรมพัฒนาศักยภาพทีมนำ ๓ หมอ ในการป้องกันเฝ้าระวัง แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

๔.๓.๔ การดำเนินพัฒนาศักยภาพ และบูรณาการความร่วมมือกับภาคเครือข่าย เพื่อการแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่

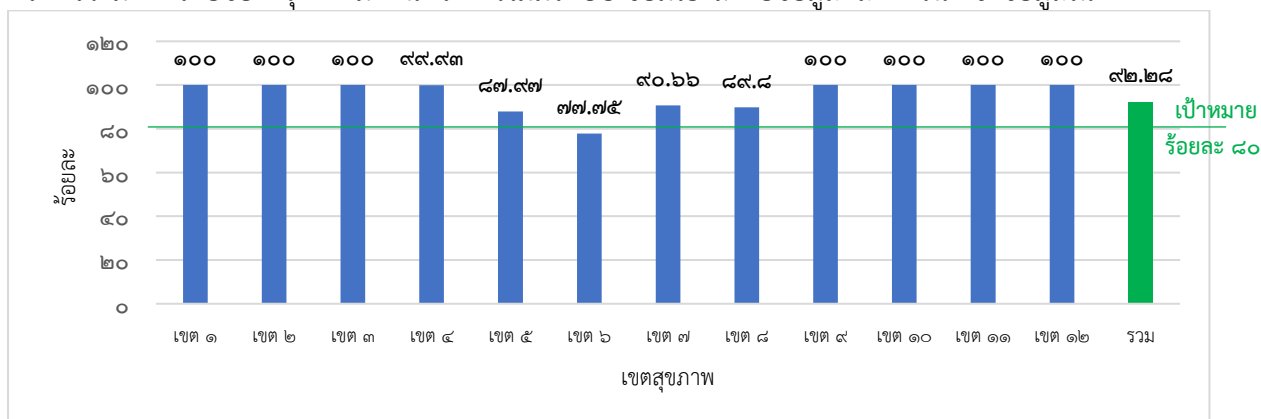
๑) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อหาสาเหตุและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางสู่การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายให้เกิดประสิทธิภาพ

๒) พัฒนาศักยภาพแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตาย เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดความรู้ ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย การสังเกตสัญญาณเตือน การปฐมพยาบาลทางใจ มีทักษะในการสื่อสารช่วยเหลือดูแลเยียวยาจิตใจผู้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและสามารถเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

๓) บูรณาการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกับเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๔.๔ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สถานการณ์ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖) พบว่า มีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๙๒.๒๘ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ทุกเขตสุขภาพมีการเข้าถึงบริการมากกว่าเป้าหมาย ยกเว้นเขตสุขภาพที่ยังคงมีการเข้าถึงบริการต่ำกว่าเป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่ ๖ เท่ากับร้อยละ ๗๗.๗๕ เนื่องจากบางพื้นที่ไม่ลงข้อมูลการกรณินิจฉัยในระบบ HDC รายละเอียดดังภาพที่ ๒ ในส่วนของกรุงเทพมหานครมีการเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๑๕.๗๖ เนื่องจากกรุงเทพมหานคร มีหน่วยงานบริการสุขภาพภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงมหาดไทยของกรุงเทพมหานคร การไม่มีระบบเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลและการนำเข้าสู่ข้อมูลใน HDC



ภาพที่ ๒ ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖) แยกตามรายเขตสุขภาพ ที่มา : จากระบบ <https://hdcservice.moph.go.th> และ www.thaidepression.com ณ วันที่ เมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

การดำเนินงานภายใต้ตัวชี้วัด ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ พบว่า เขตสุขภาพมีการใช้ ๒Q ๙Q เข้าถึงบริการได้ง่ายและมีการดูแลแบบชุมชนมีส่วนร่วม มีการบูรณาการทำงานสุขภาพจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการติดตามและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ และยังพบว่าในบางพื้นที่มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม NCD หญิงตั้งครรภ์และผู้สูงอายุ ด้วยแบบประเมิน ๒Q และ ๒Q Plus แต่ยังไม่ครอบคลุม

๕. ปัญหา/จุดร่วมสะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- ๑) การติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน รพ.สต. มีความยุ่งยากมากขึ้น
- ๒) การสอบสวนระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย (Suicide Investigation/ Psychological Autopsy) ยังทำได้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ในปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้อง
- ๓) บุคลากรในการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยายังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ
- ๔) การพัฒนาแนวทางการดูแลครอบครัว ชุมชน การส่งต่อข้อมูล เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษา ยังไม่ครอบคลุม ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากกลุ่มนอกแผนรพ. กลุ่มเสี่ยงสุรา ยาเสพติด
- ๕) การสื่อสารการสังเกตสัญญาณเตือน (Early Warning Sign) และความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย รวมถึงทัศนคติของคนในพื้นที่ (Stigma) เกี่ยวกับปัญหาของการฆ่าตัวตาย ยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มของประชาชนทั่วไป
- ๖) โครงสร้างอัตรากำลังในหน่วยบริการไม่ชัดเจน ความครอบคลุมของสหวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยา

๖. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

- ๑) “๔ Pillars ๔ เสาเราไม่ทิ้งกัน” (เขต ๑)
- ๒) กลไก ๓ หมอในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย (เขต ๓)
- ๓) การคัดกรองสุขภาพเชิงรุกบูรณาการ ๓ หมอ ด้วย Mental health check In ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงด้วยโปรแกรม R๘EOC /R๘๕๐๖ Dashboard (เขต ๘)
- ๔) แนวทางการเฝ้าระวังปัญหาวิกฤติสุขภาพจิต หรือจิตเวชฉุกเฉินร่วมกับภาคีเครือข่าย (เขต ๙)
- ๕) ทุกจังหวัดมีการสอบสวนโรค เพื่อสอบสวนหาสาเหตุฆ่าตัวตาย โดยกำหนดแนวทางให้ทีมสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตาย โดยกำหนดแนวทางให้ทีมสอบสวนฯ ระดับพื้นที่ -อำเภอ สอบสวนทุกรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีการกำกับต่อเนื่อง (เขต ๑๐)
- ๖) Tele-pharmacy ติดตามเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยไม่ขาดยา ปรับแผนการรักษา ควบคุมอาการได้ดี และประหยัดค่าใช้จ่าย (เขต ๑๑ ชุมพร)
- ๗) โครงการปลดอาวุธปืน” การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต สร้างความตระหนักของผู้รับบริการและผู้บังคับบัญชาในกลุ่มผู้ถือครองอาวุธปืนที่ใช้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ (เขต ๑๒)

๗. ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการ

ข้อเสนอต่อพื้นที่เพื่อการปรับปรุง พัฒนา

- ๑) เขตสุขภาพจัดเวทีถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พื้นที่ที่ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายได้สำเร็จให้กับจังหวัด/พื้นที่อื่นได้เรียนรู้ร่วมกัน
- ๒) ให้จังหวัดดำเนินการ ดังนี้
 - ๒.๑ จังหวัดดำเนินการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุม โดยเน้น

- มีศูนย์รับแจ้งเหตุกรณีการฆ่าตัวตายและสื่อสารไปยังทีม MCATT
- มีการสอบสวนกรณีการฆ่าตัวตาย และกระทำรุนแรงต่อตนเอง
- มีฐานรวบรวมข้อมูลการสอบสวนกรณีการฆ่าตัวตาย และกระทำรุนแรงต่อตนเอง
- มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทเพื่อกำหนดมาตรการเฉพาะของแต่ละพื้นที่
- จัดทำแผนป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงสูง

๒.๒ จังหวัดสนับสนุนกลไกการดำเนินงานของพหุภาคี (Multi-Sectors) อาทิ คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๓) ชุมชนพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการให้การรักษา โดยใช้กลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้ง พัฒนาศักยภาพ Gate Keeper เช่น แกนนำในชุมชน และการสังเกต Warning Sign ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอต่อกรมสุขภาพจิตเพื่อการปรับปรุง พัฒนา

๑) กรมสุขภาพจิตพัฒนาระบบข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จในระบบ HDC แบบ Realtime และวิเคราะห์ข้อมูลผลการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตาย (Suicide Investigation) ในภาพรวมของประเทศและระดับเขต จำแนกตามช่วงอายุ/กลุ่มวัย ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น ให้ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการในแต่ละเขตสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการตรวจราชการได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๒) กรมสุขภาพจิตสนับสนุนและเสริมพลังให้เกิดการใช้กลไกคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด และเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ อย่างเข้มแข็ง เพื่อการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกัน และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

๘. ปัจจัยความสำเร็จ

๑) ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและผลักดันเป็นนโยบายการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับเขตสุขภาพสร้างการมีส่วนร่วมภาคส่วนต่างๆ ที่เป็นรูปธรรม

๒) การจัดตั้งคณะอนุกรรมการระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนระดับจังหวัด/อำเภอ ซึ่งเป็นกลไกการยกระดับมาตรการการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในทุกภาคส่วนร่วมกัน

๓) ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายผ่านกลไกระดับอำเภอ/ชุมชน เช่น พชอ. โดยที่ชุมชนมีส่วนร่วม ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและเป็นเจ้าของในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ : การยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ตัวชี้วัด :

๑.๑ ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

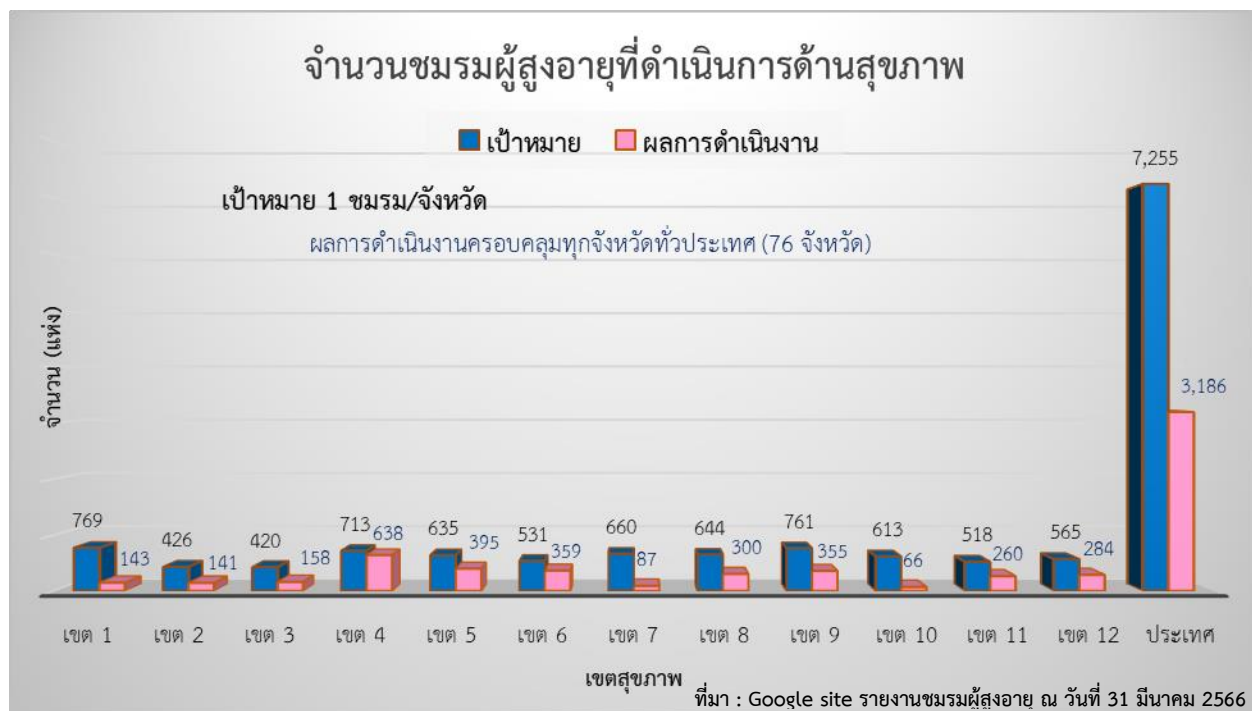
(รอบ ๖ เดือนแรก เป้าหมาย ร้อยละ ๒๕)



สรุปผลการดำเนินงาน จากข้อมูลผู้สูงอายุในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ จำนวน ๙,๔๘๔,๒๖๔ คน ได้รับการประเมินสุขภาพเข้าสู่กระบวนการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) จำนวน ๕,๐๔๙,๖๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๒๔ ที่มา : สำนักงานมายผู้สูงอายุ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

๑.๒ จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (๑ ชมรม/ตำบล)

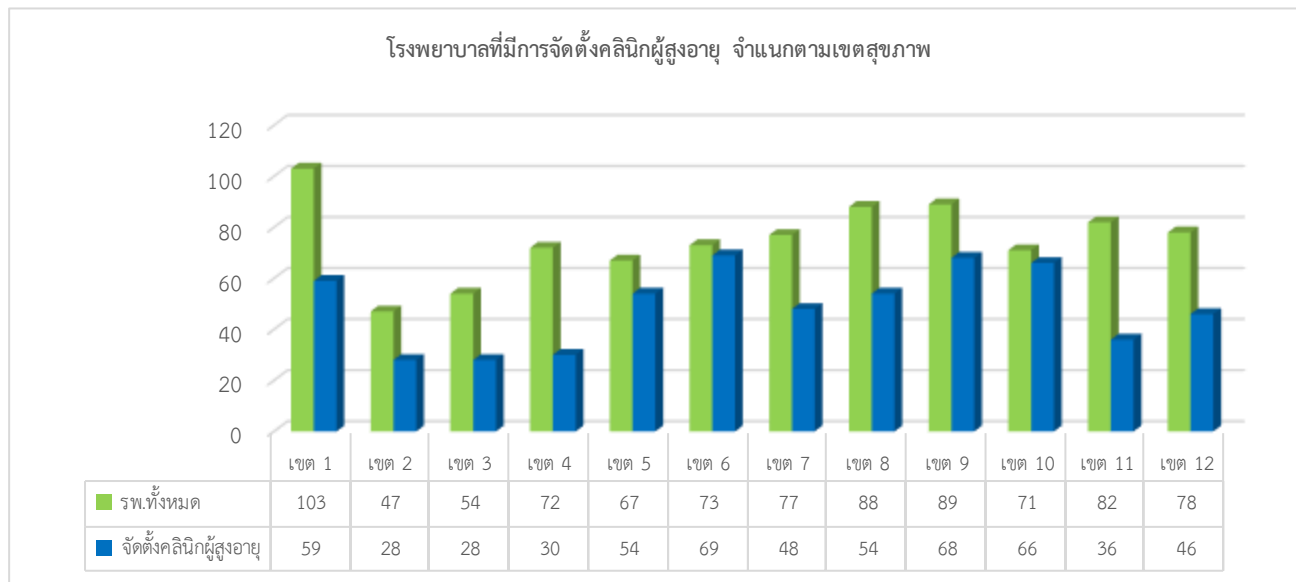
(รอบ ๖ เดือนแรก เป้าหมาย ๑ ชมรม/จังหวัด)



สรุปผลการดำเนินงาน ในการขับเคลื่อนงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เป้าหมาย รอบ ๖ เดือน ๑ ชมรม/จังหวัด ทุกเขตสุขภาพมีชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ จำนวน ๓,๑๘๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๙๑ ที่มา : Google site รายงานชมรมผู้สูงอายุ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

๑.๓ คลินิกผู้สูงอายุ

๑.๓.๑ ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (รอบ ๖ เดือนแรก เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐)

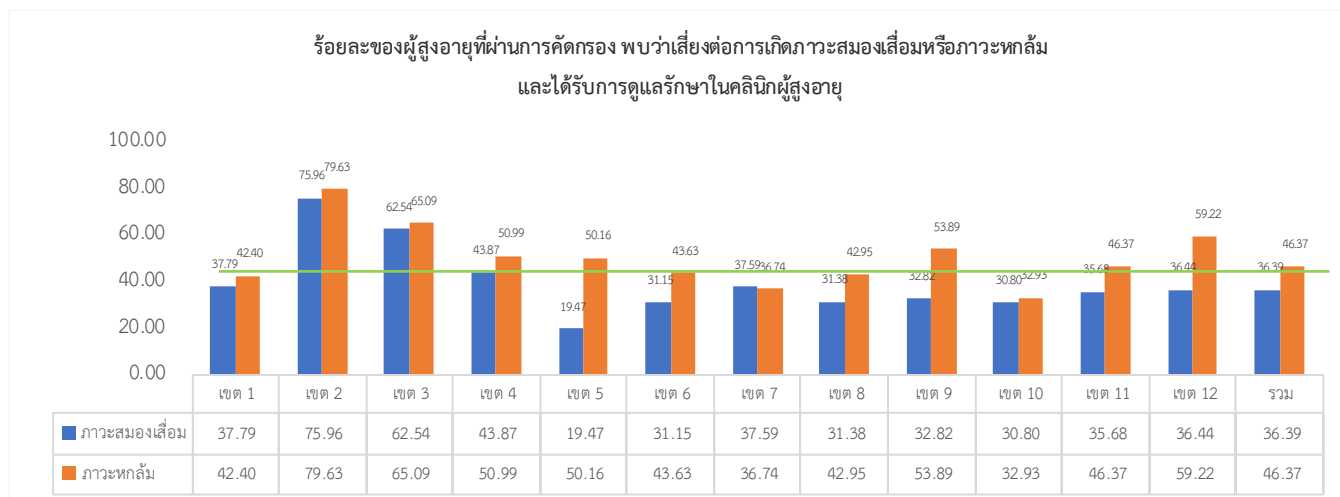


สรุปผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ๕๘๖ แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๕ (ข้อมูลจากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

๑.๓.๒ ร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (รอบ ๖ เดือนแรก เป้าหมาย ร้อยละ ๓๐)

๑.๓.๒.๑ ร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๑.๓.๒.๒ ร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ



สรุปผลการดำเนินงาน จำนวนผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๓๙ และจำนวนของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๓๗ (ข้อมูลจาก สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

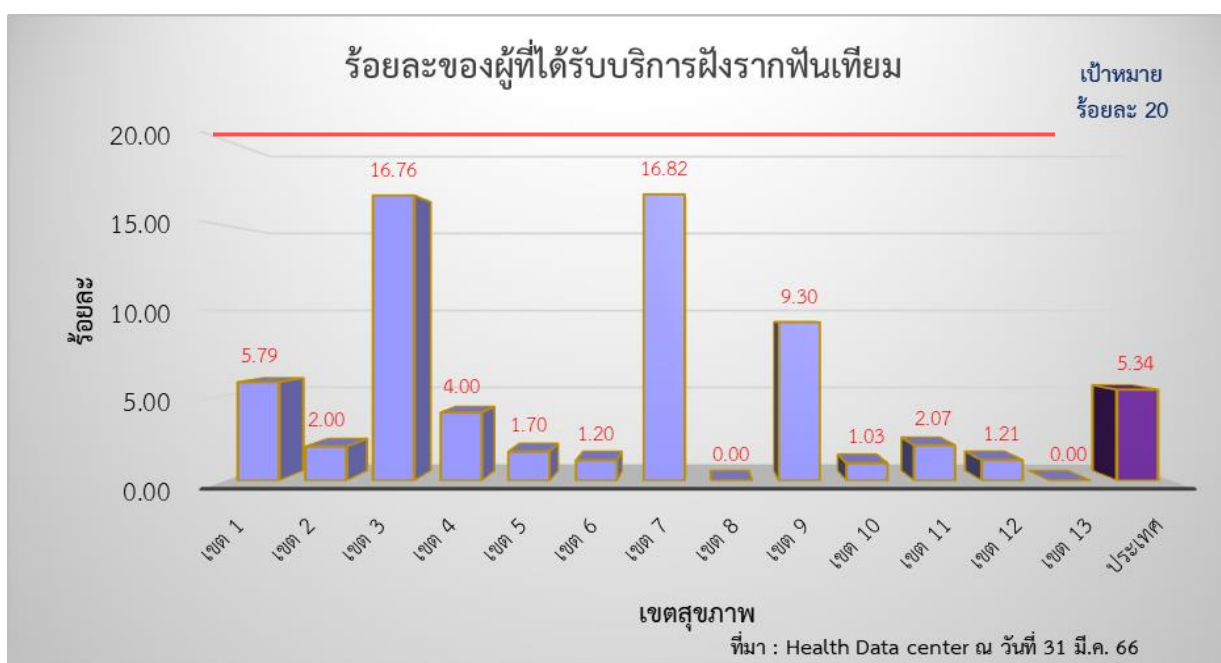
๑.๔ ร้อยละ ๙๕ ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

(รอบ ๖ เดือนแรก เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐)



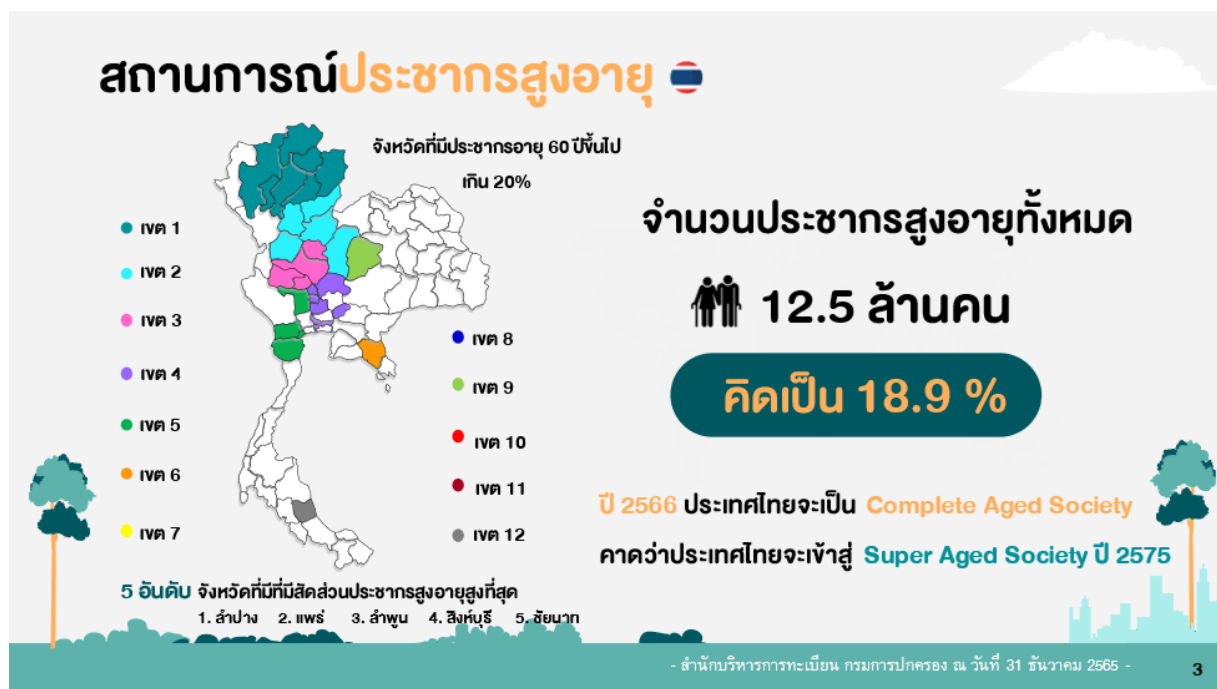
สรุปผลการดำเนินงาน ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔๓๙,๔๘๕ คน ได้รับการดูแลตาม Care Plan จำนวน ๔๐๓,๘๘๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๘๑ (ข้อมูลจากโปรแกรม Long Term Care (3C) วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

๑.๕ จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม ๓๖,๐๐๐ ราย และรากฟันเทียม ๓,๕๐๐ ราย) (ทั่วประเทศ) (ผู้ที่ได้รับบริการฟันเทียมร้อยละ ๔๐ และบริการรากฟันเทียมร้อยละ ๒๐ ของเป้าหมาย)



สรุปผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ เป้าหมายร้อยละ ๔๐ ของผู้ได้รับบริการฟันเทียม ทั้งปาก หรือเกือบทั้งปากในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ และวัยสูงอายุเป้าหมาย รวม ๓๒,๖๘๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๕๕ และเป้าหมายบริการรากฟันเทียม ร้อยละ ๒๐ ดำเนินการฝังรากฟันเทียมเฉพาะผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวม ๑๘๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๓๔ (ที่มา HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

๒) สรุปสถานการณ์



ประเทศไทยมีประชากรรวม ๖๖.๗ ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก มีจำนวนผู้สูงอายุ ๑๒.๕ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๘.๙ ของประชากรทั้งหมด และเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี ๒๕๖๖ และคาดว่าภายในปี ๒๕๗๕ จะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ ๔ ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย ๘๐ ปีขึ้นไปจะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ ๗ ต่อปี (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย) จังหวัดที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เกินร้อยละ ๒๐ ส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตภาคเหนือและภาคกลาง และ ๕ อันดับ จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงที่สุด ได้แก่ ลำปาง แพร่ ลำพูน สิงห์บุรี และชัยนาท ตามลำดับ (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

จากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living : ADL) ผู้สูงอายุได้รับคัดกรอง (ADL) จำนวน ๖,๒๐๗,๖๐๐ คน (ร้อยละ ๖๒.๐๕) เป็นกลุ่มติดสังคม : ร้อยละ ๙๖.๗๑ กลุ่มติดบ้าน : ร้อยละ ๒.๖๔ กลุ่มติดเตียง : ร้อยละ ๐.๖๕ (ข้อมูลจาก Health Data Center ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖) และการคัดกรองความถดถอยผู้สูงอายุ ๙ ด้าน จำนวน ๔,๕๒๑,๓๒๗ คน พบว่า ด้านที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด ๓ อันดับ ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ ๑๔.๐๒ ด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๑๒.๒๐ ด้านการมองเห็น ร้อยละ ๑๒.๐๙ ตามลำดับ (ข้อมูล Blue Book Application วันที่ ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๖)

แม้ว่าคนไทยจะมีอายุยืนยาวมากขึ้น แต่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุจะต้องอยู่กับสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ยาวนานมากขึ้นจนกว่าจะสิ้นอายุขัย ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลให้คนส่วนใหญ่มีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์จนถึงเสียชีวิต และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มมากกว่า ๓ เท่าในอีก ๓๐ ปีข้างหน้า จำเป็นต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและสามารถดูแลตนเองได้เมื่ออายุมากขึ้น ลดภาวะพึ่งพิงในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ปัจจุบันหน่วยงานของรัฐมีการขยายสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการตามความจำเป็น แต่ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนยังเข้าไม่ถึงบริการ จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้สามารถเข้าถึงบริการอันพึงได้ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างเท่าเทียมทั่วประเทศ

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๓.๑ Service delivery :

- บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพยังไม่เพียงพอ และยังขาดแคลนบุคลากรที่รับผิดชอบประจำ
- บุคลากรที่ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุในระดับ รพ.สต. ยังมีทักษะการคัดกรอง และการดูแลผู้สูงอายุ เฉพาะด้านไม่ครอบคลุม เช่น ภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม
- ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบเสียง/ ความผิดปกติ ไม่ได้รับการดูแล/ ส่งต่อรักษาอย่างเป็นระบบ
- ผู้รับบริการไม่สามารถเดินทาง มารับบริการในคลินิกได้
- การทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีมีความซับซ้อน ทำให้ต้องใช้เวลาในการดำเนินการค่อนข้างมาก และยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์หลังทำแผน
- บางจังหวัดมีหน่วยบริการที่สามารถฝังรากฟันเทียมน้อย กลุ่มเป้าหมายมีความกลัวและกังวลที่จะเข้ามารับบริการฝังรากฟันเทียม รวมทั้งกระบวนการรับบริการใช้เวลานานและหลายครั้ง ผู้ป่วยบางรายจึงไม่สะดวกเดินทางมารับบริการได้

๓.๒ Workforce : Care Manager ใน รพ.สต. บางส่วนไม่โอนย้ายไป อบจ. ทำให้ รพ.สต. ที่สังกัด อบจ. ไม่มี Care Manager ทำหน้าที่ให้บริการในระบบ LTC

๓.๓ Data & IT :

- ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย มีการพัฒนาเรื่องการเพิ่มข้อมูลตามนโยบาย ฟ้าอ้อมผู้ใหญ่ ทำให้ระบบอาจเกิดความไม่เสถียรในบางช่วง และโปรแกรม LTC ของ สปสช. มีการปรับปรุงระบบใหม่ ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ฐานข้อมูลการจัดทำ Care Plan ที่ได้รับการอนุมัติจากอปท. ได้
- การเข้าถึงโทรศัพท์ ระบบไอที และอินเทอร์เน็ตยังไม่ทั่วถึง รวมทั้งการใช้งานผ่านช่องทาง Digital platform อาจไม่ตรงกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท และห่างไกล
- โปรแกรม/ แอปพลิเคชันในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุมีความหลากหลายและไม่เชื่อมต่อกับโปรแกรมบริการพื้นฐาน

๓.๔ Finance :

- งบประมาณในการอบรม/พัฒนาศักยภาพบุคลากรมีจำกัด ทำให้ไม่สามารถพัฒนาศักยภาพบุคลากรได้ครบคลุม
- ไม่มีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การคัดกรองสุขภาพ การจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ

๓.๕ Governance : การสื่อสารมาตรการ กิจกรรม จากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค ในบางพื้นที่ยังไม่เป็นทิศทางเดียวกัน

๓.๖ Participation : อปท. หลายแห่ง ยังไม่เข้าร่วมกองทุน Long Term Care กับ สปสช. ทำให้ไม่สามารถเบิกจ่ายค่าบริการในระบบ LTC ได้

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ พัฒนาชุดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาแผนส่งเสริมสุขภาพดีให้กระชับและง่ายต่อการนำไปใช้ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุรายบุคคล

๔.๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการในจังหวัด ประชาสัมพันธ์ ชี้แจงโครงการฟันเทียม/รากฟันเทียม และหน่วยบริการที่สามารถเข้ารับบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย

๔.๓ พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการในระดับ F๑ ขึ้นไป ในการจัดบริการรากฟันเทียม ทั้งในด้านความพร้อมบุคลากร อุปกรณ์ และการวางระบบบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

๔.๔ สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพผู้สูงอายุ (แพทย์พยาบาลและสหสาขาวิชาชีพในคลินิกผู้สูงอายุ, Care Manager, Caregiver) และงบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครบคลุมทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

๔.๕ การบูรณาการฐานข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุโดยเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบโปรแกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลผู้สูงอายุ ร่วมกับหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดภาระของผู้ปฏิบัติงานและประสิทธิภาพของการนำข้อมูลไปใช้ในเชิงนโยบายและงบประมาณของประเทศ ตลอดจนควรมีการทดสอบระบบก่อนนำไปใช้งานจริงเพื่อให้เกิดการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๖ ประสานความร่วมมือกับกรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์รากฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุสิทธิข้าราชการและสิทธิประกันตน

๔.๗ ประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเพิ่มการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การจัดการดูแลผู้สูงอายุ สื่อสารประชาสัมพันธ์ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีการกำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง

๕.๒ มีช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ การรับฟังปัญหา ข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ และนำมาปรับปรุงพัฒนางาน รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

๕.๓ มีการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานผ่านระบบออนไลน์ และกลุ่ม Line อย่างน้อยเดือนละ ๑ - ๒ ครั้ง

๕.๔ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในการคัดกรอง ประชาสัมพันธ์ และส่งต่อให้ผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการ

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๖.๑ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งระดับบุคคลและระดับกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ

๖.๒ การค้นหา และความครอบคลุมของการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับ อปท. เพื่อการจัดสรรงบประมาณจากกองทุน LTC

๖.๓ ความพร้อมและศักยภาพของหน่วยบริการในการให้บริการฟื้นฟูและรากฟื้นฟู

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๒. หัวข้อ /ตัวชี้วัด : การยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๒.๑ ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

๒.๒ จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (๑ ชมรม/ตำบล)

๒.๓ คลินิกผู้สูงอายุ

๒.๓.๑ ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ

๒.๓.๒ ร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะ
หกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๒.๓.๒.๑ ร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๒.๓.๒.๒ ร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม
และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๒.๔ ร้อยละ ๙๕ ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

๒.๕ จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม ๓๖,๐๐๐ ราย และรากฟันเทียม ๓,๕๐๐
ราย) (ทั่วประเทศ)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก

๑. กรมอนามัย : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ สำนักทันตสาธารณสุข

๒. กรมการแพทย์ : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ร่วมกับสำนักนิตเวช
ระบบการแพทย์ และสถาบันทันตกรรม

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม

๑. กรมสุขภาพจิต

๒. กรมควบคุมโรค

๓. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๔. สถานการณ์



ประเทศไทยมีประชากรรวม ๖๖.๗ ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก มีจำนวนผู้สูงอายุ ๑๒.๕ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๘.๙ ของประชากรทั้งหมด และเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี ๒๕๖๖ และคาดว่าภายในปี ๒๕๗๕ จะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ ๔ ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย ๘๐ ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ ๗ ต่อปี (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ : มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย) จังหวัดที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เกินร้อยละ ๒๐ ส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตภาคเหนือและภาคกลาง และ ๕ อันดับ จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงที่สุด ได้แก่ ลำปาง แพร่ ลำพูน สิงห์บุรี และชัยนาท ตามลำดับ (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

จากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living : ADL) ผู้สูงอายุได้รับคัดกรอง (ADL) จำนวน ๖,๒๐๗,๖๐๐ คน (ร้อยละ ๖๒.๐๕) เป็นกลุ่มติดสังคม : ร้อยละ ๙๖.๗๑ กลุ่มติดบ้าน : ร้อยละ ๒.๖๔ กลุ่มติดเตียง : ร้อยละ ๐.๖๕ (ข้อมูลจาก Health Data Center ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖) และการคัดกรองความถดถอยผู้สูงอายุ ๙ ด้าน จำนวน ๔,๕๒๑,๓๒๗ คน พบว่าด้านที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด ๓ อันดับ ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ ๑๔.๐๒ ด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๑๒.๒๐ ด้านการมองเห็น ร้อยละ ๑๒.๐๙ ตามลำดับ (ข้อมูล Blue Book Application วันที่ ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๖)

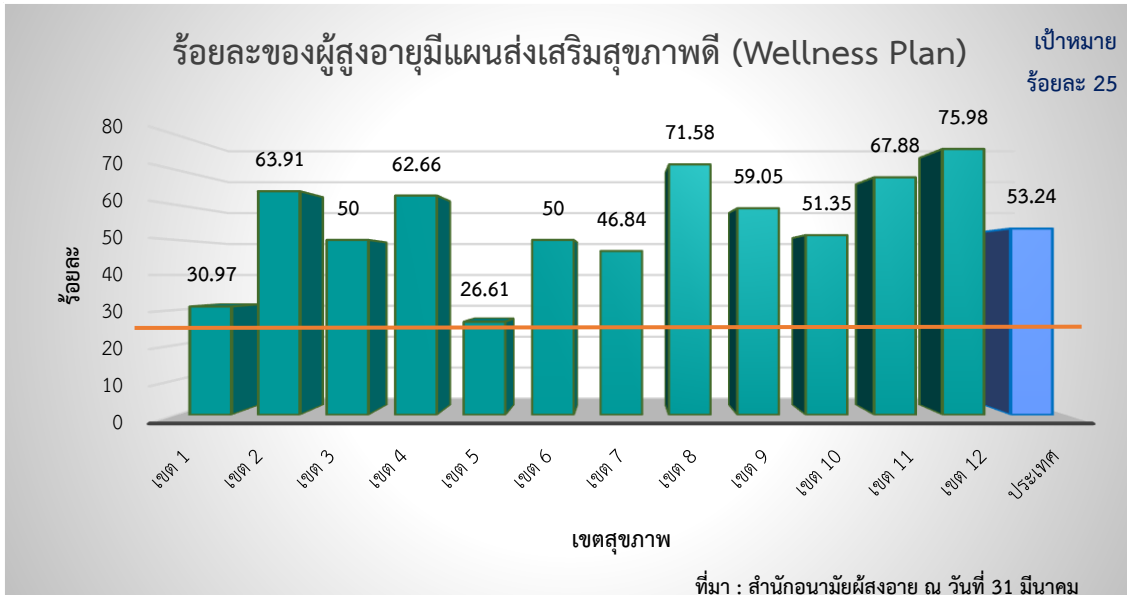
แม้ว่าคนไทยจะมีอายุยืนยาวมากขึ้น แต่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุจะต้องอยู่กับสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ยาวนานมากขึ้นจนกว่าจะสิ้นอายุขัย ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลให้คนส่วนใหญ่มีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์จนถึงเสียชีวิต และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มมากกว่า ๓ เท่าในอีก ๓๐ ปีข้างหน้า จำเป็นต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและสามารถดูแลตนเองได้

เมื่ออายุมากขึ้น ลดภาวะพึ่งพิงในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้นปัจจุบันหน่วยงานของรัฐมีการขยายสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการตามความจำเป็น แต่ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนยังเข้าไม่ถึงบริการ จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้สามารถเข้าถึงบริการอันพึงได้ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างเท่าเทียมทั่วประเทศ

๕. ผลการประเมิน (รอบที่ ๑)

๕.๑ กราฟแท่ง / แผนภูมิ / ตาราง แยกรายเขตฯ และผลรวมทุกเขต

- ร้อยละ ๒๕ ของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)



ที่มา : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

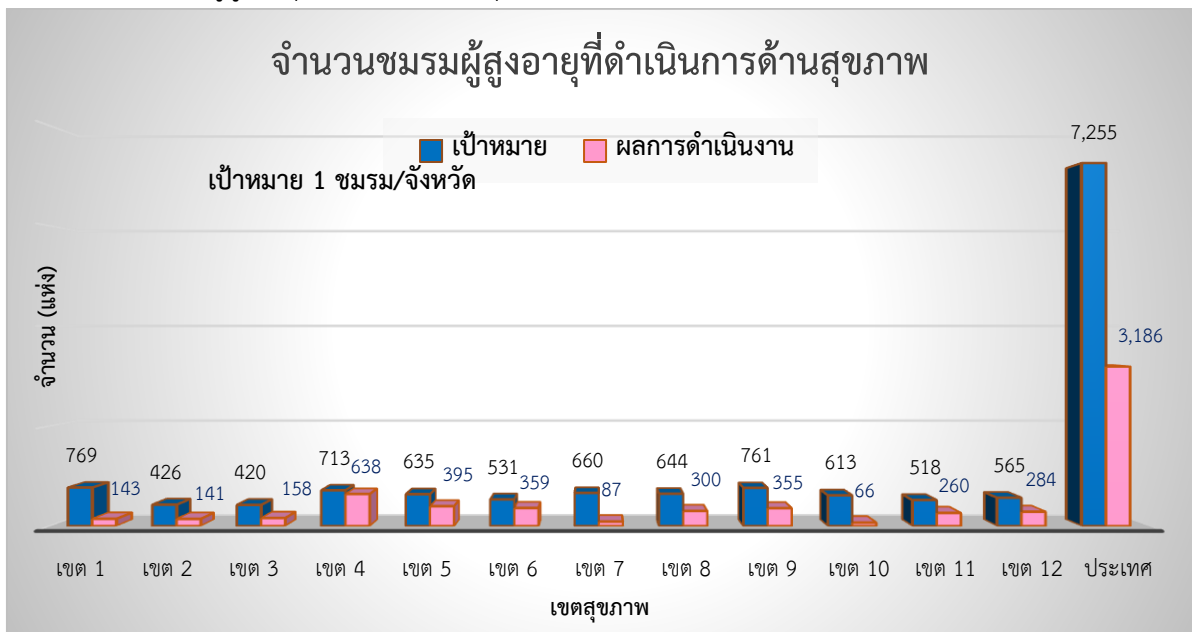
เขตสุขภาพ	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (คน)	ผู้สูงอายุที่เข้าสู่กระบวนการทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (คน)	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1	1,118,877	346,498	30.97
เขตสุขภาพที่ 2	588,160	375,895	63.91
เขตสุขภาพที่ 3	523,388	261,686	50
เขตสุขภาพที่ 4	880,785	551,912	62.66
เขตสุขภาพที่ 5	886,112	235,820	26.61
เขตสุขภาพที่ 6	876,189	438,096	50
เขตสุขภาพที่ 7	812,376	380,545	46.84
เขตสุขภาพที่ 8	809,061	579,092	71.58
เขตสุขภาพที่ 9	1,040,848	614,649	59.05
เขตสุขภาพที่ 10	662,655	340,253	51.35

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (คน)	ผู้สูงอายุที่เข้าสู่กระบวนการทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (คน)	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 11	639,109	433,797	67.88
เขตสุขภาพที่ 12	646,704	491,387	75.98
รวมทั้งหมด	9,484,264	5,049,630	53.24

จากข้อมูลผู้สูงอายุในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ จำนวน ๙,๔๘๔,๒๖๔ คน ได้รับการประเมินสุขภาพเข้าสู่กระบวนการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) จำนวน ๕,๐๔๙,๖๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๒๔ ที่มา : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เป้าหมายการดำเนินงาน รอบ ๖ เดือน ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ ๒๕ ผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ บรรลุตามเป้าหมายร้อยละ ๕๓.๒๔ เขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ครอบคลุมมากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๒ ๘ ๑๑ ตามลำดับ

- จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (๑ ชมรม/จังหวัด)



ที่มา : Google site รายงานชมรมผู้สูงอายุ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เขตสุขภาพ	เป้าหมาย (1 ชมรม/ตำบล)	จำนวนชมรมที่ผ่านการประเมิน (51 -100 คะแนน)	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1	769	143	18.60
เขตสุขภาพที่ 2	426	141	33.10
เขตสุขภาพที่ 3	420	158	37.62
เขตสุขภาพที่ 4	713	638	89.48

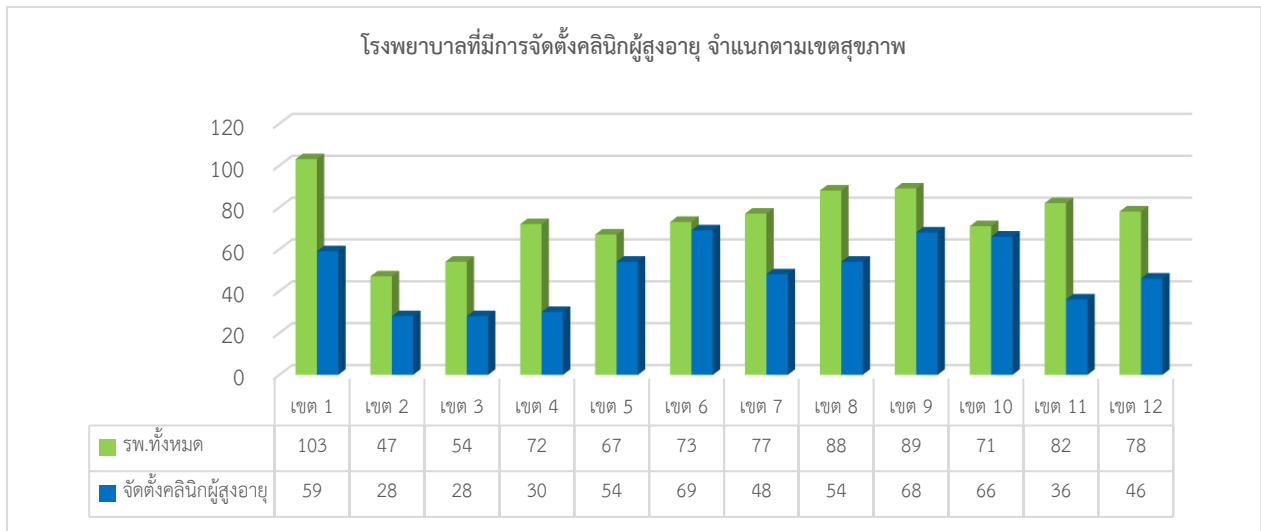
เขตสุขภาพ	เป้าหมาย (1 ชมรม/ตำบล)	จำนวนชมรมที่ผ่านการประเมิน (51 -100 คะแนน)	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 5	635	395	62.20
เขตสุขภาพที่ 6	531	359	67.61
เขตสุขภาพที่ 7	660	87	13.18
เขตสุขภาพที่ 8	644	300	46.58
เขตสุขภาพที่ 9	761	355	46.65
เขตสุขภาพที่ 10	613	66	10.77
เขตสุขภาพที่ 11	518	260	50.19
เขตสุขภาพที่ 12	565	284	50.27
ภาพรวมประเทศ	7,255	3,186	43.91

ในการขับเคลื่อนงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เป้าหมาย รอบ ๖ เดือน ๑ ชมรม/จังหวัด ทุกเขตสุขภาพ มีชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ จำนวน ๓,๑๘๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๙๑ ที่มา : Google site รายงานชมรมผู้สูงอายุ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ ครอบคลุมมากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๔ ๖ ๕ ตามลำดับ

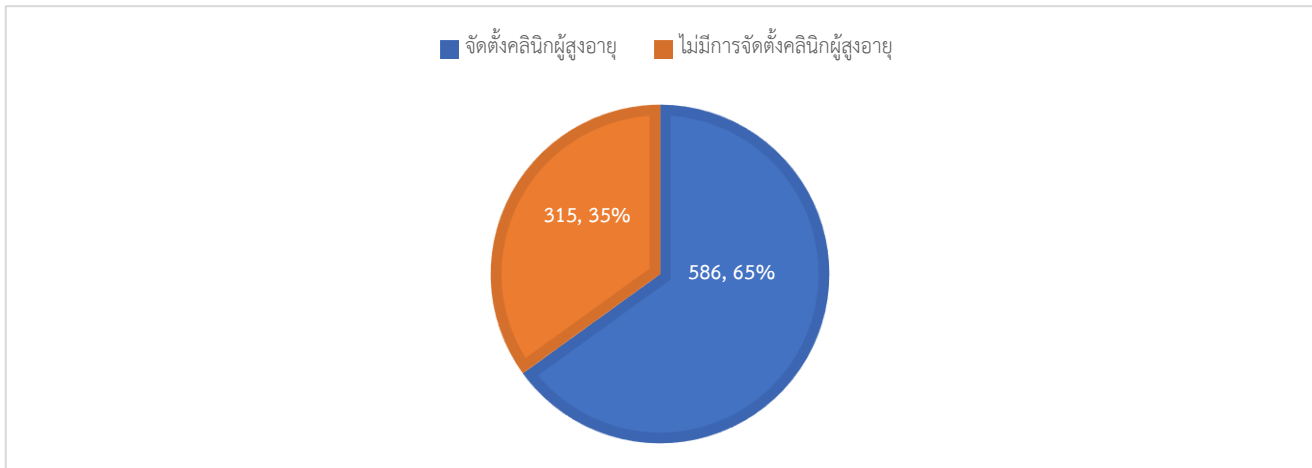
- ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ

เขต/จังหวัด	คลินิกผู้สูงอายุ		
	เป้าหมาย (แห่ง)	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1	103	59	57.3
เขตสุขภาพที่ 2	47	28	59.6
เขตสุขภาพที่ 3	54	28	51.9
เขตสุขภาพที่ 4	72	30	41.7
เขตสุขภาพที่ 5	67	54	80.6
เขตสุขภาพที่ 6	73	69	94.5
เขตสุขภาพที่ 7	77	48	62.3
เขตสุขภาพที่ 8	88	54	61.4
เขตสุขภาพที่ 9	89	68	76.4
เขตสุขภาพที่ 10	71	66	93.0

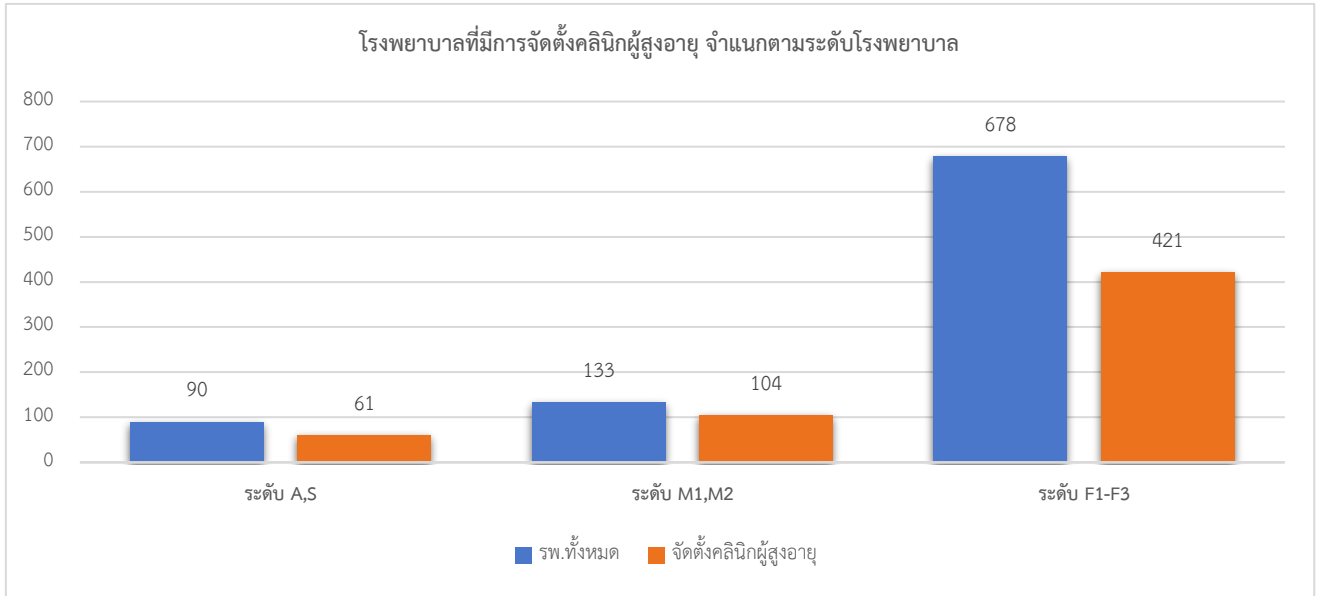
เขต/จังหวัด	คลินิกผู้สูงอายุ		
	เป้าหมาย (แห่ง)	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 11	82	36	43.9
เขตสุขภาพที่ 12	78	46	59.0
รวม	901	586	65.0



ที่มา สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพะสงฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖



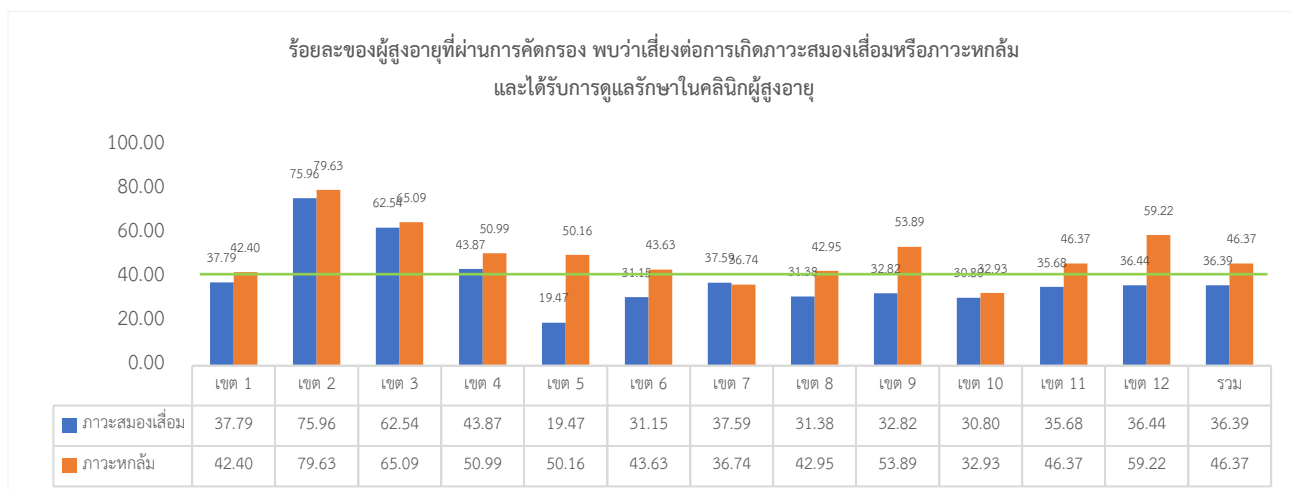
จากเป้าหมาย รอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๕๐ ของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ๕๘๖ แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๕ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖) เขตสุขภาพที่มีการดำเนินงานได้ครอบคลุมมากที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ ๖ ๑๐ และ ๕ ตามลำดับ



- ร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๑.๑ ร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๑.๒ ร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ



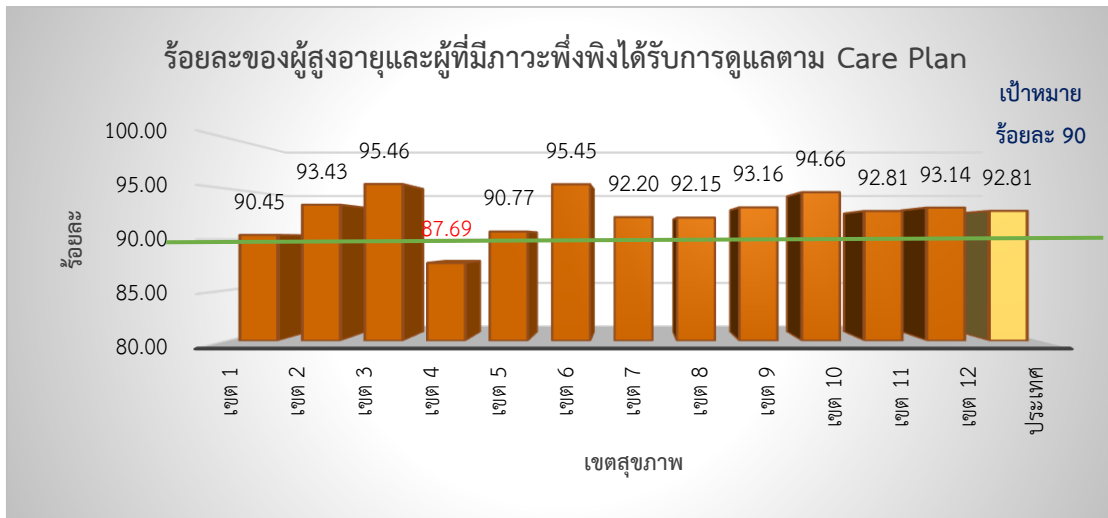
ที่มา สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เขตสุขภาพ	ภาวะสมองเสื่อม			ภาวะหกล้ม		
	จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ หรือส่งต่อ (C)	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรอง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ (D)	(C/D) X 100	จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ หรือส่งต่อ (E)	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงเกิดภาวะหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ (F)	(E/F) X 100
เขตสุขภาพที่ 1	633	1,675	37.79	1,193	2,838	42.04
เขตสุขภาพที่ 2	929	1,223	75.96	1,368	1,718	79.63
เขตสุขภาพที่ 3	197	315	62.54	330	507	65.09
เขตสุขภาพที่ 4	540	1,231	43.87	621	1,218	50.99

เขตสุขภาพ	ภาวะสมองเสื่อม			ภาวะหกล้ม		
	จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุหรือส่งต่อ (C)	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ (D)	(C/D) X 100	จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุหรือส่งต่อ (E)	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงเกิดภาวะหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ (F)	(E/F) X 100
เขตสุขภาพที่ 5	353	1,813	19.47	929	1,852	50.16
เขตสุขภาพที่ 6	361	1,159	31.15	842	1,930	43.63
เขตสุขภาพที่ 7	718	1,910	37.59	1692	4,605	36.74
เขตสุขภาพที่ 8	483	1,539	31.38	1091	2,540	42.95
เขตสุขภาพที่ 9	901	2,745	32.82	2513	4,663	53.89
เขตสุขภาพที่ 10	862	2,799	30.80	1471	4,467	32.93
เขตสุขภาพที่ 11	329	922	35.68	606	1,307	46.37
เขตสุขภาพที่ 12	258	708	36.44	748	1,263	59.22
รวม	6,564	18,039	36.39	13,404	28,908	46.37

จากเป้าหมาย รอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงานจำนวนผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๓๙ และจำนวนของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๓๗

- ร้อยละ ๙๐ ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

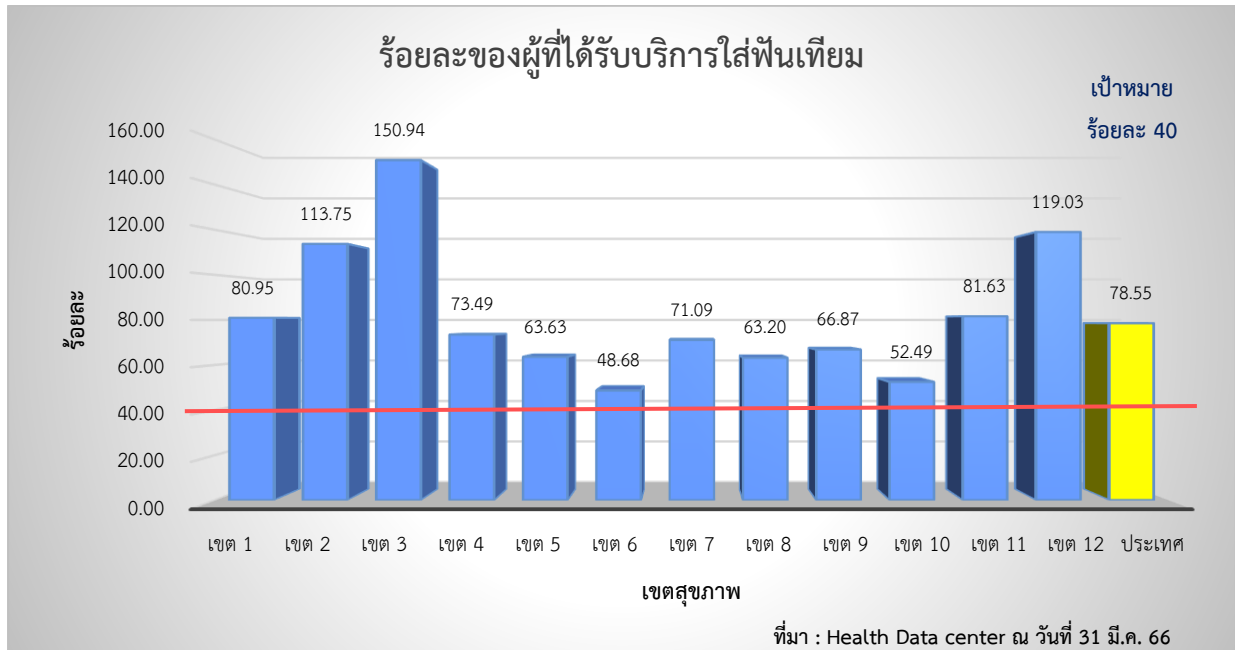


ที่มา : ระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เขตสุขภาพ	ผลการดำเนินงาน		
	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1	28,506	25,783	90.45
เขตสุขภาพที่ 2	22,525	21,044	93.43
เขตสุขภาพที่ 3	21,248	20,284	95.46
เขตสุขภาพที่ 4	22,212	19,477	87.69
เขตสุขภาพที่ 5	19,672	17,857	90.77
เขตสุขภาพที่ 6	18,772	17,917	95.45
เขตสุขภาพที่ 7	67,152	61,914	92.20
เขตสุขภาพที่ 8	54,307	50,043	92.15
เขตสุขภาพที่ 9	64,066	59,686	93.16
เขตสุขภาพที่ 10	81,142	76,811	94.66
เขตสุขภาพที่ 11	22,069	20,482	92.81
เขตสุขภาพที่ 12	17,814	16,592	93.14
ภาพรวมประเทศ	439,485	407,890	92.81

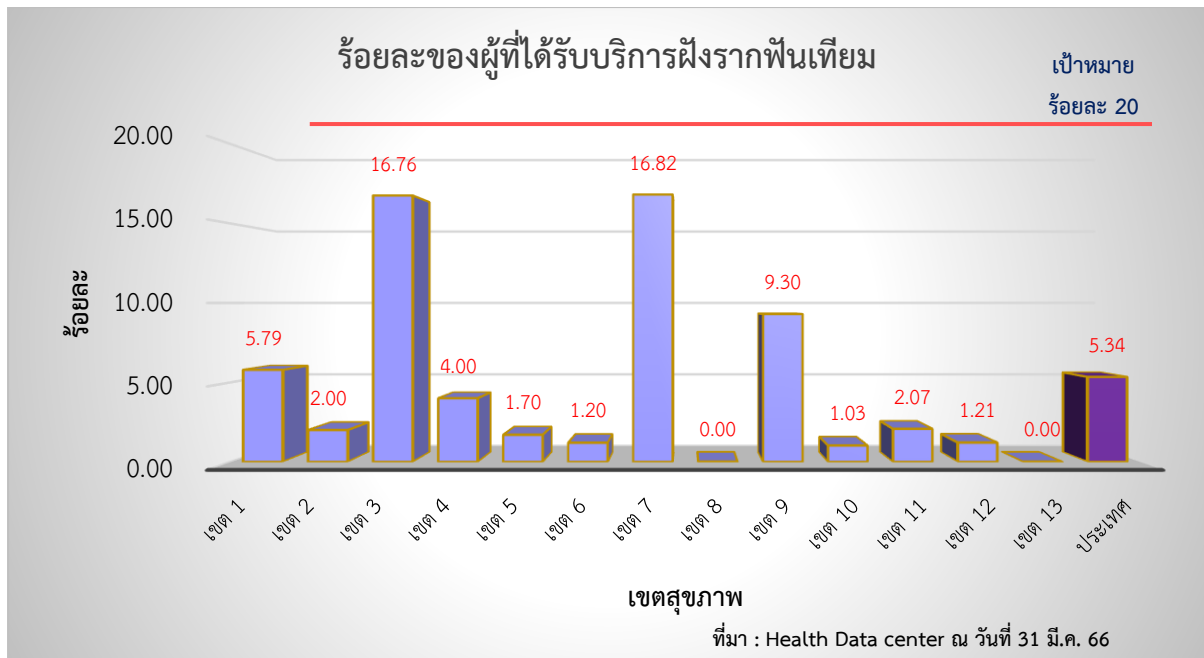
จากเป้าหมาย รอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๙๐ ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔๓๙,๔๘๕ คน ได้รับการดูแลตาม Care Plan จำนวน ๔๐๗,๘๙๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๘๑ (ข้อมูลจากโปรแกรม Long Term Care (3C) วันที่ ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๖) เขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ครอบคลุมมากที่สุด ได้แก่ ๓ ๖ ๑๐ ตามลำดับ

- จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม ๓๖,๐๐๐ ราย และรากฟันเทียม ๓,๕๐๐ ราย) (ทั่วประเทศ) (ผู้ที่ได้รับบริการฟันเทียมร้อยละ ๔๐ และบริการรากฟันเทียมร้อยละ ๒๐ ของเป้าหมาย)



ที่มา : Health Data Center ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เขตสุขภาพ	ผลการดำเนินงาน		
	เป้าหมาย (ราย)	ผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม (ราย)	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1	4,799	3,885	80.95
เขตสุขภาพที่ 2	2,604	2,962	113.75
เขตสุขภาพที่ 3	2,405	3,630	150.94
เขตสุขภาพที่ 4	3,697	2,717	73.49
เขตสุขภาพที่ 5	3,847	2,448	63.63
เขตสุขภาพที่ 6	3,866	1,882	48.68
เขตสุขภาพที่ 7	3,556	2,528	71.09
เขตสุขภาพที่ 8	3,459	2,186	63.20
เขตสุขภาพที่ 9	4,693	3,138	66.87
เขตสุขภาพที่ 10	2,949	1,548	52.49
เขตสุขภาพที่ 11	2,853	2,329	81.63
เขตสุขภาพที่ 12	2,885	3,434	119.03
ภาพรวมประเทศ	41,613	32,687	78.55



ที่มา : Health Data Center ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เขตสุขภาพ	ผลการดำเนินงาน		
	เป้าหมาย (ราย)	ผู้ที่ได้รับบริการรากฟันเทียม (ราย)	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1	380	22	8.79
เขตสุขภาพที่ 2	250	5	2.00
เขตสุขภาพที่ 3	370	62	16.76
เขตสุขภาพที่ 4	250	10	4.00
เขตสุขภาพที่ 5	235	4	1.70
เขตสุขภาพที่ 6	250	3	1.20
เขตสุขภาพที่ 7	220	37	16.82
เขตสุขภาพที่ 8	215	0	0.00
เขตสุขภาพที่ 9	355	33	9.30
เขตสุขภาพที่ 10	195	2	1.03
เขตสุขภาพที่ 11	241	5	2.07
เขตสุขภาพที่ 12	330	4	1.21
เขตสุขภาพที่ 13	209	0	0.00
ภาพรวมประเทศ	3,500	187	5.34

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ เป้าหมายร้อยละ ๔๐ ของผู้ที่ได้รับบริการฟันเทียมทั้งปาก หรือเกือบทั้งปากในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ และวัยสูงอายุเป้าหมาย รวม ๓๒,๖๘๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๕๕

และเป้าหมายบริการรากฟันเทียม ร้อยละ ๒๐ ดำเนินการฝังรากฟันเทียมเฉพาะผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวม ๑๘๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๓๔ (ที่มา HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

การให้บริการฟันเทียม สามารถให้บริการได้ในทุกหน่วยบริการ ในรอบ ๖ เดือน เขตสุขภาพที่ ๓ ดำเนินงานได้เกินค่าเป้าหมายแล้วทุกจังหวัด ในขณะที่เขตสุขภาพที่ ๒ และ ๑๒ มีบางจังหวัดที่ดำเนินงานได้เกินค่าเป้าหมาย ในภาพรวมมีแนวโน้มสามารถให้บริการได้ตามเป้าหมายภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ สำหรับรากฟันเทียม ปัจจุบันมีหน่วยบริการฝังรากฟันเทียมที่เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น ๒๑๙ แห่ง ในระดับจังหวัด ได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์เกณฑ์การเข้ารับบริการรากฟันเทียมให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ และจัดทำแนวทางการส่งต่อเพื่อรับบริการรากฟันเทียมภายในจังหวัด แต่ละจังหวัดอยู่ระหว่างดำเนินการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ และเตรียมช่องปากให้พร้อมฝังรากฟันเทียม รวมถึงในหน่วยบริการที่ยังไม่เคยฝังรากฟันเทียม ทำแผนจัดซื้อ จึงอาจมีผลให้การเริ่มการฝังรากฟันเทียมช้า ทำให้ผลการดำเนินงานในการตรวจราชการ รอบที่ ๑ ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

๕.๒ นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
เขตสุขภาพที่ ๑	<p>กลุ่ม Active aging</p> <ul style="list-style-type: none"> - ๖๕ ปีเรียกพี่ได้ใหม่ Pre - Aging Program: อายุ ๕๕ - ๕๙ ปี จังหวัดลำปาง - Nan Model จังหวัดน่าน <p>คลินิกผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดลำพูน <ol style="list-style-type: none"> ๑. ระบบคลินิกสูงอายุแบบ one stop service ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ๒. การนำผู้สูงอายุที่เกษียณแล้วมาเป็นต้นแบบ และช่วยกันดูแลผู้สูงอายุในชุมชน - จังหวัดแพร่ <p>Phrae Mobile Geriatric Clinic เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีปัญหาสุขภาพแต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากอยู่ลำพังหรือมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลลำปาง</p> <p>กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยู่ลำปาง ไม่ลำพัง : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล จังหวัดลำปาง - นวัตกรรม "สลีบุญ เพื่อผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง รพ.แม่ลาว " จังหวัดเชียงราย
เขตสุขภาพที่ ๓	<p>กลุ่ม Active aging</p> <ul style="list-style-type: none"> - นวัตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม “ลดเสียง” ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท - นวัตกรรมสร้างเสริมพฤติกรรม “ลดเสียงพลัดตกหกล้ม-ปรับสภาพบ้าน” ของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<p>- จัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์ โดยพลัง “บวร” เพื่อสนับสนุนกายอุปกรณ์ให้กับผู้พิการและผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น รวมทั้งการปรับปรุงสภาพที่พักอาศัย จังหวัดพิจิตร</p> <p>- Nan Model จังหวัดน่าน</p> <p>กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>- พัฒนารูปแบบการยกระดับการบริการผู้สูงอายุ จังหวัดอุทัยธานี</p> <p>- ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุอย่างครบวงจรเฉพาะโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จ.กำแพงเพชร</p>
เขตสุขภาพที่ ๔	<p>กลุ่ม Active aging</p> <p>- เครือ่มือ Home Program ในการฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อป้องกันการหกล้ม จ.นนทบุรี</p> <p>- การดำเนินงาน Age Friendly Community ในเทศบาลเมืองพิมลราช จ.นนทบุรี อบต.ท่าหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา อบต.ตลาดใหม่ จ.อ่างทอง เทศบาลตำบลท่าศาลา จ.ลพบุรี ชุมชน อ.บ้านนา จ.นครนายก อบต.ท่าคล้อ จ.สระบุรี และจังหวัดสิงห์บุรี</p> <p>- Mobile Geriatric Clinic จ.พระนครศรีอยุธยา</p>
เขตสุขภาพที่ ๖	<p>กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>- โปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ ในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ</p>
เขตสุขภาพที่ ๗	<p>กลุ่ม Active aging</p> <p>- จังหวัดกาฬสินธุ์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ได้รับรางวัลระดับ ๒ ของประเทศ จากสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข ที่มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ● ตำบลต้นแบบสูงวัยสุขภาพดีไม่มีล้ม ต.โคกศรี อ.ยางตลาด ● ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด ได้รางวัลผู้ขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุดีเด่น ระดับเขต ● ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลซ้อชัย รับรางวัลชมรมผู้สูงอายุดีเด่น ระดับเขต <p>- จังหวัดขอนแก่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพโรงพยาบาลขอนแก่นต้นแบบจังหวัดขอนแก่น ● การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร อำเภอบ้านฝาง <p>- จังหวัดร้อยเอ็ด</p> <ul style="list-style-type: none"> ● คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<ul style="list-style-type: none"> ● โครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อจากชุมชนสู่คลินิกของโรงพยาบาลเกษตราสัย
เขตสุขภาพที่ ๘	<p>กลุ่ม Active aging</p> <ul style="list-style-type: none"> - จ.อุดรธานี นวัตกรรม ๗ ทำป้องกันหกล้ม และ ร้าไทยห่างไกลอัลไซเมอร์ - จ.เลย นวัตกรรม Buddy Pre-aging คู่หูดูแลผู้สูงอายุ และ คลินิกผู้สูงอายุใน รพ.สต. เสี้ยว - จ.บึงกาฬ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ หมู่บ้านบึงกาฬ ๕ ดี - จ.นครพนม ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน ต.บ้านค้อ - จ.หนองคาย ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวันเทศบาลเมืองหนองคาย
เขตสุขภาพที่ ๙	<p>- นครราชสีมา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● โปรแกรมพัฒนาสมองในผู้สูงอายุที่มีความจำความบกพร่องระยะแรก คปสอ. ด้านขุนทด ● นวัตกรรมตาลติง ยืดเหยียดด้วยไม้พอง <p>- ชัยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Smart Aging by Mobile Clinic (คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่) รพ.ชัยภูมิ ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมการส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประเภท Poster Presentation จากกรมอนามัย วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๕ ● การพัฒนาระบบส่งต่อผู้สูงอายุเข้าคลินิกผู้สูงอายุ Aging Pathway รพ.ชัยภูมิ ● การพัฒนาระบบ Telemedicine ให้คำปรึกษาที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน รพ.ชัยภูมิร่วมกับเครือข่าย โรงพยาบาลชุมชน <p>- บุรีรัมย์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชุดกระเป๋าสาธิต พืชตปดเมื่อยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย ประกอบด้วย อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพและสมุนไพรไทย <p>- สุรินทร์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● นวัตกรรมการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการหกล้ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.กาบเชิง
เขตสุขภาพที่ ๑๑	<p>กลุ่ม Active aging</p> <ul style="list-style-type: none"> - App Fun-D สร้าง HL ด้านทันตกรรมในทุกกลุ่มวัย จังหวัดกระบี่ - ต้นแบบผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครภูเก็ต <p>กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตำบล Long term care ดีเด่น : ต.อ่าวลึกใต้ อ.อ่าวลึก จังหวัดกระบี่
เขตสุขภาพที่ ๑๒	<p>- จ.นราธิวาส</p>

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<ul style="list-style-type: none"> ● คลินิกชราธิวาส ผู้สูงอายุสะดวกทุกโรงพยาบาล/ คลินิกชราธิวาสเคลื่อนที่ สูงวัยสุขภาพดีที่ตากใบ ภายใต้กิจกรรม สูงวัยมีดี ๑๐ สถานีสุขภาพ ● การขับเคลื่อนชราสลาม (SALAM) โดยการจัดโปรแกรมการดูแล ผู้สูงอายุแบบ องค์รวมตามวิถีมุสลิม ● “โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพะ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ป้องกัน การเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิดชราธิวาส ● อ.สุโขทัย-ลก จ.นราธิวาส” ได้รางวัลรองชนะเลิศอันดับ ๑ งานวิชาการกรม อนามัย ● อ.เรือเสาะ มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบ้านตือแย ด้วยกระบวนการ "คอสปันรา" โดย อสม.ดีเด่น สาขาการส่งเสริมสุขภาพ <p>- จ.ยะลา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ Day Care จันทรกะพ้อ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา ● อ.เมือง มีศูนย์บริการเวชกรรมฟื้นฟู เครือข่ายบริการร พศ.ยะลา ต.สะเตงนอก และ ต.ท่าสาป มีพยาบาล และ Caregiver จิตอาสา ฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน และที่ ศูนย์บริการเวชกรรมฟื้นฟู <p>- จ.ปัตตานี</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีชมรมผู้สูงอายุดีเด่น เขตสุขภาพที่๑๒ (ต.นาเกตุ อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี) ได้รับ รางวัลจาก กรมอนามัย มีนวัตกรรมด้านการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุสิ่งประดิษฐ์ ใหม่ ที่ผลิตโดยใช้วัสดุในชุมชน มาดูแลช่วยเหลือสุขภาพของประชาชนในชุมชน เช่น นวัตกรรมวาริบำบัด เป็นสระว่ายน้ำขนาดเล็ก สามารถช่วยฟื้นฟูสภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลัง หรืออัมพฤกษ์ครึ่งซีก ● นวัตกรรม เดินเหยียบกะลา ฟื้นฟูร่างกายจากผู้ป่วยติดเตียง ให้เป็นติดสังคม โดยการใช้การนวดและใช้ลูกประคบสมุนไพร ● นวัตกรรมการรำโนราห์เพื่อสุขภาพ <p>- จ.สงขลา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตำบลพะตง อ.หาดใหญ่ ตำบลที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ดีเด่น ระดับเขต ● ส่งเสริมการจัดทำ Wellness Plan ในชมรมรักสุขภาพ ● คลินิกผู้สูงอายุครบวงจร ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ● ดูแลผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อ ร่วมกับศูนย์ชีวาสุข เทศบาลนครหาดใหญ่ แบบบูรณาการ ทั้งวาริบำบัด กายภาพบำบัด แผนไทย ● มี CMU บริการถึงชุมชน สามารถเข้าถึงได้ง่าย ● มีชมรมผู้สูงอายุดีเด่นระดับเขต ปี ๒๕๖๖ (ชมรมผู้สูงอายุองค์กรสาธารณสุข ประโยชน์) ต.ม่วงงาม อ.สิงหนคร จ.สงขลา

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<ul style="list-style-type: none"> ● Brain Rehab Home Program: ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา Mild Cognitive Impairment ● Green channel: คลินิกเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ (จิตเวช อายุรกรรมสมอง กระดูกและข้อ) <p>- จ.สตูล</p> <ul style="list-style-type: none"> ● รพ.สตูล มีนวัตกรรมยางยืด ๔ ทิศ สร้างความแข็งแรงทนแอกกล้ามเนื้อ เป็นยางเส้นที่ร้อยเป็น ๔ ทิศเชื่อมด้วย กล้องเก็บสายไฟ ต้นทุนต่ำ ราคา ๕๙ บาท ใช้งานได้เทียบเท่ากับ ราคา ๕๐๐ บาท มีการใช้ ๔๐ ราย ในผู้สูงอายุ เพื่อลดไหล่ติด สร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ แขนและขา มีความพึงพอใจร้อยละ ๙๕ อยู่ระหว่างการเตรียมการส่งประกวด ● PCU พیمان ได้รับรางวัลชมเชย มิตรภาพบำบัดดีเด่น ประเภท เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มูลนิธิมิตรภาพบำบัด “รำลึก ๑๕ ปี นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์” ผู้ก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “เครือข่ายจิตอาสามิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน ผู้ป่วยช่วยผู้ป่วย” <p>- จ.พัทลุง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● นวัตกรรม รางวัลชนะเลิศ อันดับ ๑ ระดับประเทศพื้นที่ต้นแบบดีเด่นชมรมผู้สูงอายุ ด้านการแพทย์แผนไทย (ต.ควนขนุน อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง) โดยสถาบันการแพทย์แผนไทยกลุ่มงานส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทยทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ● นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดีเด่น "การดูแลเพื่อยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในช่วงสถานการณ์ Covid-19" จัดทำแผ่นควบคุมกากับการทานยา โดยใช้กระดาษลังที่เขียนชื่อ สกุล ผู้สูงอายุ วันเริ่ม ถึง วันสิ้นสุดการรักษา นำยาจากขวดมาแบ่งเป็นม็่อใส่ซองยา จากนั้นนำไปเย็บติดให้ตรงกับวัน เวลา บนกระดาษลัง พร้อมคำอธิบาย และจัดทำคำแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์เครื่องวัดออกซิเจนในเลือดแบบหนีบนิ้ว และวิธีการวัดไข้ และใช้กระดาษลัง เจาะรูร้อยเชือกฟาง นำมาคล้องหน้าประตูห้อง/ บ้าน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค Covid-๑๙ สามารถสื่อสาร ไปยัง รพ.สต.ได้ <p>- จ.ตรัง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● พื้นที่นำร่องเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลคลองปางและ รพ.สต. คลองปาง ● วัดรองรับสังคัมสูงวัย วัดไร่พรุ ต.น้ำมุด อ.เมือง ● ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบดีเด่นด้านการแพทย์แผนไทย อันดับ ๔ ของประเทศ ชมรมผู้สูงอายุ ม.๔ ต.คลองปาง

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<ul style="list-style-type: none"> ● นวัตกรรม “พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็กในชุมชน” ต.นาตาล่วง (คัดกรองพัฒนาการ DSPM, กระตุ้นติดตามเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าเข้าสู่ระบบ)

๖. ปัญหา / สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความไม่สำเร็จ

๖.๑ ภาพรวมของพื้นที่ แยกเป็นตามกรอบ ๖ Building Block Plus Framework

๖.๑.๑ Service delivery :

- บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพยังไม่เพียงพอ และยังขาดแคลนบุคลากรที่รับผิดชอบประจำ
- บุคลากรที่ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุในระดับ รพ.สต. ยังมีทักษะการคัดกรอง และการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะด้านไม่ครอบคลุม เช่น ภาวะสมองเสื่อม พัลตตกหกถลัม
- ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบเสียง/ ความผิดปกติ ไม่ได้รับการดูแล/ ส่งต่อรักษาอย่างเป็นระบบ
- ผู้รับบริการไม่สามารถเดินทาง มารับบริการในคลินิกได้
- การทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีมีความซับซ้อน ทำให้ต้องใช้เวลาในการดำเนินการค่อนข้างมาก และยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์หลังทำแผน
- บางจังหวัดมีหน่วยบริการที่สามารถฝังรากฟันเทียมน้อย กลุ่มเป้าหมายมีความกลัวและกังวลที่จะเข้ามาใช้บริการฝังรากฟันเทียม รวมทั้งกระบวนการรับบริการใช้เวลานานและหลายครั้ง ผู้ป่วยบางรายจึงไม่สะดวกเดินทางมารับบริการได้

๖.๑.๒ Workforce : Care Manager ใน รพ.สต. บางส่วนไม่โอนย้ายไป อบจ. ทำให้ รพ.สต. ที่สังกัด อบจ. ไม่มี Care Manager ทำหน้าที่ให้บริการในระบบ LTC

๖.๑.๓ Data & IT :

- ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย มีการพัฒนาเรื่องการเพิ่มข้อมูลตามนโยบายผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ทำให้ระบบอาจเกิดความไม่เสถียรในบางช่วง และโปรแกรม LTC ของ สปสช. มีการปรับปรุงระบบใหม่ ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ฐานข้อมูลการจัดทำ Care Plan ที่ได้รับการอนุมัติจาก อปท. ได้
- การเข้าถึงโทรศัพท์ ระบบไอที และอินเทอร์เน็ตยังไม่ทั่วถึง รวมทั้งการใช้งานผ่านช่องทาง Digital platform อาจไม่ตรงกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท และห่างไกล
- โปรแกรม/ แอปพลิเคชันในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุมีความหลากหลายและไม่เชื่อมต่อกับโปรแกรมบริการพื้นฐาน

๖.๑.๔ Finance :

- งบประมาณในการอบรม/พัฒนาศักยภาพบุคลากรมีจำกัด ทำให้ไม่สามารถพัฒนาบุคลากรได้ครอบคลุม

- ไม่มีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การคัดกรองสุขภาพ การจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ

๖.๑.๕ Governance : การสื่อสารมาตรการ กิจกรรม จากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค ในบางพื้นที่ยังไม่เป็นทิศทางเดียวกัน

๖.๑.๖ Participation : อปท. หลายแห่ง ยังไม่เข้าร่วมกองทุน Long Term Care กับ สปสช. ทำให้ไม่สามารถเบิกจ่ายค่าบริการในระบบ LTC ได้

๗. ข้อเสนอแนะ

๗.๑ สำหรับพื้นที่

๗.๑.๑ พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง และแกนนำในการเชื่อมโยงกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ตลอดจนสามารถกำกับติดตามการเฝ้าระวังทางสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

๗.๑.๒ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน Age Friendly Community มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลในกลุ่ม Pre – Ageing (preventive long term care) และการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านชุมชนที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

๗.๑.๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการในจังหวัด ประชาสัมพันธ์ ชี้แจงโครงการ พันเทียม/รากพันเทียม และหน่วยบริการที่สามารถเข้ารับบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย

๗.๑.๔ พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการในระดับ F๑ ขึ้นไป ในการจัดบริการรากพันเทียม ทั้งในด้านความพร้อมบุคลากร อุปกรณ์ และการวางระบบบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

๗.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๗.๒.๑ พัฒนาชุดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาแผนส่งเสริมสุขภาพดีให้กระชับและง่ายต่อการนำไปใช้ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุรายบุคคล

๗.๒.๒ สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพผู้สูงอายุ (แพทย์พยาบาลและสหสาขาวิชาชีพในคลินิกผู้สูงอายุ, Care Manager, Caregiver) และงบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

๗.๒.๓ การบูรณาการฐานข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุโดยเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบโปรแกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องข้อมูลผู้สูงอายุ ร่วมกับหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดภาระของผู้ปฏิบัติงานและประสิทธิภาพของการนำข้อมูลไปใช้ในเชิงนโยบายและงบประมาณของประเทศ ตลอดจนควรมีการทดสอบระบบก่อนนำไปใช้งานจริงเพื่อให้เกิดการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ

๗.๒.๔ ประสานความร่วมมือกับกรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์รากพันเทียมให้กับผู้สูงอายุสิทธิข้าราชการและสิทธิประกันตน

๗.๒.๕ ประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเพิ่มการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การจัดการดูแลผู้สูงอายุ สื่อสารประชาสัมพันธ์ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

๘. แผนการติดตาม (จากผู้นิเทศ)

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	ประเด็นที่ควรกำกับติดตาม
ลดปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรค (Promotion & Prevention)	๑. ส่งเสริมการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอย ๙ ด้านของผู้สูงอายุ ๒. ขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ ๓. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	๑. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งระดับบุคคลและระดับกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ
ป้องกันการสูญเสียหรือพิการ (LTC & PC)	๑. พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว LTC + ระยะท้าย PC	๑. การค้นหา และความครอบคลุมของการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับ อปท. เพื่อการจัดสรรงบประมาณจากกองทุน LTC
	๒. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น แวนสายตา ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ฟันเทียม/รากฟันเทียม	๒. ความพร้อมและศักยภาพของหน่วยบริการในการให้บริการฟันเทียม และรากฟันเทียม

สรุปผลการตรวจราชการ

ประเด็นที่ ๔ Digital Health

(ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

- จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทยมีดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
- ร้อยละเขตสุขภาพที่ใช้ระบบ AI DR screening ในการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๔ : Digital health ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

ประเด็นตรวจราชการ : ดิจิทัลไอดี (Digital Identity) หรือ Digital ID

หัวข้อ/ ตัวชี้วัด ๕๗ : ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทยมีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบ
ไร้รอยต่อ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑.๑) บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกจังหวัด (\geq ร้อยละ ๒๕)

(อ้างอิงจากฐานข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

๑.๒.) ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด (\geq ร้อยละ ๑๐)

(อ้างอิงจากฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕)

๒) สรุปสถานการณ์

๒.๑) ผลการดำเนินงานภาพรวมระดับประเทศ รอบที่ ๑/๒๕๖๖

- บุคลากรสาธารณสุข (\geq ร้อยละ ๒๕) = ร้อยละ ๗๗.๖๑

ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ ๒

- ประชาชน (\geq ร้อยละ ๑๐) = ร้อยละ ๕.๓๗

ไม่ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ ๒

๒.๒) เขตสุขภาพที่ ๓ และ ๘ ผ่านเกณฑ์ไตรมาส ๒ ทั้ง ๒ กลุ่มเป้าหมาย

เขตสุขภาพ	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข	บุคลากรสาธารณสุข พิสูจน์/ยืนยันตัวตนสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)บุคลากรสาธารณสุข	จำนวนประชาชน	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ) ประชาชน	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ) ประชาชน	ค่าผ่านเกณฑ์ตามไตรมาสที่ 2 (บุคลากร \geq ร้อยละ 25, ประชาชน \geq ร้อยละ 10)
เขตสุขภาพที่ 1	36,317	26,954	74.22	5,602,085	134,153	2.39	ไม่ผ่าน
เขตสุขภาพที่ 2	22,166	11,427	51.55	3,420,271	71,824	2.10	ไม่ผ่าน
เขตสุขภาพที่ 3	16,689	15,651	93.78	2,873,105	490,177	17.06	ผ่าน
เขตสุขภาพที่ 4	27,618	19,749	71.51	4,949,785	189,496	3.83	ไม่ผ่าน
เขตสุขภาพที่ 5	30,648	25,019	81.63	5,045,575	145,636	2.89	ไม่ผ่าน
เขตสุขภาพที่ 6	32,516	28,046	86.25	5,648,719	115,712	2.05	ไม่ผ่าน
เขตสุขภาพที่ 7	24,322	15,251	62.70	4,831,632	131,404	2.72	ไม่ผ่าน
เขตสุขภาพที่ 8	30,964	29,851	96.41	5,277,140	1,310,750	24.84	ผ่าน
เขตสุขภาพที่ 9	37,504	23,774	63.39	6,449,087	108,021	1.67	ไม่ผ่าน
เขตสุขภาพที่ 10	26,960	23,083	85.62	4,398,089	83,036	1.89	ไม่ผ่าน
เขตสุขภาพที่ 11	27,952	22,285	79.73	4,253,525	51,941	1.22	ไม่ผ่าน
เขตสุขภาพที่ 12	31,362	26,664	85.02	4,677,805	249,343	5.33	ไม่ผ่าน
ภาพรวมทุกเขต	345,018	267,754	77.61	57,426,818	3,081,493	5.37	ผ่าน



1

ร้อยละประชาชนชาวไทยมี Digital ID

เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ



ผลดำเนินการ ไตรมาส 2

ประชาชน

บุคลากร สร.

เป้าหมาย (ร้อยละ)

10

25

จำนวนทั้งหมด (คน)

57,426,818

345,018

ดำเนินการ

3,081,493

267,754

ร้อยละ

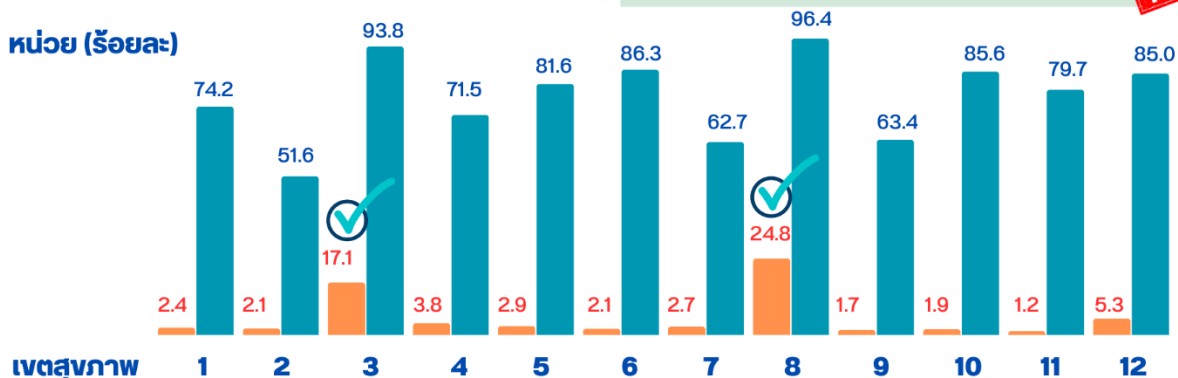
5.37

77.61



PASSED

หน่วย (ร้อยละ)



ที่มา : รายงานสรุปตรวจราชการโดย กยพ. ข้อมูล ณ 31 มี.ค. 2566

3

ก) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ก.๑) ประชาชนยังไม่ทราบถึงประโยชน์และความสำคัญของระบบข้อมูลสุขภาพ Digital ID

ก.๒) ไม่สามารถนับค่าเป้าหมายของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัดได้ชัดเจน

ก.๓) พื้นที่เขตสุขภาพที่มีเขตอุตสาหกรรม เช่น จ.ระยอง จ.ชลบุรี ผู้รับบริการส่วนใหญ่เข้ารับบริการในหน่วยบริการภาคเอกชนเป็นหลัก จึงเป็นเหตุทำให้ไม่มาเข้ามารับบริการพิสูจน์ตัวตนและยืนยันตัวตนทางดิจิทัล

ข) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ข.๑) ดำเนินงานโดยจัดบริการการพิสูจน์ตัวตนและยืนยันตัวตนทางดิจิทัลในพื้นที่เช่น รพ.สต. เพื่อให้บริการเชิงรุก การลงพื้นที่ให้บริการ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการดำเนินงานตามตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย

ข.๒) ส่วนกลางดำเนินการปรับฐานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขจากกองบริหารทรัพยากรบุคคล

ข.๓) นำนวัตกรรม/ ตัวอย่างที่ดีของเขตสุขภาพที่ ๓ และ ๘ ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิเช่น จ.ชัยนาท เป็นต้นแบบในการดำเนินงานโดยจัดระบบการลงพื้นที่ในการดำเนินการโดยจัดตั้งเป็นนโยบายของจังหวัด

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑) ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญต่อการดำเนินงาน

๕.๒) ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการทุกภาคส่วนในการดำเนินงานตัวชี้วัด

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ รอบ ๒

๖.๑) กำกับการดำเนินงานตัวชี้วัดในกลุ่มประชาชน ไตรมาสที่ ๔ ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพให้ \geq ร้อยละ ๑๐

๖.๒) ติดตามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในกลุ่มประชาชนในพื้นที่

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๔ : Digital health ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

ประเด็นตรวจราชการ : การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

หัวข้อ/ ตัวชี้วัด ๕๘ : จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

๑) เป้าหมาย และผลงาน

- ๑.๑) เขตสุขภาพมีจำนวนจังหวัดที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ
- ๑.๒) มีจำนวนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า ๓ แห่งต่อจังหวัดที่มีจำนวนการให้บริการไม่น้อยกว่า ๓,๕๐๐ ครั้งต่อจังหวัด (ไตรมาสที่ ๔)
- ๑.๓) โรงพยาบาลตอบสนองประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ

๒) สรุปสถานการณ์

๒.๑) ผลการดำเนินงานภาพรวมระดับประเทศ รอบที่ ๑/๒๕๖๖

- เขตสุขภาพมีจำนวนจังหวัดที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลมากกว่าร้อยละ ๕๐ ทุกเขตสุขภาพ
- เขตสุขภาพที่ให้บริการการแพทย์ทางไกลครบร้อยละ ๑๐๐ ทั้งหมด ๘ เขตสุขภาพ คือ เขตสุขภาพที่

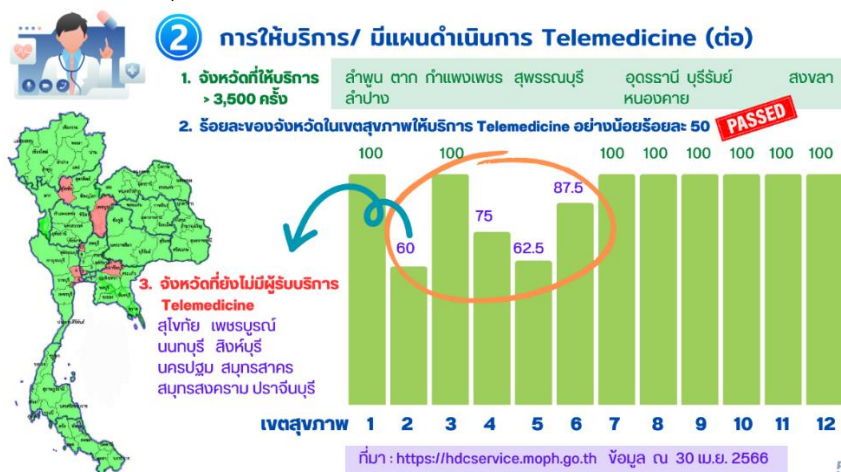
๑, ๓, ๗, ๘, ๙, ๑๐, ๑๑ และ ๑๒

- จังหวัดที่ยังไม่ได้ให้บริการการแพทย์ทางไกลมีจำนวน ๘ จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย เพชรบูรณ์ นนทบุรี

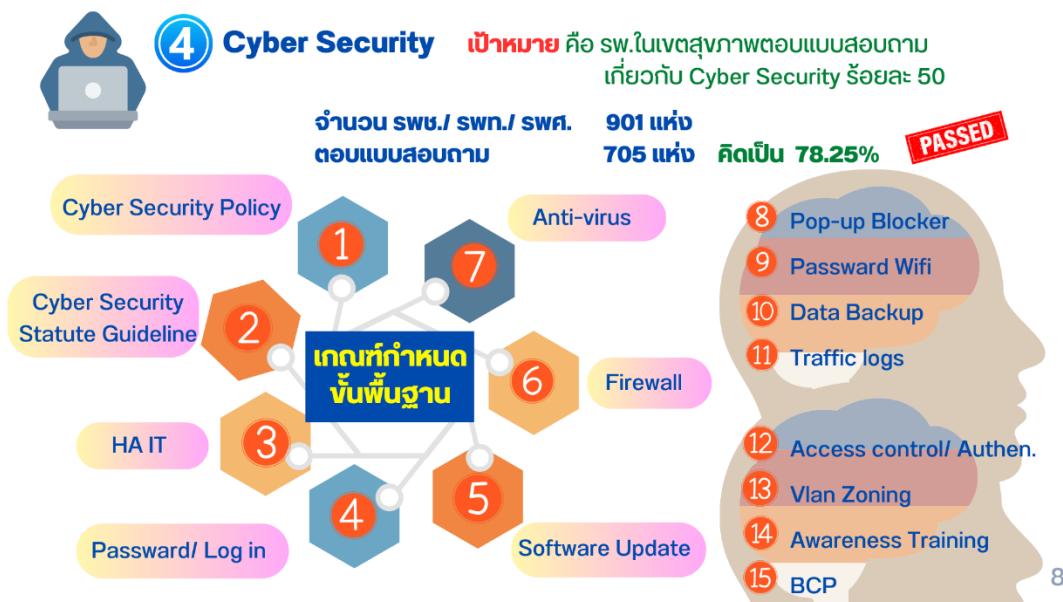
สิงห์บุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม และปราจีนบุรี

- จังหวัดที่ให้บริการการแพทย์ทางไกลมากกว่า ๓,๕๐๐ ครั้ง ได้แก่ ลำพูน ลำปาง ตาก กำแพงเพชร

สุพรรณบุรี อุตรธานี หนองคาย บุรีรัมย์ และสงขลา



- รพศ./รพท./รพช./ทั้งประเทศตอบสนองประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำทั้ง ๑๕ ประเด็น คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๒๕ (๗๐๕ จาก ๙๐๑ แห่ง)



๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- ๓.๑) ผู้ป่วยยังขาดความรู้และทักษะการใช้ mobile application/ โทรศัพท์บางรุ่นยังไม่รองรับการใช้งาน
- ๓.๒) เจ้าหน้าที่บุคลากรยังขาดทักษะความชำนาญในระบบการให้บริการ telemedicine
- ๓.๓) เจ้าหน้าที่และบุคลากรยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้เทคโนโลยี
- ๓.๔) บางพื้นที่สัญญาณ internet ยังไม่ทั่วถึง/ ไม่เพียงพอ ทำให้การใช้งานไม่สะดวก
- ๓.๕) ระบบการทำงานที่ยังไม่ชัดเจนรวมถึงความเสถียรภาพของโปรแกรมที่จะรองรับและงบประมาณ

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ๔.๑) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการแพทย์ทางไกล
- ๔.๒) มีระบบสั่งการจากส่วนกลางและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินงาน
- ๔.๓) ควรจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอในแต่ละพื้นที่

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ๕.๑) ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ทุกระดับตระหนักถึงความสำคัญในการให้บริการ
- ๕.๒) ความพร้อมในทีมคณะทำงาน ทักษะการใช้เทคโนโลยี อุปกรณ์ โปรแกรม โครงสร้าง internet/ ระบบไฟฟ้า

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ รอบ ๒

- ๖.๑) กำกับการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ มีจังหวัดที่ให้บริการการแพทย์ทางไกล ๓,๕๐๐ ครั้ง อย่างน้อย ๓ จังหวัด/เขตสุขภาพ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
 ประเด็นที่ ๔ : Digital health ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

ประเด็นตรวจราชการ : AI DR screening

หัวข้อ : ร้อยละเขตสุขภาพที่ใช้ระบบ AI DR Screening ในการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นตา

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑.๑) เขตสุขภาพมีอย่างน้อย ๑ จังหวัดที่มีการนำ AI DR screening มาใช้

๒) สรุปสถานการณ์

๒.๑) ผลการดำเนินงานภาพรวมระดับประเทศ รอบที่ ๑/๒๕๖๖

- แต่ละเขตสุขภาพมีการนำ AI DR screening มาให้บริการผู้ป่วยอย่างน้อยเขตละ ๑ แห่ง รายชื่อโรงพยาบาล ตามรูปด้านล่าง โดยเขตสุขภาพที่ ๘ มี ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลโนนสะอาด และโรงพยาบาลภูวาปี



AI DR Screening

เป้าหมาย คือ มีการใช้ระบบ AI DR Screening กรมการแพทย์ อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง

Report -> Sensitivity 97% Specificity 92% and Human error 15%



เขตสุขภาพ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
จังหวัด	เชียงใหม่	พิษณุโลก	นครสวรรค์	นนทบุรี	นครปฐม	ชลบุรี	มหาสารคาม	อุดรธานี	นครราชสีมา	ศรีสะเกษ	สุราษฎร์ฯ	สงขลา
sw. ปฐมภูมิ	พร้าว	บางกระพุ่ม	แก้งเลี้ยว	ปากเกร็ด	กำแพงแสน	สัตหีบ กม.10	เขียงยืน	โนนสะอาด ภูวาปี	ครบุรี	ยางชุมน้อย	บ้านนาสาร	นาทวี
sw. ทุติยภูมิ	นครพิงค์	พุทธชินราช	สพส.	พระนั่งเกล้า	นครปฐม	บางละมุง	มหาสารคาม	อุดรธานี	มหาสารฯ	ศรีสะเกษ	สุราษฎร์ฯ	หาดใหญ่

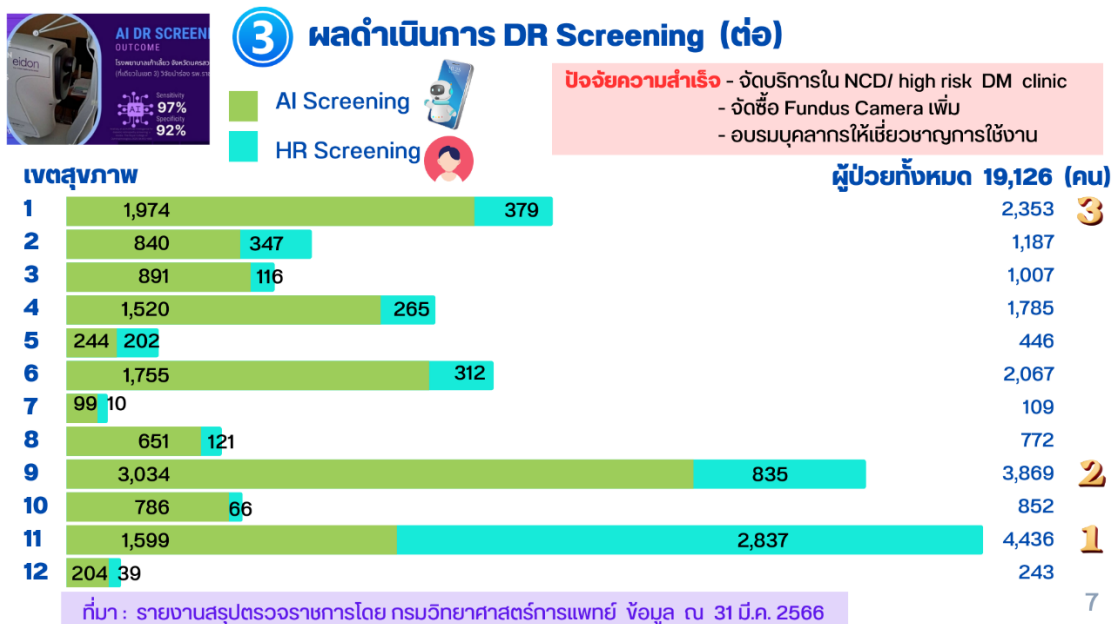
ปัญหาและอุปสรรค

- โปรแกรมการใช้งานยังไม่เสถียร
- กลุ่มเป้าหมาย DR Screening ยังไม่ชัดเจน
- จำนวน Fundus Camera มีจำกัด

ข้อเสนอแนะ

- ควรพิจารณาขยายการให้บริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญ
- เพิ่มข้อมูลรายงานการตรวจคัดกรอง ในระบบ HDC/ API

- ผลดำเนินการคัดกรองแต่ละเขตสุขภาพทั้งใช้ AI DR screening และใช้คนคัดกรอง แสดงผลงานตามรูป โดย ๓ อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๑, ๙ และ ๑ ตามลำดับ



๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- ๓.๑) กลุ่มเป้าหมายระบบ AI DR Screening ในการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตาไม่ชัดเจน
- ๓.๒) เกิดความซ้ำซ้อนของผู้ป่วยที่มีการคัดกรองทั้งแบบปัญญาประดิษฐ์และแพทย์
- ๓.๓) จำนวน Fundus Camera มีจำกัด ต้องหมุนเวียนใช้งาน ทำให้ล่าช้า และเสี่ยงต่อการชำรุดของอุปกรณ์
- ๓.๔) โปรแกรมการใช้งานยังไม่เสถียร

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ๔.๑) ควรพิจารณาขยายการให้บริการไปใช้ในโรงพยาบาลที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญ สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วย ลดระยะเวลาการรอคอย และมีความแม่นยำในการตรวจวัด
- ๔.๒) เพิ่มข้อมูลรายงานการตรวจคัดกรอง AI Retina ในระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข
- ๔.๓) การเชื่อมโยงผลตรวจ AI DR screening ผ่านระบบ API

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- ๕.๑) โรงพยาบาลจัดบริการในคลินิก NCD เบาหวานกลุ่มเสี่ยง ที่มารับบริการให้ได้รับการคัดกรอง ๑๐๐%
- ๕.๒) มีการจัดซื้อ Fundus Camera เพิ่มตามจำนวนผู้ป่วยในแต่ละจังหวัดโดยใช้ข้อมูลย้อนหลังในคลินิก NCD
- ๕.๓) อบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้เชี่ยวชาญในการใช้งาน และสามารถแก้ปัญหาเบื้องต้นได้

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ รอบ ๒

- ๖.๑) การเปรียบเทียบอัตราส่วนจำนวนคัดกรองโดยปัญญาประดิษฐ์ต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด รอบที่ ๑ และ ๒

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๔ : Digital health ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

ประเด็นตรวจราชการ : Innovation/ Bright spot/ AI

เขตสุขภาพที่ ๑

- Smart IPD: รพ.ปางมะผ้า จ.ตาก "HOS-Merge"
- IPD paperless: รพ.แม่สาย จ.เชียงราย
- โปรแกรม IPISS เชื่อมโยงแผนและระบบพัสดุ
- โปรแกรม PMS ประเมิน HR: รพ.เชียงรายฯ

เขตสุขภาพที่ ๒

Wellness Center

เขตสุขภาพที่ ๓

- ๓-Refer
- IPD paperless -> KPHIS (รพ.กำแพงเพชร)/ Digital IPD (รพ.สปร.)
- AI CXR Screening (รพ.บ้านไร่ จ.อุทัยธานี/ รพ.กำแพงเพชร)
- หุ่นยนต์สำหรับจัดยาอัตโนมัติความเร็วสูง (รพ.สปร.)
- โปรแกรม E-Iden Blood Safety & BB Management (รพ.พิจิตร/ รพ.สปร.)

เขตสุขภาพที่ ๔

- App AI Nusit/ Health Station (จ.ลพบุรี)
- Platform อยุธยาพร้อม/ Ayutthaya Healthcare Ecosystem

เขตสุขภาพที่ ๕

พัฒนาระบบ EMS Telemedicine รพ.บ้านโป่ง/ รพ.โพธาราม จ.ราชบุรี

เขตสุขภาพที่ ๖

- คลินิกแพทย์แผนไทยออนไลน์ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี
- One Province One Refer สู่ระบบ Telemedicine จ.สมุทรปราการ
- พัฒนา Web Application -> CBO Tele-function จ.ชลบุรี

เขตสุขภาพที่ ๗ : Data Center

เขตสุขภาพที่ ๘

- R๘ NDS- Nawang model รูปแบบรับรองความพิการแบบเบ็ดเสร็จนำร่องจาก รพ.นาวังฯ จ.หนองบัวลำภู
- ๑๖๖๙ Sakonnakhon model ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จ.สกลนคร
- BKN Sarabun ระบบลงนามหนังสือราชการออนไลน์ จ.บึงกาฬ
- NPM-Project Manager ระบบบริหารโครงการ จังหวัดนครพนม

เขตสุขภาพที่ ๙ : พัฒนาระบบ EMS Telemedicine จ.นครราชสีมา/ จ.บุรีรัมย์/ จ.สุรินทร์

เขตสุขภาพที่ ๑๐ : Smart Refer

เขตสุขภาพที่ ๑๑ ระบบ Telemedicine พื้นที่เกาะ จ.พังงา/ จ.สุราษฎร์ธานี/ จ.ภูเก็ต
 เขตสุขภาพที่ ๑๒

- ประเมิน HA IT ผ่านครบทุกจังหวัด
- R๑๒ Network

5 Innovation/ Bright spot/ AI

38นวัตกรรมไอที

ผ่านพงษ์ชัยภูมิสวรรค์

เขตสุขภาพที่ 3

- 3-Refer
- IPD paperless -> KPHIS (sw.กำแพงเพชร)/ Digital IPD (sw.สพส.)
- AI CXR Screening (sw.บ้านไร่ จ.อุทัยธานี/ sw.กำแพงเพชร)
- หุ่นยนต์สำหรับจัดยาอัตโนมัติความเร็วสูง (sw.สพส.)
- โปรแกรม E-Iden Blood Safety & BB Management (sw.พิจิตร/ sw.สพส.)

เขตสุขภาพที่ 4

- App AI Nusit/ Health Station (จ.ลพบุรี)
- Platform อยุรยาพร้อม/ Ayuthaya Healthcare Ecosystem

พัฒนาระบบ EMS Telemedicine

เขตสุขภาพที่ 5 : sw.บ้านโป่ง/ sw.โพธาราม จ.ราชบุรี

เขตสุขภาพที่ 9 : จ.นครราชสีมา/ จ.บุรีรัมย์/ จ.สุรินทร์

เขตสุขภาพที่ 11

ระบบ Telemedicine พื้นที่เกาะ จ.พังงา/ จ.สุราษฎร์ธานี/ จ.ภูเก็ต

9

5 Innovation/ Bright spot/ AI (ต่อ)

เขตสุขภาพที่ 1

- Smart IPD: sw.ปางมะผ้า จ.ตาก "HOS-Merge"
- IPD paperless: sw.แม่สาย จ.เชียงราย
- โปรแกรม IPISS เชื่อมโยงแผนและระบบพัสดุ และ
- โปรแกรม PMS ประเมิน HR: sw.เชียงรายฯ

เขตสุขภาพที่ 6

- คลินิกแพทย์แผนไทยออนไลน์ sw.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี
- One Province One Refer สู่ระบบ Telemedicine จ.สมุทรปราการ
- พัฒนา Web Application -> CBO Telefunction จ.ชลบุรี

เขตสุขภาพที่ 7 : Data Center

เขตสุขภาพที่ 10 : Smart Refer

10

5 Innovation/ Bright spot/ AI (ต่อ)

เขตสุขภาพที่ 8

- R8 NDS- Nawang model
รูปแบบรับรองความพิการแบบเบ็ดเสร็จ
นำร่องจาก สว.มาวังฯ จ.หนองบัวลำภู
- 1669 Sakonnakhon model
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จ.สกลนคร
- BKN Sarabun ระบบลงนามหนังสือราชการออนไลน์ จ.มิ่งกาฬ
- NPM-Project Manager ระบบบริหารโครงการ จังหวัดนครพนม

เขตสุขภาพที่ 12

- ประเมิน HA IT ผ่านครบทุกจังหวัด
- R12 Network

เขตสุขภาพที่ 2

- Wellness Center

11

Summary

- 1 ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจ และการตระหนักถึงความสำคัญของระบบ Digital ID
 - »»» ดังนั้นควรใช้การสื่อสารที่ได้ประสิทธิภาพ และลงพื้นที่ให้บริการเชิงรุก
- 2 ขาดความพร้อมในอุปกรณ์/ โปรแกรม ในการให้บริการ Telemedicine
 - »»» ดังนั้นควรได้รับการสนับสนุน จากผู้บริหารในองค์กรและส่วนกลาง
- 3 เร่งพัฒนาบุคลากรและประชาชนให้เกิด IT literacy

12

สรุปผลการตรวจราชการ

ประเด็นที่ ๕

ลดป่วย ลดตาย

และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๑. ลดป่วย ลดตาย

๑.๑ ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ

๑.๒ ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง

๑.๓ การคัดกรองมะเร็ง

๒. ความมั่นคงด้านสุขภาพ

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ/ตัวชี้วัด : Service plan สาขาโรคหัวใจ (STEMI)

๑) เป้าหมายและผลงาน

ตัวชี้วัดหลัก

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (เป้าหมาย < ร้อยละ ๙) = ร้อยละ ๙.๙๔
๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ได้แก่
 - ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ ๖๐) = ร้อยละ ๕๑.๕๗
 - ๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ ๖๐) = ร้อยละ ๕๖.๖๑

๒) สรุปสถานการณ์

โรคหัวใจและหลอดเลือด ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของประชากรไทย จากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในกลุ่ม Acute Coronary Syndrome (ACS) จากโปรแกรม Thai ACS Registry ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ ซึ่งมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในการลงข้อมูลทั้งหมด ๗๗๙ โรงพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วย STEMI ๒,๖๖๕ ราย มีอัตราการตายของผู้ป่วย STEMI คิดเป็นร้อยละ ๙.๙๔ ผู้ป่วย STEMI โดยพบว่า อัตราตายที่สูงส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (Killip class ๓ - ๔) และเข้ารับการรักษาล่าช้าโดยมีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนเข้าถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๑๐๕ นาที และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PPCI มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๑๑๔ นาที ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วยยาให้ยาในกลุ่ม Fibrinolysis หรือได้รับการทำ Primary PCI (PPCI) (Reperfusion rate) คิดเป็นร้อยละ ๗๖ มีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดกลุ่ม Fibrinolysis ภายในเวลาที่กำหนด (๓๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๕๗ ในขณะที่ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายในเวลาที่กำหนด (๑๒๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๖๑

จากสรุปสถานการณ์พบว่า

- อัตราตายของผู้ป่วย STEMI ยังมีแนวโน้มค่อนข้างสูง
 - ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
- ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI ยังมีแนวโน้มค่อนข้างสูง ได้แก่
๑. ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า (Patient delay) เนื่องจากประชาชนไม่ทราบอาการสำคัญ การเข้าถึงระบบ EMS/๑๖๖๙ ยังไม่ครอบคลุม
 ๒. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ได้แก่ Killip class ๓-๔ (มี Heart failure หรือ cardiogenic shock), cardiac arrest และ late presentation มีอัตราการเสียชีวิตสูง
 ๓. อัตรากำลังของบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ
 ๔. มีความล่าช้าในระบบการส่งต่อ การให้คำปรึกษา และการให้การรักษาผู้ป่วย (System delay)

๕. บุคลากรขาดความมั่นใจในการคัดกรอง การวินิจฉัย และการให้การรักษาผู้ป่วยทั้งการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การทำ PPCI และการให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า
๖. ปัญหาการจัดสรรอัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภาระงาน ขาดแคลนบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพ
๗. ความไม่พร้อมหรือไม่เพียงพอของ CCU, Cath Lab และอุปกรณ์ทางการแพทย์
๘. มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยในทุกเขตสุขภาพมีหลายโปรแกรม ทำให้มีการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน ข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน การเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวชี้วัด

๓) ปัญหา/จุดรวมสะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จต่องาน

ปัญหา/สาเหตุ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
Patient delay: <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเข้าถึงการรักษาล่าช้าเนื่องจากประชาชนไม่ทราบอาการเตือนของโรคกลุ่ม ACS - ประชาชนใช้บริการหรือเข้าถึงระบบ EMS/ ๑๖๖๙ น้อย 	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่ม Health Literacy แก่ประชาชนโดยทีม Primary care และ อสม. ในการเฝ้าระวังรับรู้ early warning sign เพื่อให้ประชาชนตระหนักรู้ถึงอาการโรค ACS (patient alert/ awareness) - ส่งเสริมการประสานงานเครือข่ายภาคท้องถิ่น ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก เพื่อเพิ่มความเข้าใจและความเชื่อมั่นให้ประชาชนเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙ มากขึ้น
System delay: <ul style="list-style-type: none"> - กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า - บุคลากรขาดความมั่นใจในการคัดกรอง การวินิจฉัย และการให้การรักษาผู้ป่วยทั้งการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การทำ PPCI และการให้ยาละลายลิ่มเลือด - ความล่าช้าของการให้ยาภายหลังจากรับการวินิจฉัย เนื่องจาก หน่วยบริการไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากไม่มียา Streptokinase - มีปัญหาการขาดแคลนยา TNK เนื่องจาก การผลิตจากบริษัทยาไม่เพียงพอต่อการต้องการใช้ยา 	<ul style="list-style-type: none"> - มี ระบบ STEMI Fast Track ในการส่งต่อและให้คำปรึกษาที่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งในภาครัฐ, เอกชน, โรงเรียนแพทย์ และหน่วยงานอื่นที่มีศักยภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบไร้รอยต่อ รวมถึงพัฒนาด้านวิชาการ ฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพบุคลากร และพัฒนางานวิจัยร่วมกัน - การจัดระบบ Refer บูรณาการร่วมกันในทุกภาคส่วน ทั้งทางน้ำ และ Sky Doctor ในพื้นที่ห่างไกล - สนับสนุนการพัฒนาให้ทุกรพ.ในเครือข่ายมีศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ (SK, TNK หรือ rTPA) - สนับสนุนการจัดตั้ง CCU ให้เพียงพอเพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจระหว่างรอการส่งต่อและหลังจากได้รับการรักษา - ส่งเสริมการใช้ระบบ Telemedicine หรือ Tele-consultation - พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรให้เกิดความมั่นใจในการให้ยาละลายลิ่มเลือดซึ่งเป็นมาตรฐานการรักษาที่เข้าถึงได้ครอบคลุมทุกแห่ง

ปัญหา/สาเหตุ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนวิชาการและแนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้ยา TNK ระเบียบการเบิกจ่ายที่ชัดเจน สนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา TNK แทน SK (ในกรณีที่มี TNK เพียงพอต่อความต้องการ) - พัฒนาศักยภาพศูนย์หัวใจในแต่และเขตสุขภาพให้สามารถทำ PPCI ได้ ๒๔ ชั่วโมง ๗ วันต่อสัปดาห์ (๒๔/๗) - ทบทวนรายงานผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิต และวิเคราะห์ปัญหา เพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วย
<p>Health workforce: ขาดแคลนบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพ เช่น Cardiologist, Interventionist, CVT, นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก, พยาบาล เฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มอัตรากำลังแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับภาระงาน - ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสุขภาพ ในองค์ความรู้ การรักษาและส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - สนับสนุนด้านงบประมาณ และบุคลากรตามแผนพัฒนา เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ
<p>Coronary Artery Disease Risk factors:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยกลุ่ม NCD และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ - กลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตไม่ได้รับการคัดกรองหรือควบคุม DM, HT มาก่อน - การคัดกรองความเสี่ยง DM, HT ในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปยังไม่ได้ตามเกณฑ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการความร่วมมือระหว่างกลุ่มงาน NCD และ Primary care เพื่อควบคุมความเสี่ยงของการเกิดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรค NCD และจัดองค์ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทีมแอลกอฮอล์ บุหรี่ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขถ่ายทอดสู่ประชาชน - เพิ่มการคัดกรองคัดกรองความเสี่ยง DM, HT และ CVD Risk เชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น รวมทั้งกลุ่มประชาชนที่มีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย - ส่งเสริมความสามารถในการควบคุมโรคใน NCD Clinic การเฝ้าระวังและติดตามในผู้ป่วยที่ LDL > ๑๐๐ mg/dl และสนับสนุนการรณรงค์การเลิกสูบบุหรี่
<p>Database:</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยในทุกเขตสุขภาพมีหลายโปรแกรม ทำให้มีการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน ข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน เช่น ข้อมูลพื้นที่, ข้อมูลจากโปรแกรม HDC และข้อมูลจากโปรแกรม Thai ACS Registry - การเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวชี้วัด 	<ul style="list-style-type: none"> - การบันทึกข้อมูล การจัดทำรายงาน ควรพัฒนาเป็นแบบแผนเดียวกัน และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อติดตามและวางแผนงานร่วมกันได้ - พัฒนาโปรแกรมให้มีความเชื่อมโยงข้อมูลกัน - มีนโยบายที่ชัดเจนสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัด และประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้

๔) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในความตระหนักของผู้ป่วยและการเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว
๒. ประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชน เพื่อให้มีการใช้ระบบ EMS/ ๑๖๖๙ ให้มากขึ้น รวมทั้งการเข้าถึง EMS หลังจากมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๓. มีการจัดระบบ Zoning และ mapping ในการส่งต่อผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทในแต่ละเขตสุขภาพ จำนวนบุคลากร ปัญหาที่พบ ระบบข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (เครื่องมือ, อุปกรณ์, ครุภัณฑ์ทางการแพทย์) ระบบการเงิน (กิจกรรม, หัตถการ) จำนวนและประเภทของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแต่ละพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อระหว่างจังหวัด และระหว่างเขตสุขภาพ
๔. การจัดระบบ Refer บูรณาการร่วมกันในทุกภาคส่วน และสนับสนุนการทำ MOU ในโรงพยาบาลสังกัดอื่นที่สามารถทำ Cath Lab ได้ เพื่อพัฒนาศักยภาพเพื่อให้แต่ละเขตสุขภาพมีศูนย์หัวใจที่สามารถทำ PPCI ได้ ๒๔ ชั่วโมง, ๗ วันต่อสัปดาห์
๕. การบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรและการส่งฝึ กอบรมเฉพาะทาง เช่น Cardiologist, Interventionist, CVT, นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก, พยาบาลเฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือดให้สอดคล้องกับภาระงาน
๖. สนับสนุนวิชาการและแนวทางปฏิบัติในการส่งใช้ยา TNK ระเบียบการเบิกจ่ายที่ชัดเจน สนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา TNK แทน SK เนื่องจากการบริหารยาที่ง่ายกว่าและประสิทธิภาพสูงกว่า

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดมุ่งเน้นที่ Service plan สาขาโรคหัวใจ (STEMI) อย่างต่อเนื่องและติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาที่ได้จัดทำไว้
๒. มีระบบเครือข่ายการให้คำปรึกษา การส่งต่อ STEMI Fast Track และรักษาผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่และสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน
๓. จัดสรรแพทย์เฉพาะทางและจัดทำแผนงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและเหมาะสม
๔. ในการรักษาผู้ป่วยในแต่ละเขตสุขภาพมีศูนย์หัวใจและ Cardiac Catheterization Lab (Cath Lab) ในทุกเขตสุขภาพ และสามารถให้บริการได้ ๒๔ ชั่วโมง, ๗ วันต่อสัปดาห์
๕. มีนโยบายที่ชัดเจนและมีระบบฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้และมีข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อสามารถนำมาพัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้ โดยสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry เพิ่มมากขึ้น
๖. บูรณาการร่วมกับ NCD clinic ในการคัดกรองและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามในการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

๑. ความพร้อมในระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast track ทั้งในด้านความพร้อมของโรงพยาบาลและอุปกรณ์การช่วยชีวิต, ความพร้อมของบุคลากรในการส่งต่อผู้ป่วย, จัดเวรบุคลากรเพื่อพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง, สามารถทำ ACLS ได้ รวมทั้งแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่ม ACS ที่มีประสิทธิภาพและปฏิบัติได้จริงทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ และการสามารถให้บริการแบบไร้รอยต่อ

๒. บูรณาการการรักษาและการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย STEMI ระหว่างโรงพยาบาลสังกัด สป./มหาวิทยาลัย/เอกชน ในเขตสุขภาพ
๓. มีระบบการลดระยะเวลาการรอคอยการรักษาโดยการทำให้ CAG/PCI หรือการผ่าตัด Coronary Artery Bypass Surgery (CABG) โดยมีระบบการส่งต่อในเครือข่ายหรือระหว่างเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
๔. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มของ NCD และควบคุมปัจจัยเสี่ยงตามมาตรฐานการรักษา รวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ความตระหนักของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงอาการโรคหัวใจ และวิธีเข้าถึงการบริการได้อย่างรวดเร็ว
๕. ติดตามผลตามการดำเนินการและความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลตามตัวชี้วัด และสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๒. หัวข้อ/ตัวชี้วัด : Service plan สาขาโรคหัวใจ

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : แพทย์หญิงอรวรรณ อนุไพวรรณ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันโรคทรวงอก, กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ตัวชี้วัดหลัก

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (เป้าหมาย < ร้อยละ ๙)

๒. ร้อยละของการให้การรักษามือผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ได้แก่

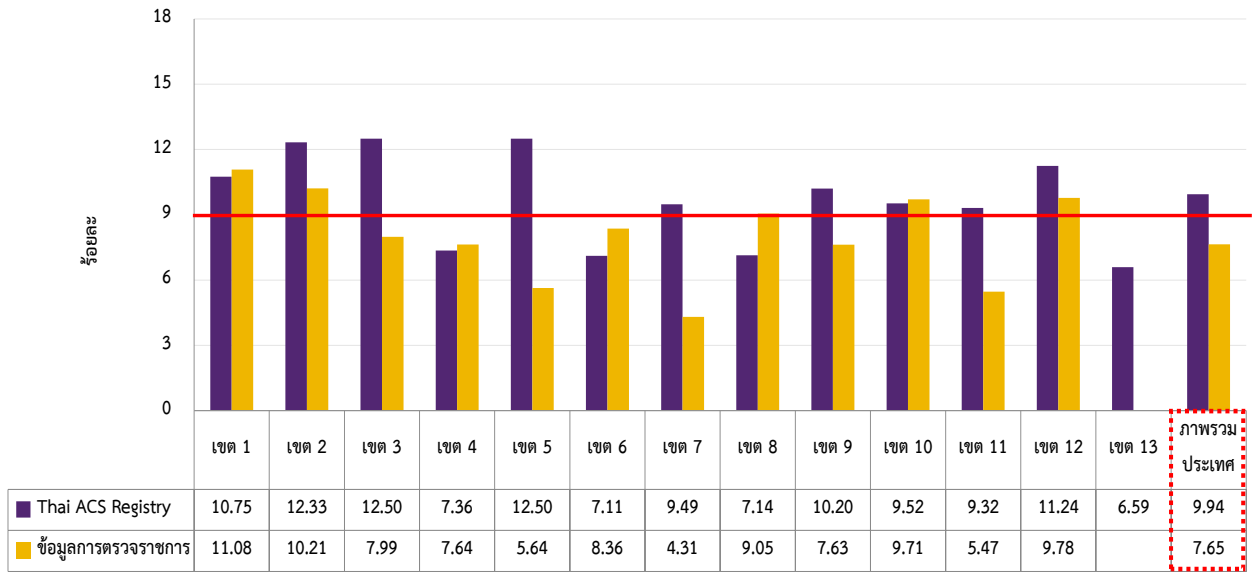
๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ ๖๐) หรือ

๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ ๖๐)

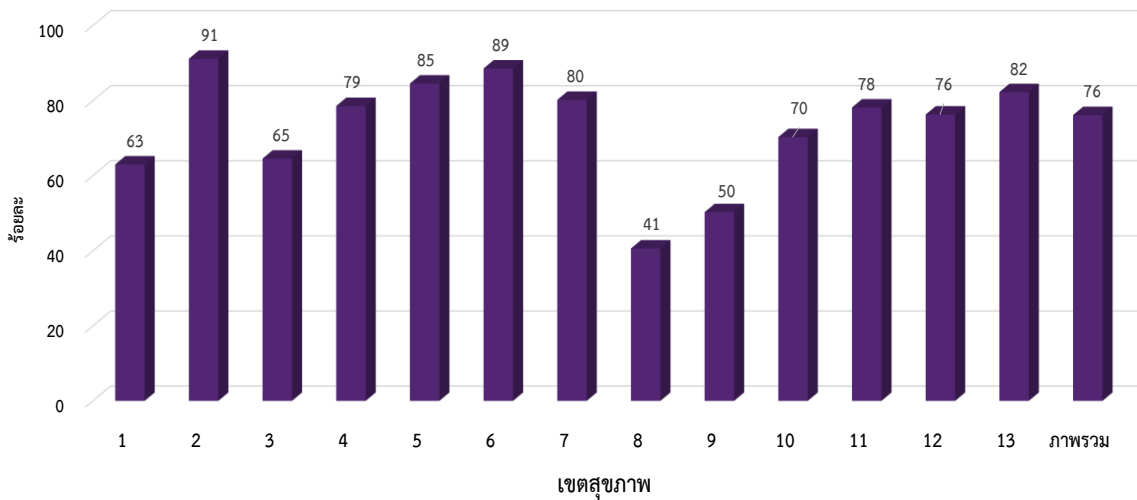
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาขาโรคหัวใจ จากข้อมูลของ Thai ACS Registry รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖) พบว่า ภาพรวมของประเทศมีอัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI คิดเป็นร้อยละ ๙.๙๔ (จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ - WHO - I๒๑.๐ - I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด ๒๖๕ ราย จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ - WHO - I๒๑.๐ - I๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด ๒,๖๖๕ ราย) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากการตรวจราชการในพื้นที่ พบว่า อัตราตายของผู้ป่วย STEMI คิดเป็นร้อยละ ๗.๖๕ (ดังแสดงในภาพที่ ๑ และตารางที่ ๑)

สำหรับการรักษามือผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด จากข้อมูลของ Thai ACS Registry รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖) พบว่า ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือได้รับการทำ Primary PCI (PPCI) (Reperfusion rate) คิดเป็นร้อยละ ๗๖ (ดังแสดงในภาพที่ ๒) ซึ่งการรักษาหลักในผู้ป่วย STEMI ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการทำ Primary PCI (PPCI) จากข้อมูล พบว่า ภาพรวมของประเทศมีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดกลุ่ม Fibrinolysis ภายในเวลาที่กำหนด (๓๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๕๗ ในขณะที่ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายในเวลาที่กำหนด (๑๒๐ นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๖๑ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (ดังแสดงในภาพที่ ๓, ๔ และตารางที่ ๑)

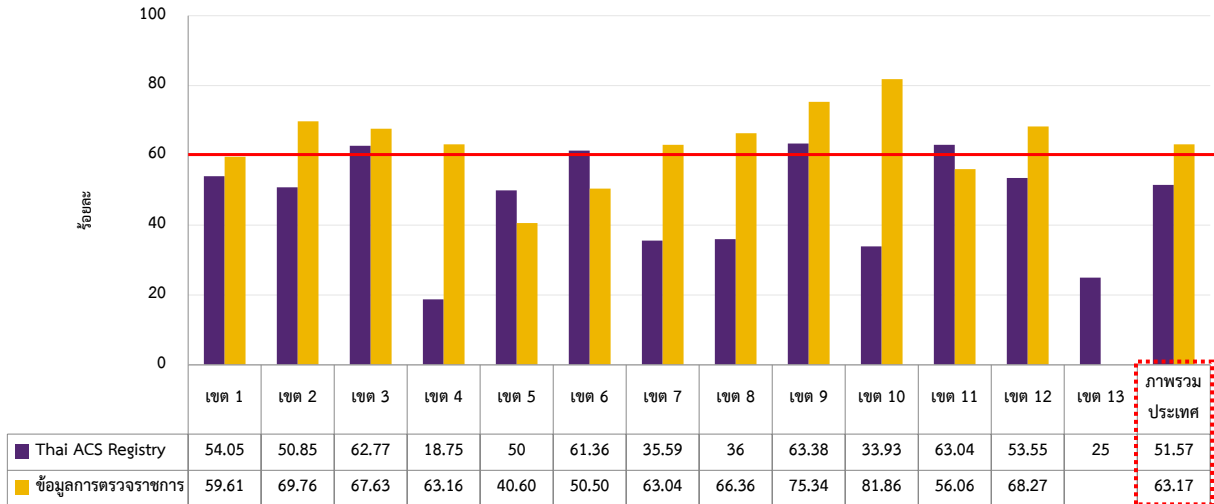
จากข้อมูล Thai ACS Registry พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนเข้าถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๑๐๕ นาที และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PPCI มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ ๑๑๔ นาที



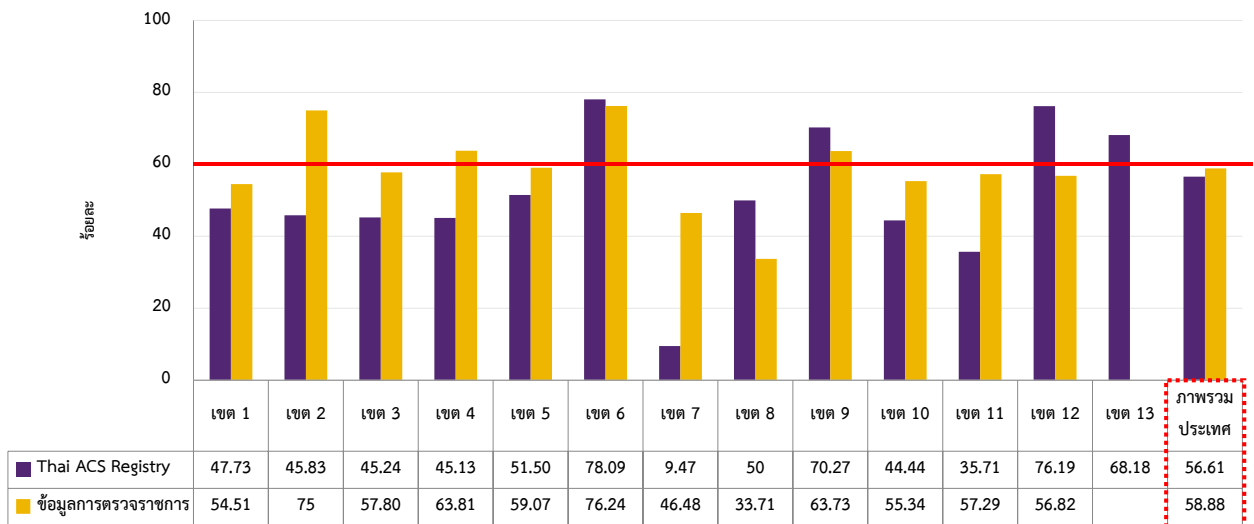
ภาพที่ ๑ กราฟแสดงข้อมูลอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖)



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



ภาพที่ ๓ กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๖๐) (ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖)



ภาพที่ ๔ กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๖๐) (ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖)

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแต่ละเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เขตสุขภาพที่	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
๑	๑๐.๗๕	๕๔.๐๕	๔๗.๗๓
๒	๑๒.๓๓	๕๐.๘๕	๔๕.๘๓
๓	๑๒.๕๐	๖๒.๗๗	๔๕.๒๔
๔	๗.๓๖	๑๘.๗๕	๔๕.๑๓
๕	๑๒.๕๐	๕๐	๕๑.๕๐
๖	๗.๑๑	๖๑.๓๖	๗๘.๐๙
๗	๙.๔๙	๓๕.๕๙	๙.๔๗
๘	๗.๑๔	๓๖	๕๐
๙	๑๐.๒๐	๖๓.๓๘	๗๐.๒๗
๑๐	๙.๕๒	๓๓.๙๓	๔๔.๔๔
๑๑	๙.๓๒	๖๓.๐๔	๓๕.๗๑
๑๒	๑๑.๒๔	๕๓.๕๕	๗๖.๑๙
๑๓	๖.๕๙	๒๕	๖๘.๑๘
ภาพรวมประเทศ	๙.๙๔	๕๑.๕๗	๕๖.๖๑

ที่มา: ข้อมูลจาก Thai ACS Registry ข้อมูลรอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

ตารางที่ ๒ สรุปปัญหา ข้อเสนอแนะ และผลดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเข้าถึงการรักษาล่าช้าเนื่องจากประชาชนไม่ทราบอาการเตือนของโรคกลุ่ม ACS ประชาชนใช้บริการหรือเข้าถึงระบบ EMS/๑๖๖๙ น้อย	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการใช้บริการ ๑๖๖๙/ EMS - เพิ่ม Health Literacy แก่ประชาชน โดยบูรณาการกับ ๓ หมอ ในการเฝ้าระวังและรับรู้ early warning sign - ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่อง STEMI Alert 	มีการประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนถึงอาการของโรคหัวใจ, Self-awareness และการเข้ารับบริการ
ผู้ป่วยกลุ่ม NCD และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยมีภาวะเสี่ยงโรคหัวใจการคัดกรองหรือควบคุม DM, HT ยังไม่ครอบคลุม	กำหนดนโยบายเชิงรุกคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการควบคุมโรคใน NCD Clinic และเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคกลุ่ม Cardiovascular disease	<ul style="list-style-type: none"> - มีการคัดกรองและควบคุมโรคกลุ่ม NCD ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง CVD - ติดตามการรักษาผู้ป่วยใน NCD clinic

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>ปัญหาการจัดสรรอัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภาระงานขาดบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพ (Cardiologist, Interventionist, CVT, นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก, พยาบาลเฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนด้านงบประมาณ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เพียงพอกับภาระงาน ในการขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ - ปรับอัตรากำลังของทีมในศูนย์หัวใจ เพื่อให้ Cardiac Catheterization Lab ให้สามารถให้บริการ ๒๔/๗ - ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสุขภาพ ในองค์ความรู้การรักษา และส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการพัฒนาระบบ Telemedicine ในพื้นที่ที่มีความพร้อม - มีการสำรวจอัตรากำลังของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับการให้บริการในเครือข่าย - สนับสนุนด้านงบประมาณ และอัตรากำลังบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เพียงพอกับภาระงาน
<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรขาดความมั่นใจในการคัดกรอง การวินิจฉัย และการให้การรักษาผู้ป่วยทั้งการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การทำ PPCI และการให้ยาละลายลิ่มเลือด - หน่วยบริการไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากไม่มียา Streptokinase 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมด้านวิชาการเพื่อพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรให้เกิดความมั่นใจในการให้ยาละลายลิ่มเลือดซึ่งเป็นมาตรฐานการรักษาที่เข้าถึงได้ครอบคลุมทุกแห่ง - อบรมด้านวิชาการเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากร ในการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI, NSTEMI, และการทำ Advanced cardiovascular life support (ACLS) 	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบบริหารจัดการยา Fibrinolysis ระหว่างโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ และมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน - มีระบบให้คำปรึกษาในการให้ยา Fibrinolysis ในเครือข่าย - จัดสรรบุคลากรเพื่อเข้ารับการอบรม
<p>กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า</p>	<ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI แบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลภายในเขตสุขภาพ - พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในเขตสุขภาพให้สามารถให้สามารถทำ PPCI ได้ ๒๔/๗ ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม - ทบทวนรายงานผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิต และวิเคราะห์ปัญหา เพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - มีเครือข่ายระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast track และแนวทางการให้คำปรึกษา/ รักษาผู้ป่วยในทุกเขตสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ - มีการจัดระบบ Refer ทั้งทางน้ำและ Sky Doctor ในพื้นที่ห่างไกล - มีการจัดทำ guideline การส่งต่อและแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ - มีการพัฒนาระบบ Telemedicine ในพื้นที่ที่มีความพร้อม

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยในทุกเขตสุขภาพมีหลายโปรแกรม ทำให้มีการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน ข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน การเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> - การบันทึกข้อมูล การจัดทำรายงาน ควรพัฒนาเป็นแบบแผนเดียวกัน และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อติดตามและวางแผนงานร่วมกันได้ - มีนโยบายที่ชัดเจนสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry ให้ครอบคลุมทุก รพ. ในระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้ 	สนับสนุนให้ทุกเขตสุขภาพมีการลงข้อมูลใน Thai ACS registry เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพที่ ๑

- เชียงราย EKG at Home เชื่อมโยงต่อเนื่องกับ STEMI Fast Pass ในปี ๒๕๖๕
- เชียงใหม่ นวัตกรรม Tele-nursing วางแผนจำหน่ายและติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วย STEMI
- น่าน ระบบดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย STEMI (ชมรมคนรักหัวใจ) ในบางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- ลำพูน ตรวจ Echocardiogram สัญจรที่โรงพยาบาลลี เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ ลดค่าใช้จ่าย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องโดยการวางแผนร่วมกันกับแพทย์ในพื้นที่ รวมถึงเพิ่มศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ด้วย

เขตสุขภาพที่ ๒ นวัตกรรม STEMI Kit and STEMI Flow โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

เขตสุขภาพที่ ๓

- ชัยนาท บัตรแดงแสดงใจ แนะนำการดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- นครสวรรค์ Spoke and Hub model ลดเวลารอคอยการรักษา

เขตสุขภาพที่ ๔

- ปทุมธานี โครงการ “คัดกรองภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำร่องที่ปทุมธานี” ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โดยการวัดความดันโลหิตด้วยเครื่อง Microlife เพื่อคัดกรองภาวะการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ AF
- นครนายก ช่องทางสื่อออนไลน์ช่วยรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงการป้องกันการเกิดโรค อากาศสัญญาณเตือน และช่องทางเข้าถึงบริการในชุมชนและสื่อออนไลน์ เพจ Facebook “ที่นี่ นครนายก”

เขตสุขภาพที่ ๕

นครปฐม

- โครงการเริ่มทำ One day CAG เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕ โดยเริ่มจากผู้ป่วยที่มาเตรียมสวนหัวใจเพื่อรอการผ่าตัดโดยผู้ป่วยมาช่วงเช้าและกลับช่วงบ่ายวันเดียวกัน
- ขยายโครงการ NSTEMI NPT Network โดยการมีระบบ Line consult case ๒๔ ชั่วโมง โดยแพทย์อายุรกรรมโรคหัวใจ, รับผิดชอบผู้ป่วยเข้ามา Echocardiogram และสวนหัวใจผ่านทาง Line โดยผู้ป่วยรักษาอยู่

ที่โรงพยาบาลชุมชน และไม่ต้องเสียเวลาเดินทางมานัดตรวจการรักษาเพิ่มเติม โดยจะขยายให้ครบทุกโรงพยาบาล

- ปี ๒๕๖๕ ศูนย์โรคหัวใจ กลุ่มงานสุขศึกษา และศูนย์อนามัยเขตสุขภาพที่ ๕ ได้รับรางวัลองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับเหรียญเงินระดับประเทศ จากกรมอนามัย

เขตสุขภาพที่ ๖

- **ตราด** Flow chart Fast Track STEMI “Early ๒ Early Strategy” มีผลทำให้การประเมินและรักษาผู้ป่วย STEMI ได้รวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น
- **ชลบุรี** พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI ในจังหวัด โดยระบบ Cardio Refer Assistant ร่วมกับ Application Discord โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและทำ Workshop เริ่มดำเนินการพัฒนาและทดลองใช้ระบบตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ปัจจุบันเตรียมโครงการพัฒนาต่อยอดในปี ๒๕๖๖

เขตสุขภาพที่ ๗ ระบบ refer bypass, ACS rally campaign

เขตสุขภาพที่ ๘ สกลนครพัฒนา Application ระบบศูนย์สั่งการ ๑๖๖๙ Sakonnakhon Model (ใช้ได้ทั้ง STEMI, Stroke และ Trauma)

เขตสุขภาพที่ ๙

- สุรินทร์

๑. มีระบบ consult EKG ๒๔/๗ และนิเทศงานรพช.โดยสอนแพทย์ Intern สามารถทำ ECHO ได้เบื้องต้น ทำให้ลดอัตราการตาย จาก Patient Delay และ Miss Diagnosis จากเดิม ร้อยละ ๒๐ เป็นร้อยละ ๑๑
๒. STEMI Fast Track ลดเวลา Door to EKG จากเดิม ๑๐ นาที เหลือ ๓ นาที
๓. รางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเภทพัฒนาการบริการ ระดับดี “รูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด”

- **นครราชสีมา** มีระบบ Refer ที่มีการเชื่อมโยงข้อมูลภายในจังหวัด มีการพัฒนาระบบยาในโรงพยาบาลชุมชน Drug warehouse

เขตสุขภาพที่ ๑๐ ยโสธร ระบบการเข้าถึงบริการ (นวัตกรรมรหัสเปลี่ยนชีวิต)

เขตสุขภาพที่ ๑๑

- มีระบบส่งต่อผู้ป่วย Lean ระบบ ผู้ป่วยสามารถเข้า ICU ได้ โดยไม่ต้องผ่าน ER
- จัดระบบ Refer ทางน้ำ ทางบก และทางอากาศ บูรณาการร่วมกันในทุกภาคส่วน

เขตสุขภาพที่ ๑๒

- ตรัง

๑. การบูรณาการร่วมกับ Primary care และ NCD ได้แก่ ชุมชนต้นแบบเกาะเคียม Model: หัวใจดีเริ่มที่บ้าน, Line Application continuing care
๒. Zero gravity Model
๓. ๓D Echo

- **ปัตตานี** Zero walk in OPD cardio ลดขั้นตอนการเข้าถึง Echo/PCI, วางแผนพัฒนาระบบ on cloud และมี ACS Dashboard ระดับจังหวัดเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วย

- **สตูล** ประสานความร่วมมือกับ สพฉ. กองทัพ และภาคเอกชน ในการลำเลียงผู้ป่วยทาง Speed Boat และการลำเลียงทาง Sky Doctor ของพื้นที่ทางทะเล เช่น เกาะหลีเป๊ะ

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

- เพิ่ม Health Literacy แก่ประชาชน โดยทีม Primary care และ อสม. ในการเฝ้าระวังรับรู้ early warning sign เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอาการโรค ACS (patient alert/ awareness) และเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙ มากขึ้น
- บูรณาการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI แบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลภายในเขตสุขภาพ
 - มีความร่วมมือระหว่าง โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลสังกัด กลาโหม เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ (Seamless refer) และสามารถทำให้ในแต่ละเขตสุขภาพสามารถทำ PPCI ๒๔/๗ ได้
 - ทบทวนแนวทางการส่งต่อ แผนพัฒนาเครือข่ายการ Refer PPCI/ Post PCI ทั้งในจังหวัด และในเขตสุขภาพ
 - สนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาลทุกระดับในการเพิ่มศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
 - ทบทวนรายงานผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิต และวิเคราะห์ปัญหา เพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วย
- ควบคุมปัจจัยเสี่ยง CVD โดย
 - บูรณาการความร่วมมือระหว่างกลุ่มงาน NCD และ Primary care เพื่อควบคุมความเสี่ยงของการเกิดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรค NCD และ จัดองค์ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงโรค CVD ให้อาสาสมัครสาธารณสุขถ่ายทอดสู่ประชาชน
 - เพิ่มการคัดกรองคัดกรองความเสี่ยง DM, HT และ CVD Risk เชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น รวมทั้งกลุ่มประชาชนที่มีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย
 - ส่งเสริมความสามารถในการควบคุมโรคใน NCD Clinic การเฝ้าระวังและติดตามในผู้ป่วยที่ LDL > ๑๐๐ mg/dl และสนับสนุนการณรงค์การเลิกสูบบุหรี่

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในความตระหนักของผู้ป่วยและการเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วและการเข้าถึง EMS
- สนับสนุนการบูรณาการการจัดระบบ Refer ร่วมกันในทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาศักยภาพศูนย์หัวใจในแต่ละเขตสุขภาพให้สามารถทำ PPCI ได้ ๒๔ ชั่วโมง ทุกวัน และระบบการส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล
- จัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทาง เช่น Cardiologist, Interventionist, CVT, นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก, พยาบาลเฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น และสนับสนุนด้านงบประมาณตามแผนพัฒนา เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ
- รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำ Zoning และ mapping ของระบบบริการในแต่ละเขตสุขภาพ บุคลากร ทรัพยากรทางการแพทย์ เพื่อจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนการจัดตั้ง CCU และการเปิด Cath lab ในพื้นที่ที่มีความจำเป็นเพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ
- สนับสนุนวิชาการและแนวทางปฏิบัติในการส่งใช้ยา Tenecteplase (TNK) ระเบียบการเบิกจ่ายที่ชัดเจน สนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา TNK แทน SK เนื่องจากการบริหารยาที่ง่ายกว่าและประสิทธิภาพสูงกว่า

- พัฒนาโปรแกรมให้มีความเชื่อมโยงข้อมูลกัน และมีนโยบายที่ชัดเจนสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry ให้ครอบคลุมทุกกรพ.ในระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : ระดับความสำเร็จของการลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ

๑) เป้าหมาย และผลงานตัวชี้วัดหลัก

๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ (๙.๖ ต่อประชากรแสนคน) **ผลงาน = ๓.๘ ต่อประชากรแสนคน**
๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (เป้าหมาย < ร้อยละ ๙) **ผลงาน = ร้อยละ ๙.๙๔**
๓. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามกิจกรรม มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้
 - ๓.๑ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ได้แก่
 - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ ๖๐)
ผลงาน = ร้อยละ ๕๑.๕๗
 - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ ๖๐) **ผลงาน = ร้อยละ ๕๖.๖๑**
 - ๓.๒ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (\geq ร้อยละ ๗๐) **ผลงาน = ร้อยละ ๕๕**
 - ๓.๓ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (\geq ร้อยละ ๔๐) **ผลงาน = ร้อยละ ๒๕**
 - ๓.๔ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่หรือสามารถเลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ ๓๐) **ผลงาน = N/A**
 - ๓.๕ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl (\geq ร้อยละ ๕๐)
ผลงาน = N/A

๒) สรุปสถานการณ์

โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศ ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเกิดความบกพร่องทางสุขภาพ ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ พบอัตราป่วยสะสมโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ๘.๙๒ และ ๗๓๑.๕ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โดยร้อยละ ๕๑ ของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง ๒.๘๗ เท่า สำหรับอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง ๓ เท่า จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๕๗) และ ครั้งที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๖๓) พบความชุกของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกโรคเบาหวาน พบร้อยละ ๘.๙ และ ๙.๕ ตามลำดับ ความชุกโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ ๒๔.๗ และ ๒๕.๔ ตามลำดับ และจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ พบว่าความชุกโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๕,๙๘๐.๕, ๖,๓๕๙.๑, ๖,๖๗๐.๒, ๖,๙๙๕.๙ และ ๗,๓๓๙.๗ ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คิดเป็น

ร้อยละ ๕๐๘.๓, ๔๗๕.๗, ๔๗๐.๒, ๔๘๑.๔ และ ๕๔๑.๐ ตามลำดับ (ข้อมูล HDC วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ครั้งที่ ๔, ๕ และ ๖ พบพฤติกรรมเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI \geq ๒๕ กก./ม^๒ ภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว \geq ๙๐ ซม. ในชาย และ \geq ๘๐ ซม. ในหญิง) ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Total Cholesterol \geq ๒๔๐ มก./ดล.)

อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจภาพประเทศพบ ๓.๘ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมายไม่เกิน ๙.๖ ต่อประชากรแสนคน) โดยอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีแนวโน้มลดลง (ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข) ปี ๒๕๖๖ พบสูงสุดที่เขต ๔ (๑๐.๐๔) รองลงมาเขต ๗ (๙.๕๔) และเขต ๖ (๖.๓๘) ตามลำดับ

สำหรับการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี ๒๕๖๖ พบการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๕,๕๐๖,๘๗๖ คน (๖๘%) พบเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วย ๑๔๔,๓๖๓ คน (๐.๙๓%) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๗๙,๔๖๔ คน (๕๕.๐๔%) ภาพรวมถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสที่ ๒ (เป้าหมาย \geq ๓๐) โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินงานได้ดีและผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ๓ อันดับแรก ได้แก่ เขต ๘ รองลงมา เขต ๑๒ และ เขต ๒ เท่ากับร้อยละ ๖๘.๑๗ ๖๕.๒๙ และ ๖๑.๕๑ ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ ๒๕ (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๔๐)

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- การคัดกรองค้นหาในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พบว่ายังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และดำเนินการได้ยาก ในเขตชุมชนเมือง และพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม
- ประชาชนมีภาวะอ้วน และมีพฤติกรรมการบริโภคเค็มหวาน ดื่มสุรา เพิ่มขึ้น
- การตรวจ HbA1c ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเจ้าหน้าที่หลายแห่งยังไม่ทราบถึงการสนับสนุนการตรวจ HbA1c ที่ สปสช.กำหนดในปี ๒๕๖๖ ในบางพื้นที่ ผู้ที่ BP สูง $>1๘๐/1๑๐$ ยังไม่ได้ถูกวินิจฉัยการวินิจฉัยล่าช้า ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบล่าช้า
- การประเมิน CVD Risk assessment ในผู้ป่วย DM HT ยังไม่ครอบคลุมทุกราย เนื่องจาก ผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนแล้วยังเข้ารับบริการได้ไม่ครอบคลุม
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่ต่อเนื่อง
- หน่วยบริการที่ถ่ายโอนนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าระบบรายงานข้อมูลขาดความต่อเนื่องและขาดความเชื่อมโยงกับระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข
- ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและ HDC ไม่ตรงกัน เช่น อัตราผู้ป่วยรายใหม่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ข้อเสนอเชิงนโยบาย** พื้นที่ควรมีการกำหนดมาตรการ/Intervention ให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย เช่น
 - กลุ่มปกติ - เร่งรัดคัดกรอง DM HT ในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป เพื่อให้เข้าถึงการวินิจฉัย
 - กลุ่มเสี่ยง - วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และจัด Intervention ให้ตรงประเด็นความเสี่ยง เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยรายใหม่ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น
 - กลุ่มเสี่ยงป่วย - เร่งรัดตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วย DM HT ให้ได้รับการวินิจฉัย
 - กลุ่มป่วย - ประเมิน CVD Risk ในกลุ่มป่วย DM HT ทุกรายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ข้อเสนอต่อพื้นที่

๑. เพิ่มสมรรถนะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล โดยใช้เทคนิค Motivation Interview (MI) และการนำเทคโนโลยี นวัตกรรม Service model มาใช้

๒. สื่อสารความเสี่ยงสร้าง Health literacy ในทุก Setting (ชุมชน, ตำบล, สถานประกอบการ, สถานที่ทำงาน)

๓. ติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่ได้รับการรักษา/ขาดนัด และประเมิน CVD Risk ทุกราย

๔. ทบทวนระบบฐานข้อมูล HDC ให้เป็นปัจจุบัน การศึยข้อมูล และการส่งออกข้อมูลเข้าระบบ HDC

๕. กำกับติดตามผลการดำเนินงาน และพัฒนาระบบข้อมูลระดับพื้นที่ ในหน่วยงานที่ถ่ายโอนออกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอต่อส่วนกลาง

๑. พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดตรวจราชการที่ไม่มีในระบบ HDC เพื่อให้การตรวจราชการรอบที่ ๒ สามารถประเมินผลได้

๒. พัฒนามาตรฐานแนวทางการดำเนินงานควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ในระดับปฐมภูมิ

๓. สนับสนุนการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไปใช้ในการดำเนินงาน

๔. สนับสนุนสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขับเคลื่อนงานในระดับชุมชน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- การมีคณะกรรมการ NCD board ระดับเขตที่เข้มแข็ง
- การบูรณาการระดับพื้นที่ร่วมกับทีม ๓ หมอ และ PCC Team
- ส่วนกลางและพื้นที่ร่วมกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- พื้นที่มีแผนงาน/โครงการพัฒนางานควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลในการดำเนินงาน

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๒. หัวข้อ : ระดับความสำเร็จของการลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ
ตัวชี้วัดหลัก

๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ (๙.๖ ต่อประชากรแสนคน)

๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ ๙)

๓. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามกิจกรรม มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องดังนี้

๓.๑ ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หรือได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ ๖๐)

๓.๒ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน (\geq ร้อยละ ๗๐)

๓.๓ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (\geq ร้อยละ ๔๐)

๓.๔ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ ๓๐

๓.๕ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการตรวจไขมัน LDL และ มีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl (\geq ร้อยละ ๕๐)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

๑. กองโรคไม่ติดต่อ, กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค

๒. สถาบันโรคทรวงอก, กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

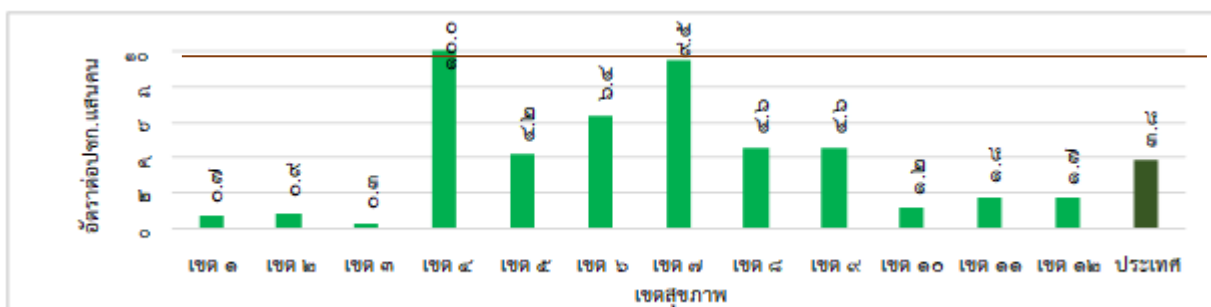
โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศ ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเกิดความบกพร่องทางสุขภาพ ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ พบอัตราป่วยสะสมโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ๘.๙๒ และ ๗๓๑.๕ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โดยร้อยละ ๕๑ ของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง ๒.๘๗ เท่า สำหรับอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง ๓ เท่า จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๕๗) และ ครั้งที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๖๓) พบความชุกของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกโรคเบาหวาน พบร้อยละ ๘.๙ และ ๙.๕ ตามลำดับ ความชุกโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ ๒๔.๗ และ ๒๕.๔ ตามลำดับ และจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ พบว่าความชุกโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๕,๙๘๐.๕, ๖,๓๕๙.๑, ๖,๖๗๐.๒, ๖,๙๙๕.๙ และ ๗,๓๓๙.๗ ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ ๕๐๘.๓, ๔๗๕.๗, ๔๗๐.๒, ๔๘๑.๔ และ ๕๔๑.๐ ตามลำดับ (ข้อมูล HDC วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ครั้งที่ ๔, ๕ และ ๖ พบพฤติกรรมเสี่ยง

มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน (BMI \geq ๒๕ กก./ม^๒ภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว \geq ๙๐ ซม. ในชาย และ \geq ๘๐ ซม. ในหญิง) ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Total Cholesterol \geq ๒๔๐ มก./ดล.)

อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจภาพประเทศพบ ๓.๘ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมายไม่เกิน ๙.๖ ต่อประชากรแสนคน) โดยอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีแนวโน้มลดลง (ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข) ปี ๒๕๖๖ พบสูงสุดที่เขต ๔ (๑๐.๐๔) รองลงมาเขต ๗ (๙.๕๔) และเขต ๖ (๖.๓๘) ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑

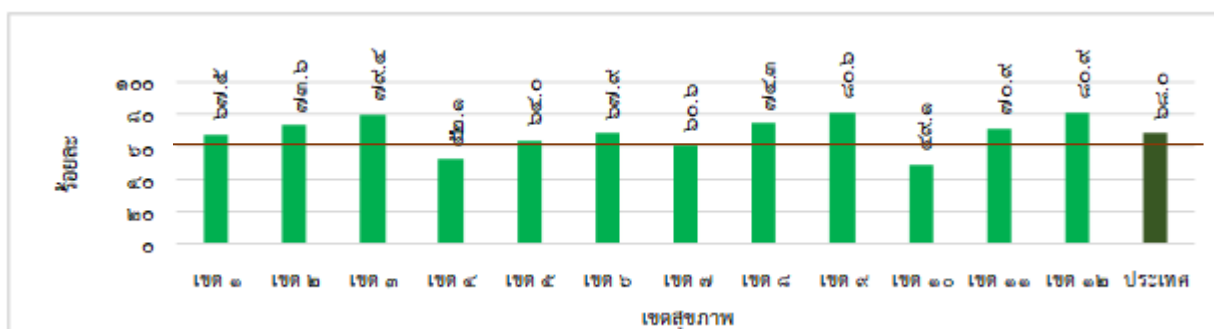
สำหรับการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี ๒๕๖๖ พบการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๕,๕๐๖,๘๗๖ คน (๖๘%) พบเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วย ๑๔๔,๓๖๓ คน (๐.๙๓%) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๗๙,๔๖๔ คน (๕๕.๐๔%) ภาพรวมถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสที่ ๒ (เป้าหมาย \geq ๓๐) โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินงานได้ดีและผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ๓ อันดับแรก ได้แก่ เขต ๘ รองลงมา เขต ๑๒ และ เขต ๒ เท่ากับร้อยละ ๖๘.๑๗ ๖๕.๒๙ และ ๖๑.๕๑ ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ ๒๕ (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๔๐) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒ - ๔

แผนภูมิที่ ๑ อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย ๙.๖ ต่อประชากรแสนคน)



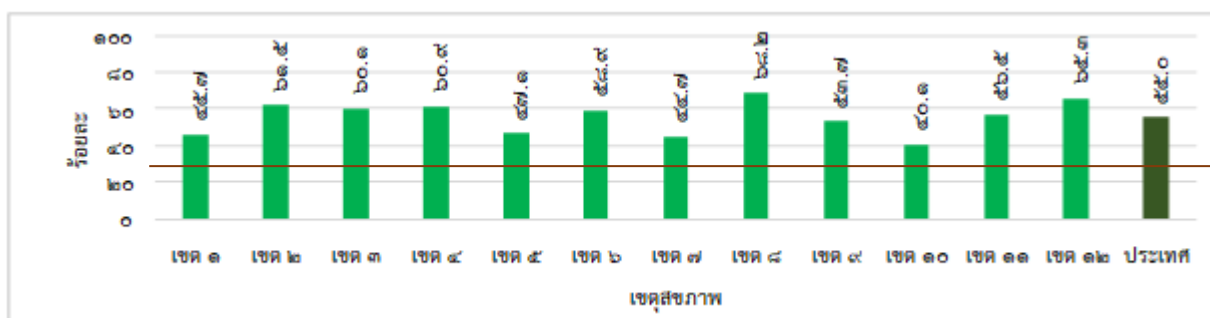
ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๖

แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป (เป้าหมายรอบ ๖ เดือน \geq ๖๐%)



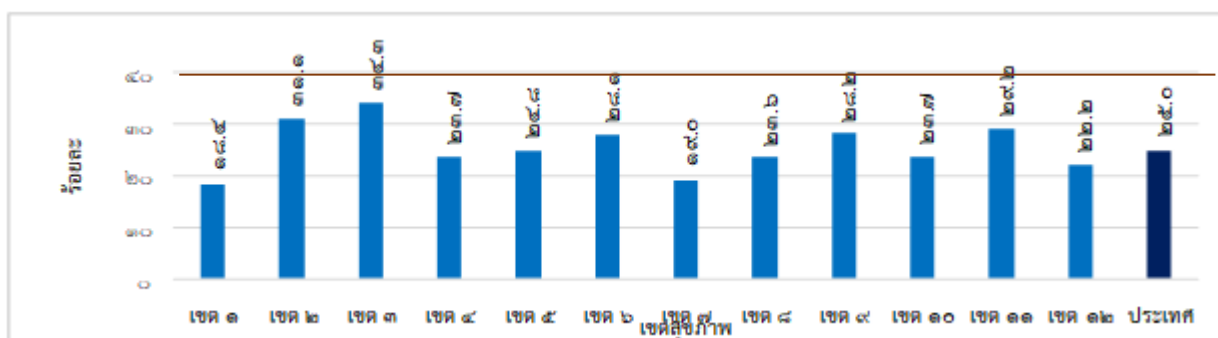
ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๖

แผนภูมิที่ ๓ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (เป้าหมายรอบ ๖ เดือน \geq ๓๐%)



ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๖

แผนภูมิที่ ๔ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เป้าหมายรอบ ๑๒ เดือน \geq ๔๐%)



ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๖

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>ระบบบริการ (service delivery)</p> <p>๑. การคัดกรองประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจาก สปสช. ปรับเปลี่ยนระบบการส่งเบิก ค่าบริการทางการแพทย์ (E-Claim) ต้องมีการยืนยันตัวตน (Authentication) ก่อนการให้บริการคัดกรองทุกราย ทำให้บางพื้นที่เกิดผลกระทบ ในระบบการยืนยันตัวตน</p> <p>๒. การคัดกรองดำเนินการได้ยาก ในเขตชุมชนเมือง และพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม</p>	<p>๑. ดำเนินเชิงรุก พื้นที่ปรีนซ์ QR code เปิด Visit การ คีย์ Authentication ไว้ก่อน และนำ Notebook ไปคีย์ ที่หน้างาน</p> <p>๒. เร่งรัดคัดกรอง DM HT เชิงรุก เพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยจัดตั้งจุด Health Check station ในชุมชนเมือง, สถานประกอบการ</p>	<p>๑. ร้อยละการคัดกรอง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป DM ร้อยละ ๖๘.๐ HT ร้อยละ ๖๗.๙๗</p> <p>๒. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕๕.๐</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
<p>๓. ประชาชนมีภาวะอ้วน และมีพฤติกรรม การบริโภคเค็ม หวาน ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น</p> <p>๔. บางพื้นที่การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ขาดการ ประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. (กรณีเจาะเลือดส่งตรวจ)</p> <p>๕. พบผู้ BP สูง >๑๘๐/๑๑๐ ยังไม่ได้ถูก วินิจฉัย บางพื้นที่การวินิจฉัยล่าช้า</p> <p>๖. การตรวจ HbA๑c ยังไม่ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเจ้าหน้าที่หลายแห่ง ยังไม่ทราบถึงการสนับสนุนการตรวจ Hba๑c ที่ สปสช. กำหนดในปี ๒๕๖๖</p> <p>๗. การประเมิน CVD Risk assessment ใน ผู้ป่วย DM HT ยังไม่ครอบคลุมทุกราย เนื่องจาก ผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนแล้ว ยังเข้ารับบริการได้ไม่ครอบคลุม</p> <p>๘. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>๓. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภค เกลือและโซเดียมระดับจังหวัด และชุมชนวิถีชีวิตใหม่ ทั่วไทย NCDs</p> <p>๔. จัดทำแนวทางการบริหารจัดการร่วมกันระหว่าง รพ. และ รพ.สต. กรณีต้องเจาะเลือดตรวจ Lab (DM) และกำกับติดตามร่วมกัน (CM+IT)</p> <p>๕. ดึงข้อมูล data exchange กลุ่มเป้าหมาย เพื่อติดตามวัดความดันซ้ำและวินิจฉัยอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>๖. สสจ. ร่วมกับ รพ. วางแผนการตรวจ HbA๑c ใน ผู้ป่วยDM ทุกราย โดยผู้ป่วย DM สามารถตรวจ HbA๑c และเบิกจ่ายกับ สปสช. ได้จำนวน ๒ ครั้ง/ปี</p> <p>๗. ติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่ได้รับการรักษา/ขาด นัด และประเมิน CVD Risk ทุกราย</p> <p>๘. พัฒนาระบบบริการ NCD Clinic Plus ทุก จังหวัด</p> <p>๙. พัฒนาระบบ Telemedicine ในการให้บริการ ผู้ป่วย</p>	<p>๓. ร้อยละผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๔๔.๑</p> <p>๔. ร้อยละการประเมิน CVD Risk assessment ในผู้ป่วย DM HT ร้อยละ ๖๗.๓๖</p> <p>๕. พื้นที่ที่มีการดำเนินงาน เฝ้าระวังและลดการ บริโภคเกลือระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑๙ จังหวัด/ อำเภอนอกเขต สุขภาพดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคไตในชุมชน กลไกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอก (พชอ.) จำนวน ๑๑๔ อำเภอก</p>
<p>กำลังคนด้านสุขภาพ (work force)</p> <p>การเปลี่ยนแปลง โยกย้ายงานของ ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้การดำเนินงานขาดความ ต่อเนื่อง</p>	<p>พัฒนาศักยภาพบุคลากร SM/CM ในการจัดการ ข้อมูล และจัดระบบบริการ ร่วมกับทีมสหสาขา วิชาชีพอย่างต่อเนื่อง</p>	
<p>ระบบข้อมูลข่าวสาร (health information)</p> <p>๑. บางพื้นที่ ยังไม่มั่นใจและเข้าใจ รายละเอียดตัวชี้วัด รวมทั้งวิธีการจัดเก็บ ข้อมูล เช่น อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือด หัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และ การติดตามกลุ่ม BP สูง >๑๘๐/๑๑๐</p> <p>๒. หน่วยบริการที่ถ่ายโอนนอกสังกัด สาธารณสุข พบว่าระบบรายงานข้อมูลขาด ความต่อเนื่องและขาดความเชื่อมโยงกับ ระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๓. ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และ HDCไม่ตรงกัน เช่น อัตราผู้ป่วยราย ใหม่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือด สมอง</p>	<p>๑. เพิ่มกลไกการประสานงานผ่านคณะกรรมการ Service plan สาขา DM HT/STEMI/Stroke และ กลไกการตรวจราชการ ในการสร้างความเข้าใจ วิธีการดำเนินงาน รวมทั้งการกำกับติดตามตัวชี้วัดให้ เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>๒. สสจ.วางแผนกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และพัฒนาระบบข้อมูลในหน่วยงานที่ถ่ายโอนนอก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๓. ทบทวนระบบฐานข้อมูล HDC ให้เป็นปัจจุบัน รวมทั้งการเชื่อมโยงข้อมูล และการส่งออกข้อมูลเข้าระบบ HDC</p>	
<p>ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance)</p> <p>หน่วยบริการที่ถ่ายโอนนอกสังกัด</p>	<p>สสจ.วางแผนการดำเนินงานร่วมกับ อบจ.</p>	

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
สาธารณสุขพบว่าขาดการสื่อสาร การประสานงาน และการติดตามผล การดำเนินงาน	ดำเนินการคัดกรอง ตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่ม สงสัยป่วย DM HT	

แหล่งข้อมูล : รายงานตรวจราชการระดับเขต รอบที่ ๑/๒๕๖๖

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขต ๑

การดำเนินงาน “โรงเรียนเบาหวานวิทยา จังหวัดลำพูน” ปีที่ ๒ ขยายโมเดลครอบคลุมทุกตำบล (๕๓ ตำบล) รวม ๕๕ แห่ง ขับเคลื่อนโดยใช้กลไก พชอ. และชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของงบประมาณในการดำเนินงานจาก อปท. เป็นหลัก เป้าหมายของการดำเนินงาน คือ อาการของโรคเบาหวานอยู่ในระยะสงบ (Diabetes mellitus remission) หรือการลดยาในผู้ป่วยเบาหวาน ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เขต ๒

การสื่อสาร Know Your Number & Know Your Risks รู้ค่าตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ” และจัดการความเสี่ยงได้ด้วย Line BOT ดำเนินการในพื้นที่ ต.หนองย่างทอย อ.ศรีเทพ จ.เพชรบูรณ์

เขต ๓

การพัฒนาระบบ Telemedicine ติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลและผู้ป่วยติดเตียง รพ.ชุมแสง จ.นครสวรรค์

เขต ๖

- Core Training Skills for Behavior and Psychosocial Care (BPSC) มุ่งเน้นการสื่อสารบริการในคลินิก NCD การทำ BI MBBI และ MBTC รวมทั้งส่งเสริมการปรับพฤติกรรม รพ. พนมสารคาม จ.ฉะเชิงเทรา
- พื้นที่ต้นแบบด้านโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จ.สระแก้ว

เขต ๘

๕G Plus + NCD Innovative Health Care การจัดรูปแบบบริการ ป้องกันและรักษาผู้ป่วย NCD จ.บึงกาฬ

เขต ๙

R๙ Health Station สถานีรักษาสุภาพใกล้บ้าน บูรณาการ ๓ หมอ ดำเนินการครอบคลุมทั้งเขต เพื่อคัดกรองและติดตามสุขภาพของประชาชน

เขต ๑๑

ระบบการดูแลด้านพฤติกรรมและจิตสังคมในระบบสาธารณสุข (BPSC) ระดับเขต ดูแลผู้ป่วย Uncontrol ต้นแบบ รพ.ลานสกา จ.นครศรีธรรมราช ขยายผลการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น ท่าศาลา บางขัน และนบพิตำ

เขต ๑๒

โปรแกรม NCD YAHA Hospital เพื่อใช้ติดตามผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD แก้ปัญหาเรื่องระบบข้อมูลลดภาระบุคลากร รพ.สมเด็จพระยุพราชยะหา จ.ยะลา

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

- เพิ่มสมรรถนะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล โดยใช้เทคนิค Motivation Interview (MI) และการนำเทคโนโลยี นวัตกรรม Service model มาใช้
- สื่อสารความเสี่ยงสร้าง Health literacy ในทุก Setting (ชุมชน, ตำบล, สถานประกอบการ, สถานที่ทำงาน)
- ติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่ได้รับการรักษา/ขาดนัด และประเมิน CVD Risk ทุกราย
- ทบทวนระบบฐานข้อมูล HDC ให้เป็นปัจจุบัน การคีย์ข้อมูล และการส่งออกข้อมูลเข้าระบบ HDC
- กำกับติดตามผลการดำเนินงาน และพัฒนาระบบข้อมูลระดับพื้นที่ ในหน่วยงานที่ถ่ายโอนนอก

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดตรวจราชการที่ไม่มีในระบบ HDC เพื่อให้การตรวจราชการ รอบที่ ๒ สามารถประเมินผลได้
- พัฒนามาตรฐานแนวทางการดำเนินงานควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ในระดับปฐมภูมิ
- สนับสนุนการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไปใช้ในการดำเนินงาน
- สนับสนุนสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขับเคลื่อนงานในระดับชุมชน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ/ตัวชี้วัด : Service plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๑) เป้าหมายและผลงาน

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙) (< ร้อยละ ๗)
๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (\geq ร้อยละ ๘๐)
๓. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๓) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที (\geq ร้อยละ ๖๐)

๒) สรุปสถานการณ์

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต และก่อให้เกิดความพิการเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย จากการรวบรวมอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙) จากฐานข้อมูล HDC ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ พบว่า ภาพรวมของประเทศไทยมีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ ๘.๑๗ โดยจำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐ - I๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย ทั้งหมด ๖,๖๖๔ ราย และจำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐ - I๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย ทั้งหมด ๘๑,๕๕๐ ราย

การได้รับการรักษาใน Stroke Unit ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง จากข้อมูลตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๙๘ โดยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ - I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ทั้งหมด ๔๒,๔๗๕ ราย และจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ - I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งหมด ๕๖,๖๔๗ ราย

สำหรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที จากข้อมูลตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๓) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๐๒ โดยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (I๖๓) ระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในเวลา ๖๐ นาที ทั้งหมด ๓,๓๒๗ ราย และจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (I๖๓) ระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งหมด ๔,๔๙๕ ราย

๓) ปัญหา/จุดรวมสะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จต่องาน

ปัญหา/สาเหตุ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
การตระหนักรู้ของประชาชน เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	ส่งเสริมการสร้าง Health Literacy เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้แก่ประชาชนเรื่อง stroke alert และ stroke awareness
การใช้บริการฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ของประชาชน ค่อนข้างน้อย	ประชาสัมพันธ์การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ อย่างต่อเนื่อง
การคัดกรอง ค้นหาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง	เพิ่มการคัดกรองในผู้ป่วย NCD ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น
การวินิจฉัยและการดูแลรักษาล่าช้า เนื่องจากบุคลากรขาดความรู้ ความชำนาญ	อบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านโรคหลอดเลือดสมองแก่บุคลากรทางการแพทย์
Node ในการให้ rt-PA ไม่เพียงพอ	พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและขยาย Node ในการให้ rt-PA
จำนวนเตียง stroke unit และบุคลากรสหวิชาชีพเฉพาะทางไม่เพียงพอ	- เพิ่มจำนวนเตียง Stroke unit ให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - ส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในสาขาที่ขาดแคลน และจัดสรรจำนวนบุคลากรให้เพียงพอตาม FTE

๔) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑. ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ อย่างต่อเนื่อง
๒. อบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านโรคหลอดเลือดสมองแก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนในเครือข่ายเขตสุขภาพ โดยเฉพาะในจังหวัดที่ยังไม่มี/ ขาดแคลนแพทย์สาขาประสาทวิทยา หรือประสาทศัลยแพทย์
๓. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล เพื่อขยายศักยภาพในการให้บริการฉีด rt-PA และการจัดตั้ง Stroke unit
๔. สนับสนุนการเพิ่มจำนวนเตียง Stroke unit เพื่อเพิ่มการเข้ารับการรักษาตามมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
๕. ส่งเสริมการส่งพยาบาลฝึกอบรมหลักสูตร Stroke basic course, Stroke nurse และจัดทำ stroke manager ของโรงพยาบาลในเครือข่าย
๖. ส่งเสริมการบูรณาการร่วมกับงาน NCD, service plan IMC และ palliative care
๗. สนับสนุนการเข้ารับการรักษาตามมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน ด้วยวิธี Mechanical Thrombectomy

๘. สนับสนุนการจ่ายเงินชดเชย และเพิ่มการเข้ารับบริการ Mechanical Thrombectomy เพื่อลดอัตราตาย/พิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ผ่านคณะอนุกรรมการ Service plan โรคหลอดเลือดสมอง และ คณะกรรมการเขตสุขภาพ
๙. ส่งเสริมการบูรณาการร่วมกับงาน NCD ในการควบคุม และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการใช้ระบบ telemedicine และ teleconference เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการเข้ารับบริการคลินิก NCD และลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย
๑๐. เน้น Primary prevention ในกลุ่มประชาชนและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง DM/HT เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม
๒. มีการพัฒนาระบบการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy ในโรงพยาบาล และเขตสุขภาพที่มีความพร้อม
๓. มีแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วย ทั้งภายในเขตสุขภาพ และนอกเขตบริการที่รับผิดชอบที่ชัดเจน
๔. มีการประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน อย่างต่อเนื่อง
๕. มีเครือข่ายวิชาการและบริการทั้ง Acute และ Intermediate Care ในเขตสุขภาพให้เข้มแข็ง

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามในการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑. การประชาสัมพันธ์ Stroke Alert/ Awareness สู่ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ
๒. พัฒนา Node การให้ rt-PA เพิ่มขึ้น ในโรงพยาบาลระดับ M๑ และ M๒
๓. จัดตั้ง Stroke unit ให้เพียงพอต่อการให้บริการ และจัดตั้ง Stroke unit เพิ่มในโรงพยาบาลระดับ M๑
๔. พัฒนา Mechanical Thrombectomy อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ – ๒ แห่ง
๕. มีการพัฒนา ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
๖. มีแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นลายลักษณ์อักษร และเป็นปัจจุบัน

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๒. หัวข้อ/ตัวชี้วัด : Service plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

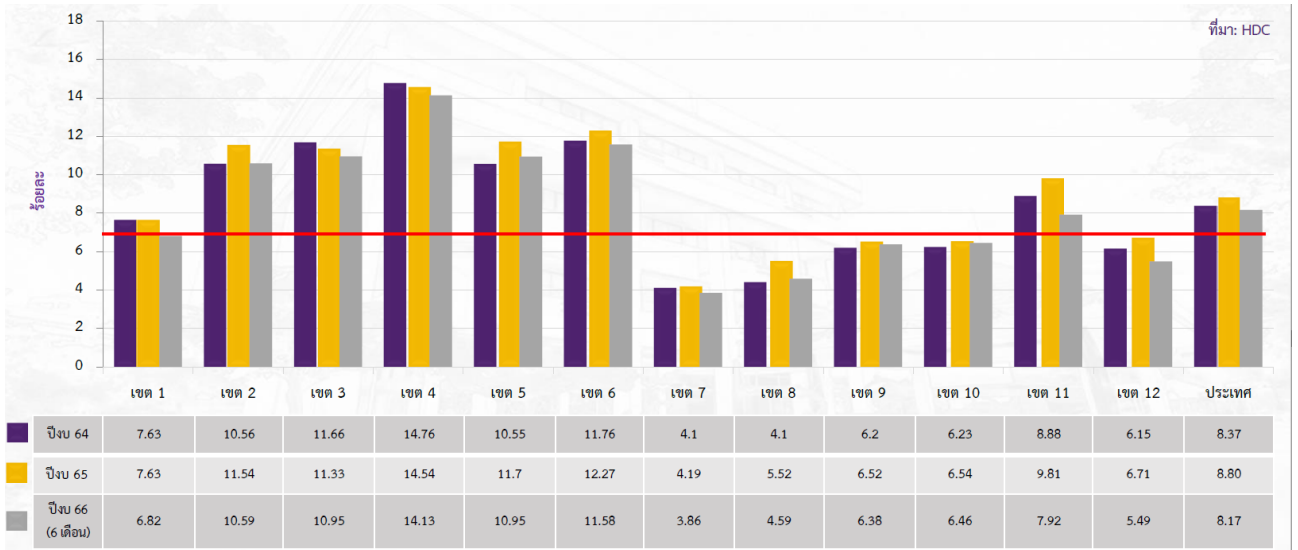
๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙) (< ร้อยละ ๗)
๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (> ร้อยละ ๘๐)
๓. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๓) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที (> ร้อยละ ๖๐)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาขาโรคหลอดเลือดสมอง จากข้อมูลของ HDC (ข้อมูลระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖) พบว่า ภาพรวมของประเทศมีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ ๘.๑๗ โดยจำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐ - I๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย ทั้งหมด ๖,๖๖๔ ราย และจำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐ - I๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย ทั้งหมด ๘๑,๕๕๐ ราย โดยมีแนวโน้มอัตราตายลดลง เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ พบว่า อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๘.๓๗ และร้อยละ ๘.๘๐ ตามลำดับ (ดังแสดงในภาพที่ ๑ และตารางที่ ๑) (ข้อมูล HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ และวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

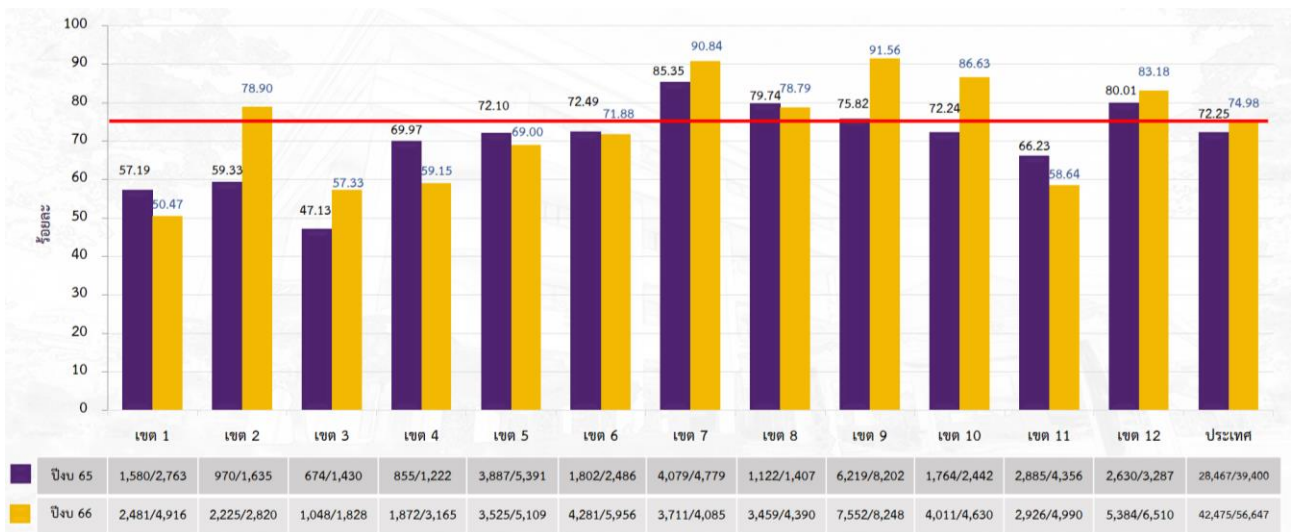
การได้รับการรักษาใน Stroke Unit ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง จากข้อมูลตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๙๘ โดยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ - I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ทั้งหมด ๔๒,๔๗๕ ราย และจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ - I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งหมด ๕๖,๖๔๗ ราย โดยมีแนวโน้มได้รับการรักษาใน Stroke Unit เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ร้อยละ ๗๒.๒๕ (ดังแสดงในภาพ ๒ และตารางที่ ๑)

สำหรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที จากข้อมูลตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๓) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๐๒ โดยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (I๖๓) ระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในเวลา ๖๐ นาที ทั้งหมด ๓,๓๒๗ ราย และจำนวนผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (I๖๓) ระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งหมด ๔,๔๙๕ ราย (ดังแสดงในภาพที่ ๓ และตารางที่ ๑)



ภาพที่ ๑ กราฟแสดงข้อมูลอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙) ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ (ไตรมาส ๒) (ข้อมูลจาก HDC)



ภาพที่ ๒ กราฟแสดงร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เปรียบเทียบข้อมูลตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖)



ภาพที่ ๓ กราฟแสดงร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (โบล) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที (ข้อมูลตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖)

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแต่ละเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

เขตสุขภาพที่	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: โบล-โบล)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (โบล-โบล) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (โบล) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที
๑	๖.๘๒	๕๐.๔๗	๘๑.๒๑
๒	๑๐.๕๙	๗๘.๙๐	๘๒.๒๘
๓	๑๐.๙๕	๕๗.๓๓	๙๒.๑๓
๔	๑๔.๑๓	๕๙.๑๕	๙๐.๗๐
๕	๑๐.๙๕	๖๙.๐๐	๗๐.๔๙
๖	๑๑.๕๘	๗๑.๘๘	๖๗.๔๐
๗	๓.๘๖	๙๐.๘๔	๘๓.๘๗
๘	๔.๕๙	๗๘.๗๙	๖๒.๗๘
๙	๖.๓๘	๙๑.๕๖	๘๒.๒๑
๑๐	๖.๔๖	๘๖.๖๓	๘๓.๗๑
๑๑	๗.๙๒	๕๘.๖๔	๘๙.๑๔
๑๒	๕.๔๙	๘๒.๗๐	๔๘.๙๐
ภาพรวมประเทศ	๘.๑๗	๗๔.๙๘	๗๔.๐๒

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC (ข้อมูลระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖) และข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ตารางที่ ๒ สรุปปัญหา ข้อเสนอแนะ และผลดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
การตระหนักรู้ของประชาชนเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	ส่งเสริมการสร้าง Health Literacy เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้แก่ประชาชนเรื่อง stroke alert และ stroke awareness	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙) ร้อยละ ๘.๑๗ A = ๖,๖๖๔ ราย B = ๘๑,๕๕๐ ราย
การใช้บริการฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ของประชาชน ค่อนข้างน้อย	ประชาสัมพันธ์การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ อย่างต่อเนื่อง	
การคัดกรอง ค้นหาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง	เพิ่มการคัดกรองในผู้ป่วย NCD ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น	
การวินิจฉัยและการดูแลรักษาล่าช้าเนื่องจากบุคลากรขาดความรู้ความชำนาญ	อบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านโรคหลอดเลือดสมองแก่บุคลากรทางการแพทย์	
Node ในการให้ rt-PA ไม่เพียงพอ	พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและขยาย Node ในการให้ rt-PA	
จำนวนเตียง stroke unit และบุคลากรสหวิชาชีพเฉพาะทางไม่เพียงพอ	- เพิ่มจำนวนเตียง Stroke unit ให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - ส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในสาขาที่ขาดแคลน และจัดสรรจำนวนบุคลากรให้เพียงพอตาม FTE	

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขตสุขภาพที่ ๑

จังหวัดเชียงราย

- จัดทำ Service mapping และซ้อมแผนการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันด้วย Sky Doctor
- จัดทำ “กิน อยู่ ดี” แพลตฟอร์ม มาใช้ในการมีการติดตามและรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเชิงรุกในชุมชน

จังหวัดแพร่

- โครงการ Mr.& miss SFT เพื่อ empowerment แพทย์พี่เลี้ยง/ใช้ทุน

เขตสุขภาพที่ ๒

จังหวัดสุโขทัย

- จัดทำโครงการ mapping (เก็บพิกัดบ้าน) กลุ่มเสี่ยง CVD risk ๒-๕ โดยใช้แอปพลิเคชัน Fast Stroke เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และเพิ่มความเร็วในการเข้าถึงบริการ/การรักษา
- จัดทำช่องทางระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย stroke ระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ผ่าน Line group

เขตสุขภาพที่ ๓

- การสร้าง Health Literacy ลดป่วย ลด Patient delay
- การทำ thrombectomy ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่พร้อม เพื่อดูแลผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ ๓

เขตสุขภาพที่ ๔

จังหวัดนนทบุรี

- ระบบโปรแกรมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน (Smart COC)

จังหวัดนครนายก

- การให้ความรู้ด้วยนวัตกรรม “หลุดคู่สู่ความรู้ Stroke” ใบบัณฑิตปัญญาใจและสุสานเล็กบุหรี

เขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัดปราจีนบุรี

- ระบบการให้คำปรึกษาทางไกลผ่านโทรศัพท์มือถือในผู้ป่วย stroke fast track, การผสมผสานการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลัน

จังหวัดสระแก้ว

- การดำเนินการเชิงรุกในชุมชน “ตำบลต้นแบบ” ที่ใช้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน แบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ โดยความร่วมมือของเครือข่ายในพื้นที่ รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงและผู้สูงอายุป่วยฉุกเฉิน Stroke ได้รับการดูแลและช่วยเหลือตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ

เขตสุขภาพที่ ๗

- มี stroke ICU และ Stroke unit ที่เพียงพอการสร้าง Health Literacy ลดป่วย ลด Patient delay
- มี รพ. ๓ node ที่สามารถให้ยา RT-PA ได้

เขตสุขภาพที่ ๘

จังหวัดนครพนม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมมีการให้บริการ Mobile Stroke Unit : MSU

เขตสุขภาพที่ ๙

จังหวัดสุรินทร์

- ดำเนินการจัดระบบ Fast Track รักษาผู้ป่วย Stroke อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ ER, CT brain และ Stroke Unit ทำให้บุคลากรร่วมกันดูแลผู้ป่วยได้ด้วยความเร็ว

จังหวัดชัยภูมิ

- การพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการรณรงค์ Stroke Alert ในทุกชุมชน โดยการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- มี Stroke unit รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (Acute Stroke) ของโรงพยาบาลชัยภูมิที่มีแผนการดูแล (Care Map) และโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติของทีมสหวิชาชีพใน Stroke unit ก่อนส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

เขตสุขภาพที่ ๑๐**จังหวัดยโสธร**

- พัฒนาการใช้แบบประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย เพื่อป้องกันการเกิด Aspirate Pneumonia
- พัฒนาระบบ Refer in พัฒนากู้ชีพ อาสาสมัคร อพปร. ให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้ และ Refer in ได้ โดยไม่ผ่าน รพช. ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบ SFT และเข้าถึงยา RT-PA มากขึ้น

เขตสุขภาพที่ ๑๒**จังหวัดตรัง**

- ร่วมกับศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช คณะพยาบาล คณะวิศวะฯ ม.มหิดล และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน เปิดระบบการปรึกษาทางไกลและรับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทางอากาศยานมารักษาที่ รพ.ตรัง (ปี ๒๕๖๖ ให้บริการ Thrombectomy ๒๓ case เขต ๑๑ จำนวน ๑๓ case เขต ๑๒ จำนวน ๑๐ case)

จังหวัดนราธิวาส

- Model กระบวนการ Stroke Fast track โดยลดเวลาการให้ยา (ให้ยาที่ห้อง CT) และ Seamless refer Stroke fast track (ส่งต่อภายใน ๓๐ นาที)

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ**๖.๑ สำหรับพื้นที่**

- ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเรียกใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ อย่างต่อเนื่อง
- อบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านโรคหลอดเลือดสมองแก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนในเครือข่าย เขตสุขภาพ โดยเฉพาะในจังหวัดที่ยังไม่มี/ขาดแคลนแพทย์สาขาประสาทวิทยา หรือประสาท ศัลยแพทย์
- ส่งเสริมการส่งพยาบาลฝึกอบรมหลักสูตร Stroke basic course, Stroke nurse และจัดหา stroke manager ของโรงพยาบาลในเครือข่าย
- ส่งเสริมการบูรณาการร่วมกับงาน NCD, service plan IMC และ palliative care
- สนับสนุนการเพิ่มจำนวนเตียง Stroke unit เพื่อเพิ่มการเข้ารับการรักษาตามมาตรฐานสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล เพื่อขยายศักยภาพในการให้บริการฉีด rt-PA และการจัดตั้ง Stroke unit
- สนับสนุนการเข้ารับการรักษาตามมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน ด้วยวิธี Mechanical Thrombectomy
- สนับสนุนการจ่ายเงินชดเชย และเพิ่มการเข้ารับบริการ Mechanical Thrombectomy เพื่อลดอัตราการตาย/พิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ผ่านคณะกรรมการ Service plan โรคหลอดเลือดสมอง และคณะกรรมการเขตสุขภาพ

- ส่งเสริมการบูรณาการร่วมกับงาน NCD ในการควบคุม และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการใช้ระบบ telemedicine และ teleconference เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการเข้ารับบริการคลินิก NCD และลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย
- เน้น Primary prevention ในกลุ่มประชาชนและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง DM/HT เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- วางแผนในการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในระดับประเทศอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มการรับรู้ของประชาชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการกรณีมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
- พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดและส่งต่อผู้ป่วย Thrombectomy ทางอากาศยาน ผ่านระบบ Sky Doctor พัฒนาศักยภาพทีมส่งต่อผู้ป่วยทางอากาศยาน และการซ้อมแผนการส่งต่อผู้ป่วยทางอากาศยานร่วมกันภายในเขตสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่มีพื้นที่ห่างไกล
- สนับสนุนด้านวิชาการในการจัดตั้ง Stroke unit และการให้บริการฉีดยา rt-PA
- การประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ และเจรจากับ สปสช. ในการเพิ่มค่าชดเชยการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่รับการประเมินด้วย CT Angiogram และการทำหัตถการการลากลิ้มเลือด
- สนับสนุนให้มีการจัดตั้ง Thrombectomy
- สนับสนุนโควต้าอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน
- สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ ให้เพียงพอต่อการใช้งานใน Stroke Unit
- สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อรองรับการให้บริการ Mobile Stroke Unit และการเปิดบริการการให้ยาละลายลิ้มเลือด ในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด
- สนับสนุนอัตรากำลังพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง ตามกรอบอัตรากำลังให้เพียงพอรองรับการดูแลผู้ป่วย

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑

ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : ระดับความสำเร็จของการลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง

๑) เป้าหมาย และผลงานตัวชี้วัดหลัก

๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง (๔๑.๑ ต่อประชากรแสนคน) ผลงาน = ๑๗.๕๓ ต่อประชากรแสนคน

๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙) (< ร้อยละ ๗) ผลงาน = ๘.๑๗ ต่อประชากรแสนคน

๓. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามกิจกรรม มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องดังนี้

๓.๑ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๓) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที ผลงาน = ๘๓.๓๙%

๓.๒ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (\geq ร้อยละ ๘๐) ผลงาน = ๗๕.๕๕%

๓.๓ การตรวจติดตามยืนยันวินิฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (\geq ร้อยละ ๙๓) ผลงาน = ๘๘.๖๖%

๓.๔ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าเท่ากับ ๑๘๐ มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าเท่ากับ ๑๑๐ มม.ปรอท จากการคัดกรองได้รับการวินิจฉัย (ภายใน ๗ วัน) (\geq ร้อยละ ๒๕) ผลงาน = ๘.๙๓%

๓.๕ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (\geq ร้อยละ ๖๐) ผลงาน = ๔๔.๑%

๓.๖ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่หรือสามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ ๓๐ ผลงาน = N/A

๓.๗ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I๖๓) ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl (\geq ร้อยละ ๑๕) ผลงาน = N/A

๒) สรุปสถานการณ์

โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศ ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเกิดความบกพร่องทางสุขภาพ ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ พบอัตราป่วยสะสมโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ๘.๙๒ และ ๗๓๑.๕ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โดยร้อยละ ๕๑ ของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง ๒.๘๗ เท่า สำหรับอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง ๓ เท่า จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๕๗) และ ครั้งที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๖๓) พบความชุกของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกโรคเบาหวานพบร้อยละ ๘.๙ และ ๙.๕ ตามลำดับ ความชุกโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ ๒๔.๗ และ ๒๕.๔ ตามลำดับ และจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ พบว่าความชุกโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่าง

ต่อเนื่องเช่นกัน โดยความชุกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๑๒,๖๐๕.๕, ๑๓,๓๖๑.๑, ๑๓,๙๔๐.๒, ๑๔,๖๑๘.๐ และ ๑๕,๑๐๙.๖ ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ ๑,๑๘๐.๘, ๑,๐๗๐.๕, ๑,๐๓๒.๙, ๑,๑๐๒.๔ และ ๑,๑๑๓.๙ ตามลำดับ (ข้อมูล HDC วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ครั้งที่ ๔, ๕ และ ๖ พบพฤติกรรมเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI \geq ๒๕ กก./ม^๒) ภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว \geq ๙๐ ซม. ในชาย และ \geq ๘๐ ซม. ในหญิง) และภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Total Cholesterol \geq ๒๔๐ มก./ดล.)

อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมองภาพประเทศพบ ๑๗.๕๓ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมายไม่เกิน ๔๑.๑ ต่อประชากรแสนคน) โดยอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีแนวโน้มลดลง (ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข) ปี ๒๕๖๖ พบสูงสุดที่เขต ๔ (๓๕.๓๘) รองลงมาเขต ๗ (๓๔.๔๖) และเขต ๘ (๓๔.๔๑) ตามลำดับ

สำหรับการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในปี ๒๕๖๖ พบการคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๓,๓๑๐,๗๓๓ คน (๖๗.๙๗%) พบเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วย ๖๙๘,๘๙๑ คน (๕.๓%) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๖๑๙,๖๔๖ คน (๘๘.๖๖%) ภาพรวมถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสที่ ๒ (เป้าหมาย \geq ๖๐) โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินงานได้ดีและผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ๓ อันดับแรก ได้แก่ เขต ๑๑ (๙๖.๘๔%) รองลงมา เขต ๑๒ (๙๕.๒๓%) และ เขต ๘ (๙๓.๗๕%) ตามลำดับ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าเท่ากับ ๑๘๐ มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าเท่ากับ ๑๑๐ มม.ปรอท จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัย (ภายใน ๗ วัน) พบร้อยละ ๘.๙๓ ภาพรวมถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๒๕ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินงานได้ดีและผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ๓ อันดับแรก ได้แก่ เขต ๑๑ (๙๑.๕๒%) รองลงมาเขต ๑๐ (๘๗.๗๓%) และเขต ๑ (๘๒.๘๗%) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี พบร้อยละ ๔๔.๑ (เป้าหมาย ๑๒ เดือน \geq ร้อยละ ๖๐)

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- การคัดกรองค้นหาในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พบว่ายังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และดำเนินการได้ยาก ในเขตชุมชนเมือง และพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม
- ประชาชนมีภาวะอ้วน และมีพฤติกรรมบริโภคเค็มหวาน ดื่มสุรา เพิ่มขึ้น
- การตรวจ HbA๑c ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเจ้าหน้าที่หลายแห่ง ยังไม่ทราบถึงการสนับสนุนการตรวจ Hb๑c ที่สปสข.กำหนดในปี ๒๕๖๖ ในบางพื้นที่ ผู้ที่ BP สูง $>180/110$ ยังไม่ได้ถูกวินิจฉัยการวินิจฉัยล่าช้า ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบล่าช้า
- การประเมิน CVD Risk assessment ในผู้ป่วย DM HT ยังไม่ครอบคลุมทุกราย เนื่องจากผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนแล้วยังเข้ารับบริการได้ไม่ครอบคลุม
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่ต่อเนื่อง
- หน่วยบริการที่ถ่ายโอนนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าระบบรายงานข้อมูลขาดความต่อเนื่องและขาดความเชื่อมโยงกับระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข
- ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและ HDC ไม่ตรงกัน เช่น อัตราผู้ป่วยรายใหม่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ข้อเสนอเชิงนโยบาย พื้นที่ควรมีการกำหนดมาตรการ/Intervention ให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย เช่น
กลุ่มปกติ - เร่งรัดคัดกรอง DM HT ในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป เพื่อให้เข้าถึงการวินิจฉัย
กลุ่มเสี่ยง - วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และจัด Intervention ให้ตรงประเด็นความเสี่ยง เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วย
 รายใหม่ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

กลุ่มสงสัยป่วย - เร่งรัดตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT ให้ได้รับการวินิจฉัย

กลุ่มป่วย - ประเมิน CVD Risk ในกลุ่มป่วย DM HT ทุกรายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ข้อเสนอต่อพื้นที่

๑. เพิ่มสมรรถนะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล โดยใช้เทคนิค Motivation Interview (MI) และการนำเทคโนโลยี นวัตกรรม Service model มาใช้

๒. สื่อสารความเสี่ยงสร้าง Health literacy ในทุก Setting (ชุมชน, ตำบล, สถานประกอบการ, สถานที่ทำงาน)

๓. ติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่ได้รับการรักษา/ขาดนัด และประเมิน CVD Risk ทุกราย

๔. ทบทวนระบบฐานข้อมูล HDC ให้เป็นปัจจุบัน การคีย์ข้อมูล และการส่งออกข้อมูลเข้าระบบ HDC

๕. กำกับติดตามผลการดำเนินงาน และพัฒนาระบบข้อมูลระดับพื้นที่ ในหน่วยงานที่ถ่ายโอนนอกสังกัด
 กระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอต่อส่วนกลาง

๑. พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดตรวจราชการที่ไม่มีในระบบ HDC เพื่อให้การตรวจราชการ รอบที่ ๒
 สามารถประเมินผลได้

๒. พัฒนามาตรฐานแนวทางการดำเนินงานควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ในระดับปฐมภูมิ

๓. สนับสนุนการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission)
 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไปใช้ในการ
 การดำเนินงาน

๔. สนับสนุนสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขับเคลื่อนงานในระดับชุมชน เช่น โรคเบาหวาน
 โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- การมีคณะกรรมการ NCD board ระดับเขตที่เข้มแข็ง
- การบูรณาการระดับพื้นที่ร่วมกับทีม ๓ หมอ และ PCC Team
- ส่วนกลางและพื้นที่ร่วมกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- พื้นที่มีแผนงาน/โครงการพัฒนางานควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และพัฒนา
 เทคโนโลยีดิจิทัลในการดำเนินงาน

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๒. หัวข้อ : ระดับความสำเร็จของการลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัดหลัก

๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง (๔๑.๑ ต่อประชากรแสนคน)
๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙) (< ร้อยละ ๗)
๓. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามกิจกรรม มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องดังนี้
 - ๓.๑ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๓) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที
 - ๓.๒ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (\geq ร้อยละ ๘๐)
 - ๓.๓ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (\geq ร้อยละ ๙๓)
 - ๓.๔ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าเท่ากับ ๑๘๐ มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าเท่ากับ ๑๑๐ มม.ปรอท จากการคัดกรองได้รับการวินิจฉัย (ภายใน ๗ วัน) (\geq ร้อยละ ๒๕)
 - ๓.๕ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (\geq ร้อยละ ๖๐)
 - ๓.๖ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่หรือสามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ ๓๐
 - ๓.๗ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I๖๓) ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL $<$ ๑๐๐ mg/dl (\geq ร้อยละ ๑๕)

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

๑. กองโรคไม่ติดต่อ, กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค
๒. สถาบันประสาทวิทยา, กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

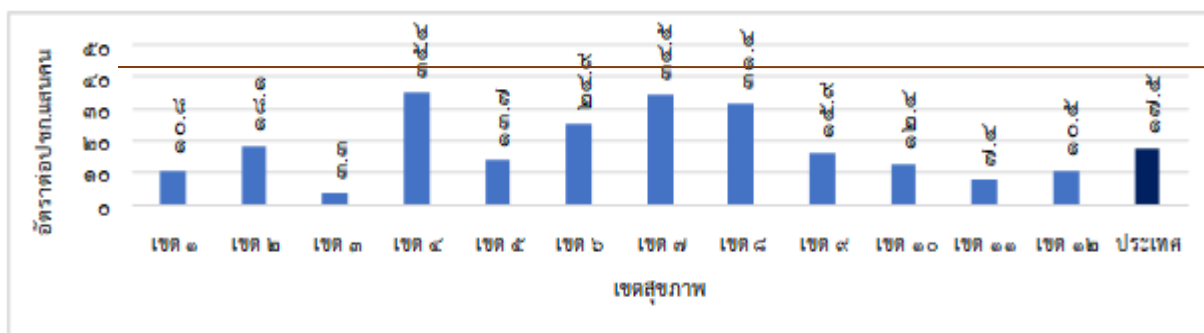
โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศ ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเกิดความบกพร่องทางสุขภาพ ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ พบอัตราป่วยสะสมโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ๘.๙๒ และ ๗๓๑.๕ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โดยร้อยละ ๕๑ ของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง ๒.๘๗ เท่า สำหรับอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง ๓ เท่า จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๕๗) และครั้งที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๖๓) พบความชุกของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกโรคเบาหวานพบร้อยละ ๘.๙ และ ๙.๕ ตามลำดับ ความชุกโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ ๒๔.๗ และ ๒๕.๔ ตามลำดับ

และจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๕ พบว่าความชุกโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยความชุกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๑๒,๖๐๕.๕, ๑๓,๓๖๑.๑, ๑๓,๙๔๐.๒, ๑๔,๖๑๘.๐ และ ๑๕,๑๐๙.๖ ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ ๑,๑๘๐.๘, ๑,๐๗๐.๕, ๑,๐๓๒.๙, ๑,๑๐๒.๔ และ ๑,๑๑๓.๙ ตามลำดับ (ข้อมูล HDC วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ครั้งที่ ๔, ๕ และ ๖ พบพฤติกรรมเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI \geq ๒๕ กก./ม^๒ ภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว \geq ๙๐ ซม. ในชาย และ \geq ๘๐ ซม. ในหญิง) และภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Total Cholesterol \geq ๒๔๐ มก./ดล.)

อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมองภาพประเทศพบ ๑๗.๕๓ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมายไม่เกิน ๔๑.๑ ต่อประชากรแสนคน) โดยอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ มีแนวโน้มลดลง (ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข) ปี ๒๕๖๖ พบสูงสุดที่เขต ๔ (๓๕.๓๘) รองลงมาเขต ๗ (๓๔.๔๖) และเขต ๘ (๓๔.๔๑) ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑

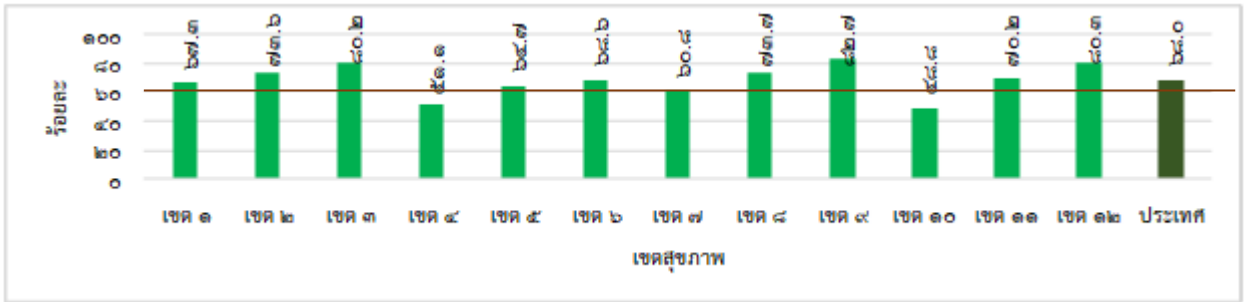
สำหรับการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในปี ๒๕๖๖ พบการคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๓,๓๑๐,๗๓๓ คน (๖๗.๙๗%) พบเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วย ๖๙๘,๘๙๑ คน (๕.๓%) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๖๑๙,๖๔๖ คน (๘๘.๖๖%) ภาพรวมถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสที่ ๒ (เป้าหมาย \geq ๖๐) โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินงานได้ดีและผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ๓ อันดับแรก ได้แก่ เขต ๑๑ (๙๖.๘๔%) รองลงมา เขต ๑๒ (๙๕.๒๓%) และ เขต ๘ (๙๓.๗๕%) ตามลำดับ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าเท่ากับ ๑๘๐ มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าเท่ากับ ๑๑๐ มม.ปรอท จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัย (ภายใน ๗ วัน) พบร้อยละ ๘.๙๓ ภาพรวมถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๒๕ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินงานได้ดีและผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ๓ อันดับแรก ได้แก่ เขต ๑๑ (๙๑.๕๒%) รองลงมาเขต ๑๐ (๘๗.๗๓%) และเขต ๑ (๘๒.๘๗%) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี พบร้อยละ ๔๔.๑ (เป้าหมาย ๑๒ เดือน \geq ร้อยละ ๖๐) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒ - ๕

แผนภูมิที่ ๑ อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย ๔๑.๑ ต่อประชากรแสนคน)



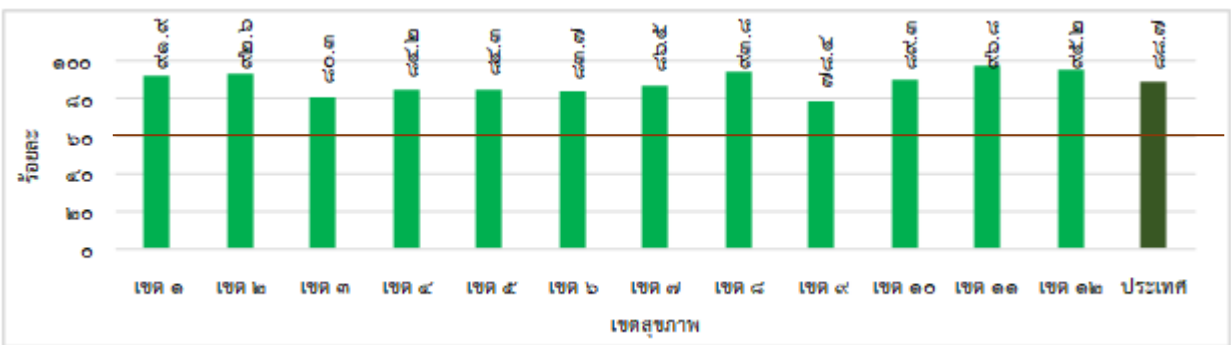
ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๖

แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละการคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป (เป้าหมาย ๖ เดือน \geq ๖๐%)



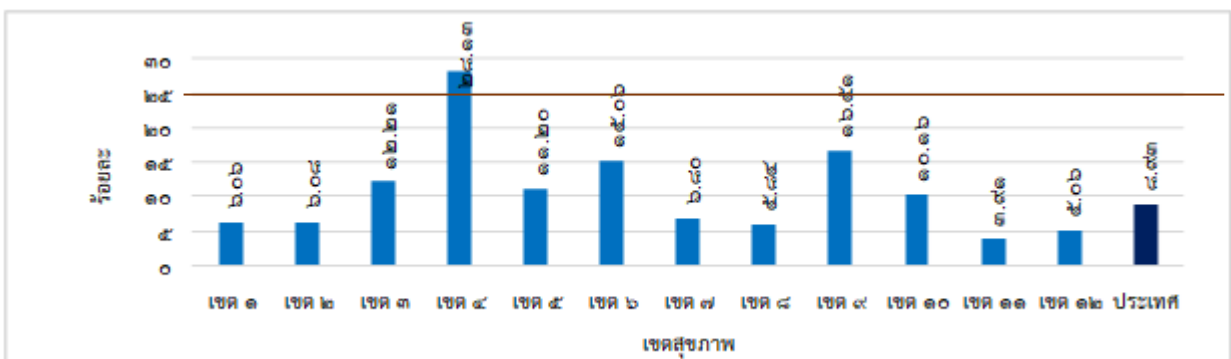
ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๖

แผนภูมิที่ ๓ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (เป้าหมาย ๖ เดือน \geq ๖๐%)



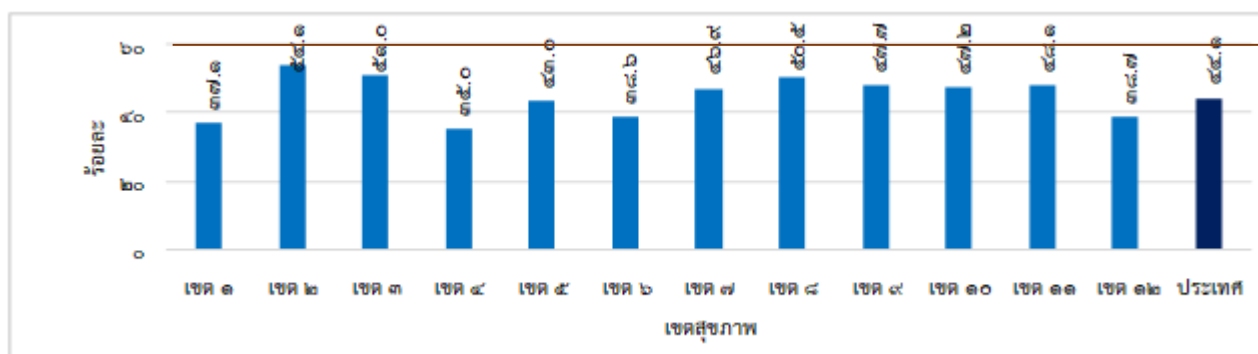
ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๖

แผนภูมิที่ ๔ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าเท่ากับ ๑๘๐ มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าเท่ากับ ๑๑๐ มม.ปรอท จากการคัดกรองได้รับการวินิจฉัย (ภายใน ๗ วัน) (เป้าหมาย ๑๒ เดือน \geq ๒๕%)



ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๖

แผนภูมิที่ ๕ ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย ๑๒ เดือน \geq ๖๐%)



ที่มาข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๖

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>ระบบบริการ (service delivery)</p> <p>๑. การคัดกรองประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจาก สปสช. ปรับเปลี่ยนระบบการส่งเบิกค่าบริการทางการแพทย์ (E-Claim) ต้องมีการยืนยันตัวตน (Authentication) ก่อนการให้บริการคัดกรองทุกราย ทำให้บางพื้นที่เกิดผลกระทบ ในระบบการยืนยันตัวตน</p> <p>๒. การคัดกรองดำเนินการได้ยาก ในเขตชุมชนเมือง และพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม</p> <p>๓. ประชาชนมีภาวะอ้วน และมีพฤติกรรมบริโภคเค็ม หวาน ดื่มสุราเพิ่มขึ้น</p> <p>๔. บางพื้นที่การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต. (กรณีเจาะเลือดส่งตรวจ)</p> <p>๕. พบผู้ BP สูง >๑๘๐/๑๑๐ ยังไม่ได้ถูกวินิจฉัย บางพื้นที่การวินิจฉัยล่าช้า</p> <p>๖. การตรวจ HbA๑c ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเจ้าหน้าที่หลายแห่งยังไม่ทราบถึงการสนับสนุนการตรวจ Hba๑c ที่ สปสช.กำหนดในปี ๒๕๖๖</p> <p>๗. การประเมิน CVD Risk assessment ในผู้ป่วย DM HT ยังไม่ครอบคลุมทุกราย เนื่องจาก ผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียน</p>	<p>๑. ดำเนินเชิงรุก พื้นที่เร็นซ์ QR code เปิด Visit การคีย์ Authentication ไว้ก่อน และนำ Notebook ไปคีย์ที่หน้างาน</p> <p>๒. เร่งรัดคัดกรอง DM HT เชิงรุก เพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยจัดตั้งจุด Health Check station ในชุมชนเมือง, สถานประกอบการ</p> <p>๓. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด และชุมชนวิถีชีวิตใหม่ ห่างไกล NCDs</p> <p>๔. จัดทำแนวทางการบริหารจัดการร่วมกันระหว่าง รพ. และ รพ.สต. กรณีต้องเจาะเลือดตรวจ Lab (DM) และกำกับติดตามร่วมกัน (CM+IT)</p> <p>๕. ดึงข้อมูล data exchange กลุ่มเป้าหมาย เพื่อติดตามวัดความดันซ้ำและวินิจฉัยอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>๖. สสจ. ร่วมกับ รพ. วางแผนการตรวจ HbA๑c ในผู้ป่วย DM ทุกราย โดยผู้ป่วย DM สามารถตรวจ HbA๑c และเบิกจ่ายกับ สปสช. ได้จำนวน ๒ ครั้ง/ปี</p> <p>๗. ติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่ได้รับการรักษา/ขาดนัด และประเมิน CVD Risk ทุกราย</p> <p>๘. พัฒนาระบบบริการ NCD Clinic Plus ทุกจังหวัด</p> <p>๙. พัฒนาระบบ Telemedicine ในการให้บริการผู้ป่วย</p>	<p>๑. ร้อยละการคัดกรองประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป DM ร้อยละ ๖๘.๐ HT ร้อยละ ๖๗.๙๗</p> <p>๒. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๘.๖๖</p> <p>๓. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๔๔.๑</p> <p>๔ ร้อยละการประเมิน CVD Risk assessment ในผู้ป่วย DM HT ร้อยละ ๖๗.๓๖</p> <p>๕. พื้นที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑๙ จังหวัด/อำเภอในเขตสุขภาพ ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชนกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน ๑๑๔ อำเภอ</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
แล้วยังเข้ารับบริการได้ไม่ครอบคลุม ๘. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่ต่อเนื่อง		
กำลังคนด้านสุขภาพ (work force) การเปลี่ยนแปลง โยกย้ายงานของ ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้การดำเนินงานขาด ความต่อเนื่อง	พัฒนาศักยภาพบุคลากร SM/CM ในการจัดการ ข้อมูล และจัดระบบบริการร่วมกับทีมสหสาขา วิชาชีพอย่างต่อเนื่อง	
ระบบข้อมูลข่าวสาร (health information) ๑. บางพื้นที่ ยังไม่มั่นใจและเข้าใจ รายละเอียดตัวชี้วัด รวมทั้งวิธีการจัดเก็บ ข้อมูล เช่น อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือด หัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และการ ติดตามกลุ่ม BP สูง >๑๘๐/๑๑๐ ๒. หน่วยบริการที่ถ่ายโอนนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุขพบว่าระบบรายงาน ข้อมูลขาดความต่อเนื่องและขาดความ เชื่อมโยงกับระบบ HDC กระทรวง สาธารณสุข ๓. ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของ โรงพยาบาลและ HDC ไม่ตรงกัน เช่น อัตราผู้ป่วยรายใหม่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง	๑. เพิ่มกลไกการประสานงานผ่านคณะกรรมการ Service plan สาขา DM HT/STEMI/Stroke และ กลไกการตรวจราชการ ในการสร้างความเข้าใจ วิธีการดำเนินงาน รวมทั้งการกำกับติดตามตัวชี้วัดให้ เป็นไปตามเป้าหมาย ๒. สสจ.วางแผนกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และพัฒนาระบบข้อมูลในหน่วยงานที่ถ่ายโอนนอก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๓. ทบทวนระบบฐานข้อมูล HDC ให้เป็นปัจจุบัน รวมทั้งการคีย์ข้อมูล และการส่งออกข้อมูลเข้าระบบ HDC	
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance) หน่วยบริการที่ถ่ายโอนนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข พบว่าขาดการ สื่อสาร การประสานงาน และการติดตาม ผลการดำเนินงาน	สสจ.วางแผนการดำเนินงานร่วมกับ อบจ. ดำเนินการคัดกรอง ตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่ม สงสัยป่วย DM HT	

แหล่งข้อมูล : รายงานตรวจราชการระดับเขต รอบที่ ๑/๒๕๖๖

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

เขต ๑

การดำเนินงาน “โรงเรียนเบาหวานวิทยา จังหวัดลำพูน” ปีที่ ๒ ขยายโมเดลครอบคลุมทุกตำบล (๕๓ ตำบล) รวม ๕๕ แห่ง ขับเคลื่อนโดยใช้กลไก พชอ. และชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของงบประมาณในการดำเนินงานจาก อปท. เป็นหลัก เป้าหมายของการดำเนินงาน คือ อาการของโรคเบาหวานอยู่ในระยะสงบ (Diabetes mellitus remission) หรือการลดยาในผู้ป่วยเบาหวาน ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เขต ๒

การสื่อสาร Know Your Number & Know Your Risks รู้ค่าตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ” และจัดการความเสี่ยงได้ด้วย Line BOT ดำเนินการในพื้นที่ ต.หนองย่างทอย อ.ศรีเทพ จ.เพชรบูรณ์

เขต ๓

การพัฒนาระบบ Telemedicine ติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลและผู้ป่วยติดเตียง รพ.ชุมแสง จ.นครสวรรค์

เขต ๖

- Core Training Skills for Behavior and Psychosocial Care (BPSC) มุ่งเน้นการสื่อสารบริการในคลินิก NCD การทำ BI MBBI และ MBTC รวมทั้งส่งเสริมการปรับพฤติกรรม รพ. พนมสารคาม จ.ฉะเชิงเทรา

- พื้นที่ต้นแบบด้านโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จ.สระแก้ว

เขต ๘

๕G Plus + NCD Innovative Health Care การจัดรูปแบบบริการ ป้องกันและรักษาผู้ป่วย NCD จ.บึงกาฬ

เขต ๙

R๙ Health Station สถานีรักษาสภาพใกล้บ้าน บูรณาการ ๓ หมอ ดำเนินการครอบคลุมทั้งเขต เพื่อคัดกรองและติดตามสุขภาพของประชาชน

เขต ๑๑

ระบบการดูแลด้านพฤติกรรมและจิตสังคมในระบบสาธารณสุข (BPSC) ระดับเขต ดูแลผู้ป่วย Uncontrol ต้นแบบ รพ.ลานสกา จ.นครศรีธรรมราช ขยายผลการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น ท่าศาลา บางขัน และนบพิตำ

เขต ๑๒

โปรแกรม NCD YAHA Hospital เพื่อใช้ติดตามผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD แก้ปัญหาเรื่องระบบข้อมูลลดภาระบุคลากร รพ.สมเด็จพระยุพราชยะหา จ.ยะลา

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ**๖.๑ สำหรับพื้นที่**

- เพิ่มสมรรถนะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล โดยใช้เทคนิค Motivation Interview (MI) และการนำเทคโนโลยี นวัตกรรม Service model มาใช้

- สื่อสารความเสี่ยงสร้าง Health literacy ในทุก Setting (ชุมชน, ตำบล, สถานประกอบการ, สถานที่ทำงาน)

- ติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่ได้รับการรักษา/ขาดนัด และประเมิน CVD Risk ทุกราย

- ทบทวนระบบฐานข้อมูล HDC ให้เป็นปัจจุบัน การคีย์ข้อมูล และการส่งออกข้อมูลเข้าระบบ HDC

- กำกับติดตามผลการดำเนินงาน และพัฒนาระบบข้อมูลระดับพื้นที่ ในหน่วยงานที่ถ่ายโอนนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

- พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดตรวจราชการที่ไม่มีในระบบ HDC เพื่อให้การตรวจราชการ รอบที่ ๒ สามารถประเมินผลได้

- พัฒนามาตรฐานแนวทางการดำเนินงานควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ในระดับปฐมภูมิ
- สนับสนุนการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไปใช้ในการดำเนินงาน
- สนับสนุนสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขับเคลื่อนงานในระดับชุมชน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : Service Plan สาขามะเร็ง

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์ และกรมอนามัย

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

(เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๖๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ \geq ร้อยละ ๒๐)

ผลงาน ร้อยละ ๓๖.๙๔ ผ่านเกณฑ์ตาม Small success รายไตรมาสที่ ๒

๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy

(เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๗๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ \geq ร้อยละ ๔๐)

ผลงาน ร้อยละ ๒.๓๓ ไม่ผ่านเกณฑ์

๓. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

(เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๕๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ \geq ร้อยละ ๓๐)

ผลงาน ร้อยละ ๒๔.๐๔ ไม่ผ่านเกณฑ์

๔. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy

(เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๕๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ \geq ร้อยละ ๓๐)

ผลงาน ร้อยละ ๙.๐๘ ไม่ผ่านเกณฑ์

๕. ร้อยละประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคใน

ช่องปาก (เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๔๐, Small success ๖ เดือน \geq ร้อยละ ๑๕)

ผลงาน ร้อยละ ๑๐.๗๖ ไม่ผ่านเกณฑ์

๖. ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy)

และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ที่เหมาะสม

(เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๙๐, Small success ๖ เดือน \geq ร้อยละ ๕๐)

ผลงาน ข้อมูลการคัดกรองจากระบบรายงาน HDC พบผู้มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง ๘๐๘ ราย ในขณะที่

ข้อมูลจากการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ PP Fee schedule ได้รายงานกิจกรรมการตัดชิ้นเนื้อและ

ตรวจทางพยาธิวิทยา ๑,๖๖๖ ราย

ความไม่สัมพันธ์กันระหว่างข้อมูลนระบบรายงาน HDC และ ระบบรายงาน สปสช. อาจเนื่องมาจาก ๑) การยื่นเรื่องเบิกจ่ายค่าชดเชย มีหน่วยบริการที่ไม่ได้เชื่อมต่อข้อมูลกับ HDC รวมอยู่ด้วย เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และ ๒) การคัดกรอง ตัดชิ้นเนื้อและส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ส่วนหนึ่งดำเนินการโดยแพทย์ ENT ซึ่งในปีงบประมาณนี้ ผลการดำเนินงานคัดกรองยังไม่นับรวม provider type ๐๑ (แพทย์) เนื่องจากข้อจำกัดของรหัสส่งข้อมูล ส่วนพื้นที่ที่มีการเก็บข้อมูลภายในและมีการรายงานผลทำ biopsy ได้ร้อยละ ๙๐-๑๐๐ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๕, ๑๐, ๑๑ และ จ.นครราชสีมา

๒) สรุปสถานการณ์

โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย มีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลโดยทะเบียนมะเร็งประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รายงานว่าปี ๒๕๖๑ พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน ๑๓๙,๒๐๖ ราย เป็นเพศชาย ๖๗,๐๖๑ ราย และเพศหญิง ๗๒,๑๔๕ ราย โดยโรคมะเร็งที่พบ ๕ อันดับแรกที่พบในเพศชายและเพศหญิง (ตารางที่ ๑ และภาพที่ ๑) สำหรับข้อมูลการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งของประชากรไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ รายงานว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ มีอัตรา ๑๒๘.๕ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน หรือมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปีละ ๘๓,๗๙๕ ราย แบ่งเป็นเพศชาย ๔๗,๙๖๖ ราย และเพศหญิง ๓๕,๘๒๙ ราย ซึ่งสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ (ตารางที่ ๒ และภาพที่ ๒)

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ประเทศต่าง ๆ จัดทำโครงการคัดกรองโรคมะเร็งเพื่อตรวจคัดกรองหารอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันแน่ชัดว่าการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้ โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับประชากร โดยประชาชนในกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคได้

มะเร็งปากมดลูก: โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้รับการผลักดันให้เป็นนโยบายระดับชาติในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ผู้หญิงไทยอายุ ๓๐-๖๐ ปี สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี pap smear ซึ่งปัจจุบันได้เปลี่ยนมาเป็นวิธี HPV DNA Test ในอดีตสถานการณ์มะเร็งปากมดลูกถือเป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับที่ ๑ ของผู้หญิงไทย มีอัตราอุบัติการณ์ประมาณ ๒๓.๔ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งจากการดำเนินโครงการคัดกรองระดับประชากรอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดโรคลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือเพียง ๑๑.๑ ต่อแสนประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน (ภาพที่ ๓)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้รับการผลักดันให้เป็นนโยบายระดับชาติในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ตรวจคัดกรองประชาชนอายุ ๕๐-๗๐ ปี โดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี FIT Test ทุก ๆ ๒ ปี ซึ่งการดำเนินโครงการคัดกรองจนถึงปัจจุบันได้ตั้งเป้าหมายการคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ ๑๐ ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากในระยะแรกของการดำเนินงานจำเป็นต้องมีการประเมินความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น เครื่องมือและบุคลากรทางการแพทย์ จากการที่สังคมวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงจากอดีต เช่น การรับประทานอาหารไขมันสูง อาหารประเภทแป้งอย่างใหม่เกรียม ขาดการออกกำลังกาย ถือเป็นพฤติกรรมที่อาจเกี่ยวข้องและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปัจจุบันพบมากเป็นอันดับ ๓ ในผู้ชาย และอันดับ ๒ ในผู้หญิงไทย มีอัตราอุบัติการณ์ ๑๘.๗ และ ๑๓.๓ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ตามลำดับ (ภาพที่ ๔)

แนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรค: เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคของมะเร็งปากมดลูก (ภาพที่ ๓) จะเห็นได้ว่า มีการดำเนินโครงการคัดกรองอย่างต่อเนื่องยาวนานถึง ๑๘ ปี จึงทำให้ปัจจุบันได้เห็นผลลัพธ์ของอัตราการเกิดโรคที่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน นอกจากกระบวนการคัดกรองอย่างเป็นระบบแล้ว การรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจด้านการป้องกันโรคมะเร็งอย่างถูกต้องยังเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งปัจจุบันเป็นยุคที่มีเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดนทำให้มีการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้นจึงเป็นไปได้ว่าประชาชนมีความรู้ด้านการป้องกันโรคมะเร็งมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต สำหรับข้อมูลมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจะเห็นได้ว่ามี

แนวโน้มอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ทั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ อาทิ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป อายุของประชากรที่ยืนยาวมากขึ้น (สังคมผู้สูงอายุ) จากการมีเทคโนโลยีการรักษาที่ดีขึ้น แม้ว่าจะมีการผลักดันโครงการคัดกรองระดับชาติมาแล้ว ๕ ปี อย่างไรก็ตามข้อมูลในปัจจุบันยังไม่สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์เช่นเดียวกับมะเร็งปากมดลูกได้ แม้ว่าประสิทธิภาพการคัดกรองจะสามารถพิจารณาได้จากผลลัพธ์ในระยะกลาง (Intermediate Outcomes) หรือ ระยะของโรค (Stage) อย่างไรก็ตามหน่วยงานต่าง ๆ ยังไม่รายงานข้อมูลระยะของโรคทำให้ปัจจุบันยังขาดข้อมูลดังกล่าว

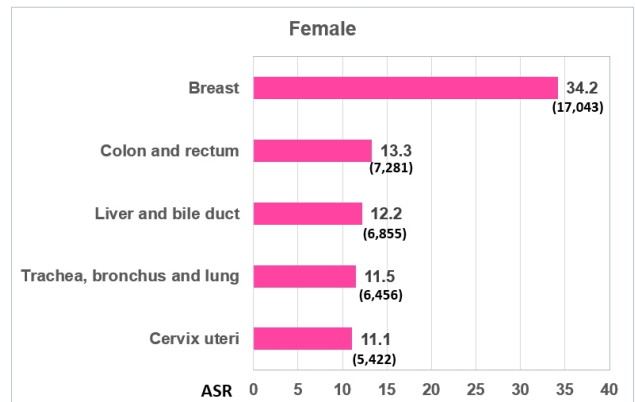
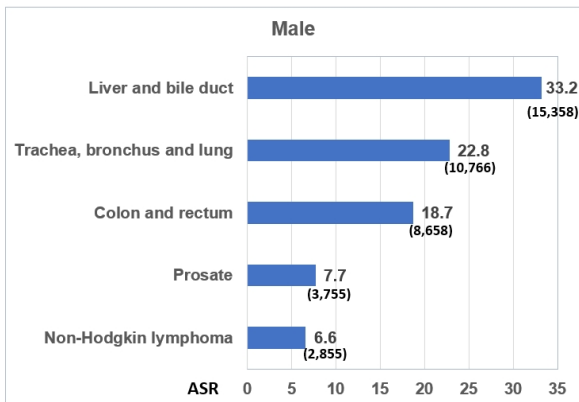
ตารางที่ ๑ อุบัติการณ์โรคมะเร็ง ๕ อันดับแรกในประเทศไทย

เพศชาย	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	มะเร็งปอด	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	มะเร็งต่อมลูกหมาก	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
ASR*	๓๓.๒	๒๒.๘	๑๘.๗	๗.๗	๖.๖
จำนวน	๑๕,๓๕๘	๑๐,๗๖๖	๘,๖๕๘	๓,๗๕๕	๒,๘๕๕

เพศหญิง	มะเร็งเต้านม	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	มะเร็งปอด	มะเร็งปากมดลูก
ASR*	๓๔.๒	๑๓.๓	๑๒.๒	๑๑.๕	๑๑.๑
จำนวน	๑๗,๐๔๓	๗,๒๘๑	๖,๘๕๕	๖,๔๕๖	๕,๔๒๒

*ASR; Age-standardized incidence rate (world) : อัตราอุบัติการณ์ต่อประชากรแสนคน (ปรับค่าโดยใช้ประชากรมาตรฐานของโลก)
ที่มา: Cancer in Thailand ๒๐๑๖-๒๐๑๘

ภาพที่ ๑ อุบัติการณ์โรคมะเร็ง ๕ อันดับแรกในประเทศไทย



* ASR (Age-standardized incidence rate) : อัตราอุบัติการณ์ต่อประชากรแสนคน
ที่มา: Cancer in Thailand ๒๐๑๖-๒๐๑๘

ตารางที่ ๒ อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ๕ อันดับ

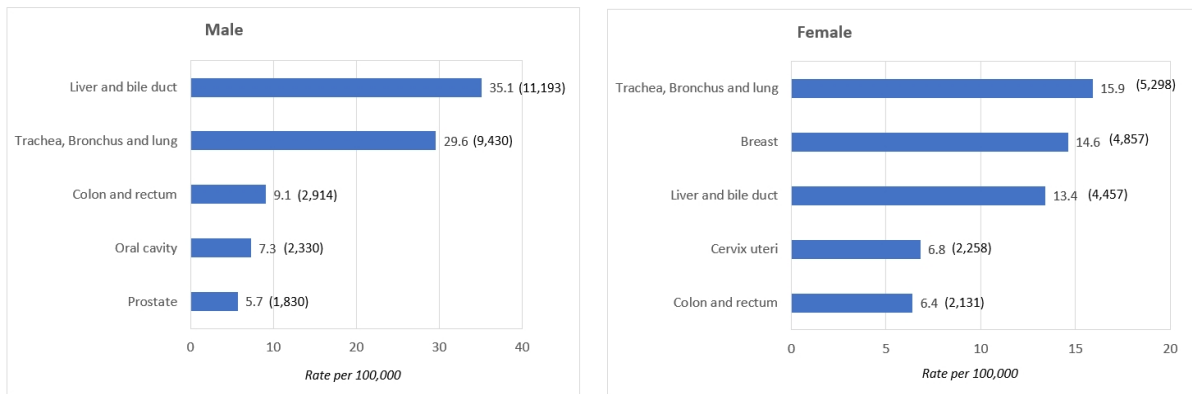
เพศชาย	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	มะเร็งปอด	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	มะเร็งช่องปาก	มะเร็งต่อมลูกหมาก
อัตรา*	๓๕.๑	๒๙.๖	๙.๑	๗.๓	๕.๗
จำนวน	๑๑,๑๙๓	๙,๔๓๐	๒๙,๑๔	๒,๓๓๐	๑,๘๓๐

เพศหญิง	มะเร็งปอด	มะเร็งเต้านม	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	มะเร็งปากมดลูก	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
อัตรา*	๑๕.๙	๑๔.๖	๑๓.๔	๖.๘	๖.๔
จำนวน	๕,๒๙๘	๔,๘๕๗	๔,๔๕๗	๒,๒๕๘	๒,๑๓๑

*อัตราต่อประชากรแสนคน

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๔)

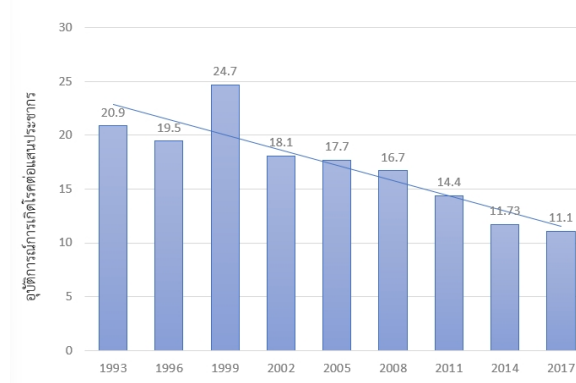
ภาพที่ ๒ อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ๕ อันดับ



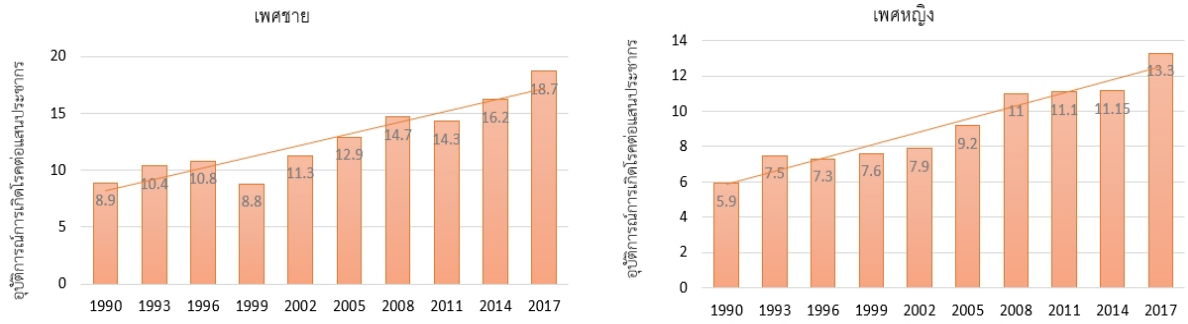
*อัตราต่อประชากรแสนคน

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๔)

ภาพที่ ๓ แนวโน้มอุบัติการณ์การมะเร็งปากมดลูก



ภาพที่ ๔ แนวโน้มอุบัติการณ์การมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง



มะเร็งช่องปาก : ข้อมูลจากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.๒๕๖๔ ระบุว่า มะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ ๔ ในเพศชาย และ อันดับ ๑๐ ในเพศหญิง มะเร็งช่องปากเป็นโรคที่มีความรุนแรงกระทบคุณภาพชีวิต และมีอัตราการตายสูง เนื่องจากมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่เป็นชนิด squamous cell carcinoma ซึ่งมีการพยากรณ์โรคไม่ดี (คู่มือแนวทางการตรวจและจัดการมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร, ๒๕๕๐) ประกอบกับ ร้อยละ ๗๐-๘๐ ของผู้ป่วย มาพบทันตแพทย์ในระยะลุกลาม ซึ่งเป็นระยะที่การรักษาซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง โอกาสรอดชีวิตต่ำ (พรชัย โอเจริญรัตน์, ๒๕๕๓) สถิติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๒ รายงานว่า เนื้องอกร้ายของริมฝีปาก ช่องปาก และคอหอย (malignant neoplasm of lip, oral cavity and pharynx) เป็นสาเหตุการตายในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปในเพศหญิง ๗๓๒ คน เพศชาย ๑,๑๗๐ คน รวม ๑,๙๐๒ คน

อย่างไรก็ตาม รอยโรคของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากสามารถรักษาได้หายขาดหากตรวจพบและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ตั้งแต่ในระยะก่อนการเกิดโรค หรือ ระยะที่เป็นรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง (Oral Potentially Malignant Disorders, OPMDs) (หัชชา ศรีปลั่ง, ๒๕๕๖ และ Ganly et al, ๒๐๑๒) มีการศึกษาที่พบว่า การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และสามารถลดอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญในประชากรที่มีความเสี่ยง (Sankaranarayanan et al., ๒๐๐๕ & Sankaranarayanan et al., ๒๐๑๓) ซึ่งจากการดำเนินงานจนถึงไตรมาสที่ ๒ พบว่า

การตรวจคัดกรอง :

- ทุกจังหวัดมีการดำเนินงานการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากในคลินิกทันตกรรม และมีการดำเนินงานร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น จัดการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและรอยโรคในช่องปากในคลินิก NCD หรือ คลินิกเล็กเห่า/บุหรี แม้ว่าเขตสุขภาพส่วนใหญ่จะยังไม่บรรลุเป้าหมายตาม small success (ร้อยละ ๑๕) แต่ความครอบคลุมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง

การจัดบริการ Biopsy :

- มีทั้งการตัดชิ้นเนื้อที่หน่วยบริการที่ทำการคัดกรองโดยการตรวจ และมีการส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับสูงขึ้น ในกรณีที่ไม่มีบุคลากรสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
- มีการดำเนินงานร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ ENT

การรักษา และติดตามอาการ :

- ยังมีข้อจำกัดในการติดตามการส่งต่อ-รับกลับ เนื่องจากการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการส่งต่อ ยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด บางจังหวัดมีการนำ google sheet มาใช้เพิ่มเติม เพื่อรวบรวมรายงานข้อมูลสรุปสถานการณ์ และกำกับ ติดตาม ในภาพรวม
- ระบบสนับสนุนอื่นๆ เช่น การสนับสนุนเจลลี่โภชนา และวุ้นชุ่มปาก ให้ผู้ป่วยในรายที่มีความจำเป็น

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๑. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงขาดความตระหนัก บางส่วนไม่เห็นความสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็ง รวมถึงสตรีไม่กล้าเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากเกิดความเขินอาย
๒. ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เนื่องจากมีข้อมูลหลายฐาน ซึ่งทำให้ข้อมูลขาดความเชื่อมโยงกัน แต่ละฐานมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน หน่วยบริการจึงต้องใช้ทุกโปรแกรมที่มีเพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลและติดตามผลการดำเนินงาน
๓. ขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้อง
๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่ง มีการโอนย้ายภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ยังไม่มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนในการประสานงานเรื่องการคัดกรองมะเร็ง
๕. การเบิกจ่ายยังไม่มี ความชัดเจนในเรื่องสิทธิการรักษา โดยการเบิกจ่ายจะครอบคลุมเฉพาะสิทธิ UC ทำให้พื้นที่ชะลอการดำเนินงาน เพื่อรอความชัดเจนในเรื่องสิทธิ NON UC
๖. ขาดแคลนอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจคัดกรอง รวมถึงครุภัณฑ์ด้านโรคมะเร็งยังมีไม่เพียงพอต่อการให้บริการ
๗. หน่วยบริการบางแห่ง ใช้ชุดตรวจ FIT Test ที่มีค่า cut off ต่ำกว่า ๑๐๐ ng/ml ทำให้อัตราพบผลผิดปกติ (Positive) สูงขึ้นมากกว่าความเป็นจริง และทำให้จำนวนผู้ที่ได้รับการทำ Colonoscopy มีมากเกินไปจนความจำเป็น ส่งผลให้เกิดปัญหา work load ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการที่รับทำ colonoscopy
๘. ระยะเวลาการรอคิวส่องกล้อง colonoscopy นาน
๙. ข้อมูลการส่องกล้อง colposcopy ไม่ครบถ้วน (ฐานข้อมูลของ HDC มีน้อยกว่าฐานของ สปสช.) จึงไม่สามารถวิเคราะห์ผลงานทั้งประเทศในเรื่อง workload ได้
๑๐. การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากเป็นนโยบายใหม่ บวกกับการสื่อสารนโยบายจากส่วนกลาง การชี้แจงและกำหนดรหัสการตรวจคัดกรอง รวมถึงการปรับรายงานในระบบรายงาน HDC ในช่วงกลางเดือนธ.ค. ๒๕๖๕ จึงต้องมีการปรับระบบบริการ การลงข้อมูล และแนวทางการดำเนินงาน ซึ่งการสื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติอาจยังไม่ทั่วถึงและไม่ชัดเจน อาจเกิดข้อผิดพลาดในการลงทะเบียนได้ ส่งผลให้พื้นที่ส่วนใหญ่มีอัตราการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากในช่วงครึ่งปีแรก ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด
๑๑. ระบบโปรแกรมของโรงพยาบาลบางแห่งไม่เชื่อมต่อกับระบบ HDC เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่ใช้โปรแกรมของตนเอง
๑๒. แนวทางการดำเนินงานตรวจวินิจฉัย การส่งต่อรักษา-รับกลับ และการติดตามผู้ป่วย ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากข้ามหน่วยบริการภายในจังหวัดยังมีความไม่ชัดเจนในบางขั้นตอน

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑. จัดฝึกอบรม หลักสูตรต่าง ๆ รวมถึงคู่มือแนวทางการดำเนินงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทุกสาขารวมถึงการจัดเก็บตัวชี้วัด
๒. การทำข้อตกลงในการดำเนินการคัดกรองโรคมะเร็ง ระดับกระทรวง เพื่อกำหนดเป็นนโยบาย แผนงาน กิจกรรม งบประมาณ และพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระหว่างกระทรวงในระดับพื้นที่
๓. ผลักดันงานตรวจคัดกรองโรคมะเร็งจากงานเฉพาะกิจ เป็นงานประจำ และมีกรอบความก้าวหน้าในวิชาชีพ ระดับกระทรวง

๔. ร่วมกับพื้นที่วิเคราะห์ปัญหาให้ข้อมูลและให้การสนับสนุนเขตสุขภาพในการดำเนินงาน
๕. จัดเวทีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จรวมถึงแนวทางการแก้ปัญหาระหว่างเขตสุขภาพ
๖. ต้องการแนวทางด้านการจัดสรรงบประมาณ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
๗. ขอสนับสนุนทรัพยากรจากชมรมส่องกล้อง ส่วนในบางพื้นที่ที่สามารถ share resources กันได้ ให้ประสานงานกันระหว่างเขตสุขภาพเพื่อดำเนินการ
๘. จัดทำแผนการจัดซื้อเครื่อง colonoscopy สำหรับ รพ. ระดับ m๑ ลงมา ที่มีความพร้อม : ปัจจุบัน กบรส. ส่งเรื่องเข้าสู่แผนของส่วนกลาง ในปี ๒๕๖๗ โดยให้เขตจัดทำแผนควบคุมการเสนอขอของบร่วมด้วย
๙. ประสานขอข้อมูล Colonoscopy และ Colposcopy จาก สปสช. มาทำการวิเคราะห์ : ปัจจุบันอยู่ระหว่างการดำเนินการ
๑๐. มีการจัดทำ/ปรับปรุงระบบรายงานข้อมูล รวมการกำหนดเงื่อนไขต่างๆ ให้ครอบคลุมกิจกรรมที่สามารถสะท้อนสถานการณ์ของโรคและสถานการณ์ของระบบบริการ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบและประเมินผลการจัดบริการได้
๑๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดทำบันทึกข้อตกลง MOU กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน
๑๒. ควรมีระบบการบริหารจัดการยาที่ใช้ในการรักษารอยโรคเสียงมะเร็งช่องปาก รวมถึงอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาโรคมะเร็ง ให้รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ และการกระจายไปโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างทั่วถึงและครบวงจร

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มีการจัดการปัญหา รวมถึงพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพ เพื่อส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและรักษาอย่างทันที่
๒. ใช้สื่อประชาสัมพันธ์ รมรณรงค์เรื่องพฤติกรรมเสี่ยง ในระดับปฐมภูมิ
๓. เน้นให้บริการเชิงรุก เช่น

งานเชิงรุกในชุมชน

- ๑) ส่งเสริมให้ประชาชนใช้เครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นเตือนกลุ่มเสี่ยง ให้มารับบริการตรวจคัดกรอง และเพื่อให้บุคลากรทราบกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบ
- ๒) แนะนำ/ส่งเสริม/จัดช่องทาง ให้ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก

งานเชิงรุกในสถานบริการ

- ๑) ประสานงานกับกลุ่มงาน/เครือข่าย ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
- ๒) จัดช่องทางให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคเสียงมะเร็ง
๔. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศมีประสิทธิภาพ มีการติดตามการลงข้อมูลด้านโรคมะเร็ง และเชื่อมโยงข้อมูลในระดับจังหวัดและประเทศ
๕. การมีแนวทางการดำเนินงาน การคัดกรอง การส่งต่อ ที่ชัดเจน ตั้งแต่ในระดับส่วนกลาง เพื่อส่งต่อสู่พื้นที่
๖. ความพอเพียงของบุคลากรสาขาความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑. ติดตามผลการดำเนินงาน ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy) ให้ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย
๒. ติดตามผลการดำเนินงาน ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง (Colonoscopy) ให้ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย
๓. ติดตามผลการดำเนินงานการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก และการได้รับการตัดชิ้นเนื้อและตรวจทางพยาธิวิทยาในผู้ที่มีข้อบ่งชี้
๔. มีการบริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งช่องปาก เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการอย่างทั่วถึงมากขึ้น
๕. มีการบริหารจัดการทรัพยากร และมีการเพิ่มศักยภาพให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจหรือทำหัตถการที่จำเป็น เช่น การส่องกล้อง การตัดชิ้นเนื้อ อย่างเร็วที่สุด
๖. วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในรายจังหวัดที่ไม่ผ่านตัวชี้วัด และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา
๗. สถานการณ์การค้นพบโรคในระยะต่าง ๆ

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑

ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

๒. หัวข้อ : Service Plan สาขามะเร็ง

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์ และกรมอนามัย

๔. สถานการณ์

โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย มีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลโดยทะเบียนมะเร็งประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รายงานว่าปี ๒๕๖๑ พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน ๑๓๙,๒๐๖ ราย เป็นเพศชาย ๖๗,๐๖๑ ราย และเพศหญิง ๗๒,๑๔๕ ราย โดยโรคมะเร็งที่พบ ๕ อันดับแรกที่พบในเพศชายและเพศหญิง (ตารางที่ ๑ และภาพที่ ๑) สำหรับข้อมูลการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งของประชากรไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ รายงานว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ มีอัตรา ๑๒๘.๕ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน หรือมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปีละ ๘๓,๗๙๕ ราย แบ่งเป็นเพศชาย ๔๗,๙๖๖ ราย และเพศหญิง ๓๕,๘๒๙ ราย ซึ่งสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ (ตารางที่ ๒ และภาพที่ ๒)

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ประเทศต่าง ๆ จัดทำโครงการคัดกรองโรคมะเร็งเพื่อตรวจคัดกรองหามะเร็งก่อนมะเร็งและมะเร็งตั้งแต่วัยเริ่มแรก ซึ่งปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันแน่ชัดว่าการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้ โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับประชากร โดยประชาชนในกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคได้

มะเร็งปากมดลูก: โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้รับการผลักดันให้เป็นนโยบายระดับชาติในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ผู้หญิงไทยอายุ ๓๐-๖๐ ปี สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี pap smear ซึ่งปัจจุบันได้เปลี่ยนมาเป็นวิธี HPV DNA Test ในอดีตสถานการณ์มะเร็งปากมดลูกถือเป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับที่ ๑ ของผู้หญิงไทย มีอัตราอุบัติการณ์ประมาณ ๒๓.๔ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งจากการดำเนินโครงการคัดกรองระดับประชากรมาอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดโรคลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือเพียง ๑๑.๑ ต่อแสนประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน (ภาพที่ ๓)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้รับการผลักดันให้เป็นนโยบายระดับชาติในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ตรวจคัดกรองประชาชนอายุ ๕๐-๗๐ ปี โดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี FIT Test ทุก ๆ ๒ ปี ซึ่งการดำเนินโครงการคัดกรองจนถึงปัจจุบันได้ตั้งเป้าหมายการคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ ๑๐ ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากในระยะแรกของการดำเนินงานจำเป็นต้องมีการประเมินความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น เครื่องมือและบุคลากรทางการแพทย์ จากการที่สังคมวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงจากอดีต เช่น การรับประทานอาหารไขมันสูง อาหารประเภทแป้งอย่างใหม่เทียม ขาดการออกกำลังกาย ถือเป็นพฤติกรรมที่อาจเกี่ยวข้องและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปัจจุบันพบมากเป็นอันดับ ๓ ในผู้ชาย และอันดับ ๒ ในผู้หญิงไทย มีอัตราอุบัติการณ์ ๑๘.๗ และ ๑๓.๓ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ตามลำดับ (ภาพที่ ๔)

แนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรค: เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคของมะเร็งปากมดลูก (ภาพที่ ๓) จะเห็นได้ว่า มีการดำเนินโครงการคัดกรองอย่างต่อเนื่องยาวนานถึง ๑๘ ปี จึงทำให้ปัจจุบันได้เห็นผลลัพธ์ของอัตราการเกิดโรคที่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน นอกจากนี้กระบวนการคัดกรองอย่างเป็นระบบแล้ว การรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจด้านการป้องกันโรคอย่างถูกต้องยังเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งปัจจุบันเป็นยุคที่มีเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดนทำให้มีการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้นจึงเป็นไปได้ว่าประชาชนมีความรู้ด้านการป้องกันโรคมามากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต สำหรับข้อมูลมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ทั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ อาทิ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป อายุของประชากรที่ยืนยาวมากขึ้น (สังคมผู้สูงอายุ) จากการมีเทคโนโลยีการรักษาที่ดีขึ้น แม้ว่าจะมีการผลักดันโครงการคัดกรองระดับชาติมาแล้ว ๕ ปี อย่างไรก็ตามข้อมูลในปัจจุบันยังไม่สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์เช่นเดียวกับมะเร็งปากมดลูกได้ แม้ว่าประสิทธิภาพการคัดกรองจะสามารถพิจารณาได้จากผลลัพธ์ในระยะกลาง (Intermediate Outcomes) หรือ ระยะของโรค (Stage) อย่างไรก็ตามหน่วยงานต่าง ๆ ยังไม่รายงานข้อมูลระยะของโรคทำให้ปัจจุบันยังขาดข้อมูลดังกล่าว

ตารางที่ ๑ อุบัติการณ์โรคมะเร็ง ๕ อันดับแรกในประเทศไทย

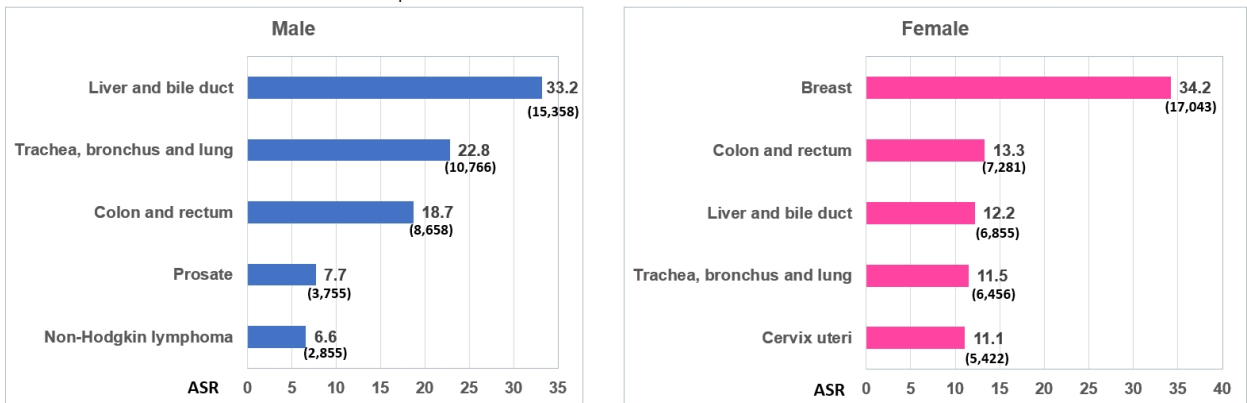
เพศชาย	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	มะเร็งปอด	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	มะเร็งต่อมลูกหมาก	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
ASR*	๓๓.๒	๒๒.๘	๑๘.๗	๗.๗	๖.๖
จำนวน	๑๕,๓๕๘	๑๐,๗๖๖	๘,๖๕๘	๓,๗๕๕	๒,๘๕๕

เพศหญิง	มะเร็งเต้านม	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	มะเร็งปอด	มะเร็งปากมดลูก
ASR*	๓๔.๒	๑๓.๓	๑๒.๒	๑๑.๕	๑๑.๑
จำนวน	๑๗,๐๔๓	๗,๒๘๑	๖,๘๕๕	๖,๔๕๖	๕,๔๒๒

*ASR; Age-standardized incidence rate (world) : อัตราอุบัติการณ์ต่อประชากรแสนคน (ปรับค่าโดยใช้ประชากรมาตรฐานของโลก)

ที่มา: Cancer in Thailand ๒๐๑๖-๒๐๑๘

ภาพที่ ๑ อุบัติการณ์โรคมะเร็ง ๕ อันดับแรกในประเทศไทย



* ASR (Age-standardized incidence rate) : อัตราอุบัติการณ์ต่อประชากรแสนคน

ที่มา: Cancer in Thailand ๒๐๑๖-๒๐๑๘

ตารางที่ ๒ อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ๕ อันดับ

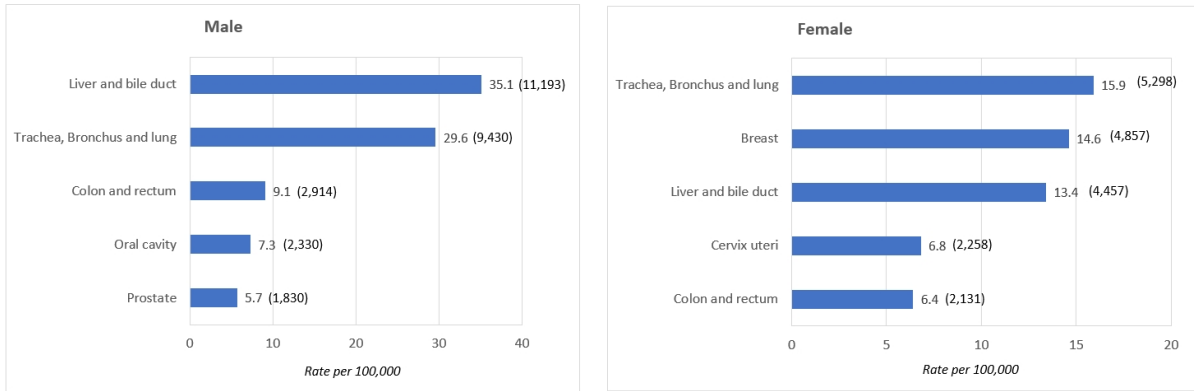
เพศชาย	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	มะเร็งปอด	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	มะเร็งช่องปาก	มะเร็งต่อมลูกหมาก
อัตรา*	๓๕.๑	๒๙.๖	๙.๑	๗.๓	๕.๗
จำนวน	๑๑,๑๘๓	๙,๔๓๐	๒๘๑๔	๒,๓๓๐	๑,๘๓๐

เพศหญิง	มะเร็งปอด	มะเร็งเต้านม	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	มะเร็งปากมดลูก	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
อัตรา*	๑๕.๙	๑๔.๖	๑๓.๔	๖.๘	๖.๔
จำนวน	๕,๒๙๘	๔,๘๕๗	๔,๔๕๗	๒,๒๕๘	๒,๑๓๑

*อัตราต่อประชากรแสนคน

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๔)

ภาพที่ ๒ อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ๕ อันดับ



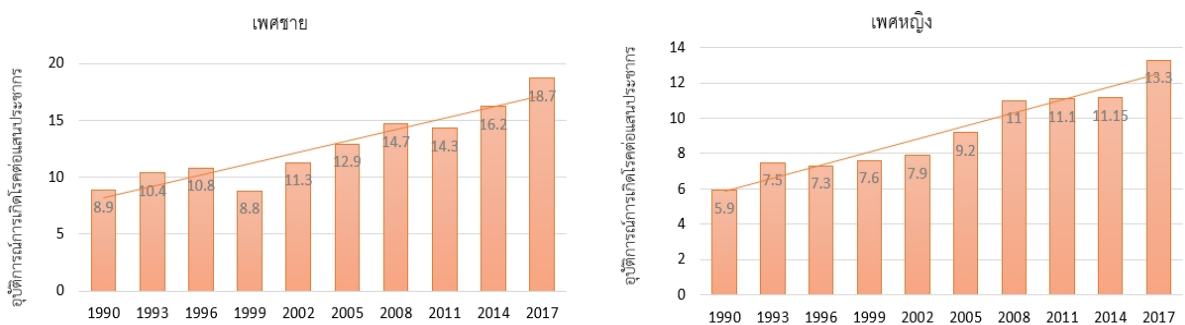
*อัตราต่อประชากรแสนคน

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๔)

ภาพที่ ๓ แนวโน้มอุบัติการณ์การมะเร็งปากมดลูก



ภาพที่ ๔ แนวโน้มอุบัติการณ์การมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง



มะเร็งช่องปาก : ข้อมูลจากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.๒๕๖๔ ระบุว่า มะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ ๔ ในเพศชาย และ อันดับ ๑๐ ในเพศหญิง มะเร็งช่องปากเป็นโรคที่มีความรุนแรงกระทบคุณภาพชีวิต และมีอัตราการตายสูง เนื่องจากมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่เป็นชนิด squamous cell carcinoma ซึ่งมีการพยากรณ์โรคไม่ดี (คู่มือแนวทางการตรวจและจัดการมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร,

๒๕๕๐) ประกอบกับ ร้อยละ ๗๐-๘๐ ของผู้ป่วย มาพบทันตแพทย์ในระยะลุกลาม ซึ่งเป็นระยะที่การรักษาซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง โอกาสรอดชีวิตต่ำ (พรชัย โอเจริญรัตน์, ๒๕๕๓) สถิติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๒ รายงานว่าเนื้องอกร้ายของริมฝีปาก ช่องปาก และคอหอย (malignant neoplasm of lip, oral cavity and pharynx) เป็นสาเหตุการตายในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปในเพศหญิง ๗๓๒ คน เพศชาย ๑,๑๗๐ คน รวม ๑,๙๐๒ คน

อย่างไรก็ตาม รอยโรคของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากสามารถรักษาได้หากขาดหากตรวจพบและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ตั้งแต่ในระยะก่อนการเกิดโรค หรือ ระยะที่เป็นรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง (Oral Potentially Malignant Disorders, OPMDs) (หัชชา ศรีปลั่ง, ๒๕๕๖ และ Ganly et al, ๒๐๑๒) มีการศึกษาที่พบว่าการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และสามารถลดอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญในประชากรที่มีความเสี่ยง (Sankaranarayanan et al., ๒๐๐๕ & Sankaranarayanan et al., ๒๐๑๓)

๕. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๕.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ทุกเขตสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๒๐ ตาม Small success รายไตรมาสที่ ๒

๕.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy

ไม่มีเขตสุขภาพใด ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๔๐ ตาม Small success รายไตรมาสที่ ๒

๕.๓ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๓๐ ตาม Small success รายไตรมาสที่ ๒ ในเขตสุขภาพที่ ๓, ๕ และ ๑๒

๕.๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy

ไม่มีเขตสุขภาพใด ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๓๐ ตาม Small success รายไตรมาสที่ ๒

ตารางที่ ๓ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (เป้าหมายรายปี ≥ ร้อยละ ๖๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๒๐)

เขตสุขภาพ	จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก A(C๒)	จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) B(C๑)	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (A(C๒)/ B(C๑)) × ๑๐๐
เขต ๑	๙๕,๖๔๒	๑๙๓,๔๙๔	๔๙.๔๓
เขต ๒	๓๘,๔๖๐	๑๑๒,๐๐๐	๓๔.๓๔
เขต ๓	๒๒,๘๕๗	๙๔,๕๗๖	๒๔.๑๗
เขต ๔	๔๘,๕๒๔	๑๘๘,๙๙๓	๒๕.๖๘
เขต ๕	๖๑,๑๙๖	๑๗๕,๓๗๐	๓๔.๙๐
เขต ๖	๑๐๓,๓๐๔	๒๑๓,๔๔๗	๔๘.๔๐
เขต ๗	๔๙,๐๑๑	๑๖๙,๔๙๖	๒๘.๙๒
เขต ๘	๘๙,๑๔๔	๑๘๔,๑๗๓	๔๘.๔๐
เขต ๙	๖๗,๙๖๘	๒๑๙,๗๓๔	๓๐.๙๓
เขต ๑๐	๔๐,๖๓๗	๑๕๐,๒๙๑	๒๗.๐๔
เขต ๑๑	๔๘,๘๒๒	๑๔๔,๒๗๗	๓๓.๘๔
เขต ๑๒	๗๑,๙๔๖	๑๕๐,๖๘๒	๔๗.๗๕
ภาพรวม	๗๓๗,๕๑๑	๑,๙๙๖,๕๓๓	๓๖.๙๔

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

ตารางที่ ๓ แสดงร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นโรคมะเร็งที่พบบากเป็นอันดับ ๒ ของสตรีไทย โดยร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๖๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ \geq ร้อยละ ๒๐) ภาพรวมประเทศผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๙๔ เขตสุขภาพที่ดำเนินการสูงสุด คือเขตสุขภาพที่ ๑ (ร้อยละ ๔๙.๔๓) รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๖ และเขตสุขภาพที่ ๘ (ร้อยละ ๔๘.๔๐) ตามลำดับ

ตารางที่ ๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy (เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๗๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ \geq ร้อยละ ๔๐)

เขตสุขภาพ	จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่งกล้อง Colposcopy A(CP๒)	จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ B(CP๑)	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy (A(CP๒)/B(CP๑)) \times ๑๐๐
เขต ๑	๑๘	๗๗๙	๒.๓๑
เขต ๒	๘	๔๕๓	๑.๗๗
เขต ๓	๑๐	๒๘๐	๓.๕๗
เขต ๔	๑๐	๖๗๑	๑.๔๙
เขต ๕	๒๙	๘๗๕	๓.๓๑
เขต ๖	๕๕	๑๖๘๗	๓.๒๖
เขต ๗	๗	๓๗๔	๑.๘๗
เขต ๘	๑๖	๗๖๑	๒.๑๐
เขต ๙	๑๑	๗๑๔	๑.๕๔
เขต ๑๐	๑๑	๓๘๙	๒.๘๓
เขต ๑๑	๙	๕๔๘	๑.๖๔
เขต ๑๒	๖	๖๒๐	๐.๙๗
ภาพรวม	๑๙๐	๘,๑๕๑	๒.๓๓

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

ตารางที่ ๔ แสดงร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy (เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๗๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ \geq ร้อยละ ๔๐) ภาพรวมประเทศไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๓ เขตสุขภาพที่ดำเนินการสูงสุด คือเขตสุขภาพที่ ๓ (ร้อยละ ๓.๕๗) และรองลงมาเขตสุขภาพที่ ๕ (ร้อยละ ๓.๓๑)

ตารางที่ ๕ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๕๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ \geq ร้อยละ ๓๐)

เขตสุขภาพ	จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง A(F๒)	จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) B(F๑)	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (A(F๒)/ B(F๑)) \times ๑๐๐
เขต ๑	๒๔,๐๕๔	๑๗๗,๙๕๗	๑๓.๕๒
เขต ๒	๒๖,๙๓๒	๙๖,๙๗๑	๒๗.๗๗

เขตสุขภาพ	จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง A(F๒)	จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) B(F๑)	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (A(F๒)/ B(F๑)) × ๑๐๐
เขต ๓	๓๐,๔๓๗	๘๔,๓๐๕	๓๖.๑๐
เขต ๔	๑๘,๒๕๑	๑๕๑,๑๒๔	๑๒.๐๘
เขต ๕	๕๙,๙๐๒	๑๔๒,๔๐๑	๔๒.๐๗
เขต ๖	๓๒,๕๗๑	๑๕๖,๘๖๒	๒๐.๗๖
เขต ๗	๓๕,๘๐๔	๑๔๑,๔๒๖	๒๕.๓๒
เขต ๘	๒๕,๙๗๕	๑๔๖,๖๘๗	๑๗.๗๑
เขต ๙	๔๘,๗๐๐	๑๗๗,๕๖๙	๒๗.๔๔
เขต ๑๐	๑๖,๔๗๙	๑๑๙,๑๘๔	๑๓.๘๓
เขต ๑๑	๒๓,๗๗๒	๑๐๘,๓๖๙	๒๑.๙๔
เขต ๑๒	๔๔,๒๗๔	๑๐๗,๕๖๒	๔๑.๑๖
ภาพรวม	๓๘๗,๑๕๑	๑,๖๑๐,๓๑๗	๒๔.๐๔

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

ตารางที่ ๕ แสดงร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ ๓ ของมะเร็งทุกชนิดและเป็นสาเหตุการตาย ๑ ใน ๓ อันดับแรกของโรคมะเร็งที่เกิดขึ้น โดยร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๕๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ \geq ร้อยละ ๓๐) ภาพรวมประเทศไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๐๔ เขตสุขภาพที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ คือเขตสุขภาพที่ ๕ (ร้อยละ ๔๒.๐๗) รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๒ (ร้อยละ ๔๑.๑๖) และเขตสุขภาพที่ ๓ (ร้อยละ ๓๖.๑๐) ตามลำดับ

ตารางที่ ๖ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๕๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ \geq ร้อยละ ๓๐)

เขตสุขภาพ	จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy A(CL๒)	จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ B(CL๑)	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (A(CL๒)/ B(CL๑)) × ๑๐๐
เขต ๑	๕๑๓	๒,๗๔๘	๑๘.๖๗
เขต ๒	๒๑๕	๒,๗๗๑	๗.๗๖
เขต ๓	๓๒๒	๓,๐๘๐	๑๐.๔๕
เขต ๔	๑๓๐	๑,๙๑๑	๖.๘๐
เขต ๕	๒๕๐	๒,๓๓๐	๑๐.๗๓
เขต ๖	๒๑๙	๑,๖๓๔	๑๓.๔๐
เขต ๗	๑๒๗	๓,๓๓๖	๓.๘๑
เขต ๘	๗๕	๑,๘๘๓	๓.๙๘
เขต ๙	๕๘๒	๕,๒๘๓	๑๑.๐๒
เขต ๑๐	๙๘	๑,๙๗๐	๔.๙๗

เขตสุขภาพ	จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผล ผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy A(CL๒)	จำนวนประชากร อายุ ๕๐- ๗๐ ปี ที่มีผลการตรวจคัด กรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ ตรงผิดปกติ B(CL๑)	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ที่ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (A(CL๒)/ B(CL๑)) x ๑๐๐
เขต ๑๑	๖๖	๒,๐๕๕	๓.๒๑
เขต ๑๒	๒๖๒	๒,๔๗๒	๑๐.๖๐
ภาพรวม	๒,๘๕๙	๓๑,๔๗๓	๙.๐๘

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

ตารางที่ ๖ แสดงร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๕๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ \geq ร้อยละ ๓๐) ภาพรวม ประเทศไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๙.๐๘ เขตสุขภาพที่ดำเนินการสูงสุด คือเขตสุขภาพที่ ๑ (ร้อยละ ๑๘.๖๗) รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๖ (ร้อยละ ๑๓.๔๐) และเขตสุขภาพที่ ๙ (ร้อยละ ๑๑.๐๒) ตามลำดับ

๕.๕ มีระบบการจัดการที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปากในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด

ทุกจังหวัดได้มีการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงาน การสื่อสารแนวทางการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากและการส่งต่อในจังหวัด การพัฒนาศักยภาพ อสม./ทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรองและจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก เป็นต้น และอยู่ในระหว่างการพัฒนากระบวนการจัดการให้ครบวงจรตั้งแต่การคัดกรอง ส่งต่อรักษา ฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

๕.๖ ร้อยละประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก (ตารางที่ ๗)

ตารางที่ ๗ ร้อยละประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก (เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๔๐, Small success ไตรมาสที่ ๒ \geq ร้อยละ ๑๕)

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้มารับบริการ ทันตกรรม	ได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง		พบรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง	
		จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
เขต ๑	๔๓๖,๔๙๔	๔๔,๕๓๒	๑๐.๒๐	๘๗	๐.๒๐
เขต ๒	๓๓๕,๖๑๒	๘,๒๗๐	๒.๔๖	๑๑๗	๑.๔๑
เขต ๓	๒๓๓,๒๖๙	๔๖,๙๓๓	๒๐.๑๒	๒๓	๐.๐๕
เขต ๔	๒๒๑,๗๖๕	๓๒,๘๔๔	๑๔.๘๑	๑๔	๐.๐๔
เขต ๕	๒๔๖,๓๔๗	๓๐,๕๗๙	๑๒.๔๑	๓๕	๐.๑๑
เขต ๖	๓๗๐,๑๗๓	๔๑,๗๐๔	๑๑.๒๗	๑๖	๐.๐๔
เขต ๗	๓๐๒,๕๖๖	๔๗,๓๔๓	๑๕.๖๕	๑๖	๐.๐๓
เขต ๘	๖๗๕,๗๒๕	๔๔,๔๑๒	๖.๕๗	๗	๐.๐๒
เขต ๙	๖๒๗,๓๑๗	๓๕,๓๙๑	๕.๖๔	๔๔๙	๑.๒๗
เขต ๑๐	๔๓๒,๐๒๙	๒๙,๓๒๘	๖.๗๙	๘	๐.๐๓

เขต สุขภาพ	จำนวนผู้มารับบริการ ทันตกรรม	ได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง		พบรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง	
		จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
เขต ๑๑	๓๕๒,๓๑๔	๗๑,๒๖๔	๒๐.๒๓	๑๒	๐.๐๒
เขต ๑๒	๒๙๖,๒๒๖	๕๕,๐๒๕	๑๘.๕๘	๒๔	๐.๐๔
ภาพรวม	๕,๕๒๙,๘๓๗	๕๘๗,๖๒๕	๑๐.๗๖	๘๐๘	๐.๑๗

ที่มา : HDC Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๖

ภาพรวมประเทศยังไม่บรรลุเป้าหมาย small success ของไตรมาสที่ ๒ โดยดำเนินการได้ร้อยละ ๑๐.๗๖ เขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่ ๓ (ร้อยละ ๒๐.๑๒) เขตสุขภาพที่ ๑๑ (ร้อยละ ๒๐.๒๓) เขตสุขภาพที่ ๑๒ (ร้อยละ ๑๘.๕๘) และเขตสุขภาพที่ ๗ (ร้อยละ ๑๕.๖๕)

๕.๗ ร้อยละ ผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา (เป้าหมายรายปี \geq ร้อยละ ๙๐, Small success ๖ เดือน \geq ร้อยละ ๕๐)

เขตสุขภาพ	ข้อมูลจาก HDC ผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง		ข้อมูลจากเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ PP Fee schedule ในรายการกรรมการตัดชิ้นเนื้อและตรวจทางพยาธิวิทยา
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน
เขต ๑	๘๗	๐.๒๐	๑๔๐
เขต ๒	๑๑๗	๑.๔๑	๗๑
เขต ๓	๒๓	๐.๐๕	๔๒
เขต ๔	๑๔	๐.๐๔	๑๑๐
เขต ๕	๓๕	๐.๑๑	๑๔๓
เขต ๖	๑๖	๐.๐๔	๑๘๑
เขต ๗	๑๖	๐.๐๓	๒๕๙
เขต ๘	๗	๐.๐๒	๒๐
เขต ๙	๔๔๙	๑.๒๗	๑๙๓
เขต ๑๐	๘	๐.๐๓	๖๖
เขต ๑๑	๑๒	๐.๐๒	๓๒๖
เขต ๑๒	๒๔	๐.๐๔	๑๑๕
ภาพรวม	๘๐๘	๐.๑๗	๑๖๖๖

ที่มา : ข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ PP Fee schedule สปสช. ในรายการกรรมการตัดชิ้นเนื้อและตรวจทางพยาธิวิทยา ณ วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๖

ข้อมูลการคัดกรองจากระบบรายงาน HDC พบผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง ๘๐๘ ราย ในขณะที่ข้อมูลจากการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ PP Fee schedule แสดงรายการการตัดชิ้นเนื้อและตรวจทางพยาธิวิทยา ๑,๖๖๖ ราย

ความไม่สัมพันธ์กันระหว่างข้อมูลในระบบรายงาน HDC และ ระบบรายงาน สปสช. อาจเนื่องมาจาก ๑) การยื่นเรื่องเบิกจ่ายค่าชดเชย มีหน่วยบริการที่ไม่ได้เชื่อมต่อข้อมูลกับ HDC รวมอยู่ด้วย เช่น โรงพยาบาล

มหาวิทยาลัย และ ๒) การคัดกรอง ตัดชิ้นเนื้อและส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ส่วนหนึ่งดำเนินการโดยแพทย์ ENT ซึ่งในปีงบประมาณนี้ ผลการดำเนินงานคัดกรองยังไม่นับรวม provider type ๐๑ (แพทย์) เนื่องจากข้อจำกัดของรหัสลงข้อมูล ส่วนพื้นที่ที่มีการเก็บข้อมูลภายในและมีการรายงานผลทำ biopsy ได้ร้อยละ ๙๐-๑๐๐ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๕, ๑๐, ๑๑ และ จ.นครราชสีมา

๕.๓ นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

- ๑) พัฒนาโปรแกรม TCB, TCB Plus, The One, Cancer Anywhere
- ๒) พัฒนาโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (HPVcx๒๐๒๐)

เขตสุขภาพที่ ๑

จ.เชียงใหม่:

- ๑) ผลงานวิจัย เรื่อง “ผลของการพัฒนาระบบปรึกษาเครือข่ายมะเร็งออนไลน์นครพิงค์”
- ๒) มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาผู้ป่วย โดยระบบ Chiang Mai Hospital Information System : CMHIS เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาด้วยความต่อเนื่อง เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลของจังหวัดเชียงใหม่ และมีการส่งต่อ-รับกลับ ผู้ป่วยที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก
- ๓) จังหวัดมีระบบการเฝ้าระวังรอยโรคในช่องปากทุกอำเภอ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง การให้ความรู้ และการส่งต่อ โดยแบ่งเป็น ๕ Zone พื้นที่ โดยมีทันตแพทย์สาขาเวชศาสตร์ช่องปาก ๑ คน สาขา ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลประจำทุกโซน
- ๔) งานทันตกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดทำบันทึกข้อตกลง MOU กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการควบคุม กำกับ ติดตาม ทันตภิบาลที่ประจำ รพ.สต.ในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนไป อบจ.เชียงใหม่

จ.ลำพูน:

- ๑) มีการใช้ Application Line และ Google Forms ในการดำเนินงานการส่องกล้อง Colposcopy และ Colonoscopy ในผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติ จุดประสงค์เพื่อลดการเดินทางของผู้รับบริการที่มาเตรียมการก่อนส่องกล้องที่โรงพยาบาลลำพูน
- ๒) มีการบูรณาการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากร่วมกับ setting อื่น ๆ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกเบาหวาน NCD และภาคอุตสาหกรรมโรงงาน
- ๓) มีระบบการจัดการเวชภัณฑ์ยาสำหรับรักษารอยโรค (OPMD) และระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีทันตแพทย์เฉพาะทางสาขา Maxillofacial เป็นผู้ดูแลหลัก

จ.ลำปาง:

- ๑) นวัตกรรมเตรียมผู้ป่วยก่อนรับบริการ Colonoscopy ผ่านโปรแกรม Telemedicine ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพื่อลดภาระการเดินทางก่อนมาพบแพทย์
- ๒) จังหวัดมีการดำเนินการเฝ้าระวังรอยโรคในช่องปากทุกอำเภอ โดยใช้แบบฟอร์มการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากสำหรับประชาชนด้วยตนเองที่มีอายุ ตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป และมี chart แผ่นภาพ ให้ความรู้และอธิบายรอยโรคมะเร็งช่องปาก โดยบูรณาการกับงานตรวจคัดกรอง NCD มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๖๒

๓) จังหวัดมีการพัฒนาศักยภาพทันตภิบาลในพื้นที่ให้มีการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็ง และมะเร็งช่องปากให้แก่ประชาชนที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป

จ.แพร่:

พัฒนาระบบบริการให้ยาเคมีบำบัดโดยการลดรายการยาเคมีบำบัดที่ต้องผ่านการขออนุมัติใช้ยาเฉพาะราย และการพัฒนาระบบส่งข้อมูลรายการยาเคมีบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วยแต่ละรายโดยมีโปรแกรมส่งข้อมูลรายการยาเคมีบำบัดจากแพทย์ถึงเภสัชกรห้องผสมยาโดยผ่านโปรแกรม Hos XP เพื่อลดระยะเวลารอคอยการให้ยาเคมีบำบัด

จ.เชียงใหม่:

๑) ระบบ Fit Chiangrai

๒) โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่สัญจร ณ โรงพยาบาลวัดหัวขี้ปลาค้าง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งภาคประชาชน สังคม ชุมชน บุคลากรภาครัฐ คณาจารย์และภาคเอกชน

จ.พะเยา:

มีการดำเนินงานให้ความรู้และฝึกทักษะการตรวจช่องปากให้แก่ทันตแพทย์ ทันตบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเป็นแกนนำทันตสุขภาพ (ครู ก.) ในพื้นที่นำร่องอำเภอภูพานยาว จ.พะเยา ร่วมกับศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ และมีการนำแอปพลิเคชัน RiskOCA มาใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

เขตสุขภาพที่ ๒

จ.ตาก:

การจัดทำรายงานสถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชและโรงพยาบาลแม่สอด

จ.สุโขทัย:

๑) Line OA ถามมาตอบได้ เพื่อนคู่คิด พิชิตโรคมะเร็งเป็น Line ให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

๒) โรงพยาบาลทั่วไปเชิงรุกออก Pre-op Colonoscopy ในพื้นที่ที่ห่างไกล และโรงพยาบาลลูกข่ายต่างอำเภอ

จ.พิษณุโลก:

๑) จังหวัดพิษณุโลกมี Clinical Practice Guideline (CPG) ของโรคมะเร็งมีแนวทางปฏิบัติร่วมกัน โดยมีโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีเบอร์โทรสายด่วนติดต่อเจ้าหน้าที่โดยตรง “ที่นี่มีคำตอบ”

๒) เยี่ยมเสริมพลัง ผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็งทุกอำเภอ โดยมีนวัตกรรมนำเสนอแนวทางการแก้ไขแต่ละพื้นที่

๓) มีการดำเนินการคลินิกทันตกรรมช่วยลดเล็บบุหรี่ใน ๓ โรงพยาบาลนำร่อง ได้แก่ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก รพ.นครไทย และ รพ.วังทอง และได้วางแนวทางต่อไป โดยจะนำร่องป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตอำเภอเมืองและอำเภอวัดโบสถ์

เขตสุขภาพที่ ๓

- จ.นครสวรรค์: ๑) ผลิตผลงานวิจัยเกี่ยวกับด้านโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ ๓ เรื่อง

๒) เปิดคลินิกนำร่องโรคมะเร็งทางพันธุกรรม เพื่อพัฒนาการส่งตรวจการกลายพันธุ์ในยีน (Gene mutation)

๓) มีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เขตสุขภาพที่ ๔

จ.อ่างทอง: มีการลงทะเบียนมะเร็งในฐานข้อมูลใหม่ HOSxP-XE

จ.ลพบุรี: กลยุทธ์ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ เพิ่มการคัดกรองเชิงรุกสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ประกอบอาชีพ
ในสถานประกอบการและเปิดบริการในวันหยุด หรือนอกเวลาราชการ

เขตสุขภาพที่ ๕

จ.นครปฐม:

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมเข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส เถลิงพระเกียรติ ๗๐ พรรษา กับมูลนิธิกาญจนบารมี ในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ และวันที่ ๑-๔ มีนาคม ๒๕๖๕ ณ หอประชุมที่ว่ากล่าวบางเลน อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม วันที่ ๗-๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ณ โรงเรียนวัดไร่ขิง “(สุนทรอุทิศ)” อำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

๒) การดำเนินงานคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ตั้งแต่ระดับ รพ.สต.ที่มีทันตบุคลากรประจำ ตรวจสอบผลโดยทันตแพทย์ รพ.แม่ข่าย มีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มี Line group ปรีกษาเคสผู้ป่วยกับทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และการส่งต่อ นัดหมายรับบริการได้ทางออนไลน์

๓) มีระบบการบันทึกผลการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง รอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่เชื่อมต่อกับระบบโปรแกรม HIS ของหน่วยบริการ

จ.กาญจนบุรี:

การดูแลผู้ป่วยระหว่าง/หลังรักษามะเร็งช่องปาก ทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัดติดตามผู้ป่วยและประสานโรงพยาบาลต้นทาง มีระบบจัดส่งสิ่งสนับสนุนเจลลี่โภชนาและน้ำลายเทียมชนิดเจลให้ผู้ป่วย

จ.สุพรรณบุรี:

มีระบบการบันทึกผลการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง รอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่เชื่อมต่อกับระบบโปรแกรม HIS ของหน่วยบริการ

ภาพรวมเขต:

มีการจัดทำโครงการเพื่อสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการทุกระดับ ดำเนินการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก โดยใช้งบ PPA เขตสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ ๖

จ.ชลบุรี:

๑) ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์ เช่น ประชาสัมพันธ์ใน Facebook ของโรงพยาบาลชลบุรี ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรี ประชาสัมพันธ์ในกลุ่มต่างๆ และประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในชุมชน เทศบาล และหน่วยราชการ

๒) คุ้มครองตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแจกในกลุ่มเป้าหมายฟรี และเชิญชวนให้ผู้ที่มารับบริการตรวจคัดกรอง ประชาสัมพันธ์ให้เพื่อนหรือคนใกล้ชิดมาตรวจ

๓) จัดบริการ One Stop Service

๔) สร้างเครือข่ายแบบบูรณาการจากการลงพื้นที่ฉีดวัคซีน COVID-๑๙ และการตรวจคัดกรอง COVID-๑๙ โดยอาศัยเครือข่ายที่เจาะกลุ่มบริษัท ผู้นำชุมชน ให้เป็นเครือข่ายแบบบูรณาการ ร่วมกับการคัดกรองมะเร็ง ซึ่งทางอำเภอจะทำแผนลงพื้นที่ที่ตลาดในสถานประกอบการ โรงงาน บริษัท ตลาดโรงเรียน ชุมชน วัด งานสำคัญประจำท้องถิ่นต่างๆ ในการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ และมะเร็งเต้านม

จ.จันทบุรี:

- ๑) เปิดศูนย์วิจัยทางคลินิก (Clinical Research Center) เพื่อเป็นองค์กรสนับสนุน การทำวิจัยทางคลินิกให้มีคุณภาพอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งในปัจจุบันศูนย์ความเป็นเลิศ ด้านมะเร็ง มีงานวิจัยที่ทำอยู่ทั้งหมดจำนวน ๔ trial
- ๒) เปิดห้องปฏิบัติการจีโนมิกส์แห่งแรกในเขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจวิเคราะห์การกลายพันธุ์ยีนส์ (Gene Mutation) เพื่อรองรับการรักษาแบบ Precision medicine ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- ๓) เปิดให้บริการบ้านแสงจันทร์ เพื่อผู้ป่วยยากไร้ที่มีปัญหาในการเดินทางและไม่มีที่พัก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

จ.ตราด:

สื่อสารกับผู้ป่วยผ่าน Line ID : Trat_cancer เพื่อแจ้งผลการตรวจคัดกรองการสื่อสารเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อลดขั้นตอนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จ.สระแก้ว:

อบรมการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ด้วยกระบวนการ Family meeting กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมอบรม ๑๒๐ คน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความทุกข์น้อยที่สุดและจากไปอย่างมีความสุข

เขตสุขภาพที่ ๗

จ.ขอนแก่น:

ใช้โปรแกรม FIT Test@Khonkaen มะเร็งลำไส้ใหญ่ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในการส่งนัดหมายผู้ป่วย Colonoscopy และการรายงานผล ทำให้สามารถตรวจสอบคิวการนัดหมายและแพทย์ผู้ส่งกล้องสามารถตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ก่อนยืนยันนัดหมาย โดยแพทย์จะขยายใช้งานให้ครบทุก Node ต่อไป

จ.กาฬสินธุ์:

- ๑) ศูนย์บริการให้การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบบ One Stop Service การทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ และเป็นบริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว
- ๒) ระบบการส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบ E-Consult โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
- ๓) การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Clinical Palliative Care)

เขตสุขภาพที่ ๘

จ.หนองคาย :

- ๑) ถูกระบาย colostomy ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้
- ๒) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านละครสั้นของตำบลนาดี อำเภอเฝ้าไร่

๓) มีระบบการจัดการที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด มีระบบรายงานผ่าน Google sheet โดยมีทันตแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ช่องปาก (Oral Medicine) และศัลยศาสตร์ (Oral and Maxillofacial Surgery) เป็นผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีคนไข้เข้าเกณฑ์ดังกล่าวผ่านระบบ Line และโทรศัพท์มือถือ

จ.หนองบัวลำภู

เริ่มพัฒนาระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปาก ตั้งแต่ปี ๒๕๖๕ โดยได้รับการสนับสนุนจาก ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ จัดอบรมการใช้งาน Application RiskOCA ให้กับทันตแพทย์ทุกโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถใช้งาน Application ในการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากได้

จ.อุดรธานี

มี Application “มะเร็งช่องปากคุณเสี่ยงเป็นหรือไม่” สำหรับคัดกรองมะเร็งช่องปากด้วยตนเอง เขตสุขภาพที่ ๙

จ.นครราชสีมา:

มีระบบ Tele Consult ศูนย์มะเร็งระหว่างแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน

จ.สุรินทร์:

- ๑) ระบบปฏิบัติการ Surin One stop Service (SOS)
- ๒) โครงการส่งตรวจ GENOMICS Thailand ร่วมกับคณะอนุพันธุศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
- ๓) ติดตามผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัดแบบรับประทานด้วยระบบ Tele Health ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ ๒

จ.ชัยภูมิ:

- ๑) ส่งต่อโรคมะเร็ง ผ่านระบบ Cancer Anywhere และมี Tele Consult และประสานงานระหว่าง Nurse cooperator กรณีรายใหม่ ทั่วประเทศ
- ๒) ทำทะเบียนมะเร็ง CANCER IN THAILAND Volume X

เขตสุขภาพที่ ๑๑

จ.ระนอง:

โรงพยาบาลละอุ่น จัดทำ “ไลน์กลุ่มสื่อรัก” ตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จ.พังงา:

มีการจัดระบบบริการการดูแล ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง อย่างต่อเนื่อง ครบวงจร โดยปรับเพิ่มการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในระหว่างสถานบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทั้งการวางแผนการเตรียมช่องปากก่อนการรักษาและฉายรังสี การประสานส่งต่อและส่งกลับ และระบบการติดตามผู้ป่วย ต่อเนื่อง เพื่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รวมทั้งการติดตามผู้ป่วยที่ drop out ออกจากระบบ ในระหว่างการรักษาให้กลับเข้าสู่ระบบการรักษา ต่อไป โดยใช้กลไก ของคณะกรรมการ พัฒนาระบบบริการ (Service plan) ในระดับจังหวัด

และจากจุดแข็งของจังหวัดพังงา ที่หน่วยบริการทุกแห่ง ทุกระดับทั้ง รพ.สต. และ รพ. ใช้ Platform “หมอรู้จึกคุณ” และเชื่อมข้อมูลบริการในโรงพยาบาลได้ทั้งจังหวัด จึงเป็นโอกาสในการพิจารณาเพิ่มช่องทางการบริการ คัดกรอง ให้คำปรึกษา และ ติดตามอาการผู้ป่วยในระบบ

Telemedicine เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่เกาะ ซึ่งมีประชากรอยู่ค่อนข้างมากในจังหวัด

เขตสุขภาพที่ ๑๒

จ.สงขลา:

- ๑) ปรับปรุง Cancer service mapping ในภาพจังหวัด
- ๒) แนวทางการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย IBIS model เพื่อให้สามารถตรวจพบโรคได้ไวขึ้น
- ๓) Breast cancer fast track project

จ.พัทลุง:

ศูนย์บริการให้ยาเคมีบำบัดแบบ One Stop Service ละมีโครงการส่งเสริมภาพลักษณ์ผู้ป่วยมะเร็ง

จ.ปัตตานี:

การขับเคลื่อนการดำเนินงาน และการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งระดับอำเภอและระดับหน่วยบริการ

จ.ตรัง:

- ๑) มี Nurse case manager ระดับอำเภอ
- ๒) ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE)
- ๓). บูรณาการการตรวจมะเร็งเต้านมและปากมดลูกในคราวเดียวกัน
- ๔) มีศูนย์มะเร็งประสานส่งต่อข้อมูล ทำทะเบียนมะเร็ง และประสานงาน Case Cancer Anywhere

๖. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ภาพรวมของพื้นที่ แยกตามกรอบ ๖ Building Blocks

๖ Building Blocks	ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
ระบบบริการ (Service Delivery)	๑) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายบางส่วนไม่เข้าถึงระบบบริการและการคัดกรอง เนื่องจากอาศัยในพื้นที่ห่างไกล และมีปัญหาด้านการเดินทางมายังหน่วยบริการ	๑) เน้นให้บริการกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตพื้นที่ห่างไกล และชนบท แบบเชิงรุก ๒) ส่งเสริมให้มีการนำระบบการแพทย์ทางไกล / ทันตกรรมทางไกลเข้ามาช่วยในการให้คำปรึกษา คัดกรองปัจจัยเสี่ยง ติดตามอาการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการมากขึ้น ๓) ให้บริการวัคซีนป้องกัน HPV ในเด็กอายุ ๑๐-๑๕ ปี

๖ Building Blocks	ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
	๒) วัฒนธรรมในพื้นที่ เช่นสตรีนับถือศาสนาอิสลาม มีความยึดมั่นในหลักการศาสนา ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากมดลูก	สร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
	การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก เป็นนโยบายใหม่ ส่วนกลางมีการชี้แจง นโยบายตัวชี้วัด และกำหนดรหัสการตรวจคัดกรอง รวมถึงการปรับรายงานในระบบรายงาน HDC ในช่วงกลางเดือนธ.ค. ๒๕๖๕ จึงต้องมีการปรับระบบบริการ การลงข้อมูล และวางแนวทางการดำเนินงาน ผลงานในช่วง๖เดือนแรกจึงยังไม่บรรลุตาม small success	สสจ.ดำเนินการประกาศชี้แจงนโยบาย จัดประชุมหารือแนวทางการคัดกรอง พร้อมกับดำเนินการวางแผนการตรวจคัดกรอง ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง และสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการคัดกรองรอยโรคในช่องปาก
กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	ขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้อง	๑) พัฒนาบุคลากรด้านโรคมะเร็ง ส่งเสริมการพัฒนาทักษะและการอบรม ๒) ขอสับสนับสนุนงบประมาณและกรอบบุคลากรเพิ่มจากเขตสุขภาพ ๓) กรณีรอยโรคในช่องปาก หากหน่วยบริการไม่มีบุคลากรในสาขาความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง เช่น สาขาวิจฉัยโรคช่องปาก (oral medicine), ศัลยศาสตร์ช่องปาก (oral surgery) การทำ biopsy สามารถดำเนินงานร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ ENT ได้
	บุคลากรบางส่วนมีความไม่มั่นใจในการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก	๑) การทำ job training เพื่อให้สามารถสังเกต ตรวจ และวิเคราะห์รอยโรคได้ ๒) พัฒนาการถ่ายภาพในช่องปาก ร่วมกับการนำ AI มาใช้ประเมินความเสี่ยง เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจให้กับทันตบุคลากร

๖ Building Blocks	ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
		หรือ บุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในการ คัดกรองได้
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)	๑) ไม่มีศูนย์ให้บริการ รวมถึงบาง แห่งขาดแคลน ๒) ขาดแคลนอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ด้าน โรคมะเร็งที่ใช้ในการตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ๓) การเบิกจ่ายยังไม่มี ความชัดเจน ในเรื่องสิทธิการรักษา โดยการ เบิกจ่ายจะครอบคลุมเฉพาะสิทธิ UC ทำให้พื้นที่ชะลอการดำเนินงาน เพื่อรอความชัดเจนในเรื่องสิทธิ NON UC	๑) พัฒนาห้องส่องกล้องเป็นศูนย์ ส่องกล้องครบวงจร บางแห่งที่ไม่ หน่วยงานได้เพิ่มบริการศูนย์ส่อง กล้อง ๒) พัฒนาและสนับสนุนเครื่องมือ เทคโนโลยีด้านการรักษาโรคมะเร็ง ๓) ขอสนับสนุนงบประมาณจาก ส่วนกลาง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๔) อธิบายและสร้างความมั่นใจให้กับ หน่วยงาน : โดย สปสช. แจ้งว่า ขณะนี้เรื่องผ่านมติ ครม. แล้ว อยู่ ระหว่างเสนอร่างพระราชกฤษฎีกา เพื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษา
	๔) กรณีรอยโรคในช่องปาก ในช่วง แรกบางพื้นที่มีปัญหาเรื่องการ ทำ ความเข้าใจเงื่อนไข และวิธีการ เบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ PP Fee schedule ในกิจกรรมการตัดชิ้นเนื้อ และตรวจทางพยาธิวิทยา	หน่วยงาน สปสช. ควรชี้แจงและ เร่งรัดการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ Fee schedule เพื่อจังหวัดจะได้ ดำเนินการแจ้งพื้นที่ให้ทราบโดย ทั่วกัน
สื่อองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicine)	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงขาดความ ตระหนัก บางส่วนไม่เห็นความสำคัญ ในการตรวจคัดกรองมะเร็ง รวมถึง สตรีไม่กล้าเข้ารับการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก เนื่องจากเกิดความ เินอาย	๑) สร้างความตระหนักในกลุ่มภาคี เครือข่าย บูรณาการการดำเนินงาน ร่วมกัน สนับสนุนการใช้สื่อรณรงค์ การให้ความรู้ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มเสี่ยงตระหนักถึง ความสำคัญ ๒) รณรงค์เรื่องพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โภชนาการ รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย
ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)	๑) ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เนื่องจากมีข้อมูลหลายฐาน ซึ่งทำให้ ข้อมูลขาดความเชื่อมโยงกัน แต่ละ ฐานมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน หน่วย บริการจึงต้องใช้ทุกโปรแกรมที่มีเพื่อ	มีแผนรวมฐานข้อมูลการคัดกรองที่ อยู่ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคทั้งหมดไว้เป็นฐาน เดียวกันทั้งประเทศ ผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health

๖ Building Blocks	ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
	ใช้ในการบันทึกข้อมูลและติดตามผลการดำเนินงาน	Platform ซึ่ง สปสช.เป็นผู้รับผิดชอบ และพัฒนาระบบโดย KTB เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูล ติดตามผลงาน ตลอดจนเบิกจ่ายเงินเป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศได้อย่างราบรื่น
	๒) ข้อมูลรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก - ระบบโปรแกรมของโรงพยาบาลบางแห่งไม่เชื่อมต่อกับระบบ HDC เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ใช้โปรแกรมของตนเอง - การติดตามผล การส่งต่อ-รับกลับทางอิเล็กทรอนิกส์ ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีผลต่อการติดตามผู้ป่วยให้ไปรับบริการ	- มีแผนการหารือ แนวทางจัดการปรับปรุงระบบให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC - มีการใช้เครื่องมือเพิ่มเติมภายในพื้นที่ เช่น google sheet หรือกลุ่ม LINE ร่วมกับการพัฒนาระบบการส่งต่อ-รับกลับผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Government)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งมีการโอนย้ายภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ยังไม่มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนในการประสานงานเรื่องการค้ากรองมะเร็ง	๑) ผู้บริหาร ควรมีการชี้แจงแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ตามภารกิจหลังการถ่ายโอน เพื่อความต่อเนื่องในการให้บริการประชาชน ๒) สสจ. จัดทำบันทึกข้อตกลง MOU กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการร่วมดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน

๗. ข้อเสนอแนะ

๗.๑) เขตสุขภาพ

๑) เขตสุขภาพ ควรมีการประชุมวางแผนการดำเนินการร่วมกันทุกไตรมาส วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขตสุขภาพเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน หากในเขตสุขภาพมีทรัพยากรไม่เพียงพออาจมีข้อตกลงขอความร่วมมือหรือของบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลาง

๒) เร่งจัดระบบบริการให้ประชาชนได้รับการคัดกรอง และการวินิจฉัยโรค โดยมีการทำแนวทางแบบ New Normal Services ปรับรูปแบบการคัดกรอง ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นใน โรงพยาบาลเครือข่าย เช่น การวินิจฉัยให้เร็ว และจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งก่อน

๓) การใช้ระบบ cancer anywhere ร่วมกับนวัตกรรม Telemedicine และ e-refer เพื่อเพิ่ม การเข้าถึงการรักษาการลดคิวรอคอย และ seamless referral system ระหว่างจังหวัดในเขตสุขภาพ รวมถึง จัดตั้งศูนย์บัญชาการเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในเขต และออกนอกเขตสุขภาพ

๔) การดูแลอัตรากำลังคน การส่งฝึกอบรมเฉพาะด้านตามแผนที่วางไว้ จัดให้มีกรอบความก้าวหน้า ในวิชาชีพสำหรับผู้ที่ผ่านมาการอบรมและปฏิบัติงานตรงตามที่อบรม

๗.๒) ส่วนกลาง

๑) จัดฝึกอบรมหลักสูตรต่าง ๆ รวมถึงคู่มือแนวทางการดำเนินงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ เกี่ยวข้องทุกสาขารวมถึงการจัดเก็บตัวชี้วัด

๒) การทำข้อตกลงในการดำเนินการคัดกรองโรคมะเร็งระดับกระทรวง เพื่อกำหนดเป็นนโยบาย แผนงาน กิจกรรม งบประมาณ และพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระหว่างกระทรวงในระดับพื้นที่

๓) ผลักดันงานตรวจคัดกรองโรคมะเร็งจากงานเฉพาะกิจ เป็นงานประจำ และมีกรอบความก้าวหน้า ในวิชาชีพระดับกระทรวง

๔) ร่วมกับพื้นที่วิเคราะห์ปัญหาให้ข้อมูล และให้การสนับสนุนเขตสุขภาพในการดำเนินงาน

๕) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จรวมถึงแนวทางการแก้ปัญหาระหว่างเขตสุขภาพ

๖) ต้องการแนวทางด้านการจัดสรรงบประมาณ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

๗) ขอสนับสนุนทรัพยากรจากชมรมส่องกล้อง ส่วนในบางพื้นที่ที่สามารถ share resources กันได้ ให้ประสานงานกันระหว่างเขตสุขภาพเพื่อดำเนินการ

๘) จัดทำแผนการจัดซื้อเครื่อง colonoscopy สำหรับ รพ. ระดับ m๑ ลงมา ที่มีความพร้อม : ปัจจุบัน กบรส. ส่งเรื่องเข้าสู่แผนของส่วนกลาง ในปี ๒๕๖๗ โดยให้เขตจัดทำแผนควบคุมการเสนอขอของบ ร่วมด้วย

๙) ข้อมูลการส่องกล้อง colposcopy ไม่ครบถ้วน (ฐานข้อมูลของ HDC มีน้อยกว่าฐานของ สปสช.) จึงไม่สามารถวิเคราะห์ผลงานทั้งประเทศในเรื่อง workload ได้

๑๐) จัดทำ/ปรับปรุงระบบรายงานข้อมูลให้ครอบคลุมกิจกรรมที่สามารถสะท้อนสถานการณ์ของโรค และสถานการณ์ของระบบบริการ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบและประเมินผล การจัดบริการได้

๑๑) การพัฒนาเทคโนโลยีในการคัดกรองมะเร็งช่องปาก เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น
- พัฒนาการถ่ายภาพในช่องปากร่วมกับการนำ AI มาใช้ประเมินความเสี่ยง เพื่อเป็นเครื่องมือ ช่วยในการตัดสินใจให้กับทันตบุคลากร หรือ บุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในการคัดกรองได้

- พัฒนาบริการทันตกรรมทางไกล ในการให้คำปรึกษา คัดกรอง ติดตามอาการ เพื่อเพิ่ม การเข้าถึงบริการ และอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการมากขึ้น

๗.๓) แผนการติดตาม (จากผู้นิเทศ)

๑) ติดตามผลการดำเนินงานผู้ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการ ส่องกล้อง (Colposcopy) ให้ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

๒) ติดตามผลการดำเนินงานผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และผู้ที่มีผลคัดกรอง ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง (Colonoscopy) ให้ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

๓) ติดตามผลการดำเนินงานการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก และการได้รับการตัดชิ้นเนื้อและตรวจทางพยาธิวิทยาในผู้ที่มีข้อบ่งชี้

๔) มีการบริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งช่องปาก เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการอย่างทั่วถึงมากขึ้น

๕) มีการบริหารจัดการทรัพยากร และมีการเพิ่มศักยภาพให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจหรือทำหัตถการที่จำเป็น เช่น การส่องกล้อง การตัดชิ้นเนื้อ อย่างเร็วที่สุด

๖) การจัดระบบบริการ ติดตามดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากต่อเนื่อง ครบวงจร และบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพ

๗) วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในรายจังหวัดที่ไม่ผ่านตัวชี้วัด และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา

๘) สถานการณ์การค้นพบโรคในระยะต่าง ๆ

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นตรวจราชการ : การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ / ตัวชี้วัด

- ๑.๑ ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗
- ๑.๒ ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ (๑๕-๔๕ ปี)
๒. มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และมีการจัดทำ CIR ที่ชัดเจนระดับจังหวัดที่ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และระดับเขตสุขภาพ ได้รับความเห็นชอบจากและผู้ตรวจราชการฯ
๓. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC ๑๐๐
๔. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม
๕. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงโรคและภัยที่เรียงลำดับความสำคัญ
๖. Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ
๗. มี operational plans สำหรับ ๓ ภัยที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง ๓ ภัยไว้ด้วย
๘. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปที่สอดคล้องกับ operational plan

๑) เป้าหมาย และผลงาน

จังหวัดที่ผ่านตัวชี้วัด คือ จังหวัดที่ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จที่ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไปของคะแนนเต็ม

๒) สรุปสถานการณ์

การตรวจราชการและนิเทศงาน ประเด็น การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพมีจำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด ๘ ตัวชี้วัดย่อย โดยแบ่งเป็นเกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดเป็น ๒ รอบ ซึ่งในรอบที่ ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการจัดทำข้อมูลในตัวชี้วัดดังนี้ ๑) ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗ ๒) ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (๑๕-๔๕ ปี) ๓) มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และมีการจัดทำ CIR ที่ชัดเจนระดับจังหวัดที่ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และระดับเขตสุขภาพ ได้รับความเห็นชอบจากและผู้ตรวจราชการฯ ๔) ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC ๑๐๐ ๕) มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม ๖) มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงโรคและภัยที่เรียงลำดับความสำคัญ

ผลการประเมินภาพรวมของประเทศ ตามรายละเอียดตัวชี้วัดในระยะ Prevention ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗ และความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (๑๕-๔๕ ปี) ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในทุกจังหวัด เนื่องจากทัศนคติของภาคประชาชนที่มีต่อวัคซีน

เปลี่ยนไป ไม่ว่าจะเป็นการไม่เห็นความสำคัญของการสร้างภูมิคุ้มกัน ความตื่นกลัวผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน การขาดความเชื่อมั่นในวัคซีนชนิดต่ออายุ รวมไปถึงความผ่อนคลายเนื่องจากการผ่อนปรนเรื่องมาตรการโควิด-๑๙ ทำให้การรณรงค์ฉีดวัคซีนเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควร อีกทั้ง หน่วยบริการสำหรับการฉีดวัคซีนมีจำนวนลดลงจึงทำให้มีการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในทุกกลุ่มเป้าหมายน้อยลง

ระยะ Detect ได้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ สามารถตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ มีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงานในส่วนของการเฝ้าระวังเหตุการณ์ในพื้นที่ที่มีความสำคัญ (CIR) และรายงานให้กับผู้บริหารในพื้นที่รับทราบ ทั้งนี้มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องโดยในทีม SAT ต้องผ่านการ orientation ทุกคน และในส่วนของกิจกรรมพัฒนาบุคลากรหรือจัดการความรู้ของ SAT ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภารกิจ SAT อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ได้แก่ การรับแจ้งเหตุการณ์ (Notification) การตรวจสอบและยืนยัน (Verification) วิเคราะห์สถานการณ์ การประเมินความเสี่ยง การเขียนรายงาน (Reporting) หรืองานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ระยะ Response & Recovery ในส่วนของทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม ส่วนใหญ่มีการดำเนินการผ่านเกณฑ์การประเมิน มีเพียงบางพื้นที่อยู่ระหว่างการดำเนินการพัฒนาศักยภาพทีม CDCU ให้ครบถ้วน ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานวิชาการในเขตสุขภาพมีแผนการพัฒนาและฟื้นฟูองค์ความรู้ และศักยภาพของทีม CDCU อย่างต่อเนื่องประจำปี ในตัวชี้วัดร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC ๑๐๐ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน ร่วมกับกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ดำเนินการจัดการอบรมผู้บริหารระดับจังหวัดตามกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ๓ รุ่น ระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๖ และในตัวชี้วัด มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงโรคและภัยที่เรียงลำดับความสำคัญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่มีการประเมินความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- ศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน สำหรับการปฏิบัติหน้าที่ในการจัดการภาวะฉุกเฉินทั้งทีมตระหนักรู้เฝ้าระวังสถานการณ์ ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน
- การสนับสนุนองค์ความรู้ แนวทาง แบบฟอร์ม และการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพจากหน่วยงานส่วนกลาง ให้กับหน่วยงานระดับจังหวัดพื้นที่เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- การสื่อสารรายละเอียด เกณฑ์การประเมินของตัวชี้วัดภายใต้ของประเด็นตรวจราชการอย่างครอบคลุม ครบถ้วน กับให้หน่วยงานระดับจังหวัด

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ส่วนกลาง

- ขอให้ตัดประเด็นวัคซีนออก เพื่อให้สามารถดำเนินการตามประเด็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ขอให้ส่วนกลาง มีข้อสั่งการให้หน่วยงานระดับจังหวัดจัดทำคำสั่งในการตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ SAT เป็นทีมเดียวของจังหวัดเพื่อการบริหารจัดการทั้งจังหวัดได้
- กรมควบคุมโรคควรจัดหาหลักสูตรและเครื่องมือที่จำเป็นต่อการพัฒนาทักษะทีม SAT ศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพ สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร และข้อมูลเพื่อการปฏิบัติงานของ SAT จังหวัด
- เนื่องจากมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดภายใต้ อบจ. ทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาทีม จึงขอให้ส่วนกลางระบุให้ชัดเจนเกี่ยวกับคุณสมบัติหัวหน้าหน่วยและสมาชิกในหน่วยการหมุนเวียนทีม SAT เพื่อ monitor เหตุการณ์ทั้งโรคและภัยสุขภาพ มีการตรวจสอบ ประเมินความเสี่ยง รายงานผู้บริหาร และสรุปสถานการณ์ โดยมี Supervisor กำกับดูแลการอบรมทีม SAT เพิ่มเติมให้ครอบคลุมทั้งผู้รับผิดชอบกลุ่มโรคและภัยสุขภาพ
- การสนับสนุนการพัฒนาทักษะการจัดทำ Operational plans Resource mapping และ BCP โดยหน่วยงานระดับส่วนกลาง เขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางเดียวกัน ทั้งนี้ส่วนกลางควรมีแบบฟอร์มการรายงานที่เป็นแบบฟอร์มเดียวกันทั้งกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะ การบูรณาการแบบฟอร์มร่วมกันระหว่างกองสาธารณสุขฉุกเฉิน และกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค
- สนับสนุนทรัพยากร เวชภัณฑ์ในการป้องกันควบคุมโรคให้หน่วยงานในพื้นที่ ตามแต่ละโรคและภัยที่สำคัญที่ประเมินความเสี่ยง

ส่วนภูมิภาค

- การพัฒนาทักษะผู้ปฏิบัติงาน SAT และพัฒนา SOP สำหรับการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน และพัฒนาบุคลากรอื่นๆ เพิ่มเติม
- พัฒนา DCIRs/CIRs รวมทั้ง HSP BCP ให้สอดคล้องกับ Risk Assessments และครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ
- สสจ. รพศ. และ รพท. เร่งรัดพัฒนาแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย
- ศึกษาเรียนรู้ระบบ EOC และ ICS 100 เพื่อเพิ่มความเข้าใจและเข้าถึงระบบบัญชาการเหตุการณ์เพื่อนำมาจัดทำแผนตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- จัดทำแผนทรัพยากรที่ครอบคลุมด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดทำข้อมูลรายการทรัพยากรให้สอดคล้องกับแนวทางของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เพื่อให้ครอบคลุมมากขึ้น (วางแผน คาดการณ์สำรองทรัพยากร)
- จังหวัดควรทบทวนการระบุความเสี่ยงโรคและภัยที่เรียงลำดับความสำคัญที่ชัดเจนมากกว่านี้ เพื่อเป็นข้อมูลเริ่มต้นในการจัดทำฐานข้อมูลที่สำคัญของโรคและภัยต่อไป รวมไปถึงการจัดทำแผนและนำไปสู่การซ้อมแผน
- ควรมีการพัฒนา จัดระบบฐานข้อมูลจำเป็นของโรค/ภัยสุขภาพที่เป็นลำดับสำคัญให้พร้อมสำหรับประเมินสถานการณ์/ความเสี่ยงได้ทันที รวมทั้งพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับ EOC ประจำปี เนื่องจากแต่ละปีจะมีบุคลากรใหม่ โยกย้ายและเปลี่ยนงาน และปรับปรุง Document ต่างๆ ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมออย่างน้อยปีละครั้ง

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- การนำเสนอผลการปฏิบัติงานในที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆอย่างต่อเนื่อง
- ทีมบุคลากรที่เป็นผู้ขับเคลื่อนตัวชี้วัดที่เข้มแข็ง มีระบบเฝ้าระวังภัยและมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน สามารถรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ วิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งรายงานข้อมูล และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการเตรียมความพร้อมในการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของอุบัติเหตุทางทะเล ที่ทางจังหวัดได้ดำเนินการไปจนถึงกระบวนการการซ้อมแผนและมีการถอดบทเรียนเพื่อนำมาพัฒนางานด้านสาธารณสุขทางทะเล
- สนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรม FEMT/FETH/EETP และมีวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ โปรแกรมระบบสารสนเทศสำหรับการปฏิบัติงาน SAT เพียงพอ
- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดำเนินการตามประเด็นตรวจราชการ
- การพัฒนา PHEM ตามแนวทางและประเด็นจุดเน้นผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ร่วมผลักดันและขับเคลื่อน
- กำหนดผู้รับผิดชอบและทำงานเชิงบูรณาการระหว่างหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดดังนี้

- ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC ๑๐๐
- มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงโรคและภัยที่เรียงลำดับความสำคัญ
- Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ
- มี operational plans สำหรับ ๓ ภัยที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง ๓ ภัยไว้ด้วย
- มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๑. ประเด็นตรวจราชการ: การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๒. หัวข้อ/ตัวชี้วัด:

- ๑.๑ ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗
- ๑.๒ ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (๑๕-๔๕ ปี)
๒. มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และมีการจัดทำ CIR ที่ชัดเจนระดับจังหวัดที่ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และระดับเขตสุขภาพ ได้รับความเห็นชอบจากและผู้ตรวจราชการฯ
๓. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC ๑๐๐
๔. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม
๕. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงโรคและภัยที่เรียงลำดับความสำคัญ
๖. Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ
๗. มี operational plans สำหรับ ๓ ภัยที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญ ทั้ง ๓ ภัยไว้ด้วย
๘. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองควบคุมโรค และภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค
หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กองโรคติดต่อทั่วไป และกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

๔. สถานการณ์

การตรวจราชการและนิเทศงาน ประเด็นการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพมีจำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด ๘ ตัวชี้วัดย่อย โดยแบ่งเป็นเกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดเป็น ๒ รอบ ซึ่งในรอบที่ ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการจัดทำข้อมูลในตัวชี้วัดดังนี้ ๑) ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗ ๒) ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (๑๕-๔๕ ปี) ๓) มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และมีการจัดทำ CIR ที่ชัดเจนระดับจังหวัดที่ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และระดับเขตสุขภาพ ได้รับความเห็นชอบจากและผู้ตรวจราชการฯ ๔) ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC ๑๐๐ ๕) มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม ๖) มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงโรคและภัยที่เรียงลำดับความสำคัญ

ผลการประเมินภาพรวมของประเทศ ตามรายละเอียดตัวชี้วัดในระยะ Prevention ความครอบคลุม การฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗ และความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (๑๕-๔๕ ปี) ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในทุกจังหวัด เนื่องจากทัศนคติของภาคประชาชนที่มีต่อวัคซีน เปลี่ยนไป ไม่ว่าจะเป็น การไม่เห็นความสำคัญของการสร้างภูมิคุ้มกัน ความตื่นกลัวผลข้างเคียงของการฉีด วัคซีน การขาดความเชื่อมั่นในวัคซีนชนิดต่ออายุ รวมไปถึงความผ่อนคลายเนื่องจากการผ่อนปรนเรื่อง มาตรการโควิด-๑๙ ทำให้การรณรงค์ฉีดวัคซีนเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควร อีกทั้ง หน่วยบริการสำหรับการฉีดวัคซีน มีจำนวนลดลงจึงทำให้มีการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในทุกกลุ่มเป้าหมายน้อยลง

ระยะ Detect ได้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อโรคและภัยสุขภาพใน พื้นที่ได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ สามารถตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ มีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงานในส่วนของระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ในพื้นที่ที่มีความสำคัญ (CIR) และรายงานให้กับผู้บริหารในพื้นที่รับทราบ ทั้งนี้มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องโดย ในทีม SAT ต้องผ่านการ orientation ทุกคน และในส่วนของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพหรือจัดการความรู้ของ SAT ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภารกิจ SAT อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ได้แก่ การรับแจ้งเหตุการณ์ (Notification) การตรวจสอบและยืนยัน (Verification) วิเคราะห์สถานการณ์ การประเมินความเสี่ยง การเขียนรายงาน (Reporting) หรืองานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

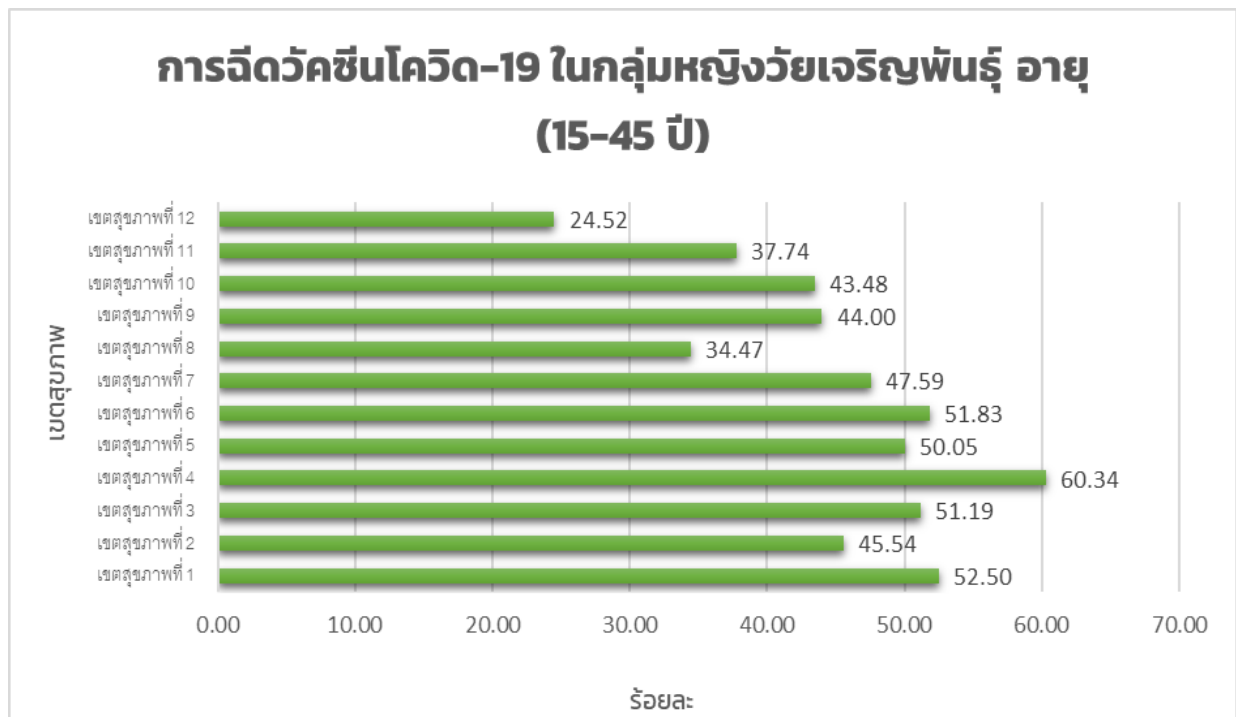
ระยะ Response & Recovery ในส่วนของทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม ส่วนใหญ่มีการดำเนินการผ่านเกณฑ์การประเมิน มีเพียงบางพื้นที่อยู่ระหว่างการดำเนินการพัฒนา ศักยภาพทีม CDCU ให้ครบถ้วน ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานวิชาการในเขตสุขภาพมี แผนการพัฒนาและฟื้นฟูองค์ความรู้ และศักยภาพของทีม CDCU อย่างต่อเนื่องประจำปี ในตัวชี้วัดร้อยละ ของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC ๑๐๐ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน ร่วมกับ กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ดำเนินการจัดการอบรมผู้บริหารระดับจังหวัด ตามกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ๓ รุ่น ระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๖ และในตัวชี้วัด มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงโรคและภัยที่เรียงลำดับความสำคัญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่มีการประเมินความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ตาม เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง

๕. ผลการประเมิน (รอบที่ ๑)

๑.๑) ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗

เขตสุขภาพ	ผลการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และบุคคลที่มีโรคประจำตัว				
	จำนวนเป้าหมาย (คน)	เข็มที่ 3		เข็มที่ 4	
		จำนวน (คน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)	จำนวน (คน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)
เขตสุขภาพที่ 1	1,678,264	891,045	53.1	146,889	8.8
เขตสุขภาพที่ 2	945,864	405,869	42.9	71,376	7.5
เขตสุขภาพที่ 3	860,021	393,504	45.8	68,537	8.0
เขตสุขภาพที่ 4	1,460,281	834,925	57.2	248,774	17.0
เขตสุขภาพที่ 5	1,403,148	645,533	46.0	145,361	10.4
เขตสุขภาพที่ 6	1,630,377	850,660	52.2	206,988	12.7
เขตสุขภาพที่ 7	1,279,378	532,428	41.6	58,909	4.6
เขตสุขภาพที่ 8	1,269,883	534,189	42.1	57,415	4.5
เขตสุขภาพที่ 9	1,587,026	795,900	50.2	152,827	9.6
เขตสุขภาพที่ 10	1,015,271	457,274	45.0	52,391	5.2
เขตสุขภาพที่ 11	1,145,960	394,844	34.5	60,185	5.3
เขตสุขภาพที่ 12	1,072,223	282,255	26.3	33,938	3.2
เขตสุขภาพที่ 13	2,180,867	1,464,820	67.2	651,647	29.9
รวม	17,528,563	8,483,246	48.4	1,955,237	11.2

๑.๒) ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (๑๕-๔๕ ปี)



๒) มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และมีการจัดทำ CIR ที่ชัดเจนระดับจังหวัดที่ได้รับ
ความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และระดับเขตสุขภาพ ได้รับความเห็นชอบจากและผู้ตรวจราชการฯ

เขตสุขภาพ	มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอและมีการจัดทำ CIR ที่ชัดเจนระดับจังหวัดที่ได้รับ ความเห็นชอบจากนพ.สสจ. และระดับเขตสุขภาพ ได้รับความเห็นชอบจากและผู้ตรวจราชการฯ			
	จังหวัดผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	จังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1	0	0	8	100
เขตสุขภาพที่ 2	3	60	2	40
เขตสุขภาพที่ 3	0	0	5	100
เขตสุขภาพที่ 4	5	62.5	3	37.5
เขตสุขภาพที่ 5	0	0	0	0
เขตสุขภาพที่ 6	5	62.5	3	37.5
เขตสุขภาพที่ 7	0	0	4	100
เขตสุขภาพที่ 8	4	57.14	3	42.86
เขตสุขภาพที่ 9	0	0	4	100
เขตสุขภาพที่ 10	5	100	0	0
เขตสุขภาพที่ 11	6	85.71	1	14.29
เขตสุขภาพที่ 12	0	0	7	100
รวม	28	36.84	40	52.63

๓) มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม

เขตสุขภาพ	มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม			
	จังหวัดผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	จังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1	5	62.5	3	37.5
เขตสุขภาพที่ 2	5	100	0	0
เขตสุขภาพที่ 3	5	100	0	0
เขตสุขภาพที่ 4	7	87.5	1	12.5
เขตสุขภาพที่ 5	0	0	0	0
เขตสุขภาพที่ 6	6	75	2	25
เขตสุขภาพที่ 7	4	100	0	0
เขตสุขภาพที่ 8	5	71.43	2	28.57
เขตสุขภาพที่ 9	3	75	1	25
เขตสุขภาพที่ 10	5	100	0	0
เขตสุขภาพที่ 11	7	100	0	0
เขตสุขภาพที่ 12	7	100	0	0
รวม	59	77.63	9	11.84

๔) มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงโรคและภัยที่เรียงลำดับความสำคัญ

เขตสุขภาพ	มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ที่ระบุความเสี่ยงโรคและภัยที่เรียงลำดับความสำคัญ			
	จังหวัดผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	จังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1	6	75	2	25
เขตสุขภาพที่ 2	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 3	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 4	6	75	2	25
เขตสุขภาพที่ 5	0	0	0	0
เขตสุขภาพที่ 6	3	37.5	5	62.5
เขตสุขภาพที่ 7	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 8	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 9	0	0	4	100
เขตสุขภาพที่ 10	2	40	3	60
เขตสุขภาพที่ 11	2	29	5	71
เขตสุขภาพที่ 12	0	0	7	100
รวม	19	25.00	28	36.84

๕) Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ

เขตสุขภาพ	Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ			
	จังหวัดผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	จังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 2	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 3	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 4	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 5	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 6	0	0	8	100
เขตสุขภาพที่ 7	0	0	4	100
เขตสุขภาพที่ 8	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 9	0	0	4	100
เขตสุขภาพที่ 10	1	20	4	80
เขตสุขภาพที่ 11	0	0	7	100
เขตสุขภาพที่ 12	0	0	7	100
รวม	1	1.32	34	44.74

๖) มี operational plans สำหรับ ๓ ภัยที่สำคัญ โดยระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง ๓ ภัยไว้ด้วย

เขตสุขภาพ	มี operational plans (HSP) สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบบบัญชาการ ที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัย			
	จังหวัดผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	จังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1	3	37.5	5	62.5
เขตสุขภาพที่ 2	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 3	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 4	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 5	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 6	0	0	8	100
เขตสุขภาพที่ 7	0	0	4	100
เขตสุขภาพที่ 8	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 9	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 10	4	80	1	20
เขตสุขภาพที่ 11	0	0	7	100
เขตสุขภาพที่ 12	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
รวม	7	9.21	25	32.89

๗) มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan

เขตสุขภาพ	มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan			
	จังหวัดผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	จังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1	0	0	8	100
เขตสุขภาพที่ 2	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 3	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 4	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 5	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 6	0	0	8	100
เขตสุขภาพที่ 7	0	0	4	100
เขตสุขภาพที่ 8	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 9	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
เขตสุขภาพที่ 10	0	0	5	100
เขตสุขภาพที่ 11	0	0	7	100
เขตสุขภาพที่ 12	อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน รอบที่ 2			
รวม	0	0	32	42.11

๖. ปัญหา / สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความไม่สำเร็จ

- ศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน สำหรับการปฏิบัติหน้าที่ในการจัดการภาวะฉุกเฉินทั้งทีมตระหนักรู้เฝ้าระวังสถานการณ์ ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน
- การสนับสนุนองค์ความรู้ แนวทาง แบบฟอร์ม และการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพจากหน่วยงานส่วนกลาง ให้กับหน่วยงานระดับจังหวัดพื้นที่เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- การสื่อสารรายละเอียด เกณฑ์การประเมินของตัวชี้วัดภายใต้ของประเด็นตรวจราชการอย่างครอบคลุม ครบถ้วน กับให้หน่วยงานระดับจังหวัด

๗. ข้อเสนอแนะ

ส่วนกลาง

- ขอให้ตัดประเด็นวัคซีนออก เพื่อให้สามารถดำเนินการตามประเด็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ขอให้ส่วนกลางมีข้อสั่งการให้หน่วยงานระดับจังหวัด จัดทำคำสั่งในการตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ SAT เป็นทีมเดียวของจังหวัด เพื่อการบริหารจัดการทั้งจังหวัดได้
- กรมควบคุมโรคควรจัดหาหลักสูตรและเครื่องมือที่จำเป็นต่อการพัฒนาทักษะทีม SAT ศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพ สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร และข้อมูลเพื่อการปฏิบัติงานของ SAT จังหวัด
- เนื่องจากมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดภายใต้ อบจ. ทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาทีม จึงขอให้ส่วนกลางระบุให้ชัดเจนเกี่ยวกับคุณสมบัติหัวหน้าหน่วยและสมาชิกในหน่วยการหมุนเวียนทีม SAT เพื่อ monitor เหตุการณ์ทั้งโรคและภัยสุขภาพ มีการตรวจสอบ ประเมินความเสี่ยง รายงานผู้บริหาร และสรุปสถานการณ์ โดยมี Supervisor กำกับดูแลการอบรมทีม SAT เพิ่มเติมให้ครอบคลุมทั้งผู้รับผิดชอบกลุ่มโรคและภัยสุขภาพ
- การสนับสนุนการพัฒนาทักษะการจัดทำ Operational plans Resource mapping และ BCP โดยหน่วยงานระดับส่วนกลาง เขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางเดียวกัน ทั้งนี้ส่วนกลางควรมีแบบฟอร์มการรายงานที่เป็นแบบฟอร์มเดียวกันทั้งกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะ การบูรณาการแบบฟอร์มร่วมกันระหว่างกองสาธารณสุขฉุกเฉิน และกองคุ้มครองและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค
- สนับสนุนทรัพยากร เวชภัณฑ์ในการป้องกันควบคุมโรคให้หน่วยงานในพื้นที่ ตามแต่ละโรคและภัยที่สำคัญที่ประเมินความเสี่ยง

ส่วนภูมิภาค

- การพัฒนาทักษะผู้ปฏิบัติงาน SAT และพัฒนา SOP สำหรับการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน และพัฒนาบุคลากรอื่น ๆ เพิ่มเติม
- พัฒนา DCIRs/CIRs รวมทั้ง HSP BCP ให้สอดคล้องกับ Risk Assessments และครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ
- สสจ. รพศ. และ รพท. เร่งรัดพัฒนาแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย
- ศึกษาเรียนรู้ระบบ EOC และ ICS 100 เพื่อเพิ่มความเข้าใจและเข้าถึงระบบบัญชาการเหตุการณ์เพื่อนำมาจัดทำแผนตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- จัดทำแผนทรัพยากรที่ครอบคลุมด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดทำข้อมูลรายการทรัพยากรให้สอดคล้องกับแนวทางของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เพื่อให้ครอบคลุมมากขึ้น (วางแผน คาดการณ์ สํารองทรัพยากร)

- จังหวัดควรทบทวนการระบุความเสี่ยงโรคและภัยที่เรียงลำดับความสำคัญที่ชัดเจนมากกว่านี้ เพื่อเป็นข้อมูลเริ่มต้นในการจัดทำฐานข้อมูลที่สำคัญของโรคและภัยต่อไป รวมไปถึงการจัดทำแผนและนำไปสู่การซ้อมแผน

- ควรมีการพัฒนา จัดระบบฐานข้อมูลจำเป็นของโรค/ภัยสุขภาพที่เป็นลำดับสำคัญให้พร้อมสำหรับประเมินสถานการณ์/ความเสี่ยงได้ทันที รวมทั้งพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับ EOC ประจำปี เนื่องจากแต่ละปีจะมีบุคลากรใหม่ โยกย้ายและเปลี่ยนงาน และปรับปรุง Document ต่าง ๆ ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมออย่างน้อยปีละครั้ง

๘. แผนการติดตาม (จากผู้นิเทศ)

ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานจากรอบที่ ๑ เพื่อให้หน่วยงานระดับจังหวัดสามารถดำเนินการได้ผ่านเกณฑ์การประเมิน และติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดย่อยที่ต้องประเมินในรอบที่ ๒ ดังนี้

๑. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC ๑๐๐

๒. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงโรคและภัยที่เรียงลำดับความสำคัญ

๓. Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ

๔. มี operational plans สำหรับ ๓ ภัยที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญ ทั้ง ๓ ภัยไว้ด้วย

๕. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan

สรุปผลการตรวจราชการ

ประเด็นที่ ๖ องค์กรสมรรถนะสูง

- การเงินการคลังสุขภาพ

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๖ : องค์กรสมรรถนะสูง

ประเด็นตรวจราชการ : องค์กรสมรรถนะสูง

หัวข้อ / ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของการกำกับติดตามแผนการลงทุนตามนโยบายการลงทุน

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑.๑) เป้าหมาย

ตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

- วิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒
- วิกฤตทางการเงินระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๔

ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของการกำกับติดตามแผนการลงทุนตามนโยบายการลงทุน

- มีแผนการลงทุนและแผนเงินบำรุง ๑ ปี ร้อยละ ๑๐๐
- มีแผนการลงทุนและแผนเงินบำรุง ๓ ปี ร้อยละ ๑๐๐

๑.๒) ผลงาน

ตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

- ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๗ (คาเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๒)
- ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ (คาเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๔)

ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของการกำกับติดตามแผนการลงทุนตามนโยบายการลงทุน

- มีแผนการลงทุนและแผนเงินบำรุง ๑ ปี จำนวน ๙๐๑ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐
- มีแผนการลงทุนและแผนเงินบำรุง ๓ ปี จำนวน ๙๐๑ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐

๒) สรุปสถานการณ์

๒.๑) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

สถานการณ์การเงินการคลัง ปี ๒๕๖๖ ไตรมาสที่ ๒ หน่วยบริการค่อนข้างมีความมั่นคงทางการเงิน การคลัง สะท้อนจากร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ และ ๗ ลดลงต่อเนื่อง โดยปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๒ มี ๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๓ ปี ๒๕๖๖ ไตรมาส ๑ มี ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๑ และไตรมาส ๒ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤต ระยะต่อไป ควรมีการกำกับติดตามสภาพคล่องอย่างใกล้ชิด เนื่องจากหน่วยบริการไม่มีรายได้โควิด ตามประกาศของ สปสช. กำหนดให้โรคโควิดเป็นโรคประจำถิ่น มีผลวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ดังนั้น ควรมีระยะการเรียกชำระหนี้ให้เร็วขึ้น และเพิ่มความสามารถในการทำกำไร โดยนำสินทรัพย์ที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ให้คุ้มค่า พัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ และที่สำคัญรักษาวินัยการเงินการคลังอย่างเคร่งครัด เนื่องจากปีนี้มีการลงทุนตามนโยบาย EMS

ตารางที่ ๑ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติการเงินระดับ ๖ และ ๗ ไตรมาส ๑ - ๒ ปงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

เขต	งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖					งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕				
	จำนวน แห่ง (ทั้งหมด)	ไตรมาส ๑		ไตรมาส ๒		จำนวน แห่ง (ทั้งหมด)	ไตรมาส ๑		ไตรมาส ๒	
		จำนวน ระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๗ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๗ (แห่ง)		จำนวน ระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๗ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๖ (แห่ง)	จำนวน ระดับ ๗ (แห่ง)
๑	๑๐๓	-	-	-	-	๑๐๒	-	-	๑	-
๒	๔๗	-	-	-	-	๔๗	-	-	-	-
๓	๕๔	-	-	-	-	๕๔	-	-	-	-
๔	๗๒	๑	-	-	-	๗๒	-	-	๑	-
๕	๖๗	-	-	-	-	๖๗	-	-	-	-
๖	๗๓	-	-	-	-	๗๓	-	-	-	-
๗	๗๗	-	-	-	-	๗๗	-	-	-	-
๘	๘๘	-	-	-	-	๘๘	-	-	๑	-
๙	๘๙	-	-	-	-	๘๙	-	-	-	-
๑๐	๗๑	-	-	-	-	๗๑	-	-	-	-
๑๑	๘๒	-	-	-	-	๘๒	-	-	-	-
๑๒	๗๘	-	-	-	-	๗๘	-	-	-	-
รวม	๙๐๑	-	-	-	-	๙๐๐	-	-	๓	-
	ร้อยละ-	๐.๑๑	-	-	-	ร้อยละ	-	-	๐.๓๓	-

๒.๒) ร้อยละของการกำกับติดตามแผนการลงทุนตามนโยบายการลงทุน

การกำกับติดตามแผนการลงทุนด้วยเงินบำรุงตามนโยบายการลงทุน ไตรมาสที่ ๒ ปี ๒๕๖๖ พบว่าหน่วยบริการ มีการจัดทำแผนเงินบำรุงและแผนลงทุน ๑ ปี และมีการจัดทำแผนเงินบำรุงและแผนลงทุน ๓ ปี ครบทั้ง ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ตารางที่ ๒ การจัดทำแผนเงินบำรุงและแผนลงทุน ๑ ปี และ ๓ ปี ปี ๒๕๖๖ ไตรมาส ๒

เขต สุขภาพ	จำนวน หน่วยบริการ (แห่ง)	แผนเงินบำรุงและแผนลงทุน ๑ ปี		แผนเงินบำรุงและแผนลงทุน ๓ ปี	
		จัดทำ (แห่ง)	(ร้อยละ) ที่จัดทำ	จัดทำ (แห่ง)	(ร้อยละ) ที่จัดทำ
๑	๑๐๓	๑๐๓	๑๐๐	๑๐๓	๑๐๐
๒	๔๗	๔๗	๑๐๐	๔๗	๑๐๐
๓	๕๔	๕๔	๑๐๐	๕๔	๑๐๐
๔	๗๒	๗๒	๑๐๐	๗๒	๑๐๐
๕	๖๗	๖๗	๑๐๐	๖๗	๑๐๐
๖	๗๓	๗๓	๑๐๐	๗๓	๑๐๐
๗	๗๗	๗๗	๑๐๐	๗๗	๑๐๐
๘	๘๘	๘๘	๑๐๐	๘๘	๑๐๐
๙	๘๙	๘๙	๑๐๐	๘๙	๑๐๐
๑๐	๗๑	๗๑	๑๐๐	๗๑	๑๐๐
๑๑	๘๒	๘๒	๑๐๐	๘๒	๑๐๐
๑๒	๗๘	๗๘	๑๐๐	๗๘	๑๐๐
รวม	๙๐๑	๙๐๑	๑๐๐	๙๐๑	๑๐๐

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- ๑) การส่งรายงานที่กำหนดระยะเวลาจำกัด มีผลต่อความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล
- ๒) การส่งข้อมูลจากกลุ่มงานต่างๆให้กับบัญชี ไม่ได้ปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนด
- ๓) ปัญหาประสิทธิภาพการเงินการคลังโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการบริหารลูกหนี้คงคลัง และการชำระหนี้
- ๔) พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ในทุกหน่วยบริการ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑) สำหรับพื้นที่

- พัฒนาศักยภาพนักบัญชี และ CFO ของหน่วยบริการ และกำกับ ติดตาม การพัฒนาประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง
- กำกับ ติดตาม TPS ให้ผ่านเกณฑ์
- การจัดทำแผนบริหารหนี้สิน
- พัฒนาศักยภาพการให้บริการตาม Service Plan
- ชักชวนความเข้าใจเรื่องการบันทึกบัญชี กรณี รพ.สต.ถ่ายโอน และระบบกำกับบริหารแผน Planfin และแผนเงินบำรุง และกำกับติดตามกรณี CUP ที่มี รพ.สต.ถ่ายโอนไป อปท. วางแผนการบริหารจัดการการเงินการคลังและกำกับ ติดตาม ผลงานบริการ P& P ในภาพ CUP
- จัดให้มีการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งรูปแบบนวัตกรรมที่ใช้ ปัญหาและวิธีการแก้ไข เพื่อให้ได้รูปแบบแนวทางการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ที่ชัดเจน
- จัดทำ Flow Chart การปฏิบัติงาน และมอบหมายงานให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถควบคุมการเบิกจ่าย ในแต่ละกองทุนให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
- เพิ่มประสิทธิภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างศูนย์จัดเก็บรายได้และงานบัญชี และพัฒนาคุณภาพการจัดเก็บไม่ให้มี Claim Missing , Error, Expire ปดยอดลูกหนี้สิทธิในแต่ละวันให้ครบทุก Visit เพื่อให้สามารถเรียกเก็บได้ครบถ้วน
- นำเสนอในที่ประชุมเขตสุขภาพทุกเดือน จัดให้มีการให้รางวัล และชื่นชมจังหวัดที่มีระยะเวลาเรียกเก็บเฉลี่ยต่ำที่สุด และให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการรายงานระยะเวลาการเรียกเก็บผ่านที่ประชุมกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ทุกเดือน
- ส่วนกลางควรกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อจัดทำแผนการรับ-จ่ายเงินบำรุง แผนลงทุน และควบคุมการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน

๔.๒) สำหรับส่วนกลาง

- จัดทำแนวทางการบริหารจัดการลูกหนี้ของหน่วยบริการ (การลดหนี้ระหว่างกัน และการตัดหนี้สูญ)
- การสนับสนุนข้อมูลค่ากลาง แยกตามระดับหน่วยบริการ รายเดือน เพื่อการกำกับติดตามผลการประเมิน Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการ
- ควรมีหลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลังแก่คณะทำงาน CFO
- ระบบเบิกจ่ายมีหลายสิทธิ และหลายกองทุน ทำให้การเรียกเก็บมีหลายโปรแกรม เป็นอุปสรรคต่อการส่งข้อมูล จึงเสนอให้ส่วนกลางควรมีระบบ/ใช้โปรแกรมเดียวกัน/ลดโปรแกรมลง เพื่อให้สะดวกต่อการเรียกเก็บ
- ควรมีโปรแกรม/Software ให้กับหน่วยบริการ และสำหรับบริหารข้อมูล ในการรวบรวมตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลการเรียกเก็บ และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อลดความผิดพลาดหรือปัญหาของการเรียกเก็บ อย่างเป็นระบบ
- ถอดบทเรียนเกณฑ์การประเมินและจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์จัดเก็บรายได้ และกำหนดกรอบโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ และกำหนดกรอบบุคลากร รวมทั้งบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน

- ควรมีหลักสูตรการอบรม เพื่อพัฒนาบุคลากรศูนย์จัดเก็บรายได้ พัฒนาระบบ Software ช่วยในการจัดเก็บรายได้ ให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้
- ผลักดันให้มีการบรรจุข้าราชการ ในกลุ่มสายงานสนับสนุน เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากร ทุกสายงาน
- ควรจัดทำแนวทางพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ Planfin และแผนเงินบำรุง มีกลไกสนับสนุน ติดตามกำกับ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

- การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)
- พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)
- พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแกเครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)
- สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)
- ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

- ๑) ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤตทางการเงิน
- ๒) ร้อยละของการกำกับติดตามแผนการลงทุนตามนโยบายการลงทุน
 - ไตรมาส ๓ ประเมินผลเบิกจ่าย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของวงเงินลงทุนปี ๒๕๖๖
 - ไตรมาส ๔ ประเมินผลเบิกจ่าย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของวงเงินลงทุนปี ๒๕๖๖

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ประเด็นที่ ๖ : องค์กรสมรรถนะสูง

๑) ประเด็นตรวจราชการ : องค์กรสมรรถนะสูง

๒) หัวข้อ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

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

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ ๒ : ร้อยละของการกำกับติดตามแผนการลงทุนตามนโยบายการลงทุน

- มีแผนการลงทุนและแผนเงินบำรุง ๑ ปี ร้อยละ ๑๐๐

- มีแผนการลงทุนและแผนเงินบำรุง ๓ ปี ร้อยละ ๑๐๐

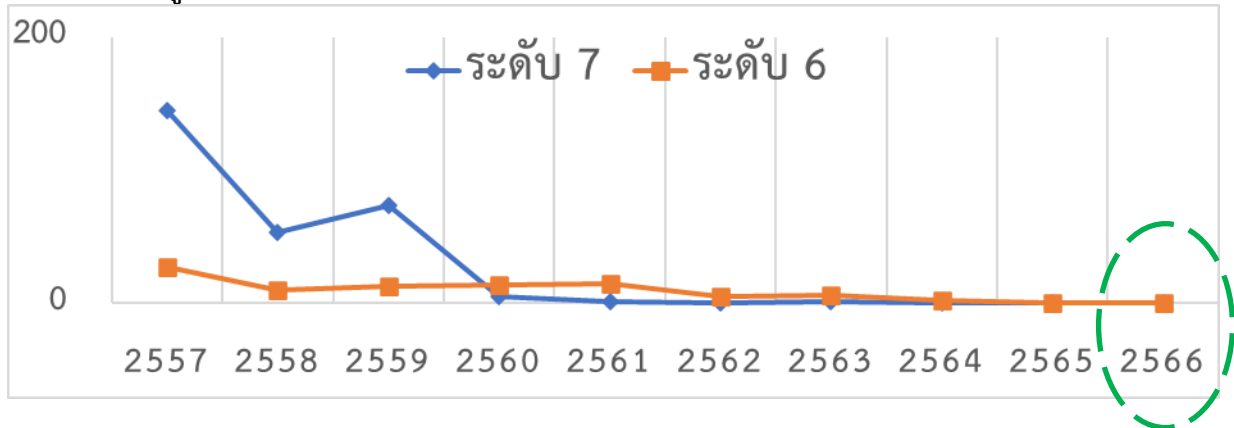
๓) หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

๔) สถานการณ์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
สถานการณ์การเงินการคลัง ปี ๒๕๖๖ ไตรมาสที่ ๒ หน่วยบริการค่อนข้างมีความมั่นคงทางการเงิน การคลัง สะท้อนจากร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๖ และ ๗ ลดลงต่อเนื่อง โดยปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๒ มี ๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๓ ปี ๒๕๖๖ ไตรมาส ๑ มี ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๑ และไตรมาส ๒ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตระยะต่อไป ควรมีการกำกับติดตามสภาพคล่องอย่างใกล้ชิด เนื่องจากหน่วยบริการไม่มีรายได้โควิด ตามประกาศของ สปสช. กำหนดให้โรคโควิดเป็นโรคประจำถิ่น มีผลวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ดังนั้น ควรมีระยะการเรียกชำระหนี้ให้เร็วขึ้น และเพิ่มความสามารถในการทำกำไร โดยนำสินทรัพย์ที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ ให้คุ้มค่า พัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ และที่สำคัญรักษาวินัยการเงินการคลังอย่างเคร่งครัด เนื่องจากปีนี้มีการลงทุนตามนโยบาย EMS	๑. มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง (๕ มาตรการ) ๑.๑ พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management) ๑.๒ การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting) ๑.๓ พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่าย และบุคลากร (Competency) ๑.๔ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Division of regional health) ๑.๕ ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Efficiency)	๑. ในปี ๒๕๖๖ ไตรมาส ที่ ๒ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๖ และ ๗ (ค่าเป้าหมาย ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒ ระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๔) ๒. หน่วยบริการมีแผนการลงทุนและแผนเงินบำรุง ๑ ปี และ ๓ ปี ครบ ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๑๐๐)

๕) ผลการประเมิน รอบที่ ๑

๕.๑) แผนภูมิแสดงวิกฤตการเงินทางการเงินปี ๒๕๖๖ ไตรมาส ๒



๕.๒) ตารางแสดงการจัดทำแผนเงินบำรุงและแผนลงทุน ๑ ปี และ ๓ ปี ปี ๒๕๖๖ ไตรมาส ๒

เขต สุขภาพ	จำนวน หน่วยบริการ (แห่ง)	แผนเงินบำรุงและแผนลงทุน ๑ ปี		แผนเงินบำรุงและแผนลงทุน ๓ ปี	
		จัดทำ (แห่ง)	(ร้อยละ)ที่จัดทำ	จัดทำ (แห่ง)	(ร้อยละ)ที่จัดทำ
๑	๑๐๓	๑๐๓	๑๐๐	๑๐๓	๑๐๐
๒	๔๗	๔๗	๑๐๐	๔๗	๑๐๐
๓	๕๔	๕๔	๑๐๐	๕๔	๑๐๐
๔	๗๒	๗๒	๑๐๐	๗๒	๑๐๐
๕	๖๗	๖๗	๑๐๐	๖๗	๑๐๐
๖	๗๓	๗๓	๑๐๐	๗๓	๑๐๐
๗	๗๗	๗๗	๑๐๐	๗๗	๑๐๐
๘	๘๘	๘๘	๑๐๐	๘๘	๑๐๐
๙	๘๙	๘๙	๑๐๐	๘๙	๑๐๐
๑๐	๗๑	๗๑	๑๐๐	๗๑	๑๐๐
๑๑	๘๒	๘๒	๑๐๐	๘๒	๑๐๐
๑๒	๗๘	๗๘	๑๐๐	๗๘	๑๐๐
รวม	๙๐๑	๙๐๑	๑๐๐	๙๐๑	๑๐๐

๕.๓) นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

วิกฤตทางการเงิน

- การดำเนินการเงินพัฒนาสุขภาพเขตสุขภาพที่ ๑ โดยดำเนินการมาตั้งแต่ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ การนำเงินบำรุงจากทุกจังหวัดมาร่วมกันเพื่อใช้ในโครงการพัฒนาระดับลานนา และ เขต ทำให้สามารถดำเนินการโครงการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และตอบโจทย์การปฏิรูปได้เป็นอย่างดีปี ๒๕๖๕ ได้เงิน ๑๐๐

- การดำเนินการบริหารการเงินการคลัง ของ หน่วยบริการในจังหวัดพิจิตร ที่มีผลการดำเนินงาน TPS ระดับ A และ B

ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ

เขตสุขภาพที่ ๖

- มีโปรแกรมระบบรายงานผู้ป่วย UC เรียกเก็บ- ตามจ่ายภายในจังหวัด เพื่อใช้ตรวจสอบ Audit ข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกแบบออนไลน์ ก่อนส่งข้อมูลให้หน่วยบริการ บันทึกบัญชี และเรียกเก็บตามจ่ายระหว่างกัน (เริ่มใช้งานจริงเมื่อวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖)

- จังหวัดจันทบุรีโปรแกรม CIA (Chanthaburi Insure Audit) ใช้ในการตรวจสอบความครบถ้วนในการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ๔ กองทุน (ข้าราชการ, ประกันสังคม, ประกันสุขภาพ UC และต่างดาว) โดยตรวจสอบระหว่างข้อมูลที่มีใน HOSxP กับ Statement ที่นำเขาในโปรแกรม RCM สามารถตรวจสอบได้แบบ real time (อยู่ระหว่างกำลังพัฒนา)

- จังหวัดปราจีนบุรี มีระบบเผาระวังระดับวิกฤติทางการเงินของจังหวัด และจัดทำดัชนีทางการเงินใหม่ (แบบหักเงินจัดสรร UC ลวงหนาทออก)

เขตสุขภาพที่ ๘

พัฒนาได้นวัตกรรมการเงินการคลังของหน่วยบริการ โดยมีการพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อเพิ่มการจัดเก็บรายได้ให้หน่วยบริการ โดยเข้าร่วมการพัฒนาระบบ I Claim หมอพร้อม ที่มีบริษัทประกันชีวิตเข้าร่วม โครงการ ๘ บริษัท ทำให้สามารถตรวจสอบสิทธิ การใช้สิทธิ และเรียกเก็บกับบริษัทประกันชีวิตที่เข้าร่วมโครงการได้ มีโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘ เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น ๗๘ แห่ง

เขตสุขภาพที่ ๙

พัฒนาเครื่องมือ (Software) ที่ใช้ในการจัดเก็บรายได้ จังหวัดนครราชสีมาใช้เครื่องมือ K@mecc จังหวัดชัยภูมิ ใช้เครื่องมือ RCM, Hsoft, AAA จังหวัดสุรินทร์ ใช้เครื่องมือ SRC, RCM, KKK, CCMS และจังหวัดบุรีรัมย์ ใช้เครื่องมือ CCMS, RCM, Hsoft, Quick view

๖) ปัญหา/สาเหตุ/สิ่งสะท้อนความไม่สำเร็จ

- ๑) การส่งรายงานที่กำหนดระยะเวลาจำกัด มีผลต่อความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล
- ๒) การส่งข้อมูลจากกลุ่มงานต่างๆ ให้นักบัญชี ไม่ได้ปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนด
- ๓) ปัญหาประสิทธิภาพการเงินการคลังโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการบริหารลูกหนี้ คงคลัง และการชำระหนี้
- ๔) พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ในทุกหน่วยบริการ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ

๗) ข้อเสนอแนะ

๗.๑) สำหรับพื้นที่

- พัฒนาศักยภาพนักบัญชี และ CFO ของหน่วยบริการ และกำกับ ติดตาม การพัฒนาประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง
- กำกับ ติดตาม TPS ให้ผ่านเกณฑ์
- การจัดทำแผนบริหารหนี้สิน
- พัฒนาศักยภาพการให้บริการตาม Service Plan
- ชักจูงความเข้าใจเรื่องการบันทึกบัญชี กรณี รพ.สต.ถ่ายโอน และระบบกำกับบริหารแผน Planfin และแผนเงินบำรุง และกำกับติดตามกรณี CUP ที่มี รพ.สต.ถ่ายโอนไป อปท. วางแผนการบริหารจัดการการเงินการคลังและกำกับ ติดตาม ผลงานบริการ P& P ในภาพ CUP

- จัดให้มีการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งรูปแบบนวัตกรรมที่ใช้ ปัญหาและวิธีการแก้ไข เพื่อให้ได้รูปแบบแนวทางการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ที่ชัดเจน
- จัดทำ Flow Chart การปฏิบัติงาน และมอบหมายงานให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถควบคุมการเบิกจ่าย ในแต่ละกองทุนให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
- เพิ่มประสิทธิภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างศูนย์จัดเก็บรายได้และงานบัญชี และพัฒนาคุณภาพการจัดเก็บไม่ให้มี Claim Missing , Error, Expire ปดยอดลูกหนี้สิทธิในแต่ละวันให้ครบทุก Visit เพื่อให้สามารถเรียกเก็บได้ครบถ้วน
- นำเสนอในที่ประชุมเขตสุขภาพทุกเดือน จัดให้มีการให้รางวัล และชื่นชมจังหวัดที่มีระยะเวลาเรียกเก็บเฉลี่ยต่ำที่สุด และให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการรายงานระยะเวลาการเรียกเก็บผ่านที่ประชุมกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ทุกเดือน
- ส่วนกลางควรกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อจัดทำแผนการรับ-จ่ายเงินบำรุง แผนลงทุน และควบคุมการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน

๗.๒) สำหรับส่วนกลาง

- จัดทำแนวทางการบริหารจัดการลูกหนี้ของหน่วยบริการ (การลดหนี้ระหว่างกัน และการตัดหนี้สูญ)
- การสนับสนุนข้อมูลค่ากลาง แยกตามระดับหน่วยบริการ รายเดือน เพื่อการกำกับติดตามผลการประเมิน Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการ
- ควรมีหลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลังแก่คณะทำงาน CFO
- ระบบเบิกจ่ายมีหลายสิทธิ และหลายกองทุน ทำให้การเรียกเก็บมีหลายโปรแกรม เป็นอุปสรรคต่อการส่งข้อมูล จึงเสนอให้ส่วนกลางควรมีระบบ/ใช้โปรแกรมเดียวกัน/ลดโปรแกรมลง เพื่อให้สะดวกต่อการเรียกเก็บ
- ควรมีโปรแกรม/Software ให้กับหน่วยบริการ และสำหรับบริหารข้อมูล ในการรวบรวมตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลการเรียกเก็บ และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อลดความผิดพลาดหรือปัญหาของการเรียกเก็บ อย่างเป็นระบบ
- ถอดบทเรียนเกณฑ์การประเมินและจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์จัดเก็บรายได้ และกำหนดกรอบโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ และกำหนดกรอบบุคลากร รวมทั้งบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน
- ควรมีหลักสูตรการอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ พัฒนาระบบ Software ช่วยในการจัดเก็บรายได้ ให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้
- ผลักดันให้มีการบรรจุข้าราชการ ในกลุ่มสายงานสนับสนุน เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากร ทุกสายงาน
- ควรจัดทำแนวทางพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ Planfin และแผนเงินบำรุง มีกลไกสนับสนุน ติดตามกำกับ

๘) แผนการติดตามงาน (จากผู้นิเทศ)

๑. กำกับ และติดตามแผนเงินบำรุงและการบริหารแผนเงินบำรุงควบคู่กับแผน Planfin ในทุกโรงพยาบาล และมีการบริหารแผนงบประมาณอย่างเคร่งครัด
๒. ควรมีการควบคุมกำกับ (monitor) การบริหารการเงินการคลังโดย CFO โรงพยาบาล และ CFO จังหวัด และ CFO เขต อย่างต่อเนื่อง โดยมีและวิเคราะห์สถานการณ์ทุกเดือนอย่างใกล้ชิด
๓. กำกับควบคุมการลงทุนด้วยเงินบำรุงให้เป็นตามสถานการณ์ที่แท้จริงของโรงพยาบาลตามความเหมาะสม

สรุปผลการตรวจราชการ แบบบูรณาการร่วมกับ สำนักนายกรัฐมนตรี

- โครงการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต
- โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของ
ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

๑. การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต : เน้นการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งการมีสุขภาพดีเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน อันจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนสังคม และเศรษฐกิจของประเทศ โดยเริ่มตั้งแต่ครรภ์มารดา เด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรคภัยไข้เจ็บหลักการพื้นฐานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓ อ. อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่งปัจจุบันประชาชนมีปัญหาด้านอารมณ์หรือสุขภาพจิตมากขึ้น การส่งเสริมดูแลสุขภาพจิตพื้นฐานที่สำคัญ คือ ครอบครัว ดังนั้นหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องควรมีการบูรณาการความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็ง และความอบอุ่นของครอบครัวต่อไป

๒. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี : เป้าหมายเพื่อการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทย ทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง สำหรับสถานการณ์โรค ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า ๓ ราย ที่จังหวัดชลบุรี ระยอง และสุรินทร์ สาเหตุที่เสียชีวิต คือ การไม่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค แต่การส่งตรวจตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ถึงแม้มาตรการจะเน้นย้ำเรื่องการติดตามผู้สัมผัสสัตว์ให้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามผู้สัมผัสจากสัตว์เหล่านี้ได้ ประกอบกับความตระหนักของประชาชนที่ยังไม่เห็นความสำคัญของโรค ทำให้ไม่เข้าพบแพทย์หลังจากที่ถูกสัตว์กัด ข่วน เลีย นอกจากนี้บางพื้นที่มีการดำเนินงานไม่ตรงตามเป้าหมาย เช่น ขาดการสำรวจจำนวนประชากรสัตว์ และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่ยังไม่ครอบคลุมถึงร้อยละ ๘๐ ของจำนวนประชากรสัตว์ทั้งหมด



รายงานผลการตรวจราชการแบบบูรณาการ
เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (Issue)
เรื่อง การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต
รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
ของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

บทสรุปผลการตรวจราชการ

การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งการมีสุขภาพดีเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้และทักษะสุขภาพ สามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน อันจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนสังคม และเศรษฐกิจของประเทศ โดยการส่งเสริมสุขภาพเริ่มจากการพัฒนาการเกิดที่มีคุณภาพ ตั้งแต่ครรภ์มารดา : การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพเพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เด็กปฐมวัย : ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กิน กอด เล่น เล่า นอน และฟัน เด็กวัยเรียน : พัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วน ไม่อ้วน เตี้ย ผอม มีทักษะสุขภาพ วัยรุ่น : ขับเคลื่อน พรบ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง และผลกระทบ ด้านต่างๆ วัยทำงาน : ส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในสถานประกอบการด้วย ๑๐ package เพื่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ลดความเสี่ยงโรคไม่เรื้อรัง และผู้สูงอายุ : มีแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Wellness Plan) พื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้หลักการพื้นฐานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓ อ. อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันประชาชนมีปัญหาด้านอารมณ์หรือสุขภาพจิตมากขึ้น ซึ่งการส่งเสริมดูแลสุขภาพจิตพื้นฐานที่สำคัญ คือ ครอบครัว ดังนั้นหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องควรมีการบูรณาการความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็ง และความอบอุ่นของครอบครัวต่อไป

ผลการตรวจติดตาม

๑. ข้อค้นพบ/ประเด็นปัญหา (สภาพปัญหา/ผลการดำเนินการในการขับเคลื่อนนโยบาย)

การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพเพื่อให้มีความรู้และทักษะด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย สุขอนามัย และทันตสุขภาพ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตแนวใหม่และสามารถดูแลสุขภาพ ป้องกัน และลดโรคได้ด้วยตนเอง เป็นการประยุกต์ใช้นวัตกรรม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ ๒๑ เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่

จากการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ร่วมกับผู้ตรวจราชการทุกระทรวง มีการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (Issue) เน้นการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมในระดับ

ครอบครัว ชุมชน และประเทศ ให้เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพคนไทยตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่ช่วงการตั้งครรภ์ ปฐมวัย วัยรุ่น วัยเรียน วัยแรงงาน และวัยผู้สูงอายุ เน้นการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ส่งเสริมให้คนไทยสามารถพัฒนาตนเองและเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาสังคมของประเทศได้ โดยมีผลการตรวจติดตามดังนี้

๑. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ ๑๕-๑๙ ปี พบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง โดยอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี และ ๑๐-๑๔ ปี มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ส่วนการตั้งครรภ์ซ้ำในภาพรวมสูงกว่าเป้าหมาย เน้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันแก้ไขปัญหา ขับเคลื่อนผ่านกลไกพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่มุ่งบูรณาการความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต การส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชน สถานประกอบกิจการในการส่งเสริมความรู้แก่วัยรุ่นเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร มีการพัฒนาแกนนำวัยรุ่นให้สามารถถ่ายทอดความรู้ไปกลุ่มเพื่อนและครอบครัว ส่งเสริมบทบาทของการเป็นแม่ การเลี้ยงดูบุตร และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ รวมถึงการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่างๆ ของรัฐ เพื่อขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มีการบูรณาการความร่วมมือของ ๖ กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน และ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๐ โดยมีกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานในระดับจังหวัด ได้แก่ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีการดำเนินงานในระดับพื้นที่โดยพัฒนาการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และคลินิกวัยรุ่น และส่งเสริมการจัดบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งให้แก่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ทุกรายเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ บางจังหวัดพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอโดยเฉพาะ แพทย์และพยาบาล จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกในพื้นที่ โดยพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง แก้ไขปัญหาความเสี่ยงในพื้นที่ รวมไปถึงการประสานงานเครือข่ายในระดับจังหวัดเพื่อคุ้มครองให้วัยรุ่นและหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ๒๘) พ.ศ. ๒๕๖๔ ในการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

๒. กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น พบว่า เด็กวัยเรียน อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วนในภาพรวมต่ำกว่าเป้าหมาย และแนวโน้มเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้น มีการพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (Global Standards for Health Promoting School) ทุกจังหวัดจัดประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีเกณฑ์นำร่องเพื่อยกระดับเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการและการมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมผ่านโรงเรียนและผู้ปกครอง โดยการขับเคลื่อนภายใต้โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เด็กวัยเรียนอ้วนและไม่สูงดีสมส่วน ควรส่งเสริมการคัดกรองภาวะสุขภาพนักเรียน จัดตั้งสถานีรักษสุขภาพ (Health station) ในสถานศึกษาเพื่อคัดกรองเด็กอ้วนและมีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์คัดกรองสุขภาพ บางจังหวัดได้จัดทำโครงการเพื่อขอสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล มีการอบรมครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน

๓. กลุ่มวัยแรงงาน อายุ ๑๕-๕๙ ปี พบภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน และพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรเน้นการสื่อสาร สร้างความเข้าใจและความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง โดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มวัยทำงานในครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการ ส่วนวัยทำงานมีรอบเอวเกิน อ้วน ควรพัฒนาความรู้ ทักษะชีวิต ทักษะการเรียนรู้ การทำงาน ให้บรรลุเป้าหมายภายใต้แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชากรวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีความรอบรู้เท่าทันต่อปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชากรวัยทำงานในครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการ มีกลไกการขับเคลื่อนการสร้างการรอบรู้ด้านสุขภาพผ่าน Digital Health Platform ซึ่งมีการคัดกรองสุขภาพผ่าน app smart อสม. มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน ผ่าน App H&U plus และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒๘ และส่งเสริมสนับสนุนประชาชนทุกกลุ่มวัยให้มีกิจกรรมทางกาย ผ่านนโยบาย“ก้าวทำใจ” เพื่อลดปัญหาภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน และห่างไกล NCDs ร่วมกับการขยายพื้นที่ขับเคลื่อนลดการบริโภคเกลือโซเดียมให้ครอบคลุมทุกจังหวัด ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพด้วย ๑๐ packages ให้กับกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการมีทางเลือกในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ด้วยการสนับสนุนให้มีแหล่งจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ร้านอาหารเมนูสุขภาพ โรงอาหารปลอดภัยใส่ใจสุขภาพ (Healthy Canteen) ในหน่วยงาน/องค์กร/โรงเรียน ร้านเครื่องดื่มหวานน้อยสั่งได้ ร้านอาหารใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน กลุ่มวัยทำงานควรเร่งพัฒนาฝีมือในการเพิ่มผลผลิตที่มีทักษะอาชีพสูงตรงความต้องการของตลาดแรงงาน มีการอบรมเพิ่มทักษะและสมรรถนะในการใช้ดิจิทัลแพลตฟอร์มเข้ามาช่วย โดยรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณปี ๒๕๖๖ เพื่อขับเคลื่อนงานผ่านกระทรวงและหน่วยงานต่างๆ เน้นวิถีชีวิต อัตรลักษณ์ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้พัฒนาโปรแกรมการท่องเที่ยว พัฒนาผลิตภัณฑ์ จัดทำแคตตาล็อกสินค้า มีคฤุเทศก์ท้องถิ่น วิถีภูเขาเจียง เพิ่มพื้นที่สีเขียว จัดทำคลิปแนะนำการท่องเที่ยวและผลิตภัณฑ์เป็นภาษาจีนเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวชาวจีนที่มีการ MOU กระทรวงวัฒนธรรม กับ ททท. ประชาสัมพันธ์จังหวัดจัดทำแผนการประชาสัมพันธ์ ๕ ด้าน ได้แก่ ด้านการท่องเที่ยว ผลิตภัณฑ์ ผ้าไหม ป่าไม้ และความปลอดภัย บางจังหวัดมีบุคลากรไม่เพียงพอต่อการต้อนรับนักท่องเที่ยว

๔. กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไป เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged society) มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ควรเน้นการคัดกรองเพื่อนำไปสู่การป้องกันและการรักษาอย่างมีคุณภาพ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องบูรณาการความร่วมมือในการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง และพัฒนาที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุโดยเน้นอารยสถาปัตยกรรมเพื่อให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม รวมถึงการขับเคลื่อนและส่งเสริมพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ พัฒนาระบบฐานข้อมูลการพัฒนาศักยภาพและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์ภายใต้ธรรมานุสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ช่องปาก และสายตา มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ และที่สำคัญคือสร้างแรงบันดาลใจอันจะไปสู่การมีพฤติกรรมที่ส่งผลให้สุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม บางจังหวัดมีการคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน และจัดทำ wellness plan ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะสุขภาพที่พึงประสงค์ จับคู่ผู้สูงอายุเพื่อดูแลสุขภาพ อบรมให้ความรู้แก่นำผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพผ่านสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ Blue book เพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพโดยมีโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย โครงการเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ในภาวะยากลำบาก โครงการสนับสนุนการจัดการศพ ส่งเสริมให้

ศพอส.จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมคลังปัญญาผู้สูงอายุ โครงการกั๊ยมเงินเพื่อประกอบอาชีพผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) เข้าอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถต่อยอดเป็นอาชีพที่มีการสร้างรายได้ บางจังหวัดจัดทำแผนงานโครงการยกระดับฝีมือแรงงาน ส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนโดยการฝึกอาชีพแต่สามารถดำเนินการได้น้อย เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร ซึ่งปัจจุบันนายจ้างจ้างงานผู้สูงอายุน้อย หากมีมาตรการให้นายจ้างมีการจ้างงานเพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีงานทำและสร้างอาชีพได้

ในปัจจุบันอัตราเพิ่มของประชากรไทยลดลงส่งผลกระทบต่อจำนวนและโครงสร้างของอายุประชากร ซึ่งคาดว่าใน พ.ศ. ๒๕๗๓ ประเทศไทยจะมีประชากรประมาณ ๗๐.๖ ล้านคน โดยสัดส่วนประชากรวัยเด็กจะลดลงและผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อัตราส่วนการพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประชากรวัยทำงานต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้น ดังนั้น การเกิดโรคจะเป็นโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สมองเสื่อม เป็นต้น สาเหตุการป่วยของประชาชนมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา โรคเบาหวาน และการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลัน ส่วนสาเหตุการตายของประชาชนมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง (อัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ ๒๐.๘๘) รองลงมา โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคสมองเสื่อม โรคไตอักเสบและไตพิการ และโรคเบาหวานตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ประชาชนต้องพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจและสามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาต่างๆ จนนำมาปรับใช้กับตนเอง มีวิจารณญาณคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ ความสำคัญกับข่าวสารความรู้ต่างๆ ตลอดจนนำไปสู่การตัดสินใจเพื่อนำมาลองปฏิบัติและประเมินผลการทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตรประจำวัน ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

๒. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. หญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น		
๑.๑ สุขภาพมารดา - มารดาตาย, Preterm, BBA, Anemia - หญิงตั้งครรภ์ ใช้สารเสพติด Amphetamine, Nutrition (ภาวะทุพโภชนาการ)	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ ๑. ทบทวน MCH fast track zone ๒. ทบทวน CPG การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ๓. ทบทวนระบบคลังเลือดให้พร้อมใช้ ๔. มุ่งเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยง ๕. ค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ ใช้สารเสพติด Amphetamine เชิงรุก ๖. ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาทุกรายเพื่อออกมาตรการป้องกันเหตุเกิดซ้ำ	Service plan MCHB - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พขอ., ๓ หมอ - กรมอนามัย/ กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	<p>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</p> <p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานลดมารดา/ทารกตาย โดยบูรณาการร่วมกับโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย</p> <p>๒. การผลักดันนโยบายการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ในการบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอกับการให้บริการ การวางแผนให้ทุน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์, พยาบาล) การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงมหาดไทย - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๑.๒ สุขภาพเด็กปฐมวัย	<p>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</p> <p>๑. ติดตามภาวะเฝ้าระวัง เด็ก ๐-๕ ปี ให้ได้รับการคัดกรองที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้าโดยการติดตาม/ส่งต่อ และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1</p> <p>๒. กำกับติดตามเด็กอายุ ๓ ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</p> <p>๓. พัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพเจ้าหน้าที่พยาบาล PG เด็ก และสหวิชาชีพ (TEDA๔1, ฝึกพูด) ให้ครอบคลุมพื้นที่</p> <p>๔. ทบทวนการบันทึก TEDA๔1 และติดตามรายงานข้อมูลทุกเดือน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กระทรวงสาธารณสุข - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	<p>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</p> <p>๑. ผลักดันนโยบายการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการทั้งมารดาและเด็กปฐมวัย ระดับพื้นที่ประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงมหาดไทย - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑.๓ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ - พัฒนาและสร้างการมีส่วนร่วมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ - ขับเคลื่อนกลไกการดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่นหลังคลอด ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ การศึกษา และสังคมตามสิทธิ - เร่งรัด ติดตาม กำกับการให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร ก่อนออกจาก รพ. - พัฒนา และยกระดับบริการตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน	- กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงมหาดไทย - กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงแรงงาน - กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สสจ. สสอ. รพ. รพ.สต. อบต. สถานศึกษา พมจ. บ้านพักเด็กและครอบครัว สภาเด็กและเยาวชน สถานประกอบการ)
	ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย - การถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของ ๕ กระทรวงหลักสู่หน่วยงานในระดับจังหวัดและพื้นที่ เพื่อสามารถดำเนินการได้ครอบคลุม และวัยรุ่นได้รับสิทธิตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	- กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงมหาดไทย - กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงแรงงาน
๒. กลุ่มวัยรุ่นเรียนวัยรุ่น		
๒.๑ สุขภาพวัยรุ่นเรียน ๑. พบปัญหาภาวะโภชนาการมีแนวโน้มสูงขึ้น ๒. การบันทึกข้อมูลภาวะโภชนาการ < ๕๐%	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ ๑. เพิ่มความครอบคลุมการบันทึกข้อมูลการชั่งน้ำหนัก - วัดส่วนสูง ๒. ติดตามและเฝ้าระวัง แก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการแบบรายบุคคล ๓. ส่งเสริมการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล (GSHPS) ๔. สร้าง HL ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และครู	- กระทรวงสาธารณสุข - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๒.๒ สุขภาพวัยรุ่น	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ ๑. วิเคราะห์ช่วงเวลาวัยรุ่นคลอดของทุกจังหวัดและดำเนินการออกแบบจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เชิงรุก/ สร้าง HL ในวัยรุ่นก่อนช่วงเวลา	- กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงศึกษาธิการ - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	<p>เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>๒. สร้าง HL วัยรุ่น พ่อแม่ผู้ปกครองและครู โดยปรับรูปแบบการเรียนการสอนในเรื่องเพศ เน้นบทบาทแกนนำวัยรุ่นในโรงเรียนทุกจังหวัด</p> <p>๓. เพิ่มการวางแผนคุมกำเนิดในแม่วัยรุ่นหลังคลอดก่อน D/C และทบทวนการบันทึกข้อมูลการวางแผนครอบครัวใน ๔๓ แห่ง</p>	
	<p>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</p> <p>- กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดระดับประเทศ</p> <p>- แยกข้อมูลประชากร กลุ่มคนไทย และกลุ่มชาติพันธุ์</p>	<p>- กระทรวงมหาดไทย</p> <p>- กระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>๒.๓ เด็กอ้วน ไม่สูงตีสมส่วน</p>	<p>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</p> <p>- การมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการปรับพฤติกรรมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ</p>	<p>- กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- กระทรวงศึกษาธิการ</p> <p>- กระทรวงมหาดไทย</p>
	<p>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</p> <p>- ข้อบังคับ/ข้อกำหนด การขายอาหารขมที่ติดต่อกับสุขภาพราคาไม่แพง และปรับลดน้ำตาล โซเดียมในอาหารและขนมทุกชนิดไม่ให้เกินมาตรฐาน</p>	<p>- กระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>๒.๔ การพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล</p>		
<p>๑) ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น</p> <p>๒) ขาดข้อมูลข่าวสาร ช่องทาง และวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p>	<p>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</p> <p>สร้างองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization) โดยเน้นให้มีการสอนและให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เหมาะสม</p> <p>๑. สถานศึกษาในทุกระดับตั้งแต่ประถมศึกษาจนถึงอุดมศึกษา มีการจัดการเรียนการสอนแบบ Active Learning เป็นกระบวนการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติที่หลากหลายรูปแบบ</p>	<p>- กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- กระทรวงศึกษาธิการ</p> <p>- กระทรวงมหาดไทย</p>

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	๒. สถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาล ระดับต่างๆ สร้างช่องทางการสื่อสาร ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับประชาชน ทุกกลุ่มวัย	
	ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย ๑. ปฏิรูปยุทธศาสตร์และกลไกในการ ขับเคลื่อนด้านความรู้และการ สื่อสารข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชน ๒. ปฏิรูประบบการประเมินผลโดยเน้น ผลลัพธ์ที่ประชาชนมีความสามารถในการ ดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย	- กระทรวงสาธารณสุข
๓. กลุ่มวัยแรงงาน		
๓.๑ สุขภาพวัยทำงาน - การดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพในสถานประกอบการ การได้รับความร่วมมือ ค่อนข้างน้อย	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ ๑. มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกายให้ เหมาะสมกับกลุ่มประชากร ทั้งอายุ และมีชมรมการส่งเสริมสุขภาพที่ เหมาะสมกับพื้นที่ รวมถึงการให้ ข้อเสนอแนะเรื่องโภชนาการ ๒. บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงาน ระดับจังหวัดที่เกี่ยวกับสถานประกอบ การ เช่น สวัสดิการและคุ้มครอง แรงงาน อุตสาหกรรมจังหวัด นิคมอุตสาหกรรม เป็นต้น ๓. โรงงานต่างๆ ควรเน้นการสร้างควา มรอบรู้เรื่องความปลอดภัยและอนามัย ส่วนบุคคล ๔. ดึงจุดเด่นด้านสมุนไพร ให้เอื้อต่อการ ท่องเที่ยวนำไปสู่การพัฒนาด้าน เศรษฐกิจและรายได้	- กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงแรงงาน - กระทรวงอุตสาหกรรม
	ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย ๑. สร้างความร่วมมือระดับนโยบายการ ส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ กับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวง อุตสาหกรรม กระทรวงแรงงาน	- กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงอุตสาหกรรม - กระทรวงแรงงาน

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	๒. ส่งเสริมกิจกรรมด้านสุขภาพบูรณาการ ไปกับการท่องเที่ยวเป็นการดึงดูดความ สนใจให้ประชาชนมาเที่ยวมากขึ้น และ อยู่นานขึ้น เป็นการเพิ่มรายได้	
๔. กลุ่มผู้สูงอายุ		
๔.๑ สุขภาพผู้สูงอายุ	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ ๑. เตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ๒. เน้นสร้าง HL, Oral-HL, Digital-Lit. ๓. Control BMI,NCDs ลดความรุนแรง เมื่อเป็นผู้สูงอายุ ๔. Screening ADL,ความเสื่อม ๙ ด้าน ๕. Wellness Plan + ชมรมผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพ ๖. เน้นป้องกันหกล้ม, สมองเสื่อม, Oral Health ส่งเสริมใช้ Bluebook ๗. Care plan คุณภาพมุ่งเน้นกลุ่มติด บ้านเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคม ๘. Clinic ผู้สูงอายุ (กลุ่มเสี่ยง GS) ๙. Home Health Care สหวิชาชีพ+ CG/อาสาบริบาลท้องถิ่น ๑๐ ส่งเสริมใช้กัญชาทางการแพทย์อย่าง เหมาะสมในรายที่จำเป็น	- กระทรวงสาธารณสุข - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย ๑. พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลงานผู้สูง อายุแบบศูนย์รวม ให้เป็น Platform เดียวและเป็นมิตรกับผู้ใช้งาน เพื่อลด ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ลดภาระงาน ของผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ ๒. การบูรณาการตัวชี้วัดที่สำคัญร่วมกับ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น/ องค์การบริหารส่วนจังหวัด และใช้ ศูนย์ข้อมูล (Data center) เดียวกัน ๓. การถ่ายทอดนโยบายต่างๆ ควรมีความ ชัดเจน ดำเนินการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ก่อนที่ระดับพื้นที่จะเริ่มดำเนินงาน และไม่ควรเปลี่ยนแปลงระหว่างปี	- กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงมหาดไทย - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	๔. การวางแผน/จัดสรรอัตรากำลัง บุคลากรที่จำเป็นสำหรับคลินิก ผู้สูงอายุ (นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด) สนับสนุนการฝึกอบรม เฉพาะทาง (แพทย์/พยาบาลผู้สูงอายุ)	
๔.๒ การดูแลกลุ่มเปราะบาง ผู้ยากไร้ ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ ๑. เน้นการคัดกรอง นำไปสู่การรักษา อย่างมีคุณภาพ ๒. ระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่ได้ มาตรฐาน ๓. การสร้างความรอบรู้ในการดูแล สุขภาพตนเอง ๔. การสนับสนุนสิ่งจำเป็น เช่น ผ้าอ้อม ผู้ใหญ่, แวนสายตา, ฟันเทียม ๕. บูรณาการทุกหน่วยงานในการช่วย เหลือกลุ่มเปราะบาง ๖. ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่เอื้อกับ ผู้สูงอายุ เน้นอารยสถาปัตย์ เพื่อ ป้องกันอุบัติเหตุ ๗. Big Data ที่มีข้อมูลต่างๆ ในการ สืบค้นได้ ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย - การเข้าถึงสวัสดิการต่างๆ	- กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงมหาดไทย - กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์
๕. การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต		
๕.๑ การมีส่วนร่วมของภาคส่วน ต่างๆ เพื่อบูรณาการการทำงานเชิงพื้นที่ยังดำเนินการ ได้ซ้ำเนื่องจากการเชื่อมโยง ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ ยังไม่สามารถชี้ ประเด็นการพัฒนาได้ชัดเจน	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ การดำเนินงานของจังหวัดมีแผนงาน โครงการและกิจกรรมพัฒนาความรู้และ ทักษะของคนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้สามารถ บูรณาการการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ และส่งผลต่อประชาชนโดยตรง ดังนี้ ๑. ควรมีการจัดเวทีเพื่อคืนข้อมูลและ กำหนดประเด็นการพัฒนาคนตลอด ช่วงชีวิตของจังหวัดร่วมกัน ๒. ควรนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาช่วยใน การวิเคราะห์และชี้เป้าหมายพื้นที่ที่ สามารถบูรณาการพัฒนาคนตลอดชีวิต	- กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงมหาดไทย - กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงแรงงาน

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ ระดับนโยบาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	<p>ร่วมกันรวมถึงติดตามผลการดำเนินงาน</p> <p>๓. สนับสนุนการขับเคลื่อนคณะกรรมการ/ คณะอนุกรรมการต่างๆ ที่มีการบูรณาการ หลายกระทรวงให้มีการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่องและเป็นฐานในการต่อยอดการ ทำงานประเด็นที่มีการบูรณาการของ จังหวัด เช่น คณะอนุกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอและตำบล คณะอนุกรรมการ บูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูง อายุ เปิดโอกาสให้เด็กวัยเรียนวัยรุ่น หรือ เปิดโอกาสให้นักเรียนนักศึกษามีส่วนร่วม ในการออกแบบ พัฒนาผลิตภัณฑ์ พัฒนา ช่องทางการขายออนไลน์ต่างๆ รวมถึงการ ออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</p>	
	<p>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีนโยบายสนับสนุนการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีมาตรฐานและเพียงพอ และขับเคลื่อนโดยใช้กลไกศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพ (ศพอส.) ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น และบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงมหาดไทย - กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงแรงงาน
<p>๕.๒ การประสานกำกับ ติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ เนื่องจาก การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.</p>	<p>ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลงนามความร่วมมือระหว่าง อบจ.และ สสจ. เพื่อการดำเนินงานที่รวดเร็ว และประชาชนได้รับประโยชน์ <p>ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความชัดเจนของนโยบายและแนวทางการดำเนินงานร่วมกันของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินงานได้สะดวก รวดเร็ว และคล่องตัว 	<ul style="list-style-type: none"> - กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงมหาดไทย

๓. ข้อคิดเห็นของที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการภาคประชาชน ๔ ด้าน

ความคิดเห็นของภาคเอกชนในประเด็นความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับตลาดแรงงานในปัจจุบันและอนาคต

- ควรมีการประชาสัมพันธ์แนะนำแนวทางการสร้างอาชีพและการจ้างงานในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตให้ทุกกลุ่มวัยทราบ เพื่อวางแผนพัฒนาความรู้และทักษะให้สอดคล้องกับความต้องการของจังหวัดโดยเน้นความโดดเด่นของวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่น

นพ.พูนลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมคณะ
เขตสุขภาพที่ ๑
เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน เชียงราย น่าน พะเยา แพร่



นพ.สุเทพ เพชรมาก ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
และ นางภารณี วสุเสถียร และคณะ
เขตสุขภาพที่ ๖
สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง ปราจีนบุรี สระแก้ว จันทบุรี ตราด

จ.ปราจีนบุรี



จ.สระแก้ว



จ.จันทบุรี



จ.ตราด



จ.สมุทรปราการ



จ.ชลบุรี



นพ.ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และคณะ
เขตสุขภาพที่ ๗
กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น Khonkaen Provincial Health Office **การขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพอนามัยกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น**



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น Khonkaen Provincial Health Office **การขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพอนามัยกลุ่มวัยทำงาน**



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น Khonkaen Provincial Health Office **การขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพอนามัยกลุ่มผู้สูงอายุ**



นพ.สมฤกษ์ จิงสมาน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และคณะ
เขตสุขภาพที่ ๑๐
มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10
ข่าวประชาสัมพันธ์



"ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 10 ร่วมการตรวจราชการแบบบูรณาการของเขตตรวจราชการที่ 11 บึงขังประมาณ พ.ศ. 2566 รอบ 1 จังหวัดมุกดาหาร"

วันที่ 2 มีนาคม 2566
นายแพทย์สมฤกษ์ จิงสมาน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 10 มอบหมายให้ นางอองนันทิ สุวงษ์สิน ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 10 เข้าร่วมการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการของคณะตรวจราชการ เขตตรวจราชการที่ 11 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 รอบ 1 จังหวัดมุกดาหาร ณ ห้องประชุมแก้วกวีร์ ศาลากลางจังหวัดมุกดาหาร โดยมีนายธีรวัชร กลิ่นเสื่อง ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 11 เป็นประธาน

ประเด็นการตรวจติดตาม คือ

1. ประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล : การท่องเที่ยว
2. ประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล : การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต
3. การขับเคลื่อนการบริหารงานเชิงพื้นที่แบบบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
4. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี
5. การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมของส่วนราชการที่ใช้งบประมาณแผ่นดิน
6. การควบคุมเครื่องใช้แอลกอฮอล์

8 ปรากฏการณ์สุขภาพดี ๘.เมืองฯ จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 0 7728 4107 โทรสาร 0 7728 8032

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10
ข่าวประชาสัมพันธ์



"ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 10 ร่วมการตรวจราชการแบบบูรณาการเขตตรวจราชการที่ 14 บึงขังประมาณ พ.ศ.2566 รอบ 1 จังหวัดอุบลราชธานี"

วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566
นายแพทย์สมฤกษ์ จิงสมาน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 10 มอบหมายให้ นางอองนันทิ สุวงษ์สิน ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 10 เข้าร่วมการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการของคณะตรวจราชการ เขตตรวจราชการที่ 14 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 รอบ 1 จังหวัดอุบลราชธานี ณ ห้องประชุมพรหมวราข ศาลากลางจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีนายพัฒนศ ต๊ะม่วง ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 14 เป็นประธาน โดยมีประเด็นการตรวจติดตาม คือ

1. ประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล : การท่องเที่ยว
2. ประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล : การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต
3. การขับเคลื่อนการบริหารงานเชิงพื้นที่แบบบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
4. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี
5. การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมของส่วนราชการที่ใช้งบประมาณแผ่นดิน
6. การควบคุมเครื่องใช้แอลกอฮอล์

8 ปรากฏการณ์สุขภาพดี ๘.เมืองฯ จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 0 7728 4107 โทรสาร 0 7728 8032

นพ.กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และคณะ
เขตสุขภาพที่ ๑๑
นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ชุมพร กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง

ข่าวประชาสัมพันธ์
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11
<https://rpho11.moph.go.th>



วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 ร่วมประชุมตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี รอบที่ 1 ประเด็นติดตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี และลงพื้นที่ที่ตรวจเยี่ยมวิสาหกิจชุมชนการท่องเที่ยวชุมชนบ้านบางเนาะ อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร

8 ปรากฏการณ์สุขภาพดี ๘.เมืองฯ จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 0 7728 4107 โทรสาร 0 7728 8032

ข่าวประชาสัมพันธ์
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11
<https://rpho11.moph.go.th>



วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 เข้าพบผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อหารือราชการ และร่วมประชุมตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี รอบที่ 1 ประเด็นติดตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ณ ห้องประชุมศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี จากนั้นลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมชุมชนคลองน้อย และศูนย์สวัสดิการงานใกล้ถึงเพื่อการเกษตร ณ ตำบลคลองน้อย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

8 ปรากฏการณ์สุขภาพดี ๘.เมืองฯ จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 0 7728 4107 โทรสาร 0 7728 8032

นพ.สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และคณะ
เขตสุขภาพที่ ๑๒
สงขลา พัทลุง ตรัง สตูล นราธิวาส ปัตตานี ยะลา



ข่าวประชาสัมพันธ์
กลุ่มโรคติดต่อ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

**กลุ่มโรคติดต่อ สกร.12 สงขลา “จัดประชุมราชการขับเคลื่อน
การสร้างอำเภอปลอดโรคพิษสุนัขบ้า”
ณ โรงพยาบาลกงหรา อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง**

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 กลุ่มโรคติดต่อ สกร.12 สงขลา จัดประชุมราชการขับเคลื่อนการสร้าง
อำเภอปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ณ โรงพยาบาลกงหรา อ.กงหรา จ.พัทลุง ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย
เจ้าหน้าที่จาก สบง.ปศ.8, สบง.ปศ.จ.พัทลุง, สสจ.พัทลุง, สบง.เกษตร จ.พัทลุง, สบง.เกษตร อ.กงหรา,
ท้องถิ่นอำเภอกงหรา, สบง.ปศ.อ.กงหรา, สสอ.กงหรา, รพ.กงหรา, รพ.สต. และ อปท.ทุกแห่งในพื้นที่
อำเภอกงหรา โดยมีภารกิจเร่งด่วนคือการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า แลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมเสนอ
แนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อให้ “อำเภอกงหรา” เป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าระดับอำเภอ

กลุ่มโรคติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จ.สงขลา
ติดต่อ 0 7433 6080 ต่อ 17,23
FAX 0 7433 6084
168 พ.เจริญปัทมา อ.เมือง จ.สงขลา 90000





รายงานผลการตรวจติดตาม
โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า
ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบที่ ๑
ของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน

๑. สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

การดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย เป็นการดำเนินงานภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของ ศาสตราจารย์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ โดยมีเป้าหมายเพื่อการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทย ทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง จากรายงานโดยกองระบาดวิทยามีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ จำนวน ๑๘, ๓, ๓, ๔ และ ๓ รายตามลำดับ มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้มองอักเสบไม่ทราบสาเหตุ (Encephalitis unspecified death) ซึ่งมีอาการคล้ายคลึงกับโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน ๖, ๗, ๙, ๓ และ ๕ รายตามลำดับ สำหรับการตรวจพบเชื้อในสัตว์มีร้อยละ ๑๕.๓๑, ๕.๑๕, ๓.๓๕, ๓.๑๒ และ ๕.๒๖ ตามลำดับ (๒๑๖ ตัวอย่างจาก ๔,๑๐๓ ตัวอย่าง) ในปี ๒๕๖๕ พบผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าที่จังหวัดชลบุรี สงขลา และสมุทรปราการ เกิดจากไม่ได้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังถูกสัตว์กัด ข่วน สำหรับสถานการณ์โรค ปี ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า ๓ ราย ที่จังหวัดชลบุรี ระยอง และสุรินทร์ ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า คือ การไม่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค และการส่งตรวจตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ที่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ ถึงแม้ว่ามาตรการของกรมควบคุมโรคจะเน้นย้ำเรื่องการติดตามผู้สัมผัสสัตว์ยืนยันโรคพิษสุนัขบ้าให้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค แต่เนื่องจากความครอบคลุมในการส่งตรวจที่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามผู้สัมผัสจากสัตว์เหล่านี้ได้ ประกอบกับความตระหนักของประชาชนที่ยังไม่เห็นความสำคัญของโรค ทำให้ไม่เข้าพบแพทย์หลังจากที่ถูกสัตว์กัด ข่วน เสีย นอกจากนี้ในบางพื้นที่ยังมีการดำเนินงานที่ยังไม่ตรงตามเป้าหมาย เช่น ขาดการสำรวจจำนวนประชากรสัตว์ และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่ยังไม่ครอบคลุมถึงร้อยละ ๘๐ ของจำนวนประชากรสัตว์ทั้งหมด

๒. เป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ :

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๖	ผลการดำเนินงาน
จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า	๐ ราย	๓ ราย

๓. มาตรการ

มาตรการ	ตัวชี้วัดมาตรการ	ค่าเป้าหมาย		ผลการดำเนินงาน
		สำนัก	สคร.	
มาตรการที่ ๑	ร้อยละของผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีน	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ ๑๐๐

มาตรการ	ตัวชี้วัดมาตรการ	ค่าเป้าหมาย		ผลการดำเนินงาน
		สำนัก	ศร.	
ลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า	ป้องกันโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติ	๑๐๐	๑๐๐	
มาตรการที่ ๒ ขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๕๑.๖๑
	ร้อยละของอำเภอประเมินผ่านเกณฑ์การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๕๕.๔๙
มาตรการ Quick win	อำเภอปลอดโรค ๑ เขต ๑ อำเภอ	๑๓ อำเภอ	๑ เขต ๑ อำเภอ	อยู่ระหว่างการติดตาม

๔. ผลการดำเนินงาน

๔.๑ ผลการดำเนินงานภาพรวมแผนงาน/โครงการ (small success)

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
เป้าหมาย : จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า	กรณีพบคนเสียชีวิตหรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้าแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ดำเนินการ ๑. ตรวจสอบยืนยันแหล่งข้อมูลการเกิดโรคแล้วรีบดำเนินการสอบสวนโรคโดยด่วน เพื่อให้ทราบสาเหตุ แหล่งที่มาของการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ๒. ประสานงานแจ้งผู้เกี่ยวข้องให้ทราบผลการสอบสวนผู้ที่เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้า ๓. ข้อมูล วันที่ ๑ มกราคม - ๒๐ เมษายน ๒๕๖๖ พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว ๓ ราย ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง และสุรินทร์
มาตรการที่ ๑ : ลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า	๑. สนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับฉีดป้องกันล่วงหน้า (Pre-exposure prophylaxis : PrEP) ให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เสี่ยง จำนวน ๒๕,๐๐๐ คน ๒. ติดตามสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์อย่างใกล้ชิด และติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ให้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยมีผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน ๗๒๓ ราย ได้รับวัคซีนครบชุด จำนวน ๗๒๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ (ข้อมูล ณ ๓๐ มีนาคม ๖๖)
มาตรการที่ ๒ : ขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่	๑. ขอความร่วมมือดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ กรณีพบผู้เสียชีวิตหรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า แจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ดำเนินการ - ตรวจสอบยืนยันแหล่งข้อมูลการเกิดโรคแล้วรีบดำเนินการสอบสวนโรคโดยด่วน เพื่อให้ทราบสาเหตุ แหล่งที่มาของการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า - ประสานงานแจ้งผู้เกี่ยวข้องให้ทราบผลการสอบสวนผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้า - ดำเนินการติดตามหาผู้สัมผัสหรือสงสัยว่าสัมผัสโรคทุกราย เพื่อให้ได้รับการ

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
	<p>ป้องกันรักษาอย่างถูกต้องครบถ้วน</p> <p>๒. ประชุมวางแผนการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ระหว่างสาธารณสุข ปศุสัตว์ และท้องถิ่น</p> <p>๓. จัดทำโครงการสนับสนุนการดำเนินงานการสร้างพื้นที่ปลอดโรคฯ ให้กับ สคร.</p> <p>๔. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายในการขับเคลื่อนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในวันที่ ๙ - ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและส่งเสริมความเข้มแข็งและความร่วมมือระหว่างเครือข่ายทั้งหน่วยงานสาธารณสุข ปศุสัตว์ และท้องถิ่น ให้มีการเร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าและประกาศเป็นพื้นที่ปลอดโรคฯ ผ่าน Zoom meeting และถ่ายทอดสดผ่าน Youtube มีจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมมากกว่า ๒,๐๐๐ คน จากหน่วยงานสาธารณสุข ปศุสัตว์ ท้องถิ่น ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปศุสัตว์เขต ปศุสัตว์จังหวัด ท้องถิ่น จังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล</p> <p>๕. ประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อการพัฒนาเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ประชุมวางแผนการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ระหว่างสาธารณสุข ปศุสัตว์ และท้องถิ่น เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการชี้แจงแผนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ แก่ สคร. ๑-๑๒, สปคม. ➢ ประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดยมีการชี้แจงแผนการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ของหน่วยงานปศุสัตว์ และท้องถิ่น รวมถึงชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและตัวชี้วัดให้แก่ สคร. ๑-๑๒, สปคม. ➢ ประชุมหารือแนวทางการผลักดันการประกาศพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ๑ เขต ๑ อำเภอ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานการผลักดันการสร้างพื้นที่ปลอดโรค และพิจารณา <ul style="list-style-type: none"> ๑. แนวทางการผลักดันการดำเนินงานในระดับท้องถิ่นและอำเภอ ๒. แนวทางการสร้างพื้นที่ปลอดโรคระดับจังหวัด ๓. การจัดทำคำถามที่พบบ่อยเพื่อการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ➢ ประชุมหารือการปรับเปลี่ยนรูปแบบระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ โดยผ่านระบบออนไลน์ zoom meeting มีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาแนวทางการจัดเก็บข้อมูลวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าทั้งก่อนและหลังถูกกัด และแนวทางการดำเนินงานร่วมกันเพื่อรวบรวมข้อมูลจาก ๔๓ แห่ง ➢ ประชุมหารือแนวทางการศึกษาโครงการประเมินประสิทธิภาพการถ่ายถอดนโยบายภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ และโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดโรค ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ เพื่อพัฒนาภาคีเครือข่าย และ

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
	<p>ปรับปรุงแนวทางการถ่ายทอดนโยบาย เพื่อการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปี ๒๕๖๘ ซึ่งโครงการดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี</p> <p>➢ ประชุมติดตามผลการดำเนินงานตามแผนงานโรคพิษสุนัขบ้า ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี รอบ ๖ เดือน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ผ่านระบบออนไลน์ zoom meeting โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการดำเนินงานปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ตามแผนงานโรคพิษสุนัขบ้าและโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน รอบ ๖ เดือน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖</p> <p>๖. ติดตามผลการดำเนินงาน และปรึกษาหารือสถานการณ์ปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า แนวทางการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ และสนับสนุนพื้นที่ในการแก้ปัญหาทั้งเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในคน โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ในอำเภอบางละมุง และอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี</p> <p>๗. ร่วมมือรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖ ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี</p> <p>๘. ติดตาม อำเภอในจังหวัดที่รับผิดชอบ เพื่อให้มีการดำเนินงานตามมาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคนเพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดย อำเภอดำเนินการตามมาตรการแล้วจำนวน ๔๘๕ แห่ง จากจำนวน ๙๒๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๒๖ ของจำนวนอำเภอ</p> <p>๙. การพัฒนาสื่อการสอนโรคพิษสุนัขบ้าผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์สำหรับผู้สอน</p> <p>๑๐. ดำเนินการจัดทำแผ่นพับ ๓ ภาษา ได้แก่ ภาษาไทย อังกฤษ และเขมร เพื่อให้มีความรู้เรื่องของการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มต่างด้าว</p>
<p>มาตรการที่ ๓ : ขับเคลื่อนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า</p>	<p>๑. จัดประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานให้ สคร. รับทราบ</p> <p>๒. สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ มีการเตรียมการเพื่อการประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าทางด้านสาธารณสุข</p> <p>๓. ประชุมร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายเพื่อการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการประกาศเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า</p> <p>๔. ผลักดันการดำเนินงานเพื่อการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยผลักดันให้เป็นนโยบายเร่งรัดของกรมควบคุมโรค คือ ๑ เขต ๑ อำเภอ (ใหม่) ประกาศพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า</p>

เป้าหมาย/มาตรการ	ผลการดำเนินงานที่สำคัญ
	<p>๕. ผลักดันให้พื้นที่ที่มีการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการประกาศเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ตลอดจนให้มีการติดตามการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ผ่านกลไกการติดตามและประเมินผลโดยกระทรวงสาธารณสุข สำนักนายกรัฐมนตรี และให้มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด</p> <p>๖. อำเภอมมีการประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข โดยอำเภอดำเนินการแล้ว จำนวน ๕๑๕ แห่ง จากอำเภอบเป้าหมาย ๙๒๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๕๙ ของจำนวนอำเภอบ</p>

๕. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน :

๑. พบโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ในพื้นที่ซ้ำซาก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีแนวโน้มของการระบาดทั้งในสัตว์และในคน
๒. ผู้เสียชีวิตไม่ได้รับวัคซีนภายหลังการสัมผัสโรค
๓. กลุ่มเสี่ยงที่ใช้สิทธิ์ประกันสังคมบางราย มีความลำบากในการเดินทางไปฉีดวัคซีนเข็มต่อไปในสถานพยาบาลตามสิทธิ์ เนื่องจากมาทำงานนอกพื้นที่และไม่มีความสะดวกในการสำรองค่าใช้จ่ายล่วงหน้า
๔. ผลการสำรวจความรอบรู้ของประชาชนบางอำเภอบมีคะแนนไม่ถึงร้อยละ ๘๐ ทำให้อำเภอบไม่ผ่านเกณฑ์
๕. การดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย ผู้รับผิดชอบบางแห่งยังขาดความเข้าใจในหลักเกณฑ์การดำเนินงาน
๖. อปท.บางแห่งไม่สามารถจัดหาวัคซีนในสัตว์ให้เพียงพอกับจำนวนสัตว์ที่มีอยู่จริงในพื้นที่
๗. การตรวจสอบความครอบคลุมการรับวัคซีนพิษสุนัขบ้าในคนทำได้ยาก ในการนิเทศติดตาม

๖. แนวทางการดำเนินงาน/ ปรับการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

- การค้นหาติดตามผู้สัมผัสโรคและการให้ความรู้กับประชาชน ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยง (สีแดง-สีเหลือง)
- การติดตามสถานการณ์โรคในสัตว์อย่างใกล้ชิด และติดตามผู้สัมผัสโรคภายใน ๔๘ ชั่วโมง ให้ครบทุกเหตุการณ์ เพื่อให้ผู้สัมผัสโรคทุกราย ได้รับวัคซีนได้ตามแนวทางเวชปฏิบัติ
- กระตุ้นย้ำในการสื่อสารความเสี่ยง และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนัก และระวังตนเองต่อโรคพิษสุนัขบ้า

รายงานสัตว์พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

(๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนรายงานสัตว์พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งหมด...๑๒๗... ตัวอย่าง สอบสวนโรคทั้งสิ้น...๑๒๗... ตัวอย่าง

ระดับของพื้นที่	พื้นที่เสี่ยงสูง			พื้นที่เสี่ยง		เฝ้าระวัง	
	จังหวัด	อำเภอบ	ตำบล	จำนวน (ตัวอย่าง)	ติดตาม	หมายเหตุ	
๑	เชียงราย	แม่ฟ้าหลวง		๒	๒	ทุกเหตุการณ์ดำเนินงาน	
	เชียงใหม่			๑	๑		
๒	ตาก	แม่สอด	พระธาตุผาแดง	๑	๑		

สคร.	พบเชื้อ			จำนวน (ตัวอย่าง)	ติดตาม	หมายเหตุ
	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล			
		เพชรบูรณ์				
๓	-	-	-	-	-	
๔.	นครนายก			๑	๑	
	ปทุมธานี			๑	๑	
๕	กาญจนบุรี	สังขละ		๕	๕	
		เมือง		๒	๒	
	สมุทรสงคราม	เมือง		๒	๒	
๖	ชลบุรี	บางละมุง		๑๑	๑๑	
		ศรีราชา		๑๒	๑๒	
		สัตหีบ		๖	๖	
		บ่อทอง		๑	๑	
	ระยอง	บ้านฉาง		๑	๑	
	จันทบุรี	โป่งน้ำร้อน		๒	๒	
	ปราจีนบุรี	ประจันตคาม		๑	๑	
		บ้านสร้าง		๑	๑	
		เมือง		๑	๑	
	สระแก้ว	ตาพระยา		๖	๖	
		อรัญประเทศ		๑	๑	
		โคกสูง		๑	๑	
	ฉะเชิงเทรา	ราชสาส์น		๒	๒	
		พนมสารคาม		๑	๑	
		บ้านโพธิ์		๑	๑	
		เมือง		๑	๑	
๖	สมุทรปราการ	บางพลี		๑	๑	
		บางเสาธง		๑	๑	
๗	มหาสารคาม	กันทรวิชัย	สีน่านวน	๑	๑	
		ชื่นชม	ชื่นชม/กุดปลาตุก	๔	๔	
	กาฬสินธุ์	ห้วยเม็ก	กุดโดน	๑	๑	
		ยางตลาด	นาเชือก	๑	๑	
๘	หนองบัวลำภู	นากลาง	ฝั่งแดง	๒	๒	
	นครพนม	เมือง		๒	๒	
๙	สุรินทร์	เขวาสินรินทร์	ปราสาททอง	๔	๔	
		บัวเชด		๑	๑	
	บุรีรัมย์	บ้านกรวด	สายตะกู	๒	๒	
		บ้านด่าน	โนนขวาง	๒	๒	

สคร.	พบเชื้อ			จำนวน (ตัวอย่าง)	ติดตาม	หมายเหตุ	
	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล				
		เมือง	เสม็ด				
๑๐	อุบลราชธานี	บุญขริก	บัวงาม	๑	๑		
		นาจะหลวย		๖	๖		
		น้ำขุ่น	ไพบูลย์	๓	๓		
		น้ำเย็น		๑	๑		
		เมือง		๑	๑		
		ม่วงสามสิบ		๑	๑		
		กุดข้าวปุ้น		๑	๑		
		ยโสธร	ค้อวัง	น้ำอ้อม	๑	๑	
	ศรีสะเกษ	ราศีไศล	หนองอึ่ง	๑	๑		
	มุกดาหาร	ดอนตาล		๑	๑		
	อำนาจเจริญ	ปทุมราช		๑	๑		
		เมือง		๑	๑		
	๑๑	นครศรีธรรมราช	จุฬารักษ์		๒	๒	
			ร้อนพิบูล		๑	๑	
ชะอวด				๑	๑		
กระบี่		เมือง		๑	๑		
๑๒	สงขลา			๑๒	๑๒		
	พัทลุง			๑	๑		
รวม				๑๒๗	๑๒๗		

ความหมายของระดับพื้นที่เสี่ยงของโรคพิษสุนัขบ้า และกิจกรรมการดำเนินงาน



การจัดระดับพื้นที่เสี่ยงการเกิดโรค เพื่อการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

การจัดระดับพื้นที่เสี่ยงการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า แบ่งโดยอ้างอิงจากสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคน+สัตว์ ย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ. 2562 – 2565*) ดังนี้

พื้นที่เสี่ยงสูง (สีแดง) :

- เป็นพื้นที่ที่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า หรือ
- สัตว์พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า มีการกระจายตัวมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนอำเภอทั้งหมด ในจังหวัดนั้นๆ

พื้นที่เสี่ยง (สีเหลือง) :

- เป็นพื้นที่ในระดับอำเภอที่มีการพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ อย่างน้อย 1 ตัวอย่าง

พื้นที่เฝ้าระวัง (สีฟ้า) :

- เป็นพื้นที่ในระดับอำเภอที่ไม่พบผู้เสียชีวิต และไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์

- **เฝ้าระวังไม่ให้มีผู้เสียชีวิต**
 - อสม. เคาะประตู่บ้านหาผู้ถูกสัตว์กัด ชวน
 - บริหารจัดการวัคซิ้นหลังถูกกัด
 - สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเชื่อ
 - ผู้สัมผัสสัตว์ยืนยันได้รับวัคซีนครบ 100%
- สีแดง ดำเนินการระดับจังหวัด
- สีเหลือง ดำเนินการระดับอำเภอ

- ดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ฯ
- ดำเนินงาน เพื่อประกาศเป็นพื้นที่ปลอดโรคฯ
- ประเมินความพร้อมในพื้นที่ด้วยตนเอง / มีคณะกรรมการประเมิน-รับรองพื้นที่ปลอดโรค
- รับรองพื้นที่ปลอดโรคอย่างน้อย 1 เขต 1 อำเภอ

โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศ.ดร.สมเด็จพระเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

มาตรการและขอบเขตพื้นที่การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในคน



ภาคผนวก

สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๒๑๙ / ๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดว่า การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจยิ่งขึ้น เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้การพัฒนาและการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการสามารถสนับสนุนการตรวจราชการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด มีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่ และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑ องค์ประกอบ

๑.๑	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
๑.๒	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย	รองประธาน
๑.๓	สาธารณสุขนิเทศก์ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๑.๔	รองอธิบดีทุกกรม ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๑.๕	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ประธานชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย	กรรมการ
๑.๖	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	กรรมการ
๑.๗	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มถอง ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	กรรมการ
๑.๘	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย	กรรมการ
๑.๙	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒	กรรมการ
๑.๑๐	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒	กรรมการ
๑.๑๑	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ เลขานุการ
๑.๑๒	กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒ ให้คณะ...

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีหน้าที่และอำนาจ

๒.๑ ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการตรวจราชการให้เป็นไปอย่างบูรณาการสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวง และการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่

๒.๒ วิเคราะห์บทบาท ภารกิจการตรวจราชการ ระบบตรวจราชการ และกระบวนการตรวจราชการให้สอดคล้องตามพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๓ จัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบตรวจราชการกระทรวง และปรับปรุงกระบวนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ต่อที่ประชุมสำนักตรวจราชการกระทรวงเพื่อพิจารณา

๒.๔ กำหนดแนวทาง ให้คำปรึกษา และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรการและวิธีการในการพัฒนาระบบตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๕ ส่งเสริม สนับสนุน กำกับ ติดตาม เกี่ยวกับการพัฒนาระบบตรวจราชการ ตลอดจนแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาระบบตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๖ สนับสนุนการดำเนินงานการตรวจราชการในพื้นที่ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๗ ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายสุเทพ เพชรมาก)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๔ /๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดิน และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กล่าวว่าการตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการจัดทำภารกิจยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นไปตามหลักการการบริหารแบบบูรณาการและการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้กำหนดขอบเขตการตรวจราชการที่สอดคล้องตาม ๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑ Health for Wealth , ประเด็นที่ ๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ , ประเด็นที่ ๒ Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์) , ประเด็นที่ ๓ ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ , ประเด็นที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง ๓) ประเด็น Area based (ปัญหาสำคัญระดับพื้นที่ และ Innovative Healthcare) รวมทั้งการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ดังนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑.๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|---|----------------------|
| (๑) | นายสุเทพ เพชรมาก
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง | ประธานกรรมการ |
| (๒) | นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘
รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง | รองประธาน
กรรมการ |
| (๓) | นายสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒
รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง | รองประธาน
กรรมการ |
| (๔) | นายพูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑ | กรรมการ |

(๕) นายภาณุมาศ...

(๕)	นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๖)	นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
(๗)	นายสุรโชค ต่างวิวัฒน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๘)	นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๙)	นายธนรักษ์ ผลิตพันธ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๑๐)	นายภูวเดช สุระโคตร ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๑๑)	นายสมฤกษ์ จึงสมาน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๑๒)	นายกิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๑๓)	นางปฐมพร ศิริประภาศิริ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๓	กรรมการ
(๑๔)	นายทศเทพ บุญทอง สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๑๕)	นายชินโรส ลีสวัสดิ์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๑๖)	นายสุริยะ คุหะรัตน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
(๑๗)	นายปรีชา เปรมปรี สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๑๘)	นายกิตติ กรรภิรมย์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๑๙)	นายมนู ศกุลสกุล สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
(๒๐)	นายอุดม ภู่วโรดม สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๒๑)	นายจรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๒๒)	นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๒๓)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๒๔)	นายธนิต เสริมแก้ว สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ

- (๒๕) นายสมบัติ ผดุงวิทย์วัฒนา กรรมการ
 สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒
- (๒๖) นายเกษม ตั้งเกษมสำราญ กรรมการ
 สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๓
- (๒๗) เลขาธิการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล กรรมการ
 การตรวจราชการ ประเด็นที่ ๑-๖ และประเด็นการตรวจ
 ราชการแบบบูรณาการ
- (๒๘) นายประกิจ สารเทพ กรรมการและ
 ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ เลขานุการ
- (๒๙) นางพิชญภัฏสสรุ วรณศิริกุล กรรมการและ
 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ ผู้ช่วยเลขานุการ
 หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
 กองตรวจราชการ
- (๓๐) นางสาวสิรินันท์ พานพิศ กรรมการและ
 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ ผู้ช่วยเลขานุการ
 กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
 กองตรวจราชการ
- (๓๑) นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์ กรรมการและ
 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ ผู้ช่วยเลขานุการ
 กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
 กองตรวจราชการ
- (๓๒) นางสาววัชรวัลย์ ธีรวัฒน์ กรรมการและ
 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ ผู้ช่วยเลขานุการ
 กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
 กองตรวจราชการ
- (๓๓) นางสาวณัฐณิชา แก้วเจริญสีทอง กรรมการและ
 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ ผู้ช่วยเลขานุการ
 กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
 กองตรวจราชการ
- (๓๔) นางสาวพรศิริ ใจนแดง กรรมการและ
 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ ผู้ช่วยเลขานุการ
 กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
 กองตรวจราชการ

ข้อ ๑.๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑.๑ มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

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

(๒) กำหนด...

(๒) กำหนดแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตามประเด็นการตรวจราชการ ได้แก่ Agenda based , Functional based และการตรวจราชการแบบบูรณาการ

(๓) กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการแต่ละประเด็น และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๔) พัฒนาระบบการ เครื่องมือ กลไกในการตรวจราชการ

(๕) จัดทำคู่มือการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

(๖) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

(๗) ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มอบหมาย

ข้อ ๑.๓ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๒๙๕/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงนาม

นายสุเทพ เพชรมาก

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาฉบับ

คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ที่ ๑ /๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจำนวน ๖ คณะ และคณะกรรมการการตรวจราชการแบบบูรณาการ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งมีหน้าที่กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของ คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการตามประเด็นตรวจราชการ และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ๑) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑ Health for Wealth , ประเด็นที่ ๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ , ประเด็นที่ ๒ Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์) , ประเด็นที่ ๓ ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ , ประเด็นที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง ๓) ประเด็น Area based (ปัญหาสำคัญระดับพื้นที่ และ Innovative Healthcare) รวมทั้งการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี นั้น

อาศัยอำนาจตามความข้อ ๑.๒ (๖) แห่งคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๔/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ เรื่อง คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจำนวน ๖ คณะ และคณะกรรมการการตรวจราชการแบบบูรณาการ ดังนี้

๑. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประเด็น Health for Wealth โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑.๑ องค์ประกอบ

(๑) นายกิตติศักดิ์ อักษรวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	ประธาน กรรมการ
(๒) นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธาน กรรมการ
(๓) นายมนู ศุกลสกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
(๔) นายจรูญ จันทมัตตุการ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๕) นายธนิต เสริมแก้ว	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ

(๖) นายประกิจ...

(๖)	นายประกิจ สารเทพ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๗)	นางสิริพรรณ โชติกมาศ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๘)	นางสาวศิญาภัทร์ จำรัส อิริวัฒน์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
(๙)	นางมาลา สร้อยสำโรง	แพทย์แผนไทยชำนาญการพิเศษ สำนักงานจัดการกัญชาฯ กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๐)	นายกุลธรนิต วนรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๑)	นางมณฑกา อีรัชัยสกุล	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๒)	นางพันธิ์วิธา เวยสาร	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๑๓)	นางนลินา ตันตินิรามัย	ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๔)	นายอัศวพล ศุภศาสตร์	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน/ ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริม อุตสาหกรรมและบริการ การแพทย์ครบวงจร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๕)	นายพรเทพ ล้อมพรม	รักษาการผู้อำนวยการกอง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ

(๑๖)	นางสาวงามเนตร เอี่ยมนาคะ	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๗)	นายประวิทย์ เกตุทอง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๘)	นางสาวณภัทรรัตน์ ขาวสอาด	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๙)	นางสาวศิริินภา สระทองหน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ สำนักส่งเสริม อุตสาหกรรมกรมแพทย์ครบวงจร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๐)	นางสาวกาญจนา ถึงปัดชา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๑)	นายสุชาติ จองประเสริฐ	ผู้อำนวยการกองส่งเสริม งานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วน ภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา	กรรมการ
(๒๒)	นางสาวณธิป วิมุตติโกศล	ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาระบบ การคุ้มครองผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์ด้านสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา	กรรมการ
(๒๓)	นางวาสนา โชติชะวารานนท์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ

(๒๔) นางสาวสุภาพร เหยยทิม	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
---------------------------	---	--------------------------------

ข้อ ๑.๒ หน้าที่และอำนาจ

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

๒. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประเด็นระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๒.๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|------------------------------|---|----------------------|
| (๑) นายพูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง
เขตสุขภาพที่ ๑ | ประธาน
กรรมการ |
| (๒) นายทศเทพ บุญทอง | สาธารณสุขนิเทศก์
เขตสุขภาพที่ ๑ | รองประธาน
กรรมการ |
| (๓) นายชินรอส ลีสวัสดิ์ | สาธารณสุขนิเทศก์
เขตสุขภาพที่ ๒ | กรรมการ |
| (๔) นายประกิจ สารเทพ | ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ | กรรมการ |
| (๕) นางสาวปริญดา ทุนคำ | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง
เขตสุขภาพที่ ๑ | กรรมการ |
| (๖) นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร | นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักสนับสนุนระบบ
สุขภาพปฐมภูมิ | กรรมการ |
| (๗) นางจารุณี จันทร์เพชร | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ชำนาญการพิเศษ
สำนักสนับสนุนระบบ
สุขภาพปฐมภูมิ | กรรมการ |

(๘)	นางเนาวรัตน์ สัจจากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	กรรมการ
(๙)	นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต	ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๐)	นายจรัส รัชกุล	ผู้อำนวยการกองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๑)	นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น	ร.ก. นักวิชาการสาธารณสุข เชี่ยวชาญ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๒)	นางรุ่งกาญจน์ รณหงษา	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๓)	นางจิรวรรณ หัสโรค์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาค ประชาชน กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๔)	นายประวิทย์ เกตุทอง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๕)	นางสาวกาญจนา ถึงปัดชา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๖)	นายศุภฤกษ์ สี่รุ่งเรือง	ผู้อำนวยการกองส่งเสริม ความรอบรู้ และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๗)	นางสาวกิงพิกุล ชำนาญคง	นักวิชาการสาธารณสุข เชี่ยวชาญ กองส่งเสริม ความรอบรู้และสื่อสาร สุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๘)	นางสวณันทาวดี วรสุวิส	ผู้อำนวยการกองส่งเสริม และพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ

(๑๙) นางสาวดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบ บริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๐) นางสาวเบญจมาส พงษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกอง กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๑) นายปองพล ชูษณะโชติ	นักจิตวิทยาคลินิก ชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมและพัฒนา สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๒) นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๓) นางสาวอาภาวดี วงศ์เจริญ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ปฏิบัติการ กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน	กรรมการ
(๒๔) นายอดิชาติ หงษ์ทอง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๕) นางโกสุ่ม สาลี	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการร่วม

ข้อ ๒.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนาจการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนาจการฯ มอบหมาย

๓. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๓.๑ กลุ่มวัย

ข้อ ๓.๑.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายสวัสดิ์ อภิวัจณีวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	ประธาน กรรมการ
(๒)	นายสมบัติ ผดุงวิทย์วัฒนา	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	รองประธาน กรรมการ
(๓)	นายปรีชา เปรมปรี	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๔)	นายประกิจ สารเทพ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๕)	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง	เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
(๖)	นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ	ผู้อำนวยการสำนักงาน ตรวจราชการ กรมอนามัย	กรรมการ
(๗)	นายธีรชัย บุญยะลีพรรณ	รองผู้อำนวยการสถาบัน พัฒนาอนามัยเด็ก แห่งชาติ กรมอนามัย	กรรมการ
(๘)	นายโอฬาริก มุสิกวงศ์	หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่ และเด็ก กรมอนามัย	กรรมการ
(๙)	นางสาววารีทิพย์ พึ่งพันธ์	นักโภชนาการ ชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๐)	นางกานต์ณัชชา สร้อยเพชร	นักโภชนาการ ชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๑)	นางปฐมา เขาวนเมธา	ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๒)	นายธรรณินทร์ กองสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๓)	นายประภาส อุครานันท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ

(๑๔) นางสาวดุขฎี...

(๑๔)	นางสาวดุษฎี จิ่งศิริกุลวิทย์	ผู้อำนวยการกองบริหาร ระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๕)	นางนพวรรณ ศรีวงศ์พานิช	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๖)	นางสาวจันทร์อาภา สุขทัณฑ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๗)	นางสวณันทาวดี วรสุวัส	ผู้อำนวยการกองส่งเสริม และพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๘)	นางสาวเบญจมาศ พงษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๙)	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๐)	นางสาวอาภาวดี วงศ์เจริญ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ปฏิบัติการ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๑)	นางจิรวรรณ อารยะพงษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี กรรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๒)	นายอัครฐาน จิตนุยานนท์	ผู้อำนวยการสถาบัน สุขภาพเด็กแห่งชาติ มหाराชินี กรรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๓)	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์	กรรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๔)	นายวิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล	ข้าราชการบำนาญ กรรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๕)	นายศุภวัชร บุญกษิต์เดช	นายแพทย์ชำนาญการ พิเศษ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหाराชินี กรรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๖)	นางสาวฐานันต์ดา ศิริพร	โรงพยาบาลชลบุรี กรรมการแพทย์	กรรมการ

(๒๗)	นางสาววรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี กรมการแพทย์	กรรมการ
(๒๘)	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
(๒๙)	นางกัญญ์ฐรินทร์ กล้าวิจิตร	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๓๐)	นางปาริฉัตร ตันตียวงค์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการร่วม
(๓๑)	นางนภาลัย เล็กเริงสินธุ์	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๓๒)	นางสาวอัญชลิกา คงดี	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

๓.๒ ผู้สูงอายุ

ข้อ ๓.๒.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายสมฤกษ์ จิ่งสมาน	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	ประธาน กรรมการ
(๒)	นายภูวเดช สุระโคตร	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	รองประธาน กรรมการ
(๓)	นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๔)	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐		กรรมการ
(๕)	นายประกิจ สาระเทพ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๖)	นางจุฑารัตน์ มากคงแก้ว	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
(๗)	นางกอมณี สุรวงษ์สิน	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ

(๘)	นางบุษกร โลหารขุน	ผู้อำนวยการสถาบัน เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๙)	นางนิติกุล ทองน่วม	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๐)	นางสาวพัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว	นายแพทย์ปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระ สังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๑)	นายณัฐพล สุทธิสุนทรินทร์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๒)	นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ	ผู้อำนวยการสำนักงาน ตรวจราชการ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๓)	นายนิธิรัตน์ บุญตานนท์	ผู้อำนวยการสำนักอนามัย ผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๔)	นางสาวนพวรรณ โปชนุกูล	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๕)	นางรัชนี บุญเรืองศรี	นักสังคมสงเคราะห์ ชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
(๑๖)	นางศิริรัตน์ สุวรรณฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองป้องกัน การบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๗)	นางสาวนิพา ศรีข้าง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองป้องกัน การบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๘)	นางสาวบุญศิริ จันศิริมงคล	ผู้อำนวยการสำนักความรอบรู้ สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๙)	นางสาวเบญจมาศ พงษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๐)	นายอาทิตย์ เล่าสู่อังกูร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ

(๒๑)	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๒๒)	นายธานี มูลประดับ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๒๓)	นางสาวพรอินทร์ วัชยฉิม	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
(๒๔)	นางสาวขวัญแก้ว จันทร์วิเชียร	รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๕)	นางจีรนนท์ ชาญสตะบุตร	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๓.๓ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนาจการฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนาจการฯ มอบหมาย

๔. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประเด็น Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์) โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๔.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	ประธาน กรรมการ
(๒)	นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธาน กรรมการ
(๓)	นางปฐมพร ศิริประภาศิริ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๓	รองประธาน กรรมการ

(๔) นายสุริยะ...

(๔)	นายสุริยะ คุหะรัตน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
(๕)	นายจรัญ จันทมัตตุการ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๖)	นายสมบัติ ผดุงวิทย์วัฒนา	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
(๗)	นายเกษม ตั้งเกษมสำราญ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๓	กรรมการ
(๘)	นายประกิจ สาระเทพ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๙)	นายชาติ เอี่ยมมา	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
(๑๐)	นางสิริพรรณ โชติกมาศ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
(๑๑)	นายวสันต์ สายทอง	รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๒)	นายราชี ปาลือชา	หัวหน้ากลุ่มคอมพิวเตอร์ และเครือข่าย ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๓)	นางรุ่งนิภา อมาตยคง	หัวหน้ากลุ่มบริหารเทคโนโลยี สารสนเทศเพื่อการจัดการ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๔)	นายณฐนนท์ นากเณร	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๕)	นายพีระวิทย์ สิงห์สูง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

(๑๖) นางสาวกัญตภัส...

(๑๖)	นางสาวกัญจน์ วรณะรุ่งโรจน์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ปฏิบัติการ ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๗)	นายภัทรวิทย์ อุตตะสาระ	ผู้อำนวยการสำนักดิจิทัล	กรรมการ การแพทย์ กรรมการแพทย์
(๑๘)	นางเดือนเพ็ญ โยเอื้อง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กลุ่มดิจิทัล สุขภาพ กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๙)	นางสาวฐปนภร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการและ เลขานุการ กองตรวจราชการ
(๒๐)	นางสาวสุภาพร เฉยทิม	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ กองตรวจราชการ
(๒๑)	นางกนกนาค หงสกุล	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๓	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ กองตรวจราชการ

ข้อ ๔.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) กำหนดกรอบประเด็นการตรวจราชการ
- (๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- (๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- (๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนาจฯ
- (๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนาจฯ มอบหมาย

๕. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประเด็นลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๕.๑ องค์ประกอบ

- | | | | |
|-----|---------------------|--|-------------------|
| (๑) | นายธนรักษ์ ผลิพัฒน์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง
เขตสุขภาพที่ ๗ | ประธาน
กรรมการ |
|-----|---------------------|--|-------------------|

(๒) นายสุรโชค...

(๒)	นายสุรโชค ต่างวิวัฒน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	รองประธาน กรรมการ
(๓)	นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	รองประธาน กรรมการ
(๔)	นายปรีชา เปรมปรี	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๕)	นายกิตติ กรรภิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๖)	นายอุดม ภู่วโรดม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๗)	นายประกิจ สารเทพ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๘)	นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
(๙)	นางสาวจารุภา ขอเสงี่ยม	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
(๑๐)	นายประเสริฐ เก็มประโคน	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
(๑๑)	นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๒)	นางสาวอรรวรรณ อนุไพวรรณ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๓)	นางสาวศุภิษา แสงกระจ่าง	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เชี่ยวชาญ สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการ
(๑๔)	นายกฤษฏา หาญบรรเจิด	ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๕)	นายอรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์	รองผู้อำนวยการกอง โรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๖)	นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ

(๑๗) นางสาวณัฐกฤตา...

(๑๗)	นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๘)	นายรัฐพงษ์ บุรีวงษ์	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการ กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๑๙)	นายจักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์	ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๐)	นายธีรศักดิ์ ชักนำ	นายสัตวแพทย์ ชำนาญการพิเศษ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๑)	นายวิชาญ ปาวัน	ผู้อำนวยการกอง โรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๒)	นายชินนันทน์ สนธิไชย	นายแพทย์ชำนาญการ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๓)	นายพรพิทักษ์ พันธุ์หล้า	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๒๔)	นางสาววรางคณา เวชวิธ	ผู้อำนวยการสำนัก ทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	กรรมการ
(๒๕)	นางสาวพัชวรรณ สุขุมาลินท์	ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	กรรมการ
(๒๖)	นายสฤกษ์ดีเดช เจริญไชย	ผู้อำนวยการกอง สาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๒๗)	นางสุรียรัตน์ ใจดี	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

(๒๘) นางสาวพนิดา นาถนอม	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ กองสาธารณสุข ฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๒๙) นางกัญญ์รัฐรินทร์ กล่ำวิจิตร	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการและ เลขานุการ
(๓๐) นายอติชาติ หงษ์ทอง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการและ เลขานุการร่วม
(๓๑) นางอมรรัตน์ ลีมีจิตสมบุรณ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการและ เลขานุการร่วม
(๓๒) นางนภาลักษณ์ เล็กเริงสินธุ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ กองตรวจราชการ ผู้ช่วยเลขานุการ	กรรมการและ
(๓๓) นางสาวอัญชลิกา คงดี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ กองตรวจราชการ ผู้ช่วยเลขานุการ	กรรมการและ
(๓๔) นางสาวธัญชนก เหลืองทองอร่าม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองตรวจราชการ ผู้ช่วยเลขานุการ	กรรมการและ

ข้อ ๕.๒ หน้าที่และอำนาจ

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

๖. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประเด็นองค์กรสมรรถนะสูง โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๖.๑ องค์ประกอบ

(๑) นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	ประธาน กรรมการ
(๒) นายสมฤกษ์ จิงสมาน	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	รองประธาน กรรมการ

(๓) นายทศเทพ...

(๓)	นายทศเทพ บุญทอง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
(๔)	นายชินโรส ลีสวัสดิ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๕)	สาธารณสุขนิเทศก์	เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๖)	นายประจักษ์ สาระเทพ	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
(๗)	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง	เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
(๘)	นางกอมณี สุรวงษ์สิน	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
(๙)	นายดิเรก สุดแดน	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจ สุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๐)	นายอัศวพงศ์ จุฑากรณ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๑)	นายชุมพล นุชผ่อง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๒)	นายวัลลภ คชบก	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กองเศรษฐกิจ สุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๓)	นางสาวปิยาภรณ์ ยิ้มศิริวัฒน์นะ	นักวิชาการเงินและบัญชี ชำนาญการพิเศษ กองเศรษฐกิจ สุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๔)	นางณัฐญาภรณ์ เพชรถิรสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๕)	นางอุทัย เกษรา	เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชำนาญงาน กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ	กรรมการ

- | | | |
|------------------------------|--|--------------------------------|
| (๑๖) นางอนิสสา เกตุกำเนิด | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ
เขตสุขภาพที่ ๒
กองตรวจราชการ | กรรมการและ
เลขานุการ |
| (๑๗) นางสาวพรอินทร์ วัลยาณิม | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ
เขตสุขภาพที่ ๑๐
กองตรวจราชการ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๖.๒ หน้าที่และอำนาจ

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

๗. คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่ และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๗.๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|---|---|----------------------|
| (๑) นายสุเทพ เพชรமாக | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
เขตสุขภาพที่ ๖ | ประธาน
กรรมการ |
| (๒) นายมนู ศกุลสกุล | สาธารณสุขนิเทศก์
เขตสุขภาพที่ ๖ | รองประธาน
กรรมการ |
| (๓) ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ | | กรรมการ |
| (๔) สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ | | กรรมการ |
| (๕) ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ | | กรรมการ |
| (๖) หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ
กองตรวจราชการ | เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ | กรรมการ |

การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรม และการพัฒนาระบบนิเวศการท่องเที่ยว

- | | | |
|----------------------------|---|---------|
| (๗) นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ | ผู้อำนวยการสำนักงาน
ตรวจราชการ กรมอนามัย | กรรมการ |
|----------------------------|---|---------|

(๘) นายชัยเลิศ...

- | | | |
|---------------------------------|--|---------|
| (๘) นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย | นักวิชาการสาธารณสุข
ชำนาญการพิเศษ
สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ
กรมอนามัย | กรรมการ |
| (๙) นางลลนา ทองแท้ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ชำนาญการ สำนักสุขาภิบาล
อาหารและน้ำ กรมอนามัย | กรรมการ |
| (๑๐) นางสาวชไมพร เป็นสุข | นักวิชาการสาธารณสุข
ชำนาญการ สำนักอนามัย
สิ่งแวดล้อม กรมอนามัย | กรรมการ |
| (๑๑) นางสาวนวิรัตน์ อภิชัยนันท์ | นักวิชาการสาธารณสุข
ชำนาญการ สำนักอนามัย
สิ่งแวดล้อม กรมอนามัย | กรรมการ |

การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

- | | | |
|-----------------------------|--|---------|
| (๑๒) นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ | ผู้อำนวยการสำนักงาน
ตรวจราชการ กรมอนามัย | กรรมการ |
| (๑๓) นางสาวศิรดา เล็กอุทัย | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
หัวหน้ากลุ่มวัยทำงาน
สำนักส่งเสริมสุขภาพ
กรมอนามัย | กรรมการ |
| (๑๔) นางอาริสรา ทองเหม | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ชำนาญการพิเศษ สำนัก
ส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย | กรรมการ |
| (๑๕) นายนิธิรัตน์ บุญตานนท์ | ผู้อำนวยการสำนักอนามัย
ผู้สูงอายุ กรมอนามัย | กรรมการ |
| (๑๖) นางวิมล บ้านพวน | นักวิชาการสาธารณสุข
เชี่ยวชาญ สำนักส่งเสริม
สุขภาพ กรมอนามัย | กรรมการ |
| (๑๗) นางรัชณี บุญเรืองศรี | นักสังคมสงเคราะห์
ชำนาญการพิเศษ
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
กรมอนามัย | กรรมการ |

(๑๘) ผู้แทนกรมการแพทย์...

- | | | |
|-------------------------|--|---------|
| (๑๘) ผู้แทนกรมการแพทย์ | | กรรมการ |
| (๑๙) ผู้แทนกรมสุขภาพจิต | | กรรมการ |
| (๒๐) ผู้แทนกรมควบคุมโรค | | กรรมการ |

โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน

ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

- | | | |
|-----------------------------|--|---------|
| (๒๑) นางสาววาสนี ชลิศราพงศ์ | นายแพทย์ชำนาญการ
กองโรคติดต่อทั่วไป
กรมควบคุมโรค | กรรมการ |
| (๒๒) นางรัตนา ธีระวัฒน์ | นักวิชาการสาธารณสุข
ชำนาญการพิเศษ
กองโรคติดต่อทั่วไป
กรมควบคุมโรค | กรรมการ |

ฝ่ายเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ

- | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------------|
| (๒๓) นายประกิจ สาระเทพ | ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ | กรรมการและ
เลขานุการ |
| (๒๔) นางพิชญภัตสร วรณศิริกุล | หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบ
ตรวจราชการ
กองตรวจราชการ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๒๕) นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ชำนาญการ กองตรวจราชการ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๒๖) นางสาววัชรวัลย์ ธีระวัฒน์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ปฏิบัติการ กองตรวจราชการ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๒๗) นางสาวพรศิริ โง้นแดง | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ปฏิบัติการ กองตรวจราชการ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๗.๒ หน้าที่และอำนาจ

- นายกรัฐมนตรื
- (๑) กำหนดกรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนัก
 - (๒) ร่วมตรวจราชการในพื้นที่ พร้อมกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามประเด็น/
โครงการที่สำนักนายกรัฐมนตรืกำหนด
 - (๓) รวบรวมข้อมูลจากหน่วยรับตรวจทุกเขตที่รับผิดชอบ ตามประเด็น/โครงการ
ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข

(๔) รวบรวม...

(๔) รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการตรวจราชการ รายเขต รายรอบ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อสำนักนายกรัฐมนตรี คณะกรรมการฯ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๕) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการฯ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงนาม นายสุเทพ เพชรมาก

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

- | | | |
|-----|--|--------------------------------------|
| ๑. | นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง |
| | | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖ |
| ๒. | นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง |
| | | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๓. | นายแพทย์สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง |
| | | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒ |
| ๔. | นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑ |
| ๕. | นายแพทย์ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒ |
| ๖. | แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓ |
| ๗. | นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔ |
| ๘. | แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕ |
| ๙. | นายแพทย์ธนรัชต์ ผลิตพันธ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗ |
| ๑๐. | นายแพทย์ภูวเดช สุระโคตร | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙ |
| ๑๑. | นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐ |
| ๑๒. | นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑ |
| ๑๓. | แพทย์หญิงปฐมพร ศิริประภาศิริ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๓ |
| ๑๔. | นายแพทย์ทศเทพ บุญทอง | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑ |
| ๑๕. | นายแพทย์ชินโรส ถีสวัสดิ์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒ |
| ๑๖. | นายแพทย์สุริยะ คุหะรัตน์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓ |
| ๑๗. | นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔ |
| ๑๘. | นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕ |
| ๑๙. | นายแพทย์มนู ศุกลสกุล | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖ |
| ๒๐. | นายแพทย์อุดม ภู่วโรดม | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗ |
| ๒๑. | นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๒. | นายแพทย์ภาณี ทรัพย์พิพัฒน์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙ |
| ๒๓. | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐ | |
| ๒๔. | นายแพทย์ธนิศ เสริมแก้ว | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑ |
| ๒๕. | นายแพทย์สมบัติ ผดุงวิทย์วัฒนา | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒ |
| ๒๖. | นายแพทย์เกษม ตั้งเกษมสำราญ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๓ |
| ๒๗. | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ | |

คณะผู้จัดทำ

๑. คณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๒. คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๖
๓. นายแพทย์ประกิจ สารเทพ ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๔. นางสุนีย์ สว่างศรี รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
กลุ่มภารกิจด้านบริหารยุทธศาสตร์และประเมินผล
๕. นายปฏิพล หอมหวล รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๖. นายพลลภกัฏม์ เสถียร รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๗. นางโกสุม สาลี หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑
๘. นางอนิสสา เกตุกำเนิด หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒
๙. นางสาวฐปนภร เจริญวงศ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓
๑๐. นายอดิชาติ หงษ์ทอง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔
๑๑. นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบุรณ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕
๑๒. นายเจษฎาพร โชติรัตน์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖
๑๓. นางกัญญ์ฐรินทร์ กล่ำวิจิตร หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗
๑๔. นางสาวสุภาพร เฉยทิม หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘
๑๕. นางสาวขวัญแก้ว จันทรวิเชียร วิชาการในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ
เขตสุขภาพที่ ๙
๑๖. นางสาวพรอินทร์ วัลยาฉิม หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐
๑๗. นางวาสนา โชติชะวารานนท์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑
๑๘. นางปาริฉัตร ตันติยวงศ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒
๑๙. นางกนกนาค หงสกุล หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๓
๒๐. นางพิชญภััสสร วรรณศิริกุล หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๑. นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์ หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๒. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๓. นางวัชรวัลย์ ธีรวัฒน์ หัวหน้างานตรวจราชการกรณีพิเศษ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๔. นางสาวณัฐนิชา แก้วเจริญสีทอง ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๕. นางสาวพรศิริ โฉนแดง ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
และงานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ

บรรณาธิการ

๑. นายแพทย์ประกิจ สารเทพ
ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๒. นางสุนีย์ สว่างศรี
รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
กลุ่มภารกิจด้านบริหารยุทธศาสตร์และประเมินผล
๓. นายปฏิพล หอมหวน
รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๔. นายพลลภัทม์ เสถียร
รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๕. นางวาสนา โชติชะวารานนท์
หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๑
Health for Wealth
๖. นายอติชาติ หงษ์ทอง
หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๒
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๗. นางกัญญ์ฐรินทร์ กล่ำวิจิตร
หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๓
สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ
(กลุ่มวัย) และประเด็นที่ ๕ ลดป่วย ลดตาย
และการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ
๘. นางสาวพรอินทร์ วัลย์ชัย
หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๓
สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ
(ผู้สูงอายุ)
๙. นางสาวรุปลนภร เจริญวงศ์
หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๔
Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยี
ทางการแพทย์)

๑๐. นางอนิสสา เกตุกำเนิด หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ ประเด็นที่ ๖
องค์กรสมรรถนะสูง
๑๑. นางพิชญากัสสร วรณศิริกุล หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ
๑๒. นางสาววดี อัสวศรีอนันต์ หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ
เลขานุการคณะกรรมการกำหนดประเด็นและ
ติดตามผลการตรวจราชการ
ประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการ
หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ
๑๓. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ หัวหน้างานตรวจราชการกรณีพิเศษ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ
๑๔. นางวัชรวัลย์ ธีรวัฒน์ ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ
๑๕. นางสาวณัฐนิชา แก้วเจริญสีทอง ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ
๑๖. นางสาวพรศิริ ใจนแดง ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
กองตรวจราชการ

ออกแบบปกโดย

นางสาวพรศิริ ใจนแดง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ



สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กองตรวจราชการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

<http://bie.moph.go.th/e-inspection/index.php>

