

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)
ผลการตรวจราชการคณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
(ปีงบประมาณ ๒๕๖๐)

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อเป็นทิศทางในการกำกับติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนภูมิภาค ใน ๕ การกิจ (คณะ) โดยคณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มีจำนวนตัวชี้วัดทั้งสิ้น ๑๗ ตัวชี้วัด แบ่งการดำเนินงานเป็น ๔ ด้าน ได้แก่ ๑.ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย ๒.ด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ๓.ด้านลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และ ๔.ด้านบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้ดำเนินการตรวจราชการรอบ ที่ ๒ เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผลการตรวจราชการ สรุปได้ดังนี้

๑.ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย จำนวน ๗ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ๔ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๑๔ ได้แก่ เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๙๔.๖๓), เด็กกลุ่มอายุ ๐ - ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (ร้อยละ ๗๑.๖๓), อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี (ร้อยละ ๓๖.๕) และร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๖๖.๙) ตัวที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ อัตราส่วน การตายมารดา (ร้อยละ ๒๔.๒๖), ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๔๙.๕๐) และเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๖๕.๐๕) เนื่องจากมีปัญหาในเรื่องของการจัดเก็บและการรายงานผลข้อมูล

๒.ด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ จำนวน ๕ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ๔ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๐๐ ได้แก่ ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ ๑๐๐), อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ (๕ ต่อแสนประชากรเด็ก), อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (๑๔.๙ ต่อแสนประชากร) และอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ ๒.๓๑) ตัวที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ ๘๕) เนื่องจากประสบปัญหาในการติดตามอาการผู้ป่วยไม่สามารถติดตามอย่างต่อเนื่องได้

๓.ด้านลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ จำนวน ๔ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ทุกตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ได้แก่ ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย (ร้อยละ ๙๗.๐๓), ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุด เสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด (ร้อยละ ๙๙.๗๑) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๙๗.๐๖) และร้อยละของสถานพยาบาลและสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด (ร้อยละ ๘๗.๕๙)

๔.ด้านบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม จำนวน ๑ ตัวชี้วัดร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตาม เกณฑ์ Green & Clean Hospital สามารถดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๙๐.๖๒

ปัญหาของการดำเนินงานโดยภาพรวมทั้ง ๑๗ ตัวชี้วัด คือ ๑.บุคลากร และเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้และทักษะใน การปฏิบัติงาน จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน ๒.ระบบฐานข้อมูล ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (Health Data Center) การเก็บข้อมูลการตรวจราชการไม่สอดคล้องกัน และขาดการวิเคราะห์ข้อมูล ๓.การติดตามประเมินผล ขาดระบบการ ติดตามประเมินที่มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง ๔.ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน และ ๕.บางพื้นที่ขาดการ ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในพื้นที่ จึงทำให้การดำเนินงานไม่สามารถ ดำเนินงานได้อย่างเต็มศักยภาพ

ดังนั้นในการกำหนดทิศทางการกำกับติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติราชการ จึงมีความจำเป็นในการแก้ไข ปัญหาดังกล่าว และต้องดำเนินการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปวิเคราะห์ ที่นำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ อย่างยั่งยืน

บทสรุปผู้บริหาร

การตรวจราชการระดับกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒/๒๕๖๐

คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

.....

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) เป็นการจักระบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ใน ๑๘ สาขา สร้างระบบการทำงานที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายตั้งแต่ระดับบริการปฐมภูมิ ทูตียภูมิ ตติยภูมิ รวมทั้งศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง ภายใต้กรอบแนวคิดการบริหารร่วมการ บริการร่วม การใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างคุ้มค่า สามารถเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน โดยมุ่งหวังให้เกิดผลที่ดีต่อสุขภาพประชาชน กล่าวคือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดระยะเวลารอคอย และลดความแออัด

ในภาพรวมประเทศมีการดำเนินงานตามแนวทางสำคัญโดยการสร้างกลไกการบริหารจัดการการพัฒนา Service plan ในภาพรวมและรายสาขาซึ่งทุกเขตสุขภาพได้มีการดำเนินการ Service plan แต่ละสาขามากน้อยแตกต่างกันไป แนวทางที่กำหนดได้แก่มีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและปัญหาการบริการโดยกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดทั้งที่เป็นตัวชี้วัด Outcome (ลดป่วย, ลดตาย) และตัวชี้วัด Service Outcome (ลดการรอคอยบริการเพิ่มการเข้าถึงเพิ่มความครอบคลุมเพิ่มขีดความสามารถลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น) มีการออกแบบและวางระบบบริการที่เชื่อมโยงการบริการกันทั้งเขตตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน /ทั่วไป/ศูนย์ และระดับศูนย์ความเชี่ยวชาญ ที่มีการพัฒนาเชิงระบบของ PCC และ DHS เพื่อเป็นฐานการพัฒนาพัฒนาระบบบริการ Service Plan ในทุกสาขาซึ่งในการตรวจราชการ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๒.๑.๑ รพ.สต.ติดดาว

เป็นการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการระดับปฐมภูมิซึ่งรวมเกณฑ์คุณภาพบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการบริหารจัดการเข้าด้วยกัน เป็นเกณฑ์เดียวที่บูรณาการในกรอบการประเมินรูปแบบเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานบริการปฐมภูมิ และเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขใหม่ของปี ๒๕๖๐ ซึ่งไม่มีข้อมูลระดับประเทศมาก่อน แต่มีการพัฒนาในบางเขตสุขภาพและบางจังหวัด

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคุณภาพมาตรฐาน

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

- ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๑๐

โดยมี small success ดังนี้

ระยะ ๓ เดือน มีการประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานรพ.สต.ติดดาว

ระยะ ๖ เดือน ทีมประเมินระดับเขตสุขภาพชี้แจงการดำเนินงาน และพัฒนาทีมประเมินระดับจังหวัดและอำเภอ

ระยะ ๙ เดือน รพ.สต.ร้อยละ ๑๐๐ มีการนำเกณฑ์คุณภาพไปประเมินตนเอง

ระยะ ๑๒ เดือน ทีมประเมินระดับเขต ลงประเมินรับรองผลการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. และได้รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๐

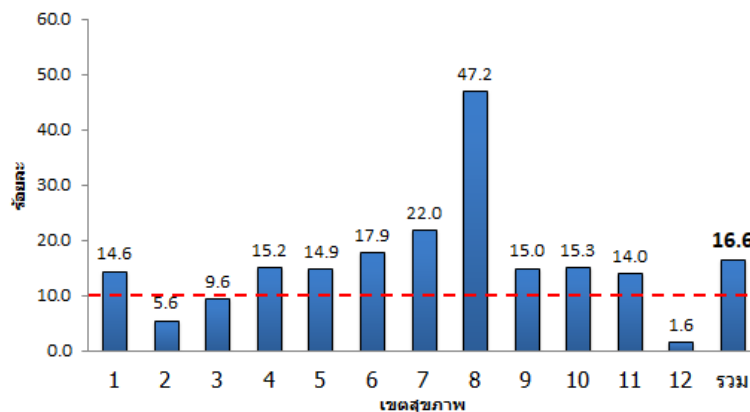
มาตรการสำคัญ

๑. พัฒนาเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดตามและจัดทำคู่มือ
๒. พัฒนาคณะทำงานทุกระดับ ได้แก่ ระดับประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ
๓. สื่อสารชี้แจง ประชาสัมพันธ์นโยบาย แนวทางและแผนพัฒนาองค์กรคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม
๔. พัฒนาระบบฐานข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ
๕. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ผลลัพธ์

ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐ พบว่า ระดับประเทศมีการประชุมชี้แจงนโยบาย รพ.สต.ติดตาม เมื่อ ๒๓-๒๕ มกราคม ๒๕๖๐ และระดับเขต/จังหวัด ได้ดำเนินการแล้วทุกเขตสุขภาพ ขณะนี้มี รพ.สต.ที่ได้ประเมินตนเองแล้ว จำนวน ๙,๘๒๗ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ๓,๐๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๖๔ และมี รพ.สต.ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี ๒๕๖๐ ภาพรวมประเทศ ร้อยละ ๑๖.๖ โดยแบ่งรายเขตสุขภาพ ดังนี้

**ร้อยละของรพ.สต.ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ
รพ.สต.ติดตาม ปี ๒๕๖๐**



ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ ๑) การที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ ๒) มีการร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ๓) ประชาชนมีส่วนร่วม และ ๔) รพ.สต.มุ่งมั่นพัฒนาตนเอง

ปัญหา อุปสรรค

๑. เกณฑ์ละเอียด ไม่ชัดเจน ทำให้ทีมประเมินไม่เข้าใจและอาจทำการประเมินคลาดเคลื่อน
๒. นโยบายปี ๒๕๖๐ ชี้แจงล่าช้า มีระยะเวลาในการดำเนินงานน้อย
๓. ขาดงบประมาณสนับสนุนในพื้นที่ และขาดเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.
๔. มีการประเมินคุณภาพรพ.สต.หลายทีม หลายเกณฑ์ เจ้าหน้าที่รพ.สต.สับสน และแต่ละทีมลงพื้นที่ประเมินต่างเวลากัน ทำให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.มีภาระในการรับทีมประเมินมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

รพ.สต.ควรพัฒนาคุณภาพภายใต้ความต้องการของประชาชน รวมงาน รพ.สต.ติดตาม เข้ากับงานปฐมภูมิอื่นๆ และบูรณาการออกตรวจประเมินฯ เกณฑ์คุณภาพร่วมกับชมรมสาธารณสุขอำเภอและเขตสุขภาพ

Best Practice

เขต ๑ รพ.สต. ต่อแพ จ.แม่ฮ่องสอน

เขต ๓ รพ.สต. น้ำซึม จ.อุทัยธานี

เขต ๕ รพ.สต. ทัพหลวง จ.สุพรรณบุรี

เขต ๒ รพ.สต. เขาแก้วศรีสมบูรณ์ จ.สุโขทัย

เขต ๔ รพ.สต. กุดตาเพชร จ.ลพบุรี

เขต ๖ รพ.สต. บางแก้ว จ.สมุทรปราการ

เขต ๗ รพ.สต. บ้านดอนบม จ.ขอนแก่น

เขต ๘ และ เขต ๙ อยู่ระหว่างดำเนินการประเมิน

เขต ๑๐ รพ.สต. แก้งเหนือ จ.อุบลราชธานี

เขต ๑๑ รพ.สต. เกาะแก้ว จ.ภูเก็ต

เขต ๑๒ รพ.สต. บ่อตรู จ.สงขลา

๒.๑.๒ การพัฒนาศูนย์บริการปฐมภูมิ (primary care cluster)

การพัฒนาศูนย์บริการปฐมภูมิตามแผนที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ใช้เวลา ๑๐ ปี ในการพัฒนาให้มีศูนย์บริการปฐมภูมิต่างๆ ทั่วประเทศ เนื่องจากประเทศไทยขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวง ในการเพิ่มกำลังการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ได้ ๖,๕๐๐ คน ใน ๑๐ ปี ซึ่งปัจจุบันมีศักยภาพในการผลิตมากขึ้นเรื่อยๆ และมากที่สุดได้ถึง ๑,๐๐๐ คนต่อปี ภายในปี ๒๕๖๕

ในเรื่องของการเปิดดำเนินการศูนย์บริการปฐมภูมิ เริ่มดำเนินการนำร่องตั้งแต่ ปี ๒๕๕๕ ซึ่งทั่วประเทศ ดำเนินการทุกเขตตามความพร้อมของพื้นที่รวม ๔๘ แห่ง ซึ่งในปี ๒๕๖๐ กำหนดเป้าหมายเปิดดำเนินการศูนย์บริการปฐมภูมิอีกจำนวน ๔๒๔ ทีม ขณะนี้สามารถเปิดดำเนินการรวมทั้งสิ้น ๕๙๐ ทีม ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

เป้าหมายและความคาดหวังในการดำเนินงานศูนย์บริการปฐมภูมินอกจากเป้าหมายด้านปริมาณแล้ว กระทรวงสาธารณสุขมีความคาดหวังอย่างยิ่งในการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย โดยการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์บริการปฐมภูมิซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับการบริการอย่างเป็นองค์รวมมีภาวะสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ ถ้าไม่เจ็บป่วยก็สามารถทำงานสร้างรายได้ ซึ่งจะได้เป็นกำลังในการสร้างความมั่นคง มั่งคั่ง ของประเทศไทยได้อย่างยั่งยืนต่อไป

แนวทางการขับเคลื่อนศูนย์บริการปฐมภูมิในปี ๒๕๖๐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๐๔๕/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่องจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและศูนย์บริการปฐมภูมิ (สปค.) เป็นหน่วยงานเทียบเท่ากองภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีบทบาทหน้าที่ ในการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ กลไกและรูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิผลักดัน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากำลังคน สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจนพัฒนาระบบติดตามประเมินผล และระบบบริหารจัดการ ซึ่งสำนักงานนี้จะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนศูนย์บริการปฐมภูมิให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

นอกจากนี้มีการประชาสัมพันธ์ความคืบหน้าและการพัฒนาของศูนย์บริการปฐมภูมิให้กับเจ้าหน้าที่ประชาชน อสม.ทราบทางสื่อออนไลน์ ได้แก่ Line@primarycarecluster (ศูนย์บริการปฐมภูมิ) และ Facebook fanpage PR&PCC (ศูนย์บริการปฐมภูมิ) ซึ่งมีทีม Admin ไว้เพื่อคอยตอบคำถามและสื่อสารข้อมูลความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ต่อไป

๒.๑.๓ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ (DHS)

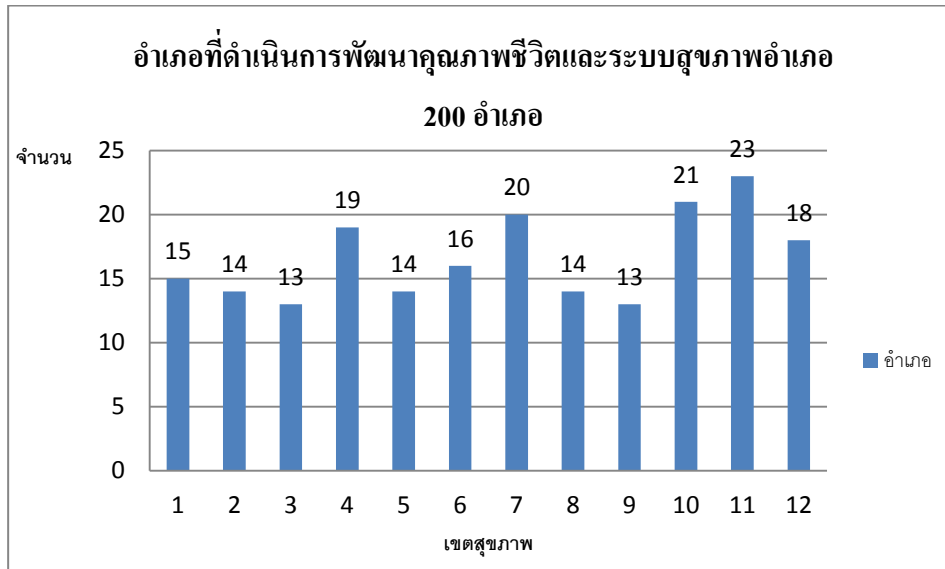
๑. สถานการณ์ /สภาพปัญหาสำคัญ

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ District health System ครอบคลุมพื้นที่คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ที่ขับเคลื่อนไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และการดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งได้กำหนดนโยบายหลักที่ต้องดำเนินการคือ ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ตามบริบท การดูแลกลุ่มเสี่ยงโดยทีมหมอครอบครัว การแก้ปัญหาจุดเสี่ยงทางถนน และได้มีการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) จำนวน ๒๐๐ อำเภอ กระจายครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ โดยมีส่วนร่วมจาก ภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาครัฐ

๒.ข้อมูลประกอบการตรวจติดตามวิเคราะห์

๑.ผลการดำเนินงานของอำเภอที่มี District health System ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐ พบว่า พื้นที่ที่ดำเนินการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จำนวน ๒๐๐ อำเภอ ดังแผนภูมิ ๑

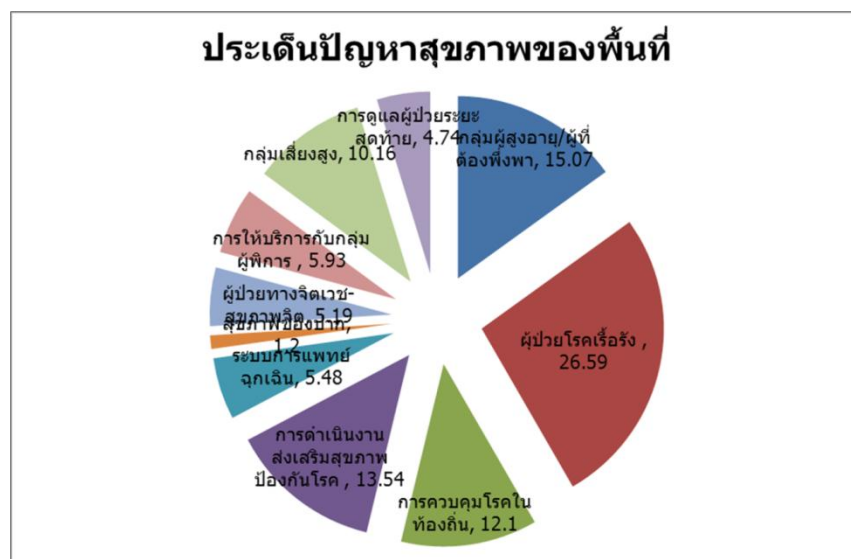
แผนภูมิ แสดงจำนวนอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จำแนกรายเขต



ที่มา : ข้อมูลจากสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ปี๒๕๖๐

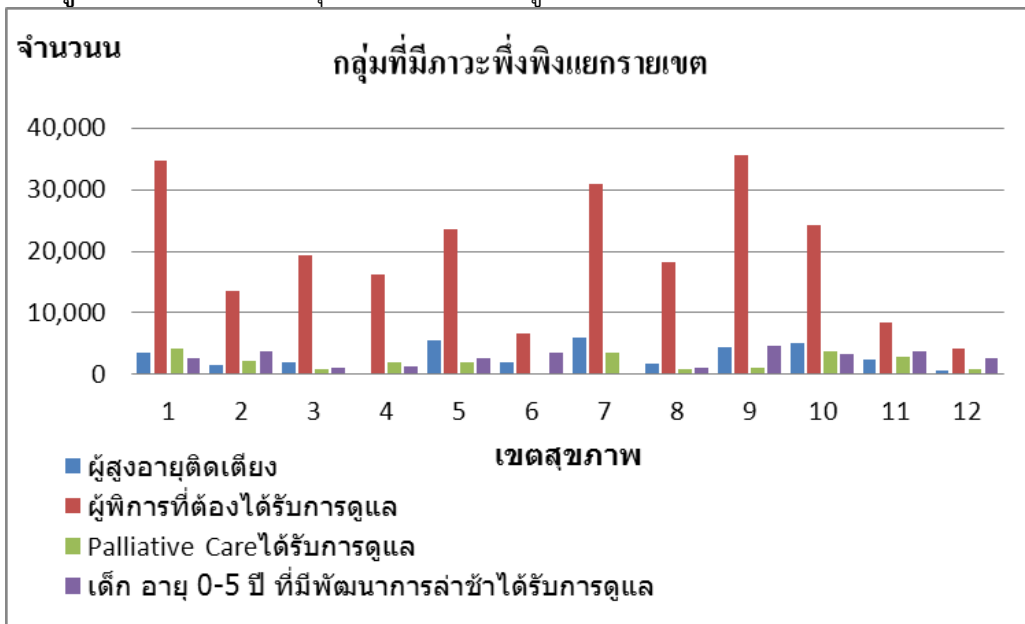
๒.ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหสุขภาพของพื้นที่อำเภอละ ๓ เรื่องในแต่ละเขตสุขภาพ พบว่า มีการดำเนินการใน ๓ ประเด็นที่สำคัญคือ ๑.ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ๒.การดูแลกลุ่มพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ๓. ประเด็นนโยบายหลักที่ต้องดำเนินการทุกอำเภอ (DHS-RTI และ Long term Care การพัฒนา Care manager Care Giver) แสดงดังแผนภูมิ ๒ , ๓ , ๔ และ ๕

แผนภูมิที่ ๒ แสดงร้อยละของประเด็นปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่



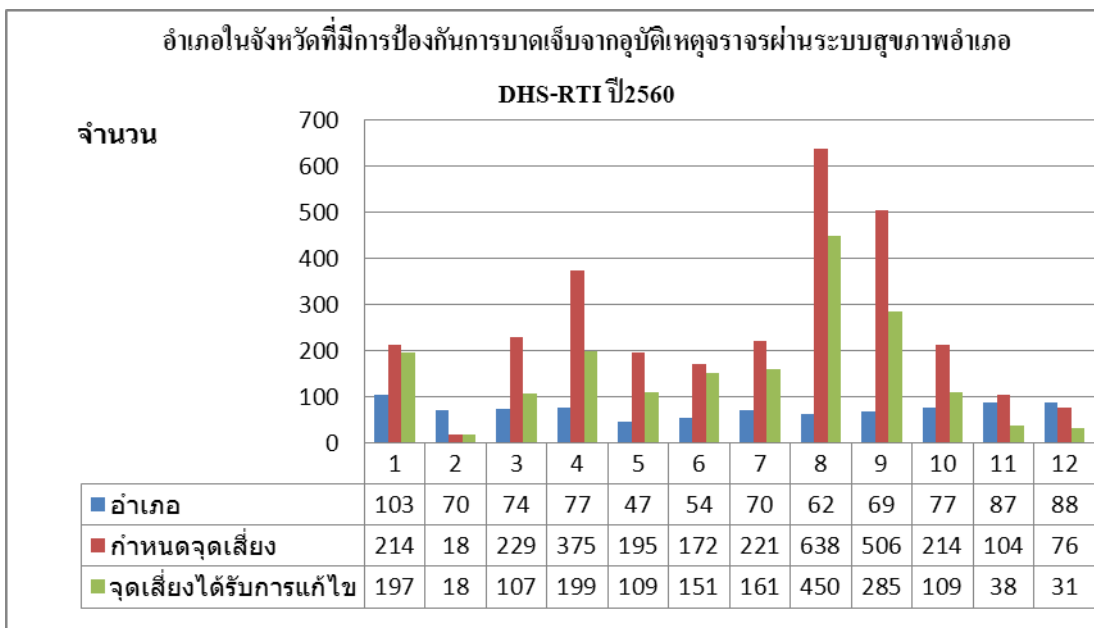
ที่มา : รายงาน ตก.๒ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

แผนภูมิที่ ๓ แสดงจำนวนกลุ่มพึงพิงที่ได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว



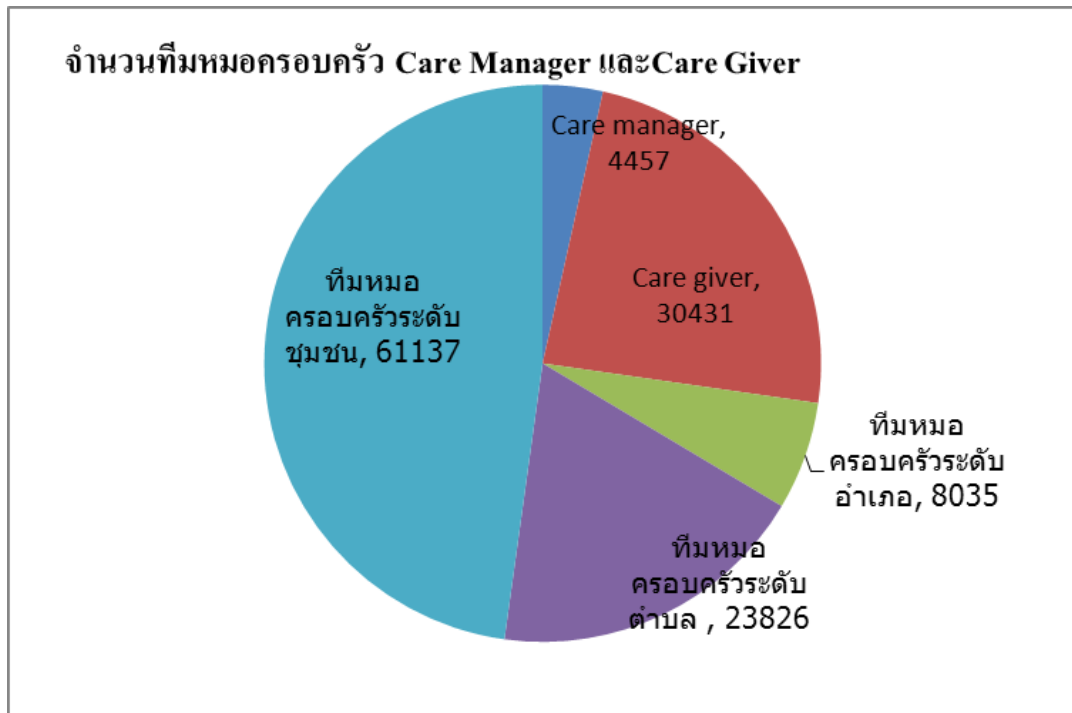
ที่มา : แบบรายงานตก. ๑ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

แผนภูมิที่ ๔ แสดงจำนวนจุดเสี่ยงและแก้ไขจุดเสี่ยงผ่านระบบสุขภาพอำเภอในการป้องกันอุบัติเหตุ



ที่มา: จากตก. ๑ แบบรายงาน DHS-RTI เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

แผนภูมิที่ ๕ แสดงจำนวนทีมหมอครอบครัว Care Manager และ Care Giver ในการดูแลแบบบูรณาการ ผู้สูงอายุติดเตียงและดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง



ที่มา : ตก.๑ แบบรายงาน LTC เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

๓. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ District health System อย่างต่อเนื่อง ตามแนวทาง UCCARE ที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) และบูรณาการกับงานนโยบาย เช่น การดูแลระยะยาวกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัว
๒. ควรบูรณาการตัวชี้วัดระดับกระทรวงเพื่อให้พื้นที่สามารถนำไปดำเนินการอย่างเข้าใจง่าย
๓. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของแต่ละสาขาควรกำหนดประเด็นสำคัญสำหรับให้ระดับปฐมภูมิสามารถดำเนินการได้
๔. การพัฒนาทีมตรวจเยี่ยมเสริมพลัง ระดับเขตสุขภาพ จังหวัดควรพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องทุกปีของเขตสุขภาพ

๔. Best Practice

๑. ระบบเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองตาก (Maungtak District Health System) “คนเมืองตาก ไม่ทอดทิ้งกัน”
๒. “ทีมเครือข่าย สายสัมพันธ์ การเรียนรู้สู่การพัฒนา “โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
๓. “จากก้อนหินตกน้ำ สู่ผีเสื้อกระพือปีก” เป็นอำเภอต้นแบบงานศพ งานบุญปลอดเหล้าอย่างยั่งยืน อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร
๔. BMA Home Ward Referral System

๒.๒ สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)

๒.๒.๑ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

การที่ผู้ป่วย DM HT ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดีย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๘ พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (๒๐-๒๕) ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ.๒๕๕๘ พบอัตราการตายเท่ากับ ๒๘.๙๒ ต่อแสนประชากร และข้อมูลจาก HDC พบว่า ในปี ๒๕๖๐ ผู้ป่วย DM HT ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีมีเพียงร้อยละ ๒๒.๒๕ และ ๓๕.๕๖ เท่านั้น

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เท่ากับร้อยละ ๒๒.๒๕ (เป้าหมาย $\geq 40\%$) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เท่ากับร้อยละ ๓๕.๕๖ (เป้าหมาย $\geq 50\%$) และร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เท่ากับร้อยละ ๘๑.๔๘ (เป้าหมาย $\geq 80\%$) (ข้อมูล ณ วันที่ ๖ ก.ย. ๖๐)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

ผู้ป่วยเบาหวานในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีจำนวน ๒,๖๖๙,๓๔๘ คน แต่ได้รับการตรวจ HbA๑c จำนวน ๑,๔๘๘,๐๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๗๕ ขณะที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีจำนวน ๕,๖๐๙,๕๐๙ คน ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย ๒ ครั้งในปี มีจำนวน ๓,๔๔๔,๗๑๒ คน คิดเป็น ร้อยละ ๖๑.๔๑ เท่านั้น (ข้อมูล ณ วันที่ ๖ ก.ย. ๖๐) และผู้ป่วย DM HT ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อ CVD Risk $\geq 30\%$ ในครึ่งปีแรกได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและได้รับการประเมินซ้ำในครึ่งปีหลัง พบว่ามีความเสี่ยงลดลง ๑๐% เท่ากับร้อยละ ๗๔.๔๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๙ ส.ค. ๖๐)

มาตรการสำคัญ ใน ๖ Building Blocks ได้แก่

Blocks	Key Success	Key Risk
Service Delivery	- มีการบูรณาการทำงานร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง : SP ตา/ไต/ หัวใจ - มีการประเมินระบบการดำเนินงานด้วย NCD Clinic Plus	กว่าครึ่งของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนไม่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วย DM / HT ยังขาดการจัดการที่เป็นรูปธรรมอย่างจริงจัง
Health Workforces	มีการพัฒนาศักยภาพให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ	-
Health Information System	ระบบ HDC	การตรวจสอบข้อมูล ในระบบ HDC ให้เป็นปัจจุบันและใกล้เคียงข้อมูลจริง
Access to Essential Medicine	มีนวัตกรรมในพื้นที่หลากหลาย	การจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ปัญหา / ข้อเสนอแนะ

- ๑) เร่งรัดการติดตามระดับน้ำตาลด้วย HbA๑c ให้มากขึ้น

- ๒) ติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ให้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง (เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น)
- ๓) พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการลงบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศให้มี ประสิทธิภาพ
- ๔) กำหนดมาตรการที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละพื้นที่ (เช่น Motivation Interviewing , Home BP Monitoring , Thai DPP , NCDs Diet)
- ๕) สนับสนุนอุปกรณ์สำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน

Best Practice

- โรงพยาบาลอ่างทอง จัดโปรแกรมการตรวจเลือดด้วยตนเอง (SMBG) เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากเดิม โดยเรียนรู้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเองมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าเพราะเหตุใดระดับน้ำตาลในเลือดของตนจึงสูง เกิดความเชื่อว่าตนเองทำได้ และเกิดกำลังใจที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้อีกต่อไป (Self-Efficacy Theory)
- โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง มีการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาใชวางแผนจัดการสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในพื้นที่

๒.๒.๒ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

จากรายงานผลการตรวจราชการ พบว่า อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีค่าสูงกว่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗.๐ คือ เขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๙, ๑๑, และ ๑๒ โดยพบว่าอัตราตายสูงสุดสามอันดับแรก คือ เขตสุขภาพ ที่ ๔ (ร้อยละ ๑๓.๔๐), เขตสุขภาพที่ ๖ (ร้อยละ ๑๒.๑๐) และเขตสุขภาพที่ ๒ (ร้อยละ ๑๑.๔๐) ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่มีอัตราตายต่ำสุด คือ เขตสุขภาพที่ ๘ (ร้อยละ ๓.๙๖)

ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมาย < ร้อยละ ๗											
เขต ๑	เขต ๒	เขต ๓	เขต ๔	เขต ๕	เขต ๖	เขต ๗	เขต ๘	เขต ๙	เขต ๑๐	เขต ๑๑	เขต ๑๒
๘.๗๓	๑๑.๔๐	๑๑.๓๐	๑๓.๔๐	๙.๘๑	๑๒.๑๐	๔.๗๓	๓.๙๖	๑๐.๙๐	๕.๖๐	๙.๘๗	๗.๒๒

ในภาพรวมของประเทศไทย ปี ๒๕๖๐ โรงพยาบาล ระดับ A มี Stroke Unit ร้อยละ ๘๗.๙ (๒๙ แห่ง) และ โรงพยาบาลระดับ S มี Stroke Unit ร้อยละ ๕๘.๓ (๒๘ แห่ง)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

ร้อยละอัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ในโรงพยาบาล (เป้าหมาย < ร้อยละ ๗)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. Stroke Fast Track โรงพยาบาลระดับ A, S ร้อยละ ๑๐๐
๒. Stroke Unit โรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ ๑๐๐, โรงพยาบาลระดับ S ร้อยละ ๖๐

มาตรการสำคัญ

๑. จัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A ร้อยละ ๑๐๐ และในโรงพยาบาลระดับ S ร้อยละ ๖๐
๒. กระตุ้นให้สถานบริการทุกระดับมีการพัฒนาตาม Stroke Service Plan กล่าวคือโรงพยาบาลระดับ A, S เน้นการรักษาในระยะเฉียบพลัน ส่วนสถานบริการระดับรองลงมาเน้นเรื่องการรับส่งต่อ และ

การประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนตระหนักรู้ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองและรีบมาโรงพยาบาล โดยด่วนหากสงสัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

๓. โรงพยาบาลระดับ M ทำบันทึกข้อตกลงเข้าเป็นเครือข่ายกับ รพ.ระดับสูงกว่าในการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๔. โรงพยาบาลทุกแห่งมีบริการมาตรฐานอย่างน้อย ๑ อย่าง ดังต่อไปนี้
 - ๔.๑ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๕ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ
 - ๔.๒ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก
 - ๔.๒.๑ สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง
 - ๔.๒.๒ ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
 - ๔.๒.๓ มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care maps) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ
- ๕.๓ การให้ยา Aspirin ทางปากภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

ผลลัพธ์

ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลลัพธ์				
		ปี ๒๕๕๖	ปี ๒๕๕๗	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐
๑. ร้อยละอัตราการตายโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)	< ร้อยละ ๗	๑๗.๖	๑๗.๑	๙.๙	๘.๓	๙.๑
๒. Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ A	๑๐๐ %	๑๙ (๕๗.๖)	๒๒ (๖๖.๗)	๒๓ (๖๙.๗)	๒๖ (๗๘.๘)	๒๙ (๘๗.๙)
๓. Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ S	๖๐ %	๖ (๑๒.๕)	๑๖ (๓๓.๓)	๒๑ (๔๓.๘)	๒๔ (๕๐.๐)	๒๘ (๕๘.๓)

Best Practice

๑. เรื่องกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Stroke fast track) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน (Study of stroke fast track management method for patients admitting at Lamphun hospital) โดยแพทย์หญิงตุลาพร อินทนิเวศน์และคณะ จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ ๕ มีจำนวนเตียงผู้ป่วยทั้งหมด ๔๑๑ เตียง ให้การดูแลประชากรทั้งหมดใน ๘ อำเภอ ซึ่งแต่เดิมผู้ป่วยในกรณีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน (Stroke fast track) ทุกราย ต้องถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่าในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งหมด ต่อมาได้เริ่มการก่อตั้งหอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) และได้มีการเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดสมอง (rt-PA) เมื่อ พ.ศ.๒๕๕๗ มีการพัฒนาระบบการจัดการด้านกระบวนการภายในของโรงพยาบาลลำพูน มีทีมได้ทำการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเอง ร่วมกับการจัดหาเครื่อง PT, PTT, INR ประจำ ณ ห้องฉุกเฉินให้ตรวจได้รวดเร็ว ทันทีและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศผ่านแอปพลิเคชันไลน์ แจ้งผลเอ็กซเรย์สมองทันที ในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในห้องเอ็กซเรย์ หลังจากนั้นจึงได้มีการวัดผลสัมฤทธิ์ใหม่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA มีอาการดีขึ้น (mRS ๐-๓คะแนน) เพิ่มขึ้นจากเดิมคิดเป็นร้อยละ ๘๔ โดยที่มีอัตราเสียชีวิตรวมน้อยกว่าร้อยละ ๗ ตลอดเวลา ๒ ปี เป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัดของระดับเขตสุขภาพ และนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปในปี ๖๐ และส่งผลให้ไม่มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ

๒. ความสำเร็จที่ได้รับจากการดำเนินงาน

รายการข้อมูล	ปี ๒๕๕๗	ในปัจจุบัน
๑ อัตราการส่งต่อ	ทุกราย ที่ เข้า fast track	ร้อยละ ๐
๒ ค่าใช้จ่ายและค่าเสียเวลาบุคลากร	มาก	น้อยลง
๓ คุณภาพชีวิต	เกิดทุพพลภาพ จากความล่าช้า	คุณภาพชีวิตดีขึ้น
๔ ภาระต่อครอบครัวและสังคม	เกิดทุพพลภาพ จากความล่าช้า	ลดภาระต่อสังคม ช่วยเหลือตัวเองได้
๕ เครือข่าย	ขาดความรู้ ล่าช้า	เข้มแข็ง มีความรู้
๖ อัตราการเสียชีวิต	ร้อยละ ๑๘.๓๔	ร้อยละ ๖.๐๒

ปัญหา/อุปสรรค

๑. ผู้ป่วยมาภายใน ๔.๕ ชม. มีไม่มาก
๒. การเข้าถึงบริการมาตรฐานล่าช้า
๓. Door to needle นาน
๔. จำนวนเตียง Stroke Unit ไม่เพียงพอ
๕. ผู้ป่วย Hemorrhage ยังไม่ได้รับการรักษาใน Stroke Unit
๖. การส่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยตรงไม่เชื่อมข้อมูลมาโรงพยาบาลชุมชน อาจเสียโอกาสเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อเสนอแนะ

๑. พัฒนาระบบส่งต่อ/ เครือข่าย
๒. พัฒนาระบบ Fast Track อย่างต่อเนื่อง
๓. ปรับเพิ่มจำนวนเตียง Stroke Unit ให้เหมาะสม
๔. ดูแลผู้ป่วย Hemorrhage ใน Stroke Unit
๕. พัฒนาระบบส่งกลับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง
๖. ประชาสัมพันธ์เป็นระบบต่อเนื่อง โดยเฉพาะ Stroke awareness/Alert
๗. กระตุ้นรพ.ระดับ A, S ในแต่ละเขตให้จัดตั้ง Stroke Unit ให้ครบถ้วน และมีจำนวนเตียงให้เพียงพอ
๘. เพิ่มบุคลากรสำหรับ Stroke Unit, Stroke fast track
๙. การทำ MOU ระหว่าง รพ.ระดับ A, S กับ รพ.ระดับ M ให้มีเครือข่าย Intermediate care ใน รพ. ระดับ M
๑๐. ทำความเข้าใจกับพื้นที่ในการรายงานอัตราการตายของโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้อง

๒.๒.๓ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

จากอุบัติการณ์การเกิดโรค ในปี ๒๕๕๗ พบอัตราการเสียชีวิตเป็นเพศชายมีอันดับการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ ๕ และเพศหญิงลำดับที่ ๖ (ข้อมูลจาก BOU) ในปี ๒๕๖๐ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (HDC) รายงานข้อมูลล่าสุดใน ๑๒ เขตบริการสุขภาพ พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน ๑๖๔,๖๖๗ ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน ๑๔,๗๑๗ ราย ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราการตายในประชากรไทยสูง เป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการรับไว้รักษาซ้ำติดต่อกันและต้องพึ่งพิงทรัพยากรเพื่อการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละจำนวน

มาก ดังนั้นการจัดการบริการ COPD Clinic ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง จะเป็นการลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการเข้ารับการรักษ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เป้าหมาย < ๑๓๐ ครั้งต่อแสนประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป)

จากรายงานการตรวจราชการ (ข้อมูลจาก ตก.๑ ตก.๒ รอบที่ ๒ ปี ๒๕๖๐) เปรียบเทียบกับตัวชี้วัดจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (HDC) ปี ๒๕๖๐ ข้อมูลมีความใกล้เคียงกันจากการที่มีการพัฒนา และทำความเข้าใจในคำจำกัดความมากขึ้น ดังผลการดำเนินงานตามตาราง

เขตสุขภาพ	อัตราการกำเริบเฉียบพลัน (ตัวชี้วัดการตรวจราชการ)	เขตสุขภาพ	อัตราการกำเริบเฉียบพลัน (ตัวชี้วัด HDC)
เขตสุขภาพที่ ๑	๑๐๘๓.๕๔	เขตสุขภาพที่ ๑	๑๒๑๑.๒๒
เขตสุขภาพที่ ๒	๕๕๓.๔๙	เขตสุขภาพที่ ๒	๖๑๐.๓
เขตสุขภาพที่ ๓	๔๙๓.๕๓	เขตสุขภาพที่ ๓	๕๙๗.๒๖
เขตสุขภาพที่ ๔	๒๒๗.๘๘	เขตสุขภาพที่ ๔	๒๕๓.๒๖
เขตสุขภาพที่ ๕	๒๒๕.๖๓	เขตสุขภาพที่ ๕	๓๖๔.๒
เขตสุขภาพที่ ๖	๒๑๐.๘๕	เขตสุขภาพที่ ๖	๓๒๘.๖๗
เขตสุขภาพที่ ๗	๓๐๘.๔๕	เขตสุขภาพที่ ๗	๓๖๑.๔๙
เขตสุขภาพที่ ๘	๓๗๑.๑๗	เขตสุขภาพที่ ๘	๓๘๖.๖๔
เขตสุขภาพที่ ๙	๓๖๓.๕๓	เขตสุขภาพที่ ๙	๔๗๖.๔๓
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๓๕๒.๕๙	เขตสุขภาพที่ ๑๐	๔๒๘
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๕๑๘.๕๖	เขตสุขภาพที่ ๑๑	๗๘๓.๖๖
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๖๖๘.๖๗	เขตสุขภาพที่ ๑๒	๘๕๖.๐๕

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

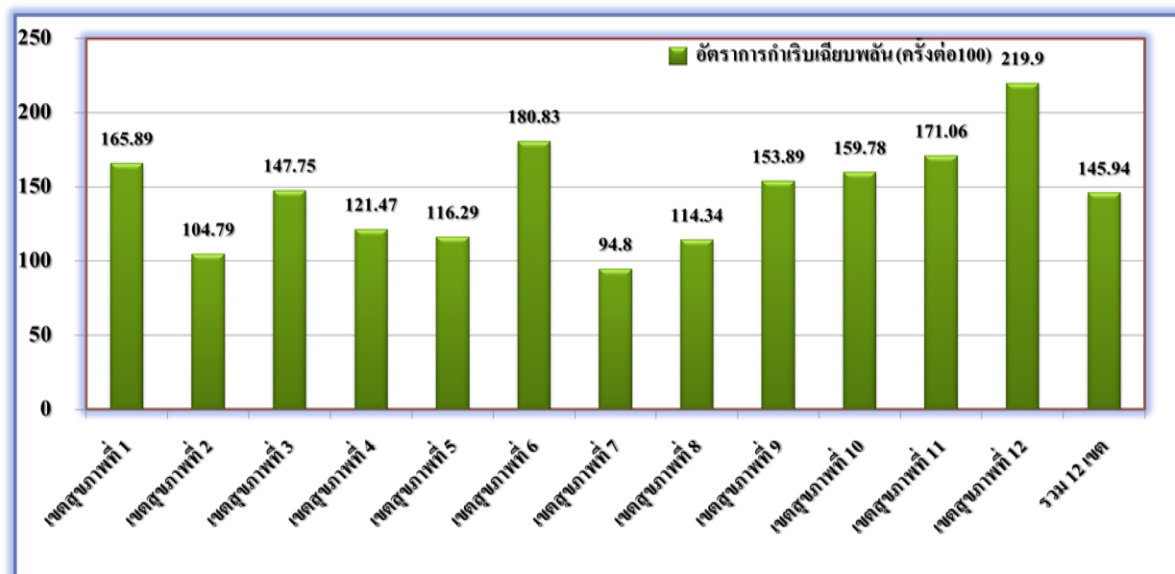
อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน (เป้าหมาย > ๖๐%)

เขตสุขภาพ ไม่ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัด เนื่องจากปัญหาปริมาณวัคซีนไขหวัดใหญ่ที่มาฉีดมีจำนวนน้อยกว่า ความต้องการ ร่วมกับมีข้อมูลของโปรแกรม COPD Quality of Care มีจำนวนผู้ป่วยที่ทำ Lung function ทั้งประเทศเฉลี่ยที่ ๓๘% ทำให้ตัวชี้วัดเมื่อรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อประเมินจริง ไม่ผ่านเกณฑ์ตามข้อบ่งชี้

มาตรการสำคัญ

๑. ดำเนินการประสานงานปรับค่านิยามของตัวชี้วัด HDC กระทรวงสาธารณสุข ทำให้เข้าใจในเรื่องการวินิจฉัยมากขึ้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความชัดเจนขึ้น โดยปรับเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ > ๔๕ ปีขึ้นไป การใช้ Code ของ HDC มีความชัดเจนขึ้น (ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รหัส ICD๑๐ ๓ หลักแรก เป็น J๔๔) ทำให้ข้อมูลผู้ป่วย HDC มีความใกล้เคียงตรงกัน
๒. จากข้อมูลที่แสดงให้เห็นดังกล่าวไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดจึงได้มีการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดในปีต่อไปตามมติที่ประชุม คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ปรับตัวชี้วัด เป็น “อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เป้าหมาย ๑๓๐ ครั้งต่อ ๑๐๐ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)” และได้ประเมินของสถานการณ์จากข้อมูล ๓ ไตรมาสแรก ปี ๒๕๖๐ แล้วพบว่า มีเขตบริการสุขภาพ ที่ผ่านการประเมินใหม่แล้ว ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๒ (๑๐๔.๗๙) เขตสุขภาพที่ ๔ (๑๒๑.๔๗) เขตสุขภาพที่ ๕

(๑๑๖.๒๙) เขตสุขภาพที่ ๗ (๙๔.๘) และเขตสุขภาพที่ ๘ (๑๑๔.๓๔) โดยค่าเฉลี่ยทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพอยู่ที่ ๑๔๕.๙๔ ครั้งต่อ ๑๐๐ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังกราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดอัตราการกำเริบเฉียบพลัน



๓. การพัฒนาการวินิจฉัยได้ถูกต้องมากขึ้น ได้แก่

๓.๑ การจัดทำโปสเตอร์แนะนำเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์

๓.๒ ความร่วมมือกับเขตบริการสุขภาพ ได้แก่ การลงพื้นที่การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือด้านบริการและวิชาการระหว่างกรมการแพทย์กับเขตสุขภาพ ๑๒ เขตสุขภาพ การผลักดันเครื่อง Spirometer

ผลลัพธ์

๑. พัฒนาโปรแกรมการวินิจฉัยและการติดตาม (COPD care model) และพัฒนาโปรแกรมลงข้อมูล (COPD Quality Of Care) ที่เหมาะสมตามมาตรฐานสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย

๒. การพัฒนาให้ความรู้ในเครือข่ายมากขึ้นในรูปแบบการลงพื้นที่ คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อมูลแผ่นพับ

๓. การพัฒนา pulmonary rehabilitation program ที่เข้าถึงได้

๔. ให้ความสำคัญกับแพทย์และพยาบาลมากขึ้นในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่

๔.๑ โครงการ "การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างครบวงจร" ทั้งแพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่น ลงพื้นที่ ๔ ภาคของประเทศไทย

๔.๒ พัฒนาหลักสูตร chest nurse ระยะเวลา ๔ เดือน เน้น COPD และ PFT (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย)

๕. ผลักดันให้เห็นความสำคัญของ spirometer และอย่างน้อยระดับ Mo

๖. กำหนดเกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยโรค คำอธิบายตัวชี้วัดให้ชัดเจน ปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพมากขึ้น

๗. ผลักดันให้ราคายาลดลงและให้เห็นความสำคัญของยาพ่นคุมอาการ

๘. จัดบริการเพื่อการเลิกบุหรี่ใน รพศ. และ รพ.ทุกระดับ โดยบริหารจัดการเต็มรูปแบบ และนำการสูบบุหรี่เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Best Practice

พัฒนาฐานข้อมูลในโปรแกรม COPD Quality Of Care โดยพบว่าการใช้โปรแกรมของกรมการแพทย์นั้นมีเป้าหมายอยู่ ๔ ประเด็น

๑. เป็น guideline ทาง internet โดยเมื่อเข้าไปดูในระบบจะเป็นว่ามีการแนะนำให้ผู้ใช้โปรแกรมดำเนินการตามในแต่ละ visit ที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

ทุกvisit ยกเว้น visitที่ 1

☒ ประวัติ exacerbation ระหว่าง visit ที่แล้วรวมทั้งหมด จนถึง visitนี้ 0 ครั้ง ตั้งแต่ 09/06/2559 ถึง 17/08/2559

☒ Hospitalization 0 ครั้ง

☒ BMI<21 ส่งโภชนาการ

☒ MMRC>=2 --> และหรือExacerbationส่งปรึกษาพยาบาลปอด 18/08/2559

☒ ประเมินภาวะซึมเศร้า ☒ มี ☐ ไม่มี

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหอบหืดหรือเหนื่อยหรือไม่ ☒ มี ☐ ไม่มี

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกเบื่อ ทานอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ ☐ มี ☒ ไม่มี

บันทึกข้อมูล

๒. สามารถใช้ในรูปแบบ real time ได้ทันที ทำให้พยาบาลที่ประสานงานคลินิก ไม่พลาดในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน แพทย์สามารถทราบสถานการณ์ของผู้ป่วยได้ทันทีที่ผู้ป่วยได้รับการบริการตามมาตรฐาน
๓. เป็นข้อมูลระดับประเทศ ทำให้ทราบสถานการณ์ และการดำเนินงานของคลินิกต่างๆ
๔. ระบบจะคำนวณหาจำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คลินิกคุณภาพ เพื่อนำมาตอบตัวชี้วัดที่ใช้ควบคุมคุณภาพของการบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ง่ายขึ้น
๕. เขตสามารถทราบสถานการณ์ของเขตได้เอง โดยอนุกรรมการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการแต่งตั้งจากกระทรวงสาธารณสุขจะมีรหัสเข้าไปดูข้อมูลผู้ป่วยในเขตของตนเอง ทำให้พื้นที่สามารถควบคุมคุณภาพของเขตตนเองได้
๖. มีระบบ export ข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลในรูปแบบของ excel ทำให้โรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลดิบของตัวเองไปดำเนินการพัฒนางานของโรงพยาบาลนั้นๆ หรือทำงานวิจัยต่อยอดได้

ซึ่งจากการดำเนินการทั้งหมด ทำให้มีโรงพยาบาลในระบบสาธารณสุขทั้งหมดมีความสนใจอย่างมากมีผู้ร่วมลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าสู่ระบบโปรแกรมการลงระบบบันทึกคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Quality Of Care) เป็นจำนวน ๔๑,๒๗๗ คน

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องและคลินิก COPD ยังไม่ได้มาตรฐานและไม่ครบวงจร	๑.พัฒนาโปรแกรม Computer ลงข้อมูล COPD Quality Of Care ๒.การพัฒนาให้ความรู้ในเครือข่าย ในรูปแบบการลงพื้นที่ ๔ ภาค ๓.คู่มือการดูแลผู้ป่วยถุงลมโป่งพองและการลงข้อมูลในรูปแบบ Poster, หนังสือ, วิดีโอ
๒. ขาดผู้รับผิดชอบงาน COPD และขาดแคลนบุคลากร (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เป่าปอด เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล)	๑.มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน ๒.มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร ๓.การบริหารจัดการของสหวิชาชีพใน Clinic COPD
๓. ต้องการความรู้ในการดำเนินกิจกรรม COPD Clinic	๑.Short course COPD Nurse ๒.มีหลักสูตรอบรม chest nurse manager ระยะเวลา ๔ เดือน ๓.มีหลักสูตรการอบรมเจ้าหน้าที่ PFT (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย)
๔. ขาดอุปกรณ์	ควรมีเครื่อง spirometerอย่างน้อยในระดับ M๑ ในปี ๖๑-๖๔
๕. วัคซีนไข้หวัดใหญ่ไม่เพียงพอ	นโยบายจัดลำดับความสำคัญในการบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้กับผู้ป่วย COPD

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อเครื่อง spirometer และการพัฒนาทักษะบุคลากรในการแปลผล
๒. สนับสนุนอัตรากำลังคน แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางปอด สหสาขาวิชาชีพใน COPD Clinic ครบวงจร
๓. ผลักดันให้มีการเก็บข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของกรมการแพทย์
๔. การจัดสรร Influenza vaccine ให้เพียงพอและให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นอันดับแรก

๒.๓ สาขา RDU (การพัฒนากระบวนการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล)

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

แต่ละเขตสุขภาพมีความก้าวหน้าในการพัฒนา Service Plan ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยภาพรวมระดับประเทศ พบว่า ในไตรมาสที่ ๑ มีโรงพยาบาลที่ใช้ยาสมเหตุผล ชั้นที่ ๑ เท่ากับ ๒๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๙ และเพิ่มขึ้นเป็น ๓๗๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๕๖ ในไตรมาสที่ ๓ ซึ่งอัตราการเพิ่มขึ้นสูงถึง ๑๕ เท่า ดังนั้น จะเห็นได้ว่าระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล ถึงระดับ รพ.สต.มีการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ ๑๑ และ เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีเครือข่ายบริการสุขภาพที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงถึงร้อยละ ๖๘.๗๕ และ ๖๕.๓๘ ตามลำดับ ดังแสดงผลการดำเนินงานตามตาราง ดังนี้

จังหวัด	เป้าหมาย(จำนวน รพ.ทุกแห่ง)	ผลงาน (จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ชั้นที่ ๑*)	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ ๑	๑๐๐	๕๖	๕๖.๐๐
เขตสุขภาพที่ ๒	๔๗	๙	๑๙.๑๕
เขตสุขภาพที่ ๓	๕๔	๑๘	๓๓.๓๓
เขตสุขภาพที่ ๔	๗๑	๓๗	๕๒.๑๑
เขตสุขภาพที่ ๕	๖๗	๒๒	๓๒.๘๔
เขตสุขภาพที่ ๖	๗๓	๑๒	๑๖.๔๔
เขตสุขภาพที่ ๗	๗๗	๖	๗.๗๙
เขตสุขภาพที่ ๘	๘๘	๓๘	๔๓.๑๘
เขตสุขภาพที่ ๙	๘๙	๓๓	๓๗.๐๘
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๗๑	๓๕	๔๙.๓๐
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๘๐	๕๕	๖๘.๗๕
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๗๘	๕๑	๖๕.๓๘
รวม	๘๙๕	๓๗๒	๔๑.๕๖

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

๑. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
๒. ลดอัตราป่วย และอัตราตาย จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
๓. ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ลดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. โรงพยาบาลมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
๓. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีระบบการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ

มาตรการสำคัญ

๑. ดำเนินการให้มีการคัดเลือก จัดหาเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมและมีคุณภาพไว้ในสถานบริการ (Rational Drug Supply)
๒. ดำเนินการให้มีการสั่งจ่ายและการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล (Rational Prescribe and Dispense)
๓. ดำเนินการให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผล (Rational Use)

ผลลัพธ์

ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ชั้นที่ ๑ จำแนกตามรายเขต

	เขต	RDU ๑								RDU ๒	สรุปผลการ ประเมินการ เป็น RDU Hospital ชั้น ที่ ๑ (RDU ๑ + RDU ๒)
		RDU ๑ : ประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process)			RDU ๑ : ประเมินผลการดำเนินงาน (Output)					ประเมินผล การ ดำเนินการ	
		มี คณะกรรมการ ขับเคลื่อน SP-RDU	มีระบบสารสนเทศ ในการจัดเก็บ ข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU	มีแผนปฏิบัติการ จัดการซื้อยา ใน รพ. เฉพาะ รพ. ระดับ A, S และ M๑	๑) ส่งเสริม การสั่งจ่ายใน บัญชียาหลัก แห่งชาติ	๒) ประสิทธิภาพ ของ PTC ในการ ขึ้นาสื่อสาร RDU	๓) ตัดยาที่ไม่ จำเป็นออก จากบัญชียา	๔) การจัดทำ ฉลากยา มาตรฐาน / ฉลากยาเสริม	๕) ส่งเสริม จริยธรรมใน การจัดซื้อและ ส่งเสริมการ ขายยา	รพ.สต.ใน เครือข่ายผ่าน เกณฑ์ชั้นที่ ๑	
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
๑.	เขต ๑	๙๘.๐๐	๙๘.๐๐	๑๐๐.๐๐	๘๘.๐๐	๕๙.๐๐	๙๑.๐๐	๙๘.๐๐	๙๐.๐๐	๖๒.๐๐	๕๖.๐๐
๒.	เขต ๒	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๘๗.๒๓	๑๙.๑๕	๙๗.๘๗	๙๕.๗๔	๘๐.๘๕	๒๒.๒๘	๑๙.๑๕
๓.	เขต ๓	๙๘.๑๕	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๙๒.๕๙	๓๕.๑๙	๙๔.๔๔	๙๘.๑๕	๖๒.๙๖	๔๐.๗๔	๓๓.๓๓
๔.	เขต ๔	๑๐๐.๐๐	๙๘.๕๙	๑๐๐.๐๐	๙๑.๕๕	๕๖.๓๔	๙๗.๑๘	๑๐๐.๐๐	๙๕.๗๗	๕๗.๗๕	๕๒.๑๑
๕.	เขต ๕	๙๘.๕๑	๙๕.๕๒	๙๓.๓๓	๘๙.๕๕	๓๔.๓๓	๙๘.๕๑	๙๗.๐๑	๘๓.๕๘	๔๐.๓๐	๓๒.๘๔
๖.	เขต ๖	๙๘.๖๓	๙๗.๒๖	๙๘.๕๗	๙๐.๔๑	๑๗.๘๑	๘๖.๓๐	๙๘.๖๓	๗๓.๙๗	๒๑.๙๒	๑๖.๔๔
๗.	เขต ๗	๙๘.๗๐	๙๓.๕๑	๘๓.๓๓	๘๔.๔๒	๑๔.๒๙	๘๕.๗๑	๙๘.๗๐	๘๐.๕๒	๒๐.๗๘	๗.๗๙
๘.	เขต ๘	๙๗.๗๓	๙๔.๓๒	๘๘.๘๙	๙๐.๙๑	๔๓.๑๘	๙๔.๓๒	๙๖.๕๙	๙๒.๐๕	๕๑.๑๔	๔๓.๑๘
๙.	เขต ๙	๑๐๐.๐๐	๙๘.๘๘	๑๐๐.๐๐	๙๓.๒๖	๓๘.๒๐	๙๑.๐๑	๑๐๐.๐๐	๘๘.๗๖	๔๐.๔๕	๓๗.๐๘
๑๐.	เขต ๑๐	๑๐๐.๐๐	๙๘.๕๙	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๕๐.๗๐	๙๘.๕๙	๑๐๐.๐๐	๙๘.๕๙	๕๔.๙๓	๔๙.๓๐
๑๑.	เขต ๑๑	๙๘.๗๕	๙๘.๗๕	๘๑.๘๒	๙๕.๐๐	๗๒.๕๐	๙๖.๒๕	๑๐๐.๐๐	๙๗.๕๐	๗๕.๐๐	๖๘.๗๕
๑๒.	เขต ๑๒	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๙๐.๐๐	๙๗.๔๔	๖๙.๒๓	๙๘.๗๒	๑๐๐.๐๐	๙๓.๕๙	๗๖.๙๒	๖๕.๓๘
	รวม	๙๘.๙๙	๙๗.๖๕	๙๒.๓๑	๙๑.๗๓	๕๙.๐๐	๙๑.๐๐	๙๘.๐๐	๙๐.๐๐	๔๘.๔๙	๔๑.๕๖

เป้าหมาย SP-RDU ปีงบประมาณ ๒๕๖๐	รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (ผ่าน เกณฑ์ RDU ๑ และ RDU ๒) ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ.ทั้งหมด
สรุปผลการดำเนินงาน	
๑) A = จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่ ๑ ภาพรวมเขตสุขภาพ จำนวน ๓๗๒ แห่ง (รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ หน่วยบริการลูกข่าย ในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย)	
๒) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในเขตสุขภาพ จำนวน ๘๙๕ แห่ง	
๓) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ในเขตสุขภาพ $(A / B) \times ๑๐๐$ คิดเป็น ร้อยละ ๔๑.๕๖	

ผลการประเมินกระบวนการ (Process) พบว่า

ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในเขตสุขภาพคณะกรรมการ
และทีมที่รับผิดชอบการขับเคลื่อน SP-RDU คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๙๙ และมีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการ
ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด SP-RDU คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๖๕

สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีแผนการจัดการซื้อตัวยาต้านจุลชีพ คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๓๑
โดยเขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๙ และ ๑๐ ดำเนินการได้ครบทุกแห่ง

ผลการประเมินผลการดำเนินงาน (Output) พบว่า

การประเมินผลการดำเนินงาน (Output) สำหรับโรงพยาบาลมี ๕ เรื่อง ดังนี้

๑. การส่งเสริมการใช้นาโนชีววิทยาหลักแห่งชาติ โรงพยาบาลสามารถดำเนินการผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๗๓ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินการเรื่องนี้ได้ดี ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๐, ๑๒ และ ๑๑ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐, ๙๗.๔๔ และ ๙๕.๐๐ ตามลำดับ
๒. ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic committee: PTC) ในการขึ้นาสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการกำหนดทีมผู้รับผิดชอบ และมีการพัฒนามาตรการเพื่อการขับเคลื่อน RDU แต่ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด จึงผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ เพียงร้อยละ ๕๙.๐๐ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๑, ๑๒ และ ๑ คิดเป็น ร้อยละ ๗๒.๕๐, ๖๙.๒๓, ๕๙.๐๐ ตามลำดับ
๓. การพิจารณาตัดรายการยาที่ไม่มีประสิทธิผล/ไม่ปลอดภัยออกจากบัญชียาโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการได้ คิดเป็น ร้อยละ ๙๘ โดยเขตสุขภาพที่ เขต ๔, ๑๐, ๑๑ และ ๑๒ ดำเนินการได้สำเร็จทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)
๔. การจัดทำฉลากยามาตรฐาน และฉลากยาเสริมที่มีรายละเอียดครบถ้วน พบว่า โรงพยาบาลดำเนินการจัดทำฉลากยาให้มีชื่อยาภาษาไทย และคำเตือนครบถ้วนในยา ๑๓ กลุ่ม ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๐๐ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๒, ๑๐ และ ๕ คิดเป็น ร้อยละ ๙๘.๗๒, ๙๘.๕๕ และ ๙๘.๕๑ตามลำดับ
๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา ให้ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ คือ มีการดำเนินงานและติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติจริยธรรม ๕ ข้อ พร้อมทั้งมีการปรับปรุงการดำเนินงาน พบว่าโรงพยาบาลมีการดำเนินงานผ่านระดับ ๓ คิดเป็น ร้อยละ ๙๐.๐๐ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๐, ๑๑ และ ๔ คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๕๙, ๙๗.๕๐ และ ๙๕.๗๗ ตามลำดับ

การประเมินผลการดำเนินงาน (Output) สำหรับ รพ.สต.

ในเครือข่าย มี ๑ เรื่อง ได้แก่ ร้อยละของ รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (Responsible use of antibiotics: RUA PCU) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต.ทั้งหมด พบว่ามีอำเภอที่ผ่านเงื่อนไขข้างต้น คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๔๙ โดยเขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๒, ๑๑ และ ๑ คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๙๒, ๗๕.๐๐ และ ๖๒.๐๐ ตามลำดับ

Best Practice

เขตสุขภาพที่ ๑๑ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม มีกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลทั้งต่อบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน อย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุผล เช่น ผลิตน้ำดื่มบรรจุขวด มีเนื้อหาสร้างความเข้าใจการใช้ยาปฏิชีวนะให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการ สื่อวีดิทัศน์ยานยนต์รับจ้างที่มีเนื้อหาการใช้ยาสมเหตุผล ตาลปัตรสำหรับพระสงฆ์เพื่อให้พระซึ่งเป็นผู้นำชุมชนได้สอดแทรกความเข้าใจการใช้ยาปฏิชีวนะสู่ประชาชนและชุมชน

เขตสุขภาพที่ ๘ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามและประเมินการใช้น้ำยาในโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบขนาดปัญหา สาเหตุ และสามารถกำหนดมาตรการส่งเสริมการสั่งใช้อย่างสมเหตุผลได้อย่างชัดเจน โดยมีการพัฒนาโปรแกรม RDU ๒๐๑๖ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับโปรแกรม HosXP ซึ่งเป็นโปรแกรมระบบบริการในโรงพยาบาล และได้เผยแพร่ให้โรงพยาบาลทั่วประเทศได้ใช้งาน ทำให้มีการพัฒนาสารสนเทศเพื่อการติดตามการใช้น้ำยาได้อย่างรวดเร็ว

ปัญหา / ข้อเสนอแนะ

๑. การขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมายเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น (URI) และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) โดยเฉพาะในเขตเมือง เนื่องจากต้องมีการสร้างความเข้าใจ และเปลี่ยนทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับทัศนคติและความเชื่อ อีกทั้งมีข้อเปรียบเทียบความแตกต่างของการได้รับยาจากหน่วยงานรัฐและภาคเอกชน เช่น คลินิก ร้านยา ซึ่งยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจนในการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลอย่างรับผิดชอบ ทำให้ผู้ป่วยยังมีการเรียกร้องยาปฏิชีวนะจากรพ.สต. ดังนั้น ควรเร่งมาตรการด้านสื่อสารมวลชน สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับประชาชน

๒. ทัศนคติ และความร่วมมือของแพทย์ผู้สั่งยาในโรงพยาบาล ที่ยังขาดความตระหนัก ขาดความร่วมมือในการสั่งใช้อย่างสมเหตุผลโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางเวชปฏิบัติ ทำให้ผลการดำเนินงานในหลายตัวชี้วัดยังไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้น การมีกิจกรรมการสร้างความตระหนักรู้กับแพทย์ควรมีอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากไม่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้ ทำให้การขับเคลื่อนเป็นไปโดยยาก ดังนั้น กระทรวงและเขตสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการจัดสรรงบประมาณเพื่อกิจกรรมการสร้างความตระหนักรู้ของผู้สั่งยา

๓. ส่วนกลางควรมีการพัฒนาการใช้สารสนเทศจาก ๔๓ แฟ้ม ให้ครอบคลุมตัวชี้วัดของ RDU เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุผลได้อย่างรวดเร็ว

๒.๔ สาขาทารกแรกเกิด

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

จากรายงานของ World Bank ปี ค.ศ.๒๐๑๕ ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน (Neonatal Mortality Rate) เท่ากับ ๖.๗ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต โดยญี่ปุ่น สิงคโปร์และมาเลเซียมีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน เท่ากับ ๐.๙, ๑, ๓.๙ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต ตามลำดับ

จากข้อมูลการตรวจราชการทั้ง ๑๒ เขตของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.๒๕๕๘-๒๕๖๐ พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน เท่ากับ ๔.๐๘, ๓.๖๙, ๓.๕๑ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพตามลำดับ โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ได้แก่ การเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย (Prematurity and Low Birth Weight: LBW), ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (Birth Asphyxia), ภาวะความดันเส้นเลือดปอดสูง (Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn: PPHN) และความพิการแต่กำเนิด (Congenital Anomalies)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

Health outcome:

๑. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน เป้าหมาย < ๔.๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

Service outcome:

๒. เพิ่มขึ้น NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (เตียง NICU ภาพรวมเขต)
๓. ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ($> ๖๐\%$)
๔. มี intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ

มาตรการสำคัญ

๑. เพิ่มขึ้น NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ
๒. เพิ่มพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวน NICU ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
๓. จัดระบบ Intrauterine transfer
๔. จัดระบบ step down beds (refer back)
๕. การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกราย
๖. การฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ ผ่าน MCH board
๗. สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต
๘. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการรับส่งต่อทารกแรกเกิด พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ได้ตามมาตรฐาน

ผลการดำเนินงาน

๑. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน

จากรายงานการตรวจราชการรอบ ๒ ปี ๒๕๖๐ ผลการดำเนินงาน ภาพรวม ๑๒ เขต มีอัตราการเสียชีวิต ๓.๕๑:๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ โดยอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำสุดที่เขต ๖ คือ ๒.๘๙ และอัตราการเสียชีวิตที่เกินเป้าหมาย ได้แก่ เขต ๑๑, เขต ๗ และเขต ๔ เป็น ๔.๑๔, ๔.๒๙, ๔.๓ สูงสุดที่เขต ๓ เป็น ๔.๓๓ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๒. เตียง NICU ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (เตียง NICU ภาพรวมเขต)

เขตที่มีเตียง NICU ตามเกณฑ์ ได้แก่ เขต ๒, ๔, ๑๒ และเขตที่ยังดำเนินงานไม่ได้ตามเกณฑ์ ได้แก่ เขต ๑, ๓, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐, ๑๑ โดยเขต ๙ มีจำนวนเตียง NICU ต่อทารกเกิดมีชีพสูงถึง ๑:๘๖๘ ทารกเกิดมีชีพ

๓. ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ($> ๖๐\%$) ดำเนินงานได้ตามเป้าหมายทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๑๗

๔. มี Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ พบว่า เขตที่มีระบบ Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพชัดเจนมี ๖ เขต ได้แก่ เขต ๒, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และเขตที่มีระบบ Intrauterine transfer system แต่ยังไม่ชัดเจนในภาพรวมเขตมี ๖ เขต ได้แก่ เขต ๑, ๓, ๔, ๕, ๑๑, ๑๒

Best Practice

เขตสุขภาพที่ ๒ มีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน เท่ากับ ๓.๕๓:๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ, มีเตียง NICU ๑:๓๘๑ ทารกเกิดมีชีพ, โรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไป สามารถคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ร้อยละ ๙๓.๗๕ พบว่าสามารถบริหารจัดการดูแลทารกป่วยภายในเขตได้ดี มีระบบ intrauterine transfer โดยโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกเป็นแม่ข่าย มีการแบ่งระดับและหน้าที่ของหน่วยบริการ การเพิ่มพูนทักษะและความเชี่ยวชาญในบุคลากร ระบบส่งต่อที่ชัดเจน และการสร้างระบบให้คำปรึกษาทั้งทางด้านการตลาดและทารกที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับการบริหารจัดการภายในเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ ทำให้บุคลากรทุกคนได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และแตกต่างกันไปตามความถนัด ลดความจำเป็นของการเพิ่มจำนวน NICU ลดการใช้งบประมาณเพื่อสร้างสถานที่ ชื่อครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และฝึกอบรม ท้ายที่สุดคือทารกผู้รับบริการ “ลดตาย ไม่พิการ ไกลบ้าน เข้าถึงบริการเท่าเทียม”

ปัญหา ข้อเสนอแนะ

Gaps Analysis	
Service delivery	- การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ระบบการฝากครรภ์ที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ ทำให้ birth asphyxia, LBW สูง - จำนวนเตียง NICU ไม่พอเพียง และไม่สามารถเพิ่มได้เนื่องจากความพร้อมด้านบุคลากรและสถานที่ - รพช.บางแห่งไม่มีเครื่องมือที่จะใช้ในการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว - การ Refer ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการ, ROP ออกนอกเขตทำได้ยาก - Intrauterine transfer ยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความเชื่อมโยงกับสูติกรรม ในการดูแลมารดาครรภ์เสี่ยง และความชัดเจนของระบบส่งต่อหญิงครรภ์เสี่ยงภายในเขตสุขภาพไม่ชัดเจน
Health workforce	อัตรากำลังไม่พอเพียง ทั้งแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลเฉพาะทาง เช่น กุมารแพทย์, ศัลยกรรมเด็ก, ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก, พยาบาล NNP
Technology	ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นใน รพช. โดยเฉพาะใน รพ. node เช่น pulse oximeter, HF/CPAP, HFOV, Neopuff
Finance	- งบประมาณมีจำกัดในการขยายเตียง NICU - เครื่องมือที่จำเป็นแต่ราคาไม่แพง (ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ไม่ได้รับการสนับสนุน)
Information	ระบบการจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นแนวทางเดียวกันและขาดความเชื่อมโยง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ควรบูรณาการร่วมกับ MCH board สาขาสูติกรรม สาขาปฐมภูมิ และกลุ่มวัยแม่และเด็ก เพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์ preterm และ asphyxia รวมทั้งพัฒนาระบบการฝากครรภ์คุณภาพ

๒. จัดทำแผนบูรณาการร่วมระหว่างทารกแรกเกิดและสูติกรรม โดยผ่าน MCH board สร้างระบบ intrauterine transfer ที่เป็นรูปธรรม

๓. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องการดูแลทารกแรกเกิด ทั้งแพทย์และพยาบาล

๔. การสนับสนุนอัตรากำลัง เครื่องมือ ให้เพียงพอต่อการให้บริการทารกแรกเกิดในทุกโรงพยาบาลตามศักยภาพ

๕. สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการรับส่งต่อทารกแรกเกิดให้ได้ตามมาตรฐาน ได้แก่ transport incubator, syringe pump/Infusion pump

๖. พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ทันสมัย ครบถ้วน และสามารถพร้อมใช้งานได้

๒.๕ สาขา Palliative Care

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

ข้อมูลจากการตรวจราชการ พบว่าในทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามมาตรการของตัวชี้วัดสาขา palliative care สำหรับโรงพยาบาล A,S,M๑ ดำเนินการได้ ๙๗.๓๒ % ส่วนโรงพยาบาล M๒,F๑-F๓ ดำเนินการได้ ๙๖% โดยพบว่าประเด็นการดำเนินงานที่ยังดำเนินการได้ไม่ครบถ้วน คือ full time palliative nurse และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/รพช. นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัด ในการยืมยา opioid และปัญหาที่พบในทุกเขตสุขภาพคือการดูแล palliative care ยังไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มโรค มักเน้นใน ๓ โรคหลักคือ CANCER/Renal Replacement Therapy (ได้ในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทน/ Neurological Disease ,Stroke

เขตสุขภาพที่ ๑,๒,๓,๕,๗,๘,๙, ๑๐,๑๑,๑๒	โรงพยาบาล A,S,M๑ มีการดำเนินการตามมาตรการของ palliative care ครบ ๑๐๐% โรงพยาบาล M๒,F๑-F๓ มีการดำเนินการตามมาตรการของ palliative care ครบ ๑๐๐% มีรายละเอียดดังนี้ ๑) มีคณะกรรมการหรือศูนย์พัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขา (แพทย์/พยาบาล/เภสัชกร/นักกายภาพบำบัด) ๒) มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร palliative care(แต่จากข้อมูลจะพบว่าในแต่ละเขตมีข้อจำกัดด้าน full time palliative nurse สำหรับ A , S , M๑) ๓) มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญ (แต่ละเขตทำได้ยังไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มโรค) ๔) มีการจัดตั้งงานดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาลมอบหมายให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care ๕) กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care ≥ ร้อยละ ๕๐
เขตสุขภาพที่ ๔,๖	สำหรับเขตสุขภาพที่ ๖ และเขตสุขภาพที่ ๔ มีการดำเนินการตามมาตรการ palliative care ในทุกโรงพยาบาลแต่พบว่ายังมีจำกัดด้านขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง Palliative care และการแต่งตั้งคณะกรรมการยังไม่ชัดเจน มีข้อจำกัดด้านการให้ยา opioid (สมุทราการและอ่างทอง)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน จนถึงวาระสุดท้าย

KPI : ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านกาย จิต สังคมและ จิตวิญญาณ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม
๒. ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

KPI : - ผู้ป่วยได้รับ Opioids ตามเกณฑ์

- มี Advance Care Plan

- มี Home Visit

มาตรการสำคัญ : การขยายบริการการดูแลแบบประคับประคอง ให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F

(ระยะ ๓ เดือน)

๑. มีคณะกรรมการ /หรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

๒. มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
๓. มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

(ระยะ ๖ เดือน)

๑. ประเมินผลตามรอบ ๓ เดือน
๒. มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาล มอบหมายให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care (A,S,M๑ รับผิดชอบเต็มเวลา)

(ระยะ ๙ เดือน)

๑. ประเมินผลตามรอบ ๖ เดือน
๒. มีระบบบริการ หรือ Function การทำงานการเชื่อมโยงดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

Best Practice

๑. รพ.ตราด มี Best Practice ที่ได้รับรางวัลระดับเขต เรื่อง TRAT Palliative care และรางวัล NURSING QUALITY AWARD การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ
๒. รพ.ชลบุรี และ รพ.มะเร็งบึงชลบุรี เป็นศูนย์ฝึกอบรม Palliative care ของพยาบาล หลักสูตร ๔ เดือน ที่ และ PC nurse coordinator หลักสูตร ๒ อาทิตย์
๓. แบบบันทึกการติดตาม/เฝ้าระวังการใช้ยาจับปวดกลุ่ม OPIOIDS Palliative care clinic โรงพยาบาลสตูล
๔. “โครงการสร้างสุขที่ปลายทาง”จิตอาสากลุ่มพึ่งตน พึ่งธรรม มาเยี่ยมให้กำลังใจและเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยระยะท้าย/ผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตรังทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์
๕. โรงพยาบาลปทุมธานีมีศูนย์การเรียนรู้ในการเตรียมผู้ดูแลประจำครอบครัวเพื่อการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบร่วมกับศูนย์เยี่ยมบ้านของเวชกรรมสังคมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับชุมชน
๖. คู่มือ Flow การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ดัดปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการจัดการอาการรบกวน การดูแลทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และการดูแลด้านสังคม อย่างครอบคลุม โครงการ Happy Home และมีธนาคารเครื่องมือ เขตสุขภาพที่ ๔

ปัญหา / ข้อเสนอแนะ

๑. ระบบส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบเครือข่ายขาดการเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับตติยภูมิจนถึงชุมชน
๒. ผู้รับผิดชอบงานไม่ชัดเจน (กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน/บริการปฐมภูมิ)
๓. ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในระดับจังหวัด
๔. รูปแบบการประเมิน ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน วิเคราะห์ปัญหาไม่ได้
๕. มาตรฐาน การจัดการ Pain ไม่ชัดเจน
๖. ขาดพยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน PC Full time/ความก้าวหน้า(Career path)
๗. งาน Palliative care ขาดผู้รับผิดชอบหลัก
๘. มียา opioid ในรพ. แต่ไม่เพียงพอมีข้อจำกัดการเบิกและใช้ยาเป็นเวลานาน/กฎหมาย
๙. การนำยา MO ไปใช้ในชุมชน
๑๐. ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์สนับสนุนที่เพียงพอในการดูแลอาการผู้ป่วยที่บ้าน (syring เครื่องผลิตออกซิเจน)
๑๑. guideline/มาตรฐานที่ใช้เป็นแนวทางการดูแล

๒.๖ สาขากาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

สถานการณ์

เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แกระบบบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และฟื้นฟูสภาพ จึงมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน โดยการนำองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในหน่วยบริการและหน่วยบริการมีการจัดบริการเพิ่มขึ้นทุกระดับ และมีการร่วมดำเนินงานกับสหวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วยในหน่วยบริการและการออกเยี่ยมชุมชน รวมถึงการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน เพื่อร่วมดูแลสุขภาพของประชาชน เช่น หมอพื้นบ้าน ผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกษตรชุมชน เป็นต้น กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับเขตสุขภาพ(ประธานขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในเขตสุขภาพ Chief of Thai Traditional and Alternative Medicine : CTMO) และจังหวัด (หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) เพื่อขับเคลื่อนงานและแก้ไขปัญหาอุปสรรคในระดับพื้นที่และหน่วยบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

จากการตรวจราชการ ประจำปี ๒๕๖๐ พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (๑๘.๕๐) ผ่านเกณฑ์ประเมิน ร้อยละ ๑๙.๔๒ ซึ่งมีการติดตามข้อมูลตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จนถึงปัจจุบัน และในภาพรวมประเทศมีผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ตารางแสดงผล : ข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐)

เขตสุขภาพ	บริการผู้ป่วยนอก(ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย(ครั้ง)	ร้อยละการรับบริการ
เขตสุขภาพที่ ๑	๑๓,๒๗๗,๒๒๓	๑,๗๙๕,๘๘๖	๑๓.๕๓
เขตสุขภาพที่ ๒	๗,๐๒๗,๓๗๔	๑,๔๐๒,๐๘๖	๑๙.๙๕
เขตสุขภาพที่ ๓	๗,๔๘๖,๘๓๓	๑,๕๙๒,๙๙๕	๒๑.๒๘
เขตสุขภาพที่ ๔	๙,๑๓๐,๗๗๘	๑,๕๕๐,๔๔๒	๑๖.๙๘
เขตสุขภาพที่ ๕	๑๒,๑๐๐,๙๙๖	๑,๙๗๓,๗๔๐	๑๖.๓๑
เขตสุขภาพที่ ๖	๙,๗๕๒,๓๔๙	๑,๗๙๒,๐๓๒	๑๘.๓๘
เขตสุขภาพที่ ๗	๑๐,๙๐๔,๔๐๕	๒,๘๔๕,๗๔๙	๒๖.๑๐
เขตสุขภาพที่ ๘	๑๑,๕๖๐,๒๕๕	๓,๓๖๙,๕๙๘	๒๙.๑๕
เขตสุขภาพที่ ๙	๑๓,๓๔๐,๘๗๒	๒,๕๔๐,๒๓๘	๑๙.๐๔
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๙,๙๐๔,๒๐๒	๑,๙๘๑,๗๙๖	๒๐.๐๑
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๘,๘๐๔,๓๙๕	๑,๓๔๑,๖๓๖	๑๕.๒๔
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๙,๙๒๘,๒๓๖	๑,๗๔๘,๖๕๖	๑๗.๖๑
รวม	๑๒๓,๒๑๗,๙๑๘.๐๐	๒๓,๙๓๔,๘๕๔.๐๐	๑๙.๔๒

ที่มา : ระบบรายงานข้อมูล Health Data Center ณ วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน

นโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารหน่วยงานเห็นความสำคัญของงานด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย เช่น มีการแต่งตั้งประธานขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในเขตสุขภาพ (Chief of Thai Traditional and Alternative Medicine : CTMO) ทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ มีนโยบายการใช้ยา

สมุนไพรทดแทนยาปฏิชีวนะ First line drug (ขมิ้นชันและฟ้าทะลายโจร) รวมถึงบูรณาการงานกับสหวิชาชีพและเครือข่าย

ปัญหา/อุปสรรค ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข และข้อเสนอเชิงนโยบาย

ประเด็นปัญหา	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอเชิงนโยบาย
ข้อมูล	การประมวลผลของระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ไม่สมบูรณ์	update ข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน รวมถึงการ update ข้อมูลย้อนหลังให้ครบถ้วนสมบูรณ์
บุคลากร	หน่วยบริการขาดบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	เพิ่มกรอบอัตรากำลังและสนับสนุนการจ้างบุคลากรทั้งแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการทุกระดับ ๒. กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยร่วมกับ Family care team และร่วมจัดบริการใน PCC
ยา	ระเบียบราชการไม่เอื้ออำนวยให้หน่วยผลิตสามารถกระจายยาสมุนไพรระหว่างหน่วยบริการ ๒. ขาดงบประมาณสนับสนุนหน่วยงานที่มีการผลิตยาสมุนไพรให้ได้รับมาตรฐาน GMP	สนับสนุนประเด็นการโอนขายบิลและจัดทำแผนการผลิตและกระจายยาสมุนไพรในระดับเขตสุขภาพ สนับสนุนหน่วยงานให้ร่วมศึกษาวิจัยสนับสนุนข้อมูลวิชาการการใช้อยาสมุนไพร ๓. สนับสนุนการนำยาสมุนไพรปรุงเฉพาะรายเข้าสู่ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

นวัตกรรม/พื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย (Best Practice)

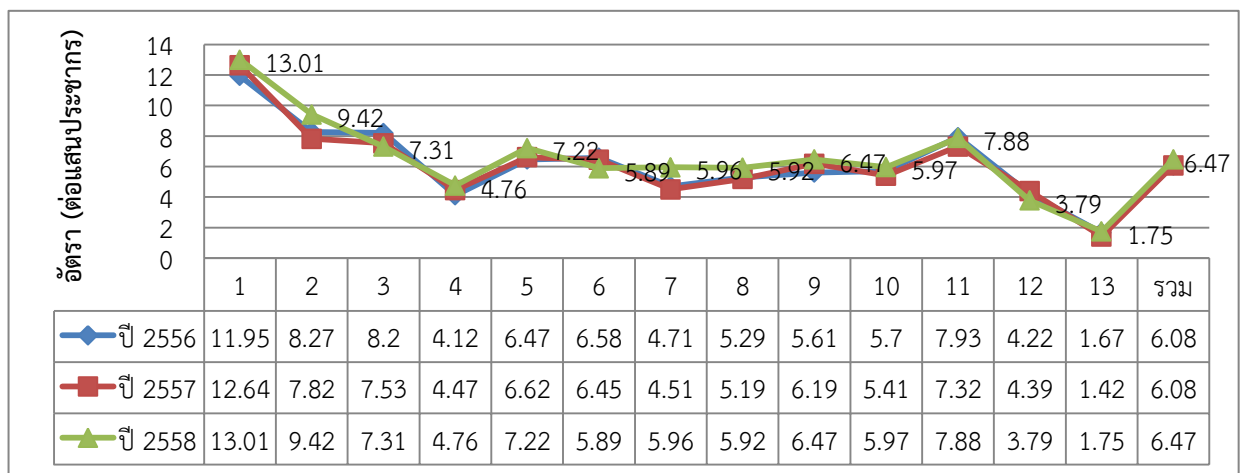
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกดำเนินการประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ เพื่อเชิดชูเกียรติหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีความโดดเด่นในการให้บริการ และขับเคลื่อน พัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งาน และเครือข่ายงานด้านการแพทย์แผนไทย และนำองค์ความรู้มาต่อยอดในการจัดบริการในโรงพยาบาลของรัฐต่อไป และในปี ๒๕๖๐ มีหน่วยงานที่เป็นพื้นที่ต้นแบบฯ ดังนี้

ประเภท	หน่วยงาน	จุดเด่น
สสจ.	สสจ.ศรีสะเกษ	สนับสนุนงานหลายด้าน เช่น ด้านบุคลากร มีแหล่งฝึกประสบการณ์เพิ่มพูนทักษะวิชาชีพ ด้านยา การผลิตยาและใช้ยาสมุนไพรตามมาตรฐาน GMP ด้านบริการ จัดทำคู่มือเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย และสร้างเครือข่ายสุขภาพกับหน่วยงานต่างๆ เช่น ชุมชนศรีสะเกษ หนองบัว บ้านชุมชนป่าโนนใหญ่ ศูนย์วิจัยพืชสวนศรีสะเกษ และมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และพัฒนาสู่งานวิจัย
รพศ./รพท.	รพ.กำแพงเพชร	บูรณาการการจัดบริการร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย OPD IPD ICU เวชกรรมสังคม เวชกรรมฟื้นฟู และคลินิกแพทย์แผนจีน รวมทั้งบูรณาการงานกับระบบบริการ Service Plan สาขาอื่นๆ เช่น Transplantation Palliative Care และ First line drug และร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นระดับจังหวัด อำเภอ อสม. และหมอพื้นบ้าน ศึกษาวิจัย RbR และการพัฒนานวัตกรรม
รพช.	รพ.ขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ	จัดบริการคลินิกเฉพาะโรค เช่น ไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต สะเก็ดเงิน และมะเร็งตับ ให้บริการรักษาผู้ป่วยใน และเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์เพิ่มพูนทักษะวิชาชีพแพทย์แผนไทย อีกทั้งพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ระหว่างหน่วยบริการในระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ รวมถึงสร้างภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมดูแล

ประเภท	หน่วยงาน	จุดเด่น
		สุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน
รพ.สต./สอ.	รพ.สต.เพ็กใหญ่ จังหวัดขอนแก่น	จัดบริการการดูแลสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย และพัฒนยาาปรุงเฉพาะรายเพื่อ แก้ไขปัญหาของประชาชนในพื้นที่ เช่น ยาต้มล้างแผลเปลือกมั่งคุด ยา พอกพิษอักเสบ ยาพอกเข้า เป็นต้น เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพกับเครือข่าย ด้านสมุนไพร หมอพื้นบ้าน และประชาชนให้สามารถพึ่งพาตนเองโดยการ ปลูกและใช้สมุนไพรได้อย่างยั่งยืน และมีตลาดนัดสมุนไพรในชุมชนที่สร้าง รายได้สู่ครัวเรือน

๒.๗ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

สถานการณ์และแนวโน้มการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๘ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ๖.๐๘ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ เป็น ๖.๔๗ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยพื้นที่ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด (ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ, ๒๕๕๙) ดังภาพที่ ๑



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

ตัวชี้วัด Health Outcome อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

ตัวชี้วัด Service Outcome ๕ ตัวชี้วัด ดังนี้

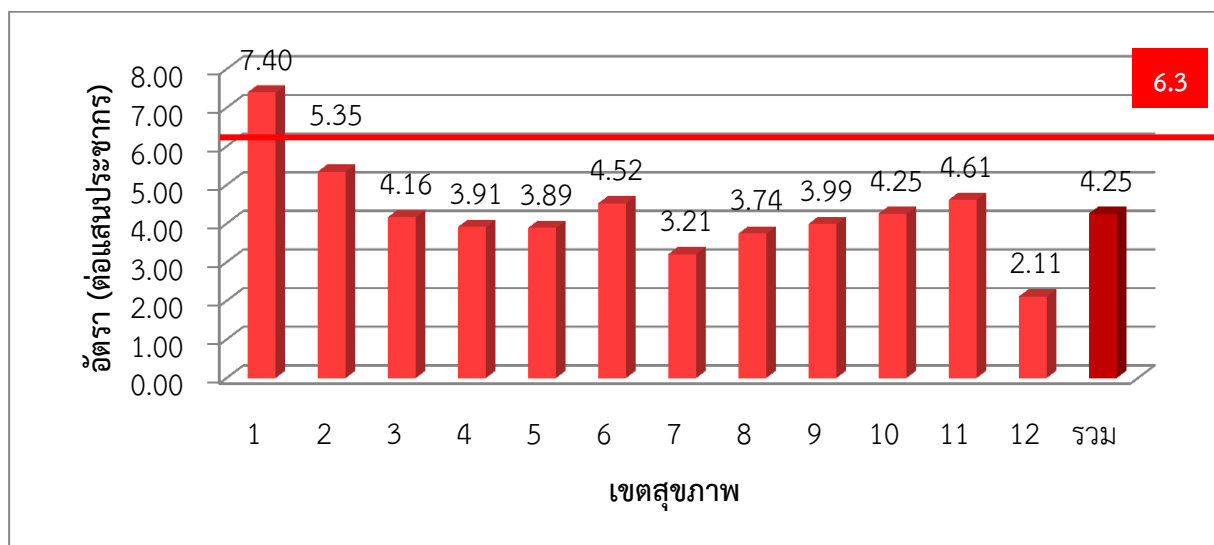
- ร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (ร้อยละ ๘๐)
- ร้อยละของหน่วยบริการมีการคัดกรอง และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่มโรค ได้แก่ โรคจิต/โรคซึมเศร้า, โรคทางกายเรื้อรัง, โรคสุรา/สารเสพติด (ร้อยละ ๕๐)
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐)
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕)
- ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ (ร้อยละ ๘)

มาตรการสำคัญ

- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการเชื่อมต่อกับสถานศึกษายังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการทำงานร่วมกันระหว่างครูกับทีมจิตเวช
- การพัฒนาระบบการติดตาม และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ขาดยา หรือไปรับบริการที่อื่น

ผลลัพธ์

สถานการณ์และแนวโน้มการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๘ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ๖.๐๘ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ เป็น ๖.๔๗ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยพื้นที่ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ, ๒๕๕๙) ดังภาพที่ ๑ และในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐) พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย คิดเป็น ๔.๑๓ ต่อประชากรแสนคน และเมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ ๑ มีอัตราการฆ่าตัวตาย สูงที่สุด คิดเป็น ๗.๔๐ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ ๒ และ ๑๑ คิดเป็น ๕.๓๕ และ ๔.๖๑ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมการปกครอง, ๒๕๖๐) ทั้งนี้ มี ๒ เขตสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ และ ๒ เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเกินค่าเป้าหมาย ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกรายเขตสุขภาพ (ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน)

ที่มา : สำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (ตุลาคม ๒๕๕๙ – กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐)

Best Practice

๑. เขตสุขภาพที่ ๓ มีการพัฒนาระบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและการป้องกันการฆ่าตัวตาย“อสม. Buddy” ทำให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพอำเภออย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่
๒. เขตสุขภาพที่ ๑๐ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีโครงการปฏิทินยา ... ปฏิทินใจ ห่วงใยเธอ
๓. เขตสุขภาพที่ ๑๒ รพ.บาเจาะ พัฒนาแบบบันทึกการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในเชิงคุณภาพ รพ.โคกโพธิ์พัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ ๓ จังหวัดชายแดนใต้

ปัญหา ข้อเสนอแนะ

กระทรวงสาธารณสุข

๑. ให้โรงพยาบาลทุกแห่งขึ้นทะเบียนเป็นสถานบำบัดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และมีข้อบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว เนื่องจากการบังคับใช้ต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน
๒. กำกับติดตามและกระตุ้นให้พื้นที่ลงข้อมูลในระบบรายงาน รง.๕๐๖s และวิเคราะห์ ปัญหาเชิงระบาดวิทยาจากแบบสอบถามการฆ่าตัวตายอย่างน้อยทุกไตรมาส เพื่อการแก้ไขปัญหาพื้นที่อย่างแท้จริง
๓. มีกรอบโครงสร้างงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่ชัดเจน เพื่อกำหนดกรอบอัตรากำลังที่เหมาะสมกับปริมาณงาน
๔. ผลักดันให้มีระบบยาตามมาตรฐานที่กรมสุขภาพจิตกำหนด
๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรจิตเวชเด็ก และทบทวนระบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

กรมสุขภาพจิต

๑. พัฒนารูปแบบการติดตามดูแล และส่งต่อผู้พยายามฆ่าตัวตาย หรือผู้ที่ทำร้ายตนเองในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ และเชื่อมโยงกับชุมชน
๒. ทบทวนและปรับปรุงแบบรายงาน รง.๕๐๖s ให้ง่ายและสะดวกในการลงข้อมูล
๓. สนับสนุนพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น
๔. ประชาสัมพันธ์เรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และสนับสนุนงบประมาณในการเชิญผู้ว่าและหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกปี เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน และรับรู้บทบาทของตนเอง

๒.๘ ๓ สาขาหลัก

๒.๘.๑ สาขาสูติกรรม

สาขาสูติกรรม มีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพ รพ.ระดับ M๒ ให้สามารถผ่าตัดคลอดได้ ๒๕% ของการคลอดในระดับจังหวัดและระดับเขต จากข้อมูลปี ๒๕๕๙ มีการคลอดทั้งหมด ๒๙๐,๐๐๐ ราย เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (C/S) ๗๖,๑๓๓ ราย (๒๖.๓%) และส่วนใหญ่เป็นการ C/S ใน รพศ./รพท. ใน รพช. M๒ มีเพียง ๑๔.๔% ของ C/S ทั้งหมด ในปี ๒๕๖๐ ผลการดำเนินงาน ๙ เดือน พบว่ามีการผ่าตัดคลอดใน รพ.ระดับ M๒ จำนวน ๑๕,๗๔๘ ราย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๗.๔๔ ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด (เกณฑ์ตั้งไว้ ร้อยละ ๒๕)

สำหรับมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ตั้งเป้าหมายไว้เท่ากับ ๐ ผลการดำเนินงาน ๙ เดือน พบว่ามารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ๓ ราย คิดเป็น ๐.๐๓๗ % (เขต ๔, ๘, ๑๒)

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

๑. ปัญหาข้อมูลจาก HDC ต่ำกว่าในพื้นที่มาก
๒. การพัฒนา รพ.M๒ ต้องใช้เวลาหลายปี โดยเฉพาะบุคลากรสูติแพทย์ในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ
๓. การผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นใน รพ.ทุกระดับ

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรเน้นพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อให้ รพศ. รพท. ผ่าตัดคลอดเฉพาะที่จำเป็น
๒. มีแผนการพัฒนา รพ.M๒ ให้ชัดเจน โดยเฉพาะบุคลากร,สถานที่
๓. ควรมีแนวนโยบายลดการผ่าตัดคลอด ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นใน รพ.ทุกระดับ
๔. ใช้ข้อมูลจากพื้นที่จากการตรวจราชการร่วมกับ HDC

Best practice

๑. การพัฒนากลวิธีในการประเมินความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยงการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม โดยโรงพยาบาลคำมวง จ.กาฬสินธุ์

๒. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองหาฮีโมโกลบินอีในหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มี Hb typing A๒A(A๒ < ๓.๕%) โดย โรงพยาบาลหนองคาย

๒.๘.๒ สาขากุมารเวชกรรม

ผลการดำเนินงาน ๙ เดือน พบว่าภาพรวมของประเทศ มีเด็กอายุ ๑ เดือน – ๕ ปี ป่วยด้วยโรคปอดบวม (รหัส ICD ๑๐ J๑๒-๑๘) เสียชีวิต ๓๗๖ ราย คิดเป็น ๐.๓ % (เปรียบเทียบกับปี ๒๕๕๙ อัตราการตายจากปอดบวมเป็น ๐.๓%) โดยพบสูง ในเขต ๑๒ (เด็กตาย ๘๔ ราย คิดเป็น ๐.๕ %) เขต ๒ (เด็กตาย ๔๒ ราย คิดเป็น ๐.๔๗ %) เขต ๔ (เด็กตาย ๔๒ ราย คิดเป็น ๐.๔๖ %) เขต ๕ (เด็กตาย ๓๖ ราย คิดเป็น ๐.๔ % และเขต ๑๐ (เด็กตาย ๔๓ ราย คิดเป็น ๐.๔ %) โดยสรุปแล้วเมื่อเทียบกับเป้าหมายอัตราการตายจากปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปีบริบูรณ์ ลดลง ๑๐ % เทียบกับปี ๒๕๕๙ ภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มอัตราการตายลดลง

ปัญหาอุปสรรค

๑. ปัจจัยการระบาด seasonal Flu ปี ๒๕๖๐ และความครอบคลุม วัคซีนกลุ่มเสี่ยงเพียง ๒๕% โดยเฉพาะคนท้อง เพราะ pneumonia death ในเด็กส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า ๖ เดือนซึ่งต้องพึ่ง immune จากมารดาขณะตั้งครรภ์
๒. ปี ๒๕๕๙ มี M๒ ดูแลคนไข้ใช้ ventilator ได้ ๒๖ รพ.(๓๐%) ปี ๒๕๖๐ ให้บริการได้ ๔๕ รพ. (๕๑%)

ข้อเสนอแนะ

จากการที่แนวโน้มอัตราการตายจากปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปีลดลง ดังนั้นในปีต่อไปควรตั้งเป้าหมายใหม่สำหรับพื้นที่ที่มีอัตราตายสูง โดยเฉพาะพื้นที่ชายแดน และร่วมกับราชวิทยาลัยกุมารในการปรับ CPG ใหม่เพื่อให้ทันสมัย เหมาะสมกับการแก้ปัญหา และสนับสนุนจัดสรรกุมารแพทย์ และอุปกรณ์ oxygen high flow system (non-invasive) ในโรงพยาบาลระดับ M๒ ทุกแห่ง

Best practice

เขต ๑๒ มีเครือข่าย ลด asthma ลด ปอดบวม โดยทีม Chest Ped

เขต๗ มีเครือข่ายดูแลโรคระบบทางเดินหายใจในM๒ กุมารแพทย์หัวหน้าทีม ใช้ HHFNC ลดตาย ลด refer ได้มาก ประชาชนพึงพอใจ

เขต ๔ มีเครือข่าย เฝ้าระวัง ลดปอดบวม ในชุมชน

เขต ๓ มีเครือข่าย โปรแกรมปอดบวม ประสานการส่งต่อ

๒.๘.๓ สาขารโหิตศาสตร์

สาขารโหิตศาสตร์ มีเป้าหมายเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (A,S), เพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วย รพ. M๒ , F๑-F๓ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกระดูกหักในตำแหน่งที่กำหนด คือ ๑. Clavicle ๒. DP of finger & thumb ๓. DP of toe & big toe ๔. Distal end of radius ๕. Distal end of ulna ส่งผลให้ประชาชนลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาใน รพ.ระดับ A, S, M๑ และได้รับบริการการรักษากระดูกหักไม่ซับซ้อนด้วยมาตรฐานเดียวกัน โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เป้าหมาย การรักษากระดูกหัก คือ ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อนในโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป $\geq ๗๐\%$

ผลลัพธ์

ภาพรวมผลการดำเนินงานระดับประเทศ ปี ๒๕๖๐ พบว่า ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อนในโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป เท่ากับ ร้อยละ ๗๕.๗๑ โดยมีเขตสุขภาพที่ ๗ , ๘ , ๙ , ๑๐, ๕ , ๓ , ๖

ดำเนินการได้ดี > ร้อยละ ๗๐ (ร้อยละ ๘๙.๔๔ , ๘๗.๑๒ , ๘๔.๘๕ , ๘๒.๓๐ , ๗๙.๕๖ , ๗๘.๙๘ , ๗๔.๑๙ , ๗๓.๓๘ ตามลำดับ) ทั้งนี้ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมาย คือ

๑. การตระหนักและรับผิดชอบในการให้การดูแลบริบาลผู้ป่วย เป็นเครือข่าย
๒. มีการประกันระยะเวลาในการตอบกลับจากแพทย์ออร์โธปิดิกส์ในการให้คำปรึกษากับแพทย์ในโรงพยาบาล M๒ ลงไป
๓. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลออร์โธปิดิกส์โดยจัดอบรม หลักสูตรการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ระยะ ๑๕ วัน โดยการมีส่วนร่วมของแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด
๔. มีการทำงานเป็นทีมทั้งจังหวัด เช่น การออกตรวจ / การผ่าตัด ของแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่โรงพยาบาล M๒ ลงไป

ปัญหาและอุปสรรค

๑. ด้านบุคลากร

- การอบรมสายสนับสนุน เช่น พยาบาลไม่เพียงพอหรือในบางเรื่องไม่มีการเปิดอบรม
- แพทย์เฉพาะทางไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานราชวิทยาลัยเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขโดยคณะกรรมการ service plan สาขาออร์โธปิดิกส์ จัดทำหนังสือแจ้งปัญหาไปยังราชวิทยาลัย
- เจ้าหน้าที่รังสีไม่เพียงพอ

๒. ด้านการเบิกจ่ายอุปกรณ์ในการให้บริการ

- การเบิกจ่ายกับ สปสช.ไม่ครอบคลุมอุปกรณ์การผ่าตัดทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

๑. เขตสุขภาพควรมีการจัดทำแผนพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ (คน/ เงิน/ ของ)และที่การทำงานเป็นทีมระดับจังหวัด เช่น การออกตรวจของแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่ รพ. M๒ ลงไป (one region one hospital)
๒. จัดระบบการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญผ่านระบบ Application ที่เหมาะสม
๓. พัฒนา Competency ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะให้สามารถดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้ตาม requirement
๔. พัฒนาระบบข้อมูลบันทึก ๔๓ แฟ้มให้สมบูรณ์
๕. สร้างความเข้าใจและเชื่อมั่นให้กับประชาชนในการรักษาออร์โธปิดิกส์แผนปัจจุบัน

๒.๘.๔ สาขาอายุรกรรม

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

Service Plan ของสาขาอายุรกรรม ได้กำหนดให้ Sepsis เป็นโรคที่ต้องนำมาพัฒนาด้านคุณภาพการดูแล การเสียชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย Septic shock และมักเกิดในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา (Nosocomial Infection) อีกทั้งร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะ Severe sepsis, Septic shock ที่ได้รับการรักษาใน ICU (ICU อายุรกรรม มี ๑๐ เตียง) น้อยมาก คือ ร้อยละ ๑๐.๔๙ ดังนั้นการที่จะลดอัตราการเสียชีวิตคือ ต้องวินิจฉัยโรคให้เร็ว การรักษาโดยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอ การประเมินและเฝ้าระวัง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

อัตราป่วยตาย severe sepsis/septic shock (community acquired) น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. ร้อยละการทำ H/C ก่อนให้ IV Antibiotic มากกว่าร้อยละ ๙๐
๒. ร้อยละการได้รับ Antibiotic (Diagnosis to needle time) ภายใน ๑ ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ ๙๐

๓. ร้อยละการได้รับ สารน้ำ อย่างน้อย ๑๕๐๐ cc ใน ๑ ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย severe sepsis/septic shock (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) มากกว่าร้อยละ ๙๐
๔. ร้อยละการได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (level of care ๒-๓) ของ severe sepsis/septic shock ภายใน ๓ ชม. มากกว่าร้อยละ ๓๐
๕. อัตราป่วยตาย severe sepsis/septic shock (community acquired) น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

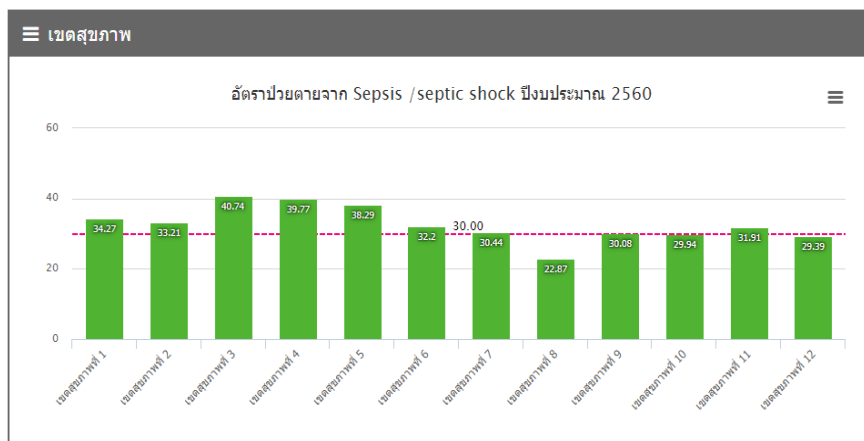
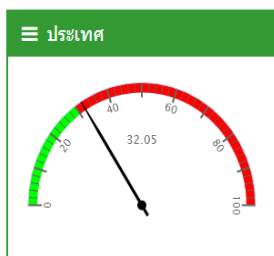
มาตรการสำคัญ

๑. **Knowledge** ร่วมพัฒนาและเน้นการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis Thai sepsis guideline ๒๕๖๑ โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤต
๒. **Information and Data** พัฒนาการลงข้อมูล HDC โปรแกรม Sepnet พัฒนาการลงระบบ ICD ๑๐ code
๓. **Good quality of sepsis care**
 - ๑) พัฒนาการ early detection โดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ SOS score
 - ๒) พัฒนาการใช้ sepsis bundle เป็นแนวทางการดูแลเบื้องต้นแบบง่ายในการดูแลผู้ป่วย
 - ๓) พัฒนาการเข้าถึงการดูแลวิกฤต (level of care ๒-๓) ได้อย่างรวดเร็ว
 - ๔) การสร้างเครือข่ายดูแลร่วมกันภายในจังหวัดและเขต

ผลลัพธ์

๑. ภาพรวมปีงบประมาณ ๒๕๖๐ แหล่งข้อมูล จาก HDC วันที่ประมวลผล : ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ พบว่า อัตราป่วยตายจาก sepsis/septic shock ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ แนวโน้มลดลง โดย ไตรมาส ๑ อัตราตาย ร้อยละ ๓๗.๒๔ ไตรมาส ๒ อัตราตาย ร้อยละ ๓๕.๐๕ ไตรมาส ๓ อัตราตาย ร้อยละ ๒๗.๘๑

อัตราป่วยตายจาก Sepsis /septic shock ปีงบประมาณ 2560



B หมายถึง จำนวนผู้ป่วย Sepsis /septic shock ที่มารับบริการที่สถานพยาบาล ทั้งหมดในปีงบประมาณ
A หมายถึง จำนวนผู้ป่วย Sepsis /septic shock ที่มารับบริการที่สถานพยาบาลและจำหน่ายเสียชีวิต

๒. จำนวนผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต ๖๔,๒๒๔ / ๒๐๐,๔๑๓ ราย
๓. อัตราป่วยตายจาก sepsis/septic shock ร้อยละ ๓๒.๐๕

Best Practice

๑. การทำเครือข่าย sepsis ภายในจังหวัดและเขต
 - รพ.พุทธชินราช เขตสุขภาพที่ ๒
 - รพ.หาดใหญ่ เขตสุขภาพที่ ๑๒
๒. การเก็บข้อมูลด้วยโปรแกรม Sepnet

- รพ.ลำปาง เขตสุขภาพที่ ๑
- ๓. การทำ sepsis ICU fast track
- รพ.นครพิงค์ เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ ๑

ปัญหา

๑. นิยามโรคและการเก็บตัวชี้วัดไม่ตรงกัน
๒. ข้อมูลจาก HDC ยังไม่เที่ยงตรงและยังไม่สามารถเก็บตัวชี้วัดใหม่
๓. การจัดทรัพยากรและไอซียูให้ผู้ป่วย sepsis ยังไม่เหมาะสม
๔. การ implement ยังไม่เท่ากันในแต่ละเขต

ข้อเสนอแนะ

๑. สร้าง Template ที่ชัดเจนระดับประเทศ
๒. พัฒนาคู่มือจาก HDC ให้มีความเที่ยงตรงและ พัฒนาโปรแกรม Sepnet
๓. พัฒนามาตรฐานและระบบการดูแลผู้ป่วย sepsis
๔. การนำเสนอความสำคัญ แก่ ให้ผู้บริหารเขต/จังหวัด

๒.๘.๕ ศัลยกรรม

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

ภาวะปวดท้องเฉียบพลันและภาวะแขนขาขาดเลือด จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขด้านศัลยกรรมของประเทศ ไทยทั้งในด้านจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตที่สูงมาก คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ SP สาขาศัลยกรรม ได้มีมติเลือกภาวะไส้ติ่งอักเสบ, ภาวะน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน, ท่อน้ำดีอุดตันเฉียบพลัน, ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน, ลำไส้ อุดตันเฉียบพลัน, แผลเป็ดติดเชื้อ และ ภาวะแขนขาขาดเลือด เป็นจุดเน้นในเบื้องต้นในการขับเคลื่อนผ่านกลไก service plan โดยเน้นมิติด้านลดอัตราการตาย (acute abdomen, limb ischemia), ลดระยะเวลารอคอยการวินิจฉัย หรือรักษา (ruptured appendicitis)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

๑. การเสียชีวิตของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ น้อยกว่าร้อยละ ๔
๒. การเสียชีวิตของผู้ป่วยขาดเลือดที่ขาหรือแขน น้อยกว่าร้อยละ ๒๐

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. การแตกของไส้ติ่งอักเสบน้อยกว่าร้อยละ ๒๐
๒. การถูกตัดขาจากภาวะขาดเลือดที่ขาที่ไม่ใช่จากการบาดเจ็บ น้อยกว่าร้อยละ ๒๐

มาตรการสำคัญ

๑. การเพิ่มการผลิตบุคลากรโดยภาคกระทรวงสาธารณสุขโดยความร่วมมือกับราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยแล ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
๒. การพัฒนาแนวทางระดับชาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะปวดท้องเฉียบพลัน(acute abdomen)และภาวะแขน ขาขาดเลือด (limb ischemia)

ผลลัพธ์

การแตกของไส้ติ่งอักเสบเท่ากับ ร้อยละ ๑๕.๔๔, การเสียชีวิตของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ เท่ากับ ร้อยละ ๓.๕๗, การเสียชีวิตของผู้ป่วยขาดเลือดที่ขาหรือแขน เท่ากับ ร้อยละ ๖.๔๖, การถูกตัดขาจาก ภาวะขาดเลือดที่ขาที่ไม่ใช่จากการบาดเจ็บ เท่ากับ ร้อยละ ๑๙.๔๘ โดยพบว่าทั้ง ๔ ตัวชี้วัด เป็นไปตามเป้าหมาย ที่ต้องน้อยกว่าร้อยละ ๒๐,๔,๒๐ และ ๒๐ ตามลำดับ

เมื่อแยกรายตัวชีวิต พบว่ามีบางเขตสุขภาพที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายดังต่อไปนี้

๑. การแตกของไส้ติ่งอักเสบ ได้แก่เขตสุขภาพที่ ๔,๕ และ ๑๐ โดยเขตสุขภาพที่ ๕ มีการแตกของไส้ติ่งอักเสบสูงสุด คือร้อยละ ๒๓.๕
๒. การเสียชีวิตของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ ได้แก่เขตสุขภาพที่ ๓,๔ และ ๕ โดยเขตสุขภาพที่ ๕ มีการเสียชีวิตของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ สูงที่สุด คือร้อยละ ๗.๖
๓. การถูกตัดขาจากภาวะขาดเลือดที่ขาที่ไม่ใช่จากการบาดเจ็บ ได้แก่เขตสุขภาพที่ ๒,๕,๑๐ และ ๑๒ โดยเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีการเสียชีวิตของผู้ป่วยถูกตัดขาจากภาวะขาดเลือดที่ขาที่ไม่ใช่จากการบาดเจ็บสูงสุด คือร้อยละ ๖๐.๖

Best Practice

"การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแบบบูรณาการ" โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา เขตสุขภาพที่ ๖

ปัญหาและอุปสรรค

๑. พบร้อยละการแตกของไส้ติ่งอักเสบก่อนเข้าสูงในหลายพื้นที่ สาเหตุหนึ่งคือขาดการประเมินด้วย Alvarado score อย่างเป็นระบบในสถานพยาบาลแต่ละระดับ
๒. โรงพยาบาลที่สามารถทำ ERCP ได้ มีภาระงานมาก ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบส่งต่อผู้ป่วยภาวะท่อน้ำดีอุดตันเฉียบพลัน(acute cholangitis)
๓. ศัลยแพทย์ทั่วไปทำผ่าตัดศัลยกรรมหลอดเลือดพื้นฐานน้อยลงมาก ร่วมกับศัลยแพทย์หลอดเลือดมีไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยแขนขาขาดเลือดเฉียบพลัน มีความเสี่ยงสูงขึ้น
๔. บุคลากรสาธารณสุขขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติทางศัลยกรรมนอกหอผู้ป่วยวิกฤติ(ICU)
๕. ขาดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับตัวชี้วัดการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ
๖. โรงพยาบาลจังหวัดบางแห่งไม่สามารถให้บริการด้านศัลยกรรมฉุกเฉินได้ทุกวัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ขยายความครอบคลุมในการใช้ Alvarado score เพื่อการวินิจฉัยภาวะไส้ติ่งอักเสบ ลงไปสู่สถานบริการภาครัฐทุกระดับ
๒. เชื่อมโยงระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพโดยเร่งด่วนสำหรับภาวะท่อน้ำดีอุดตันเฉียบพลัน (acute cholangitis) และภาวะแขนขาขาดเลือดเฉียบพลัน (acute limb ischemia)
๓. ประสานสมาคมวิชาชีพและราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาหลักสูตรระยะสั้นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติทางศัลยกรรมให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง
๔. จัดทำฐานข้อมูลระดับชาติโดยเน้นภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์
๕. เร่งพัฒนาระบบหมุนเวียนศัลยแพทย์ไปยังโรงพยาบาลจังหวัดที่ไม่สามารถให้บริการด้านศัลยศาสตร์ฉุกเฉินได้ทุกวัน
๖. ประสานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยในการปรับปรุงหลักสูตรผลิตศัลยแพทย์ (ใหม่) ให้ตรงตามความต้องการด้านสาธารณสุขของประเทศ
๗. พัฒนากำลังคนและทรัพยากร ด้านวิสัญญี ควบคู่ไปกับกำลังคนและทรัพยากร ด้านศัลยกรรม อย่างเป็นเนื้อเดียวกัน

๒.๙ สาขาโรคหัวใจ

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

๑. อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจโดยภาพรวมไม่เกิน ๒๘ ต่อแสนประชากร ยกเว้นบางเขตบริการสุขภาพที่ยังมีอัตราการตายมากกว่าที่กำหนด ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ ๑, ๓, ๔, ๕, ๖, ๑๑ และ ๑๒
๒. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F๒ ที่มีการรักษา STEMI โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ๑๐๐% ยกเว้นโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ ๒ (๙๓.๗๔%) และ ๔ (๕๗.๖๙%)
๓. ผู้ป่วย STEMI ได้ยาละลายลิ่มเลือด หรือได้รับการขยายหลอดเลือดในภาพรวมได้มากกว่า ๘๐% ในทุกเขตบริการสุขภาพ ยกเว้น เขต ๕ (๗๔.๒๘%), ๙ (๗๓.๙๕%) และ ๑๑ (๖๘.๐๒%)
๔. อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI ในภาพรวมไม่เกินร้อยละ ๑๐ ยกเว้น เขตที่ ๖, ๗, ๘, ๑๑, ๑๒
๕. ขาดแคลนอายุรแพทย์โรคหัวใจ ในหลายเขตบริการสุขภาพ ได้แก่ เขต ๑ (น่าน, แม่ฮ่องสอน, ลำพูน) เขต ๓ (ชัยนาท, อุทัยธานี) เขต ๔ (นครนายก, สิงห์บุรี, อ่างทอง) เขต ๕ (ประจวบคีรีขันธ์) เขต ๗ (กาฬสินธุ์) เขต ๘ (บึงกาฬ) เขต ๑๐ (ยโสธร) เขต ๑๑ (ระนอง) และเขต ๑๒ (นราธิวาส, พัทลุง, สตูล)
๖. ขาดแคลนศัลยแพทย์หัวใจในโรงพยาบาลที่สามารถสวนหัวใจได้ ในเขตบริการสุขภาพที่ ๒ (อุดรดิตถ์) สำหรับเขตอื่นๆ ก็จะมีจำนวนศัลยแพทย์ไม่เพียงพอ
๗. ห้องสวนหัวใจที่ใช้ในการทำหัตถการ PCI ยังไม่สามารถให้บริการได้ ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน เนื่องจาก แพทย์ที่ทำการสวนหัวใจไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในเขตบริการสุขภาพที่ ๑ (รพ.นครพิงค์) ที่มีเครื่องสวนหัวใจ ๑ เครื่อง แต่ไม่มีแพทย์ที่ประจำในห้องสวนหัวใจต้องพึ่งอาจารย์แพทย์จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๘. มีการส่ง ต่อผู้ป่วย STEMI ออกนอกเครือข่าย หรือส่งไปทำบอลลูน โดยไม่ได้ให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อน โดยเฉพาะในเขตที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง จะเห็นได้ชัดเจน
๙. ระยะเวลาของคิวในการผ่าตัดหัวใจ ส่วนใหญ่อยู่ที่ไม่เกิน ๓ เดือน ยกเว้นในเขตบริการสุขภาพที่ ๖ จันทบุรี อยู่ที่ ๑๐ เดือน ชลบุรี อยู่ที่ ๔.๕ เดือน, เขต ๑๐ อุบลราชธานี ๘ เดือน, เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี ๑๓ เดือน, เขต ๑๒ สงขลา ๑๔.๔ เดือน หาดใหญ่ ๖ เดือน ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดแคลนศัลยแพทย์

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Health Outcome

๑. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๘ ต่อแสนประชากร
๒. ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๑๐)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถและมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐)
๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI- Percutaneous Cardiac Intervention) เป้าหมายเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๘๐

มาตรการสำคัญ

๑. ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูนมากกว่าร้อยละ ๘๐ รวมทั้งเพิ่มหน่วยบริการในเขตบริการ

๒. มีแนวทางเวชปฏิบัติในการให้ยาละลายลิ่มเลือด และนำไปใช้จริง โดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชม.ทุกวัน (๒๔/๗) ที่ชัดเจน
๓. ต้องมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยมี Stock ยา สามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ชม.ทุกวัน
๔. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ให้รักษาโดยการทำบอลลูนหรือการผ่าตัด By pass โดยลดเวลาระยะเวลาการทำให้ไม่เกิน ๓ เดือน
๕. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชม. เช่นกัน (๒๔/๗)
๖. มีการคัดกรองผู้ป่วยและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตามโปรแกรม
๗. ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการดูแลตนเอง

ผลลัพธ์

๑. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๘ ต่อแสนประชากร พบว่าค่าเฉลี่ย ๑๒ เขตสุขภาพของ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน เท่ากับ ๑๙.๙๑ และ ๒๖.๕๕ ตามลำดับ
๒. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐) พบว่าค่าเฉลี่ย ๑๒ เขตสุขภาพเท่ากับร้อยละ ๙๕.๙๕
๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) เป้าหมายเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๘๐ พบว่าค่าเฉลี่ย ๑๒ เขตสุขภาพ เท่ากับร้อยละ ๘๒.๓๖
๔. ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๑๐) พบว่าค่าเฉลี่ย ๑๒ เขตสุขภาพ เท่ากับ ๑๐.๑๒

Best Practice

๑. มีอัตราการเสียชีวิตต่ำ
๒. สามารถทำได้ตามตัวชี้วัดทุกตัวกล่าวคืออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจอยู่ที่ ๑๙.๕๕ ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ๑๐๐% มีการให้ยาหรือการทำบอลลูนได้อยู่ที่ร้อยละ ๘๓.๔ ทำให้อัตราการเสียชีวิตในภาพรวมของทั้งเขตบริการสุขภาพลดลงมาอยู่ที่ ๔.๒%

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยและช่องทางด่วนที่ชัดเจนโดยมีการให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนส่งไปฉีดสตีสวนหัวใจ
๒. มีห้องสวนหัวใจ ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลขอนแก่น และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ โดยมีเครือข่ายที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เร็ว มีอัตราการเสียชีวิตต่ำ
๓. มีแนวทางการให้ยาที่ชัดเจน
๔. มีความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์
๕. คิวสวนหัวใจ และคิวผ่าตัดสั้น

ปัญหา/อุปสรรค

๑. การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชนยังไม่ครอบคลุม
๒. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและเข้าถึงบริการล่าช้า
๓. มีขั้นตอนยุ่งยาก ซับซ้อนในการส่งต่อภายในเขตหรือบริเวณรอยต่อ ทำให้ส่งต่อผู้ป่วย ล่าช้า

๔. การประชาสัมพันธ์อาการสัญญาณเตือน STEMI Alert หรือ Heart attack alert ยังไม่ต่อเนื่องและแพร่หลาย
๕. แพทย์ขาดความมั่นใจในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
๖. ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
๗. ขาดอุปกรณ์และเครื่องมือ เช่น EKG Monitor, Infusion pump, Echocardiography
๘. ระบบฐานข้อมูลไม่เป็นทิศทางเดียวกันและขาดข้อมูลจากบางเขต

ข้อเสนอแนะ

๑. จัดประชาสัมพันธ์ระดับประเทศเรื่อง STEMI alert และ Heart attack alert ให้กับประชาชน
๒. ส่งเสริมให้มี Cardiologists, Nurse Case Manager ทุกโรงพยาบาล
๓. ผลักดันยา Tenecteplase (TNK) แทน Streptokinase (SK)
๔. วางระบบจัดเก็บข้อมูลและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ACS ทั้งหมดให้เป็นทิศทางเดียวกัน
๕. ตัวชี้วัดการให้ยาละลายลิ่มเลือดในรพ.ตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปควรตรวจสอบข้อมูลการให้ยาจริงหรือไม่

๒.๑๐ สาขาโรคมะเร็ง

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

ผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์ ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งปากมดลูก และการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

- การรักษาแบบหวังผลการรักษาหายขาดในเวลาที่เหมาะสม สามารถลดจำนวนผู้ป่วยสะสมและลดการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งปากมดลูก
- ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕ เปรียบเทียบกับ baseline ในปี ๒๕๕๘ (๒๕.๒ ต่อประชากรแสนคน)
- ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ ๕ เปรียบเทียบกับ baseline ในปี ๒๕๕๘ (๒๐.๑ ต่อประชากรแสนคน)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service Outcome)

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ $\geq ๘๐\%$ (ปี ๒๕๖๐)
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq ๘๐\%$ (ปี ๒๕๖๐)
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq ๘๐\%$ (ปี ๒๕๖๐)

มาตรการสำคัญ

๑. ลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม
 - ๑.๑) การคัดกรอง (Screening) เพื่อค้นหา Precancerous lesion (ระยะก่อนเป็นโรคมะเร็ง)
 - ๑.๒) การตรวจค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early Detection) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
๒. บริหารจัดการห้องผ่าตัดเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคอื่นๆอย่างเหมาะสม
๓. พัฒนาศักยภาพในการให้ยาเคมีบำบัดมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยศัลยแพทย์

๔. พัฒนาศักยภาพ และการบริหารจัดการศูนย์รังสีรักษาในเขตสุขภาพ

๕. พัฒนาระบบสารสนเทศการส่งต่อและติดตามผู้ป่วย

ผลลัพธ์

๑. การเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ ๗๘.๙๙, การเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ ๘๑.๘๙ และ การเข้าถึงการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ ๗๔.๕๕ ดังสรุปผลงานการเข้าถึงบริการสาขามะเร็งรายเขต (ตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐)
 - ๑) ด้านการผ่าตัด ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑,๓,๔,๕,๑๐ โดยปี ๒๕๕๙ ผ่านเกณฑ์ในเขตสุขภาพที่ ๑,๔,๕,๘,๑๐
 - ๒) ด้านเคมีบำบัด ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑,๓,๔,๖,๗,๘,๙,๑๐,๑๑,๑๒ โดยปี ๒๕๕๙ ผ่านเกณฑ์ ในเขตสุขภาพที่ ๑,๒,๕,๗,๘,๙,๑๐,๑๒
 - ๓) ด้านรังสีรักษา ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑,๗,๘,๙,๑๐,๑๑ โดยปี ๒๕๕๙ ผ่านเกณฑ์ ในเขตสุขภาพที่ ๑ และ ๑๐

ผลการพัฒนาระบบบริการสาขามะเร็ง มีพัฒนาการที่ดีขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านรังสีรักษา
๒. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับเฉลี่ยไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๐ เท่ากับร้อยละ ๑๖.๓๔ ต่อแสนประชากรโดยมีเกณฑ์เป้าหมาย ปี ๒๕๖๐ ที่ร้อยละ ๒๔.๙ (ข้อมูลจาก กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)
๓. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอดเฉลี่ยไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๐ เท่ากับร้อยละ ๑๓.๘๘ ต่อแสนประชากรโดยมีเกณฑ์เป้าหมาย ปี ๒๕๖๐ ที่ร้อยละ ๒๐ (ข้อมูลจาก กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)

ผลการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งปอด ดีกว่าเป้าหมายเนื่องจาก ข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งปอดที่ผ่านมารวมข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายไปตับ/ปอดเมื่อกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการตรวจราชการจึงมีการควบคุมคุณภาพการวินิจฉัยให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

Best Practice

๑. ด้านข้อมูลสารสนเทศ:
เขตสุขภาพที่ ๕ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจังหวัดสุพรรณบุรี มีการจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙” นำข้อมูลมาวางแผนในการป้องกันและควบคุมโรคของจังหวัดสุพรรณบุรีและระดับประเทศ
๒. ด้านการรักษา :
เขตสุขภาพที่ ๑ โรงพยาบาลลำปาง จัดทำโครงการ “ประสิทธิผลของนวัตกรรม Abdominal Support เพื่อลดปวดและภาวะท้องอืด ในผู้ป่วยมะเร็งหลังผ่าตัดช่องท้อง”
เขตสุขภาพที่ ๓ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จัดทำโครงการ “การจัดการเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน (Extravasation) จากการให้ยาเคมีบำบัด” เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะ Extravasation
๓. ด้านการคัดกรองโรค :
เขตสุขภาพที่ ๗ ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จัดทำโครงการ “บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรง ด้วย FIT TEST อำเภอเมืองร้อยเอ็ด” เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรงในระยะเริ่มต้น
เขตสุขภาพที่ ๒ โรงพยาบาลศรีสัชนาลัยจังหวัดสุโขทัยจัดทำโครงการ “สุโขทัยรวมพลังร่วมใจ เราทำได้ คัดกรองมะเร็งเต้านม (CBE) และมะเร็งปากมดลูก” เพื่อลดอัตราการเกิดโรคและค้นหาผู้ป่วยระยะแรก

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

๑. ด้านเคมีบำบัด พบว่าระยะเวลาการรอคอยด้านเคมีบำบัดบางแห่งยังไม่ผ่านเกณฑ์
๒. โรงพยาบาล M๑ เปิดบริการเคมีบำบัดได้ ๒๗ แห่ง จาก ๓๕ แห่ง เนื่องจากขาดบุคลากร และครุภัณฑ์
๓. ด้านรังสีรักษา ขาดบุคลากร ครุภัณฑ์และขั้นตอนการรักษา
๔. ด้านระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศ ยังขาดความเชื่อมโยงข้อมูล ความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
๕. ขาดการบูรณาการในการแก้ปัญหาภายในเครือข่าย
๖. ขาดแคลนบุคลากรด้านมะเร็ง ไม่มีตำแหน่ง ค่าตอบแทนต่ำ
๗. ที่ผ่านมา การบันทึกสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ/ปอด รวมถึงการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งที่กระจายไปตับ/ปอดด้วย

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ๑) กำหนดนโยบายการ Electronic Cancer Refer ผ่านระบบ Thai cancer based (TCB) & Thai refer
- ๒) จัดเก็บและรายงานตัวชี้วัด ผ่านสารสนเทศระบบเดียวกันทั้งประเทศ (Thai cancer based)
- ๓) เพิ่มอัตราข้าราชการนักฟิสิกส์และนักรังสีการแพทย์ทางรังสีรักษา และปรับค่าตอบแทนเพื่อให้เปิดบริการนอกเวลาได้
- ๔) จัดทำบทบาทหน้าที่ และกำหนดโครงสร้างพยาบาลด้านโรคมะเร็ง โดยสภาการพยาบาล
- ๕) สนับสนุนบุคลากร ด้านเคมีบำบัด และวิเคราะห์ปัญหาการให้บริการยาเคมีบำบัดในรพ. M๑ ความพร้อมของศัลยแพทย์ผู้ให้การรักษาในพื้นที่ ที่มีคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ
- ๖) สนับสนุนงบประมาณตามแผนการพัฒนารังสีรักษาซึ่งพิจารณาจาก Health Need ในระยะ ๕-๑๐ ปีตามข้อเสนอของคณะกรรมการ service plan สาขามะเร็ง

๒. ข้อเสนอแนะเชิงการปรับปรุง

- ๑) กระตุ้นการประสานส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งผ่านระบบ Cancer nurse coordinator
- ๒) ส่งเสริมบุคลากร ให้ใช้ electronic refer ที่เชื่อม Thai cancer based และ Thai refer
- ๓) พัฒนาการจัดบริการสำหรับวินิจฉัยรักษาโรคมะเร็งให้ครบวงจร อาจใช้กระบวนการ sharing resource
- ๔) การเก็บข้อมูลอัตราตายจากมะเร็งตับ มีการแยกผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายไปตับ/ปอด อันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

๓. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแผนระบบตรวจราชการ

- ๑) กำหนดให้มีติดตามการรายงานตัวชี้วัดระดับเขตผ่านโปรแกรม Thai cancer based
- ๒) ทบทวนปรับเกณฑ์เป้าหมาย ๕ ปี ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งปอดอีกครั้ง

๒.๑๑ สาขาโรคไต

ผลการดำเนินงาน ข้อมูล ณ วันที่ ๒๑ สค. ๒๕๖๐ ในด้านผลลัพธ์การให้บริการ การคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM, HT เป้าหมายที่สิ้นปีงบประมาณ ๖๐ = ๘๐% ไม่มีเขตใดทำได้ตามเป้าหมายเนื่องจากมีการเปลี่ยน criteria การคัดกรองจากการใช้ eGFR หรือ proteinuria เป็น eGFR และ proteinuria ในภาพรวมของเขตทุกเขตทำได้ ๒๐.๐-๕๖.๗% โดยเฉลี่ยทั้งประเทศทำได้ ๓๗.๑% ด้านการชะลอความเสื่อมไต เป้าหมายผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๒ m^๒/yr ≥ ๖๕% ของจำนวนผู้ป่วย CKD ทั้งหมด มี ๒/๑๒ เขตทำได้ตามเป้าหมายคือ เขต ๕ และ ๑๑ ในภาพรวมของเขตทุกเขตทำได้ ๖๐.๒-๖๕.๕% โดยเฉลี่ยทั้งประเทศทำได้ ๖๒.๙% ในด้านการขยายบริการ คลินิกชะลอไตเสื่อมใน รพ.ระดับ F๓ ให้ได้ ๕๐% ของ รพ. F๓ ในแต่ละเขต เขตสุขภาพที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ได้ทุกเขต

ปัญหา อุปสรรค

บริการ	ปัญหา
คลินิกชะลอไตเสื่อม	การคัดกรอง CKD ทำได้ต่ำกว่าเป้าหมาย
	การชะลอความเสื่อมไตส่วนใหญ่ทำได้ต่ำกว่าเป้าหมาย
	การขานักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ และ นักกายภาพบำบัด ใน รพช.
hemodialysis	การเริ่ม dialysis แบบ emergency ในผู้ป่วย ESRD
	รอคิวทำ vascular access for HD นาน และ ขาดแคลนศัลยแพทย์ซ่อมเส้น vascular access
	คุณภาพศูนย์ HD outsource ไม่ดี
Peritoneal dialysis	ขาดระบบควบคุมคุณภาพศูนย์ PD
	จำนวนพยาบาล PD : ผู้ป่วย น้อยกว่ามาตรฐาน ๑ : ๕๐ มาก
Palliative care	ไม่มีระบบ palliative care for ESRD ที่ชัดเจน
ระบบฐานข้อมูล	ความครบถ้วนถูกต้องของการรายงานผ่าน HDC

ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

- ขยายบริการคลินิกชะลอ ไตเสื่อมให้ครอบคลุม รพ. ระดับ F๓ ขึ้นไปทั้งหมด และเชื่อมโยงกับ PCC และ DHS
- ขยายเครือข่ายบริการ peritoneal dialysis ลงไป ใน รพ.ระดับ M๒ และ F๑ ที่มีศักยภาพ
- เปิดบริการ palliative care สำหรับผู้ป่วย End Stage Kidney Disease
- การจัดตั้งศูนย์ vascular access for hemodialysis ประจำเขต

ข้อเสนอแนะระดับส่วนกลาง

- พัฒนาระบบการรายงาน KPI โรคไตเรื้อรังผ่าน ระบบ HDC ให้สมบูรณ์ และบูรณาการระบบรายงานกับ โรค NCD
- ประเมินคลินิกชะลอไต เสื่อมคุณภาพ
- ปรับปรุงกระบวนการ รับรองคุณภาพศูนย์ HD และ PD
- ร่วมกับราชวิทยาลัย และ สมาคมวิชาชีพต่างๆใน การปรับหลักสูตรวิชาชีพ ให้สอดคล้องกับความต้องการตามนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศ
- ขอโควตาโรงเรียนแพทย์รับ nephron จากเขตสุขภาพ (โดยเฉพาะสตูล มุกดาหาร และ ยโสธร ที่ยังไม่มี nephron ในจังหวัด และยังไม่ได้ส่งเรียน)
- อบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การดูแลรักษาประคับประคองแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ระเบียบกฎหมาย

- ปรับปรุงแนวทางการทำสัญญาจ้างเหมาเอกชน หรือ PPP ศูนย์ HD ใน รพ.รัฐ

Best practice:

- การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลชะลอไตเสื่อม เขต ๗ โรงพยาบาลแกดดำ จังหวัดมหาสารคาม (เป็นตัวอย่างการเชื่อมโยงระบบบริการใน รพ.สู่ชุมชน)
- รูปแบบในการจัดการปัญหาโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการรอบด้าน “TRAT ๗ DECREASE CKD” เขต ๖ จังหวัดตราด (เป็นตัวอย่างการวางแผนยุทธศาสตร์ในภาพใหญ่)
- การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพและชุมชนในการสนับสนุนการดูแลตนเอง เขต ๗ รพ.ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

๒.๑๒ สาขาทา

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายละเอียด)

จากการสำรวจสภาวะตาบอด ครั้งที่ ๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ ในประเทศไทย พบว่า ประชากรไทยมีความชุกของภาวะตาบอด ๐.๕๙% สายตา เลื่อนราง ๑.๕๗% สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดคือ ต้อกระจก (๕๑%) ต้อหิน (๙.๘%) ภาวะตาบอดในเด็ก (๕.๗%) เบาหวานเข้าจอตา (๒.๕%) กระจกตาขุ่น (๒.๐%) ทั้งนี้ ๘๐% ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ เป้าหมายองค์การอนามัยโลก (WHO) ลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า ๐.๕๐% ภายในปี ๒๕๖๓ (ค.ศ. ๒๐๒๐)

จากฐานข้อมูลโปรแกรม vision๒๐๒๐thailand ปี ๒๕๖๐ พบว่า ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปทั้งหมด ๘,๖๐๕,๗๕๕ ราย ได้รับการคัดกรองสายตา ๖,๓๗๙,๓๐๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๑๓ ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน ร้อยละ ๘๔.๑๒ และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า การคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ มีบางเขตที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ เขต ๕,๗,๘,๑๑,๑๒ ทั้งนี้ปัญหาส่วนหนึ่งมาจาก มีการคัดกรองแต่ขาดการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม vision๒๐๒๐ Thailand ส่งผลให้ข้อมูลผลการดำเนินงานต่ำกว่าการทำงานจริง ด้านการผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ภายใน ๓๐ วัน พบว่า ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ มีเพียงเขต ๖ ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ปัญหาส่วนหนึ่งคือมีการผ่าตัดได้ตามเป้าหมายแต่ขาดการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม vision๒๐๒๐ ทำให้ข้อมูลต่ำกว่าการทำงานจริง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome

๑. ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา (≥ร้อยละ ๗๕)
๒. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกระยะตาบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (≥ร้อยละ ๘๐)

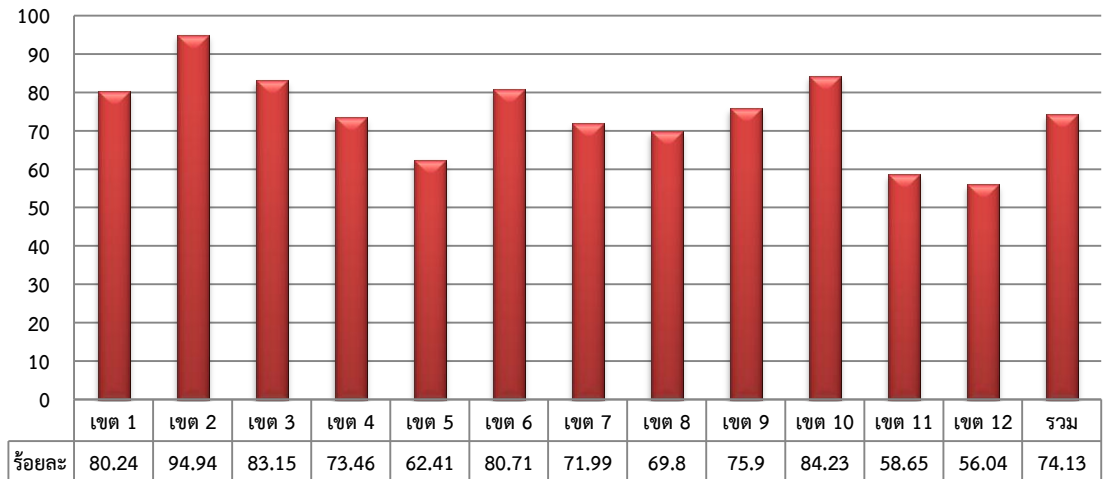
มาตรการสำคัญ

๑. บูรณาการการทำงานร่วมมือกัน ทั้งภายในทีมสาธารณสุขกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุเพื่อค้นหาผู้ป่วยต้อกระจก นำผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาและผ่าตัดตามแนวทางปฏิบัติสำหรับการผ่าตัดต้อกระจก
๒. กำหนดลำดับความเร่งด่วนในการผ่าตัดต้อกระจก โดยมุ่งเน้นการผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) และต้อกระจกชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง (low vision cataract) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตาบอดถาวรและเพื่อให้การบริหารจัดการงบประมาณที่มีอย่างจำกัดเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพ
๓. มีการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้ฐานข้อมูลจากโปรแกรม vision๒๐๒๐thailand

ผลลัพธ์

๑.ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตาเป้าหมาย (≥ร้อยละ ๗๕)

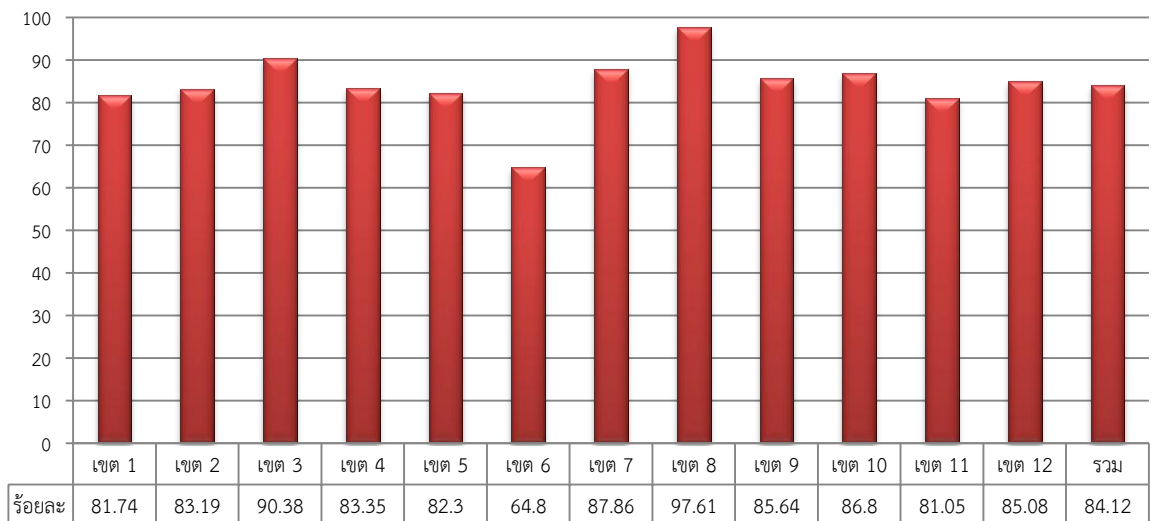
พบว่า ผลการดำเนินงานรอบ ๑๒ เดือน ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ในภาพรวมผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา ร้อยละ ๗๔.๑๓



ข้อมูลจากโปรแกรม vision๒๐๒๐ ณ วันที่ ๗/๐๙/๖๐

๒. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

พบว่า ผลการดำเนินงานรอบ ๑๒ เดือน ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ในภาพรวมผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา ร้อยละ ๘๔.๑๒



ข้อมูลจากโปรแกรม vision๒๐๒๐ ณ วันที่ ๗/๐๙/๖๐

Best Practice

๑. โครงการคัดกรองต้อกระจกเชิงรุก/ผ่าตัดแบบทางด่วนร่วมกับเครือข่าย (ภาพสินธุ์)
๒. การคัดกรองต้อกระจกในผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง (มีระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ)

ปัญหา/อุปสรรค

๑. การคัดกรองผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปยังไม่ผ่านเกณฑ์
๒. การลงข้อมูลใน Vision ๒๐๒๐ ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการคัดกรองในระดับชุมชน
๓. การลงข้อมูลซ้ำซ้อนทั้ง Vision ๒๐๒๐ และ e claim ของ สปสช.
๔. ขาดแพทย์ พยาบาล และบุคลากรจักษุเฉพาะทาง
๕. อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ และชำรุดบ่งชี้ทำให้การตรวจคัดกรองสายตาล่าช้า

๖.ขาดแรงจูงใจและความก้าวหน้าในวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

๑. กระตุ้น เร่งรัด การคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เชิงรุก ให้มีประสิทธิภาพครอบคลุม
๒. จัดสรรอัตรากำลังบุคลากรทางจักษุสนับสนุนแก่เขตสุขภาพให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
- ๓.. สนับสนุนงบประมาณพัฒนาบุคลากรแก่เขตสุขภาพ
๔. เสริมแรงจูงใจ และส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงาน service plan สาขาจักษุ
๕. จัดสรรงบประมาณสนับสนุน อุปกรณ์เครื่องมือ ให้เพียงพอเหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่
๖. ประกาศ สื่อสาร นโยบายการใช้โปรแกรม vision ๒๐๒๐thailand เป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อการรับรู้ และเข้าใจที่ตรงกัน
๗. พัฒนาระบบการลงข้อมูลให้เข้ากับโปรแกรมหลักของหน่วยบริการเพื่อลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน

๒.๑๓ สาขาสุขภาพช่องปาก

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

สาขาสุขภาพช่องปาก มีเป้าหมายตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก มีกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญคือการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพใน รพ.สต./ศสม. โดยการหมุนเวียนทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลไปจัดบริการ/สนับสนุนการจัดบริการ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้สะดวก ผลการให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ใน รพ.สต./ศสม. ได้ตามเป้าหมายร้อยละ ๖๐ ส่วนอัตราใช้บริการสุขภาพช่องปาก ในภาพรวมประเทศคาดว่าจะต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ ๓๕ เล็กน้อย เนื่องจากปัญหาความไม่สมดุลของจำนวนผู้ปฏิบัติงานสุขภาพช่องปากกับจำนวนยูนิตทำฟัน จากข้อมูลการสำรวจเมื่อปี ๒๕๖๐ มีทันตแพทย์และทันตภิบาลมากกว่ายูนิตทำฟันในหน่วยบริการสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงฯ จำนวน ๑,๕๗๖ คน รวมทั้งยูนิตทำฟันจำนวนมากมีอายุการใช้งานมานาน บางส่วนชำรุดเสียหายใช้งานไม่ได้

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด Service Outcome ของสาขาสุขภาพช่องปาก ปี ๒๕๖๐

๑. ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ร้อยละ ๖๐ (ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบคือ จัดบริการตามเกณฑ์ ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม และ จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรได้ตามเกณฑ์ร้อยละ ๒๐)
๒. อัตราใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในจังหวัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕

มาตรการสำคัญ

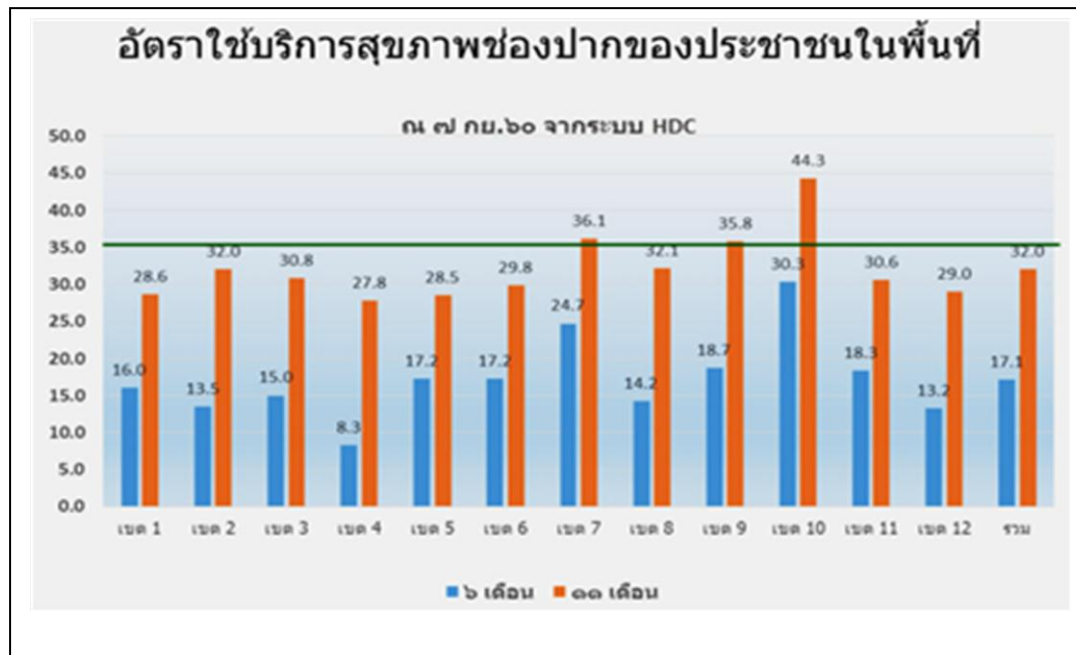
๑. มีนโยบายให้หมุนเวียนทันตบุคลากรจากโรงพยาบาล ไปบริการหรือร่วมบริการสุขภาพช่องปาก ใน รพ.สต./ศสม.
๒. พัฒนาหลักสูตร และประสานการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพทันตแพทย์ และทันตภิบาล ในหลักสูตรทันตกรรมครอบครัว เพื่อรองรับ Primary Care Clusters

ผลการดำเนินงาน จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑ และ รอบที่ ๒ (๑๑ เดือน) ปี ๒๕๖๐

๑. รพ.สต./ศสม.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน รองรับการจัดบริการของทีมหมอครอบครัว Primary Care Clusters



๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ และลดคิวการนัดทำฟัน



Best Practice

- เขต๗ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการฯ ต.บัวใหญ่ อ.น้ำพอง ราชวิทยาลัยระดับประเทศ สาขาสุขภาพช่องปาก Service Plan Sharing ครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๖๐
- เขต๑๑ การพัฒนารูปแบบและกลไกการจัดบริการสุขภาพช่องปาก จังหวัดกระบี่ ทำให้ผ่านเกณฑ์ รพ.สต. คุณภาพฯ ร้อยละ ๙๘.๗ ซึ่งสูงที่สุดในประเทศ
- เขต๖ ต้นแบบการจัดบริการทันตกรรมใน PCC ของเครือข่ายโรงพยาบาลชลบุรี , การจัดการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ Long term care ของโรงพยาบาลระยอง และ รพ.สต.ท่าช้าง

ปัญหา ข้อเสนอแนะ (ที่สำคัญ)

- ความไม่สมดุลของจำนวนผู้ปฏิบัติงานสุขภาพช่องปาก กับจำนวนยูนิตทำฟัน
ข้อเสนอแนะ - ให้มีนโยบายจัดสรรงบลงทุน เป็นการเฉพาะ แยกจาก งบลงทุนระดับเขต เพื่อ
 - จัดซื้อจัดหายูนิตทำฟัน สำหรับ PCC, รพ. และ รพ.สต.

- ปรับปรุงพื้นที่ห้องทันตกรรมให้สามารถติดตั้งยูนิตทำฟันได้มากขึ้น
- สนับสนุนให้มีตัวชี้วัด รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนนโยบาย PCC และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้มากขึ้น

๒. ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรม

ข้อเสนอแนะ

- สั่งการให้ใช้ FTE ให้ถูกต้อง และปรับปรุงกรอบอัตรากำลังคน FTE
- ระยะสั้น สั่งการให้ ทุก รพ. จัดกำลังคนสายสนับสนุน ตามเกณฑ์การคิด FTE ไม่ใช่แบบเหมารวม วิชาชีพ :สนับสนุน ๑ : ๐.๖
- ระยะยาว ปรับปรุงกรอบอัตรากำลังคน FTE ในสายงานสนับสนุน โดยให้แยกตำแหน่งผู้ช่วยงานทันตกรรม (หรือชื่อเรียกอื่น) ออกจากสายงานสนับสนุนอื่น
- ให้มีนโยบายสนับสนุนการจ้างผู้ช่วยทันตกรรมใน รพ.สต.ที่มีทันตภิบาลประจำ โดยจัดสรรงบประมาณ จาก CUP หรือ DHS หรือ อปท.

๒.๑๔ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ผลการดำเนินงาน (ณ สิ้นเดือน สิงหาคม ๒๕๖๐)

มีการขยายบริการ donor center ใน รพ.ระดับ A เพิ่มอีก ๔ แห่งคือ รพ.อุตรดิตถ์ รพ.พุทธโสธร รพ.ตรัง และ รพ.ยะลา ซึ่งทำให้มี donor center ที่เป็น รพ. ระดับ A ครบตามเป้าหมาย ๓๓ แห่ง และ มีการดำเนินงาน จนเกิด brain death donors ใน รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๕๘ แห่ง (จากเป้าหมายเดิม ๔๒ แห่ง) โรงพยาบาลราชบุรีกำลังเตรียมความพร้อมในการตรวจรับรองการเป็น kidney transplant center ภายในต้นปี ๒๕๖๑ ซึ่งถ้าผ่านการรับรองจะทำให้มี kidney transplant center ใน ๑๐ จากเป้าหมาย ๑๒ เขต

ผลลัพธ์การดำเนินงาน มี brain death donor เกิดขึ้น ๒๑๒ ราย ซึ่งสูงกว่าทุกๆปีที่ผ่านมา แต่ในทุกเขต ยังทำได้น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เป้าหมาย : ≥ 1 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย ตามยอดปี ๕๘) โดยภาพรวมทั้งประเทศทำได้ ๒๘% ของเป้าหมาย และเขตที่ได้ใกล้เคียงเป้าหมายที่สุดคือเขต ๗ ส่วนการ บริจาคดวงตามีจำนวนภาพรวมเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา แต่ยังน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในทุกเขต (เป้าหมาย: > ๕ ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย ตามยอดปี ๕๙) โดยภาพรวมทั้งประเทศทำได้ ๑๖% ของเป้าหมาย และเขตที่ได้ใกล้เคียงเป้าหมายที่สุดคือเขต ๕

ปัญหาร่วมที่พบในทุกเขต

๑. บุคลากรมีทัศนคติ และ ความเข้าใจขั้นตอนดีขึ้นมากแต่ยังขาดทักษะการทำงาน โดยเฉพาะด้านการวินิจฉัย brain death การดูแล resuscitate donor และ การเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะ
๒. การ notify case potential donor มายังทีมทำงานยังน้อยและล่าช้าทำให้สภาพ donor ไม่ดี
๓. ขาดพยาบาล transplant coordinator ที่ปฏิบัติงาน full time
๔. ทีมจัดเก็บดวงตายังไม่เพียงพอ
๕. จักษุแพทย์ที่ทำหน้าที่ปลูกถ่ายกระจกตามีไม่เพียงพอ
๖. ความพร้อมของทีมส่วนกลางจากกาขาดที่จะผ่าตัดนำอวัยวะออกลดลงเนื่องจากภาระงานเพิ่ม และ การเดินทางไปยัง รพ. Donor บางแห่งไม่สะดวก
๗. ทัศนคติความเข้าใจของประชาชนดีขึ้น แต่ก็ยังเป็นปัญหา

ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

๑. ส่งเสริมให้ รพ. A, S ทั่วประเทศ และ M๑ ที่สมัครใจ เป็น organ donor center
๒. ส่งเสริมให้ A, S, M๑ ทั่วประเทศ และ รพ.อื่นๆที่สมัครใจ เป็น eye donor center
๓. สนับสนุนการจัดตั้ง regional harvesting team ประจำเขต
๔. สนับสนุนให้มี kidney transplant center ประจำเขต
๕. สนับสนุนให้มี transplant coordinator ที่ปฏิบัติงาน full time ใน รพ. A, S (โดยอาจจัดเป็น rotation คนละวันหรือสัปดาห์)
๖. สนับสนุนให้มีการทำ brain death audit

ข้อเสนอแนะระดับส่วนกลาง

๑. การจับคู่สถาบันพี่เลี้ยง (รพ.มหาวิทยาลัย และ รพ.กรมการแพทย์) กับทีมเขต
๒. จัดอบรมบุคลากร
๓. จัดทำสื่อการสอน brain death
๔. การพัฒนาหลักสูตร มี transplant coordinator ๔ เดือน และความก้าวหน้าทางสายวิชาชีพ
๕. ปรับให้มีค่าตอบแทนแบบ on call สำหรับ transplant coordinator และ regional harvesting team
๖. พัฒนาระบบความปลอดภัย และการประกันอุบัติเหตุให้กับ regional harvesting team
๗. การทำประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

ระเบียบกฎหมาย และ จริยธรรม ที่ต้องการพัฒนา

๑. การเสียชีวิตด้วยภาวะสมองตาย
 - ระดับและการเปลี่ยนแปลงของ CO๒ ในเลือด ในการวินิจฉัยภาวะสมองตาย
 - การลงเวลาเสียชีวิต
 - การปรับกระบวนการให้ง่ายขึ้น เช่นการใช้แพทย์ declare ๒ คน
 - การยุติการรักษา
๒. การขอรับบริจาคอวัยวะ
 - การเซ็นยินยอมของญาติ (Sequence)
 - กรณีตามญาติไม่ได้แต่มีบัตรแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ
 - กรณีตามญาติไม่ได้และไม่มีบัตรแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ
 - กรณี donor ชาวต่างชาติ
 - กรณี donor เป็นคนไข้คดี

Best practice:

๑. การรับบริจาคอวัยวะและปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตายแบบครบวงจร เขต ๗รพ.ขอนแก่น
๒. การพัฒนาระบบคัดกรองและการดูแลผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย เขต ๑ รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์
๓. การจัดระบบเวร rotation ของพยาบาล transplant coordinator เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบแบบ full time ทุกวัน เขต ๙ รพ.มหาสารคามศรีธรรมราช
๔. ระบบการจัดให้พยาบาลผู้ตรวจการนอกเวลาเป็นผู้ช่วยค้นหา potential donor ในหอผู้ป่วยเป้าหมาย เขต ๓ รพ.สวรรค์ประชารักษ์

๒.๑๕ สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ประเด็นตรวจราชการ

๑. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บ (Trauma) ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕
๒. การพัฒนา ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป
๓. การพัฒนาระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

๑. ผู้บาดเจ็บ (๑๙ สาเหตุ) ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ที่มีค่า Ps. Score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ แล้วเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ ๑ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps. Score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ ทั้งหมด
๒. ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ ๔๐)
๓. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ในแต่ละจังหวัดที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน (ปี ๒๕๖๐ $\geq$ ร้อยละ ๖๐)

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายละเอียด)

จำนวนและอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙ (ต่อแสนประชากร)

ปี	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
จำนวนผู้เสียชีวิต	๑๔,๐๕๙	๑๔,๗๘๙	๑๕,๐๔๕	๑๔,๕๐๔		
ร้อยละ (ต่อแสนประชากร)	๒๑.๘๘	๒๒.๘๙	๒๓.๑๖	๒๒.๓๐		

ที่มา : ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ในปี ๒๕๖๐ สถานการณ์การเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บ (๑๙ สาเหตุ) ที่มีค่า Ps. Score $\geq$ ๐.๗๕ ข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๖๐ พบว่า มีจำนวนผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps. Score $\geq$ ๐.๗๕ ร้อยละ ๐.๖๙

การพัฒนา ER คุณภาพร้อยละ ๒๕ โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพตามที่กำหนดไว้ของ ER คุณภาพ ผลปรากฏว่า มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ ร้อยละ ๖๖.๐๔

การประเมินคุณภาพโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ตามเกณฑ์มาตรฐาน ECS คุณภาพผลปรากฏว่า มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ECS คุณภาพ โดยได้รับผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ ร้อยละ ๘๔.๔๕

ตัวชี้วัด	เขต ๑	เขต ๒	เขต ๓	เขต ๔	เขต ๕	เขต ๖	เขต ๗	เขต ๘	เขต ๙	เขต ๑๐	เขต ๑๑	เขต ๑๒	ภาพรวม
อัตราการตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) น้อยกว่าร้อยละ ๑	๐.๓๔	๐.๔๙	๑.๕๕	๐.๗๗	๐.๙๖	๐.๕๓	๐.๖๓	๑.๐๒	๐.๘๑	๐.๓๙	๐.๗๕	๐.๓๐	๐.๖๙
ร้อยละ ๒๕ ของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป	๕๘.๕๙	๘๐.๔๓	๔๘.๘๘	๕๖.๖๖	๖๖.๕๙	๗๙.๑๐	๙๒.๓๐	๕๗.๘๙	๖๖.๖๖	๗๐.๙๖	๗๘.๔๖	๔๗.๓๒	๖๖.๐๔
ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป	๘๒.๒๙	๘๘.๘๘	๗๗.๗๗	๖๗.๒๑	๗๒.๕๐	๘๒.๐๙	๘๖.๖๘	๙๗.๓๖	๘๗.๓๔	๙๑.๙๓	๘๐.๐๐	๘๔.๒๓	๘๔.๔๕

ที่มา : ๑. รายงานผลการตรวจราชการ ปี ๒๕๖๐

๒. ขาดข้อมูล ECS และ ER เขต ๑๒ จ.พัทลุง และสตูลอยู่ระหว่างดำเนินการ

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. ขาดแพทย์ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินและ Replantation จึงยังต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขต
๒. การให้บริการด้าน Pre-hos ยังไม่ครอบคลุมหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพระดับพื้นฐานและชุมชนทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้น้อย และหน่วยปฏิบัติการระดับ ALS ของโรงพยาบาลใช้บุคลากรที่มิตีเดียวกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทำให้ขาดอัตรากำลังเมื่อต้องออกปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลที่มีระยะทางไกล
๓. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นเครือข่ายยังเป็นปัญหาอยู่ ทั้งอาสาสมัครกู้ภัย หน่วยงานภายในจังหวัดที่เกี่ยวข้อง และสถานพยาบาลในเครือข่ายภายในจังหวัด รวมทั้งระบบการส่งต่อนอกจังหวัดหรือนอกเขต
๔. ข้อมูลที่เก็บยังไม่ชัดเจนและครบถ้วน เช่น ข้อมูลการเสียชีวิตจาก ๓ ฐาน ซึ่งการบันทึกและจัดเก็บระบบข้อมูล TR กับ Hos xp ยังไม่มีประสิทธิภาพ

Best Practice

๑. เรื่อง “ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ECS (Emergency Care System)”

โดย นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เขตสุขภาพที่ ๖

ตัวชี้วัด	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมาโดยระบบ EMS	๑. วิเคราะห์หาสาเหตุที่ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่มาโดยระบบ EMS พบว่า เกิดจากผู้ป่วยคิดว่าไม่เป็นอะไร (อาการจะหายเองได้มาเองเร็วกว่า ไม่มีคนมาส่ง) ๒. จัดทำโครงการ EMS Member club ๓. บูรณาการร่วมกับคณะกรรมการ EMS จังหวัดและ DHS ๔. ประชาสัมพันธ์ ๑๖๖๙	ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการบูรณาการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น DHS
ร้อยละ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป	๑. อบรมเกณฑ์ ECS คุณภาพ ๒. ประชุมแนวทางการพัฒนาตามเกณฑ์ ECS	ร้อยละ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป = ๘๑.๖๗ หมวดที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ การนำองค์กร และน้อยที่สุดคือ อาคารสถานที่ และงานวิจัย
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่า Ps > ๐.๗๕	๑. อบรม Prehospital Trauma Life Support ๒. พัฒนาระบบ Trauma Fast Track ๓. ระบบ Telemedicine ๔. พัฒนาระบบ Refer และกำหนด Trauma Center	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มี Ps > ๐.๗๕ มีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าเกณฑ์
จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล	๑. อบรมพนักงานขับรถ ๑๐๐% ๒. ติดกล้องและ GPS ๑๐๐% ๓. ทำประกันภัยขึ้นหนึ่ง ๑๐๐%	จำนวนการเกิดอุบัติเหตุเท่ากับ ๒ ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดที่บริเวณสี่แยก

๒. เรื่อง “SDHS-RTI (Sub District Health System-Road traffic injuries)”

โดย นายอุเทน หาแก้ว และนางรวงทอง วัฒนก้านตง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ ๘

การดำเนินงาน ระยะเวลาการดำเนินงาน ๑ ปี (๑ มกราคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐)	จุดแข็ง	โอกาสพัฒนา และข้อเสนอแนะ
๑. การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวัง และ จัดทำสถานการณ์ปัญหา ๒. การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนน ๓. การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วน ร่วมของทีมสหสาขา ศปถ.อปท./ คณะกรรมการตำบลต้นแบบ ฯ ๔. มีแผนงาน/โครงการ ๕. การชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิด อุบัติเหตุทางถนน ๖. การดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด้านชุมชน ๗. การดำเนินงานมาตรการองค์กรความ ปลอดภัยทางถนน ๘. การรณรงค์ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ ใช้ สื่อในพื้นที่ ๙. การขับเคลื่อนทีมระดับหมู่บ้าน/ตำบล/ ท้องถิ่น/หน่วยงาน (RTI Team) ๑๐. การสรุปผลการดำเนินงาน	<u>๑. ศปถ. ตำบล</u> - มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ ศปถ. ตำบล - มีการประชุมพูดคุยข้อมูล-การทำงานทุก เดือน <u>๒. แผน SRM-RTI</u> - มีส่วนร่วมกรรมการและประชาชนทั่วไป - มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน ๑ ปี - มีกิจกรรมแก้ไขปัญห <u>๓. การจัดการข้อมูล</u> - มีการจัดเก็บข้อมูล-การสอบสวนเชิงลึก - การวิเคราะห์ข้อมูล และระบบเฝ้าระวัง การบาดเจ็บ ตายในช่วงเทศกาลอย่าง เข้มข้น <u>๔. ประชาสัมพันธ์</u> - มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ อบรมให้ ความรู้ <u>๕. จัดการปัจจัยเสี่ยง</u> - มีการจัดการ คน รถ ถนนเสี่ยงในช่วง เทศกาลอย่างเข้มข้น <u>๖. ถนนตัวอย่าง</u> - มีการกำหนดถนนตัวอย่าง แก้ไขจุด เสี่ยงกำหนดข้อตกลงร่วมกัน <u>๗. มาตรการองค์กร หมู่บ้านปลอดภัย</u> <u>โรงเรียนต้นแบบ มาตรการชุมชน</u> - มีการกำหนดเป้าหมาย หน่วยงาน โรงเรียน หมู่บ้าน มาตรการชุมชน ข้อตกลงร่วมกันอยู่ระหว่างการดำเนินการ	๑.๑ จัดตั้ง ศปถ. ระดับหมู่บ้านเพื่อให้เกิด การทำงานระดับหมู่บ้าน ๒.๑ เพิ่มการมีส่วนร่วม กลุ่มเยาวชน โรงงาน/บริษัท/ร้านค้า ๒.๒ กำหนดเป้าหมายเป็นจำนวน ตัวเลข ๑, ๓, ๕ ปีให้ชัดเจน ๒.๓ จัดทำโครงการเพื่อนำแผนไปสู่การ ปฏิบัติให้ต่อเนื่อง ๓.๑ เพิ่มระบบการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และระบบเฝ้าระวังให้ต่อเนื่อง ๓.๒ เพิ่มระบบการคืนข้อมูล สู่ ศปถ. ตำบลทุกเดือน ๔.๑ เพิ่มสื่อ และวิธีการถ่ายทอด ให้ ความรู้สู่กลุ่มเสี่ยงในระดับครอบครัว ๕.๑ เพิ่มการจัดการปัจจัยเสี่ยง ให้มีความ ต่อเนื่องโดยเฉพาะการบังคับใช้กฎหมาย ๖.๑ เพิ่มการบังคับใช้กฎหมาย การ ติดตาม ประเมินผลเพื่อเปรียบเทียบก่อน- หลัง ประกาศดำเนินการเป็น ถนนตัวอย่าง ๗.๑ หน่วยงานในสังกัดสาธารณสุขจังหวัด ต้องเป็นแกนนำองค์กรต้นแบบ ในการ ขับเคลื่อนดำเนินการ ให้เป็นรูปธรรมที่ ชัดเจน ๗.๒ มีผู้พิทักษ์กฎ การควบคุมกำกับ ประเมินผล คืนข้อมูลที่เป็นระบบชัดเจน

๓. เรื่อง “จาก SHEC สู่ AYECS® การพัฒนา ECS คุณภาพ จ.พระนครศรีอยุธยา”

โดย นายสุรตน์ สุขสว่าง และนางสาวอัจฉรา ลำไย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เขตสุขภาพที่ ๔
การดำเนินงาน ดังนี้

๑. พัฒนาเกณฑ์การประเมิน ECS คุณภาพ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนด้วยวงล้อการพัฒนา
คุณภาพ (P-D-C-A) โดยยึดองค์ประกอบของแบบประเมิน SHEC เดิม โดยให้สอดคล้องกับการประเมินอื่นๆ เช่น
HA, HPH, QA การพยาบาล

๒. จุดจุดอ่อน เติมจุดแข็ง และเพิ่ม evidence based เน้นรูปธรรมจับต้องได้ เป็นคู่มือให้กับ External surveyor

๓. เกิดเป็นเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพเรียกว่า เกณฑ์การประเมินคุณภาพระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (Ayutthaya Emergency Care System Quality Assessment: AYECS) วัดผลอิงเกณฑ์เพื่อให้โรงพยาบาล รู้ว่าตัวเองอยู่ตรงไหนในภาพจังหวัด เพื่อวางแผนการพัฒนาในที่มีประเด็นโอกาสพัฒนาร่วมกันในระดับจังหวัด

๔. เรื่อง “AOC system” โดย นายแพทย์รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีการดำเนินการ ดังนี้

๑. Safety Ambulance Module

- Real-time ambulance tracking
- Real-time speed monitoring
- Automatic (push) crash notification
- ETA. To destination hospital

๒. Ambulance Operation Management module

- Beeper on assigned operation
- Personnel operation record
- Real-time monitoring of operation status (both EMS & Refer)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System
๒. ความมุ่งมั่นของบุคลากรในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกแห่งที่ต้องการพัฒนาระบบการดูแลรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน
๓. รูปแบบของเกณฑ์การประเมินที่เป็นรูปธรรม จับต้องได้ ทำให้โรงพยาบาลมองเห็นทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน
๔. การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหา Best Practice ในเขตสุขภาพ

มาตรการที่สำคัญ

๑. การบริหารจัดการ

๑.๑ Trauma and Emergency Admin Unit (TEA Unit) : การจัดตั้งหน่วยงาน TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S และ M๑ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บ พร้อมทั้งวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในพื้นที่ และมีกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม

๑.๒ สสอ./รพช. หรือ คปสอ. เป็นศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเชื่อมโยงกับการทำงานระหว่างกลไกระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)

๑.๓ จัดทำแผนงานและสนับสนุนงบประมาณในการป้องกัน และลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกไตรมาส

๒. การจัดการข้อมูล

๒.๑ การบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ) ทั้งในระดับประเทศ และระดับจังหวัดเพื่อทราบขนาดปัญหาที่แท้จริง วิเคราะห์สาเหตุปัญหาและนำเสนอข้อมูลสำหรับใช้ประโยชน์ในการชี้เป้า และการวางแผน

๒.๒ พัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS Online) โดยส่วนกลางพัฒนา software, server, system และจัด training ร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายระดับ A, S, M๑

๓. การป้องกัน

๓.๑ ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านระบบสุขภาพ (DHS) และเชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ

๓.๒ ขับเคลื่อนมาตรการความปลอดภัยทางถนนของรถพยาบาล (Ambulance Safety) ดังนี้

- (๑) การติดตั้งระบบนำทาง GPS
- (๒) กล้องบันทึกภาพหน้ารถและผู้ขับขี่
- (๓) การจำกัดความเร็วไม่เกิน ๘๐ กม./ชม.
- (๔) การอบรมพนักงานขับรถ

๔. การรักษาพยาบาล

๔.๑ EMS คุณภาพ

๔.๒ ER คุณภาพ

๔.๓ In-hos คุณภาพ

๔.๔ Referral System

๔.๕ มีระบบ Fast Track Trauma

๔.๖ มีการทบทวน case Injury ที่มี Ps > ๐.๗๕ แต่เสียชีวิต

ปัญหา และข้อเสนอแนะ

๑. ขาดแคลนทรัพยากรในการดำเนินงานใน TEA Unit ทั้งด้านบุคลากร และสถานที่ในการปฏิบัติงานเช่น Trauma Nurse Coordinator กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดกรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติงานใน TEA Unit เพิ่มเติม

๒. บูรณาการฐานข้อมูล Information system และระบบ IT (Telemedicine) ให้ใช้ได้ทุกระดับในโรงพยาบาลทั่วประเทศ รวมทั้งบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงมหาดไทย และตำรวจจราจร

๓. ด้านระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ยังขาดการประชาสัมพันธ์ระบบ ๑๖๖๙ กับภาคีเครือข่ายการรณรงค์ การเพิ่มการเข้าถึงของประชาชน

๔. การจัดประชุมหรือจัดทำเอกสารรายงานกรณีการทำ Case conference ผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps Score ≥ 0.75 แล้วเสียชีวิต หรือในกรณีที่น่าสนใจ เพื่อรวบรวมเป็นกรณีศึกษาและใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบรักษาพยาบาลต่อไป

๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพบริการ

HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ขั้น คือ HA ขั้น ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง HA ขั้น ๒ หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมดปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป HA ขั้น ๓ หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วนตัวชี้วัด

จากการตรวจราชการ รอบที่ ๒พบว่าร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๘๐ (โรงพยาบาล จำนวนรวม ๑๖๕ แห่ง ประกอบด้วย รพศ./รพท. ๑๑๖ แห่ง รพ. สังกัดกรมการแพทย์ ๓๐ แห่ง รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต ๑๗ แห่ง รพ.สังกัดกรมควบคุมโรค ๒ แห่ง) (และ โรงพยาบาลชุมชน รพช. ๗๘๐ แห่ง) ผลการดำเนินงานซึ่งวิเคราะห์จากข้อมูล สรพ. ณ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐ พบว่า รพศ. รพท. และ รพ.ของกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๗.๕๘ รพช.ผ่าน เกณฑ์ร้อยละ ๗๓.๐๘ และพบว่า ยังมี รพช.ที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพ HA อีก ๖๐ แห่ง

Best Practice

เขตสุขภาพที่ ๗ มีการสนับสนุนพัฒนาแบบเครือข่ายภาพจังหวัดโดยกำหนดให้มีทีมพี่เลี้ยง (Quality Learning Network : QLN) การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุน ติดตามประเมินผลเป็นระบบ โดยมีการ สนับสนุนจากสถาบันการศึกษาในพื้นที่ คือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ศูนย์ประสานการพัฒนาคุณภาพ-HACC.KKU) ทั้งด้านวิชาการและงบประมาณ ให้กับทั้ง ๔ จังหวัด ซึ่งควรมีการดำเนินการให้ได้ครบทั้ง ๔ จังหวัด

ปัญหาอุปสรรค

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรองHAขั้น๓ ไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ เกิดจากปัญหาหลายประเด็นอาทิเช่นโรงพยาบาลยังไม่เข้าใจรูปแบบวิธีการเขียน SAR ๒๐๑๑, Hospital Profile ส่ง สรพ. การปรับเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานคุณภาพ ทำให้การพัฒนาคุณภาพไม่ต่อเนื่อง สถานการณ์ด้าน งบประมาณไม่เพียงพอ เนื่องจากค่าใช้จ่ายเพื่อการรับรองค่อนข้างสูง โครงสร้างสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น ระบบบำบัดน้ำเสีย ไม่ได้มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ การพัฒนาระบบคุณภาพ จากการวิเคราะห์ผลการตรวจราชการรอบที่๒

๑. กำหนดนโยบาย ให้ผู้บริหารตระหนักถึงความสำคัญ
๒. พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อเอื้อต่อการบริหารจัดการในทุกด้านของหน่วยบริการในสังกัด
 - ด้านบริหาร ควรผลักดันให้เกิดระบบงานอย่างให้ชัดเจน มีสายงาน และบุคลากรหลักในการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
 - ด้านงบประมาณ ควรสนับสนุนงบประมาณให้กับโรงพยาบาลที่ขอรับการประเมินรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งสำหรับเตรียมรับการประเมินที่สูงมาก
 - ด้านวิชาการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพที่ประสบผลสำเร็จ และ รพ. ที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ในระดับเขต เพราะทุกคนสามารถสื่อสารและมองเห็นบริบทซึ่งกันและ กันเพราะพื้นที่ใกล้เคียงกัน
๓. ควรมีการสนับสนุนความรู้เพื่อให้ QLN สามารถเป็นพี่เลี้ยงได้จริง
๔. การจัดทีม External surveyor ภายในเขต

.....

บทสรุปผู้บริหาร

การตรวจราชการระดับกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒/๒๕๖๐

คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์

๑. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเขตสุขภาพ เน้นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของหน่วยงานในพื้นที่ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เน้นให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนใน ๕ องค์ประกอบ คือ ๑) การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัด/เขตสุขภาพ ๒) การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน ๓) การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน ๔) การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน ๕) การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัด/เขตสุขภาพ โดยในการประเมินผลในการตรวจราชการรอบที่ ๒ (รอบ ๙ เดือน) เขตสุขภาพต้องผ่านเกณฑ์ทุกองค์ประกอบ ที่ระดับ ๓ พบว่า มีเขตที่ผ่านเกณฑ์จำนวน ๔ เขต ได้แก่ เขต ๔ ๖ ๗ และ ๑๒ สรุปในตัวชี้วัดนี้ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนดเป้าหมายผ่านเกณฑ์อย่างน้อย ๗ เขต โดยส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ ๓ การบริหารงบประมาณ ปัญหา/อุปสรรค

๑. การบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพขาดความชัดเจนในผู้รับผิดชอบงาน

๒. ขาดการบูรณาการและการสื่อสารแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และแผนพัฒนาบุคลากรของเขต บุคลากรของเขตสุขภาพถ้อยระดับลงสู่จังหวัดอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการใช้อำนาจข้อมูลกำลังคนเดียวกันในการดำเนินงาน

๓. ไม่มีระบบฐานข้อมูลด้านการพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการ/จังหวัดและเขตสุขภาพที่ถูกต้องครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

๔. การกำกับติดตามผลการพัฒนาบุคลากรและนิเทศหน่วยงานในเขตสุขภาพ ขาดการนำปัญหา/อุปสรรคข้อเสนอแนะไปพัฒนางานต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนาต่อส่วนกลาง

๑. กำหนดนโยบายและเร่งรัดการจัดสรรงบประมาณให้เขตสุขภาพ/จังหวัด ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

๒. ปรับหลักเกณฑ์การใช้จ่ายงบอุดหนุนให้มีความคล่องตัวมากขึ้น โดยให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายอื่นๆ

๓. พัฒนาระบบฐานข้อมูลกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานทุกระดับ

๔. ประชาสัมพันธ์หลักสูตรอบรมของสถาบันอบรมต่างๆ ทั้งในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. จัดหาโคตาหลักสูตรอบรมรองรับ Service Plan

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา : ต่อเขตสุขภาพ

๑. เขตสุขภาพกำหนดแนวทางการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ เช่น

๑.๑ นำผลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มาเป็นเกณฑ์จัดสรรงบอุดหนุนและปรับปรุงแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประจำปี ๒๕๖๐

๑.๒ นำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรไปสู่การปฏิบัติจริง โดยคัดเลือกบุคลากรที่จะอบรม และกำหนดระยะเวลา/วงเงิน/สถาบันอบรม ที่จะดำเนินการให้ชัดเจน

๑.๓. จัดทำ/เผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานด้าน HR

๒. สื่อสารยุทธศาสตร์กำลังคน และนโยบายการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขให้ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดทราบเกี่ยวกับอย่างทั่วถึง

๓. กำกับ ติดตามเพื่อนำไปปรับปรุงการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีประสิทธิภาพ

๔. สร้างเครือข่ายด้านการพัฒนาคนระดับเขตสุขภาพ ให้ช่วยเหลือกันด้านทรัพยากร

๕. จัดตั้ง Learning Center ระดับเขตสุขภาพ เพื่อเป็นศูนย์กลางการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ/ประเทศ

๒. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดในการจัดทำแบบประเมินการวัดความสุขด้วยตนเอง (Happinometer) ทั้งบุคลากรในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยไตรมาสที่ ๓ กำหนดเป้าหมายหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น และในไตรมาสที่ ๔ ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ ๓ ขึ้นไป และได้ดำเนินการเปิดระบบเพื่อตอบแบบประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐ มีผู้เข้าตอบแบบประเมินทั้งสิ้น ๒๔๘,๗๙๓ คน คิดอัตราการตอบแบบประเมินเป็นร้อยละ ๗๘.๘๔ โดยมีหน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น ร้อยละ ๘๗.๑๐ ทั้งนี้ เมื่อนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ความสุขทั้ง ๙ ด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข อยู่ที่ ๖๒.๖๐ โดยเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสูงสุด คือ ๖๓.๗๘

ในส่วนของการบูรณาการสร้างสุขในระยะต่อไป เมื่อแต่ละหน่วยงานได้ข้อมูลดิบของหน่วยงานไปวิเคราะห์ความสุขทั้ง ๙ ด้าน รวมถึงด้านความผูกพัน และด้านสมดุลชีวิตกับการทำงาน กระทรวงสาธารณสุข จะดำเนินการจัดอบรมนักสร้างสุขในองค์กร ที่มีเป็นตัวแทนของหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเพื่อเข้ารับการอบรมโครงการพัฒนาการบริหารจัดการองค์ความรู้สู่ความสุขของคนทำงาน (Routine to Happiness: RtoH) ของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดทำแผนการพัฒนาสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงานในองค์กรได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งฝึกอบรมนักบริหารความสุข เพื่อให้หน่วยงานสามารถขับเคลื่อนความสุขเพื่อเป็นองค์กรแห่งความสุขต่อไป

ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๑ การสื่อสารเรื่องการทำแบบประเมิน นิยามตัวชี้วัด การประมวลผลข้อมูล และการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ระบบ ควรมีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องการทำแบบประเมิน รวมทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจแต่ผู้ลงตรวจประเมินเพื่อชี้แจงให้หน่วยงานระดับพื้นที่ที่มีความเข้าใจมากขึ้น และสร้างตัวแทนระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด ในการชี้แจง สร้างความเข้าใจในการใช้ระบบให้มากขึ้น

๒ ระบบการทำแบบประเมิน ต้องมีการพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ในทุกระดับ ให้มีการแยกระบบ user กับ admin เพื่อให้ admin สามารถแก้ไขระบบเบื้องต้นได้ง่ายขึ้น รวมทั้งพัฒนาระบบให้ admin สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นในพื้นที่ได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงหน่วยงาน การลิมิรท์

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

- ๑ กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนทั้งในระดับกรม/สำนัก/เขตสุขภาพ/จังหวัด/หน่วยปฏิบัติ
- ๒ พัฒนาระบบสื่อสารเพื่อให้ทุกหน่วยงานรับทราบข่าวสารได้ทันเวลา
- ๓ ความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๓. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน อสค.ทั่วประเทศ จำนวน ๕๐๐,๐๐๐ คน ในกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรค ไตเรื้อรัง ระยะที่ ๔ (CKD) ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) และครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการคัดเลือกและพัฒนา อสค. ใน ๓ ไตรมาสแรก และ

ประเมินคุณภาพในไตรมาสที่ ๔ ที่กำหนดต้องมีครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๕๐

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการสนับสนุนการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยมีจำนวน อสค. ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนา จำนวน ๔๘๕,๕๓๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๑๑ มีจำนวนครอบครัวที่ได้รับการประเมิน จำนวน ๑๖๘,๔๘๙ ครอบครัว และผ่านการประเมิน จำนวน ๑๕๗,๑๒๙ ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๒๖ (ไม่รวมเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการ)

ปัญหา/ อุปสรรค

๑ บุคลากรยังขาดความเข้าใจในนโยบายและแนวทางการพัฒนา อสค. ซึ่งมีการสร้างความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนา อสค. และเน้นการฝึกปฏิบัติจริง

๒ การประเมินศักยภาพครอบครัวฯ เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลสุขภาพระดับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการพัฒนา อสค. ระหว่างพื้นที่

๓ พื้นที่ที่มีการนำ อสม. มาอบรมในหลักสูตร อสค. ทำให้เป้าหมายมีความคลาดเคลื่อน ดังนั้นจังหวัดต้องแยกกลุ่มเป้าหมายระหว่าง อสม. และ อสค. ออกจากกลุ่มเป้าหมายการพัฒนา อสค. พร้อมทำความเข้าใจให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติในวัตถุประสงค์ของการพัฒนา อสค.

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๑ ให้เป็นนโยบายที่ต่อเนื่องในระยะยาว ควรเน้นเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณที่สามารถทำให้ครอบครัวดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องและต่อเนื่อง

๒ พัฒนาระบบสื่อสารแนวทาง เป้าหมายการดำเนินงานพัฒนา อสค. ในทุกระดับ

๓ ความชัดเจนของการกำหนดนโยบาย และการถ่ายทอดนโยบายการพัฒนา อสค.

๔ การจัดสรรงบประมาณเบิกจ่ายแทนกัน ตามความเหมาะสมของสถานการณ์และบริบทของแต่ละพื้นที่ นวัตกรรม/ความสำเร็จ ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑ เพิ่มศักยภาพ อสม. และ Care Giver (CG) ให้มีความรู้ ทักษะในงาน และมีความเข้าใจในการดำเนินงาน อสค. แล้วให้ทำหน้าที่คัดเลือกและแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ ฝึกปฏิบัติให้แก่ อสค.

๒ บูรณาการไปก้งงานส่งเสริมเสริมสุขภาพชุมชน และแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดและพื้นที่ อาทิ (๑) การพัฒนาหลักสูตร อสม. นักจัดการที่มีเนื้อหาการพัฒนา อสค. เพื่อให้ อสม. เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนา อสค. ในพื้นที่พร้อมทั้งบูรณาการไปก้งงานเยี่ยมบ้าน ทีมหมอครอบครัว (๒) การออกแบบการดำเนินงานพัฒนา อสค. โดยเชื่อมโยงกับการดำเนินงานการดูแลระยะยาว (Long term care)

๓ การใช้ฐานข้อมูลจังหวัด (HDC ของจังหวัด) ระบบข้อมูล Thai Care Cloud การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เพิ่มเติมจากระบบข้อมูล Thai COC R๙ และ Thai Refer มากำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน อสค.

สรุปภาพรวมประเทศ
ผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง ปีงบประมาณ ๒๕๖๐
รอบที่ ๒ คณะที่ ๓ : การบริหารทรัพยากรมนุษย์

**หัวข้อการตรวจราชการ : ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน
 ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด**

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัด

-ด้านโครงสร้างและบุคลากร

ส่วนใหญ่จังหวัดมีการปรับโครงสร้างของหน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากร เปลี่ยนจากกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการมาเป็นภารกิจของกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล และมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และบุคลากรบางส่วนขาดประสบการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขาดการบูรณาการแผนพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเข้าด้วยกัน

ทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนของจังหวัด (HRM, HRD) โดยมีองค์ประกอบเป็นผู้แทนสถานบริการทุกระดับ ส่วนน้อยที่ไม่มีผู้แทนวิชาชีพหรือผู้แทนวิทยาลัย มีการจัดทำแผนพัฒนากำลังคนครอบคลุมสาขาวิชาชีพ ๕ กลุ่มสาขา/ทุกวิชาชีพ แต่แผนพัฒนาบุคลากรยังไม่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ ส่วนใหญ่กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล จะดำเนินการพัฒนาบุคลากรในโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ และโครงการอบรมผู้บริหารระดับต่างๆ (ผบต./ผบก./นบส.) ส่วนแผนงาน/โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข จะดำเนินการตามภารกิจของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

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

คณะกรรมการด้าน CSO จะเป็นผู้จัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่รองรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข โดยวิเคราะห์หา Need Assessment ด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากร ซึ่งรองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ๔ ด้าน คือ Service Excellent P&P Excellent People Excellent และ Governance Excellent แผนพัฒนาบุคลากรยังไม่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ โดยเขตสุขภาพส่วนใหญ่จะสื่อสารโดยการประชุมชี้แจงแผนพัฒนากำลังคน/แผนพัฒนาบุคลากรให้ทุกจังหวัดนำไปสู่การปฏิบัติ และบางจังหวัดขาดการถ่ายทอดให้โรงพยาบาลชุมชนนำไปสู่การปฏิบัติ บางจังหวัดยังไม่จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรรองรับ Service Plan ที่สามารถระบุ สถาบันอบรม วัน และเวลา ที่จะดำเนินการตามแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามที่ได้รับจัดสรรงบประมาณبودทุนอย่างชัดเจน

ทุกเขตสุขภาพ/จังหวัดใช้โปรแกรม HRops ในการบริหารจัดการกำลังคน แต่โปรแกรมหดงกล่าวยังไม่รองรับการบริหารจัดการด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จึงทำให้ต้องจัดเก็บข้อมูลผู้ผ่านการพัฒนาบุคลากรโดยใช้โปรแกรม Excel แต่ยังไม่มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรที่เป็นระบบ บางจังหวัดได้พัฒนาโปรแกรมรองรับการวิเคราะห์

ข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานตนเอง จึงทำให้ขาดการเชื่อมโยงกันระหว่างข้อมูลของจังหวัดและเขตสุขภาพ และยังไม่เชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่าง HRM & HRD

การสร้างความร่วมมือของสถาบันผลิตและพัฒนากำลังคน

เขตสุขภาพทุกแห่งมีการสร้างความร่วมมือของสถาบันผลิตและพัฒนากำลังคนในพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอัตราากำลังคน และรองรับแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเขตสุขภาพด้วย และเกือบทุกจังหวัดได้สร้างความร่วมมือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกและของสถาบันอื่นๆ รวมทั้งภาคเอกชนด้วย เพื่อจัดหลักสูตรอบรมรองรับแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร แต่มีข้อจำกัดในเรื่องหลักสูตรอบรมไม่ครอบคลุม Need Assessment ของเขตสุขภาพ/จังหวัด

การกำกับ ติดตามการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ/จังหวัด

ทุกเขตสุขภาพ/จังหวัดจะกำหนดแผนกำกับติดตาม โดยลงพื้นที่ติดตามผลการพัฒนาบุคลากรทุก 6 เดือน และให้จังหวัดรายงานผลการดำเนินงานส่งทุกเดือน บางจังหวัดจัดทำเป็น Performance Agreement : PA ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อติดตาม กำกับการบริหารจัดการอัตราากำลังคนและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ แต่การกำกับ ติดตามผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรรองรับ Service Plan (การใช้จ่ายงบประมาณ/ผลการพัฒนา) ควรมีการกำกับ ติดตามผ่านการประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัดทุกเดือน เพื่อแก้ไขปัญหา/อุปสรรค และวางแผนแนวทางแก้ไขเสนอผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด

ส่วนที่ ๒ ผลการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการของทุกจังหวัดตาม ๕ องค์ประกอบ

สรุปเขตสุขภาพ จำนวน ๓ เขต ที่ผ่านทั้ง ๕ องค์ประกอบ คือ เขตสุขภาพที่ ๔ , ๖ และ ๑๒

เขต	จังหวัด	ผลการดำเนินงานตาม 5 องค์ประกอบเกณฑ์ตัวชี้วัด ประจำปี 2560 ค่าเป้าหมาย(9 เดือน) : ระดับ 3				
		องค์ประกอบที่ 1 : แผนความต้องการ กำลังคนฯ	องค์ประกอบที่ 2 : การสร้าง ความร่วมมือฯ	องค์ประกอบที่ 3 : การเบิกจ่าย งบประมาณ	องค์ประกอบที่ 4 : บุคลากรได้รับการ พัฒนาเทียบกับ เป้าหมาย	องค์ประกอบที่ 5 : จำนวนข้อ ร้องเรียนฯ
1	เชียงใหม่	5	5	4	4	5
	เชียงราย	4	5	1	3	5
	พะเยา	3	5	3	3	5
	แม่ฮ่องสอน	4	5	3	2	5
	ลำพูน	4	5	1	3	5
	ลำปาง	4	5	5	5	5
	แพร่	4	5	4	4	5
	น่าน	5	5	2	4	3
	สรุป	5	5	2	3	5

เขต	จังหวัด	ผลการดำเนินงานตาม 5 องค์ประกอบเกณฑ์ตัวชี้วัด ประจำปี 2560 ค่าเป้าหมาย(9 เดือน) : ระดับ 3				
		องค์ประกอบที่ 1 : แผนความต้องการ กำลังคนฯ	องค์ประกอบที่ 2 : การสร้างความ ร่วมมือฯ	องค์ประกอบที่ 3 : การเบิกจ่าย งบประมาณ	องค์ประกอบที่ 4 : บุคลากรได้รับการ พัฒนาเทียบกับ เป้าหมาย	องค์ประกอบที่ 5 : จำนวนข้อ ร้องเรียนฯ
2	สุโขทัย	4	5	2	3	5
	พิษณุโลก	4	5	2	3	5
	อุตรดิตถ์	4	5	2	3	5
	เพชรบูรณ์	4	5	2	3	5
	ตาก	4	5	2	3	5
	สรุป	4	5	2	3	5
3	พิจิตร	4	5	2	3	5
	กำแพงเพชร	4	5	2	3	5
	นครสวรรค์	4	5	2	3	5
	อุทัยธานี	4	5	2	3	5
	ชัยนาท	4	5	4	3	5
	สรุป	4	5	2	3	5
4	ลพบุรี	4	5	3	4	5
	สระบุรี	4	5	2	5	5
	อ่างทอง	4	5	3	4	5
	สิงห์บุรี	4	5	5	5	5
	อยุธยา	4	5	3	5	5
	นครนายก	4	5	3	4	5
	ปทุมธานี	4	5	4	4	5
	นนทบุรี	3	5	5	4	5
	สรุป	4	5	3	4	5
5	กาญจนบุรี	4	5	1	1	5
	นครปฐม	4	5	1	3	5
	ประจวบคีรีขันธ์	4	5	1	1	5
	เพชรบุรี	4	5	1	5	5
	ราชบุรี	4	5	1	5	5
	สมุทรสงคราม	4	4	1	1	5
	สมุทรสาคร	4	5	3	4	5
	สุพรรณบุรี	4	5	1	3	5
	สรุป	4	5	1	4	5

เขต	จังหวัด	ผลการดำเนินงานตาม 5 องค์ประกอบเกณฑ์ตัวชี้วัด ประจำปี 2560 ค่าเป้าหมาย(9 เดือน) : ระดับ 3				
		องค์ประกอบที่ 1 : แผนความต้องการ กำลังคนฯ	องค์ประกอบที่ 2 : การสร้างควม ร่วมมือฯ	องค์ประกอบที่ 3 : การเบิกจ่าย งบประมาณ	องค์ประกอบที่ 4 : บุคลากรได้รับการ พัฒนาเทียบกับ เป้าหมาย	องค์ประกอบที่ 5 : จำนวนข้อ ร้องเรียนฯ
6	ชลบุรี	4	5	3	4	5
	ระยอง	4	5	3	3	5
	จันทบุรี	4	5	4	4	5
	ตราด	4	5	3	2	5
	สมุทรปราการ	4	5	4	3	5
	ฉะเชิงเทรา	4	5	3	4	5
	ปราจีนบุรี	4	5	3	4	5
	สระแก้ว	4	5	3	3	5
	สรุป	4	5	3	4	5
7	กาฬสินธุ์	4	5	1	2	5
	ร้อยเอ็ด	4	5	1	2	5
	มหาสารคาม	4	5	3	3	5
	ขอนแก่น	4	5	2	3	5
	สรุป	4	5	1	2	5
8	นครพนม	3	5	1	5	5
	สกลนคร	4	5	1	5	5
	เลย	3	5	3	1	5
	บึงกาฬ	4	5	1	1	5
	หนองบัวลำภู	4	5	2	1	5
	หนองคาย	4	5	2	1	5
	อุดรธานี	4	5	5	5	5
	สรุป	3	5	1	2	5
9	นครราชสีมา	4	5	3	3	5
	ชัยภูมิ	3	5	2	3	5
	บุรีรัมย์	4	5	2	3	5
	สุรินทร์	4	5	3	3	5
	สรุป	3	5	2	3	5
10	อุบลราชธานี	4	4	2	3	5
	ศรีสะเกษ	4	4	2	3	5
	ยโสธร	4	4	2	3	5
	อำนาจเจริญ	4	4	2	3	5
	มุกดาหาร	4	4	2	3	5
	สรุป	4	4	2	3	5

เขต	จังหวัด	ผลการดำเนินงานตาม 5 องค์ประกอบเกณฑ์ตัวชี้วัด ประจำปี 2560 ค่าเป้าหมาย(9 เดือน) : ระดับ 3				
		องค์ประกอบที่ 1 : แผนความต้องการ กำลังคนฯ	องค์ประกอบที่ 2 : การสร้างความ ร่วมมือฯ	องค์ประกอบที่ 3 : การเบิกจ่าย งบประมาณ	องค์ประกอบที่ 4 : บุคลากรได้รับการ พัฒนาเทียบกับ เป้าหมาย	องค์ประกอบที่ 5 : จำนวนข้อ ร้องเรียนฯ
11	กระบี่	4	3	2	3	5
	ภูเก็ต	4	3	5	3	5
	สุราษฎร์ธานี	4	3	5	3	5
	ชุมพร	4	3	1	3	5
	พังงา	4	5	1	3	5
	นครศรีธรรมราช	4	3	1	3	5
	ระนอง	4	3	2	3	5
	สรุป	4	5	2	3	5
12	สตูล	4	5	4	4	5
	ปัตตานี	4	5	3	4	5
	พัทลุง	4	5	3	4	5
	นราธิวาส	4	5	3	4	5
	ตรัง	4	5	3	4	5
	ยะลา	4	5	3	4	5
	สงขลา	4	5	5	4	5
	สรุป	4	5	3	4	5

ส่วนที่ ๓ นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

เขตสุขภาพที่	นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง
เขตสุขภาพที่ ๑	๑. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากร และฐานข้อมูลฝึกอบรม ๒. พัฒนาเครื่องมือประเมินผลการดำเนินงานทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard, HR Satisfaction, KMA) ๓. จัดทำคู่มือการดำเนินงานทรัพยากรบุคคลต่างๆ ได้แก่ - คู่มือการประเมินระบบการบริหารสมรรถนะระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลและประเมินความพึงพอใจต่อระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล - คู่มือการวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลัง - คู่มือการสรรหา เลือกสรรบุคลากรทุกประเภทการจ้างงาน การเปลี่ยนสายงาน - คู่มือการประเมินผลงานวิชาการเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพ - คู่มือการพิจารณาเครื่องราชอิสริยาภรณ์ - คู่มือการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่
เขตสุขภาพที่ ๒	Leadership ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร ปรับกลไกการพัฒนาบุคลากรให้มีความเข้มแข็ง ๑. สสจ.เพชรบูรณ์ ได้บริหารจัดการแก้ไขปัญหากำลังคนของแพทย์แผนไทยในอำเภอชนแดน ที่มีจำนวน ๔ สามารถหมุนเวียนออกไปให้บริการใน รพ.สต. จนทำให้อำเภอชนแดนมีผลการดำเนินงานเป็นอันดับ ๑ ของจังหวัดเพชรบูรณ์ ๒. สสจ.อุดรดิตถ์ มีการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสัญญาการศึกษาต่อ ก่อนครบอายุสัญญา ๑ - ๒ เดือน จะมีการเตือนล่วงหน้าอัตโนมัติ(Pop up) และมีฐานข้อมูลบุคลากรที่จังหวัดพัฒนาขึ้นเพื่อตรวจสอบรายชื่อของบุคลากรได้ว่าใครประจำอยู่ที่ไหน ๓. สสจ.อุดรดิตถ์ ใช้กระบวนการจัดการความรู้ เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ปฏิบัติงานลาออก/ย้าย โดยใช้เวลาหลังเลิกงานวันละ ๑ ชม.(๑๖.๐๐-๑๗.๐๐) เป็นการสอนงานบุคลากรที่ปฏิบัติงานใหม่วันละ ๑ เรื่อง จากบุคลากรที่มีประสบการณ์ ริเริ่มทำในกลุ่มงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ผลการดำเนินงานของกลุ่มงานมีความต่อเนื่อง
เขตสุขภาพที่ ๓	Leadership ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร ปรับกลไกการพัฒนาบุคลากรให้มีความเข้มแข็ง ๑. จัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน เพื่อการวางแผนและตัดสินใจของผู้บริหาร ตลอดจนจัดทำรายงานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรในระดับเขตได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
เขตสุขภาพที่ ๔	๑. สสจ.อยุธยา มีระบบการติดตามการใช้งบประมาณในการพัฒนาบุคลากรตามโครงการต่างๆ ของแต่ละหน่วยงาน อย่างครอบคลุม ทำให้มีการใช้งบประมาณใน ปี ๒๕๕๙ ครบร้อยละ ๑๐๐ และนำมาขยายผลใช้ต่อในปี ๒๕๖๐ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ๒. สสจ.อยุธยา มีระบบการติดตามประเมินผลเชิงคุณภาพ การพัฒนาบุคลากรตาม Service plan หลังการจัดอบรมครบ ๑ ปี

เขตสุขภาพที่	นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง
	๓. สสจ.อ่างทองมีการพัฒนาโปรแกรมระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคล สสจ.อ่างทอง (APIS: Angthong Personal Information System) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์อัตรากำลังและจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ๔. สิงห์บุรีได้ตั้งศูนย์ HR Excellent Clinic เพื่อให้คำปรึกษาส่งเสริมการจัดทำผลงานทางวิชาการเพื่อเลื่อนตำแหน่ง
เขตสุขภาพที่ ๕	๑. Leadership ให้ความสำคัญกับกลไกการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากร เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่
เขตสุขภาพที่ ๖	๑. Leadership ระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด/ผู้อำนวยการให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน ปรับกลไกให้มีความเข้มแข็ง/ประสานความร่วมมืออย่างดีระหว่างหน่วยงานทุกระดับ ๒. การสื่อสาร/การสร้างความเข้าใจในนโยบาย/ยุทธศาสตร์ด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพไปในทิศทางเดียวกัน
เขตสุขภาพที่ ๗	๑. Leadership ได้นำปัญหา/อุปสรรค/ผลการดำเนินงานปีที่แล้วมาปรับกลไกการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรเขตสุขภาพ/จังหวัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ๒. ผู้บริหารกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ และกำหนดเป็น PA ระหว่างจังหวัด/รพ. ทำให้การดำเนินงานคล่องตัวมากขึ้นรวดเร็ว
เขตสุขภาพที่ ๘	๑. รูปแบบการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างสอดคล้องกับ Problem base ๒. เขตสุขภาพจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจน
เขตสุขภาพที่ ๙	๑. มีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการวิจัย โดยสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอและจัดให้มีขวัญกำลังใจสำหรับบุคลากรที่นำเสนอผลงานเด่นได้รับรางวัลในระดับเขต และระดับชาติ
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๑. Leadership ให้ความสำคัญกับการกำกับ ติดตามการบริหารทรัพยากรบุคคล และปรับกลไกการบริหารทรัพยากรบุคคลให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑. Leadership ได้นำปัญหา/อุปสรรค/ผลการดำเนินงานปีที่แล้วมาปรับกลไกการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรเขตสุขภาพ/จังหวัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑. Leadership ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และ Problem base ๒. รพ.หาดใหญ่พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้สามารถทำหัตถการผ่าตัดทรวงอก (Open Heart) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวในภาคใต้ เพื่อลดความเสี่ยงและการรอคอยการส่งต่อทารกแรกเกิดไปผ่าตัดที่กรุงเทพฯ

ส่วนที่ ๔ สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ปัจจัยที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในเขตสุขภาพ คือ

๑. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับจังหวัด/เขตสุขภาพในเชิงนโยบาย
๒. โครงสร้างกรอบอัตรากำลังที่เหมาะสมของบุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพ
๓. บุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาศักยภาพบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพมีความรู้ทักษะความสามารถในการถ่ายทอด
๔. การสื่อสาร/กลไกสนับสนุนการบริหารจัดการการพัฒนากำลังคน/แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ/แผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเขตสุขภาพถ่ายระดับลงสู่จังหวัด
๕. ระบบฐานข้อมูลด้านการพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการ/จังหวัด/เขตสุขภาพ การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
๖. การกำกับ ติดตามผลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อนำไปปรับปรุงการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่จะทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในเขตสุขภาพ

๑. การเปลี่ยนโครงสร้าง/บุคลากรผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ/จังหวัด ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ/จังหวัด
๒. ขาดความรู้ความเข้าใจในงานด้านการพัฒนาบุคลากรของผู้รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากรระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เกี่ยวกับการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการตรวจราชการ
๓. การบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพขาดความชัดเจนในผู้รับผิดชอบงาน
๔. ขาดการบูรณาการ และการสื่อสารแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และแผนพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพถ่ายระดับลงสู่จังหวัดอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการใช้ฐานข้อมูลกำลังคนอันเดียวกันในการดำเนินงาน
๕. ไม่มีระบบฐานข้อมูลด้านการพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการ/จังหวัดและเขตสุขภาพที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
๖. การกำกับติดตามผลการพัฒนาบุคลากรและนิเทศหน่วยงานในเขตสุขภาพ ขาดการนำปัญหา/อุปสรรค ข้อเสนอแนะไปพัฒนางานต่อไป

ส่วนที่ ๕ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

เขตสุขภาพ	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
เขตสุขภาพที่ ๑	๑. บางจังหวัดเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความรู้ความชำนาญและความเชี่ยวชาญในงาน ๒. บางจังหวัดงาน HRM และ HRD ขาดการเชื่อมโยง/การใช้งานจากฐานข้อมูลกำลังคนจากฐานข้อมูลอันเดียวกัน ทำให้การนำข้อมูลไปใช้บริหารกำลังคนของจังหวัดอาจจะไม่ตรงกันในงาน HRM และ HRD ๓. แผนยุทธศาสตร์พัฒนากำลังคนของสถานบริการยังไม่เชื่อมโยงกันทั้งจังหวัด	๑. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการวางแผนกลยุทธ์ และจัดทำ/เผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานให้ถูกต้องกฎ ระเบียบ ๒. เขตสุขภาพ/จังหวัดวางระบบการจัดเก็บฐานข้อมูลกำลังคนให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน เพื่อใช้วางแผนผลิตและพัฒนา กำลังคนให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ๒๐ ปี ๓. ให้จัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนากำลังคนอย่างมีส่วนร่วม จาก CSO/CHRO/ผู้แทนวิชาชีพ/ผู้บริหารทุกระดับโดย สสจ.
เขตสุขภาพที่ ๒	๑. บางจังหวัดเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ๒. การส่งรายงานการใช้จ่ายงบประมาณ บูดหนุนเพื่อพัฒนาบุคลากรจากสถานบริการยังไม่สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ๓. ผู้ปฏิบัติบางจังหวัดไม่เข้าใจรายงานการตรวจราชการ/ตัวชี้วัดการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนาบุคลากร เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ต้องมีการทำความเข้าใจร่วมกัน	๑. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งให้เหมาะสมกับภารกิจของงาน และพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานงานพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถอย่างเพียงพอ ๒. ควรสื่อสารแนวทางการกำกับและติดตามรายงานการพัฒนาศักยภาพบุคลากรจากสถานบริการให้ชัดเจน และรายงานต่อคณะกรรมการบริหารกำลังคนระดับจังหวัด ๓. เขตสุขภาพชี้แจงรายงานการตรวจราชการ/ตัวชี้วัดการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนาบุคลากร
เขตสุขภาพที่ ๓	๑. ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคนยังไม่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับบุคคล/ระดับหน่วยงาน/เขตสุขภาพ ๒. การพัฒนาบุคลากรโดยวิธีการศึกษาต่อ หรือการอบรมระยะเวลานานเป็นเดือน ทำได้ยากเนื่องจากปัญหาขาดแคลนบุคลากรในการทำงาน	๑. พัฒนาให้มีฐานข้อมูล electronic ที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ทั้งจังหวัด/เขตสุขภาพ ๒. จังหวัด/สถานบริการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร และจัดทำเกณฑ์คัดเลือกบุคลากรไปอบรมให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของสถานบริการ

เขตสุขภาพ	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
เขตสุขภาพที่ ๔	๑. บางจังหวัดขาดแคลน/ปรับเปลี่ยนบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาบุคลากร ทำให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจไม่เพียงพอ และขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ๒. บางจังหวัดใช้จ่ายงบประมาณขุดหนุนเพื่อพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามแผนฯ มีสาเหตุ ดังนี้ -ขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน -สถาบันไม่เปิดอบรมตามที่ประชาสัมพันธ์ไว้ -หลักสูตรที่สถาบันในพื้นที่เปิดอบรมได้ ไม่ครอบคลุมกับแผนพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ ๓. บางจังหวัดไม่มีผู้แทนสถาบันการศึกษาเข้าร่วมเป็นกรรมการฯ ทำให้แผนพัฒนาบุคลากรไม่สอดคล้องกับช่วงเวลา และงบประมาณ	๑. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งให้เหมาะสมกับภารกิจของงาน และพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถอย่างเพียงพอ ๒. เขตสุขภาพกำกับและติดตามการใช้จ่ายงบประมาณของจังหวัดในเขตสุขภาพทุกเดือน และกำหนดมาตรการรองรับกรณีจังหวัด ดำเนินการพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามเป้าหมายของแผนพัฒนาบุคลากร ๓. จังหวัดเพิ่มผู้แทนจากสถาบันการศึกษา ในคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบการผลิตและการพัฒนาของจังหวัดได้อย่างสอดคล้องกับความเป็นไปในพื้นที่
เขตสุขภาพที่ ๕	๑. การพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่กำหนดไว้ มีสาเหตุ ดังนี้ -การโอนงบประมาณล่าช้า -บุคลากรน้อยภาระงานมาก จึงไม่สามารถไปอบรมตามแผนที่กำหนดได้ -บุคลากรไม่ได้รับคัดเลือก -ไม่มีสถาบันอบรมตามแผนที่กำหนดการ ๒. รายงานผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของจังหวัดไม่เป็นปัจจุบัน	๑. ควรกำหนดหลักเกณฑ์คัดเลือกบุคลากร และคุณสมบัติของผู้รับการอบรมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๒. จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพอย่างชัดเจน โดยระบุรายชื่อ ช่วงเวลาที่ส่งบุคลากรไปอบรม วงเงิน
เขตสุขภาพที่ ๖	๑. การจัดสรรงบประมาณขุดหนุนล่าช้า ๒. บางจังหวัดเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน	๑. ส่วนกลางเร่งรัดจัดสรรงบประมาณตั้งแต่นั้นปีงบประมาณ ๒. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งให้เหมาะสมกับภารกิจของงาน และพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถอย่างเพียงพอ

เขตสุขภาพ	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
เขตสุขภาพที่ ๗	๑. บางจังหวัดเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ๒. การพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่กำหนดไว้ มีสาเหตุ ดังนี้ -การโอนงบประมาณล่าช้า และมีวงเงินจำกัด ทำให้การพัฒนาบุคลากรไม่ครอบคลุมทุกสายงาน -บางหลักสูตรสอบไม่ได้/ไม่มีสถาบันเปิดอบรม	๑. กำหนดอัตรากำลัง/หน้าที่ของงานพัฒนาบุคลากรระดับจังหวัดอย่างชัดเจน ๒. รายงานปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาบุคลากรเสนอต่อผ่านคณะกรรมการบริหารระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกันในระดับเขตสุขภาพ
เขตสุขภาพที่ ๘	๑. การเชื่อมโยงฐานข้อมูลของหน่วยงานทุกระดับเพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจของผู้บริหาร ๒. การเบิกจ่ายไม่เป็นไปตามแผน เนื่องจากสอบไม่ผ่านหรือ หลักสูตรนั้นๆไม่มีสถาบันการศึกษาเปิดให้เข้ารับการอบรม	๑. พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้สามารถเชื่อมโยงได้ครอบคลุมหน่วยงานทุกระดับ และใช้เป็นฐานข้อมูลในการตัดสินใจของผู้บริหาร ๒. ปรับเปลี่ยนหลักสูตรฝึกอบรมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
เขตสุขภาพที่ ๙	๑. การพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ มีสาเหตุ ดังนี้ -บุคลากรไม่สามารถสอบผ่านการคัดเลือกเข้าไปฝึกอบรมได้ -สถาบันที่จัดอบรมบางหลักสูตรจะเปิดอบรมในไตรมาสที่ ๓ - ๔ -บางหลักสูตรเปิดรับผู้เข้าอบรมจำนวนน้อย -บางหลักสูตรหาบุคลากรไปฝึกอบรมไม่ได้ -สถานศึกษาเปิดสอนเวลาไม่สอดคล้องกันกับผู้เรียน	๑. เขตสุขภาพ/จังหวัดรายงานปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาบุคลากรเสนอต่อผ่านคณะกรรมการบริหารระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกันในระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๑. การโอนงบประมาณขุดหนุนพัฒนาบุคลากรรองรับ Service Plan ประจำปีงบประมาณปี 2560 มาที่จังหวัดล่าช้า ทำให้การพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ๒. บางจังหวัดเปลี่ยนโครงสร้าง/ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และบุคลากรต้องการฝึกอบรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ๓. การเก็บข้อมูลและแบบฟอร์มรายงานผลการพัฒนาบุคลากรไม่ตรงกันทั้งเขตสุขภาพ	๑. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณของเขตสุขภาพ และกำกับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพให้แล้วเสร็จตามแผนที่กำหนด ๒. เขตสุขภาพ/จังหวัดพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความสามารถตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ๓. พัฒนาระบบข้อมูลกำลังคนเพื่อใช้บริหารจัดการด้าน HRM & HRD โดยใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน และจัดระบบติดตามการรายงานเป็นรายเดือนหรือรายไตรมาส อย่างต่อเนื่อง

เขตสุขภาพ	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑. การพัฒนาบุคลากรไม่เป็นไปตามแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่กำหนดไว้ มีสาเหตุ ดังนี้ -บุคลากรไม่ผ่านการคัดเลือก -สถาบันเปิดอบรมไม่ได้ เนื่องจากจำนวนไม่กลุ่มเป้าหมายไม่คุ้มทุน -หลักสูตรที่อบรมระยะเวลานาน หน่วยงานขาดแคลนอัตรากำลัง -บุคลากรไม่ไปอบรมในสถาบันอบรมที่อยู่นอกเขตสุขภาพ ๒. การจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากรยังไม่เป็นระบบ	๑. กำหนดหลักเกณฑ์คัดเลือกบุคลากร และคุณสมบัติของผู้รับการอบรมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๒. จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพอย่างชัดเจน โดยระบุรายชื่อ ช่วงเวลาที่ส่งบุคลากรไปอบรม วงเงิน ๓. จังหวัด/เขตสุขภาพกำหนดแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกำลังคนของจังหวัด/เขตสุขภาพให้สอดคล้องเป็นทิศทางเดียวกัน และครอบคลุม HRM และ HRD เพื่อใช้ในการบริหารจัดการกำลังคนของจังหวัด/เขตสุขภาพ ๔. จัดตั้ง Learning Center ระดับเขตสุขภาพ เพื่อเป็นศูนย์กลางการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ/ประเทศ
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑. บางจังหวัดเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบและความเชี่ยวชาญในงาน ๒. ยังไม่มีฐานข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงบริหารด้านการพัฒนาบุคลากรของจังหวัดในรูปแบบเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ ๓. ยังไม่บูรณาแผนพัฒนาบุคลากรในภาพรวมของหน่วยงานในจังหวัด	๑. เขตสุขภาพพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สมรรถนะที่สอดคล้องกับงาน และจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานให้ถูกต้องกฎ ระเบียบที่เปลี่ยนแปลงของกระทรวง ๒. เขตสุขภาพพัฒนาโปรแกรม/ระบบจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากร เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบเดียวกันเขตสุขภาพ และเป็นข้อมูลเสนอผู้บริหารในการตัดสินใจ ๓. วิเคราะห์และจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในภาพรวมของหน่วยงานในจังหวัด เพื่อใช้วิเคราะห์สถานการณ์ส่วนขาดของการพัฒนาบุคลากรทั้งระบบ

ส่วนที่ ๖ ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

๑. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)มีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด/โรงพยาบาล ต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องด้วย

๒. กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์รองรับให้เกิดการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และคล่องตัว ดังนี้
 - เร่งรัดการจัดสรรงบประมาณให้เขตสุขภาพ/จังหวัดตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ
 - ปรับการใช้จ่ายงบอุดหนุนเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรรองรับ Service Plan ให้มีความคล่องตัวมากขึ้น โดยให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก และเบี้ยเลี้ยงในการเดินทางด้วย
๓. สร้างความเข้าใจการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรให้เขตสุขภาพ/จังหวัดทราบและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เช่น ควรมีการประชุมชี้แจงตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมิน เพื่อให้ดำเนินการเป็นแนวทางเดียวกัน
๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคน/แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด
๕. พัฒนาระบบฐานข้อมูลกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานทุกระดับ และกำหนดระดับการเข้าถึงข้อมูลให้เขตสุขภาพ/จังหวัด/สถานบริการสามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลได้ ด้วย
๖. ประชาสัมพันธ์หลักสูตรอบรมของสถาบันอบรมต่างๆ ทั้งในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ครอบคลุมหลักสูตรตาม Service Plan ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ช่วงเวลา และผู้รับผิดชอบ
๗. ติดตามประเมินผลหลังการฝึกอบรม โดยประเมินสมรรถนะในการทำงานจากผู้ร่วมงาน ตนเอง และผู้บริหาร สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานหรือไม่ สามารถนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง
๘. จัดหาโควตาหลักสูตรอบรมรองรับ Service Plan เพื่อให้บุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนที่กำหนด รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของสายสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะต่อเขตสุขภาพ

๑. เขตสุขภาพกำหนดแนวทางการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ เช่น
 - ๑.๑ กำหนดเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากร(คน เงิน ของ) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรของจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ
 - ๑.๒ นำผลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มาเป็นเกณฑ์จัดสรรงบอุดหนุนในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และปรับปรุงแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประจำปี ๒๕๖๐
 - ๑.๓ สนับสนุนข้อมูลกำลังคนให้จังหวัดใช้ในการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากร
 - ๑.๔ นำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรไปสู่การปฏิบัติจริง(ระบุหลักสูตร/รายชื่อผู้อบรม/หน่วยงาน/ช่วงเวลา/วงเงิน)
 - ๑.๕ จัดทำ/เผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานให้ถูกต้องกฎ ระเบียบตามที่เปลี่ยนแปลงของกระทรวง
๒. เขตสุขภาพสื่อสารยุทธศาสตร์กำลังคน และนโยบายการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขให้ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดทราบเกี่ยวกับอย่างทั่วถึง
๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติระดับจังหวัด ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด

๔. พัฒนาระบบข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด และนำมาใช้บริหารทรัพยากรบุคคลของเขตสุขภาพ เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานทุกระดับ และกำหนดระดับการเข้าถึงข้อมูลให้จังหวัด/สถานบริการ/บุคลากร สามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลได้ด้วย

๕. เขตสุขภาพเพิ่มผู้แทนจากสถาบันการศึกษาในคณะกรรมการระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบการผลิตและการพัฒนาได้อย่างสอดคล้องกับความจำเป็นในพื้นที่

๕. ให้ความสำคัญการกำกับ ติดตามและรายงานผลการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด และนำไปปรับปรุงการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ

๖. สร้างเครือข่ายด้านการพัฒนาคนระดับเขตสุขภาพ ให้ช่วยเหลือกันด้านทรัพยากร(คน เงิน ของ)

๗. จัดตั้ง Learning Center ระดับเขตสุขภาพ เพื่อเป็นศูนย์กลางการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ/ประเทศ

ข้อเสนอแนะต่อจังหวัด

๑. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมหน่วยงานทุกระดับ/ทุกกลุ่มเป้าหมาย

๒. เพิ่มผู้แทนจากสถาบันการศึกษาในคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบการผลิตและการพัฒนาของจังหวัดได้อย่างสอดคล้องกับความจำเป็นในพื้นที่

๓. กำหนดเกณฑ์ และคุณสมบัติของผู้รับการอบรมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

๔. จัดอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานภายในจังหวัด ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยุทธศาสตร์กำลังคน นโยบายการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข/เขตสุขภาพ

๕. จัดทำแผนจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาบุคลากรให้ชัดเจน เพื่อการกำกับติดตามการใช้จ่ายงบประมาณ

๕. กำหนดแนวทางการจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานภายในจังหวัดให้เหมาะสม สอดคล้องเป็นทิศทางเดียวกัน ครอบคลุม HRM และ HRD และนำมาใช้บริหารทรัพยากรบุคคลของจังหวัด

๖. ให้ความสำคัญการกำกับ ติดตามและรายงานผลการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด และนำไปปรับปรุงการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ

๗. สร้างเครือข่ายด้านการพัฒนาคนระดับจังหวัด ให้สถานบริการช่วยเหลือกัน(พี่ช่วยน้อง) ด้านทรัพยากร(คน เงิน ของ)

๘. จัดทำ/เผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานให้ถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบที่เปลี่ยนแปลงของกระทรวง

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	Email
๑	นางศรีนวล ศิริคะรินทร์	นักทรัพยากรบุคคล ชำนาญการ	สถาบันพระบรมราชชนก	025901809	srinuans711@gmail.com
๒	นางกัลยา เนติประวัติ	นักทรัพยากรบุคคล ชำนาญการพิเศษ	สถาบันพระบรมราชชนก	025901809	catypakdee@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์

หัวข้อ (ชื่อตัวชี้วัด) : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้
ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้

๑. สถานการณ์ในภาพรวม เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๐)

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น และในไตรมาสที่ ๔ ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ ๓ ขึ้นไป ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเปิดระบบเพื่อตอบแบบประเมินความสุขของพนักงาน (Happinometer) ระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐ มีผู้เข้าตอบแบบประเมินทั้งสิ้น ๒๙๘,๗๙๓ คน คิดอัตราการตอบแบบประเมินเป็นร้อยละ ๗๘.๘๔ โดยมีหน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น ร้อยละ ๘๗.๑๐

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๒.๑ ข้อมูลตามเป้าหมายหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น

จำนวนเป้าหมายหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น

ลำดับ	รายการข้อมูล	เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	รวม
๑	หน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น	เป้าหมาย	๑,๓๑๗	-	๖๙๙	๙๔๗	๑,๐๔๗	๙๒๖	๙๖๗	๑,๐๕๘	๑,๑๓๓	๙๘๕	๘๗๖	๙๖๑	๑๐,๙๑๖
		ผลงาน	๑,๑๖๓	-	๖๒๐	๘๖๕	๑,๐๓๗	๘๙๓	๘๙๒	๙๗๘	๙๐๗	๙๕๓	๗๕๐	๙๔๕	๑๐,๐๐๓
		ร้อยละ	๘๘.๓๑	-	๘๘.๗๐	๙๑.๓๔	๙๙.๐๔	๙๖.๔๔	๙๒.๒๔	๙๒.๔๔	๘๐.๐๕	๙๖.๗๕	๘๕.๖๒	๙๘.๓๔	๙๑.๖๔

หมายเหตุ: เขตสุขภาพที่ ๒ ดำเนินการตอบแบบประเมินก่อนการเปิดระบบ Happinometer จึงไม่มีข้อมูลรายงานจากระบบดังกล่าว

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๓.๑ หน่วยงานระดับพื้นที่รับทราบแนวปฏิบัติล่าช้า ทำให้เข้ากรออกแบบประเมินไม่ทันตามกำหนด ส่งผลให้มีผู้เข้าตอบแบบประเมินน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

๓.๒ หน่วยงานไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก ทำให้ผู้ใช้ระบบไม่สามารถประสานเพื่อขอแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบได้ รวมทั้ง การกรอกข้อมูลที่เป็นฐานตั้งต้นในการคำนวณความก้าวหน้าของตัวชี้วัด

๓.๓ การรับรู้นิยามของตัวชี้วัดของแต่ละพื้นที่มีไม่เหมือนกัน ไม่เท่ากัน ทำให้การดำเนินการตามตัวชี้วัดมีความคลาดเคลื่อน

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา / อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไข
๔.๑ การสื่อสารเรื่องการทำแบบประเมิน นิยามตัวชี้วัด การประมวลผลข้อมูล และการแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากการใช้ระบบ	- เพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องการทำแบบประเมิน - สร้างความเข้าใจแต่ผู้ลงตรวจประเมินเพื่อชี้แจงให้หน่วยงานระดับพื้นที่มีความเข้าใจมากขึ้น - สร้างตัวแทนระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด ในการชี้แจง สร้างความเข้าใจในการใช้ระบบให้มากขึ้น
๔.๒ ระบบการทำแบบประเมิน	- พัฒนาระบบให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ในระดับ - แยกระบบ user กับ admin เพื่อให้ admin สามารถแก้ไขระบบเบื้องต้นได้ง่ายขึ้น - พัฒนาระบบให้ admin สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นในพื้นที่ได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงหน่วยงาน การลืมหัสด

๕. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ๕.๑ กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนทั้งในระดับกรม/สำนัก/เขตสุขภาพ/จังหวัด/หน่วยปฏิบัติ
- ๕.๒ พัฒนาระบบสื่อสารเพื่อให้ทุกหน่วยงานรับทราบข่าวสารได้ทันเวลา
- ๕.๓ ความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

แบบรายงานการตรวจราชการระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์

หัวข้อ (ชื่อตัวชี้วัด) : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒

ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๑. สถานการณ์ในภาพรวม เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน อสค. ทั่วประเทศ จำนวน ๕๐๐,๐๐๐ คน ในกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรค ไตเรื้อรังระยะที่ ๔ (CKD) ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) และครอบครัวผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการคัดเลือกและพัฒนา อสค. ใน ๓ ไตรมาสแรก และประเมินคุณภาพในไตรมาสที่ ๔ ที่กำหนดต้องมีครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๕๐

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการสนับสนุนการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยมีจำนวน อสค. ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาจำนวน ๔๘๕,๕๓๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๑๑ มีจำนวนครอบครัวที่ได้รับการประเมิน จำนวน ๑๖๘,๔๘๙ ครอบครัว และผ่านการประเมิน จำนวน ๑๕๗,๑๒๙ ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๒๖ (ไม่รวมเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการ)

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ข้อมูลตามเป้าหมายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเครือข่ายภาคประชาชน: พัฒนา อสค.และการ เสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

จำนวนเป้าหมาย อสค. ที่กระทรวงมอบหมายและผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐

ลำดับ	รายการ ข้อมูล	เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	รวม
๑	การ คัดเลือก และ พัฒนา อสค.	เป้าหมาย	๖๐,๗๔๖	๓๐,๘๐๐	๒๙,๘๙๔	๓๙,๖๑๘	๓๙,๙๘๘	๓๙,๗๘๐	๔๔,๗๘๐	๔๖,๗๗๔	๕๗,๓๕๒	๔๐,๙๙๖	๓๓,๑๘๐	๓๑,๐๙๒	๕๐๐,๐๐๐
		ผลงาน	๑๗,๔๖๖	๒๗,๕๗๖	๓๐,๔๕๑	๒๑,๓๘๑	๒๖,๕๖๙	๒๕,๓๘๓	๓๙,๙๔๙	๒๑,๙๙๒	๑๗,๕๐๙	๔๓,๙๑๔	๓๑,๒๑๐	๒๔,๑๕๐	๔๘๕,๕๓๓
		ร้อยละ	๒๘.๗๕	๘๙.๕๓	๑๐๑.๘๖	๕๓.๙๗	๖๖.๔๔	๖๓.๘๑	๘๙.๒๑	๔๗.๐๒	๓๐.๙๗๙	๑๐๗.๑๒	๑๐๑.๗๓	๗๗.๖๗	๙๗.๑๑
๒	ครอบครัว ที่มี ศักยภาพ ในการ ดูแล สุขภาพ ตนเองได้ ตามเกณฑ์ ที่กำหนด	เป้าหมาย	๓,๔๕๕	๖,๔๙๙	๑๓,๘๙๙	๗,๓๖๖	๑๓,๘๓๔	๘,๐๒๐	๓,๓๐๑	๑๒,๖๐๐	๖,๘๓๔	๙,๐๒๔	๑,๔๗๙๙	๗,๓๕๑	๑๖,๘๔๘๙
		ผลงาน	๒,๒๓๐	๕,๒๒๓	๑๒,๕๕๓	๑,๒๖๘	๑๒,๓๗๑	๖,๗๘๕	๓,๐๕๙	๑๑,๙๗๑	๖,๗๗๙	๘,๒๖๑	๑๒,๘๖๗	๖,๗๕๒	๑๕,๗,๑๒๙
		ร้อยละ	๖๔.๕๔	๘๐.๓๗	๙๐.๓๒	๑๖.๖๗	๘๘.๔๒	๘๔.๖๐	๙๒.๖๗	๙๕.๐๑	๙๙.๑๙	๙๑.๕๔	๘๖.๙๕	๙๑.๘๖	๙๓.๒๖

ที่มา : <http://fv.phc.hss.moph.go.th> วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ (ไม่รวมกรุงเทพฯ)

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการ ตรวจสอบติดตาม

๓.๑ การสื่อสารและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้กำหนดนโยบาย ผู้ถ่ายทอดนโยบาย และ ผู้ปฏิบัติทุกระดับในพื้นที่ ที่ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน สม่่าเสมอ และป้อนกลับข้อมูลต่อเนื่อง เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน

๓.๒ การสร้างเครือข่ายและการบูรณาการ อสค. ในงานสุขภาพชุมชนและงานปฐมภูมิ งานตำบลจัดการสุขภาพตลอดจนงานสุขภาพอำเภอ เป็นทีมเดียวกันและเนื้องานที่เชื่อมโยงส่งต่อซึ่งกันและกัน ทั้งระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคล โดยทำงานด้านสุขภาพร่วมกับ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมหมอครอบครัว

๓.๓ การทำงานแบบประณีต เน้นกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติจริง มุ่งผลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมๆกัน

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา / อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไข
๔.๑ การสื่อสารและการถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการพัฒนา อสค. แก่บุคลากร มีความลักลั่น ทำให้เกิดช่องว่างและความคลาดเคลื่อนต่อความเข้าใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่	- สร้างความเข้าใจ และชักชวนความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติที่เน้นการเรียนรู้ฝึกปฏิบัติจริง การสนับสนุน ตามกระบวนการ พัฒนา อสค. การนับผลงาน ทั้งโดยวาจา การประชุมและหนังสือชักชวนความเข้าใจ - แนะนำจังหวัดแยกกลุ่มเป้าหมายระหว่าง อสม. และ อสค. ออกจากกลุ่มเป้าหมายการพัฒนา อสค.
๔.๒ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการพัฒนา อสค. ระหว่างพื้นที่มีน้อย ทั้งในระดับพื้นที่และส่วนกลาง	- แนะนำให้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการกับงานปฐมภูมิ งานตำบลจัดการสุขภาพและงานสุขภาพอำเภอ - ส่วนกลางดำเนินการจัดเวทีถอดบทเรียนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน

๕. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๕.๑ กำหนดเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตลอดปีงบประมาณ ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ตามแผนบริหารยุทธศาสตร์สาธารณสุขที่ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี เพื่อความต่อเนื่องและวัดผลเชิงคุณภาพ และผลลัพธ์จากการมี อสค. ได้

๕.๒ พัฒนาระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างและความคลาดเคลื่อนต่อความเข้าใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งด้านนโยบายและการถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย แนวทางการดำเนินงานพัฒนา อสค. การจัดสรรงบประมาณเบิกจ่ายแทนกันและสื่อเอกสารประกอบการดำเนินงาน ในทุกระดับ

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๖.๑ เพิ่มศักยภาพ อสม. และ Care Giver (CG) ให้มีความรู้ ทักษะในงาน และมีความเข้าใจในการดำเนินงาน อสค. แล้วให้ทำหน้าที่คัดเลือกและแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ ฝึกปฏิบัติให้แก่ อสค.

๖.๒ บุคลากรไปปฏิบัติงานส่งเสริมเสริมสุขภาพชุมชน และแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดและพื้นที่
ได้แก่

๑) การพัฒนาหลักสูตร อสม. นักจัดการที่มีเนื้อหาการพัฒนา อสค. เพื่อให้ อสม.
เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนา อสค. ในพื้นที่พร้อมทั้งบุคลากรไปปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ทีมหมอครอบครัว

๒) การออกแบบการดำเนินงานพัฒนา อสค. โดยเชื่อมโยงกับการดำเนินงานการดูแล
ระยะยาว (Long term care)

๖.๓ การใช้ฐานข้อมูลจังหวัด (HDC ของจังหวัด) มากำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน อสค.
และการใช้ข้อมูล Thai Care Cloud เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เพิ่มเติมจากระบบข้อมูล Thai
COC R๙ และ Thai Refer

สรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข / กองบริหารการสาธารณสุข

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน / สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

กลุ่มประกันสุขภาพ / สำนักวิชาการสาธารณสุข สป.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ นับเป็นระบบที่สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข โดยระบบการบริหารจัดการที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ จะช่วยสนับสนุนงานในระบบบริการให้มีคุณภาพ ส่งผลต่อเป้าหมายหลักที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้นและมีสุขภาพดี ทั้งนี้ระบบการบริหารจัดการได้มีการวางกลยุทธ์ขับเคลื่อนงานโดยกำหนดให้อยู่ในแผนการตรวจราชการคณะที่ ๔ ซึ่งมี ๕ ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย ๖ ตัวชี้วัด สำหรับการตรวจราชการกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๑-๒๕๖๐ มีบทสรุปสำหรับ ๕ ประเด็น ดังนี้

๑. ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

๑.๑ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) มุ่งเน้น (๑) การจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ และแผนปฏิบัติการจัดซื้อ-จัดจ้างประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้าง) (๒) การป้องกันเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน และ (๓) การตอบสนองข้อร้องเรียน

เครื่องมือการประเมินใช้ แบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : ITA : EBIT) เท่านั้น โดยการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เป็นพื้นฐานการพัฒนา เพื่อยกระดับกระบวนการดำเนินงานของหน่วยงานที่ครอบคลุมระดับการบริหาร และระดับการปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย หน่วยงานระดับจังหวัด จำนวน 5 หน่วยงานต่อจังหวัด ได้แก่ (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ+รพศ.+รพท.) จำนวน 1 แห่ง (2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 แห่ง และ (3) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 แห่ง รวมทั้งสิ้น 380 หน่วยงาน (76 จังหวัด/12 เขตสุขภาพ)

เป้าหมายการประเมิน ITA ในไตรมาสที่ ๓ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (เป้าหมาย ระดับ ๕ ร้อยละ ๘๕) ในภาพรวมทั้งประเทศได้ร้อยละ ๖๐ โดยมีเขตที่ต้องเร่งสื่อสารและสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๕, ๘ และ ๑๑ ซึ่งผู้บริหารในระดับจังหวัดต้องกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ ควรจัดให้มีทีมพี่เลี้ยงที่เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาแนะนำในการทำงาน ตลอดจนสนับสนุนให้มีเทคโนโลยีใช้พัฒนาระบบงานโดยมีกฎระเบียบกำกับ ทั้งนี้เพื่อลดการใช้ดุลยพินิจอันเกิดจากการละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน และเป็นการสนับสนุนแผนพัฒนาระบบบริการที่วางไว้ให้สามารถพัฒนาไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑.๒ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย

ประเด็นที่ตรวจคือ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และมีจริยธรรม โดยพบว่าทุกเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายในหน่วยงานทุกระดับ ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการจัดซื้อจัดจ้างระดับเขต และมีการแต่งตั้งคณะทำงานแยกตามหมวดเวชภัณฑ์ โดยพบว่า จังหวัดส่วนใหญ่จัดทำกรอบบัญชีรายการยาที่สอดคล้องและลดหลั่นกันตามระดับของโรงพยาบาลและตาม Service plan ส่วนกรอบบัญชีรายการเวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่ายมีการจัดทำเพียงบางประเภทและในบางจังหวัด

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ รวม ๓ ไตรมาสพบว่า การจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา เป็นมูลค่าประมาณ ๙,๓๓๔.๔ ล้านบาท จากมูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด ๓๒,๒๖๒.๙ ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ ๒๘.๙๓ (ยา ร้อยละ ๒๙.๑๓, เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ร้อยละ ๒๘.๕๒) ในภาพรวมผลดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ทั้งนี้ ยังมีเขตสุขภาพที่ ๓ และ ๖ ที่ต้องติดตามกำกับให้ดำเนินการเพิ่มในส่วนของเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ให้เป็นไปตามเป้าหมายต่อไป

ประเด็นที่มีผลต่อการดำเนินงานไม่สำเร็จคือ ๑) หน่วยงานใช้วิธีการหลากหลายในการจัดซื้อพร้อมและขาดผู้ประสาน/ผู้รับผิดชอบด้านเวชภัณฑ์ฯ ในภาพรวม ๒) ความรู้ด้านระเบียบฯ ทักษะการดำเนินการจัดซื้อพร้อม/การดำเนินการจัดซื้อผ่านระบบ e-GP ของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องด้านพัสดุ ขาด ๓) ขาดกลไกการกำกับ ติดตาม ประเมินผลในระดับจังหวัดและเขต โดยเฉพาะเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และ ๔) วิธี e-bidding มีปัญหาการบันทึกข้อมูลระบบ e-GP และขาดคู่มือ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ๑) สำนักงานเขตสุขภาพ ควรมีเจ้าหน้าที่พัสดุ เพื่อดำเนินการจัดซื้อพร้อมระดับเขต ๒) พัฒนาระบบการรายงานผลแบบออนไลน์ให้ต่อเนื่องและครอบคลุมทุกกลุ่มเวชภัณฑ์ ๓) จังหวัดมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในแต่ละกลุ่มเวชภัณฑ์ เพื่อติดตามการดำเนินงานด้านบริหารเวชภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง ให้ผู้บริหารทราบเป็นระยะ ๔) จังหวัดจัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาระดับจังหวัดให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการแต่ละแห่ง เชื่อมต่อระบบส่งต่อและการจัดซื้อพร้อมระดับจังหวัด ๕) จังหวัดควรมีกกลไกส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร ให้มีการยกย่อง เชิดชูหน่วยงาน องค์กร หรือผู้ปฏิบัติที่มีการประพฤติปฏิบัติตามระเบียบและเกณฑ์จริยธรรมที่ดี และ ๖) กระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินการต่อรองราคาและเวชภัณฑ์ฯ รายการที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว และทำสัญญาในระดับประเทศ เพื่อลดภาระหน่วยงานในภูมิภาค

๒. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ ๑) คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย และ ๒) คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้เป็นปีแห่งคุณภาพข้อมูลสุขภาพ จึงได้กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพข้อมูลของ ๒ ประเด็นข้างต้น คือ

๑. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพสาเหตุการตาย (ill-define ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของการตายทั้งหมด) **มากกว่าร้อยละ ๒๕** พบว่า มีจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพสาเหตุการตายเพียง ๑๒ ใน ๗๖ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๘ เมื่อดูในภาพรวมพบว่าไม่มีเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพสาเหตุการตาย ซึ่งเมื่อดูข้อมูลคุณภาพการบันทึกสาเหตุการตายแยกระหว่างในและนอกโรงพยาบาล พบว่า ในโรงพยาบาลมีการบันทึกที่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ และผ่านเกณฑ์โดยผลดำเนินการ ill-define ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ทั้ง ๑๒ เขต แต่ในส่วนของนอกโรงพยาบาล พบว่าคุณภาพการบันทึกสาเหตุการตาย ill-define เกินร้อยละ ๒๕ ทั้ง ๑๒ เขต เป็นผลให้ในภาพรวมไม่มีเขตใดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพสาเหตุการตาย ปัญหาคือ ในโรงพยาบาล แพทย์บางส่วนยังขาดความรู้การลงสาเหตุการตายที่ถูกต้อง ส่วนนอกโรงพยาบาล ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของนายทะเบียนเป็นผู้บันทึกนั้น ก็ยังพบว่าขาดความรู้และการให้ความสำคัญในการลงบันทึกที่ถูกต้องร่วมด้วย

๒. ร้อยละของหน่วยงานบริการสุขภาพ สป.ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค มีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕) มากกว่าร้อยละ ๘๐ พบว่า ในภาพรวมไม่มีเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค ทั้งนี้พบปัญหาคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพข้อมูลยังมีความเข้าใจไม่ตรงกันในส่วนของเกณฑ์การตรวจคุณภาพ และยังดำเนินการไม่ครอบคลุมทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไปในระดับกระทรวง และเขต ได้แก่ ๑) กระทรวง/เขต อบรม/ฟื้นฟูคุณภาพการบันทึกสาเหตุการตายแก่บุคลากรเกี่ยวข้อง เช่น แพทย์จบใหม่, ทีมตรวจสอบคุณภาพข้อมูลระดับจังหวัดและอำเภอ, นายทะเบียนผู้บันทึกสาเหตุการตาย ๒) พัฒนาระบบช่วยนายทะเบียน กระทรวงมหาดไทยให้ลงสาเหตุการตายได้ถูกต้องมากขึ้น และ ๓) มีระบบการส่งต่อข้อมูลการตายจากโรงพยาบาลลงสู่ระดับพื้นที่ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ของตนเอง

๓. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ประเด็นการตรวจราชการ ได้แก่ ๑) การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด ๒) ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ ๓) การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) และ ๔) ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด และวัดผลการดำเนินการโดยกำหนดตัวชี้วัดคือ “ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี ๒๕๖๐ โดยในไตรมาสที่ ๓ มากกว่าร้อยละ ๗๕” พบว่าในภาพรวมดำเนินการได้ร้อยละ ๗๕.๘๑ เขตสุขภาพที่ ๗, ๘, ๙ และ ๑๐ มีผลดำเนินการที่ต่ำกว่าเป้าหมาย

ปัญหาและแนวทางที่เสนอเพื่อแก้ไข คือ ๑) ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ โดยพบว่า อปท. ขึ้นทะเบียนแต่ไม่ออกปฏิบัติการ ไม่จัดอัตรากำลังสนับสนุนการปฏิบัติการ และขาดงบประมาณ/รถ/อุปกรณ์ แนวทางการแก้ไข : เร่งสร้างความเข้าใจ+ผลักดันเชิงนโยบายระดับประเทศให้ อปท.มีโครงสร้าง และอัตรากำลังปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล และการจัดหาชุดปฏิบัติการให้ครอบคลุมพื้นที่ และชี้แจงทำความเข้าใจเรื่องกฎหมาย ระเบียบของ อปท.ในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ๒) ขาดการควบคุม กำกับมาตรฐานและคุณภาพมูลนิธิที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ แต่ออกปฏิบัติการ แนวทางการแก้ไข : สำรวจและดำเนินการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการทั้ง อปท. / มูลนิธิ ให้ได้ตามมาตรฐาน และครอบคลุมพื้นที่

๔. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

ประเด็นการตรวจราชการ ได้แก่ ๑. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรงบที่พอเพียงต่อการให้บริการมีรายได้ไม่ต่ำกว่า ค่าใช้จ่าย ๒. การบริหาร และติดตามกำกับแผนการเงินการคลัง ด้วยแผนทางการเงิน (Plan fin Management) ทุกเดือน ๓. การประเมินกระบวนการทำงาน (FAI) ๔. ประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยใช้ดัชนี ๗ ตัว ๕. ตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง / คะแนนคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ และ ๖. มีเครือข่ายด้านการเงินการคลัง และพัฒนาศักยภาพบุคลากร และวัดผลการดำเนินการโดยกำหนดตัวชี้วัดดังนี้ “หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ ๘” ผลดำเนินการ พบว่า มีโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ ใน ๘๙๖ แห่ง ที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินที่ระดับ ๗ คิดเป็นร้อยละ ๓.๒๔ เขตที่มีผลดำเนินการไม่ผ่านเกณฑ์คือ เขตสุขภาพที่ ๔ จำนวน ๘ ใน ๗๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๒๗ และเขตที่จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงคือ เขตสุขภาพที่ ๘ มีจำนวน ๗ ใน ๘๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗.๙๕ ซึ่งต้องเฝ้าระวังและกำกับติดตามใกล้ชิด

ปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินงานสำเร็จ ได้แก่

๑. ผู้บริหารทุกระดับ ให้ความสำคัญการขับเคลื่อนพัฒนานโยบายการเงินการคลัง
๒. CFO / AUDITOR เขต/จังหวัดที่เข้มแข็ง กำกับติดตามและสนับสนุนการดำเนินงาน
๓. การมุ่งเน้นพัฒนาประสิทธิภาพบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการให้เข้มแข็ง
๔. ให้ความสำคัญในการจัดทำแผนทางการเงิน (planfin) และเกณฑ์ประเมินการบริหารการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI) ใช้เกณฑ์การตรวจประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง และมีการติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงทางการเงิน การคลัง โดยคณะทำงาน ทุกจังหวัด

๕. โครงการพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารการเงินการคลัง หลายหลักสูตร จัดโดยความร่วมมือกับสมาคมโรงพยาบาลเอกชน วรศ. กองเศรษฐกิจสุขภาพฯ และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๕. การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ คือ ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ โดยในการตรวจราชการรอบแรกนี้ เป็นการติดตามดูเชิงกระบวนการพบว่า ในทุกจังหวัดและทุกเขตสุขภาพมีผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ (อย่างน้อย ๕ เรื่อง/จังหวัด) รวมเป็นจำนวน ๓,๙๗๖ เรื่องด้วยกัน โดยมีระบบฐานข้อมูลในภาพรวมอย่างน้อยเขตละ ๑ แห่ง ซึ่งยังต้องพัฒนาต่อให้มีความเชื่อมโยงและครอบคลุมมากขึ้น ในส่วนของผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่มีอยู่จำนวนมากดังกล่าวนี้ พบว่า ผลลัพธ์เชิงคุณภาพที่จะมีการนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปได้นั้น ยังคงมีสัดส่วนที่ต่ำกว่าจำนวนผลงานที่เกิดขึ้นอยู่มาก โดยผลงานนำไปใช้ประโยชน์ได้ร้อยละ ๔๘.๔๘ ซึ่งผ่านค่าเป้าหมาย แต่ก็ยังคงต้องพัฒนาต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการสนับสนุนการทำวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์ คือ ๑. สสจ. มีโครงสร้างที่ชัดเจน กำหนดผู้รับผิดชอบ บทบาท หน้าที่ เพื่อส่งเสริม พัฒนางานวิจัยทางสุขภาพ อย่างเป็นรูปธรรม ๒. ให้มีทีมที่ บทบาทชัดเจนในการขับเคลื่อน และเป็นโค้ชในการทำวิจัย ๓. ส่งเสริมและสนับสนุนการนำปัญหาในพื้นที่มาพัฒนา งาน เพื่อให้ผลงานวิจัยนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ๔. สร้างเครือข่ายกับศูนย์วิชาการ/ สถาบัน การศึกษา ในเขตสุขภาพ เพื่อให้มีที่ปรึกษา มีระบบพี่เลี้ยงให้แก่ผู้วิจัยได้จัดทำผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ และ ๕. พัฒนาระบบฐานข้อมูลร่วมกับ ทีม CIO เขต

กล่าวโดยสรุป ผลการตรวจราชการคณะที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ด้านการบริหารจัดการ ซึ่งถือเป็นตัวช่วยในการสนับสนุนให้การดำเนินงานของคณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และคณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ ให้สามารถดำเนินการตามแผนพัฒนาทั้งในระดับหน่วยงาน จังหวัด และเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พบว่า ทั้ง ๕ ประเด็นของการตรวจราชการดังกล่าวข้างต้น มีตัวชี้วัดจำนวน ๗ ตัว การดำเนินการในภาพเขตผ่านเกณฑ์ ๔ ใน ๗ ตัวชี้วัด สำหรับประเด็นที่สามารถแก้ไขได้ง่าย โดยการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมีการติดตามกำกับกับการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะสามารถผ่านเกณฑ์ได้ไม่ยากคือ ITA และสำหรับประเด็นที่เป็นปัญหายากขึ้น และจำเป็นต้องมีมาตรการในการแก้ไขปัญหาในแต่ละพื้นที่ที่ชัดเจน จึงจะสามารถปรับแก้ให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้คือ ด้านคุณภาพข้อมูล โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญคือ ผู้บริหาร โดยเฉพาะในระดับจังหวัดและเขตให้ความสำคัญกับประเด็นของการบริหารจัดการ และมีการกำกับติดตามที่จริงจัง เข้มขันขึ้น ตลอดจนเป็นหลักในการสนับสนุน การแก้ไขปัญหาและจุดอ่อนร่วมด้วย

นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบุญ เลขานุการ คคก.๔
หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕
สำนักตรวจและประเมินผล สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข