

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 1

วันที่ 20 เมษายน 2566 เวลา 09.00 – 14.00 น.

ณ ห้องประชุม C71 อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ชั้น 7 โรงพยาบาลนครพิงค์

นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 : กล่าวเปิดการประชุม และแจ้งวัตถุประสงค์ของการจัดการประชุมสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 1 เพื่อต้องการให้การนำเสนอข้อมูลของคณะผู้นิเทศและข้อเสนอแนะของผู้บริหารเกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ และหน่วยงานสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงและเป็นไปได้ ทั้งนี้ขอให้คณะผู้นิเทศนำเสนอข้อมูลให้กระชับ วิเคราะห์ข้อมูลออกมาให้ชัดเจนว่าประเด็นใดเป็นปัญหาของระดับเขต ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ พร้อมทั้งระบุให้ชัดเจนว่าต้องการให้พื้นที่ดำเนินการอย่างไร มีวิธีการแก้ไขหรือไม่อย่างไร

หากมีประเด็นใดที่สามารถดำเนินการได้ในระยะเวลาสั้น (3 เดือน) หลังการประชุมสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 1 แล้วนั้น ให้เริ่มดำเนินการได้ทันที โดยการตรวจราชการและนิเทศงานฯ รอบที่ 2/2566 จะมีการติดตามผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดฯ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์นำมาสนับสนุนผลการดำเนินงาน ทั้งนี้ในช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน 2566 กองตรวจราชการฯ กำหนดจัดประชุมสรุปผลการตรวจราชการระดับเขต รอบที่ 2/2566 และจัดเตรียมแผนดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพื่อให้เดือนตุลาคม 2566 หน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการได้ทันทีตามแผนที่กำหนดไว้ โดยไม่ต้องรออนโยบาย ตัวชี้วัดฯ จากส่วนกลางแล้วเริ่มดำเนินการ

ประเด็นที่ 1 : Health For Wealth

นายแพทย์พิทยา หล้าวงศ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน : นำเสนอประเด็นที่ 1 : Health For Wealth ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก จำนวน 6 ตัวชี้วัด ได้แก่

(1) หัวข้อ : ภัยสุขภาพทางการแพทย์ ร้อยละของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และการส่งเสริมงานวิจัยด้านกัญชา

ตัวชี้วัดที่ 1 : ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 4.52 (เป้าหมาย : ร้อยละ 5)

ปัญหา/ข้อเสนอแนะ

- การคัดกรองผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ยังไม่ครอบคลุม
- ผู้ป่วยผ่านการคัดกรองคลินิกกัญชาน้อยและผู้ป่วยบางส่วนไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องได้รับยากัญชาทางการแพทย์
- กัญชาคือยาสมุนไพร เสนอให้ในโรงพยาบาลสามารถเพิ่มในบัญชียา การสั่งซื้อ การใช้การกระจายยา การทำรายงาน เหมือนยาสมุนไพรอื่นๆ ไม่ต้องเข้มงวดเป็นพิเศษ ไม่ต้องรายงาน ยส5

- เพิ่มการให้คำปรึกษาผู้ป่วย Palliative Care ให้ครอบคลุม 100% และทำทะเบียนผู้ป่วย Palliative Care ที่ควรได้รับกัญชาและ Monitor ติดตาม

ตัวชี้วัดที่ 2 : ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (คน) (เป้าหมาย : เพิ่มขึ้นร้อยละ 50)

ปัญหา/ข้อเสนอแนะ

- บุคลากรไม่มีความเชื่อมั่นต่อการสั่งใช้ยากัญชาทางการแพทย์
- ประชาชนเข้าถึงการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์น้อย
- ยากัญชาทางการแพทย์ราคาแพง
- สร้างความเชื่อมั่นการสั่งใช้ยากัญชาทางการแพทย์ของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น in trending service
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ Best Practice ภายนอกเขตสุขภาพ เพื่อนำนวัตกรรมมาปรับใช้ในการดำเนินงาน
- มีงานวิจัยร่วมทั้งเขต โดยใช้ฐานข้อมูลทั้ง 8 จังหวัด
- จัดทำ CPG การใช้กัญชาระดับเขตสุขภาพ
- จัดตั้งคลินิกจัดการอาการปวดเรื้อรังและนอนไม่หลับ “ Chronic Pain and Insomnia Clinic ”
- แพทย์แผนไทย ต้องเป็นส่วนหนึ่งของทีม 3 หมอ เพื่อทำหน้าที่ลงพื้นที่และร่วม Screen ผู้ป่วยที่สมควรใช้ยากัญชา/ยาสมุนไพร
- คลินิกเชิงรุก “ สุขสำราญนิทรากlinik ”

ตัวชี้วัดที่ 3 : จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ ด้านกัญชาทางการแพทย์ในหน่วยงานสังกัด สธ. (เป้าหมาย : เขตสุขภาพมีงานวิจัย อย่างน้อย 2 เรื่อง และมีกิจกรรมการจัดการความรู้ อย่างน้อย 2 ครั้ง)

ข้อเสนอแนะ : จัดทำแผนงานวิจัยร่วมทั้งเขต ปีละ 1 - 2 เรื่อง โดยใช้ฐานวิจัยจาก 8 จังหวัดร่วมกันทำเรื่องละ 1 กลุ่มโรค เพิ่มความมั่นใจให้กับโรงพยาบาลในเขต

(2) หัวข้อ : การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 1 : ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น (เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากปีที่ผ่านมา (36 แห่ง ทั่วประเทศ)

ตัวชี้วัดที่ 2 : อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด (ร้อยละ 10)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- มีผู้บริหารระดับจังหวัด บุคลากร ชุมชน และสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่เอื้อต่อการพัฒนา

โอกาสและความท้าทาย

- การเข้าถึงผู้ประกอบการทั้ง 5 ประเภท เพื่อสร้างแรงจูงใจและให้ข้อมูลที่เอื้อให้เกิดการร่วมในกระบวนการพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

1. จังหวัดควรจัดตั้งคณะทำงานส่งเสริมและพัฒนาสถานประกอบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพระดับจังหวัด

2. จังหวัดควรมีการจัดทำแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนและพัฒนาสถานประกอบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพแบบบูรณาการ ผ่านคณะทำงานฯ ที่ตั้งขึ้น

3. จังหวัดควรจัดตั้งเครือข่ายสถานประกอบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อย่างน้อย 1 เครือข่าย

ตัวชี้วัดที่ 3 : ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 50 ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาตจากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริม /เขตสุขภาพ

ผลการดำเนินงาน : ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 มีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต จำนวน 148 รายการ (คิดเป็นร้อยละ 68.52) จากทั้งหมด 216 รายการทุกจังหวัดมีการส่งเสริมผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการร่วมกับภาคเครือข่าย

ตัวอย่างต้นแบบที่ดี

จังหวัดเชียงใหม่ : พัฒนาผู้ประกอบการบริษัท สวนบัวชมพู ณ จอมคีรี เกษตรอินทรีย์ จำกัด จนได้เป็นหนึ่งศูนย์เรียนรู้ต้นแบบสถานที่ผลิตอาหารให้กลุ่มฐานรากระดับประเทศ

จังหวัดลำพูน : ทำคู่มือฯ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด เพื่อเป็นตัวอย่างต้นแบบให้กับผู้ประกอบการ โดยเฉพาะลำไยเพื่อการส่งออก ช่วยเพิ่มมูลค่าได้มาก

จังหวัดพะเยา : มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอในการพัฒนาผู้ประกอบการ เป็นต้น

โอกาสและความท้าทาย

- มุ่งเน้นทำงานเชิงรุกและส่งเสริมเศรษฐกิจฐานรากให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยสู่ตลาดให้มากขึ้นตาม (เพิ่ม Supply ที่ดี)

- มีการเชื่อมโยงกับเครือข่าย เพื่อส่งเสริมตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ คือ การพัฒนาตั้งแต่แหล่งวัตถุดิบจนถึงการขายและส่งออก

นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 : ขอให้ประธาน Service Plan สาขา Palliative Care ประสานงานกับทีมนิเทศงานเพื่อติดตามให้ครอบคลุมทุกประเด็น เช่น การคัดกรองผู้ป่วย Palliative Care การเพิ่มบัญชียา การใช้ยา姑恤และงานวิจัย เป็นต้น ทั้งนี้ให้เสนอแผนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ Service Plan สาขา Palliative Care และกัญชาทางการแพทย์ และนำเข้าวาระการประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 1 ประจำเดือนพฤษภาคม 2566 และให้ทีมผู้นิเทศประสานงานส่วนกลางประเด็นรายละเอียดของตัวชี้วัดที่ควรมีการปรับแก้ไข ทั้งนี้ขอให้ทุกจังหวัดทำงานแบบบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายของจังหวัด

ประเด็นที่ 2 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นายแพทย์บัณฑิต ดวงดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สะเรียง : นำเสนอประเด็นที่ 2 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

โดยนำเสนอผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ รอบที่ 1/2566 เขตสุขภาพที่ 1 ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1 : จำนวนประชาชนคนไทยที่มีหมอ 3 คน ร้อยละ 57 (ผลการดำเนินงานเขต 1 คิดเป็นร้อยละ 73.26)

ตัวชี้วัดที่ 2 : จำนวนการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU (ผลการดำเนินงานเขต 1 คิดเป็นร้อยละ 73.82)

ตัวชี้วัดที่ 3 : จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์ พชอ.คุณภาพ (ผลการดำเนินงานเขต 1 คิดเป็นร้อยละ 100)

อ้างอิงข้อมูลจาก (1) ข้อมูล 3 หมอ ณ วันที่ 12 เมษายน 2566 จากโปรแกรม 3 หมอรู้จักคุณ

(2) ข้อมูล PCU & NPCU จากแบบรายงานจังหวัด/การขึ้นทะเบียนในเว็บ สสป.

(3) ข้อมูล พชอ. จากแบบรายงานจังหวัด

ทั้งนี้ขอให้จังหวัดลำปางติดตามการลงข้อมูลจำนวนประชาชนคนไทยที่มีหมอ 3 คน ในโปรแกรม 3 หมอรู้จักคุณ

การจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU /NPCU) ผ่านกลไก 3 หมอ

ข้อค้นพบด้าน Staff

ข้อเท็จจริง

1. อัตราคงอยู่ของแพทย์ที่มีคุณสมบัติขึ้นทะเบียนในระบบต่ำ
2. ภาระงานของแพทย์เน้นการให้บริการในโรงพยาบาลเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะ

1. ทบทวนแผนทดแทนและพัฒนากำลังคนรองรับการปฏิบัติงานปฐมภูมิ
2. ความเป็นไปได้ในการกำหนดนโยบายให้แพทย์ปฐมภูมิออกให้บริการในหน่วยปฐมภูมิเพิ่มขึ้น

ข้อค้นพบด้าน System

รูปแบบการจัดบริการส่วนใหญ่เน้น Service Based (Extended OPD)

1. กำหนดประเด็นตามบริบทพื้นที่และออกแบบระบบบริการ โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ Value based healthcare

* Community based : ชุมชนเป็นฐานกำหนดให้ อสม.เป็นตัวเชื่อมประสานขับเคลื่อนหลัก โดยการสร้างคุณค่าและพัฒนาองค์ความรู้

* Service based : จัดกลุ่มและออกแบบระบบ สอดคล้องกับทุกมิติ กำหนดเป้าหมายผลลัพธ์เชิงคุณภาพตามบริบทพื้นที่

2. จังหวัดพัฒนาพื้นที่ต้นแบบของตัวเอง /วิเคราะห์ จำแนกรูปแบบการจัดบริการตามบริบทพื้นที่การพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ.

ข้อเสนอแนะ

ทบทวนบทบาทภารกิจของสาธารณสุขอำเภอในฐานะเลขานุการ พชอ. ให้เป็น Regulator

Key Success

- 1) กำหนดเป็นนโยบายของจังหวัด
- 2) ภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญและเข้าร่วมดำเนินการขับเคลื่อนอย่างเต็มที่
- 3) มีแผนการขับเคลื่อน ต้นทาง กลางทาง ปลายทาง อย่างชัดเจน
- 4) มีข้อตกลงร่วมข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติทุกพื้นที่
- 5) ออกแบบระบบการขับเคลื่อนในแต่ละประเด็นสอดคล้องกับพื้นที่
- 6) มีจุดประสานการขับเคลื่อนพื้นที่ระดับตำบล
- 7) ใช้หลักวิชาการ ร่วมขับเคลื่อน
- 8) M & E & C

นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 : ขอให้ทุกจังหวัด ทบทวนการดำเนินการตาม Paint Point 2 ข้อ ภายใน 3 เดือนหลังจากนี้ และหาวิธีการทำ NCD ในงานปฐมภูมิ ร่วมกับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานอื่นๆ และขอชื่นชมจังหวัดแพร่ที่ดำเนินการได้คิดเป็นร้อยละ 100 ขอให้ นายแพทย์ทศพล ดิษฐ์ศิริ รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1, Service Plan NCD และนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลงานปฐมภูมิในจังหวัด และให้ความเห็นว่าเป็นด้วยกับตัวชี้วัดฯ หรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้ขอให้ประธาน Service Plan ปฐมภูมิ ประชุมหารือและจัดทำข้อสรุปร่วมกับคณะกรรมการฯ และผู้เกี่ยวข้องโดยให้จัดทำข้อสรุปเสนอให้ผู้ตรวจราชการฯ รับทราบความก้าวหน้า เพื่อพิจารณาดำเนินการ ในขั้นต่อไป

ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

3.1 สุขภาพกลุ่มวัยแม่ เด็ก และผู้สูงอายุ

แพทย์หญิงสิดาพัฒน์ ยุตบุตร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย : นำเสนอสรุปผลการ ดำเนินงานอัตราส่วนมารดาตายไทยเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2566 แม่ตาย จำนวน 5 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 12.75 ต่อแสนการเกิดมีชีพแนวโน้มลดลง แต่พบสาเหตุโรคทางอายุรกรรมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ100) วิเคราะห์ทฤษฎี 3 Delayed พบว่า เป็นทั้ง 3 Delayed

- ❖ Delayed Decision to seek care (NO ANC, NO ARV)
- ❖ Delayed Refer (ระบบส่งต่อ การสื่อสารข้อมูลระหว่างจังหวัด)
- ❖ Delayed in receiving care (ทักษะ ความชำนาญ การตัดสินใจของบุคลากร)

ข้อเสนอแนะ

- ให้พัฒนาทักษะของบุคลากร โดย Service Plan, MCHB ในทุกจังหวัด
- มีการวางแผนดูแลโรคร่วมทางอายุรกรรมโดย Service Plan, MCHB
- ระบบส่งต่อ Coaching, Consult, One Province, One Labor Room และการส่งต่อระหว่างจังหวัด
- ให้ดำเนินการคัดกรอง การวางแผนดูแลต่อเนื่องทางด้านจิตเวช
- MCH Board Service plan แม่และเด็ก อายุรกรรมและจิตเวช ประชุมเพื่อวางระบบการดูแลโรคร่วมทาง อายุรกรรม จิตเวชและกำหนดเป็นมาตรการ /CPG ของเขตสุขภาพที่ 1

สถานการณ์เด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 1

จากตาราง **พบว่า** จังหวัดที่ยังไม่มีการถ่ายโอนหรือการถ่ายโอนน้อย จะมีความครอบคลุมของการบันทึกข้อมูลสูงกว่า

ข้อค้นพบ

1. การถ่ายโอนฯ ไปอบจ. ทำให้การดำเนินงานด้านแม่และเด็ก ไม่ใช่ประเด็นสำคัญและการลงบันทึกข้อมูลน้อยลง เนื่องจากคิดว่าไม่เป็นตัวชี้วัดผลงาน
2. ท้องถิ่นไม่สนับสนุนงบประมาณสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัย เด็กเตี้ย เนื่องจากเกรงว่าจะผิดระเบียบ เช่น จังหวัดเชียงราย จังหวัดแพร่ ยังดำเนินการได้น้อย จังหวัดลำพูน ทำได้ดี

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. ระดับนโยบาย เขตสุขภาพ ควรมีการกำหนดเป้าหมายและแนวทางร่วมกับท้องถิ่นในการดำเนินงานให้ชัดเจน ตามกรอบการบูรณาการ 6 กระทรวง เพื่อรองรับการถ่ายโอนฯ
2. จังหวัดชี้แจงให้ท้องถิ่น เห็นความสำคัญของการดูแลเด็กปฐมวัย ทั้งด้านพัฒนาการและภาวะโภชนาการ โดยท้องถิ่นทำโครงการแก้ไขปัญหาหรือสนับสนุนงบประมาณ ผ่านกองทุนต่างๆ เช่น กองทุนสุขภาพตำบล เป็นต้น
3. การถอดบทเรียน การดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลของจังหวัดลำพูน
4. จังหวัดติดตามเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ย อ้วน ผอม) ที่มีข้อมูลในไตรมาสที่ 1 ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ เพื่อชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ส่งเสริมด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกายหรือการกระโดดโลดเต้นและได้และส่งเสริมให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องรับยาเสริมธาตุเหล็ก มีการติดตามเพื่อให้มีโภชนาการที่ดี
5. การพิจารณาค่าตอบแทนผลงานของหน่วยบริการจาก สปสช.

ตัวชี้วัดฯ ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น(เป้าหมายร้อยละ 45) จนมีพัฒนาการสมวัย (เป้าหมายร้อยละ 35)

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำงานรอบ 6 เดือนหลัง

1. ทุกจังหวัดควรมีกรมแพทย์สุขภาพรวมจังหวัดปัญหาเด็กพัฒนาการล่าช้า มีทีมติดตามเด็กรายบุคคล ใช้ telemedicine /เทคโนโลยีช่วยการวินิจฉัย Tele กระตุ้นพัฒนาการ โดยเฉพาะจังหวัดลำพูน, แพร่, พะเยา และน่าน
 2. พัฒนาศักยภาพ รพ.สต. Node /สถานดูแลเด็กปฐมวัยการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าเบื้องต้น ในอำเภอพื้นที่ห่างไกล โรงพยาบาลติดตาม 100% ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่, น่าน, แม่ฮ่องสอน และเชียงราย
 3. เชื่อมต่อข้อมูลในจังหวัดทบทวน Flow ระหว่างโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนมอบหมายบุคคล Monitor ข้อมูลร่วมกัน แก้ปัญหาทางข้อมูลบนระบบตามเวลา ได้แก่ จังหวัดเชียงราย, พะเยา และแพร่
- ข้อชื่นชม * แม่ฮ่องสอนพื้นที่ห่างไกลสุด แต่สามารถติดตามได้ดี *

ประเด็น การยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

จังหวัดที่ดำเนินการได้ดี มีจำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพะเยาและจังหวัดน่าน

- กระบวนการดำเนินงานที่ดี : ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยง

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระจายจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงลงไปในแต่ละพื้นที่/รายตำบล เพื่อให้พื้นที่สามารถดำเนินการได้โดยไม่เป็นภาระพื้นที่ เป้าหมาย 15,280 ฉบับ (เขตสุขภาพที่ 1 รอบที่ 1) ผลงาน 4,557 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 29.83

ข้อค้นพบ

- การจัดทำ Wellness plan ของผู้สูงอายุ : เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยง

- Digital platform ไม่สอดคล้อง /เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 1

แผนการดำเนินงาน ระยะ 4 เดือน

ระดับศูนย์อนามัยที่ 1 : ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (ออนไลน์) ในการดำเนินงานจัดทำ Wellness plan (Refreshing) สำหรับ รพ.สต.ในพื้นที่

ระดับ สสจ. /สสอ. /อบจ.

- เตรียมพื้นที่เป้าหมายเพื่อเข้าร่วมดำเนินการ/เรียนรู้

- กำหนดรูปแบบและช่องทางการรายงานให้ชัดเจน

ระดับ รพ.สต.

- เป็นพี่เลี้ยงให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง TUGT จัดทำแผนการดำเนินงานรายบุคคลโดยใช้กระดาษ

- รายงานจำนวนตัวเลขส่งไปยัง สสอ. /สสจ. /อบจ.

การดำเนินงานควบคุม กำกับ ติดตาม

- เจ้าหน้าที่ระดับ สสจ. ขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่

- ประสานงานการติดตามผลงานในพื้นที่ทุกระดับ

- นำรูปแบบการดำเนินงานของจังหวัดน่านและพะเยาไปปรับใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่

- บูรณาการเป้าหมายกับการดำเนินงานงบ PPA เขตสุขภาพที่ 1 ประเด็นผลิตภัณฑ์ในพื้น

ตัวชี้วัด : จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (1 ชมรม/ตำบล)

ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ (ระดับพื้นฐาน) : กลุ่มติดสังคม Social Bound เป้าหมาย 769 ตำบล ผลงาน 143 ชมรม คิดเป็นร้อยละ 18.59

ปัจจุบันอยู่ระหว่างดำเนินการขับเคลื่อนการลงทะเบียนและการประเมินชมรมฯ จังหวัดที่ดำเนินการได้ดี จำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำพูนและจังหวัดเชียงใหม่

กระบวนการดำเนินงานที่ดี :

- กำหนดช่องทางการลงทะเบียนชมรมผู้สูงอายุชัดเจน
- ติดตามการบันทึกข้อมูลการประเมินชมรมฯ เกณฑ์ให้ผ่านเพียงระดับพื้นฐาน
- เลือกพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดำเนินงานโดยเริ่มจากชมรมที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านและมีการรวมกลุ่มเป็นตัวแทนของตำบลในพื้นที่

ข้อค้นพบ

- ความสามารถในการประเมินของชมรมมีข้อจำกัด ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่เป็นที่เลี้ยงในการดำเนินงาน
- เจ้าหน้าที่ระดับ รพ.สต. ไม่ทราบช่องทางการดำเนินงานและเกณฑ์การประเมินรวมถึงกระบวนการในการลงทะเบียน
- พื้นที่ห่างไกล ต้องใช้กระดาษในการประเมิน

แผนการดำเนินงานระยะสั้น (เร่งด่วน) (เมษายน - มิถุนายน 2566)

ระดับศูนย์อนามัยที่ 1 : ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (ออนไลน์) ในการดำเนินงานการลงทะเบียนชมรมและการประเมินชมรมสำหรับ รพ.สต.ในพื้นที่

ระดับ สสจ./สสอ./อบจ. : ประสานและจัดเตรียมพื้นที่เป้าหมาย (รพ.สต.และ ชมรมผู้สูงอายุ) เพื่อเข้าร่วมการประชุมฯ

ระดับ รพ.สต. : เตรียมชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ในการร่วมลงทะเบียนและประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

การจัดทำ Care Plan เป้าหมายร้อยละ 95 ผลงาน คิดเป็นร้อยละ 90.91

ข้อค้นพบ

- ระบบการใช้งานโปรแกรม 3C ปรับเปลี่ยนรูปแบบเพื่อเชื่อมต่อ สปสช.
- เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจการสมัครเป็น CM (คุณสมบัติ)
- ข้อมูลที่พบความซ้ำซ้อนเพิ่มมากขึ้น : การปรับเปลี่ยนโปรแกรม
- ทักษะการใช้งานโปรแกรม 3C ของ CM เดิมไม่เป็นปัจจุบัน

แผนการดำเนินงาน

ระดับศูนย์อนามัย : เปิดรับสมัครเจ้าหน้าที่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการอบรม CM รายใหม่ ปรับคุณสมบัติ CM สร้างเครือข่าย : จัดอบรม CM ที่ต้องการผลิตรายใหม่เพื่อเข้าอบรมหลักสูตร CM online ผ่านระบบ Hybrid ปัจจุบันอยู่ระหว่างดำเนินการ

รุ่นที่ 2 : จำนวน 400 คน วันที่ 21 – 28 เมษายน 2566 และ วันที่ 2 – 9 พฤษภาคม 2566

รุ่นที่ 3 : (พฤษภาคม – มิถุนายน 2566) : จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขในการใช้งานโปรแกรม 3C : ในกลุ่มของ CM เดิม

ตัวชี้วัด : จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม 36,000 ราย และรากฟันเทียม 3,500 ราย ทั่วประเทศ)

สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

1. คุณสมบัติการคัดเลือกเป็นข้อจำกัดสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
2. ขาดแนวทางการคัดกรองที่จะสามารถเพิ่มกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น
3. ผู้สูงอายุกังวลและยังขาดความมั่นใจในการรับบริการรวมถึงบางรายขาดคุณสมบัติต่างๆ ที่จะเข้าร่วมโครงการฟันเทียมและรากฟันเทียม
4. กระบวนการก่อนทำฟันเทียม/ฝังรากฟันเทียมต้องมีกระบวนการที่ใช้ระยะเวลาและจำนวนยังพบน้อย

แนวทางในการปฏิบัติในการดำเนินงาน

- สร้างแนวทางการคัดกรองในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อนำไปใช้ค้นหา
- ขยายขอบเขตการตรวจคัดกรองเชิงรุกเพิ่มขึ้น(ใช้แนวทางจังหวัดแพร่)
- ตรวจคัดกรองเชิงรุกเพิ่มมากขึ้นในจังหวัดที่ผลงานไม่ถึงเกณฑ์
- ประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องส หรับกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการ
- Recall เคสเดิม (ประเมินซ้ำ) เพิ่มกลุ่มเป้าหมายในการเข้าถึงบริการ

การดำเนินงานเชื่อมระบบข้อมูล Smart อสม. & Bluebook Application

- การคัดกรอง 9 ด้าน สามารถคัดกรองได้ทุกช่องทาง แต่เพื่อลดความซ้ำซ้อน ลดภาระงาน ควรคัดกรองผ่าน Bluebook Application
- ปัจจุบันข้อมูลปรากฏใน Bluebook โดยข้อมูลจากทุกช่องทาง ได้แก่ 1) BB 2) Smart อสม และ 3) Import file
- นำข้อมูลความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว TUGT ส่งไปจัดทำ Wellness plan
- หากต้องการส่งข้อมูลปรากฏใน HDC ต้องทำการยืนยันโดย Provider ทุกรายเสมอในหน้า Bluebook Application

นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 : ให้ทุกจังหวัดทบทวน MCH Board ติดตามการดำเนินงานระบบส่งต่อ งานจิตเวช การคัดกรองและการติดตามเด็กปฐมวัยที่พบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ในกรณีที่ไม่ได้ ติดตามนี้ขอให้ส่วนกลางและส่วนภูมิภาครวมถึงระดับพื้นที่ในทุกจังหวัดพยายามหาทางแก้ไขปัญหา 3 เดือนหลังจากนี้สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้หรือไม่ อย่างไร และให้วางแผนในการแก้ไขปัญหาในระยะยาวในประเด็นผู้สูงอายุ

3.2 สุขภาพกลุ่มวัยทำงาน (ฆ่าตัวตาย)

แพทย์หญิงโชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต :

นำเสนอสรุปผลการดำเนินงานฯ ตามประเด็นตัวชี้วัด ได้แก่ 1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร และ 2) ผู้ป่วยซึมเศร้า โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงกว่าปีที่แล้ว กลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มสามารถควบคุมได้ดีขึ้น

ข้อค้นพบวิเคราะห์ตาม 4 pillars

1. ระบบข้อมูล

- ข้อมูลไม่ได้วิเคราะห์ในเชิงระบาดวิทยาฆ่าตัวตายทำให้ไม่สามารถทราบถึงปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้นที่แท้จริง

- การอบรมทีมสอบสวนโรคยังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ
- ข้อมูล รง.506S ไม่เป็นปัจจุบัน

2. ระบบดักจับ

- เกือบ 1 ใน 2 ญาติ ครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิด ไม่ทราบถึงสัญญาณเตือน
- กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานไม่ผ่านเข้าสู่ระบบคัดกรอง
- การคัดกรองที่คลินิกโรคเรื้อรังทำได้ไม่ครอบคลุม เน้นตั้งรับ
- ไม่มีจุดรับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายในชุมชน

3. ระบบป้องกันและบำบัด

- กลุ่มโรคจิต ยาเสพติดเรื้อรัง/SMI-V ชุมชนไม่พร้อมรับ ญาติไม่ต้องการ ปัญหาTreatment compliance/Relapse
- บางอำเภอไม่มีแผนในการเฝ้าระวัง การลดกลุ่มเสี่ยง จำนวนผู้ป่วยทางจิต ซึมเศร้า ยาเสพติดเพิ่ม

4. ระบบบริหารจัดการและการบูรณาการ

- ระดับอำเภอ ยังขาดการมีส่วนร่วมในภาคส่วนต่างๆ หลายอำเภอไม่สามารถใช้กลไก พขอ.
- งานขับเคลื่อนหลัก แต่ทีมสาธารณสุข ปัจจัยเศรษฐกิจ/ความยากจนไม่ถูกแก้ไข

ข้อค้นพบ : การสร้างปัจจัยปกป้อง วัคซีนใจ : Resilience Quotient ทุกกลุ่มวัย/ปัญหาครอบครัว

ความรู้ด้านสุขภาพจิต : Mental Health Literacy ของประชาชน/มาตรการลดนักเสพหน้าใหม่

ปัจจัยความสำเร็จเชิงนโยบาย

1. มีคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วย พรบ.สุขภาพจิต ทุกจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน
2. การจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลชุมชนทำให้มีทีมขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง
3. การสร้างการมีส่วนร่วมและร่วมแก้ไขปัญหาโดยภาคีเครือข่าย
4. พขอ. ผู้นำกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้นำชุมชน ภาคเอกชน พระ/ศาสนา

ประเด็นท้าทายการขับเคลื่อน ไตรมาสที่ 3 - ไตรมาสที่ 4

กำหนดเป้าหมายความสำเร็จรอบ 3 เดือน ควบคุมจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

จังหวัดเชียงใหม่, เชียงราย จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 40 ราย

จังหวัดลำปาง, ลำพูน, พะเยา,แพร่, น่าน จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 15

จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 10

ทั้งนี้การที่จะทำให้ได้ผลลัพธ์จะต้องผลักดันกลไกนอกสาธารณสุข ผ่านคณะกรรมการจังหวัด ชี้นำขับเคลื่อน พชอ. ในอำเภอเสียงสูง 100 % (พ.ค. 2566) แผนขับเคลื่อนมาตรการระดับอำเภอ (ก.ย. 2566)

ปิดช่องว่างกลไก 4 เสายภายในจังหวัด

1. เปลี่ยนคัดกรองเป็นค้นหา
2. จุดแจ้งเหตุช่วยเหลือเชิงรุกของชุมชน/อำเภอ
3. สื่อสารสัญญาณเตือนทุกช่องทาง
4. ชะลอการตายด้วยทางเลือกใหม่ในชีวิต (ฝึกอาชีพ/หนี้สิน/อาชีพเสริม)
5. จัดระบบดูแลผู้สูงอายุ เรื้อรัง ชับซ้อน เปราะบาง (มิ.ย. – ส.ค. 2566)

นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 : ท้าทายผู้บริหารทุกจังหวัดในการดำเนินงานความสำเร็จรอบ 3 เดือนหลังจากนี้ตามเป้าหมายที่ผู้นิเทศงานกำหนดตามที่นำเสนอข้างต้น คาดว่าจะไม่เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยใช้กระบวนการขับเคลื่อนงานผ่าน พชอ. และคณะกรรมการจังหวัดลงสู่ระดับอำเภอในเดือนพฤษภาคม 2566 และให้มีแผนการขับเคลื่อนงานในเดือนกันยายน 2566 โดยปิดช่องว่างกลไก 4 เสายภายในจังหวัด รวมทั้งการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เนื่องด้วยคณะกรรมการจังหวัดและ พชอ. มีความสำคัญ ทั้งนี้ขอให้ผู้บริหารตระหนักความสำคัญและให้ทุกจังหวัดวางระบบการขับเคลื่อนงาน กำหนดเป้าหมายที่ท้าทายและทำงานร่วมกันผ่านเครือข่าย มีการบูรณาการงานร่วมกัน

ประเด็น Digital Health และ AI Retina

นายแพทย์กนก พิวัฒน์เวช รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 : นำเสนอสรุปความก้าวหน้าและข้อค้นพบ ข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อเสนอแนะ ตัวชี้วัดที่ 1 : DID

GAP ด้านความสนใจ : ประชาชนยังมีความสนใจน้อย ดังนั้นควรมีการเพิ่มความสนใจของประชาชนให้ผนวกเป็นงานประจำในโรงพยาบาล รวมถึงประสานงาน รพ.สต. ให้ช่วยสื่อสารในการเข้าถึงบริการ

GAP ด้านประโยชน์ : เพิ่มประโยชน์ของหมอพร้อม DID เช่น การแจ้งเตือน, แจ้งคิวรับยา, เตือนวันนัด, Telemedicine ผ่านหมอพร้อมได้ และให้โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น

GAP ด้านกระบวนการ/ขั้นตอน : เสนอกองทุนศาสตร์และแผนงาน (กยผ.) ผ่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขฯ พิสูจน์ตัวตนผ่าน Smart Phone ของผู้ป่วยหรือญาติได้

ตัวชี้วัดที่ 2 : จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. จำนวน รพ.ไม่น้อยกว่า 3 แห่งต่อจังหวัด
2. มีบริการ Telemedicine ไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง ต่อจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

- มีคณะทำงาน วางแผน กำกับและติดตาม
 - GAP ในระยะเริ่มต้น /เลือกโปรแกรม /รายงาน บน HDC ในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลชุมชน
 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล : ให้มีการปรับ Mindset ของผู้รับบริการ พยาบาลและแพทย์
 2. ปรับคณะทำงาน Telemedicine ในโรงพยาบาล และคัดเลือกกลุ่มที่ทำได้
 3. คณะทำงาน Telemedicine โรงพยาบาล และ หา Bright Spot และ Role Model
 4. ห้องบัตรโรงพยาบาล : ออก Visit Telemedicine ในระบบ Type Come = 5 เพื่อรายงานผลบน HDC + Claim ค่าใช้จ่ายได้
- ทั้งนี้เพิ่มเติม 2 ประเด็น คือ ให้โรงพยาบาลทำ Telemedicine กลุ่ม ODS, MIS, เรือนจำได้เลย และลองใช้ Telemedicine ในหมอพร้อม Station (ส่งเสริม App หมอพร้อม)

ตัวชี้วัดที่ 3 : AI Retina

ทุกเขตสุขภาพมีสถานพยาบาล นำร่องใช้ระบบ AI DR Screening อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง

ผลการดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ 1 : จังหวัดแม่ฮ่องสอน (ยังไม่มีรายงาน) /จังหวัดน่าน คัดกรอง จำนวน 1,780 คน (คิดเป็นร้อยละ 41.75) และ จังหวัดพะเยา คัดกรอง จำนวน 755 (คิดเป็นร้อยละ 84.1)

ตัวชี้วัดที่ 3 : ข้อเสนอแนะ AI Retina

1. Fundus Camera มีไม่เพียงพอ : เสนอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการให้เห็นถึงภาพรวมใหญ่วางแผนซื้อ /ตรวจ /หมุนเวียน มีการกำกับ ติดตาม แผน สำหรับจังหวัดที่ยังไม่ใช้ ขอให้เร่งดำเนินการ
2. กลุ่มเป้าหมาย : Focus Group NCD 100 %
3. ลดซ้ำซ้อนให้โรงพยาบาล/โรงพยาบาล. : ตรวจสอบว่าได้ตรวจตาในปี ผ่าน API R1

นายแพทย์กนก พิพัฒน์เวช รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 : แจ้งว่าประเด็น Digital ID ขอให้ดำเนินการในเชิงรุก และมีระบบการดำเนินการโดยขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยมีการบูรณาการร่วมกับงานประจำ /Telemedicine ขอให้ปรับ Mindset ปรับระบบ และ fogus ในกลุ่ม /AI Retina ในส่วนที่ยังไม่มีการดำเนินการขอให้เร่งรัดดำเนินการ สำหรับในส่วนที่ดำเนินการแล้ว ให้จัดระบบให้ เห็นเป็นภาพรวมใหญ่ทั้งจังหวัด

นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 : ให้คณะกรรมการจังหวัดติดตามความก้าวหน้า 3 ประเด็น Digital ID/Telemedicine และ AI Retina ให้มีการติดตามการขับเคลื่อนงานทั้ง 3 ประเด็น ต้องการผลลัพธ์มากกว่าการดูกระบวนการ ทำแล้วได้ประโยชน์หรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้ขอให้ผู้บริหารกำกับติดตามการขับเคลื่อนงาน ประเมินผลลัพธ์ และรายงานความก้าวหน้า

นายแพทย์ทศเทศ บุญทอง สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 1 : ขอให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนติดตามและพิจารณาประเด็นการนำเครื่องมือฯ ไปไว้ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง และออกแบบระบบให้สามารถทำงานได้ภายในจังหวัด

แพทย์หญิงรัตนา จันทร์แจ่ม ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 1 กรมการแพทย์ : นำเสนอผลการดำเนินงานตามประเด็นมุ่งเน้นและแนวทางแก้ไขประเด็นลดป่วย ลดตาย

ประเด็นข้อค้นพบ

ระดับเขต :

1. การดำเนินงานของ คณะอนุกรรมการ service plan ขาดการดำเนินงานต่อเนื่องและไม่บูรณาการร่วมกัน
2. อัตราตายผู้ป่วย STEMI/ Stroke ในเขตล้านนา 2 อยู่ในเกณฑ์สูง

ระดับจังหวัด :

1. อัตราตาย NB ของจังหวัดแพร่ สูงผิดปกติ

ประเด็นเสนอเพื่อการพัฒนา

ระดับเขต :

1. กำหนดระยะเวลาในการขับเคลื่อน Service Plan ให้ชัดเจน และจัดทำ Service and facility mapping พร้อมทั้งแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย เน้น seamless refer
2. ให้จัดประชุม Service Plan STEMI / Stroke และบูรณาการกับ Service Plan NCD /IMC /Palliative Care หาแนวทางปฏิบัติและนำเสนอต่อเขตสุขภาพ (เน้นพะเยา แพร่ น่านและลำปาง)
3. ให้จัดประชุม Service Plan NB และหาแนวทางปฏิบัติและนำเสนอต่อเขตสุขภาพ

Service Plan : กรณีเฉพาะจังหวัด

1. ขอความร่วมมือ Service Plan STEMI นำเข้าข้อมูล Thai ACS registry
2. ส่งเสริมการ refer ข้ามเขตสุขภาพ : STEMI
3. สนับสนุนการจ่ายค่าชดเชยค่าหัตถการ mechanical thrombectomy และจัดทำแนวทางส่งต่อผู้ป่วย 24/7 ในเขตล้านนา
4. สนับสนุนการยกระดับบริการ Service Plan NB : จัดหาเครื่อง cooling system for birth asphyxia c EEG monitoring และ node strengthening
5. ขยายกรอบอัตรากำลัง cardiac interventionist รพ.นครพิงค์

นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 : ขอให้กรมควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูล DM/HT ของเขตสุขภาพที่ 1 และกำหนดแผนงาน/กิจกรรมดำเนินการ เพื่อหาแนวทางการพัฒนา งานต่อไป

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ และประเด็นที่ 7 โรควัณโรค (TB)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอระยะสั้น

- เร่งรัดจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดที่มี อบจ.ร่วมเป็นคณะกรรมการ เช่น กลไกคณะกรรมการ พชจ. หรือ Provincial Health Board ฯลฯ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการติดตามผลการคัดกรองและการบันทึกข้อมูล ในระบบ HDC ของ รพ.สต. ถ่ายโอน
- พื้นที่ที่มีการปรับเปลี่ยนคณะทำงานให้บูรณาการร่วมกับ Service Plan NCD เพื่อเร่งรัดการติดตามการ วินิจฉัยใน 6 เดือน ให้ได้ตามเป้าหมาย
- สสจ.จัดทำแผน career path และแผนพัฒนาศักยภาพ บุคลากรที่เข้ามารับผิดชอบงานใหม่ ทั้งในระดับ จังหวัดและระดับอำเภอ อบรมหลักสูตร System Manager /Case Manager

ข้อเสนอระยะยาว

- สสจ. ร่วมกับ Service Plan NCD เพิ่มศักยภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการขยายผล โรงเรียน เบาหวานวิทยา (ชนบท) หรือ NCDX model (ชุมชนเมือง) หรือรูปแบบอื่นโดยปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่
- คณะกรรมการ NCD เขต จัดเวที KM เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและกระบวนการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างจังหวัด

ประเด็นที่ 5 : การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะของผู้มีบทบาทสำหรับพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรดำเนินการตามรายละเอียดตัวชี้วัด ได้แก่

- พัฒนา SAT ให้ได้ตามมาตรฐาน และจัดทำเกณฑ์ CIR ระดับจังหวัดให้ครอบคลุมโรค/ภัยที่สำคัญ
- ทบทวนคำสั่งทีม/สมาชิกทีม CDCU ให้เป็นปัจจุบันและดำเนินการอบรมหลักสูตร CDCU และแต่งตั้ง CDCU เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่ ควรริบประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ 3 โรค/ภัย
- ทุกจังหวัดจัดทำ Resource mapping HSP และ BPC ให้ได้ตามเกณฑ์

ประเด็นที่ 7 : โรควัณโรค

- อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
- อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

GAP ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน :

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด :

การค้นหยังทำได้น้อย :

- วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน เพื่อหาผู้สัมผัสและการกำหนดกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่
- กำกับติดตามความก้าวหน้า การดำเนินการคัดกรอง

เสียชีวิตสูง :

- วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเสียชีวิตหรือรักษาไม่สำเร็จและจัดลำดับความเสี่ยง
- กำกับติดตามความก้าวหน้า แผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเสียชีวิตสูง

โรงพยาบาล :

การค้นหยังทำได้น้อย :

- จัดทำทะเบียนผู้สัมผัส
- ดำเนินการคัดกรองผู้สัมผัสและกลุ่มเสี่ยง

เสียชีวิตสูง :

- จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย และดำเนินกิจกรรม บูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. และ อสม.
- กลุ่มเข้าถึง CXR ยาก เช่น ติดบ้าน ติดเตียง หรืออยู่ห่างไกล เมื่อต้องมา follow-up ตามโรคเดิม

ให้พิจารณา CXR คัดกรอง TB ทุกราย ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ให้เก็บเสมหะส่งตรวจ AFB

ประเด็นความครอบคลุมการฉีดวัคซีน Covid-19 :

นายแพทย์นพดล สีสวรรณ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลลำปาง : นำเสนอผลการดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะ 3 เรื่อง ได้แก่ 1) การฉีดวัคซีน Covid-19 สามารถดำเนินการได้ดี เนื่องจากมีการบูรณาการ มีการทำงานเชิงรุกและมีการประชาสัมพันธ์ 2) ดำเนินการแล้วติดขัด/พบปัญหา เนื่องจากประชาชนให้ความสนใจลดลง 3) ต้องทำให้พัฒนา ควรมี Dashboard และกระตุ้นสื่อ

นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 : เน้นย้ำประเด็นการควบคุมโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง และโรควัณโรค (TB) ดังนี้ ประเด็นการควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง : ให้คณะทำงาน NCD เขตสุขภาพหารือร่วมกัน นำข้อมูลไปวิเคราะห์และทำให้ชัดเจน (Clarify) แล้วนำเข้าผ่านการประชุมคณะกรรมการ Service Plan NCD และนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 1 ประจำเดือนพฤษภาคม 2566 เพื่อให้เห็นสถานการณ์ที่แท้จริง ทั้งนี้ขอให้ดำเนินการตามข้อเสนอแนะระยะสั้น/ระยะยาว ตามที่คณะผู้แทนภาคกล่าวมาข้างต้น

ประเด็นโรควัณโรค (TB) : ให้ทุกจังหวัดดำเนินการตามข้อเสนอแนะของคณะนิเทศงานและต้องการเห็นผลการดำเนินงานภายใน 1 เดือน โดยให้ประธาน Service Plan ทหารีร่วมกับ สคร. และให้นำเสนอผ่านวาระการประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 1 ประจำเดือนพฤษภาคม 2566 ทั้งนี้ขอให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 พิจารณาและทบทวนร่วมกับคณะกรรมการ NCD ว่าจะให้กรมการแพทย์, สคร., ศูนย์อนามัยที่ 1 และ Service Plan ปฐมภูมิ บูรณาการและขับเคลื่อนงานร่วมกันอย่างไร เพื่อให้เป็นวาระของเขตสุขภาพที่ 1 ในการดูแลประชาชนประเด็น NCD

ประเด็นความครอบคลุมการฉีดวัคซีน Covid-19 : ให้เริ่มดำเนินการทันทีไม่ต้องรอ kick off วันที่ 9 พฤษภาคม 2566

ประเด็นที่ 6 องค์การสมรรถนะสูง

นพ.วัฒนชัย วิเศษสมิต ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 : นำเสนอสถานการณ์การเงินการคลังหน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ 1 เดือนมีนาคม ปี 2566 (ไตรมาสที่ 2/2566)

- ไม่มีโรงพยาบาลที่มีวิกฤติทางการเงินระดับ 5 - 7
- วิกฤติการเงินระดับ 3 ได้แก่ รพ.สันป่าตอง, รพ.หางดง และ รพ.แม่ออน
- วิกฤติการเงินระดับ 2 ได้แก่ รพ.แม่วาง และ รพ.แจ้ห่ม

ความมั่นคงทางการเงินเขตสุขภาพที่ 1

- เงินทุนหมุนเวียน 11,766,242,335 บาท (Growth 14%)
- เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว) 5,890,632,945 บาท (Growth 40%)
- Cash ratio < 1 และผลประกอบการขาดดุลและเงินบำรุงหักหนี้สินเป็นล้านบาท จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สันป่าตอง รพ.ขุนยวม และ รพ.แจ้ห่ม

ประสิทธิภาพการเงินการคลังโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 1 ไตรมาส 1 ปี 2566

ข้อค้นพบ (ข้อมูล ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566)

1. แผน/ผลทางการเงิน

- รายได้ต่ำกว่าแผน > 10% 4 รพ. : รพ.ภูเพียง, รพ.เวียงสา, รพ.บ่อเกลือ และ รพ.ขุนยวม
- ค่าใช้จ่าย > แผน 20% 7 รพ. : รพ.แม่ฟ้าหลวง, รพ.พาน, รพ.เชียงราย, รพ.แม่สาย, รพ.ป่าแดด,

รพ.พะเยา, รพ.สันกำแพง

2. 7 Plus Efficiency < 50% ด้านการเรียกเก็บหนี้ UC, ข้าราชการ, ประกันสังคม, ข้าราชการการค้าและคงคลังปัญหาอยู่ 30 แห่ง มากที่สุดที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 5 แห่ง และ เชียงใหม่ จำนวน 18 แห่ง

3. อัตราการครองเตียง < 50% 10 รพ. : รพ.เวียงแหง, รพ.ดอยหล่อ, รพ.บ้านธิ, รพ.แม่พริก, รพ.ลอง, รพ.เฉลิมพระเกียรติ, รพ.นาหมื่น, รพ.ดอกคำใต้, รพ.เชียงม่วน, รพ.แม่ใจ

ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพหน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1

ผลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ

- ภาพรวมเขต 1 ร้อยละ 92.8 (ระดับดีมาก)
- ใช้เกณฑ์ 4S4C 6 จังหวัด (เชียงใหม่, ลำพูน, น่าน, พะเยา, เชียงราย และแม่ฮ่องสอน)
- ใช้เกณฑ์ 7S7C 2 จังหวัด (ลำปางและแพร่)
- สิ่งที่ต้องเร่งรัด ได้แก่ ระบบการจัดเก็บรายได้ ทุกกองทุนและพัฒนา Skill บุคลากรด้านการจัดเก็บรายได้ & CFO

ศูนย์จัดเก็บรายได้ต้องพัฒนา

- ปรับโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & Skill) : : รพ.วัดจันทร์, รพ.แม่สะเรียง รพ.ภูกามยาว
- กำกับติดตามเจ้าหน้าที่และสอบทานลูกหนี้ : รพ.แจ้ห่ม

สรุปแผนการลงทุนด้วยเงินบำรุง ตามนโยบาย (EMS)

ขอให้ทุกโรงพยาบาลกำกับและปรับแผนการเงินรอบที่ 2/66 และติดตาม ควบคุม กำกับการลงทุน EMS ให้สอดคล้องกับผลประกอบการจริง

แผนพัฒนาต่อเนื่อง ไตรมาสที่ 3 – ไตรมาสที่ 4 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

เขตสุขภาพ

ให้สอบทานระบบการเงิน รพ.ที่มีวิกฤตการเงินต่อเนื่อง (กำหนดลงพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ณ รพ.สันป่าตอง)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล

1. พัฒนาและกำกับศูนย์จัดเก็บรายได้ให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (การจัดเก็บรายได้ทุกกองทุน)
2. ติดตามการใช้จ่ายตามการลงทุน EMS
3. ติดตามการชำระหนี้การค้า หนี้ค่าบริการให้เป็นไปตามแผน
4. ปรับแผนทางการเงินและแผนรับจ่ายเงินบำรุง
5. กำกับติดตามแผนทางการเงิน แผนรายได้-รายจ่ายทุกเดือน

นายแพทย์ทศเทพ บุญทอง สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 1 : แจ้งว่าสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 จะให้ผู้รับผิดชอบงานแต่ละประเด็นประสานงานและสรุปข้อมูลตามข้อสั่งการจากคณะอนุกรรมการแต่ละสาขา Service Plan เพื่อรวบรวมและจัดเตรียมข้อมูลเสนอผู้ตรวจราชการฯ ก่อนกำหนดการประชุมคณะกรรมการผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 1 ประจำเดือนพฤษภาคม 2566 ในวันที่ 24 พฤษภาคม 2566

นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 : ขอให้กองตรวจราชการและสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 มีการสรุปข้อมูลและรายงานความก้าวหน้าผ่านการประชุมคณะกรรมการผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 1 ประจำเดือนพฤษภาคม 2566 ให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขฯ และผู้บริหารรับทราบ และกล่าวปิดการประชุม