

บทสรุป ผลการตรวจราชการกรณีปกติ

กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘

เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒



สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจและประเมินผล

กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

ISBN 978-616-11-2717-6

คำนำ

การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้ การปฏิบัติราชการภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นไปตามเป้าหมาย แก้ไขปัญหาอุปสรรค และให้ ข้อเสนอ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักตรวจและประเมินผล ร่วมกับผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการจากกรม กอง สำนัก ต่างๆ ได้ดำเนินการตรวจราชการ ตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ในรอบที่ ๒ ระหว่างเดือน มิถุนายน - เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ เสร็จเรียบร้อยแล้ว ซึ่งกรอบ ประเด็นการตรวจราชการ ประกอบด้วย ๒ ภารกิจ ๕ ด้าน ๑๐ หัวข้อ ๑๓ ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น และได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ (คกต.) ให้รับผิดชอบภารกิจแบ่งคณะเป็น ๔ คณะ ได้แก่

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

คณะที่ ๒ การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชน สามารถเข้าถึงบริการได้

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

คณะที่ ๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพ

บัดนี้ คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ (คกต.) คณะที่ ๑-๔ ได้นำสรุปผลจากการตรวจราชการมาจัดทำบทสรุป ผลการตรวจ ราชการกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ เพื่อเสนอต่อ ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาในการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพ ของหน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายของรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจและประเมินผล

ตุลาคม ๒๕๕๘

กิตติกรรมประกาศ

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสำนักตรวจและประเมินผล ขอขอบคุณ คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ (คกต.) คณะที่ ๑-๔ คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม ผู้แทนสำนัก เพื่อร่วมตรวจราชการ กำกับ ติดตาม ประเมินผล ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการจังหวัด หัวหน้างานกลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ กรม กอง สำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่ สำนักตรวจและประเมินผลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการจัดทำรายงานฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงมา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญ

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ก

บทสรุป ผลการตรวจราชการกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘

เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

เขตสุขภาพที่ ๑	๑
เขตสุขภาพที่ ๒	๒๐
เขตสุขภาพที่ ๓	๒๙
เขตสุขภาพที่ ๔	๓๓
เขตสุขภาพที่ ๕	๔๓
เขตสุขภาพที่ ๖	๕๖
เขตสุขภาพที่ ๗	๖๖
เขตสุขภาพที่ ๘	๘๓
เขตสุขภาพที่ ๙	๙๐
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๑๐๑
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑๑๗
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑๒๕

คณะที่ปรึกษา ๑๔๑

คณะผู้จัดทำ ๑๔๒

บรรณาธิการ ๑๔๓

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘

.....

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อเป็นทิศทางในการกำกับติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนภูมิภาคประกอบด้วย ๒ ภารกิจ ๕ ด้าน ๑๐ หัวข้อ ๑๓ ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น โดยมีคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลตรวจราชการสาธารณสุข (คกต.) ๔ คณะ คณะตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ได้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการรอบที่ ๑ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน ๒๕๕๘ และรอบที่ ๒ ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม ๒๕๕๘ เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผลการตรวจราชการในภาพรวมพบว่า ผู้บริหารกรม ผู้บริหารทุกจังหวัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ ให้ความสำคัญตอบสนองต่อนโยบาย มีการควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายให้เป็นไปตามเป้าหมาย และตามสภาพปัญหาในพื้นที่ โดยมีข้อค้นพบ ข้อสังเกตและประเด็นข้อเสนอแนะที่สำคัญจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ในภาพรวม สรุปได้ดังนี้

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมป้องกันโรค พบว่าจังหวัดส่วนใหญ่มีการจัดทำแผน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตามกลุ่มวัยตามนโยบายกระทรวงและตามสภาพปัญหาสุขภาพในพื้นที่โดยใช้งบประมาณจากหลายแหล่งที่เกี่ยวข้อง มีการดำเนินงาน ผ่านกลไกระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) และทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ซึ่งเป็นกลไกหลักในการบูรณาการระดับพื้นที่ การขับเคลื่อนนโยบาย เป้าหมายยุทธศาสตร์ ส่วนใหญ่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

๑.๑ กลุ่มมารดาและหญิงตั้งครรภ์ พบว่า อัตราการตายยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย สาเหตุส่วนใหญ่มาจากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงและมารดาตกเลือดหลังคลอด ควรเน้นความเข้มแข็งของการดำเนินงานบูรณาการผ่าน MCH Board และเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ควรพิจารณามาตรการ หรือนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการดำเนินงาน เช่น OPAL (One Province One ANC One Labour Room) เป็นต้น

๑.๒ กลุ่มเด็กปฐมวัย ๐-๕ ปี การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของการเปลี่ยนคู่มือการประเมินพัฒนาการจาก แบบอนามัย ๕๕ เป็น DSPM ซึ่งการสื่อสารความรู้ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติยังไม่ทั่วถึง อัตราการติดตามผลกรณีที่ตรวจพบสงสัยพัฒนาการล่าช้ายังติดตามได้น้อย จึงควรเร่งสื่อสารความรู้ความเข้าใจ การใช้คู่มือและพัฒนาทักษะผู้ตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก พัฒนากลไกและเครือข่ายการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมทั้งสร้างความตระหนักให้กับผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ เพื่อคุณภาพและผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน ให้เด็กได้รับการพัฒนาและดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง

๑.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียน ๕-๑๔ ปี ประเด็นการตรวจติดตามและตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ การลดอัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ในปีที่ผ่านมามีความตื่นตัวในเรื่องดังกล่าวโดยผ่านกลไก DHS ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำเริ่มลดลง สำหรับประเด็นการตรวจติดตามเรื่องภาวะอ้วน/เริ่มอ้วนในเด็กนักเรียนยังคงมีอัตราที่สูงกว่าเป้าหมาย แต่ก็มีแนวโน้มที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเด็กในช่วงวัยนี้อยู่ในโรงเรียนเป็นหลัก การดำเนินงานจึงควรบูรณาการร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ เช่นในโครงการนักเรียนไทยสุขภาพดี (Healthy student school) ซึ่งได้เริ่มดำเนินโครงการนำร่องแล้ว ควรพัฒนาขยายผลต่อให้ครอบคลุม

๑.๔ กลุ่มวัยรุ่น ๑๕-๒๑ ปี ประเด็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาสำคัญ ส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักและไม่ทราบวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ ควรเร่งรัดดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆที่

เกี่ยวข้อง เช่นกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ส่วนในประเด็นการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าขาดข้อมูลสนับสนุนการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างเพียงพอ

๑.๕ กลุ่มวัยทำงาน ๑๕-๕๙ ปี อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจยังเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีแนวทางการดำเนินงาน เช่น คลินิก NCD คุณภาพที่ผ่านการประเมินเกือบทุกแห่งแล้วก็ตาม แต่ผลลัพธ์ของการดำเนินงานยังไม่บรรลุเป้าหมายการลดอัตราป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรพิจารณาทบทวนมาตรการ และ/หรือกำหนดมาตรการที่เหมาะสม ตรงประเด็นมากขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะต้องเป็นต้นแบบที่ดี ส่วนประเด็นเรื่องการลดอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ควรพัฒนาและดำเนินการร่วมกับหน่วยที่เกี่ยวข้องเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการดำเนินการมากขึ้น

๑.๖ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการ และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด การพัฒนาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการเป็นงานที่มีผู้รับผิดชอบหลายหน่วยงาน จึงควรมีการบูรณาการร่วมกันภายในส่วนกลางให้ชัดเจนระหว่างกรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต ให้ชัดเจนเป็นแนวทางที่สอดคล้องกันก่อนถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่มีความเข้าใจที่ตรงกัน นอกจากนี้ควรบูรณาการงานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่นให้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดในด้านงบประมาณได้ สำหรับในประเด็นการดูแลกลุ่มผู้พิการในระยะเวลาที่ผ่านมาให้ความสำคัญและเน้นการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ แต่ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดบางประการที่เกี่ยวกับแบบแปลนสิ่งก่อสร้างที่ยังไม่ได้ปรับปรุงแบบให้เหมาะสมสอดคล้องกับแนวทางในเรื่องดังกล่าว

๑.๗ ระบบควบคุมป้องกันโรค พบว่าอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญของพื้นที่ และทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ในระดับอำเภอมีคุณภาพตามเกณฑ์ แต่ยังคงพบสถานการณ์การระบาดของโรค ควรมีการขับเคลื่อน/ผลักดันนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคร่วมกับกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ มีการพัฒนาและเกิดการขับเคลื่อนงานอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ขับเคลื่อนงานโดยกลไกการพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (พบส.) มีความร่วมมือช่วยเหลือและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ในลักษณะ one province one region one hospital นำ Best Practice มาเรียนรู้ และขยายผล ส่งผลให้การบริการครอบคลุม คุณภาพ มาตรฐานการบริการดีขึ้น ทั้งในส่วนของระบบบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เกิดนวัตกรรมและคุณภาพการบริการที่ส่งผลดีต่อประชาชน ชัดเจน โดยเฉพาะใน ๔ สาขาหลัก ได้แก่ โรคหัวใจ ทารกแรกเกิด มะเร็ง และอุบัติเหตุ ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ที่เข้มแข็งเป็นจุดเชื่อมต่อที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนงาน เป็นการทำงานกับพื้นที่ ชุมชน และกระทรวงอื่น โดยการสนับสนุนของเขต เน้นการส่งเสริมป้องกัน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพให้เหมาะสม ผลของการพัฒนาพบว่า เขตสุขภาพส่วนใหญ่สามารถลดการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพได้ แต่มีปัจจัยบางประการที่ทำให้การส่งต่อออกเขตไม่ลดลง เช่นในเขตสุขภาพที่อยู่ในภาคกลางและปริมณฑล ยังต้องใช้ทรัพยากรจาก หน่วยบริการของกรมการแพทย์ตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการที่กำหนด จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขต อย่างไรก็ตามเนื่องจากการพัฒนาระบบบริการในส่วนกลางมีผู้รับผิดชอบหลายหน่วยงานจึงควรกำหนดผู้รับผิดชอบหลักเพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาได้อย่างชัดเจนและสอดคล้องกัน จึงมีข้อเสนอแนะให้ มุ่งเน้นบูรณาการความเชื่อมโยงและความชัดเจนจากส่วนกลางลงไป พร้อมกับชี้แจงให้พื้นที่เข้าใจมากขึ้นทั้งในส่วนของนิยาม การจัดเก็บข้อมูล การบริหารจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ เทคนิคการคัดกรองต่างๆ รวมทั้งให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงในการ

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนครบวงจร ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการคือ ภาวะผู้นำ และการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ของเขตสุขภาพในการตัดสินใจเรื่องการบริหารทรัพยากร คน เงิน ให้มีความคล่องตัว

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการพัฒนางานในทุกยุทธศาสตร์ เนื่องจากเป็นองค์ประกอบสนับสนุนที่สำคัญ

๓.๑ ในด้านการบริหารการเงินการคลัง ควรจะต้องมีการจัดระบบประเมินความพอเพียงของค่าใช้จ่ายในหน่วยบริการว่าเกิดจากสาเหตุการขาดประสิทธิภาพของการจัดสรร หรือจากการบริหารจัดการของหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดการแก้ไขพัฒนาได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น ควรมี แผนการลงทุน (Investment Plan) ร่วมระดับจังหวัด เขต เครือข่ายบริการ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการกำกับติดตามการดำเนินงานลงทุนอย่างเข้มแข็งเพื่อให้มีความก้าวหน้าและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งในส่วนนี้ สำนักบริหารการสาธารณสุขได้พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการกำกับติดตามลงทุนด้วย

๓.๒ การบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา การกำหนดเป้าหมายลดต้นทุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ในภาพรวมอาจไม่เหมาะสม เนื่องจากมีปัจจัยสำคัญในด้านของจำนวนผู้รับบริการที่มากขึ้น การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการ รวมทั้งเทคโนโลยีในการรักษาโรคที่มีราคาสูงขึ้น เห็นสมควรทบทวนตัวชี้วัดระดับกระทรวง

๓.๓ การดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรมมีความก้าวหน้าในการพัฒนามาในระดับหนึ่ง ควรเน้นการสร้างประเด็น หรือจุดเน้นในแต่ละปี เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๓.๔ ประเด็นการตรวจสอบภายใน และการควบคุมภายในถือเป็นหัวใจสำคัญของการตรวจราชการ ควรปรับแผนการตรวจสอบภายในให้เหมาะสม ต้องดำเนินการโดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาง ซึ่งจะต้องลงพื้นที่ก่อนการตรวจราชการและนิเทศงานแต่ละรอบ เพื่อให้มีผลการตรวจสอบหรือประเด็นที่ค้นพบนำเสนอในกระบวนการตรวจราชการแต่ละรอบ เป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ในยุทธศาสตร์อื่นๆและเพื่อเป็นการเฝ้าระวัง เร่งรัดติดตามการแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที

๓.๕ การบริหารบุคคล ในภาพรวมมีการปฏิบัติถูกต้อง ครบถ้วนตามกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง แต่ยังพบปัญหาขาดอัตรากำลังและความต่อเนื่องในการปฏิบัติการ เช่น นิติกร เจ้าหน้าที่การเงิน บัญชีและพัสดุ บางแห่งเป็นเพียงลูกจ้างชั่วคราวหรือจ้างเหมาบริการ ซึ่งมีอัตราการลาออกและเปลี่ยนแปลงตัวบุคคลสูง ควรมีการจัดทำแผนบริหารบุคลากรแบบบูรณาการ จัดทำกรอบอัตรากำลังเพิ่มบุคลากรที่ขาดแคลนโดยเฉพาะสายงานสนับสนุน

คณะที่ ๔ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค พบปัญหาการโฆษณาด้านสุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสื่อวิทยุชุมชนมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ปัญหายาฆ่าแมลงในผักและผลไม้และสารปนเปื้อนต่างๆในอาหาร และปัญหาผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผสมสารสเตียรอยด์และการใช้ยาสเตียรอยด์ที่ไม่เหมาะสมตามลำดับ โดยทุกเขตใช้กลไกคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัดและระดับเขตเป็นกลไกหลักในการดำเนินการแก้ไขปัญหา สำหรับการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริมและสถานพยาบาลผิดกฎหมายพบว่ามีกรณีต้นตอในการตรวจสอบมากขึ้น นอกจากมาตรการด้านการป้องกันและการปราบปรามแล้ว ที่สำคัญคือ มาตรการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สำหรับประเด็นเรื่องคณะกรรมการสาธารณสุข(อสรจ.) ทุกจังหวัดดำเนินการส่งเสริม สนับสนุน กำกับติดตามการดำเนินงานคุ้มครองสุขภาพ มีมติดำเนินการในเรื่องต่างๆ ได้แก่ เร่งรัดให้ออกข้อกำหนดของท้องถิ่น จัดการมูลฝอย พัฒนาตลาดสดน่าซื้อ พัฒนามาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ขับเคลื่อนมาตรการอาหาร

ปลอดภัย เกิดนวัตกรรมด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างมากมาย แต่ยังมีความไม่ชัดเจนของแหล่งงบประมาณที่จะใช้ในการดำเนินงาน ซึ่งส่วนกลางควรให้การสนับสนุน

ประเด็น / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ

๑. ประเด็นเรื่องข้อมูลสารสนเทศเพื่อการกำกับติดตามและประเมินผลงานตามนโยบายสำคัญ การดำเนินงานที่ผ่านมามีการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง พบปัญหาข้อมูลที่ได้จากส่วนกลาง ได้แก่ Health Data Center สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักตรวจและประเมินผล และกรมวิชาการต่างๆ กับข้อมูลการดำเนินงานของพื้นที่มีความแตกต่างกัน ขาดการวิเคราะห์และตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลร่วมกัน การรวบรวมข้อมูลต่างๆยังไม่เป็นระบบ รวมถึงยังมีข้อจำกัดในด้านของความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูล มีหลายประเด็น/ตัวชี้วัดไม่มีข้อมูลสนับสนุนการกำกับติดตามและประเมินผลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีผลกระทบต่อการนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผนพัฒนางาน จึงเห็นสมควรเร่งรัดพัฒนาระบบข้อมูลมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ เชื่อมโยงและสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการวางแผนและการแก้ปัญหาาร่วมกันทุกระดับ นอกจากนี้ มีข้อเสนอให้กรมวิชาการต่างๆเร่งรัดดำเนินการสำรวจภาวะสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรม (Health Survey) เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนทีมตรวจราชการและนิเทศงานในการประเมินสถานการณ์และชี้ประเด็นสำคัญก่อนลงตรวจในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้กระบวนการตรวจราชการมีความชัดเจน กรมวิชาการสามารถสนับสนุนความรู้เชิงวิชาการและเสนอแนะแนวทางการพัฒนาได้ตรงประเด็นมากขึ้น รวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับสอบทานการดำเนินงานหรือคุณภาพของข้อมูลของพื้นที่ และระบบข้อมูลมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

๒. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดยุทธศาสตร์ให้ชัดเจน ตัวชี้วัดต้องสามารถสะท้อนผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ และสามารถถ่ายระดับเป็นห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) การกำหนดตัวชี้วัดระดับกระทรวงในปี ๒๕๕๘ ในบางประเด็นไม่เหมาะสม เช่น อัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี และ อัตราตายด้วยอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งเป็นงานที่ต้องบูรณาการร่วมกับกระทรวงอื่นๆอีกหลายกระทรวง ควรผลักดันให้เป็นตัวชี้วัดร่วมระหว่างกระทรวงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อประชาชนได้ชัดเจนและยั่งยืนมากขึ้น นอกจากนี้ตัวชี้วัดระดับกระทรวงบางตัวควรจะต้องบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลางให้ชัดเจนก่อนถ่ายระดับลงสู่พื้นที่ เพื่อให้พื้นที่มีความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติและเกิดผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานได้มากขึ้น เช่น การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เป็นต้น

๓. การพัฒนาระบบการตรวจราชการควรจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี ๒๕๕๘ ได้กำหนดกลไกกระบวนการตรวจราชการ ๔ รูปแบบ คือ Monitor Evaluation Audit และ Inspection เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะงานที่ต้องตรวจติดตาม การมีส่วนร่วมของกรมวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการตรวจราชการ รวมทั้งการขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพของทีมตรวจราชการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบต่อไป

.....

บทสรุปผู้บริหาร

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

.....

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค มีประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้นสำคัญ ๓ ประเด็น คือ การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันตามกลุ่มวัย การตรวจราชการตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และ ระบบการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ที่ได้มาตรฐาน โดยสรุปผลการตรวจราชการได้ดังนี้

๑. การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันตามกลุ่มวัย พบว่าจังหวัดส่วนใหญ่มีการจัดทำแผน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตามกลุ่มวัยตามนโยบายกระทรวงและตามสภาพปัญหาสุขภาพ ในพื้นที่โดยใช้งบประมาณจากหลายแหล่งที่เกี่ยวข้อง มีการจัดระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ การวางแผน และกำกับติดตามการดำเนินงานทุกระดับในการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ แต่ทั้งนี้การกำหนดแผนระดับกระทรวงและระดับเขตต่ำกว่าที่จังหวัดต้องดำเนินการ และข้อมูลสารสนเทศที่จะนำมาใช้ในการวางแผน กำกับ ติดตาม ประเมินผล โดยเฉพาะสถิติข้อมูลที่ต้องประมวลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) น้อยกว่าผลการปฏิบัติงานในพื้นที่ปฏิบัติได้จริง และยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการการใช้ข้อมูลในการกำกับติดตามเฝ้าระวังสถานะสุขภาพได้อย่างครบถ้วน ยังขาดความน่าเชื่อถือทั้งในด้านความครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และการให้บริการ และระบบการติดตามประเมินผล ส่วนใหญ่ติดตามผลจากระบบรายงานเอกสารและจากรายงาน HDC หรือติดตามจากรายงานต่อที่ประชุมในระดับต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

๑. กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมเจ้าภาพแต่ละกลุ่มวัยควรกำหนดและปฏิบัติงาน ตามกรอบเวลาในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้ระดับเขต /จังหวัด สามารถดำเนินการ ตามนโยบายสำคัญ โดยใช้กลไกระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) และทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เป็นกลไกหลักในการบูรณาการระดับพื้นที่เร่งรัดการบริหารจัดการข้อมูลตามระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC : Health Data Center) โดยเฉพาะรายงาน ๔๓ แฟ้มให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้องทัน เวลาและส่งข้อมูลป้อนกลับให้พื้นที่ในระดับเขต/จังหวัด/อำเภออย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งกระตุ้นให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสร้างระบบรองรับและการลงข้อมูล และให้ความสำคัญของการใช้แหล่งข้อมูล จาก รายงาน ๔๓ แฟ้ม

๒. การตรวจราชการตามสภาพปัญหาของพื้นที่ พบว่า

๒.๑ การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันกลุ่มวัย

แต่ละกลุ่มวัย ที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ เพื่อให้เกิดการต่อเนื่องในการทำงาน ตามประเด็นการตรวจ คือ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ๐- ๕ ปี จากการประเมินใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็กในช่วงอายุ ๔๒ เดือน โดยใช้เครื่องมือ DSPM พบว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้า ถึงร้อยละ ๒๑.๔ ในขณะที่อัตราการตายมารดาภาพรวมประเทศ ๒๒.๗๓ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งสาเหตุการตายส่วนใหญ่มาจากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงและมารดาตกเลือดหลังคลอด ส่วนกลุ่มวัยเรียน พบภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนยังคงอยู่ในอัตราที่สูงกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละของเด็กมีภาวะอ้วน ไม่เกินร้อยละ ๑๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๒ ส่วนใหญ่จะพบในโรงเรียนเขตอำเภอเมือง เขตเทศบาลของจังหวัดและเป็นโรงเรียนสังกัดเอกชนและเทศบาล กลุ่มวัยรุ่นประเด็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๑ ซึ่งสาเหตุสำคัญ คือ ส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักและทราบถึงวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ และสถานที่ให้บริการเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ กลุ่มวัยทำงาน อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในรอบ ๙ เดือนแรกของปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ เท่ากับ ๒๐.๓๒ ต่อประชากรแสนคน ถึงแม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีแนวทางการ

ดำเนินงาน เช่นคลินิก NCD คุณภาพที่ผ่านการประเมินเกือบทุกแห่งแต่ก็ไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาอัตราตายให้ลดลงได้ โดยเฉพาะปัญหาการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและเบาหวานของผู้ป่วยโรคเหล่านี้ กลุ่มผู้สูงอายุจากตัวเลขที่มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นดังนั้นก็สำคัญเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิงและประเมินความจำเป็นด้านการสนับสนุนบริการและจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมตามการประเมิน ADL ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๘ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเจ้าภาพหลายหน่วยงาน คือ กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต เป็นต้น ควรบูรณาการการทำงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ มีความเข้าใจที่ตรงกันและไม่เกิดการสับสน ก่อให้เกิดความร่วมมือและตระหนักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

๑. กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยควรผลักดันให้เกิดการบูรณาการการดูแลแม่และเด็กเข้ากับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) โดยเฉพาะในการดำเนินงานระดับเขตและจังหวัด เช่น จัดระบบการดูแลการคลอดการฝากครรภ์ระบบเดียวทั้งจังหวัด(One province one ANC ONE Labour Room) ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลใช้กลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH board) ระดับเขตและจังหวัด

๒. กระทรวงสาธารณสุขโดยหน่วยงานระดับกรมซึ่งเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลกลุ่มวัยตามที่ได้รับมอบหมาย ควรต้องเร่งดำเนินการบูรณาการทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข กับกระทรวงที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และภาคส่วนอื่นในการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาระดับครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย มาตรการทางกฎหมายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ เช่น ภาวะอ้วน การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยบูรณาการกับงานพัฒนาระบบบริการ(SERVICE PLAN) สาขาที่เกี่ยวข้องผ่านกลไก ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และ ทีมหมอครอบครัว (FAMILY CARE TEAM) รวมถึงการสร้างกระแสสังคมในวงกว้าง เพื่อส่งต่อความร่วมมือไปยังระดับพื้นที่อย่างเข้มแข็ง

๒.๒ ระบบการควบคุมโรคในพื้นที่ที่ได้มาตรฐาน

อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญของพื้นที่ได้ (โรคติดต่อสำคัญ ได้แก่ หัด และไข้เลือดออก) และการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ในระดับอำเภอที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ แต่ยังมีพบเหตุการณ์ระบาดที่สามารถตรวจจับเหตุการณ์ได้ แสดงให้เห็นถึงระบบเฝ้าระวังโรคและภัยในปัจจุบันยังไม่สามารถนำไปแก้ไขปัญหาป้องกันควบคุมโรคได้อย่างครอบคลุมทุกโรค/ภัยสุขภาพ และทุกพื้นที่ การควบคุมโรคในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยมาตรการหรือการดำเนินการทางกฎหมายซึ่งต้องอาศัยหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวง มหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยที่ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศและจังหวัดชายแดนยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการตรวจจับโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ ยังพบปัญหาสาธารณสุขจากการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าว

ข้อเสนอแนะ

๑. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคซึ่งเป็นเจ้าภาพหลัก ควรมีการขับเคลื่อน/ผลักดันนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคร่วมกับกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขไม่มีอำนาจในการบังคับใช้กฎหมายซึ่งทำให้ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญและดำเนินการตามมาตรการจัดการแหล่งเกิดโรค เช่น ยุงลาย เป็นต้น

.....

บทสรุปผู้บริหาร

คณะที่ ๒ การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ฯ

.....

การพัฒนาบริการมีการขับเคลื่อนงานอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยกลไกการพัฒนาระบบบริการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (พบส.) มีความร่วมมือ การช่วยเหลือและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ในลักษณะ one province one region one hospital นำ Best Practice มาเรียนรู้ และขยายผล ส่งผลให้การบริการครอบคลุม คุณภาพ มาตรฐานการบริการดีขึ้น ทั้งในส่วนของระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เกิดนวัตกรรมและคุณภาพการบริการที่ส่งผลดีต่อประชาชนชัดเจน โดยเฉพาะใน ๔ สาขาหลัก ได้แก่ โรคหัวใจ ทารกแรกเกิด มะเร็ง และอุบัติเหตุ

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ที่เข้มแข็งเป็นจุดเชื่อมต่อที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนงาน เป็นการทำงานกับพื้นที่ ชุมชน และกระทรวงอื่น โดยการสนับสนุนของเขต เน้นการส่งเสริมป้องกัน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพให้เหมาะสมในการดำเนินงานทุกเขตบริการสุขภาพมีการบูรณาการแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่เชื่อมโยงกับ Service plan และการจัดบริการใน ๕ กลุ่มวัย มีการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอครอบคลุมในทุกอำเภอโดยการใช้แนวทาง DHS-PCA มีการดำเนินการจัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวตามนโยบาย ทั้งทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล และทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน รวมถึงการสำรวจกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแล ๓ กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

การพัฒนาระบบบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เมื่อวิเคราะห์ในรายสาขาพบว่าในสาขาโรคหัวใจมีการให้บริการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้นและมีนวัตกรรมใหม่ๆในการบริการมากขึ้น สาขาทารกแรกเกิดพบว่ามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการแก้ปัญหา Teenage Pregnancy และแรงงานต่างด้าว ซึ่งจะต้องบูรณาการร่วมกัน โดยกลไก MCH Board การพัฒนาระบบบริการในสาขามะเร็งมีการพัฒนามาตรฐานการรักษาเพิ่มขึ้น แต่ยังขาดการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย Palliative Care และควรพิจารณากำหนดมาตรฐานครุภัณฑ์และการวินิจฉัยและรักษาให้เหมาะสม พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับ M๑ ให้สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ รวมถึงการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลของการพัฒนาพบว่า เขตสุขภาพส่วนใหญ่สามารถลดการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพได้ แต่มีปัจจัยบางประการที่ทำให้การส่งต่อออกเขตไม่ลดลง เช่นในเขตสุขภาพที่อยู่ในภาคกลางและปริมณฑล ยังต้องใช้ทรัพยากรจากหน่วยบริการของกรมการแพทย์ตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการที่กำหนด จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขต อย่างไรก็ตามเนื่องจากการพัฒนาระบบบริการในส่วนกลางมีผู้รับผิดชอบหลายหน่วยงานจึงควรกำหนดผู้รับผิดชอบหลักเพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาได้อย่างชัดเจนและสอดคล้องกัน เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักหลายหน่วยงาน จึงมีข้อเสนอแนะให้มุ่งเน้นบูรณาการความเชื่อมโยงและความชัดเจนจากส่วนกลางลงไป พร้อมกับชี้แจงให้พื้นที่เข้าใจมากขึ้นทั้งในส่วนของนิยาม การจัดเก็บข้อมูล การบริหารจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ เทคนิคการคัดกรองต่างๆ รวมทั้งให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องครบวงจร ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการคือ ภาวะผู้นำ และการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ของเขตสุขภาพในการตัดสินใจเรื่องการบริหารทรัพยากร คน เงิน ให้มีความคล่องตัว

บทสรุปผู้บริหาร

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ

.....

การตรวจราชการและนิเทศงานในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ รอบที่ ๒ ด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการ มุ่งเน้นการตรวจราชการใน ๓ หัวข้อ คือ การบริหารการเงินการคลัง การบริหารยาและเวชภัณฑ์ และ ธรรมนูญยา โดยสรุปผลการตรวจราชการได้ดังนี้

๑. การบริหารการเงินการคลัง

ประเด็นการตรวจติดตามมี ๒ ประเด็น คือ ประสิทธิภาพของการบริหารการเงิน สามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐) และ หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ (ไม่เกินร้อยละ ๒๐) พบว่า หน่วยบริการที่มีวิกฤติการเงิน ระดับ ๗ จำนวน ๑๐๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕ ของหน่วยบริการในสังกัด โดยพบหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๑๑ มากที่สุด คือร้อยละ ๒๖.๓๙ รองลงมาได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๐ ร้อยละ ๒๒.๐๖ เขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละ ๑๗.๓๙ เขตสุขภาพที่ ๓ ร้อยละ ๑๕.๒๒ เขตสุขภาพที่ ๒ ร้อยละ ๑๔.๘๙ เขตสุขภาพที่ ๑ ร้อยละ ๑๔ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ ร้อยละ ๑๐.๖๗ ตามลำดับ ส่วนในเขตสุขภาพ ๗ และ ๘ พบต่ำกว่าร้อยละ ๑๐ และเขตสุขภาพที่ ๗ และ ๘ ไม่มีหน่วยงานที่มีภาวะวิกฤติการเงิน จากการเปรียบเทียบข้อมูลกับไตรมาส ๓ ปี ๕๗ พบว่า เขตที่มีวิกฤติระดับ ๗ เพิ่มขึ้น คือเขต ๓ และเขต ๔ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการที่ได้รับงบ UC ในปี ๒๕๕๘ ลดลงจากระบบการจัดสรรเงินที่นำผลงานการให้บริการมาคำนวณ รวมทั้งไม่ได้รับการจัดสรรเงินช่วยเหลือจากเงินกันในระดับประเทศ ทำให้คณะกรรมการ CFO เขต ต้องเกลี้ยเงินภายในเขตช่วยเหลือจังหวัดที่มีประชากรเบาบาง ผลที่ตามมาคือจังหวัดใหญ่เกิดปัญหามากขึ้น อีกทั้งมีการชะลอการจ่ายเงิน UC จาก สปสช.ในช่วงเวลาดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งขาดสภาพคล่องมากขึ้น สำหรับเขตอื่นๆ มีจำนวนโรงพยาบาลระดับ ๗ ลดลงเนื่องจาก มีการบริหารจัดการในระดับจังหวัดตามบริบท และสภาพปัญหา การมีมาตรการที่ช่วยน้อมโดยการลดหนี้ การให้ยืมวัสดุอุปกรณ์ การมีมาตรการควบคุมรายได้-ค่าใช้จ่าย โดยกำกับหน่วยบริการให้จัดทำแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย (Planfin) แบบสมดุล และเพิ่ม Productivity ในโรงพยาบาลที่มี workload น้อย และมีวิกฤติทางการเงิน มีข้อที่น่าสังเกตคือ ตัวชี้วัดการเงินระดับ ๗ วิเคราะห์มาจากข้อมูลงบการเงินหรือข้อมูลทางบัญชีของหน่วยบริการ ดังนั้นหากข้อมูลทางบัญชีไม่มีคุณภาพและไม่เป็นปัจจุบันก็จะไม่สามารถบ่งบอกสถานะหรือภาวะวิกฤติที่ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนประเด็นหน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ (ไม่เกินร้อยละ ๒๐) พบว่าส่วนใหญ่มีต้นทุนสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยด้วยวิธีการคำนวณแบบ Quick Method) และยังไม่มีการนำข้อมูลไปใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม ข้อสังเกตคือ การนำข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณต้นทุนใช้ข้อมูลบัญชี (Accounting Data) และข้อมูลการให้บริการ (Service Data) ซึ่งหากข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือผิดพลาดคลาดเคลื่อนจะทำให้การคิดคำนวณต้นทุนไม่ถูกต้อง อาจสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง กระทั่งต่อค่าเฉลี่ยกลางของกลุ่มได้ พบว่าหน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการมี ๓ เขต คือ เขต ๕ จำนวน ๑๒ แห่ง ร้อยละ ๑๙.๐๕, เขต ๘ จำนวน ๙ แห่ง ร้อยละ ๑๐.๔๗ และ เขต ๙ จำนวน ๗ แห่ง ร้อยละ ๘.๒๔

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลางเพื่อดำเนินการต่อไป คือ การสนับสนุนจัดระบบประเมินความเพียงพอของค่าใช้จ่ายในหน่วยบริการว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากการขาดประสิทธิภาพของการจัดสรร หรือจากการ

บริหารจัดการของจังหวัดหรือหน่วยบริการ และการจัดระบบการเกลี่ยเงินกันช่วยเหลือในระดับประเทศให้มีความเป็นธรรมมากขึ้น

๒. การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพสมเหตุสมผล และมีจริยธรรม

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ พบว่า เขตสุขภาพส่วนใหญ่ไม่สามารถลดต้นทุนเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาประเภทต่างๆ ในภาพรวม แม้ว่าจะมีการจัดซื้อพร้อมเพิ่มขึ้น โดยมีเพียงเขต ๒, ๔ และ ๘ เท่านั้นที่แสดงข้อมูลว่าลดต้นทุนได้ ร้อยละ ๘.๕๒, ๐.๐๓ และ ๘.๕๔ ตามลำดับ เขตที่มีร้อยละของมูลค่าการจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ เขต ๒, ๓, ๗, ๘, ๑๑ และ ๑๒ ทั้งนี้ทุกเขตสุขภาพมีความพยายามและความก้าวหน้าในการดำเนินการตามมาตรการการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพจะมีวิธีการดำเนินงานแตกต่างกันไปแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ได้พบตัวอย่างดีที่ปรากฏในหลายเขตสุขภาพ อย่างไรก็ตามพบข้อจำกัดในการดำเนินงานในบางเขต ได้แก่ การดำเนินการจัดซื้อถูกต้องตามระเบียบฯ พัสดู พบว่าส่วนใหญ่มีการวางแผนดำเนินการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์สอดคล้องตามระเบียบฯ พัสดู และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ แต่พบปัญหาการดำเนินการล่าช้าในจังหวัดที่มีบุคลากรไม่พอเพียง, ด้านการดำเนินการจัดซื้อและควบคุมกำกับคลังยาของโรงพยาบาล บางแห่งมีระบบดำเนินการที่ชัดเจน แต่การบริหารจัดการด้านเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุทางการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์ วัสดุทันตกรรม วัสดุอิเล็กทรอนิกส์ มีระบบการดำเนินการที่หลากหลายทั้งกระบวนการขึ้นตอนและผู้รับผิดชอบในการจัดซื้อและควบคุมคลัง และโรงพยาบาลส่วนมากขาดคลังพัสดุกกลาง ขาดการควบคุมบัญชีการเบิกจ่ายของคลังย่อยที่รัดกุม และพบว่าการควบคุมต้นทุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาอย่างต่อเนื่องทำได้ยากเนื่องจากนโยบายด้านการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลตาม Service plan รวมทั้งระบบการรองรับ refer back, การเพิ่มคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ และงานบริการในโรงพยาบาล/รพ.สต./โครงการเฉพาะ และการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ให้กับเครือข่ายอื่นนอกหน่วยงาน , ปัญหาที่องค์กรเภสัชกรรมจำหน่ายขาดบ่อย ยกเลิกการผลิตจัดส่งล่าช้า ปัญหาการจัดซื้อยาที่ สปสช.งดสนับสนุนเช่นยา Oseltamivir รวมทั้งยาบางรายการที่ส่วนกลางเลิกสนับสนุน เหล่านี้ทำให้หน่วยบริการต้องซื้อยาในปริมาณและราคาที่สูงขึ้น และใช้งบประมาณเพิ่มขึ้น ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลางเพื่อดำเนินการต่อไป คือกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักบริหารการสาธารณสุข ต้องปรับแนวทางในการติดตามประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับข้อมูลและสถานการณ์จริง และใช้ค่าต้นทุนการรักษาต่อหน่วย (cost per OP visit) มาเป็นตัววัดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ได้ดีกว่า และเร่งพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านบริหารยาและเวชภัณฑ์ เพื่อการสนับสนุนข้อมูลด้านบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยงานให้แก่ผู้เกี่ยวข้องในระดับ รวมถึงการสนับสนุนด้านวิชาการและองค์ความรู้เกี่ยวกับระเบียบฯ พัสดูแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านยาและเวชภัณฑ์ฯ ทุกประเภท

๓. ธรรมาภิบาล

๓.๑ ด้านการส่งเสริมวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ

พบว่า หน่วยรับตรวจ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป) จำนวน ๑๙๒ แห่ง ดำเนินการแล้ว ๑๘๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๔๐ ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลางเพื่อดำเนินการต่อไป คือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มเสริมสร้างวินัยและคุณธรรมควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ในสายงานต่างๆ และสร้างความตระหนักด้านธรรมาภิบาล ให้กลุ่มผู้บริหาร หน่วยงานย่อยและผู้รับผิดชอบงานด้านการเงินพัสดุของหน่วยงานย่อยทุกระดับให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

๓.๒ โรงพยาบาลคุณธรรม

พบว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกระบวนการดำเนินการให้บุคลากรทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนาด้านคุณธรรม และดำเนินการตามศักยภาพบริบทพื้นที่ของแต่ละหน่วยงาน แต่ละเขต

สุขภาพมีการดำเนินการที่ก้าวหน้าเพิ่มขึ้นตามระดับของตัวชี้วัด โรงพยาบาลและหน่วยงานที่ดำเนินการตามเกณฑ์ถึงระดับที่ ๕ มีจำนวน ๔๙ แห่ง (ร้อยละ ๖.๗) ระดับที่ ๑ มี ๑๔๒ แห่ง (ร้อยละ ๑๙.๑) ระดับที่ ๒ มี ๑๕๔ แห่ง (ร้อยละ ๒๐.๗) ระดับที่ ๓ มี ๒๘๗ แห่ง (ร้อยละ ๓๘.๗) ระดับที่ ๔ มี ๑๐๘ แห่ง (ร้อยละ ๑๔.๕) อย่างไรก็ตามเนื่องจากประเด็นนี้มีความเป็นนามธรรม ในหน่วยงานแต่ละพื้นที่มีกลไกบริบทภายใน การสื่อสาร และความเข้าใจของบุคลากรต่อแนวคิดการดำเนินการ จึงเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งในการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลางเพื่อดำเนินการต่อไป คือ การสนับสนุนควรเป็นแนวทางสร้างเสริมกำลังใจให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดเขตและระดับประเทศ

๓.๓ การตรวจสอบภายใน

ภาคีเครือข่ายคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับเขต ระดับจังหวัดมีการขับเคลื่อนงานตรวจสอบภายในให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น และผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดให้ความสำคัญในเรื่องของการตรวจสอบภายใน และควบคุมภายใน พบว่าส่วนใหญ่ดำเนินการอยู่ในระดับค่าคะแนนที่ ๕ ผลการตรวจสอบภายในภาพรวมของแต่ละจังหวัด พบความสำคัญที่สำคัญ คือ ๑) เจ้าหน้าที่การเงินเป็นผู้มีอำนาจลงนามในเช็ค ๒) งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคารไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ผู้บริหารไม่สามารถทราบถึงสถานะการเงินปัจจุบันของหน่วยบริการ ๓) ลูกหนี้เงินยืมราชการเกินกำหนดระยะเวลาที่ส่งใช้ และหน่วยบริการไม่มีมาตรการในการติดตาม ๔) การจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงกรมบัญชี กรณีผู้ป่วยในมีการถูกหักกรณีส่งข้อมูลล่าช้าจำนวนมาก กรณีผู้ป่วยนอกข้อมูลไม่สามารถประมวลผลได้ (ติด C) ทำให้ถูกปฏิเสธการจ่ายเงินจากกรมบัญชีกลาง ๕) ไม่ดำเนินการจัดทำแผนการจัดซื้อ/จ้าง มีการแบ่งซื้อแบ่งจ้าง ๖) การประเมินผลการควบคุมภายในตามระเบียบคง. ไม่ได้ดำเนินการจัดทำและ/หรือดำเนินการจัดทำไม่ครอบคลุมตามภารกิจหลักของหน่วยงาน อีกทั้งไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรภายในหน่วยงาน ๗) การจัดซื้อ จัดจ้างไม่ได้ดำเนินการตามระเบียบพัสดุที่ถูกต้อง การส่งเอกสารตั้งหนี้ล่าช้า ๘) หน่วยบริการยังไม่รับรู้เงินที่โอนเข้าบัญชี (เงินที่ไม่ทราบแหล่งที่มา) ๙) การเบิกค่าใช้จ่ายในการประชุมและอบรม ไม่ได้ดำเนินการตามที่ระเบียบกำหนด ๑๐) การตรวจสอบพัสดุประจำปีล่าช้ากว่าที่ระเบียบกำหนด บางหน่วยบริการไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบ มีเพียงการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบพัสดุประจำปีเท่านั้น แต่ไม่ได้ดำเนินการ ถือว่าคณะกรรมการไม่ปฏิบัติหน้าที่ ทั้งนี้พบว่าปัญหาเกิดจากการได้รับนโยบายและรูปแบบขั้นตอน วิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องจากส่วนกลางล่าช้า อีกทั้งขาดการบูรณาการ ทีมสหวิชาชีพและคณะกรรมการการเงินการคลังจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องดำเนินการร่วมกัน ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลางเพื่อดำเนินการต่อไป คือเร่งดำเนินการส่งเสริมพัฒนาความรู้ความเข้าใจระบบการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินให้กับทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาผู้ตรวจสอบภายในทุกระดับอย่างจริงจังสม่ำเสมอ

๓.๔ การแก้ไขปัญหาการทุจริต ประพฤติมิชอบ: การแก้ไขปัญหาปฏิบัติงานผิดพลาด ถูกหักท้วง ถูกสอบสวน ถูกลงโทษทางวินัย

พบว่าทุกเขตสุขภาพมีดำเนินการตามนโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนตามหลักธรรมาภิบาลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทั้งในด้านการลงโทษ ด้านการจัดซื้อจัดจ้าง ด้านการเงินและบัญชี ด้านการบริหารบุคคล ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติถูกต้อง ครบถ้วน ตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่แก้ไขปัญหาข้อหักท้วง หรือการดำเนินการทางวินัยเป็นขั้นตอนของการแก้ไขปัญหา ซึ่งหากหน่วยงานไม่สามารถดำเนินการตรวจสอบพบความผิดพลาด ก็จะไม่ทราบว่ามีผลกระทบใด ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้น จึงควรมีมาตรการเกี่ยวกับการตรวจสอบหรือการป้องปรามเป็นสำคัญ ซึ่งจะเป็นการแก้ไขอย่างยั่งยืน

.....

บทสรุปผู้บริหาร

คณะที่ ๔ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

.....

ประเด็นการตรวจราชการ ๔.๑ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ประเด็นการตรวจราชการ ๔.๒ คณะอนุกรมการสาธารณสุขจังหวัด (อศจ.) ทุกจังหวัดดำเนินงานตามอำนาจ
หน้าที่และแนวทางที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ ๔.๑ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ผลการตรวจติดตาม และ/หรือ ผลลัพธ์ในแนวทางการตรวจราชการ

๑. มีคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต ดำเนินการตามอำนาจ หน้าที่ที่กำหนด

ผลการดำเนินงาน : มีแต่งตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขตครบทั้ง
๑๒ เขตบริการสุขภาพ และมีการวิเคราะห์และระบุปัญหาด้านสถานพยาบาล/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/สถานประกอบการ
ที่สำคัญ ๓ อันดับแรกดังนี้

๑) ปัญหาการโฆษณาด้านสุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสื่อวิทยุชุมชน พบเป็นปัญหาที่สำคัญ ใน ๗ เขต (เขต ๑, ๔, ๗,
๘, ๙, ๑๐, ๑๑)

๒) ปัญหาฆ่าแมลงในผักและผลไม้และสารปนเปื้อนต่างๆในอาหาร ใน ๖ เขตสุขภาพ (เขต ๓ ๕ ๖ ๗ ๙
และ ๑๒)

๓) ปัญหาผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผสมสารสเตียรอยด์และการใช้ยาสเตียรอยด์ที่ไม่
เหมาะสมใน ๕ เขตสุขภาพ (เขต ๓ ๕ ๖ ๗ ๙)

และดำเนินการประชุมคณะอนุกรรมการฯ แล้วทั้ง ๑๒ เขต รวมถึงได้มีการวางแผนจัดทำแผนยุทธศาสตร์
แผนงาน โครงการ พัฒนากลไกงานคุ้มครองผู้บริโภคของแต่ละเขต

ข้อเสนอเชิงนโยบาย :

๑) เสนอให้ผู้บริหารรับทราบและเห็นความสำคัญของปัญหาเพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงาน
และงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมและสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนางานคุ้มครอง
ผู้บริโภค

๒) เสนอให้คณะอนุกรรมการฯ มีส่วนร่วมตัดสินใจในการจัดการแก้ไขปัญหาในภาพรวมของเขต
ในระยะยาวด้านบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากรให้รองรับยุทธศาสตร์ของแต่ละเขต

๒. มีการคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพ
ระดับจังหวัด

ผลการดำเนินงาน : มีการแต่งตั้ง หรือมอบหมาย คณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน
เพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพระดับจังหวัด จำนวน ๗๖ จังหวัด จาก ๗๖ จังหวัด คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐

ข้อเสนอเชิงนโยบาย :

๑) กำหนดเป็นประเด็นการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๒) เสริมสร้างศักยภาพ คณะกรรมการฯ ด้านการวางแผนยุทธศาสตร์ และเชื่อมโยงงานระดับ
เขตสู่จังหวัด

๓) ควรสร้างระบบสื่อสารสำหรับให้พนักงานเจ้าหน้าที่และสนับสนุนเครื่องมือและกำลังคนในการ
ปฏิบัติงาน

๓. ร้อยละของเกลือบริโภคน้ำไอโอดีน ณ สถานที่ผลิต ผ่านมาตรฐานตามประกาศฯ กำหนด (๒๐-๔๐ ppm)

ผลการดำเนินงาน : มีสถานที่ผลิตเกลือบริโภคน้ำไอโอดีนทั่วประเทศ รวม ๒๔๒ ราย จำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจ ๒๓๑ ตัวอย่าง ผ่านมาตรฐานตามประกาศฯ กำหนด (๒๐-๔๐ ppm) จำนวน ๒๐๐ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๕๘ ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายที่ร้อยละ ๑๐๐ โดยพบว่ามี ๒ เขตที่ดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย คือ เขต ๑ (ร้อยละ ๗๗.๕๐) และเขต ๕ (ร้อยละ ๕๑.๑๑)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย :

๑) ควรมีการตรวจมาตรฐานสถานที่ผลิตเกลือบริโภคน้ำไอโอดีน และตรวจเกลือบริโภคน้ำไอโอดีน ณ สถานที่ผลิต อย่างต่อเนื่อง

๒) การทบทวนการกำหนดปริมาณไอโอดีนตามกฎหมายให้มีช่วงที่กว้างขึ้น มากกว่า (๒๐-๔๐ ppm)

๓) ควรมีการสนับสนุนสารโปแตสเซียม ไอโอดेट แก่ผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง

๔. ร้อยละของการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริมและสถานพยาบาล ผิดกฎหมาย ได้รับการจัดการ

ผลการดำเนินงาน : มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริมและสถานพยาบาล ผิดกฎหมายทั่วประเทศ รวม ๑,๐๖๘ ราย ได้รับการจัดการ จำนวน ๑,๐๕๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗๒

ข้อเสนอเชิงนโยบาย :

๑. **มาตรการด้านการป้องกัน** โดยพัฒนาความรู้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ เครือข่ายวิทยุชุมชน ให้คำแนะนำการโฆษณาที่ถูกต้อง จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการโฆษณาที่ถูกต้องให้ประชาชน และมีฐานข้อมูลการโฆษณาที่ผิดกฎหมายให้กับจังหวัด และสร้างเครือข่ายภาคประชาชนในการเฝ้าระวัง แจ้งเตือนภัยด้านสุขภาพและการโฆษณาด้านสุขภาพ

๒. **มาตรการเชิงปราบปราม** โดยปรับปรุงกฎหมายให้เพิ่มอัตราค่าปรับสูงขึ้น เน้นการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดและจริงจัง โดยตรวจสอบเฝ้าระวังและดำเนินคดีการโฆษณาอย่างเคร่งครัด โดยแจ้งระงับการโฆษณาเปรียบเทียบปรับ/ฟ้องคดีต่อศาลตามกฎหมายจนกว่าคดีจะถึงที่สุด

๓. **มาตรการเชิงสร้างความมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน** โดยจัดทำแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่าง สสจ. และ กสทช. เขตและร่วมกันแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่และแจ้งให้ กสทช.เขต พิจารณาการต่ออายุใบอนุญาตจัดทำฐานข้อมูลสถานีวิทยุทั่วประเทศให้เป็นปัจจุบันและให้มีช่องทางที่จังหวัดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว

๕. **คลินิกเวชกรรมให้บริการเสริมความงามและคลินิกไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับการเฝ้าระวังให้ดำเนินการตามกฎหมาย**

๕.๑ **ร้อยละของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงามได้รับการตรวจมาตรฐาน** (เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๘)

ผลการดำเนินงาน : พบว่าคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงาม ทั้งหมด ๑,๒๐๐ และได้รับการตรวจมาตรฐาน จำนวน ๑,๑๙๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๕๐ เขตสุขภาพที่ ๔ พบคลินิกเวชกรรมฯ มากที่สุด จำนวน ๒๓๐ แห่ง เขตสุขภาพที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เขตที่ ๔

๕.๒ **ร้อยละของคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับการเฝ้าระวังและให้ดำเนินการตามกฎหมาย** (เป้าหมาย: ร้อยละ ๑๐๐)

ผลการดำเนินงาน: พบว่าเรื่องร้องเรียนคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการ ทั้งหมด ๒๕๓ เรื่อง ได้รับการดำเนินการตามกฎหมายจำนวน ๒๕๑ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๒๑ พบเรื่องร้องเรียนฯ มากที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๕๕ เรื่อง

ข้อเสนอเชิงนโยบาย :

๑) ควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน (SOP) ให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในมาตรฐานเดียวกัน

๒) พัฒนาสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐาน

๓) พัฒนาชุมชนต้นแบบด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

ประเด็นการตรวจราชการ ๔.๒ คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อศจ.) ทุกจังหวัดดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่และแนวทางที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการตรวจราชการในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ พบว่าแต่ละจังหวัดสามารถดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดได้ดี ทั้งในการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การพัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานตามกฎหมาย การกำหนดผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด การกำหนดแผนการประชุม ซึ่งมีจังหวัดที่จัดประชุม อศจ.รวม ๗๐ จังหวัด โดยได้ชี้แจงอำนาจหน้าที่ สถานการณ์ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมของจังหวัด และมีมติให้ดำเนินการในเรื่องต่างๆ ได้แก่ เร่งรัดให้ออกข้อกำหนดของท้องถิ่น ร้อยละ ๗๐.๓๗ จัดการมูลฝอย ร้อยละ ๔๘.๑๕ พัฒนาตลาดสดน่าซื้อ ร้อยละ ๓๑.๔๘ พัฒนามาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ร้อยละ ๒๗.๗๘ ขับเคลื่อนมาตรการอาหารปลอดภัย ร้อยละ ๒๒.๒๒ ฯลฯ ทั้งนี้ แต่ละจังหวัดได้สร้างนวัตกรรมด้านต่างๆ เพื่อพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างมากมาย สำหรับจังหวัดที่ยังไม่ได้จัดประชุม ๖ จังหวัด ได้แก่ สิงห์บุรี อานาจเจริญ พิจิตร สุโขทัย ลำปาง และนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่ยังไม่มีกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและผู้รับผิดชอบที่ทำหน้าที่ฝ่ายเลขานุการโดยตรง

ส่วนปัญหา/อุปสรรคที่พบ ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของแหล่งงบประมาณที่จะใช้ในการดำเนินงานของ คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัดทำให้เกิดความล่าช้า ยังไม่มีโครงสร้างกลุ่มงานที่ชัดเจนส่งผลต่อการกำหนดอัตรากำลัง ผู้ปฏิบัติงานไม่เข้าใจกลไกการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายกำหนดเท่าที่ควร ยังจัดทำระบบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่แล้วเสร็จ ทั้งนี้ ได้มีข้อเสนอให้ส่วนกลางจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ดำเนินงานตามมติ อศจ. พัฒนาความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลงานของจังหวัด การบูรณาการงานสิ่งแวดล้อมและสุขภาพกับหน่วยงานที่กำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในส่วนกลางโดยตรง ตลอดจนสร้างเสริมความเข้มแข็งและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายผู้ประกอบการและภาคประชาชน

.....

บทสรุป

ผลการตรวจราชการกรณีปกติ

กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘

เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

เขตสุขภาพที่ ๑

จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน จังหวัดเชียงราย จังหวัดพะเยา จังหวัดเชียงใหม่
จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดลำพูน จังหวัดลำปาง

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

หัวข้อ : การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ประเด็น : ระบบและกลไกการจัดการปัญหาแม่และเด็กระดับจังหวัด

ใช้กลไก MCHB และแผน service plan แม่และเด็ก ในการจัดการปัญหาแม่และเด็ก เริ่มมีการบูรณาการและเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพแม่และเด็กในชุมชน ผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอ DHS และกำหนดบทบาทในทีมหมอครอบครัว (family care team ; FCT) แต่ความเข้มแข็งในการดำเนินงานของแต่ละจังหวัด/อำเภอ มีความแตกต่างกัน มาตรการในบางจังหวัดยังไม่ครอบคลุมปัญหาสำคัญ เช่น การมาฝากครรภ์เร็ว ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

บูรณาการและเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ในชุมชน ผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอ DHS และทีมหมอครอบครัว (family care team ; FCT) โดยค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริงของชุมชน และแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ

ประเด็น : การจัดการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉิน

มีการบริหารจัดการแบบแบ่งเป็น Zone ตามลักษณะภูมิประเทศ ตั้งแต่ ๒-๕ zone ต่อจังหวัด และกำหนดให้โรงพยาบาลที่มีความพร้อม (มีสูติแพทย์/กุมารแพทย์) เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการรับส่งต่อ case เสี่ยงฉุกเฉิน และการให้คำแนะนำปรึกษา แก่โรงพยาบาลลูกข่าย ปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ ฝากครรภ์ช้า (ร้อยละ ๕๔.๑๓ ; เป้าหมาย ร้อยละ ๖๐) มารดาตาย (๘ ราย ; อัตรา ๓๒.๖๗ : เป้าหมายไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีวิตคน ใน จังหวัดเชียงราย ๒ ราย/แพร่ ๑ ราย/ลำปาง ๒ ราย/เชียงใหม่ ๓ ราย) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (ร้อยละ ๙.๒๗ ; เป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ ๗) ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (อัตรา ๒๖.๔๓ : เป้าหมายไม่เกิน ๒๕ ต่อ ๑ พันการเกิดมีชีวิต)

ข้อเสนอแนะ

๑. MCHB จังหวัด ควรกำหนดให้ case maternal death , perinatal death และ severe birth asphyxia ทุกราย มีการจัด case conference โดย MCH Board และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์และวางระบบแก้ไขปัญหาร่วมกัน

๒. ใช้กลไก MCHB จังหวัด ในการแก้ไขปัญหา โดยบูรณาการแผนส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย(PP) กับ service plan แม่และเด็ก ในการพัฒนางานเชิงระบบ และเชื่อมโยงสู่ชุมชน ผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอ DHS และทีมหมอครอบครัว (family care team ; FCT)

ประเด็น : ระบบการเฝ้าระวังพัฒนาการอายุ ๐-๕ ปีและการช่วยเหลือเด็กที่พัฒนาการล่าช้า

๑. ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานฯ จากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน แต่บทบาทหลักเป็นของกระทรวงสาธารณสุข ในระดับพื้นที่ยังไม่มีมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงฯ อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในเชิงการวางแผนและปฏิบัติการ

๒. จังหวัดส่วนใหญ่ มีกิจกรรม เพื่อดูแลพัฒนาการเด็ก ตามนโยบายและโครงการในระดับประเทศ/เขต แต่ส่วนใหญ่ขาดแผนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ดูแลและช่วยเหลือพัฒนาการเด็ก

๓. เด็กกลุ่มปกติ (อายุ ๐-๕ ปี) มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๙.๓ (โปรแกรม DSPM ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘) ในกลุ่ม LBW มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๗๙.๕๖ กลุ่ม BA สมวัย ร้อยละ ๗๖.๑๖ (โปรแกรม LCDIP ๑ สิงหาคม ๒๕๕๖ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘)

๔. เด็กกลุ่มเสี่ยง (LBW BA) มี case loss follow up สาเหตุจาก ผู้ปกครองไม่สนใจในการพามาโรงพยาบาล การย้ายถิ่นตามผู้ปกครอง และพื้นที่ห่างไกล

ข้อเสนอแนะ

๑. ผลักดันให้เกิดการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาสติปัญญาเด็กปฐมวัย (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย) ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ ทั้งในเชิงการวางแผนและปฏิบัติการ

๒. จัดทำแผนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ดูแลและช่วยเหลือด้านพัฒนาการเด็ก (โดยกลไก MCHB หรือ service plan กุมารของแต่ละจังหวัด)

๓. เน้นดำเนินการเชิงรุก โดยบูรณาการงาน ในบทบาทของ FCT (family care team) ในการติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพัฒนาการ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ยากต่อการเข้าถึงบริการ

๔. เจ้าหน้าที่ เน้นการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ปกครองโดยเริ่มตั้งแต่ แผนกหลังคลอด ก่อนจำหน่ายมารดากลับบ้าน

สรุปข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑) กระทรวงฯ/กรมอนามัย/กรมการแพทย์ ควรผลักดันในเชิงนโยบายที่ชัดเจน ในการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านกลไก MCHB (เช่น การกำหนดโครงสร้างที่เหมาะสม การสนับสนุนทรัพยากร และการจัดการ)

๒) เขตสุขภาพ ควรสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งของกลไก MCHB อย่างต่อเนื่อง

๓) การเฝ้าระวังพัฒนาการอายุ ๐-๕ ปีและการช่วยเหลือเด็กที่พัฒนาการล่าช้า ควรกำหนด road map การดำเนินงานในระดับเขตให้ชัดเจน และ ถ่ายทอดสู่ระดับจังหวัด/อำเภอ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน (กำลังดำเนินการ)

๔) นโยบายการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็ก ๖ เดือน - ๕ ปี ด้วยการให้ยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก(iron supplementation) แบบ weekly dose ควรจัดเป็น vertical program จากส่วนกลาง

๕) การบริหารจัดการ เพื่อพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้มีคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุขควรเชื่อมประสาน และผลักดัน ให้เป็นนโยบายสาธารณะของ อปท.

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. **จังหวัดแพร่** มีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกระดับ มีการให้ Folic acid แก่นักเรียนหญิง ตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ ๑ หรือ อายุ ๑๓ ปี - ๖ ทุกราย เพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดของทารก

๒. **จังหวัดน่าน** การพัฒนาศักยภาพพื้นที่พิเศษ กรณีพื้นที่ที่มีอัตราคลอดน้อย และพื้นที่ห่างไกล ติดชายแดน ผูกซ่อมการปฏิบัติ จำลองเหตุการณ์/มีการสำรองคลังเลือดและสารน้ำที่พอทดแทนเลือด ให้พร้อมเสมอ /พัฒนาระบบคัดกรอง classifying form/พัฒนาระบบส่งต่อ เครือข่าย delivery center/ กำหนดมาตรการ Case เสี่ยงให้พักรอคลอดในโรงพยาบาล/ทีมพี่เลี้ยงเครือข่ายและทีมจังหวัด ออกเยี่ยมนิเทศในพื้นที่ต่อเนื่อง

๓. **จังหวัดเชียงราย** การพัฒนาในเชิงระบบ เพื่อแก้ไขปัญหาทารกเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยจัดทำแนวปฏิบัติ PPH /สนับสนุน PPH set box/ถุงตวงเลือด /ยา cytotec /colloid solution (gelofusine) ให้ทุก รพช./มี blood bank ในโรงพยาบาลแม่ข่าย ทุกแห่ง/จัดทำระบบ Consult – refer ให้ทันเวลาภายใน ๓๐ นาที/จัดระบบ high risk pregnancy fast tract/Training แพทย์จบใหม่ก่อนออก รพช. /ชี้แจงระบบ Consult และส่งต่อ case high risk

๔. **จังหวัดพะเยา** การแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีการวิเคราะห์สภาพปัญหา และกำหนดแนวทางในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยค้นหา High risk pregnancy ใน รพช. โดยเฉพาะกรณีที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์แรก และในรายที่มีคอมดลูกสั้น (จากการวัด Cervix Length โดย transvaginal ultrasound) จัดระบบส่งต่อที่ชัดเจน จาก รพช.มาโรงพยาบาลพะเยา และการใช้ยา Progesterone ใน case เสี่ยง เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

๕. **จังหวัดเชียงใหม่** การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ระยะฝากครรภ์ และระยะคลอด เพื่อเป็นแนวทางของ Service plan ในการรับส่งต่อระดับโซนและระดับจังหวัดที่ชัดเจน และการพัฒนาแบบบันทึกการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ สำหรับ ผู้ปกครอง อสม.และเจ้าหน้าที่

๖. **จังหวัดลำพูน** การพัฒนาห้องคลอดคุณภาพ มีแนวทางการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่รอคลอด อาทิ การตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (EFM) อย่างต่อเนื่องในรายที่มีความเสี่ยง และการประเมิน Apgar score ของทารกที่ ๑ นาที และ ๕ นาที อย่างถูกต้องด้วยนาฬิกาจับเวลา ๒ เรือน สามารถดำรงการลดภาวะทารกขาดอากาศจากการคลอดได้อย่างต่อเนื่อง และการทำ Active management of ๓rd stage โดยการใช้ ออกซิโตซิน ๑๐ มก.ฉีดเข้ากล้ามเนื้อและดิงสายสะดืออย่างระมัดระวังเพื่อช่วยคลอดรก ลดการเกิดการตกเลือดหลังคลอด

๗. **จังหวัดลำปาง** การแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia ; BA) ส่งผลให้ BA มีแนวโน้มลดลง โดยพัฒนากระบวนการดูแลในห้องคลอด พัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาระบบ counseling/ referring ใช้ social media ในการติดต่อ ประสานงาน/ขอคำปรึกษา และจัดทำแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์จาก รพ.สต.และ รพช.

๘. **จังหวัดแม่ฮ่องสอน** กรณี อำเภอบางมะผ้า มีมาตรการกระตุ้นการฝากครรภ์เร็ว และมาครบ ๕ ครั้งคุณภาพ โดยให้มีการจับคู่สถานบริการสาธารณสุข เพื่อช่วยเหลือกันในการปฏิบัติงานในพื้นที่ นำปัญหาการดำเนินงานมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับอำเภอบางมะผ้า ชักจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์และคลอดมารับบริการให้ครบตามเกณฑ์ ตามโครงการ “แม่คู่ซี้ ลูกสุขภาพดี” CUP บางมะผ้า หากคู่มือที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์จะได้รับรางวัล ๕๐๐ บาท/คน

กลุ่มวัยเรียน

ประเด็น : ภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน

การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็ก ๕ - ๑๔ ปี มีภาวะอ้วน – เริ่มอ้วน พบว่า ในภาพรวมเขต ร้อยละ ๘.๑๔ ยังไม่เกินเกณฑ์ (ร้อยละ ๑๐) และต่ำกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ ๙.๙) ส่วนจังหวัดที่เกินเกณฑ์ ได้แก่ จังหวัดแพร่ ร้อยละ ๑๑.๘๖ รองลงมาได้แก่จังหวัดลำปาง ร้อยละ ๑๑.๗๗ จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ ๑๐.๕๓ ตามลำดับ และพบในพื้นที่เขตเมืองมากกว่าพื้นที่อื่น เช่น อำเภอมือง อำเภอมะริม อำเภอบางดง จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอมืองลำปาง อำเภอมืองแพร่ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ อำเภอเมือง อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย เป็นต้น ส่วนในพื้นที่สูงและห่างไกล ส่วนใหญ่พบเด็กค่อนข้างผอมและผอมหรือมีส่วนสูงไม่สมส่วนจำนวนมาก เช่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน น่าน เชียงราย

ประเด็นปัญหาที่พบ ทุกจังหวัดมีความครอบคลุมของการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๙๕) โดยมีความครอบคลุมเพียงร้อยละ ๒๕ – ร้อยละ ๖๑ เท่านั้น ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ อีกทั้งไม่มีมาตรการที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในพื้นที่เสี่ยง ตลอดจนขาดการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคล นอกจากนี้การแก้ไขปัญหาเด็กอ้วนตามแนวทางของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พบว่ายังไม่มีการบูรณาการงานที่ชัดเจน และส่วนใหญ่ขาดความเชื่อมโยงในการดูแลปัญหาโภชนาการในเด็ก ระหว่างชุมชน บ้าน โรงเรียนกับคลินิก DPAC

ข้อเสนอแนะ ควรบริหารจัดการข้อมูล โดยติดตามกระตุ้นพื้นที่ให้ดำเนินการเฝ้าระวังโดยการขังน้ำหนักวัดส่วนสูงตั้งแต่ระยะแรกที่โรงเรียนเปิดเทอม ร่วมกับเก็บข้อมูลจากสถานบริการที่เด็กมารับบริการ และควรเพิ่มมาตรการแก้ไขปัญหาในพื้นที่เสี่ยง เช่น การใช้กลไก DHS จัดทำค่าย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย จัดเมนูสุขภาพลดอ้วนในเด็กนักเรียนเป้าหมาย เป็นต้น อีกทั้งควรวิเคราะห์เชิงลึกถึงสาเหตุของเด็กอ้วนที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ได้ผล น้ำหนักไม่ลด ร่วมกับติดตามผลเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับการดำเนินงานตามกลยุทธ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรสร้างทีมงานที่มีบุคลากรอย่างน้อยจาก ๓ งาน (วัยเรียน ทันตสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน) ตลอดจนสถานบริการทุกระดับประสานการดำเนินงานในการดูแลภาวะโภชนาการ กับโรงเรียนส่งต่อข้อมูลและส่งเข้าคลินิก DPAC

ประเด็น : การแก้ปัญหาการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี จากการจมน้ำตาย

๑. สถานการณ์และจำนวนเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำไม่รุนแรง (พื้นที่เสี่ยงน้อยและเสี่ยงปานกลาง เป็นส่วนใหญ่)

๒. ส่วนใหญ่ยังขาดข้อมูลสนับสนุน เพื่อกระตุ้นให้เกิดกลไกแก้ปัญหาพร้อมกับเครือข่ายระดับชุมชน อยู่ระหว่างเตรียมสำรวจข้อมูลด้วยแบบสำรวจข้อมูลความสามารถในการว่ายน้ำของเด็กอายุ ๕-๑๔ ปี ด้านความสามารถในการว่ายน้ำร่วมกับกรมควบคุมโรคเพื่อใช้ประกอบการวางแผนประสานกลไกแก้ปัญหาพร้อมกับเครือข่ายชุมชนและโรงเรียน

๓. ทีมผู้ก่อการดียังไม่มีตามเป้าหมาย แต่ได้ดำเนินงานตามภารกิจที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลมากระตุ้นและสร้างความเข้าใจในระดับพื้นที่ สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งในโรงเรียนและชุมชน สื่อสารความเสี่ยง และระดมทรัพยากรแก้ปัญหาร่วมกัน เช่น วัสดุอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยทางน้ำที่เหมาะสม ชูชีพห่วงชูชีพช่วยชีวิต เป็นต้น จึงควรสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานในพื้นที่น้ำร่องหรือพื้นที่เสี่ยง เน้น “ไม่ให้วัวหายแล้วล้อมคอก เสริมสร้างศักยภาพแกนนำและติดตามการดำเนินงานตามกรอบผู้ก่อการดีอย่างเป็นระบบ”

๔. ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำในส่วนของโรงเรียนยังไม่ชัดเจน และขาดการบูรณาการงาน (งานควบคุมโรค หรืองานอนามัยโรงเรียน) และการรายงานข้อมูลจากโรงเรียนในพื้นที่ ยังไม่ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

๑. เสริมสร้างศักยภาพเครือข่าย เพื่อเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพและเป็นแกนนำดำเนินงานป้องกันการจมน้ำน้ำร่อง

๒. สื่อสารความเสี่ยงและเฝ้าระวังแหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชน หรือแหล่งน้ำท่องเที่ยว เพื่อร่วมระดมทรัพยากรในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยทางน้ำ เสริมพลังอำนาจในการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังเด็กจมน้ำในชุมชนตามกรอบผู้ก่อการดี

๓. บูรณาการการป้องกันการเด็กจมน้ำร่วมกับ โรงเรียนเพื่อส่งเสริมหลักสูตรการว่ายน้ำลอยตัวเพื่อเอาชีวิตรอดอย่างต่อเนื่อง

๔. สํารวจทักษะการว่ายน้ำของเด็กมาประกอบการวางแผนประสานกลไกแก้ปัญหาพร้อมกับเครือข่ายชุมชนและโรงเรียน

๕. กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในการรายงานข้อมูลโรงเรียนมีการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำที่ชัดเจน

กลุ่มวัยรุ่น

ประเด็น: การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงาน ๖-๙ เดือนในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑ พบว่า ทุกจังหวัดมีผลการดำเนินงานการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ยังไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด (๕๐ : ๑,๐๐๐ ของหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี) โดยในภาพรวมมีอัตราเท่ากับ ๑๗.๒๑ : ๑,๐๐๐ สำหรับการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี พบว่าจังหวัดที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าเกณฑ์ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ต่อหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปีคลอดทั้งหมด) ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ (ร้อยละ ๓๕.๗๑) จังหวัดแม่ฮ่องสอน (ร้อยละ ๑๕.๙๗) จังหวัดพะเยา (ร้อยละ ๑๑.๘๔) และจังหวัดลำพูน (ร้อยละ ๑๐.๙๔)

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ได้แก่ การบริหารงานส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มวัยรุ่นไม่ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการ และการเชื่อมโยงกันในระบบบริการสำหรับวัยรุ่นของงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งกำหนดบทบาทของผู้รับผิดชอบหลักยังไม่ชัดเจน ระบบบริการวัยรุ่นที่จัดให้ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของวัยรุ่น องค์ความรู้เรื่องการจัดการระบบบริการที่เข้าถึงวัยรุ่น รวมไปถึงกลวิธีแนวใหม่ในการเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นยังไม่เพียงพอ การบริหารจัดการ ระบบการส่งต่อ/ประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ยังไม่มีแนวทางการส่งต่อและประสานงานที่ชัดเจน ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ระบบรายงาน/ข้อมูล/นิเทศติดตามยังไม่เป็นระบบและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตามกลไกของ DHS ในบางอำเภอยังไม่ชัดเจนและยังไม่เป็นทางการ

ข้อเสนอแนะ มีดังนี้ การดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำควรอาศัยการผลักดันและขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบทุกระดับตั้งแต่นโยบาย แผนงานและมาตรการดำเนินงานฯ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นสถาบันครอบครัว สถานศึกษา สถานบริการและการเชื่อมโยงสู่สังคมและชุมชน ในระดับจังหวัดและอำเภอควรบูรณาการกับงานอนามัยแม่และเด็กโดยเฉพาะระบบและกลไกการจัดการปัญหานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) กำหนดบทบาทหรือจัดตั้งผู้จัดการหรือผู้รับผิดชอบหลักของงานกลุ่มวัยรุ่น (Teen Manager) ให้ชัดเจน ทำการติดตามข้อมูลการตั้งครรภ์ซ้ำจากรายงาน ๔๓ แฟ้ม พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลการตั้งครรภ์ซ้ำและการทำแท้งในวัยรุ่นเพื่อเฝ้าระวังปัญหาในระดับจังหวัดโดยประสานกับหน่วยให้บริการคลอดหรือแท้งบุตรในทุกสถานบริการสาธารณสุขปรับแนวทางในการให้คำปรึกษาในการคุมกำเนิดในแม่วัยรุ่น เพิ่มการเข้าถึงการคุมกำเนิดกึ่งถาวร และการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาว (ยาฝังหรือ IUDs) สนับสนุนแนวทางการให้ความช่วยเหลือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งการบูรณาการดำเนินงานตามมาตรฐานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ประเด็น : การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในมิติของจำนวนผู้ดื่ม กลุ่มอายุที่ดื่ม และปัจจัยประกอบสิ่งแวดล้อมทั้งด้านการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ง่าย การมีการผลิตสุราในระดับชุมชน ใกล้บ้านโดยรวมของกลุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑ อยู่ในระดับรุนแรง การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามโครงสร้างที่ได้กำหนดให้มีการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ชาติ (๒๕๕๗-๒๕๖๑) ในเขต พบว่า จังหวัดที่สามารถดำเนินการตามยุทธศาสตร์ได้อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง คือ จังหวัดเชียงใหม่ พะเยา และลำพูน จังหวัดที่สามารถดำเนินการตามยุทธศาสตร์ได้อย่างเข้มแข็งในบาง

มาตรการและมีความต่อเนื่องในบางมาตรการ คือ จังหวัดแพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน ส่วนจังหวัดที่ไม่สามารถดำเนินการตามยุทธศาสตร์ เนื่องจากมีแรงต้านในพื้นที่สูงหรือแรงสนับสนุนการดำเนินการเชิงระบบไม่เพียงพอ และรวมทั้งขาดความต่อเนื่องในบางมาตรการ คือ จังหวัดลำปาง และเชียงราย

ข้อเสนอแนะ

๑. มาตรการการป้องกันการเข้าถึง

- ควรประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ และหน่วยสนับสนุนในระดับเขต เพื่อดำเนินการร่วมกรณี ตรวจบังคับใช้กฎหมาย เพื่อให้เกิดผลการป้องปราม ในพื้นที่ปัญหารุนแรง

- ดำเนินการร่วมกับสถานศึกษาในพื้นที่ เพื่อจัดกิจกรรมที่เหมาะสมร่วมกับทรัพยากรในพื้นที่เพื่อป้องกันการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนนักศึกษาในพื้นที่ เช่น โครงการ To be number one ที่มีเครือข่ายทำงานชัดเจน และกิจกรรม ๑ ตำรวจ ๑ โรงเรียน

๒. มาตรการลดจำนวนผู้บริโภค (ด้านการคัดกรองเข้าสู่ระบบและการบำบัดรักษา)

- เพิ่มการสนับสนุนเชิงระบบ กิจกรรมแผนงานโครงการเชิงรุกในสถานศึกษา/ชุมชนในมาตรการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และการลดรวมจำนวนผู้ดื่ม โดยพัฒนาระบบให้เกิดการคัดกรอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบำบัดเบื้องต้น ในสถานศึกษา/ชุมชน

- พัฒนาศักยภาพหน่วยบำบัดรักษา/ระบบการส่งต่อ และเพิ่มทักษะผู้ปฏิบัติงานในคลินิกวัยรุ่น

กลุ่มวัยทำงาน

ประเด็น : การป้องกันควบคุมโรค NCD และปัจจัยเสี่ยง

อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ ปี ๕๗ ของเขตสุขภาพที่ ๑ คือ ๒๕.๘๑ ต่อแสนประชากร โดยของประเทศคือ ๒๖.๔๙ จังหวัดที่มีอัตราการตายสูง คือ แพร่ ลำพูน และน่าน (และสูงกว่าของประเทศ) อยู่ที่ ๓๓.๒๗ , ๓๒.๓๕ และ ๓๒.๒๓ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ แนวโน้มอัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ ปี ๕๕- ๕๗ พบว่าจังหวัดที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี คือ ลำพูน พะเยา และเชียงราย

ผลการดำเนินงานปี ๒๕๕๘ พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ทั้งเบาหวาน และความดันไม่เพิ่มขึ้น การดำเนินงานที่ได้ตามเป้าหมาย คือการควบคุมความดันโลหิตในสถานบริการสาธารณสุข, ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) และมีความเสี่ยงสูงมาก (CVD Risk>๓๐%) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและ/หรือได้รับยาเพื่อลดความเสี่ยง,คลินิกNCD คุณภาพ ของ รพศ./รพท./รพช.ที่ได้รับการประเมินรับรองผ่านเกณฑ์ แต่การดำเนินงานควบคุมเบาหวานยังต่ำกว่าเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ : ควรสร้าง และพัฒนาทีม System manager (SM) ระดับอำเภอให้มีครบทุกอำเภอ และสนับสนุนการทำงานของ case manager ในระดับโรงพยาบาล

ประเด็น : การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

อัตราการตายจากอุบัติเหตุพบว่า จังหวัดเชียงใหม่ ,แพร่ และลำพูน มีค่าสูงเกินเป้าหมายคืออัตราการตายไม่เกิน ๑๘ ต่อแสนประชากร การดำเนินงาน พบว่า

๑. มาตรการการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูล ปัจจุบัน ใช้เพียงสถานการณ์ ยังขาดข้อมูลนำเข้ด้านพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งส่วนหนึ่งจะได้จากการสอบสวนเหตุการณ์การบาดเจ็บแบบสหสาขา ซึ่ง สคร. ๑๐ จะจัดอบรมทีมสอบสวนการบาดเจ็บแบบสหสาขา ให้ครอบคลุมครบทุกจังหวัด ภายในสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๕๘

๒. มาตรการชุมชน ยังขาดโครงสร้างทีมขับเคลื่อน งานป้องกันอุบัติเหตุเชิงรุกในระดับอำเภอและชุมชน แบบสหสาขา เกือบทุกจังหวัด (ยกเว้นจังหวัดแพร่) และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง (เมาแล้วขับ)

ข้อเสนอแนะ

๑. เน้นการสังเคราะห์ข้อมูลตามหลักระบาดวิทยา เพื่อใช้สนับสนุนชี้ประเด็นปัญหาและให้ข้อเสนอแนะแก่เครือข่ายโดยบูรณาการการแก้ไขผ่านกลไกของ DHS

๒. พัฒนาระบบการดำเนินงานสหสาขาที่เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องจริงจัง ให้เกิดมาตรการองค์กร ชุมชน ตำบลจัดการสุขภาพ สื่อสารความเสี่ยงความสูญเสียและผลกระทบของอุบัติเหตุจากดื่มแล้วขับเพื่อแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวังอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน

กลุ่มผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด ร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ พบว่าแต่ละจังหวัด รอการสุ่มสำรวจประเมินผู้สูงอายุโดยกรมอนามัย ยกเว้นจังหวัดพะเยาที่มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๔๘.๕๐

ตัวชี้วัด ร้อยละ ๓๐ ของ DHS มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิง (Long Term Care) ด้านสุขภาพ พบว่าทุกจังหวัดมีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๓๐ ยกเว้น จังหวัดแม่ฮ่องสอนที่มีการดำเนินงาน ร้อยละ ๒๒.๒๒ และจังหวัดน่าน ที่มีการดำเนินงานร้อยละ ๒๐.๒๐

ตัวชี้วัดร้อยละ ๓๐ ของ รพช./รพศ./รพท. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ครบวงจร พบว่าทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑ มีการดำเนินงานครบ ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดร้อยละ ๖๐ ของจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพกายและใจ พบว่าทุกจังหวัดมีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด ยกเว้นจังหวัดลำปางที่อยู่ระหว่างดำเนินงาน

ประเด็นปัญหาที่พบ คือ ๑. เกณฑ์ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านร่างกายและจิตใจของกระทรวงฯ มี ๑๑ ข้อ ต้องใช้เวลาในการสอบถามผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องในรายบุคคล ๒. ขาดแคลนคู่มือบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการดูแลสุขภาพและการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุจะเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองหรือครอบครัวและประเมินโดยอาสาสมัคร หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (สมุดบันทึกสุขภาพฯ กระทรวงสาธารณสุข เล่มสีฟ้า) และ ๓. ความต้องการสนับสนุนวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินงานโดยส่วนกลาง (กรมอนามัย)

ข้อเสนอแนะ ๑) กระทรวงฯ ควรปรับเกณฑ์ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านร่างกายและจิตใจให้ง่ายต่อการใช้งานของผู้ปฏิบัติ โดยพิจารณาเลือกเพียงประเด็นสำคัญๆ มาใช้เป็นเกณฑ์ ๒) การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ใช้ระยะเวลา นาน ๑๐ วัน (หลักสูตร ๗๐ ชม.) มีผลกระทบต่อการทำงานอาชีพหลักของผู้เข้ารับการอบรม ดังนั้นกรมอนามัยพิจารณาความเป็นไปได้ในการทบทวนเกณฑ์ฯ และช่วงเวลาอบรมฯ ที่เหมาะสม ๓) คู่มือคัดกรองผู้สูงอายุ มาจากหลายหน่วยงานทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสน ผู้นิเทศได้ชี้แจงจังหวัด ดังนี้ คู่มือมีจุดมุ่งหมายในการใช้ที่แตกต่างกันและสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ผู้นิเทศรีบไปประสานส่วนกลางในการบูรณาการคู่มือที่เหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติงานต่อไป

กลุ่มผู้พิการ

ประเด็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับการครบถ้วน (เป้าหมายร้อยละ ๙๐) ภาพรวมเขต ร้อยละ ๙๔.๗๒ (๒,๒๐๙/๒,๓๓๓ ราย) โดยจังหวัดที่ดำเนินงานครบถ้วนแล้ว ๔ จังหวัดคือ แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง เชียงราย ในส่วนที่ยังดำเนินการล่าช้า คือ จังหวัดพะเยา ซึ่งมีนักกายอุปกรณ์เพียง ๑ คน และต้องรับผิดชอบในการผลิตกายอุปกรณ์อื่นๆด้วย ผู้นิเทศได้ ประสานกับสถาบันสิรินธรฯ แล้ว จะดำเนินการให้ครบถ้วนภายในปีนี้ ทุกจังหวัดมีการดำเนินงานบูรณาการระบบดูแลสุขภาพคนพิการการเคลื่อนไหว/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่พันระยะวิกฤตผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ โดยมีคณะทำงานชัดเจนและมีกองทุนสนับสนุนชุมชนมีส่วนร่วม การประสานงานตลอดจน

การบูรณาการงานเข้าด้วยกันในระดับพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของกระทรวงพัฒนาสังคมและ
ทรัพยากรมนุษย์ ศูนย์สิรินธรฯ มีแผนยุทธศาสตร์ด้านคนพิการระดับจังหวัดเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ตลอดจน
มีการเชื่อมโยงแผนงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแล
แบบประคับประคองเข้าด้วยกัน

ประเด็น รพศ./รพท. จำนวน ๙ แห่ง มีการปรับสภาพแวดล้อมมีสิ่งอำนวยความสะดวกให้คน
พิการ/สูงอายุเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ ร้อยละ ๑๐๐ (ประเมินตนเองคะแนนร้อยละ
๗๔-๑๐๐) ที่อยู่ในส่วนต้องปรับปรุง คือ โครงสร้างและการให้ข้อมูลแก่ผู้พิการ อยู่ในระหว่างดำเนินการให้
พร้อมและสมบูรณ์

การดำเนินการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้พิการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง
การแพทย์แห่งชาติได้ดำเนินการร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ สำรวจในจังหวัดแพร่ และ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง สำรวจในจังหวัดเชียงราย โดยสำรวจ ๗ ประเภทความพิการ
ประกอบด้วย ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ทางการเห็น ทางการได้ยินและสื่อความหมาย
ทางจิตใจหรือพฤติกรรมทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ และทางออทิสติก อยู่ในระหว่างวิเคราะห์ข้อมูล

หัวข้อ : ระบบการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ได้มาตรฐาน

มาตรการที่ ๑ : บูรณาการระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพให้ได้มาตรฐาน ๕ ระบบ และ ๕ มิติ

๕ กลุ่มโรค ๕ มิติ เป็นเรื่องใหม่ ผู้รับผิดชอบงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง อาจไม่ทราบกันอย่างทั่วถึง
และเนื่องจากข้อมูลแต่ละมิติในประเด็นโรคเดียวกัน อาจอยู่กระจัดกระจาย ในหลากหลายกลุ่มงาน หรืออาจ
อยู่นอกหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข จึงควรกำหนดโครงสร้างหรือผู้รับผิดชอบชัดเจน
ให้มีคณะกรรมการเฝ้าระวังโรคและภัยเพื่อบูรณาการการเฝ้าระวังโรคและภัยในระดับจังหวัด เพื่อถ่ายทอด
และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโรคให้เข้าใจ สามารถจัดหาและจัดการข้อมูลเบื้องต้นได้เอง รวมถึง
ผู้บริหารควรสนับสนุน ผลักดันการใช้ประโยชน์ข้อมูลในงานต่าง ๆ กำหนดให้มีเวทีการนำข้อมูลไปใช้
ประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ เช่นการจัดทำแผนงาน การกำหนดมาตรการเชิงรุก เป็นต้น

มาตรการที่ ๒ : การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

ความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินมีเพียงระดับหนึ่งไม่เพียงพอต่อการ
จัดการสาธารณสุขในพื้นที่ การใช้ระบบเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และ
สาธารณสุข (ระบบ ICS) ยังนำไปใช้ได้ไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาด เช่น กรณี
การระบาดของโรคไข้เลือดออก สำหรับเรื่องการเตรียมความพร้อมรับโรค MERS-CoV ห้องที่เตรียมรับผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นห้องพิเศษปกติ และจุดคัดกรองในโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่เหมาะสม ไม่ได้เป็น
แบบ One stop service

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สนับสนุนให้มีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์ รวมถึงบุคลากรให้พร้อมอยู่เสมอ รวมถึงมี
การสำรวจและจัดทำแผนพัฒนา เพื่อเสนอผู้บริหารในระดับจังหวัด/กระทรวง เพื่อขอสนับสนุนให้มีการเตรียม
เครื่องมืออุปกรณ์ ตลอดจนการจัดเตรียมห้องแยกเพื่อรับโรคติดต่ออันตรายที่ได้ตามมาตรฐานทุกโรงพยาบาล
อย่างน้อยแห่งละ ๑ ห้อง

มาตรการที่ ๓ : พัฒนาระบบควบคุมโรคในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ และจังหวัดชายแดนให้ได้ ตาม IHR ๒๐๐๕

จังหวัดชายแดนมีการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามเกณฑ์กฎอนามัยระหว่างประเทศ ๑๒ เป้าหมาย เป็นเรื่องใหม่ บางจังหวัดยังไม่เข้าใจ และคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน แต่จริงๆแล้วเป็นเรื่องที่ทำอยู่แล้วในการกิจปกติ เพียงแต่พัฒนาให้มีความเข้มข้นและเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อรองรับกับปัญหาโรคและภัยที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในภาวะที่มีการเคลื่อนย้ายของประชากรต่างด้าวในพื้นที่ชายแดน ดังนั้นจังหวัดควรพัฒนาตนเองตามเกณฑ์ที่ผู้ประเมิน (Internal Audit) ให้ข้อเสนอแนะไว้ โดยในเขตสุขภาพที่ ๑ มีจังหวัดน่าน และเชียงรายเป็นจังหวัดนำร่องในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดชายแดน

มาตรการที่ ๔ : สนับสนุนการพัฒนาฐานข้อมูลประชากรต่างด้าว และพัฒนาอาสาสมัคร สาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการจัดการสุขภาพชุมชนและการพัฒนาคุณภาพชีวิต (จังหวัดเชียงราย)

ยังมีข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีการเคลื่อนย้ายตลอดเวลา จึงมีข้อมูลชุมชนและจำนวนประชากรของแรงงานต่างด้าวในเชิงปริมาณ แต่ยังขาดข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ อายุ ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลการได้รับภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

ควรพัฒนา อสต.ให้มีจำนวนเพียงพอในแต่ละชุมชนต่างด้าว เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังและแจ้งข่าวโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน

คณะที่ ๒ พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

หัวข้อ : ระบบบริการปฐมภูมิ

หัวข้อ การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS)

จากการตรวจราชการในรอบที่ ๒ ทุกจังหวัดมีการขับเคลื่อน DHS ในทุกจังหวัด โดยเฉพาะการเยี่ยมสำรวจที่หลายจังหวัด ได้มีการบูรณาการร่วมกับงานควบคุมโรค เป็น DHS PCA DC และบางแห่งก็ผนวกกับเรื่องทีมหมอกกรอบครัว (FCT) บางจังหวัดบูรณาการทั้ง DHS-PCA-FCT-DC-NCD คุณภาพโดยบูรณาการร่วมกับทีม สคร.๑๐ สำหรับกระบวนการประเมินตนเอง ทุกจังหวัดมีการดำเนินการ บางจังหวัดใช้กรอบ ๖ Building blocks plus ร่วมกับเครื่องมือ DHS-PCA ของเขตที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้ยังมีการต่อยอดจากงานเดิม เช่น สมัชชาสุขภาพ ตำบลจัดการสุขภาพ ตำบลสุขภาพ ฯลฯ มีการใช้กระบวนการ DHML เป็นกลไกหนุนเสริมและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระตุ้นช่วยกันระหว่างเครือข่ายต่างๆ และมีหลายอำเภอ ที่สามารถบริหารจัดการ การเงิน การคลัง ระบบสนับสนุน ทั้ง ยา เวชภัณฑ์ ระบบ IC ระบบจ่ายกลาง ในภาพเครือข่ายสุขภาพได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามบางอำเภอยังขาดการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มค้นหาปัญหาของพื้นที่อย่างแท้จริง

๑. หมอประจำครอบครัว (Family Care Team)

ทุกจังหวัดมีทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ครบ และมีการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องมีการพัฒนาเชื่อมโยงกับ งานเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีอยู่ และต่อยอดจากการพัฒนาทีม Homecare Manager และศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่เขตจัดให้ โดยมีต้นแบบมาจากจังหวัดเชียงใหม่ ในการดำเนินงานแต่ละจังหวัด มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การถ่ายทอดนโยบาย ที่เป็นรูปธรรม มีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ แต่ยึดกลุ่มเป้าหมาย ตามที่กระทรวงและเขตกำหนดไว้ บางจังหวัด มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมที่เข้มแข็งสามารถจัดการดูแลแบบต่อเนื่องได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัญหาในการจัดการข้อมูล ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์

ทั้งในการดูแลผู้ป่วย และการรายงานผลการดำเนินงานที่สะดวก และไม่เป็นภาระสำหรับผู้ปฏิบัติ ซึ่งก็มีหลายจังหวัดพยายามพัฒนาอยู่

๒. การดำเนินงาน Palliative care

ทุกจังหวัดมีการดำเนินงาน ต่อเนื่องจากงาน Palliative care ที่ดำเนินการอยู่แล้ว มีหลายโรงพยาบาลที่สามารถบูรณาการกับงาน Home Health Care และทีมหมอครอบครัว ได้ชัดเจน และมีผู้รับผิดชอบเป็นทีมเดียวกัน แต่หลายแห่งก็ยังแยกกันอยู่ แต่สามารถประสานข้อมูล และระบบการดูแลที่เชื่อมโยงกันได้ นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำศูนย์อุปกรณ์ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่นำไปใช้ที่บ้าน โดยบางแห่งได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด บางแห่งเป็นเงินบริจาค และเงินบำรุง ซึ่งทำให้เกิดความเข้าถึงบริการ และลดภาระของโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังมีทีมที่เป็นจิตอาสาทั้งจากในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลเข้าร่วมเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- ผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอให้ความสำคัญ
- มีเครือข่ายทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กายภาพบำบัด ที่เข้มแข็ง
- การจัดโครงสร้าง เพื่อกำกับ พัฒนา และรูปแบบการขับเคลื่อนที่เหมาะสมทั้งในระดับอำเภอ และจังหวัด
- มีการใช้ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับตำบล

ประเด็นในการพัฒนาต่อเนื่อง

- การพัฒนาระบบกำกับติดตาม ระบบข้อมูลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และไม่เป็นภาระสำหรับผู้ปฏิบัติงานมากเกินไป
- การปรับกรอบแนวคิดสำหรับผู้ปฏิบัติ ที่ให้ยึดพื้นที่เป็นศูนย์กลาง และการบูรณาการงานทุกระดับ

หัวข้อ ระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

เขตสุขภาพที่ ๑ ประกอบด้วย ๘ จังหวัดภาคเหนือ โดยแบ่งเป็น ๓ เครือข่าย ได้แก่ ล้านนา ๑ เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน ล้านนา ๒ ลำปาง แพร่ น่าน และล้านนา ๓ เชียงราย พะเยา โดยมีโรงพยาบาลระดับ A คือ นครพิงค์ ลำปาง และ เชียงราย ประชาณุเคราะห์ S คือ ลำพูน แม่ฮ่องสอน แพร่ น่าน พะเยา

- มีการจัดทำแผนระบบบริการในสาขาต่างๆ ๑๖ สาขา โดยใช้ ๖ BB ในการวางแผนงาน บุคลากร และ อาคารสถานที่ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์

- มีการดำเนินงานโดยมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (พสร.) ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับตามศักยภาพ

- ใช้ดัชนีผู้ป่วยในเพื่อควบคุมงานบริการให้เป็นไปตามขอบเขตความรับผิดชอบตามภารกิจ

- ภาพความเป็นเขตสุขภาพจะชัดเจนขึ้นตามลำดับ ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการสร้างเครือข่ายการจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนา และการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของ CMI เป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล จำเป็นต้องรับผู้ป่วยในที่มีดัชนีผู้ป่วยในต่ำ ในส่วนของการบันทึกเวชระเบียนได้มีการตรวจสอบให้ถูกต้อง เพื่อเพิ่มค่า RW

สาขาทารกแรกเกิด

- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาทารกแรกเกิดยังไม่เพียงพอ ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป

- จำนวนเตียง NICU มีปริมาณเพียงพอ (ยกเว้น รพ.ชร. ซึ่งมีแผนขยายอีก ๘ เตียงเพื่อลดความแออัด) แต่ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

- อัตราตายทารกแรกเกิดมีแนวโน้มลดลง แต่การเกิด birth asphyxia สูงขึ้น และมีความจำเป็นที่
จะต้องมีระบบ cooling system ในโรงพยาบาลระดับ A

- TPN โรงพยาบาลระดับ A สามารถผลิตได้ แต่โรงพยาบาลระดับ S ผลิตได้ไม่เต็มรูปแบบ เนื่องจาก
สถานที่จะต้องมีระบบ lamina flow แก้ปัญหาโดยการจัดระบบ TPN delivery ในเครือข่ายล้าหน้า ๑,๒,๓

สาขาอุบัติเหตุ

- ข้อมูลอัตราตายจากอุบัติเหตุยังมีความคลาดเคลื่อน (หลากหลายแหล่งข้อมูล)
- โรงพยาบาลมีความพร้อมในการรับสถานการณ์ฉุกเฉิน
- ระบบการช่วยเหลือนอกโรงพยาบาลยังมีความแตกต่างกันมาก
- เครือข่ายการส่งต่อมีการพัฒนาศักยภาพตามลำดับ
- ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะศัลยแพทย์ / ประสาทศัลยแพทย์

สาขาโรคหัวใจ

- ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Stemi ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือด มากกว่า
ร้อยละ ๗๐ ผลงาน ๗๖.๘๔

- มีการจัดตั้ง Wafarin clinic ครบทุกแห่งในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M๒ โดยสหวิชาชีพ
- มีศูนย์โรคหัวใจระดับ ๑ จำนวน ๓ แห่ง
- มีการให้บริการตรวจรักษาโรคหัวใจใน รพท. (ศูนย์โรคหัวใจระดับ ๓) ทุกจังหวัด
- รพช. ระดับ F๒ ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ (๖๙ แห่ง จาก ๘๗ แห่ง)
- มีการจัดตั้ง Wafarin clinic ครบทุกแห่งในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M๒ โดยสหวิชาชีพ
- ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI) ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือด

(PPCI+SK) มากกว่าร้อยละ ๗๐ ผลงานร้อยละ ๗๖.๗๔

- มีการจัดตั้ง heart failure clinic ในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ผลงานร้อยละ ๕๗.๗
- ระบบการพัฒนาเครือข่าย มีเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างเป็นระบบตั้งแต่ DHS

สาขาหัวใจและหลอดเลือด

- มีการจัดตั้ง Heart failure clinic ในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ยังจัดตั้งไม่ครบ เนื่องจากขาด
ความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น ขาดพยาบาลวิชาชีพที่เป็น Case manager เกสlinger
นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ โรงพยาบาลหลายแห่งยังไม่มียาครบตามมาตรฐานการรักษา

- ระบบการส่งกลับ รพช. หรือเชิงรุกสู่ รพ.สต. ยังไม่ชัดเจน ด้วยภาระงานของผู้ปฏิบัติงานไม่
เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ : กระตุ้น และเป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพ.สต.ในการคัดกรอง ป้องกันกลุ่มเสี่ยง และดูแล
ต่อเนื่องเมื่อส่งกลับ

- บุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานโดยเฉพาะพยาบาลห้องตรวจสวนหัวใจ ต้องอยู่เวรตลอดทั้ง
เดือน คุณภาพชีวิตไม่มี เกิดความเหนื่อยล้า มีข้อจำกัดในการทำ PCI และต่อเนื่องของพยาบาลในระบบตั้งแต่
พยาบาลหน่วยตรวจ Non invasive พยาบาลในหอผู้ป่วย CCU, ICU CVT และ Ward CVT

ข้อเสนอแนะ : จัดหาอัตรากำลังเพิ่ม เพื่อให้เพียงพอกับการรองรับการดูแลผู้ป่วยทั้งเครือข่ายและ
รองรับการให้บริการนอกเวลาราชการ case emergency ของห้อง Cath lab CCU และ CVT

- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรของห้อง cath lab พยาบาลไม่มีหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
รองรับ ทำให้การตรวจประเมินไม่ผ่านมาตรฐาน และการพัฒนาศักยภาพพยาบาล Case manager หรือ
พยาบาลประจำหอผู้ป่วย CCU, CVT หลักสูตรที่เปิดสอนรับเข้าอบรมน้อย ไม่เพียงพอเหมาะสมกับสัดส่วน

พยาบาลที่จะส่งเข้าอบรม และวิชาชีพอื่นๆ เช่นเภสัชกร นักกายภาพบำบัดหัวใจ

ข้อเสนอแนะ : ให้เปิดหลักสูตรการอบรมเฉพาะทางสาขาโรคหัวใจเพิ่มขึ้นในวิทยาลัยพยาบาลต่างๆ หรือในศูนย์โรคหัวใจต่างๆให้พัฒนาแหล่งฝึกหรือสถานศึกษาให้พอเพียงกับความต้องการของแต่ละโรงพยาบาล

- บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจโดยเฉพาะสวัสดิการ หรือค่าตอบแทน เช่นเงินเพิ่ม พตส.ของพยาบาลห้อง cath lab ที่มีโครงสร้างเทียบเท่ากับ OPD หรือ การเลื่อนตำแหน่งต่างๆ

ครุภัณฑ์/เครื่องมือ อุปกรณ์มีไม่เพียงพอ เช่น

- ยังไม่มีเครื่องเจาะ PT/INR ใน warfarin clinic ของ รพช.

- ยังไม่มีเครื่องมือในการทำ EP study and Radiofrequency ablation

- ยังไม่มีเครื่องscanner ประสิทธิภาพสูงในการ scan ผล Echo เพื่อส่งต่อให้ รพช. หรือเก็บรักษา

ผลการตรวจ

- รพ.สต.ไม่มีเครื่องตรวจ EKG ๑๒ lead จะได้คัดกรองเมื่อแรกเริ่มมีอาการเจ็บอก

- ไม่มีระบบTelemetry หรือ Mobile CCU เพื่อรองรับการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

- ยา SK มีภาวะแทรกซ้อนและให้ยาก รพช.ไม่กล้าให้ จึงควรปรับเปลี่ยนการใช้ยาละลายลิ่มเลือด

เป็นชนิด Tenecteplase (TNK) ,Metalyte

- ไม่มีครุภัณฑ์การแพทย์เพื่อรักษาคนไข้ที่มีความซับซ้อน เช่น Rotablator, OCT เป็นต้น

- ไม่มีหอผู้ป่วยที่รองรับผู้ป่วยหัวใจที่แยกเป็นเอกเทศ

ข้อเสนอแนะ:

- ของบประมาณสนับสนุนในการจัดซื้อ strip ของการตรวจ PT/INR จัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมในการดำเนินงาน เช่น ควรจัดหา Mobile CCU สำหรับการรองรับผู้ป่วยของหน่วย EMS หรือ รพช.ที่มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ

- ขอรระบบ PAC สำหรับข้อมูลการตรวจพิเศษทางหัวใจ เช่น ข้อมูล EKG,Echo., EST, Holter recorder, Cath lab เป็นต้นเพื่อสามารถรวบรวมข้อมูลการตรวจวินิจฉัยทุกอย่างของโรคหัวใจและเหมาะสมสำหรับปริมาณแพทย์ที่น้อย

- การพัฒนา IT สารสนเทศ เรื่องฐานข้อมูลผู้ป่วยไม่สามารถเชื่อมต่อกันได้ทุกโรงพยาบาล เพื่อจะได้ส่งต่อข้อมูล feed back ข้อมูลให้กับ รพช. และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ วางแผนหาโอกาสพัฒนาในแต่ละตัวชี้วัด

ข้อเสนอแนะ : พัฒนาโปรแกรมที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ทุกโรงพยาบาลในเครือข่าย

สาขาโรคมะเร็ง

เขตสุขภาพที่ ๑ ประกอบด้วย จังหวัดภาคเหนือตอนบนแบ่งเป็น ๓ เครือข่ายย่อย ตามบริบทของลักษณะภูมิศาสตร์ เส้นทางการคมนาคม และภูมิสังคมของประชาชน คือ

ล้านนา ๑ : เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน

ล้านนา ๒ : ลำปาง แพร่ น่าน

ล้านนา ๓ : เชียงราย พะเยา

โดยมีโรงพยาบาลลำปาง รับผิดชอบเป็นประธานการพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๑ ในการบริหารจัดการระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ เน้นการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในเครือข่าย ให้มีการบริหารจัดการ ที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคมะเร็ง และมีแผนการพัฒนาบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๑ เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาการดูแลรักษา

อย่างต่อเนื่อง เกิดการเชื่อมโยงของทรัพยากร และระบบงานสาธารณสุข ให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันละกันใน เครือข่ายทั้งในแง่ของแพทย์ อุปกรณ์วินิจฉัยและรักษา มีการพัฒนาแนวทางระบบส่งต่อ ที่มี ประสิทธิภาพ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จนถึงระดับ excellence center โดยเฉพาะจังหวัด ท่างไกล เช่น น่าน แม่ฮ่องสอนเพื่อหวังลดอุบัติเหตุและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตามนโยบายและแผนการพัฒนางานสาธารณสุขแห่งชาติ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบประเด็นปัญหา ๔ ด้าน ได้แก่

ระบบบริการ

๑.๑ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลการรักษา ยังขาดการเชื่อมโยงในระดับเครือข่ายและยังพบ สัดส่วนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งไปโรงพยาบาลสวนดอกยังสูงอยู่

- มีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล โดยการใช้ โปรแกรม Thai refer ในเขตสุขภาพ

- โรงพยาบาลนครพิงค์ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง เพิ่มขึ้น (Med.onco ๒,Gyne onco ๑ , Hemato. med ๑) ทำให้เพิ่มศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีความซับซ้อน และครอบคลุม กลุ่มโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นสามารถรองรับบริการในเขต ล้านนา ๑ ได้ ลดการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งไปโรงพยาบาล สวนดอกได้ในระดับหนึ่ง

- มีระบบไลน์แพทย์ Consult ของแต่ละล้านนา

- ล้านนา ๓ ส่งผู้ป่วยมะเร็งมารับการฉายรังสี ที่โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพิ่มมากขึ้น

- โรงพยาบาลมะเร็ง พัฒนาระบบการบริการเพื่อลดระยะเวลาการฉายรังสีรักษา โดยประกันระยะเวลาการฉายรังสีตามแผนการฉายรังสี ๑๒ มิติ และ ๒๐ มิติ ไม่เกิน ๒ วันทำการ

- ระบบข้อมูลสารสนเทศมะเร็ง มีโรงพยาบาลมะเร็งลำปางจัดทำ population base ของเขต สุขภาพที่ ๑ ได้ดี แต่การจัดทำ hospital base ของแต่ละจังหวัด กำลังดำเนินการพัฒนา ขาดทีมบุคลากร เฉพาะ ในการจัดทำข้อมูลทะเบียนมะเร็ง โดยเฉพาะนักเวชสถิติ ส่วนโปรแกรมการเก็บข้อมูลยังมีหลากหลาย และ ยังไม่มีหน่วยทะเบียนมะเร็งชัดเจน

- ในปีที่ผ่านมา มีการกำหนดนโยบายชัดเจน ในการให้จัดทำ hospital base ของโรงพยาบาล ในระดับ A,S ซึ่งมีดำเนินการเป็นรูปธรรมเพิ่มมากขึ้น โดยแต่ละโรงพยาบาลมีโปรแกรมชัดเจนในการจัดทำ ข้อมูล ซึ่งอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล และโรงพยาบาลน่าน ได้ดำเนินการจัดทำ Hospital base เป็นรูปเล่ม สมบูรณ์แล้ว

๑.๒ ศักยภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล ระดับ M, F ยังไม่เป็นไปตามกรอบที่ service plan กำหนด บุคลากรในโรงพยาบาล ระดับ M, F ยังไม่รองรับการพัฒนาการให้บริการรักษาผู้ป่วย มะเร็งทั้งจำนวน และทักษะการรักษา

- มีการพัฒนาโรงพยาบาลระดับ M๑ ให้ยาเคมีบำบัด first line drug แบบ one day chemotherapy ได้

- โรงพยาบาลจอมทอง (M๑ เชียงใหม่) เปิดบริการ ๒ เตียง ๓ มีนาคม ๒๕๕๘ ขยายเป็น ๔ เตียงเดือน สิงหาคม ๒๕๕๘

- โรงพยาบาลสันกำแพง (F๒ เชียงใหม่) เปิดบริการ ๑๐ เตียง ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ขยาย ๓๐ เตียง ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๘

- โรงพยาบาลฝาง (M๑ เชียงใหม่) วางแผนเปิดบริการปี ๒๕๕๙ อยู่ระหว่างการเตรียมห้อง ผสมยา /Isolator

- ส่วนโรงพยาบาลเชียงคำ (M๑ พะเยา) พบว่าสถิติที่โรงพยาบาลพะเยามีจำนวนผู้ป่วยให้น้อย, ไม่คุ้มที่จะลงทุนเปิด one day chemotherapy ที่ M๑ และผู้ป่วยสะดวกในการเดินทางภายในจังหวัด จึงยังไม่เปิดบริการ

๑. บุคลากร

๑.๑ ขาดแคลนบุคลากรเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งทุกสาขาทั้งในโรงพยาบาลระดับ A, S, M, F

- มีแผนขอสนับสนุนแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง

- มีแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกสาขา

๒. ครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง

๒.๑ บางโรงพยาบาลมีปัญหาด้านพื้นที่ที่จำกัด กำลังอยู่ระหว่างการพิจารณาปรับพื้นที่ภายใน

๒.๒ ไม่มีห้องผู้ป่วยในรับยาเคมีบำบัด , ห้องผสมยาเคมีบำบัดไม่ได้มาตรฐาน

๒.๓ จำนวนห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ เสียบ่อยอายุการใช้งาน บางรายการยังไม่มีเครื่องมือสนับสนุน

๓. นโยบายและงบประมาณ

๓.๑ จากอุบัติการณ์การเกิดและเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ๕ อันดับโรคราก คือ มะเร็งปอด, ตับ และท่อน้ำดี, ปากมดลูก, เต้านม และลำไส้ใหญ่พบว่า นโยบายของกระทรวง เน้นการตรวจคัดกรองมะเร็ง เต้านม และปากมดลูก มีมาตรฐานการคัดกรองรองรับในการปฏิบัติงาน แต่ไม่สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคของพื้นที่เขตสุขภาพ

๓.๒ การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ตามนโยบายแผนการพัฒนา service plan ค่อนข้าง ยุ่งยาก ซับซ้อน มีความยาก หลากหลาย ในการเก็บข้อมูล และมีตัวแปรในการผันผวนค่อนข้างสูงต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ตอบสนองตัวชี้วัดตามเป้าหมาย

๓.๓ ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งนอกเหนือจากมะเร็งเต้านม และปากมดลูก

ความภาคภูมิใจ ภายในเขตสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

๑. มี best practice สาขาโรคมะเร็ง หลายเรื่อง มีการนำเสนอ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายใน และภายนอกเขตสุขภาพ

๒. มีการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีสัมพันธภาพที่ดีภายในเครือข่าย และมีระบบการช่วยเหลือกัน ภายในเครือข่าย ทำให้ภาพความเป็นเขตสุขภาพ สาขาโรคมะเร็งชัดเจนขึ้นตามลำดับ

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

เขตสุขภาพที่ ๑ มีการดำเนินการเพื่อลดอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาตรการที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน คือ มีการจัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) มีการจัดระบบบริการ ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และการให้ยาละลายลิ่มเลือด (PA-rt) ในโรงพยาบาลดังนี้

	Stroke Unit	จำนวนเตียง	Stroke Fast Track	อัตราการให้ IV Rt-PA	จำนวนตาย (ราย)
เชียงใหม่		ประสาทเชียงใหม่ ๑๐ เตียง มหาราชนครเชียงใหม่ ๔ เตียง นครพิงค์ ๑ เตียงใน ICU Med		๒.๐๙	๗ (ข้อมูลประสาทเชียงใหม่)
ลำพูน		๔ เตียง		๖.๓๗	๑๓

	Stroke Unit	จำนวนเตียง	Stroke Fast Track	อัตราการให้ IV Rt-PA	จำนวนตาย (ราย)
แม่ฮ่องสอน	+	๑ เตียงใน ICU Med		๒.๓๒	๕
ลำปาง		๔ เตียง		๗.๘	๕๔
แพร่	+	๔ เตียงใน อช และ อญ		๓.๑๘	๒๓
น่าน	+	๑ เตียงใน ICU Med		๑๑.๘๕	๑๒
เชียงราย		๘ เตียง		๕.๖๔	๕๙
พะเยา (และเชียงคำ)	+	๑ เตียงใน ICU Med		๔.๖๘	๗
รวม	๔/๙	๓๐ (๓๘)	๙/๙	๕.๒๙	๑๗๓/๓๔๘๔

ในเขตสุขภาพที่ ๑ มีระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองที่ได้มาตรฐานและครอบคลุม มีการเก็บข้อมูล ตัวชี้วัดคุณภาพของแต่ละโรงพยาบาล แต่ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูล ระหว่างโรงพยาบาล ระหว่างจังหวัดในเขต มีการดำเนินงานเชื่อมต่อการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลหลังจำหน่าย (Post Stroke Care) แต่ยังคงขาดการบันทึก ติดตามผล เมื่อส่งกลับยังโรงพยาบาลชุมชน/รพ.สต. หรือการเกิดเป็นซ้ำ (Recurrent Stroke) ควรมีการทำวิจัย (mini-research) เพื่อหาโอกาสพัฒนาและเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วย NCD

คณะที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการ

การพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ ๑ ทุกจังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการการเงินการคลังระดับจังหวัดและระดับอำเภอ มีการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง และต้นทุนบริการ นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัดและคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หน่วยบริการได้จัดทำแผนประมาณการรายได้และค่าใช้จ่าย พร้อมทั้งกำกับกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน แต่ยังคงพบว่ามีหน่วยบริการร้อยละ ๖ ที่ไม่ได้รายงานผลการวิเคราะห์ดัชนีทางการเงิน ให้ผู้บริหารทราบเป็นประจำทุกเดือน ในส่วนการพัฒนาคุณภาพระบบบัญชี ในภาพรวมทุกจังหวัดยังต้องพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลรายได้และลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลให้ครบถ้วน ถูกต้อง สอดคล้องกันระหว่างข้อมูลบริการรายสิทธิ กับหน่วยเรียกเก็บและงานการเงิน รวมถึงข้อมูลการบริหารพัสดุ ที่ต้องนำไปบันทึกบัญชีสินทรัพย์ เจ้าหน้าที่การค้าและรายจ่ายที่มีคุณภาพ ภาพรวมในไตรมาสที่สาม มีหน่วยบริการที่ประสิทธิภาพวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ ร้อยละ ๑๔ ด้านการควบคุมภายใน ดำเนินการตรวจสอบภายใน ตามแผนที่จัดทำไว้ และกำหนดแผนประเมินความเสี่ยงภายในเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๘ การวิเคราะห์ต้นทุนบริการแบบ Quick Method พบว่า มีหน่วยบริการร้อยละ ๘๖ ได้ประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนแล้วเสนอผู้บริหารเป็นประจำทุกเดือน นอกจากนี้ ยังพบว่าหน่วยบริการ ๘ แห่ง ที่มีต้นทุนผู้ป่วยนอกเกินเกณฑ์เฉลี่ย และจำนวน ๑๓ แห่ง ที่มีต้นทุนผู้ป่วยในเกินเกณฑ์เฉลี่ย มีการใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาบริการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๕๒ ดังนั้น การบริหารจัดการการเงินและการกำกับ รายจ่าย (Plan Financial) ตลอดถึงการเพิ่มผลผลิตการให้บริการ (Productivity) ให้สะท้อนการบริโภคทรัพยากรที่เหมาะสม คุ้มทุน อีกทั้งโรงพยาบาลในเขต ได้มีการวิเคราะห์ต้นทุนบริการแบบ Modified full cost method ต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๗๕ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการประเมินคุณภาพ และควรส่งเสริม สนับสนุนรูปแบบการวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ในรายละเอียดต้นทุนบริการที่แม่นยำและตรงกว่าของแต่ละศูนย์ต้นทุน

การดำเนินงานตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่ดำเนินการตามนโยบายซึ่งกำหนดให้ทุกจังหวัดดำเนินการตรวจสอบภายใน ปีละ ๒ ครั้ง จังหวัดลำปาง แพร่และเชียงราย ดำเนินการ

ครบทุกแห่งๆ ละ ๒ รอบ สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน น่านและพะเยา ดำเนินการครบทุกแห่งๆ ๑ ครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่า ทีมตรวจสอบภายในบางจังหวัดยังขาดการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ และคณะกรรมการการเงินการคลังจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาดำเนินงานร่วมกัน ระบบควบคุมภายใน ยังขาดความร่วมมือในการวิเคราะห์ปัญหาและความเสี่ยง ไม่ครอบคลุมทุกภารกิจ ทั้งด้านบริหาร บริการ วิชาการ ส่วนใหญ่จะมีเฉพาะด้านการเงินการคลัง FAI

การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์มีैया พบว่า ความสามารถในการลดต้นทุนยาและเวชภัณฑ์มีैया ของหน่วยบริการไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เว้นแต่จังหวัดน่าน ที่ลดวัสดุชั้นสูตรวัสดุการแพทย์และวัสดุทันตกรรม ร้อยละ ๑๑.๕; ๑๘.๓ และ ๑๔.๓ ตามลำดับ ส่วนจังหวัดลำพูน ลดวัสดุการแพทย์ ร้อยละ ๑๔.๗ การเพิ่มขีดความสามารถของหน่วยบริการในแต่ละระดับตาม Service Plan ในการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคมะเร็งหัวใจ และการเพิ่มความครอบคลุมการैयाแก่ผู้ป่วย DM/ HT/ จิตเวช ฯลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น เป็นปัจจัยหลักในการทำให้เพิ่มมูลค่าการैयाและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีैयाร่วมระดับจังหวัด (ร้อยละ ๒๐ ของการจัดซื้อทั้งหมด) จังหวัดลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอนและพะเยา ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งการติดตาม กำกับและการใช้ประโยชน์ข้อมูลรองรับประสิทธิภาพการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นการเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ในหน่วยงานระดับจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เขตสุขภาพที่ ๑) ให้มีวินัย คุณธรรม จริยธรรมและป้องกันการกระทำผิด หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๘ แห่ง และหน่วยงานโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ๙ แห่ง ได้มีการดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด คือ ได้มีการประชุมชี้แจงแต่งตั้งคณะกรรมการ จัดทำแผนเสร็จเรียบร้อยและดำเนินการตามแผนแล้ว ส่วน รพท. ๒ แห่ง ที่ยกฐานะขึ้นใหม่ กำลังจัดประชุมชี้แจงแต่งตั้งคณะกรรมการ ส่งผลให้การส่งเสริมป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบ บรรลุวัตถุประสงค์

การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล ประเด็น เสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ทุกจังหวัดมีการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม โดยรวมที่ระดับ ๓ ร้อยละ ๖๗ ระดับ ๔ ร้อยละ ๑๖ และระดับ ๑ และ ๒ ร้อยละ ๑๓ และ ๔ ตามลำดับ

คณะที่ ๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

กระบวนการบริหารจัดการ

การดำเนินงานด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขตมีกระบวนการในการบริหารจัดการ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต ในส่วนของจังหวัดมีกระบวนการดำเนินงานแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด และด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) เพื่อทำหน้าที่ในการสรุปทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาของเขตและจังหวัด พร้อมทั้งกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางการแก้ไขเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ปัญหาที่สำคัญของเขตและจังหวัดโดยจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันสรุปผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัดได้ดังนี้

๑. คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต

ได้จัดการประชุมคณะกรรมการฯ จำนวน ๑ ครั้ง และจัดทำโครงการพัฒนาโครงการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แต่ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจึงยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ ต่อ

๒. คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ/คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด

ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัดที่ชัดเจน แต่กลไกการทำงานยังเน้นการทำงานแบบปกติ คือ กลุ่มงานคุ้มครองฯ จะมอบหมายงานให้ทีมอำเภอทำงานและดำเนินการติดตามและประเมินผลเอง โดยไม่ได้ใช้กลไกของคณะกรรมการจังหวัดในการผลักดันงานคุ้มครองผู้บริโภค

จากการสรุปทบทวนปัญหาในแต่ละจังหวัดพบว่าปัญหาที่สำคัญมีดังนี้

๑. การโฆษณาไม่ถูกต้องตามกฎหมายทางวิทยุชุมชน ได้แก่ แพร่ น่าน ลำปาง เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน
๒. น้ำมันทอดซ้ำ ได้แก่ แพร่ เชียงราย ลำพูน
๓. ผักผลไม้ปนเปื้อนยาฆ่าแมลง ได้แก่ แพร่ พะเยา แม่ฮ่องสอน
๔. ยาเสพติดในชุมชน ได้แก่ แพร่ พะเยา ลำปาง
๕. ขยายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายในร้านชำหรือตลาดนัด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน
๖. น้ำบริโภคไม่ผ่านมาตรฐาน ได้แก่ น่าน ลำพูน แม่ฮ่องสอน
๗. คุณภาพนมโรงเรียน ได้แก่ ลำปาง
๘. Primary GMP ได้แก่ ลำปาง

ปัญหาดังกล่าวข้างต้นอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนของแต่ละจังหวัด

๓. ร้อยละของเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ณ สถานที่ผลิตผ่านมาตรฐานตามประกาศฯ กำหนด (๒๐-๔๐ ppm)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของจังหวัดมีการดำเนินการติดตามเฝ้าระวังแหล่งผลิตทุกปี และตรวจสอบสถานที่ผลิตทุกแห่ง จังหวัดที่ไม่มีสถานที่ผลิตเก็บตัวอย่างเกลือในสถานที่จำหน่าย แต่ค่าของไอโอดีนในเกลือยังไม่สม่ำเสมอตามมาตรฐาน จึงควรเน้นย้ำให้ผู้ผลิตมีกระบวนการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพเกลือที่ผสมและแบ่งบรรจุเบื้องต้น ให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดด้วยตนเองเบื้องต้น ร่วมกับให้เจ้าหน้าที่

๔. ร้อยละของการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริม และสถานพยาบาลผิดกฎหมายได้รับการจัดการ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความหลากหลายและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ประกอบกับการโฆษณาหลากหลายรูปแบบในการชักจูงให้ประชาชนหลงเชื่อ นอกจากนี้พบว่าสถานวิทยุชุมชนมีการโฆษณาชวนเชื่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารเสริมผ่านทางวิทยุชุมชน ประกอบกับสถานีวิทยุชุมชนมีพื้นที่ขออนุญาตและไม่ได้ขออนุญาตกับ กสทช. ดังนั้น จึงควร (๑) ประสานงานการดำเนินการร่วมกับ (กสทช.) (๒) สํารวจสถานีวิทยุชุมชนในพื้นที่ทั้งที่ขออนุญาตถูกต้องและไม่ถูกต้องให้ครบถ้วนเพื่อจะได้ดำเนินการเฝ้าระวังได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง (๓) สื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้และเข้าใจถึงการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องเพื่อที่จะไม่หลงเชื่อการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย (๔) เพิ่มเป้าหมายการตรวจสอบให้ครอบคลุม

ส่วนการโฆษณาสถานพยาบาลผิดกฎหมายมีการโฆษณาโอ้อวด ชวนเชื่อ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือนและศรัทธา ผู้รับผิดชอบทุกจังหวัดสามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมาย แต่อย่างไรก็ตามควรเฝ้าระวังสื่อโฆษณาอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อให้ประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการใช้บริการจากสถานพยาบาล

๕. ร้อยละของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงามได้รับการตรวจมาตรฐาน (เป้าหมายร้อยละ ๙๘)

คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงามได้รับการตรวจมาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐ แต่ข้อมูลสถานพยาบาลมีการเปิดและปิดสถานพยาบาลทุกปี ดังนั้น ควรมีการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการเปิดคลินิก

เวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงามอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้นำข้อมูลมาวางแผนการปฏิบัติงานในการออกตรวจคลินิกเวชกรรมฯ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างเป็นระบบต่อไป

สำหรับเรื่องร้องเรียนคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับดำเนินการตามกฎหมาย ทุกจังหวัดมีการจัดการเรื่องร้องเรียนคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับดำเนินการตามกฎหมายทันตามกำหนด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ดังนั้น จึงควรมีการเฝ้าระวังสถานพยาบาลและบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเรื่องร้องเรียน

ข้อเสนอแนะระดับเขต/จังหวัดประเด็นระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๑. ควรผลักดันให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขตและคณะกรรมการหรือคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัดมีบทบาทในการขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหาทางคุ้มครองผู้บริโภคอย่างเป็นระบบต่อไป

๒. การสรุปบทวนและวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขของทุกจังหวัดมีดำเนินการได้ครบถ้วนตามขั้นตอน แต่ไม่มีการบันทึกไว้ หรือมีบันทึกแต่ไม่มีรายละเอียดการสรุปวิเคราะห์ปัญหาที่ชัดเจน จึงควรจัดทำรายงานการประชุมหรือแบบบันทึกต่างๆที่บ่งชี้ถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงและแนวทางการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และควรวิเคราะห์ผลการแก้ไขปัญหาในปี ๒๕๕๘ และนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาในปี ๒๕๕๙ ต่อไป

๓. ระบบการส่งต่อข้อมูลและรายงานของอำเภอยังไม่ชัดเจน ทำให้ขาดข้อมูลผลการดำเนินงานระดับอำเภอในช่วงนิเทศงาน ขอให้ปรับแผนการดำเนินงานให้เร็วขึ้น โดยดำเนินงานให้เสร็จสิ้นในไตรมาส ๓

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายประเด็นระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ควรมีการพัฒนาชุมชนต้นแบบของเขต ๑ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพภายในเขต

คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) ทุกจังหวัดดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่และแนวทางที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปี ๒๕๕๘ นี้จังหวัดส่วนใหญ่มีการประชุม อสจ.แล้ว จำนวน ๓ ครั้ง มีเพียงจังหวัดลำปางที่ยังไม่มีการประชุม จังหวัดแพร่ประชุมไป จำนวน ๑ ครั้ง และเชียงใหม่กับแม่ฮ่องสอน จำนวน ๒ ครั้ง ประธานในการประชุมส่วนใหญ่จะเป็นรองผู้ว่าราชการจังหวัด และบางครั้งผู้ว่าราชการจังหวัดมาเป็นประธาน เช่นที่จังหวัดพะเยา จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดน่าน เป็นต้น ที่ประชุมให้ความสำคัญกับการออกข้อบัญญัติของท้องถิ่นว่าครบถ้วนเพียงใด โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมพัฒนาตลาด การจัดการขยะ การจัดการสิ่งปฏิกูล การจัดการเหตุรำคาญ และบางปัญหาที่หลายจังหวัดให้ความสนใจ เช่น การลด ละ เลิก การใช้โฟมบรรจุอาหาร จังหวัดพะเยามีการสนับสนุนพัฒนาศักยภาพท้องถิ่น พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการดำเนินงานรณรงค์ของ อสจ. จังหวัดเชียงราย สนใจการพัฒนาบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมของท้องถิ่น (EHA) ได้ตั้งคณะกรรมการประเมินท้องถิ่นระดับอำเภอ โดยให้นายอำเภอเป็นประธานและ สสอ.เป็นเลขานุการทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ อสจ.ตลอดจนผู้ช่วยเลขานุการครบถ้วน และมีรายงานการประชุมทุกครั้ง

ปัจจัยความสำเร็จ ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และ นพ.สสจ.ให้ความสำคัญร่วมประชุมในฐานะของเลขานุการ นอกจากนี้การมีคณะทำงานทำหน้าที่หาข้อมูลทั้งข้อเท็จจริง ข้อกฎหมาย และความคิดเห็นทางวิชาการ เสนอประเด็นปัญหาของพื้นที่ เสนอข้อปฏิบัติให้ที่ประชุมตัดสินใจเป็นมติที่ชัดเจน รวบรวมมติเผยแพร่สู่หน่วยงานต่างๆ ติดตามผลการดำเนินงานตามมติและจัดทำรายงานเสนอที่ประชุม อสจ.ในครั้งต่อไปได้ ซึ่งบทบาทดังกล่าวจะอยู่กับกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดค่อนข้างมาก จังหวัดน่าน มีการตั้งคณะทำงานขึ้นมารองรับถึง ๔ คณะ และมีหลายหน่วยงานเข้ามา
มาร่วมรับผิดชอบอีกด้วย นับเป็นปัจจัยสำคัญในการผลักดันไปสู่ความสำเร็จ

ปัญหาอุปสรรค ขาดงบประมาณในการรองรับกับการดำเนินงานของคณะทำงานในด้านต่างๆ มีแต่
เพียงงบประมาณในการจัดประชุม อสธจ.เท่านั้น และบางจังหวัดไม่มีกลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อมในสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดที่จะเข้ามาทำหน้าที่ผู้ช่วยเหลืองานการได้อย่างเต็มที่ เช่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ข้อเสนอแนะ คณะกรรมการ อสธจ. เป็นคณะกรรมการที่เกิดขึ้นภายใต้ พรบ.สาธารณสุข พ.ศ.
๒๕๓๕ ดังนั้น มติใดๆ ของ อสธจ. จึงมีผลผูกพันในทางกฎหมาย หากฝ่ายเลขานุการวางแผนการใช้มติของ
อสธจ. ให้เป็นประโยชน์ในการขับเคลื่อนผลักดันให้ส่วนราชการต่างๆ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันแก้ไข
ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ ก็ย่อมเป็นสิ่งที่กระทำได้ รวมถึงการวางแผนมาตรฐานให้กับกิจการ
ต่างๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพในรูปแบบของคำแนะนำของ อสธจ. ที่อิงกับมาตรฐานทางวิชาการเพื่อให้
ท้องถิ่นนำไปใช้กำหนดเป็นเงื่อนไขในการออกใบอนุญาตหรือการควบคุมกำกับได้อย่างชัดเจน โดยมีกฎหมาย
รองรับอยู่แล้วดังนั้นจังหวัดที่ยังไม่จัดประชุมหรือจัดน้อยครั้งควรพิจารณาการใช้ประโยชน์ในลักษณะดังกล่าว
เพิ่มขึ้นด้วย

ข้อเสนอต่อส่วนกลาง หรือผู้บริหาร ควรพิจารณาสนับสนุนงบประมาณด้านการบริหารจัดการ
แก่คณะทำงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการเตรียมการประชุม การจัดทำเอกสาร การเผยแพร่มติ
การติดตามผลการดำเนินงานตามมติ รวมถึงการดำเนินงานตามคำสั่งของคณะ อสธจ. โดยตรงอีกด้วย และมี
ระเบียบที่รองรับให้สามารถใช้จ่ายในกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวได้ด้วย

.....

เขตสุขภาพที่ ๒

จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดตาก

.....

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

ผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เขตสุขภาพที่ ๒ คณะที่ ๑ ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๒ นี้มีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นความสำเร็จของการดำเนินการแก้ไขปัญหาปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ เป็นสำคัญ และรับฟังสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ติดตามดูความสอดคล้องเหมาะสมของปัจจัยนำเข้าที่สนับสนุนการดำเนินงาน มีข้อค้นพบโดยสรุป จำแนกตามประเด็นการตรวจราชการของคณะที่ ๑ตามลำดับดังนี้

๑.กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย ของเขตสุขภาพที่ ๒พบว่าทุกจังหวัดมีกระบวนการบริหารส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นระบบครอบคลุมครบถ้วน ๕ กระบวนการ คือ ๑)การวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพ ๒)การจัดทำแผนสุขภาพระดับเขต จังหวัดและอำเภอและการบริหารงบประมาณงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ๓) การบริหารจัดการระบบข้อมูล ๔)การนำแผนสู่การปฏิบัติ ๕) การกำกับติดตามประเมินผล พร้อมทั้งมีการผลักดันส่งเสริมให้พื้นที่ดำเนินการโดยสอดคล้องและเชื่อมโยงกับนโยบายรัฐบาล กระทรวงฯ และเขตสุขภาพที่ ๒

๒.ผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

๑.กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑.๑กลุ่มสตรีภาพรวมทั้งเขตยังพบอัตราส่วนมารดาตายสูง เท่ากับ ๓๐.๒๖ ต่อเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย(ไม่เกิน๑๕) อัตราส่วนการตายมารดา ๕ ปี ย้อนหลังพบว่าภาพรวมเขตและทุกจังหวัดยังไม่สามารถควบคุมสถานการณ์การตายมารดาได้ มีเพียงจังหวัดอุตรดิตถ์พบอัตราส่วนมารดาตายเป็นศูนย์ ติดต่อกันเป็นเวลา ๔ ปีจังหวัดเพชรบูรณ์พบมีมารดาตายทุกปีซึ่งมีสาเหตุที่แตกต่างกันไปในแต่ละปี ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าจังหวัดตากยังมีการตายของมารดาที่ค่อนข้างสูง และข้อมูลการตายของมารดาในจังหวัดพิษณุโลกส่วนใหญ่มาจากการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในจังหวัดตาก แม้ว่าทุกจังหวัดมีMCH BOARDเป็นกลไกในการแก้ปัญหา ยังควรต้องให้ความสนใจกับศักยภาพและคุณภาพมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการดูแลที่ห้องคลอด ร่วมกับการทำ Birth plan ล่วงหน้าให้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกคนก่อนการเจ็บครรภ์เพื่อเตรียมรับสถานการณ์และช่วงเวลาที่เหมาะสมในการตัดสินใจและการrefer ที่ให้ประโยชน์อย่างแท้จริง เพื่อลดปัญหาการตายของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่๒ต่อไป

๑.๒ กลุ่มเด็กปฐมวัยพบว่าอัตราทารกตายปริกำเนิดรวมทั้งเขตไม่เกินเป้าหมาย (๕.๘๖ ต่อพันการเกิดทั้งหมด) สถานการณ์สุขภาพโดยภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๒ ที่ยังคงเป็นปัญหาเปรียบเทียบกับการตรวจราชการรอบที่ ๑ ได้แก่ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า๒,๕๐๐ กรัมเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑.๑ (๗.๙๑% เพิ่มขึ้นเป็น ๙.๐๑%) อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดลดลงร้อยละ ๕.๙๑ (๓๒.๖๙ ลดลงเป็น ๒๖.๗๘ ต่อพันการเกิดมีชีพ) ส่วนข้อมูลพัฒนาการสมวัย เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองร้อยละ ๘๐-๙๒ ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างการคัดกรองในรอบที่ ๑ และ ๒ (๙๘.๒๕% และ ๙๘.๐๙%) อย่างไรก็ตามเด็กสงสัยล่าช้าได้รับการดูแลทุกคน

๒. กลุ่มเด็กวัยเรียน ในภาพรวมเขต พบว่า นักเรียนยังมีปัญหาภาวะอ้วน (เริ่มอ้วนและอ้วน) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายจังหวัด พบว่า มีอัตราสูงสุดที่จังหวัดพิษณุโลก (ร้อยละ ๑๔.๓๔) รองลงมาได้แก่ จังหวัดสุโขทัย (ร้อยละ ๑๑.๓๔) อัตราต่ำสุดที่จังหวัดเพชรบูรณ์ (ร้อยละ ๔.๒๓) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีเท่ากับ ๓.๒๗ (๒๑ คน) โดยเป้าหมายปี ๒๕๕๘ เขตสุขภาพที่ ๒ เป้าหมาย ๖.๕ (๕๐ คน) เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่า ลดลงทุกจังหวัด ซึ่งการสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของปัญหาในพื้นที่เสี่ยงหรือแหล่งน้ำเสี่ยงให้กับ อปท. และสถานศึกษาเป็นประเด็นสำคัญของการดำเนินงาน รวมทั้งการบูรณาการร่วมกันแก้ไขปัญหาก็ให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

๓. กลุ่มเด็กวัยรุ่นพบว่า ๕ จังหวัดมีอัตราการคลอดบุตรมีแนวโน้มลดลง อยู่ในเกณฑ์ ๔๘.๑ ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยจังหวัดตากเป็นจังหวัดที่มีอัตราการคลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีคลอดบุตรสูงกว่าจังหวัดอื่นในเขต อาจเนื่องจากจังหวัดตากมีชาวต่างชาติและชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่จำนวนมากและมาแจ้งเกิดในประเทศไทย ภาพรวมเขต เท่ากับ ๒๙.๔๑ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีพันคน จังหวัดเพชรบูรณ์สูงที่สุด รองลงมาจังหวัดตาก ควรต้องมีการสำรวจสถานการณ์ปัญหาของวัยรุ่นแต่ละจังหวัดว่าวัยรุ่นมีความพร้อมหรือไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ และจำแนกประเภทกลุ่มเช่นกลุ่มนักศึกษา, กลุ่มต่างชาติ, กลุ่มแต่งงานแล้ว เพื่อหาแนวทางแก้ไขตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

สำหรับกลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทุกประเภทครั้งล่าสุดในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา พบร้อยละ ๖๘.๖๔การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่ามีอายุเฉลี่ย ๑๕ ปี ร้อยละของโรงเรียนที่มีการสอนเพศศึกษา/พฤติกรรมเสี่ยงในโรงเรียนตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ พบมีร้อยละ ๑๐๐ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จคือทุกจังหวัดมีการส่งเสริมสนับสนุนขับเคลื่อนกระบวนการ มาตรการ ที่ครอบคลุมโรงเรียนมากกว่าเป้าหมาย(ร้อยละ ๒๐)และสำนักเขตพื้นที่มัธยมศึกษา มีนโยบายให้แต่ละโรงเรียนต้องมีการเรียนการสอนเพศศึกษา จัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์เพื่อป้องกันการท้องไม่พร้อม

การแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นเพื่อลดความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ ๑๕-๑๙ ปี ภายในจังหวัดไม่เกินร้อยละ ๑๓ ในปี ๒๕๖๐พบว่า การดำเนินการของทุกจังหวัดมีการขับเคลื่อนการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย การสื่อสารรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนค่านิยม และมีมาตรการชุมชน พร้อมทั้งดำเนินงานผลักดันให้สถานศึกษาไม่มีการกระทำผิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผลการดำเนินงานพบสัดส่วนของสถานศึกษาที่ได้รับการตรวจว่าไม่มีการกระทำผิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสถานศึกษาผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๖.๖๖ เนื่องจาก ๑) การขอใช้สถานที่ของบุคคล/ภาคส่วนภายนอกสถานศึกษาเมื่อมาจัดกิจกรรมภายในสถานศึกษา อาทิ การจัดงานเลี้ยง การแข่งขันกีฬาชุมชน ยังพบว่ามี การนำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาดื่ม และมีการสูบบุหรี่ในขณะที่มีการจัดงาน ๒) สถาบันอุดมศึกษาบางแห่ง บริเวณรอบสถานศึกษายังมีสถานบันเทิง ร้านจำหน่ายสุรายังมีพฤติกรรมจำหน่ายสุรา ที่ละเมียด พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ ขายนอกเวลาที่กำหนด

๔. กลุ่มวัยทำงาน

๔.๑ การป้องกันควบคุมโรค NCD

พบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรค DM ปี ๒๕๕๘ คิดเป็น ๑๔๑.๔๓ ต่อ ประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วย HT รายใหม่ ปี ๒๕๕๘ คิดเป็น ๓๖๒.๒๙ ต่อ ประชากรแสนคน(ข้อมูล ๘ เดือน) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (FBS ๗๐-๑๓๐ mg%) มีร้อยละ ๕๐.๔๘ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA๑c < ๗ mg%) ร้อยละ ๔๓.๑ ส่วน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP<๑๔๐/๙๐mmHg) ร้อยละ ๖๑.๗๑ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่ของแต่ละจังหวัดส่วนใหญ่

ยังไม่ลดลงรวมทั้งภาพเขต และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง อัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงยังคงค่อนข้างต่ำทั้ง ๕ จังหวัด รวมทั้งภาพเขต แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังต่ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เข้าสู่ระบบบริการการรักษา หายไปมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด (ป่วยแต่ไม่ยอมรับรักษา หรือไม่รู้ว่าป่วยอยู่) ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA_{1c} < ๗ mg% จังหวัดส่วนใหญ่แนวโน้มผู้ป่วยที่ควบคุมได้ ชื่นๆลงๆ รวมทั้งภาพเขตแนวโน้มลดลง มีเพียงจังหวัดเพชรบูรณ์ที่ผ่านเกณฑ์ (เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ ๕) อย่างไรก็ตาม ผลงานแต่ละจังหวัดรวมทั้งภาพเขตสูงกว่าค่าเฉลี่ยเขต ๒ (Med-Res Net) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับ BP ได้ดี จังหวัดส่วนใหญ่แนวโน้มลดลง รวมทั้งภาพเขต ยกเว้นจังหวัดตากที่แนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ ๕ (ผ่านเกณฑ์) แต่ยังคงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเขต ๒ (Med-Res Net) ในทุกจังหวัดและภาพเขต

ผลการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ มีจำนวนโรงพยาบาลที่เข้ารับการประเมิน ๔๖ แห่ง ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๑.๓๐ จำแนกเป็น ระดับดีเยี่ยม ๖ แห่ง (ร้อยละ ๑๓.๐๔) ระดับดีมาก ๑๑ แห่ง (ร้อยละ ๒๓.๘๑) และระดับดี ๒๕ แห่ง (ร้อยละ ๕๕.๓๕) ไม่ผ่านเกณฑ์ ๔ แห่ง (ร้อยละ ๘.๗) พบจุดอ่อนในภาพรวม คือการปรับรูปแบบและกระบวนการบริการที่สอดคล้องกับระยะของโรคโดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อมุ่งเน้นลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน CVD, CKD ยังเป็นข้อจำกัด อาจเป็นเพราะศักยภาพทีม CUP (Case manager / System manager) ยังขาดความเข้าใจในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นระบบรวมถึงเครือข่าย รพ.สต.

๔.๒ การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน(ไม่เกิน ๑๘ ต่อประชากรแสนคน) พบว่าภาพรวมเขต มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน ๔๔๓ คน (อัตรา ๑๒.๗๔ ต่อประชากรแสนคน) เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่าทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์ กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานพบว่าส่วนใหญ่มีการบริหารจัดการใน ๓ มาตรการหลัก คือ ๑) การบริหารจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน และการเฝ้าระวัง ๒) การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เช่น มีดำเนินการสอบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนกรณีที่มีการเสียชีวิตตามเกณฑ์ของสำนักกระบาดวิทยาพร้อมทั้งการคืนข้อมูลแก่พื้นที่/ชุมชน มีการติดตามประเมินผลมีกระบวนการความร่วมมือในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยรวมเป็นคณะทำงานในคณะกรรมการศปภ.ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ ๓) การตอบสนองหลังเกิดเหตุและรักษาพยาบาล พบว่าทุกจังหวัดมีการรวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admitted) ในโรงพยาบาล (ระดับ A) รวมทั้งมีการดำเนินงานตาม EMS/Serviceplan(Trauma)มีระบบ pre-hospital care, fast tract และ post-hospital care และมีแผนการพัฒนาระบบส่งต่อ, แนวทางเพื่อลดการส่งต่อ, การพัฒนาคุณภาพห้องฉุกเฉิน

๕. กลุ่มผู้สูงอายุ

พบว่าผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นในภาพเขตคิดเป็นร้อยละ ๑๔.๔๖ ของประชากรทั้งหมด มากที่สุดที่จังหวัดอุดรธานีร้อยละ ๑๗.๕๑ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ถึงแม้จะมากกว่าร้อยละ ๓๐ แต่ยังมีปัญหาเรื่อง การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ (เฉลี่ยร้อยละ ๑๐-๒๐) และยังมีปัญหาซึมเศร้า สมองเสื่อม และหกล้ม ที่ต้องใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนยุทธศาสตร์ต่อไปในอนาคตส่วนผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของเขตพบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ ๘๘.๐๖ กลุ่มที่ ๒ (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ ๑๐.๕๓ และกลุ่มที่ ๓ (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ ๑.๔๑พบผู้สูงอายุกลุ่ม ๓ (ติดเตียง) สูงสุดที่จังหวัดเพชรบูรณ์ คือร้อยละ ๒.๐๐

๓.ระบบควบคุมโรค

พบว่าด้านความพร้อมในการตอบโต้สถานการณ์หรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ภาพรวมเขตในทุกจังหวัดมีกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ มีการจัดทำแผนงาน/โครงการในการพัฒนาระบบควบคุมโรค และเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุขที่เชื่อมโยงทั้งในระดับเขตและจังหวัดผ่านคณะกรรมการจัดทำแผนระบบควบคุมโรคในระดับเขต มีการวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์โรคติดต่อสำคัญของพื้นที่จัดลำดับความสำคัญ จัดสรรงบประมาณในส่วนของเขตเพื่อการแก้ไขปัญหา (ทำพร้อมกันทั้ง ๕ จังหวัดภาพเขต) และพบว่าจังหวัดมีระบบการกำกับติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานในระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง มีระบบข้อมูลและระบบการเฝ้าระวังและรายงานเหตุการณ์ที่เชื่อมโยงจากภาคสนามสู่ศูนย์ปฏิบัติการเขตที่เป็น Real-time ด้วย Data center ระบบ ๕๐๖, Facebook Line group และ E-mail รวมทั้งมีความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังโรคที่สำคัญและโรคที่เป็นปัญหาครอบคลุมหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ ทั้ง ๔๗ อำเภอ มีการพัฒนาคุณภาพของทีม SRRT ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ๔๔ อำเภอ ระดับดี ๓ อำเภอ (แม่สอด, กงไกรลาศ, ศรีนคร)

ด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของจังหวัดพบว่าอำเภอสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญ(ไข้เลือดออก, หัด) ภายใน ๒ generation ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๘.๑ ทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์ ยกเว้นจังหวัดตาก การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคหัด ไม่พบการระบาด

ด้านการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่จังหวัดชายแดนและช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศใน ๓ จังหวัดที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน คือ จังหวัดตาก (แม่สอด พบพระ ท่าสองยาง แม่ระมาด และ อุ่มผาง) จังหวัดพิษณุโลก (ชาติตระการ) จังหวัดอุตรดิตถ์ (น้ำปาดและอำเภอบ้านโคก) อำเภอชายแดนสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ชายแดนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๒๕กระบวนการดำเนินงานแบ่งเป็น ๒ โซน คือ ๑)โซนติดประเทศติดกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีจุดเน้นแผนการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่ชายแดนและพื้นที่มีแรงงานต่างด้าว และการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการเข้าสู่ AEC๒) โซนติดประเทศเมียนมาร์ มีจุดเน้นการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพตามกรอบการดำเนินงาน ๑๒ เป้าหมายของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.๒๕๔๘ (IHR ๒๐๐๕) พบว่าจังหวัดมีการแนวทางมาตรการการดำเนินงานโดยบูรณาการกับการดำเนินงานในพื้นที่ชายแดนควบคู่กัน รวมถึงการพัฒนาฐานข้อมูลในประชากรต่างด้าว พร้อมทั้งมีการพัฒนา อสต.(อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว) เพื่อให้มีขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพชุมชนต่างด้าวในเบื้องต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

๑.ด้านข้อมูลและการนำไปใช้ (Data/Performance) ควรส่งเสริมสำรวจข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อเปรียบเทียบสถานการณ์ และควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำมาวางแผนแนวโน้มในทุกจังหวัด

๒.ด้านระบบ (SYSTEM) เนื่องจากมีการโยกย้ายของผู้รับผิดชอบงานอยู่เป็นประจำทำให้งานด้านส่งเสริมสุขภาพไม่เกิดความต่อเนื่อง, บูรณาการกับงานสาธารณสุขอื่นๆและการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องและระบบการทำงานเชิงรุก ยังดำเนินการไม่เต็มที่จึงควรเชื่อมโยงการทำงานในทุกระดับของการทำงาน (Value Chain) และการบริหารจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ(Data Base Management) รวมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และความยั่งยืนในการดำเนินงาน

๓.ด้านผู้ปฏิบัติงาน (MAN) ทุกจังหวัดยังขาดการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยรวมทั้งด้านการวางแผนแก้ปัญหาเชิงรุก และยังมีปัญหา เรื่อง Work load ในบางสายงาน

๔.การบริหารจัดการ (MANAGEMENT)ทุกจังหวัดควรมีการจัดตั้งทีมวิเคราะห์ข้อมูลระดับจังหวัด เพื่อคัดกรอง วิเคราะห์และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และมีการติดตามการดำเนินงานอย่างเข้มข้น โดยเฉพาะเรื่อง

๑) การประเมินพัฒนาการเด็ก ด้านผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และผลการประเมิน รวมทั้งคุณภาพ และปัญหาการฝากครรภ์เพื่อลดอัตราการตาย เมื่อพบปัญหาควรดำเนินการแก้ไขเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ บรรลุเป้าหมาย

๒) การแก้ปัญหาการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีจากการจมน้ำ ควรพัฒนาทักษะการ สอบสวนหาสาเหตุการเสียชีวิตจากการจมน้ำเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาและ คืบข้อมูลสู่ชุมชน อปท. สถานศึกษา และหน่วยงานในพื้นที่ และบูรณาการร่วมกันแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับ บริบทของพื้นที่

๓) การแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น(การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ควรประสาน สถาบันอุดมศึกษาเชิงรุกโดยเข้าพบผู้บริหารเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจ และผลักดันผู้บริหารระดับสูงของจังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัดนายอำเภอ) เพื่อสั่งการให้ผู้นำชุมชนสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชน

๔) การป้องกันควบคุมโรค NCD และปัจจัยเสี่ยง (สุรา ยาสูบ) NCD Board จังหวัดควรวิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ตามหลักระบาดวิทยา และวางแผนแก้ไขให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย และบูรณาการเชื่อมโยงกับ Service plan สาขา NCD ตา ไต หัวใจ หลอดเลือดสมองให้ชัดเจนมากขึ้น โดยเพิ่มน้ำหนัก ในมาตรการลดปัจจัย เสี่ยงและการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจต่อการลดความเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงสูงและทบทวนขึ้นทะเบียนของผู้ป่วย DM, HT ในแต่ละพื้นที่ให้ครอบคลุม เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

๕) ระบบควบคุมโรคควรเน้นงานเชิงรุกก่อนฤดูกาลระบาด ในโรงเรียน โรงพยาบาล บ้าน และ ชุมชน และติดตาม ประเมินการดำเนินงานในอำเภอที่พบผู้ป่วย และพื้นที่ใกล้เคียงอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง

คณะที่ ๒ การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถ เข้าถึงบริการได้

หน่วยบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ ๒ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก และ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์มีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (รพท. ระดับ S, M๑) จำนวน ๖ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี โรงพยาบาลสุโขทัย โรงพยาบาล ศรีสังวรสุโขทัย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช และโรงพยาบาลแม่สอดมีโรงพยาบาลระดับ ทุตติยภูมิ (F๑) จำนวน ๗ แห่ง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (F๒) จำนวน ๒๒ แห่ง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (F๓) จำนวน ๔ แห่งและมีหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๖๓๔ แห่ง

การดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๒ แยกตามรายจังหวัดได้ดังนี้

๑.จังหวัดพิษณุโลก รพท.พุทธชินราช พิษณุโลก เป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent center) ของ ๔ สาขาหลักได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และ ทารกแรกเกิด (ระดับ ๑) มีเป้าหมายการ พัฒนาโรงพยาบาลชุมชน เป็นรูปแบบ Node เพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับโรงพยาบาลชุมชนและลดการส่งต่อไปยัง รพท.พุทธชินราช ดังนี้

- รพท.นครไทย Node ๕ สาขาหลัก (สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ออโธปิดิกส์)
- โรงพยาบาลบางระกำ พัฒนาเป็น Node จักขุ (Screening)
- โรงพยาบาลวังทอง Node ศัลยกรรม โดยทีมศัลยแพทย์จากรพท.พุทธชินราช มาผ่าตัดโดย ส่งผู้ป่วยมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลวังทอง

- โรงพยาบาลบางกระทุ่ม Node แพทย์แผนไทย สมุนไพร (เน้นการผลิตยาเพื่อเป็นคลังยา จังหวัด/เขต)

- โรงพยาบาลพรหมพิราม Node หัตถกรรม/แพทย์แผนไทย

- โรงพยาบาลวัดโบสถ์ Node เคมีบำบัด/เวชกรรมฟื้นฟู โดยรับการส่งต่อจาก โรงพยาบาล พุทธชินราช

๒.จังหวัดอุตรดิตถ์ มีเป้าหมายการพัฒนา รพศ.อุตรดิตถ์ เป็นศูนย์เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจ อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิด และจิตเวช ส่วนสาขาโรคมะเร็งเป็นแม่ข่ายระดับที่ ๒ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระดับทุติยภูมิในรูปแบบ Node เพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับโรงพยาบาลชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ดังนี้

- โรงพยายาน้ำป่าดและโรงพยาบาลลับแล พัฒนาเป็นศูนย์ palliative care

- โรงพยาบาลพิชัย พัฒนาเป็นศูนย์การแพทย์แผนไทยและศูนย์ palliative care

๓.จังหวัดตาก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช และ โรงพยาบาลแม่สอด มีเป้าหมายในการพัฒนาเป็นศูนย์เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจ อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิด และโรคมะเร็ง ระดับ ๓ และยังมีเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ๒ โรงพยาบาล ประกอบด้วย

- โรงพยาบาลสามเงา พัฒนาเป็นศูนย์การฟื้นฟูสภาพ

- โรงพยาบาลอุ้มผาง พัฒนาเป็นศูนย์ฟอกไต

๔.จังหวัดสุโขทัย มีเป้าหมายการพัฒนาโรงพยาบาลสุโขทัยเป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านการไต่ยีนศูนย์ Glaucoma และศูนย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิในรูปแบบ Node เพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับโรงพยาบาลชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ดังนี้

- โรงพยาบาลศรีสังวร เป็นศูนย์ทารกแรกเกิด

- โรงพยาบาลสวรรคโลก โรงพยาบาลคีรีมาศ เป็นศูนย์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

- โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย เป็นศูนย์ผู้สูงอายุ

- โรงพยาบาลกงไกรลาศ เป็นศูนย์ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้พิการ

๕.จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นจังหวัดที่มีประชากรและพื้นที่มาก เป็นจังหวัดที่มีภูเขาล้อมรอบทั้ง ๓ ด้านและอยู่ห่างไกลจาก รพศ.พุทธชินราช แต่ศักยภาพของโรงพยาบาลและจำนวนบุคลากรยังมีไม่เพียงพอในการให้บริการที่ดีตาม Service Plan ของแต่ละสาขา ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการเฉพาะการให้ SK ยังไม่สามารถให้การรักษาด้วย Primary PCI ได้เนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพศ.พุทธชินราชซึ่งอยู่ห่างไกลและเดินทางลำบากเป็นการเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูง

ข้อเสนอแนะ

๑.ควรพัฒนาเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยเฉพาะ ๔ สาขาหลักได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และ ทารกแรกเกิด เพื่อให้เป็น โรงพยาบาลที่มีความสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยในโรคที่สำคัญและเร่งด่วนได้ และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่สามารถรองรับการส่งต่อจาก รพช. ในจังหวัดได้

๒.เขตสุขภาพที่ ๒ มีความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบบริการหลายสาขา แต่เป็นไปในทิศทางกำลังรับหรือการรักษาพยาบาล ควรบูรณาการเชื่อมโยง Service Plan จากระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ ที่เน้นการรักษา มาสู่ระดับปฐมภูมิที่เน้นการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

เมื่อวิเคราะห์ตาม Six building blocks framework พบว่า ประเด็นที่ติดตามของคณะที่ ๓ ประกอบด้วย การเงินการคลัง มาตรการด้านยาและเวชภัณฑ์ และธรรมาภิบาล จัดเป็น ๓ ใน ๖ ปัจจัยหลักตาม framework ดังกล่าว ทั้งนี้เมื่อรวมปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องครบถ้วน (information) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) ที่เป็นปัจจัยนำเข้าให้เกิดบริการสุขภาพที่ดี มีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ตามเป้าหมาย (Goals/Outcomes) ตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เกิดความมั่นคงด้านสถานะทางการเงินของผู้ให้บริการ สอดรับกับเจตนารมณ์ของการบริหารเขตสุขภาพที่ต้องการให้เกิดการแบ่งปัน จัดสรรทรัพยากรด้วยความเป็นธรรมนำไปสู่สภาวะที่ดีของประชาชนในที่สุด

ผลการตรวจราชการ ณ ไตรมาสที่ ๓/๒๕๕๘ จังหวัดที่มีวิกฤติการเงินระดับ ๗ จำนวน ๒ จังหวัด คือ ตาก (โรงพยาบาลสามเงา ประชากร UC ๒๕,๓๕๓) และ เพชรบูรณ์ (โรงพยาบาลหล่มเก่า ประชากร UC ๕๑,๓๒๘ และ โรงพยาบาลเขาค้อ ประชากร UC ๒๘,๘๓๓) รวม ๓ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๖.๓๘ โดยผู้บริหารระดับจังหวัดได้ให้ความช่วยเหลือและจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้สามารถอยู่รอดใน CUPที่มีประชากรน้อย สำหรับ CUPที่มีประชากรมากกว่า ๕๐,๐๐๐ ได้มีข้อตกลงการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการที่เป็นรูปธรรมรวมถึงการจัดทำแผนธุรกิจ (Business plan) และพบว่าการจัดทำแผนรายรับ-ค่าใช้จ่าย (planfin) เป็นเครื่องมือที่ดีที่ CUP และ CFO จังหวัดควรใช้เป็นข้อตกลงร่วมในการกำกับติดตามทุกไตรมาส ส่วนหน่วยบริการที่มีต้นทุนต่อหน่วย (OPD และ IPD) ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ ณ ไตรมาสที่ ๒ มี ๑๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๔ ทั้งนี้พบว่าควรให้ความสำคัญกับการจัดการด้านข้อมูล (information) ด้วยการตรวจสอบ ตรวจสอบ (verify) และ เรียนรู้การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับบุคลากรแต่ละระดับถือเป็น key point ที่จะกำหนดความสำเร็จในการวางแผนแก้ไขปัญหาทุกด้าน

การบริหารยาและเวชภัณฑ์ พบว่า การประเมินติดตามต้นทุนยาและเวชภัณฑ์ที่ลดลงเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันที่ผ่านมา ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ประเมิน เนื่องจากทุกจังหวัดได้มีการลดต้นทุนมูลค่าการจัดซื้อยามาโดยตลอด ประกอบกับแผนการจัดซื้อมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานบริการทำให้ไม่สามารถนำมาประเมินค่าความสำเร็จตามตัวชี้วัดได้ สำหรับมูลค่าการจัดซื้อยาร่วม พบว่าทุกจังหวัดดำเนินการได้เกินเกณฑ์ร้อยละ ๒๐ ภาพรวมเขตได้ร้อยละ ๔๐.๘ และควรศึกษาการดำเนินการของจังหวัดพิษณุโลกที่สามารถจัดซื้อยาร่วมในระดับโรงพยาบาลชุมชนได้มากกว่าร้อยละ ๘๐ ข้อสังเกตที่พบคือมูลค่าการจัดซื้อยาเวชภัณฑ์และวัสดุวิทยาศาสตร์ของแต่ละสถานบริการเมื่ออิงเกณฑ์กลุ่มในโรงพยาบาลระดับเดียวกันโดยเปรียบเทียบกับผลการดำเนินการ (service data) สามารถสะท้อนการจัดซื้อที่ไม่สมเหตุผลผลได้ โรงพยาบาลทุกแห่งใน ๕ จังหวัดได้มีการประกาศเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์ครบ ๑๐๐% รวมถึงระบบเฝ้าระวัง ADR และการใช้ยาซ้ำมีความเข้มแข็งทั้ง ๕ จังหวัด อย่างไรก็ตามควรเร่งพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลการแพทย์ของผู้ป่วยในระดับจังหวัดเพื่อลดอุบัติเหตุการแพ้ยาซ้ำ และยังพบว่ามูลค่าการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD มีแนวโน้มสูงขึ้นชัดเจน จึงควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (Prevention Role) อย่างจริงจังและเป็นรูปธรรมพร้อมทั้งติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ควรมีการยกระดับคณะกรรมการ PTC ในโรงพยาบาลชุมชนให้มีส่วนร่วมวางแผนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์โดยสอดคล้องกับ planfin ของโรงพยาบาล ด้านธรรมาภิบาล ในมิติของคุณธรรมในแต่ละจังหวัด การสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้และตื่นตัว

ในประเด็นหน่วยคุณธรรมและโรงพยาบาลคุณธรรม มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ผลการประเมินหน่วยคุณธรรม รวม ๑๑ แห่ง พบว่ามีเพียง สสจ.อุตรดิตถ์และโรงพยาบาลศูนย์อุตรดิตถ์ ที่ประเมินได้ระดับ ๔ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ๑ และ ๒ ขณะที่การประเมินโรงพยาบาลคุณธรรม รวม ๔๗ แห่ง พบว่าอยู่ในระดับ ๑ และ ๒ จำนวน ๓๐ แห่ง มีเพียงโรงพยาบาลวังทอง พิษณุโลกอยู่ในระดับ ๔ และโรงพยาบาลอุ้มผาง

ตากอยู่ในระดับ ๕ ข้อสังเกตในการดำเนินงานด้านคุณธรรมให้เกิดความคืบหน้าขึ้นอยู่กับผู้นำที่มีความเข้าใจในหลักการและกระบวนการของโรงพยาบาลคุณธรรม มีการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ สร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ

ด้านการตรวจสอบภายใน ทุกจังหวัดได้ดำเนินการจัดทำ Engagement Plan แล้วทั้งนี้ภาคีเครือข่ายจังหวัดควรให้ความสำคัญและใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินธรรมาภิบาลของหน่วยงานพร้อมทั้งปฏิบัติตามตรวจสอบ รายงานผลภายในเวลาที่กำหนด สรุปผลการตรวจสอบภายในภาพรวมของจังหวัด พิษณุโลก สุโขทัย ได้ระดับคะแนนการประเมิน ๔.๕ ส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ ตาก และเพชรบูรณ์ ได้ระดับคะแนนการประเมิน ๔.๐ ทั้งนี้ไม่พบปัญหาการทุจริตประพฤติมิชอบ ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารจังหวัดและเขตควรพัฒนาและธำรงรักษาผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบภายใน การเงิน-การบัญชีในทุกระดับโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับระบบธรรมาภิบาล

ข้อชื่นชมในภาพรวม ทั้ง ๕ จังหวัด ที่มีศักยภาพเข้มแข็ง ในระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ คือ ๑) โครงสร้าง CFO จังหวัดอุดรดิตถ์ และ เพชรบูรณ์ ที่มีความมุ่งมั่นเข้มแข็ง ๒) ระบบ IT บริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลและเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ๓) การจัดซื้อยาร่วม ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ๔) รูปธรรม District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงการควบคุมป้องกันโรคภายใต้ข้อจำกัดด้านการเงินของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแม่ระมาดกับ รพ.สต. บ้านสันป่าไร่

คณะที่ ๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพและด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ ๒ มีคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเขตสุขภาพที่ ๒ มีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมโดยจัดทำโครงการร่วมกัน คือ โครงการแก้ปัญหาน้ำมันทอดซ้ำ ทุกจังหวัดมีการดำเนินเสร็จ น้ำมันทอดซ้ำตามร้านค้าได้มาตรฐาน เฉลี่ยร้อยละ ๘๐.๖๘ การดำเนินการด้านอาหารปลอดภัย ตรวจสอบสารปนเปื้อน บอแรกซ์ ฟอรัมาลิน สารกันรา และสารฟอกขาว โดยรถตรวจสอบเคลื่อนที่ พบเข้ามาตรฐานเฉลี่ยร้อยละ ๙๙.๓๔ ส่วนยาฆ่าแมลงตกค้างในผัก พบเฉลี่ย ร้อยละ ๙๔.๗๑ การดำเนินงานด้าน Primary GMP พบสถานที่เข้าตามเกณฑ์ ร้อยละ ๗๒.๕๕ จังหวัดสุโขทัยเข้ามาตรฐาน เพียงร้อยละ ๒๙.๘๕ เนื่องจากมีสถานที่ผลิตแบบครัวเรือนมาก มีปัญหาด้านเงินทุนไม่สามารถปรับปรุงได้ตามเกณฑ์ ทุกจังหวัดมีการดูแลสถานที่ผลิตเพื่อให้ผลิตเกลือมีคุณภาพตามมาตรฐานกำหนด มีการดำเนินโครงการ อย.น้อยในทุกจังหวัด แต่จังหวัดอุดรดิตถ์มีการดำเนินงานที่โดดเด่น เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับจังหวัดอื่นในเขต

การดำเนินคุ้มครองผู้บริโภคในเขต ๒ ใช้เครือข่ายในพื้นที่ร่วมดำเนินการในการตรวจสอบสถานที่ผลิต/จำหน่าย การเฝ้าระวังการโฆษณาทางสื่อ และการส่งเสริมเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่ การดำเนินการกับการโฆษณาที่ไม่ถูกต้อง เครือข่ายจะส่งให้กับทาง สสจ. ดำเนินการ โดยจังหวัดใช้มาตรการตั้งแต่การตักเตือน การแจ้งงดการโฆษณา และการเปรียบเทียบปรับ ทุกจังหวัดมีการตรวจสอบคลินิกเวชการเสริมความงามครบทุกแห่ง (๔๘ แห่ง) พบว่ามีการปฏิบัติตามมาตรฐานทุกแห่ง มีเรื่องเรียนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยไม่มีใบอนุญาต ๗ แห่ง สามารถดำเนินการได้ครบ

ด้านสิ่งแวดล้อม ทุกจังหวัดมีคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด โดยแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิ เรียบร้อย แต่มีการประชุมแล้วแค่จังหวัดพิษณุโลก อุดรดิตถ์ และเพชรบูรณ์ จังหวัดที่เหลือมีแผนที่จะประชุมแล้ว การจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ทุกจังหวัดใช้บริการบริษัทเอกชนในการขนย้ายและทำลายขยะ มีการดำเนินการเป็นไปตาม Infectious Waste Manifest Systemแต่ยังมีปัญหาเรื่องห้องเย็นเก็บขยะติดเชื้อ ขยะตกค้างในอำเภอย่อยห่างไกล การมีอุปกรณ์ป้องกันที่ไม่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. และถุงแดงไม่ระบุแหล่ง และคำว่า “ขยะติดเชื้ออันตราย” เกี่ยวกับการส่งเสริมอปท. เพื่อจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อม

ทุกจังหวัดมีการประเมินระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมของเทศบาล (Environmental Health Accreditation: EHA) แต่ยังมีเทศบาลบางแห่งยังไม่เข้าร่วมหรือไม่เห็นความสำคัญ เทศบาลร้อยละ ๖๖.๔ มีการออกเทศบัญญัติเรื่องมูลฝอย การจัดการขยะมูลฝอยในจังหวัด มีการจัดทำยุทธศาสตร์จัดการปัญหาขยะทุกจังหวัด โดยสอดคล้องกับ Road Mapการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายของ คสช.

ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่จังหวัดยังพบอยู่ คือ การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยผลการตรวจเอ็นไอเอ็ม โคลีนเอสเตอเรสในเลือดเกษตรกร พบอยู่ในระดับความเสี่ยงสูงและอันตราย ร้อยละ ๓๘.๙๘ - ๗๓.๒๑ ยกเว้นจังหวัดพิษณุโลกที่มีผลการตรวจในปี ๒๕๕๘ ลดลง เหลือร้อยละ ๑๔.๖๕ อาจเนื่องจากเกษตรกรมีความรู้และรู้ป้องกันตนเองมากขึ้น แต่อุบัติการณ์มะเร็งที่เพิ่มมากขึ้นทุกจังหวัด อาจมีผลสืบเนื่องจากสารเคมีทางการเกษตร ซึ่งงานวิจัยหลายชิ้นพบความเชื่อมโยงระหว่างการสัมผัสสารเคมีกำจัดแมลงกับการเกิดมะเร็ง จังหวัดมีการรณรงค์เรื่องการล้างผัก การให้ความรู้เกษตรกร และการมีคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน รพ.สต. ซึ่งอาจต้องทำเชิงรุกมากขึ้น โดยลงไปเยี่ยมบ้านเกษตรกรเพื่อดูการปฏิบัติ และให้ความรู้ คำแนะนำที่เหมาะสมมากขึ้น จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดเพชรบูรณ์ มีกรณีเหมืองทองที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน ซึ่งจังหวัดมีแผนการดำเนินการ มีการแต่งตั้งคณะทำงานชุดต่าง ๆ และมีการดำเนินการตามแผนได้ดี ทั้งการเฝ้าระวังอาหาร น้ำ การตรวจสุขภาพ และการให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครในพื้นที่ จังหวัดตากแม้จะมีการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของการทำเหมืองสังกะสี แต่ปัญหาด้านสุขภาพของการได้รับโลหะหนักแคดเมียมก็ยังคงมีอยู่ซึ่งจังหวัดต้องเข้าไปดูแลอย่างใกล้ชิด

จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๒ พบปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคมะเร็ง และโรค NCD ซึ่งจะเชื่อมโยงกับงานคุ้มครองผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม ซึ่ง WHOระบุว่า ๑ ใน ๓ ของโรคมะเร็งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ การกินอาหาร (ไขมันสูง ปิ้งย่าง ดิบ ชื้นรา) การปล่อยให้ผิวหนังเกินหรืออ้วน การไม่ออกกำลังกาย การกินเหล้าสูบบุหรี่และกินผักและผลไม้ไม่พอ ซึ่งหากสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ได้ จะช่วยลดการเกิดมะเร็งลงได้ นอกเหนือจากการระมัดระวังการสัมผัสสารพิษในสิ่งแวดล้อม จึงแนะนำให้จังหวัดเน้นเรื่องการส่งเสริมป้องกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาจนำบางประเด็นมารณรงค์ให้เป็นรูปธรรมก่อน เช่น ลดหรือเลิกการบริโภคน้ำตาล ซึ่งงานวิจัยหลายชิ้นระบุว่าเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน และทำให้มะเร็งรุนแรงขึ้น เพราะน้ำตาลเป็นอาหารของมะเร็ง โดยควรเริ่มตั้งแต่หญิงมีครรภ์ ไม่ให้มีพฤติกรรมนำน้ำตาลมาป้อนทารก ลดอาหารหวานในโรงพยาบาล โรงเรียน และการบริโภคน้ำตาลในครัวเรือน โดยใช้สื่อในท้องถิ่น สิ่งพิมพ์ สื่อบุคคล การตรวจเยี่ยมบ้าน และในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค Motivation Interviewing ; MIสำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น ๆ ควรใช้นวัตกรรมสาธารณสุขจังหวัดเป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหา

.....

เขตสุขภาพที่ ๓

จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดชัยนาท จังหวัดพิจิตร
จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร

.....

ผลการดำเนินงาน ตามนโยบายเร่งรัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ประกอบด้วย การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกอบด้วย ๒ ภารกิจ ๕ ด้าน ๑๐ หัวข้อ ๑๓ ประเด็น รอบที่ ๑ ประจำปี ๒๕๕๘ พบว่า มีความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ดังนี้

ผลการดำเนินงาน ตามประเด็นการตรวจราชการในปี ๒๕๕๘

การวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพ

ทุกจังหวัดมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัยแบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยา พิจารณาแนวโน้ม วิเคราะห์รายอำเภอ สาเหตุปัญหา สาเหตุการป่วยและการตายมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหา มีการจัดทำแผนที่มีความสอดคล้องกันทุกระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอและตำบลที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรคโดยในระดับ CUP และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย และระบบควบคุมโรค สำหรับงบประมาณในระดับจังหวัด ที่ได้รับจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรม กอง และภาคีเครือข่าย (งปพัฒนาจังหวัด /อบจ./สสส. เป็นต้น) มีสัดส่วนที่ใช้ในการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย และระบบควบคุมโรคในระดับจังหวัด ร้อยละ ๒๙.๐๑ การขับเคลื่อนงานการทำงานในระดับจังหวัดในรูปแบบคณะกรรมการ ทุกจังหวัดใช้ระบบฐานข้อมูลที่ส่งออกมาในรูปแบบ ๔๓ แฟ้ม ทุกแห่ง มีจังหวัดกำแพงเพชรเป็นเจ้าภาพ เชื่อมโยงของระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้มของจังหวัดกับระบบข้อมูลของเขตสุขภาพสามารถเชื่อมโยงได้ทั้ง ๕ จังหวัด แต่ยังมีปัญหาการประมวลผลข้อมูลของเขตมาได้แต่ยังไม่ครบถ้วน ทำให้การใช้ข้อมูลของเขต มีความคลาดเคลื่อน จากฐานข้อมูลจริงและปัญหาความไม่เข้าใจของผู้บันทึกข้อมูล

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) MCH board ระดับจังหวัดจัดประชุมไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนดคณะกรรมการ MCH board จังหวัดควรบูรณาการร่วมกับ service plan โดยให้เป็นผู้ดูแลกันอยู่ในการดำเนินการงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่นอกเขตพื้นที่จังหวัดที่ให้บริการควรมีระบบประสานงาน ส่งข้อมูลหญิงตั้งครรภ์กลับไปยังพื้นที่ของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลตามระบบปัญหาเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒๕๐๐ กรัม และภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ยังมีอัตราสูงเกินเกณฑ์เกือบทุกพื้นที่ เรื่องการตรวจพัฒนาการเด็ก ผู้ปฏิบัติยังใช้เครื่องมือ DSPM ยังไม่คล่อง

การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียน เด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ ๑๐.๘ มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ร้อยละ ๗๕.๘ และมีภาวะเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ ๘.๑ ควรมีการคืนข้อมูลเด็กอ้วนให้แก่สถานศึกษาติดตามประเมินผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อขยายผลภายในและนอกจังหวัดพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู ให้มีความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น พบว่าการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ ๑๕ – ๑๙ ปีการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าเป้าหมายทุกจังหวัดพบอัตราการคุมกำเนิดยังต่ำกว่าเป้าหมายมาก โดยเฉพาะวิธีกึ่งถาวรการส่งต่อข้อมูลหญิงหลังคลอดในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำมีน้อย ควรพัฒนาระบบการคืนข้อมูลหญิงหลังคลอดและการคุมกำเนิด ให้พื้นที่อย่างรวดเร็ว ครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา

การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเขตสุขภาพที่ ๓ ปี ๒๕๕๗ สูงเป็นอันดับ ๒ ของประเทศรองจากเขตสุขภาพที่ ๔ โดยมีอัตราตายเท่ากับ ๓๔.๑๖ ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่อัตราตายของประเทศในปี ๒๕๕๗ เท่ากับ ๒๖.๔๙ เมื่อพิจารณาจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๓ ปี ๒๕๕๗ พบว่าจังหวัดนครสวรรค์สูงเป็นอันดับ ๑ รองลงมาคือจังหวัดชัยนาท และอุทัยธานี ตามลำดับอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนในเขตสุขภาพที่ ๓ จังหวัดชัยนาท และนครสวรรค์พบการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน การเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เสียชีวิตในเส้นทางสายรอง ปัจจัยเสี่ยงคือการขับขี่มอเตอร์ไซด์ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเป็นมาตรการตั้งรับเป็นส่วนใหญ่

การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในระดับตำบล เป้าหมายบางตำบล ยังไม่เข้าใจแนวทางการดำเนินงานและรายละเอียดของเกณฑ์ การประเมินตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวควรมีการพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ระดับอำเภอให้มีความสามารถในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับตำบล

ระบบควบคุมโรค บางจังหวัดระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรคมีข้อมูลไม่ครบทั้ง ๕ มิติ (ปัจจัยเสี่ยง, พฤติกรรมเสี่ยง, อัตราป่วย / อัตราตาย, ตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ, มาตรการป้องกันควบคุมโรค) ระบบการแจ้งเตือนโรคและภัยสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดระบบข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้ไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คณะที่ ๒ พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

๒.๑ ระบบบริการปฐมภูมิ อำเภอมีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพมีโครงการเชื่อมโยงกับ service plan แต่ยังไม่ชัดเจนมีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอจำนวนทั้งสิ้น ๕๑ เครือข่าย (๕๓ อำเภอ) การพัฒนา DHS ดำเนินการผ่านระดับ ๓ ร้อยละ ๑๐๐ โดยเครือข่ายอำเภอผ่านน้อยที่สุดในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน

๒.๒ ระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ พบว่าเขตสุขภาพที่ ๓ ยังมีการส่งออกนอกเขตสุขภาพสูงเพื่อการรักษาในสาขาโรคหัวใจ มะเร็ง และตา (ROP) ซึ่งเป็นไปตามส่วนขาดของศักยภาพในโรงพยาบาลระดับ A ของเขต ๓ ที่ยังอยู่ในช่วงของการพัฒนา โดยที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์มีแผนงานพัฒนาศักยภาพเปิดให้บริการรังสีรักษาและการเปิดห้องสวนหลอดเลือดหัวใจ (CAG.+PCI.) โดยมีความร่วมมือกับโรงพยาบาลราชวิถีในการวางแผนงานฝึกอบรมเตรียมความพร้อม และวางระบบส่งทีมงาน Cath. Lab มาให้บริการที่ รพศ.สวรรค์ประชารักษ์ คาดว่าจะเปิดได้ในปลายปี ๒๕๕๘ นี้ ซึ่งจะเพิ่มศักยภาพลดการส่งออกนอกเขตสุขภาพได้พบว่ามี การส่งออกนอกเขตสุขภาพในโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อทำการผ่าตัดเส้นเลือดสำหรับการทำผ่าตัดเส้นเลือด สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ยังสามารถพัฒนาศักยภาพของศัลยแพทย์ให้สามารถทำได้ โดยไม่ต้องส่งออกนอกเขตสุขภาพ การส่งออกผู้ป่วยโรคหัวใจไปทำการตรวจ Non Invasive ได้แก่ Echo และ EST. ถ้าสามารถจัดหนักเทคโนโลยีทรานส์ออกมารวมให้บริการ ในระหว่างการรักษาแคลนอายุรแพทย์โรคหัวใจก็จะช่วยลดการส่งออกนอกเขตสุขภาพเพื่อการวินิจฉัยได้มาก การส่งออกผู้ป่วย ROP. ของ รพศ.สวรรค์ประชารักษ์ ลดลงอย่างมาก เนื่องจากมีการจัดการความรู้ทำ CPG.ใหม่ ทำให้อุบัติการณ์ลดลง ซึ่งควรนำไปขยายผลในเขตสุขภาพที่ ๓

คณะที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

๓.๑ การบริหารการเงินการคลัง ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐) พบว่า มีหน่วยบริการที่ไม่สามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ได้จำนวน ๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘.๐ ได้แก่ โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท โรงพยาบาลท่าตะโก โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว และโรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ โรงพยาบาลที่มีต้นทุน IPD และ OPD สูง จำนวน ๔ แห่ง คือ โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลบางมูลนาก โรงพยาบาลทับคล้อ และโรงพยาบาลท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์

๓.๒ การบริหารยาและเวชภัณฑ์ ทุกจังหวัดมีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และมีการจัดทำแผนจัดซื้อครบถ้วนรายงานมายังจังหวัด แต่คณะกรรมการในส่วนของเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาบางจังหวัด แต่ละชุดย่อย เช่น กรรมการวัสดุการแพทย์ กรรมการวัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์ lab กรรมการวัสดุอิเล็กทรอนิกส์ กรรมการวัสดุทันตกรรม ยังมีผลงานไม่ชัดเจน การจัดทำกรอบรายการยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยามีเพียงบางจังหวัดที่ทำได้ครบถ้วน ได้แก่ จังหวัด อุทัยธานี มีการจัดทำเกณฑ์จริยธรรมด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาและประกาศใช้ครบทุกจังหวัด ตามระเบียบใหม่กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๗ มีระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำส่วนใหญ่ทุกจังหวัดมีระบบ spontaneous report และ adr alert ผ่านโปรแกรม hos xp หรือ โปรแกรมอื่นๆที่ใช้งานได้ค่อนข้างเหมาะสม มีการวางระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ มีระบบการประเมินการใช้ยา due ทุกจังหวัด มีการดำเนินการในกลุ่มยาที่กระทรวงกำหนด บัญชี ง จ และบางแห่งทำเพิ่มเติมในกลุ่มยาที่สนใจ แต่ยังขาดข้อมูลเชิงคุณภาพว่ามีการใช้เหมาะสมตามเกณฑ์ ที่เชื่อมโยงกับการวิเคราะห์ภาพรวมมูลค่าต้นทุนยาแต่ละกลุ่มที่เพิ่มสูงขึ้น มีแผนสำรองรายการยาร่วม มีการดำเนินการในทางปฏิบัติบ้างแล้ว ในบางกลุ่มยา เช่น streptase antidote ยาจิตเวช antiserum แต่บางจังหวัดยังขาดความชัดเจนในเรื่องเอกสาร

๓.๓ ธรรมาภิบาล

๓.๓.๑ งานตรวจสอบภายใน การนิเทศงานรอบที่ ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ทั้ง ๕ จังหวัดมีแผนการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ตามความเสี่ยงสอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่จังหวัดชัยนาทและอุทัยธานี ไม่ได้จัดลำดับก่อนหลังของหน่วยงานตามลำดับความเสี่ยงในการเข้าตรวจสอบ โดยใช้ลำดับตามความสะดวกของหน่วยรับตรวจ ระบบการควบคุมภายใน มีการสอบทานการจัดทำรายงานการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน และสอบทานการจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยบริการภายในจังหวัด โดยได้กำกับ ดูแล ผู้รับผิดชอบในการจัดทำให้ดำเนินการจัดทำไปในแนวทางที่ระเบียบกำหนด และเร่งรัดการจัดส่งรายงานการควบคุมภายใน ๙ กระบวนงานตามนโยบายกระทรวงที่กำหนด ให้กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้ง วิเคราะห์แบบ ปย.๒ และ ปอ.๓ ของหน่วยบริการว่าดำเนินการจัดทำถูกต้องหรือไม่ กรณีที่วิเคราะห์ไม่ถูกต้องได้ให้คำแนะนำ พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง ตรวจสอบภายใน มีการดำเนินการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ ของแต่ละจังหวัด โดยมีการจัดทำกระดาษทำการครบทุกหน่วยงาน บางหน่วยงานจะใช้แบบสอบทานที่กลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดทำ โดยมีการออกรายงานภายใน ๔๕ วันตามแนวทางที่กำหนด จัดทำแผนการปฏิบัติงานตรวจสอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด อีกทั้งมีการประชุมปิดตรวจและสรุปร่างรายงานการตรวจสอบ ณ วันปิดตรวจ

๓.๓.๒ ด้านการส่งเสริมป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ ทุกจังหวัดมีระดับความสำเร็จ
ดำเนินการผ่านระดับ ๔ ยกเว้นอุทัยธานีดำเนินการได้ระดับ ๓

๓.๓.๓ ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับที่ ๑ จำนวน ๑๓ แห่ง , อยู่ในระดับที่ ๒ จำนวน ๑๒
แห่ง,อยู่ในระดับที่ ๓ จำนวน ๑๓ แห่ง , อยู่ในระดับที่ ๔ จำนวน ๕ แห่งและอยู่ในระดับที่ ๕ จำนวน ๙ แห่ง

คณะที่ ๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

การดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และคลินิกที่ทำการรักษาคนและสัตว์ที่เป็นแหล่งกำเนิด
ของขยะมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งเขตตรวจราชการที่ ๓ ทุกระดับตั้งแต่ รพศ. รพท. รพช. ของทั้งเขต มีทั้งหมด ๕๔
แห่ง ผลการดำเนินงานมีระบบ การกักเก็บ การขนย้าย และการกำจัดอย่างถูกต้องตามกฎหมายกระทรวง
สาธารณสุขผ่าน ๔๕ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓

.....

เขตสุขภาพที่ ๔

จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสระบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนครนายก
จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดอ่างทอง

.....

การตรวจราชการ กรณีปกติ ประจำปี ๒๕๕๘ เขตสุขภาพที่ ๔ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับที่ดี มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ขั้นตอน มีแผนงาน/โครงการรองรับ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ของแต่ละงาน เป็นไปตามกรอบและแนวทางการปฏิบัติงานตามแผนการตรวจราชการ รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายที่เป็นวาระแห่งชาติของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข โดยการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ มีการเน้นเชิงกระบวนการ ผลลัพธ์ มีการแก้ไขปัญหา การพัฒนา เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและผู้รับการตรวจราชการ ประกอบด้วย

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

๑.๑ กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภาพรวมพบว่าแต่ละจังหวัดมีกระบวนการ/ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์คล้ายคลึงกัน แต่ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ส่วนใหญ่ไม่ครอบคลุม และส่วนหนึ่งไม่ถูกต้อง ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกับภาคีเครือข่าย อีกทั้ง เน้นตอบตัวชี้วัดมากกว่าแก้ไขปัญหาในเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้ตรวจราชการกระทรวง และ คณะผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ได้เสนอแนะให้จังหวัดมีการวิเคราะห์สถานการณ์ในเชิงลึกให้รอบด้าน โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยง และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพของ Data Center ให้ถูกต้องครบถ้วนและเข้าถึงได้ง่าย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ

๑.๒ การดำเนินงานและผลลัพธ์ภาวะสุขภาพตามกลุ่มวัย

๑.๒.๑ สตรีและเด็ก พบว่า การใช้ CPG ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอดไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ขาดการบริหารจัดการเชิงรุก ที่จะแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าถึงบริการฝากครรภ์คุณภาพ ทำให้มารดาส่วนหนึ่งไม่ทราบสิทธิประโยชน์ในการรับบริการการฝากครรภ์ฟรี โดยเฉพาะในกลุ่มคนชายขอบ อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการตายมารดา ส่วนใหญ่ระดับจังหวัดไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด แต่ระดับเขตกลับเกินเกณฑ์ ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ระดับเขตเป้าหมายไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) เนื่องจากจังหวัดปทุมธานี และลพบุรี เกินเกณฑ์ที่กำหนดมาก คือ ๕๒.๒ และ ๖๐.๒ ตามลำดับ

๑.๒.๒ พัฒนาการเด็ก ๐ - ๕ ปี พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยอยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๙๐) สูงสุดที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้เพียงร้อยละ ๘๘.๓๑ และจังหวัดอ่างทอง ร้อยละ ๘๓.๑๙ ต่ำสุดจังหวัดสระบุรี ๖๗.๖๒ ภาพรวมจึงยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดแต่อย่างใด (ร้อยละ ๙๓.๑๙) โดยพบว่า เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจการใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการ DSPM รวมทั้งใช้เวลานาน อีกทั้งเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ และสถานที่ไม่เหมาะสม ระบบติดตามไม่ชัดเจน ตลอดจนมีการนำข้อมูลพัฒนาการเด็กมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานน้อย ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากขาดความชัดเจนด้านคุณภาพของการตรวจพัฒนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ และเครือข่ายสำหรับการกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งไม่มีมาตรฐานเดียวกัน

ผู้ตรวจราชการ ฯ และคณะ ฯ ได้เสนอแนะให้มีการรณรงค์ให้ความรู้ถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ พร้อมทั้งมีมาตรการเฝ้าระวัง และมีแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงอย่างครอบคลุม ประสานหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ให้ร่วมพัฒนาระบบบริการ ANC คุณภาพ ให้มีมาตรฐานและ

เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตลอดจนมีมาตรการเชิงรุกในพื้นที่ และเอื้อต่อการเข้าถึงบริการคุณภาพ ทั้งนี้ ขอให้มิระบบส่งต่อ กลุ่มสตรีมีครรภ์ และเด็กที่มีพัฒนาการเด็กล่าช้า จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปโรงพยาบาลชุมชนที่ชัดเจนและต่อเนื่อง กำหนดแผนมาตรการดูแลอนามัยแม่และเด็กใน MCH BOARD ระดับจังหวัด มีการพัฒนาข้อมูลให้ถูกต้อง เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ ตลอดจนให้พัฒนา MCH Board ระดับอำเภอให้มีความเข้มแข็ง

๑.๒.๓ เด็กวัยเรียน (อายุ ๕-๑๔ ปี) พบว่า ภาวะเด็กอ้วนสูงของเขตสุขภาพที่ ๔ สูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ คือ ร้อยละ ๑๗.๔๒ ในขณะที่ระดับประเทศ ร้อยละ ๑๒.๘๖ โดยสูงที่สุดที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ ๑๕.๙๒ ต่ำสุดร้อยละ ๑๐.๔๖ จังหวัดนนทบุรี (แต่ยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ ๑๐) นอกจากนี้ ยังพบว่าระบบการส่งต่อไม่ชัดเจน ความครอบคลุมของการ ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง เด็กวัยเรียนยังน้อย ไม่มีนโยบายการจัดอาหารกลางวัน อาหารว่างที่มีคุณค่าในโรงเรียนบางแห่ง ผู้ตรวจราชการและคณะฯ ได้เสนอแนะว่า ควรเน้นการให้ความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่ในเรื่องพัฒนาการเด็ก และกระตุ้นพ่อแม่ให้ใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพเด็กดี

๑.๒.๔ กลุ่มวัยรุ่น พบว่าอัตราการคลอดอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ ๔๙.๓๖ (ระดับประเทศ ร้อยละ ๔๙.๙๓) โดยจังหวัดนครนายกสูงถึงร้อยละ ๗๓.๗๒ รวมทั้งท้องฟ้าสูงในทุกจังหวัด ยกเว้นจังหวัดสิงห์บุรี ร้อยละ ๘.๓๓ จังหวัดปทุมธานีสูงสุดร้อยละ ๒๖.๔๔ (เป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ ๑๐) และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ระดับประเทศ ร้อยละ ๑๗.๖๗) ทั้งนี้ ผู้ตรวจราชการและคณะฯ ได้เสนอให้ ทบทวนความเข้าใจ ความถูกต้องของการเก็บข้อมูล และระบบฐานข้อมูล ควรนำระบบ Target Mapping มาใช้ในการวิเคราะห์พื้นที่ เช่น ปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและสร้างเครือข่าย การมีส่วนร่วมเชื่อมโยงกับระบบ YFHS ด้วยกลไก DHS ที่มีการบูรณาการงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งควรมีการ ดำเนินการตามมาตรการไข่เค็ม (Safe virgin/ safe sex : สนับสนุนการบูรณาการ Sex Counselling , Sex Education โดยชุมชนมีส่วนร่วม ด้วยกลไก DHS กับ อปท./NGO และจัดให้มีการบริการเชิงรุกในชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ Safe pregnancy : การเฝ้าระวังติดตามท้องวัยรุ่น เกิดความเชื่อมโยงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ANC / LR / PP : แนะนำ life skill + sex education โดยเครือข่ายแกนนำเยาวชน แกนนำครู และเครือข่าย NGO : แนะนำ parental communication กับเด็กกลุ่มเสี่ยงใน กลุ่ม safe sex)

๑.๒.๕ กลุ่มวัยทำงาน การป้องกันควบคุมโรค NCD และปัจจัยเสี่ยง (สุรยาสูบ) พบว่า ๑.การเข้าถึงระบบบริการดูแลการรักษาและการบริการลดความเสี่ยงส่วนใหญ่เน้นทุกปัจจัยเสี่ยง แต่การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงในสถานประกอบการยังมีน้อย การบังคับใช้กฎหมายในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือบุหรี่และแอลกอฮอล์ยังไม่เข้มข้น รวมทั้งการประชาสัมพันธ์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย สำหรับอุบัติเหตุทางถนน การสอบสวนสาเหตุการตาย และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ระดับจังหวัด ส่วนใหญ่ มีแผนการดำเนินการแล้ว แต่การสอบสวนในระดับอำเภอไม่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งผู้ตรวจราชการ และคณะฯ ได้เสนอให้เพิ่มการสื่อสารความเสี่ยงในโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มวัยทำงานและในสถานประกอบการ ๒.การจัดบริการตรงตามภาวะเสี่ยงของผู้ป่วย และแยกผู้ป่วยให้ได้รับบริการตามความเสี่ยง อาจเป็นในรูปรายบุคคลหรือรายกลุ่ม สื่อสารความเสี่ยงในเรื่อง Stroke Alert เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการ ได้ทันเวลา เพิ่มบริการเชิงรุกในสำนักงาน/สถานประกอบการ เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เร่งรัด ติดตามการดำเนินการการบังคับใช้กฎหมายบุหรี่ สุรา สำหรับอุบัติเหตุทางถนนขอให้จังหวัดกำหนดหลักเกณฑ์ ที่จะออกสอบสวนอุบัติเหตุกำหนดจุดเสี่ยง ให้ชัดเจนพร้อมเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

๑.๒.๖ ผู้สูงอายุ และผู้พิการ โดยผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า เขตสุขภาพที่ ๔ ภาพรวมผ่านเกณฑ์ที่ ร้อยละ ๓๘.๒๑ แต่ระดับจังหวัดผ่านเกณฑ์เพียง ๓ จังหวัด (จังหวัด

นครนายก ลพบุรี และสระบุรี) นอกนั้นยังไม่ผ่านเกณฑ์อย่างใด สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการจัดทำแบบสำรวจสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุม ADL และ Geriatric Syndromes ที่บ่งโรคต่างๆ โดยตามมาตรฐานแบบคัดกรองที่กรมกำหนด ต้องใช้งบประมาณ และการดำเนินงานต่อหนึ่งแบบสอบถามใช้เวลามากและเป็นไปได้อย่าง การคัดกรอง Geriatric Syndromes ในผู้สูงอายุขาดความชัดเจนในทางปฏิบัติตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ทำให้ไม่สามารถบูรณาการคัดกรองไปพร้อมกับการคัดกรองเรื่องอื่นๆได้ จึงทำให้ผลงานคัดกรองได้ค่อนข้างน้อย จากปัญหาดังกล่าวผู้ตรวจราชการและคณะฯ ได้เสนอแนะว่าควรบริหารจัดการให้มีการคัดกรอง geriatric syndrome ให้ครบถ้วน เพื่อการดูแลรักษาและฟื้นฟู ให้ผู้สูงอายุก้าวไปสู่ระยะพึ่งพิงให้ช้าลง ควรปรับหน่วยบริการผู้สูงอายุให้มียุทธศาสตร์และ function ที่เหมาะสม Project manager ด้านผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องการดำเนินการด้านผู้สูงอายุให้มีความเข้าใจตรงกันทั้งในระดับเขต ระดับจังหวัด และ DHS ควรจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อให้งานผู้สูงอายุมีงบประมาณมาใช้ในการบริหารจัดการให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ควรมีการดำเนินการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ตรงกับความต้องการของพื้นที่ สำหรับการพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้พิการ มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการ/ผู้สูงอายุ เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ พบปัญหาเรื่องโครงสร้างอาคารและข้อจำกัดเรื่องพื้นที่ จังหวัดควรมีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการระบบดูแลสุขภาพคนพิการการเคลื่อนไหว/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่พื้นระยะวิกฤต เพื่อให้สามารถกำกับติดตาม / วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและบูรณาการทั้งจังหวัด

คณะที่ ๒ การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

Service Plan ภาพรวมมีการจัดทำแผนพัฒนา ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับ และมีแผนการพัฒนา ๑) มาตรการการพัฒนาสาขาบริการ คือ การพัฒนาขีดความสามารถ ๒) มาตรการลดความแออัด ซึ่งเขตสุขภาพที่ ๔ โรคหัวใจ เป็นปัญหาที่สำคัญของเขต โดยปี ๒๕๕๗ (๖ เดือนตุลาคม – มิถุนายน ๒๕๕๗) มีอัตราการตายโรคหลอดเลือดหัวใจสูงสุดของประเทศ คือ ๒๐.๙๓ ต่อประชากรแสนคน (ระดับประเทศ ๑๓.๖๘) และอัตราการตายของหัวใจขาดเลือด (๖ เดือน) ๓๑.๐๔ ต่อแสนประชากร (ระดับประเทศ ๒๐.๔๓)

๒.๑ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ และสาขาโรคหลอดเลือดสมอง

๒.๑.๑ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ ระบบบริการโรคหัวใจ พบว่า โรงพยาบาลระดับ A ที่มีห้องสวนหัวใจไม่สามารถให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง สำหรับโรงพยาบาลระดับ F๑, F๒ ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถให้บริการ Thrombolytic Rx ทำให้ได้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ช้า จากสาเหตุสำคัญ คือ ๑) บุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจไม่เพียงพอ ๒) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยช้าเกินไป ๓) การขาดระบบติดตามข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพในการให้บริการและลดการส่งต่อนอกเขต เขตสุขภาพที่ ๔ ได้ดำเนินการ คือ ๑) ขณะนี้ได้เปิด Cath lab ๒๔ ชั่วโมงที่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและ โรงพยาบาลสระบุรี ๒) กำหนดให้ Thrombolytic Drug (SK) ใน โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปทุกแห่ง ภายในปี ๒๕๕๘ (จังหวัดสระบุรี นำร่องในทุกอำเภอ) แต่ยังไม่สามารถทำได้ในทุกแห่ง เนื่องจากโรงพยาบาลระดับ F๒ ส่วนหนึ่งไม่มีความมั่นใจในการให้ยา ๓) ให้โรงพยาบาลจังหวัดช่วยเหลือโรงพยาบาลชุมชน (ส่วนกลางจะสนับสนุนแพทย์ CVT เป็นคู่) และ ๔) Heart Failure Clinic ใน โรงพยาบาลระดับ A และ S ทุกแห่ง ๕) พัฒนาการดูแลโรคหัวใจครบวงจรปี ๒๕๖๑ ๖) โรงพยาบาลสระบุรี เปิดคลินิก Open Heart Surgery ในปี ๒๕๖๒ นอกจากนี้พบปัญหาการจัดการจัดการเก็บข้อมูลยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การประเมินการคัดกรองการอ่าน EKG และผู้ปฏิบัติงานยังมีความเข้าใจเรื่อง fast track ไม่ตรงกัน ผู้ตรวจราชการและคณะฯ

ได้เสนอแนะว่า ควรสร้างความเชื่อมั่นและดำเนินการเชิงรุกเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปทันเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งให้ ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ควรมีการพัฒนาในการส่งผู้ป่วยกลับและการดูแลต่อเนื่องใน โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนเร่งรัดการจัดตั้ง Warfarin Clinic ให้มีใน โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป และพัฒนาระบบ IT ให้มีความเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยทั้งในระดับจังหวัดและ ระดับเขต

๒.๑.๒ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดให้ ๑) โรงพยาบาลสระบุรี นำร่องการดำเนินงาน และเป็นพี่เลี้ยงแก่โรงพยาบาลต่างๆ ๒) โรงพยาบาลระดับ M๑ มี Stroke Unit ๒) โรงพยาบาลระดับ S และ M๑ ต้องให้ Thrombolytic Agent ได้ ๓) มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด rt – PA ในโรงพยาบาลระดับ A – F๑ และ (โรงพยาบาล A – M๑ ให้นอกเวลาราชการด้วย) ทั้งนี้ยังได้กำหนดให้อัตราเกิดโรคและอัตราการตาย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงอย่างร้อยละ ๒ อัตราการได้รับการรักษาผู้ป่วย Stroke ด้วยการให้ยา ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเพิ่มขึ้น ร้อยละของโรงพยาบาล A-S มี Stroke unit เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ กำหนดให้เปิดบริการ PCI ที่ โรงพยาบาลระดับ A (ที่มีห้องสวนหัวใจ) และผ่าตัดหัวใจ ได้ครบในปี ๒๕๕๘ มีการตรวจ Echo และ EST ในโรงพยาบาลระดับ A-S ทุกแห่ง ลดระยะเวลารอคิวผ่าตัดโรคหัวใจ และกำหนดให้มีแผนการพัฒนาในปีต่อไป คือ ลดอัตราการตาย STEMI NSTEMI ลดการ Refer นอกเขต พัฒนา Referral system เชื่อมโยง DHS รวมทั้งให้จัดหายาละลายลิ่มเลือด และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ ใน STEMI ที่ได้มาตรฐานราคาที่เป็นธรรม ตลอดจนพัฒนาโรงพยาบาล A ให้มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองทุกเครือข่ายบริการ (stroke unit) และสามารถเปิด PPCI (Primary Percutaneous Cardiac Intervention) ให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจได้ทันเวลาทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน อย่างไรก็ตาม ขณะนี้พบว่ การจัดตั้ง Warfarin Clinic และการให้ยา SK อยู่ในช่วงดำเนินการ อนึ่ง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและจังหวัด สะท้อนว่ากระทรวง ควรสนับสนุนการบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ในโรงพยาบาลระดับ A ให้มีอย่างน้อย ๔ คน รวมทั้งจัดหาตำแหน่งแพทย์โรคหัวใจในโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป เพื่อให้สามารถดำเนินการเรื่อง Heart failure clinic ตลอดจนสนับสนุนทีมทั้งพยาบาล นักเทคโนโลยีหัวใจ อุปกรณ์และเครื่องมือในการสวน หัวใจ รวมทั้งห้อง CCU และจำนวนเตียงที่เพียงพอ

๒.๑.๓ สาขาอุบัติเหตุ พบว่าปี ๒๕๕๗ เขตสุขภาพที่ ๔ มีจังหวัดที่อัตราการตายอุบัติเหตุสูง คือ จังหวัดสระบุรี (๒๕.๖๖) จังหวัดนครนายก (๒๐.๕๗) และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (๑๖.๒๑) โดยอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่ของเขตสุขภาพที่ ๔ จะอยู่ในเส้นจราจรสายหลักเข้าสู่กรุงเทพฯ และเขตโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งแต่ละจังหวัดจะมีจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมาก การปฏิบัติงานของหน่วยบริการระดับพื้นฐาน (FR) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่ครบทุกหน่วย ขาด Public Awareness และ Public Alert ประชาชน ไม่ค่อยตระหนักในการใช้รถใช้ถนน ไม่เคารพกฎจราจร ขาดแคลนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาระบบบริการ โดยการใช้ข้อมูล IS ยังไม่ครอบคลุมและขาดการวิเคราะห์และนำข้อมูล IS ไปใช้ อย่างไรก็ตาม ทุกจังหวัดใน เขต ได้มีมาตรการเฝ้าระวังและมีแผนพัฒนาระบบคุณภาพบริการที่ชัดเจน ทั้งระบบส่งต่อ และระบบ Fast tract head injury โดยมีการพัฒนา EMS /ER ระบบ Refer Service plan (Trauma) ในภาพรวม ผู้ตรวจ ราชการ ฯ และคณะ ฯ เสนอให้กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ตั้งแต่ในพื้นที่เกิดเหตุ (telemedicine LINE) และมีระบบฐานข้อมูล online เป็นหนึ่งเดียวครอบคลุมทั้งเครือข่าย เพื่อลดปัญหา ข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ซ้ำซ้อน และไม่ปัจจุบัน สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล วางแผนพัฒนาเครือข่ายได้ง่าย และถูกต้อง ส่งเสริมการ refer back อย่างมีระบบ และโรงพยาบาลที่เป็น node สำหรับดูแล พันฟูผู้ป่วย ต่อเนื่องหลังพ้นระยะวิกฤต

๒.๑.๔ สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๔ มีผู้ป่วยรังสีมีการเข้าคิวเพื่อรับการรักษาที่ค่อนข้างนาน มีอัตราการส่งต่อออกนอกเขตบริการสูง ทั้งที่มีโรงพยาบาลมะเร็ง ๒ แห่ง ในการให้บริการ เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ไม่มีหอผู้ป่วยสำหรับรับผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะ และระบบการลงทะเบียนมะเร็งยังไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง มีการใช้ Program ที่แตกต่างกัน และข้อมูลยังไม่เป็นฐานข้อมูลเดียวกันทั้งจังหวัด ทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ ในการนี้ เขตสุขภาพที่ ๔ จึงกำหนดมาตรการให้ โรงพยาบาลระดับ M๑ ขึ้นไปต้องให้ยาเคมีได้ทุกแห่ง (ส่วนกลางจะสนับสนุนเครื่อง Isolator) และให้ โรงพยาบาลระดับ S สนับสนุนยาให้ โรงพยาบาล M๑ ก่อน (เขตได้สนับสนุน Ambulatory Care ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด) เน้นการเข้าถึงการให้ยาเคมี และการวินิจฉัยได้รวดเร็ว Palliative Care การบูรณาการทรัพยากรร่วมกันกับโรงพยาบาลโรคมะเร็งทั้ง ๒ แห่ง โดยปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ จะเน้น พัฒนา Cancer registry พัฒนาระบบ E Refer ส่วนปี ๒๕๖๐ จะเน้นพัฒนาระบบรักษาโรคมะเร็งแบบเบ็ดเสร็จ ใน solid tumor และในปี ๒๕๖๑ การรักษาโรคมะเร็งครอบคลุม solid tumor และมะเร็งโรคลือด ผู้ตรวจราชการ ฯ และคณะ ฯ เสนอให้มีการติดตามอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งที่มีแนวโน้มสูงขึ้น พัฒนาศักยภาพ Cancer Nurse case manager Coordination ให้สามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมาย จัดทำโครงการเชิงรุกเพื่อให้ค้นพบผู้ป่วยในระยะต้น และติดตามเพื่อให้เข้ารับการรักษาทันเวลามากขึ้น สนับสนุนการใช้ทะเบียนมะเร็งแบบเครือข่ายเป็นระบบเดียวกัน พัฒนาศักยภาพของ Node เพื่อรองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย สนับสนุนหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัดเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลที่สามารถให้เคมีบำบัดได้ เร่งรัดการใช้ทะเบียนมะเร็งแบบเครือข่ายเป็นระบบเดียวกัน ส่วนกลางจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้แก่หน่วยบริการ และสนับสนุนทักษะ basic palliative care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

๒.๑.๕ สาขาทารกแรกเกิด พบว่า ในปี ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโรคหัวใจต้อง Refer ไปรักษาต่อ เนื่องจากไม่มี Cardiologist ขาดแคลนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลทารกแรกเกิด และทารกแรกเกิดวิกฤต เช่น Transport Incubator เตียง NICU ต่อการคลอดมีชีพ สัดส่วน ๑ : ๕๐๐ ในปัจจุบันไม่สามารถเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลระดับ S และ M ได้ เนื่องจากยังขาดบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาล Preterm และ Teenage pregnancy สูง ตัวชี้วัดจำนวนเตียง NICU/SNB ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน ทั้งนี้ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์กับศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ช่วยเหลือเรื่องการรับไปทำ Echo แต่ปัญหาไม่สามารถรับ Refer ได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเตียง อนึ่ง โรงพยาบาลสระบุรี สามารถรับผู้ป่วย ROP ไปทำ Laser ได้ ซึ่งผู้ตรวจราชการ ฯ และคณะ ฯ เสนอให้พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อลด Birth Asphyxia และจำนวนการส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลศูนย์ พัฒนา MCH Board ที่เข้มแข็งบริหารจัดการให้มีการลด Teenage pregnancy ควรพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่งต่อทารกแรกเกิด (จังหวัดต้องการรับการสนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อให้ระบบ Referral system ที่ได้ตามมาตรฐานการเพิ่มจำนวนเตียง NICU ที่สอดคล้องกับอัตราค่าจ้าง และมาตรฐาน NICU) ทั้งนี้เขตสุขภาพที่ ๔ กำหนดให้มีแผนการพัฒนาการบริการ โดย ๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการ ข้อมูล เตียง เครื่องมือครุภัณฑ์การแพทย์ และใช้ทรัพยากรร่วมกันในเครือข่าย ๒) พัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาพยาบาลในเขต ๓) เตรียม TPN ได้มาตรฐาน, Laser ROP, การผ่าตัด ๔) พัฒนาการรับ - ส่งต่อภายในเครือข่าย กำหนดแนวทางส่งต่อทารกแรกเกิด มี Guild line และช่องทางสื่อสารการสะท้อนกลับข้อมูล นอกจากนี้ จะมีการพัฒนาโรงพยาบาลสระบุรี เป็น excellent ระดับ ๑ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พระนารายณ์ พระนั่งเกล้า จากระดับ ๒ เป็นระดับ ๑ ปี ๒๕๖๐ โดยจะมีเตียงรองรับมากกว่า ๑๖ เตียง (ตามเกณฑ์ ๒๔ เตียง และต้องมีแพทย์ New born ที่เพียงพอ) การรับ-ส่งต่อทารกแรกเกิด ผู้ป่วยทารกแรกเกิดยังมีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อสูง อนึ่ง เขตสุขภาพที่ ๔ ให้บริการผู้ป่วยต่อ

กระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน สูงสุดของประเทศ คือ ร้อยละ ๗๕.๗๒ รองลงมาเป็นเขต ๑๒ ร้อยละ ๖๙.๙๓

สำหรับระบบส่งต่อพบว่าจังหวัดอ่างทอง ลดลงได้ตามเป้าหมาย คือ ร้อยละ ๕๐.๔๓ นอกนั้นยังไม่ผ่านเป้าหมาย โดยเฉพาะจังหวัดปทุมธานีเพิ่มขึ้น ร้อย ๕๕.๔๒ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ เนื่องจากการปฏิเสธการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าด้วยสาเหตุเตียงเต็ม โรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตสุขภาพ ที่ ๔ ยังไม่สามารถรับ case จากโรงพยาบาลลูกข่ายได้ทั้งหมด และพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุอันดับ ๑ ของการส่งเอกนอกเขต อย่างไรก็ตาม หลายจังหวัดในเขต มีการพัฒนาการสื่อสารโดยใช้ Smart phone (Line) ในการ Consult case การใช้ Tele – medicine ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่ง จังหวัดนครนายก มีการตั้ง Line กลุ่ม refer ศูนย์ส่งต่อจังหวัดนครนายก เพื่อช่วยในการ refer ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน ในกรณีส่งผลตรวจที่เร่งด่วน มีการนำแบบประเมินการส่งต่อผู้ป่วย (แบบของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี) มาใช้สามารถนำปัญหามาทบทวนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการประชุม คณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อภายในจังหวัดนครนายก พัฒนาระบบส่งต่อ - ส่งกลับ ในเครือข่ายและนอกเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี ผู้ตรวจราชการ และคณะ ฯ เสนอให้พัฒนาศักยภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งจำนวนเตียง และเพิ่มจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ให้สามารถปฏิบัติงานได้ ๒๔ ชั่วโมง เพื่อรองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลในเครือข่าย ควรจัดทำแนวทาง การส่งต่อออกนอกเขตให้เป็นในแนวทางเดียวกันทุกจังหวัด มีระบบหรือแนวทางในการส่งกลับข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลนอกเขตที่รับส่งต่อ

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

๓.๑ สถานการณ์การเงินการคลัง ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน เขตสุขภาพที่ ๔ มีโรงพยาบาล จำนวน ๗๐ แห่ง พบว่า ในไตรมาสที่ ๓ ปี ๒๕๕๘ มีโรงพยาบาลวิกฤตระดับ ๗ จำนวน ๑๑ แห่ง (จังหวัด สระบุรี และพระนครศรีอยุธยา จังหวัดละ ๓ แห่ง จังหวัดสิงห์บุรี และอ่างทอง จังหวัดละ ๒ แห่ง จังหวัด นครนายก ๑ แห่ง) ทั้งนี้ มีแผนควบคุม plan fin ทุกแห่ง ส่วนใหญ่คุณภาพบัญชีอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ไม่มีระบบ บัญชี ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลบางใหญ่ ผู้ตรวจราชการและคณะฯ ได้เสนอแนะว่า CFO จังหวัด ต้องวิเคราะห์ สถานะการเงิน, ประเมินการดำเนินการตาม Planfin, วางแผนควบคุมค่าใช้จ่ายผันแปร, Forecast รายรับ รายจ่ายทุกกลางไตรมาสอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังปัญหาที่จะเกิดขึ้น (Early Detection) และรายงานที่ ประชุมจังหวัดทุกเดือน มีการปรับปรุงพัฒนาข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการ ทั้งข้อมูลด้านการเงินและข้อมูล บริการให้มีความน่าเชื่อถือและมีระบบที่เชื่อมโยงกัน (Front- Back Linkage) เพราะข้อมูลทั้งสองส่วนจะต้อง นำมาใช้ในการประมวลผลเพื่อจัดทำตัวชี้วัดการเงินและการจัดทำต้นทุนบริการ รวมถึงใช้ในการการคำนวณ ต้นทุนขั้นต่ำ MOC การแก้ปัญหาวิกฤติทางการเงิน ๒ ทาง คือ การเพิ่มรายได้ และลดค่าใช้จ่าย สำหรับ หน่วยบริการที่ไม่สามารถปรับลดค่าใช้จ่ายได้ ควรมีการวางแผนเพิ่มรายได้ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มี สัดส่วนต้นทุนค่าแรงสูง ควรได้มีการใช้ประโยชน์จากอัตรากำลังที่มีอยู่โดยการบริหารด้านอื่นเพิ่มขึ้น ร่วมกับ มาตรการประหยัดลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น วางระบบการตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการ Auditing ให้เป็น แผนงานประจำปี และมีการตรวจสอบต่อเนื่องอย่างน้อยปีละครั้ง

๓.๒ ยา เขตสุขภาพที่ ๔ พบว่าการจัดซื้อยาเพิ่มขึ้นร้อยละ ๐.๕๔ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๗ ที่ผ่านมา และเมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด จะพบว่าลดลงเพียง ๓ จังหวัด คือ ๓ จังหวัดนนทบุรี สระบุรี และนครนายก (ลดลงร้อยละ ๙.๖๑, ๕.๖๗ และ ๔.๕๐ ตามลำดับ) โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ ๑๕.๖๔ ส่วนการจัดซื้อวัสดุการแพทย์ ลดลงเพียง ๒ จังหวัด คือ จังหวัดอ่างทอง สิงห์บุรี (๑๑.๓๖ และ ๙.๓๑ ตามลำดับ) และเพิ่มขึ้นสูง คือ จังหวัดสระบุรี ร้อยละ ๑๕.๒๖ รองลงมาเป็นจังหวัดปทุมธานี ร้อยละ ๙.๐๒

ภาพรวมเขตเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕.๒๕ และพบว่าการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด บางจังหวัดไม่มีรูปธรรมชัดเจน โรงพยาบาลหลายแห่งมีรายการยาเกินจากกรอบ ส่วนเวชภัณฑ์มิใช่ยา คณะกรรมการร่วมระดับจังหวัดยังดำเนินการไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้รับผิดชอบหลายหน่วยงานในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามมีเพียงการจัดซื้อวัสดุ วิทยาศาสตร์ ที่ในภาพรวมลดลง ร้อยละ ๒.๔๗ ผู้ตรวจราชการและคณะฯ ได้เสนอแนะว่า เวชภัณฑ์ฯ หลายประเภทยังไม่มี การจัดซื้อร่วม ควรเร่งรัดดำเนินการ และให้โรงพยาบาลทุกแห่งเข้าร่วมในการจัดซื้อร่วม หลายจังหวัดใช้ระบบ digital ในการเอ็กซเรย์ ทำให้ต้นทุนแตกต่างกันมาก ควรแสดงต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้งหมด เช่น ค่าเช่า เพื่อหาต้นทุนที่แท้จริงได้ การวิเคราะห์ข้อมูลหมวดวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ควรนำข้อมูลการส่ง lab เอกชนมาคิดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้วย การเก็บข้อมูลมูลค่าในภาพจังหวัด บางจังหวัดไม่ชัดเจน มีข้อผิดพลาดในการรายงาน ควรมีการประสานความร่วมมือในประเด็นที่เกิดข้อสงสัย เช่น การรายงานผลใน DMSIC การจัดทำราคากลาง และการจัดซื้อร่วม ขอให้ผู้รับผิดชอบรายงานแต่ละหมวดจัดส่งรายงานให้ ครบถ้วน ทันเวลา ผู้รวบรวมของจังหวัดตรวจสอบความถูกต้อง และควรประชุมเพื่อสรุปความเข้าใจและ ประเด็นปัญหา เป็นระยะๆ ให้เร่งรัดการดำเนินการซื้อร่วมในระดับเขต ผลการวิเคราะห์ต้นทุนการจัดซื้อยา มีปัจจัยที่ทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์หลายจังหวัด เช่น การเพิ่มศักยภาพตาม service plan การยกเลิกการสนับสนุน ยาของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การจัดซื้อยาร่วมรายการเดิม จึงควรเพิ่มนโยบายในการกำกับ ดูแลการสั่งใช้ยา เช่น การกำหนดมาตรการลดรายจ่ายค่ายาจากการสั่งใช้ยา การประเมินการสั่งใช้ยา โดยเฉพาะยาราคาแพง และยากลุ่ม Antibiotics ควรมีการกำกับ ดูแล และประเมินผลการดำเนินงานตามที่ กำหนดไว้ในประกาศเกณฑ์จริยธรรมให้เป็นรูปธรรม พัฒนาองค์ความรู้ด้านการปฏิบัติตามระเบียบพัสดุ โดยเฉพาะการจัดซื้อจัดจ้างด้วยระบบ อิเล็กทรอนิกส์ (e - GP) ระยะที่ ๓ วิธี e - market และ e-bidding (จังหวัดสะท้อนว่า ควรส่งเสริมให้มีระบบกำกับประเมินการใช้ยา และเวชภัณฑ์มิใช่ยา อย่างสมเหตุสมผลมากกว่า เน้นเรื่องต้นทุนการจัดซื้อ เนื่องจากลดลงมาต่อเนื่องนานหลายปี การนิเทศเกี่ยวกับวัสดุวิทยาศาสตร์การ แพทย์ มีความซับซ้อนควรให้เป็นนักเทคนิคการแพทย์เป็นผู้นิเทศจะได้ผลชัดเจน) อนึ่ง สาเหตุที่มีการใช้ยา และเวชภัณฑ์มิใช่ยาเพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งมาจาก ๑) องค์กรเภสัชกรรมยกเลิกการผลิตยาพื้นฐานหลายรายการ ทำให้ต้องซื้อยาแพงจากบริษัทอื่น ๒) มีผู้ป่วยไปรับบริการเพิ่มขึ้น การเพิ่มรายการยาสมุนไพรในการให้บริการ โรงพยาบาลมีมาตรการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยในชุมชน จึงทำให้ต้นทุนเพิ่มมากขึ้น ๓) นโยบายของ สปสช. เปลี่ยนจากให้การสนับสนุนเป็นให้จัดซื้อเองในบางรายการ ทำให้ต้นทุนเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งผู้ตรวจราชการและทำ หน้าที่ตรวจราชการ ได้เสนอให้จังหวัดเร่งรัดให้มีการดำเนินงานจัดซื้อร่วมเวชภัณฑ์มิใช่ยาในทุกๆกลุ่ม เพื่อให้ ต้นทุนลดลง และพัฒนาการตรวจสอบให้ถูกต้อง พร้อมรายงานข้อมูลหรือจัดส่งข้อมูลให้ทันเวลา รวมทั้งจัดทำ กรอบบัญชียาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา ให้สอดคล้องตามศักยภาพ และระดับสถานพยาบาล ตลอดจนทบทวน มูลค่ายาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาที่เป็น High Cost ของแต่ละโรงพยาบาล ให้สมเหตุสมผล

๓.๓ การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล

๓.๓.๑ ด้านการส่งเสริมป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ การเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากร จังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการเกือบทุกแห่ง เช่นเดียวกับจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการ ตามแผนแล้วยกเว้น จังหวัดสระบุรี อ่างทอง ลพบุรี นนทบุรี มีการพัฒนาต่อยอดการเสริมสร้างและพัฒนา ให้มีวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการกระทำผิด ทั้งนี้ พบปัญหาเล็กน้อย คือ ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่มอง กลุ่มนิติกรในลักษณะการมาจับผิดตรวจสอบ ทำให้ความร่วมมือในการเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรม ไม่ได้ ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร ในการนี้ จังหวัดเห็นว่านิติกรควรเปลี่ยนบทบาท โดยการออกบูรณาการงานร่วมกับ งานอื่น และเปลี่ยนรูปแบบการทำงานในลักษณะผูกมิตรไม่ใช่การตรวจสอบ สำหรับมีแนวทางปฏิบัติมีการ

ปฏิบัติแตกต่างกันในจังหวัด จึงยากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเสริมสร้างวินัยและคุณธรรม เช่น การลดเวลาทำงาน บางหน่วยงานก็เข้มขันใช้วิธีตอกบัตร บางโรงพยาบาลใช้วิธีเซ็นตซ์ชื่อ เป็นต้น

๓.๓.๒ ตรวจสอบภายใน พบว่าจังหวัดได้จัดทำแผนตรวจสอบภายในตามความเสี่ยง สอดคล้องกับนโยบายกระทรวง โดยมีการสุ่มกระบวนการ ๗ กระบวนการ และได้ติดตามกับหน่วยรับตรวจให้ปฏิบัติตามแผนที่จังหวัดกำหนด มีการจัดทำระบบควบคุมภายใน ให้จัดทำระบบการควบคุมภายในทุกภารกิจของหน่วยบริการ แต่มีบางจังหวัดแผนการตรวจสอบภายในและนโยบายยังไม่สอดคล้องกันเท่าที่ควร สำหรับปัญหา ที่พบ คือ ความเชื่อมโยงของข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ความเสี่ยงและวางแผนร่วมกันยังไม่สมบูรณ์ ผู้ปฏิบัติงานมีการปฏิบัติหน้าที่โดยตำแหน่งและมีหน้าที่เพิ่มเติมในเรื่องตรวจสอบภายใน ซึ่งอาจมีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานบางส่วน ผู้ตรวจราชการและคณะ ได้เสนอแนะ ให้จังหวัด จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานให้ชัดเจน (Job discription) / จัดทำผังกำกับงาน (Flow chart) ให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละจุดสามารถดำเนินงานได้คล่องตัว และควบคุมความเสี่ยงได้ถูกประเด็น การตรวจสอบภายในต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทุกภารกิจของหน่วยบริการ จัดทำคู่มือในการตรวจสอบให้เป็นแนวทางเดียวกัน

คณะที่ ๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

๔.๑ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ ๔ มีสถานที่ผลิตเกลือ จำนวน ๒๕ แห่ง มีการผสมสารไอโอดีนได้มาตรฐาน (๒๐-๔๐ ppm) ทุกแห่ง (จังหวัดนนทบุรี ๒ แห่ง ปทุมธานี ๑๔ แห่ง สระบุรี ๔ แห่ง พระนครศรีอยุธยา ๓ แห่ง และลพบุรี ๒ แห่ง) และพบว่าสถานประกอบการส่วนหนึ่งมักไม่ให้ความร่วมมือในการปรับปรุงสถานที่ สำหรับการโฆษณา ทุกจังหวัดมีการตรวจสอบเฝ้าระวังการโฆษณาทางสื่อวิทยุชุมชน โดยหน่วยงานระดับอำเภอรายงานผลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ พร้อมทั้งเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฝ้าระวัง และตรวจสอบในพื้นที่ เกี่ยวกับคลินิกเสริมความงามที่ไม่ได้รับอนุญาต ตลอดจนการโฆษณาและมาตรฐานการดำเนินการในคลินิก อนึ่ง ตามข้อมูล ของ กสทช. ยังไม่มีความชัดเจน เกี่ยวกับวิทยุชุมชน โดยมีเฉพาะรายชื่อผู้ประกอบการ และคลื่นที่ขออนุญาต ไม่มีที่ตั้งที่ท้าทายต่อการตรวจสอบ ผู้ตรวจราชการและคณะฯ เสนอให้จังหวัดประสานกับคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) เขต และจังหวัด หรือประชาสัมพันธ์ของจังหวัด เกี่ยวกับข้อมูลสถานที่ตั้งของสถานีวิทยุชุมชน ส่วนกรณีผู้ประกอบการไม่ให้ความร่วมมือในการปรับปรุงสถานที่ผลิต จังหวัดควรพิจารณากำหนดระยะเวลา โดยประกาศให้ต้องมีการปรับปรุงสถานที่ภายในกรอบเวลาที่กำหนด เช่น ๓ เดือน หรือ ๖ เดือน หากไม่ดำเนินการให้ใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเด็ดขาด สำหรับ การตรวจสอบปนเปื้อนพบมีการตรวจพบโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำเกือบทุกจังหวัด ซึ่งได้ให้ทุกจังหวัดเร่งดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมแล้ว

๔.๒ สิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ ๔ เป็นพื้นที่เสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ตาม พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยเป็นเขตอุตสาหกรรม และเกษตรกรรม ถึงแม้จังหวัดจะมีมาตรการควบคุมกำกับ โดยหลายจังหวัดกำหนดให้มีการบำบัดน้ำเสียในโรงงานอุตสาหกรรมก่อนปล่อยโรงสู่แหล่งน้ำ หรือกำหนดให้แยกขยะตั้งแต่ครัวเรือน รวมทั้งบางจังหวัดกำลังอยู่ระหว่างจัดทำโครงการแปรรูปขยะให้เป็นปุ๋ย หรือให้เป็นเชื้อเพลิง เป็นต้น โดยจังหวัดที่มีปัญหามาก คือ จังหวัดสระบุรี และพระนครศรีอยุธยา ดังนี้

๔.๒.๑ จังหวัดสระบุรี มีปัญหาจากฝุ่นละออง ฟุ้งกระจายอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งมีโรงโม่หินอยู่ ๓๐ แห่ง เหมืองหิน ๓ แห่ง (คนงาน ๒,๐๐๘ คน) และยังมีโรงปูนอยู่ในสถานที่ใกล้เคียงอีก ๕๐ แห่ง ประชาชนได้รับผลกระทบมากกว่า ๑๙,๕๖๙ คน ทั้งนี้ ฝุ่นจะกระจายมากในช่วงเย็นหลักเลิกงานจนถึงหัวค่ำ

๔.๒.๒ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีนิคมอุตสาหกรรมอีก ๓ แห่ง เขตประกอบอุตสาหกรรม ๒ แห่ง แยกเป็น โรงงานอุตสาหกรรม ๒,๓๕๘ แห่ง ทำให้มีขยะมูลฝอยวันละ ๑,๒๓๐ ตัน แต่สามารถกำจัดได้เพียงวันละ ๖๙๔ ตัน จากบ่อขยะทั้งหมด ๒๓ แห่ง และส่วนใหญ่เป็นการกำจัดที่ไม่ถูกต้อง (เป็นการกองบนพื้นที่โล่ง) ทำให้เกิดไฟไหม้บ่อขยะอยู่เนืองๆ นอกจากนี้นิคมอุตสาหกรรม และพื้นที่การเกษตรขนาดเล็ก ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนจากมลพิษน้ำเสีย ผุพัง สารเคมี และกลิ่น อีกทั้ง ยังมีกิจการถ่านหิน จากท่าเรือ ๔๒ แห่ง ขนถ่ายและสะสมถ่านหินมากกว่า ๒๐ แห่ง ส่งโรงงานอุตสาหกรรมใกล้เคียง (จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นจังหวัดที่มีการสะสมถ่านหินมากที่สุดในประเทศไทย) ส่งผลกระทบต่อด้านฝุ่นละอองจากหิน ดิน และถ่านหินจากการขนย้าย ลำเลียง รวมทั้งกลิ่นจากก๊าซซัลเฟอร์ออกไซด์ ตลอดจนเสียงดังจากการลำเลียงดังกล่าว

๔.๒.๓ จังหวัดปทุมธานี เป็นจังหวัดที่มีโรงงานมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๔ คือ ๓,๔๒๐ แห่ง จาก ๓ นิคมอุตสาหกรรม โดยส่วนใหญ่เป็นโรงงานขนาดเล็ก (๒,๖๐๑ แห่ง ขนาดกลาง ๗๒๘ แห่ง และขนาดใหญ่ ๙๑ แห่ง) ทำให้เกิดขยะวันละ ๑,๘๒๙ ตัน ในขณะที่มีสถานที่กำจัดขยะ ๘ แห่ง ส่งผลให้มีขยะตกค้างวันละ ๑๗๐ ตัน และไม่ได้รับการกำจัดอย่างถูกสุขลักษณะ ประกอบกับมีสถานพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะคลินิกขนาดเล็ก ยังคงมีการทิ้งขยะติดเชื้อปนเปื้อนขยะทั่วไป นอกจากนี้ ยังพบว่าข้อบัญญัติท้องถิ่นไม่ครอบคลุมการคัดแยกขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย ซึ่งจังหวัดได้กำชับให้ท้องถิ่นจังหวัดปทุมธานีแจ้งอปท.ทุกแห่ง ให้ดำเนินการออกข้อบัญญัติการจัดการขยะ และสิ่งปฏิกูลให้ครอบคลุมแล้ว

๔.๒.๔ จังหวัดนนทบุรี มีศูนย์กำจัดขยะที่ถูกหลักสุขาภิบาลรองรับทั้งจังหวัดเพียง ๑ แห่งในขณะที่มีขยะเข้าระบบกำจัดวันละ ๑,๒๓๑ ตัน จากโรงงานอุตสาหกรรมทั้งหมด ๒,๐๗๗ แห่ง ส่วนใหญ่เป็นโรงงานขนาดเล็ก (ขนาดเล็ก ๑,๓๐๐ แห่ง ขนาดกลาง ๔๕๖ แห่ง ขนาดใหญ่ ๓๒๑ แห่ง) โดยอำเภอบางบัวทองมีมากที่สุดร้อยละ ๒๗ รองลงมาเป็นอำเภอมะเขือเทศ ร้อยละ ๒๓ และพบว่ายังมีขยะติดเชื้อปนเปื้อนกับขยะทั่วไป รวมทั้งการจัดการขยะติดเชื้อยังไม่ครอบคลุมคลินิกสัตว์ สำหรับมลพิษ เกิดจากการประดิษฐ์ไม้ หวาย ที่ต้องเลื่อย ซอย ชัด ไส เคลือบสี ทำให้ส่งกลิ่นเหม็น เสียงดัง และมลพิษ จากภาคเกษตร ซึ่งจากการสุ่มตรวจเลือดพบว่าเกษตรกรมีผลตรวจอยู่ในระดับเสี่ยงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๔.๒.๕ จังหวัดอ่างทอง มีปัญหาเกี่ยวกับฝุ่นซาว เสียง โดยมีโรงงานนำข้าวมาขัดให้ขาวขาวก่อนบรรจุ ซึ่งมีการดำเนินการตลอด ๒๔ ชั่วโมง หรือผงคาร์บอนสีดำจากน้ำมันคุณภาพต่ำ อย่างไรก็ดีตามขณะนี้ อุตสาหกรรมจังหวัด ได้สั่งการให้มีการปรับปรุงเวลาดำเนินการที่เหมาะสม และปรับปรุงโรงงานแล้ว อีกทั้งบริษัทที่เกี่ยวข้องได้มีการเยียวยา โดยการตรวจสุขภาพประชาชนที่ได้รับผลกระทบปีละ ๒ ครั้ง อนึ่ง จังหวัดอ่างทอง มีบ่อกำจัดขยะ ๑๒ บ่อ แต่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์เพียง ๑ บ่อ

๔.๒.๖ จังหวัดนครนายก ปัจจุบันบ่อขยะยังเป็นระบบเปิดแบบเทกอง ไม่ถูกสุขลักษณะ และในพื้นที่จังหวัดนครนายก ยังไม่มี อปท. ที่แห่งใดที่ดำเนินการเก็บ ขน กำจัด ขยะอันตรายและการออกข้อกำหนดท้องถิ่นเรื่องตลาดนัด

๔.๒.๗ จังหวัดสิงห์บุรี มีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชน ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องร้องเรียนเหตุเดือนร้อนรำคาญ ซึ่งตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ จนถึงปัจจุบัน มีจำนวน ๑๔ เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องกลิ่นเหม็นจำนวน ๙ แห่ง (จากฟาร์มเลี้ยงสัตว์ , สถานประกอบการขนาดเล็ก) รองลงมาเป็นเรื่องฝุ่นละออง (โรงสีข้าว) เสียงดัง (สถานประกอบกิจการเชื่อมโลหะ) ปัญหาเรื่องเรียนเหตุเดือนร้อนรำคาญ ทั้งนี้ จังหวัดสิงห์บุรี แก้ไขปัญหาโดยใช้กลไกของศูนย์ดำรงธรรมจังหวัด ประสานงานหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง และอปท. ในพื้นที่ รวมทั้งส่วนกลาง เข้าไปดำเนินการแก้ไขปัญหาพร้อมกันตามอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย แต่ยังไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อร่วมประชุมหารือในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เป็นรูปธรรม

๔.๒.๘ จังหวัดลพบุรี พบว่าการดำเนินงานของคณะทำงาน ยังไม่มีการค้นหาประเด็นปัญหาในพื้นที่ เช่น ปัญหาเรื่องขยะ ขี้อร่อยเรียน เริ่มตั้งแต่การออกข้อบัญญัติของท้องถิ่น ฯลฯ ในกรณีนี้ ผู้ตรวจราชการและทำหน้าที่ตรวจราชการ ได้เสนอแนะว่า ปัญหาสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะฝุ่นจากโรงโม่หิน ขอให้จังหวัดกำชับหน่วยงานในพื้นที่ ให้ความรู้หรือสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน ถึงความเสี่ยงหรืออันตรายจากฝุ่น เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักและหลีกเลี่ยงหรือป้องกันเบื้องต้น รวมทั้งประสานโรงงานที่เกี่ยวข้องให้มีความรับผิดชอบ โดยมีการควบคุมการผลิตให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด และจัดสรรงบประมาณในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนให้จังหวัดวิเคราะห์เรื่องที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ว่าจังหวัดมีการบังคับใช้หรือไม่ และเมื่อมีการบังคับใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร มีผลกระทบที่เกิดจากการบังคับใช้หรือไม่ ประชาชนได้ประโยชน์หรือได้ผลอย่างไร เพื่อให้เห็นความชัดเจนของการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงานกิจกรรมสนับสนุนการออกข้อกำหนดของท้องถิ่นแล้ว ควรมีการติดตามผลว่า มีการออกข้อกำหนดของท้องถิ่นเพิ่มขึ้นหรือไม่ และให้จังหวัดเร่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติจังหวัด (อสทจ) เพื่อร่วมมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเร่งด่วน อีกทั้งจัดทำฐานข้อมูลจำนวนโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการ พร้อมตรวจสอบว่าแต่ละแห่งมีมลพิษหรือผลกระทบอย่างไร และสุ่มตรวจว่าโรงงานมีการจัดการหรือแก้ปัญหาเช่นไร โดยเฉพาะปัญหาขยะ ซึ่งต้องมีข้อมูลที่ชัดเจนว่ามีบ่อขยะกี่แห่ง มีการกำจัดถูกสุขลักษณะเพียงใด สำหรับ ขยะติดเชื่อให้ทำ mapping สถานพยาบาลว่าอยู่ในพื้นที่ใดและอยู่ในเขตปกครองของใคร จะได้วิเคราะห์ว่าควรจะออกข้อบัญญัติที่ใดเป็นพิเศษ รวมทั้งให้ อสม. ทำการสำรวจว่ามีผู้ป่วยติดเชื่ออยู่ในแต่ละพื้นที่จำนวนเท่าใด เพื่อจะได้ประสานให้ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นในการดูแลเรื่องมูลฝอยติดเชื่อขึ้นมารองรับ ทั้งนี้ ขอให้ให้นำข้อมูลที่ส่งเข้าหาหรือหรือเสนอต่อที่ประชุมกรรมการจังหวัด เพื่อร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนและแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม

.....

เขตสุขภาพที่ ๕

จังหวัดราชบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดสมุทรสาคร
จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

.....

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ประกอบด้วย ๒ ภารกิจ ๕ ด้าน ๑๐ หัวข้อ ๑๓ ประเด็นการตรวจราชการ เพื่อเป็นการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย และยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขรับฟังปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นควบคู่กับการเร่งรัดผลงาน มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในพื้นที่มากกว่าการแก้ไขตัวเลข/ตัวชี้วัด และการตรวจบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี โดยที่รูปแบบการตรวจราชการและนิเทศงานยังมุ่งเน้นการประเมินปัญหาการทำงาน กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์ต่างๆ ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ ทีมนิเทศประกอบด้วยผู้แทนกรม/สำนักต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นหัวข้อตามแผนการตรวจราชการฯ สำหรับเขตสุขภาพที่ ๕ ประกอบด้วย ๘ จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ภายใต้การนำของ นายแพทย์สุเทพ วัชรปิยานันท์ และนายแพทย์ธีรพล โตพันธานนท์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง และนายแพทย์พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง สาธารณสุขนิเทศก์ ซึ่งได้แบ่งคณะตรวจราชการฯ ออกเป็น ๕ คณะ ประกอบด้วย ๑) การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค ๒) การพัฒนาระบบบริการ ๓) การบริหารจัดการ ๔) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และ ๕) การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี จากการตรวจราชการและนิเทศงาน ในรอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ได้สรุปประเด็นความสำคัญ และข้อเสนอแนะ ในภาพรวมแต่ละกลุ่ม ดังนี้

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

เนื้อหาการตรวจราชการฯ ประกอบด้วย ๒ หัวข้อ ได้แก่

๑.๑ การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย

๑) การวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพ

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพเพื่อใช้ในการจัดทำแผนสุขภาพระดับจังหวัดพบว่า มีการใช้ข้อมูลสถานการณ์โรค การเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ผลการดำเนินงานรอบปีงบประมาณ ๒๕๕๗ เป็นข้อมูลนำเข้า (input) ในการจัดทำแผน แต่พบว่าบางกลุ่มวัยยังขาดข้อมูลเชิงลึกที่จะวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และพบว่าการกำหนดกลุ่มเป้าหมายของแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดและอำเภอ ขาดความชัดเจนในการนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและการ กำกับ ติดตาม

๒) การจัดทำแผนสุขภาพระดับเขต จังหวัดและอำเภอ และการบริหารงบประมาณงานส่งเสริมป้องกัน

พบว่าจังหวัดสามารถจัดทำแผนควบคุม กำกับ และสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณส่วนที่เป็นงบผลิตจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่งบ UC (P&P), งบเงินบำรุง, งบกองทุนสุขภาพท้องถิ่นฯ ที่อำเภอใช้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยนั้น จังหวัดรวบรวมได้จากแผนปฏิบัติการระดับอำเภอเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถสรุปงบประมาณแผนส่งเสริมป้องกันโรคแต่ละกลุ่มวัยที่ใช้จ่ายได้จริง

๓) การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ

มีกระบวนการจัดประชุมชี้แจงแผนให้กับผู้บริหารและ PM ระดับอำเภอ แต่พบว่าแผนกลุ่มวัยระดับอำเภอไม่สอดคล้องกับมาตรการระดับเขตและจังหวัด แผนที่พบเป็นการถอดแบบแผนจังหวัดเป็นแผนระดับอำเภอรวมถึงไม่มีการถ่ายระดับกลุ่มเป้าหมายของอำเภอ/ตำบล การระบุจำนวนกลุ่มเป้าหมายไม่ชัดเจน ทั้งนี้ผู้รับผิดชอบแผนกลุ่มวัยระดับจังหวัด ต้องติดตาม/ตรวจสอบ และพัฒนาศักยภาพ PM ระดับอำเภอให้สามารถจัดทำแผนที่สอดคล้องกับปัญหาและกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ได้

๔) การกำกับติดตามประเมินผล

ส่วนใหญ่ติดตามผลงานจากระบบรายงาน ซึ่งเป็นทั้ง ระบบรายงานเอกสารและจากรายงานHDC หรือติดตามจากการประชุมต่างๆทั้งนี้จังหวัดที่มีการนิเทศชี้แจง แผน และแนวทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เช่น จังหวัดราชบุรี และสุพรรณบุรี ส่วนจังหวัดที่มีการสร้างทีมนิเทศงานระดับอำเภอและระดับจังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรีซึ่งพบว่า ทีมนิเทศงานของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี มีความเข้มแข็งในการนิเทศ/ติดตามงานในพื้นที่และได้ทำสรุปวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขในรพ.สต.ทุกแห่งและรายงานจังหวัดชัดเจน

๕) การบริหารจัดการระบบข้อมูล

พบว่า มีหน่วยบริการที่ไม่สามารถส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มได้ครบถ้วนตามที่กำหนดและส่งไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์และหน่วยบริการไม่ทราบว่าผลงานบริการของตนเองไม่สามารถนำมาประมวลผลลัพธ์ของการบริการเชิงคุณภาพได้

๖) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กรม/กอง/สำนักวิชาการ/ส่วนกลางควรกำหนดกรอบเวลาและดำเนินการตามกรอบเวลาในการจัดทำแผน เพื่อให้จังหวัดและระดับอำเภอ สามารถดำเนินการตามนโยบายสำคัญ และวางแผนงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายผลงานที่กรม กอง สำนักวิชาการได้ทันตามกรอบเวลาการปฏิบัติงานในพื้นที่

การผลิตและปรับปรุงสื่อ คู่มือต่างๆ ที่กรม/กอง ดำเนินการมาตามเนื้อหา /รูปแบบเดิม ควรใช้ข้อมูลที่ระดับจังหวัด/พื้นที่สะท้อนความคิดเห็นไปปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพขึ้น

๑.๒ การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย

กลุ่มสตรีและทารก

ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๕ ใช้กลไกเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก และควบคุม กำกับ โดย MCH .Board ระดับจังหวัด และอำเภอ ตลอดจน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และท้องถิ่น

ในภาพรวมมีมารดาเสียชีวิตรวม ๔ รายสาเหตุจากโรค/ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม พบร้อยละ ๙.๑๘ สาเหตุจากPretermและ IUGR ทั้งนี้พบว่าการเข้าถึงบริการ Early ANCและANC คุณภาพ๕ ครั้งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ การจัดการบริการฝากครรภ์ของโรงพยาบาล และ รพ.สต.ยังไม่ตอบสนองความต้องการหญิงตั้งครรภ์ เช่นกลุ่มทำงานโรงงาน หรือพื้นที่ห่างไกลเดินทางไม่สะดวก และระบบข้อมูลรายงาน ๔๓ แฟ้ม/HDC ผลงานต่ำกว่าบริการจริงและต่างจากระบบรายงานในทะเบียนคลอด (Manual) เนื่องจากมีเงื่อนไขต่างกัน

แนวทางการแก้ไขปัญหา: ๑) เพิ่มการประชาสัมพันธ์นโยบายฝากท้องฟรีทุกสิทธิให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลมากขึ้น ๒) เพิ่มช่องทาง/เวลาให้บริการที่รองรับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ๓) ปรับทัศนคติมารดาที่ท้องแรกคลอดปกติ จึงไม่เห็นความจำเป็นของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ ๔) กำกับติดตามผล

การถอดบทเรียน กรณีมารดา/ทารกเสียชีวิตทุก case ๕) สร้างระบบตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการส่งออก

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: เน้น Strong Policy โครงการฝากครรภ์ทุกที่ Free ทุกสิทธิ์และ ประชาสัมพันธ์กลุ่มเป้าหมาย AIR WARE กำชับหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งเร่งรัด/ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเด็กปฐมวัย

สถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ๐-๕ ปีทุก จังหวัดมีอัตราเฉลี่ยการกินนมแม่อย่างเดียวกินเป้าหมายร้อยละ ๕๐ จังหวัดที่มีผลงานค่อนข้างสูง ได้แก่ สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ และสมุทรสาคร ส่วนจังหวัดที่มีผลงานค่อนข้างต่ำ ได้แก่ นครปฐม และ เพชรบุรี เนื่องจากแม่ทำงานในโรงงาน ทำงานต่างจังหวัด และส่วนหนึ่งเป็นแม่วัยรุ่น

ด้านพัฒนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี ทุกจังหวัดได้คัดกรองด้วยแบบอนามัย ๕๕ พบว่าเด็ก ๔ ช่วง อายุ (๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือน) ได้รับการคัดกรองพัฒนาการครอบคลุม ร้อยละ ๕๔.๔๐ (เมื่อเทียบกับฐานข้อมูล DB pop ทั้งปี) สำหรับคุณภาพ (quality) ในการค้นหาเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้ายังทำได้น้อย เมื่อเทียบกับการสำรวจระดับเขตและประเทศ โดยพบพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๙๐.๗๐

พบเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ทั้งนี้เด็กได้รับการกระตุ้นส่งเสริม พัฒนาการจากหน่วยบริการทุกรายรวมถึงส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโดยกุมารแพทย์และจิตแพทย์เด็กที่ รพศ./รพท. จำนวน ๘๖ ราย (ร้อยละ ๐.๐๗) ผลการวินิจฉัยเป็น Developmental disorder of speech and language unspecified/Attention deficiency Hyperactivity Disorder / Delay development ทั้ง ๔ ด้าน / Delay speech / Autistic / Mental Retard

แนวทางแก้ไขปัญหา

๑) CUP ที่ Coverage ต่ำ วิเคราะห์สาเหตุและแก้ไขปัญหากลุ่มอายุให้ครอบคลุมใน Setting WCC ของ รพ.สต./PCU และศูนย์เด็กเล็ก ส่วนบริบทของเขตเมืองควรแยกชี้เป้าเด็กกลุ่มเสี่ยงเช่น เด็กในชุมชนแออัดหรือเด็กที่ถูกเลี้ยงดูโดยปู่ ย่า ตา ยาย เพื่อเพิ่มโอกาสส่งเสริมพัฒนาการได้ตรงจุด

๒) ติดตามการคืนข้อมูลกลับพื้นที่ระหว่าง รพ.สต./รพช./รพท./รพศ. ให้เห็นภาพการบริการ ข้ามพื้นที่รับผิดชอบเพื่อเพิ่ม Coverage

๓) เพิ่มคุณภาพการคัดกรองเด็ก ๔ กลุ่มวัย ด้วยเครื่องมือ DSPM ขยายผลการฝึกทักษะการ คัดกรองด้วยเครื่องมือ DSPM แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ได้แก่ PP/NS/NICU/WCC และติดตามผลการใช้ คู่มือ DSPM ในกลุ่มพ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ผ่าน Family Care Team ในพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Strong and Sustained Policy) มีคู่มือ สนับสนุนเพียงพอ กับเด็กเกิดใหม่ทุกคน บุคลากรที่รับผิดชอบเด็กปฐมวัยได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง

กลุ่มวัยเรียน

ด้านการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียนอายุ ๕-๑๔ ปี พบเด็กมีภาวะเริ่มอ้วนและ อ้วนรวมกัน ร้อยละ ๑๐.๑๐ (ค่าเป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐) และในโรงเรียนเอกชนยังไม่ให้ความสนใจกับ ปัญหานี้อย่างจริงจัง และยังพบว่าเด็กเตี้ยในภาพรวม ร้อยละ ๔.๓๔ (ไม่เกินร้อยละ ๕)

ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน พบว่า ปัญหาเด็กวัยเรียนฟันแท้ผุลดลงอย่างต่อเนื่อง จากปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๗ โดยผลงานบริการตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียน ป.๑ ได้ร้อยละ ๙๓.๖ เคลือบหลุม ร่องฟัน ร้อยละ ๕๔.๙ ซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากกว่าเกณฑ์ แต่ก็ยังพบปัญหาการหลุดของเคลือบหลุม

ร้องฟันมากกว่าร้อยละ ๔๐ สาเหตุจากการเสื่อมสภาพของครุภัณฑ์ทันตกรรมหรือครุภัณฑ์มีคุณภาพไม่ดีพอ และปัญหาด้านทักษะของผู้ให้บริการ

ด้านการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี อัตราการเสียชีวิตไม่ลดลงจากปีที่ผ่านมาและบางพื้นที่ยังไม่มี การสอบสวนสาเหตุเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง

แนวทางแก้ไขปัญหา

๑. เด็กอ้วน ต้องแก้ไขที่พฤติกรรมในชีวิตประจำวันโดยเชื่อมโยงตั้งแต่ครัวเรือน (ผู้ปกครอง) ชุมชนและโรงเรียนเพื่อผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยน นอกจากการอบรม/ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แล้วควรเน้นให้ PM อำเภอและคณะทำงานติดตาม ควบคุม กำกับมาตรการที่ดำเนินการในโรงเรียนอย่างต่อเนื่องจริงจัง เช่น มาตรการเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย มาตรการอาหารกลางวันเครื่องดื่มและขนมและสร้างความร่วมมือหลายภาคส่วน ทั้งผู้บริหารโรงเรียน ร้านค้า และผู้ปกครองร่วมแก้ไขปัญหาประสานเครือข่าย ทำข้อตกลงในการดำเนินงานร่วมกัน

๒. Oral Health Care Manager ระดับ CUP กำกับติดตามผลดำเนินงานของทุกหน่วย บริการและCUPเอกชนทุก ๑-๒ เดือน เช่น ผลการเคลือบหลุมร่องฟัน และให้การสนับสนุนทรัพยากรเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายสสจ.และ CUP

๓. พื้นที่ที่มีเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำ ต้องติดตามกำกับ การสอบสวนเด็กจมน้ำ และบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายควรมีการผลักดันนโยบายระดับประเทศด้านการจัดการอาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่มในโรงเรียน เช่น สพป.อ่อนหวาน โรงเรียนนักเรียนไทยสุขภาพดี โรงเรียนเด็กไทยแก้มใส เป็นต้น

กลุ่มวัยรุ่น

พบว่า การตั้งครุภัณฑ์ในแม่ข่ายรุ่นมีการคลอดทั้งหมด จำนวน ๕๒,๐๓๐ คน มีหญิงคลอดที่อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี จำนวน ๑๐,๓๔๒ เป็นร้อยละ ๑๙.๘๘ นอกจากนี้หญิงคลอดที่อายุ ๑๕-๑๙ ปีที่ตั้งครรภ์ที่ ๒ ขึ้นไปหรือท้องซ้ำพบสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายทุกจังหวัดรวมจำนวน ๑,๗๙๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๙๑ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของหญิงคลอดอายุ ๑๕-๑๙ ปี)

ด้านการบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกจังหวัดผ่านการประเมิน ไม่พบการทำผิดกฎหมาย ทั้งในและรอบสถานศึกษา แต่ยังมีหอพักขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการโฆษณา รวมทั้งการดำเนินการตามมาตรฐานที่สำคัญ ๔ มาตรการยังไม่ครอบคลุม ส่วนจังหวัดกาญจนบุรี มีโครงการให้วัยรุ่นมาเป็นจิตอาสาตำบลบวก เช่น เป็นอาสาสมัครกู้ภัย และมาร่วมการแก้ปัญหายาเสพติด

แนวทางแก้ไขปัญหา กลุ่มอายุ ๑๕-๑๙ ปี ที่ตั้งครุภัณฑ์เข้าผู้บริหารโรงพยาบาลขนาดเล็กควรสนับสนุนให้มียาฝังคุมกำเนิดใช้ในโรงพยาบาล และบริการวางแผนครอบครัวในแม่ข่ายรุ่นโดยวิธีกึ่งถาวรมากขึ้น รวมทั้งพัฒนาวิธี/กลยุทธ์บริการให้เข้าถึงใจ/วัยรุ่นยอมรับและเข้าถึงบริการได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และเป็นความลับ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายผลักดันปัญหาการตั้งครุภัณฑ์วัยรุ่น ให้เป็นตัวชี้วัดร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มวัยทำงาน

การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ(NCD) มีผลการดำเนินงานค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ ๑) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และการควบคุมความดันโลหิตได้ดีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการเข้าถึง/ได้รับข้อมูลการดำเนินงานของโครงการสถานประกอบการ ปลอดภัยปลอดภัยกายใจเป็น

สุขอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ โดยพบว่าส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการประชุมชี้แจง ๒) ผลการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบผิดปกติค่อนข้างสูง ในขณะที่ ๓) ผลการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ทุกแห่งผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐

การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนพบว่าจังหวัดสมุทรสงครามเท่านั้นที่สามารถดำเนินการลดอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนได้ตามตัวชี้วัด (ไม่เกิน๑๘ ต่อประชากรแสนคน)

แนวทางแก้ไขปัญหา

๑) การผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพไม่ควรดูเฉพาะการจัดการให้มีกระบวนการตามเกณฑ์ แต่ต้องจัดการให้มีผลลัพธ์ของการทำงานในเชิงคุณภาพต่อประชาชนร่วมด้วย

๒) ควรมีการบริหารจัดการข้อมูล และการดำเนินการมาตรการป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งควรดำเนินการควบคู่ไปกับการสอบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ และคืนข้อมูลให้กับชุมชน เช่น จังหวัดราชบุรี นำข้อมูลจากการสอบสวนไปใช้ประโยชน์ โดยนำเสนอข้อมูลในเวทีสาธารณะและนำไปปรับใช้ในการดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุจราจร พร้อมผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนงานอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้กระบวนการ ๕ ส (สารสนเทศ (Information), สุดเสียง (priority), สหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary), สุดคุ้ม (Cost effective) และ ส่วนร่วม (Community participation)) ผ่าน DHS อย่างต่อเนื่อง ทั้งช่วงเทศกาลและช่วงเวลาปกติ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: ควรมีนโยบายการตรวจราชการแบบบูรณาการด้านอุบัติเหตุจากการจราจร เพื่อความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาจากทุกฝ่ายอย่างยั่งยืน

กลุ่มวัยผู้สูงอายุและวัยทำงาน

ประชากรเขตสุขภาพที่ ๕ มีจำนวน ๕,๒๔๑,๖๕๒ คน เป็นผู้สูงอายุ ๗๖๕,๖๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ๑๔.๖๑โดยในจำนวนนี้แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ๕๘๙,๙๐๔ คน ร้อยละ ๘๓.๕๕,ติดบ้าน ๖๑,๑๙๙ คน ร้อยละ ๑๐.๓๗,ติดเตียง ๘,๒๘๒ คน ร้อยละ ๑.๔๐มีหน่วยบริการผู้สูงอายุที่ให้บริการประเมิน/คัดกรองและรักษาเบื้องต้น บางจังหวัดมี Care Plan ของผู้สูงอายुरายคนและรายกลุ่ม และกรณีที่พบปัญหาได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษา ฟันฟู ตามปัญหาการส่งเสริมสุขภาพคนพิการพบว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานบูรณาการระบบดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พื้นระยะวิกฤติระดับ ๓

การส่งเสริมสุขภาพคนพิการ พบว่าโปรแกรมคนพิการ (ขาขาด) ไม่สามารถประมวลผลรายงานจำนวน/รายชื่อผู้พิการทั้งที่เข้าถึง/ไม่ถึงกายอุปกรณ์ ส่วนในระดับ สสอ. ไม่มีรหัสที่สามารถเข้าไปคีย์ข้อมูล/ไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ นอกจากนี้พบว่าปัญหาไม่สามารถคีย์แจ้งเปลี่ยนแปลงสถานะผู้พิการที่เสียชีวิตได้

ผลงานเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีดังนี้

๑) จังหวัดสุพรรณบุรี อำเภอเดิมบางนางบวช รพ.สต.เดิมบาง มีกิจกรรม จักรยานเยี่ยมบ้าน ยิ่งเข้ายิ่งชัด กระชับความสัมพันธ์ชุมชน, เดินสร้างสุข เลาะเรื่องสร้างสรรค์ ปั่นสร้างสุขภาพและ จักรยานสัญจร สร้างสุขภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้ ,ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วัดกลาง อำเภอบางปลาม้า และบ้านเกาะแก้ว ตำบลหัวโพธิ์อำเภอสองพี่น้อง มีจัดบริการแบบอยู่ประจำ – ไปกลับ,สร้างงานสร้างอาชีพเสริม

๒) จังหวัดเพชรบุรี มีนวัตกรรมการฟื้นฟูคนพิการ ได้แก่เบาเงาเจลไร้แผลกดทับ, ราวหัดเดินเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลเขาย้อย

๓) จังหวัดสมุทรสงคราม ใช้กิจกรรมหิ้วปิ่นโตเข้าวัด,โครงการสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้หลัก ๓ อ. (กินข้าวกล้อง เดินไว หายใจช้า)

๔) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ มีการป้องกันและแก้ปัญหาเช่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

๕) จังหวัดกาญจนบุรี มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ๒ แห่ง ได้แก่ ตำบลหนองวาน อำเภอท่ามะกา และ ตำบลหนองโรง อำเภอพนมทวน

แนวทางแก้ไขปัญหา

๑) PM ระดับอำเภอ จัดระบบคัดกรองในพื้นที่ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุ ทั้งค้นหาผู้สูงอายุตาม DBPOP และจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามผลการคัดกรอง เพื่อวางแผนดูแลอย่างเหมาะสม

๒) พัฒนาความรู้และทักษะของทันตภิบาล ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

๓) การดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พื้นระยะวิกฤติ ให้เพิ่มระบบการดูแล/ส่งต่อ และระบบการจัดเก็บข้อมูล/รายงานผล

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย:

๑) ข้อมูลรายงานผู้สูงอายุ ควรให้อยู่ในระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม โดยไม่ต้องใช้ manual

๒) การพัฒนาระบบข้อมูลจากส่วนกลางในการจัดเก็บในชุดเดียวกัน รวมถึงเครื่องมือ/แนวทางการทำงาน (กรมต่างๆ ได้บูรณาการแล้ว) จะเอื้อประโยชน์ในการทำงานระดับพื้นที่

๓) คณะทำงานส่วนกลาง (ข้อมูลทันตสาธารณสุข) พัฒนา Standard report จากระบบแฟ้มมาตรฐาน โดยเชื่อมโยงการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (แฟ้ม SpecialPPที่กำลังพัฒนา) และการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก (แฟ้ม Dental และแฟ้ม Procedure _OPD) เพื่อกำกับติดตามงานทั้งในระดับประเทศ เขต และจังหวัด

๑.๒ ระบบการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ ที่ได้มาตรฐาน

การบูรณาการระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพให้ได้มาตรฐานตามระบบเฝ้าระวัง ๕ ระบบ และฐานข้อมูล ๕ มิติในด้านการจัดการข้อมูลนั้นยังไม่มีหน่วยงานที่เป็น Focal point ในการจัดเก็บข้อมูล ๕ ระบบ และ ๕ มิติมารวมไว้ด้วยกัน อีกทั้งยังขาดการนำข้อมูลใน ๕ มิติ และรายงานการสอบสวนโรคมารวบรวม ทำให้รายงานสถานการณ์ขาดประเด็นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลให้การวางแผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ตรงกับปัญหาและกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง อีกทั้งระดับอำเภอควรนำรายงานสอบสวนโรคมารวบรวมกับรายงาน ๕๐๖ และแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/ประชาชนเพื่อให้เกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมดำเนินการควบคุมป้องกันโรค

การประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน จำนวน ๖๒ อำเภอผลการประเมิน พบว่าผ่านการประเมิน ๒๔ แห่งจากอำเภอที่ต้องเข้ารับการประเมิน ๒๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๓๑ (รอการประเมิน ๒ แห่ง)

โครงการโรงเรียนปลอดโรค กลุ่มเป้าหมายคือโรงเรียนระดับประถมและมัธยมศึกษาที่ผ่านการประเมินระดับทองหรือระดับเพชร มีเป้าหมายให้โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนปลอดโรค อย่างน้อย ๑ แห่ง/อำเภอ ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ ๕๓ จาก ๖๒ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๔๘

ด้านมาตรฐานงาน SRRT ยังคงพบว่า มีรายงานการสอบสวนโรคไม่ครอบคลุมทุกกรณีในส่วนของจังหวัดที่มีพื้นที่ชายแดนสามารถระบุโรคติดต่อสำคัญ โดยมีมาตรการป้องกันควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ และสามารถควบคุมโรคได้ไม่เกิน Second Generations โดยอำเภอมีรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์โรคที่ระบุโรคติดต่อที่สำคัญสูง (Priority disease) ลำดับ ๑ และ ๒ (เกณฑ์ร้อยละ ๕๐) ผ่านเกณฑ์เพียง ๒ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๕๐ โดยในส่วนจังหวัดชายแดนมีการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุม

โรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพตามกรอบการดำเนินงานใน ๑๒ เป้าหมายของ IHR โดยทุกจังหวัดได้ดำเนินการคัดเลือกจังหวัดละ ๔ เป้าหมาย มีผลการประเมินผ่านทุกจังหวัด ในประเด็นช่องทางเข้าออก ระหว่างประเทศและจังหวัดชายแดนที่เป็นเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมิน ๔ ช่องทาง ได้แก่ ด้านพุน้ำร้อน ด้านสิงขร ท่าอากาศยานหัวหิน ท่าเรือประจวบฯ ไม่ผ่าน ๑ ช่องทาง ได้แก่ด้านเจดีย์สามองค์

แนวทางแก้ไขปัญหา

- ๑) พัฒนาระบบข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เพื่อใช้เป็นระบบเฝ้าระวัง ๕ ระบบ ๕ มิติ
- ๒) บูรณาการมาตรฐานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง กับ ระบบสุขภาพอำเภอ DHS ในระดับ
ส่วนกลาง
- ๓) พัฒนาศักยภาพอำเภอชายแดนในประเด็นที่ยังเป็นจุดอ่อน เช่น ภาวะฉุกเฉินทางเคมี และ
รังสี เป็นต้น

คณะที่ ๒ การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

๒.๑ระบบบริการปฐมภูมิ

พบว่าทุกจังหวัดมีการดำเนินงานขับเคลื่อนงานปฐมภูมิตามนโยบายและสอดคล้องปัญหาตามบริบทพื้นที่ แผนยุทธศาสตร์งานปฐมภูมิมิมีความเชื่อมโยงกับ Service Plan ที่ชัดเจนมากขึ้น โดยนำ Core Package ๑๐ เรื่อง มาจัดบริการปฐมภูมิ ซึ่งเรื่องที่ ๑๐ นั้นให้เป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ(District Health System:DHS)ทุกจังหวัดมีการดำเนินการอำเภอนำร่อง และขยายพื้นที่ดำเนินการทุกอำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และนำปัญหาพื้นที่อย่างน้อย ๓ เรื่องที่สำคัญมาคิดวิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน จนได้อำเภอต้นแบบจำนวน ๘ อำเภอ และมีผลการประเมินกระบวนการดำเนินงานด้วยเกณฑ์ UC-CARE พบว่ามีการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากเฉลี่ยระหว่าง ๒.๕-๓.๕ คะแนน มาเป็น ๓.๐ – ๔.๐ คะแนน

การดำเนินงานทีมหมอครอบครัว (Family Care Team:FCT) มีการกำหนดโครงสร้างทีมที่ชัดเจนทั้ง ทีมระดับอำเภอ๓๔๙ทีม ทีมระดับตำบล ๙๖๕ ทีม และทีมระดับชุมชน ๔,๗๓๒ ทีม ร่วมกันดูแลประชาชน และกลุ่มเป้าหมายด้อยโอกาสในระยะแรกได้แก่ ผู้สูงอายุติดเตียง (ADL≤๔),ผู้พิการที่ต้องการการดูแลและผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative) รวม ๒๐,๕๙๑ คน โดยดูแลเสมือนญาติคนหนึ่ง ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยดังกล่าวได้รับความสุข ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือทุกรายจะได้รับการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องจากภาครัฐ ท้องถิ่นและชุมชนที่เข้ามา มีบทบาทมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

- ๑) ควรมีนโยบายและยุทธศาสตร์บริการปฐมภูมิ เพื่อสร้างอัตลักษณ์ของปฐมภูมิให้เป็นที่ยอมรับของประชาชน
- ๒) จังหวัดควรมีบุคลากรที่ดูแลรับผิดชอบระบบบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะ สามารถขับเคลื่อนการพัฒนาบริการปฐมภูมิได้อย่างต่อเนื่อง
- ๓) ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ยังต้องอาศัยนโยบายขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากชุมชนท้องถิ่นและประชาชน ทั้งร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมสรุปผล ตลอดจนเป็นเจ้าของปัญหานั้นอย่างจริงจัง

๔) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) บางแห่งยังขาดบุคลากรปฏิบัติงาน และขาดงบประมาณในการจัดตั้งพบว่า มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการและแผนการติดตามประเมินผลที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม, แผนบูรณาการการจัดบริการใน ๕ กลุ่มวัยและแผนการพัฒนาาระบบบริการ มีการดำเนินการร้อยละ ๑๐๐ แต่พบว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลากรผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิของจังหวัดส่วนใหญ่มีผลให้งานไม่ต่อเนื่อง และขาดการบูรณาการเชื่อมโยงกับงาน ๕ กลุ่มวัย และ Service Plan อย่างเป็นทางการในสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น NCD ตา ไต หัวใจ, การกำหนดอำเภอเป้าหมายประจำปี ๒๕๕๘ การประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS – PCA, การจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกันและมีระบบ Family Care Team เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั้ง Acute & Chronic care ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง (essential care เช่นอุบัติเหตุฉุกเฉินและส่งต่อการเยี่ยมบ้าน Home care & LTC บริการแพทย์แผนไทยสุขภาพจิตชุมชนการฟื้นฟูสุขภาพส่งเสริมสุขภาพช่องปากเป็นต้น) และการดำเนินการ Palliative Care Unit คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ แต่พบว่า ยังไม่เห็นกระบวนการชัดเจนของการนำ DHS และ FCT มาใช้ประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะ Acute เช่น Stroke หรือ MI

ส่วนจำนวนอำเภอที่มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือเกินระดับ ๓ ทุกข้อตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมชมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit) อยู่ระหว่างการประเมิน

๒.๒ ระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

แผนการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ ๕ ได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) อย่างเป็นระบบ มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยใช้กรอบแนวคิดและหลักการเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) จากการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา การขับเคลื่อนแผนพัฒนาการจัดบริการระบบบริการสุขภาพลงสู่เครือข่ายเริ่มเป็นรูปธรรมมีผลลัพธ์การดำเนินงานในทิศทางที่ดีและหลายสาขามีผลการดำเนินงานที่โดดเด่นเป็น Best practice ในระดับเขตเช่นสาขาทารกแรกเกิด, หลอดเลือดหัวใจและสาขาอุบัติเหตุ นอกจากนี้ service plan ทั้ง ๑๐ สาขามีความก้าวหน้ามาก/น้อยขึ้นกับต้นทุนเดิมและทรัพยากรแต่ยังพบปัญหาการดำเนินงานในบางสาขา เช่น

- **สาขาหัวใจ** ขาดอายุรแพทย์โรคหัวใจ กุมารแพทย์โรคหัวใจ การให้ยา Thrombolytic Agent ในโรงพยาบาลชุมชน ยังดำเนินการได้ต่ำ สาเหตุบางประการคือ รพช.ที่ใกล้กับ รพศ./รพท. ระยะเวลาดูแลไม่นาน จึงไม่เห็นความจำเป็นของการให้ยา และยังคงวลกับ clinical risk ที่อาจจะเกิดขึ้นจึงเสี่ยงที่จะให้ยาโดย รพช. แต่มีระบบ refer เพื่อไปทำ PCI เลย โดยประสานกับ รพศ. ก่อนส่งต่อ และในเขตสามารถทำการผ่าตัดหัวใจได้ ๓ แห่งคือที่โรงพยาบาลราชบุรี, นครปฐม และหัวหิน

- **สาขามะเร็ง** เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น และมีการส่งต่อผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ ๑ โดยโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรีมีศักยภาพในการให้บริการรังสีรักษา แต่ยังพบปัญหาระยะเวลารอคอยการฉายแสงนานมากกว่า ๓ เดือน ปัญหากระบวนการเก็บข้อมูลทะเบียนมะเร็งที่ไม่ครบถ้วนและไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน

- **สาขาอุบัติเหตุ** พบปัญหาด้านอุบัติเหตุจราจรที่มีอัตราการบาดเจ็บและตายสูง จากลักษณะทางภูมิศาสตร์ เส้นทางคมนาคม มีการจัดทำฐานข้อมูลการบาดเจ็บเพื่อใช้ในการวางแผนบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมทางหลวง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน และมีการแก้ไขปัญหาด้านการจราจร แต่ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากท้องถิ่น/ประชาชนน้อยรวมทั้งระบบ EMS ก็ยังขาดความร่วมมือด้วยเช่นกัน

แต่การส่งต่อออกนอกเขตในภาพรวมลดลง นอกจากนี้ ยังมีการส่งต่อผู้ป่วย Burn เนื่องจากอยู่ระหว่างการพัฒนาเพิ่มเติมยงรองรับ และมีการส่งต่อผู้ป่วย Vascular injury ซึ่งมีจำนวนน้อย

- สาขาทารกแรกเกิด พบ Low Birth Weight และ Birth Asphyxia มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น จังหวัด กาญจนบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ จึงมีนโยบายส่งเสริมการค้นหาและฝากครรภ์ตามเกณฑ์ และเพิ่มคุณภาพการฝากครรภ์

นอกจากนี้ เขตสุขภาพที่ ๕ ได้พัฒนาให้โรงพยาบาลระดับ M๒ พัฒนาศักยภาพให้รองรับระบบบริการเพิ่มขึ้น เช่น โรงพยาบาลท่าม่วง, สามพราน และบางสะพาน เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มสามารถทำให้ผ่าตัดได้มากขึ้น

Best Practice

๑. โรงพยาบาลราชบุรี ได้พัฒนาให้มีการคัดกรอง (Early detect) ภาวะโรคหัวใจแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดโดยนำ Pulse oximeter มาใช้ในการคัดกรองผลการพัฒนาสามารถลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของทารกได้ และขยายผลไปยัง รพศ/รพท. ทุกแห่งในเขต

๒. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี ได้พัฒนา Nasal CPAP โดยใช้แบบ Bubble CPAP ซึ่งผลการพัฒนาสามารถประหยัดไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในการ Early detect ในทารกกลุ่มอาการหายใจลำบากเพื่อลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจลดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)

๓. จังหวัดกาญจนบุรี มีผลงานคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุเพื่อค้นหา Blinding Cataract และบันทึกข้อมูลการคัดกรองใน www.vision2020.thailand.org เป็นระบบ Fast track สามารถผ่าตัดใน ๓๐ วัน

๔. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรพัฒนาระบบ Fast track preterm BW < ๑๕๐๐ กรัม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในทารกคลอดก่อนกำหนด ช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนดได้

ข้อเสนอแนะ

๑) โรงพยาบาลบางที่ควรพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพขึ้น ได้แก่โรงพยาบาลชะอำ, ทองผาภูมิ แต่ขาดบุคลากรเฉพาะทาง จึงควรเพิ่มนโยบาย และแรงจูงใจในการทำงานและ รพช.ทุกแห่งควรวิเคราะห์โรค refer out ที่มีค่า RW ต่ำ/ไม่เหมาะสม เพื่อประกอบการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และควรจัดวางระบบการหมุนเวียนแพทย์ในบางพื้นที่ ส่วน รพช.ที่อัตราการครองเตียงต่ำให้พัฒนาศักยภาพที่เพิ่มการดูแลรักษา และรับกลับ (refer back) จากโรงพยาบาลแม่ข่าย

๒) การเชื่อมโยงงาน Service Plan สู่ระดับปฐมภูมิยังไม่เห็นภาพชัดเจนและไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ การดูแลโรคสำคัญฉุกเฉิน เช่น โรคหัวใจ STEMI, Stroke เป็นต้น ควรทบทวนให้เกิดระบบ Fast track เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงทุติยภูมิ โดยเฉพาะจังหวัดในพื้นที่เสี่ยงและระยะทางห่างไกล เช่น จังหวัด กาญจนบุรี, เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์

๓) พัฒนาศักยภาพ Cath Lab ให้ครอบคลุม ๒๔ ชั่วโมง โดยเขตสนับสนุนแผนการเปิดสวนหัวใจในปี ๒๕๖๐ ที่โรงพยาบาลสมุทรสาครและเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุพรรณบุรีและพัฒนาศูนย์หัวใจตามศักยภาพและความพร้อมของโรงพยาบาลโดยให้โรงพยาบาลนครปฐมให้เป็นศูนย์หัวใจระดับ ๑ ของเขต เนื่องจากมีความพร้อมในเรื่องศักยภาพสูงสุด

๔) โรงพยาบาลราชบุรีเปิดดำเนินการรังสีรักษา พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้ระยะเวลารอคอยนานประมาณ ๓ เดือน จึงต้องส่งต่อออกนอกเขตบริการ ดังนั้นควรมีการบริหารจัดการในภาพรวมของเขตเพื่อให้เกิดความคล่องตัวมากขึ้น เช่น การลงทุนซื้อเครื่องฉายแสงเพิ่ม การวางแผนบุคลากร เพิ่มบุคลากรที่จำเป็น เช่น นักฟิสิกส์

๕) เพิ่มมาตรการให้เข้าถึงบริการการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก จากการคัดกรองล่าช้า ทำให้พบผู้ป่วยในระยะ late stage และการให้เคมีบำบัดในโรงพยาบาลระดับ M๑ ยังไม่ได้มาตรฐาน

๖) Palliative Care ยังไม่เป็นรูปธรรม ควรพัฒนาและกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับปฐมภูมิ และชุมชน เช่น การจัดการความปวด

๗) ควรพัฒนาเพิ่มขีดความสามารถในการให้รังสีรักษา โดยมี ๒ แนวทาง

(๑) แนวทางแรกควรพัฒนาเพิ่มเครื่องฉายรังสีรักษา(อาจเป็นเครื่อง LINAC มากกว่า ๓D) ที่โรงพยาบาลราชบุรี เนื่องจากมีบุคลากรและสถานที่พร้อมอยู่แล้ว

(๒) อาจมีการพัฒนาศูนย์มะเร็งระดับ ๑ แห่งที่สอง (มีเครื่องฉายรังสีรักษา) ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมทางบุคลากรด้านมะเร็งเช่น โรงพยาบาลนครปฐม และเจ้าพระยายมราช ตามลำดับ

๘) การพิจารณากระดับของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นศูนย์อุบัติเหตุระดับ ๑ ในอนาคต เนื่องจากเป็นพื้นที่ห่างไกล บางแห่งเป็นพื้นที่เฉพาะ เป็นเมืองท่องเที่ยว และรองรับการเข้าสู่ AEC

๙) วิเคราะห์ปัญหาร่วมกับทีมการส่งเสริมป้องกันกลุ่มวัยรุ่น เพื่อหาสาเหตุและรู้กลุ่มเป้าหมาย เพื่อป้องกันการท้องก่อนวัยและซ้ำซ้อน เพื่อลดปัญหา Low birth weight และ Birth asphyxia โดยใช้เวที MCH Board และกำกับให้ ANC/LR คุณภาพ ไม่เพียงผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ต้องมีผลลัพธ์เชิงคุณภาพร่วมด้วย

๑๐) การเพิ่ม NICU ในโรงพยาบาลระดับ M๒ พบว่าโอกาสในการส่งเรียนต่อพยาบาล NICU ของ รพช.มีน้อยเนื่องจากต้องแข่งขันกับ รพศ./รพท.ที่มีศักยภาพมากกว่า จึงควรมีแผนพิจารณาช่วยเหลือให้ได้รับโควต้าฝึกอบรมในภาพเขต

Hospital Accreditation

การพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน Hospital Accreditation มีโรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๕๙.๐๙ จำนวน ๓๙ แห่งใน ๖๖ แห่ง จังหวัดที่ต้องผลักดันคือ จังหวัดกาญจนบุรี เพชรบุรี เพื่อให้เกิดการกระตุ้นให้ โรงพยาบาลทุกแห่งในเขตมีแนวทางการทำงานโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพซึ่งจะเชื่อมโยงและส่งผลต่อการพัฒนางานตาม service plan เป็นอย่างยิ่ง

ทั้งนี้ เขตควรตั้งศูนย์ประสานงานการพัฒนาคุณภาพระดับเขต โดยรวบรวม วิทยากรที่ปรึกษา ที่มีความสามารถในเขต ร่วมกันผลักดันให้ โรงพยาบาลทั้งเขตสุขภาพให้ผ่านการรับรองคุณภาพ และสนับสนุนงาน service plan โดยการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาให้ครอบคลุม service plan ทุกสาขา เพื่อให้โรงพยาบาลทุกระดับมีศักยภาพในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การส่งต่อ

๑) การส่งต่อออกนอกเขตมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการพัฒนาศักยภาพ excellent center เพิ่มขึ้นทำให้สามารถให้บริการได้มากขึ้น โดยเฉพาะ สาขาหัวใจ อุบัติเหตุ และทารกแรกเกิด มีการพัฒนาศักยภาพในบางสาขาระบบแพทย์หมุนเวียน และการใช้ Referral Mapping ช่วยบริหารจัดการระบบ refer ช่วยทำให้ลดการส่งต่อในรายที่ไม่เกินศักยภาพ และมีระบบประสานส่งต่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รวมถึงการเริ่มใช้ Program Thai Refer มาใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย แต่ยังคงขาดแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เช่น โรคความผิดปกติแต่กำเนิด

๒) วางแผนเพื่อพัฒนาระบบบริหารและบริการในเครือข่าย แผนระยะสั้นให้ศูนย์ Cath Lab รองรับผู้ป่วยได้ทั้งใน และนอกเวลาราชการเพื่อให้ตอบสนองบริการ ในช่วงแรก สร้างความร่วมมือกับโรงพยาบาลเอกชนเพื่อรองรับบริการ กรณีฉุกเฉิน เช่น สวนหัวใจ

ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหาร

๑) ควรกำหนดตัวชี้วัดให้เป็นตัวเดียวกันทั้งประเทศกำหนดนิยาม รวมถึงการออกแบบ Template เพื่อเก็บข้อมูลแนวเดียวกันและสามารถเปรียบเทียบกันได้ทั่วประเทศ

๒) ควรให้อำนาจในระดับเขตให้สามารถบริหารจัดการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญ อาทิ ด้านคน เงิน ของ ค่าตอบแทนได้เอง

๓) กรมวิชาการ ควรเป็นแหล่งสนับสนุนด้านองค์ความรู้ ได้แก่ เอกสารวิชาการ, แนวทางปฏิบัติ หรือ Best practiceให้เครือข่ายใช้เพื่อพัฒนา/แลกเปลี่ยนประสบการณ์

๔) โรงพยาบาลราชบุรี ยังไม่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องฉายแสงได้ไม่เพียงพอ และสภาพพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ใกล้กับศูนย์มะเร็งลพบุรี (หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) และมีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ควรดำเนินการทำข้อตกลงเรื่องค่าใช้จ่าย และให้นับเป็นการส่งต่อในเขต

๒.๓ ด้านการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์

จากการติดตามเฝ้าระวังค่าใช้จ่ายวัสดุวิทยาศาสตร์ในปี ๒๕๕๘ เทียบกับปี ๒๕๕๗ ในช่วง ๗ เดือนแรก ค่าใช้จ่ายด้านวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ ๗.๕ สาเหตุเกิดจากการใช้ Lab เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการติดตามเฝ้าระวังข้อมูลภาพรวมของการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์ ยังไม่สะท้อนปัญหาที่แท้จริง เพราะข้อมูลค่าใช้จ่ายวัสดุวิทยาศาสตร์ที่รวบรวม ณ ปัจจุบันเกิดจากงานที่ก่อเกิดรายได้ให้โรงพยาบาล เช่น HIV Viral load และงานที่ไม่สร้างรายได้ (งบรายหัว) นอกจากนี้การเฝ้าระวังแต่ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ ยังไม่ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายที่แท้จริงของห้องปฏิบัติการ เพราะยังไม่ได้รวมค่าส่งตรวจต่อห้องปฏิบัติการภายนอก ซึ่งจัดอยู่หมวดค่าใช้จ่าย

ในการลดค่าใช้จ่ายวัสดุวิทยาศาสตร์มีหลายมาตรการที่สามารถนำมาใช้ได้แก่

๑. การประกาศใช้ราคาอ้างอิงหรือราคากลาง
๒. การจัดซื้อพร้อม
๓. การจัดบริการร่วม หมายถึง โรงพยาบาลขนาดเล็กไม่เปิดตรวจเองใน lab บางรายการที่รอได้เพราะทำเองไม่คุ้มค่า แต่ใช้การส่งตัวอย่างไปตรวจต่อที่ รพท./รพศ.
๔. Lab smart use หรือการส่งตรวจ lab อย่างสมเหตุสมผลตามข้อบ่งชี้ มีการนำผล lab ไปใช้จริง มีเกณฑ์ในการใช้ lab ที่มีราคาสูง

นับตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ เป็นต้นมา ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ ๕ ประกาศใช้มาตรการที่ ๑ และ ๒ ส่วนมาตรการที่ ๓ ทำเป็นโครงการนำร่องในจังหวัดนครปฐม สำหรับมาตรการอื่นๆผู้บริหารยังไม่มี การประกาศใช้อย่างเป็นทางการ แม้ว่ามาตรการที่ ๑ และ ๒ มีการนำไปใช้อย่างชัดเจน ซึ่งช่วยให้ รพช.สามารถจัดซื้อได้ในราคาระดับต่ำ แต่การจัดซื้อพร้อมระดับจังหวัดสามารถดำเนินการได้เพียงร้อยละ ๗.๕ ของมูลค่ารวมทั้งหมด ดังนั้นปีถัดไปควรประกาศนโยบายการจัดซื้อพร้อมระดับเขต เพื่อเพิ่มมูลค่าการจัดซื้อพร้อม สำหรับ มาตรการที่ ๓ นั้นหากผู้บริหารไม่กำหนดนโยบายและไม่สนับสนุนทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาเรื่อง การขนส่ง ตัวอย่าง การส่งรายงานผล การกำหนดค่าตรวจที่ไม่อิงตัวเลขกรมบัญชีกลาง (ทำให้ค่าตรวจสูงกว่า lab เอกชน) ก็ไม่สามารถโน้มน้าวให้ รพช. จำนวนมากซึ่งเคยส่ง lab เอกชน เปลี่ยนมาใช้บริการ lab รวมศูนย์ฯ ภายในจังหวัดหรือเขตได้ ในกรณีนี้ค่าใช้จ่ายในหมวดวัสดุวิทยาศาสตร์อาจลดลง แต่จะเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายหมวด ใช้สอย ซึ่งเม็ดเงินไหลออกจากเขต/จังหวัดไปสู่ lab เอกชนและไม่เกิดการส่งสมความเชี่ยวชาญของบุคลากร

ในระบบ นอกจากนั้นจังหวัดจำเป็นต้องมีระบบ clearing house ที่ดีเพื่อขจัดปัญหาเรื่องการชำระหนี้ สำหรับมาตรการที่ ๔ นั้นยังไม่มีการใช้ในปัจจุบัน หากมีการประกาศนโยบายและกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่ต้องติดตาม จะช่วยให้ลดค่าใช้จ่ายด้านห้องปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

๓.๑ การบริหารการเงินการคลัง

สถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๕ พบว่า งบประมาณจัดสรร UC หลังหักเงินเดือน ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ได้รับจัดสรรทั้งหมด ๓,๗๖๔,๖๑๘,๖๒๔.๘๘ บาท ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ได้รับจัดสรรทั้งหมด ๓,๙๐๐,๙๓๓.๘๘ บาท จำนวนเงินที่ลดลง ๑๓๖,๓๑๕,๑๑๖.๙๙ บาท และพบว่าผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิ UC ปี ๒๕๕๗ เป็นจำนวน ๓,๘๑๔,๓๖๔ คน แต่ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ มีจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิ UC จำนวน ๓,๘๐๙,๘๐๕ คน ลดลง ๔,๕๕๙ คน

ณ ไตรมาส ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เขตสุขภาพที่ ๕ มีทุนสำรองสุทธิ ๓,๐๔๐.๙๖ ล้านบาท และมีกำไรสุทธิ ๗๓๔.๐๕ ล้านบาท ส่วนสถานการณ์ทางการเงินการคลังวิกฤติระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐) พบว่าในไตรมาสที่ ๒ ปี ๒๕๕๘ มีโรงพยาบาลที่วิกฤติระดับ ๗ จำนวน ๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖.๑๕ ได้แก่ โรงพยาบาลจอมบึง, ห้วยกระเจาฯ, หลวงพ่อเป็น และอัมพวา นอกจากนี้หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ (เกินเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๒๐) พบว่า ไตรมาสที่ ๒ ปี ๒๕๕๘ หน่วยบริการที่มีต้นทุน OPD /IPD เกินเกณฑ์เฉลี่ยจำนวน ๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๙๒ สาเหตุหนึ่งที่ต้องเร่งแก้ไขคือ ผู้บริหารและบุคลากรทางการเงิน ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในด้านการเงินการคลัง และระบบการวางแผนและการกำกับ/ ติดตาม

ข้อเสนอแนะ

- ๑) พัฒนาให้การจัดทำบัญชีทางการเงินของหน่วยบริการถูกต้อง สมบูรณ์ และเป็นระบบเดียวกัน

ข้อเสนอต่อผู้บริหารกระทรวง

- ๑) จัดสรรปรับเกลี่ยงบประมาณโดยยึดหลัก One Province One Hospital and One Region One Hospital
- ๒) กำหนดแนวทางการตรวจสอบบัญชีโรงพยาบาลทุกแห่ง เป็นประจำทุกปี

๓.๒ โรงพยาบาลคุณธรรม

เขตสุขภาพที่ ๕ มีโรงพยาบาลทั้งหมด ๖๗ แห่ง เป้าหมายเป็นโรงพยาบาลคุณธรรม ๓๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๗๒ ส่วนใหญ่หน่วยงานมีการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรมอยู่ในขั้นตอนของการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๑๑ และมีเพียงร้อยละ ๖๘.๔๒ ที่มีกิจกรรมตามแผนเสริมสร้างและพัฒนาการเป็น “โรงพยาบาลคุณธรรม” สาเหตุของการดำเนินการน้อยเกิดจากขาดความเข้าใจ กระบวนการดำเนินงาน “โรงพยาบาลคุณธรรม” ทำให้การขับเคลื่อนกระบวนการสู่โรงพยาบาลคุณธรรมยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ และบุคลากรในหน่วยงานที่มีจำนวนมาก ทำให้การขับเคลื่อนโดยให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม ดำเนินการได้ล่าช้า และความแตกต่างทางด้านความคิดมีสูงบางแห่งไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรงฝักงาน โรงพยาบาลคุณธรรมไว้กับงานนิติกรหรือชมรมจริยธรรม สำหรับโรงพยาบาลที่เป็นตัวอย่างที่ดีในเขตสุขภาพที่ ๕ มีจำนวน ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลบ้านโป่ง และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี

ดังนั้น การสร้างความสำเร็จควรใช้วิธีให้ความรู้ ความเข้าใจโดยใช้วิทยากรต้นแบบ จากการศึกษาดูงานสถานที่ประสบผลสำเร็จ และใช้กลยุทธ์ให้ตัวแทนจากแต่ละกลุ่มงานเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารกระทรวง

ควรกำหนดให้การดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรมเป็นนโยบาย/หัวใจหลักของการให้บริการ และการบริหารจัดการในโรงพยาบาล และกำหนดเป็นนโยบายต่อเนื่อง

คณะที่ ๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข พบปัญหา เกือบบริโภคเสริมไอโอดีน ณ สถานที่ผลิตผ่านมาตรฐานตามกฎหมายร้อยละ ๕๑.๑๑ (เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐) จากการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยง ส่งวิเคราะห์ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์พบว่า น้ำแข็ง เป็นรายการที่ไม่ผ่านมาตรฐานสูงสุด โดยพบ pH ต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ ๖๒.๕๐, ลำดับถัดไปเป็นเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนไม่ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๔๘.๑๕, น้ำดื่มในภาชนะปิดสนิท ไม่ผ่านมาตรฐาน คือ pH ต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ ๒๙.๔๕, เครื่องสำอางไม่ผ่านมาตรฐาน โดยพบสารห้ามใช้ ร้อยละ ๒๕.๕๘,นมโรงเรียนไม่ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๑๘.๗๕ และพบอาหาร OTOP ไม่ผ่านมาตรฐานร้อยละ ๒.๖๘ ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งที่พบปัญหาดังกล่าว ได้ดำเนินการเปรียบเทียบปรับพร้อมทั้งตรวจสอบและให้คำแนะนำสถานประกอบการ ให้ผลิตให้ถูกต้องแล้ว จะเก็บตัวอย่างส่งวิเคราะห์ต่อไป

การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริม และสถานพยาบาลผิดกฎหมาย แม้ว่าตัวชีวิตจะผ่านแต่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรเพิ่มศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ และผู้บริโภคควรได้เข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มีการขออนุญาตโฆษณา รู้จักลักษณะของการโฆษณา สถานพยาบาลแบบใดที่ไม่ถูกกฎหมาย เพื่อใช้ตรวจสอบและประกอบการตัดสินใจในการเลือกซื้อ/เลือกใช้บริการ

.....

เขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดสระแก้ว

.....

การตรวจราชการกระทรวง กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปี ๒๕๕๘ เขตสุขภาพที่ ๖ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของจังหวัด ที่สอดคล้องกับนโยบายของเขตสุขภาพที่ ๖ และกระทรวงสาธารณสุข และการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะของคณะผู้ตรวจราชการและนิเทศงานที่ได้แนะนำไว้ในรอบที่ ๑ ภายใต้กรอบประเด็นการตรวจราชการ ตามภารกิจการตรวจติดตามนโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ กระทรวงและแก้ไขปัญหาพื้นที่ เป็น ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค ๒) การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ ๓) การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ และ ๔) ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการอาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ โดยมีบทสรุปการตรวจราชการ ดังนี้

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

๑.๑ การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย

๑.๑.๑ กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ทุกจังหวัดมีกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีการกำหนดโครงสร้างผู้รับผิดชอบ และผู้กำกับติดตามงานทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ บางจังหวัดมีการกระจายภารกิจให้อำเภอมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนไปกับจังหวัด เรียกว่า Focal point คือ พัฒนาความเป็นเลิศในด้านนั้นๆ ในลักษณะ Model Development มีการวิเคราะห์สภาพปัญหา และลำดับความสำคัญ เพื่อนำผลการวิเคราะห์ไปจัดทำแผนสุขภาพทั้งในระดับเขต จังหวัดและอำเภอที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ภายใต้การบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีระบบ ตามมาตรฐานของกระทรวง และความต้องการข้อมูลของจังหวัด มีการบริหารจัดการงบประมาณที่เหมาะสม สามารถนำแผนไปสู่การปฏิบัติได้ทั้งแผนปกติ และนโยบายสำคัญ โดยการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพทุกระดับ มีการวางระบบการติดตามประเมินผลในทุกระดับที่ชัดเจน

๑.๑.๒ ผลลัพธ์ภาวะสุขภาพตามกลุ่มวัย

๑.๑.๒.๑ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ผลงานที่ผ่านมา ๙ เดือน พบว่า การดูแลสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยของเขตสุขภาพที่ ๖ ยังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยยังพบว่า มีมารดาตาย ๔ คน ที่จังหวัดระยอง และชลบุรี คิดเป็นอัตราการตายของมารดา เท่ากับ ๙.๙๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ด้วยสาเหตุทางอ้อม คือ HELLP Syndrome (Hemolytic Elevated Liver Function Tests, Low platelets), SLE และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ สอดคล้องกับปัญหาที่พบ คือ การฝากครรภ์ล่าช้า และฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ในภาพรวมของเขต คิดเป็นเพียงร้อยละ ๔๙.๗๐ และ ๔๙.๘๐ ตามลำดับ ถึงแม้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ผลจากการเจาะเลือดครั้งแรก และ

เจาะครั้งที่ ๒ คิดเป็น ร้อยละ ๒๐.๙๙ และ ๑๖.๒๖ ตามลำดับ ยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดร้อยละ ๑๐ พบสูงสุดที่จังหวัดตราด ระยอง และชลบุรี ร้อยละ ๓๑.๐๙, ๒๗.๒๔ และ ๒๒.๙๖ ตามลำดับ ซึ่งปัญหาที่พบในหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน และน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ในส่วนของพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากข้อมูลการประเมินเด็กอายุ ๔๒ เดือน โดยใช้เครื่องมือ DSPM ในภาพรวมของเขตพบว่ามีการพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๔.๔๔

๑.๑.๒.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียน

พบว่า เด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๐๙ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จังหวัดที่เด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุดสามอันดับแรก คือ จังหวัดสมุทรปราการ ปราจีนบุรี และตราด คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๑, ๑๓.๖ และ ๑๓.๖ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับการตรวจราชการรอบที่ ๑ พบว่า มีเพียง ๒ จังหวัด ที่มีอัตราเริ่มอ้วนและอ้วนลดลง คือ จังหวัดระยอง และจันทบุรี

ในประเด็นการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี คิดเป็น ๗.๘ ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย ในเขตสุขภาพที่ ๖ มีเพียง ๒ จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ต่ำกว่าเป้าหมาย คือ จังหวัดระยอง และสมุทรปราการ จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กสูงสุดที่สุด คือ จังหวัดตราด คิดเป็น ๑๔.๓ ต่อแสนประชากร พื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่จะเป็นแหล่งน้ำตามธรรมชาติเพื่อการเกษตร บ่อกึ่งที่เลิกกิจการแล้ว

๑.๑.๒.๓ กลุ่มวัยรุ่น

สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำ ของเขตสุขภาพที่ ๖ พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เท่ากับ ๓๐.๒๙ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน สูงสุดอยู่ที่จังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา และระยอง โดยเท่ากับ ๔๓.๙๑ , ๔๓.๓๖ , และ ๓๕.๓๒ ตามลำดับ แต่ไม่มีจังหวัดใดที่มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เกิน ๕๐ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน สาเหตุที่เป็นปัจจัยการตั้งครรภ์อายุน้อยที่พบได้แก่ วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ยเร็วขึ้น เฉลี่ยแล้วอยู่ในช่วง ๑๕-๑๖ ปี แนวโน้มอายุเฉลี่ยจะน้อยลงเรื่อยๆ และมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ ๕๒.๐ ในปี ๒๕๕๖ และร้อยละ ๖๒.๒ ในปี ๒๕๕๗

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี ในภาพรวมเขต คิดเป็น ร้อยละ ๑๒.๖ สูงสุดอยู่ที่ จังหวัดตราด ระยอง และชลบุรี คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๕ , ๒๑.๘ , และ ๒๐.๔ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ยังสูงกว่าเป้าหมาย ยกเว้นจันทบุรีพบเพียง ร้อยละ ๒.๘ สาเหตุส่วนใหญ่ของการตั้งครรภ์ซ้ำได้แก่ มีสามีใหม่ และขาดการคุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพ ที่สำคัญแม่วัยรุ่นหลังคลอดไม่ได้คุมกำเนิดหลังคลอดทันทีก่อนกลับบ้าน

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรวัยรุ่น อายุ ๑๕-๑๙ ปี พบว่า ปี ๒๕๕๗ ประชากรวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ ๖ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๑๓.๗ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งมีความชุกร้อยละ ๑๐.๔ สาเหตุมาจากการโฆษณาและการเข้าถึงได้ง่ายของวัยรุ่น ในทุกจังหวัด พบว่าเพศชายบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมบริโภคมากที่สุด ได้แก่ เบียร์ เนื่องจากราคาถูก รongลงมา สุราสี และสุราขาว ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน และปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

การประเมินสถานศึกษาในการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี ๒๕๕๘ ประกอบด้วย สถานศึกษาระดับอุดมศึกษา จำนวน ๑๕ แห่ง และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ระดับเพชร ที่ผ่านการประเมินจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓๗ แห่ง พบว่า สถานศึกษา ระดับอุดมศึกษาทุกแห่ง และโรงเรียนระดับเพชรทุกแห่ง ไม่พบการกระทำความผิดตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษา แต่พบการกระทำความผิดตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกสถานศึกษา

๑.๑.๒.๔ กลุ่มวัยทำงาน

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของเขตสุขภาพที่ ๖ พบว่า เกือบทุกจังหวัดมี อัตราการป่วย และอัตราการตายด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงขึ้น อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน และโรค ความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นในจังหวัดชลบุรี ส่วนจังหวัดระยอง จันทบุรี และสมุทรปราการ พบว่ามีแนวโน้ม ลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้น มีเพียงจังหวัดตราดเท่านั้นที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ คิดเป็น ๔๗.๒๑ และ ๗๐.๕๙ ตามลำดับ การประเมินมาตรฐานคลินิก NCD คุณภาพ เป้าหมาย ๒๒ แห่ง พบว่า ผ่านเกณฑ์ ๒๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๙๑ การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ (NCD) และมีผลการประเมินตำบลเป้าหมายที่มีการ จัดการสุขภาพ (NCD) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ระดับดีขึ้น) ร้อยละ ๗๐ ทุกจังหวัด

การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน พบว่า อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ ในระยะเวลาใกล้เคียงกันของทุกจังหวัด (ตุลาคม ๒๕๕๗ – มิถุนายน ๒๕๕๘) จังหวัด ที่มีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน ๑๘ ต่อประชากรแสนคน มีเพียง ๓ จังหวัด คือ จังหวัดตราด สระแก้ว และสมุทรปราการ จังหวัดที่มีอัตราตายสูงสุด คือ จังหวัดระยอง เท่ากับ ๓๑.๗๓ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา ได้แก่ จังหวัดปราจีนบุรี จันทบุรี และฉะเชิงเทรา เท่ากับ ๒๘.๗๕, ๒๗.๕ และ ๒๒.๑๔ ตามลำดับ

๑.๑.๒.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ ๖ คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๑๐ ของประชากร ทั้งหมดในเขต ทุกจังหวัดมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งจังหวัด มากที่สุดอยู่ที่จังหวัดตราด (ร้อยละ ๑๕.๒๗) รองลงมา คือ ปราจีนบุรี (ร้อยละ ๑๔.๓๕) และฉะเชิงเทรา (ร้อยละ ๑๔.๓๒) เมื่อแบ่งกลุ่ม ผู้สูงอายุตามความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จังหวัดที่มีผู้สูงอายุติดเตียงมากที่สุด คือ สมุทรปราการ (ร้อยละ ๓.๖๐) รองลงมา คือ สระแก้ว (ร้อยละ ๒.๗๖) และฉะเชิงเทรา (ร้อยละ ๒.๑๘) สำหรับการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีทั้งใช้ระบบการสุ่มสำรวจ การสำรวจตามชมรมผู้สูงอายุ และ การสำรวจทั้งหมด ในภาพรวมของจังหวัดที่มีการดำเนินงานแล้ว พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากกว่า ร้อยละ ๓๐ ระบบเครือข่ายของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ด้านสุขภาพ ที่มีการเชื่อมโยงกับ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) พบว่า ในภาพรวมมีกระบวนการดำเนินงานได้มากกว่าร้อยละ ๓๐ ของ DH

กลุ่มผู้พิการ พบว่า โรงพยาบาลมีระบบดูแลผู้พิการ หรือผู้ป่วย poststroke หลังระยะฉุกเฉิน และสถานบริการ มีการปรับสภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการ/ผู้สูงอายุ เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ ร้อยละ ๑๐๐ ทุกจังหวัด การสำรวจข้อมูลคนพิการทุกประเภทมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ ๘๐ โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ อยู่ในระหว่าง เก็บข้อมูล คาดว่าจะแล้วเสร็จเดือนธันวาคม ปัญหาในการดำเนินการที่พบ คือ ๑. การปรับสภาพแวดล้อม และสิ่ง อำนวยความสะดวกให้คนพิการ/ผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ นั้น ตามเกณฑ์การประเมิน มีมาตรฐานหลาย ข้อ ที่ยากต่อการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโครงสร้างของอาคารที่มีอยู่เดิม ๒. การบันทึกข้อมูล ไม่ครบถ้วนในโปรแกรมการบันทึกข้อมูลคนพิการและโปรแกรมข้อมูลบุคคลพิการขาขาดของ สปสช.

๓. ฐานข้อมูลคนพิการขาขาดของแต่ละหน่วยงานยังไม่สามารถใช้ร่วมกันได้ ไม่มีการจัดเก็บและรวบรวมอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่ทราบจำนวนผู้พิการที่แน่นอนในแต่ละจังหวัด

๑.๒ ระบบการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ได้มาตรฐาน

สถานการณ์โรคที่สำคัญที่เป็นปัญหาในเขตสุขภาพที่ ๖ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๘ - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๘ อัตราป่วย ๑๓๐.๐๕ ต่อประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วยตาย ร้อยละ ๐.๒๒ ภาพรวมอำเภอที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ ๒ เท่าของระยะฟักตัว เท่ากับ ร้อยละ ๕๑.๑๗ โรคมือ เท้า ปาก อัตราป่วย ๒๕.๓๒ ต่อประชากรแสนคน จังหวัดสมุทรปราการมีการแพร่ระบาดของสูงสุด โรคหัด อัตราป่วย ๑๐.๘ ต่อประชากรแสนคน โรคสำคัญที่ต้องดำเนินการเฝ้าระวัง ได้แก่ ไข้กาฬหลังแอ่นเสียชีวิต ๒ ราย (ฉะเชิงเทรา และชลบุรี) การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีผู้เดินทางจากประเทศเซเนกัลโรค ๒๐๒ ราย ติดตามได้ทุกวัน ๑๔๗ ราย ไม่พบผู้เข้าข่ายโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การเฝ้าระวังโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) มีการเฝ้าระวังสอบสวนผู้ป่วย จำนวน ๒๘ ราย ไม่พบสารพันธุกรรม MERS ๒๗ ราย และอีก ๑ รายตัวอย่างไม่สามารถตรวจได้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนใหญ่มีการบูรณาการระบบเฝ้าระวังโรค ๕ ระบบและ ๕ มิติ จำนวน SRRT ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐ มีการจัดตั้งทีม SRRT ที่เป็นกรณีเฉพาะในแต่ละเรื่องตามบริบทของพื้นที่

ผลการให้บริการวัคซีน DT ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๗ สิงหาคม ๒๕๕๘ ภาพรวมเขต คิดเป็น ร้อยละ ๘๒.๗๑ จังหวัดที่มีผลงานสูงสุด ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๙๐.๙๔

ผลการให้วัคซีน MR ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๗ สิงหาคม ๒๕๕๘ ภาพรวมเขต คิดเป็น ร้อยละ ๕๔.๒๕ จังหวัดที่มีผลงานสูงสุดได้แก่ จังหวัดจันทบุรี ร้อยละ ๘๐.๖๕

การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ทุกจังหวัดมีการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ร่วมกันกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และมีแนวทางการดำเนินงาน และแนวทางการปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย MERS - CoV ที่ได้มาตรฐาน มีการสำรวจความพร้อมห้อง Negative Pressure ในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง และโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งมีการเตรียมชุด PPE และ หน้ากาก N๙๕ ให้พร้อมใช้งาน และการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน MERS - CoV ดำเนินการเกือบครบทุกจังหวัด

จังหวัดตราด มีการรายงานเฝ้าระวังโรคติดต่อ MBDS ๑๘ โรคกับอำเภอชายแดนประเทศกัมพูชา และจังหวัดสระแก้ว มีการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อทั่วไป โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพ ตามกรอบ IHR ๒๐๐๕

มีแผนงานสนับสนุนการพัฒนาฐานข้อมูลประชากรต่างด้าว และการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) จังหวัดสระแก้ว มีการอบรมหลักสูตร พัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว

คณะที่ ๒ พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

๒.๑ ระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ ๖ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการนำระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) มาใช้ครอบคลุมทั้ง ๘ จังหวัด มีการขยายการมีส่วนร่วมของทุก

ภาคส่วนภายในแต่ละอำเภอ เพื่อกำหนดเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนในพื้นที่ มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ DHS-PCA มีการจัดทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ให้ดูแลกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๕ กลุ่มวัย มีประเด็นสุขภาพร่วมกันของแต่ละอำเภอ อย่างน้อย ๓ เรื่อง ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิดใกล้บ้านใกล้ใจ ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีการบูรณาการแผนให้ครอบคลุมการจัดบริการใน ๕ กลุ่มวัย และแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ให้สามารถเชื่อมโยงหน่วยบริการปฐมภูมิ กับทุติยภูมิและตติยภูมิ อย่างมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการ รวมถึงมีการนำการใช้ KM มาทบทวนการดำเนินงาน การค้นหา Key Success Factors ตามประเด็น Six Building Blocks แต่ยังคงพบปัญหาในการดำเนินงาน ได้แก่ รพช.ขนาดใหญ่ยังขาดความเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับเครือข่าย รพ.สต. และชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้อง ในอำเภอที่มีแพทย์หมุนเวียน อาจทำให้ทีมหมอครอบครัว ขาดความต่อเนื่องในการให้บริการ

๒.๒ ระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

๒.๒.๑ การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพลดลง

บริบทพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ ๖ มีความหลากหลาย ทั้งพื้นที่อุตสาหกรรม ที่ก่อให้เกิดปัญหามลพิษด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พื้นที่เขตติดต่อชายแดนที่ทำให้มีการเคลื่อนย้ายประชากรทั้งชาวไทยและต่างชาติเข้า-ออกในพื้นที่สูง มีประชากรแฝงอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก และพื้นที่ปริมนทลติดต่อกับกรุงเทพมหานคร ศักยภาพในการให้บริการของหน่วยบริการมีความแตกต่างกัน ทำให้หลายจังหวัดยังมีการส่งออกนอกเขตบริการสูง ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ รองลงมาคือ ปราชินบุรี และฉะเชิงเทรา เนื่องจากเป็นโรคที่เกินศักยภาพ หรือเกินกำลังไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด ในส่วนของจังหวัดมีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสส.) ระดับจังหวัด ทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อภายในจังหวัด มีเครือข่ายที่ปรึกษาภายในจังหวัด ส่วนศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต ยังขาดการพัฒนาต่อเนื่อง จากข้อมูลการส่งต่อออกนอกเขตพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๕๘ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๗ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน (ตุลาคม-มีนาคม) พบว่าผู้ป่วยในการส่งต่อออกเขตลดลง ร้อยละ ๔.๒๕ ขณะที่ผู้ป่วยใน A/E มีการส่งต่อออกนอกเขตลดลงถึง ร้อยละ ๒๕.๓๑

เขตสุขภาพที่ ๖ มีการจัดระบบการส่งต่อโดยใช้โปรแกรม Thai Refer ตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ และในปี ๒๕๕๘ ขยายครอบคลุมทั้งเขต และขยายลงรพ.สต. ในบางพื้นที่ มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาภายในจังหวัด ได้มีการติดตามผลและวิเคราะห์ข้อมูลการส่งต่อออกเขตจากโปรแกรม Thai Refer เฉพาะในปี ๒๕๕๘ พบว่าสาเหตุการส่งต่อของทุกจังหวัดมากกว่า ร้อยละ ๕๐ เป็นผู้ป่วยไปตามนัด ส่วนที่เหลือส่งต่อเนื่องจากเกินศักยภาพเพื่อการวินิจฉัยรักษา และขาดแพทย์เฉพาะทาง กรณีผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ มีระบบการส่งกลับเชื่อมโยงให้ถึงระบบปฐมภูมิ (DHS) ในพื้นที่

ผลการพัฒนาระบบบริการหลายสาขามีการพัฒนาและเกิดการขับเคลื่อนงานอย่างเป็นรูปธรรม เกิดนวัตกรรม และคุณภาพการบริการที่ส่งผลดีต่อประชาชนชัดเจน

สาขาโรคหัวใจ อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ แนวโน้มยังไม่ลดลง ในปี ๒๕๕๘ มีการพัฒนาศักยภาพ รพช.ระดับ F ๒ ให้สามารถให้ยา SK มีการสร้างเครือข่ายการให้ยาใน รพช. มีการอบรมและเตรียมความพร้อมในการให้ยา มีระบบให้คำปรึกษา รวมทั้งระบบการส่งต่อ fast track พบว่ามี

โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป สามารถให้ยาSK ได้ ๖๖/๖๘ แห่ง (ขาด ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเกาะช้าง จังหวัดตราด และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ) รพ.ระดับ F๒ หลายแห่งที่ยังไม่ได้ให้ยา SK ในผู้ป่วยจริง เนื่องจากยังไม่มีผู้ป่วย หรือมีผู้ป่วยแต่ไม่เข้าเงื่อนไขการให้ยา รพ.ที่มีศักยภาพในการผ่าตัดหัวใจ ในเขตมี ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า แต่ยังมีข้อจำกัดการทำหัตถการ เฉพาะในเวลาราชการ เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้ยังมีการส่งต่อเครือข่ายเอกชนในพื้นที่ และส่งต่อนอก เขตบริการ

สาขาทารกแรกเกิด ปี ๒๕๕๘ (๖ เดือน) มีทารกคลอดทั้งหมด ๓๙,๘๒๖ ราย รพ. หลายแห่งมีการส่งต่อผู้ป่วยก่อนคลอดมาที่ รพศ./รพท. รวมทั้งนโยบายฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ ทำให้ยังพบการ ฝากครรภ์และคลอดใน รพศ./รพท.สูง พบ อัตราการเกิด birth asphyxia ยังสูง คิดเป็น ๒๗.๒๒ : ๑๐๐๐ การ เกิดมีชีพ และพบมากขึ้นในกลุ่มมารดาที่ตั้งครรภ์ใน ส่วนอัตราตายทารกแรกเกิดอายุ \leq ๒๘ วัน พบ ๔.๑๐ : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ ผ่านเกณฑ์ แต่เพิ่มสูงขึ้นกว่าปี ๒๕๕๗ ปัจจุบันมีเตียง NICU และ SNB จำนวน ๘๒ และ ๒๔๐ เตียง ตามลำดับ มีแผนการเพิ่มเตียง NICU และ SNB ภายในปี ๒๕๖๑ ขึ้นเป็น ๑๑๓ และ ๓๑๔ เตียง ตามลำดับ การรักษา ROP stage ๓ พบ ๒๔ ราย รักษาภายในเขตเฉพาะผู้ป่วยในจังหวัดชลบุรี ที่เหลือส่งออก นอกเขตบริการ เนื่องจาก ยังเกินขีดความสามารถของรพ.ชลบุรีในการรับส่งต่อจากจังหวัดอื่นๆ ในพื้นที่ได้ทั้งหมด

สาขามะเร็ง โรงพยาบาลระดับ A และ S ยังไม่สามารถให้ยาเคมีบำบัดแบบ short stay ได้ครบทุกแห่ง ในปี ๒๕๕๘ ขาดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ รพร.สระแก้ว และ โรงพยาบาลตราด เขตสุขภาพ ที่ ๖ มีแผนเริ่มเปิดบริการให้ยาเคมีบำบัดแบบ short stay ให้ครบทุกจังหวัดใน ๒๕๕๙ ระบบข้อมูลพบว่าการ จัดเก็บ และการรายงานข้อมูลมะเร็ง ขาดความถูกต้อง ครบถ้วน ข้อตกลงในการจัดเก็บข้อมูลไม่ตรงกัน รวมทั้ง ขาดผู้รับผิดชอบหลัก ในปี ๒๕๕๘ ได้มีการพัฒนาระบบทะเบียนมะเร็ง Thai cancer registries ให้เป็นระบบ เดียวกันทั้งเขต ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการลงทะเบียนข้อมูลในโปรแกรมย้อนหลัง การตรวจชิ้นเนื้อ บางจังหวัดยัง ขาดการรวบรวมและรายงานระยะของโรค มีการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเพื่อฉายแสงนอกเขตสูงเป็นอันดับ ๑ ของ เขต เนื่องจาก โรงพยาบาลมะเร็ง ชลบุรี ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมดในเขต มีคิวรอคอยนานถึง ๔ เดือน ในขณะที่โรงพยาบาลนอกเขต มีคิวฉายแสง ๒ สัปดาห์ มีการกำหนดให้โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็น ศูนย์รังสีรักษาเพิ่มขึ้นอีก ๑ แห่ง ซึ่งอยู่ระหว่างการก่อสร้างตึกและเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและเครื่องมือ

สาขาอุบัติเหตุ อัตราตายอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมา ทุกจังหวัด มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล โดยใช้ IS, HIS (hospital information system) และ Thai refer มีการติดตาม สถานการณ์ และนำข้อมูลมาพัฒนาการจัดระบบบริการร่วม มีการจัดตั้งเครือข่าย head injury จัดทำ CPG เรื่อง Head injury ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต รวมทั้งมีการทำ trauma audit ในผู้ป่วยอุบัติเหตุเสียชีวิตที่มี PS score > 0.๗๕ วิเคราะห์ปัญหาและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาระดับเขต ผลการพัฒนาการเข้าถึงบริการในการเข้า ช่วยเหลือ ณ สถานที่เกิดเหตุและการส่งต่อผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) และระบบ fast track trauma ได้ครอบคลุมและมีมาตรฐาน ระบบ EMS ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีระบบ fast track ๖ โรคเสี่ยงสูง ยังประสบปัญหาความขาดแคลนประสาทศัลยแพทย์ใน รพศ./รพท. ทำให้ต้องมีการส่งจูลศัลยกรรม ออกนอกเขตสุขภาพทั้งหมด ระบบการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีระบบ triage มีการจัดแพทย์ที่มีความ เชี่ยวชาญอยู่เวร ER เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มสีแดง ชมพู และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาใน รพศ./ รพท. มีการพัฒนาระบบส่งต่อที่มีคุณภาพไร้รอยต่อ โดยเฉพาะในผู้ป่วย head injury และ multiple trauma แต่

ไม่ครอบคลุมทุกจังหวัดทั้งเขต จังหวัดจันทบุรีและจังหวัดตราดมีการจัดทำข้อตกลงการส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัด

คณะที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการ

๓.๑ การบริหารการเงินการคลัง

๓.๑.๑ ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่

เขตสุขภาพที่ ๖ หน่วยบริการทุกแห่ง ไม่มีปัญหาการเงินระดับ ๗ มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ๔ กิจกรรม คือ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ โดยมีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลในการแก้ปัญหาการเงินของโรงพยาบาล มีการจัดทำแผนประมาณการรายได้ - ค่าใช้จ่าย โดยผ่านการพิจารณาในระดับจังหวัด และระดับเขต และมีการดำเนินการปรับแผนครึ่งปี มีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด เพื่อพิจารณาการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีการพัฒนาข้อมูลในการจัดทำบัญชีในระดับเขต โดยจัดทำโครงการตรวจสอบการเงินและบัญชีของหน่วยบริการในเขต

๓.๑.๒ หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ

การดำเนินการจัดทำต้นทุน มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบข้อมูลบริการก่อนการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมส่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานต้นทุนต่อหน่วยเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการผู้บริหารโรงพยาบาลทุกเดือน ณ ไตรมาส ๒/๒๕๕๘ หน่วยบริการมีต้นทุน OPD เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน จำนวน ๙ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๓ และต้นทุน IPD เกินเกณฑ์เฉลี่ย จำนวน ๑๗ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๒๔

เขตสุขภาพที่ ๖ ยังพบปัญหาในเรื่อง การจัดทำบัญชีไม่ต่อเนื่อง การบันทึกข้อมูลบัญชียังมีความล่าช้าไม่สามารถส่งงบได้ทันตามกำหนดเวลา เนื่องจากขาดเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านบัญชี ข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษามีปริมาณมาก และไม่มีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการเรียกเก็บค่ารักษา วิธีการบันทึกบัญชีมีความหลากหลายไม่เหมือนกันในแต่ละสิทธิ

๓.๒ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

๓.๒.๑ การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ ตามระเบียบฯ

ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ มีกิจกรรมการดำเนินการในการพัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ฯ ที่เป็นระบบ โปร่งใส ในรูปแบบของคณะกรรมการ โดยผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเอง จำนวนคณะกรรมการและบทบาทหน้าที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละจังหวัด มีการเชื่อมโยงกันทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต มุ่งเน้นการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการพิจารณานำเวชภัณฑ์มิใช่ยา วัสดุทางการแพทย์เข้ามาใช้ในโรงพยาบาล และการกำหนดเกณฑ์หรือข้อบ่งใช้ ที่สมเหตุสมผล ถูกต้องตามระเบียบพัสดุ และการควบคุมกำกับและรายงานเป็นลำดับขั้น สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในภาพรวมของเขต แนวโน้มการใช้วัสดุสำหรับ X-ray ลดลง เนื่องมาจากการใช้ระบบ PACs และจังหวัดระยอง มีการจัดหาวัสดุวิทยาศาสตร์แบบจัดซื้อร่วม ทำให้สามารถลดมูลค่าวัสดุในหมวดดังกล่าวได้อย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการจัดซื้อเวชภัณฑ์ร่วมกัน ทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัด ไม่เห็นผลลัพธ์ตามเป้าหมาย เนื่องจาก ยังมีปัญหาในเรื่อง

ความชัดเจนในคำสั่งการมอบอำนาจฯ และมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดหาใหม่ คือ e - bidding และ e - marketing ทุกจังหวัดมีการสำรองยากำพร้า ยาต้านพิษ และเซรุ่มงู โดย รพศ./รพท.ทุกจังหวัด

๓.๒.๒ การสั่งใช้และการใช้ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ทุกจังหวัดมีการดำเนินการกำกับ ประเมินการใช้ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (Utilization Evaluation) แต่ยังไม่มีการรายงานผลการดำเนินการ ยกเว้น โรงพยาบาลระยอง รวมทั้งมีระบบการป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำ และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ และมีเกณฑ์ในการสั่งจ่ายยาอย่างเหมาะสมตามข้อบ่งชี้

๓.๒.๓ จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

สถานพยาบาลทุกแห่ง มีการประกาศเกณฑ์จริยธรรมและมีแนวทางการปฏิบัติเรียบร้อยแล้ว ส่วนการกำกับให้เป็นไปตามแนวทาง เป็นประเด็นสำคัญที่เขตควรให้ความสำคัญในการติดตาม กำกับต่อไป

๓.๒.๔ ต้นทุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

ในภาพรวม เขตสุขภาพที่ ๖ มีระบบควบคุมกำกับต้นทุนยาและเวชภัณฑ์ที่ชัดเจนโดยเฉพาะใน รพศ./รพท. โดยมีโรงพยาบาล ๔ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลพุทธโสธร และ รพร.สระแก้ว มีแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อควบคุมต้นทุนให้เหมาะสมอีกด้วย

๓.๓ ธรรมาภิบาล

๓.๓.๑ ด้านการส่งเสริมป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ

(๑) การเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรทุกระดับฯ ให้มีวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการกระทำผิด

ภาพรวมพบว่า หน่วยงานระดับจังหวัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง มีการดำเนินการครบทั้ง ๔ ระดับ คือมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการ และมีการจัดทำแผนเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรฯ หน่วยงานมีการดำเนินการตามแผน และจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการตามแผน แต่ในการดำเนินการหน่วยงานยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการทางวินัยกับบุคลากรที่ผ่านมาอย่างเป็นระบบ บุคลากรสาธารณสุขมีการกิจเร่งด่วนทางด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะการดำเนินการตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การปฏิบัติงานมีความเสี่ยงด้านการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายหรือระเบียบของทางราชการที่พึงต้องถือปฏิบัติอันจะนำมาซึ่งการกระทำผิดวินัย และยังขาดระบบการควบคุมภายในในทุกกระบวนการที่มีความสำคัญ หรืองานที่มีความเสี่ยงสูง ตลอดจนยังขาดกระบวนการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง

(๒) เสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานบริการ ให้มีแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๖ รวม ๓๐ แห่ง มีการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม ตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ ระดับ ๒ จำนวน ๖ แห่ง ระดับ ๓ จำนวน ๑๑ แห่ง ระดับ ๔ จำนวน ๘ แห่ง และระดับ ๕ จำนวน ๕ แห่ง โดยมีโรงพยาบาลชลบุรี ได้รับรางวัลโรงพยาบาลคุณธรรม ระดับประเทศ สามารถเป็นพี่เลี้ยงให้แก่โรงพยาบาลอื่นๆ ทุกระดับได้

๓.๓.๒ ด้านการป้องปรามตรวจสอบการทุจริต ประพฤติมิชอบ : การควบคุมภายในการตรวจสอบภายใน

ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในเครือข่ายระดับจังหวัด ระดับอำเภอ มีแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ตามความเสี่ยงสอดคล้องนโยบาย สป.สธ ครอบคลุมทุกระดับของจังหวัด

การจัดทำแผนการปฏิบัติงาน (Engagement Plan) มีการดำเนินการตามแผน การปฏิบัติงาน (Engagement Plan) รายหน่วยรับตรวจ แต่ยังมีบางจังหวัดที่ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนปฏิบัติงาน ซึ่งต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การปฏิบัติงานตรวจสอบ ภาควิชาเครือข่ายคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับจังหวัดมีการดำเนินการตรวจสอบทั้งการประเมินระบบการควบคุมภายในตามที่ คตง. กำหนด และการตรวจสอบภายใน ตามนโยบายสำคัญ ๙ กระบวนงาน และเร่งรัดการจัดส่งรายงานผลการตรวจสอบภายใน ระดับความสำเร็จการตรวจสอบภายใน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ ของภาควิชาเครือข่ายตรวจสอบภายในจังหวัดจังหวัด ภาพรวมเขต คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๑๓ เขตสุขภาพที่ ๖ มีการขับเคลื่อนงานตรวจสอบภายในระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ครอบคลุมประเด็นการตรวจสอบภายในตามแนวทางที่กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๓.๓.๓ ด้านการป้องปรามตรวจสอบการทุจริต ประพฤติมิชอบ : การแก้ไขปัญหาปฏิบัติงานผิดพลาด ถูกทักท้วง ถูกสอบสวน ถูกลงโทษทางวินัย

ด้านการลงโทษ ในการดำเนินการทางวินัย ทุกจังหวัด มีการดำเนินการตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดไว้ในกฎ ก.พ. ว่าด้วยการดำเนินการทางวินัย พ.ศ.๒๕๕๖ และหนังสือเวียนที่เกี่ยวข้อง มีการควบคุมกำกับดำเนินการ ให้เป็นไปตามแผนการสอบสวนโดยจัดทำผังควบคุมกำกับงานสอบสวนทางวินัย อย่างไม่ร้ายแรง/ร้ายแรง : Time Line ในการดำเนินการทางวินัย ได้ให้โอกาสผู้ถูกกล่าวหาในการโต้แย้งแสดงพยานหลักฐานอย่างเต็มที่ รวมทั้งแจ้งสิทธิการอุทธรณ์คำสั่งลงโทษ

ด้านจัดซื้อจัดจ้าง มีการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี และดำเนินการจัดหาพัสดุตามแผน ไม่มีการแบ่งซื้อ/แบ่งจ้าง โดยลดวงเงินหรือใช้วิธีการจัดซื้อ/จัดจ้างเปลี่ยนไป มีการจัดทำข้อตกลงเป็นหนังสือ กรณีที่มีการจัดซื้อจัดจ้าง ตั้งแต่ ๑ หมื่นบาทขึ้นไป มีสัญญาซื้อขายหรือจัดจ้าง กรณีจัดหาโดยวิธีสอบราคาหรือ โดยวิธี E-Auction มีหลักฐานการตรวจรับโดยกรณีจัดซื้อจัดจ้าง ตั้งแต่ ๑ หมื่นบาทขึ้นไป จะแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับ ๓ คน และการเบิกจ่ายที่ถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับหรือมติ ครม.ที่เกี่ยวข้อง

ด้านการเงินและบัญชี มีการสุ่มตรวจสอบรายการ เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของผังทางเดินเอกสาร สุ่มตรวจสอบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินเพื่อประเมินว่าครบถ้วนถูกต้องเป็นไปตามระเบียบที่กำหนด ตรวจสอบการจัดทำงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคารทุกบัญชีทุกเดือน ตรวจสอบการจัดทำรายงานทางการเงิน และสอบทานการจัดวางระบบควบคุมภายใน

ด้านการบริหารงานบุคคล มีการดำเนินการหลักเกณฑ์ ขั้นตอนการสรรหา/คัดเลือก/แต่งตั้ง/โยกย้าย/เลื่อนระดับเลื่อนขั้นเงินเดือน บุคลากรของหน่วยงาน

คณะที่ ๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

๔.๑ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ : การพัฒนาหลักการดำเนินงานและผลการดำเนินงาน

เขตสุขภาพที่ ๖ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขตและระดับจังหวัด มีการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค

การกำกับ ดูแลมาตรฐานการผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน มี ๓ จังหวัด ได้แก่ จันทบุรี สระแก้ว และตราด ไม่มีสถานที่ผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ส่วนอีก ๕ จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสมุทรปราการ มีการตรวจสอบเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่สถานที่ผลิตผ่านมาตรฐานทั้งหมด ตามประกาศฯ กำหนด (๒๐ – ๔๐ ppm) คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ทุกจังหวัดมีการตรวจสอบคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ณ สถานที่จำหน่าย

การจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริม และสถานพยาบาลผิดกฎหมาย ทุกจังหวัดมีแผนในการตรวจสอบการโฆษณาและมีขั้นตอนการดำเนินงานสอดคล้องกับ อย. และกรม สบส. และได้รับการจัดการ ร้อยละ ๑๐๐

คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงาม ได้รับการตรวจมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๖๐ และเรื่องร้องเรียนคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับการดำเนินการตามกฎหมาย ร้อยละ ๙๕.๕๖

๔.๒ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ : คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.) ทุกจังหวัดดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่และแนวทางที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.) ครอบคลุมทุกจังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และได้กำหนดกลไกการดำเนินงานโดยการประชุมจังหวัดละ ๒ ถึง ๔ ครั้ง/ปี เพื่อสนับสนุนให้เกิดการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการวิเคราะห์สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เพื่อจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ ต่อไป

.....

เขตสุขภาพที่ ๗

จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์

การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ได้กำหนดไว้ ๒ ภารกิจ ๕ ด้าน ๑๐ หัวข้อ ๑๓ ประเด็นการตรวจราชการและปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งในเขตสุขภาพที่ ๗ ได้ดำเนินการตรวจราชการ รอบที่ ๒ ระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม ๒๕๕๘ ผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒ เขตสุขภาพที่ ๗ ซึ่งประกอบด้วย จังหวัด ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคามและกาฬสินธุ์ดังนี้

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

กลุ่มแม่และเด็ก สถานการณ์อัตราส่วนมารดาตาย ๑๙.๒๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (๕ คนจากสาเหตุ amniotic fluid embolism ๒ ราย ตกเลือด ๑ ราย pre-eclampsia ๑ ราย โรคหัวใจ ๑ ราย) พบว่าการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๕๕.๙) และฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ ๕๐.๗) กลุ่มเด็กพบว่ามีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ภาพรวมเขต ร้อยละ ๘.๓๕ สูงกว่าเป้าหมาย กาฬสินธุ์ (ร้อยละ ๗.๔) ขอนแก่น (ร้อยละ ๙.๐๔) มหาสารคาม (ร้อยละ ๘.๑๒) ร้อยเอ็ด (ร้อยละ ๘.๑๒) อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนภาพรวมเขต ๓๓.๖๓:๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ ซึ่งทุกจังหวัดต่ำกว่าเกณฑ์ ยกเว้นจังหวัดขอนแก่นที่มีอัตราสูงเกินเกณฑ์คือ ๔๘.๔๗ : ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ ค่า TSH มากกว่า ๑๑.๒ มิลลิยูนิต์ต่อลิตร ร้อยละ ๗.๖๓ จังหวัดที่ปัญหาสูงที่สุดคือจังหวัดร้อยเอ็ดคือร้อยละ ๑๐.๕๗ และเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๗.๒๖ (เด็ก ๔๒ เดือน ช่วงรณรงค์ ๖-๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๘)

ปัจจัยความสำเร็จ เรื่องการลดอัตราส่วนมารดาตายเป็น ระบบส่งต่อ ระบบ fast track มีคู่มือแนวทางปฏิบัติในภาพรวมพบว่า MCH.Board เข้มแข็ง บริหารจัดการการแก้ไขปัญหาอย่างสม่ำเสมอ บางจังหวัดมีการนิเทศติดตามในพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอและระดับ รพ.สต. ทุกจังหวัดมีระบบดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์และระบบส่งต่อที่เข้มแข็งทั้งระดับจังหวัดและระดับเขต มีการพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง มีคู่มือแนวทางปฏิบัติทุกโรงพยาบาล

ปัญหาอุปสรรค คือ บุคลากรจบใหม่และย้ายงานขาดทักษะในการดูแลแม่กลุ่มเสี่ยงประชาชนวัยแรงงานไปทำงานต่างจังหวัดทำให้การฝากครรภ์เร็วและฝากครรภ์คุณภาพต่ำ การให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนไม่ครอบคลุมในกลุ่มฝากครรภ์ในคลินิกเอกชน การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนช้า นอกจากนี้พบว่าระบบรายงานยังบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งออกข้อมูลไม่ได้ ข้อมูลไม่ทันสมัย ยังคงใช้ระบบ manual เครื่องมือ DSPM ไม่ครบถ้วนในบางพื้นที่ การจ่ายยาน้ำธาตุเหล็กไม่ครอบคลุม

โอกาสพัฒนา คือ พัฒนาทักษะบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยเหลือและส่งต่ออย่างรวดเร็ว จัดการระบบสำรองเลือดของ blood bank ในโรงพยาบาลระดับต่างๆหรือระดับแม่ข่ายที่สนับสนุนให้ทันกาล จัดระบบเฝ้าระวังและพัฒนาาระบบสื่อสารกับวัยแรงงานที่ไปทำงานต่างจังหวัด และกลุ่มที่นิยมฝากครรภ์ในคลินิกเอกชนเรื่องการฝากครรภ์เร็วฝากครรภ์คุณภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วมและเชื่อมโยงกับทีมหมอครอบครัว เพิ่มการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเรื่องการฝากครรภ์เร็ว และการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ให้ครอบคลุมทุกชุมชน ในกลุ่มเด็กควรเพิ่มทักษะการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปีของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น การจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอครบถ้วน การพัฒนาศักยภาพพ่อแม่ผู้ปกครอง อสม. ให้สามารถเฝ้าระวังพัฒนาการได้จริง การพัฒนารูปแบบกระบวนการกิน กอด เล่น เล่าในสุซศาลา/ชุมชน

กลุ่มวัยเรียน สถานการณ์เด็กมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในภาพรวมเขตลดลงจากร้อยละ ๘.๕๒ ในปี ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๘.๐๔ ในปี ๒๕๕๘ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ จังหวัดส่วนใหญ่ จังหวัดขอนแก่นร้อยละ ๑๑.๓๗ พบสูงในเขตเมือง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ความเข้มแข็งของผู้บริหารและบุคลากรของโรงเรียน และความสามารถในการประสานการดำเนินงานของ project management ในระดับจังหวัดและอำเภอในการพัฒนาการขับเคลื่อนผ่านกระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ปัญหาที่พบ คือ ระบบส่งต่อนักเรียนที่มีภาวะอ้วนยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม การลงข้อมูลระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม มีความครอบคลุมค่อนข้างน้อยนักเรียนยังมีปัญหาการเจริญเติบโตด้านอื่นๆ เช่น ผอม เตี้ย

โอกาสพัฒนา คือ พัฒนาระบบเฝ้าระวังในงานปกติของโรงเรียนให้เข้มแข็งเนื่องจากเด็กยังมีปัญหาภาวะโภชนาการทั้งเรื่องอ้วน ผอม เตี้ย และเชื่อมต่อกับระบบส่งต่อเด็กที่มีภาวะอ้วนไปคลินิก DPAC ให้ชัดเจนเร่งรัดสร้างความเข้าใจให้หน่วยงานในพื้นที่ลงข้อมูลเพิ่มขึ้นเพื่อจะได้ข้อมูลภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนของนักเรียนที่แท้จริง

สถานการณ์จากการเฝ้าระวังการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ระหว่างปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘ ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๗ พบว่า อัตราตายจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มลดลงจาก ๙.๖๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็น ๐.๘๙ ในปี ๒๕๕๘ ซึ่งแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และของประเทศไทย เมื่อพิจารณาจำแนกรายจังหวัดปี ๒๕๕๘ พบว่า ทุกจังหวัดมีอัตราตายต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือไม่เกิน ๖.๕ ต่อประชากรเด็กต่ำกว่า ๑๕ ปี แสนคน แต่เมื่อพิจารณาในรายอำเภอ พบมี ๑๒ อำเภอ ที่มีอัตราตายสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด และเป็นพื้นที่สีแดง (อัตราตายสูงกว่า ๗.๕ หรือมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากกว่า ๒๐ ราย) ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น ๖ อำเภอ (พระยืน พระยืน อุบลรัตน์ เปือยน้อย ชนบท บ้านแฮด) จังหวัดมหาสารคาม ๒ อำเภอ (เขียงยืน ยางสีสุราช) และจังหวัดกาฬสินธุ์ (ห้วยเม็ก นาकु)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : มีการดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการที่เพียงพอ มีการจัดตั้งทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง ทีม SRRT ที่เข้มแข็ง มีการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ

ปัญหาที่พบ : การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นที่เสี่ยงเพื่อการเฝ้าระวัง ยังไม่ชัดเจนการบูรณาการการดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังไม่ชัดเจน และการรณรงค์สร้างกระแสป้องกันเด็กจมน้ำในโรงเรียนช่วงก่อนปิดเทอมยังไม่ชัดเจน

โอกาสพัฒนา : จัดระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการจมน้ำให้กับทีม SRRT ระดับอำเภอและตำบล โดยเน้นให้ทีม SRRT ทุกระดับกำหนดพื้นที่เสี่ยงจากการจมน้ำในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้ทีมผู้ก่อการดีดำเนินการจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง ควรวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง จัดทำ Mapping พื้นที่เสี่ยงแล้วคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานควรบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของกรมอนามัย เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเดียวกัน และควรบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับ อบต. เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบในระดับพื้นที่โดยตรง เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านตำบลจัดการสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน ควรเน้นการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในศูนย์ฯ ที่เสี่ยงต่อการที่เด็กเล็กจะได้รับบาดเจ็บ หรือเสียชีวิตจากการจมน้ำ รณรงค์สร้างกระแสป้องกันเด็กจมน้ำช่วงก่อนปิดเทอมภาคเรียนฤดูร้อนและเพิ่มเติมในช่วงเทศกาลวันสงกรานต์หรือวันลอยกระทง

กลุ่มวัยรุ่น สถานการณ์ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๕๐ ต่อประชากรเขตสุขภาพที่ ๗ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖-๒๕๕๘ มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๕๖, ๔๐.๔๓ และ ๒๒.๔๙

แต่ยังพบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปีร้อยละ ๑๕.๔๗ สูงกว่าค่าเป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ ๑๐)

ปัจจัยความสำเร็จ คือ การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอในรูปแบบอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งในภาพรวมเขตมีผลงานร้อยละ ๘๐.๕๒ โดยจังหวัด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ครบร้อยละ ๑๐๐ และดำเนินการโรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐานคลินิกบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ผลงานร้อยละ ๘๙.๐๖ โดยบูรณาการทุกคลินิกที่ดำเนินการในวัยรุ่นในคลินิก YFHS และปี ๒๕๕๘ มีการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาในระดับเขตโดยเน้นการใช้หลักสูตรวัยรุ่นวัยใสไม่เสพไม่ท้อง เพื่อเสริมความรู้และทักษะในการจัดการเรื่องเพศ

ปัญหาที่พบ คือ ขาดบุคลากรในการให้บริการวางแผนครอบครัว และพบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปี สูง

โอกาสพัฒนา คือ ควรมีการขยายโคเวตการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรให้ครอบคลุมทุกอำเภอ

ความชุกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น ๑๕ - ๑๙ ปี ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๗ ในปี ๒๕๕๔ มีความชุกร้อยละ ๒๐.๔ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด เมื่อพิจารณาจำแนกรายจังหวัดพบว่าทุกจังหวัดมีความชุกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น ๑๕ - ๑๙ ปี สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดข้อมูลจากการสุ่มสำรวจความชุกในปี ๒๕๕๗ มีการสำรวจ ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ พบว่ามีความชุกร้อยละ ๒๔.๑ ๑๒.๙ และ ๕.๖ ตามลำดับ ส่วนในปี ๒๕๕๘ มีการสำรวจความชุกเพียง ๒ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม และร้อยเอ็ด พบความชุกร้อยละ ๙.๘ และ ๑๘.๕ ตามลำดับ จากการเฝ้าระวัง ในปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ พบว่า ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๗ มีความชุกสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด เมื่อพิจารณาในระดับจังหวัดพบว่าจังหวัดขอนแก่น และร้อยเอ็ดมีอัตราชุกสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยมีอัตราชุกร้อยละ ๒๒.๙ และ ๑๘.๕ ตามลำดับ ส่วนจังหวัดมหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีอัตราชุกต่ำกว่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ ๙.๘ และ ๕.๖ ตามลำดับ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : ทุกจังหวัดมีแผน และกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยใช้มาตรการหลักในการดำเนินงาน ได้แก่ การบังคับใช้กฎหมาย การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด และการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์สร้างกระแส ปลุกจิตสำนึก นอกจากนี้ การผลักดันงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าเป็นวาระของจังหวัด เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนงานเป็นไปได้ด้วยดี

ปัญหาที่พบ : การจัดทำฐานข้อมูลยังไม่เป็นระบบชัดเจน การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปในการวางแผนดำเนินงาน และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ยังไม่ชัดเจน การดำเนินงานในโรงเรียนเพื่อนำเด็กเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษา และการรักษา ยังไม่ชัดเจน และการวางแผนการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน

โอกาสพัฒนา : เนื่องจากข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นข้อมูลที่ไม่เป็นปัจจุบัน เพราะมีการสำรวจทุก ๓ ปี ดังนั้น จังหวัดจึงควรมีการสำรวจข้อมูลของจังหวัดเอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงาน ควรวิเคราะห์ ข้อมูลพื้นที่เสี่ยง ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง และประเภทของการฝ่าฝืนกระทำผิดกฎหมายเป็นต้น เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงาน ขับเคลื่อนงานการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับ NCD Board และคณะกรรมการกลุ่มวัยทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการเชิงระบบ กระตุ้น สนับสนุนให้อำเภอเลือกประเด็นการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นหนึ่งใน ODOP สามารถบูรณาการไปกับโรงเรียนปลอดบุหรี่

ได้เนื่องจากงานบุหรีมีกระบวนการที่ชัดเจนอยู่แล้ว นอกจากนั้นกลุ่มเป้าหมายก็เป็นกลุ่มเดียวกัน จึงควรดำเนินงานควบคู่กันไปในคราวเดียวกัน และควรมีแผนการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจน

กลุ่มวัยทำงาน อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในระดับจังหวัดปี ๒๕๕๘ พบว่า จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานสูงสุด คิดเป็น ๒๓๒.๖ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยเอ็ด และ ขอนแก่น คิดเป็น ๑๙๐.๓๘ , ๑๖๗.๐ และ ๘.๓๗ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ก็เป็นไปในแนวทางเดียวกับโรคเบาหวานโดยพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในจังหวัดกาฬสินธุ์ คิดเป็น ๓๒๕.๗ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือจังหวัดมหาสารคาม ร้อยเอ็ด และขอนแก่น คิดเป็น ๒๙๙.๖๙ , ๒๔๕.๐ และ ๑๒.๔๔ ต่อประชากรแสนคน จากการประเมินสถานะความรุนแรงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๕๘ พบว่า ทุกจังหวัดมีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมสถานะความรุนแรงได้ดี (ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์) HbA๑c น้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ FBS อยู่ระหว่าง ๗๐-๑๓๐ mg% ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดให้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ในทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมสถานะความรุนแรงได้ดี (ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์) เกือบทุกจังหวัดก็มีผลการดำเนินงานที่ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดให้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ยกเว้น จังหวัดขอนแก่นที่ดำเนินการได้สูงกว่าค่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๗๓ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ ๗ มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ โดยในปี ๒๕๕๔ มีอัตราตายเท่ากับ ๑๔.๙๑ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๗.๗ ต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๕๖ และลดลงในปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ คิดเป็น (ข้อมูลปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ ใช้ข้อมูลจาก Data center ของจังหวัด เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลจาก สนย.) ซึ่งเมื่อพิจารณา เป้าหมายที่กำหนดให้อัตราตายลดลง ร้อยละ ๑๐ ภายในระยะเวลา ๕ ปี (๒๕๕๘-๒๕๖๒) ใช้ Baseline ปี ๒๕๕๕ พบว่า ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๗ ณ ปี ๒๕๕๘ สามารถลดอัตราตายลงได้ ร้อยละ ๙.๑๒ ซึ่งถือว่าสามารถดำเนินงานได้สำเร็จก่อนปี ๒๕๖๒ แต่ทั้งนี้คงต้องดำเนินการเพื่อลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างต่อเนื่องต่อไป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : ผู้บริหารมีส่วนร่วมในการวางนโยบาย และขับเคลื่อนงานลงสู่ชุมชน/ มี NCD Board มีระบบพี่เลี้ยง System manager และ case manager มีการกำกับติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการจังหวัด เขต ร่วมกับ case manager ทีมสหสาขาวิชาชีพการจัดการข้อมูลและระบบการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่องมีแผนงานโครงการ รองรับของทุกหน่วยงาน ครอบคลุมทุกระดับ และกลุ่มเป้าหมายปกติ เสี่ยงป่วย แทรกซ้อนทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ KM/ ประกวดมีการติดต่อประสานงาน ผ่านกลุ่ม Line NCD ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล มีกระบวนการพัฒนางาน NCD คลินิกคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง และมีมาตรการในการบริหารจัดการร่วม เช่น Service Plan, CPG, บูรณาการร่วมปฐมภูมิ DHS

ปัญหาที่พบ : ฐานข้อมูล ๔๓ แห่ง ด้านการประเมินผู้ป่วย DM, HT ที่สูบบุหรี่ และที่ความเสี่ยง CVD ไม่มีโปรแกรมรองรับในการบันทึกข้อมูลซึ่งส่งผลให้การประมวลผลและการส่งออกรายงานมีความยุ่งยาก และรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มปกติ เสี่ยง และป่วยยังไม่ชัดเจน และขาดระบบการติดตามประเมินผล

โอกาสพัฒนา : พัฒนาระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จาก ๔๓ แห่ง ให้การเข้าถึงระบบประมวลผลง่ายต่อผู้ปฏิบัติงานและติดตามประเมินผลให้การบันทึกข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และ บูรณาการงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มปกติ เสี่ยง และป่วยอย่างเข้มข้นใน NCD คุณภาพ และ DPAC และติดตามประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

สถานการณ์การการตายจากอุบัติเหตุทางถนน จากการเฝ้าระวังในปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๖ อัตราตายอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๗ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกจังหวัด ส่วนในปี ๒๕๕๗ – ๒๕๕๘ อัตราตายมีแนวโน้มลดลงทุกจังหวัด สอดคล้องกับข้อมูลของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และประเทศไทย เมื่อพิจารณาในระดับจังหวัด พบว่า มีเพียงจังหวัดขอนแก่นจังหวัดเดียวที่มีอัตราตายสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดเกือบทุกปี ยกเว้นปี ๒๕๕๘ ที่ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย โดยพบว่าตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘ จังหวัดขอนแก่นมีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนคิดเป็น ๒๖.๔๙, ๒๖.๑๕, ๒๘.๕๗, ๒๐.๕ และ ๗.๘ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ส่วนอีก ๓ จังหวัด มีอัตราตายต่ำกว่าค่าเป้าหมายทุกจังหวัด และต่ำกว่าค่าเป้าหมายทุกปี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : มีการบังคับใช้กฎหมายที่เอาจริงเอาจัง ได้แก่การจำกัดความเร็ว เมาไม่ขับ การกำหนดถนนบางช่วงเป็นถนนสีขาว การดำเนินงานองค์กรต้นแบบด้านการสวมหมวกนิรภัย ๑๐๐% การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงที่ตั้งตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงการรักษาที่โรงพยาบาล การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยรวมถึงความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด และมิงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเพียงพอจากแผนงานสนับสนุนการป้องกันและลดอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด (สอจร.)

ปัญหาที่พบ : บางพื้นที่ที่ยังไม่มีประสบการณ์การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุทางถนน ทำให้ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการแก้ไขปัญหาการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปในการวางแผนดำเนินงานยังไม่ชัดเจน ขาดการจัดทำข้อมูลพื้นที่เสี่ยง เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินการและการดำเนินงานองค์กรต้นแบบด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ยังไม่มีความชัดเจน

โอกาสพัฒนา : On the job training ในเรื่องของการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ควรมีการสังเคราะห์องค์ความรู้จากรายงานสอบสวนโรค ในประเด็น ปัจจัย และพื้นที่เสี่ยง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานในพื้นที่ ควรวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง และจัดทำ Mapping พื้นที่เสี่ยงแล้วคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงาน และขับเคลื่อนงานอุบัติเหตุจราจรร่วมกับ NCD Board และคณะกรรมการกลุ่มวัยทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการเชิงระบบ การบูรณาการควรมุ่งเน้นต่อยอดในอำเภอที่ ODOOP เลือกประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรืออุบัติเหตุซึ่งพื้นที่เห็นว่ายังคงเป็นปัญหา ควรเน้นการดำเนินการไปที่หน่วยงานราชการเป็นหลัก โดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับหน่วยงานอื่นอาจเริ่มต้นที่องค์กรต้นแบบสวมหมวก หรือ คาดเข็มขัดนิรภัย ๑๐๐% เป็นต้น แล้วขยายไปยังหน่วยงานหรือองค์กรเอกชน ที่มีขนาดใหญ่ ในลำดับต่อไป

กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๘.๘ (จากการสำรวจ ๓ จังหวัดจังหวัดกาฬสินธุ์วางแผนสำรวจในปีงบประมาณ ๒๕๕๙) และ DHS มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ต้องการการพึ่งพิง (Long Term Care) ด้านสุขภาพ ร้อยละ ๖๑.๐๔ โดยทุกจังหวัดดำเนินงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ปัจจัยและกระบวนการบริหารจัดการที่สำคัญ ทุกจังหวัดได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด และได้ชี้แจงให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอรับทราบ และได้จัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ จังหวัดขอนแก่นกำหนดตัวชี้วัดระดับความสำเร็จระบบสุขภาพระดับอำเภอในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงด้านสุขภาพ มีเกณฑ์ความสำเร็จ ๕ ระดับ และขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ วัดส่งเสริมสุขภาพ และตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุกลุ่ม ๑ เปลี่ยนไปเป็นกลุ่ม ๒ และ ๓ จังหวัดมหาสารคามและกาฬสินธุ์กำหนดงานผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัด (KPI) เพื่อประเมิน CUP การขับเคลื่อนงานผ่านการดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวและอำเภอสุขภาพดี ๘๐ปียั้งแจ้ว

การดำเนินงานที่เป็นแบบอย่างที่ดี ได้แก่ อำเภอเมืองขอนแก่นมีการทำงานเชื่อมระหว่างชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นอย่างชัดเจน และอำเภอน้ำพอง ทำเรื่อง care plan จังหวัดมหาสารคามมี

โรงเรียนผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย มีศูนย์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแบก ตำบลนาทอง อำเภอเขียงยืน และตำบลหนองไฮ อำเภอวาปีปทุม ชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมการออกกำลังกายครบทุกหมู่บ้าน โดยท้องถิ่น ท้องที่สนับสนุนงบประมาณ จังหวัดกาฬสินธุ์มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่บ้านโคกเครือ ตำบลโคกศรี และตำบลอิถื้อ อำเภอยางตลาด

ปัญหาและอุปสรรค บุคลากรระดับพื้นที่มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย รวมทั้งขาดองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและงบประมาณในการขับเคลื่อนงานมีความล่าช้า ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรชี้แจงนโยบายและกำหนดตัวชี้วัด รวมทั้งพิจารณาอนุมัติโครงการตั้งแต่ไตรมาสแรกของปีงบประมาณและมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุมารวมทั้งควรมีการบูรณาการแผนยุทธศาสตร์พัฒนางานผู้สูงอายุระหว่างกระทรวง เพื่อการใช้ข้อมูลและทรัพยากรให้สอดคล้องกับปัญหา เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

โอกาสพัฒนา พื้นที่ควรวางแผนการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ มาวางแผนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบ ๕ ข้อ

กลุ่มคนพิการ สถานการณ์เขตสุขภาพที่ ๗ มีความก้าวหน้า ในการส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการให้คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับบริการครบถ้วนจำนวน ๓๗๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๕๓ ร้อยละของจังหวัดมีการดำเนินงานในการบูรณาการระบบดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านระยะวิกฤติผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ร้อยละ ๘๐ เขตมีผลการดำเนินงานร้อยละ ๗๕ ต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย เนื่องจากจังหวัดร้อยเอ็ดผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ ส่วนผลการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อมจัดสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ อย่างน้อยระดับ ๔ ร้อยละ ๑๐๐ ในปี ๒๕๕๘ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในจังหวัดขอนแก่นและร้อยเอ็ด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การกำหนดทิศทางนโยบาย และการติดตามประเมินผลจากผู้บริหาร และศักยภาพของ project manager ในระดับจังหวัด ส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์มีผลลัพธ์การดำเนินงานด้านผู้พิการ/ผู้สูงอายุที่ดี เนื่องจาก ผู้บริหารมีการวางระบบการทำแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด และระบบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน มี project manager ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน และมีสมรรถนะในการประสานงานรวมทั้งความเข้มแข็งของทีมสหวิชาชีพ

ปัญหาอุปสรรค ในภาพรวมของเขต ยังขาดความเชื่อมต่อระหว่างปฐมภูมิ ทูตัญญู ไปยังตติยภูมิ แนวทางดูแล (Care Plan) เป็นระบบอย่างเป็นรูปธรรม และช่องทางการส่งต่อจากระดับปฐมภูมิ ทูตัญญู เชื่อมต่อระดับตติยภูมิยังไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

๑.ให้จัดทำแนวทางดูแล (Care Plan) เป็นระบบอย่างเป็นรูปธรรม มีช่องทางการส่งต่อจากระดับปฐมภูมิ ทูตัญญู เชื่อมต่อระดับตติยภูมิ

๒.กำหนดแผนนิเทศ ควบคุม กำกับและประเมินผลงานอย่างเป็นรูปธรรม

๓.ให้ขยายพื้นที่การดำเนินงานการปรับสภาพแวดล้อม จัดสิ่งอำนวยความสะดวก อย่างน้อยอยู่ในระดับ ๔ ให้ครอบคลุมพื้นที่อำเภอในปี ๒๕๕๘

ระบบควบคุมโรค ทุกจังหวัดขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง และ กพร. โดยมีทีม SRRT เป็นผู้ขับเคลื่อนกระบวนการทำงาน มีระบบเฝ้าระวังครบทั้ง ๕ ระบบ ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โรคเอดส์ และอุบัติเหตุ มีการสอบสวน ควบคุมโรค มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน ส่วนใหญ่มีการคืนข้อมูล

ให้กับพื้นที่เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ ใช้ระบบ Event base surveillance ในการเฝ้าระวัง ในระดับพื้นที่โดยมี อสม. และ ทีม SRRT ตำบล เป็นผู้ดำเนินการ ในส่วนของการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือ กับสถานการณ์ฉุกเฉิน ทุกจังหวัดมีการซ้อมแผนฯทั้งในเรื่องของแผนโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ และอุบัติเหตุ ทั้งนี้ จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นตัวอย่างที่ดีของการบูรณาการการดำเนินงานตั้งแต่ระดับจังหวัดไปจนถึงตำบล ส่วน Best practice ในเรื่องของการสอบสวน เป็นของอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ที่มีการสอบสวนอุบัติเหตุอย่างเป็น ระบบ และมีการนำข้อมูลจากการสอบสวนไปแก้ปัญหาในพื้นที่จนสามารถลดการเกิดอุบัติเหตุซ้ำซากในพื้นที่ เดิมๆ โดยใช้การสอบสวนแบบ Banphai model สำหรับการควบคุมโรคได้ภายใน ๒ generation พบว่า ปี ๒๕๕๘ ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๗ ทุกจังหวัดสามารถดำเนินการได้เกินกว่าที่เป้าหมายกำหนด และมีผลงาน ดีกว่าปีที่ผ่านมา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : ทุกจังหวัดมีกระบวนการการดำเนินงานที่เป็นระบบ ตั้งแต่การถ่ายทอด นโยบายลงไปสู่ผู้ปฏิบัติทุกระดับจนถึงระดับตำบล มีระบบเฝ้าระวังที่เข้มแข็ง มีการบูรณาการการดำเนินงาน ผ่านอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง และตำบลจัดการสุขภาพ นอกจากนี้ ยัง Strengthen ในเรื่องของการ ตรวจจับการระบาดในชุมชน และมีการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่สัปดาห์ละครั้ง เพื่อให้อำเภอได้รับทราบ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ตนเองและพื้นที่ใกล้เคียงจนพื้นที่เกิดความตระหนัก ดังจะเห็นได้จาก อำเภอส่วนใหญ่คัดเลือกโรคติดต่อให้เป็นโรคสำคัญที่ต้องแก้ปัญหา ๑ ใน ๓ โรค หรือปัญหาสำคัญใน ODOF นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศักยภาพทีม SRRT อย่างต่อเนื่อง การดำเนินการดังที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นจุดแข็ง ที่เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เป็นไปอย่างต่อเนื่องยั่งยืน

ปัญหาที่พบ : ทีม SRRT บางอำเภอขาดประสบการณ์ในการสอบสวนโรค โดยเฉพาะการสอบสวน การจมน้ำ และการสอบสวนอุบัติเหตุ ทำให้ไม่สามารถหาแหล่งโรค สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงได้ ส่งผลให้การ ควบคุมโรคในพื้นที่ไม่ได้ผล ทีม SRRT บางทีมไม่สามารถควบคุมโรคได้ภายใน ๒ generation ขาดการ สังเคราะห์องค์ความรู้จากการสอบสวนโรค เพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาในพื้นที่ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาเดิม ซ้ำซาก และการจัดตั้ง Emergency Operating Center (EOC) ยังไม่มีความชัดเจน

โอกาสพัฒนา : พัฒนาศักยภาพด้านการสอบสวนโรค ให้ กับทีม SRRT โดยเฉพาะในอำเภอที่ทีม ขาดประสบการณ์ในการสอบสวนโรค โดยวิธี On the job training ภายใต้การดำเนินการสอบสวนร่วมกับทีม พี่เลี้ยงจาก สสจ. และ สคร. Strengthen ระบบการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ (Event base surveillance) โดย ทีม SRRT ตำบลสร้างความตระหนักในการเฝ้าระวัง โดยผลักดันให้เกิด ทีม SAT (Situation Awareness Team) ในระดับจังหวัดประเมินศักยภาพทีม SRRT ในพื้นที่ (ไม่ใช้การประเมินมาตรฐาน) เช่น ความรู้ ทักษะ การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ การเก็บส่งตรวจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นต้นเพื่อหา Gap ใน การพัฒนาพัฒนาทีม SRRT ระดับอำเภอที่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐาน (๑๑ แห่ง) ให้ผ่านเกณฑ์ในระดับดี ใช้รูปแบบการนิเทศ ติดตามประเมินผล โดยเฉพาะทีมที่ขาดประสบการณ์วิเคราะห์ข้อมูลจากการสอบสวน โรคที่ผ่านมา เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ถึงสาเหตุการระบาด แหล่งโรค กลุ่มเสี่ยง ช่วงเวลาที่เกิดการระบาด เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปวางแผนการป้องกันการระบาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตโดยเฉพาะ อุบัติเหตุ และการเสียชีวิตจากการจมน้ำ และเตรียมความพร้อมเพื่อจัดตั้ง EOC ในปี ๒๕๕๙ โดยการแต่งตั้ง คณะกรรมการ กำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละองค์ประกอบการจัดเตรียมห้องทำงาน และอุปกรณ์โดย สคร. และ สนร. เป็นพี่เลี้ยง

คณะที่ ๒ พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

๒.๑ ระบบบริการปฐมภูมิ

ผลการตรวจราชการ รอบที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๗ ในภาพรวม พบว่า เขตสุขภาพที่ ๗ (จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด) มีการขับเคลื่อนการพัฒนา District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และ ท้องถิ่น อย่างมีคุณภาพ ภายใต้ยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเน้นการบริหารจัดการแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนตามนโยบายทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เน้นการบริการเชิงรุก และ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมีการเชื่อมโยง และ ใช้ทรัพยากรร่วมกัน กับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน มีการพัฒนาคุณภาพการจักระบบบริการภายใต้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ DHS – PCA และขับเคลื่อนบูรณาการกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ ๗ มี อำเภอ จำนวน ๗๔ อำเภอ ๖๗ เครือข่าย มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิผ่านเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (DHS) ทั้ง ๖๗ เครือข่าย คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ ผลการประเมิน DHS ผ่านเกณฑ์ขั้น ๓ ขึ้นไป จำนวน ๖๗ เครือข่ายบริการ คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ มีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสิ้น จำนวน ๒๕๓ แห่ง แยกเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) จำนวน ๑๗ แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน ๘๒๘ แห่ง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทุกอำเภอ มีการถ่ายทอดนโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พัฒนาระบบทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ครอบคลุมทุกพื้นที่ ดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ และ สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ/ศส.มช. เพื่อพัฒนา/ขยายการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิลงสู่ชุมชนโดยชุมชน เพื่อขยายบริการในพื้นที่ห่างไกลจาก รพ.สต. เป็นการเพิ่มคุณภาพในด้านการเข้าถึงบริการ มีแผนการพัฒนาบุคลากร ปฐมภูมิทีมแกนนำระดับอำเภอ และพัฒนาทีมเยี่ยมเสริมพลังคุณภาพ DHS – PCA แบบ Appreciation ระดับเขต จังหวัดและอำเภอ มีการจัดทำกรอบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพปฐมภูมิระดับจังหวัดและอำเภอ มีการจัดทำประเด็น ODOP อย่างน้อย ๓ เรื่อง ครอบคลุมจังหวัด และเชื่อมโยงกับระบบบริการ Service Plan สู่ปฐมภูมิในสาขาที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ ทั้ง Acute&Chronic care (Essential care เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย แม่และเด็ก พัฒนาการเด็ก ตา หลอดเลือดและหัวใจ อุบัติเหตุฉุกเฉินและการส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน Home care & LTC บริการแพทย์แผนไทย สุขภาพจิตชุมชน การฟื้นฟูสุขภาพ ทันตกรรมและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เป็นต้น) และ มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพพร้อมกัน โดยใช้ระบบทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เป็นทีมหลักในการจักระบบบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และ มีการประเมินตนเองก่อนการพัฒนา ตามเกณฑ์ DHS – PCA ครอบคลุมอำเภอ มีการประสาน และบูรณาการงบประมาณ ในการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ DHS เพื่อการสร้างเสริมป้องกันและควบคุมโรคในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ชุมชน กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำเสนอสรุปผลการดำเนินงาน และนวัตกรรม ระดับอำเภอ มีการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว และ สหวิชาชีพ (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับหมอครอบครัว การพัฒนาสมรรถนะทีมบริหารจัดการระดับอำเภอ (DHML) พยาบาลจิตเวช รวมทั้ง อสม. นักจัดการสุขภาพในการจัดบริการสุขภาพในสุขภาพ) และมีการพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลัง DHS- PCA Appreciation ระดับเขตและจังหวัด โดยความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น และมีการเยี่ยมเสริมพลัง DHS- PCA Appreciation ระดับเขต โดยใช้กระบวนการไขว้ทีมเยี่ยมเสริมพลังระหว่างจังหวัด คือ จังหวัด

ขอนแก่นกับจังหวัดกาฬสินธุ์ และ จังหวัดร้อยเอ็ดกับจังหวัดมหาสารคาม นอกจากนี้ยังมีการจัดประกวดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ ๗ ประจำปี ๒๕๕๘ และร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ DHS ระดับประเทศ โดยคัดเลือก DHS ดีเด่นต้นแบบระดับเขตสุขภาพที่ ๗ เข้าร่วมนำเสนอผลงาน

จุดเด่น

๑. มีการพัฒนาตามกระบวนการ DHS - PCA (UC-CARE) และผ่านเกณฑ์ ขั้นที่ ๓ ขึ้นไป ทุกเครือข่าย
๒. มีนโยบายกำหนดเป็นวาระจังหวัด และวาระอำเภอในการใช้ DHS ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
๓. มีกลไกการขับเคลื่อนระบบปฐมภูมิ DHS - PCA ตามนโยบายที่มหอครอบครัว และมีการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในสาขาที่เป็น Essential care ทั้ง cute&Chronic care และ บูรณาการงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลแบบมีส่วนร่วมทั้งภาค รัฐ ท้องถิ่นและภาคประชาชน
๔. เกิดนวัตกรรมสุขภาพเขตสุขภาพที่ ๗ ซึ่งเป็นนวัตกรรม ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพชุมชนของตนเอง

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาเชิงนโยบาย

๑. ควรมีการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพที่จำเป็น ในหลักสูตร ระยะสั้น ๒ ปี ที่เหมาะสมและทันความต้องการของ พื้นที่ เช่น นักจัดการสุขภาพชุมชน นักกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพ
๒. พัฒนาศักยภาพทีมผู้เยี่ยมเสริมพลัง DHS-PCA Appreciation ระดับเขต จังหวัดและอำเภออย่างต่อเนื่อง และมีทีมเยี่ยมเสริมพลังจากส่วนกลางลงเยี่ยมเสริมพลังให้แก่พื้นที่เป็นระยะ เพื่อเสริมพลังการทำงาน และ แลกเปลี่ยนวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง
๓. สนับสนุนอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยสำหรับการทำงานเชิงรุกให้กับมหอครอบครัว เช่น IPAD Note book และยานพาหนะตามความเหมาะสมกับภารกิจงาน เช่น รถยนต์ (ถ้ามี) ถ้า โดยกำหนดเป็นกรอบครุภัณฑ์จำเป็นสำหรับ รพ.สต.
๔. การขับเคลื่อนนโยบาย ที่สำคัญ ควรมีการเสริมสร้าง แรงจูงใจแก่ หน่วยงาน / ผู้บริหาร / ผู้ปฏิบัติงานทุกสายงานวิชาชีพและ ผู้สนับสนุน ทุกระดับอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญโดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอ ได้สำเร็จและ เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม
๕. จัดตั้งและพัฒนาระบบศูนย์ข้อมูลและเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระดับเขตและจังหวัดที่มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับการดำเนินงานของทีมมหอครอบครัวและการทำงานเชิงรุกในชุมชน
๖. พัฒนาบุคลากร ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อรองรับการจัดระบบบริการและ Service Plan ในภาพรวม ในหลักสูตรที่จำเป็น เช่น หลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ ปี ๒ หลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับทีมมหอครอบครัว หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป หลักสูตรพยาบาลจิตเวช หลักสูตรแกนนำสุขภาพชุมชนและ อสม. เป็นต้น

๒.๒ ระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

๒.๒.๑ การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพลดลง

การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงจาก ๒๙๐๗ ราย เหลือ ๒๕๐๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๘๓ โดยทุกจังหวัดมีแนวโน้มการส่งต่อนอกเขตสุขภาพลดลง ยกเว้นจังหวัดร้อยเอ็ดที่เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑.๔๔ โดยผู้ป่วยส่งต่อนอกเขตสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้แก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง ซึ่งเกินศักยภาพของเขตสุขภาพ รวมทั้งคิวการรอรับรังสีรักษาที่นาน เนื่องจากคิวที่โรงพยาบาลขอนแก่น นานกว่า ๒ เดือน แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีการส่งต่อนอกเขตไปยังส่วนกลางเป็นจำนวนมาก ในกลุ่มโรคที่เขตสุขภาพมีศักยภาพในการรักษา

โรงพยาบาลทุกระดับได้รับการรับรองคุณภาพ HA ๕๖ โรงพยาบาล จาก ๖๔
โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๘๗ โดยจังหวัดมหาสารคามสามารถผลักดันให้ทุกโรงพยาบาลผ่านการรับรองครบ
ทั้ง ๑๑ โรงพยาบาล

๒.๒.๒ ประเด็น ผลการดำเนินงานตาม service plan ๑๐ สาขา

ในภาพรวมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน service plan ยังพบปัญหาการขับเคลื่อน
ลงสู่ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ส่วนใหญ่พัฒนาในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ยังไม่สามารถ
ขับเคลื่อนลงสู่โรงพยาบาลระดับ M ได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังจะเห็นได้จาก ค่า CMI ในโรงพยาบาลระดับ A S
ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด โรงพยาบาลระดับ M ส่วนใหญ่ต่ำกว่าค่าเกณฑ์ ระดับ M๑ มีโรงพยาบาลชุมชนผ่านเกณฑ์
ส่วนระดับ M๒ มีเพียง ๔ โรงพยาบาลใน ๑๒ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๓๓ เท่านั้นส่วนระดับ F๒ มีเพียง
๑๔ โรงพยาบาล จาก ๔๑ โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๓๔ ซึ่งจะสะท้อนถึงบทบาทการดูแลโรคที่
ยุ่งยากซับซ้อนยังน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

ข้อเสนอแนะ

ควรเชื่อมโยงประเด็นสำคัญสู่ระดับปฐมภูมิ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก ที่ยังพบปัญหา LBW,
Birth Asphyxia ANC ซ้ำ และปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม งานป้องกันและการส่งต่อ ระบบ fast tract ใน
สาขาต่างๆ โดยกำหนดเป็นประเด็น ODOP ของการพัฒนาระบบ DHS ของแต่ละอำเภอให้มากขึ้น

ควรนำข้อมูลของแพทย์เฉพาะทางแต่ละโรงพยาบาลมาประกอบในการพิจารณาขบลงทุน
เพื่อส่งเสริมให้เกิดเป็น Node เฉพาะทางในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและมีความเหมาะสม และต้องดู
องค์ประกอบด้านการคงอยู่ของแพทย์เฉพาะทางร่วมด้วย เนื่องจากพบปัญหาการลาออก ขอย้ายของแพทย์
เฉพาะทางในโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้ไม่สามารถพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ตามแผน ทำให้บางโรงพยาบาล
มีเครื่องมือ แต่ขาดแพทย์

ควรนำข้อมูลการส่งต่อออกนอกเขต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ไปยังสถานพยาบาลในส่วนกลาง ๑๐ อันดับ
แรก อันเนื่องมาจากเกินศักยภาพ มาวิเคราะห์ และจำแนกผู้ป่วยที่สามารถรักษาได้ภายในเขตส่งต่อไปยัง
โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อลดการส่งต่อออกนอกเขตบริการโดยไม่จำเป็น

พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้สามารถนำข้อมูลบริการมาใช้วิเคราะห์สถานการณ์ และผลลัพธ์การ
ดำเนินงาน ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทันท่วงทีความต้องการใช้ข้อมูล โดยเฉพาะการใช้ข้อมูล ๔๓ เพิ่ม

ปรับเปลี่ยนการใช้ยาละลายลิ่มเลือดเป็น Tenecteplase (TNK) , Metalyte เพราะสะดวกในการ
ใช้ ชนิดที่ฉีดเข้าหลอดเลือดดำได้ทันที ภาวะแทรกซ้อนน้อย ผู้ป่วยปลอดภัย เข้าถึงบริการได้มากขึ้น และ
แพทย์ รพช. มีความมั่นใจที่จะสั่งให้ยา เพราะมีความเสี่ยงน้อย

คณะที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการ

๓.๑ การบริหารการเงินการคลัง

ประเด็นการตรวจราชการ

(๓.๑.๑) ประสิทธิภาพของการบริหารการเงิน

(๓.๑.๒) หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ

มุ่งเน้นที่การพัฒนาศักยภาพในการบริหารการเงินของหน่วยบริการในพื้นที่ โดยมีเป้าหมาย

๑) หน่วยบริการที่มีปัญหาการเงินระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของสถานบริการในพื้นที่

๒) หน่วยบริการมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ (หน่วย

บริการมีต้นทุนต่อหน่วยเกินเกณฑ์เฉลี่ย ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของสถานบริการในพื้นที่)

ผลการตรวจราชการ พบว่า มีโรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงินระดับ ๗ (ณ ไตรมาส ๒/๒๕๕๘) ๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕.๙๗ (ผ่านเกณฑ์) และมีหน่วยบริการที่มีต้นทุน OPD/IPD เกินเกณฑ์เฉลี่ย ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๙๒ (ผ่านเกณฑ์)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ๑) ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญในการดำเนินงานเป็นอย่างดี
- ๒) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการเงินการคลังในระดับจังหวัดและโรงพยาบาล
 - ๓) คณะกรรมการมีการตรวจเยี่ยมโรงพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหาและเสนอแนะแนวทางแก้ไขนำไปสู่การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
 - ๔) มีแผนงานโครงการที่จะควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- ๑) คณะกรรมการ CFO จังหวัดและหน่วยบริการควรมีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังอย่างสม่ำเสมอ
- ๒) เพิ่มระบบ กำกับ ติดตาม การส่งข้อมูลและรายงานจากพื้นที่ให้มากยิ่งขึ้น
- ๓) ควรจัดระบบพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษาการดำเนินงานด้านการเงินการคลัง
- ๔) ควรสนับสนุนข้าราชการตำแหน่งเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

๓.๒ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์

ประเด็นการตรวจราชการ

(๓.๒.๑) การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพสมเหตุสมผล และมีจริยธรรม

ผลการตรวจราชการ พบว่า

๑. เขตสุขภาพและหน่วยบริการยังไม่มีระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งรายงานและการควบคุม กำกับด้านต้นทุนยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา (ไม่มีใน ๔๓ แห่ง) จึงทำให้การนำเข้าสู่ข้อมูลเพื่อการวางแผน/วิเคราะห์ผลงานและความเสี่ยงด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยามีความล่าช้า
๒. เขตสุขภาพยังไม่มีจัดการเรื่องบัญชีร่วมและแผนสำรองร่วมทั้งยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงการบริหารจัดการตามจ่ายของแต่ละจังหวัดยังไม่เหมือนกัน
๓. เขตสุขภาพยังไม่มีนโยบายและข้อกำหนดชัดเจนในเรื่องการส่งเสริมการใช้ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

๔. ผลงานลดต้นทุนทั้ง ๔ จังหวัด พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์คือในไตรมาสที่ ๓/๒๕๕๘ คือมีผลงานการลดต้นทุนในภาพรวมของเขต เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๗ ทุกจังหวัด ถึงแม้จะมีผลงานจัดซื้อร่วมเพิ่มขึ้นและผ่านเกณฑ์ก็ตาม แสดงถึงการเพิ่มของต้นทุนที่อาจเกิดจากการใช้ในปริมาณที่สูงขึ้น หรือการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น ทั้งนี้ควรต้องวิเคราะห์ความเสี่ยงว่าเกิดจากสาเหตุใด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

๑. ควรปรับแนวทางในการติดตามประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับข้อมูลและสถานการณ์จริง เช่น วงเงินและวิธีการจัดซื้อ และสะท้อนผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม โดยปรับแนวทางในการติดตามประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับข้อมูลและสถานการณ์จริง เช่น การใช้ต้นทุนยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา (Unit cost) ในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาหรือพบว่ามีการใช้ไม่สมเหตุสมผล มาเป็นตัววัดผล

การดำเนินการเรื่องลดต้นทุนยาแทนมูลค่าการจัดซื้อที่ลดลงในแต่ละปีจะสะท้อนผลการดำเนินงานจริงที่มีเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

๒. ควบบูรณาการการนิเทศติดตามการพัฒนางานด้านยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านการเงินการคลัง บุคลากร service plan และระบบสารสนเทศ โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้แทนเข้าร่วมรับการนิเทศติดตามกำกับโดยพร้อมเพียงกัน ดังเช่นตัวอย่างของจังหวัดกาฬสินธุ์ นับว่าเป็นรูปแบบที่เป็นตัวอย่างที่ดี

๓. คณะทำงานเครือข่ายเทคนิคการแพทย์ได้ประกาศราคาน้ำยาที่ต้นทุนแฝงสูงแบบราคาต่อกรรณายางานผลและกำหนดราคาตามจำนวนปริมาณส่งตรวจ

๔. มีการบูรณาการ การนิเทศติดตามการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และคลังเลือด โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์หรือผู้แทนของโรงพยาบาลในจังหวัดที่รับการนิเทศทุกแห่ง เข้าร่วมรับการนิเทศ ติดตามผลการดำเนินงานโดยพร้อมเพรียงกัน โดยนิเทศครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านการเงินการคลัง บุคลากร service plan และระบบสารสนเทศ โดยดำเนินการที่จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นแห่งแรก ทำให้ผู้รับการนิเทศมีความเข้าใจในนโยบายต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข และผู้นิเทศได้รับทราบปัญหาครอบคลุมทุกด้าน

๓.๓ ธรรมเนียมปฏิบัติ

ประเด็นการตรวจราชการ

(๓.๓.๑) การบริหารงานตามหลักธรรมเนียมปฏิบัติ

(๓.๓.๑.๑) ด้านการส่งเสริมป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ

(๑) การเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ในหน่วยงานระดับจังหวัด ให้มีวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการกระทำผิด

ผลการตรวจราชการ พบว่าความต่อเนื่องของการเสริมสร้างและการพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงานให้ใช้หลักธรรมเนียมปฏิบัติเสนอให้ให้จัดทำแผนรองรับเป็นแผนระยะสั้น ระยะกลาง และแผนต่อเนื่องเป็นระบบและการสร้างจิตสำนึกในการปฏิบัติงานของข้าราชการต้องมีการรณรงค์ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การทุจริตในสังคมไทยเป็นเรื่องที่มีมานาน การแก้ไขและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาจำเป็นจะต้องดำเนินการแบบบูรณาการและกระทำอย่างต่อเนื่อง เริ่มปลูกฝัง ปลูกจิตสำนึกตั้งแต่เด็ก ไปจนถึงผู้ใหญ่ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือหลายภาคส่วน ทำให้การปฏิบัติงานมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

๑. การบูรณาการงานด้านคุณธรรม จริยธรรม และการป้องกันและปราบปรามทุจริตและประพฤติมิชอบมีการบูรณาการได้ดี และมีประสิทธิภาพ

๒. มีแผนด้านส่งเสริมป้องกันและปราบปรามทุจริต และสร้างกระแสการพัฒนาบุคลากรได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหลากหลายวิชาชีพหลายระดับ

๓. ผู้บริหาร หน่วยงาน ให้ความสนใจและตระหนัก ทำให้การส่งเสริมการพัฒนาและการปฏิบัติงานตามหลักธรรมเนียมปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

(๒) การเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ในหน่วยงานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม

ผลการตรวจราชการ พบว่า

ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๗ ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลระดับจังหวัด ทุกแห่งเข้ารับนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม จากกระทรวงสาธารณสุขและมีการถ่ายทอดนโยบายสู่โรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆโดยประกาศให้ทราบในที่ประชุม และกำหนดโรงพยาบาลแม่ข่าย (ระดับ F๑ / F๒) ในการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม ทุกจังหวัดมีรูปแบบในการดำเนินงานโดยกำหนดเป็นนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระดับจังหวัด มีเป้าประสงค์ที่ชัดเจน มีระบบการติดตามกำกับ และมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดในการติดตาม มีการขับเคลื่อนและบูรณาการงานโรงพยาบาลคุณธรรมกับการพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น DHS+๓D

โรงพยาบาลระดับจังหวัด (ระดับ A/M๑/M๒) ทั้ง ๔ จังหวัด มีการดำเนินการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ภายใต้การดำเนินงานของชมรมจริยธรรมแกนนำในการดำเนินงานคุณธรรมจริยธรรมในบุคลากรทุกระดับของหน่วยงาน มีการนำนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรมไปพัฒนาต่อยอด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. บางโรงพยาบาลมีต้นทุนเดิมในการดำเนินงานด้านคุณธรรมจริยธรรมอย่างต่อเนื่องโดยใช้กลไกชมรมจริยธรรม จะประสบความสำเร็จ

๒. การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานชมรมจริยธรรมโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

๑. ควรกำหนดนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม เป็นตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน หรือตัวชี้วัดระดับบุคคล ขับเคลื่อนโดยการประเมินผลการปฏิบัติราชการให้ประกาศนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรมให้ชัดเจน เพื่อให้ทุกคนรับทราบถึงแนวทางปฏิบัติ

๒. ให้โรงพยาบาลประชุมชี้แจงนโยบายเพื่อหาจุดร่วมที่บุคลากรทุกคนตกลงยึดเป็นข้อปฏิบัติ นำไปพัฒนาเป็นโรงพยาบาลคุณธรรม โดยกำหนดเป็นอัตลักษณ์ร่วมกัน

๓. ปรับแผนปฏิบัติการโดยปรับโครงการกิจกรรมที่สนับสนุนให้เกิดโรงพยาบาลคุณธรรม ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

๔. ควรติดตามประเมินผลโดยการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

(๓) ด้านการป้องปรามตรวจสอบการทุจริต ประพจน์มิชอบ : การควบคุมภายในและตรวจสอบภายใน

ผลการตรวจราชการ พบว่าทั้ง ๔ จังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมภายในระดับจังหวัดและภาคีเครือข่าย และมีการจัดทำแผนปฏิบัติงานรายหน่วยรับตรวจและอนุมัติแผนการปฏิบัติงานจากประธานและออกตรวจสอบภายในตามแผนปฏิบัติการ จังหวัดร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ ระดับความสำเร็จอยู่ในระดับ ๔ และระดับความสำเร็จอยู่ในระดับ ๓ คือ จังหวัดขอนแก่น และมหาสารคาม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. ระยะเวลาการปฏิบัติงานตรวจสอบ ให้พิจารณาปรับแผนการตรวจสอบให้ครอบคลุมกับภาระงานที่รับผิดชอบด้วย

๒. ทบทวนระบบควบคุมภายในเพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมกับความเสี่ยงสำคัญที่เป็นปัจจุบัน

๓. สร้างทีมเครือข่ายตรวจสอบภายในร่วมกับหน่วยบริการ โดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลไกในการพัฒนา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

๑. การสร้างขวัญและกำลังใจ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในของจังหวัดมีความก้าวหน้าในอาชีพนั้นๆ และได้รับการพัฒนาความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

๒. การวางระบบการควบคุมภายใน และการรายงานการควบคุมภายใน ควรถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.๒๕๔๔
แนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและประเมินผลการควบคุมภายใน และตามนโยบายกระทรวงฯ

๓. ให้ทุกหน่วยรับตรวจ (หน่วยบริการ) นำแนวทางการจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายใน กิจกรรมตามนโยบายกระทรวงฯ ไปปฏิบัติอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง

๔. ให้ทุกหน่วยรับตรวจ ปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.๒๕๔๔ อย่างเคร่งครัด

๕. ให้ทุกหน่วยรับตรวจ แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในประจำหน่วยงานหน่วยงานตามระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการตรวจสอบภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๗ และแต่งตั้งผู้กำกับและติดตามงานตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน หน่วยรับตรวจละ ๑ คน เพื่อทำหน้าที่กำกับและติดตามงานตรวจสอบภายในและควบคุมภายในของเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในประจำหน่วยงาน อีกชั้นหนึ่ง

๖. เพิ่มกรอบอัตรากำลังตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายใน ให้ครบทุกหน่วยรับตรวจ

(๔) ด้านแก้ไขปัญหาการทุจริต ประพฤติมิชอบ : การแก้ไขปัญหาปฏิบัติงานผิดพลาด ถูกหักหัวง ถูกสอบสวน ถูกลงโทษทางวินัย

ผลการตรวจราชการ พบว่า ทุกจังหวัด มีหน่วยงานภายในถูกหักหัวงในการปฏิบัติงานด้านการเงินการบัญชี พบว่าแนวทางการตรวจสอบภายใน ไม่ได้ตรวจสอบอย่างละเอียด ครบถ้วน เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาการออกตรวจสอบ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

สร้างทีมเครือข่ายตรวจสอบภายในร่วมกับหน่วยบริการ โดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลไกในการพัฒนา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

๑. ให้ความรู้โดยเน้นเรื่องวินัย คุณธรรมจริยธรรมและวิธีปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีขาดความรู้ความเข้าใจในระเบียบฯ เนื่องจากส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่การเงินการบัญชีของหน่วยบริการเป็นพนักงานราชการ หรือลูกจ้างชั่วคราว อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๒. ดำเนินการร่วมกับเขตให้เจ้าหน้าที่ตระหนักรู้การปฏิบัติงาน เน้นในเรื่องวินัย คุณธรรมจริยธรรม แก่บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

คณะที่ ๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

๔.๑ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ผลการตรวจติดตาม และ/หรือ ผลลัพธ์ในแนวทางการตรวจราชการ

(๑) มีคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนด

ผลการดำเนินงาน : เขตสุขภาพที่ ๗ มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต เขตสุขภาพที่ ๗ ประจำปี ๒๕๕๘ ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๐๕/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ โดยจังหวัดขอนแก่นเป็นหน่วยงานหลักในการประสานและเป็นผู้ประสานคณะอนุกรรมการฯ และได้มีการวิเคราะห์และระบุปัญหาด้านสถานพยาบาล/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/สถานประกอบการ ที่สำคัญของเขตดังนี้

๑. ผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลักลอบผสมสารสเตียรอยด์
๒. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่โฆษณาเกินจริง
๓. สารปนเปื้อนในอาหารเช่น พอร์มาลีน ยาฆ่าแมลงในผักสด ผลไม้

(๒) มีการคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภค สุขภาพระดับจังหวัด

ผลการดำเนินงาน : มีการแต่งตั้ง หรือมอบหมาย คณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ หรือ คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพระดับจังหวัด ครบทั้ง ๔ จังหวัด คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐

ข้อเสนอเชิงนโยบาย :

๑. ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๗ มีการจัดตั้ง คณะกรรมการและอนุกรรมการ ดำเนินการ และมีข้อสรุปในการดำเนินการจัดการปัญหาทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม
๒. คณะกรรมการระดับจังหวัดควรมีการประสานงานและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อรับทราบผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค
๓. สนับสนุนเครื่องมือและกำลังคนในการปฏิบัติงานแก่ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่

(๓) ร้อยละของเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ณ สถานที่ผลิต ผ่านมาตรฐานตามประกาศฯ กำหนด (๒๐-๔๐ ppm)

ผลการดำเนินงาน : สรุปผลงานของเขตสุขภาพที่ ๗ มีสถานที่ผลิตเกลือเสริมไอโอดีน จำนวน ๔๘ แห่ง ผ่านมาตรฐานทั้ง ๔๘ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐

ข้อเสนอเชิงนโยบาย :

๑. ควรติดตามและตรวจเฝ้าระวังสถานที่ผลิตเกลือทั้ง ๔๘ แห่งอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาคุณภาพการผลิตและสร้างความตระหนักรู้ให้กับผู้ผลิต
๒. ควรมีการสนับสนุนสารโปแตสเซียม ไอโอดेट แก่ผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง
๓. ควรมีการตรวจมาตรฐานสถานที่ผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน และตรวจเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ณ สถานที่ผลิตอย่างต่อเนื่อง

(๔) ร้อยละของการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริมและสถานพยาบาล ผิดกฎหมาย ได้รับการจัดการ

ผลการดำเนินงาน : สรุปผลงานของเขตสุขภาพที่ ๗ มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริม และสถานพยาบาลผิดกฎหมาย รวม ๓๓ เรื่อง ได้รับการจัดการ จำนวน ๓๓ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ข้อเสนอเชิงนโยบาย :

๑. การโฆษณาที่ผิดกฎหมายและไม่สามารถครอบคลุมการกำกับดูแลได้ทั้งหมด ต้องเพิ่มความเข้มแข็ง ในส่วนของความร่วมมือของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
๒. ภาครัฐควรมีการบังคับใช้กฎหมายการโฆษณาอย่างจริงจังในสื่ออื่น ๆ นอกเหนือจากวิทยุชุมชน
๓. จัดทำแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่าง สสจ.และ กสทช. เขตและร่วมกันแก้ไขปัญหากรณีฝ่าฝืนและแจ้งให้ กสทช.เขต พิจารณาการต่ออายุใบอนุญาต
๔. ประสานข้อมูลสำนักงาน กสทช. เพื่อจัดทำฐานข้อมูลสถานีวิทยุทั่วประเทศให้เป็นปัจจุบันและให้มีช่องทางที่จังหวัดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว
๕. ควรสร้างความตระหนักและความร่วมมือในเรื่องการขออนุญาตโฆษณาไปที่เจ้าของผลิตภัณฑ์ด้วย

๖. สร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายเฝ้าระวังโฆษณาที่ผิดกฎหมายในระดับพื้นที่

๗. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการโฆษณาที่ถูกต้องให้ประชาชนทราบในวงกว้าง เช่น สื่อทาง ทีวี และมีฐานข้อมูลการโฆษณาที่ผิดกฎหมายให้กับจังหวัดเสริมสร้างศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการทางกฎหมายกับผู้กระทำผิด

(๕) คลินิกเวชกรรมให้บริการเสริมความงามและคลินิกไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับการเฝ้าระวังให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(๕.๑) ร้อยละของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงามได้รับการตรวจมาตรฐาน
(เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๘)

ผลการดำเนินงาน : สรุปลงานของเขตสุขภาพที่ ๗ มีคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงาม จำนวน ๙๖ แห่ง ได้รับการตรวจมาตรฐาน ๙๖ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐

(๕.๒) ร้อยละของคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับการเฝ้าระวังและให้ดำเนินการตามกฎหมาย (เป้าหมาย: ร้อยละ ๑๐๐)

ผลการดำเนินงาน: สรุปลงานของเขตสุขภาพที่ ๗ มีคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลจำนวน รวม ๑๗ แห่ง ได้รับดำเนินการตามกฎหมายจำนวน ๑๗ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐

ข้อเสนอเชิงนโยบาย :

๑. ควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน (SOP) ให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในมาตรฐานเดียวกัน
๒. สร้างช่องทางสำหรับผู้บริโภคในการแจ้งเบาะแสการกระทำผิดในเขตพื้นที่
๓. ภาครัฐควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายผู้ประกอบการ ผู้ประกอบวิชาชีพภาคเอกชนรวมกลุ่มกัน

๔. ควรตรวจสอบและดำเนินการกับคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงามพบว่า เป็นการบริการโดยพนักงานและเสนอขายเครื่องสำอางภายในคลินิก หรือเป็นการส่งจ่ายยาที่ไม่ได้แสดงฉลาก ระบุเพียงชื่อย่อ

๕. ควรจัดให้มีการอบรมผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้และความชำนาญการจัดการเรื่องร้องเรียนในแง่ของกฎหมายและกระบวนการตีความ

๔.๒ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

ผลการดำเนินงาน : สรุปลงานของเขตสุขภาพที่ ๗ มีการตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) และดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ และแนวทางที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครบทั้ง ๔ จังหวัดคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และทุกจังหวัดได้มีการจัดประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาาระบบสาธารณสุขด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอเชิงนโยบาย :

๑. การดำเนินงานต้องดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะท้องถิ่นที่รับผิดชอบ และมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย

๒. ควรมีการจัดตั้งกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและมีหัวหน้ากลุ่มมาทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการตามกฎหมายกำหนด เพื่อให้การดำเนินงานขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ตามกฎหมาย

๓. กระตุ้นให้คณะกรรมการสาธารณสุขจากหน่วยงานอื่นๆได้แสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะตลอดจนมีประเด็นเสนอเข้าที่ประชุม

๔. ถ้ามีการแต่งตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอ เสนอแนะให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการในการเตรียมความพร้อมของเลขานุการในการทำหน้าที่

๕. ส่วนกลางชี้แจงหรือทำหนังสือแจ้งบทบาทให้หน่วยงานต้นสังกัดของคณะกรรมการ อสธจ. หน่วยงานอื่นๆ ได้รับความทราบ

ส่วนที่ ๓ นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

- จังหวัดขอนแก่น

การใช้ Mobile Application ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากร สุขภาพของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขในการเผยแพร่ข้อมูลสถานพยาบาลเอกชนในพื้นที่และใช้ในการตรวจสอบสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต

- จังหวัดมหาสารคาม

โครงการจัดการปัญหาการโฆษณาด้านสุขภาพ ประจำปี ๒๕๕๘ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย นายสถานีวิทยุหลัก จำนวน ๒๑ คลื่น ผู้ประกอบการคลินิกที่ให้บริการเสริมความงาม ๑๘ แห่ง ตลอดจน พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ๑๓ อำเภอ การอบรมให้ความรู้ด้านโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานพยาบาล และทางคลื่นวิทยุ เพื่อให้จังหวัดมีการดำเนินงานไปในแนวทางเดียวกัน

- จังหวัดร้อยเอ็ด

จัดตั้ง ชมรม อสม.คุ่มครองผู้บริโภค จังหวัดร้อยเอ็ด และกำลังแต่งตั้งคณะกรรมการคุ่มครองผู้บริโภครวมประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อเปิดโอกาสให้องค์กรภายนอกภาคเอกชนได้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานคุ่มครองผู้บริโภคของจังหวัดร้อยเอ็ด

- จังหวัดกาฬสินธุ์

จังหวัดกาฬสินธุ์ให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของอาหาร โดยกำหนดวิสัยทัศน์ว่า “กาฬสินธุ์ถิ่นท่องเที่ยววิถีไทยอีสาน แหล่งอาหารปลอดภัย นำฟ้าไหมแพรวาสู่สากล” ผ่านคณะกรรมการอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด จังหวัดกาฬสินธุ์มีตัวชี้วัดที่ถ่ายทอดลงสู่อำเภอและได้จัดทำแผนงาน/โครงการด้านคุ่มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ จำนวนทั้งสิ้น ๙ โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาของจังหวัด

.....

เขตสุขภาพที่ ๘

จังหวัดอุดรธานี จังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดสกลนคร
จังหวัดนครพนม จังหวัดเลย จังหวัดบึงกาฬ

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

กลุ่มแม่และเด็กปฐมวัย (๐ - ๕ ปี)

การพัฒนาสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ๐-๕ ปี พบว่า มารดาไทยเสียชีวิต รวม ๔ ราย จังหวัดที่มารดาเสียชีวิต คือ จังหวัดอุดรธานี พบมารดาเสียชีวิต ๑ ราย สาเหตุจาก HELLP syndrome และ จังหวัดสกลนคร พบมารดาเสียชีวิต ๒ ราย สาเหตุจาก Acute fatty liver with septic shock และ Pulmonary Embolism จังหวัดเลย พบมารดาเสียชีวิต ๑ ราย สาเหตุจาก Pulmonary Embolism ภาวะช็อคของหญิงตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ร้อยละ ๑๗.๑๕ ทารกแรกเกิด LBW เกินเกณฑ์ ร้อยละ ๘.๕๗ เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๑.๖๓ และความครอบคลุมการตรวจพัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี ร้อยละ ๙๔.๐ ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพบริการประเมินร้อยละ ๗๑.๗๖

นวัตกรรมเด่น

จังหวัดอุดรธานี : มีมาตรการดูแลหญิงตั้งครรภ์ case Very High Risk Pregnancy เชิงรุก
จังหวัดหนองคาย : โปสเตอร์รณรงค์ฝากครรภ์ก่อน ๑๒ wks จัดบริการฝากครรภ์ ทุกวัน ทุกเวลา และ พัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปในการเก็บข้อมูลแบบประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพปี ๒๕๕๘
จังหวัดเลย : MCH สัญจรขับเคลื่อนและกำกับติดตาม ANC คุณภาพ ครอบคลุมทุกอำเภอ และมี “Clinic เจ้าตัวเล็ก” โรงพยาบาลเลย
จังหวัดบึงกาฬ : มีโครงการแม่ลูกสดใส พัฒนาการสมวัย สุขใจชุมชน
จังหวัดหนองบัวลำภู : “สูติสัญจร” ร่วมกับ “กุมารเวชสัญจร” ในการขับเคลื่อนและกำกับติดตามงานทุกอำเภอ ปีละ ๒ ครั้ง และ เป็นจังหวัดนำร่องเรื่องการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)
จังหวัดสกลนคร : นวัตกรรมแผนภูมิเยี่ยมบ้านและดวงเลือดเพื่อประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลต่างอย
จังหวัดนครพนม : การจัดงานแต่งงานสัมพันธ์สานฝันสายใยรัก และการัดเฝ้าระวังและป้องกันทารก LBW ของโรงพยาบาลนาหว้า

กลุ่มวัยเรียน (๕-๑๔ ปี)

เด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ ๙.๑๓ พบมากที่สุด คือ จังหวัดเลย ร้อยละ ๑๑.๙๒ รองลงมา จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๑๐.๖๑ ส่วนจังหวัดที่พบเด็กเริ่มอ้วนและอ้วนน้อยที่สุดคือ จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ ๗.๒๖ การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการทั้งหมด ๓,๕๐๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๕๒ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับบระดับทองร้อยละ ๗๓.๘๖ โดยจังหวัดหนองคายมีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองมากที่สุด ร้อยละ ๘๕.๒๙ รองลงมาเป็น จังหวัดนครพนม ร้อยละ ๘๖.๒๒ และจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๗๓.๕๓ และผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรทั้งหมด จำนวน ๔๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๕ มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๘ คือ จังหวัดหนองบัวลำภู ๑๐ แห่ง รองลงมา จังหวัดอุดรธานี ๙ แห่ง จังหวัด

สกลนคร ๘ แห่ง จังหวัดนครพนม ๗ แห่ง จังหวัดเลย ๔ แห่ง จังหวัดหนองคาย ๓ แห่ง ส่วนจังหวัดบึงกาฬยังไม่มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดับเพชร

อัตราตายจากการจมน้ำในเด็กต่ำกว่า ๑๕ ปี

ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ (ตุลาคม ๒๕๕๗ – มิถุนายน ๒๕๕๘) ในเขตสุขภาพที่ ๘ มีเด็กต่ำกว่า ๑๕ ปี จมน้ำเสียชีวิต ๓๙ คน คิดเป็นอัตราตาย ๓.๙ ต่อประชากรต่ำกว่า ๑๕ ปี แสคนคน สูงสุดที่จังหวัดเลย รองลงมาคือจังหวัดหนองบัวลำภู และหนองคาย แหล่งน้ำเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นแหล่งนํ้านอกบ้านที่ใช้ในการเกษตร เช่น หนองน้ำ สระน้ำ ลำห้วย มี ๑ ราย ที่อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำในถังน้ำในห้องน้ำ และ ๓ ราย ในอำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ ที่จมน้ำในสระว่ายน้ำของเอกชนแต่ไม่เสียชีวิต

การดำเนินงานจังหวัดและอำเภอนำร่องในเขตสุขภาพที่ ๘ มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเด็กจมน้ำของพื้นที่และคืนข้อมูลยังเครือข่าย จังหวัดชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ จัดตั้งระบบเฝ้าระวังและรายงานข้อมูลเด็กจมน้ำ เตรียมทีมผู้ก่อการดี มีจำนวนทีมผู้ก่อการดีทั้งหมด ๒๖ อำเภอ

กลุ่มวัยรุ่น (๑๕-๑๙ ปี)

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ ๘ ผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ (ตุลาคม ๒๕๕๗ – มิถุนายน ๒๕๕๘) พบว่าอัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ ๑๕- ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน มีอัตราเท่ากับ ๒๒.๕๕ จังหวัดที่มีอัตราการตั้งครรภ์สูง คือ จังหวัดอุดรธานี รองลงมา คือ จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดเลย และจังหวัดที่มีอัตราการตั้งครรภ์ต่ำ คือจังหวัดสกลนคร และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการตั้งครรภ์ในปี ๒๕๕๗ พบว่าทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ มีอัตราการตั้งครรภ์ที่ลดลง

ผลการสำรวจความชุกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากรอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เขตสุขภาพที่ ๘ มีอัตราความชุกเท่ากับ ร้อยละ ๒๗.๔ ข้อมูลจากโปรแกรม Cockpit ณวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๘ พบว่า จังหวัดสกลนคร มีความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี เท่ากับ ๑๒.๓๐ ผลการสำรวจโดยจังหวัดอุดรธานี ผ่าน Data center screening ในปี ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ มีความชุก ร้อยละ ๘.๘๖ และ ๙.๑๔ ตามลำดับ และจังหวัดหนองบัวลำภู จากโปรแกรม Cockpit ปี ๒๕๕๘ ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๘.๖๖ ในปี ๒๕๕๗ เป็น ๙.๒๔ โดยจะเห็นว่าในจังหวัดที่มีข้อมูลจะแสดงให้เห็นถึงความชุกของผู้ดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

กลุ่มวัยทำงาน อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ

อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจประเทศปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๖ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า ทุกจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับระดับประเทศ จังหวัดเลยมีอัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๘ ทุกปี โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๖ อัตราตายสูงกว่าภาพรวมเขตสุขภาพและภาพรวมประเทศ ผลการดำเนินงานในภาพรวมความชุกและอัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ยังมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

ข้อเสนอแนะ :

ควรเน้นการบูรณาการงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มปกติ เสี่ยง และกลุ่มป่วย ผ่านการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ซึ่งบูรณาการจากสหสาขาทั้ง DPAC โภชนคลินิก คลินิกไร้พุง คลินิกอดบุหรี่ เลิกเหล้า เพื่อให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลในการจัดบริการ

อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน

เขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปีงบประมาณ ๒๕๕๘ (ตุลาคม ๒๕๕๗ – พฤษภาคม ๒๕๕๘) รวม ๖๐๔ ราย คิดเป็นอัตราตาย ๑๑.๐ ต่อประชากรแสนคน สูงสุดที่จังหวัด สกลนคร รองลงมาคือจังหวัด หนองบัวลำภู และอุดรธานี การบาดเจ็บและเสียชีวิตส่วนใหญ่จากรถจักรยานยนต์ ๘๐ – ๘๕% รถยนต์ ๑๒ – ๑๕% และคนเดินเท้า ๖ – ๘% พหุติกรรมเสี่ยงคือ ขับรถเร็ว ผิดกฎจราจร ต้มสุรา ๓๐% ตัดหน้ากระชั้นชิด ๒๕% ไม่สวมหมวกนิรภัย ๒๐%

กลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป)

เขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้สูงอายุทั้งหมด ๖๖๑,๕๐๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๙๖ ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๕.๒๔ ได้รับการตรวจคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ ๘๙.๐๘ แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๘๗.๘๐ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๘.๐๐ และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๑.๔๘ เขตสุขภาพที่ ๘ มีการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุโดย บูรณาการกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการทุพพลภาพ และงานพัฒนาคุณภาพปทุมภูมิโดยมี Project Manager ระดับจังหวัด การดำเนินงานที่ผ่านมา จากปี๒๕๕๓-๒๕๕๘ มีตำบลที่ผ่านการรับรองเป็นตำบล Long Term Care ร้อยละ ๔๔.๑๙ และมีชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด ๔๐๒ชมรมคิดเป็นร้อยละ ๔๙.๒๙ (จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดบึงกาฬ) วัดส่งเสริมสุขภาพ ทุกจังหวัดได้ดำเนินการต่อเนื่อง

โครงการเด่น

จังหวัดอุดรธานี ประกาศเป็นวาระจังหวัด “อุดรธานีเมืองผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตดี” และมีคณะกรรมการ ๕ เสือ ขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ

จังหวัดเลย ขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุตามนโยบาย “รักเลย รักสุขภาพ”: พัฒนาชมรมคลังสมอง ชมรมข้าราชการบำนาญบ้านาญ และลูกจ้างกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนผู้สูงอายุเลย ตลาดนัดความสุข แลกเปลี่ยนนวัตกรรมผู้สูงอายุ

จังหวัดหนองบัวลำภู มีระบบข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เชื่อมโยงกับงาน IT ไปยังระบบข้อมูล ๔๓ แห่งได้ เครือข่ายเข้มแข็ง มีโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ(โดยบูรณาการด้านสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ) ที่ รพ.สต.โนนสูง ตำบลบ้านขาม อำเภอเมือง และมีคลินิกผู้สูงอายุครอบคลุมทุกอำเภอ

จังหวัดสกลนคร จัดประกวด/คัดเลือกต้นแบบที่ดีเพื่อเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ ตำบลกุดเรือคำ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ชนะเลิศระดับเขตตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

จัดทำแผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ ระดับจังหวัดและระดับเขตให้ชัดเจน บูรณาการงานดูแลผู้สูงอายุในทุกระดับ เชิญภาคีเครือข่าย DHS เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา งานอนามัยผู้สูงอายุ ขยายผลการอบรม/พัฒนา Care Manager และ Care Giver ให้ครอบคลุมมากขึ้นพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพความปลอดภัย และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ได้แก่ สวนสาธารณะ/สถานที่ออกกำลังกาย

ระบบควบคุมโรค

ระบบเฝ้าระวัง ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ มีการตรวจจับการระบาดแจ้งเตือนแบบ Real time การจัดทำฐานข้อมูล จัดทำสถานการณ์โรคสำคัญในพื้นที่ทุกระดับ และระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ (Event base) มีการสื่อสารให้แก่หน่วยงาน/บุคลากรเครือข่ายแต่การใช้ประโยชน์จากข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังฯ เพื่อใช้ในการพยากรณ์โรคคยงน้อย

การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข มีแผนงาน/โครงการตอบโต้สถานการณ์หรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงระดับเขต จังหวัด มีการพัฒนาระบบสนับสนุนการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และฝึกซ้อมแผนอย่างต่อเนื่องทุกปีตามความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ในส่วนของการประเมินมาตรฐานทีม SRRT อำเภอในเขตสุขภาพที่ ๘ ทั้งหมด ๘๗ อำเภอ ผ่านการรับรองมาตรฐานร้อยละ ๑๐๐

การพัฒนาระบบควบคุมโรคในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศและจังหวัดชายแดนให้ได้ตาม IHR ๒๐๐๕ ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศใน ๔ จังหวัดชายแดน ได้แก่ เลย บึงกาฬ หนองคาย และ นครพนม มีแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ/แผนพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศตามกฎหมายระหว่างประเทศ ๒๐๐๕ และการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาจังหวัดต้นแบบสู่มาตรฐานการดำเนินงานด้านกฎหมายระหว่างประเทศ ๒๐๐๕

งานควบคุมโรคไข้เลือดออกและโรคหัดข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘ (๓ไตรมาส) ร้อยละของอำเภอสามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกและหัดได้ใน ๒ รุ่น ร้อยละ ๙๔.๒ และร้อยละ ๑๐๐ ตามลำดับ ส่วนผลการดำเนินงานอำเภอชายแดนสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญลำดับที่ ๑ และลำดับที่ ๒ ของพื้นที่ได้ พบว่า ๑๙ อำเภอชายแดนของเขตสุขภาพที่ ๘ สามารถควบคุมโรคได้ทั้ง ๑๙ อำเภอ

คณะที่ ๒ พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

๒.๑ ระบบบริการปฐมภูมิ

เขตสุขภาพที่ ๘ ใช้ กระบวนการ คปสอ.ติดตาม ในการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โครงการทีมหมอครอบครัว FCT พัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีทักษะ เป็นรูปธรรมและมีทิศทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการและแผนการติดตามประเมินผลที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ มีแผนบูรณาการการจัดบริการใน ๕ กลุ่มวัยและแผนการพัฒนาระบบบริการ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ กำหนดอำเภอเป้าหมายประจำปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๘๗ มีการประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS – PCA มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกันและมีระบบ Family Care Team เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั้ง Acute & Chronic care ๗ เรื่อง จำนวนทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอร้อยละ ๑๐๐ จำนวนทีมหมอครอบครัวระดับตำบลร้อยละ ๑๐๐ จำนวนทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนร้อยละ ๔๒๗ การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ๑,๐๘๖ คน การดูแลผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ๒๐๐ ครั้ง การดูแลผู้ป่วย Palliative care ๖๓๐ คน

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

จังหวัดอุดรธานี : ภูง่าร้อยละ เสริมสร้างไอคิวเด็ก (รพ.สต.ดงหวาย อำเภอบ้านผือ) และ ปิงปองจราจรชีวิต ๗ สี ๕ ระยะเวลา (รพ.สต.ดงหวาย อำเภอบ้านผือ)

จังหวัดสกลนคร : วงล้อการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามเกณฑ์ปิงปองจราจรชีวิต ๗ สี และกระเป๋ายา

จังหวัดหนองบัวลำภู : บุคคลต้นแบบด้านการจัดทำเกษตรปลอดสารเคมี และมีตลาดนัดต้นแบบของจังหวัด ปี ๒๕๕๘ ที่ อำเภอสุวรรณคูหา

๒.๒ ระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ผลการดำเนินงาน Service Plan

การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการลดลง

การดำเนินงานพัฒนาระบบระบบส่งต่อเพื่อลดการส่งต่อนอกเขตลดลงเป้าหมาย ผ่านระดับ ๓ ระดับความสำเร็จอยู่ในระดับดี (ระดับ ๔) อัตราการส่งต่อนอกเขต ปี ๒๕๕๘ ลดลง จากปี ๒๕๕๗ คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๘๐ จังหวัดที่มีการดำเนินงานลดการส่งต่อนอกเขตมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๒

๓.๘๗ รองลงมาคือ จังหวัดนครพนม ร้อยละ ๑๖.๒๓ จังหวัดที่ลดการส่งต่อนอกเขตยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ ๙.๑๐ และ จังหวัดเลย ร้อยละ ๐.๐๕ ผลการดำเนินงานอัตราการส่งต่อโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดนอกเขต สามารถลดการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ ๓๐.๙๕ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จังหวัดที่ยังไม่สามารถลดการส่งต่อได้ตามเป้าหมายได้แก่สกลนคร , เลย , หนองคาย, หนองบัวลำภูและบึงกาฬ

สาขาทารกแรกเกิด

อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ <๒๘ วัน ในเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่า มี ๔.๐ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ อัตราส่วนตาย NICU : การเกิดมีชีพ ๑:๘๔๓ พบว่า ข้อจำกัดของบุคลากรและเครื่องมือ ความไม่เพียงพอของเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลทารกแรกเกิด เช่น เครื่องติดตามค่าออกซิเจนในกระแสเลือด เครื่องปรับเปอร์เซ็นต์ออกซิเจน ส่งผลทำให้มีการส่งต่อนอกพื้นที่ ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆในเรื่องการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และการบริหารทรัพยากรในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

โครงการผ่าตัด PDA ligation (โรงพยาบาลสกลนคร) การพัฒนาระบบการรายงานตัวชีวิตที่เป็นฐานเดียวกัน (จังหวัดนครพนม)

สาขาหัวใจ

เขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือด (PPCI+SK) ร้อยละ ๙๖.๖๐ มีการจัดตั้ง Wafarin clinic ครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ โดยสหวิชาชีพร้อยละ ๘๐.๕๕ มีการให้บริการตรวจรักษาโรคหัวใจในโรงพยาบาลทั่วไป อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง (ศูนย์โรคหัวใจระดับ ๓) ร้อยละ ๑๐๐ โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(SK)ได้ร้อยละ ๑๐๐ ลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ (รหัส ICD-๑๐=I๒๑๐-I๒๑๓, I๒๒) คิดเป็นร้อยละ ๘.๕๒ มีการจัดตั้ง heart failure clinic ในโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ ๒๘.๕๗ ระบบการพัฒนาเครือข่าย มีเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ DHS ร้อยละ ๑๐๐

สาขาโรคมะเร็ง

แนวทางการตรวจเชิงระบบ ด้านมะเร็ง มีการทำทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็ง อัตราป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งในแต่ละประเภทในโรงพยาบาล เวลารอคอยการรักษาและ อัตราตายของโรคมะเร็ง ระบบการวินิจฉัยการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งระยะต้น ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ภาพรวมยังไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๕๕ ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภาพรวมผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๒๕ สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ตรวจพบและค้นพบระยะที่ ๑ และ ๒ ภาพรวมผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๐๐ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาภายใน ๒ สัปดาห์ ภาพรวมผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๒๐ ผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตสุขภาพเพื่อทำการวินิจฉัย (Diagnosis) โรคมะเร็งลดลง ร้อยละ ๔๙.๓๗ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลักภายในเกณฑ์เวลาที่กำหนด ผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตสุขภาพเพื่อทำการรักษาโรคมะเร็งภาพรวมยังไม่ผ่านเกณฑ์ ลดลงร้อยละ ๓๒.๐๘ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care) ภาพรวม คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๑๑ ผ่านเกณฑ์

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

จำนวนสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในเขตสุขภาพที่ ๘ ที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกครบทุกแห่ง ได้แก่ ในระดับ รพศ./รพท. จำนวน ๙/๙ แห่ง ระดับรพช. จำนวน ๗๑/๗๑ แห่ง และระดับ รพ.สต. ๖๙๓/๘๗๖ แห่ง และมีจำนวนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์แผนไทย จำนวน ๑๘๗ คน ป.อายุรเวทและแพทย์แผนไทยที่ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลป์ จำนวน ๑๑๔ คน ผู้สั่งการรักษา ๑,๔๑๙ คน และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๑,๐๗๑ คน ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่ามีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการทั้งหมด ๑๑,๔๗๒,๕๖๖ ครั้ง มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน ๒,๗๒๑,๖๓๕ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๗๒ ผ่านเกณฑ์การประเมิน การใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกัน เมื่อ ปีงบประมาณที่ผ่านมา จากร้อยละ ๒.๖๖ เป็น ๘.๙๙ การใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น มีการจัดบริการ OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน ใน รพศ./รพท. และ รพช. เพื่อเพิ่มจำนวนร้อยละผู้ป่วยนอกในการรับบริการแพทย์แผนไทยที่ได้มาตรฐาน แล้ว ร้อยละ ๘๒.๔๓ โดยพบว่าจำนวนแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรคศิลป์ ขาดสถานที่ และมีนโยบายที่ไม่เอื้อมีผลต่อการเปิด OPD คู่ขนานในโรงพยาบาล พบว่าจังหวัดสกลนครเป็นจังหวัดที่วางยุทธศาสตร์งานแพทย์แผนไทยค่อนข้างมีประสิทธิภาพ ได้รับการประเมินเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘

คณะที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

๑.หัวข้อ “การบริหารการเงินการคลัง” พบว่า ประสิทธิภาพของการบริหารการเงิน สามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ ปฏิบัติได้ร้อยละ ๑.๑๙ เป็นไปตามเป้าหมาย โดยทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์ และคะแนนประเมินภาพรวมเขตคิดเป็นร้อยละ ๙๔.๖๔ อยู่ในเกณฑ์ดี หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ ปฏิบัติได้ร้อยละ ๗.๑๔ เป็นไปตามเป้าหมาย โดยทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์ และคะแนนประเมินภาพรวมเขตคิดเป็นร้อยละ ๙๗.๖๒ อยู่ในเกณฑ์ดี

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑.CFO จังหวัดวิเคราะห์ risk ๗ ระดับ, ประเมินการดำเนินการตาม Planfin, การควบคุมค่าใช้จ่ายผันแปร, Forecast รายรับรายจ่ายทุกกลางไตรมาส เพื่อเฝ้าระวังปัญหา(Early Detection) และรายงานที่ประชุมจังหวัดทุกเดือน

๒.นำข้อมูลการวิเคราะห์ Unit cost มาเฝ้าระวังปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และใช้ Benchmarking data ของเขต หรือ HGR ที่กลุ่มประกันจัดทำมาเป็นเครื่องมือในการกำหนดหมวดรายจ่ายเป้าหมายในการทำแผนลดค่าใช้จ่าย

๒.หัวข้อ “การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา” พบว่า

การลดต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน ปฏิบัติได้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘.๕๔ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยทุกจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์ และมีเพียงจังหวัดสกลนครและบึงกาฬที่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์ลดมูลค่าการจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ฯ ของหน่วยงาน ปฏิบัติได้ร้อยละ ๔๐.๐๙ เป็นไปตามเป้าหมาย โดยทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์

๓.หัวข้อ “ธรรมาภิบาล” พบว่า

๓.๑ การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลด้านการส่งเสริมป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ พบว่าในหน่วยรับการตรวจติดตามรวมทั้งสิ้น ๑๖ แห่ง สามารถดำเนินการสำเร็จได้ทุกระดับชั้นตอน

๓.๒ โรงพยาบาลคุณธรรม พบว่า

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด : มีการประชุมแจ้งนโยบายหน่วยงานโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในสังกัด มีการแต่งตั้งกรรมการเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้มีวินัย คุณธรรม จริยธรรมป้องกันการกระทำผิด สร้างธรรมาภิบาล และพัฒนาหน่วยบริการให้เป็นโรงพยาบาลคุณธรรม จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณธรรม โครงการพัฒนาองค์กรก้าวสู่การบริการที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรงพยาบาลคุณธรรม และมองว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรในงานนิติการ

โรงพยาบาล : ประกาศนโยบายกับกรรมการบริหารของโรงพยาบาล กลุ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบได้มีการดำเนินการเพื่อรณรงค์ในเรื่องคุณธรรมจริยธรรม มีการประชุมตีในบุคลากรในแต่ละกลุ่มงานทุกกลุ่ม ในการกำหนดคุณธรรมอันเป็นอัตลักษณ์ของโรงพยาบาล และอยู่ในระหว่างการกำหนดกิจกรรมและโครงการเพื่อก้าวสู่โรงพยาบาลคุณธรรม และจัดทำงบประมาณและการขออนุมัติโครงการ บุคลากรส่วนใหญ่ได้รับการแจ้งเกี่ยวกับโรงพยาบาลคุณธรรม

๓.๓ งานตรวจสอบภายใน พบว่าหน่วยรับการตรวจติดตามมีการดำเนินการจัดทำแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ ครบทั้ง ๗ จังหวัดและมีคำสั่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ระดับอำเภอ เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบภายในให้ครอบคลุมทุกระดับ โดยขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบตามแผนประจำปี และรายงานผลการตรวจสอบรอบ ๖ เดือนปี ๒๕๕๘ ภาพรวมของทุกหน่วยรับการตรวจติดตามในทุกจังหวัดผ่านเป้าหมายระดับคะแนนระดับ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ เป็นไปตามเป้าหมาย

๓.๔ การแก้ไขปัญหาปฏิบัติงานผิดพลาด ถูกทักท้วง ถูกสอบสวน ถูกลงโทษทางวินัย พบว่าหน่วยรับการตรวจติดตามมีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ๔ ด้านครบทั้ง ๗ จังหวัด และผลการประเมินภาพรวมเขตด้านการลงโทษคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ด้านจัดซื้อจัดจ้างคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ด้านการเงินการบัญชีคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ด้านการบริหารงานบุคคลคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ผลการดำเนินงานอยู่ในเกณฑ์ดี

คณะที่ ๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนด และมีการคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพระดับจังหวัด

สถานที่ผลิตเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้รับการสนับสนุนเครื่องผสมสามารถควบคุมมาตรฐานได้ตามกฎหมาย ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐

การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริมและสถานพยาบาลผิดกฎหมาย ได้รับการจัดการ ร้อยละ ๑๐๐ คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงามและ คลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับการเฝ้าระวัง และให้ดำเนินการตามกฎหมาย ร้อยละ ๑๐๐

ทุกจังหวัดได้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานพยาบาลผ่านสื่อต่างๆ และพบว่าผู้โฆษณา และนายสถานีวิทยุชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงข้อกำหนดของการโฆษณาที่ถูกต้อง และผู้บริโภคยังหลงเชื่อข้อความโฆษณาเนื่องจากขาดความรู้หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์

ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ มีคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) ทุกจังหวัด ดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ และแนวทางที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

.....

เขตสุขภาพที่ ๙

จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์

.....

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

ผลการตรวจราชการพบว่าประเด็นตรวจราชการส่วนใหญ่ที่มีผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย มีผลจากความชัดเจนของกรอบประเด็นการตรวจราชการ ความร่วมมือจากหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ความรู้ ความเข้าใจของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประยุกต์/พัฒนาจาก Gap ในปีที่ผ่านามาเพื่อให้งานมีผลสัมฤทธิ์ที่ดี

๑. การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น	ข้อสังเกต/ข้อค้นพบ	ปัญหา/ ข้อเสนอแนะ
๑. การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย	๑.ทุกจังหวัดนิเทศงานอำเภอปีละ ๒ ครั้ง โดยครั้งที่ ๒ เน้นประเมินผลความสำเร็จตามตัวชี้วัด ๒.มีแผนกำกับ ติดตาม ประเมินผลระดับอำเภอ ๓.มีระบบ Coaching อำเภอ เพื่อยกระดับผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน ๔.ตัวชี้วัดสำหรับการกำกับ ติดตาม ประเมินผลมี ๒ ลักษณะได้แก่ ตัวชี้วัด MOU และ Ranking ๕.มีสรุปผลการตรวจประเมินผลระดับอำเภอ	๑.ความเสี่ยงด้านความรู้ ความเข้าใจ จำนวนของบุคลากร ด้านตัวชี้วัดจำนวนมาก ด้านความชัดเจนของงบประมาณในการบริหารงาน PP ในภาพรวม จังหวัดและอำเภอควร Coaching บุคลากรในระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง ๒.จังหวัดมีระบบและกลไกการติดตาม กำกับ ประเมินผลค่อนข้างชัดเจนทั้งการนิเทศงาน การประเมินผล การ Coaching ดังนั้นเพื่อให้ระบบมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จังหวัดและอำเภอควรสรุปผลการประเมินผลจากข้อค้นพบสำคัญในด้านบริหาร บริการ วิชาการเป็นเชิงวิชาการ (วิจัย รายงาน) เพื่อผลักดันสู่การกำหนดมาตรการ/แนวทาง/นโยบายของจังหวัด อำเภอต่อไป

๒. การพัฒนาตามกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น	ข้อสังเกต/ข้อค้นพบ	ปัญหา/ ข้อเสนอแนะ
<u>กลุ่มสตรีและเด็ก</u> ๑. การเฝ้าระวังพัฒนาการอายุ ๐ – ๕ ปี และการช่วยเหลือเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า	- ความครอบคลุมการตรวจพัฒนาการเด็ก ๑๘, ๓๐ เดือนยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุม ๑๐๐ % ทั้ง ๔ จังหวัด - ร้อยละของเด็กพัฒนาการสมวัยโดยใช้ DSPM ยังต่ำกว่าข้อมูลระดับประเทศปี ๒๕๖๗ ของข้อมูลสำรวจของกรมอนามัย ปี ๒๕๖๗	เครื่องมือการตรวจ DSPM และ DAIM ที่ต้องดำเนินการทุกสถานบริการในเขต พบว่า ยังมีปัญหาในประเด็นการประเมินศักยภาพของบุคลากร และบทบาทของchild project manager ที่ควรมีระบบ coaching และกำกับ

ประเด็นการตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น	ข้อสังเกต/ข้อค้นพบ	ปัญหา/ ข้อเสนอแนะ
	<p>- การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยพบข้อค้นพบที่เป็นปัจจัยขัดขวางพัฒนาการเด็กในพื้นที่ ที่ควรแก้ไขและจัดทำแผนตาม area based ในพื้นที่ คือ</p> <p>๑.ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในทั้ง ๔ จังหวัดยังสูงเกินเกณฑ์</p> <p>๒.ภาวะขาดไอโอดีน ในจังหวัดชัยภูมิ และ สุรินทร์</p> <p>๓.ภาวะทารกน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ในทั้ง ๔ จังหวัดยังสูงกว่าเกณฑ์</p> <p>- ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพผ่านเกณฑ์ทุกจังหวัดแต่พบปัญหาคือครูผู้ดูแลเด็กและคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็กคุณภาพระดับอำเภอขาดความรู้ความเข้าใจในการ พัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์การประเมิน ๖ ด้าน</p>	ติดตามอย่างสม่ำเสมอ
๒.ระบบและกลไกการจัดการปัญหาแม่และเด็กระดับจังหวัด	<p>- อัตราตายมารดาเกินเกณฑ์ใน ๓ จังหวัด มีเพียงจังหวัดชัยภูมิที่ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต แต่เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่าสาเหตุการตายจากการคลอดและระบบการจัดการความเสี่ยงกรณีฉุกเฉินลดลงชัดเจนในจังหวัดนครราชสีมาและสุรินทร์ ยังมีเพียงจังหวัดบุรีรัมย์ที่ยังมีปัญหาเสียชีวิตจากสาเหตุตายโดยตรงจากการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด นำไปสู่การวางมาตรการที่เหมาะสม</p>	ไม่มี
๓.ระบบการจัดการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉิน	<p>ในระบบการทำงานผ่านบทบาทของ FCT จังหวัดนครราชสีมาและบุรีรัมย์ มีระบบการทำงานในประเด็นฝากครรภ์คุณภาพทั้ง ๒ ประเด็นผ่านเกณฑ์ ส่วนจังหวัดชัยภูมิและบุรีรัมย์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์เนื่องจากระบบการลงและดึงข้อมูลไม่ครบ ทำให้ได้ข้อมูลน้อยกว่าความเป็นจริง</p>	ประสานงานกับ IT ในการนำออกข้อมูลที่ถูกต้องและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก best practice จะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ประสบความสำเร็จ
<p>กลุ่มเด็กวัยเรียน</p> <p>๑.ภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน</p> <p>๒.การแก้ปัญหาการเสียชีวิตของเด็ก อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี จากการจมน้ำ</p>	<p>- ทุกจังหวัดมีข้อมูลเฝ้าระวังภาวะโภชนาการที่ไม่สมส่วน รวมถึงเด็กอ้วน ซึ่งพบปัญหาเด็กอ้วน จังหวัดนครราชสีมาเกินเกณฑ์เพียงจังหวัดเดียว และทุกจังหวัดมีการบูรณาการกับเครือข่ายได้ดี โดยเฉพาะจังหวัดสุรินทร์ แต่ทุกจังหวัดยังขาดการเชื่อมโยงและระบบการส่งต่อเด็กอ้วนมารับการรักษาในคลินิก DPAC</p> <p>- เด็กจมน้ำผ่านเกณฑ์ ๔ จังหวัด ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด</p>	<p>- การเก็บข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ในการรายงานควรมีการปรับปรุงใน ๓ จังหวัด คือ นครราชสีมา บุรีรัมย์ ชัยภูมิ</p> <p>- ความต่อเนื่องและยั่งยืนของกิจกรรมระดับตำบล อำเภอเป็นความเสี่ยงสำคัญ ดังนั้นอำเภอควรเน้นการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง โดยผ่านกระบวนการระบบจัดการสุขภาพ (DHS)</p>

ประเด็นการตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น	ข้อสังเกต/ข้อค้นพบ	ปัญหา/ ข้อเสนอแนะ
<p>กลุ่มวัยรุ่น</p> <p>๑.การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำ</p> <p>๒.การแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผ่านเกณฑ์ทุกจังหวัด - การตั้งครรภ์ซ้ำผ่านเกณฑ์เฉพาะจังหวัดสุรินทร์ ส่วน ๓ จังหวัดพบว่าเป็นหน่วยบริการที่ตั้งรับที่ให้บริการครบวงจรจึงทำให้สถิติตั้งครรภ์ซ้ำเกินเกณฑ์ - การป้องกันตนเองของเยาวชนโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดจังหวัดชัยภูมิ ต่ำกว่าเกณฑ์ (๕๒.๗๖) ส่วนไม่มีข้อมูล นครราชสีมา - สัดส่วนของสถานศึกษาที่ได้รับการตรวจว่าไม่มีการกระทำผิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - ในสถานศึกษาร้อยละ ๙๐ - ทุกจังหวัด ร้อยละ ๑๐๐ - นอกสถานศึกษาร้อยละ ๕๐ - นครราชสีมา ร้อยละ ๘๑.๓๙ - ชัยภูมิ ร้อยละ ๗๘.๐๙ - บุรีรัมย์ ร้อยละ ๑๐๐ - สุรินทร์ ร้อยละ ๙๙.๘๗ 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรผลักดันให้โรงเรียนกำหนดเป็นนโยบายในการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนและเป็นตัวชี้วัดร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข - มีเทคนิควิธีการสร้างความเข้าใจและปรับทัศนคติต่อประเด็นการตั้งครรภ์วัยรุ่นสำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง - ส่วน กลาง ควบคุม แพร่ ประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส เกี่ยวกับผลกระทบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องผ่านสื่อวิทยุโทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ (Social Network) ต่างๆอย่างต่อเนื่อง - ควรมีการจัดทำแผนการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบรวมกัน ระยะยาว (ปี ๕แผน) โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของราชการส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดร้อยละของสถานที่เป็นเขตปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ตลาด สถานที่ราชการ สวนสาธารณะ
<p>กลุ่มวัยทำงาน</p> <p>๑.การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยง NCD (สุรกายาสูบ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราป่วยรายใหม่ทั้งในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ลดลงจากปีที่ผ่านมา : ผ่านเกณฑ์ ๔ จังหวัด - ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีโดยดูจากค่า HbA๑c และร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มีเพียงจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดเดียวที่ผ่านเกณฑ์ในทั้ง ๒ ประเด็น 	<ul style="list-style-type: none"> - ควร mapping พื้นที่ที่เสี่ยงและวิเคราะห์สภาพปัญหาตามหลักระบาดวิทยา (๕ ระบบ ๕ มิติ) เพื่อทราบถึงสาเหตุหลักและควรถอดบทเรียนในพื้นที่ good practice เพื่อพัฒนาต่อยอด - เพิ่มการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง โดยผ่านกระบวนการตำบลจัดการสุขภาพ (DHS) ให้เกิดกิจกรรมพัฒนาด้านสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยง (๓๐๒ส) และยกย่องบุคคลต้นแบบเพื่อการพัฒนาและการขยายผลต่อไป - พัฒนางานสร้างเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยบูรณางานคลินิกNCD คุณภาพและคลินิกDPACคุณภาพให้

ประเด็นการตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น	ข้อสังเกต/ข้อค้นพบ	ปัญหา/ ข้อเสนอแนะ
๒.การป้องกันอุบัติเหตุทาง ถนน อัตราตาย ไม่เกิน ๑๘ ต่อแสนประชากร	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดชัยภูมิ อัตราการเสียชีวิตลดลงไม่ได้ตามเป้าที่ตั้งไว้จากฐานปี ๒๕๕๗ แต่อัตราตายโดยรวมน้อยกว่า ๑๘ ต่อแสนประชากร (๘.๕๖) - จังหวัดสุรินทร์ อัตราการเสียชีวิตลดลงได้ตามเป้าที่ตั้งไว้จากฐานปี ๒๕๕๗ แต่อัตราตายโดยรวมมากกว่า ๑๘ ต่อแสนประชากร (๒๐) 	<p>เชื่อมถึงครอบครัว และชุมชน โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการ self care ได้ดีขึ้น และสนับสนุนในการระดับน้ำตาล ,ความดันโลหิต ให้เชื่อมถึงชุมชน - ควรกำหนดตัวชี้วัดเป็นกลุ่มจังหวัดที่มีความเสี่ยง หรือ วัดสัดส่วน ร้อยละที่ลดลงจากปีที่ผ่านมา - ควรนำตัวชี้วัดนี้เข้า การตรวจบูรณาการ เพื่อให้หน่วยงานอื่นเข้ามาดำเนินงานต่อ
<p><u>กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ</u></p> <p>๑.ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ ประเมินสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ</p> <p>๒.สถานบริการมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ครบวงจร</p> <p>๓.บูรณาการระบบการดูแลสุขภาพคนพิการการเคลื่อนไหว/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่พื้นระยะวิกฤต</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ๕ ข้อ ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๔ จังหวัด - การคัดประเมินสุขภาพผ่านเกณฑ์ทั้ง๔จังหวัด แต่เมื่อลงลึกเชิงคุณภาพพบว่าทำได้ดีไปถึงระบบการจัดการและเข้าถึงบริการในเรื่องของADL, คัดกรองตาและฟัน ส่วนประเด็นของ geriatrics ยังทำไม่ได้ไม่ครบถ้วนทั้ง ๖ กลุ่ม และขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อจัดระบบการเข้าถึงบริการ - สถานบริการมีระบบการดูแลผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ทั้ง ๔ จังหวัด จากการประเมินตนเอง - DHS มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิง) LTCด้านสุขภาพ ผ่าน (ทั้ง๔จังหวัด และมีจุดเด่น ในเรื่องระบบ LTC Center และใช้โปรแกรม COCR๙ ในการส่งกลับชุมชนและติดตามกำกับดูแลผู้สูงอายุ - คนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้รับ (ขาขาด) อุปกรณ์ครบถ้วน ทั้ง๔จังหวัดและบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพ คนพิการเข้ากับLTC ได้ดีเยี่ยมทั้งระบบการรักษา subacute care การส่งต่อ รวมถึงการเยี่ยมบ้านครบวงจร 	<ul style="list-style-type: none"> - การทำแผนปีหน้าควรอ้างอิงพื้นฐานของข้อมูลการคัดกรองในปี๒๕๕๗ในประเด็นของgeriatrics syndrome เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อและการรักษาที่เหมาะสม - กรมการแพทย์ควรสุ่ม ตรวจสอบเกณฑ์และตัวชี้วัดในสถานบริการในแต่ละระดับ

๓. ระบบควบคุมป้องกันโรค

ประเด็นการตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น	ข้อสังเกต/ข้อค้นพบ	ปัญหา/ ข้อเสนอแนะ
<p>๑.ระบบการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ที่ได้มาตรฐาน</p> <p>๑.๑ ความพร้อมในการตอบโต้สถานการณ์หรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข</p> <p>๑.๒ การป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่จังหวัดชายแดนและช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ</p> <p>๑.๓ การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในชุมชนต่างดาว</p>	<p>๑.ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ (ไข้เลือดออกและหัด) ผลสำเร็จ</p> <p>- ไข้เลือดออก ร้อยละ ๗๕</p> <p>- หัดร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒.ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอชายแดนสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ (มือ เท้า ปากและอาหารเป็นพิษ)</p> <p>ผลสำเร็จ: ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๓.ทุกจังหวัดมีการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในรอบ ๕ ระบบในเบื้องต้น โดยเฉพาะระบบโรคติดต่อ โรคเอดส์ วัณโรค ส่วน ๕ มิติ พบว่าการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง การตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติและการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคยังไม่ชัดเจน</p> <p>๔.ทุกจังหวัดมีความพร้อมในการตอบโต้สถานการณ์/ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข</p> <p>จังหวัดชัยภูมิ SRRT ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกอำเภอดังนี้</p> <p>ระดับดี ๓ อำเภอ ระดับพื้นฐาน ๑๓ อำเภอ</p> <p>จังหวัดสุรินทร์ SRRT ผ่านเกณฑ์มาตรฐานดังนี้</p> <p>ระดับดี ๑๓ อำเภอ ระดับพื้นฐาน ๔ อำเภอ</p> <p>จังหวัดนครราชสีมา SRRT ผ่านเกณฑ์มาตรฐานดังนี้</p> <p>- ระดับดี ๑๗ อำเภอ ระดับพื้นฐาน ๑๔ อำเภออยู่ในระหว่างการพัฒนา อ.เมือง ในการบริหารจัดการแบบ Cup ในปี ๒๕๕๙ ร่วมกับ สคร.๕</p> <p>จังหวัดบุรีรัมย์ SRRT ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกอำเภอดังนี้</p> <p>- ระดับดีเยี่ยม ๑อำเภอ ระดับดี ๑๔ อำเภอ ระดับพื้นฐาน ๘อำเภอ</p> <p>๕.พัฒนาระบบควบคุมโรคในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ และจังหวัดชายแดนให้ได้ตาม IHR ๒๐๐๕</p> <p>จังหวัดสุรินทร์</p> <p>๑) พัฒนาสิ่งแวดล้อมและโครงสร้างตามกรอบกฏอนามัยระหว่างประเทศ</p> <p>๒) จัดการประชุมเตรียมความพร้อมพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ช่องทางเข้าออก (๒๔ กค.)</p> <p>๓) เตรียมการจัดการซ้อมแผนเตรียมความพร้อมรับการระบาดของ MERS</p>	<p>๑.การพัฒนาแผนงานโครงการ ในปัญหา ๕ ประเด็น</p> <p>๑.๑ ชยะและพาหะนำโรค</p> <p>๑.๒ อนามัยเจริญพันธุ์ในประชากรเคลื่อนย้าย</p> <p>๑.๓ การรักษา การประกันสุขภาพ และการส่งต่อ</p> <p>๑.๔ โรคติดต่อ</p> <p>๑.๕ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>๒.การซ้อมแผนรับภาวะฉุกเฉินตามแนวชายแดน (จังหวัดสุรินทร์ บุรีรัมย์)</p> <p>๓.แผนการพัฒนาช่องทางเข้าสู่มาตรฐาน IHR ๒๐๐๕</p> <p>๔.การพัฒนาระบบจังหวัดคู่ขนาน (จังหวัดสุรินทร์ บุรีรัมย์+จังหวัดอุดรมีชัย กัมพูชา)</p>

ประเด็นการตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น	ข้อสังเกต/ข้อค้นพบ	ปัญหา/ ข้อเสนอแนะ
	<p>๔) พัฒนาช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ “ช่องจอม” ร่วมกับ สคร.๕ ด้านสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพ ตามกรอบการดำเนินงานใน ๑๒เป้าหมาย ของกฎ อนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๘</p> <p>จังหวัดบุรีรัมย์</p> <p>๑) พัฒนาแผนงานโครงการ ในปัญหา ๕ ประเด็น ประกอบด้วย ชยะและพาหะนำโรค อนามัยเจริญ พันธุ์ในประชากรเคลื่อนย้าย การรักษา การประกัน สุขภาพและการส่งต่อ โรคติดต่อ อาหารและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>๒) การซ้อมแผนรับภาวะฉุกเฉินตามแนวชายแดน</p> <p>๓) แผนการพัฒนาช่องทางเข้าสู่มาตรฐาน</p> <p>๔) พัฒนาระบบจังหวัดคู่ขนาน</p> <p>๕) พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน(ทางบกและอากาศ)</p> <p>๖) มีกรอบ MOU สำหรับการดำเนินงาน ระหว่าง ประเทศ</p> <p>๗) พัฒนาความร่วมมือการดำเนินงานร่วมกันทุก ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ตามกรอบกฎอนามัย ระหว่างประเทศ</p> <p>๘) จัดตั้งกรรมการช่องทาง</p> <p>๖.สนับสนุนการพัฒนาฐานข้อมูลประชากรต่างด้าว และพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการจัดการสุขภาพชุมชนและการพัฒนาคุณภาพ</p> <p>๑) ทุกจังหวัดจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มประชากรต่าง ด้าว (กัมพูชา ลาว พม่า) ค่อนข้างชัดเจน โดยกลุ่ม ประกันสุขภาพร่วมกับกลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบด้านข้อมูล กลุ่มที่ขึ้นทะเบียนและสิทธิประกันสุขภาพ ส่วนกลุ่ม ควบคุมโรครับผิดชอบด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค</p> <p>๒) การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการจัดการสุขภาพชุมชนและการพัฒนา คุณภาพ ทุกจังหวัดอยู่ในระหว่างการเตรียมการ และนำเข้าแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ ๒๕๕๙</p>	

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

๑. ความร่วมมือของหน่วยงานอื่นนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น นโยบายผู้ว่าราชการจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา เอกชน
๒. ความชัดเจนของกรอบประเด็นตรวจราชการ

๓. ความร่วมมือของศูนย์วิชาการต่างๆในเขตสุขภาพที่ ๙ ประกอบด้วย ศูนย์อนามัยที่ ๕ นครราชสีมา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ นครราชสีมา ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙ นครราชสีมา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. เนื่องจากปัญหาของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ควรให้พื้นที่ตั้งตัวชี้วัดเองเพิ่มเติมจากตัวชี้วัดที่กำหนดจากประเด็นหลักของการตรวจราชการโดยกำหนดกรอบแนวคิดมาจากข้อมูลปัญหาของประเทศ

๒. ตัวชี้วัดที่กำหนดมาจากกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องหลายกรม เช่น วิทยุฯ ผู้สูงอายุ มีจำนวนมาก ไม่มี template และนิยามที่ชัดเจนในการเก็บข้อมูล ควรมีการบูรณาการและกำหนดตัวชี้วัดร่วมกันเพื่อให้พื้นที่สามารถได้ประโยชน์จากการนำข้อมูลไปใช้อย่างแท้จริง ส่วนบางประเด็นที่ทำได้ยาก บทบาทของกรมวิชาการควรสุ่มประเมินโดยสำรวจหรือทำวิจัยเอง เพื่อลดภาระงานของพื้นที่

๓. การเก็บข้อมูลและรายงานผลของตัวชี้วัดที่กำหนดเป็นประเด็นการตรวจราชการของกรมวิชาการ ควรมีระบบการควบคุมกำกับติดตามที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม จากบุคลากรที่มีความรู้และเชี่ยวชาญของกรมวิชาการที่เป็นเจ้าภาพในแต่ละประเด็น

คณะที่ ๒ พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

๒.๑ ระบบบริการปฐมภูมิ

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระบบสุขภาพอำเภอ และทีมหมอครอบครัว ของเขตสุขภาพที่ ๙ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ มีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ เสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอสามารถจัดการปัญหาสุขภาพกลุ่มวัยตามแผนสุขภาพอำเภอ และเกิดนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทมีกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ การพัฒนาโครงสร้างคณะกรรมการทุกระดับ พัฒนาระบบการเรียนรู้ร่วมกันในเขต โดยใช้แผนสุขภาพระดับอำเภอ ๕ เรื่อง ได้แก่ ศูนย์เด็กคุณภาพ เด็กจมน้ำ วิทยุฯ (ตั้งครรภ์, ยาเสพติด) อุบัติเหตุทางถนนและ Long Term Care ขับเคลื่อนกิจกรรมด้วยทีมหมอครอบครัวทั้ง ๘๘ อำเภอ มีทำเนียบเครือข่ายทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ๕๑๔ ทีม ระดับตำบล ๑,๐๗๗ ทีม ระดับชุมชน ๕,๐๕๙ ทีม พัฒนาศักยภาพด้านการอบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะ จัดทำคู่มือทีมหมอครอบครัวให้สามารถดูแลกลุ่มเป้าหมาย ๗ เรื่อง Stroke STEMI ANC LTC Palliative Care พัฒนาการเด็ก และประเมินภาวะซึมเศร้า มีการเชื่อมโยงกับ Service Plan ทุกสาขา จัดศูนย์บริการต่อเนื่องกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบส่งต่อ รับกลับ สื่อสารกับเครือข่ายทุกภาค

ผลการดำเนินงาน จากการประเมินระดับจังหวัด ทุกอำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนา DHS-PCA ชั้น ๓ ขึ้นไป และมีการเยี่ยมเสริมพลังโดยทีมระดับเขตจำนวน ๑๒ อำเภอ นอกจากนี้ ทีมหมอครอบครัวสามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องดูแล และผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ ๙๕ ประชาชนส่วนใหญ่รู้จัก และเคยได้รับการเยี่ยมจากทีมหมอครอบครัว พบว่ามีปัจจัยเด่นที่สนับสนุนเด่นในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ ๙ ได้แก่ จังหวัดบุรีรัมย์ มีการดำเนินงานด้วยยุทธศาสตร์ BCM Model “บุรีรัมย์สันติสุข ๙ ดี” โดยการนำของผู้ว่าราชการจังหวัด ทำให้มีการร่วมมือได้ทุกภาคส่วน จังหวัดชัยภูมิ มีอำเภอดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา มีหน่วยงานวิชาการ สถาบันการศึกษาที่หลากหลายภาคส่วนมีส่วนร่วมดีมาก และจังหวัดสุรินทร์ มีภาคีระดับชุมชนตำบลเข้มแข็ง ให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพอำเภอเสนอแนะ ดังนี้ (๑) ดำเนินนโยบายต่อเนื่อง (๒) เสริมศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลัง (๓) สื่อสารให้เข้าใจตรงกันถึงระดับพื้นที่ (๔) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

๑. เนื่องจากเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขผู้บริหารให้การสนับสนุน ควบคุมกำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง
๒. ความรู้ ความสามารถ และสมรรถนะในการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ
๓. ทีมหมอครอบครัว มีความรู้ ทักษะในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนที่ดี
๔. ความเข้มแข็งในการจัดการระบบสุขภาพของหมู่บ้าน และตำบลส่งผลให้ระบบสุขภาพอำเภอสามารถบริหารจัดการและสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิได้ตามบริบทที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. เสริมสมรรถนะการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
๒. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายทีมหมอครอบครัวในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งเป็นที่ไว้วางใจและศรัทธาจากประชาชนโดยเฉพาะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแกนนำที่ปรึกษาหลักในทีม
๓. พัฒนารูปแบบการนิเทศติดตามแบบเยี่ยมเสริมพลังทุกระดับ

๒.๒ ระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลงทุกจังหวัดในเขต ๙ ได้พยายามแก้ปัญหาที่พบจากการตรวจราชการในรอบแรก ซึ่งบางส่วนแก้ได้ บางส่วนยังต้องอาศัยเวลาในการบริหารจัดการนานพอจึงจะเห็นผลสัมฤทธิ์ของงาน อย่างไรก็ตามระบบบริการแต่ละสาขาของแต่ละจังหวัดในเขต ๙ มีแนวโน้มลดการส่งต่อนอกเขตลง และโรงพยาบาลแม่ข่ายรับผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ.มากขึ้น เพียงแต่จังหวัดยังไม่สามารถแสดงตัวเลขการส่งต่อผู้ป่วยแต่ละสาขาได้อย่างครบถ้วน

โดยภาพรวมการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเขต ๙ มีความก้าวหน้าขึ้นตามลำดับแต่ระดับความก้าวหน้าของงานยังอยู่ที่ระดับ รพศ. (ยกเว้นสาขาจิตเวช) แม้ว่าทุกจังหวัดในเขตจะยังคงมีปัญหาเรื่องขาดแคลนทรัพยากรบุคคลและผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานหนักเป็นปัญหาใหญ่ รองลงมา คือ ทรัพยากรและสถานที่และปัญหาด้านการสนับสนุนคือระบบเทคโนโลยีสารสนเทศนอกจากนี้ยังพบว่าทีมระบบบริการสาขาต่างๆที่ รพศ. ยังไม่มีความรู้เรื่อง DHS และระดับ รพศ.เองก็ขาดการบูรณาการงานส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกันและยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ดีในการผลักดันงานลงสู่ชุมชนการเชื่อมโยงระบบข้อมูลระดับเขตจังหวัด รพช./รพ.สต. ยังไม่มีประสิทธิภาพและการสะท้อนข้อมูลกลับด้านการรักษาผู้ป่วยหรือเพื่อการวางแผนพัฒนางานร่วมกันระหว่างตติยภูมิ ทุติยภูมิ ปฐมภูมิยังขาดประสิทธิภาพและไม่ได้ดำเนินการจริงจัง

ทีมนิเทศมีข้อเสนอแนะในประเด็นดังนี้

๑. ประเด็นที่เคยเสนอในการตรวจราชการในรอบแรก ของปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ยังคงมีความสำคัญที่จังหวัดควรนำมาพิจารณาเพื่อดำเนินการต่อไป เช่น คุณภาพการบริการของแต่ละสาขาควรนำหลักการของ HA มาใช้

๒. ทรัพยากรบุคคลเสนอว่าควรจัดทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาขาศัลยกรรมและสาขาสุนัขกรรมาให้ครบในระดับ รพช.แม่ข่ายจึงจะทำให้จังหวัดและเขตสามารถดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายและควรพัฒนาพยาบาลในสาขานั้นๆควบคู่ไปกับการพัฒนาแพทย์จึงจะทำให้ระบบบริการเกิดได้จริงเขตควรวางแผนด้านทรัพยากรบุคคลระดับสนับสนุนที่หน่วยบริการเช่นผู้ที่จัดการระบบสารสนเทศเพื่อการพัฒนาบริการและวิชาการให้แก่ระบบบริการสาขาต่างๆ ผู้ที่จะประสานความต้องการข้อมูลสารสนเทศระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ผู้มีความรู้ด้านสถิติต่างๆ แก่ รพ.สต.

๓. ระบบสารสนเทศเสนอว่านอกจากจะพัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมต่อกันแล้วควรมีระบบจัดการบริหารข้อมูลที่สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องแต่ละสาขาส่งข้อมูลร่วมกันได้และควรเร่งรัดเรื่อง Cancer registry ให้เกิดขึ้น

๔. การใช้มาตรการทางกฎหมายมาช่วยส่งเสริมสนับสนุนการประชาสัมพันธ์ด้านการป้องกันโรค เช่น มาตรการด้านภาษีหากสื่อมวลชนได้ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพสื่อมวลชนนั้นๆ สามารถนำรายจ่ายนี้ไปลดหย่อนภาษีได้ทำนองเดียวกับมาตรการที่ใช้กับการลดหย่อนภาษีเงินบริจาคหรือซื้อประกันต่างๆ เป็นต้น

๕. ควรปรับระบบการสื่อสารทั้งแนวดิ่งและแนวราบระหว่าง service plan แต่ละสาขาภายใน รพศ. และระหว่าง รพศ. กับหน่วยงานรับผิดชอบด้านนโยบายและการติดตามของ สสจ. ระหว่าง service plan ใน รพศ. กับ รพช. และ service plan แต่ละสาขาของ รพศ. ควรเข้าไปมีบทบาทในการสนับสนุนงานของ รพช. ให้ใกล้ชิดมากขึ้น

คณะที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

๓.๑ การบริหารการเงินการคลัง

ในเขต ๙ ไม่มีโรงพยาบาลที่มีสถานการณ์การเงินระดับ ๗ เนื่องจากมีการเกลี้ยเงินช่วยเหลือกันภายในจังหวัด และมีการนำเอา Planfin มาเป็นตัวช่วยในการกำกับติดตาม แต่ทั้งนี้ทุกโรงพยาบาลยังไม่ได้มีการจ่ายค่าตอบแทนฉบับ ๘ ฉบับ ๙ ซึ่งอาจทำให้หน่วยบริการติดความเสี่ยงในระดับที่สูงขึ้น ส่วนต้นทุนสถานบริการที่มีต้นทุนเกินเกณฑ์ค่าเฉลี่ยอยู่ ๘ แห่ง พบว่าเกิดจากการลงข้อมูลคลาดเคลื่อนและการลงข้อมูลการให้บริการไม่ครบถ้วน

๓.๒ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์

จังหวัดในเขต ๙ ในภาพรวมมีการต่อรองราคาและการจัดซื้อร่วมกันมาเป็นเวลานาน ราคาต่อหน่วยได้ต่ำอยู่แล้ว แต่ปริมาณการให้บริการที่เพิ่มขึ้นและขยายการให้บริการที่มีความซับซ้อน รวมทั้งนโยบายเชิงรุกที่ให้มีการตรวจ lab และการตรวจคัดกรองโดย lab ที่มากขึ้น เช่น ตรวจ HbA๑C, คัดกรอง CKD ทำให้มูลค่าการใช้ในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว ๕.๓๙% แบ่งเป็นยาเพิ่ม ๐.๓๙ % เวชภัณฑ์อื่นๆ ๘.๑๗ % สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง ๔ แห่ง จะมีมูลค่าการซื้อยาและเวชภัณฑ์รวมในปริมาณที่ต่ำ เนื่องจากบาง Item มีปริมาณมากและราคาสูง จึงซื้อโดยวิธีสอบราคาประกวดราคา และวิธีพิเศษตามระเบียบพัสดุ และราคาที่ได้ก็ต่ำอยู่แล้ว ในการตรวจราชการครั้งต่อไปควรจะต้องดูที่ราคาต่อรายการที่จัดซื้อ และอาจพิจารณาถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการใช้เทียบต่อจำนวน visit หรือจำนวน admit ของคนไข้

๓.๓ ธรรมภิบาล

ในหัวข้อการสร้างเสริมวินัย การลงโทษ และการตรวจสอบภายใน จังหวัดในเขต ๙ ดำเนินการตามเกณฑ์ได้ดีทุกจังหวัด สำหรับการดำเนินการโรงพยาบาลคุณธรรม เป็นเรื่องใหม่เพิ่งมีการถ่ายทอดนโยบาย แต่หลายแห่งก็ทำได้ดีเนื่องจากมีการดำเนินการต่อเนื่องมาเป็นเวลานานก่อนแล้ว ทีมตรวจราชการเห็นว่า เป็นนโยบายที่ดีและมีประโยชน์ สามารถต่อยอดให้เกิดการพัฒนาโรงพยาบาลได้ในทุกมิติ อยากให้คงนโยบายไว้และให้เป็นหัวข้อในการตรวจราชการครั้งต่อไป

คณะที่ ๔ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

๔.๑ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขตมีการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต เพื่อแก้ไขปัญหาและเป็นแผนพัฒนางานคุ้มครอง

ผู้บริโภครด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่ ๙ และสนับสนุนให้มีการประชุมคณะกรรมการฯ เป็นประจำและต่อเนื่องเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คบส.ระดับเขต

คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพระดับจังหวัดควรมีการประชุมคณะกรรมการเพื่อแก้ไขปัญหาคุ้มครองผู้บริโภคกำหนดการดำเนินงานโดยคณะกรรมการฯ ให้ชัดเจนและให้ส่วนภาคีที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้การดำเนินงานควรสอดคล้องกับตัวชี้วัดในระดับจังหวัด ระดับเขต ในการตรวจสอบเฝ้าระวังปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพจะต้องเชื่อมโยงเครือข่ายที่อยู่ในพื้นที่ สนับสนุนเครื่องมือและกำลังคนในการปฏิบัติงานแก่ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ควรแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ในระดับอำเภอเพิ่มเติมเพื่อให้มีบุคลากรทำงานเพิ่มขึ้น และสามารถปฏิบัติงานได้ตามกฎหมาย

การกำกับ ดูแล มาตรฐานการผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนสถานที่ผลิตเกลือในเขต ๙ มี ๔ แห่ง ได้รับการตรวจทั้ง ๔ แห่ง ข้อเสนอควรมีการตรวจมาตรฐานสถานที่ผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน และตรวจเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ณ สถานที่ผลิต อย่างต่อเนื่องและกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่องเพื่ออำนวยความสะดวก ติดตามแผนการดำเนินงานของผู้รับผิดชอบงานในระดับพื้นที่ระดับอำเภอ สนับสนุนชุดตรวจเกลือเสริมไอโอดีนให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและชาวบ้านหรือร้านค้าที่ต้องตรวจดูปริมาณเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนทราบเกณฑ์การผ่านมาตรฐาน และเข้าใจถึงความสำคัญของเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน

การจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริมและสถานพยาบาลผิดกฎหมายมีการจัดการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ๔๙ เรื่อง (๑๐๐%) ข้อเสนอควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการโฆษณาที่ถูกต้องพร้อมสร้างเครือข่ายภาคประชาชนในการเฝ้าระวัง จัดทำแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่าง สสจ. กับ กสทช.เขตพัฒนาความรู้ให้เจ้าหน้าที่ เครือข่ายและวิทยุชุมชน การปรับปรุงกฎหมายให้เพิ่มบทลงโทษสูงขึ้น

คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงาม ได้รับการตรวจถูกต้องตามกฎหมาย ๗๙ แห่ง (๑๐๐%) และคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ได้รับการจัดการ ๑๓ แห่ง (๑๐๐%) ได้รับการเฝ้าระวังและให้ดำเนินการตามกฎหมายข้อเสนอ ส่วนกลางควรแจ้งแผนจัดสรรงบประมาณและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกตั้งแต่ในช่วงต้นปีงบประมาณเพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน (SOP) ให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในมาตรฐานเดียวกันและเพิ่มช่องทางร้องเรียนคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาต

๔.๒ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๙ มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสาธารณสุข (อสจ.) พบว่าทั้ง ๔ จังหวัดมีแผนจัดประชุม อสจ. ๓ - ๔ ครั้ง เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์บูรณาการกระทรวงสาธารณสุขด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ครอบคลุมตัวชี้วัดกระทรวง เขต จังหวัด ผลการตรวจราชการปี ๒๕๕๘ พบว่าทุกจังหวัดได้มีการจัดประชุมคณะกรรมการสาธารณสุข (อสจ.) แล้วอย่างน้อย ๒ ครั้ง ทั้งนี้ประเด็นที่เป็นข้อสั่งการ/มติที่ประชุม อสจ. ๑) ทุกจังหวัดให้เทศบาลทุกแห่ง สมัครเข้าร่วมพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) ภาพรวมเขตมีเทศบาลสมัครร้อยละ ๖๙.๔ ๒) ส่งเสริมให้ อปท.มีการบังคับใช้กฎหมาย ๓) เร่งรัด อปท.ปรับปรุงตลาดสดประเภทที่ ๑ ที่ยังไม่ได้มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อโดยให้ อปท.นำเสนอแผนพัฒนาปรับปรุง/สร้างตลาดสดในที่ประชุม อสจ. และกำหนดระยะเวลาแล้วเสร็จ ๔) สนับสนุนการดำเนินงานตามประเด็นปัญหาสิ่งแวดล้อมของจังหวัด ๕) การจัดทำสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพทุกจังหวัดอยู่ระหว่างการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ

- ๑) เร่งรัด ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการสำรวจ/บันทึกข้อมูลให้แล้วเสร็จตามกำหนดเวลา และติดตามในการจัดประชุม อปท./หน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่
- ๒) จังหวัดจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานฯ แก่ท้องถิ่นที่มีปัญหาโดยมีการฝึกปฏิบัติและเชิญท้องถิ่นที่เป็นตัวแบบที่ดีมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- ๓) มีการจัดทำ baseline data พื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม แผนการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพพื้นที่เสี่ยง และการใช้ประโยชน์จากกองทุนประธานบัตรหรือกองทุนอื่นที่มี เพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
- ๔) สร้างกลไกระดับอำเภอรองรับการทำงานตามมติ อสจจ. โดยบูรณาการร่วมกับกลไกอำเภอของสาธารณสุขที่มีอยู่แล้วหรือแต่งตั้งใหม่ตามความเหมาะสมของพื้นที่

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

- ๑) ควรจัดทำระบบการเชื่อมโยงข้อมูลสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระบบเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในทุกระดับ ตั้งแต่ระบบอำเภอ จังหวัด เขตสุขภาพ และระดับประเทศ และสื่อสารข้อมูลความเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาและกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เป็นปัจจุบัน ทันเหตุการณ์
- ๒) จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ อสจจ. ที่ผ่านมาในระดับประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานตามบทบาท หน้าที่ของ อสจจ.ที่มีประสิทธิภาพ

.....

เขตสุขภาพที่ ๑๐

จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดยโสธร
จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ

.....

การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่า

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

๑. กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ได้จัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์การพัฒนา ระยะ ๓-๕ ปี และวางกรอบการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีการชี้แจงกรอบและแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่มีความสอดคล้อง เชื่อมโยง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการจัดสรรงบประมาณ และกำหนดแนวทางการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติราชการให้เหมาะสม จากทุกแหล่งงบประมาณ มีระบบการกำกับติดตามด้วยการประชุมประจำเดือน การรายงานผลการดำเนินงานจากระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงจากหน่วยบริการทุกระดับ การนิเทศติดตามและมีการจัดอันดับการพัฒนาด้วยตัวชี้วัดที่คัดสรรจากนโยบายสำคัญ สรุปปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้แก่โรคไม่ติดต่อ มะเร็ง และไข้เลือดออก

๒. การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

ที่	ตัวชี้วัด ระดับกระทรวง	เขต ๑๐	อุบลฯ	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจ	มุกดาหาร
๑	อัตราส่วนมารดาตาย (๔๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)	๕ ราย	๒	๒	๐	๑	๐
		๒๓.๔๓	๒๑.๓	๒๙.๓	๐.๐	๖๔.๙	๐.๐
๒	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕)	๙๘.๖๐	๙๗.๗	๙๘.๕	๙๙.๒	๙๗.๗	๙๙.๘
		๙๑.๐๐	๘๖.๗	๘๙.๔	๙๒.๖	๙๗.๔	๘๘.๙
		๗๘.๙๘	๘๑.๙๗	๖๓.๒๓	๘๗.๙๔	๘๓.๔๕	๗๘.๓๗
๓	ร้อยละของเด็กวัยเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (≤ ๑๐%)	๖.๔๒	๔.๘๒	๕.๒๐	๑๐.๖๘	๕.๘๓	๘.๗๗
๔	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี (≤ ๑๕/แสน ปชก.เด็กอายุ < ๑๕ ปี)	๓๙/๔.๔๘	๙/๒.๒๙	๑๕/๖.๐๔	๙/๙.๒๓	๒/๒.๗๙	๔/๖.๐๒
๕	อัตราการคลอดในหญิงวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี (≤ ๕๐ ต่อสตรีอายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคน)	๑๗.๘๘	๑๕.๘	๑๙.๗๓	๑๗.๐๗	๒๓.๔	๑๓.๔๐
๖	ลดความชุกของผู้บริโภคแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ ๑๕-๑๙ ปี	รอผลการสำรวจ					
๗	NCD คุณภาพแบบบูรณาการ (ผลการประเมินตนเอง)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๘	อัตราการตายจากหลอดเลือดหัวใจ	๑๐.๐๕	๑๖.๒๗	๕.๗๙	๑๑.๓๒	๐.๕๘	๔.๗๘
๙	อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน ๑๘ / แสน ปชก.)	๘.๒๔	๑๒๑/๖.๕๖	๘๐/๕.๙๘	๕๗/๑๐.๖	๓๖/๙.๖๑	๒๖/๗.๕๓

ที่	ตัวชี้วัด ระดับกระทรวง	เขต ๑๐	อุบลฯ	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจ	มุกดาหาร
๑๐	ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์		อยู่ระหว่างการสำรวจข้อมูล				
๑๑	ร้อยละผู้พิการขาขาดได้รับการครบถ้วน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)	๙๙.๖๓	๑๐๐	๙๘.๒๕	๙๗.๓๙	๑๐๐	๑๐๐
๑๒	ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอที่สามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญ(DHF, Measles) ของพื้นที่ได้ (>๕๐%)	๗๐.๐	๖๐.๐	๕๐.๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๑๓	ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอชายแดนสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญที่ ๑ และที่ ๒ ของพื้นที่ได้ (>๕๐%)	๗๖.๔๗	๘๐.๐๐	๖๖.๖๗	-	๑๐๐	๖๖.๖๗

๒.๑ กลุ่มแม่และเด็ก (๐-๕ ปี) อัตราการเสียชีวิตของมารดา พบว่า ปี ๒๕๕๘ มีมารดาเสียชีวิต ๕ ราย (ข้อมูล ณ มิถุนายน ๒๕๕๘) ๓ ใน ๕ รายเกิดจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด แนวทางการพัฒนาของจังหวัด โดย การขับเคลื่อนระบบบริการคุณภาพโดย MCH Board ร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญสูติกรรม และกุมารเวชกรรม มีการประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด/อำเภอ จัด MM conference ร่วมกับทีม รพช. ทุกแห่ง เน้นการคัดกรองความเสี่ยงและส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญ **ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** ประเมินการเฝ้าระวังสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของหน่วยบริการทุกระดับ ตามแนวทางที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด และเร่งรัดค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่เข้ารับบริการฝากครรภ์โดยเร็วและต่อเนื่องตามเกณฑ์คุณภาพ **พัฒนาการสมวัยในเด็กปฐมวัย** พบว่า ทุกจังหวัด อยู่ระหว่างการเตรียมพัฒนาศักยภาพบุคลากร และวางแผนปรับปรุงระบบบริการตามแนวทางโครงการส่งเสริมพัฒนาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ พบอัตราคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม อยู่ระหว่าง ร้อยละ ๘-๑๐ ในช่วงปี ๒๕๕๕-๒๕๕๗ และอัตราขาดออกซิเจนแรกเกิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ๒๕ /แสนเกิดมีชีพ **ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** เน้นการดูแลแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล เพื่อลดปัญหา LBW และ BA ให้มีความสำคัญกับการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการให้ถูกต้อง ร่วมกับการวางระบบบริการตามแนวทางโครงการส่งเสริมพัฒนาการให้เชื่อมโยงทุกระดับบริการ

๒.๒ กลุ่มวัยเรียน พบว่า **เด็กอ้วน** ทุกจังหวัดไม่เป็นปัญหา แต่เด็กผอม เด็กเตี้ย ค่อนข้างมีปัญหามากกว่า แนวทางการพัฒนาของจังหวัด ทุกจังหวัดดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนตามกรอบแนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเทอมละ ๑ ครั้ง การแก้ไขปัญหากลุ่มเด็กอ้วน ด้วยกิจกรรมค่ายเด็กอ้วน ให้ความรู้ผู้ปกครอง การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อ เช่น โครงการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม / ขนมกรุบกรอบ **ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** กำกับติดตาม การเฝ้าระวังตามแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๖-๑๘ ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีปัญหาทุโภชนาการ **อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุ <๑๕ ปี** พบว่าทุกจังหวัดมีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตลดลงยกเว้นจังหวัดยโสธรมีแนวโน้มการเสียชีวิตสูงกว่าปีที่ผ่านมา ด้านกระบวนการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังขาดการรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ตามหลักระบาดวิทยาในการกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหของพื้นที่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดการบูรณาการแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างชัดเจน ด้านการใช้เครื่องมือ “ผู้ก่อการดี Merit maker” มีเพียงจังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดอุบลราชธานีที่ทำได้ตามเป้าหมายคือมีการดำเนินงานผ่านการรับรอง ระดับทองแดง (ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอในพื้นที่อย่างน้อยอำเภอละ ๑ ทีม)และมีพื้นที่ดำเนินการเด่นในอำเภอเมืองศรีสะเกษ และชุมชนบ้านปากน้ำอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานเด่นในพื้นที่ได้

๒.๓ กลุ่มวัยรุ่น อายุ ๑๕-๑๙ ปี พบว่า ผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ ๑๕-๑๙ ปี พบว่า ทุกจังหวัดมีการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบระดับจังหวัด ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ และมีกรรมการประกอบด้วยภาคีทุกภาคส่วน มีการประกาศนโยบายระดับจังหวัด ซึ่งทุกจังหวัดมีแผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ที่สอดคล้องกับ ๔ มาตรการหลักของกรมควบคุมโรค โดยปี ๕๘ (รอบ ๖ เดือนหลัง) มีการปรับแผนงานในกลุ่มเยาวชนโดยบูรณาการกับงาน To Be Number One สำหรับการสนับสนุนการจัดการที่ชุมชนโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม เช่น งานบุญ งานศพปลอดเหล้า สามารถดำเนินการได้ในทุกจังหวัด แต่ยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ และพบปัญหาการรับรู้และเข้าใจในข้อกำหนดควบคุมเหล้าบุหรี่ของประชาชนในพื้นที่ และปัญหาการละเมิดกฎหมายทั้งในเรื่องการขายนอกเวลา การขายให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และการส่งเสริมการขาย ยังพบในชุมชนค่อนข้างสูง การประชุมขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการระดับจังหวัด ในปี ๕๘ พบว่า มีเพียงจังหวัดศรีสะเกษที่สามารถจัดประชุมได้ครบตามเป้าหมาย และทุกจังหวัดยังไม่มีฐานข้อมูลเพื่อใช้อ้างอิงสถานการณ์และใช้วางแผนงานและติดตามประเมินผลการดำเนินงานได้ ซึ่งมีเพียงจังหวัดอุบลราชธานีที่ดำเนินการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมในกลุ่มเยาวชนเอง ข้อเสนอแนะ ๑) แผนงานในกลุ่มเยาวชนในปี ๕๙ ควรบูรณาการกับงาน To Be Number One ให้ชัดเจน และเพิ่มกิจกรรมให้ครอบคลุมไปสู่กลุ่มเยาวชนที่อยู่นอกระบบการศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ และมีแผนจัดระเบียบร้านเหล้ารอบสถาบันอุดมศึกษาและสถาบันอาชีวศึกษา ๒) การสนับสนุนงานบุญ/งานศพปลอดเหล้าในชุมชน ควรผลักดันและติดตามประเมินผลการดำเนินการงานบุญ/งานศพปลอดเหล้าให้เป็นไปตามนโยบาย เพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือและเกิดความต่อเนื่องในทุกพื้นที่ ๓) การป้องกันการละเมิดกฎหมาย ควรประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจกฎหมาย รวมถึงสร้างเครือข่ายร้านค้า/แกนนำชุมชนให้มีส่วนร่วมเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายในชุมชน และ ๔) ควรผลักดันให้เกิดการประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบระดับจังหวัด เพื่อให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้ร่วมรับทราบปัญหา และวางแผนและติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ โดยอาจบูรณาการกับเวทีประชุมประจำเดือนหัวหน้าส่วนราชการจังหวัดได้ อัตราราคาตลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พบว่า การตั้งครุฑและตลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคน มีแนวโน้มลดลงและผลงานไม่เกินค่าเป้าหมาย (๕๐/พันคน) แต่ทุกจังหวัดมีมารดาตั้งครุฑซ้ำมากกว่าร้อยละ ๑๐ แนวทางการพัฒนาของจังหวัด เน้นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชนและระบบบริการ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการวัยรุ่นในสถานบริการและในโรงเรียน โรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพิ่มบริการวางแผนครอบครัวในระยะฝากครุฑ เพิ่มหน่วยบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร และส่งเสริมให้เยาวชนมีบทบาทร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหา

๒.๔ กลุ่มวัยทำงาน พบว่า อัตราราคาตลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พบว่าทุกจังหวัดมีอัตราราคาเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจราจรทางถนนได้ตามค่าเป้าหมายที่ไม่เกินร้อยละ ๑๘ ต่อแสนประชากร ด้านกระบวนการส่วนใหญ่สาธารณสุขเป็นผู้รวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บโดยมีระบบรายงาน ๑๙ สาเหตุและระบบรายงานประจำเดือนของงาน EMS/ER ในโรงพยาบาลเพื่อรวบรวมข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้านการใช้ข้อมูลมีการขับเคลื่อนงานผ่านเวที ศปถ.ในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ส่วนในกรณีปกติจะเป็นคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดและเวทีหัวหน้าส่วนราชการในการหารือสถานการณ์และแนวทางการแก้ปัญหา การดำเนินงานด้านการสอบสวนอุบัติเหตุจราจรแบบสหสาขายังคงจำกัดอยู่เพียงทีมสอบสวนระดับจังหวัด ในระดับอำเภอยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านบุคลากรและงบประมาณ งานป้องกันการควบคุมโรคไม่ติดต่อ พบว่า อัตราราคาตลอดโรคหลอดเลือดหัวใจของจังหวัดโยธธาสูงเกินเกณฑ์

กำหนด เพียงจังหวัดเดียว เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี ๒๕๕๗ กับปี ๒๕๕๖ พบว่า จังหวัดที่อัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดศรีสะเกษ ส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร มีแนวโน้มอัตราการตายลดลง

การนำมาตรการ คลินิก NCD คุณภาพ เพื่อการแก้ปัญหาในพื้นที่ทั้ง ๗๐ อำเภอ ได้ทำการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ ๑๐๐ และมีอำเภอที่ได้รับการประเมินรับรองจาก สคร.๗ อป.ในปี ๒๕๕๘ จำนวน ๒๕ อำเภอ และผ่านเกณฑ์ทุกอำเภอ (ร้อยละ ๑๐๐) ปัญหาที่พบคือ ส่วนใหญ่ยังไม่ทำ GAP analysis ของคลินิก NCD คุณภาพใน ๖ องค์ประกอบ และไม่ได้นำไปเป็นข้อมูลประกอบการวางแผน การคัดกรอง CVD risk ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทุกราย และปรับพฤติกรรมอย่างเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงยังทำได้น้อย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขาดการติดตาม ประเมินผล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ระบบข้อมูล พบปัญหา การเชื่อมโยง update ข้อมูลจากฐานข้อมูลของ รพท.บางจังหวัดยังมีความล่าช้า ด้านคุณภาพข้อมูล ยังมีปัญหาความถูกต้อง ความครบถ้วน & เป็นปัจจุบัน จากปัญหา ๑)นิยามศัพท์ ๒)การกรอกข้อมูลไม่สมบูรณ์ ๓)การกรอกข้อมูลล่าช้า นอกจากนี้ยังพบว่าการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยา การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนา และการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ค่อนข้างน้อย และการบูรณาการงาน NCD ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทยพบว่า นโยบายขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทยถูกลดความเข้มข้นลงเป็นงานปกติ งาน NCD ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการดำเนินการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable Diseases: NCD Board) ระดับจังหวัด แต่บางจังหวัดการร่วมกันขับเคลื่อนงานของ NCD Board ยังไม่เป็นรูปธรรม ไม่มีความต่อเนื่อง

๒.๕ กลุ่มวัยผู้สูงอายุและผู้พิการ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่าทุกจังหวัดมีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุ ทุกอำเภอมิแผนงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวตามองค์ประกอบ ในการประเมิน/คัดกรองสุขภาพ การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ อบรม care manager และ care giver ครอบคลุมเป้าหมาย และ วางแผนดูแลกลุ่มติดเตียงและผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิง ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ควรเพิ่มความครอบคลุมของการคัดกรองสุขภาพทุกด้านตามเป้าหมายที่กำหนด และวางแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) พบว่า ทุกจังหวัดมีการค้นหา คัดกรองผู้พิการขาขาดและขึ้นทะเบียน จัดทำฐานข้อมูลผู้พิการเพื่อให้บริการดูแลให้ได้รับขาเทียมหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสม ผลการดำเนินงานพบว่าผู้พิการ ทุกจังหวัด ได้รับการบริการดูแลใส่ขาเทียมและอุปกรณ์ช่วยเหลืออื่นๆ มากกว่าร้อยละ ๙๐ หน่วยบริการ (รพศ./รพท.) มีการปรับสภาพแวดล้อม จัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ ตามองค์ประกอบ ๕ หมวดผ่านเกณฑ์ ระดับ ๓ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สถานบริการทุกระดับ ควรปรับสภาพแวดล้อมและจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน

๒.๖ ระบบควบคุมโรค

ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงต่อการขับเคลื่อนนโยบาย

- ๑) หลายจังหวัดไม่พบการนำปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มาเชื่อมโยงวิเคราะห์สถานการณ์และจัดทำพื้นที่เสี่ยง (หมู่บ้าน/ตำบล) ไม่ครอบคลุมทุกปัจจัย
- ๒) อำเภอและอำเภอชายแดนเสี่ยงพบว่า SRRT เครือข่ายตำบลบางแห่งควบคุมโรคติดต่อสำคัญสูงเกิน ๒ รุ่น
- ๓) จังหวัดชายแดนอยู่ระหว่างการจัดทำฐานข้อมูลแรงงานต่างด้าวนอกระบบ
- ๔) บางจังหวัดไม่พบ SOP รายงานเฝ้าระวังโรคชายแดน และพบว่ามิบางกรณีมีผู้ป่วยต่างชาติข้ามชายแดนไทย-ลาวไม่ผ่านระบบส่งต่อ

ข้อเสนอ

- ๑) ควบนนำปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีมาเชื่อมโยงวิเคราะห์สำหรับวางมาตรการป้องกันควบคุมโรคล่วงหน้า
- ๒) ควบนวางมาตรการระยะกลางป้องกันไข้เลือดออกโดยเน้นการส่งเสริมโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย และเน้นการบูรณาการหมู่บ้านจัดการสุขภาพและจัดการขยะชุมชนปลอดลูกน้ำยุงลาย
- ๓) ถอดบทเรียนพื้นที่ควบคุมโรคสำคัญสูงเกิน ๒ รุ่นเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
- ๔) ควบนสำรวจ ค้นหาและสร้างแกนหลัก อสต. นอกกระบบและจัดอบรม อสต.นอกกระบบ
- ๕) บางจังหวัดควบนทบทวนและจัดทำ SOP การเฝ้าระวังโรคชายแดนและจัดทำ SOP ระบบส่งต่อให้สมบูรณ์

คณะที่ ๒ การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

๒.๑ ระบบบริการปฐมภูมิ อำเภอที่มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ	ข้อสังเกต/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
๑. ด้านโครงสร้าง (Structure)	ทุกอำเภอมีโครงสร้างระบบสุขภาพระดับอำเภอและทีมหมอครอบครัว DHS FCT ที่ชัดเจน	- ควบนส่งเสริมการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของ คณะกรรมการ DHS ทุกระดับเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพมากขึ้น - ควบนมีการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายผ่านเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการอำเภอ
	มีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว(FCT) และการสื่อสารเรื่องหมอครอบครัว	- ควบนเพิ่มการสื่อสารทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของทีม FCT สู่ทีมสนับสนุนทีมหมอครอบครัว CM CG ในพื้นที่
	มีผู้จัดการโครงการ (PM) DHS/FCT ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ชัดเจน	- ในระดับจังหวัด อำเภอควรมีการพัฒนาปรับปรุง PM ให้เป็นปัจจุบัน ต่อเนื่อง ขยายความร่วมมือสู่ภาคส่วนอื่น
๒. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information)	๑. มีการสื่อสารนโยบาย FCT เชิงสัญลักษณ์ เช่น นามบัตร ป้ายติดคลิปวิดีโอสื่อสาร เรื่องหมอครอบครัว ครอบคลุมทุกพื้นที่	- เพิ่มกระบวนสื่อสารและพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวในการประชาสัมพันธ์และสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีสุขภาพอื่นๆ
	๒. มีการปรับใช้นวัตกรรมการเยี่ยมบ้านโดยใช้ application ในสมาร์ตโฟน เพื่อสนับสนุนทีมหมอครอบครัว	- ควบนสนับสนุนให้มีการพัฒนาเป็นพื้นที่ต้นแบบในการพัฒนานวัตกรรมการเยี่ยมบ้าน
	๓. ทุกพื้นที่มีการใช้แบบเยี่ยมบ้านคุณภาพ inhomes ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	- ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการใช้แบบเยี่ยมบ้านคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง และให้มีการสรุปข้อมูลการเยี่ยมบ้านและคืนข้อมูลในพื้นที่เพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ
	๔. ทุกจังหวัดมีแนวทางสร้างกระบวนความร่วมมือด้านสุขภาพจากภาคีเครือข่ายอื่น	- ส่งเสริมให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การคืนมรดกด้านสุขภาพของ DHS/FCT สู่ภาคีเครือข่ายอื่นเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา

ประเด็นการตรวจราชการ	ข้อสังเกต/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
<p>๓ . ด ำ น ก า ร พ ั ด น า (Implementation) การพัฒนาบุคลากรระบบบริการ - ประเด็น ODOP</p>	<p>- ทุกจังหวัดรับทราบแนวทางประเด็น ODOP สู่การปฏิบัติ เชื่อมโยงตั้งแต่ชุมชน รพ.สต. อำเภอ อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม</p>	<p>- ควรส่งเสริมเวทีสรุปถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาพัฒนาศักยภาพการออกแบบระบบบริการประเด็น ODOP อย่างเป็นระบบต่อเนื่อง</p>
<p>- การดูแลกลุ่มเป้าหมาย ๓ กลุ่ม (ผู้สูงอายุติดเตียง / ผู้พิการช่วยเหลือตนเองไม่ได้/ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย)</p>	<p>- ทุกจังหวัดมีการออกแบบการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว FCT ได้อย่างมีคุณภาพ มีการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีสุขภาพอื่น และมีนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่น กองทุนผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกจังหวัด</p>	<p>- พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านคุณภาพ ร่วมกับภาคีสุขภาพอื่นเครือข่าย</p>
<p>- Care Manager : CM - Care giver : CG - สหวิชาชีพ (ทีมสนับสนุนการดำเนินงาน FCT)</p>	<p>ทุกจังหวัดมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. นักบริบาล และสร้างการมีส่วนร่วม ของ Care Manager: CM และ Care giver : CG</p>	<p>- ควรกำหนดบทบาทและขอบเขตการดำเนินงานของ CM /CG ให้ชัดเจน - ควรมีการวางแผนพัฒนา CM/CG เพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่</p>
<p>- ทีมประเมินและเยี่ยมเสริมพลัง DHS-PCA</p>	<p>- ทุกจังหวัดได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทีมนิเทศและเยี่ยมเสริมพลังรวมทั้งการจัดทำแผน การจัดตั้งทีมเยี่ยมเสริมพลัง DHS-PCA ชัดเจน ในทุกจังหวัด การเยี่ยมยังไม่ครบพื้นที่เป้าหมาย</p>	<p>- ทุกจังหวัดควรส่งเสริมให้มีการวางแผนในการนิเทศและเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบสุขภาพระดับอำเภอและในทีมหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ขยายทีมนิเทศครู ข สู่ผู้ปฏิบัติ</p>
<p>๔. ด้านการบูรณาการ (Integration)</p>	<p>- การเชื่อมโยงแนวทางการทำงานปฐมภูมิ ในพื้นที่ยังไม่สอดคล้อง</p>	<p>- ควรมีโครงสร้างการทำงานบูรณาการในระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล - ส่งเสริมให้เกิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำมาเชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน DHS/ SP / กลุ่มวัย - ควรมีการคัดกรอง ในกลุ่มเป้าหมายในระดับปฐมภูมิที่เชื่อมโยง SP และกลุ่มวัย</p>
<p>๕. ด้านการนิเทศติดตาม (M&E)</p>	<p>- ทุกจังหวัดมีกระบวนการนิเทศผสมผสาน - ทุกจังหวัดเริ่มนำกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง DHS-PCA ใช้ในพื้นที่เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพ</p>	<p>- ควรพัฒนาระบบประเมินผล ODOP/ด้านการส่งมอบบริการ การดูแลตนเองของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าสู่การพัฒนาต่อยอด สู่ Single Plan / Single Management - พัฒนาระบบกำกับ ติดตาม การดำเนินงาน DHS FCT ทุกอำเภอ - พัฒนาระบบการเยี่ยมเสริมพลัง DHS- PCA ระดับเขต ระดับจังหวัด</p>

๒.๒ ระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

จากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามนโยบาย Service Plan ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ช่วงแรกเป็นการปรับเปลี่ยนเชิงโครงสร้างเพื่อขับเคลื่อนการบริหารจัดการ ช่วงหลังเป็นการกำกับติดตามผลการดำเนินงานโดยมีข้อสรุป ดังนี้

๑. มีโครงสร้าง CSO ระดับจังหวัดทุกจังหวัด Project Manager ๑๘ ประเด็น คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๑๑ สาขา (แยก STROKE ออกจาก NCD) และ ๖ วิชาชีพ (เภสัชกรรม, พยาบาล, กายภาพบำบัด, รังสีวิทยา, เทคนิคการแพทย์, และวิสัญญีวิทยา) ให้มีการเชื่อมโยงระบบบริการ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิเข้าด้วยกันรวมทั้งการกระจายระบบบริหารจัดการสาขาต่างๆ ผ่านทางประธานสาขาต่างๆตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๑๐ จากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ไปยังจังหวัดต่างๆในเขตสุขภาพที่ ๑๐

๒. มีการเยี่ยมเยียนจากทีมผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลศูนย์ร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัดลงเยี่ยมพื้นที่ (นอกเหนือจากการนิเทศ) ในรอบปีที่ผ่านมาที่ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิริาลงกรณ (S) , โรงพยาบาลวารินชำราบ (M๑) , โรงพยาบาลตระการพืชผล (M๒) , โรงพยาบาลศรีสะเกษ (S) , โรงพยาบาลชุมชน (M๒) เพื่อดูบริบทการปฏิบัติงานจริงของแต่ละโรงพยาบาลที่หน้างานและรับทราบประเด็นการพัฒนาเพื่อการจัดระบบบริการและการวางแผนทรัพยากรต่างๆ เสนอต่อผู้บริหารระดับเขต

๓. จำนวนการส่งต่อนอกเขตที่เพิ่มขึ้นในจังหวัดใหญ่ เกิดจาก โรคมะเร็ง CholangioCA , Retina ที่มีการคัดกรองจากนโยบายของเขตและกระทรวง ศักยภาพและผู้เชี่ยวชาญที่มีจำกัด (ทั้งเขต มีแพทย์ผ่าตัดเฉพาะทางมี ๓ คน แพทย์ Retina มีจำนวน ๑ คน) ทำให้ Waiting list ยาวนาน จะมีผลเสียกับผู้ป่วย มีการส่งต่อมาที่จังหวัดใหญ่ และส่งต่อไปที่โรงเรียนแพทย์ นอกจากนี้การคัดกรองที่เข้มข้นสำหรับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ส่งผลให้มีการส่งต่อนอกเขตเนื่องจากโรงพยาบาลหลักกำลังพัฒนาศักยภาพในการรักษาด้านนี้

๔. โรงพยาบาลแม่ข่าย (M๒) ยังขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลัก ทั้งจำนวนและสาขาต่างๆ มีผลต่อศักยภาพในการรองรับบริการในพื้นที่ที่รับผิดชอบ แม้จะมีจัดสรรทุนแพทย์ประจำบ้านแต่ต้องมีกลไกในการสร้างแรงจูงใจและเมื่อจบแล้วมีแผนรองรับให้คงอยู่ในพื้นที่ ระบบปัจจุบันจึงต้อง Sharing เพื่อร่วมให้บริการและสร้างศรัทธาในพื้นที่

ที่	ตัวชี้วัด		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร	รวม
๑	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	จำนวนส่งต่อปี ๕๗ ไตรมาส ๑	๓๑๐	๑,๐๖๓	๘๘๙	๑๙๖	๖๕๘	๓,๑๑๖
		จำนวนส่งต่อปี ๕๘ ไตรมาส ๑	๘๓๕	๑,๐๙๖	๙๖๒	๑๖๘	๖๒๒	๓,๖๘๓
		ร้อยละ	เพิ่มขึ้น ๑๖๙.๓๕	เพิ่มขึ้น ๓.๑๐	เพิ่มขึ้น ๘.๒๑	ลดลง ๑๓.๘๗	ลดลง ๕.๕	เพิ่มขึ้น ๑๘.๒๐
๒	ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ของสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับตาม Service Plan	เป้าหมาย	๒๖	๒๑	๙	๗	๗	๓๐
		ผลงาน	๘	๑๖	๗	๒	๐	๓๔
		ร้อยละ	๓๘.๔๖	๖๖.๖๖	๕๕	๒๘.๕๗	๑๔.๒๘	๔๘.๕๗

ที่	ตัวชี้วัด		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร	รวม
	ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด							
๓	โรงพยาบาล ทุกระดับได้รับการรับรอง คุณภาพ HA	เป้าหมาย	๒๖	๒๒	๙	๗	๗	๗๑
		ผลงาน	๑๖	๑๕	๖	๗	๗	๕๑
		ร้อยละ	๖๑.๕๔	๖๘.๑๘	๖๖.๖๖	๑๐๐	๑๐๐	๗๑.๘๓
๔	โรงพยาบาล (M๒) มีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ สาขาหลักตาม เกณฑ์(เงื่อนไข หากไม่มี แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญอยู่ ประจำ ต้องมี แพทย์ หมุนเวียน)	เป้าหมาย	๒	๓	๑	ไม่มี M๒	ไม่มี M๒	๖
		ผลงาน	๐/๒	๐/๓	๐/๑	-	-	๐/๖
		ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	-	-	๑๐๐
๕	Service Plan ที่ เชื่อมโยงให้ ถึงระบบ ปฐมภูมิ(DHS) ๓ เรื่องโดย พื้นที่เลือกเอง	เป้าหมาย	๓	๓	๓	๓	๓	
		ผลงาน	๓	๓	๓	๓	๓	
		ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	
๖	ผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อ หัวใจขาด เลือดเฉียบ พลัน (STEMI) ได้รับการ รักษาโดยการ เปิดหลอดเลือด (PPCI+SK) มากกว่าร้อย ละ ๗๐	เป้าหมาย	ร้อยละ ๗๐ N= ๑๘๒	ร้อยละ ๗๐ N= ๕๕	ร้อยละ ๗๐ N= ๕๕	ร้อยละ ๗๐ N= ๒๔	ร้อยละ ๗๐ N= ๒๘	ร้อยละ ๗๐ N= ๔๓๔
		ผลงาน	๑๐๖	๔๔	๒๖	๒๐	๒๔	๒๒๐
		ร้อยละ	๕๘.๒๔	๘๑.๔๘	๔๗.๒๖	๘๓.๓๓	๘๕.๗๑%	๖๔.๑๔
๗	รพช.ระดับ F๒ ขึ้นไป สามารถให้ยา ละลายลิ่ม เลือด (SK) ได้	เป้าหมาย	๒๑	๑๙	๙	๗	๗	๖๓
		ผลงาน	๑๑	๗	๓	๒	๗	๓๐
		ร้อยละ	๕๒.๓๘	๓๖.๘๔	๓๓.๓๓	๓๓.๓๓	๑๐๐	๔๗.๖๒
๘	มีการจัดตั้ง Warfarin	เป้าหมาย	๒๑	๑๙	๙	๗	๗	๖๓
		ผลงาน	๑๓	๑๒	๔	๗	๓	๓๙

ที่	ตัวชี้วัด		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร	รวม
	clinic ครบทุก แห่งใน โรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ F ๒ โดย สหวิชาชีพ	ร้อยละ	๖๑.๙๐	๖๓.๑๖	๔๔.๔๔	๑๐๐	๔๒.๘๕	๖๑.๙๐
๙	อัตราการตายของ ทารกแรกเกิด อายุ ≤ ๒๘ วัน น้อยกว่า ๘ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ Neonatal mortality Rate	เกิดมีชีพ	๙,๔๒๘	๖,๘๓๓	๑,๕๘๔	๑,๕๔๒	๑,๕๓๓	๒๐,๙๒๐
		ทารก < ๒๘ วัน เสียชีวิต	๑๙	๒๗	๕	๐	๖	๕๗
		อัตรา: พัน การเกิดมี ชีพ	๒.๐๒	๓.๙๕	๓.๑๖	๐	๓.๙	๒.๗๒
๑๐	ผู้ป่วยเข้าถึง บริการมากขึ้น (เตียง NICU SNB เพียงพอ) จำนวนเตียง NICU SNB ที่ เพิ่มขึ้นใน โรงพยาบาล ระดับ A S M๑ M๒	ค่าที่พึง ประสงค์	NICU ๓๒	NICU ๘	NICU ๘	NICU ๘	NICU ๘	๖๔ เพียง
		ผลงาน	๓๒ เพียง	๘ เพียง	๘ เพียง	๕ เพียง	๖ เพียง	๕๙ เพียง
		ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๒.๕	๗๕	๙๒.๑๘
๑๑	จำนวนผู้ป่วย มะเร็งปาก มดลูก/มะเร็ง เต้านม ราย ใหม่ มีการ ค้นพบในระยะ ที่ ๑ และที่ ๒ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	เป้าหมาย	> ๗๐% N= ๑๕๖	> ๗๐% N=๕๗	> ๗๐% N=๑๗	> ๗๐% N=๒๓	> ๗๐% N=๑๔	> ๗๐% N=๒๙๗
		ผลงาน	๑๑๑	๔๓	๑๕	๓๒	๑๒	๒๑๓
		ร้อยละ	๕๙.๖๘	๗๕.๔๓	๘๘.๒๔	๗๑.๘๗	๘๕.๗๑	๗๑.๗๒
๑๒	อัตราการตายจาก อุบัติเหตุทาง ถนนไม่เกิน ๑๘ ต่อ ประชากร แสนคน ใน งบประมาณ ๒๕๕๘ (รหัส	ค่าที่พึง ประสงค์	ไม่เกิน ๑๘ / แสน ปชก. (๑,๘๔๔,๖๖๙)	ไม่เกิน ๑๘/ แสน ปชก. (๑,๔๖๕,๒๓๓)	ไม่เกิน ๑๘/ แสน ปชก. (๕๔๐,๒๑๑)	ไม่เกิน ๑๘/ แสน ปชก. (๓๗๔,๖๙๘)	ไม่เกิน ๑๘/ แสน ปชก. (๓๔๘,๕๗๔)	๔,๔๔๕,๐๐๕
		ผลงาน	๑๒๑ ราย	๘๐ ราย	๕๗ ราย	๑๕ ราย	๑๓ ราย	๒๘๖ ราย
		อัตรา/ แสน ปชก.	๖.๕๖	๕.๕๙	๑๐.๕๕	๔.๐๐	๕.๑๕	๖.๔๓

ที่	ตัวชี้วัด	อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร	รวม
	ICD=๑๐=V๐๑-V๘๙)						

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการ

๓.๑ การบริหารการเงินการคลัง

ผลการดำเนินการ : ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินและปัญหาการเงินวิกฤติระดับ ๗ ณ ไตรมาส ๓/๒๕๕๘ (หลังจากทีม CFO ลงตรวจข้อมูลบัญชีแล้ว มีจำนวน ๗ แห่ง คือ อุบลราชธานี ๔ แห่ง, ศรีสะเกษ ไม่มี, ยโสธร ๑ แห่ง, อำนาจเจริญ ๑ แห่ง และมุกดาหาร ๑ แห่ง) คิดเป็น ๙.๘๕ % ส่วน หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยเกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ มีจำนวน ๑๘ แห่ง คือ อุบลราชธานี ๗ แห่ง, ศรีสะเกษ ๔ แห่ง, ยโสธร ๒ แห่ง, อำนาจเจริญ ไม่มี และมุกดาหาร ๕ แห่ง คิดเป็น ๒๕.๓๕% ผลการประเมินระดับความสำเร็จการบริหารการเงินการคลัง FAI ไตรมาส ๓/๒๕๕๘ จังหวัดที่ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์กำหนด ๘๐% คือ อุบลราชธานี ๖ แห่ง, ศรีสะเกษ ไม่มี, ยโสธร ไม่มี, อำนาจเจริญ ไม่มี และมุกดาหาร ๒ แห่ง

ด้านการนำองค์กร : ภาวะผู้นำหรือทีมนำควรมีการออกแบบระบบการบริหารการเงินการคลังที่ดี มีการบริหารร่วมในทุกระดับ ในบางแห่งยังขาดการสื่อสารระหว่างผู้นำ และนำสู่การปฏิบัติ และเชื่อมโยงกับระบบบริการหรือกระบวนการสำคัญของโรงพยาบาล องค์กรยังไม่สามารถแสดงให้เห็นผลของบการเงิน ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบ การตอบสนองของผู้บริหาร ในการควบคุม กำกับ ตรวจสอบเพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการบริหารการเงินการคลังขององค์กร **ทั้งนี้** ทีมนำ หรือคณะกรรมการบริหารขององค์กร ควรกำหนดวาระทางการเงินการคลัง และระบบการติดตาม กำกับด้านการเงินการคลังเป็นวาระปกติ และบูรณาการกับระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กร

ด้านการบริหารการเงินการคลัง : กลไกการขับเคลื่อนของ CFO จังหวัดที่ทำงานร่วมกับ CFO หน่วยบริการควรมีการแก้ไขปัญหาาร่วมกันและเชื่อมโยงกับผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจังหวัดที่มีปัญหาการเงินวิกฤติระดับ ๗, ระบบคุณภาพบัญชี บางแห่งยังมีความคลาดเคลื่อน ควรเร่งทำความเข้าใจกับ ผู้ปฏิบัติรวมทั้งการจักระบบการไหลของข้อมูลให้ถูกต้อง มีระบบตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะใน รพช. ที่เปิดใหม่, ประสิทธิภาพของการจัดหารายได้ที่มีประสิทธิภาพและการบริหาร ควบคุมกำกับแผนการเงินการคลังได้, องค์กร หรือทีมนำยังไม่สามารถสะท้อนภาพผลการดำเนินงานขององค์กร โดยการใชหลักการบริหารต้นทุนต่อหน่วยบริการมาประกอบหรือพัฒนาศักยภาพในการบริหารการเงินขององค์กรที่มีประสิทธิภาพได้ **ทั้งนี้** ควรกำหนดให้มีคณะกรรมการดำเนินงานด้านการจัดหารายได้, การควบคุมรายจ่าย หรือ การเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารการเงินการคลังขององค์กร

นวัตกรรมด้านการเงินการคลังที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดี : หน่วยบริการที่มีระบบการบริหารการเงินการคลังที่ดี ได้แก่ โรงพยาบาลม่วงสามสิบ, โรงพยาบาลราชสีสไล และหน่วยบริการที่มีการพัฒนาระบบการจัดทำต้นทุนที่ดี ได้แก่ รพท.ยโสธร **ทั้งนี้** ควรมีระบบสร้างแรงจูงใจให้กับหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่สามารถพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพทางการเงินการคลังได้ด้วยตนเอง

ด้านบุคลากร บทบาท CFO หน่วยบริการ : บุคลากรบางแห่งยังขาดความตระหนักด้านการบริหารการเงินการคลังขององค์กร, บุคลากรด้านการเงิน และบัญชี ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการพัฒนาระบบการเงินการคลังของหน่วยบริการ และบุคลากรบางแห่งยังขาดความเข้าใจในบทบาท หน้าที่ และแนวคิดด้านการบริหารการเงินการคลัง องค์กรส่วนใหญ่ยังขาดการมอบอำนาจและการกำหนดบทบาทของคณะกรรมการ CFO ที่สามารถสนับสนุนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังตามหลักธรรมาภิบาล และความโปร่งใสขององค์กรได้

สรุปผลการตรวจราชการตามตัวชี้วัด จำแนกรายจังหวัดดังนี้

ผลสำเร็จ / ตัวชี้วัด		จังหวัด อุบลราชธานี	จังหวัด ศรีสะเกษ	จังหวัด ยโสธร	จังหวัด อำนาจเจริญ	จังหวัด มุกดาหาร	รวม
ประสิทธิภาพของการ บริหารการเงิน สามารถควบคุม ปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการ ในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐)	เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐ (๒๖ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๒๒ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๙ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๗ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๗ แห่ง)	(๗๑ แห่ง)
	จำนวนหน่วย บริการวิฤติ การเงินระดับ ๗ (แห่ง)	๔	๐	๑	๑	๑	๗
	ร้อยละ	๑๕.๓๘	๐	๑๑.๑๑	๑๔.๒๘	๑๔.๒๘	๙.๘๕
FAI ผ่านเกณฑ์ประเมิน > ร้อยละ ๘๐	เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐ (๒๖ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๒๒ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๙ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๗ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๗ แห่ง)	(๗๑ แห่ง)
	จำนวนที่ ผ่านเกณฑ์ (แห่ง)	๒๐	๒๒	๙	๗	๕	๖๓
	ร้อยละ	๗๖.๙๒	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๗๑.๔๒	๘๘.๗๓
หน่วยบริการในพื้นที่ มีต้นทุนต่อหน่วยไม่ เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่ม ระดับบริการ (ไม่เกิน ร้อยละ ๒๐)	เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐ (๒๖ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๒๒ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๙ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๗ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๗ แห่ง)	(๗๑ แห่ง)
	จำนวนพื้นที่ มีต้นทุนต่อ หน่วยเกิน เกณฑ์เฉลี่ย (แห่ง)	๗	๔	๒	๐	๕	๑๘
	ร้อยละ	๒๖.๙๒	๑๘.๑๘	๒๒.๒๒	๐	๗๑.๔๒	๒๕.๓๕

พบว่า ยังมีหน่วยบริการวิฤติการเงินการคลังระดับ ๗ อยู่ และมีระดับความสำเร็จการบริหารการเงินการคลัง FAI ดีขึ้น คณะกรรมการ CFO ระดับจังหวัดควรเร่งการพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง บริหารต้นทุน และลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม หน่วยบริการที่มีวิฤติการเงินการคลังให้สม่ำเสมอ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงินระดับ ๗ ติดต่อกัน ๓ ไตรมาส และควรทำความเข้าใจกับผู้นำบัญชีโดยเฉพาะใน รพช. ที่เปิดใหม่ เน้นให้มีการบันทึกบัญชีให้เป็นไปตามนโยบายเพื่อให้บัญชีมีคุณภาพ นำเชื่อถือของข้อมูลรวมทั้งจัดระบบการไหลของข้อมูลให้ถูกต้อง มีระบบตรวจสอบ ที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาคุณภาพบัญชีให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพ

FAI เขต ๑๐ ดำเนินการได้ ร้อยละ ๘๘.๗๓ แต่เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร ค่าคะแนนเฉลี่ย FAI ยังต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน FAI ในระดับเขต

หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ ภาพรวมเขต ๑๐ มีหน่วยบริการที่มีต้นทุน OPD / IPD เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ จำนวน ๑๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๓๕ (ยังไม่ผ่านเกณฑ์) จังหวัดที่หน่วยบริการที่มีต้นทุนสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยและไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดยโสธร ร้อยละ ๗๑.๔๒ ๒๖.๙๒ และ ๒๒.๒๒ ตามลำดับ ทั้งนี้ ควรพัฒนาประสิทธิภาพในหน่วยบริการที่มี ต้นทุนต่อหน่วยเกินเกณฑ์เฉลี่ยระดับบริการ

๓.๒ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

มูลค่าการจัดซื้อยาของโรงพยาบาลในเขตส่วนใหญ่เพิ่มขึ้น มีเพียงจังหวัดอุบลราชธานี (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์) เท่านั้นที่ลดลง อย่างไรก็ตาม มูลค่าการจัดซื้อยาในภาพรวมเขต ลดลง ร้อยละ ๑.๗๘

มูลค่าการจัดซื้อยาของโรงพยาบาลในเขตส่วนใหญ่เพิ่มขึ้น มีจังหวัดยโสธรและอำนาจเจริญที่มีมูลค่าจัดซื้อลดลง ส่วนมูลค่าการจัดซื้อในภาพรวมเขต เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๙.๒๖

มูลค่าการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในเขตส่วนใหญ่เพิ่มขึ้น มีเพียงจังหวัดมุกดาหารและศรีสะเกษที่ลดลง ส่วนมูลค่าการจัดซื้อในภาพรวมเขต เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๓.๖๐

สำหรับการจัดซื้อร่วมระดับเขต ได้ดำเนินการแล้วเสร็จในรายการที่เป็นยา ส่วนเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ดำเนินการซื้อร่วมในระดับจังหวัด จังหวัดมีการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ฯ ในหน่วยงานทุกระดับดำเนินการในรูปของคณะกรรมการ โดยมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ ระดับต่างๆ ทั้งนี้ การจัดซื้อร่วมเป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งในการควบคุมราคาเท่านั้นแต่ไม่ใช่คำตอบสุดท้ายในการควบคุมต้นทุนบริการ ควรมีการทำ Utilization Evaluation/Review เป็นมาตรการเพิ่มเติมด้วย

โดยเขตควรจัดทำราคาอ้างอิงในภาพรวมของเขต ให้ครอบคลุมทุกหมวดสร้างเครือข่ายในการเชื่อมโยงข้อมูลการจัดซื้อ การบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้บูรณาการเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะทางการบัญชีและการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และการนำข้อมูลมาจัดการให้เป็นสารสนเทศที่ใช้งานได้จริง ยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาในทุกๆจังหวัด

สรุปปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน

๑. ยังไม่สามารถควบคุมมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาได้
๒. ราคาในการจัดซื้อในรายการที่ไม่ได้จัดซื้อร่วม ยังมีความหลากหลาย
๓. ขาดแนวทางในการสร้างความโปร่งใสในการจัดซื้อที่เป็นรูปธรรม
๔. การจัดซื้อร่วมวัสดุวิทยาศาสตร์มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากมีความผูกพัน จำเพาะกับเครื่องมือ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกัน

๓.๓ การบริหารตามหลักธรรมาภิบาล

๓.๓.๑ ด้านการส่งเสริมป้องกันการทุจริต ประพตมิชอบ

(๑) การเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับในหน่วยงานระดับจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการกระทำผิด

พบว่า ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการดำเนินการเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากร ให้มีวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการกระทำผิด ได้ดำเนินการอยู่ในระดับที่น่าไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายได้เป็นอย่างดี ไม่พบความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ และได้เป็นอย่างดีมีระดับขั้นตอนของความสำเร็จในการดำเนินการระดับ ๔ ทุกจังหวัด

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ในสายงานต่าง ๆ และสร้างความตระหนัก ด้านธรรมาภิบาล ในกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานย่อย และผู้รับผิดชอบด้านงานการเงิน พัสดุ ของหน่วยงานย่อยทุกระดับให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

(๒) เสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขในหน่วยงานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม

ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ยังไม่มีโครงสร้าง และ ผู้รับผิดชอบงาน ที่ชัดเจน และไม่เข้าใจในนิยาม และเจตนารมณ์ “โรงพยาบาลคุณธรรม” ควรมีโครงสร้าง และ ผู้รับผิดชอบงาน คุณธรรมจริยธรรม ที่ชัดเจน เพื่อเป็นผู้นิเทศงานและให้ คำปรึกษาเรื่อง แนวคิด และแนวทางการดำเนินงาน (หน่วยงาน) โรงพยาบาลคุณธรรม ในระดับจังหวัด ให้เชื่อมโยงกับ แนวทางการตรวจราชการคณะที่ ๓ เพื่อ บริหารจัดการ **คน เงิน ของ** ในหน่วยงาน (โรงพยาบาล) ตามหลักธรรมาภิบาล ต่อไป อย่างไรก็ตามใน ปัจจุบันทุกโรงพยาบาลมีชมรมจริยธรรมที่เข้มแข็ง พร้อมทั้งจะขับเคลื่อนโรงพยาบาลคุณธรรมได้

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีจำนวนหน่วยงานเป้าหมาย (สสจ. รพศ. รพท. รพช.) ในการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม รวมทั้งสิ้น ๗๖ หน่วยงาน มีโครงสร้างที่แตกต่าง โดยมีการแบ่งโครงสร้างให้อยู่ในงานพัฒนาระบบบริการ กลุ่มงานควบคุมโรคกลุ่มงานบริหาร และกลุ่มพัฒนาบุคลากร มีลักษณะงานที่ใช้ในการดำเนินงาน เช่น ใช้กระบวนการ ๕ ช. (ชี้ ชวน เชียร์ แชร และ ชู) ขับเคลื่อนโดยชมรมจริยธรรม ใช้กระบวนการ ๕ ป. (ปลูก ปลูก ป้อง ปราม ปราบ) ด้วยกระบวนการ คัดเลือก หน่วยงานดีเด่น ด้านการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม คนดีศรีสาธารณสุข

รูปแบบการดำเนินงาน/นวัตกรรมใหม่ ๆ ที่ตอบสนองต่อเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล พบว่า ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ การดำเนินงานพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมยึดตามแนวทางและหลักเกณฑ์ ของแก้วกัลยาสิกขาลัย โดยการคัดเลือก และประกวด หน่วยงานดีเด่นด้านการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม คนดีศรีสาธารณสุข และผู้เขียนเรียงความ ในระดับจังหวัด เพื่อส่งเข้าแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และคัดเลือกเป็นตัวแทนระดับเขต เข้ารับประทานโล่รางวัลจาก จากพระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ ทุกจังหวัดมีการชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม แก่สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐของจังหวัด เพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนา “โรงพยาบาลคุณธรรม” ในการประเมินระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม พบว่า มีโรงพยาบาล (หน่วยงาน ได้แก่ สสจ. รพศ. รพท. รพช.) ได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่มีระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรมส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับ ๓ และมีโรงพยาบาลที่ระดับความสำเร็จอยู่ในระดับ ๕ จำนวน ๑๘ แห่ง

(๓) การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน

แผนตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ครอบคลุมทุกกระบวนการตามความเสี่ยงสอดคล้องตามนโยบายสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่ครอบคลุมหน่วยรับตรวจ ได้แก่ จังหวัดยโสธรและมีการจัดทำแผน Engagement plan ทุกหน่วยรับตรวจและอยู่ในระหว่างจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน สำหรับระดับการตรวจสอบภายใน จังหวัดศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และมุกดาหาร มีผลการดำเนินงานระดับ ๕ ส่วนจังหวัดอุบลราชธานี และยโสธร มีผลการดำเนินงานระดับ ๔

ปัญหา อุปสรรค มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาและบุคลากรและคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายที่ได้รับแต่งตั้ง มีภาระงานหลักที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ไม่สามารถร่วมตรวจสอบกับคณะได้ครบถ้วนทุกหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ ผู้บริหาร ควรติดตามกำกับหน่วยงานย่อยจัดทำการประเมินระบบการควบคุมภายใน ให้ครบทุกหน่วยงาน เป็นไปตามที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด และจัดทำแผนเพิ่มเติมให้ครอบคลุม การตรวจสอบภายในผู้บริหาร จะต้องให้มีแผนการตรวจสอบภายใน และจะต้องได้รับการตรวจสอบครอบคลุมทุกระดับ สำหรับการจัดวางระบบควบคุมภายในและการจัดทำรายงานการควบคุมภายในที่เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานต้องนำผลการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงของแต่ละกิจกรรมมาเป็นเครื่องมือ แนวทางแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานจึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด แต่บางองค์กรยังไม่ถึงเห็น

ความสำคัญของระบบการควบคุมภายใน จึงทำให้การการจัดวางระบบการควบคุมภายในไม่ได้รับการบริหารจัดการกับความเสี่ยงได้อย่างแท้จริง

(๔) การแก้ไขปัญหาปฏิบัติงานผิดพลาด ถูกหักท้วง ถูกสอบสวน ถูกลงโทษทางวินัย

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีจำนวนเรื่องร้องเรียน และดำเนินการทางวินัย ๑๐๑ เรื่อง และมีการลงโทษทางวินัย ๑๑ ราย เป็นกรณีไม่ร้ายแรง ๘ ราย และกรณีร้ายแรง ๓ ราย

การประเมินตามประเด็นการตรวจติดตามและหลักฐานประกอบ ทุกจังหวัด ดำเนินการได้ครบ ๑๙ ข้อ ยกเว้น จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการได้ ๑๘ ข้อ มีการดำเนินการด้านการเงิน และบัญชีไม่ครบถ้วน กรณีการจัดทำรายงานทางการเงิน เสนอผู้บริหาร และรายงาน สตง. ไม่ทันตาม กำหนดเวลา จึงควรกำชับให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามระเบียบอย่างเคร่งครัด

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ในสายงาน และสร้างความตระหนักรู้ด้านธรรมาภิบาล ในกลุ่มหน่วยงานย่อยและผู้รับผิดชอบงานด้านการเงิน และพัสดุ ของหน่วยงานทุกระดับให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

สรุปภาพรวมปัญหาอุปสรรคที่เป็นโอกาสในการพัฒนา การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

๑. กระบวนการแก้ปัญหาโรงพยาบาลวิกฤติระดับ ๗ ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนต้องมีส่วนร่วม สร้างความตระหนักและพัฒนาองค์ความรู้ในทุกระดับ และเรื่องคุณภาพบัญชียังขาดความน่าเชื่อถือและวินัยด้านการเงิน การคลังที่ดีของหน่วยบริการ ให้ใช้ในการกำกับ ปฏิบัติตามแผนได้จริง , บุคลากรด้านการเงินมีจำนวนน้อย และส่วนใหญ่ยังไม่ได้เป็นข้าราชการทำให้การพัฒนากระบวนการเป็นไปอย่างไม่มีอย่างต่อเนื่อง, การพัฒนาระบบบริหารการเงินการคลัง FAI , บริหารต้นทุนให้มีประสิทธิภาพและเร่งพัฒนาคุณภาพบัญชีให้มีความน่าเชื่อถือ

๒. ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยาและวัสดุทางการแพทย์ได้, ราคาในการจัดซื้อมีความหลากหลาย, การจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุยังไม่ถูกต้อง ควรพัฒนาฐานข้อมูลราคาอ้างอิงในการจัดซื้อในวัสดุให้ครอบคลุมทุกหมวด และ Utilization Evaluation/Review เป็นมาตรการเพิ่มเติมด้วย

๓. ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ในสายงานต่าง ๆ และสร้างความตระหนักรู้ด้านธรรมาภิบาล ในกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานย่อย และผู้รับผิดชอบด้านงานการเงิน พักศุ ของหน่วยงานย่อยทุกระดับให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

๔. ควรมี โครงสร้าง และกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในด้านระบบธรรมาภิบาลแก่บุคลากรเพื่อสร้างระบบคุณธรรมในองค์กร

คณะที่ ๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

๔.๑ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวงกรณีปกติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่าทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ สามารถดำเนินการผ่านเกณฑ์จำนวน ๕ ตัวชี้วัด จากทั้งหมด ๕ ตัวชี้วัด รายละเอียดดังนี้

๑. ตัวชี้วัด “คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต” เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต ๑๐ ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๔๓๙/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๗ และได้มีการจัดประชุมจำนวน ๓ ครั้ง สรุปผลการประชุม ดังนี้ ๑) ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการระบุปัญหาการโฆษณาและผลิตภัณฑ์

สุขภาพทางสื่อวิทยุ ๒) ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะมีการจัดทำยุทธศาสตร์งานคุ้มครองผู้บริโภคระดับเขตสุขภาพที่ ๑๐ เพื่อจัดทำโครงการระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

๒. ตัวชี้วัด “มีคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพพระดั่งระดับจังหวัด” พบว่าจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการจัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพพระดั่งระดับจังหวัด อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้ครบทุกจังหวัด ผ่านเกณฑ์ทุกจังหวัด

๓. ตัวชี้วัด “ร้อยละของเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ณ สถานที่ผลิต ผ่านมาตรฐานตามประกาศฯ กำหนด (๒๐-๔๐ ppm)” โดยผลการกำกับ ดูแล มาตรฐาน การผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีจำนวนสถานที่ผลิตเกลือจำนวน ๒ แห่ง ตั้งอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งเกลือบริโภคผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๔. ตัวชี้วัด “ร้อยละของการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริมและสถานพยาบาลผิดกฎหมาย ได้รับการจัดการเขตสุขภาพที่ ๑๐” (เป้าหมาย:ร้อยละ ๑๐๐) เขตสุขภาพที่ ๑๐ สามารถดำเนินการได้สำเร็จตามตัวชี้วัดทุกจังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โดยมีโฆษณาสถานพยาบาลผิดกฎหมายได้รับการจัดการทั้งหมด ๖ เรื่อง ดังนี้

๔.๑ โฆษณาสถานเสริมความงาม จำนวน ๒ เรื่อง (จังหวัดอุบลราชธานี ๑ เรื่อง อำนาจเจริญ ๑ เรื่อง)

๔.๒ โฆษณาคลินิกทันตกรรม จำนวน ๔ เรื่อง (จังหวัดมุกดาหาร ๒ เรื่อง จังหวัดอุบลราชธานี ๒ เรื่อง)

๕. ตัวชี้วัด “ร้อยละของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงามและคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับการเฝ้าระวังและให้ดำเนินการตามกฎหมาย” (เป้าหมาย: ร้อยละ ๙๘) เขตสุขภาพที่ ๑๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ สำเร็จตามตัวชี้วัดทุกจังหวัด ดังนี้

๕.๑ ตัวชี้วัด “ร้อยละของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงาม ได้รับการตรวจมาตรฐาน” เขตสุขภาพที่ ๑๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ สำเร็จตามตัวชี้วัดทุกจังหวัด

๕.๒ ตัวชี้วัด “ร้อยละของเรื่องร้องเรียนคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับดำเนินการตามกฎหมาย” เขตสุขภาพที่ ๑๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ สำเร็จตามตัวชี้วัดทุกจังหวัด

ผลการดำเนินงานของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ตามตารางสรุปผลการตรวจราชการตามตัวชี้วัด จำแนกรายจังหวัด ดังนี้

ตารางที่ ๑ ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แยกเป็นรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		อุบลฯ	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจ	มุกดาหาร	รวม
ตัวชี้วัดที่ ๒ มีคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพพระดั่งระดับจังหวัด	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	มี	-
		มี	มี	มี	มี	มี	-

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		อุปบลฯ	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจฯ	มุกดาหาร	รวม
ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ณ สถานที่ผลิต ผ่านมาตรฐานตามประกาศฯ กำหนด (๒๐-๔๐ ppm)	เป้าหมาย	๑	ไม่มีสถานที่ผลิตเกลือ	ไม่มีสถานที่ผลิตเกลือ	๑	ไม่มีสถานที่ผลิตเกลือ	๒
	ผลงาน	๑	-	-	๑	-	๒
	ร้อยละ	๑๐๐	-	-	๑	-	๑๐๐
ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพอาหารเสริมและสถานพยาบาลผิดกฎหมาย ได้รับการจัดการ	เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
	ผลงาน	๓	ไม่พบการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย	ไม่พบการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย	๑	๒	๖
	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	ร้อยละ	๖๐.๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๑๐๐.๐	๔๓.๔๐
ตัวชี้วัดที่ ๕.๒ ร้อยละของเรื่องร้องเรียนคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับการดำเนินการตามกฎหมาย	เป้าหมาย	ร้อยละ ๙๘ (N= ๑ เรื่อง)	ร้อยละ ๙๘ (N= ๑ เรื่อง)	ร้อยละ ๙๘ (N= ๑ เรื่อง)	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๙๘ (N= ๓ เรื่อง)
	ผลงาน	๑	๑	๑	ไม่มีข้อร้องเรียน	ไม่มีข้อร้องเรียน	๓
	ร้อยละ	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	-	-	๑๐๐.๐

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลางหรือผู้บริหาร

๑. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะต้องมีการบูรณาการทำงานการเฝ้าระวังโฆษณาก่อนการถ่ายทอดลงสู่ปฏิบัติ
๒. ส่วนกลางจะต้องจัดทำคู่มือหรือแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังโฆษณาเพื่อเป็นแนวปฏิบัติให้กับพื้นที่
๓. จัดหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการเฝ้าระวังโฆษณา
๔. ควรมีนโยบายและกำหนดรูปแบบการจัดการข้อร้องเรียนที่ชัดเจน เพื่อให้พื้นที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบและเป็นทิศทางเดียวกัน
๕. จัดทำคู่มือ/แนวทางการเฝ้าระวังสถานพยาบาลและการจัดการข้อร้องเรียน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับพื้นที่ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

.....

เขตสุขภาพที่ ๑๑

จังหวัดกระบี่ จังหวัดพังงา จังหวัดภูเก็ต จังหวัดระนอง จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดชุมพร

.....

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เพื่อเป็นทิศทางในการติดตาม กำกับ และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในส่วนภูมิภาค ซึ่งเขตสุขภาพที่ ๑๑ ประกอบด้วย ๗ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชุมพร ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา และจังหวัดระนอง ทุกจังหวัดได้ให้ความสำคัญของการตรวจราชการและนิเทศงาน ตามยุทธศาสตร์ ๓ ยุทธศาสตร์ และ ๔๔ ตัวชี้วัด โดยผลการดำเนินงานตามนโยบายฯ รอบที่ ๒ /๒๕๕๘ ในภาพรวม สรุปได้ดังนี้

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

การพัฒนาสุขภาพ : กลุ่มผู้สูงอายุ

เขตสุขภาพที่ ๑๑ มีจำนวนประชากรทั้งหมด ๔,๓๓๘,๔๖๔ คน ผู้สูงอายุ อายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป มีจำนวน ๕๗๐,๖๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๑๕ ของประชากรทั้งหมด มีชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด ๑,๐๐๘ ชมรม เป็นชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จำนวน ๔๘๙ ชมรม ตำบล Long Term Care จำนวน ๒๒๒ ตำบล โดยอำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และอำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพรเป็นอำเภอต้นแบบในการดำเนินงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการภายใต้ระบบ DHS อย่างเต็มรูปแบบ มีนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง เช่น

๑. การพัฒนาอำเภอคีรีรัฐนิคม และอำเภอทุ่งตะโก เป็นอำเภอสุขภาพดี ๘๐ ปียั้งแจ้ว เป็นอำเภอต้นแบบในการดำเนินงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการภายใต้ระบบ DHS อย่างเต็มรูปแบบสามารถให้อำเภออื่นๆที่มีบริบทใกล้เคียงกันสามารถพัฒนาตามได้

๒. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชได้จัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพร้อยละ ๑๐๐ และจัดทำ OPD Card สีเหลืองสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป เพื่อความสะดวกแก่ผู้รับบริการ

การพัฒนาสุขภาพ : กลุ่มสตรีและเด็ก

๑. เด็กแรกเกิด - ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ผลงานในภาพรวมเขต ร้อยละ ๗๐.๐ และเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๗ (ร้อยละ ๖๐.๖) ซึ่งผ่านเกณฑ์ ทั้งในระดับเขต และจังหวัด โดยความครอบคลุมสูงสุดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ร้อยละ ๘๒.๓ รองลงมาในจังหวัดกระบี่ ร้อยละ ๗๙.๖๓ ส่วนจังหวัดที่ต้องเฝ้าระวัง คือชุมพร และนครศรีธรรมราช

๒. เด็กอายุ ๑๘ และ ๓๐ เดือนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ความครอบคลุมในภาพรวมเขต ร้อยละ ๙๕.๘ ส่วนในระดับจังหวัด พบว่า จังหวัดที่ดำเนินการได้ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ คือ ภูเก็ตและระนอง ส่วนจังหวัดที่ต้องมีการ ทบทวน และเร่งรัดดำเนินการ คือ กระบี่ และสุราษฎร์ธานี (ร้อยละ ๙๐.๖) ในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยในภาพรวมเขต ร้อยละ ๙๘.๖ ซึ่งจังหวัดระนองสามารถค้นพบเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยได้ ๔.๕ ส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ไม่พบเด็ก ที่พัฒนาการไม่สมวัย

๓. เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ผลการดำเนินงานในภาพรวมของเขต ซึ่งเป็นการคัดกรองด้วย เครื่องมือ DSPM ในกลุ่มอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน พบพัฒนาการสมวัย ในภาพรวมเขต ร้อยละ ๙๗.๑ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดทั้งในระดับเขต และจังหวัด โดยจังหวัดที่สามารถ ค้นหาเด็ก ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า ได้สูงสุด คือ จังหวัดพังงา ร้อยละ ๙๘.๙ รองลงมาคือจังหวัดระนอง ร้อยละ ๗.๒ นครศรีธรรมราช ร้อยละ ๔.๖

๔. ศูนย์เด็กเล็กผ่านการประเมินมาตรฐาน คุณภาพ ในภาพรวมของเขต ๗๑.๙ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งเป็นผลงานของปี ๒๕๕๗ โดย จังหวัดที่ความครอบคลุมสูงที่สุดคือ ภูเก็ต ทั้งนี้ ในปี ๒๕๕๘ ทุกจังหวัด อยู่ในระยะ ดำเนินการประเมินรับรอง และสรุปผล

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ด้านสภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของมารดา ใน รอบ ๙ เดือน ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ (ตุลาคม ๒๕๕๗-มิถุนายน ๒๕๕๘) พบว่า ทั้ง ๓ ตัวชี้วัด อยู่ในระดับที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ

๑. สัดส่วนการตายของมารดา มีมารดาเสียชีวิต ๕ ราย (๒๒.๕๒ ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน) โดยพบ ในจังหวัดชุมพร ๑ ราย นครศรีธรรมราช ๑ ราย ภูเก็ต ๑ ราย และสุราษฎร์ธานี ๒ ราย ซึ่งได้มีการทบทวน โดย MCH. Board เมื่อพิจารณาแนวโน้มย้อนหลัง ๔ ปี ในภาพรวมเขตมีแนวโน้มใกล้เคียงกัน

๒. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq ๑๒ สัปดาห์ ภาพรวมของเขต ร้อยละ ๖๒.๓ ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กำหนดเล็กน้อย ทั้งในเขตและในบางจังหวัด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๓ ปี ที่ผ่านมา เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ คือ จังหวัดกระบี่ ชุมพร พังงา และภูเก็ต แต่อยู่ในระดับที่ต้องเฝ้าระวัง

๓. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ในภาพรวมเขต ร้อยละ ๕๖.๗ ซึ่งผลงานต่ำกว่าเกณฑ์ ทั้งระดับเขต และจังหวัด ส่วนใหญ่ และผลงานลดลงจาก ปี ๒๕๕๗ คือ ร้อยละ ๖๐.๑๘ ซึ่งผลงานดังกล่าวสอดคล้องกับการฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ เมื่อจำแนกราย จังหวัด พบว่า จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ คือ จังหวัดกระบี่ พังงา และภูเก็ต แต่อยู่ในระดับที่ต้องเฝ้าระวัง

การพัฒนาสุขภาพ : กลุ่มวัยเรียน

ประชากรอายุ ๕-๑๔ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก จำนวน ๒๖๓,๓๕๕ คน มีจำนวนโรงเรียน ๑,๗๒๔ โรงเรียน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรจำนวน ๙ โรงเรียน โดยมีสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำนวน ๗๙๔ แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์จำนวน ๓ แห่งโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน ๙ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๖๓ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ๗๑๓ แห่ง โดยเกี่ยวข้องกับ องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น ๕๗๖ แห่ง พบมีนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน จำนวน ๒๓,๔๗๑ คน คิดเป็นอัตราร้อยละ ๘.๙๑ ซึ่งไม่ เกินเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข และมีแนวโน้มลดลงจากปี ๒๕๕๖ ถึง ๒๕๕๘ (๑๗.๐, ๑๓.๓ และ ๘.๙๑)

การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของเด็กไทยอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีที่มีเสียชีวิตจากการจมน้ำแต่ละจังหวัดดังนี้ จังหวัดพังงา จำนวน ๙ คน สุราษฎร์ธานี ๒๕ คน ชุมพร ๑๐ คน กระบี่ ๙ คน คิดเป็นอัตราตายต่อแสนประชากรเด็ก ๑๖.๗, ๑๑.๖, ๑๐.๔ และ๘.๓ ตามลำดับ

การพัฒนาสุขภาพ : กลุ่มวัยรุ่น

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (ไม่เกิน ๕๐ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน) ในภาพรวมเขต ร้อยละ ๒๑.๗๗ จังหวัดได้ตระหนักถึงปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และได้จัดทำ โครงการ/แผนงานเพื่อแก้ไขปัญหาโดยขอรับการสนับสนุนจาก สสส.

จากข้อมูลโครงการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทยในปี พ.ศ.๒๕๕๔ โดยสำนักสถิติแห่งชาติพบว่า ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ๑๕-๑๙ ปี) ของเขตสุขภาพที่ ๑๑ ในจังหวัดชุมพรอยู่ที่ร้อยละ ๑๕ ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ ๑๔.๐๐) อยู่ในอันดับที่ ๑ ของเขต สุขภาพที่ ๑๑ รองลงมาได้แก่ จังหวัดระนอง (ร้อยละ๑๒.๗) สุราษฎร์ธานี (ร้อยละ ๑๒.๒) นครศรีธรรมราช (ร้อยละ ๑๐.๒) ภูเก็ต (ร้อยละ๕.๖) พังงา (ร้อยละ๔.๗) และกระบี่ (ร้อยละ๔.๖)

การพัฒนาสุขภาพ : กลุ่มวัยทำงาน

อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ ดังนี้

๑. อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คือ จังหวัดชุมพรมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาคือ สุราษฎร์ธานี พังงา นครศรีธรรมราช ระนอง กระบี่ และภูเก็ต

๒. อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน คือ จังหวัดชุมพรมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงสุด รองลงมาจังหวัดสุราษฎร์ธานี พังงา นครศรีธรรมราช ระนอง กระบี่ และภูเก็ต

๓. อัตราป่วยโรคหัวใจขาดเลือด คือ จังหวัดกระบี่มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาจังหวัดพังงา ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ระนอง และภูเก็ต

๔. อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ จังหวัดชุมพรมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาจังหวัดพังงา นครศรีธรรมราช ระนอง กระบี่ สุราษฎร์ธานี และภูเก็ต

แนวโน้มอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวม ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ (ตุลาคม ๒๕๕๗ - มิถุนายน ๒๕๕๘) พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดคือจังหวัดสุราษฎร์ธานี (๒๒.๓) รองลงมาคือ จังหวัดชุมพร (๒๑.๔๒), ภูเก็ต (๑๙.๒๕), กระบี่ (๑๔.๙๘), นครศรีธรรมราช (๑๒.๑), พังงา (๙.๙๘), และ ระนอง (๗.๙๖) ตามลำดับ

การพัฒนาสุขภาพ : กลุ่มวัยสูงอายุ และคนพิการ

เขตสุขภาพที่ ๑๑ มีการดำเนินการให้บริการคนพิการทางการเคลื่อนไหวครบถ้วนเกือบ ๑๐๐% และศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูฯ ดำเนินการในรูปแบบวิจัยเชิงสำรวจ โดยเก็บข้อมูลใน ๒๕ จังหวัด สุ่มเลือกเขตสุขภาพละ ๒ จังหวัด ในเขต ๑๑ จังหวัดในกลุ่มเป้าหมายคือ จังหวัดนครศรีธรรมราชและ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ขณะนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลไปแล้วร้อยละ ๘๐ ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูฯ อยู่ระหว่างการเตรียม Data Management และวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

มีการกำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในสาขาเวชกรรมฟื้นฟู เพิ่มเติมจาก Service plan ของกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินการให้บริการคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ครบถ้วน เป้าหมายในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ คือ ร้อยละ ๙๐ ซึ่งส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด มีการประสานความร่วมมือกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพสต.) และ อสม ในการสำรวจและค้นหาคนพิการเพื่อเข้ารับบริการ

ระบบควบคุมป้องกันโรค

โรคไข้เลือดออกและโรคหัด เป็นโรคติดต่อที่สำคัญของประเทศไทยและ ๗ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๑ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง “ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ได้” โรคไข้เลือดออก ผลการวิเคราะห์ผลงานเปรียบเทียบกับค่าพึงประสงค์ จำแนกรายจังหวัด พบว่า มี ๖ จังหวัด (ร้อยละ ๘๕.๗๑) ที่มีอำเภอกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐ ที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ ได้แก่ จังหวัดพังงา (ร้อยละ ๑๐๐) กระบี่ (ร้อยละ ๖๒.๕๐) ระนอง (ร้อยละ ๘๐) นครศรีธรรมราช (ร้อยละ ๖๕.๒๒) สุราษฎร์ธานี (ร้อยละ ๙๔.๗๗) ชุมพร (ร้อยละ ๑๐๐) ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนจังหวัดภูเก็ต (ร้อยละ ๐) ที่มีอำเภอกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ ที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ในส่วนของโรคหัด ผลการวิเคราะห์รายจังหวัด ทั้งหมดจำนวน ๗ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๑๑ พบว่า ทั้ง ๗ จังหวัด (ร้อยละ ๑๐๐) ที่มีอำเภอกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐ ที่สามารถควบคุมโรคหัดได้ ซึ่งผ่านเกณฑ์ทุกจังหวัด

คณะที่ ๒ พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

๒.๑ ระบบบริการปฐมภูมิ

๒.๑.๑ อำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

เขตสุขภาพที่ ๑๑ มีอำเภอทั้งสิ้น ๗๔ แห่ง ได้มีการดำเนินงานทุกแห่ง มาตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ ในปี ๒๕๕๗ อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินระดับขึ้นไป จำนวน ๖๐ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๑ ในการดำเนินแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ๑ ประเด็นสุขภาพ (ODOP: One District One Project) และในปี ๒๕๕๘ ทางพื้นที่อำเภอ ได้ประเมินตนเอง พบว่า ผ่านเกณฑ์ประเมินภาพรวมของจังหวัด ตั้งแต่ชั้น ๓ ขึ้นไป ทั้ง ๗๓ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๖ ประเด็นการพัฒนา ๑ ระบบสุขภาพ ยังไม่ได้ประเมิน (ปัจจุบันอยู่ในระหว่างดำเนินการ)

การติดตามประเมินผล (การเยี่ยมชมเสริมพลัง) การจัดการความรู้ รวมทั้งการพัฒนาสมรรถนะแกนนำระดับอำเภอในการบริหารจัดการคุณภาพ มีความจำเป็นในการพัฒนาระบบคุณภาพด้านบริการปฐมภูมิ (PCA) และเป็นการสนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งเป็นจุดแข็งและปัจจัยเอื้อของพื้นที่ในด้านทุน และ ทรัพยากรที่สำคัญ หากมีการนำเข้าสู่ข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพสะท้อนกลับไปยัง อปท. คาดว่าการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการบริการปฐมภูมิในทุกกลุ่มวัยจะเกิดความสำเร็จหรือนวัตกรรมเพิ่มมากขึ้น

๒.๒ ระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

๒.๒.๑ การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพลดลง

การส่งออกนอกเขตสุขภาพทำในกรณีเฉพาะโรคที่ไม่มีการจัดบริการในเขต เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจที่มีความซับซ้อนทั้งเด็กและผู้ใหญ่ โรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อกลุ่มโรคตาเฉพาะที่ยุ่ยากซับซ้อน การส่งออกนอกเขตในภาพรวมลดลงร้อยละ ๑๘.๑๖ มีบางจังหวัดที่มีการส่งออกในช่วง ๘ เดือน ของปี ๒๕๕๘ เพิ่มขึ้นเทียบกับปี ๒๕๕๗ คือ จังหวัดระนองเพิ่มขึ้น ๙ ราย (ร้อยละ ๕๘) ชุมพรเพิ่มขึ้น ๒๖๖ ราย (ร้อยละ ๑๑.๘) ปัจจัยที่พบว่ามีผลต่อการส่งออกมากที่สุดคือ ด้านขาดบุคลากร รองลงมาเป็นเรื่องความสะดวกในการเดินทาง

สาขามะเร็ง เป็นสาขาที่มีการส่งออกมากที่สุดใน ๑๐ อันดับต้นๆ คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๔ ของการส่งออกทั้งหมด โดยแยกเป็น ร้อยละ ๕ เป็นมะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ทั้ง มะเร็งรังไข่ มะเร็งเยื่อบุมดลูกและมะเร็งปากมดลูก รองลงมาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ร้อยละ ๓.๑๓) มะเร็งตับ (ร้อยละ ๑.๗๓) มะเร็งนาโซฟาริงค์ (ร้อยละ ๑.๕๑) มะเร็งเต้านมไม่มีการส่งออกนอกเขต สามารถรักษาได้ในเขตจนถึง Reconstructive surgery (ทำที่โรงพยาบาลพังงาได้ด้วย)

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีการส่งต่อผู้ป่วยในสาขามะเร็งจำนวนมาก แสดงถึงประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยและอาจเป็นเพราะมีความชุกของโรคมกด้วย รองลงมาเป็นจังหวัดสุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง ภูเก็ต กระบี่ และพังงา ข้อมูลเหล่านี้จะส่งป้อนกลับให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด นำไปวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อพัฒนางานต่อไป

ตัวชี้วัดหลัก สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะที่ ๑ และ ๒ ปี ๒๕๕๘ (ตุลาคม ๕๗-มิถุนายน ๕๘) มากกว่า ร้อยละ ๗๐

ผู้ป่วย	ทั้งหมด (ราย)	ผู้ป่วยระยะที่ ๑ และ ๒	สัดส่วน
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	๑๕๑	๙๑	๖๐ %
ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	๑๖๐	๖๙	๔๓ %

สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาขาที่ส่งออกนอกเขตเป็นอันดับสอง รองจากสาขามะเร็ง โรงพยาบาลที่ส่งไปมี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลโรคทรวงอก โรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลเอกชนบางส่วน (ในกรณีฉุกเฉิน เฉพาะผู้ป่วยสิทธิ์หลักประกันสุขภาพ และมีสิทธิ์อื่นที่มีศักยภาพในการจ่ายเงินได้)

ในปัจจุบันทุกจังหวัดขยายการให้ยา Streptokinase ไปยัง รพช. M๒ ทุกจังหวัด รพช. F๑-F๒ ในจังหวัดกระบี่ ระนอง และ ชุมพร ยังไม่ได้เริ่มในการให้ยา Streptokinase จังหวัด กระบี่ ภูเก็ต ระนอง มีอัตราผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ค่าเฉลี่ยการเสียชีวิตในภาพรวมเขตสุขภาพ เท่ากับร้อยละ ๑๑.๖

สาขาอุบัติเหตุ ศักยภาพของทุกจังหวัดมีศักยภาพระบบประสาท ยกเว้น พังงา ระนอง แต่ทุกจังหวัดมีเครือข่ายที่สามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองได้อย่างปลอดภัย การทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ และระบบการให้คำปรึกษาผ่านเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ การใช้บริการ ๑๖๖๙ ของประชาชน การประสานงานกับกู้ภัย การเคลื่อนย้ายภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และการช่วยเหลืออย่างถูกวิธี ทันเวลา การส่งต่อที่ปลอดภัย ส่งผลให้อัตราตายในภาพรวมลดลง

สาขาทารกแรกเกิด มีการจัดบริการไว้เพียงพอในแต่ละโซน ปัจจุบันในเขตมีจำนวนเตียง NICU ดังนี้ จังหวัดชุมพร มีจำนวน ๘ เตียง พังงา มีจำนวน ๑๐ เตียง โรงพยาบาลกระบี่ มีจำนวน ๘ เตียง โรงพยาบาลระนอง มีจำนวน ๖ เตียง โรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต มีจำนวน ๘ เตียง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีจำนวน ๑๖ เตียง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวน ๑๗ เตียง (โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ๑๐ เตียง โรงพยาบาลทุ่งสง ๔ เตียง โรงพยาบาลท่าศาลา ๒ เตียง โรงพยาบาลสิชล ๑ เตียง) รวมจำนวนเตียงทั้งเขตเป็น ๗๓ เตียง จากที่ควรมีเทียบกับจำนวนการคลอด ๑๑๓๓ เตียง

คณะที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการ

๓.๑ การบริหารการเงินการคลัง

๓.๑.๑ ประสิทธิภาพของการบริหารการเงิน สามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ หน่วยบริการที่มีปัญหาวิกฤตระดับ ๗ มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๔ โรงพยาบาล จากทั้งหมด ๗๖ โรงพยาบาล หรือคิดเป็น ร้อยละ ๑๘.๔๒ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า จังหวัดที่มีปัญหามากที่สุดได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาเรื้อรัง มีทุนสำรองสุทธิเป็นลบ เนื่องจากมียอดหนี้ค้างชำระสะสมเดิมกับ รพช. สุราษฎร์ธานี ได้แก่ โรงพยาบาลเวียงสระ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ โรงพยาบาลท่าโรงช้าง (โรงพยาบาลระดับ M๒ ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนา) โรงพยาบาลบ้านตาขุน โรงพยาบาลวิภาวดี (โรงพยาบาลที่มีประชาน้อย) และโรงพยาบาลเคียนซา โรงพยาบาลพระแสง

๓.๑.๒ หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ (ไม่เกินร้อยละ ๒๐) พบว่ามีหน่วยบริการรวม ๑๙ แห่งจาก ๗๖ แห่ง ที่มีต้นทุนบริการต่อหน่วยสูงกว่าค่าเฉลี่ย โดยค่าเฉลี่ยต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกต่อหน่วย สูงกว่าค่าเฉลี่ย รวม ๑๐ แห่ง หน่วยบริการที่มีค่าเฉลี่ยต้นทุนบริการผู้ป่วยในต่อหน่วย สูงกว่าค่าเฉลี่ย รวม ๖ แห่ง และหน่วยบริการที่ต้นทุนบริการสูงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำนวน ๓ แห่ง (ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลป่าตอง และโรงพยาบาลเกาะยาว)

บางจังหวัด ยังไม่ได้นำข้อมูลต้นทุนบริการโดยวิธี Quick Method มาวิเคราะห์เพื่อวางแผนแก้ปัญหาและมีความผิดพลาดในระบบบันทึกบัญชี ความล่าช้าในการส่งข้อมูลบริการผู้ป่วยใน ทำให้ค่า unit cost ผิดพลาดได้

๓.๒ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

๓.๒.๑ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพ สมเหตุสมผล และมีจริยธรรม ภาพรวม ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯ เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑.๑๐ (เกณฑ์ลดลงร้อยละ ๑๐) โดยจังหวัดที่มี ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯ ลดลงตามเกณฑ์ ได้แก่ จังหวัดระนอง ลดลงร้อยละ ๑๕.๙๖ ลดลงไม่ถึงเกณฑ์ ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต จังหวัดกระบี่ และจังหวัดชุมพรจังหวัด ลดลงร้อยละ ๗.๒๐ , ๒.๒๑ และ ๐.๘๘ ตามลำดับ และ จังหวัดที่มีต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯ เพิ่มขึ้น ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดพังงา และจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘.๖๕ , ๕.๐๒ และ ๑.๓๗ ตามลำดับ

การจัดซื้อพร้อมด้านยา ภาพรวม เขตสุขภาพที่ ๑๑ คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕๓ ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ฯ ทั้งหมด โดยที่ส่วนใหญ่การจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ฯ ได้ตามเกณฑ์ (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๓๐) ส่วนจังหวัดระนอง และจังหวัดสุราษฎร์ธานี มูลค่าจัดซื้อพร้อมได้ร้อยละ ๒๘.๕๕ , ๒๘.๒๔ ตามลำดับ

การจัดซื้อพร้อมด้านวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ สามารถดำเนินการผ่านเกณฑ์ได้ ๖ จังหวัด ร้อยละ ๕๕.๔๙ นับว่าผ่านเกณฑ์ชี้วัด จังหวัดที่สามารถดำเนินการได้สูงสุด คือ จังหวัดพังงา (ร้อยละ ๗๒.๐๔) จังหวัดที่ดำเนินการได้น้อยสุดคือภูเก็ต ร้อยละ ๓๒.๘๖

การจัดซื้อพร้อมด้านเวชภัณฑ์มีใช้ยา จังหวัดที่สามารถดำเนินการผ่านตัวชี้วัดได้ ๓ จังหวัด คือ จังหวัดกระบี่ ร้อยละ ๓๕.๗๐ จังหวัดระนอง ร้อยละ ๓๑.๐๐ และ จังหวัดพังงา ร้อยละ ๓๔.๙๗ ส่วนจังหวัดภูเก็ต ชุมพร นครศรีธรรมราช และ สุราษฎร์ธานียังไม่สามารถดำเนินการผ่านตัวชี้วัดได้

๓.๓ ธรรมภิบาล

๓.๓.๑ การเสริมสร้างวินัยและคุณธรรม ด้านการส่งเสริมป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ

ในเขตสุขภาพที่ ๑๑ ได้จัดทำแผนเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานทุกระดับ พบว่าผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับ ๓ จำนวน ๕ แห่ง คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ระนอง กระบี่ พังงา และภูเก็ต ระดับ ๔ จำนวน ๒ แห่งคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนผลการดำเนินการของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป พบว่า การดำเนินการระดับ ๒ จำนวน ๑ แห่งคือ โรงพยาบาลเกาะสมุย ระดับ ๓ จำนวน ๖ แห่ง โรงพยาบาลชุมพร เขตอุดมศักดิ์ กระบี่ ระนอง พังงา วชิระภูเก็ต และ โรงพยาบาลตะกั่วป่า ระดับ ๔ จำนวน ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

๓.๓.๒ เสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีแนวทางดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม

ทุกหน่วยงานที่มีการดำเนินงานพัฒนา “โรงพยาบาลคุณธรรม” เพิ่มขึ้น ซึ่งในการประเมินระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม พบว่า หน่วยงานสาธารณสุขในเขตที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โรงพยาบาล ๗๕ แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๗ แห่ง รวมทั้งหมด ๘๒ แห่ง มีการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม จำนวน ๖๓ แห่ง โดยมีการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม อยู่ในระดับ ๑ จำนวน ๓๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๐๒ ระดับ ๒ จำนวน ๒๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๓๙ ระดับ ๓

จำนวน ๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙.๗๕ ระดับ ๔ จำนวน ๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓.๖๖ สรุปผลการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรมในเชิงปริมาณคิดเป็นร้อยละ ๗๖.๘๒

๓.๓.๓ การพัฒนาและจัดระบบบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ การตรวจสอบภายใน

จังหวัดมีการนำผลการวิเคราะห์มาจัดทำแผนการตรวจสอบโดยกำหนดประเด็นที่มีความเสี่ยงเป็นประเด็นสำคัญ จัดทำแผนการปฏิบัติงาน (Engagement Plan) ดำเนินการออกรายงานผลการตรวจสอบครบทุกหน่วยงานตามแผนตรวจสอบที่กำหนด ครบทุกจังหวัด และรายงานผล รอบ ๖ เดือนส่งกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว

๓.๓.๔ การแก้ไขปัญหาการทุจริต ประพฤติมิชอบ

การแก้ไขปัญหาปฏิบัติงานผิดพลาด ถูกหักท้วง ถูกสอบสวน ถูกลงโทษทางวินัย

๑. ด้านการลงโทษ ไม่มีเรื่องการกระทำผิดวินัยเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง การเงิน และการบัญชี และเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล

๒. ด้านจัดซื้อจัดจ้าง มีการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบฯ และหลักเกณฑ์ที่กำหนด

๓. ด้านการเงินและบัญชี มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการเงินและการบัญชี

๔. ด้านการบริหารงานบุคคล มีการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เกี่ยวกับการบริหารบุคคล

คณะที่ ๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

๔.๑ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การพัฒนาาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของทั้ง ๗ จังหวัดดำเนินการได้เป็นอย่างดีเป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัดทั้ง ๕ ตัวชี้วัดได้แก่การมีคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต และระดับจังหวัดดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนด เกือบร้อยละเสริมไอโอดีเอ็น ๓ สถานที่ผลิต ผ่านมาตรฐาน การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริมและสถานพยาบาล ผิดกฎหมาย ได้รับการจัดการ คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงาม ได้รับการตรวจมาตรฐาน และเรื่องร้องเรียนคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับดำเนินการตามกฎหมาย

นอกจากนั้นได้มีนวัตกรรมการพัฒนาาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการประสานสร้างความร่วมมือกับภาคี เครือข่าย กสทช. และผู้ประกอบการสถานีวิทยุ ในการจัดการปัญหาเรื่องโฆษณาที่ผิดกฎหมาย การวางแผนแก้ไขปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชนด้วยตนเองโดยภาครัฐให้การสนับสนุนและการนำร่องร้านชำในหมู่บ้าน จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกกฎหมายทุกรายการ

๔.๒ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) ดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่และแนวทางที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้จัดทำคำสั่งเรียบริ้อยแล้วทุกจังหวัด มีการประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัดแล้ว และอยู่ระหว่างการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพเพื่อนำเสนอและชี้ประเด็นปัญหาของจังหวัดต่อ อสจ. และมีนวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง เช่น จังหวัดกระบี่โครงการสาธารณสุขรวมใจลดโลกร้อนฯ GREEN & CLEAN น้ำประปาดื่มได้กรมอนามัย จำนวน ๔ แห่ง คือ เทศบาลตำบลแหลมสัก อำเภออ่าวลึก, เทศบาลตำบลสินปุน อำเภอเขาพนม, โรงพยาบาลคลองท่อม อำเภอคลองท่อม และโรงพยาบาลอ่าวลึก อำเภออ่าวลึก

สรุปประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ดังนี้

๑. พัฒนาคุณภาพและฐานข้อมูล ระบบ M&E เร่งรัดการจัดการความรู้ พัฒนาภาคประชาสังคมให้เข้มแข็ง (ชมรมคุณภาพ/ตำบลLTC) จัดหาคู่มีผู้สูงอายุให้ครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย หาช่องทางสื่อเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ได้แก่ Social network และช่องทางอื่นๆ

๒. การพัฒนาสนับสนุนการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ซึ่งเป็นจุดสำคัญในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่โดยเฉพะบทบาทการเป็นผู้จัดการระบบสุขภาพ (System Manager) ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๓. การเพิ่ม CMI ของหน่วยบริการมาจากการเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยบริการนั้นๆ หรือรับการส่งกลับผู้ป่วยที่ได้ส่งไปรักษายังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าการพัฒนา โรงพยาบาล F๒ และ F๓ ในเขตให้มีศักยภาพเหมาะสม เพื่อเพิ่มคุณค่าให้ผู้ดูแลใน รพช. และการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมของผู้ป่วย

๔. ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนประมาณการรายได้ค่าใช้จ่าย ประจำปี สนับสนุนให้มีกระบวนการทำงานที่ต่อเนื่องโดยความร่วมมือจากทุกฝ่ายเพื่อให้มีการนำแผนมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารและมีการประเมินผลทุกไตรมาส

๕. CFO ระดับจังหวัดต้องวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินการคลังและประเมินผลการดำเนินงานตาม (Plan Fin) อย่างสม่ำเสมอ วางแผนควบคุมค่าใช้จ่ายผันแปร Forecast รายรับรายจ่ายทุกกลางไตรมาส เพื่อเฝ้าระวังปัญหาที่จะเกิดขึ้น (Early Detection) และรายงานที่ประชุมจังหวัดทุกเดือน

๖. ควรนำค่าต้นทุนการรักษาต่อหน่วย (cost per OP visit) มาเป็นตัวชี้วัดในการตรวจราชการด้วย น่าจะสะท้อนประสิทธิภาพในการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ได้ดีกว่า

สรุปโดยภาพรวม ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๑ ได้ดำเนินงานตอบสนองนโยบายการตรวจราชการและนิเทศงานได้ครบถ้วน ผลการดำเนินงานได้เหมาะสม ส่วนผลงานที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย จังหวัดมีแผนงาน / โครงการในการเร่งรัด ที่เป็นรูปธรรม คาดว่าสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๕๘ สามารถดำเนินงานได้ผ่านเกณฑ์กระบวนการครอบคลุม ทุกตัวชี้วัด และส่งผลให้ประชาชน มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

.....

เขตสุขภาพที่ ๑๒

จังหวัดปัตตานี จังหวัดสตูล จังหวัดสงขลา จังหวัดตรัง
จังหวัดพัทลุง จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาส

บทสรุปผู้บริหาร

ตามกรอบวิสัยทัศน์แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ ที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม ได้ให้ความสำคัญกับการกำหนดทิศทางการพัฒนาที่มุ่งสู่การเปลี่ยนผ่านประเทศไทยเพื่อนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ระยะยาว “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ของประเทศ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพประชาชนทุกช่วงวัย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม มุ่งเน้นการบริการทางสังคมมีคุณภาพและมีการกระจายอย่างทั่วถึง

กระทรวงสาธารณสุข มีการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ที่มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพทุกระดับในพื้นที่ให้เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการ ภายใต้หลักการ/แนวคิด “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) ที่แบ่งเป็น ๑๒ เขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการบริหารจัดการรวมเพื่ออุดช่องโหว่และลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะการกระจายทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีกลไกสำคัญคือ กลไกการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ (District Health System: DHS) ซึ่งถือเป็นจุดคานงัดของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จะขับเคลื่อนสร้างความเข้มแข็งและสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพภายใต้ความละเอียดอ่อนของความแตกต่างด้านวิถีชีวิต บริบท ความเชื่อ สังคม วัฒนธรรม และประเพณี อันเป็นโจทย์สำคัญที่มุ่งหาคำตอบในแต่ละพื้นที่ที่ไม่เหมือนกัน

สรุปผลการดำเนินการในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๑๒ พบว่า มีการบริหารจัดการและสร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขต แทนการกระจุกตัวในส่วนกลาง ใช้ระบบการบริหารจัดการร่วมกันแบบมีส่วนร่วมในรูปแบบโครงสร้างคณะทำงานพัฒนาระบบบริการ ๑๒ คณะทำงานและ ๕ กลุ่มวัย เพื่อลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย และลดการส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขต ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้ปฏิรูปประเทศไทยและนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทุกกลุ่มวัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นการอภิบาลแบบเครือข่าย โดยมีแผนงาน/โครงการรองรับการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทั้งการเงิน การคลัง กำลังคนและข้อมูลสุขภาพ และมีระบบการกำกับติดตามงาน โดยคณะกรรมการและคณะทำงานเขตสุขภาพเพื่อเป้าหมายประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่แข็งแรง

ในระดับพื้นที่ ความร่วมมือ “โรงพยาบาลพี่-โรงพยาบาลน้อง” ที่เกิดขึ้นระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โดยมีการสร้างระบบพี่เลี้ยง (Mentoring) เพื่อพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถให้การรักษาดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น รวมถึงพัฒนาศักยภาพในการให้คำปรึกษาแบบระยะสั้นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตลอดจนมีการพัฒนาศักยภาพการทำหัตถการในการผ่าตัดไส้ติ่งและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ฯลฯ ถือเป็นจุดแข็งของความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการร่วมในระดับพื้นที่และเขตสุขภาพที่ ๑๒

ช่องว่าง - โอกาสในการพัฒนาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. นโยบายและแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ระดับกระทรวง พบว่า นโยบายและแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ยังขาดการวางแผนระยะยาว การจัดทำแผนผังทางเดิน (Road Map) การจัดทำยุทธศาสตร์กำหนดทิศทาง สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการดำเนินงานให้เกิดความต่อเนื่อง

ระดับเขต พบว่า การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ยังขาดรูปธรรมของความเชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการปฐมภูมิ เชื่อมกับระบบบริการระดับอำเภอ และระบบบริการสุขภาพระยะยาว ขาดการบูรณาการภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงต่างๆ และหน่วยงานวิชาการในพื้นที่ เข้ามาช่วยในการมองภาพรวมของปัญหาสุขภาพ เพื่อเป้าหมายการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้ตรงจุด

ทั้งนี้ ๓ ประเด็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่เห็นควรเสนอเป็นแผนพัฒนาระบบบริการระดับเขต ในปี ๒๕๕๙ เพื่อจัดระบบบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ได้แก่ ประเด็นปัญหาแม่ตาย โรคหัวใจ โรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง

๒. ปัญหาสุขภาพสำคัญยังไม่บรรลุต่อเป้าหมาย

งานสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ยังคงเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นในระดับพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๒ มาอย่างยาวนาน ระดับเขตควรพลิกปัญหาให้เป็นโอกาส ประกาศให้ “การลดอัตราการตายมารดา” เป็นวาระเขตที่เน้นการบริหารวิชาการร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเร่งศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสร้างองค์ความรู้ที่จำเป็นอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบท รวมถึงกำหนด Road Map และแผนงานรองรับเพื่อการบริหารจัดการ (คน เงิน ของ) แก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้หลายประเด็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ไม่บรรลุต่อเป้าหมาย พบช่องว่างที่รอภาวะการนำของผู้บริหารในการบริหารจัดการเพื่อตอบสนองการแก้ไขปัญหาคือ ขาดการนำตัวอย่างที่ดี (Best Practice) ในพื้นที่ มาใช้เป็นกรณีศึกษาเพื่อเรียนรู้และขยายผลในระดับเขตต่อไป

๓. ปัญหาความถูกต้องและสมบูรณ์ของฐานข้อมูลสุขภาพ

ข้อถกแถลงจากเวทีสรุปผลการตรวจราชการ พบประเด็นความเที่ยงตรงของข้อมูลจากการรายงานผลในระบบ ๔๓ แฟ้มและข้อมูลในระดับพื้นที่ ที่ไม่สามารถยืนยันความถูกต้องได้อย่างสอดคล้องกัน

ระดับเขต และระดับจังหวัด ควรกำกับ ติดตามและส่งเสริมให้ทุกหน่วยบริการมีการจัดการข้อมูลในระบบ ๔๓ แฟ้มอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อให้ระบบทั้งหมดมีความพร้อมในการใช้งานและเชื่อถือได้สำหรับเป็นเครื่องมือเพื่อการวัดผลผลิต และเครื่องมือวัดคุณภาพของระบบบริการ

๔. ปรับการบริหารจัดการระบบการตรวจราชการ

การตรวจราชการกระทรวงในช่วงรอบปีที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่สามารถผลักดันและบริหารจัดการให้หน่วยงานในส่วนกลาง ดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของแนวคิดการตรวจราชการได้อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะควรเร่งหาทางออกเพื่อขจัดเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคให้สำเร็จ และเพื่อลดภาระของบุคลากรในพื้นที่ที่ต้องทำ ๒ บทบาท คือ ร่วมหนุนเสริมเป็นทีมตรวจราชการและเป็นหน่วยงานรับตรวจระดับพื้นที่ไปพร้อมๆ กัน

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

๑. กลุ่มแม่และเด็กปฐมวัย (๐ - ๕ ปี)

กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ผลการดำเนินงานภาพรวมอัตราตายมารดาเขต ๑๒ ในภาพรวมเขต อัตราส่วนการตายของมารดาสูงกว่าเป้าหมายคืออัตราส่วนการตายของมารดา อยู่ที่ ๔๖.๙๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ จังหวัดที่มีการตายสูงสุดคือจังหวัดสงขลา ๕ คน แต่เมื่อเทียบอัตราตายต่อการเกิดมีชีพแสนคนสูงสุดคือจังหวัด ตราด ๑๐๙.๑๑ รองลงมาคือพัทลุง ยะลา สงขลาตามลำดับ มีเฉพาะจังหวัดสตูลที่ไม่มีรายงานการตายของ มารดา ส่วนในเด็กปฐมวัยประเด็นการตรวจพัฒนาการเด็กยังคงเป็นปัญหาคือการตรวจพัฒนาการในเด็กอายุ ๑๘,๓๐ เดือนได้รับการตรวจพัฒนาการยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนของผู้ปฏิบัติงานระดับ รพ.สต.ที่เปลี่ยน ผู้รับผิดชอบงาน ระบบส่งต่อเด็กสงสัยพัฒนาการไม่สมวัยยังไม่ชัดเจน ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพส่วนใหญ่ด้าน ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ ๔๒.๐๓ (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐.๐) การดำเนินงานในกลุ่มสตรีและเด็ก ควรคืนข้อมูลงาน MCH ให้แก่เครือข่ายในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต.สภาสันติสุข ที่มีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่เป็นกรรมการ เพื่อบริณาการการแก้ไขปัญหา ร่วมกันให้ เครือข่ายเข้ามีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ MCH โดยเฉพาะในระดับอำเภอ โดยให้เข้าร่วมในบางวาระที่ ต้องการให้เครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและมีการทบทวนระบบส่งต่อเด็กที่พัฒนาการไม่สมวัยให้ เป็นไปในทิศทางเดียวกันและฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

๒. กลุ่มวัยเรียน (๕ - ๑๔ ปี)

ปัญหาสำคัญ/ความเสี่ยงร่วมในภาพรวม ๗ จังหวัดที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามนโยบาย คือ ข้อสังเกตภาวะโภชนาการย้อนหลัง ๓ ปี (ตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗) พบว่า ๑) เด็กน้ำหนักเกินและอ้วนมี แนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกจังหวัด ๒) ปัญหาภาวะฟันผุยังคงมีทุกจังหวัดแม้จะมีแนวโน้มลดลงโดยเฉพาะจังหวัด นราธิวาส ปัตตานีและยะลา ๓) โครงการที่ดำเนินการในแต่ละจังหวัดยังไม่สามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงส่วน ใหญ่จะเป็นเรื่องของอาการอหิวาตกโรคและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

๑. จังหวัดควรสนับสนุนให้ระดับพื้นที่มีการทำงานร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เสี่ยง เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการจัดกิจกรรมหรือแนวทางการแก้ไขปัญหา

๒. ควรมีการคืนข้อมูลกลับในเวทีประชาคมชุมชนเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจ (Health literacy) และการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทั้งในด้านมาตรการทางสังคม /ข้อกำหนดท้องถิ่น รวมถึงกฎหมายเพื่อคุ้มครอง ผู้บริโภคในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอาหารและสิ่งแวดล้อม

๓. กลุ่มวัยรุ่น (อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี)

การคลอดมีชีพและการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

อัตราการคลอดมีชีพมีค่าเฉลี่ย ๒๒.๕๑ และเมื่อแยกรายจังหวัดยังไม่มีจังหวัดใดที่เกินค่า เป้าหมายจังหวัดที่มีอัตราการคลอดสูงและยังต้องติดตามใกล้ชิดได้แก่ จังหวัดสตูล ๓๓.๒๑ จังหวัดสงขลา ๓๐.๘๔ ส่วนจังหวัด ยะลา ตรัง พัทลุง นราธิวาส ปัตตานี ปัญหาบ่อย แต่ยังคงเฝ้าระวัง

การคลอดซ้ำ มีค่าเฉลี่ยร้อยละ ๒๑.๐๐ มีตั้งครรถ์ซ้ำสูงกว่าค่าเป้าหมายในทุกจังหวัด จังหวัดที่ มีการคลอดซ้ำ ๓ ลำดับแรก คือจังหวัดสตูล ยะลา ตรัง คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘๒, ๒๑.๘๖ และ ๒๐.๒๑ เนื่องจากวัฒนธรรมของท้องถิ่นมีผลต่อการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวของวัยรุ่น ยอมรับการทำงานเร็ว จึงพบว่าส่วนใหญ่เป็นครรถ์พึงประสงค์ อยู่นอกระบบการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

๑. ตัวเลขแสดงเพียงการคลออดมีชีพเท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึงปัญหาทั้งหมด ปัญหาเรื่องการทำแท้งจึงยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญและเก็บข้อมูลต่อไป

๒. จัดทำข้อมูลการคลอด อัตราการคลอดซ้ำ/การตั้งครรภ์ซ้ำ และร้อยละของปัญหาแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอดที่เป็นปัจจุบันเพื่อสะท้อนปัญหาแก่ภาคีเครือข่ายให้เกิดความตระหนัก

๓. นโยบายระดับกระทรวงควรบูรณาการร่วมกัน เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องการสอนเพศศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมและสังคมไทย และเริ่มตั้งแต่ประถมศึกษาตอนปลาย

๔. ควรมีแนวปฏิบัติแก่พื้นที่ที่เป็นรูปธรรมในการดูแลเรื่องการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

๕. พัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน(YFHS) เพิ่มขึ้นให้ครบทุกโรงพยาบาลโดยควรมีรูปแบบคลินิกนอกสถานบริการเพิ่มมากขึ้นและครบวงจร เพื่อการเข้าถึงของวัยรุ่นทั้งในและนอกระบบ

๖. สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธ์

ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะใช้บุหรี่ สุราและยาเสพติดเพิ่มขึ้นจากข้อมูลปี ๒๕๕๔ พบว่า จังหวัดสตูล ปีตตานี ตรัง ติดอันดับการใช้บุหรี่สูงสุดติดอันดับ ๑ ใน ๑๐ ของประเทศ (ข้อมูลรวมในทุกกลุ่มวัย)

ข้อเสนอแนะ

๑. ทุกจังหวัดควรกำกับการประเมินและเก็บข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆของวัยรุ่นและวางแผนบูรณาการงานร่วมกันให้ครอบคลุมในกลุ่มปัญหาวัยรุ่น

๒. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการให้คำปรึกษาและการปรับพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่น ในคลินิกวัยรุ่น/psychosocial clinic

๔. กลุ่มวัยทำงาน วัยรุ่น (อายุ ๑๕ – ๕๙ ปี)

อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีแนวโน้มสูงขึ้นเกือบทุกจังหวัด ผลการควบคุมน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยร้อยละ ๓๑ ยกเว้นจังหวัดพัทลุง ร้อยละ ๔๐.๙๐ ส่วนผลการควบคุมความดันโลหิตได้ดีเฉลี่ยร้อยละ ๓๘ สำหรับผลประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ พบว่า โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรอง จำนวน ๒๘ แห่ง จากทั้งหมด ๒๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๕๕ ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลปะเหลียน เนื่องจากยังไม่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้ตามแนวทาง chronic care model โดยขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อนำไปกำหนดทิศทาง/นโยบาย/เป้าหมายของการให้บริการ และสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ และไม่มีคณะทำงาน NCD ที่ใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ

อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่ดำเนินการครอบคลุม ๓ มาตรการ ได้แก่ มาตรการบริหารจัดการข้อมูล อุบัติเหตุทางถนนและการเฝ้าระวัง มาตรการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอผ่าน (DHS) และ มาตรการการตอบสนองหลังเกิดเหตุ/รักษาพยาบาล ยกเว้น จังหวัดยะลาและปีตตานี ที่มีการดำเนินงานน้อย ในเรื่องการสนับสนุนให้อำเภอสอบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน กรณีที่มีการเสียชีวิตทุกราย นอกเหนือจากเกณฑ์ของสำนักกระบาดวิทยา รวมทั้งการคืนข้อมูลแก่พื้นที่/ชุมชน

๕. กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ

เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีการกระจายตัวผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นโดยมีกลุ่มสูงอายุประมาณร้อยละ ๑๒-๑๓ ของกลุ่มประชากร แบ่งเป็น ๓ กลุ่มตาม ADL function พบมีกลุ่มสูงอายุติดเตียงประมาณร้อยละ ๐.๕ – ๑ ทุกจังหวัด มีทีมหมอเยี่ยมบ้าน จาก รพช.ร่วมกับ รพ.สต.เข้าเยี่ยมตามวงรอบเฉลี่ยบ้านละ ๒ ครั้งต่อปี หากมีอาการใหม่ที่

ต้องการการรักษาจะมีระบบการนำส่ง รพช. โดยรพช. หรือ การลงพื้นที่โดยแพทย์ใช้ทุนร่วมกับทีมหมอเยี่ยมบ้าน แล้วแต่กรณี การคัดกรองและตรวจร่างกายประจำปีต่างๆ อาศัยทีมหมอเยี่ยมบ้าน และ อสม.เป็นหลัก ในส่วนผู้สูงอายุติดสังคม ทุกจังหวัดได้จัดให้มีกิจกรรมเสริมความสัมพันธ์และกิจกรรมต่อเนื่องเพื่อให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และใช้โอกาสในการเยี่ยมและคัดกรองโรคในกลุ่มผู้สูงอายุไปด้วย

สำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุเรื่อง geriatric syndrome อยู่ในขั้นเริ่มดำเนินการได้ดีในพื้นที่ เช่น ป่าบอน (พัทลุง) อำเภอเมืองนราธิวาส ซึ่งที่พบมากคือข้อเข่าเสื่อม รองลงมาคือสมองเสื่อม ทางสถาบันผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กำลังดำเนินการบรรยายอบรม ให้ความรู้แนวทางการดำเนินการต่อกลุ่มต่างๆ เพื่อรักษาสุขภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จนกว่าจะอายุ ๘๐ ปีโดยไม่เกิดภาวะห่อมบอบบาง (frailty) คาดว่าคงเริ่มดำเนินการและเห็นผลได้ในปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐

กลุ่มผู้พิการในปีนี้นั้นเน้นในกลุ่มความพิการทางการเคลื่อนไหว โดยให้ผู้พิการที่ขาขาดได้รับขาเทียมให้มากกว่าร้อยละ ๙๐ พบว่าในพื้นที่เขต ๑๒ มีโรงงานขาเทียมที่เพียงพอ และมีหน่วยงานฝีมือระดับชาติที่สายบุรี (ปัตตานี) และ รามัน (ยะลา) เนื่องจากช่างเป็นผู้พิการ จึงมีความเข้าใจในผู้พิการด้วยกันดี ด้านอาคารสถานที่ยังมีข้อจำกัดบางจังหวัดที่มีโครงสร้างอาคารเดิมยากแก่การต่อเติมหรือขยาย ช่องทางจึงต้องรออาคารใหม่อยู่เช่นที่ รพท.พัทลุง รพช.ตรัง และ รพช.ยะลา เป็นต้น

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้พิการอยู่ในขั้นการประเมินและวิจัยโดยศูนย์สิทธิธรรม กรมการแพทย์ เพื่อกำหนดเป็นรูปแบบการดำเนินการต่อไป

๖. ระบบควบคุมโรค

จังหวัดชายแดนที่มีช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ มี ๔ จังหวัด ได้แก่ สงขลา นราธิวาส ยะลา และสตูล โดยช่องทางเข้าออกประเทศใน ความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรค ที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ CCAT มีจำนวน ๗ ช่องทาง จากทั้งหมด ๙ ช่องทาง คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๗๘ โดยด่านบูเกะตา และด่านท่าอากาศยานนราธิวาส ยังไม่ผ่านการเกณฑ์การประเมินฯ

ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพได้มาตรฐาน ๕ ระบบ ๕ มิติ ส่วนใหญ่มีข้อมูลที่สามารถหาได้ทั้ง ๕ มิติ แต่ขาดการรวบรวมแบบเป็นระบบ จึงทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ประกอบในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางระบาดวิทยาได้ ทั้งนี้ควรเพิ่มทักษะแก่ผู้รับผิดชอบแต่ละระบบ ในการวิเคราะห์ลักษณะการกระจายตามบุคคล เวลา สถานที่ เพื่อบอกกลุ่มเสี่ยง พื้นที่เสี่ยง รวมถึงการสอบสวนทางระบาดวิทยาเพื่อหาปัจจัยเสี่ยง และควรมีการรวบรวมฐานข้อมูลเป็น data file เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์สถานการณ์

คณะที่ ๒ พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

๒.๑ ระบบบริการปฐมภูมิ

มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานจากการนิเทศงานรอบที่ ๑ มากขึ้น เห็นภาพการใช้กระบวนการ DHS ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในระดับอำเภอเพิ่มขึ้นจากเดิมที่เคยทำในระดับตำบล แต่ยังมีประเด็นที่เป็นความเสี่ยง คือ การบูรณาการ การทำงาน ทั้ง Service plan แผน ๕ กลุ่มวัย ในระดับจังหวัด ยังไม่ชัดเจนพอ พื้นที่ที่ดำเนินการ DHS ไม่ก้าวหน้า จากการที่อำเภอยังไม่เป็นเอกภาพ ทั้งด้านการนำของผู้บริหารระดับอำเภอคือ สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล รวมทั้งการบูรณาการการทำงานในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในภาพรวมอำเภอ รวมทั้ง ขาดการประเมินผลลัพธ์ ทั้งในระดับจังหวัด ถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้ไม่เห็นความก้าวหน้าในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรสร้างความเข้าใจเรื่องกระบวนการ DHS และ FCT แก่ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อการบูรณาการของกลุ่มงานต่างๆ โดยยึดกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก จะทำให้เกิดความง่ายต่อผู้ปฏิบัติระดับพื้นที่

๒. ควรสร้างความเป็นเอกภาพ ของการบริหารงานในอำเภอ กำหนดทิศทางในการพัฒนา ประสานความร่วมมือในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในภาพรวมอำเภอ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน พัฒนา ติดตาม ควบคุมกำกับ ประเมินผล ก่อนการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย

๓. ควรมีระบบประเมินผลการดำเนินงาน โดยเฉพาะการประเมินผลลัพธ์ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ทั้งในระดับจังหวัดอำเภอและตำบล

๔. กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญ มีระบบติดตาม ควบคุมกำกับงานที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น สร้างแรงจูงใจรวมทั้งขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มากขึ้น

๒.๒ ระบบทุติยภูมิและตติยภูมิ

การบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เน้นการลดการส่งออกนอกเขต จากการวิเคราะห์ถึงจำนวน และสาเหตุการส่งออกนอกเขตพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการส่งมายังส่วนกลาง โดยหากแยกการตรวจติดตามตามนัดแล้ว จะเป็นจากสาเหตุเรื่องเกินศักยภาพของโรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์ที่เป็นระดับโรงเรียนแพทย์ในเขต การรอคอยการรักษาที่นานในเรื่องการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ มะเร็ง และการส่งกลับภูมิลำเนาจากสถานการณ์รุนแรงในพื้นที่ ซึ่งเมื่อเทียบกับรายที่ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์จะมีย่อยกว่า ร้อยละ ๑๐

หากพิจารณาว่าการส่งโรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์เป็นการส่งออกนอกเขตแล้ว พบว่าการส่งต่อเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจ มะเร็งที่ต้องใช้รังสีรักษาผู้ป่วยที่ต้องการผ่าตัดรักษา ในกรณีที่ รพศ.ในพื้นที่มีขีดจำกัดทั้งชั่วคราวและขาดแคลนแพทย์ที่สำคัญ ซึ่งหากมีการพัฒนาตามแผนการยกระดับ รพศ.ยะลา และโรงพยาบาลตรัง ให้สามารถเป็นศูนย์หัวใจระดับ ๒ การพัฒนาโรงพยาบาลนาหม่อม เป็นศูนย์รังสีรักษา เสร็จในปี ๒๕๖๑ แล้ว จะสามารถลดการส่งออกมายังโรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์ได้

SP โรคหัวใจและหลอดเลือด

ความตระหนักและ การเข้าถึงบริการหลังจากเกิดอาการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจุบันผู้ป่วยจะเข้ารับบริการเปิดหลอดเลือดได้ทันใน ๓ ชม. มากกว่าร้อยละ ๖๐ ส่วนการเปิดหลอดเลือดมีแนวโน้มในทางการทำ PPCI สูงขึ้น สาเหตุจากความไม่เชื่อมั่นและผลแทรกซ้อนที่พบในพื้นที่ (กรมการแพทย์กำลังผลักดันให้ใช้ยาที่ปลอดภัยมากขึ้น) ทำให้ รพช.ที่ไม่มีศักยภาพเพียงพอ และสามารถส่งต่อเพื่อ PPCI ได้ใน ๖๐ นาที จะไม่เปิดหลอดเลือดด้วย SK นอกจากนั้นการสนับสนุนงบประมาณด้วย UC (สปสช.) ทำให้ลดขีดจำกัดในการทำหัตถการที่โรงพยาบาลเอกชนในหาดใหญ่ได้อีกทางหนึ่ง หลังจากโรงพยาบาลตรังสามารถทำหัตถการด้าน PPCI ได้ ทำให้สามารถลดอัตราการตายจาก STEMI ได้เป็นอย่างดี

หลังจากนั้นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยา warfarin ในพื้นที่ ยังมีปัญหาการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการ warfarin clinic ที่เปิดบริการภายใต้ข้อจำกัดของภาระงานของแพทย์ใน รพช./ รพท. และเครื่องตรวจ INR ที่มีประสิทธิภาพและมีจำกัดในพื้นที่ โดยจำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ สามารถเปิดบริการได้เพียง ๓๒/๗๕ (๔๖.๖๗ %) ซึ่งหากได้รับการสนับสนุนเครื่องตรวจ INR ดังกล่าว จะสามารถขยายได้เป็น ๓๕ แห่ง แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐ ใน รพช.

สำหรับ heart failure clinic ใน เขต ๑๒ มีข้อจำกัดด้านจำนวน อายุรแพทย์หัวใจ ทำให้ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นดำเนินการ ในปัจจุบันมีการเติมเต็มในส่วนอายุรแพทย์หัวใจ ที่ รพศ.หาดใหญ่ ซึ่งจะสามารถดำเนินการได้ดีขึ้น

SP ทารกแรกเกิด

เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีข้อจำกัดด้านการคุมกำเนิดในพื้นที่จากหลักความเชื่อ ทำให้มีอัตราแรกคลอดค่อนข้างสูง หากเทียบกับจำนวนเตียง NICU ที่กำหนดให้มีอัตราส่วน ๑ : ๕๐๐ LB ซึ่งไม่ได้ตามเกณฑ์ แต่อย่างไรก็ดี การเพิ่มจำนวนเตียงให้ได้ตามเกณฑ์ อาจไม่มีความจำเป็นนักเพราะอัตราการครองเตียงค่อนข้างไม่สูงในหลายพื้นที่ ยกเว้นในพื้นที่ รพศ.ยะลา ที่ไม่สามารถขยายได้ในเวลาอันสั้น (รอกการก่อสร้างอาคาร ๒ - ๓ ปี) และการพัฒนาคุณภาพพยาบาลเฉพาะทาง NICU ยังมีความจำกัดมากโดยปัจจุบัน พยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การอบรมตามข้อจำกัด มีประมาณ ร้อยละ ๑๐ เท่านั้น (ยังต้องใช้เวลาอีก ๘ - ๑๐ ปี จึงจะผ่านการอบรมทั้งหมด) รวมทั้งกุมารแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทารกแรกเกิด หรือ ผ่านการอบรม ยังมีจำกัดเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในขณะนี้คือการคงจำนวนเตียงหรือเพิ่มได้เล็กน้อยในส่วนโรงพยาบาลที่มีพื้นที่เพียงพอ (พัทลุง) การพัฒนาขีดความสามารถการ refer back เพื่อสังเกตอาการหรือให้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติใน รพช.ระดับ M หรือ F๑ เช่นที่โรงพยาบาลเบตง สุโขทัย-ลก เป็นต้น

SP มะเร็ง

ปีเน้นการ registration โดยโปรแกรมของสถาบันมะเร็งแห่งชาติโดยเฉพาะในรายใหม่เพื่อการติดตามผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาให้ได้ตามเกณฑ์ และการคัดกรองให้ได้ตั้งแต่ระยะต้นของโรค

การขึ้นทะเบียนมะเร็งถือว่ามีความก้าวหน้าในระดับหนึ่งโดยสามารถขึ้นทะเบียนได้ในทุกจังหวัดแต่ยังมีข้อจำกัดด้านการ staging ทำให้ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นกลุ่ม ระยะต้นๆหรือระยะท้ายมากกว่ากัน และใน รพศ.ที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก เช่น ยะลา หาดใหญ่ การขึ้นทะเบียนยังทำได้จำกัด มี cancer nurse manager จำนวนจำกัด ไม่เพียงพอ หากในปีนี้ทำการขึ้นทะเบียนได้เสร็จและทันต่อผู้ป่วยรายใหม่แล้ว การติดตามผู้ป่วยเพื่อการรักษาน่าจะดีขึ้นมาก (ปัจจุบัน การตรวจชิ้นเนื้อได้ทัน ๑๔ วัน ตามเกณฑ์ และการให้ยาเคมีบำบัดได้ตามเกณฑ์) เมื่อมีการพัฒนาโรงพยาบาลนาหม่อมในพื้นที่ สงขลา พร้อมให้รังสีรักษาแล้ว การลดเวลารอคอยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลาราชชนรินทร์จะสามารถทำได้ดีขึ้นด้วย

ปัญหาหลักคือการคัดกรองมะเร็งเต้านม ที่ต้องพึ่งความสามารถของ อสม. และ รพ.สต.ซึ่งมีศักยภาพน้อย ผิดพลาดได้มาก มะเร็งปากมดลูกที่ถึงแม้จะเป็นปีแรกของ ๕ ปี ของวงรอบการคัดกรองที่ควรจะได้ประมาณ ร้อยละ ๒๐ สามารถทำได้ค่อนข้างจำกัด เนื่องจากความไม่ตระหนักรู้จากจำนวนผู้ป่วยไม่มาก ความอายต่อเจ้าหน้าที่ที่คุ้นเคย ความเชื่อทางศาสนาเรื่องการเปิดเผยร่างกาย ทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่เขต ๑๒ ได้ดำเนินการแล้ว แต่ยังมีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายที่สูงต่อการคัดกรองในหมู่ชน จึงดำเนินการในส่วนญาติที่ใกล้ชิดก่อน และพบว่าตรวจเจอในระยะท้ายมากกว่า เนื่องจากยังมีข้อจำกัดด้านการตรวจคัดกรองอยู่

การพัฒนาการคัดกรองมะเร็งเต้านม นอกจากจะอบรม อสม. และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่เป็นบุคลากรหลักในการคัดกรองแล้ว การคัดกรองเชิงรุกจาก รพท. รพศ. โดยศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ น่าจะมีประสิทธิผลมากกว่า แต่ขณะนี้ข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรศัลยแพทย์ในพื้นที่อยู่ จึงดำเนินการได้อย่างจำกัด

การให้เคมีบำบัดใน รพท./รพศ. แบบ day care ทำได้ดีใน แต่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางของผู้ป่วยและความสะดวกของญาติเป็นข้อจำกัด

SP อุบัติเหตุ

ปีนี้เน้นเรื่องการสอบสวนสาเหตุอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นทุกราย เพื่อการหาปัจจัยที่สำคัญทั้งในส่วนวิศวกรรมจราจร การบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งอยู่นอกเหนือจากความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข แต่ต้องประสานกับจังหวัดเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งทำได้ดีที่ ยะลา ในช่วงเทศกาล ที่ผ่านมา

สำหรับสายการบริการสุขภาพ เน้นการรักษาตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ซึ่งในพื้นที่เสี่ยงยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการ ด้วยข้อจำกัดของรถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นต้นพร้อม FR team ที่ต้องรับการสนับสนุนจากอำเภอ และตำบล จึงพบว่าการใช้บริการ ๑๖๖๙ ในพื้นที่น้อยกว่าที่ควรการส่งผู้ป่วยด้วยยานพาหนะที่มีอยู่จึงยังมีความเสี่ยงกับการเกิดภยันตรายซ้ำซ้อนได้ เห็นควรรณรงค์เรื่องการจำกัดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอุบัติเหตุโดยไม่มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่พร้อมก่อนดำเนินการ

การติดต่อสื่อสาร ด้วยวิทยุ ยังเป็นช่องทางหลัก จึงยังมีข้อจำกัดด้านการรักษาตั้งแต่จุดเกิดเหตุถึงห้องฉุกเฉินอยู่ การเสริมบทบาทด้วยโทรศัพท์ ภาพที่ส่งผ่านโปรแกรมไลน์ และภาพเหตุการณ์สดจากห้องฉุกเฉิน รพช. โดยกล้องผ่าน ระบบ wifi ที่ยะลา ทำได้ดีและช่วยได้มาก หากมีระบบ telecommunication เชื่อมต่อรถพยาบาลกับห้องฉุกเฉินได้ (ปีต๋านี้กำลังจะเริ่มดำเนินการเป็นจังหวัดแรก) จะเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาได้สูงขึ้น

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ EP ที่ รพท./รพศ. ยังมีจำนวนจำกัด ซึ่งหากมีการเติมเต็มในส่วนนี้ให้มีตลอด ๒๔ ชม. น่าจะบริหารจัดการผู้ป่วยอุบัติเหตุได้ดีขึ้น

โดยภาพรวม เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาในพื้นที่โดย รพศ. ที่ทำตัวเป็นพี่เลี้ยงและแบ่งโซนกันให้บริการด้วย node ในจังหวัด สามารถให้บริการได้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ แต่ด้วยความจำกัดด้านอาคารสถานที่ บุคลากรแพทย์ที่สำคัญ พื้นที่เสี่ยงใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ จึงยังมีตัวชีวิตที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์อยู่ ซึ่งหากสามารถกระจายทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง และสำนักความรับผิดชอบแบบเป็นพื้นที่ น่าจะทำให้บริการดีขึ้นและลดผลแทรกซ้อนได้มาก

คณะที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

๓.๑ การบริหารการเงินการคลัง

ประเด็นการตรวจราชการ ๑. ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐)

ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๑๒ ณ ไตรมาส ๒/๒๕๕๘ สามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ได้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ มีโรงพยาบาลที่มีวิกฤติระดับ ๗ จำนวน ๓ แห่ง (จาก ๗๕ แห่ง) คิดเป็นร้อยละ ๓.๙๕ ผ่านเกณฑ์ ลดลงมากเมื่อเทียบกับไตรมาส ๑/๒๕๕๘ ที่มีภาวะวิกฤติ ๑๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๓๓ ทั้งนี้เนื่องจากมีนโยบายให้ใช้แนวทางดำเนินงานเพื่อปรับประสิทธิภาพการบริหารการเงินของหน่วยบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับหน่วยบริการ ระดับจังหวัดและระดับเขตบริการ เน้นกระบวนการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง การควบคุมกำกับแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่ายเป็นแผนดุล การตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพบัญชี การประเมิน FAI ติดตามโรงพยาบาลเป้าหมาย LOI ๒๑ แห่ง และร่วมแก้ปัญหาหน่วยบริการให้พ้นวิกฤติระดับ ๗ อย่างต่อเนื่องและอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการปรับเกลี่ยงบประมาณจ่ายรายหัวระดับเขตและระดับจังหวัด

ประเด็นการตรวจราชการ ๒. หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ (เกินเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๒๐)

ปัญหาสำคัญ/ความเสี่ยงร่วม ๗ จังหวัด ในเรื่องต้นทุนต่อหน่วยบริการ พบว่า ไตรมาส ๒/๒๕๕๘ จำนวนหน่วยบริการที่มีต้นทุน OPD /IPD เกินเกณฑ์เฉลี่ย จำนวน ๓๖ แห่ง (ส่งข้อมูล ๓๕ แห่ง) คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๓๖ ไม่ผ่านเกณฑ์ ไม่แตกต่างจากไตรมาส ๑/๒๕๕๘ มีต้นทุนเกินเกณฑ์เฉลี่ย จำนวน ๓๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๖๗ มีเพียงจังหวัดตรังที่หน่วยบริการมีต้นทุน OPD /IPD อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการทุกแห่ง มีหน่วยบริการที่มีต้นทุนบริการทั้ง OPD /IPD เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ รวม ๖ แห่ง (โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้า อยู่ อำเภอนาทวี, โรงพยาบาลปะนาเระ, โรงพยาบาลไม้แก่น, โรงพยาบาลยะรัง, โรงพยาบาลเจาะไอร้อง,โรงพยาบาลบาเจาะ) ควรร่วมกันศึกษาข้อมูลต้นทุนบริการเชิงลึก โดยใช้เครื่องมือ HGR เปรียบเทียบกับค่ากลางของโรงพยาบาลระดับเดียวกันเพื่อทราบปัญหาที่แท้จริงแต่ละรายการ จัดทำ Modified Full Method รวมถึงให้ความสำคัญกับการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลที่เป็นได้แก่ ข้อมูลบัญชีและข้อมูลบริการให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง น่าเชื่อถือ

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ

๑. จังหวัดควรมีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังตามบริบท และสภาพปัญหา ได้แก่ การปรับเกลี่ยเงิน เหม่าจ่ายรายหัวตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลที่มีประชากรเบาบาง หรือคาดว่าจะขาดสภาพคล่อง ให้เพียงพอ การใช้มาตรการที่ช่วยน้อง เช่น การ refer back ผู้ป่วยกลับไป Admit / ทำกายภาพบำบัด โรงพยาบาลที่มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงสูง ควรใช้ประโยชน์จากอัตราค่าจ้างที่มีอยู่อย่างสูงสุด เป็นต้น

๒. กำหนดมาตรการเพิ่ม Productivity ในโรงพยาบาลที่มี workload น้อย และมีวิกฤติทางการเงินอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนภายใต้การสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่ายคู่พัฒนา และการติดตามกำกับของจังหวัด/เขตสุขภาพ

๓. โรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงและมีปัญหาด้านประสิทธิภาพการบริหารการเงิน ควรให้ความสำคัญต่อการบันทึกข้อมูลคุณภาพบัญชี และข้อมูลบริการที่ถูกต้องครบถ้วน และรักษาวินัยทางการเงินอย่างเคร่งครัด

๓.๒ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

ประเด็นการตรวจราชการ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ สมเหตุสมผล และมีจริยธรรม มุ่งเน้นใน ๕ ประเด็น คือ ๑) การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พ.ศ.๒๕๕๗ ๒) การสั่งใช้ / การใช้ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ๓) จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ๔) การควบคุมต้นทุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ๕) การรายงานและการควบคุม กำกับ การบริหารจัดการฯ

ตัวชี้วัดที่ ๑ : ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯ ของหน่วยงาน (ลดลงร้อยละ ๑๐ เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๗)

ภาพรวมเครือข่ายบริการในระดับเขต ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๐.๖๑ โดยไม่มีจังหวัดใดที่มีต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯลดลงได้ตามเกณฑ์ จังหวัดที่มีต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯ ลดลงแต่ไม่ถึงเกณฑ์ ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาส และจังหวัดตรัง ลดลงร้อยละ ๕.๘๙ , ๓.๑๙ และ ๒.๖๐ ตามลำดับ จังหวัดที่มีต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯ เพิ่มขึ้น ได้แก่ จังหวัดสงขลา จังหวัดพัทลุง จังหวัดปัตตานี และจังหวัดสตูล เพิ่มขึ้นร้อยละ ๖.๖๖ , ๕.๕๘ , ๑.๖๙ และ ๐.๘๖ ตามลำดับ

ตัวชี้วัดที่ ๒ : มูลค่าการจัดซื้อรวมยาและเวชภัณฑ์ฯ ของหน่วยงาน (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ฯทั้งหมด)

ภาพรวม เรื่องมูลค่าการจัดซื้อรวมยาและเวชภัณฑ์ฯ ของหน่วยงานในเขต คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๐๖ ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ฯทั้งหมด โดยจังหวัดที่มีมูลค่าการจัดซื้อรวมยาและเวชภัณฑ์ฯ ผ่านเกณฑ์ เรียงจากมากไปหาน้อย (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐) ได้แก่ จังหวัดพัทลุง จังหวัดปัตตานี

จังหวัดตรัง จังหวัดนราธิวาส จังหวัดสตูล จังหวัดยะลา คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๔๐ , ๓๔.๙๖ , ๓๑.๓๑ , ๒๙.๗๐ , ๒๕.๒๔ และ ๒๑.๔๘ ตามลำดับ สำหรับจังหวัดสงขลา มีมูลค่าการจัดซื้อรวมๆ คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๐๑ ซึ่ง ไม่ผ่านเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ

๑. การลดต้นทุนควรเปรียบเทียบ cost/op visit แทนการลดต้นทุนจากมูลค่า
๒. ควรกำหนดนิยามกลุ่มเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายให้ชัดเจนว่าได้แก่เวชภัณฑ์ประเภทใดบ้าง เพื่อจะทำให้การเก็บข้อมูลไม่ซ้ำซ้อน และมีความครอบคลุมยิ่งขึ้น
๓. กระทรวงสาธารณสุข ควรเร่งการจัดทำราคากลางระดับประเทศของวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยแยกตามขนาดของโรงพยาบาลและ Real cost เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบราคาได้ชัดเจน และมีกฎระเบียบ กฎหมายรองรับการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ร่วมระดับจังหวัดและระดับเขต
๔. ควรกำหนดแนวทางการสั่งใช้และการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์อย่างสมเหตุสมผล (Lab Smart Use) ในระดับประเทศ
๕. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ติดตาม ประมวลผลในโปรแกรมเว็บไซต์ ระบบประเมินผลตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวง จังหวัดและหน่วยบริการ (ซึ่งควรจะแยกวัสดุเป็น ๕ กลุ่มอย่างชัดเจน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ พ.ศ.๒๕๕๗ คือ ยา วัสดุทันตกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์ วัสดุเอกซเรย์ วัสดุการแพทย์อื่นๆ) โดยให้ผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์สามารถเข้าถึงข้อมูล และนำมาใช้ประโยชน์ได้ ทั้งนี้เพื่อลดภาระงาน ได้ข้อมูลที่ต้องการ รวดเร็ว สามารถนำมาแยกวิเคราะห์และพัฒนาได้ตรงจุด

๓.๓ ธรรมนูญ : การบริหารงานตามหลักธรรมนูญ

๓.๓.๑ ด้านการบริหารงานบุคคล

(๑) การเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับในหน่วยงานระดับจังหวัด สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการกระทำผิด

สถานการณ์/สภาพปัญหา

ด้วยพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๘๗ บัญญัติให้ผู้บังคับบัญชามีหน้าที่เสริมสร้าง พัฒนาให้ผู้บังคับบัญชามีวินัย และป้องกันมิให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชากระทำความผิดวินัย และ ก.พ. ได้พิจารณาเห็นว่าผู้บังคับบัญชามีหน้าที่และความรับผิดชอบตามกฎหมายในการรักษาวินัยของผู้อยู่ใต้บังคับบัญชา โดยต้องเสริมสร้าง พัฒนาให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชามีวินัย ป้องกันมิให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชากระทำความผิดวินัย และดำเนินการทางวินัยแก่ผู้กระทำความผิดวินัย และแผนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ ได้กำหนดเรื่องการเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับในหน่วยงานระดับจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการกระทำผิด เป็นประเด็นในการตรวจราชการในหัวข้อธรรมนูญ เพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบ

จากการดำเนินการที่ผ่านมา ทั้ง ๗ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๒ ได้ดำเนินการประชุมชี้แจงและแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการตามที่กระทรวงกำหนด แต่ก็ยังมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ คือ ๑.ความรู้และทักษะของผู้บังคับบัญชา/ผู้บริหารระดับต้น ด้านวินัย คุณธรรม จริยธรรม และการป้องกัน

กระทำผิด ๒.หัวหน้าหน่วยงานระดับอำเภอ มีการติดตามนิเทศงานในแต่ละปี เป็นช่วงระยะเวลาห่างกันนานพอสมควร ไม่ได้ติดตามอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง เป็นเหตุให้ผู้ใต้บังคับบัญชากระทำผิดวินัย ๓.บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังขาดความรู้และขาดความตระหนักในเรื่องวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการกระทำผิด ๔.จำนวนนักกฎหมายตำแหน่งนิติกรและกรอบอัตรากำลังมีไม่เพียงพอ ๕.บุคลากรสายงานอื่นที่มาปฏิบัติงานด้านนิติกร จะไม่มีความก้าวหน้าในการประกอบอาชีพ จึงทำให้ไม่มีผู้สนใจปฏิบัติงานด้านนี้ ๖.การมอบหมายงานไม่ชัดเจน

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

(๑) ความตระหนักของบุคลากรสาธารณสุข ทักษะ ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น/ผู้บริหารที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ถูกร้อง และอัตรากำลังบุคลากรที่รับผิดชอบหลักด้านวินัย คุณธรรม จริยธรรมและการป้องกันการกระทำผิดในระดับอำเภอและจังหวัด รวมถึงการบริหารงานบุคคลให้สอดคล้องกับสภาพการและลักษณะงาน

(๒) หัวหน้าหน่วยงานระดับอำเภอมีการติดตามนิเทศงานในแต่ละปี เป็นช่วงระยะเวลาห่างกันนานพอสมควร ไม่ได้ติดตามอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง เป็นเหตุให้ผู้ใต้บังคับบัญชากระทำผิดวินัย

(๓) บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังขาดความรู้และขาดความตระหนักในเรื่องวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการกระทำผิด ซึ่งเรื่องดังกล่าวเป็นนโยบายที่จำเป็นจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะจะทำให้บุคลากรได้ตระหนักและให้ความสำคัญ อันจะทำให้สามารถป้องกันการกระทำผิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(๔) จำนวนนักกฎหมายตำแหน่งนิติกรไม่เพียงพอ และผู้ที่มีมาปฏิบัติหน้าที่นิติกร ไม่มีความก้าวหน้าในการประกอบวิชาชีพ เนื่องจากไม่สามารถลงตำแหน่งนิติกรได้ เพราะส่วนกลางไม่จัดสรรตำแหน่งให้ จึงทำให้ไม่มีผู้สนใจปฏิบัติงานด้านนี้

(๕) การมอบหมายงานไม่ชัดเจน

(๖) ความไม่เข้าใจระหว่างนิติกรสำนักงานจังหวัดกับนิติกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ข้อเสนอ โอกาสพัฒนาเชิงกลยุทธ์

(๑) ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านวินัยต่อเจ้าหน้าที่ ผู้บังคับบัญชา/ผู้บริหารระดับต้น เพื่อให้ความเข้าใจและเป็นการป้องปรามการกระทำผิดทางวินัยฯ

(๒) ควรเพิ่มบุคลากรทางด้านกฎหมายตำแหน่งนิติกรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อย่างน้อย ๓ ตำแหน่ง เพื่อดำเนินการทางด้านวินัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(๓) ในเรื่องการเสริมสร้างวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการกระทำผิด เป็นนโยบายที่จำเป็นจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะจะทำให้บุคลากรได้ตระหนัก และให้ความสำคัญ อันจะทำให้สามารถป้องกันการกระทำผิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(๔) การมอบหมายงานเพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่นิติกรชัดเจน ตรวจสอบได้ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทางหน่วยงาน ควรมอบหมายตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓.๓.๒ โรงพยาบาลคุณธรรม

ผลการตรวจราชการใน ๗ จังหวัด เขตสุขภาพที่ ๑๒ คือจังหวัดสตูล ตรัง พัทลุง สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส มีการดำเนินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลคุณธรรม ดังนี้

๑. ทุกจังหวัดมีการดำเนินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลคุณธรรม
 ๒. เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินการแต่ละระดับขั้นของความสำเร็จ ๕ ระดับ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ ๓ คือ หน่วยงานประชุมชี้แจงนโยบาย และหาจุดร่วมที่บุคลากรทุกคนตกลงยึดเป็นข้อปฏิบัติในการนำไปพัฒนา”โรงพยาบาลคุณธรรม” แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการ จัดทำแผนเสริมสร้างการบริหาร และพัฒนา”โรงพยาบาลคุณธรรม” หน่วยงานดำเนินการตามแผนเสริมสร้างและพัฒนากการเป็น”โรงพยาบาลคุณธรรม”

๓. จังหวัดสงขลา ตรัง พัทลุง ยะลา นราธิวาส มีการพัฒนาในระดับที่ ๔ ซึ่งวางแผนพัฒนาสู่ระดับที่ ๕ ต่อไป

๔. จังหวัดยะลา และนราธิวาส มีการพัฒนาในระดับที่ ๕ ถือเป็นระดับที่ต้องสร้างแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) และวางแผนสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑. การกำหนดผู้รับผิดชอบตัวบ่งชี้ การดำเนินการโรงพยาบาลคุณธรรมที่ชัดเจน

หากมีการกำหนดผู้รับผิดชอบตัวบ่งชี้การดำเนินโรงพยาบาลคุณธรรมโดยตรง จะทำให้การดำเนินการชัดเจน ติดตามได้ตรง เป็นการเอื้ออำนวยให้บรรลุการเป็นโรงพยาบาลคุณธรรมทุกหน่วยและยั่งยืนต่อไป

๒. ระบบการติดตาม กำกับ การลงนิเทศในพื้นที่ระดับโรงพยาบาล

ยังเห็นไม่ชัดเจนในการนิเทศ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม โดยทั่วไปประสานงานโดยช่องทางอื่น เช่น การโทรศัพท์ การไลน์ E-mail เพื่อขอข้อมูลในกิจกรรมต่างๆ

๓. ความเข้าใจตัวบ่งชี้ เกณฑ์การประเมิน การดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม

การดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรมเป็นสิ่งที่ต้องการให้เกิดทุกภาคส่วนของหน่วยงาน/โรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องชี้แจงทำความเข้าใจให้บุคลากรทุกคนรับทราบ เกิดความตระหนัก อยากทำโดยไม่บังคับ

๔. ระบบการชื่นชม ยกย่องหน่วยงานย่อยหรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานตามแนวโรงพยาบาลคุณธรรม

การดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรมเป็นเรื่องที่แปลงจากนามธรรมมาเป็นรูปธรรม พฤติกรรม การปฏิบัติ หากได้ผลเป็นที่ประจักษ์ หน่วยงาน/โรงพยาบาลควรมีระบบเสริมกำลังใจ ให้รางวัล ชื่นชม ก่อนส่งประกวดในระดับสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

การปรับปรุงแบบรายงานการตรวจราชการการดำเนินงานพัฒนาสู่โรงพยาบาลคุณธรรม (แบบ ตก.๑) ให้สอดคล้องกับเกณฑ์ความสำเร็จโรงพยาบาลคุณธรรม ที่มี ๕ ระดับ ที่ชัดเจน เพื่ออำนวยความสะดวก ติดตาม ทั้งผู้ตรวจและผู้รับการนิเทศ

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. โรงพยาบาลตากใบมีการพัฒนานวัตกรรมในการอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ และการช่วยเหลือผู้ป่วยจนเป็นที่ยอมรับ และได้รับรางวัลระดับประเทศ คือ ชุดอุปกรณ์ส่องสว่าง และพัฒนาต่อยอดเป็นไฟฉุกเฉินจุดลงจอดของเฮลิคอปเตอร์ เป็นต้น

๒. โรงพยาบาลกะพ้อ ได้พัฒนารถเข็นน้ำละหมาดเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการละหมาดที่นอนติดเตียง เคลื่อนย้ายตนเองลำบาก

๓.๓.๓ การตรวจสอบภายใน

ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ของภาคีเครือข่ายตรวจสอบภายในระดับจังหวัด

ขั้นตอนการตรวจสอบภายในประจำปี ๒๕๕๘ ของภาคีเครือข่ายตรวจสอบภายในระดับจังหวัด มี ๕ ขั้นตอน ได้แก่

๑. จัดทำแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ ตามความเสี่ยง สอดคล้องนโยบายสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และความเสี่ยงเพิ่มเติมระดับจังหวัด
๒. จัดทำแผนการปฏิบัติงาน (Engagement Plan) รายหน่วยรับตรวจ
๓. การปฏิบัติงานตรวจสอบ
๔. จัดทำรายงานผลการตรวจสอบภายในตามแนวทางที่กำหนด
๕. สรุปผลการตรวจสอบภายในภาพรวมของจังหวัด

ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน ของภาคีเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

- ความสำเร็จระดับ ๕ ได้แก่ สตูล พัทลุง สงขลา นราธิวาส และยะลา
- ความสำเร็จระดับ ๓ ได้แก่ ตรัง และปัตตานี

ประเด็นความเสี่ยงและปัญหาที่สำคัญ ในระดับเขต

๑. การจัดทำแผนตรวจสอบภายในล่าช้า ทำให้ตรวจสอบได้เพียงปีละ ๑ ครั้ง และไม่สามารถสรุปผลการตรวจสอบภายในภาพรวมของจังหวัด (เชิงผลผลิต และ ผลลัพธ์) พร้อมข้อเสนอแนะปัญหาอุปสรรค เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทันภายในเวลาที่กำหนด คือรอบ ๖ เดือน ภายในวันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๕๘
๒. คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายที่ได้รับแต่งตั้ง มีภาระงานหลักที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ไม่สามารถร่วมตรวจสอบกับคณะได้ครบทุกหน่วยงาน
 ๓. เงินมัดจำประกันสัญญา รพช. ไม่นำฝากคลัง ตามที่ระเบียบกระทรวงการคลังกำหนด
 ๔. รพช. และ รพ.สต. ท่างบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคารไม่ถูกต้องตามระเบียบวิธีการที่กำหนด
 ๕. ขาดการสอบทานเปรียบเทียบยอดลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลระหว่างกันทุกสิ้นเดือน เพื่อพิสูจน์การมีตัวตนอยู่จริงของลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล และการบันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ล่าช้า เช่น สิทธิจ่ายตรง
๖. การตรวจสอบพัสดุประจำปี ไม่ได้ดำเนินการตามที่ระเบียบพัสดุฯ กำหนด คือใช้วิธีการสุ่มตรวจ และ ตรวจสอบเฉพาะรายการที่จัดซื้อในปีงบประมาณ ไม่จัดส่งรายงานผลการตรวจสอบให้ สดง.

โอกาสพัฒนา

๑. การทำแผนการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน ควรจัดทำต้นปีงบประมาณ และมีการกำหนดระยะเวลาชัดเจน เพื่อจะได้ส่งรายงานทันตามเวลาที่กำหนดตามตัวชี้วัด
๒. ส่วนกลางควรกำหนดให้มีกรอบอัตรากำลังตำแหน่งนักวิชาการตรวจสอบภายในระดับจังหวัด และมีการพัฒนาสมรรถนะการตรวจสอบภายในอย่างต่อเนื่อง
๓. ควรมีการจัดทีมในระดับเขต โดยมีคณะกรรมการระดับเขต ระดับจังหวัดของเขตสุขภาพที่ ๑๒ เพื่อออกตรวจสอบภายในพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ ๑๒ ให้ครบทุกจังหวัด
๔. ทุกจังหวัด ควรควบคุม กำกับ ติดตามให้หน่วยบริการ จัดระบบควบคุมภายใน ระหว่างหน่วยเรียกเก็บและงานการเงินให้เป็นระบบ เพื่อเพิ่มระบบการสอบทานในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลให้ข้อมูลถูกต้อง ตรงกัน ส่งผลให้ข้อมูลทางบัญชีมีคุณภาพน่าเชื่อถือ

๓.๓.๔ ด้านแก้ไขปัญหาการทุจริต ประพจน์มิชอบ: การแก้ไขปัญหปฏิบัติงานผิดพลาด

ถูกทักท้วง ถูกสอบสวน ถูกลงโทษทางวินัย

ด้านการลงโทษผู้กระทำความผิด

ทุกจังหวัด มีการดำเนินการตามวิธีการขั้นตอนทั้งมีการสอบสวนผู้กระทำผิดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการทางวินัยมีวิธีการพิจารณาลงโทษผู้กระทำผิดอย่างยุติธรรม หนักเบาตามเหตุแห่งการกระทำผิดและมีการลงโทษหรือดำเนินการทางวินัยอย่างจริงจังรวดเร็ว ยุติธรรมและมีประสิทธิภาพ โดยมีประเด็นความเสี่ยงที่พบคือ ผู้บังคับบัญชา/ผู้บริหารระดับต้นขาดความรู้และทักษะ ด้านวินัยคุณธรรม จริยธรรม และการป้องกันกระทำผิดจึงควรสนับสนุนให้มีการเสริมสร้างศักยภาพด้านความรู้และทักษะจากผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการจัดซื้อจัดจ้าง

จังหวัดโดยส่วนใหญ่ มีการจัดหาพัสดุตามแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีโดยทุกจังหวัดมีขั้นตอนการขอความเห็นจากหัวหน้าส่วนราชการ/ขออนุมัติสั่งซื้อสั่งจ้างจากผู้มีอำนาจเป็นตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับหรือมติ ครม. ที่เกี่ยวข้องไม่มีการแบ่งซื้อ/แบ่งจ้าง โดยลดวงเงินหรือใช้วิธีการจัดซื้อ/จัดจ้างเปลี่ยนไปไม่มีการสัญญา หรือข้อตกลงเป็นหนังสือ มีหลักฐานการตรวจรับและการเบิกจ่ายที่ถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับหรือมติ ครม. ที่เกี่ยวข้องโดยผู้บริหาร มีการควบคุม กำกับ ดูแลให้การจัดซื้อจัดจ้างเป็นไปตามแผนการจัดซื้อจัดจ้าง และเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับหรือมติ ครม. ที่เกี่ยวข้องมีการบริหารสินทรัพย์ เช่น มีการควบคุม บำรุง ดูแลรักษา จำหน่าย ฯลฯ โดยมีประเด็นความเสี่ยงที่พบคือ จังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูลไม่ได้จัดทำแผนการจัดหาพัสดุทั่วไป

ด้านการเงินและบัญชี

ทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ทำหน้าที่รับ-จ่ายเงินเป็นลายลักษณ์อักษรและแบ่งแยกผู้รับจ่ายเงินกับผู้จัดทำบัญชี /แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบการรับ-จ่ายเงิน มีการเบิกจ่ายเงินสดเงินฝากธนาคารถูกต้องเป็นตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับหรือมติ ครม. ที่เกี่ยวข้องและมีการจัดทำรายงานเป็นปัจจุบัน เสนอผู้บริหารตรงตามกำหนดเวลาและมีการจัดทำบัญชีเงินฝากธนาคารทุกบัญชีทุกเดือน โดยมีประเด็นความเสี่ยงที่พบ คือจังหวัดตรังพบ เอกสารประกอบการเบิกจ่ายบางชุดไม่ประทับตราจ่ายเงินแล้วจังหวัดพัทลุงพบว่าเงินมัดจำประกันสัญญา รพช.ทุกแห่ง ไม่ได้นำฝากคลัง จังหวัดยะลาพบว่า (๑) การชำระหนี้เงินยืมไม่ได้ชำระภายในเวลาที่ระเบียบกำหนดและ (๒) การจัดทำบัญชีเงินฝากธนาคารของ รพช.ยังดำเนินการไม่ครบทุกบัญชีตามระเบียบที่กำหนด

ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล

ทุกจังหวัดมีการกำหนดหลักเกณฑ์ ขั้นตอนการสรรหา/คัดเลือก/แต่งตั้ง/โยกย้าย/เลื่อนระดับ เลื่อนขั้นเงินเดือนบุคลากรของหน่วยงานเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง มีช่องทางการสื่อสารในการประกาศหลักเกณฑ์และผลการสรรหา/คัดเลือก/แต่งตั้ง/โยกย้าย/เลื่อนระดับ เลื่อนขั้นเงินเดือนบุคลากรของหน่วยงานโดยมีการเปิดเผยขั้นตอน ระยะเวลาและผลการดำเนินการในแต่ละครั้ง และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการด้านบริหารบุคคลเพื่อสรรหา/คัดเลือก/แต่งตั้ง/โยกย้าย/เลื่อนระดับบุคลากรของหน่วยงานผู้บริหารมีการติดตาม เฝ้าระวังการสอบสวน/ลงโทษข้าราชการที่เกี่ยวข้องกับการทุจริตด้านการบริหารงานบุคคลโดยมีประเด็นความเสี่ยงที่พบคือ จังหวัดปัตตานีมีระบบบริหารงานบุคคลมีความล่าช้าเพราะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านบริหารงานบุคคลมีจำนวนน้อยทำให้ภาระงานของแต่ละคนมากเกินไป

คณะที่ ๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

๔.๑ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขต ๑๒ มีการแต่งตั้งอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขตและมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อค้นหาปัญหาในพื้นที่ ซึ่งได้แก่ น้ำแข็ง/น้ำบริโภค/น้ำจากตู้น้ำดื่มอัตโนมัติไม่ได้มาตรฐานมีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ปัญหาน้ำมันทอดซ้ำ ยาฆ่าแมลงตกค้างในผักผลไม้ เป็นต้น ได้มีการประชุมหารือเพื่อหาแนวทางและสร้างกระบวนการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในภาพรวมเขตมี ๓ โครงการร่วม ๗ จังหวัด ได้แก่ ๑)โครงการพัฒนาความปลอดภัยน้ำจากตู้น้ำดื่มอัตโนมัติ ๒)โครงการน้ำแข็งปลอดปลอดภัยผู้บริโภคอุ้มใจ ๓)โครงการจัดการปัญหาน้ำมันทอดซ้ำเพื่อผู้บริโภค

ผลการดำเนินงานจากปัญหาภาพรวมของประเทศ ๑) เกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ณ สถานที่ผลิตเขต ๑๒ มีเพียงแห่งเดียวที่จังหวัดสตูล ซึ่งเป็นสถานที่ผลิตโดยรับเกลือที่ผสมไอโอดีนแล้วมาแบ่งบรรจุพบว่าผ่านมาตรฐานตามประกาศฯ กำหนด (๒๐-๔๐ ppm) อย่างไรก็ตามจังหวัดมีการเฝ้าระวังเก็บตัวอย่างเกลือ ณ สถานที่จำหน่ายเพื่อวิเคราะห์โดยหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ หากพบว่าไม่ผ่านมาตรฐานจะแจ้งไปยังจังหวัดสถานที่ผลิตต้นทางเพื่อตรวจสอบให้เป็นไปตามมาตรฐาน ๒) การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารเสริมและสถานพยาบาลผิดกฎหมายจำนวน ๓๑ เรื่อง ได้รับการจัดการทุกกรณี ๓) คลินิกเวชกรรมเสริมความงามได้รับการตรวจมาตรฐานร้อยละ ๑๐๐ จากจำนวน ๘๐ แห่ง ได้รับมาตรฐานครบทุกแห่ง และเรื่องร้องเรียนคลินิก/สถานพยาบาลไม่ได้รับอนุญาตได้รับการตรวจสอบและดำเนินการตามกฎหมายทุกแห่ง ในเขต ๑๒ มี ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสงขลา ๗ แห่ง และนราธิวาส ๓ แห่ง แต่จากการตรวจสอบพบว่าดำเนินการถูกต้อง ส่วนจังหวัดพัทลุงมีสถานประกอบการ ๒๙ แห่ง ได้รับการอนุญาตแล้ว ๑๒ แห่ง อยู่ระหว่างการยื่นขออนุญาต ๑๕ แห่ง และปิดกิจการ ๒ แห่ง ๔) การบังคับใช้กฎหมาย พบว่าทุกจังหวัดมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด อาทิเช่น เมื่อพบว่าผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ผ่านมาตรฐาน พบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ สถานที่ผลิตไม่ได้มาตรฐาน GMP ร้านยาไม่จัดทำบัญชี/รายงาน การโฆษณาไม่ได้รับอนุญาตและหลอกลวงผู้บริโภค เป็นต้น

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ๑) การโฆษณาไม่ถูกต้องไม่ขออนุญาตเนื่องจากบทลงโทษทางกฎหมายมีค่าปรับน้อยโดยเฉพาะ พรบ.อาหาร ปรับไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท ทำให้ผู้ทำผิดไม่เกรงกลัวขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการแก้ไขเพิ่มค่าปรับเป็น ๑๐-๑๕ เท่า อยู่ระหว่างขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา และหากเป็นการโฆษณาไม่ถูกต้องโดยสถานีวิทยุกระจายเสียงและเคเบิลทีวีในพื้นที่ ให้เสนอเรื่อง กสทช.เขตซึ่งเป็นผู้อนุญาตพิจารณาไม่ต่ออายุใบอนุญาตการกระจายเสียงต่อไป ๒) ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ผ่านมาตรฐานผู้ประกอบการไม่รักษาสภาพสถานที่ผลิตตามมาตรฐานกำหนด เช่น ผู้ผลิตน้ำแข็งหลอด ไม่ควบคุมการทำสะอาดถังกระสอบบรรจุน้ำแข็ง พบถุงบรรจุสกปรกและฉีกขาด จึงต้องกำกับผู้ผลิตในการทำความสะอาดถังบรรจุให้ปลอดภัยในการใช้บรรจุน้ำแข็งซ้ำ คัดแยกถุงสกปรกและชำรุดไม่นำมาใช้อีกเพื่อป้องกันการปนเปื้อน หรือจัดหาภาชนะบรรจุที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อไปซึ่งเจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลาในการตรวจสอบกำกับดูแล สร้างความตระหนักและจิตสำนึกความรับผิดชอบในผลิตภัณฑ์ของตนเองให้มีความปลอดภัย และพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง มีการใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างจริงจังเมื่อพบการกระทำความผิด ๓) ผู้บริโภคหลงเชื่อโฆษณา ทำให้สูญเสียทรัพย์สินสร้างความเสียหายต่อร่างกาย เช่น การใช้เครื่องสำอางผสมสารห้ามใช้ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหลอกลวง ยาสมุนไพรผสมสเตียรอยด์ เป็นต้น ดังนั้นการเสริมสร้างองค์ความรู้ให้ผู้บริโภคเข้มแข็งรู้เท่าทัน ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันประชาสัมพันธ์ให้ภาคประชาชนเข้มแข็ง เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง รู้สิทธิ รู้ช่องทางร้องเรียน ๔) ยาฆ่าแมลง

ตกค้างในผักผลไม้ เป็นปัญหาร่วมกันที่ต้องแก้ไขอย่างจริงจังบูรณาการตั้งแต่ผู้ปลูกโดยกระทรวงเกษตรต้องกำกับดูแลให้ปลอดภัยก่อนตัดออกจากต้น สนับสนุนการปลูกผักผลไม้ปลอดภัย ประการรับรองแปลงปลอดภัย ตลาดขายส่ง/แหล่งจำหน่ายรายใหญ่/ผู้ขายรายย่อยต้องคัดเลือก และซื้อผักผลไม้จากแหล่งที่เชื่อถือได้ผู้บริโภคต้องตรวจสอบก่อนซื้อสนับสนุนผักผลไม้จากโครงการหรือแหล่งที่มีการรับรองและประชาสัมพันธ์การล้างผักผลไม้ให้สะอาดถูกวิธีก่อนบริโภค

๔.๒ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด(อสจ.)ทุกจังหวัด ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่และแนวทางที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอำนาจหน้าที่สรุปได้ดังนี้

- ๑) เชื่อมต่อการทำหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ๒) เป็นพี่เลี้ยงให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข
- ๓) เป็นแกนกลางในการบูรณาการการคุ้มครองสิทธิประชาชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
- ๔) ควบคุม สอดส่องการปฏิบัติหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายว่าด้วยการ

สาธารณสุขเพื่อรายงานคณะกรรมการสาธารณสุข

ปัญหาสำคัญ/ความเสี่ยงร่วมในภาพรวม ๗ จังหวัด คือ

๑. ขาดการจัดทำและรวบรวมสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการประชุม อสจ.

๒. กลไกในการขับเคลื่อนงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ โดยสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ประสานพื้นที่ ขาดการเชื่อมต่อข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในระดับจังหวัด

๓. เทศบาลนคร, เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบลจำนวน ๑๗๔ แห่ง ต้องประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) แต่ยังมีจังหวัดที่เทศบาลรับการประเมินน้อยกว่า ร้อยละ ๕๐

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ

๑. ในระดับจังหวัด จัดทำและรวบรวมสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) และเร่งรัดให้มีการจัดประชุม อสจ. และเนื่องจาก อปท.ส่วนใหญ่ยังขาดบุคลากรด้านสาธารณสุข ดังนั้นเห็นควรให้สาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงแก่ อปท.ในพื้นที่ รวมถึงควรกระตุ้นให้อปท.ขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และผลักดันมีออกเทศบัญญัติ ข้อกำหนดท้องถิ่น เช่น เทศบัญญัติด้านมูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น

๒. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ต้องควบคุมกำกับเพื่อทำให้มีการจัดการที่ได้มาตรฐาน ทั้งในการเก็บ การขน และการกำจัด และมีการใช้เอกสารกำกับมูลฝอยที่ได้มาตรฐาน และให้ สสจ.จัดทำข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล และลงประเมินโรงพยาบาลตามมาตรฐานด้านมูลฝอยติดเชื้อ

๓. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสัตว์ และคลินิกเอกชน ต้องควบคุมกำกับเพื่อทำให้มีการจัดการที่ได้มาตรฐาน ทั้งในการเก็บ การขน และการกำจัด และให้ สสจ.ลงประเมินติดตามมาตรฐานด้านมูลฝอยติดเชื้อ

๔. จัดทำทะเบียนเจ้าพนักงานท้องถิ่น และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตาม พรบ.การสาธารณสุข ๒๕๓๕ เพื่อให้ทราบถึงจำนวนเจ้าพนักงานที่ยังไม่เคยได้รับการฝึกอบรม

.....

คณะที่ปรึกษา

- | | |
|--|---|
| ๑. นายแพทย์คำรณ ไชยศิริ | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง |
| ๒. นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑ |
| ๓. นายแพทย์สุชุม กาญจนพิมาย | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒ |
| ๔. นายแพทย์วันชัย สัตยาวิวัฒน์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓ |
| ๕. นายแพทย์ธีรพล โตพันธานนท์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔ |
| ๖. นายแพทย์วิศิษฐ์ ตั้งนภากร | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕ |
| ๗. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖ |
| ๘. นายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗ |
| ๙. นายแพทย์รัฐวุฒิ สุขมี | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๑๐. แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐,๑๓ |
| ๑๑. นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑ |
| ๑๒. นายแพทย์สุเทพ วัชรปยานันท์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒ |
| ๑๓. นายแพทย์อภิชาติ รอดสม | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑ |
| ๑๔. นายแพทย์ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒ |
| ๑๕. นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓ |
| ๑๖. นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔ |
| ๑๗. นายแพทย์พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕ |
| ๑๘. นายแพทย์ธีรรงค์ สมบุญตนนท์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖ |
| ๑๙. นายแพทย์อิทธิพล สูงแข็ง | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗ |
| ๒๐. นายแพทย์พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๑. นายแพทย์ยุทธนา พูนพานิช | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙ |
| ๒๒. นายแพทย์ประวี อ่ำพันธุ์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐ |
| ๒๓. นายแพทย์เจษฎา ฉายคุณรัฐ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑ |
| ๒๔. นายแพทย์อรัน จิระนคร | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒ |
| ๒๕. ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗ | |

คณะผู้จัดทำ

๑. คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ (คกต.) คณะที่ ๑-๔
๒. คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘
๓. ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม :
กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๔. ผู้แทนสำนัก เพื่อร่วมตรวจราชการ กำกับ ติดตาม ประเมินผล :
สำนักบริหารการสาธารณสุข กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มประกันสุขภาพ
กลุ่มเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มคลังและพัสดุ สำนักบริหารกลาง
กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง สถาบันพระบรมราชชนก
๕. ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการจังหวัด ทุกจังหวัด
๖. แพทย์หญิงดารารัตน์ รัตนรักษ์ ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล
๗. นายสันติ ศิริโกมล รองผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล
๘. นางจรรุภา จำนงค์ศักดิ์ รองผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล
๙. นายชาติ เอี่ยมมา หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ และคณะ
๑๐. นางสาวลาวัลย์ สุขุมวาท หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒ และคณะ
๑๑. นางสาวฐปนภร เจริญวงศ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ และคณะ
๑๒. นางลักษณา ว่องประทานพร หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔ และคณะ
๑๓. นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบุรณ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕ และคณะ
๑๔. นางสาวปณิตา ธีรสุทธกุล หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖ และคณะ
๑๕. นางสาวศิริวรรณ จันทร์สระคู หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗ และคณะ
๑๖. นางสาวสิริพรรณ โชติกมาศ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ และคณะ
๑๗. นางพรอนันต์ กิตติมั่นคง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙ และคณะ
๑๘. นางกองมณี สุรวงษ์สิน หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ และคณะ
๑๙. นางสุนันทา กาญจนพงศ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑ และคณะ
๒๐. นางศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒ และคณะ
๒๑. นางสุนันทา กาญจนพงศ์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๒. นางศิริพร ลั่นชัย หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ
๒๓. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ

บรรณาธิการ

- | | |
|---------------------------------|--|
| ๑. แพทย์หญิงดารารัตน์ รัตนรักษ์ | ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล |
| ๒. นายสันติ ศิริโกมล | รองผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล |
| ๓. นางจรรุภา จำนงค์ศักดิ์ | รองผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล |
| ๔. นางสุนันทา กาญจนพงศ์ | หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ |
| | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑ |
| | เลขานุการ คกต. คณะที่ ๑ |
| ๕. นางสาวฐปณกร เจริญวงศ์ | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ |
| | เลขานุการ คกต. คณะที่ ๒ |
| ๖. นางสาวลาวัลย์ สุขุมวาท | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒ |
| | เลขานุการ คกต. คณะที่ ๓ |
| ๗. นางสาวศิริวรรณ จันทร์สระคู | หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗ |
| | เลขานุการ คกต. คณะที่ ๔ |
| ๘. นางศิริพร ลั่นซ้าย | หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ |
| ๙. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ | ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ |