

๕.๒.๓ สรุปข้อสั่งการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๑

สรุปประเด็นข้อสั่งการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๑ วันที่ ๒๙ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๑

รายงานการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์

๑. ประเด็น/นโยบายเร่งด่วน

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ	
๑.	<p>ประเด็นเร่งด่วน</p> <p>๑. ประเด็น อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>๑) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไตรมาส ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ร้อยละ ๘๐.๔๘ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (\geq ร้อยละ ๘๕) เนื่องจากส่วนใหญ่มียุผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต ๒๕ คน (ร้อยละ ๙.๙๖) เป้าหมาย < 5 และขาดยา ๔ คน (ร้อยละ ๑.๕๙) เป้าหมาย ๐</p>	<p>๑) การขับเคลื่อน กำกับ ติดตาม และประเมินผล โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.)</p> <p>๒) ให้ดำเนินการคัดกรองวัณโรคโดย Chest- Xray ในกลุ่มบุคลากรเจ้าหน้าที่ ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐</p>	ภายใน ๒๐ ก.พ. ๒๕๖๑	กลุ่มงานควบคุมโรค	
๒.	<p>การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ</p> <p>๒. ประเด็น ร้อยละตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๖๐)</p> <p>๑) บางพื้นที่คณะกรรมการยังขาดความมั่นใจในการใช้จ่ายงบประมาณกองทุน LTC</p> <p>๒) บางพื้นที่สัดส่วนของ CM : ผู้สูงอายุพึ่งพิง มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>๑) เร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณหลักประกันสุขภาพ (LTC)</p> <p>๒) ควรสร้างทีมพี่เลี้ยงเพื่อให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณ ในระดับจังหวัดและอำเภอ อย่างต่อเนื่อง พร้อมติดตาม</p> <p>๓) ควรพัฒนา CM ให้ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการจัดอบรมหลักสูตร Mini CM ภายในจังหวัด การช่วยเหลือจาก CM ในพื้นที่ใกล้เคียง และการลงทะเบียนเข้าอบรมหลักสูตร Care Manager จัดโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (เนื่องจากไม่มีงบประมาณจัดอบรมของกรมอนามัยในปีต่อไป)</p>	ภายใน ๑๔ ก.พ. ๖๑	ภายใน มี.ค. ๒๕๖๑	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๓.	<p>๓. ประเด็น ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)</p> <p>๑) บุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจ หรือตระหนักรู้ในการลงข้อมูลรหัสการวินิจฉัยโรค (ICD๑๐) และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในกลุ่มโรคเป้าหมาย</p>	<p>๑) ทึ่ม RDU ของจังหวัดควรจัดทีมนิเทศและติดตามรับฟังปัญหาการดำเนินงานของ ระดับอำเภอเพื่อสื่อสารและทำความเข้าใจและเพิ่มความตระหนักการในการวินิจฉัยโรค และการลงข้อมูลรหัส ICD๑๐</p> <p>๒) ติดตามการใช้ Antibiotic ในกลุ่มหญิงหลังคลอด และกลุ่มที่มีแผลทั่วไปให้ลดการใช้ยา</p> <p>ข้อเสนอแนะสำหรับส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>๑) ควรพัฒนาโปรแกรมการประมวลผลและรายงานผลตัวชี้วัด RDU เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ ลดความซ้ำซ้อน</p> <p>๒) พัฒนาการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดในระบบ HDC กระทรวงให้ครอบคลุมตัวชี้วัดย่อย RDU ทุกรายการ เพื่อให้หน่วยบริการสามารถเปรียบเทียบและนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา</p> <p>๓) การทบทวนตัวชี้วัด Service plan RDU ซึ่งมีการการคิดที่ซับซ้อน ควรมีการแยกตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>๔) การทบทวนการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ตัวชี้วัดเชิงปริมาณที่เป็นแบบสะสม เนื่องจากกรณีตัวชี้วัดที่มี Baseline สูงกว่าเกณฑ์ อาจไม่เห็นแนวโน้มในการพัฒนาที่ชัดเจน เสนอให้มีการวิเคราะห์แยกไตรมาส เพื่อเห็นแนวโน้มการพัฒนา และ ผลของกิจกรรม (Interventions) ที่พัฒนา</p>	ก.พ. ๒๕๖๑	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๔.	๔.ประเด็น อาหารปลอดภัย	๑) เร่งรัดการดำเนินงานในโรงพยาบาลทุกแห่ง ในการรับซื้อจากเกษตรกรตรง และส่งเสริมตลาดสีเขียว		กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค
๕.	๕. การจัดทำกรอบอัตรากำลัง และบันทึกข้อมูลในระบบ HRODS	๑. เร่งรัดการดำเนินงานในหน่วยงานทุกแห่ง	ก.พ. ๖๑	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

ประเด็น /นโยบายรายคณะ

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๑	<p>คณะที่ ๑ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ</p> <p><u>ประเด็น อัตรากำลังการตายมารดา ไทย (ไม่เกิน ๒๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)</u></p> <p>๑) การเคลื่อนย้ายแรงงานของหญิงตั้งครรภ์ทำให้ฝากครรภ์ช้า และฝากครรภ์ไม่ต่อเนื่อง ได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง</p> <p>๒) ระบบรายงาน มีปัญหาเรื่องการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้อง</p>	<p>๑. สนับสนุนสนับสนุนการผลิตสูติแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทางสาขาตติยการที่มีความเสี่ยงสูง</p> <p>๒. สนับสนุนการอบรมวิชาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์และคลอดกลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยงให้เพียงพอ และต่อเนื่อง</p>	มี.ค. ๖๑	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๒	<p><u>ประเด็น ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๘๕)</u></p> <p>๑) ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ยังไม่มีความรู้และความตระหนักในการใช้คู่มือ DSPM ฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ</p> <p>๒) มีการเคลื่อนย้ายที่อยู่ของเด็กปฐมวัยเพื่อติดตามผู้ปกครองไปทำงานต่างจังหวัด ส่งผลให้เด็กขาดการติดตามเพื่อกระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่อง</p>	<p>๑) จัดอบรมผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กให้มีความรู้และตระหนักเรื่องการใช้คู่มือ DSPM ครอบคลุมทุกพื้นที่</p> <p>๒) สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการใช้คู่มือ DSPM ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก</p>	มี.ค. ๖๑	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
	<p>๓) การสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน (ครูศพด./โรงเรียนอนุบาล, อสม., ผู้ปกครอง) ยังไม่ครอบคลุม</p> <p>๔) CPM บางพื้นที่การนิเทศติดตามไม่ต่อเนื่อง และไม่ได้วางแผนไว้กับรพ.สต. เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและภาระงาน</p>	<p>๓) พัฒนาระบบการรายงานข้อมูล HDC ให้ต่อเนื่อง</p> <p>๔) มีการทบทวนทักษะการใช้คู่มือ DSPM และ TEDA๔1 ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบทุกปี</p>	มี.ค. ๖๑	
๓.	<p><u>ประเด็น ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕</u></p> <p>๑) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนักวัด/ส่วนสูงไม่ได้มาตรฐาน บางแห่งไม่เทียบเคียงน้ำหนักกับค่ามาตรฐาน (Calibrate) ทุกครั้งก่อนการชั่งน้ำหนัก ลงข้อมูลน้ำหนัก/ส่วนสูงต้องลงละเอียดถึงทศนิยม ๑ ตำแหน่ง</p> <p>๒) ทักษะความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ดูแลเด็กอายุ ๐-๕ ปี และกลุ่มที่ครอบคลุมต่อเนื่อง</p>	<p>๑) สื่อสารนโยบาย/แนวทางของตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กในชุมชนที่ชัดเจน</p> <p>๒) ผลักดันการสนับสนุนงบประมาณและการบูรณาการงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับ ท้องถิ่น / พื้นที่ ในการดำเนินงานที่เพียงพอ และเอื้อต่อการนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</p>	มี.ค. ๖๑	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๔.	<p><u>การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น</u></p> <p><u>ประเด็น ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (ร้อยละ ๕๔)</u></p> <p>๑) ไม่มีกลุ่มงานทันตสาธารณสุขและทันตแพทย์ประจำที่ สสจ. ทำให้การบริหารงานไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร</p>	<p>๑) ควรมีการจัดสรรทันตแพทย์ที่จะมาบรรจุให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่</p>	มี.ค. ๖๑	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
	<p>๒) ทันทแพทย์ในบางอำเภอมีการโยกย้ายทุกปี ทำให้ขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในอำเภอนั้นๆ</p> <p>๓) งานใน รพ.สต. หลากหลาย ทำให้ทันตภิบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นน้องจบใหม่ ๑-๓ ปี ยังขาดทักษะในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ไม่รู้จักการบูรณาการงานกับงานอื่น และบางคนสนใจทำงานอื่นมากกว่างานทันตสาธารณสุข</p>	<p>๒) ฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ควรเป็นแม่ข่ายในการพัฒนาระบบบริการทันตกรรม</p> <p>๓) ขาดแคลนวิชาชีптันตภิบาลเนื่องจาก มีความก้าวหน้าในสายวิชาชีพน้อย ทำให้พยายามเปลี่ยนสายงาน จึงควรมีนโยบายให้ทันตภิบาลที่เปลี่ยนสายงานเป็นนักวิชาการสาธารณสุขรับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขร่วมด้วย และควรให้การสนับสนุนทันตภิบาลที่จบปริญญาตรีด้านสาธารณสุข ให้ได้รับค่าตอบแทน ตามเกณฑ์ที่สามารถทำได้</p>		
๕.	<p><u>ประเด็น อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ๑๕-๑๙ (ไม่เกิน ๔๐ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน)</u></p> <p>๑) การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๙ ยังไม่สามารถดำเนินงานได้ตามประเด็น ๕ ยุทธศาสตร์ เพราะบางยุทธศาสตร์ยังไม่มีการบูรณาการระหว่างกรมการรับส่งผลให้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี สูงกว่าเป้าหมาย</p> <p>๒) วัยรุ่นหลังคลอด /หลังแท้งบางส่วน ไม่ให้ความร่วมมือในการคุมกำเนิดวิธีกึ่งถาวร ส่งผลให้อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นสูงกว่าเป้าหมาย</p> <p>๓) โรงพยาบาลบางแห่งยังขาดบุคลากรให้บริการคุมกำเนิดวิธีกึ่งถาวร</p>	<p>๑) วิเคราะห์ข้อมูล อัตราการคลอดของกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า ๑๔ ปี</p> <p>๒) ติดตามการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดากลุ่มอายุ ต่ำกว่า ๒๐ ปี</p> <p>๓) พัฒนาศักยภาพ อบรม พยาบาลในเรื่องการคุมกำเนิด แบบกึ่งถาวร (แบบฝังคุมกำเนิด)ทุกโณงพยาบาล และเร่งรัดผลการดำเนินงาน</p>	๕ มี.ค. ๒๕๖๑	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๖.	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p><u>ประเด็น ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๕๐)</u></p> <p>๑) ความครบถ้วนของข้อมูลกลุ่มเป้าหมายสำคัญในระดับจังหวัด ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง Palliative care และพัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี</p> <p>๒) การกำหนดประเด็นขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตโดย พชอ./พชต. ส่วนใหญ่ยังเป็นประเด็นที่เป็นโรคร้าย และ สุขภาพ และมี ประเด็น ค่อนข้างมาก อาจส่งผลกระทบต่อการบรรลุเป้าหมาย</p>	<p>๑) การกำกับติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงาน และผลลัพธ์เชิง กระบวนการ/คุณภาพ เพื่อให้เห็น รูปธรรมของการพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมทั้งกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ ชัดเจนในแต่ละระยะตั้งแต่ระยะสั้น กลาง ยาว</p> <p>๒) สร้างหุ้นส่วนคุณภาพชีวิตในพื้นที่ ที่มีการกำหนดบทบาทของ พชต. และ พชม. ที่ชัดเจนในการขับเคลื่อน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและ ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อให้เกิดการ มีส่วนร่วมและบูรณาการในพื้นที่ อย่างยั่งยืน</p>	มี.ค. ๖๑	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์และ กลุ่มงานคุณภาพ และพัฒนารูปแบบ บริการ
๗	<p>การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p><u>ประเด็น ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ ทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ที่ สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ ๘๕)</u></p> <p>บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนใน องค์กร ชาติองค์ความรู้ตามหลัก วิชาการในเรื่องระบบบัญชาการ เหตุการณ์ และการ ปฏิบัติงานตอบ โต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ตามบทบาทหน้าที่ในแต่ละกลอง ภารกิจ ตามโครงสร้างศูนย์ ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับ จังหวัด (องค์ความรู้ที่ได้ส่วนใหญ่ได้ จากการ On the job training แต่ ยังไม่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ใน เรื่องของบทบาทหน้าที่ตามหลัก วิชาการ)</p>	<p>๑) ส่วนกลางโดยสำนักกระบวนวิธีวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัด ขอนแก่น ควรมีการพัฒนาครู ก ใน ระดับจังหวัด เพื่อให้ครู ก สื่อสาร ถ่ายทอดองค์ความรู้ในเรื่องระบบ บัญชาการเหตุการณ์ และการ ปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้าน สาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ในแต่ละ กลองภารกิจตามโครงสร้างศูนย์ ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับ จังหวัดให้กับบุคลากรทุกคนภายใน องค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับ ทราบต่อไป</p> <p>๒) ส่วนกลางโดยสำนักกระบวนวิธีวิทยา และหน่วยงานอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรมีแนวทางในการพัฒนาศูนย์ ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับ จังหวัด ที่มีความชัดเจนและมีความ ต่อเนื่อง</p>	มี.ค. ๖๑	กลุ่มงานควบคุม โรค

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๘.	<p><u>ประเด็นอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (< ๔.๕) ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี แสนคน</u></p> <p>๑) การสร้างทีมผู้ก่อการดีต้องอาศัยความร่วมมือของหลายภาคส่วน อีกทั้งการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงที่มีค่อนข้างมากทุกตำบล จึงเป็นเรื่องยากต่อการจัดการ</p>	<p>๑) เริ่มขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำผ่าน พชอ. ชี้ประเด็นปัญหาในพื้นที่ให้เครือข่ายชุมชนและผู้เกี่ยวข้องช่วยกันดูแล เพื่อให้เกิดความร่วมมือและแลกเปลี่ยนทรัพยากรเพื่อการแก้ไขปัญหและการบริหารจัดการที่ดีขึ้น</p>	ก.พ. ๖๑	กลุ่มงานควบคุมโรค
๙.	<p><u>ประเด็นอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (ไม่เกิน ๑๖ ต่อประชากรแสนคน</u></p> <p>๑) ขาดความเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล IS และ ๔๓ แพ้ม ในระดับจังหวัดและอำเภอที่เป็นปัจจุบัน (Real Time) ฐานข้อมูลที่ใช้เป็นตัวชี้วัดเป้าหมาย และข้อมูลดำเนินการ ๓ ฐาน ไม่สอดคล้องกัน และไม่เป็นปัจจุบัน</p> <p>๒) ความเข้มแข็งของด่านชุมชน ความครอบคลุมของจำนวนด่านฯ และการบังคับใช้ พรบ.แอลกอฮอล์ในชุมชน</p>	<p>๑) พัฒนาระบบฐานข้อมูล IS และ ๔๓ แพ้ม ในระดับอำเภอให้มีความเชื่อมโยงกันและสามารถส่งออกรายงานได้ ใช้ฐานข้อมูลเดียวกันในการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงาน</p> <p>๒) ประเมินผลการบาดเจ็บและเสียชีวิต ช่วงเทศกาล เน้นนโยบาย D-RTI และขับเคลื่อนผ่าน พชอ. ในอำเภอเสี่ยงเพื่อให้ทุกเครือข่ายมีส่วนร่วม เน้น การใช้มาตรการชุมชนการกำหนดธรรมนูญหมู่บ้าน/ชุมชน และการบังคับใช้ พรบ.แอลกอฮอล์ในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ</p>	ก.พ. ๖๑	กลุ่มงานควบคุมโรค

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๑๐.	<p><u>ประเด็นอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๔๐ และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขต</u> <u>รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ ๑๐</u></p> <p>๑) Case Manager (CM) ของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ NCD Clinic ทำหน้าที่เป็นทั้ง System Manager ระดับอำเภอและงานโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น คัดกรองตา ไต หัวใจ และหลอดเลือด ส่งผลต่อความเข้มข้นในการให้บริการผู้ป่วย DM HT ในสถานบริการ และการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน</p>	<p>๑) สร้าง System Manager ระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเชิงระบบในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>	ก.พ. ๖๑	กลุ่มงานควบคุมโรค
	<p>๒) กลุ่มที่สงสัยป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อวางแผนการวัดความดันที่บ้านจากการคัดกรอง ณ วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๑ จำนวน ๗,๐๕๒ ราย แต่ยังไม่มีการดำเนินงาน</p> <p>๓) ทีมสุขภาพขาดทักษะในการสื่อสารให้ผู้ป่วยนำไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และขาดระบบการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งกลุ่มปกติ เสี่ยง และป่วย</p> <p>๔) การบันทึกข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ของพื้นที่ยังดำเนินการไม่ได้คุณภาพ (ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา)</p>	<p>๒) พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งกลุ่มปกติ เสี่ยง และป่วย โดยเฉพาะพื้นที่ดำเนินงานร่อง DHB เพื่อประเมินรูปแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและขยายผลต่อไป</p> <p>๓) การขอสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องวัดความดัน และชี้แจงและวางแผนการวัดความดันที่บ้านในกลุ่มที่สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p> <p>๔) NCD Board ร่วมกับ IT Board ติดตามการใช้และตรวจสอบระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล (Data exchange) พร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ในระดับรพ.สต. อำเภอ และจังหวัด เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการ</p>		

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๑๑	<p><u>ประเด็น</u> ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital</p> <p>๑) การขับเคลื่อนนโยบายบาง รพ.ยังขาดทีมงานที่เข้มแข็งทำให้งาน GREEN&CLEAN ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน</p> <p>๒) การพัฒนางาน GREEN&CLEAN เป็นการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในพื้นที่ยังขาดความต่อเนื่องทำให้ผลลัพธ์อยู่ในระดับพื้นฐาน</p>	<p>๑) การบริหารจัดการขยะในส่วนของถุงแดงพบว่าโรงพยาบาลอำเภอหนองกุงศรี ได้จัดซื้อเองโดยมีสัญลักษณ์ข้างถุงถูกต้องครบถ้วน อย่างไรก็ตามควรมีการบริหารจัดการจัดซื้อถุงแดงในภาพรวมของจังหวัด ซึ่งในปี ๒๕๖๐ มีกำหนดไว้ในแผนฯ ของจังหวัดแต่ยังไม่มี การดำเนินการ</p> <p>๒) มีแผนการพัฒนาระบบการจัดการขยะติดเชื้อทุกสถานบริหาร</p>	มี.ค. ๖๑	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
๑๒.	<p><u>ประเด็น</u> ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ อย่างบูรณาการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน (กรมอนามัย)</p> <p>๑) ในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อจังหวัดกาฬสินธุ์มีระบบและกลไกการสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลแต่ในส่วนการขนส่งยังไม่ได้คุณภาพ เช่นรถขนส่งยังไม่ได้มาตรฐานเป็นระบบเปิดอยู่มีแผนการปรับปรุงรถขนส่งในปี ๒๕๖๑</p> <p>๒) ถุงแดงที่มีตราสัญลักษณ์ยังไม่ได้มาตรฐานครอบคลุมทุกโรงพยาบาล ซึ่งจากการตรวจนิเทศงานรอบที่ ๒/๒๕๖๐ มีแผนจะดำเนินการในรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัดแต่ยังไม่มี การดำเนินงานต่อในปี ๒๕๖๑</p>	<p>- จังหวัดควรมีการประเมินผลการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์ ตามยุทธศาสตร์ของจังหวัดทั้ง ๗ ยุทธศาสตร์เพื่อเป็นการสรุปผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ต่างๆเสนอประธาน คสจ. เพื่อพิจารณาในการขับเคลื่อนหรือปรับยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบันต่อไป</p>		กลุ่มงานควบคุมโรค

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๑๓	<p>คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ</p> <p>การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ</p> <p><u>ประเด็น</u> ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่</p> <p>๑. ความเข้าใจต่อนิยามการเปิดดำเนินการ PCCของพื้นที่ดำเนินการ</p> <p>๒. การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ รวมถึงการจัดระบบสนับสนุน เช่น ระบบยา lab IC การดูแลต่อเนื่องในชุมชน และการเชื่อมโยงข้อมูลการบริการจากโรงพยาบาลแม่ข่ายสู่ลูกข่าย PCC และ PCT ในพื้นที่ที่จะเปิดดำเนินการ PCC ในปี ๒๕๖๑ ยังมีบางพื้นที่ที่ไม่ครอบคลุมทุกด้าน</p> <p>๓. ระบบบัญชีค่าใช้จ่ายยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่ทราบต้นทุนที่แท้จริง</p>	<p>๑.วางแผนระยะสั้น และระยะยาวในการเตรียมความพร้อมบุคลากร PCC และระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายสู่ PCC และ PCT โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนื่องในชุมชน เพื่อรองรับการเปิดดำเนินการ PCC</p> <p>๒.จัดทำระบบบัญชีแบบ Virtual account เพื่อทราบต้นทุนที่แท้จริง</p>		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๑๔.	<p>ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ร้อยละ ๑๕ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ร้อยละ ๑๕</p> <p>๑) การเบิกจ่ายที่ยังไม่ชัดเจนใน case ODS</p> <p>๒) ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย และเครื่องมือมีราคาแพง</p>	<p>๑) การสนับสนุนจัดตั้ง One Day Surgery Unit</p> <p>๒) การสนับสนุนเครื่องมือในการทำผ่าตัด</p> <p>๓) ควรมีการประเมินผลลัพธ์ ตัวชี้วัดในการให้บริการ</p> <p>๔) มีแนวปฏิบัติในการเบิกจ่าย</p>		
๑๕.	<p>การพัฒนาระบบบริการ: Health Outcome</p> <p>ประเด็น อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>๑) ไม่มีอายุรแพทย์ประสาทวิทยา</p> <p>๒) ระบบฐานข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงในเครือข่าย</p>	<p>๑) ควรมีการเปิด stroke unit ในโรงพยาบาลระดับ M โดยให้โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นแม่ข่ายประเมิน</p> <p>๒) มีการพัฒนาเครือข่ายร่วมกันระดับเขต</p>		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๑๖	<p>อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>๑) ด้าน pre hospital การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนยังไม่ครอบคลุม การเข้าถึงระบบ Fast Tract ยังน้อย</p> <p>๒) ขาดอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น เช่น Holter,EKG Telemetry Mobile Echo ที่รพ. กภาพสินธุ์ EKG Monitor,Infusion Pump ใน รพช.</p> <p>๓) ระยะเวลาในการให้SKที่รพ. นานกว่า ๓๐ นาที รวมทั้งระยะเวลาที่ผู้ป่วยSTEMI ตั้งแต่มีอาการจนถึงได้รับการเปิดเส้นเลือดหัวใจ OTN (onset to needle time) แนวโน้มสูงขึ้น</p>	<p>๑) พัฒนาศักยภาพและระบบการให้ยาที่ รพช. เพื่อลดระยะเวลาการให้ SK ในโรงพยาบาล</p> <p>๒) วางระบบจัดเก็บข้อมูลและพัฒนา ระบบการดูแล NSTEMI</p>		<p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (SP)</p>
๑๗.	<p>ประเด็น อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)</p> <p>๑) ห้องฉุกเฉินแออัด มีผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินมากกว่าหนึ่งในสามของผู้ที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์มีจำกัดเมื่อเทียบกับปริมาณผู้ป่วย บุคลากรไม่พอเพียง ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและพยาบาลเฉพาะทางห้องฉุกเฉิน ทำให้ใช้เวลากับการให้บริการผู้ป่วย การพัฒนาด้านคุณภาพ การพัฒนาระบบบริการ เช่น ระบบ fast tract จึงทำได้ไม่เต็มที่</p>			<p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (SP)</p>

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๑๘.	<p>๒) ระบบการทบทวนผู้ป่วยที่มีปัญหา เช่น ผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิตที่มี $Ps > 0.๗๕$ ทุกราย</p> <p>๓) ส่วน ECS คุณภาพ ยังมีโอกาสพัฒนาด้านงานวิจัย การสร้างมาตรฐานของการ refer และการบริหาร</p> <p>๔) ระบบข้อมูล ทั้งการ refer, trauma registry ตั้งแต่กระบวนการ input การเชื่อมโยงของข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้</p>	<p>๑) มีนโยบายในการจัดตั้ง TEA unit โรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป ในเขตบริการสุขภาพที่ ๗</p> <p>๒) พัฒนาสมรรถนะบุคลากร เพิ่ม พยาบาล ENP, แพทย์ EP</p> <p>๓) พัฒนาการจัดการข้อมูล ให้เป็นระบบ ลดภาระการ input มีการเชื่อมโยง และสามารถนำข้อมูลออกมาใช้งานได้</p> <p>๔) มีการทบทวนวิเคราะห์ข้อมูล OHCA, การเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ใน ๒๔ hr., ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตที่มี $Ps > 0.๗๕$ ทุกราย ผู้เสียชีวิต severe traumatic brain injury และผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมาด้วย EMS อย่างเป็นประจำ ต่อเนื่อง</p>		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (SP)
๑๙.	<p>การพัฒนาระบบบริการ: Service Outcome</p> <p><u>ประเด็น</u> ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>๑) บุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการตามภาระงานบุคลากรที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราว ขาดความมั่นคงก้าวหน้าและขวัญกำลังใจในการทำงาน</p> <p>๒) บุคลากรแพทย์แผนไทย ร้อยละ ๒๗.๗๘ ยังไม่มีใบประกอบวิชาชีพ รายละเอียดข้อมูลบุคลากร</p> <p>๓) บุคลากรขาดความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลการแพทย์แผนไทยที่ถูกต้อง ทำให้การบันทึกข้อมูล ๔๓ แห่ง (การบริการด้านการแพทย์แผนไทย) ยังไม่ครบถ้วน</p>	<p>๑) ควรมีแผนสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรในการบันทึกข้อมูลการบริการแผนไทย</p> <p>๒) กำหนดหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ ให้สอดคล้องกับบทบาทภารกิจกับสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ ตั้งแต่ A – P พร้อมทั้งกำหนดสถาบันการฝึกอบรมหรือพัฒนาให้ชัดเจน</p> <p>๓) กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ควรจัดอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติแผนไทย ๗๒ ชั่วโมง เนื่องจากผู้เข้าอบรมจะได้ฝึกปฏิบัติจริง เกิดคุณภาพ เกิดความมั่นใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่คลินิกแพทย์แผนไทย เขต ๗ มีแนวทางว่าการจัดอบรมต้องดำเนินการโดยสถานศึกษา ไม่ให้สาขาจัดเอง</p> <p>๔) ผู้บริหารให้การสนับสนุนการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (SP)

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๒๐.	<p>ประเด็น ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr</p> <p>๑) บุคลากรทำงานหลายอย่างทำให้ผลของการทำงานไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ</p> <p>๒) ระบบ IT การรายงานผลที่ทำได้ไม่สัมพันธ์กับการลงข้อมูลในโปรแกรม</p> <p>๒) การเชื่อมโยงกับ DSH และตำบลจัดการสุขภาพยังมีน้อย</p> <p>๓) ขาดบุคลากรใน CKD Clinic ไม่ครบ</p>	<p>- สนับสนุนให้มีการลงพื้นที่เพื่อคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่</p>		<p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (SP)</p>
	<p>๑) องค์กรประกอบ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร กายภาพบำบัด</p> <p>๒) การคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM HT ยังต่ำ</p>			
๒๑.	<p><u>ประเด็น ปลุกถ่ายอวัยวะ</u></p> <p>- วัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่นิยมบริจาคอวัยวะ</p>	<p>๑) ควรพัฒนาระบบการดำเนินงานขอบริจาคอวัยวะให้มีรูปแบบชัดเจน ตั้งแต่วินิจฉัยว่าเกิดการบาดเจ็บศีรษะที่รุนแรง กระบวนการ Work instruction</p> <p>๒) สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ และบุคลากรด้านสาธารณสุขเข้าอบรม เรื่องการขอรับบริจาคอวัยวะจากแนวคิดของนักวิชาการและความคิดของคนในชุมชน กับการบริจาคอวัยวะ</p>		<p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (SP)</p>
๒๒.	<p><u>ประเด็น ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)</u></p> <p>๑) มีความเข้าใจที่แตกต่างกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒) มีการโยกย้ายบุคลากรและเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน</p>	<p>๑) การพัฒนาระบบการให้บริการด้านการบำบัดรักษาและสารเสพติด โดยขอการสนับสนุนที่มิวิชาการจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น</p>		<p>กลุ่มงานยาเสพติดและสุขภาพจิต</p>

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
	๓) ระบบฐานข้อมูลมีปัญหาไม่สามารถรายงานผลได้	๒) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านยาเสพติด ๓) การดำเนินงานคลินิกลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction clinic)		
	๒) บุคลากรในโรงพยาบาลบางส่วนมีการหมั่นเวียนบ่อย ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบางโรคหรือในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ ๓) ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่เกินความจำเป็น ๔) การส่งข้อมูลรายงานตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในระบบ HDC ไม่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลที่ใช้อาจไม่สะท้อนผลลัพธ์ที่เป็นจริงในเวลาที่สรุปรายงาน ๕) การสนับสนุน/ส่งเสริมการใช้สมุนไพรรพ.สต.บางอำเภอยังมีปริมาณไม่เพียงพอ	๒) ควรตั้ง Core team ในลักษณะการตั้ง COP (Community of Practice) ที่จะจัดการความรู้และส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในกลุ่มโรคต่าง โดยต้องมีส่วนร่วมจากทีมแพทย์ และสหวิชาชีพ โดยอาจมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการองค์ความรู้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ๓) ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายสารสนเทศของโรงพยาบาลให้นำเข้าข้อมูล RDU สู่ระบบ HDC ให้เป็นปัจจุบัน โดยทีม RDU ของจังหวัดควรตรวจสอบข้อมูลในระบบ HDC อย่างต่อเนื่อง ๔) CUP Board กำหนดนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรใน รพ.สต. ในกลุ่มโรค URI และ AD และติดตามข้อมูลผลการใช้ยาสมุนไพรของ รพ.สต. เพื่อนำมาวางแผนและทบทวนกรอบบัญชียาสมุนไพรใน รพ.สต. ๕) ติดตามการพัฒนางานการจัดการต่อต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (AMR) ครอบคลุมตามแผนพัฒนา ครอบคลุมประเด็นการใช้ยา การพัฒนาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบการส่งต่อ และ ติดตามตัวชี้วัดวิเคราะห์ และ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง		

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๒๓.	<p><u>ประเด็น ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอก เขตสุขภาพลดลง</u></p> <p>๑) มีการเปลี่ยนแปลง template ใหม่ มีฐานข้อมูลเพียงบางส่วน และยังคงดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดใน template ไม่ครบ</p> <p>๒) ปัญหาการจัดการระบบข้อมูลการส่งต่อ โดยเฉพาะการใช้โปรแกรมที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ และครบถ้วนเป็นปัจจุบัน</p>	<p>๑) การพัฒนาคุณภาพโปรแกรมฐานข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ อย่างครบถ้วนและเป็นปัจจุบันในระดับประเทศ</p> <p>๒) ควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบ refer ในภาพรวมเขตและจังหวัด เพื่อดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์ส่งต่อในระดับเขต และจังหวัดโดยกำหนดบุคคลรับผิดชอบที่ชัดเจน</p> <p>๓) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในการรับส่งต่อ เพื่อแก้ไขและพัฒนาระบบส่งต่อ ในระยะต่อไป</p> <p>๔) มีการติดตามประเมินผล เพื่อการพัฒนางานระบบ refer ในระยะต่อไป รวมทั้งการนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวในการสร้างนวัตกรรมเพื่อพัฒนางาน</p>		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (SP)
๒๔.	<p>ประเด็น ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้</p> <p>๑) ผู้ป่วยเบาหวานใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ได้รับการตรวจ HbA๑c ร้อยละ ๕๙.๔๓ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ถูกประเมิน และใน HDC จะถือว่าควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง</p> <p>๒) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย ๒</p>	<p>๑) ควรพิจารณาเรื่องการจัดซื้อร่วมเขตเพื่อลดต้นทุนในการตรวจ HbA๑C เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการตรวจ</p>		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (SP)

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๒๕.	<p>ครั้งในปี ร้อยละ ๗๓.๐๙ ซึ่งมีผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ถูกติดตามประเมินผลการรักษา สถานบริการควรรอกรายงาน Data exchange จาก HDC เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการติดตามประเมินผลการรักษา</p> <p>๓) การบันทึกข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ของพื้นที่ยังดำเนินการไม่ได้คุณภาพ (ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา)</p>	<p>๒) NCD Board ร่วมกับ IT Board ติดตามการใช้และตรวจสอบระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล (Data exchange) พร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ในระดับรพ.สต. อำเภอ และจังหวัด เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการ</p> <p>๓) พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งกลุ่มปกติ เสี่ยง และป่วย</p>		
๒๖.	<p>Service Plan สาขาสตรีกรรม</p> <p>๑) ขาดเครื่อง Ultrasound เพื่อใช้วัด Cervical length ระหว่าง GA ๒๐-๒๔ สัปดาห์</p> <p>๒) ไม่มียา Progesterone ใช้เพื่อป้องกัน Preterm birth ในราย Pregnancy with previous preterm และ Pregnancy with short cervix</p> <p>๓) อัตราการผ่าตัดคลอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ สูงมากถึง ๕๒.๖๑% (๒,๘๔๒/๕,๔๐๑)</p>	<p>- การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นโดยใช้ Robson ten group Classification ว่ารายที่ผ่าตัดคลอดมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมหรือไม่</p>		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (SP)
๒๗.	<p>Service Plan สาขาสุขาภพจิต และจิตเวช</p> <p>๑) ระบบการเฝ้าระวังและติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องจากการหาสาเหตุพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น Case ใหม่ที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการเฝ้าระวัง เช่น ไปทำงานที่จังหวัดอื่นแล้วกลับมาเยี่ยมบ้านและลงมือฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นต้น ไม่ทราบประวัติ และไม่มีการส่งต่อข้ามเขตในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p>	<p>๑) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการส่งต่อเชื่อมโยงเพื่อการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒) ควรมีการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในโรงเรียน และมีระบบส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษา ใน รพช. เพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ถูกส่งต่อมาสามารถรับยาในพื้นที่ได้</p>		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (SP)

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
	<p>- จากข้อมูลการเข้าถึงผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นพบว่าข้อมูลในพื้นที่กับข้อมูลในระบบ ๔๓ แฟ้ม ไม่ตรงกัน ทำให้ข้อมูลในการเข้าถึงบริการมีความคลาดเคลื่อน (ต่ำกว่าที่เป็นจริง)</p> <p>- ในระบบบริการของ รพช. บางแห่ง ยังไม่มีระบบบริการจิตเวชเด็กทำให้มีการเข้าถึงบริการได้น้อย</p>	<p>- มีการปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ / กำหนดหลักสูตรที่แพทย์ต้องรู้ ในโรคทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล</p>		
๒๘.	<p>ตอนที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ</p> <p>ประเด็น ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ</p>	<p>๑) Happinometer หลังจากปิดระบบ ควรให้ผู้รับผิดชอบระดับหน่วยงานสามารถเข้าไปดูรายงานได้</p> <p>๒) จัดเครือข่ายนักสร้างสุขระดับเขตสุขภาพ</p> <p>๓) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นักสร้างสุขและองค์กรแห่งความสุขระดับเขตสุขภาพ</p>		กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
๒๙.	<p>ประเด็น อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕)</p> <p>๑. ในระดับอำเภอ ไม่มีผู้ปฏิบัติหน้าที่หรือดำรงตำแหน่งทางงานบุคคลที่ชัดเจน (นักทรัพยากรบุคคล) เนื่องจาก ไม่มีกรอบอัตรากำลังในตำแหน่งดังกล่าว และมีบุคลากรน้อย ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน</p>	<p>๑) พัฒนานักทรัพยากรบุคคล ให้เป็นนักทรัพยากรบุคคลแนวใหม่ (SMART HR) ที่มีความรู้และเทคนิควิธีการ และสามารถวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีอาชีพ สอดคล้องกัน ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (๔Excellences)</p> <p>โดยเฉพาะ เพื่อสร้างความเข้าใจและรายงานความคืบหน้าเกี่ยวกับมาตรการ กิจกรรม ระดับความสำเร็จ รวมทั้ง แนวทางการติดตามประเมินผลให้แก่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดดังกล่าว</p>		กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
	<p>๒. ระบบโปรแกรม HROPS ไม่ตอบสนองการปฏิบัติงานของจังหวัด มีความล่าช้าไม่เสถียรและระบบไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน</p> <p>๓. การบรรจุแต่งตั้งบางสายงาน ต้องขออนุมัติปรับปรุงกำหนดตำแหน่งตามวุฒิการศึกษาจาก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความล่าช้า ส่งผลให้การบรรจุแต่งตั้งล่าช้า กระทบสิทธิประโยชน์ ค่าตอบแทน และขวัญกำลังใจ</p>	<p>๒) ควรมีการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินการตามตัวชี้วัดให้แก่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะ เพื่อสร้างความเข้าใจและรายงานความคืบหน้าเกี่ยวกับมาตรการ กิจกรรม ระดับความสำเร็จ รวมทั้ง แนวทางการติดตามประเมินผลให้แก่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดดังกล่าว</p>		
๓๐.	<p>ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ</p> <p><u>ประเด็น ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</u></p> <p>๑) ด้านหน่วยงาน(หน่วยรับตรวจ) -เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบยังขาดความรู้ความเข้าใจต่อระเบียบแนวทางปฏิบัติงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง ส่งผลให้การจัดเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง -ขาดการควบคุมกำกับการดำเนินในระดับหน่วยงานและระดับจังหวัด</p> <p>๒) ด้านคณะกรรมการตรวจประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับจังหวัด ทำบทบาทหน้าที่ยังไม่ชัดเจนส่งผลให้การประสานระหว่างคณะกรรมการและหน่วยรับตรวจในประเด็นเกณฑ์และการพัฒนาเพื่อให้ผ่านการประเมินยังไม่เพียงพอ ไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>๑) พัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน ให้เข้าใจถึงระเบียบ ปฏิบัติ เกณฑ์การประเมินและการจัดเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์คุณธรรมและความโปร่งใส</p> <p>๒) หน่วยงานเป้าหมายควรมีมาตรการ /แนวทางการควบคุมกำกับและติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ITA</p> <p>๓) ทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการตรวจประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับจังหวัด เพื่อสนับสนุนหน่วยงานเป้าหมายให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส(ITA)</p>		กลุ่มงานนิติการ

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๓๑.	<p>ประเด็น ร้อยละของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมี คุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ (รพศ./รพท. ร้อยละ ๑๐๐, รพช. ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐)</p> <p>๑) การขับเคลื่อน กระบวนการนำมาตรฐานสู่การ ปฏิบัติ ยังไม่เป้นแนวทางเดียวกัน และยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ ที่จะ ขับเคลื่อนในระดับโรงพยาบาล</p> <p>๒) เปลี่ยนผู้ปฏิบัติหน้าที่ โดยตรงดำเนินงานคุณภาพใน โรงพยาบาลบอย</p>	<p>- ควรบรรจุหัวข้อแนวคิดและเนื้อหา คุณภาพในการปฐมนิเทศบุคลากร ใหม่ระดับจังหวัด</p>		<p>กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพและ รูปแบบบริการ</p>
๓๒.	<p>ประเด็น ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่าน เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕)</p> <p>๑) ความเข้าใจเกณฑ์การพัฒนา รพ.สต. ตีตดาวของ บุคลากร รพ.สต.ยังไม่ ครอบคลุมทุกคน</p> <p>๒) ผลการประเมินรอบ ๒ ปี ๒๕๖๐ พบว่า หมวดที่ ๕ ประชาชนสุขภาพดี ในประเด็นของผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดที่กำหนด และด้านงานวิจัย นวัตกรรมผ่านเกณฑ์ น้อยที่สุด รองลงมาได้แก่หมวดที่ ๑ บริหารดี ใน ประเด็น ระบบงานสำคัญ เช่น ระบบ คุณภาพห้องปฏิบัติการชั้นสูงรทาง การแพทย์และสาธารณสุข ระบบคลัง ยา ระบบคุณภาพงานป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล (IC) และระบบงานข้อมูลข่าวสารและ เทคโนโลยี สารสนเทศ และในหมวด ๓ ด้านอัตรากำลัง ความผาสุกและความ พึงพอใจของบุคลากร</p>	<p>๑. ในปี ๒๕๖๑ มีการปรับปรุง รายละเอียดเกณฑ์การพัฒนา รพ.สต. ตีตดาว ดังนั้น รพ.สต.ควรมีการ ประเมินตนเองเพื่อหาส่วนขาดการ พัฒนา โดยมีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ชี้แจงทำความเข้าใจต่อเกณฑ์การ พัฒนา รพ.สต.ตีตดาวให้กับบุคลากร รพ.สต.และนำสู่การวางแผนพัฒนาใน ภาพ Cup และรพ.สต.แต่ละแห่ง</p>		<p>กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพและ รูปแบบบริการ</p>

ที่	ประเด็น/ปัญหา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๓๓..	<p><u>ประเด็น ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุ วิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม</u></p> <p>๑) ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันในรายการของราคาอ้างอิง ผู้ปฏิบัติไม่รายงานซื้อร่วมเพราะไม่ทราบข้อมูลราคาอ้างอิงของเขต และจังหวัด (เปลี่ยนผู้ปฏิบัติงาน/ไม่ติดตาม</p> <p>๒) การจัดซื้อตาม พรบ.จัดซื้อฯ มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานนาน โดยเฉพาะการพิมพ์ เอกสารที่มีจำนวนมากให้ถูกต้องตามระเบียบพัสดุ การกำหนดคุณลักษณะเฉพาะยาและวัสดุการแพทย์ที่แพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพทุกโรงพยาบาล ยอมรับร่วมกัน</p> <p>๓) การบริหารคลังวัสดุกลุ่มทันตกรรม และ LAB ยังไม่ถูกต้องตามระเบียบทั้งในเรื่องเอกสารการเบิกจ่าย การจัดเก็บ เนื่องจากผู้ปฏิบัติยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานตามกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๔) ยังไม่มีระบบการกำกับติดตามการจัดซื้อร่วมๆ และการจัดซื้อตามราคาอ้างอิง</p>	<p>๑) กำหนดระบบการกำกับติดตามการจัดซื้อร่วมและจัดซื้อตามราคาอ้างอิง โดยบูรณาการไปร่วมกับการตรวจสอบภายใน</p> <p>๒) ให้ พรบ. วิชาชีพที่เกี่ยวข้องจัดระบบพี่เลี้ยงช่วยเหลือในการฝึกปฏิบัติในเรื่องการดำเนินการจัดซื้อและบริหารคลังตามกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้อง</p>		<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค</p>

ที่	ประเด็น/ข้อสั่งการ	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	กลุ่มงานรับผิดชอบ
๓๔.	<p><u>ประเด็น ระดับความสำเร็จของ</u> <u>หน่วยงานสังกัดสำนักงาน</u> <u>ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการ</u> <u>ตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และ</u> <u>การบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด</u> <u>หน่วยงานในสังกัด สป.สาธารณสุข มี</u> <u>กลไกการตรวจสอบภายในอย่างเป็น</u> <u>รูปธรรม</u></p> <p>๑) คณะกรรมการตรวจสอบภายใน ภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด และ ระดับอำเภอ มีบุคลากรไม่เพียงพอ และมีภาระงานประจำทำให้ไม่ สามารถปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>๑. ให้ดำเนินการเข้มงวด ในการ ตรวจสอบความถูกต้อง ของระบบ บัญชี และและการตรวจรับเงิน รวมทั้งใบเสร็จรับเงิน</p>	ก.พ. ๖๑	กลุ่มงาน บริหารงานทั่วไป
	<p><u>ประเด็นจาก ผู้ตรวจราชการ</u></p> <p>๑. รพ.ทุกแห่ง ไม่มีภาวะวิกฤต การเงินระดับ ๗</p> <p>๒. เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการคัด กรองวินโรครครบทุกคน</p> <p>๓. รพช.ทุกแห่งเป็น โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย</p> <p>๔. รพ.ทุกแห่งเป็นโรงพยาบาล ผ่าน HA ทุกแห่ง</p>			

มติที่ประชุม

.....