



ชี้แจงแนวทางการตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 5 ปีงบประมาณ 2563





นโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

1 สุขภาพทุกกลุ่มวัย

- แม่และเด็ก
- ผู้สูงอายุ
- Health Literacy

4 พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- อสม. เป็นหมอครอบครัว
- ทีม PCC พชอ.
- รพ.สต. ติดดาว

★ โครงการพระราชดำริ



2 การควบคุมป้องกันวัณโรค



5 ลดแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล

- จัดระบบบริการเพื่อลดความแออัด
- ห้องฉุกเฉินคุณภาพ

7 การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์



9 องค์กรคุณภาพ

- HA
- PMQA
- องค์กรแห่งความสุข



3 จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ

- การยุติการใช้สารเคมีทางการแพทย์เกษตรที่อันตรายต่อสุขภาพ
- ใช้ยาอย่างสมเหตุผล/จัดการเชื้อดื้อยา(RDU & AMR)



6 Fast Track

- Stroke
- STEMI



8 นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเศรษฐกิจ

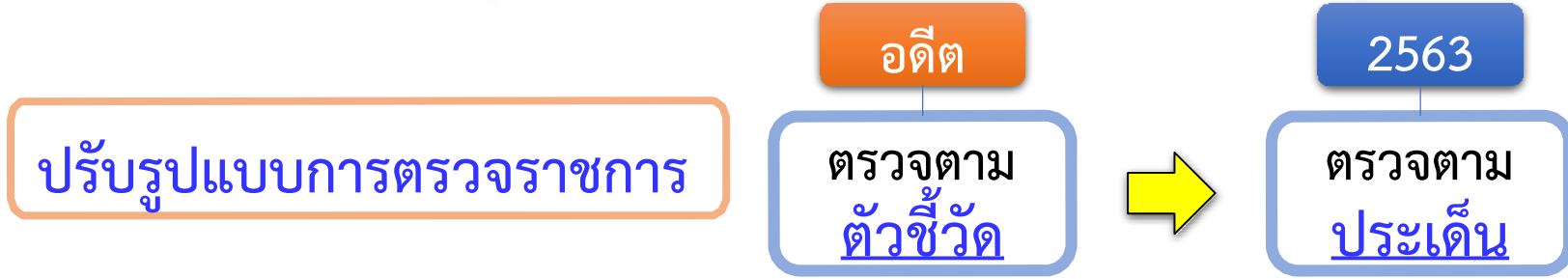
- สมุนไพรรักษาโรคและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ



10 นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ (Initiative Management)



การตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2563



ตรวจตามประเด็น แบ่งประเด็น (Objective) เป็น 3 กลุ่ม :

1. Agenda base → ยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง
2. Function base → ระบบงานของหน่วยบริการ
3. Area base → ปัญหาสำคัญของพื้นที่

- ประชาชนสุขภาพดี
- เจ้าหน้าที่มีความสุข
- ระบบสุขภาพยั่งยืน



แนวทางการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2563



1

ประเด็นการตรวจราชการ ปี 2563

- สตร. กำหนดประเด็นตรวจราชการ เป็น 3 กลุ่ม ตาม “AFA”
 - 1) Agenda base : ยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง (2 ประเด็น)
 - 2) Function base : ระบบงานของหน่วยบริการ (2 ประเด็น)
 - 3) Area base : ปัญหาสำคัญของพื้นที่
- ตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ประเด็นการตรวจราชการ กรม/ กอง เจ้าภาพตัวชี้วัด ผู้นิเทศ จะลงพื้นที่ เฝ้าระวัง กำกับ ติดตาม เพื่อรายงานผล และความก้าวหน้าต่อที่ประชุมสำนักตรวจฯ และแก้ปัญหาร่วมกัน



2

ประเด็นเร่งด่วนของผู้บริหารระดับสูง (PA ท่านปลัดฯ 10 ตัว)

ตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการ (PA) ของผู้บริหาร ปีงบประมาณ 2563

1. การควบคุมป้องกันวัณโรค

- 1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่



2. การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ

- 2) ร้อยละของ รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
- 3) ร้อยละของ รพ.ที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)



3. พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- 4) ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
- 5) จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.ประจำบ้าน
- 6) ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม

4. ลดแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล

- 7) ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital - รพ.มีระบบนัด และคิวออนไลน์
- 8) ร้อยละ รพศ.ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ



5. การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์

- 9) จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย



6. นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ

- 10) ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ



URS : United Regional System



รวม 6 ประเด็น 10 ตัวชี้วัด

นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ

Initiative Management : **United Regional System**



เป็นการบริหารจัดการร่วมในเขตสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งที่จะทำให้เกิดการกระจายทรัพยากร ทั้งด้าน งาน เงิน และบุคลากร อย่างเหมาะสม โดยขยายผลจากนวัตกรรมการบริหารจัดการโครงการ “นครชัยศรีโมเดล” ในปีงบประมาณ 2561 – 2562 นำมาดำเนินการเพิ่มเติมในระดับข้ามจังหวัดหรือข้ามเขต โดยมีความร่วมมือกันในการบริหารจัดการทั้ง คน เงิน และของ ในปีงบประมาณ 2563

แนวทางการดำเนินงาน

1. จัดการจับคู่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพคู่กัน เช่น รพ.ในจังหวัดนครปฐมทั้งหมด และ รพ.บ้านโป่ง
2. ดำเนินการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งเตียงผู้ป่วย บุคลากร และครุภัณฑ์ มีการส่งต่อผู้ป่วยในระดับ ทุติยภูมิ และตติยภูมิไปที่ รพท.เพื่อให้ รพศ. ลดความแออัดในดำเนินการนำร่องที่ รพ.นครปฐม ซึ่งอยู่ในโครงการ รพ.จตุรทิศ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ทั้งปี	ความก้าวหน้าการดำเนินงานในแต่ละไตรมาส (Small Success)			
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
อัตราครองเตียง ของ รพศ. นครปฐม	ลดลง 15 %	ลดลง 5 %	ลดลง 5 %	ลดลง 10 %	ลดลง 15 %
โรงพยาบาลติด วิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7	ไม่เกิน ร้อยละ 1	ไม่เกิน ร้อยละ 1	ไม่เกิน ร้อยละ 1	ไม่เกิน ร้อยละ 1	ไม่เกิน ร้อยละ 1

ประเด็นการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2563



1. Agenda base : ยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง (จำนวน 2 ประเด็น)

1.1 โครงการพระราชดำริ (ราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีด้วยหัวใจ) : รพ.ราชบุรี และ นครปฐม

1.2 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

เช่น คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย

2. Function base : ระบบงานของหน่วยบริการ (จำนวน 2 ประเด็น)

2.1 สุขภาพกลุ่มวัย เช่น สุขภาพแม่และเด็ก, ผู้สูงอายุคุณภาพ ฯลฯ

2.2 ลดแออัด ลดรอคอย เช่น ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (PCC), ER คุณภาพ, Smart Hospital ฯลฯ

3. Area base : ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (เขตเลือก 2 ประเด็น)

- STEMI : ลดอัตราการตาย 
- CA : ลด Radiotherapy waiting time

ประเด็น Area base ของเขตสุขภาพที่ 5

จังหวัด	จำนวน	ประเด็น		
เพชรบุรี	2	1. RTI	2. NCD	-
กาญจนบุรี	2	1. TB	2. NCD	-
ประจวบคีรีขันธ์	3	1. NCD	2. TB	3. Teenage Pregnancy
สมุทรสงคราม	2	1. ผู้สูงอายุ	2. NCD	-
ราชบุรี	2	1. DM/HT	2. Stroke	-
สุพรรณบุรี	3	1. Stroke	2. หัวใจ	3. มะเร็งเต้านม
นครปฐม	2	1. NCD	2. ไข้เลือดออก	-
สมุทรสาคร	2	1. อาหารปลอดภัย	2. ไข้เลือดออก	-

แนวทางการตรวจราชการรายประเด็น

(ข้อมูล ณ 16 ธันวาคม 2562)

โครงการพระราชดำริ (ราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีด้วยหัวใจ)



พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชดำริให้มีการจัดตั้งขึ้น

เพื่อมุ่งเน้นในการส่งเสริม ด้านเครื่องมือแพทย์ ด้านการบริการทางการแพทย์ พยาบาล ให้องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
 อนามัยที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขัง ให้องค์ความรู้แก่อาสาสมัครด้านสุขภาพในเรือนจำ

เขตสุขภาพที่ 5

รพ. นครปฐม*

และ รพ.ราชบุรี



ผู้รับผิดชอบหลัก กบรส.



แนวทางการตรวจ ติดตาม โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีด้วยหัวใจ

ระดับความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

การดำเนินงาน 5 ระดับ

ระดับ 1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน ด้านการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำหรือคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานอื่นใดก็ได้ ที่สามารถดำเนินการตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี ด้วยหัวใจ ได้อย่างสอดคล้องเชื่อมโยงกับบริบทของพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ระดับจังหวัด หรือ ระดับเขตสุขภาพ)

ระดับ 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลแม่ข่าย และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในอำเภอหรือจังหวัดที่มีเรือนจำ, ทัณฑสถาน หรือสถานกักกันที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ มีการจัดทำแผนบูรณาการร่วมกันหรือจัดทำบันทึกความร่วมมือหรือบันทึกข้อตกลงร่วมให้เกิดการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังในระดับจังหวัด

ระดับ 3 โรงพยาบาลแม่ข่ายมีการจัดระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำภายในจังหวัดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 6 ด้าน คือ

1) ด้านการรักษาพยาบาล 2) ด้านการบริการพื้นฐานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค 3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต 4) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ 5) ด้านการส่งต่อเพื่อการรักษา 6) ด้านการตรวจสอบสิทธิ

ระดับ 4 จังหวัดในกลุ่มเป้าหมาย (20 จังหวัด) ที่มีเรือนจำ/ทัณฑสถาน/สถานกักกันตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ (นำร่องปี 2563 จำนวน 24 เรือนจำ) มีการจัดระบบการบริหารจัดการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ และได้รับการประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระดับ 5 มีแผนการดำเนินการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และการบริหารจัดการครุภัณฑ์ พระราชทานฯ และแผนการจัดบริการร่วมกับจิตอาสา และทีมสหวิชาชีพ ตามบูรณาการเครือข่ายทั้งในระดับจังหวัด/ระดับเขตสุขภาพ ตามแผนงานโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี ด้วยหัวใจ

รอบที่ 1

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ ระดับ 1-2
คะแนนรวม 5 = ผ่าน (3 เดือน)
- โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3
คะแนนรวม 6 คะแนน = ผ่าน (6 เดือน)

รอบที่ 2

- จังหวัดกลุ่มเป้าหมาย (20 จ.)
ผ่านเกณฑ์ ระดับ 4* (9 เดือน)
- จังหวัดกลุ่มเป้าหมาย (12 จ.)
ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 * (12 เดือน)

ประเด็น กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ผู้รับผิดชอบ

- 1) กรมการแพทย์
- 2) กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- 3) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 4) กรมสุขภาพจิต
- 5) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- 6) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- 7) กองบริหารการสาธารณสุข

คลินิกกัญชาทางการแพทย์ คือ การเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ Medical Cannabis Clinic แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย เป็นไปตามแนวทางการบริหารจัดการและ การปฏิบัติงานของสถานบริการสุขภาพ ตามข้อสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการตรวจติดตาม

- มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพ
- จัดบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ตามแนวทางที่กำหนด
- จัดทีมบุคลากรประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์

ศึกษารายละเอียดการดำเนินการเพิ่มเติม

การวัดผลดำเนินการ

**** จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่อง อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง**

สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจและเมืองสมุนไพร

** ยาสมุนไพรจากขมิ้นชันหรือโพลีที่ผลิตจาก

เมืองสมุนไพร 14 จังหวัด ผลิตจากวัตถุดิบ ปลอดภัย

เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนการยกเลิกการใช้สารเคมี (พาราควอต ไกลโฟเซต และ คลอร์ไพริฟอส) ในการทำเกษตร กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำตัวชี้วัดเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการสนับสนุนให้เกษตรกรในพื้นที่ มีสุขภาพดี และมีรายได้ อีกทั้งยังสามารถเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรในท้องถิ่นได้

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

อาหารปลอดภัย ผักปลอดสารพิษ

1. เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ใช้ในการประเมินการพัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น ระดับพื้นฐาน ดี ดีมาก และดีมากพลัส
2. มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital) กำหนดไว้ในเกณฑ์ระดับดีมากพลัส

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร

ประเด็น สุขภาพกลุ่มวัย

สุขภาพแม่และเด็ก

1. สุกเกิดรอดแม่ปลอดภัย
2. เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
3. เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย
พร้อมเรียนรู้

สุขภาพผู้สูงอายุ

1. การส่งเสริมป้องกัน ดูแล รักษา
ฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. การส่งเสริมป้องกัน ดูแล รักษา
และฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตก
หกล้ม

รายละเอียดการดำเนินการ และการตรวจติดตาม ดูในเอกสาร

ประเด็น สุขภาพกลุ่มวัย

แนวทางการดำเนินงาน **ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย** ของพื้นที่

1. จัดบริการคุณภาพ ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านกลไก MCH Board และ Service Plan ทุกระดับ
2. ผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและจังหวัด
3. พัฒนาคุณภาพระบบให้คำปรึกษาและเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ คลินิก ANC LR PP
4. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (R-SA)
5. จัดบริการให้คำปรึกษา และคุมกำเนิดให้หญิงหลังคลอด/หลังแท้งทุกราย
6. โรงเรียนพ่อแม่ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โปรแกรม 9 อย่างเพื่อสร้างลูกผ่าน Face book 32
7. ค้นหา คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด คัดกรองสุขภาพจิตก่อน/ขณะตั้งครรภ์/หลังคลอด
8. มี Standing Order และ CPG ใน รพช. เพื่อป้องกันมารดาตายจากการตกเลือดและ HT
9. จัดระบบส่งต่อ จัด Zoning สูติแพทย์
10. ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตาย การแก้ไขตามบริบทพื้นที่
11. พัฒนาระบบกำกับติดตาม

ประเด็น สุขภาพกลุ่มวัย

แนวทางการดำเนินงาน **เด็ก 0 – 5 ปี สูงดี สมส่วน** ของพื้นที่

1. ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ระดับอำเภอและตำบล
2. พัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้และทักษะในการขับเคลื่อนงานด้านส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี การจ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก โฟลิก ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก) สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย/ การเล่น การนอน พัฒนาการ
3. ส่งเสริมการบริโภคอาหาร การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กและฝึกทักษะแปรงฟันเด็ก กิจกรรมทางกาย การนอน ของหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ที่เหมาะสม
4. สนับสนุนการจ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก โฟลิก และยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้ถูกต้อง และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคน
5. พัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลสุขภาพของสตรีและเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุม ถูกต้อง และทันเวลา
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูล มีการวิเคราะห์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล
7. กำกับติดตามและประเมินผล ความถูกต้องของข้อมูล มาตรฐาน เครื่องมือเฝ้าระวังการเจริญเติบโต

ประเด็น สุขภาพกลุ่มวัย

แนวทางการดำเนินงาน **เด็ก 0 – 5 ปี พัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้** ของพื้นที่

1. ขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/คกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/คกก.กองทุนสุขภาพระดับตำบล
2. พัฒนาคุณภาพบริการในสถานบริการ (WCC) และในชุมชน (ศพด., Daycare) ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
3. มีแนวทางในการสร้างพ่อแม่คุณภาพในการเลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ โรงเรียนพ่อแม่ การพัฒนาเด็กไทยคิดเป็น คิดดี คิดให้ (Creation-Positive -Response to society)
4. การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้และทักษะผู้ปกครอง ให้มีกิจกรรมเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ในสถานบริการและในชุมชน
5. เพิ่มความครอบคลุมในการส่งเสริม คัดกรองพัฒนาการ และติดตาม เด็กสงสัยล่าช้า และเด็กพัฒนาการล่าช้า เข้าสู่ระบบ
6. เฝ้าระวังพัฒนาการ ทั้งเด็กทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และด้อยโอกาส โดยเฉพาะเด็กภายใต้โครงการเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด
7. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้า/ล่าช้า
8. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และขับเคลื่อนบังคับใช้ พรบ.ควบคุม ส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560
9. พัฒนาระบบฐานข้อมูล มีการวิเคราะห์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล

ประเด็น ลดแออัด และลดการรอคอย

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเพื่อลดความแออัดการให้บริการของสถานบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ได้แก่

1. การพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว ได้รับบริการที่ดีขึ้น ตามนโยบาย Better Service ประกอบด้วย การขยายเวลาบริการ นอกเวลาในช่วงเช้าและช่วงเวลายืน การให้บริการในวันหยุดราชการ การเพิ่มพื้นที่บริการ เช่น การออกหน่วยเคลื่อนที่ การส่งแพทย์เฉพาะทางไปช่วย ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนาระบบนัดเป็นช่วงเวลาเพื่อกระจายผู้ป่วย การจัดให้มีระบบการเจาะเลือดล่วงหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ การนัดรับ ยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดระบบช่องทางด่วนในกรณีผู้ป่วยวิกฤติ
2. การพัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากเป็นหน่วย บริการที่ใกล้บ้านประชาชน ให้สามารถทำหน้าที่เป็นด่านหน้าของระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนไปรับบริการในกรณีเจ็บป่วยเบื้องต้น แทนการไป ใช้บริการในโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กระจายครอบคลุมทุกตำบล มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เพื่อทำหน้าที่เป็น หน่วยบริการปฐมภูมิให้กับชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาลเมือง ที่ประชากรมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ครอบคลุมทุกจังหวัด และขยายการดำเนินการให้มีในอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นต่อไป
3. การพัฒนาสถานบริการในรูปแบบของเครือข่ายบริการ ด้วยการเพิ่มศักยภาพและขยายศักยภาพการให้บริการ ให้มีคุณภาพตามกรอบมาตรฐานของสถาน บริการ และการให้บริการตามสภาพปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ (Service Plan) เพื่อสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่ใกล้บ้าน โดยไม่ต้องมา แออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น การจัดคลินิกการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การจัดการบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง เพิ่มขึ้นถึงโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 การจัดการบริการผู้ป่วยนอกจิตเวช และ ผู้ป่วยนอกยาเสพติด ในโรงพยาบาลชุมชน การเพิ่มบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. การพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent Center) เพื่อให้คิวรอคอยการรักษาบางโรคลดลง เช่น คิวในการผ่าตัดหัวใจ คิวฉายรังสีในผู้ป่วย โรคมะเร็ง ลดลง และยังเป็น การลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงบริการให้แก่ประชาชนในแต่ละเขตสุขภาพทั่วประเทศ ทำให้ประชาชนไม่ต้องเสียเวลาในการ เดินทางมายังโรงเรียนแพทย์ หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เน้นการบริหารจัดการแบบเขตสุขภาพที่ให้บริการแบบ เชื่อมโยง ด้วยระบบพี่น้องเกื้อกูลกัน เช่น การจัดทีมลงพื้นที่เพื่อช่วยการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วย Blinding cataract ภายใน 30 วัน เพื่อลดการตาบอด เป็นต้น
5. การพัฒนาระบบส่งต่อ มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อทั้งในระดับเขต และระดับจังหวัดครบทุกแห่ง มีโปรแกรมการส่งต่อ เพื่อบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับ การส่งต่ออย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ประเด็นการตรวจติดตามในพื้นที่

เปิดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

โรงพยาบาลที่มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา
กปรส.

การกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา
กรมสุขภาพจิต

การพัฒนา อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน
กรม สบส.



**ลดแออัด และ
ลดการรอคอย**

การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ
กปรส.

One Day Surgery and
Minimal invasive surgery
กรมการแพทย์

Fast track โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
กรมการแพทย์

โรงพยาบาล M และ F จัดบริการ
intermediate bed / ward
กรมการแพทย์

Smart Hospital
กปรส.&ศูนย์เทคโนโลยี

การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ

กปรส.



ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ทันเวลา ปลอดภัย และประทับใจ เน้น 3 มิติ

1. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน 1) จัดบริการตามแนวทาง ER service delivery 2) ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉิน ไม่เกิน 2 ชั่วโมง (ER target time 2 ชั่วโมง) 3) เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน
2. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน 1) การจัดให้มีโครงสร้างและพื้นที่ห้องฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร 2) พัฒนาระบบสารสนเทศ
3. พัฒนาและดำรงรักษากำลังคน วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และ นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<ol style="list-style-type: none">1. แต่งตั้ง คกก.ห้องฉุกเฉินคุณภาพ ระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด/โรงพยาบาล2. วางแผนการพัฒนาตามเกณฑ์ ER คุณภาพ รวมทั้งจัดระบบบริหารจัดการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินและระบบบริหารจัดการ ER target time 2-hr target	<ol style="list-style-type: none">1. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินใน ER ระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงจากเดิมร้อยละ 52. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 303. เครือข่าย ER ในระดับจังหวัดมีการจัดบริการตามเกณฑ์ ER คุณภาพ4. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 30	<ol style="list-style-type: none">1. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินใน ER ระดับ 4 และ 5 ลดลงจากเดิมร้อยละ 72. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 403. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 404. พัฒนาระบบ AOC 6 เขตสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none">1. รพศ. 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 802. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินใน ER ระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงร้อยละ 104. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ใน ER ไม่เกิน 2 ชม. (2 - hr target) > ร้อยละ 505. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 506. พัฒนาระบบ AOC ให้ครบทุกเขตสุขภาพอย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ สาขาการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการผ่าตัดแผลเล็ก

One Day Surgery and Minimal invasive surgery

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
ร้อยละ 20	จัดตั้งหน่วยให้บริการเพิ่มตามแนวทางคู่มือของกรมการแพทย์	ประเมินรูปแบบการให้บริการมีมาตรฐานตามแนวทางการดำเนินงานและข้อเสนอแนะด้านความปลอดภัย กรมการแพทย์	มีหน่วยงานที่ให้บริการในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีความพร้อมและสมัครใจ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
ร้อยละ 40	เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับบริการ One Day Surgery	ร้อยละ 60

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
รพ.ทุกระดับที่มีความพร้อมในเขตสุขภาพเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ODS ตามโรคและหัตถการที่เพิ่มในปี 2563 ได้อย่างเป็นระบบ สามารถวางแผนและพัฒนาการให้บริการอย่างเหมาะสมตามบริบท	รพ.ทุกระดับที่มีความพร้อมและสมัครใจสามารถดำเนินการได้เพิ่มอย่างน้อย 1 แห่ง ต่อเขตสุขภาพ	รพ.ทุกระดับสามารถดำเนินการ ODS ได้อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง	รพ.ให้บริการผ่าตัด ODS เป็นแบบ One Stop service อย่างน้อย เขตละ 1-2 แห่ง

Fast track โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน

1. มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง
2. พัฒนาเครือข่ายในเขตสุขภาพให้เข้มแข็ง
3. ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน
4. โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่ง ต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด
5. จัดให้มี Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม
6. เพิ่ม Stroke Unit และจำนวนเตียงให้เพียงพอ
7. ให้การรักษา Ischemic Stroke และ Hemorrhagic Stroke ใน Stroke Unit/ ICU

8. จัดให้มีเครือข่ายวิชาการและบริการ ทั้ง Acute และ Intermediate Care
9. จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วย ทั้งภายในเขตฯ และนอกเขตบริการที่รับผิดชอบให้ชัดเจน
10. สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย Stroke ให้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัด
11. กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้าน Stroke ของสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
12. เพิ่ม Certified Stroke Unit/ Certified SSCC (Standard Stroke Center Certification)

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<ol style="list-style-type: none"> 1. สื่อสารนโยบาย Stroke 2. เพิ่มจำนวนเครือข่ายวิชาการโรค Stroke สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 3. จัดอบรม Stroke nurse: Basic course 4. จัดอบรมบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพโรค Stroke 	<ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) < ร้อยละ 25 2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) < ร้อยละ 5 3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) ≥ ร้อยละ 60 4. ร้อยละผู้ป่วยโรค Stroke (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ≥ ร้อยละ 45 5. จัดอบรม Stroke nurse: Advance course 	<ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) < ร้อยละ 25 2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) < ร้อยละ 5 3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) < ร้อยละ 25 3. จัดอบรม Stroke nurse: Manager course 	<ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) < ร้อยละ 25 2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) < ร้อยละ 5 3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) ≥ ร้อยละ 60 4. ร้อยละผู้ป่วยโรค Stroke (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษา ใน Stroke Unit ≥ ร้อยละ 50 5. มีการรับรองคุณภาพ ศูนย์โรค Stroke มาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification: SSCC) อย่างน้อย เขตละ 1 แห่ง

โรงพยาบาล M และ F จัดบริการ Intermediate Bed / Ward

การให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง ในโรงพยาบาลทุกระดับ โดย A, S : เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย
M, F : โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ ward

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
-	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้ การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ ward) ร้อยละ 60	-	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้ การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ ward) ร้อยละ 75
-	เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairments ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะ กลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ร้อยละ 50	-	เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairments ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะ กลางและ ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ร้อย ละ 60

Smart Hospital



โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

1) Smart Place/Infrastructure

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

2) Smart Tools

โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์

3) Smart Services

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกันเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

การพัฒนา อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน

อสม. หมอประจำบ้าน : ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนา ศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

การดำเนินงานและการสนับสนุนของกรมที่เกี่ยวข้อง

☺ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน

1. พัฒนาหลักสูตร แนวทาง คู่มือ
2. ถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน
3. อบรมครูฝึก
4. สนับสนุน ให้ สสจ. อบรม อสม. หมอประจำบ้าน (งบประมาณ เป้าหมาย หลักสูตร แนวทาง คู่มือ)
5. พัฒนารฐานข้อมูลและระบบรายงาน (ฐานข้อมูล thaiphc.net)
6. ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล

☺ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่งเสริม สนับสนุน อสม. หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

1. อสม. ปฏิบัติงานบทบาท อสม. หมอประจำบ้าน
2. อสม. ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร่วมกับทีมหมอครอบครัว
3. อสม. รายงานผลการปฏิบัติงานให้ รพ.สต.
4. ติดตามและประเมินผล

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ 2. มี อสม. หมอประจำบ้าน 40,000 คน	1. มี อสม. หมอประจำบ้าน 80,000 คน (สะสม) 2. เพิ่มพูนทักษะ อสม. หมอประจำบ้าน 10,000 คน	อสม. หมอประจำบ้านมี ศักยภาพอย่างน้อย ร้อยละ 70	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างน้อยร้อยละ 70

การกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา

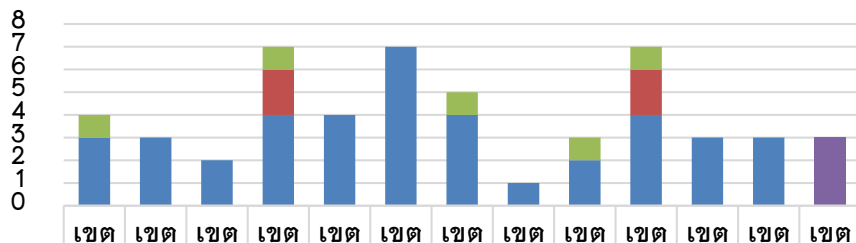
มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ
มาตรการพัฒนาศักยภาพด้านการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิในเขตเมือง	ให้ดำเนินการภายใน 1 มกราคม 2563 เป็นต้นไป ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ 2563
1. การพัฒนาการมีส่วนร่วม ของสถานบริการระดับปฐมภูมิภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพโรคเรื้อรังในเขตเมือง ผ่านโครงการร้านยาอบอุ่น ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (ร้านขายยาจัดเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ)	เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 เป็นต้นมา มีร้านยาเข้าร่วมในภาพประเทศ จำนวน 548 แห่ง (ณ 1 ธ.ค. 2562) ร้านยาเครือข่ายจิตเวช จำนวน 117 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.4
2. การพัฒนาศักยภาพแม่ข่ายจิตเวช ซึ่งประกอบไปด้วย สถาบัน / รพ.ในสังกัดกรมสุขภาพจิตและ โรงพยาบาลศูนย์ / ทัวไปที่มีจิตแพทย์ (PM ย่อย) ให้สามารถดำเนินงานโครงการลดความแออัด โดยการกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา	พัฒนาศักยภาพแม่ข่ายจิตเวชที่เป็น สถาบัน /รพ. สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 14 แห่งใน 13 เขตสุขภาพ (ร้อยละ 100) และ รพ.ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงที่ขึ้นทะเบียนสถานบำบัด จำนวน 78 แห่งใน 12 เขตสุขภาพ มี รพ.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพแล้ว 1 แห่ง (ร้อยละ 1.3
3. สถาบัน / รพ.ในสังกัดกรมสุขภาพจิตและ โรงพยาบาลศูนย์ / ทัวไปที่มีจิตแพทย์ (PM ย่อย นำหลักสูตรไปพัฒนาศักยภาพเภสัชกรร้านยาให้สามารถจ่ายยาเติม (refill) ผู้ป่วยจิตเวชได้ และเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกลับมาที่สถานบริการต้นสังกัดได้ผ่านโปรแกรม pharmcare transition	จำนวนเภสัชกรร้านขายยาที่ผ่านการฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพในการจ่ายยาเติม (refill) และบริหารเภสัชกรรม ผู้ป่วยจิตเวชได้จาก สถาบัน / รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 117 คน (ร้อยละ 100) จำนวนเภสัชกร ร้านขายยาที่ผ่านการฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพในการจ่ายยาเติม (refill) และบริหารเภสัชกรรม ผู้ป่วยจิตเวชได้จาก แม่ข่ายจิตเวชสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง จำนวน 0 คน

โรงพยาบาลที่มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา

บริการรับยาที่ร้านยา หมายถึง การจัดบริการทางเลือกให้ผู้ป่วยของโรงพยาบาลสามารถรับยาตามใบสั่งแพทย์ได้ที่ร้านยาใกล้บ้าน โดยโรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้ใน 3 รูปแบบ

- **รูปแบบที่ 1** โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อ ตรวจสอบ เบิกจ่าย และจัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลและส่งยาไปที่ร้านยาเพื่อจ่ายให้กับผู้ป่วย
- **รูปแบบที่ 2** โรงพยาบาลนำยาไปสำรองไว้ที่ร้านยา และเภสัชกรร้านยาเป็นผู้จัดยา/จ่ายยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์
- **รูปแบบที่ 3** ร้านยาเป็นผู้จัดซื้อยาและสำรองยา รวมทั้งจัดยา/จ่ายยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์

จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา



รพ.กรมการแพทย์													3
รพ.กรมสุขภาพจิต	1			1			1		1	1			
รพช.				2						2			
รพศ./รพท.	3	3	2	4	4	7	4	1	2	4	3	3	

Small Success

กลุ่มเป้าหมาย เน้นให้ **รพ.ที่แออัด** ดำเนินการ

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
20 แห่ง	30 แห่ง	40 แห่ง	50 แห่ง

เปิดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ของจังหวัด เพื่อดูแลประชาชน 40 % ของประชาชนในเขตที่รับผิดชอบ



มาตรการ

- สสจ. กำหนดเป้าหมาย 40 % (30 พย.62)
- สสจ. ยืนยันคลินิกหมอครอบครัวเดิม (1,180) เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใน 6 มค. 63
- จังหวัด จัดทำแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 ปี (พ.ศ.2563-2572) ส่ง 13 ธค. 62
- จังหวัด ปรับเปลี่ยนบุคลากร ตาม 3S (มค. 63)
- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพศ./รพท./รพช.) หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.ร่วมกับรพ.สต.) โดยจัดบริการตามขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
- จังหวัดส่งแพทย์ตามเป้าหมาย 40% ไปทำงานปฐมภูมิ โดยให้ร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ทีมหมอครอบครัว) วิเคราะห์กลุ่มประชากรและวางแผนการดูแลสุขภาพประชาชนที่รับผิดชอบ (ทำงานได้ก่อนโดยยังไม่ต้องอบรมระยะสั้น)
- จังหวัดส่งแพทย์ในพื้นที่เป้าหมาย 40 % ที่ยังไม่มี วว. อว. เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ Short course เข้ารับการอบรมหลักสูตร Basic course of Family Medicine for Primary Care Doctor ภายใน ไตรมาส 2
- หน่วยบริการประเมินตนเอง สสจ. ตรวจสอบและรับรองข้อมูล เพื่อลงทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบลงทะเบียนของ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

พัฒนาศักยภาพแพทย์อื่น ให้สามารถดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ.



- สสป.อบรม ครู ก.(2-3 ๓ค.62)
- สสป. ชี้เป้าหมายตามที่ จังหวัด แจ้งพื้นที่เป้าหมาย 40 % แจ้ง ผตร. ภายใน ๓ค.62
- สสป.จัดทำตัวอย่างโครงการ/การคิดค่าใช้จ่าย ภายใน ๓ค.62
- แพทย์อื่น/แพทย์ต่ออายุราชการในปี 64 (เป็นแพทย์ที่ไม่ได้เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทั้ง อว./วว./อบรมระยะสั้น) เข้ารับการอบรมหลักสูตร Basic course of Family Medicine for Primary Care Doctor
- เขตสุขภาพร่วมกับศูนย์เรียนรู้ จัดทำโครงการอบรม โครงการอบรม Basic course of Family Medicine for Primary Care Doctor (2 วัน/2 ครั้ง) เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- เขตสุขภาพ ดำเนินการจัดอบรม ภายใน ไตรมาสที่ 2
- เขตสุขภาพรายงานผลการพัฒนาศักยภาพแพทย์ (หลังอบรมภายใน 1 เดือน)

การทำงานร่วมกับ พชอ.

- จังหวัดประสาน พชอ.แต่ละอำเภอ จัดทำแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 ปี ตามมาตรา 30 แห่ง พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 (๓ค.62)

เปิดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ของจังหวัดเพื่อดูแลประชาชน 40 % ของประชาชนในเขตที่รับผิดชอบ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40

To be continue



รูปแบบการตรวจราชการ
เขตสุขภาพที่ 5
ประจำปีงบประมาณ 2563





(ร่าง) กำหนด...ตรวจราชการ



จังหวัด	รอบที่ 1 (ใช้ข้อมูล 3 ด.)	รอบที่ 2 (ใช้ข้อมูล 6 ด.)
เพชรบุรี	9 – 10 มกราคม 2563 (พ-ศ)	
กาญจนบุรี	16 – 17 มกราคม 2563 (พ-ศ)	
ประจวบคีรีขันธ์	22 – 23 มกราคม 2563 (พ-พ)	
สมุทรสงคราม	29 – 30 มกราคม 2563 (พ-พ)	
ราชบุรี	6 – 7 กุมภาพันธ์ 2563 (พ-ศ)	
สุพรรณบุรี	13 – 14 กุมภาพันธ์ 2563 (พ-ศ)	
นครปฐม	20 – 21 กุมภาพันธ์ 2563 (พ-ศ)	
สมุทรสาคร	26 – 27 กุมภาพันธ์ 2563 (พ-พ)	

Plan : ตรวจราชการ กำหนด 2 วัน

Day 1

เช้า : คณะตรวจราชการ พบผู้บริหารและหารือกับ
หัวหน้าทีมตรวจ/นิเทศจากกรม/กอง (30 - 60 นาที)
และ แบ่ง 2 ทีมลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม
บ่าย : แบ่ง 2 ทีมลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม (ต่อ)



Small team
but Beautiful

Day 2

เช้า

- หารือกับหัวหน้าทีมตรวจ/นิเทศจากกรม/กอง เพื่อเตรียมสรุปตรวจราชการ (30 นาที)
- จังหวัดและโรงพยาบาลนำเสนอภาพรวมและตามประเด็นที่รับผิดชอบ
- สรุปตรวจราชการ



ผู้นิเทศลงเก็บข้อมูลล่วงหน้าประมาณ 1-2 สัปดาห์
ก่อนกำหนดการตรวจราชการ

ประเด็นการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 5 ปี 2563



1. โครงการพระราชดำริ
2. กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ,
คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์
แผนไทย
3. สุขภาพทุกกลุ่มวัย
4. ลดแออัด ลดรอคอย
5. Area Base 5.1 STEMI 5.2 CA
6. *Management : People and Governance Excellence*
(คน / การเงินการคลัง / การบริหารงบประมาณ)

กรอบการนำเสนอของจังหวัดในการตรวจราชการ

HR5



ข้อมูลพื้นฐาน/ข้อมูลทั่วไป



สถานการณ์ด้านสุขภาพ

Achievement ตามประเด็นตรวจ + ปัญหาของพื้นที่
นโยบายเร่งด่วน/สำคัญ



People and Governance Excellence



(คน / การเงินการคลัง / การบริหารงบประมาณ)

NEW

ให้เห็นสถานการณ์/ แผนการดำเนินงาน/ ผลที่คาดหวังตามเป้าประสงค์

จังหวัดส่ง file เอกสาร เพื่อรับการตรวจราชการ ใน E-inspection ของกองตรวจราชการ
ก่อนที่มติเทศบาลพื้นที่เก็บข้อมูล อย่างน้อย 1 - 2 wks

การมอบหมายผู้ทำหน้าที่ประธานทีม 1 – 6



1. โครงการพระราชดำริ (นพ.รักษ์พงศ์, พญ.รุจิรา)
2. กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ,
คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย
(กบรส., อย., แผนไทย, กรม.พ. เขต5)
3. สุขภาพทุกกลุ่มวัย (กรมอนามัย, สุขภาพจิต, ควบคุมโรค)
4. ลดแออัด ลดรอคอย (กรมการแพทย์, CSO)
5. Area Base 5.1 STEMI 5.2 CA (กรมการแพทย์, CSO)
6. Management : People and Governance Excellence
(คน / การเงินการคลัง / การบริหารงบประมาณ) (CHRO, CFO, ผช.ผตร.)

ประเด็น 4+5 รวมกัน เป็น 1 ทีม



การสรุปผลการตรวจราชการ



รอบที่ 1

- 1) สรุปสถานการณ์
- 2) แสดงจุดร่วมที่จะสะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน เช่น โครงสร้าง การจัดการ องค์ความรู้ งบประมาณ กฎ/ระเบียบ/ แนวปฏิบัติ หรือ การถ่ายทอดนโยบาย เป็นต้น
- 3) ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารระดับสูง และหน่วยงานในส่วนกลาง
- 4) ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงเชิงกลไกและกระบวนการการตรวจราชการ

รอบที่ 2

- 1) สรุปสถานการณ์
- 2) แสดงจุดร่วมที่จะสะท้อนความก้าวหน้าหรือผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบาย
- 3) วิเคราะห์
 - ปัญหาสำคัญร่วมของพื้นที่
 - Best Practice
 - บทเรียนจากความล้มเหลว เช่น โครงสร้าง การจัดการ องค์ความรู้ งบประมาณ กฎ/ระเบียบ/ แนวปฏิบัติ หรือการถ่ายทอดนโยบาย เป็นต้น
- 4) มีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ/ระเบียบ/แนวปฏิบัติ การตรวจราชการในปีต่อไป

แบบรายงานการตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563



- (1) สรุปสถานการณ์ แต่ละประเด็น
- (2) ลักษณะการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย แต่ละประเด็น (มาตรการ/กิจกรรม)
- (3) ปัญหาและขอเสนอแนะ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จของงาน
- (4) ขอเสนอ เพื่อการปรับปรุงกลไกและกระบวนการการตรวจราชการ

แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ประเด็นที่

หัวข้อ

เขตสุขภาพที่รอบที่/๒๕๖๓

๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม.....

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๓. แมต้าย สาเหตุ : ๓.๓	๓.๓.....	

๓. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

.....
.....

๔. ข้อเสนอแนะของผู้บิเทศ (เพิ่มเติมจากข้อ ๒)

๔.๑ สำหรับพื้นที่

.....

๔.๒ สำหรับส่วนกลาง

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

E-mail.....



การ “รอคอย”
เป็นสิ่งที่มีความหมาย
แต่คนที่เห็นคุณค่านั้น
คือ... คนที่เป็น
“ฝ่ายรอคอย”

Thank You

Thank You

Thank You

การบ้าน ที่ได้รับมอบหมายจากผู้ตรวจราชการ

แบ่งกลุ่มตามประเด็นการตรวจราชการ 5 – 6 กลุ่ม

ตั้งหัวหน้าทีม หรือประธานประเด็น

และนำเสนอ บ่าย ประเด็นละ 5 นาที