

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปี 2565 รอบที่ 2

ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง กระทรวงสาธารณสุข



PCU/NPCU



ปชช.มีหมอประจำตัว 3 คน



รพ.สต.ติดดาว



การพัฒนาคุณภาพชีวิต

นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4

19 กันยายน 2565

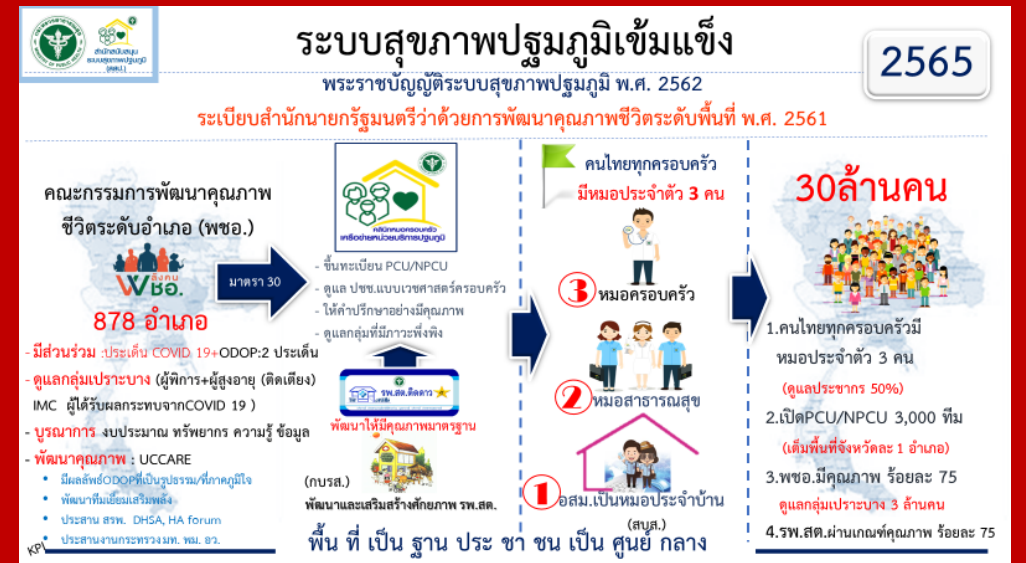
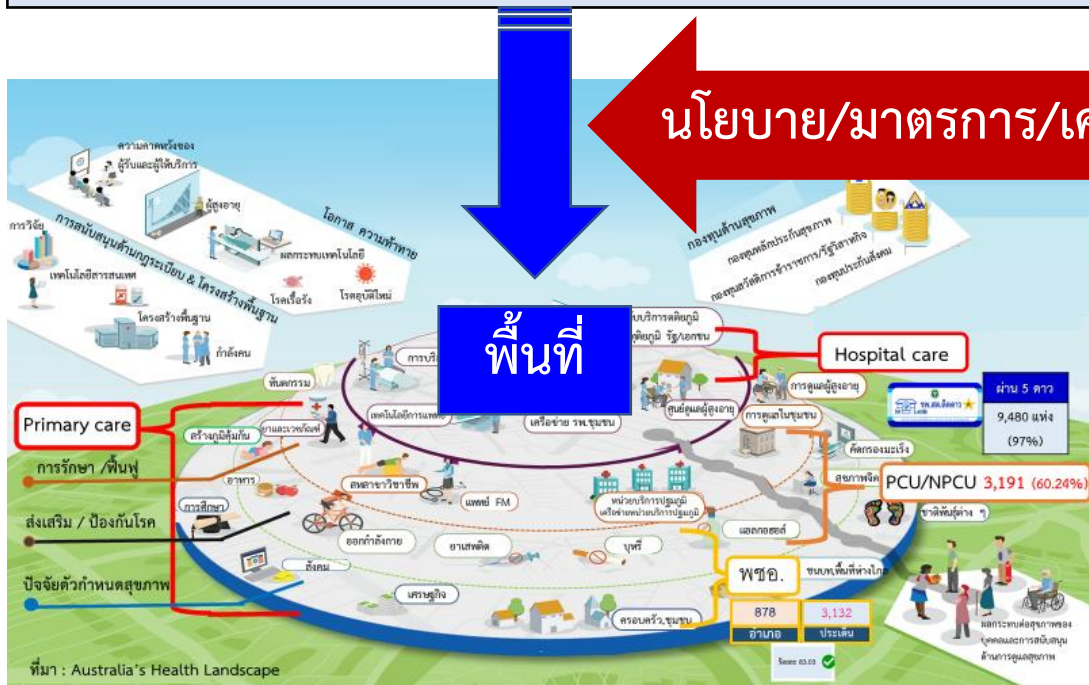
พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 + ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561

ให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าวต้องครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศโดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

ขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

นโยบาย/มาตรการ/เครื่องมือ



แนวทางการตรวจราชการ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ รอบ 2

1

ติดตาม KPI เชิงปริมาณ แต่ เน้น
ผลลัพธ์การดำเนินงานในเชิง
คุณภาพ ➤ **ประชาชนได้อะไร**

- ❖ ประชาชน รู้จัก 3 หมอ
- ❖ รู้ช่องทางการสื่อสาร/ติดต่อได้
- ❖ ขอคำปรึกษา และสามารถให้คำปรึกษา
- ❖ ประชาชนได้รับการดูแล และ ได้รับ HL

- ❖ รพ.สต. พัฒนาบริการให้ได้มาตรฐานและคุณภาพ
- ❖ มีการประสานการทำงานกับ รพ. แม่ข่าย เช่น ข้อมูล ระบบการส่งต่อ

- ❖ พัฒนาศักยภาพ PCU/NPCUต้นแบบที่มีศักยภาพ 1 อำเภอมีคุณภาพ
- ❖ ปรับรูปแบบบริการปฐมภูมิที่มุ่งเน้น “ประชาชนเป็นฐาน” เน้นลงไปสู่การดูแลที่บ้านและชุมชน ไม่ใช่ Extended OPD
- ❖ ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิ : ลดความรุนแรง ลดป่วย ลดตาย
- ❖ มีผลิตและพัฒนาแพทย์ FM เพื่อจัดตั้ง PCU/NPCU

- ❖ ดูแลกลุ่มเปราะบาง (ผู้พิการ+ผู้สูงอายุ (ติดเตียง) IMC ผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID 19)
- ❖ บูรณาการ งบประมาณ ทรัพยากร ความรู้ ข้อมูล
- ❖ ผลลัพธ์จากประเด็นต่าง ๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่

2

บูรณาการการทำงานร่วมกับกรม

ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

	3หมอ	PCU/NPCU	พชอ.	รพ.สต.ติดตาม
กรมสبส.	- พัฒนาศักยภาพ อสม. - Smart อสม.	-การเชื่อมกับแม่ข่าย	-ตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจาก COVID-19	-การเชื่อมโยงระบบข้อมูล 3 หมอ
กรมควบคุมโรค	- HL การป้องกันการลดตกหก สัมในกลุ่มผู้สูงอายุ - HL การป้องกันควบคุมโรค COVID-19	-การป้องกันการลดตกหก สัมในกลุ่มผู้สูงอายุ -การป้องกันควบคุมโรค COVID-19	- การป้องกันควบคุมโรค COVID-19 - การลดอุบัติเหตุทางถนน (RTI)	-การป้องกันควบคุมโรค COVID-19
กรมอนามัย	-HL กลุ่ม 3 หมอ 30 ล้านคน	-HL ในหน่วย PCU/NPCU	-HL กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม 3 ล้านคน	HL ในรพ.สต.
กรมการแพทย์	-HL ผู้พิการและผู้สูงอายุ IMC	-ผู้พิการและผู้สูงอายุ IMC	-ดูแลผู้พิการและผู้สูงอายุ IMC	-ผู้พิการและผู้สูงอายุ IMC
กรมการแพทย์แผนไทยฯ	-พัฒนาศักยภาพ 3 หมอด้านการแพทย์แผนไทย	-มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในPCU/NPCU	-สนับสนุนการพัฒนากระบวนการแพทย์แผนไทย	-มีบริการด้านการแพทย์แผนไทย
กรมสุขภาพจิต	-อสม.ดูแลจิตใจของประชาชน	-ดูแลสุขภาพกายและจิตร่วมกัน	-การเสริมสร้างวัคซีนใจ	-การดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช
กบรส.	-IMC (ข้อมูลเป้าหมาย/ติดตาม)	-IMC	-สนับสนุนการดูแล IMC	-IMC

ผลการดำเนินงาน “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” เชิงคุณภาพ

ถอดบทเรียน พชอ. ที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นเชิงประจักษ์ (จังหวัดละ 1 อำเภอ)

1

ประเด็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- ประชาชนในพื้นที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- สถานการณ์การแพร่ระบาดถูกควบคุมให้สงบ

2

ประเด็นอุบัติเหตุทางถนน

- เกิดภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่โดยภาคประชาชนร่วมกับภาคีเครือข่าย
- ปัญหา จุดเสี่ยง จุดเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง ได้รับการปรับปรุง
- ประชาชนมีพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่จักรยานยนต์
- การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนลดลง

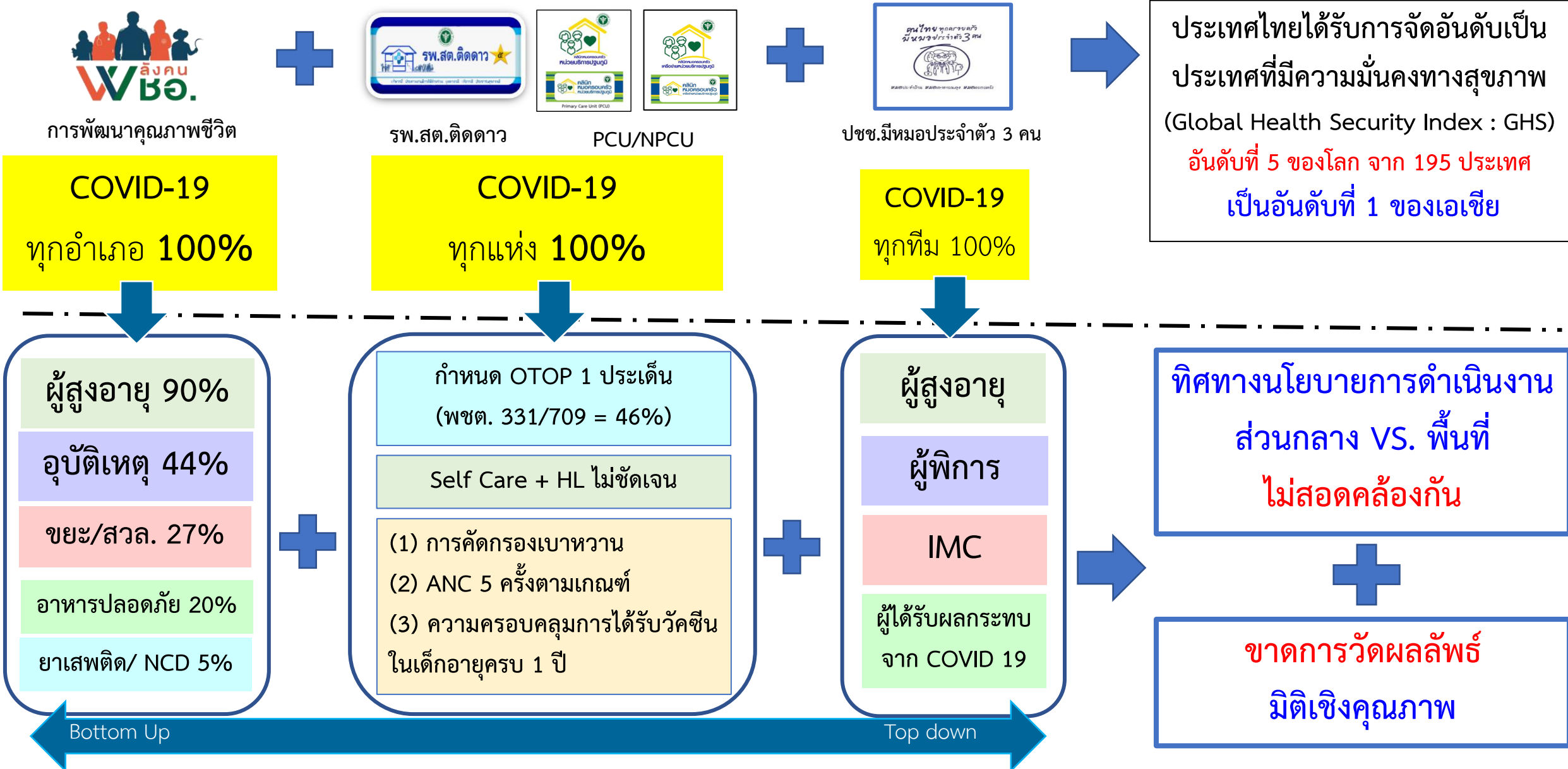
3

ประเด็นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง

- อัตราผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุในห้องน้ำลดน้อยลง
- เกิดตำบลต้นแบบบูรณาการกลุ่มเปราะบาง
- มีโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
- ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงได้รับการดูแลต่อเนื่อง






วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ”



ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ➔ เน้นการบูรณาการและคุณภาพ

1) บูรณาการการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในประเด็น ผู้สูงอายุ / NCDs / สุขภาพจิต โดยให้หน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางดำเนินงาน/คู่มือ/มาตรฐานการปฏิบัติการ เพื่อให้หน่วยงานในระดับจังหวัด/อำเภอ/หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถดำเนินงานได้ตรงกับวัตถุประสงค์ ทั้ง 4 ข้อ (ตามตัวอย่าง ↓)

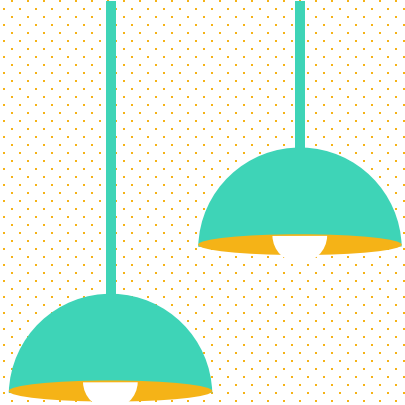
กลุ่มเป้าหมาย	Community Health System Management การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพ	Personalized and Value based health care ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่พอดีมีคุณค่า			Self care & Health Literacy ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Good Relationship & Trust รู้จัก รู้ใจ เข้าถึง ฟังได้
		 หมอ 1	 หมอ 2	 หมอ 3		
ผู้สูงอายุ	เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Aging Friendly City)	คัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (คัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุ)	การประเมินเชิงลึก เพื่อยืนยันและระบุสาเหตุ/ความเสี่ยง	จัดทำแผนการดูแลตนเอง เป็นรายบุคคล	การตั้งกลุ่ม Line สมาชิกผู้สูงอายุ เพื่อติดต่อกับชมรมฯ และจนท.เทศบาล/รพ.สต.	การจัดกิจกรรมที่สนับสนุนการให้ความเคารพ และการยอมรับผู้สูงอายุ
NCDs	การจัดการปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ	กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองและรับรู้สถานสุขภาพตัวเอง	กลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและต่อเนื่อง และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		กลุ่มเป้าหมายมี HL เรื่อง DM/HT ในประเด็นสำคัญ	พัฒนาบุคลากรสาธารณสุข และ พัฒนาศักยภาพ Health Leader
สุขภาพจิต	พัฒนาชุมชนต้นแบบในการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	คัดกรองสุขภาพจิตประชาชน	การประเมินเชิงลึก เพื่อยืนยันและระบุสาเหตุ/ความเสี่ยง	จัดทำแผนการดูแลตนเอง เป็นรายบุคคล	สื่อสารมาตรการให้กับประชาชน และเผยแพร่ความรู้ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	จัดทำแผนการสร้างวัคซีนใจ หรือ ร่วมกันกำหนดมาตรการชุมชน หรือ ธรรมนูญหมู่บ้าน

ผู้รับผิดชอบหลัก : สสป. กรม สบส. ผู้รับผิดชอบร่วม : กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ”

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2566	ผู้รับผิดชอบหลัก	ผู้รับผิดชอบร่วม
<p data-bbox="61 292 1732 364">2) พัฒนาระบบและกลไกในการสนับสนุนให้มีแพทย์ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืน</p> <p data-bbox="61 385 242 464">ระยะสั้น :</p> <p data-bbox="127 492 1783 628">เสริมสมรรถนะและองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวให้กับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ โดยการอบรม Short / Basic course ก่อนออกไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือ กลุ่มแพทย์ที่สนใจ</p> <p data-bbox="61 656 242 735">ระยะยาว :</p> <p data-bbox="127 763 1783 963">การจัดตั้งสถาบันผลิต FAMMED ในระดับจังหวัดทุกจังหวัด (สถาบันหลัก หรือ สถาบันสมทบ) เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่องในการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ปัจจุบันมีโรงพยาบาล 37 แห่ง เป็นเครือข่ายฝึกอบรม ครอบคลุม 61 จังหวัด)</p>	<p data-bbox="1911 571 2012 692">สสป. สบพช.</p>	<p data-bbox="2165 528 2458 735">แพทยสภา ราชวิทยาลัยแพทย์เวช ศาสตร์แห่งประเทศไทย สสจ. / รพศ./ รพท.</p>
<p data-bbox="61 1021 1783 1228">3) พัฒนากลไกการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง เป็นตามเจตนารมณ์ของ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เช่น การจัดตั้ง พชจ. หรือ การจัดตั้ง พชต. เป็นต้น</p>	<p data-bbox="1911 1106 2012 1156">สสป.</p>	<p data-bbox="2191 1021 2433 1235">สสจ. / สสอ. คณะกรรมการ พชอ.</p>

- ควรศึกษาแนวทางการโอนถ่ายจากกระทรวงศึกษาธิการที่มีการโอนถ่ายสถานศึกษาไปก่อนหน้านี้ ว่ามีการบริหาร จัดการ ทรัพยากร (คน เงิน ของ) อย่างไร โดยเฉพาะเรื่องของวัสดุ ครุภัณฑ์ ใน รพ.สต. เพื่อเป็นแนวทางอีกแนวทางหนึ่งในการ ออกแบบการบริหาร จัดการ ระบบการให้บริการรองรับการถ่ายโอนของ รพ.สต.สู่ท้องถิ่น รวมถึงเรื่องการจัดสรร งบประมาณที่ต้องสนับสนุนให้ รพ.สต.ควรเป็นรูปแบบใด ปัจจุบันมีการโอนเงินงบประมาณให้กับ CUP หากมีการโอน ถ่าย รพ.สต.ไปยังท้องถิ่น ควรโอนเงินลงสู่ รพ.สต.โดยตรงหรือยังสามารถบริหารจัดการในรูปแบบ CUP ได้และระเบียบ วิธีการใช้เงินจะใช้ระเบียบอะไร
- กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาแนวทางและสร้างเวที ให้ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษารูปแบบ วิธีการ บริหาร จัดการ ตัวชี้วัด รวมถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นหลังมีการถ่ายโอน
- ด้านบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์ที่ประจำใน PCU/NPCU จะมีแนวทางการบริหารจัดการ อย่างไร เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบ ต่อการให้บริการ



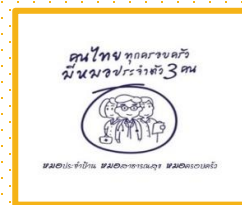
Back UP Slide



PCU / NPCU



ปชช. มีหมอบริการประจำตัว 3 คน











รพ.สต.ติดดาว



การพัฒนาคุณภาพชีวิต

ประเด็นการตรวจราชการ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2565

		เป้าหมาย	ผลงาน
<p>1</p>  <p>ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน</p>	<p>จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 30,000,000 คน</p>	<p>30,000,000 คน</p>	<p>20,295,252 คน (67.75%) </p>
<p>2</p>  <p>หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU)</p>	<p>การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 จำนวน 3,000 หน่วย</p>	<p>หน่วยบริการ 3,000 แห่ง</p>	<p>3,191 แห่ง </p>
<p>3</p>  <p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.)</p>	<p>อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 75</p>	<p>ร้อยละ 75</p>	<p>ร้อยละ 83.03 </p>
<p>4</p>  <p>รพ.สต.ติดตาม</p>	<p>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดตาม ร้อยละ 75 (สะสม)</p>	<p>ร้อยละ 75</p>	<p>ร้อยละ 97 </p>



ผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบาย “คนไทยทุกคนครบถ้วน มีหมอประจำตัว 3 คน”

เขต	ประชากรทั้งหมด	ข้อมูล 3 หมอ			ประชากรที่มี หมอ 3 คน (ปี 64)	ประชากรที่มี หมอ 3 คน (ปี 65)	ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุ				ร้อยละ (%)
		หมอบริการบ้าน	หมอสาธารณสุข	หมอบริการครบถ้วน			กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	ไม่ระบุ	
1	4,343,881	132,137	5,209	618	592,656	1,691,897	470,892	44,831	4,525	62,871	52.59%
2	2,581,737	70,582	3,091	349	659,741	957,697	175,257	14,463	2,079	69,661	62.65%
3	2,085,593	60,301	2,674	328	687,638	1,384,513	338,644	35,335	3,920	67,530	99.36%
4	4,150,494	63,528	3,375	454	645,191	1,768,115	408,214	34,207	4,819	57,650	58.15%
5	3,955,820	72,620	4,556	504	791,446	2,728,834	563,475	78,557	6,100	107,633	88.99%
6	4,549,184	71,355	4,235	497	484,139	3,496,452	588,771	73,935	6,064	124,848	87.50%
7	3,844,819	104,617	4,323	484	976,033	729,589	179,337	25,481	1,800	28,365	44.36%
8	4,261,572	106,139	5,257	600	922,418	3,047,421	473,824	85,510	6,341	136,993	93.15%
9	4,793,591	129,420	5,334	605	1,245,566	995,647	264,682	40,412	3,813	38,671	46.75%
10	3,330,689	86,514	4,223	416	693,035	1,149,675	207,922	32,130	2,981	64,225	55.33%
11	3,354,973	76,595	3,803	470	650,127	2,290,066	348,783	51,270	5,692	109,804	87.64%
12	3,963,342	63,424	4,566	421	1,990,149	55,346	11,769	857	162	1,923	51.61%
รวม	45,215,695	1,037,232	50,646	5,746	10,338,139	20,295,252	4,031,570	516,988	48,296	870,174	67.75%

ฐานข้อมูลประชากร : จาก HDC 43 เพิ่ม

ข้อมูล ณ วันที่ 9 ก.ย. 2565

ที่มา : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ระบบรายงานข้อมูลคนไทยทุกคนครบถ้วนมีหมอประจำตัว 3 คน (<http://3doctor.hss.moph.go.th/>)

ข้อค้นพบ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี 66
<p>1. Service Delivery มีรูปแบบชัดเจนและมีผลลัพธ์ถึงประชาชน เมื่อขับเคลื่อนพร้อมกับการกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพที่เจาะจง ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ (กรมอนามัย/กรมการแพทย์) การดูแลกลุ่มผู้ป่วย NCDs (กรมควบคุมโรค) และ การบูรณาการงานสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต) รวมทั้งการสร้าง HL ผ่านการขับเคลื่อนนโยบาย HLO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • หน่วยงานในส่วนกลาง ได้แก่ สสป.สธ. กรม สบส. ร่วมกับ กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต ควบคุมบูรณาการการดำเนินงาน โดยจัดทำแนวทางดำเนินงาน/คู่มือ/มาตรฐานการปฏิบัติการ เพื่อให้หน่วยงานในระดับจังหวัด/อำเภอ/หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถดำเนินงานได้ตรงกับวัตถุประสงค์ • ขยายพื้นที่การดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในรูปแบบ 3 หมอ ใน 3 ประเด็น ได้แก่ ผู้สูงอายุ NCDs และสุขภาพจิต จากพื้นที่ต้นแบบไปสู่อย่างน้อย 50% ของอำเภอ ในทุกจังหวัด ในแต่ละประเด็น และมีอย่างน้อย 1 อำเภอ ของทุกจังหวัดที่ดำเนินงานครบ ทั้ง 3 ประเด็น
<p>2. หมอคนที่ 1 : ขาดสมรรถนะเครื่อง Digital Literacy เนื่องจาก ขาดความชำนาญและระบบสารสนเทศ ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้โดยจัดทำระบบ อสม. buddy และการสนับสนุนจาก รพ.สต. หมอคนที่ 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ กรม สบส. ควรสนับสนุนการพัฒนา อสม. ในประเด็น Digital literacy ให้ครอบคลุมและสนับสนุนสัญญาณอินเทอร์เน็ต ให้ อสม. ivo ใช้ในการปฏิบัติงานในส่วนของแต่ละจังหวัด / ควรสนับสนุนแนวทางการดำเนินงาน อสม. Buddy อย่างต่อเนื่อง
<p>3. การรับทราบข้อมูลของประชาชนต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในข้อมูล ที่จะมีผลกระทบต่อประชาชน

ตัวชี้วัดที่ 1 และ 2 ผลการจัดตั้งหน่วย PCU/NPCU และ ประชากรที่ขึ้นทะเบียน ตาม พรบ.ฯ 2562

เขต	จำนวน DB Pop (ก.ย.๖๔)	เป้าหมาย			PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียน (หน่วย)					ร้อยละ		ประชากรขึ้นทะเบียน (คน)		ปี 65 แผนอบรม BC
		จำนวน	แผน 10ปี	แผน65	สะสม 62-64	ปี ๖๕ ครั้งที่ 1	ปี 65 ครั้งที่ 2	ปี65 *ครั้งที่ 3	รวมสะสม 62-65	เป้าจำนวน	แผน 10ปี	จำนวน	ร้อยละ	
1	5,985,679	599	547	56	312	11	12	52	387	64.61	68.74	3,972,658	66.37	60
2	3,688,324	369	287	39	157	12	-	20	189	51.22	68.64	1,998,905	54.20	50
3	3,062,367	306	259	28	166	2	4	19	191	62.42	69.11	2,033,242	66.39	50
4	5,307,977	531	422	38	179	6	14	16	215	40.49	50.47	2,295,350	43.24	50
5	5,424,038	542	380	42	210	3	7	24	244	45.02	64.21	2,593,630	47.82	57
6	6,116,520	612	533	52	205	9	17	7	238	38.89	45.97	2,573,364	42.07	100
7	5,158,457	516	340	57	245	11	21	5	282	54.65	85.59	2,927,019	56.74	50
8	5,663,032	566	509	88	140	28	73	91	332	58.66	71.12	3,368,780	59.49	193
9	6,918,722	692	599	72	290	43	10	52	395	57.08	74.46	4,370,516	63.17	246
10	4,728,470	473	496	67	176	37	14	3	230	48.63	54.03	2,344,943	49.59	60
11	4,611,352	461	405	52	170	1	13	11	195	42.30	48.40	2,000,603	43.38	17
12	5,145,993	515	464	53	247	29	3	16	295	57.28	68.10	2,967,300	57.66	40
รวม	61,810,931	6,181	5,241	644	2497	192	188	316	3,191	51.66	63.59	33,446,310	54.11	973
กทม.	5,442,516	544	544	0	178	71	71	0	249	45.77	45.77	3,092,326	56.82	65
รวม ทั้งหมด	67,253,447	6,725	5,785	644	2675	266	259	316	3,440	51.18	61.92	36,538,636	54.33	1038

ที่มา : ระบบลงทะเบียน สสป. ณ วันที่ 9 กันยายน 2565

*การขึ้นทะเบียน pcu/npcu และข้อมูลประชากร รอประกาศช่วงเดือนกันยายน 2565

ข้อค้นพบ

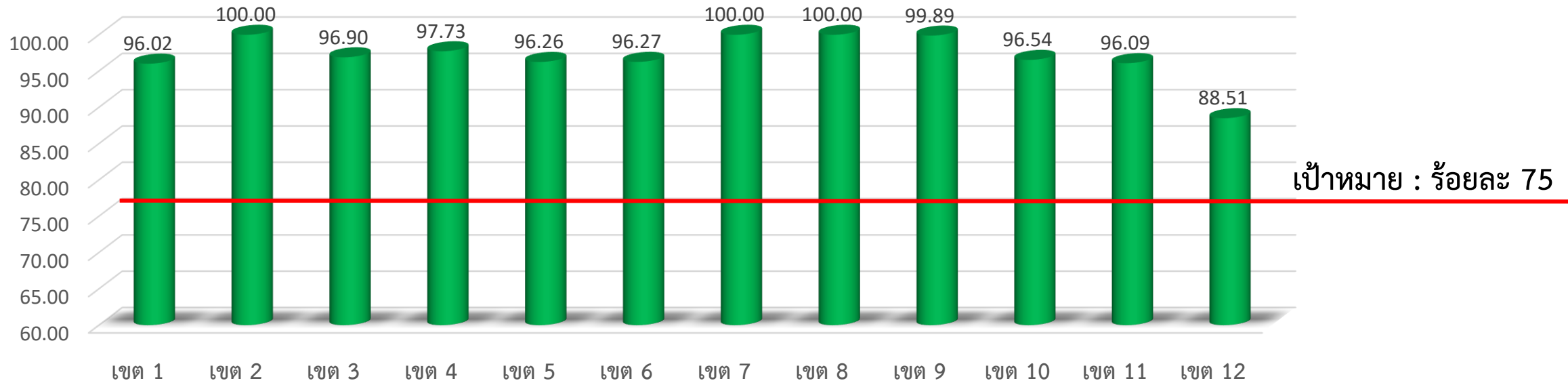
1. ปี 2565 สามารถขึ้นทะเบียนได้ตามเป้าหมาย เมื่อมีการบริหารจัดการและความเข้าใจของทีมโรงพยาบาล (โดยเฉพาะ ผอ.รพ.) แต่จำนวนแพทย์ที่สามารถนำมาขึ้นทะเบียนในระยะต่อไป เริ่มไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม จากนโยบาย 3 หมอ พบว่า หมอคนที่ 3 มีจำนวนครบ/ใกล้เคียงตามเกณฑ์เป้าหมาย ทั้งนี้เนื่องจาก ขาดความเข้าใจและการวางระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับนโยบาย 3 หมอ แนวทางการในปฏิบัติตามนโยบายไม่ชัดเจน และแพทย์มีการย้าย/ลาออกหรือไปเรียนต่อทุกปี ทำให้ขาดความต่อเนื่อง

2. จัดบริการของ PCU/NPCU ยังไม่ได้มาตรฐาน

แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี 66

- อำเภอ/รพ. ทุกแห่ง ที่ยังไม่สามารถดำเนินการขึ้นทะเบียนได้เต็มพื้นที่ ให้ดำเนินการมอบหมายหน้าที่ของแพทย์ (หมอคนที่ 3 ที่มีรายชื่อ) โดย เชื่อมโยงกับ หมอ คนที่ 2 ใน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่รับผิดชอบในพื้นที่ และจัดทำแผนส่งแพทย์อบรมพื้นฐานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (BasicCourse) ตั้งแต่ ไตรมาส 1 งบประมาณ 2566 โดยมีเป้าหมายให้สามารถขึ้นทะเบียนได้ 50% ของแผน 10 ปี
- กำหนดรูปแบบการดำเนินงานของแพทย์จากโรงพยาบาลในการทำงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิให้ชัดเจน โดยแบ่งตามบริบทพื้นที่
 - 1) เขตเมือง ควรให้แพทย์ไปอยู่ประจำ โดยนับทั้งกิจกรรมในหน่วยบริการ/บริการในชุมชน/วิชาการ/รับปรึกษา
 - 2) เขตเมืองกึ่งชนบท / ชนบท ผสมผสานระหว่างการทำงานลงพื้นที่ของแพทย์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ กับ การใช้ Telehealth - Telemedicine เพื่อให้การบริการจาก รพ.
- เขตสุขภาพทุกแห่ง ควรจัดให้มีการศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในปฐมภูมิ จากพื้นที่ต้นแบบของแต่ละจังหวัด

รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 65



เขต	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	รวม
ผลงาน จำนวน รพ.สต. ที่ผ่าน 5 ดาว	1,062	622	562	774	875	748	808	874	949	808	689	709	9,480

จากแผนภูมิและตารางข้างต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ดำเนินการประเมินตามเกณฑ์และผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 **ดำเนินการได้ ร้อยละ 97 (สะสม)**

รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

ปัญหา/อุปสรรค

- ❖ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด -19 ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานไม่เป็นไปตามแผนงาน โครงการ ที่กำหนดไว้ เนื่องจากภาระงานในการควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด -19 มีระยะเวลาที่ยาวนานต่อเนื่อง ตลอดจนงบประมาณที่ตั้งไว้ในแผนงาน โครงการ ถูกนำมาใช้เพื่อป้องกัน การควบคุม การแพร่ระบาดของโควิด -19

- ❖ การรักษามาตรฐานของตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว
- ❖ พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องและระบบส่งต่อโดยเฉพาะการออกแบบระบบสารสนเทศภายในอำเภอ จังหวัด ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู การต่อยอด การรับรองโดยองค์กรภายนอก โดย สรพ. เช่น การประเมิน เครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอคุณภาพมาตรฐาน (DHSA) พร้อมกับ HA เพื่อการพัฒนา
- ❖ ความต่อเนื่องของการรักษาคุณภาพและมาตรฐาน ระดับ 5 ดาว เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การกระจายอำนาจไปยัง อบจ. ท้องถิ่น
- ❖ พัฒนากลไกการติดตาม การประเมินผล การพัฒนาโดยกลไกสุขภาพในพื้นที่ ภายใต้กรอบระยะเวลาและเป้าหมายที่กำหนดพร้อมบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย
ความสำเร็จ/
โอกาส
พัฒนา

แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี 66

- ❖ ชี้แจง นโยบาย KPI และ Template ในการดำเนินงาน รพ.สต.
- ❖ วางแผนการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน ของ รพ.สต.
- ❖ มอบคู่มือการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน ของ รพ.สต.
- ❖ วางแผนการจัดอบรมและทบทวนเกณฑ์การประเมิน แก่คณะตรวจประเมินและคณะเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจในเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐาน
- ❖ จัดทำกรอบระยะเวลาการดำเนินงาน ของ รพ.สต. ประเมินตนเอง ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด





อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 75



ไตรมาสที่ 3-4

76
จังหวัด

878
อำเภอ

3,132
ประเด็น

- ✓ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ.
- ✓ มีประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ
- ✓ + COVID 1 ประเด็น
- ✓ มีแผนการดำเนินงาน จ./อ.
- ✓ มีผลการประเมินตนเอง UCCARE
- ✓ มีเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบาง

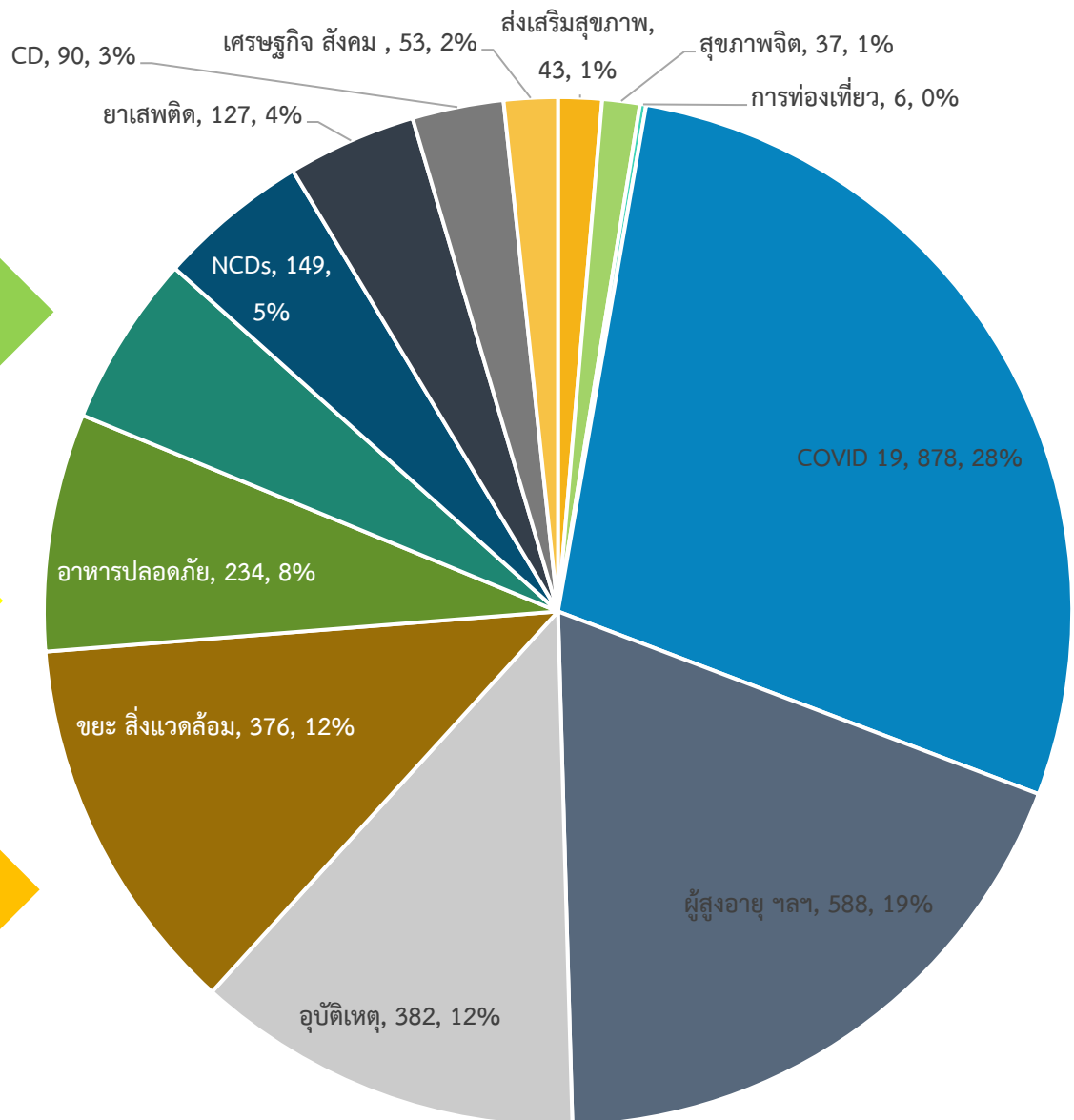
14,181,584 คน

พอส.	ผู้พิการ	IMC	COVID-19
669,247	291,585	252,428	12,938,324

สร้างกลไกขับเคลื่อนเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม

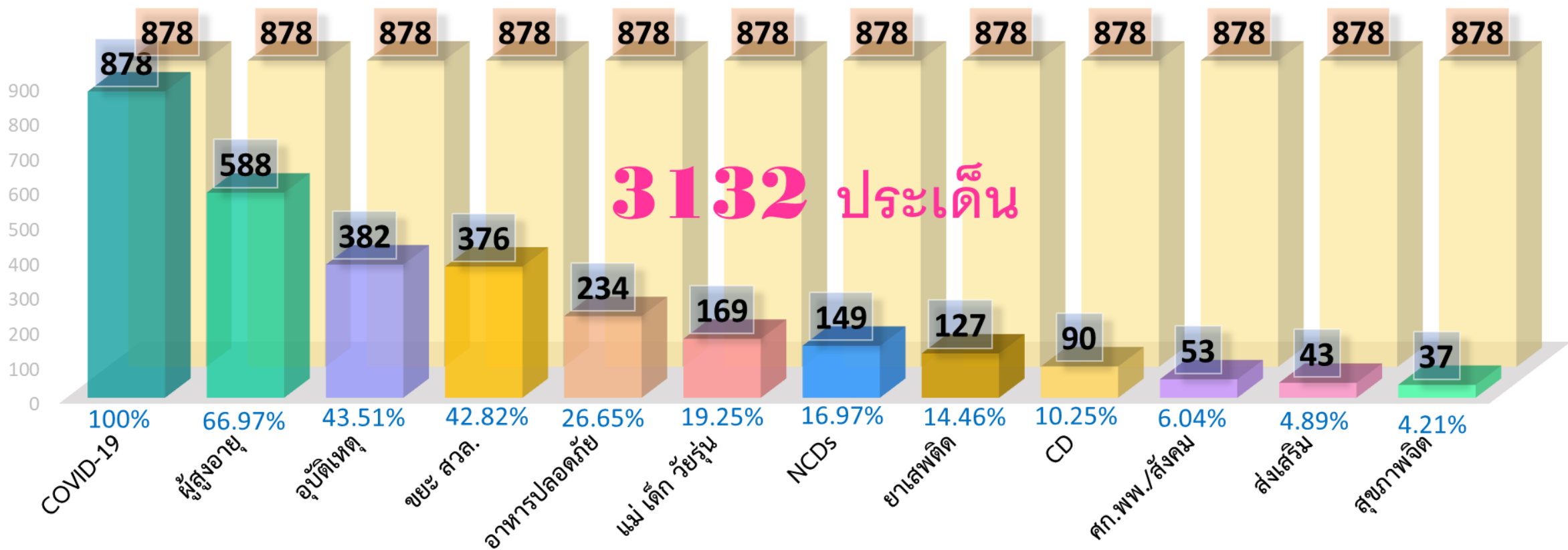
เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน



พชอ. 878 อำเภอ
มีจำนวนประเด็นขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3,132 ประเด็น
ดูแลกลุ่มเปราะบาง 14,181,584 คน

(ODOP อย่างน้อย 2 ประเด็น + โควิด 1 ประเด็น)
ดูแลกลุ่มเปราะบาง 3 ล้านคน

เปรียบเทียบร้อยละของจำนวนอำเภอที่ขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ปี 2565



กิจกรรม/โครงการฯ	ผู้จัดทำ	ระยะเวลา	ผลลัพธ์
<p>การพัฒนาคู่มือการบริหารจัดการเพื่อยกระดับศักยภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</p>	<p>สสป. ร่วมกับสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล</p>	<p>เดือน กค. - ธค. 65</p>	<p>อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน</p>
<p>การวิเคราะห์ สังเคราะห์นโยบายและกลไกการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</p>	<p>สสป. ร่วมกับวิทยาลัย วิทยาศาสตร์สาธารณสุข มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์</p>		
<p>การถอดบทเรียนการขับเคลื่อนงาน พชอ. ด้วย กลไกการเยี่ยมเสริมพลัง</p>	<p>สสป. และผู้ทรงคุณวุฒิ</p>		
<p>วิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และแผนการยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) ระยะ 3 ปี</p>	<p>สสป.</p>		

งานมหกรรมและพิธีมอบรางวัล “พลังคน พชอ. 2”

วันพฤหัสบดี ที่ 24 พฤศจิกายน 2565

โรงแรมอควิน แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

พลังคน พชอ. คุณภาพชีวิตวิถีใหม่

แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน พัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน”

ภาวะวิกฤตโควิด 19 & กลไกพลังคนพชอ.

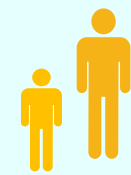
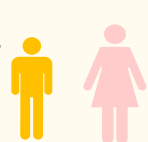
โอกาสที่เปิดให้ได้รู้จักและแบ่งปันกัน ที่จะแสดงพลังของคนพชอ.ร่วมกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และเป็นกำลังใจให้กับคณะผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
2. เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความชัดเจนในนโยบาย แนวคิดและเนื้อหาของระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
3. เพื่อส่งต่อ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ จากต้นแบบสู่พื้นที่อื่น ๆ
4. เพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะระดับท้องถิ่นและปฏิบัติการ
5. เพื่อสร้างการรับรู้และความตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตกับระบบสุขภาพปฐมภูมิให้ลึกซึ้งและกว้างขวางยิ่งขึ้น

กิจกรรม

1. บูรณาการผลงานของอำเภอหรือพื้นที่
2. นิทรรศการระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/พื้นที่
3. นิทรรศการผู้ได้รับรางวัล “พลังคน พชอ.”
4. เวทีกิจกรรมย่อย/ห้องย่อย
5. พิธีการมอบรางวัลบนเวทีใหญ่
“บรรยากาศอบอุ่น ทรงคุณค่า และประทับใจ”
 - วัตถุประสงค์ประมวลความเป็นมา ความสำเร็จ การชื่นชมเชิดชู “พลังคน พชอ.”
 - วีทีอาร์ผู้ได้รับรางวัล “พลังคน พชอ.”
 - ปัจฉิมภคา



Thank you

2



ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน

5

จำนวน 35 ล้านคน



หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)
และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU)

จำนวน 3,500 หน่วย



การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
(พชอ.)

ร้อยละ 80

6

6