

รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต (คปสข.)เขต ๘

ครั้งที่ ๗/๒๕๕๔

วันจันทร์ที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมเฟื่องฟ้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จังหวัดสงขลา

.....

ผู้มาประชุม

๑.	นพ.วชิระ	เพ็ญจันทร์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต ๘	ประธาน
๒.	นพ.ยอร์น	จิระนคร	สาธารณสุขนิเทศ	
๓.	นางมยุเรศ	อร่ามรัตน์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต ๘	
๔.	ภก.ประเวศ	หมีดีเส้น	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต ๘	
๕.	นพ.ศิริชัย	สิวรรณภาไส	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา	
๖.	นพ.ธนิต	เสริมแก้ว	แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล	
๗.	นพ.สวัสดิ์	อภิวัจนีวงศ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยะลา	
๘.	นพ.จรัญ	จันทตฤการ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส	
๙.	นพ.ปรีชา	วงศ์ศิลารัตน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา	
๑๐.	นพ.กุลเดช	เตชะนภารักษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่	
๑๑.	นพ.ธีรชัย	เอื้ออารยาภรณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล	
๑๒.	นพ.ประชา	ชยาภัม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา	
๑๓.	นพ.พีระพงษ์	ภาวะสุทธิไพศิฐ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเบตง	
๑๔.	นพ.วิรุฬห์	พรพัฒน์กุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์	
๑๕.	นพ.ธงชัย	เลิศวิไลรัตน์พงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโหงโก-ลก	
๑๖.	พญ.พรจิต	ประพิณวานิชย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี	
๑๗.	นพ.สรรพงษ์	ฤทธิรักษา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)สสจ.สงขลา	
๑๘.	นพ.สุวิช	ธรรมปาโล	ผอ.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา	
๑๙.	นพ.อดิศักดิ์	งามทองวิวัฒน์	ผอ.ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี	
๒๐.	นพ.บุญแสง	รุจิราวรรณ	แทนผอ.ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา	
๒๑.	พญ.เพชรดาว	โต๊ะมีนา	ผอ.ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๕	
๒๒.	นายชวลิต	ดำเรืองศรี	แทนผอ.ศูนย์วิศวกรรมกรรมแพทย์ที่ ๗	
๒๓.	นายธีระศักดิ์	สุภาไชยกิจ	ผอ.ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สงขลา	
๒๔.	นายจรัส	รัชกุล	ผอ.ศูนย์ฝึกอบรมภาคประชาชน ยะลา	
๒๕.	นพ.ธีระวัฒน์	กรศิลป์	ผอ.สปสข เขต ๑๒	
๒๖.	นางภรณ์	เลื่องอรุณ	ผอ.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	
๒๗.	นส.นิมิตตรา	แวง	ผอ.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา	
๒๘.	นายพุฒิพัฒน์	บริรักษ์เดชกุล	แทน ผอ.วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา	
๒๙.	นายบุญช่วย	กวีวุฒท์	สำนักตรวจและประเมินผล	

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นพ.สุภาพ	ไพศาลศิลป์	รอง ผอ.ฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่
๒. นพ.พนพัฒน์	โตเจริญวานิชย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)
๓. นพ.อุทิศศักดิ์	หริรัตน์กุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)สสจ.นราฯ
๔. ดร.สุदारัตน์	ธีระวร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๕. นางจาริณี	สังข์แก้ว	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
๖. นส.สุริ	อุปมนต์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๗. นางณัฐยา	ลือขจร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๘. นส.ศิริพรพร	รัตนพันธุ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
๙. น.ส.อารีย์	อ่องสว่าง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๐. นางสาวสุพรรณษา	มงคลวิวัฒน์	สำนักตรวจและประเมินผล
๑๑. นางจุไร	วังสะปราบ	สำนักงานสาธารณสุขเขต ๘
๑๒. นายฐากร	ศรีระโร	สำนักงานสาธารณสุขเขต ๘

ผู้ไม่มาประชุม(ผู้ติดราชการ)

๑. ภก.ประเวศ	หมืดเส้น	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๒. นางมยุเรศ	อร่ามรัตน์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๓. นพ.จุมภฏ	พรมสีดา	ผอ.โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๐๐ น.

วาระที่ ๑ ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ การจัดหน่วยแพทย์ช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย

นพ.สรรพงษ์ ฤทธิรักษา

แจ้งการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ด้านการส่งต่อ การจัดหน่วยแพทย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัยฯ และการเตรียมรับสถานการณ์อุทกภัยของกระทรวงสาธารณสุข
๙ ข้อ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๔ เวลา ๑๔.๓๐-๑๖.๐๐ น. ในการประชุม
ผู้บริหารกระทรวงฯ ร่วมกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดผ่านระบบประชุมทางไกล ณ ห้องชัยนาทนเรนทร ตึกสำนักงาน
ปลัดกระทรวงฯ

(๑) ข้อมูล

(๒) สถานการณ์

/(๓) เตรียมการ

- (๓) เตรียมการ
 - (๓.๑) ป้องกันสถานที่
 - (๓.๒) สำรองทรัพยากร
 - (๓.๓) แผนส่งต่อ
 - (๓.๔) ปรับระบบบริการ
 - (๔) วัสดุอุปกรณ์
 - (๕) การสื่อสาร
 - (๖) ทีมงานและพัฒนาบุคคล
 - (๗) งบประมาณ
 - (๘) การประสานงาน
 - (๙) การประชาสัมพันธ์

นางณัฐิยา ลือขจร สสจ.สตูล ได้นำเสนอทีมแพทย์ของสสจ.และ รพ.สตูล ที่ไปปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วม ที่จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๔ ว่าต้องมีการเตรียมความพร้อมของคณะอดทน กินง่าย อยู่ง่าย เตรียมยาและเวชภัณฑ์ เช่น ชุดทำแผล ยารักษาโรคเรื้อรังด้วย

มติที่ประชุม ๑. รับทราบ

๒. มอบทุกจังหวัดดำเนินการเตรียมรับสถานการณ์อุทกภัยของกระทรวงสาธารณสุข ๙
ข้อ ตามข้อสั่งการของรัฐมนตรีกว่ากระทรวงสาธารณสุข

๑.๒ **เรื่องความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข** ประธานได้แจ้งให้ทราบว่ารัฐบาลจะปรับโครงสร้างใหม่การบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ใหม่เพื่อจำกัดความเคลื่อนไหวของผู้ก่อการความไม่สงบ โดยในเดือนกันยายน ๒๕๕๔ มีการจัดทำยุทธศาสตร์ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบูรณาการกัน ในพื้นที่จะมีคณะกรรมการบูรณาการขึ้นเพื่อทำหน้าที่ดูแล กำกับชี้แนะ ๓ หน่วยงาน คือ ศอ.บต., กอธมน., หน่วยงานพลเรือนทุกหน่วยงาน ๒๑ กระทรวง.

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมฯ ครั้งที่ ๖/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๔

นายบุญช่วย กวีวุฒย์ ได้การแจ้งสรุปการประชุมครั้งที่แล้ว

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

๓.๑ ความก้าวหน้าของ Service Plan

นพ.สรรพงษ์ ฤทธิรักษา ได้แจ้งกรอบแนวทางแผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ในส่วนภูมิภาค ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ เขต ๘ ซึ่งได้ผ่านคณะกรรมการบริหารเขต และผู้ตรวจราชการเขต ๘ ได้ลงรายละเอียดแล้ว ดังนี้ โดยมีความเป็นมา

๓.๑.๑ บทบาทที่พึงประสงค์และมุ่งเน้นในส่วนที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุขเป็น REGULATOR
กรมใน กสธ.เป็น SUPPORTOR.

AREA HEALTH BOARD เป็น PROVIDER(จัดบริการสุขภาพ)
สปสช.,สปส.,กรมบัญชีกลาง เป็น PURCASER(ผู้ซื้อบริการ)

ในระบบเก่าที่เป็นปัญหา เสี่ยง ผิดบท อ่อนแอ ผิดฝาผิดตัว
ระบบใหม่ที่แข็งแรง เชื่อมโยงมั่นคง สนับสนุน กำกับปรับดุล ตรงบทและลดการนำ

๓.๑.๒ กรอบศึกษาภารกิจและโครงสร้าง ส่วนราชการสังกัดกระทรวงฯ ที่ประชุมเมื่อวันที่ ๒๘
เม.ย.๒๕๕๔ คณะอำนวยการ ได้ตั้งคณะกรรมการขึ้น ๔ คณะ

- (๑) ระบบบริการ
- (๒) ระบบควบคุมและป้องกันโรค
- (๓) ระบบสร้างเสริมสุขภาพ
- (๔) ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

โดยมี Keys word ๓ คำ เข้าถึงทุกที่มีคุณภาพทุกครั้ง และเท่าเทียมทุกคน โดยมีวัตถุประสงค์ ๓ ข้อ

- (๑) กำหนดทิศทางพัฒนา
 - (๒) แผนพัฒนาระบบบริการ
 - (๓) ขยายสถานบริการที่จำเป็นปรับปรุง/เสริมสร้าง ศักยภาพสถานบริการให้เป็นไปตามแผน
- โดยมีกรอบแนวคิด

- ๑.การจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงทั้งปฐมภูมิ ทูตียภูมิ และตติยภูมิ
 - ๒.เป็นเครือข่ายบริการที่รองรับการส่งต่อตามมาตรฐานระดับจังหวัดอย่างสมบูรณ์
 - ๓.ส่งต่อผู้ป่วย ๓ ระดับ(ต้น กลาง สูง)
- ๓.๑.๓ การจัดเครือข่ายบริการระดับจังหวัด จัดในรูปแบบการส่งต่อ เป็น ๓ ระดับ
First level, Mid level, High level

๓.๑.๔ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ ๕ ปี ประกอบด้วย

(๑)ทิศทางการพัฒนาระบบบริการ 3 Key Strategic Areas (3KSA)

KSA 1 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในชุมชนเมืองและตำบลที่มีประชากรหนาแน่น

KSA 2 การพัฒนา รพ.ระดับต่างๆ โดยเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย ให้เติบโต อย่างมี
ทิศทาง ภารกิจชัดเจน จังหวะก้าว เกื้อหนุน ชิงกันและกัน

KSA 3 การพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ๔ สาขา ๓ ระดับ

โครงสร้างใหม่ ตามภารกิจของสถานบริการภายในเครือข่าย

- KSA 1 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและรพ.สต.ที่รับผิดชอบ
ประชากรหนาแน่น เป้าหมาย100 %
- KSA 2 ยกระดับ รพ. ให้สูงขึ้น เป้าหมาย 50 %
- KSA 3 ศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง ๔ สาขา เป้าหมาย 50 %

/

การบริหาร...

การบริหารจัดการเครือข่ายบริการ

ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนภาคใต้ตอนล่าง ปี 2555-2559

วิสัยทัศน์ “เป็นเครือข่ายสุขภาพระดับภาคใต้ตอนล่างที่มีสมรรถนะ ในการบริหารจัดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพต่างระดับแบบไร้รอยต่ออย่างสมบูรณ์ ระดับนำของประเทศไทยในปี 2559

พันธกิจ

- ๑) ถ่ายทอดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม
- ๒) กำหนดนโยบายในการพัฒนางานสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในภาคใต้ตอนล่าง
- ๓) สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาด้านสุขภาพของหน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุขในทุกระดับ

ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนภาคใต้ตอนล่าง ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ เป้าหมาย ปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดภาคใต้ตอนล่างตามเป้าหมายที่กำหนด คือ

๑. อนามัยแม่และเด็ก(MCH)
๒. อนามัยในช่องปาก(DTH)
๓. การป้องกันควบคุมโรค(CD/NCD)
๔. การบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพและติดยาเสพติด

ประเด็นยุทธศาสตร์ ๓ ประเด็น

- (๑) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มี ๕ ประเด็น
 - (๑.๑) พัฒนาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและPP
 - (๑.๒) พัฒนาบริการสาธารณสุขระดับกลาง (MID level)
 - (๑.๓) พัฒนาเครือข่ายเชี่ยวชาญ 4 สาขา
 - (๑.๔) พัฒนาระบบส่งต่อ
 - (๑.๕) พัฒนาระบบคุณภาพบริการ (พบส.)
- (๒) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพอย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต ๒ ประเด็น
 - (๒.๑) ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ (๑) อนามัยสิ่งแวดล้อม (๒) การสร้างสุขภาพ
 - (๒.๒) การมีส่วนร่วมของชุมชน(ผู้นำศาสนา โรงเรียนสอนศาสนา อสม. อบต. กลุ่มแกนนำต่างๆ)
 - (๑) ฮัจย์ (๒) ฮาลาล (๓) การสร้างสุขภาพ
- (๓) การจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้ภาวะวิกฤต มี ๕ ประเด็น
 - (๓.๑) การพัฒนาระบบความปลอดภัย/VIS/VMS
 - (๓.๒) การพัฒนากำลังคนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)
 - (๓.๓) การสร้างขวัญและกำลังใจ
 - (๓.๔) การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ๓,๐๐๐ คน
 - (๓.๕) พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ได้รับผลกระทบ

โดยมี

กลยุทธ์....

โดยมีกลยุทธ์หลัก: การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ(อำเภอสุขภาพเข้มแข็ง)

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ ๕ ปี

KSA1 การพัฒนาเพื่อยกระดับบริการปฐมภูมิ

๑. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐

- ๑.๑ จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองดูแลประชากรเขตเมือง ไม่เกินแห่งละ ๓๐,๐๐๐ คน
- รพศ. ละ ๓ แห่ง (รพศ.หาดใหญ่ รพศ.ยะลา)
 - รพท. ละ ๒ แห่ง (รพท. ๖ แห่ง)

เป้าหมาย รวม ๑๘ แห่ง ในเขต ๘

๑.๒ ภารกิจดูแลสุขภาพ Holistic, Integrative, Comprehensive (ไม่ใช่ Extended OPD)

๑.๓ รูปแบบหลากหลาย ท้องถิ่น/เอกชนมีส่วนร่วม

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ 5 ปี KSA1 การพัฒนาเพื่อยกระดับบริการปฐมภูมิ

๒. เสริมสร้างศักยภาพใน รพ.สต.ขนาดใหญ่ที่มี ปชก.หนาแน่น(ปชก.ประมาณ ๑๐,๐๐๐คน)

เป้าหมาย ร้อยละ 100

จังหวัดสงขลา จำนวน 20 แห่ง ใน 8 อำเภอ (สวนตุล,สะกอม,ตลิ่งชัน, บ่อตรู,เขาพระ, คลองยางแดง,บ้านม่วง, ศรีประชาเขต, คลองแงะ,ปริก,คูเต่า,คลองแห,ท่าข้าม,ควนลัง,คอกหงส์, เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา(พะตง),นาหม่อม, ชิงโค,หัวเขา, ม่วงงาม)

จังหวัดสตูล จำนวน 3 แห่ง ใน 3 อำเภอ (คลองขุด,ปากน้ำ,ควนโดน)

จังหวัดปัตตานี จำนวน 9 แห่ง ใน 6 อำเภอ (.บานา,รูสะมิแล,นาประดู่,ลูโบะยี่ไร,เตราะบอน,บางปู,เขาตุม, เมาะมาวี,ยะรัง)

จังหวัดยะลา จำนวน 5 แห่ง ใน 3 อำเภอ(ละเตงนอก,สิมามูลิ๊ะ(บาโงยแน),บ้านปูแล,ทำนบ,บาเจาะ)

จังหวัดนราธิวาส จำนวน 12 แห่ง ใน 6 อำเภอ (โคกเคียน,มุไน๊ะ,กะลุวอเหนือ,ตะปอเยาะ, ปะลุกาสาเมาะ, ศาลาใหม่,ลำภู,บือราเป๊ะ,โต๊ะเต็ง,จอบะาะ,กวาลอซีรา,ปาเสมัส)

จำนวนรวม 49 แห่ง ใน 26 อำเภอ

เสริมสร้างศักยภาพใน รพ.สต. ขนาดใหญ่ ที่มี ปชก.หนาแน่น (ปชก.ประมาณ 10,000 คน) เป้าหมาย ร้อยละ 100

ประเด็นการพัฒนา

๑. เพิ่มศักยภาพของบุคลากร (สนับสนุนโดยแพทย์)
๒. เพิ่มขีดความสามารถของหน่วยบริการ โดยเฉพาะ
๓. การคัดกรองและรักษาโรคเรื้อรัง

/ตัวชี้วัด.....

จัดหารุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานตามความจำเป็นงบประมาณปี จำนวนเงิน ๑๐๐,๐๐๐-๕๐๐,๐๐๐ บาทต่อแห่ง

ตัวชี้วัดการพัฒนารพ.สตขนาดใหญ่ (1,000 แห่ง)

ตัวชี้วัด

มีระบบข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยในพื้นที่ที่เป็นปัจจุบันและสามารถเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต./ศสม.กับโรงพยาบาลแม่ข่ายได้

คำอธิบาย

๑. รพ.สต./ศสม.และรพ.แม่ข่ายร่วมกันพัฒนาและออกแบบให้มีระบบฐานข้อมูลกลาง ของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ประกอบด้วย ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ที่ครอบคลุมประวัติ การเจ็บป่วยและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การบริการการรักษาและการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยี สารสนเทศในการเชื่อมโยงข้อมูล มีการปรับให้เป็นปัจจุบัน สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. อัตราส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบที่ใช้บริการที่ รพ.สต./ศสม.เทียบกับรพ.แม่ข่าย(มากกว่า ๖๐:๔๐) จำนวนครั้งของประชากรในเขตรับผิดชอบเข้ารับการรักษาใน รพ.สต./ ศสม. เทียบกับ จำนวนครั้งของประชากรในความรับผิดชอบของรพ.สต./ศสม.ที่ไปใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่รพ.แม่ ข่าย มากกว่า ๖๐:๔๐

๓. มีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐานได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เช่น EPI, ANC, Pap smear, คัดกรองโรคเรื้อรังรพ.สต./ศสม.ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน บริการ เช่น EPI,ANC,Pap smear,คัดกรองโรคเรื้อรัง

๔. ร้อยละของประชากรในทะเบียนกลุ่มที่ต้องการดูแลพิเศษ เช่น ผู้ป่วย Palliative care ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยวัยโรค ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรัง ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ (ร้อยละ) ประชากรในทะเบียนกลุ่มที่ต้องการดูแลพิเศษ เช่น ผู้ป่วย Palliative care ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วย โรคเอดส์ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยวัยโรค ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรัง ได้รับการเยี่ยมบ้านตามแผนการดำเนินงานและมาตรฐานการให้บริการจาก รพ.สต./ศสม.และเครือข่าย

๕. มีบริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการสำหรับโรคเบื้องต้น/โรคเรื้อรังและมีระบบส่งต่อ สำหรับสิ่งส่งตรวจ ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย รพ.สต./ศสม.สามารถดำเนินการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hct,CBC,U/A,FBC,Blood chemistry ฯลฯ ในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ต้องมีระบบส่งสิ่งส่งตรวจไปยังโรงพยาบาล แม่ข่ายและสามารถส่งผลการตรวจกลับมายัง รพ.สต./ศสม.ที่สะดวกและรวดเร็ว เช่น แจ้งผลกลับทางโทรศัพท์/ระบบ online หรือมีรถรับส่งตัวอย่าง สิ่งส่งตรวจจาก รพ.สต./ศสม.ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นต้น

๖.ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

๖.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงมีการลงทะเบียนที่ รพ.สต./ศสม.เพิ่มขึ้น (ร้อยละ10)เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน รพ. โดยการย้ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังจาก รพ.แม่ข่ายไปสู่ รพ.สต./ศสม. จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มาลงทะเบียนที่ รพ.สต./ศสม.ใหม่ในแต่ละเดือน (ผู้ป่วยเก่าที่ รพ.แม่ข่ายและ มาลงทะเบียนรักษาที่ รพ.สต./ศสม. ถือว่าเป็นรายใหม่ของ รพ.สต./ศสม.)

๖.๒ ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ส่งกลับไปรับการดูแลที่ รพ.สต./ศสม.เพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยเบาหวานความดันสูงในทะเบียนของ รพ.แม่ข่ายที่ส่งกลับไปดูแล รักษาที่ รพ.สต./ศสม.

/ตัวชี้วัด.....

ตัวชี้วัดของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ(ของกองสุขภาพ)เป็นเครื่องมือและมือสม.เป็นพี่เลี้ยง(ร้อยละ 60) รพ.สต./ศสม.ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ(ของกองสุขภาพ) เป็นเครื่องมือการดำเนินงาน และมี อสม.เป็นพี่เลี้ยงในการสื่อสารและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

KSA2 การยกระดับ รพ. ร้อยละ 100

ยกระดับ รพ. เป็น A 2 แห่ง รพศ.หาดใหญ่ รพศ.ยะลา
 ยกระดับ รพ. เป็น S 4 แห่ง รพ.สงขลา รพ.สตูล รพ.ปัตตานี รพศ.นราธิวาสราชนครินทร์
 ยกระดับ รพ. เป็น M1 2 แห่ง รพ.เบตง รพ.สุโขทัย
 ยกระดับ รพ. เป็น M2 2 แห่ง รพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อ.นาทวี รพ.สมเด็จพระพุทธราช

สาบบุรี

ยกระดับ รพ. เป็น F1 7 แห่ง รพ.รามัน รพ.ระแงะ รพ.ละงู รพ.โคกโพธิ์ รพ.ระยหา
 รพ.ระโนด รพ.ตากใบ

KSA3 การจัดตั้งศูนย์ความเชี่ยวชาญ ร้อยละ 50

	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
ทารกแรกเกิด	-	2 รพศ.หาดใหญ่ รพศ.ยะลา	6
มะเร็ง	1 รพศ.หาดใหญ่	1 รพศ.ยะลา	6
อุบัติเหตุ ฉกฉวน	1 รพศ.หาดใหญ่	1 รพศ.ยะลา	6
หัวใจ/หลอดเลือด	1 รพศ.หาดใหญ่	1 รพศ.ยะลา	6

ระดับ ๓ มี รพ.สงขลา, รพ.สตูล, รพ.ปัตตานี, รพ.เบตง, รพศ.นราธิวาส, รพ.สุโขทัย

การบริหารจัดการเครือข่ายบริการ

- ๑) ทางเลือกการบริหารจัดการเครือข่าย ๒ รูปแบบ
 - ก. “พวงบริการขนาดใหญ่” ระดับ A ถึง P ครอบคลุมประชากร ๕ ล้านคน (๔-๘ จว.) รวมทั้งประเทศ 12 พวง
 - ข. “พวงบริการจังหวัด” ระดับ S ถึง P
- ๒) การจัดหาแหล่งทุนเพื่อการพัฒนาเครือข่าย
- ๓) การบริหารการเงินการคลัง UC

/สิ่งที่จะ.....

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

๑. มอบหมาย คณะทำงานยุทธศาสตร์ ๕ ชุด ดำเนินการ

ประธาน	คณะที่ ๑ คณะทำงานพัฒนาบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิและ PP : นพ.ยอร์น สสจ.ปัตตานี เลขานุ : นพ.พนพัฒน์ รพศ.หาดใหญ่
ประธาน	คณะที่ ๒ คณะทำงานพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับกลาง (MID level) : นพ.ศิริชัย สสจ.สงขลา เลขานุ : นพ.สุวัฒน์ รพ.นาทวี
ประธาน	คณะที่ ๓ คณะทำงานพัฒนาเครือข่ายเชี่ยวชาญ ๔ สาขา : นพ.กุลเดช รพศ.หาดใหญ่ เลขานุ : นพ.ศักดิ์ รพศ.หาดใหญ่
ประธาน	คณะที่ ๔ คณะทำงานพัฒนาระบบส่งต่อ : นพ.ปรีชา รพ.สงขลา เลขานุ : คุณสัทธยา รพศ.หาดใหญ่
ประธาน	คณะที่ ๕ คณะทำงานพัฒนาระบบคุณภาพบริการ : พญ.พรจิต รพ.ปัตตานี เลขานุ : นพ.อุดมเกียรติ สสจ.ปัตตานี

๒. จังหวัด/หน่วยบริการ (CUP) implement ให้เป็นไปตามแผน 5 แผน สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป มอบหมาย คณะทำงานยุทธศาสตร์ 5 ชุด ดำเนินการ

ขั้นตอนเวลาดำเนินงาน

กันยายน ๒๕๕๔ : ตั้งคณะทำงานชุดต่างๆ

ตุลาคม ๒๕๕๔ : จัดทำแผน

พฤศจิกายน ๒๕๕๔ : อนุมัติแผน

๓. จังหวัด/หน่วยบริการ (CUP) implement ให้เป็นไปตามแผน ๕ แผน สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

แผนปฏิบัติการ ๕ ปี ประกอบด้วย

๑. แผนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (3 KSA)

แผนพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและ	PP
แผนพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับกลาง (MID level)
แผนพัฒนาเครือข่ายเชี่ยวชาญ	๔ สาขา

๒. แผนงบประมาณด้านที่ดิน สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

๓. แผนพัฒนากำลังคน (HRM, HRD)

๔. แผนระบบส่งต่อ

๕. แผนพัฒนาคุณภาพบริการ (พบส.)

ประเด็นดำเนินการของ สสจ.ในการบริหารแผน

จัดโครงสร้างที่สำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการบริหารแผน ๕ แผนประกอบด้วย

๑. ผชชว. รับผิดชอบเรื่อง Service Plan ระดับจังหวัด
๒. ฝ่ายแผนงานและประเมินผล สสจ.
๓. ผู้รับผิดชอบงานระบบบริการสาธารณสุข

ประธาน ขอปรึกษาหารือ ประเด็น ดังนี้

เรื่องยาเสพติด เป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล กระทรวงฯ สาธารณสุขได้รับมอบหมายจากรัฐบาลให้ดูแล ผู้เสพ ผู้ติดยา ทั้งระบบสมัครใจและบังคับ เข้ามาบำบัด ประมาณ ๔ แสนคน โดยรพ.ให้นำเข้าเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ การตรวจราชการกรณีปกติคณะที่ ๑ และแบบบูรณาการ (คณะ๕) ด้วย จึงขอปรึกษาว่าจะบรรจุในยุทธศาสตร์เขต ๘ ด้วยหรือไม่ ถ้าบรรจุจะอยู่ในกรอบใด?

นพ.อดิศักดิ์ ผอภ.ศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลเสพติดปัตตานี ได้เห็นด้วย แต่จะนำเข้าอยู่ส่วนใดก็อยู่ที่องค์ประชุมฯ แต่ทางศูนย์ฯ ได้มีการเตรียมการในระดับต่างๆ จนถึง รพ.สต.ส่วนในการบูรณาการก็ได้มีจัดโครงสร้างไว้แล้ว

พญ.พรจิต ผอภ.รพ.ปัตตานี เสนอบรรจุไว้ในข้อ ๔ เข้มมุ่ง(สีชมพู)

นพ.อดิศักดิ์ ผอภ.ศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลเสพติดปัตตานี.เสนอ” การบำบัดดูแลฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ”

มติที่ประชุม

๑.อนุมัติแผนยุทธศาสตร์เขต ๘ ในคณะกรรมการบริหารเขต ๘ เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๔ เพิ่มเติมในที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานพัฒนางานสาธารณสุขระดับเขต(คปสข.)เขต ๘เมื่อวันจันทร์ ที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ ณ ห้องประชุม สสจ.สงขลา

๒.เรื่องยาเสพติดบรรจุไว้ในยุทธศาสตร์เขต ๘ เข้มมุ่งประเด็นที่ ๔

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

๔.๑ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบปฐมภูมิและการส่งเสริมป้องกัน (PP)

นำเสนอโดย นพ.พนพัฒน์ คณะฯนี้ได้มีการประชุมไปแล้ว ๒-๓ ครั้ง เนื่องจากมียุทธศาสตร์การพัฒนา รพ.สต. อยู่แล้วจึงไม่ต้องเริ่มใหม่ โดยนำของเดิมมาปรับปรุง เพิ่มรายละเอียดเข้าไป โดยกำหนดเป็น ๓ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๑)พัฒนาระบบบริการและคุณภาพ

วัตถุประสงค์

- พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในเขตฯ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการบริการปฐมภูมิ และ PCA โดยเชื่อมประสานกับระบบบริการสุขภาพระดับอื่นๆ ด้วยการบริหารในระดับอำเภอ กลยุทธ์ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยเชื่อมประสานกับระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ ด้วยการบริหารในระดับอำเภอ PCU รับผิดชอบพื้นที่ชัดเจน ปชช.เข้าบริการที่ปฐมภูมิ พัฒน PCU มีการสนับสนุนจากรพ.แม่ข่าย

- การมีฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน มีข้อมูลสุขภาพเชื่อมโยง ทั้งการรักษาและส่งเสริม
- ระบบการส่งต่อทางด่วน
- ระบบให้คำปรึกษา/ร่วมดูแลโดยแพทย์ GP/FM (Specialists) ประจำ
- การสนับสนุนยา /LAB

๒) ด้วยแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ระบบงาน Individual Family Community Careดูแลต่อเนื่อง
ดูแลองค์รวม ผสมผสาน ดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

เวชศาสตร์ครอบครัว

- ต่อเนื่อง -แพ้มครอบครัว -ทีมสุขภาพประจำครอบครัว -ดูแลตั้งแต่เกิดจนตาย
- องค์รวม ผสมผสาน -การสร้างสัมพันธ์ภาพ, -กาย-จิต-สังคม (Disease / Illness / HHC)
-ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พันฟู
- ชุมชน เป็นฐาน -เฝ้าระวังสถานะสุขภาพ เข้าไปรู้วิถีชีวิตกลุ่มเป้าหมาย, -เสริมสร้างศักยภาพ
สร้างการมีส่วนร่วม, -ร่วมระดมทรัพยากรในชุมชน

๓) อย่างต่อเนื่องด้วยเกณฑ์มาตรฐาน PCA 7 หมวดของการจัดการที่ดี

โครงสร้างองค์กร สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ และความท้าทาย

- การนำองค์กร
- การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์
- การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้
- การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล
- การจัดการกระบวนการ
- ผลลัพธ์การดำเนินการทุกข้อมีความเชื่อมโยงกัน

มาตรฐานการบริการปฐมภูมิ

เชิงรุก

- การวางแผน ประเมิน และติดตามความเสี่ยงสุขภาพตามกลุ่มอายุ โดย PDCA
- การเสริมสร้างศักยภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมของประชากรกลุ่มเป้าหมายและชุมชน
- การเฝ้าระวัง การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงการควบคุม ป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่
- การปรับพฤติกรรมสุขภาพ (เพศศึกษา บุหรี่ แอลกอฮอล์ อุบัติเหตุ การบริโภคและสุขาภิบาลอาหาร การออกกำลังกาย และสุขบัญญัติ)
- การดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามหลักการ HHC
- การอนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภค

เชิงรับ

- ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ (นมแม่, โภชนาการ, พัฒนาการ, EPI, สุขภาพช่องปาก, FP, ANC, PAP, depression, คัดกรองโรคเรื้อรัง และตรวจสุขภาพตามวัย)
- การดูแล PCM โดย NP ประจำ (โรคเบื้องต้น โรคเรื้อรัง เจาะเลือด ทำแผล ฉีดยา เย็บแผล)
- บริการส่งเสริมทันตกรรม
- บริการเภสัชกรรม (มาตรฐานเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ การจัดเก็บ และการส่งมอบยา รวมถึงวัคซีน)
- บริการยาสมุนไพร บริการแพทย์แผนไทย
- การพัฒนาศักยภาพ อสม.

แม่ข่าย

- มีการจัดบริการโดยแพทย์ FM/GP ประจำ
- มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านครอบคลุม (กลุ่มผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย)
- สามารถบริหารจัดการให้มีการตรวจชั้นสูตรที่มีความยุ่งยากมากขึ้น (CBC, UA, Blood chem) โดยผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาล
- มีบริการทันตกรรม ถอน ขูด อุด โดยทันตแพทย์ หรือ จพ. ทันตสาธารณสุข
- มีบริการโดยเภสัชกรหมุนเวียน
- มีบริการโดยนักกายภาพบำบัดหมุนเวียน

เป้าหมาย

๑. ร้อยละ ๘๐ ของ PCU ในเขต ๘ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการ และเกณฑ์ PCA ,ร้อยละ ๘๐ ของ ศสม./รพ.สต. ขนาดใหญ่ ในเขต ๘ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๘ ข้อ

๒. พัฒนาบุคลากร การจัดสรรทรัพยากรบุคคล เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขเท่าใด รวมถึงการพัฒนาวิชาชีพต่างๆ

๓. พัฒนากลไกสนับสนุน และบริหารแบบบูรณาการ การบริหารจัดการระดับ CUP มีคณะกรรมการด้านต่างๆ การติดตามให้การสนับสนุนงบประมาณ เวชภัณฑ์ ขยะติดเชื้อ

นพ.ยอร์น จิระนคร สธน. ได้ชี้แจงเพิ่มเติม ว่าได้ประชุมฯ ครั้งสุดท้าย ๒๕ ต.ค.๒๕๕๔ โดยที่หมอพนพัฒน์ ได้นำเสนอ จะทำให้ได้เห็นภาพชัดขึ้น โดยเห็น รพ.สต., ศสม. ควรจะมีแพทย์อย่างไร แนวทางการจัดบริการอย่างไร สไลด์สุดท้าย ก็เป็นการจัดมาตรฐานการบริการ แบ่งเป็น ๒ แบบ รพ.สต.ทั่วไป รพ.สต.ขนาดใหญ่ กับ ศสม.ก็จะมีความแตกต่างกัน เนื่อง จากกรอบประชากร ลักษณะงานที่ไม่เหมือนกัน แต่คล้ายๆ กัน

ส่วนเรื่องที่ยังได้พูดกันน้อยเป็นเรื่อง P&P เพิ่มเรื่องนำเสนอชุดที่ ๒ บางประเด็น การพัฒนากำลังคน จำนวนบุคคล ที่ตั้งไว้ว่าควรมี จนท.CUP 1 : 1,250 คน ว่าควรมีลักษณะประเภทอย่างไร เช่น แพทย์เวชปฏิบัติ, จพง.สธ.,ทันตสาธารณสุข, พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการ จพง.สาธารณสุขชุมชน นักการแพทย์แผนไทย เป็นต้น

เขต ๘ ต้องการอัตรากำลัง นักการแพทย์แผนไทย และ จพง.เภสัชกรรม อย่างละ ๖๗ คน จพง.ทันตสาธารณสุข ต้องการให้ผลิต ปีละ ๔๐ คน ๕ ปี รวมเป็น ๒๐๐ คน นักกายภาพบำบัด ประจำ รพช.แห่งละ ๑ คน เพื่อสนับสนุนหน่วยปฐมภูมิ

การพัฒนาสมรรถนะ บุคลากรในหน่วยปฐมภูมิควรมีความรู้ด้านสมรรถนะการทำงานในพื้นที่ด้านเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว โดยใช้วิธีศึกษาทางไกลด้วยตนเอง จากคู่มือ อบรมเชิงปฏิบัติการ สนง.เขตออกวุฒิบัตรรับรองความรู้ พัฒนาอย่างน้อยร้อยละ ๓๐ ต่อปี หลักสูตรที่ใช้เวชปฏิบัติครอบครัวสำหรับแพทย์ประจำหน่วยปฐมภูมิ หลักสูตรผู้บริหาร -

รพ.สต. หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ นักสุขภาพครอบครัว การทำงานเป็นทีม การเป็นผู้นำ การสร้างเครือข่าย ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เทคนิคการนิเทศหน้างาน อำเภอละ ๔ คน

ด้านการสร้างขวัญ อาจมีเครื่องหมายเชิดชูเกียรติ การยกย่องผู้ปฏิบัติงานดีเด่น สนับสนุนความก้าวหน้า หน.ปฐมภูมิอาจได้ปรับระดับ เป็นต้น

มีข้อเสนอเชิงนโยบาย เช่น ให้เขตหลักดัน Primary care net work ทีมมีแพทย์และทีมสหวิชาชีพดูแลประชากร เช่น ทีมละ ๒๐,๐๐๐ คน และเป็นทีมที่ปรึกษาแก่ รพ.สต.หรือ ศสม. เพื่อขยายระบบปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เป็นระบบที่เชื่อมต่อกับปฐมภูมิในพื้นที่ โดยที่ไม่ต้องลงไปทำงาน

อยากเห็นแพทย์ Family medicine (GP) ดูแลปฐมภูมิ โดยมีประชากรเป้าหมาย เช่นกันกับ นสค.(นักส่งเสริมสุขภาพครอบครัว) และเป็นพี่เลี้ยงกับ นสค.ได้

นพ.ธนิต เสริมแก้ว แทน นพ.สสจ.สตูล ได้นำเสนอยุทธศาสตร์ที่ ๓ ล้อตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ จากหมอพงพัฒน์ เน้น ๔ แผนงานหลัก

(๑) การกำหนดโครงสร้าง บทบาทสนับสนุนบริการทุกระดับ ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับคปสอ.

(๒) การเสริมสร้างภาคีเครือข่ายร่วมบริหารจัดการแผนสุขภาพระดับตำบล และมีส่วนรวมในการดำเนินงานและประเมินผล

(๓) การพัฒนาระบบงานเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบยา ระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล การชั้นสูตร ซัพพลาย

การควบคุมการติดเชื้อต่างๆ

(๔) สนับสนุนงบประมาณ Fixed Cost การจัดสรร OP ที่เหมาะสม

ประธาน ขอความเห็นชอบ /ศูนย์วิชาการเขต สนับสนุนอย่างไร

นพ.ดร.สุวิช ผอก.สคร.ที่ ๑๒ ได้ให้ความเห็น เรื่อง

-มาตรฐานการบริการครอบคลุม แต่มีที่ไม่ชัดเจนระหว่างเชิงรุก และแม่ข่าย การดูแลผู้ป่วยที่บ้านครอบคลุม หมายถึงลักษณะอย่างไร หน่วยบริการปฐมภูมิน่าจะดูแลได้

-การตรวจชั้นสูตร จะเพียงพอหรือไม่ คุ่มค่าแค่ไหน

-เภสัชกรหมุนเวียนก็ต้องดูว่าแม่ข่ายใหญ่ขนาดใด เพราะขณะนี้ต้องดูแลยา เวชภัณฑ์ วัคซีน ถ้าเป็นไปได้อยากให้มืออยู่ประจำ

-การตรวจชั้นสูตร ควรจะมีแบบเบื้องต้น ถ้ามีมากกว่านี้ เช่น X-ray,EKG ก็จะไม่คุ้ม แล็บควรไปอยู่ที่แม่ข่าย น่าจะดีกว่า

-ส่วนเภสัชกรหมุนเวียน เขตจะจัดอยู่ประจำได้หรือไม่

นพ.พงพัฒน์ ได้ขอรับไปทำเกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วย

ประธาน :ได้อธิบายว่า มาตรฐาน รพ.สต.ทั่วไปรุก-รับ ส่วนแม่ข่ายแปลว่า รพช. เป็นแม่ข่าย รพ.สต., ส่วน รพท., รพศ.เป็นแม่ข่าย ศสม.

ดร.สุภารัตน์ ธีระวร ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา ได้ให้ความเห็นว่า ปฐมภูมิ ส่วนใหญ่มักไม่ดูกลุ่มเป้าหมาย ประชาชน ควรทำในด้านป้องกันและส่งเสริมมากกว่า ขอเพิ่มในส่วนชุมชนให้มากขึ้น(เชิงรุก)

นพ.อดิศักดิ์ ผอก.ศูนย์บำบัดฯ เห็นด้วยกับหมอพงพัฒน์ที่นำเข้าไปในส่วนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงรุก ส่วนศูนย์ได้เตรียมเชิงรับไว้แล้ว ทำให้รพ.สต.ดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ไ้ยาที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ส่วน รพช.จะดูแลกลุ่มผู้เสพ ส่วน รพท.และศูนย์ฯ จะดูแลกลุ่มที่แทรกซ้อนที่เป็นระบบ

ประธาน มอบ นพ.พนพัฒน์ ให้จัดทำคำนิยามให้ตีในกลุ่มต่าง ๆ

นายธีระศักดิ์ ผอก.ศุนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๒ ได้แจ้งแผนฯ ของศุนย์ฯ ที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ที่ ๓ ในการสนับสนุนในเชิงบูรณาการ การตรวจวิเคราะห์ในเชิงสาธารณสุข กรมวิทย์/ศุนย์ฯ มีแผนกิจกรรมโครงการรองรับ คัดเลือกรายการที่คุ้มค่าและเหมาะสม การส่งต่อตัวอย่าง การอบรมให้ความรู้ พัฒนาในด้านการตรวจวิเคราะห์คุณภาพ มีการประเมินสรุปในปี ๕๔-๕๘ ในด้านยาเสพติด มีการตรวจยืนยันยาเสพติดในปัสสาวะ สำหรับ รพ.ที่ช่วยตรวจจะมี รพ. สงขลา ปัตตานี และรพ.สุโขทัย-ลก

ในปีนี้มีแผนที่จะทำอย่างไรให้การตรวจได้เร็วตามความต้องการของพื้นที่ สำหรับในปีนี้ รพ.ที่ยังไม่ได้ตรวจยาเสพติดก็จะได้ปรึกษากันเพื่อช่วยตรวจฯ ต่อไป

พญ.พรจิต ผอก.รพ.ปัตตานี เสนอข้อคิดให้มีความแตกต่างในการให้บริการปฐมภูมิ กับ รพท. เช่น รับบริการที่ปฐมภูมิไม่เก็บเงิน ส่วน รพท.เก็บ ๓๐ บาท เพื่อลดความแออัด

นพ.ธีรวัฒน์ ผอก.สปสข.เขต ๑๒ เสนอว่าต้องรออนโยบายส่วนกลางก่อน

มติที่ประชุม เห็นชอบยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบปฐมภูมิและการส่งเสริมป้องกัน (PP) ที่ นพ.พนพัฒน์ และ นพ.ธนิศ นำเสนอ แต่ให้รับข้อคิดเห็นไปปรับให้เหมาะสมต่อไป

๔.๒ แผนงานโครงการปี ๒๕๕๕ ในการสนับสนุนการพัฒนาระบบปฐมภูมิและการส่งเสริมป้องกัน (PP) ของศุนย์วิชาการเขตที่เกี่ยวข้อง

นพ.บุญแสง ผู้แทน ศุนย์อนามัยที่ ๑๒ ได้แจ้งว่า ทางศุนย์ฯ ทำมาากแล้ว ทั้งของเขต และของศุนย์ฯ เอง เช่น มาตรฐาน ANC ที่ รพ.สต. ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ระดับประเทศที่กรมอนามัยทำอยู่ คือ ตำบลต้นแบบ ปีที่แล้ว นำร่อง ๕ ตำบล ปีนี้ขยาย ๑๑๕ ตำบลทั่วประเทศ ทั้งเชิงรุก การมีส่วนร่วมของอบต.ชาวบ้าน ชุมชน และเชิงรับที่ รพ.สต. โดยงบ สปสข.ที่จัดสรรให้กรมอนามัย

นพ.ธีรวัฒน์ ผอก.สปสข.ที่ ๑๒ แจ้งว่างบ สปสข.ที่จัดสรรให้กรมอ. (national priority) มี ๗ แผน มี คณะทำงานโดยมีผู้อาวุโสเป็นประธาน และมีกรมที่เกี่ยวข้องเป็นคณะกรรมการ ดังนี้

- ๑.แผนงานป้องกันโรคซีเมสเร้า
 - ๒.แผนงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง
 - ๓.แผนงานป้องกันการติดเชื้อ HIV
- ส่วนในปีนี้เพิ่ม
- ๔.แผนงานเด็กพัฒนาการดี
 - ๕.แผนงานป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดัน
 - ๖.แผนงานป้องกันโรคในกลุ่มแรงงาน ชำรภาพการ
 - ๗.แผนงานป้องกันความเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น

จะเห็นได้ว่าจะมีกลุ่มโรค และกลุ่มคน เข้าเป็นคณะกรรมการ

มติที่ประชุม นพ.ยอร์น , นพ.พนพัฒน์ ,นพ.ธนิศ ติดตามแผนของกรมอนามัยทั้ง ๗ แผน ที่เกี่ยวข้องกับ ยุทธศาสตร์ แผน PP เขต มากน้อยเพียงใด จะบูรณาการกันอย่างไร

พญ.เพชรดาว ผอก.ศุนย์สุขภาพจิตที่ ๑๕ ได้แจ้งว่า กรมสุขภาพจิต มีเรื่องการพัฒนาาระบบปฐมภูมิ มีรพ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เป็นเจ้าภาพหลัก ศุนย์สุขภาพจิตก็จะมีส่วนรวม และกรมสุขภาพจิตก็มีแนวทางการพัฒนาสุขภาพจิตระดับต่างๆ เช่น ระดับปฐมภูมิ คัดกรองดูแล ส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิต และจิตเวช ปีที่ผ่านมาได้มีการประเมินร่วมกับ รพ.จิตเวชฯ พบว่ามีบางพื้นที่ที่ยังไม่ผ่านมาตรฐาน ก็ได้ให้คำแนะนำ และในปีนี้ก็คงได้นิเทศดูแล ติดตามต่อเนื่อง เหมือนเดิม

ส่วนเรื่องการส่งเสริมป้องกันโรคของกรมสุขภาพจิตเองในส่วนนี้ไม่มีต่างหาก ซึ่งได้ประชุมกับ สปสช.ก็ได้รับไว้ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม MI (Motivation Interview) ก็จะทำงานบูรณาการกับกรมอื่นๆ

นายจรัส รัชกุล ผอก.ศุนย์ฝึกรวม ได้แจ้งว่า กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การสนับสนุนบริการปฐมภูมิและการส่งเสริมป้องกัน ส่วนของกรมสบส.มีผลผลิตอยู่ ๓ ผลผลิต ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิก็มี อสม.และภาคีเครือข่ายได้รับการสนับสนุนในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มี ๒ กิจกรรม คือ ส่งเสริมสนับสนุนภาคีเครือข่ายสุขภาพ เน้นในระดับตำบลในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน สอดคล้องกับมาตรฐานบริการเชิงรุกที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน รวมถึงกองทุนสุขภาพตำบลของ สปสช.ที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องไปเกี่ยวข้อง

ในปี ๒๕๕๕ กรม สบส. ตั้งเป้าหมายในกิจกรรม

๑.การพัฒนาเป็นพื้นที่ต้นแบบ อำเภอละ ๑ ตำบล (โดยจังหวัดมีส่วนร่วม)

๒.การพัฒนา อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ เชิงรุกทั้งในภาวะปกติ และภาวะวิกฤต

เป้าหมาย รพ.สต.ละ ๒๐ คน โดยใช้เงินของกรม สบส.สนับสนุนจังหวัด

ประธาน ผাগให้ผู้แทน กรม สบส.เสนอพิจารณาในพื้นที่ที่เป็นตำบลขนาดใหญ่เป้าหมายของเขต 49 ตำบล

ผู้แทนสถาบันพระบรมราชชนก

อ.ภรณ์ ผอก.วพบ.สงขลา ได้แจ้งว่า

๑.การผลิตพยาบาลสำหรับ รพ.สต. ๒,๐๐๐ คน โควตาในเขต ๘ จะผลิตให้พื้นที่อื่น ทั้ง ๒ วิทยาลัย

๒.สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ พัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในชุมชน

อ.นิมิตตูลา แว ผอก.วพบ.ยะลา ได้แจ้งว่า ตอนนี้ที่ วพบ.ยะลาได้จัดหลักสูตรเฉพาะทางเวชปฏิบัติการรักษาเบื้องต้น พร้อมการดูแลแบบองค์รวมในลักษณะที่ดูแลครอบครัวไปด้วย ส่วนงบประมาณต้องการสนับสนุนการดำเนินงาน

ประธาน มอบนพ.ยอร์น ประธานประธานคณะกรรมการพัฒนาบุคลากรว่า เช่น รพ.สต. และ ศสม. รวม ๖๗ แห่ง เขต ๘ ต้องการให้มีเวชปฏิบัติครอบครัว นักสุขภาพครอบครัว ๕ เสือปฐมภูมิ ทำงานกับชุมชน **จะใช้เงิน PP ได้หรือไม่**

นพ.ธีรวัฒน์ ผอก.สปสช.ที่ ๑๒ ได้ขอหารือเม็ดเงินที่จะสนับสนุน Primary care และ PP จะมีเม็ดเงินประมาณเท่าไร และทำอะไรได้บ้าง เม็ดเงินที่มาจากเรื่องพัฒนาบุคลากร จะอยู่ในเม็ดเงินส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ

ในเขต ๑๒ ๗ จังหวัดได้มา ๒๐ กว่าล้านบาท และมีเม็ดเงินค่าเสื่อม ปีนี้ตัด ๑ % เมื่อดูกำลังคน เขต ๘ ได้มาประมาณ ๕ ล้านรวมแล้วประมาณ ๓๐ ล้าน ยังไม่รวมถึงงบประมาณระบบ ซึ่งเดี๋ยวนี้เปลี่ยนเป็นงบสนับสนุนส่งเสริมงานต่างๆ ในส่วนส่งเสริมป้องกัน

โรค จะมีเม็ดเงินมาอีกจังหวัดละมากกว่า ๓ ล้านบาท และมีเงิน On Top อีกประมาณ ๑๐๒ ล้านบาท มีกลไก มาตรฐาน ดำเนินการอย่างไร งบประมาณปฐมภูมิ ส่งเสริมสุขภาพ ระบบส่งต่อ ประมาณ 30ล้านบาท

ประธาน ได้ให้ข้อมูลว่าคณะทำงานยุทธศาสตร์ ระดับ Mid level และ advance level จะให้เสร็จเดือนหน้า ทุกคณะจะมีการพัฒนา ๑.มาตรฐาน ๒.บุคลากร ๓.ครุภัณฑ์ ๔.การส่งต่อ ๕.พ.บ.ส. , การพัฒนาบุคลากรปฐมภูมิ เขต จะทำ แบบ Context base leaning เป็นหลัก

มติที่ประชุม

๑. มอบ นพ.ยอร์น สธน.พิจารณาแผนการสนับสนุนที่ศูนย์วิชาการในเขต นำเสนอเพื่อบูรณาการร่วมกัน
๒. ให้ศูนย์วิชาการในเขต ๘ จัดทำรายละเอียดแผนงานที่สนับสนุนเขต ทั้งปฐมภูมิ และอื่นๆ ด้วยเพื่อ บูรณาการการทำงานร่วมกัน(อย่างมีความสุข)

๔.๓ แนวทางการจัดสรรงบ

UC - PP ปีงบประมาณ ๕๕ โดย นพ.สรรพพงษ์ ฤทธิรักษา

นพ.ธีระวัฒน์ กรศิลป์ ผอก.สปสช.เขต ๑๒ ได้แจ้งการโอนเงิน PP ก่อนแรก ๕๐% ไปจังหวัด ประมาณ เดือน พ.ย. ๒๕๕๔

นพ.สรรพพงษ์ ฤทธิรักษา ได้แจ้งข้อมูลการจัดสรรเงิน PP Aria base ของปี ๒๕๕๔ จำนวน ๑๐.๕ ล้านบาท ดังนี้

(๑) MCH	๑.๓ ล้านบาท
(๒) NCD	๓.๘ ล้านบาท
(๓) DTH	๑.๑๕ ล้านบาท
(๔) กาดมั่ว(ตลาดนัดความรู้)	๑.๕ ล้านบาท
(๕) HAJ	๒.๕ ล้านบาท
(๖) อื่นๆ เครือข่ายพยาบาล	๐.๒๕ ล้านบาท

เพื่อเป็นข้อมูลในปีงบประมาณ ๒๕๕๕

นพ.ธีระวัฒน์ ผอก.สปสช.เขต ๑๒ ขอให้มีคณะทำงานพิจารณาวางแผนการจัดสรรเงิน เงิน ON TOP ๑๐๒ ล้านบาท ศสม.ละ ๑ ล้านบาท และรพ.สต.ที่รับผิดชอบประชากร ๘ พันคนขึ้นไป แห่งละ ๑ แสนบาท ขอความเห็นชอบใน คปสช. ถ้าที่ใดผ่านเกณฑ์ก็สามารถจัดสรรให้ได้เลย

มติที่ประชุม

๑.รับทราบการจัดสรรงบประมาณปี ๒๕๕๔ เป็นข้อมูลในการจัดสรรงบประมาณปี ๒๕๕๕ ต่อไป
๒.มอบจังหวัดไปบริหารจัดการ CUP ร่วมกับ สปสช.เขต ๑๒ ในส่วน PP ที่แต่ละจังหวัดรับผิดชอบส่วน PP เขต มอบกรรมการปฐมภูมิ + PP เขต (นพ.ยอร์นเป็นประธาน) จัดทำข้อเสนอแล้วนำเสนอขอความเห็นชอบที่ประชุม คปสช.ภายในระยะเวลา ๑ เดือน

๓.มอบนพ.ธนิศ เสริมแก้ว ผชชว.สสจ.สตูล เป็นประธานคณะทำงานกลไกไปดำเนินการ ตามข้อเสนอของผอก.สปสช.เขต ๑๒ ในการวางหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน ON TOP

๔.๔ แนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕

นายบุญช่วย กวีวุฒท์ ได้แจ้ง

แผนการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ แบ่งเป็น ๓ ภารกิจ

ภารกิจที่ ๑ การติดตามนโยบายและปัญหาเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นหลักที่ ๑ : การดำเนินงานเพื่อสนองนโยบายและแก้ไขปัญหาเร่งด่วน

๑.๑ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยและติดยาเสพติด

๑.๒ การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองและชนบท

๑.๓ มาตรการสร้างสุขภาพ เพื่อลดผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(สุขภาพดีวิถีไทย)

๑.๔ การจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกิดภัยพิบัติ โรคระบาดและภัยสุขภาพ(PHER & EMS)

ภารกิจที่ ๒ การติดตามผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

ประเด็นหลักที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และระบบหลักประกันสุขภาพ

๒.๑ การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ (Service plan)

๒.๒ การพัฒนาระบบส่งต่อ (Referral system)

๒.๓ การประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานของการบริการ ระดับจังหวัด ๔ ด้าน (การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ)

ประเด็นหลักที่ ๓ : การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๓.๑ การจัดทำแผนบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันเชิงรุกระดับจังหวัด

๓.๒ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (CD)

๓.๓ การดูแลปัญหาสุขภาพจิต

๓.๔ การดูแลสุขภาพแม่ เด็ก วัยรุ่น ผู้สูงอายุและพิการ (รวมเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน)

๓.๕ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและอาหารปลอดภัย

๓.๖ การส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ

๓.๗ ศาสนาสถานส่งเสริมสุขภาพ

๓.๘ เยี่ยมยาผู้ได้รับผลกระทบแบบบูรณาการครบวงจร

ประเด็นหลักที่ ๔ : การบริหารจัดการระบบสุขภาพ

๔.๑ การบริหารการเงินการคลังระดับเขตและจังหวัด(Health Care Financing)

๔.๒ การบริหารจัดการบุคลากร

๔.๓ การบริหารความเสี่ยงตามหลักธรรมาภิบาล

๔.๔ การพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรม

ภารกิจที่ ๓ การตรวจราชการแบบบูรณาการ

๕.๑ โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

๕.๒ โครงการพัฒนาสติปัญญาเด็กปฐมวัย (๐ – ๕ ปี)

๕.๓ โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

(ตัวชี้วัดของเขตตรวจราชการที่ ๘ ข้อ ๓.๗ , ๓.๘)

พญ.เพชรดาว ผอก.ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๕ ปัตตานี เสนอให้เติม ข้อ ๓.๘ เป็น เยี่ยมยาผู้ได้รับผลกระทบแบบบูรณาการครบวงจร ตัดคำว่า “ด้านจิตใจ” ออก

ประธาน ได้สรุปแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ มี ๓ ภารกิจ ๕ ประเด็นหลัก

๒๐ หัวข้อ(เพิ่มของเขตอีก ๒ หัวข้อ) พร้อมขอข้อคิดเห็นจากที่ประชุมในประเด็น

- (๑) ภารกิจ ประเด็น และหัวข้อ
- (๒) ผู้รับผิดชอบ
- (๓) คณะทำงานของเขต

ที่ประชุมฯ ได้มีการอภิปราย

นพ.ศิริชัย นพ.สสจ.สงขลา ได้เสนอ ๕ ประเด็นหลัก ให้แต่ละจังหวัดรับไปจังหวัดละประเด็น เพราะแต่ละจังหวัดจะมีเรื่องเด่นของแต่ละประเด็นอยู่แล้ว เช่น สงขลาเรื่องการบริหารการเงินการคลังระดับเขตและจังหวัด(Health Care Financing) ปัตตานีเรื่องส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

นพ.เจริญ นพ.สสจ.นราธิวาส เห็นด้วยกับ นพ.สสจ.สงขลา เพื่อเรียนรู้ และขอเสนอหัวข้อการตรวจราชการแบบบูรณาการ ๒ ใน ๓ (ตัดออก ๑ หัวข้อ)

ประธาน ได้แจ้งว่าหัวหน้าผู้ตรวจราชการฯ ได้ไปประชุมที่สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงใหญ่ให้ ๕ หัวข้อ กระทรวงสาธารณสุขได้สำรองเหลือ ๓ หัวข้อแล้ว ซึ่งในปีหน้าประธานจะเสนอ หน. ผตร.ขอเพียง ๒ หัวข้อ เนื่องจากเป็นเรื่องที่ปฏิบัติยาก ส่วนรายละเอียดยังปรับได้

นพ.ดร.สุวิษ ผอก.สคร.ที่ ๑๒ ได้แสดงความเห็นโดยดูจากหัวข้อเหมือนลดลง แต่ถ้าดูรายประเด็น จะมีตัวชี้วัดย่อยอยู่ เช่น ข้อ ๓.๔ การดูแลสุขภาพแม่ เด็ก วัยรุ่น ผู้สูงอายุและผู้พิการ ไม่น่าจะแน่ใจว่าตัวชี้วัดยังเป็นของ โรงพยาบาลสายใยรักหรือว่าโรงเรียนสุขภาพดีเด่น ผู้สูงอายุเป็น Long term care ตัวชี้วัดเดิมหรือไม่ หรือจะต้องมาคิดกันใหม่ หรือของ CD ปีที่แล้วเป็นของวัณโรค ปีนี้คนที่จะเสนออาจจะเป็นวัณโรค ไข้เลือดออก จะมีขบวนการอีกหรือไม่

ประธาน ได้แจ้งว่าจะมีการตั้งรองอธิบดีกรมที่เกี่ยวข้องมาประชุมเพื่อพิจารณาคัดเลือกประเด็น แต่ละหัวข้อ ตัวชี้วัดไม่ให้มาก เช่น หัวข้อละ ๑ ตัวชี้วัดยิ่งดี เช่น การดูแลปัญหาสุขภาพจิตเลือกเรื่องเดียว CD เลือกเรื่องเดียว ที่เป็นปัญหาของชาติ ถ้าหากศูนย์วิชาการใดต้องการดำเนินการเรื่องใดในระดับพื้นที่ ให้เสนอมาที่นายบุญช่วย กวีวุฒม์ เพื่อรวบรวมเสนอที่ประชุมคณะกรรมการคัดเลือกแผนการตรวจราชการฯ ถ้ามีรายละเอียดการคัดเลือกหัวข้อการตรวจราชการฯ ของคณะกรรมการฯ ทั้ง ๕ คณะให้ส่ง email แก่ คปสช.ทราบ เพื่อจะได้พิจารณาเสนอความเห็นส่งให้ผู้ตรวจราชการฯ สะท้อนไปยังคณะกรรมการฯ ทั้ง ๕ คณะต่อไป

นพ.สรรพงษ์ ผชช.สสจ.สงขลา เสนอ ให้รวมติดตามยุทธศาสตร์เขต ๓ ประเด็นหลักไปพร้อมกับการนิเทศงาน-กรณีปกติ

ประธาน ให้รอแผนฯ ของส่วนกลาง แล้วนำมาจัดกลุ่มกับงานในเขต โดยมอบนพ.สรรพงษ์ ดำเนินการให้เกิดการบูรณาการในเขต

วาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ

๕.๑ พญ.พรจิต ผอก.รพ.ปัตตานี ขอถามหารือ ที่ประชุมฯ ๒ เรื่อง ดังนี้

(๑) งบ Service planจะมืงบจากส่วนกลางให้หรือไม่ หากไม่มีจะได้ใช้เงินบำรุงดำเนินการไปก่อน

(๒) ค่าเสี่ยงภัยแพทย์ ๓ จังหวัด ปกติจะได้ หมิ่นแรกโดยใช้เงินบำรุงปีต่อปี หมดวาระไปแล้ว เมื่อตุลาคม ๒๕๕๔ จะให้ต่อหรือไม่ ส่วนหมิ่นที่สองใช้เงินงบประมาณ ซึ่งได้รับการชี้แจงมาว่าซ้ำซ้อนกับฉบับที่ ๗ ไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร จะได้ชี้แจงทีมงานทราบ

ประธาน ได้ตอบข้อหารือ ดังนี้

(๑) กระทรวงฯ ตั้งงบประมาณ Service plan ขาขึ้นไป เช่น ครุภัณฑ์ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง รพช.ที่อยู่ใน M 2 และ F1 ส่วน รพช./รพท.ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ไม่มี ผ่านสำนักงานงบประมาณแล้ว แต่ยังไม่ผ่าน ครม. และสภาฯ

(๒) สนย.ได้เสนอตั้งขึ้นไปในงบพัฒนาจังหวัดชายแดนใต้ แต่ได้รับคำตอบให้มาบูรณาการก่อน โดยมอบให้นายบุญช่วย ติดตามสอบถามจาก สนย.ต่อไป

นพ.อดิศักดิ์ ผอก.ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี ได้หารือ ผู้ป่วยที่มารักษาเสพติดจากอำเภอ จังหวัด และข้าม

เขตมาด้วย เฉพาะในเขตเรื่องยาเสพติดทางศูนย์ดูแลให้ แต่มีเรื่องการรักษานอกเหนือจากยาเสพติดทั้งผู้ป่วยนอก ใน เป็นโรคร้ายๆ ค่าใช้จ่ายไม่สูง จะขอเรียกเก็บจาก รพช.ที่สังกัด

นพ.ธีรวัฒน์ ผอก.สปสช.เขต ๑๒ ทางศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี ได้ปรึกษาทาง สปสช.มา เป็นรายที่พวงไปกับรักษาเสพติด เป็นมูลค่าไม่มาก แต่เป็นภาระของศูนย์ฯ โดยหลักการ CUP ช่วยตามจ่ายโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละจังหวัดจะให้เรียกเก็บ เช่น ๕ จังหวัดมีงบส่งต่อ เรียกมาที่จังหวัดก็ย้งได้ ซึ่งง่ายกว่า รพช.

ประธาน สรุปว่าเรียกเก็บที่ สสจ.ขึ้นอยู่กับความกรุณาของท่าน นพ.สสจ. เป็นการประสานแบบ informal ไม่เป็นมติที่ประชุม

เลิกประชุม เวลา ๑๖.๔๐ น.

นายบุญช่วย กวีวุฒท์

ผู้จัดรายงานการประชุม

นายแพทย์วัชร เฝิงจันทร์

ผู้ตรวจรายงานการประชุม