

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary) รอบที่ 1 ปี 2561 วันที่ 12-14 ก.พ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

1.1 การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ประเด็นตรวจราชการ

- ❶ อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)
 - 1) มีระบบบริหารจัดการ MCH Board คุณภาพ และขับเคลื่อนการดำเนินงาน
 - 2) มีการจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยง และลดปัจจัยเสี่ยงอย่างมีคุณภาพ
 - 3) มีการสร้างภาคีเครือข่าย (Zoning)
 - 4) มีระบบบริการที่มีคุณภาพ (ANC, LR, PP)
 - 5) มารดาตายจากการป้องกันได้ลดลง (PPH, PIH)

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)

ผลลัพธ์ : 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสุขภาพปัญหาของพื้นที่

อัตราส่วนการตายมารดาของจังหวัดกาฬสินธุ์ จากปี พ.ศ.2556 – 2560 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 13.27 , 0, 15.31, 15.6 และ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2561 ไตรมาสที่ 1 จำนวน 1 คน อัตรา 59.21 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุการเสียชีวิต คือ ภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นในหลอดเลือดปอด (Amniotic fluid embolism) เป็นภาวะที่คาดการณ์ไม่ได้ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ พ.ศ. 2559 – 2560 ร้อยละ 59.63 และ 57.33 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2561 ไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 64.14 ผ่านเกณฑ์ ทีมหมอครอบครัว (FCT) ค้นหาและเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์เพื่อฝากครรภ์ทันที แต่พบว่าร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ พ.ศ.2559 – 2560 ร้อยละ 45.11 และ 38.41 ตามลำดับ ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 47.13 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ปี 2559 - 2560 ร้อยละ 17.99 และ 18.60 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2561 ไตรมาส 1 ร้อยละ 24.53 และร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2561 ไตรมาส 1 ร้อยละ 33.85 ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจาก ความไม่ครอบคลุมกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ต่างจังหวัด (นอกพื้นที่รับผิดชอบ) ระบบการศึขข้อมูล และการตรวจสอบการส่งออกข้อมูลล่าช้า

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) การใช้กลไกการขับเคลื่อนผ่าน MCH Board ระดับจังหวัด และอำเภอ เพื่อทบทวนหาแนวทางปฏิบัติ และแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ทั้ง MMR และ Near Miss
- 2) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันมารดาตาย โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ตามแนวทางการฝากครรภ์ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก และการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงตามประเภทความเสี่ยง (Health Area 7 Classifying Model)
- 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรห้องคลอดทุกแห่งในการดูแล และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง
- 4) มีระบบให้คำปรึกษาการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงผ่านช่องทางฉุกเฉิน (Fast track) กลุ่มไลน์ ด้วยระบบการบริหารจัดการเครือข่ายแบบฟีดแบ็ก (One Labor Room One Province)
- 5) ทีมหมอครอบครัว (FCT) ค้นหาและเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ส่งต่อเพื่อฝากครรภ์ทันทีหรือดูแลรักษา
- 6) มีแผน/มาตรการรองรับมาตรการเขต ทุกโรงพยาบาลใช้ถุงตวงเลือดขณะคลอดทุกราย

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) การจัดระดับความสำคัญในการศิษย์ข้อมูล
- 2) ระบบการการตรวจสอบ และส่งออกของข้อมูลมีความล่าช้า เช่น อำเภอเมือง เป็นต้น

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) พัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูความรู้ ความเชี่ยวชาญให้แก่บุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง
- 2) สร้างกระแสการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง การฝากท้องเร็วฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ ในภาพกว้าง โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ต่างจังหวัด (นอกพื้นที่รับผิดชอบ)
- 3) การสร้างสื่อต้นแบบ Infographic อาการหรือสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบมาพบแพทย์ หรือ Early Warning Sign ให้หญิงตั้งครรภ์และชุมชน เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
- 4) จัดทำฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้นหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ต่างจังหวัด (นอกพื้นที่รับผิดชอบ)

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

- 1) โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลบรบือ และโรงพยาบาลนาเชือก ด้วยการติดการ์ดสีบนปกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงแต่ละราย
- 2) โรงพยาบาลนาเชือก มีระบบ Monitor หญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ 1. ฝากญาติดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการรับประทานยา 2. ANC ครั้งต่อไปกับต้องนำยามานับเม็ด และ 3. ยาหมดรับได้ตลอดเวลา

ประเด็นตรวจราชการ

๒ ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 85)

- 1) ความครอบคลุมในการตรวจ 4 ช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน
- 2) ค้นหาพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 20
- 3) เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามและกระตุ้นร้อยละ 100

ผลลัพธ์ : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 85)

- 1) ความครอบคลุมในการตรวจ 4 ช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน ร้อยละ 90
- 2) ค้นหาพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20
- 3) เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามและกระตุ้น ร้อยละ 100

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จากรายงานข้อมูล DSPM และ HDC ความครอบคลุมในการตรวจพัฒนาการเด็ก ปี พ.ศ. 2559-2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกินเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 90) ร้อยละ 85.53 และ 95.77 ตามลำดับ พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเกินเป้าหมาย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) ร้อยละ 28.67 และ 31.41 ตามลำดับ เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามหลังกระตุ้นภายใน 30 วัน ยังต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 100) แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 85.50 และร้อยละ 86.74 ตามลำดับ และในภาพรวมเด็กมีพัฒนาการสมวัยเกินเป้าหมาย (ร้อยละ 85) คือ ร้อยละ 95.44 และร้อยละ 95.49 ตามลำดับ สถานการณ์ไตรมาสแรกของ ปี พ.ศ. 2561 แม้ความสามารถในการติดตามให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และกลับมาตรวจคัดกรองครั้งที่ 2 ยังไม่บรรลุเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 82.74 (เป้าหมายร้อยละ 100) แต่สามารถคัดกรองพัฒนาการเด็กครั้งที่ 1 และค้นพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าจากการคัดกรองครั้งที่ 1 ร้อยละ 92.04 (เป้าหมายร้อยละ 90) และ 35.04 (เป้าหมายร้อยละ 20) ตามลำดับ รวมทั้งเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 96.96 (เป้าหมายร้อยละ 85)

จังหวัดมหาสารคาม มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ร่วมกับคณะกรรมการด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งมี Child Project Manager (CPM) ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการระบบ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ในปี พ.ศ.2561 มีการบูรณาการการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่าน 3 โครงการสำคัญ โดย 2 โครงการแรกผ่านการสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้แก่

- 1) โครงการตำบลบูรณาการเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ด้วยการจัดการค่ากลาง (งบประมาณ 175,500 บาท) โดยดำเนินงานใน 13 อำเภอ/13 ตำบล น่านร้อง
- 2) โครงการส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี เพื่อพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ (Smart Kids 4.0) จังหวัดมหาสารคาม (งบประมาณ 825,500 บาท) ดำเนินงานใน 13 อำเภอ/ 26 ตำบลน่านร้อง และ
- 3) การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids TAKSILA 4.0) ซึ่งมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids TAKSILA 4.0) มีการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถึง 21 หน่วยงาน

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) การดำเนินงานโดยภาคีเครือข่ายร่วมสำคัญจากทุกกระทรวงทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก คณะอนุกรรมการด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมทั้งมี Child Project Manager (CPM) ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอทำหน้าที่กำกับติดตามและสะท้อนข้อมูลการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบอย่างต่อเนื่อง
- 2) การบูรณาการโครงการ กิจกรรมและงบประมาณจากหลายแหล่ง เพื่อพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ และสามารถนำไปขยายต่อให้ครอบคลุมต่อไป
- 3) การพัฒนาระบบคลินิกสุขภาพเด็กดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง
- 4) การกำกับติดตามผลการดำเนินงานและร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องของผู้บริหารและผู้รับผิดชอบทุกระดับ

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) บุคลากรขาดทักษะและความชำนาญในการทำงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และรายงานข้อมูล (HDC, 43 แฟ้ม) เนื่องจากมีการหมุนเวียนบุคลากร ย้ายงาน ลาออก และบุคลากรจบใหม่
- 2) ขาดความครอบคลุมของการสื่อสารสาระสำคัญและทักษะการนำ DSPM, TIDA4I ไปใช้เพื่อประเมิน คัดกรอง และกระตุ้นพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี อย่างถูกต้องทั้งกับเจ้าหน้าที่ในระดับอำเภอ ตำบล เกณฑ์ อสม. พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูหลัก ในชุมชนรวมทั้งครูผู้ดูแลเด็ก และครูโรงเรียนอนุบาล

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) ทบทวนบทบาทและ Refresh ทักษะผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และบุคลากรผู้รับผิดชอบระบบรายงานข้อมูลพัฒนาการเด็ก เช่น รายงาน HDC, 43 แฟ้ม เป็นต้น
- 2) สื่อสาร ถ่ายทอดองค์ความรู้ และพัฒนาทักษะการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย DSPM, TIDA4I แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในระดับอำเภอ ตำบล อสม. เกณฑ์ พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูหลัก รวมทั้งครูผู้ดูแลเด็ก และครูโรงเรียนอนุบาล ผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ใน WCC และการจัดกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนภายใต้กิจกรรมโครงการตำบลบูรณาการฯ, โครงการมหัศจรรย์ 1000 วัน, โครงการจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กมหาสารคาม 4.0 (Smart Kids TAKSILA 4.0) และโครงการตามพระราชดำริฯ

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

- 1) การขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กมหาสารคาม 4.0 (Smart Kids TAKSILA 4.0)
- 2) นวัตกรรมอุปกรณ์เฝ้าระวังภาวะโภชนาการ (เครื่องวัดความยาวเด็ก) และชุดกระตุ้นพัฒนาการสำหรับผู้ปกครอง จัดทำโดยช่างไม้จากตำบลและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.นาเลา
- 3) รูปแบบการให้บริการโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลวาปีปทุม โดยการประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และให้คำปรึกษาด้านโภชนาการแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และทักษะในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัวก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดดีอยู่ในเกณฑ์ปกติ สุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง
- 4) การส่งเสริมให้มีลานเล่นและการเล่นตามภูมิปัญญาท้องถิ่นครบทุกหมู่บ้าน ตำบลหนองกุง อำเภอแกลง

ประเด็นตรวจราชการ

๓ ร้อยละของเด็ก 0-5 สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ร้อยละ 54)

- 1) ระบบและกลไกการบริหารจัดการและการขับเคลื่อนงาน
- 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ
- 3) ส่งเสริม กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5

ผลลัพธ์ : ร้อยละ 50.76(2ก.พ. 61)

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

สถานการณ์เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วนในจังหวัดมหาสารคาม ในปี 2559-60 ร้อยละ 50.13 และ 50.98 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายในปีงบประมาณ 2560 (ร้อยละ 51) ในไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2561 กำหนดเป้าหมายต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2560 คือ ร้อยละ 51 พบว่า มีเด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วนร้อยละ 50.76 ซึ่งใกล้เคียงกับเป้าหมายในไตรมาสแรก โดยเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ถึงร้อยละ 9 เกินเป้าหมายร้อยละ 7 และเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 50.78 ผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 50

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

1) การขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ผ่านมา ดำเนินงานผ่านคณะกรรมการด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดมหาสารคาม, คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก, CPM ระดับจังหวัดและระดับขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีการบูรณาการกับ 21 หน่วยงาน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ) เพื่อขับเคลื่อน Smart Kids TAKSILA 4.0

2) มีการพัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี/พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และอย่างต่อเนื่อง

3) มีการเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ กำกับติดตามการดำเนินงานในระดับอำเภอ/ตำบล

4) มีทุนเดิมในการขับเคลื่อนจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน ที่สามารถบูรณาการในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กทั้งในมิติด้านโภชนาการและพัฒนาการการเรียนรู้

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

1) บุคลากรขาดทักษะและความชำนาญในการทำงาน เนื่องจากมีการหมุนเวียนบุคลากร ย้ายงาน ลาออก และบุคลากรจบใหม่

2) ชุมชนขาดความตระหนักถึงปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

3) เครื่องมือและอุปกรณ์ในการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว และวัดส่วนสูงยังไม่ได้มาตรฐาน ทั้งในด้านมาตรฐานการวัดและความละเอียดของสเกลการวัดที่ไม่ละเอียดถึงทศนิยม 1 ตำแหน่ง

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

1) พัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูความรู้ ความเชี่ยวชาญบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง

2) ขับเคลื่อนประเด็นเรื่องเด็กตักสิลา 4.0 ผ่าน พชจ. สู้ พขอ. และ พชต.

3) สร้างกระแสและสื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก เช่น ฝ้าระวัง/ส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาวะโภชนาการ สุขภาพฟัน วัคซีน เป็นต้น

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice

1) การขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่ Smart Kids TAKSILA 4.0

2) เครื่องวัดความยาวเด็ก และชุดกระตุ้นพัฒนาการสำหรับผู้ปกครอง จัดทำโดยช่างไม้จากตำบลหนองไฮ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.นาเลา อ.วาปีปทุม

1.2 การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

ประเด็นตรวจราชการ

๔ ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (ร้อยละ 54)

- 1) สร้างการมีส่วนร่วมกับ สพป./ภาคีเครือข่ายในการพัฒนาโมเดลต้นแบบ
- 2) จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 54

เกณฑ์ประเมินรอบ 3 เดือน ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15

ผลลัพธ์ : เด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 81.34

เด็ก 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม ร้อยละ 18.33

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของจังหวัดมหาสารคาม ข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง พบว่ากลุ่มเด็ก 18 เดือน มีปราศจากฟันน้ำนมผุค่อนข้างคงที่ ร้อยละ 94.83, 95.83 และ 95.69 ตามลำดับ เด็ก 3 ปี มีแนวโน้มฟันน้ำนมปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 64, 64.25 และ 69.52 ในกลุ่มอายุ 6 ปี มีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น แต่เด็ก 12 ปี พบฟันผุเพิ่มขึ้นจากกลุ่ม 6 ปี ในปี 2558 - 2560 พบปราศจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 63.87, 63.37 และ 52.53 ตามลำดับ

ในปี 2561 (4 เดือน) พบว่า เด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 81.34 และเด็ก 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม ร้อยละ 18.33 มีการให้บริการสูงในพื้นที่ อ.กุตุรงค์ อ.วาปีปทุม และ อ.นาหวาด ซึ่งข้อมูลการให้บริการในกลุ่มเด็กนักเรียนเริ่มในช่วงเปิดเทอมเดือนพฤษภาคม 2561 คาดว่าเมื่อสิ้นปีงบประมาณจะสามารถผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดได้

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) มีคณะกรรมการพัฒนางานทันตสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ประชุมทุก 2 เดือน
- 2) มีการวางแผนจัดประชุมพัฒนาวิชาการให้กับทันตบุคลากร

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

งบประมาณในการส่งเสริมป้องกันมีจำกัด ประกอบกับมีทันตบุคลากรและผู้ช่วยงานทันตกรรมไม่เพียงพอ

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

ควรมีการจัดสรรงบประมาณจาก CUP หรือ อปท. เพื่อสนับสนุนการจ้างผู้ช่วยงานทันตกรรม

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

มีการจ้างผู้ช่วยงานทันตกรรมใน รพ.สต./ ศสม.ทุกแห่ง ที่มีทันตบุคลากร ของ รพ.มหาสารคาม และ รพ.วาปีปทุม

ประเด็นตรวจราชการ

๕ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน)

- 1) ดำเนินการตาม พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาคาที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559
- 2) พัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐาน (YFHS) และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์
- 3) อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นลดลง เน้น การคุมกำเนิดกึ่งถาวร

ตัวชี้วัด อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ไม่เกิน 40 ต่อพันประชากร

ผลลัพธ์ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี คิดเป็นอัตรา 21.15 ต่อพันประชากร ในปี 2561

(ต.ค. 2560 - ม.ค. 2561 ; HDC Adjust)

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญ สภาพปัญหาของพื้นที่

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี จังหวัดมหาสารคาม ไม่เกินค่าเป้าหมายของประเทศ และมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ.2559 - 2561 (ต.ค. 2560 - ม.ค. 2561 ; HDC Adjust) คิดเป็นอัตรา 22.93,25.11 และ21.15 ตามลำดับ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 - 14 ปี ในปี พ.ศ. 2559 - 2561 (ต.ค. 2560 - ม.ค. 2561) คิดเป็นอัตรา 1.07,0.66 และ0.29 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าไม่เกินค่าเป้าหมาย แต่ก็ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและสมควรได้รับการแก้ไข รวมทั้งอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ในปี พ.ศ. 2559 - 2561 (ต.ค. 2560 - ม.ค. 2561) คิดเป็นร้อยละ 14.59,13.21 และ10.99 ตามลำดับ ซึ่งเกินค่าเป้าหมาย

จังหวัดมหาสารคาม ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางและมาตรการ P&P Excellence โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับจังหวัด ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 เพื่อให้วัยรุ่นมีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษามีทักษะชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร และได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค ควบคู่กับการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน Teen manager ระดับจังหวัดและอำเภอ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และการนิเทศติดตาม มีการขับเคลื่อนงานตามกลไกอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอผ่านการประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 100 และคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (YFHS) ทุกโรงพยาบาลผ่านการประเมินคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น(YFHS) ครบทุกแห่ง ร้อยละ 100

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559
- 2) โรงพยาบาลทุกแห่งมีคลินิกให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง
- 3) การดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ มีนายอำเภอเป็นประธาน ทุกหน่วยงานในระดับอำเภอมีส่วนร่วม
- 4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน Teen manager ระดับจังหวัดและอำเภอ

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ระหว่างพ่อแม่และผู้ปกครอง กับวัยรุ่น ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
- 2) วัยรุ่นหลังคลอด /หลังแท้งบางส่วน ไม่ให้ความร่วมมือในการคุมกำเนิดวิธีกึ่งถาวร ส่งผลให้อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นสูงกว่าเป้าหมาย

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และโอกาสพัฒนา

- 1) ให้ความรู้และสร้างความตระหนักกับวัยรุ่นในรายที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ และการรับบริการคุมกำเนิดวิธีกึ่งถาวร
- 2) สร้างระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในวัยรุ่นในทุกชุมชน กำหนดมาตรการทางสังคม เพื่อดูแลกลุ่มวัยรุ่นทั้งในระบบ และนอกระบบ
- 3) วัยรุ่นที่มีความพร้อมและต้องการตั้งครรภ์ซ้ำ ควรได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ
- 4) การจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะทางสมอง (EF) ส่งเสริม EQ ที่เป็นเลิศ และมีทักษะชีวิตที่มีคุณภาพเพื่อให้คิดเป็นแก้ปัญหาเป็นในการนำตนเองผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตวัยรุ่นได้

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

- 1) อ.เชียงยืน ใช้ TOP MODEL (Technology Of Participation Model) ในการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาวัยรุ่นในพื้นที่ พร้อมทั้ง ขยาย Model ครอบคลุมทุกตำบลในอำเภอ และ ขยายไปสู่อำเภอนาดูน ส่งเสริมพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบมีส่วนร่วม
- 2) อ.เมือง ใช้ UCCARE ในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาวัยรุ่น ในเขตอำเภอเมือง

1.3 การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

๑ ร้อยละตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60)

- 1) พัฒนา Care Giver, Care Manager, Care plan
- 2) เพิ่มการเบิกจ่ายของกองทุน LTC

ตัวชี้วัด : ร้อยละ 60 ของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์

ผลลัพธ์ : ร้อยละ 81.67(49/60)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของHealthy Aging

ผลลัพธ์ : ร้อยละ 96.03

1. วิเคราะห์ สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคาม ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2561(ไตรมาส1) จำนวน 139,653 คน ร้อยละ 18.76 ซึ่งในปี 2558 - 2560 มีร้อยละ 13.64, 13.67 , 13.94 ตามลำดับ ดังนั้นจึงบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อทำให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างเหมาะสมกับบริบท จัดทำแผนบูรณาการส่งเสริมป้องกัน มีกระบวนการนำแนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัดสู่การปฏิบัติระดับอำเภอ/ตำบล และกำหนดเป็น KPI ประเมิน CUP มีการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success)

จากการถอดบทเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบล LTC และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจวิถีชีวิตชุมชนและการประสานงานที่ดีต่อเนื่อง มีการวางแผนงาน การทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่าย

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

จากการติดตาม มือปท.ที่ถูก ม.44 คำสั่งคสช.ที่59/2559 ลว.27ก.ย.59) จำนวน 19 แห่ง ส่งผลต่อการบริหารกองทุน Long Term Care ที่ต้องชะลอการดำเนินงานไว้ก่อนรวมถึงระเบียบข้อบังคับการเบิกจ่ายงบประมาณรวมถึงอำนาจการจัดตั้งศูนย์ยังไม่ชัดเจนจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

4. ข้อเสนอแนะทางนโยบายและโอกาสพัฒนา

การคัดกรอง CVD มีข้อบ่งชี้ให้คัดกรองใน Pre -DM-HT ผู้ป่วย DM HTและ ผู้ที่มีภาวะอ้วน ดังนั้นผู้สูงอายุจะไม่ถูกคัดกรอง CVD ทุกคน จึงไม่ควรนำการคัดกรอง CVD มานับในการคัดกรอง และประเมินสุขภาพ

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบ Best Practice

1) แบบอย่างในการบริหารจัดการกองทุน LTC ได้แก่ ทต.นาคูณ อบต.บ้านกู่ อ.ยางสีสุราช อบต.ขามเรียง อ.ยางสีสุราช อบต.ท่าขอนยาง อ.กันทรวิชัย อบต.เหล่าดอกไม้ อ.ชื่นชม อบต.แวงน่าง อ.เมือง ทต.วาปีปทุม อ.วาปีปทุม

2) แบบอย่างในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาคูณ ท่าขอนยาง กันทรวิชัย บ้านกู่และยางสีสุราช

1.4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๗ ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 50)

- 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- 2) แผนปฏิบัติการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- 3) การบริหารจัดการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอด้วยกระบวนการ UCCARE

ตัวชี้วัดที่ : ร้อยละ 50 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

ผลลัพธ์ : แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ กำหนดประเด็นในการขับเคลื่อนทุกอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100

1. วิเคราะห์ สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

สถานการณ์ จังหวัดมหาสารคาม ผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 ได้จัดประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้แก่สาธารณสุขอำเภอและผู้รับผิดชอบงานและได้แต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2561 คำสั่งสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ 155/2560 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2560 ซึ่งได้บูรณาการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ ทุกอำเภอทุกอำเภอกับการดำเนินงานกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดีเด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids TAKSILA 4.0) ในระดับจังหวัดได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2561 ในระดับ อำเภอแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จัดทำคำสั่งแล้ว 2 อำเภอ (อำเภอโกสุมพิสัย และอำเภอนาเชือก) จัดทำร่างคำสั่ง 11 อำเภอ

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key success)

- 1) โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ และการแบ่งงานกันทำ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ในการกำหนดปัญหา จัดทำแผนปฏิบัติการ การเสริมพลัง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
- 2) การมีส่วนร่วมจากภาคีที่เกี่ยวข้อง หลากหลาย ในการเป็นเจ้าภาพ เจ้าของประเด็น และมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่ตัดสินใจเลือกประเด็น กำหนดแนวทางมาตรการ/กติกา ลงมือปฏิบัติ และร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับ ประโยชน์
- 3) เลขานุการ พชอ.ที่มีภาวะผู้นำ การประสานงานระหว่างหน่วยงานแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

การออกคำสั่ง/ร่างคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด อำเภอ ต้องมีระเบียบรองรับ

4. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

การประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติด้วยกัน

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (โดดเด่น)

รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจากรถทางถนน และการดูแลผู้สูงอายุ

1.5 การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๘ ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ 85)

- 1) พัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)ระดับจังหวัด
- 2) จัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ และทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด
- 3) ซ้อมแผนและการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) เน้นคุณภาพระบบ EOC

ตัวชี้วัด : ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ 85)

ผลลัพธ์ : เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง พบว่า **จังหวัดมหาสารคาม** สามารถดำเนินงานตามตัวชี้วัด ในไตรมาสที่ 1 ช่วงระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งกำหนดให้ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร ในครั้งนี้ จังหวัดมหาสารคาม มีผู้บริหารเข้ารับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร จำนวน 9 ชั่วโมง ของกรมควบคุมโรคจำนวน 2 ท่าน คือ นพ.ภาคี ทรัพย์พิพัฒน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และ นพ.อภิชัย ลิมานนท์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ณ ขณะนั้น แต่เนื่องจากท่านรองฯ ต้องไปรับตำแหน่ง นพ.สสจ.กระบี่ ดังนั้น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงได้มอบหมายให้ นพ. หัสชา เนื่อยทอง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เข้ารับการอบรม ซึ่งสำนักระบาดวิทยาจะจัดอบรมระหว่างวันที่ 29 – 30 มีนาคม 2561 นอกจากนี้ ได้มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center : EOC) ให้เป็นคำสั่งในปีปัจจุบัน ซึ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในบทบาทของผู้บัญชาเหตุการณ์ (Incident Command) สั่งการให้แต่ละกลุ่มภารกิจดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ในคำสั่งอย่างเคร่งครัด มีแผนเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยจะซ้อมแผนในช่วงไตรมาส 3 **ในภาวะปกติทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)** มีการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยการติดตามสถานการณ์และประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่มีแนวโน้มอาจจะเกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคาม และจัดทำเป็นสรุปรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาหรือรายงานเหตุการณ์ที่มีความสำคัญเบื้องต้นเสนอผู้บริหาร ประสานแจ้งให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อวางแผนดำเนินการเตรียมพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจสั่งการดำเนินงานกับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพต่อไป

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพในปัจจุบันมีความรุนแรงและซับซ้อนกว่าอดีตทำให้ต้องมีการติดตามประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ เพื่อตรวจจับเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว และพัฒนาความพร้อมเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) และพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team) ระดับจังหวัด เพื่อปฏิบัติการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ ตรวจสอบข่าวได้ข้อมูลการระบาด และวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพแบบ Real Time โดยมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ไว้บัญชาการเหตุการณ์และจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ทันทีตามมาตรฐานสากล สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ทุกระดับ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์โรค และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา จังหวัดมหาสารคาม ได้ประสบกับปัญหาด้านโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในปีที่ผ่านมาและในปี 2561 ได้เกิดภาวะน้ำท่วม และการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า โดยพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในหัวสุนัข ในหลายพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคาม นอกจากนี้ ในช่วงปลายปีได้มีงานพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพ ในหลวงรัชการที่ 9 ดังนั้นจังหวัดมหาสารคาม จึงได้ใช้วิกฤติในการเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว นำมาเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public health emergency management, PHEM) โดยการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incidence Command System, ICS) เน้นการบูรณาการในการทำงานร่วมกันหลายกลุ่มงานภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในการลดผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และด้านอื่นๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพอนามัยและทรัพย์สินของประชาชนให้อยู่ในวงจำกัด

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) การกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- 2) ผู้บริหารให้ความสำคัญ และมีความรู้ ประสบการณ์ในการ Activate EOC เป็นอย่างดี
- 3) การสนับสนุนงบประมาณ แนวทางการดำเนินงานที่มีความชัดเจนจากหน่วยงานในทุกระดับ
- 4) ประสบการณ์ตรงจากภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่
- 5) การเตรียมความพร้อมรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่อาจจะเกิดขึ้นที่มีประสิทธิภาพ

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ยังไม่มีความชัดเจนในการจัดเวรการปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด
- 2) ผู้รับผิดชอบงานยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการจัดทำแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan : IAP)
- 3) บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนในองค์กร ขาดองค์ความรู้ตามหลักวิชาการในเรื่องระบบบัญชาการเหตุการณ์ และการปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ในแต่ละกล่องภารกิจ ตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด (องค์ความรู้ที่ได้ส่วนใหญ่ได้จากการ On the job training แต่ยังไม่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ในเรื่องของบทบาทหน้าที่ตามหลักวิชาการ)

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ให้คำแนะนำ เป็นพี่เลี้ยงในการจัดทำ IAP และการจัดเวรการปฏิบัติงานของจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด
- 2) ส่วนกลางโดยสำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ควรมีการพัฒนาครู ก ในระดับจังหวัด เพื่อให้ครู ก สื่อสารถ่ายทอดองค์ความรู้ในเรื่องระบบบัญชาการเหตุการณ์ และการปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ในแต่ละกล่องภารกิจตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัดให้กับบุคลากรทุกคนภายในองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบต่อไป
- 3) ส่วนกลางโดยสำนักโรคติดต่อวิทยา และหน่วยงานอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรมีแนวทางในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ที่มีความชัดเจนและมีความต่อเนื่อง

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

๑) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี (< 4.5) ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน

- 1) ดำเนินการทีมผู้ก่อการดี
- 2) เฝ้าระวังคร้วเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี
- 3) สอบสวนการจมน้ำของเด็กทุกราย

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี (≤ 4.5 ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน)

ผลลัพธ์ : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี เท่ากับ 3.14 ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคามมีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2553-2559 สูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดให้ไม่เกิน 5.0 ต่อประชากรเด็กแสนคน ในปี 2559 มีค่าเท่ากับ 5.2 (ข้อมูลสนย.) และเป็นข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายของปีงบประมาณ 2561 ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงปานกลาง (พื้นที่สีเหลือง) โดยข้อมูลไตรมาส 1 เท่ากับ 3.14 (เสียชีวิต 4 ราย) (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มกราคม 2561 Cockpit เขตสุขภาพที่7) (เป้าหมายปี 2561 เสียชีวิตไม่เกิน 6 ราย) อำเภอที่สามารถดำเนินการได้ทุกตำบล มี 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอบรบือ อำเภอแกดำ อำเภอกุฉินชัยและอำเภอชื่นชม สามารถก่อตั้งทีมผู้ก่อการดีได้ทั้งหมด 52 ทีม และยกระดับทุกทีมในปี 2561 ขยายการดำเนินงานทุกตำบลในอำเภอนาเชือก จำนวนการใช้คอกกั้นเด็ก (Playpen) คิดเป็นร้อยละ 10.87 (เป้าหมาย ร้อยละ 25)

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้อยู่ภายใต้เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) และเป็นประเด็นเน้นหนัก 1 ใน 32 ตัวชี้วัดที่กองตรวจราชการมีการตรวจติดตามข้อมูล

จังหวัดมีการสนับสนุน/กระตุ้น/ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำ ตามองค์ประกอบผู้ก่อการดี (Merit Maker) ระดับต่าง ๆ ได้ครอบคลุม

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

การสร้างทีมผู้ก่อการดีต้องอาศัยความร่วมมือของหลายภาคส่วน อีกทั้งการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงที่มีค่อนข้างมากทุกตำบล จึงเป็นเรื่องยากต่อการจัดการ การลงบันทึก ICD10 กรณีจมน้ำอื่น ๆ ไม่ควรนำมารายงานภายใต้ตัวชี้วัดนี้ เพราะจะทำให้การรายงานผลการดำเนินงานไม่ตรงตามเกณฑ์

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

เริ่มขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำผ่าน พชอ. ซึ่งประเด็นปัญหาในพื้นที่ให้เครือข่ายชุมชนและผู้เกี่ยวข้องช่วยกันดูแลเพื่อให้เกิดความร่วมมือและแลกเปลี่ยนทรัพยากรเพื่อการแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการที่ดีขึ้น และชี้แจงความเข้าใจในการลงบันทึก ICD10 ตามเกณฑ์

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

10 อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน)

- 1) มาตรการข้อมูล 4I (Integration of Data 3 ฐาน/ IS online/ Investigation/ information)
- 2) มาตรการป้องกัน ACDR (Ambulance Safety/ Community Checkpoint/ DHS-RTI/ RTI officer)
- 3) มาตรการรักษา 2EIR (EMS/ ER/ In-hos คุณภาพ/ Referral System)

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ≤ 16 ต่อประชากรแสนคน

ผลลัพธ์ : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ≤ 16 ต่อประชากรแสนคน

(ไตรมาส 1 เท่ากับ 7.06 ต่อประชากรแสนคน)

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2552-2559 มีค่าต่ำกว่า 18.00 ต่อประชากรแสนคน ยกเว้นปี 2559 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 18.67 ต่อประชากรแสนคน แต่อย่างไรก็ตาม ค่าเป้าหมายปี 2561 อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ≤ 16 ต่อประชากรแสนคน (ฐานข้อมูลมรณบัตร สนย.) หรือลดลงร้อยละ 21 จากค่าตั้งต้น (median 2553-2555) ภาพรวมไตรมาสที่ 1 เป้าเสียชีวิตภาพรวมจังหวัดไม่เกิน 24 ราย (2.54 ต่อประชากรแสนคน) ผลเสียชีวิต 68 ราย (คิดเป็น 7.06 ต่อประชากรแสนคน) ข้อมูล ณ วันที่ 31 มกราคม 2561 (ข้อมูล 3 ฐาน Cockpit เขตสุขภาพที่ 7) อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนของแต่ละอำเภอไม่เกินค่าเป้าหมายหลัก แต่มีอำเภอที่มีอัตราการเสียชีวิตเกินค่าเป้าหมายในไตรมาสแรก ยกเว้นแกดำ (ที่ไม่พบผู้เสียชีวิต) อำเภอที่พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอโกสุมพิสัยและอำเภอบรบือ (คิดเป็น 11.87, 9.16, 8.26 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ) คาดการณ์ว่ามีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นต่อไป และเกินเป้าหมาย ในที่สุดถ้าไม่มีกลไกการขับเคลื่อนที่ดีและเหมาะสมอาจทำให้ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนของจังหวัดมหาสารคามเป็นปัญหาอันดับต้นๆ ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนในจังหวัด

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) ผู้บริหาร ผู้นำในทุกระดับ ตระหนักและให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาความปลอดภัยทางถนน และมีความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหา
- 2) ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนผ่าน “ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.)” ระดับจังหวัดและอำเภอ โดย สสอ.และ ร.พ. เป็นเลขานุการร่วมในคณะทำงาน ศปถ.อำเภอ
- 3) พัฒนาระบบข้อมูล 3 ฐาน ร่วมกับตำรวจและบริษัทกลางฯ มีการประชุมร่วมเพื่อวางแผนและหาแนวทางในการดำเนินงาน พร้อมสะท้อนข้อมูลให้ ศปถ.ทุกอำเภอได้รับทราบสถานการณ์และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา
- 4) ดำเนินการครอบคลุม 4 มาตรการ ได้แก่ มาตรการด้านการบริหารจัดการ มาตรการด้านข้อมูล มาตรการด้านการป้องกัน และมาตรการด้านการรักษาพยาบาล

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ขาดความเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล IS และ 43 แฟ้ม ในระดับจังหวัดและอำเภอที่เป็นปัจจุบัน (Real Time) ฐานข้อมูลที่ใช้เป็นตัวชี้วัดเป้าหมายและข้อมูลดำเนินการ 3 ฐาน ไม่สอดคล้องกันและไม่เป็นปัจจุบัน
- 2) ความเข้มแข็งของด่านชุมชน ความครอบคลุมของจำนวนด่านฯ และการบังคับใช้ พรบ.แอลกอฮอล์ในชุมชน

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) พัฒนาระบบฐานข้อมูล IS และ 43 แฟ้มในระดับอำเภอให้มีความเชื่อมโยงกันและสามารถส่งออกรายงานได้ ใช้ฐานข้อมูลเดียวกันในการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงาน
- 2) ประเมินผลการบาดเจ็บและเสียชีวิต ช่วงเทศกาล เน้นนโยบาย D-RTI และขับเคลื่อนผ่าน พชอ. ในอำเภอเสี่ยงเพื่อให้ทุกเครือข่ายมีส่วนร่วม เน้น การใช้มาตรการชุมชนการกำหนดธรรมนูญหมู่บ้าน/ชุมชน และการบังคับใช้ พรบ.แอลกอฮอล์ในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

11. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40 และอัตรากลุ่มสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10

- 1) การคัดกรองโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเป้าหมาย
- 2) สื่อสารสาธารณะ การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง

ตัวชี้วัด : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มที่สงสัยป่วย ได้รับการวัดความดันที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring : HBPM)

ผลลัพธ์ : ยังไม่มีผลการดำเนินงาน

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

1) อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) ต่อประชากรแสนคนของประเทศ เขต 7 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จังหวัดมหาสารคามก็มีแนวโน้มอัตราตายสูงขึ้นทุกปีเช่นกัน จาก 6.08 ในปี พ.ศ.2552 เพิ่มขึ้นเป็น 13.05 ในปี พ.ศ.2558 แต่ยังมีค่าต่ำกว่าภาพประเทศ และเขต 7 ซึ่งในปี พ.ศ.2558 มีค่า 27.88 และ 16.10 ตามลำดับ

2) อัตราผู้ป่วยในโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2552-2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งภาพประเทศ ภาค เขต 7 โดยจังหวัดมหาสารคาม จาก 1,228.50 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2552 เพิ่มขึ้นเป็น 1,769.09 ในปี พ.ศ.2558 ซึ่งมีค่าสูงกว่าภาพประเทศ และเขต 7 ในปี พ.ศ.2558 ที่มีค่า 1,233.35 และ 1,754.66 ตามลำดับ

3) ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรอง DM HT ได้ร้อยละ 65.94, 68.20 โดยกลุ่มที่สงสัยป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อวางแผนการวัดความดันที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring : HBPM) จากการคัดกรอง ณ วันที่ 31 มกราคม 2561 จำนวน 11,560 ราย ผลการดำเนินงานวัดความดันที่บ้าน 1,069 ราย ร้อยละ 9.25

4) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงปี งบประมาณ 2557-2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ 2.31, 2.48, 2.81 และเพิ่มขึ้นเป็น 2.88 ในปีงบประมาณ 2560 ซึ่งสูงกว่า KPI ที่กำหนดให้ไม่เกิน 2.40

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

มีการดำเนินการได้ครอบคลุมทุกมาตรการ ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง เสริมสมรรถนะระบบบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวัง ติดตามประเมินผล ดังนี้

1) ขับเคลื่อนงานผ่าน NCD Board (สหสาขา) ระดับเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ และมี System Manager (SM) ระดับจังหวัด Case Manager (CM) อำเภอ และมีพยาบาลเวชปฏิบัติทุก รพ.สต.ในการเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติ

2) การบูรณาการลดปัจจัยเสี่ยง 2 ส. สูบบุหรี่ และดื่มสุราในโครงการ “จังหวัดปลอดบุหรี่ สุราปี 2561-2562”

3) ขับเคลื่อนงาน NCD ผ่าน DHS ทุกอำเภอ/ ผ่าน DHB สู่ พชอ. โดยมีการทำ MOU กับผู้บริหารระดับอำเภอ

4) สร้างชุมชนรักชีวิต ในปี 2560 และขยายผลปี 2561 บูรณาการ CKD และ NCD เชื่อมโยงลงสู่ รพ.สต.และชุมชน ในการพัฒนา “ชุมชนรักชีวิต” และชุมชนลดเสี่ยงลดโรค (3 อ. 2 ส.1พ.)

5) กระบวนการพัฒนา NCD Clinic Plus ทุกโรงพยาบาล ได้ประเมินตนเองตามเกณฑ์ รอบที่ 1 ซึ่งประเมินกระบวนการดำเนินงาน 6 องค์ประกอบ และติดตามประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน 15 ตัวชี้วัด

6) พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน NCD เรื่องบันทึกข้อมูล และ admin ในการวิเคราะห์ข้อมูลใน Data exchange ของ HDC

7) คณะกรรมการ NCD IT ลงติดตามและประเมินผลข้อมูลสารสนเทศ เพื่อให้ข้อมูลถูกต้อง ตรงจริง และแก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง อัปเดตฐานข้อมูล และวางแผนการทำงาน พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศร่วมกัน

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

1) ภาระงานของ Case Manager (CM) ที่ NCD Clinic ซึ่งทำหน้าที่ทั้ง System Manager และงานโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น คัดกรองตา ไต เท้า หัวใจและหลอดเลือด ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย DM HT ในสถานบริการ และการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (แนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น)

2) กลุ่มเป้าหมายที่สงสัยป่วยความดันโลหิตสูงจะถูกพิจารณาร่วมกับผลงานคัดกรอง HT ในประชาชน 35 ปีขึ้นไป บางพื้นที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าร้อยละ 50 ซึ่งจะส่งผลต่อการวางแผนวัดความดันที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วยต่อไป รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มปกติ เสี่ยงในชุมชนด้วย

3) ขาดระบบการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งกลุ่มปกติ เสี่ยง และป่วย

4) การบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม ของพื้นที่ยังดำเนินการไม่ได้คุณภาพ (ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา)

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และโอกาสพัฒนา

1) สร้าง System Manager ระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเชิงระบบในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2) เร่งรัดการคัดกรอง DM HT ในอำเภอที่มีผลการคัดกรองเมื่อสิ้นไตรมาส 1 ต่ำกว่าร้อยละ 50 เพื่อดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการวางแผนการวัดความดันที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วย HT ให้ได้ตามเป้าหมาย

3) การขอสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องวัดความดัน และชี้แจงและวางแผนการวัดความดันที่บ้านในกลุ่มที่สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

4) พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งกลุ่มปกติ เสี่ยง และป่วย โดยเฉพาะพื้นที่ดำเนินงานนำร่อง DHB 3 อำเภอ (เมือง บรบือ วาปีปทุม) ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพจากส่วนกลางเพื่อประเมินรูปแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและขยายผลต่อไป

5) NCD Board ร่วมกับ IT Board ติดตามการใช้และตรวจสอบระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล (Data exchange) พร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ในระดับรพ.สต. อำเภอ และจังหวัด เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการ

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

12. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

- 1) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100
- 2) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50
- 3) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 20
- 4) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง
- 5) พัฒนาตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital
- 6) พัฒนา Model Development

ตัวชี้วัด: ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไปร้อยละ 100
ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก ร้อยละ 20 และโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

ผลลัพธ์: จังหวัดมหาสารคาม มีโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 13 แห่ง ผ่านการประเมินรับรองโรงพยาบาลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital จำนวน 13 แห่ง โดยผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป 13 แห่งคิดเป็นร้อยละ 100 ผ่านระดับดีขึ้นไป 12 แห่งคิดเป็นร้อยละ 92.3 ระดับดีมาก 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 7.7

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคาม มีโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 13 แห่ง ผ่านการประเมินรับรองโรงพยาบาลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital จำนวน 13 แห่ง โดยผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ผ่านระดับดีขึ้นไป 12 แห่งคิดเป็นร้อยละ 92.3 ระดับดีมาก 1 แห่งคิดเป็นร้อยละ 7.7 และในปีงบประมาณ 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดทำโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้

โครงการ พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital จังหวัดมหาสารคาม กิจกรรมประกอบด้วยการประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ การประเมินมาตรฐาน และการประกวดสถานบริการ พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการ และมอบเกียรติบัตร โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจำนวน 18,760 บาท

สำหรับปี 2561 จังหวัดกาฬสินธุ์มีการประเมินผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไปจำนวน 18 แห่งร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ระดับดี จำนวน 5 แห่งคิดเป็นร้อยละ 27.78 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก จำนวน 3 แห่งคิดเป็นร้อยละ 16.67 และมีการจัดทำ KM GREEN & CLEAN Hospital เพื่อเกิดการพัฒนาระดับจากระดับดีเป็นระดับดีมากเพิ่มขึ้น

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) ผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับอำเภอสนับสนุนนโยบาย สถานบริการสาธารณสุขโลกไร้รอยต่อ
- 2) มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ซึ่งแต่งตั้งโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
- 3) มีการจัดทีมระดับอำเภอร่วมประเมินกับทีมจังหวัด ประเมินไขว้ระหว่างโซน โซนละ 1 ทีม โดยแบ่งเป็นโซนเหนือ กลาง ใต้ จึงเป็นกลไกในการขับเคลื่อนและพัฒนางาน
- 4) มีการขับเคลื่อนสู่การพัฒนาระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี 2560 อำเภอละ 2 แห่ง สำหรับปี 2561 กำหนดเป้าหมาย ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานโดยดำเนินการร่วมกับโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) การขับเคลื่อนนโยบาย GREEN & CLEAN ยังเน้นผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ในภาพรวมแม้จะมีการผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานร้อยละ 100 แต่ในเชิงคุณภาพยังมีปัญหาในประเด็นการจัดการขยะติดเชื้อที่ยังไม่ได้มาตรฐานในเรื่องถุงแดงที่ยังไม่ได้มาตรฐาน จำนวน 5 แห่ง เนื่องจากยังมีถุงแดงเดิมเหลือ ได้แก่ รพ.แกดำ (แก้ปัญหาโดยติดสติ๊กเกอร์) รพ.กุฉีรัง รพ.ชื่นชม รพ.ยางสีสุราช (อยู่ระหว่างการจัดซื้อ) และ รพ.โกสุมพิสัย อยู่ระหว่างการติดตามโดยจังหวัด
- 2) งาน GREEN & CLEAN Hospital เป็นนโยบายที่ขาดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร จึงทำให้ไม่นำไปสู่การพัฒนา GREEN & CLEAN Cities อย่างแท้จริง

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) นโยบายการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ควรมีความต่อเนื่องและควรมี Road Map แนวทางในการพัฒนาเชื่อมโยงงาน GREEN & CLEAN Hospital สู่ การพัฒนาเมืองน่าอยู่ GREEN & CLEAN Cities ที่ชัดเจนต่อเนื่องและจริงจัง
- 2) เกณฑ์การประกวด GREEN & CLEAN Hospital ระดับเขต ควรมีการให้คะแนนมาตรฐานเชิงคุณภาพที่ชัดเจนในแต่ละประเด็น

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice

- 1) จังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินงานตามนโยบาย Green and Clean Hospital อย่างเป็นระบบ มีการกำหนดมาตรการพัฒนางานเป็น 2 ด้าน ได้แก่ มาตรการด้านกระบวนการพัฒนา มาตรการด้านการสร้างความยั่งยืน มีการวิเคราะห์การทำงานเชิงระบบโดยใช้ PIRAB มีการบูรณาการการดำเนินงานในพื้นที่โดยการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลระดับจังหวัด อำเภอ และบูรณาการการทำงานร่วมกับโครงการ รพ.สต.ติดดาว และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.)
- 2) มีโรงพยาบาลกันทรวิชัย เป็นโรงพยาบาลต้นแบบระดับดีมากที่มี Best Practice การดำเนินงาน Green and Clean และเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในหลายประเด็น ได้แก่ ในด้านการจัดการขยะจัดให้มีรถเก็บขนขยะทั่วไปและขยะติดเชื้อ สำหรับเก็บขนขยะ โดยไม่ใช้รถจากเทศบาล มีการคัดแยกขยะและนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นระบบ มีมาตรการประหยัดพลังงาน มีการวิเคราะห์โดยใช้ Carbon footprint และมีนวัตกรรมร่วมกับชุมชนสามารถใช้เป็นแหล่งเรียนรู้และถ่ายทอด นวัตกรรมการทำงานได้

M 12 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ อย่างบูรณาการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน (กรมอนามัย)

ตัวชี้วัด: ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ผลลัพธ์: 1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)

3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย

4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)

5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

6. มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม

1.วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

ในประเด็นการพัฒนาระบบฐานข้อมูล จังหวัดมหาสารคามได้รับการอบรมการใช้โปรแกรมฐานข้อมูล HEHIS จากศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2560 แต่ไม่ได้ครอบคลุม อปท.ทุกแห่ง เนื่องจากงบประมาณมีจำกัด จากการตรวจติดตามพบว่า จังหวัดมหาสารคามมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งสิ้น 142 แห่ง มีการลงข้อมูลงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS ใน 8 ประเด็น ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ สิ่งปฏิกูล สุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค การจัดการ เหตุรำคาญ กิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และการบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุข โดยที่ อปท.ลงข้อมูลมากที่สุด ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4.93 รองลงมา คือ มูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.82 ในปี 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยจัดทำโครงการอบรมการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS เป็นรายอำเภอ และแผนในการเฝ้าระวังป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยมีการสำรวจ /คัดกรองประชาชนที่ในประเด็นปัญหา มลพิษจากหมอกควันและฝุ่นละอองจากโรงไฟฟ้าชีวมวลโรงงานน้ำตาลวังขนาย อ.โกสุมพิสัย และ มลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนจากบ่อขยะเทศบาลเมืองมหาสารคาม ต.หนองปลิง อ.เมือง

ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) อยู่ระหว่างรออนุมัติโครงการและดำเนินการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนจากเทศบาล และอบต. และรอหลักการ แนวทาง เงื่อนไขตามบทเฉพาะกาลตามกฎหมายสาธารณสุข วางแผนจัดประชุม 2 ครั้ง/ปี .ในประเด็นการจัดการสิ่งปฏิกูล ขยะ ขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย และกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์ ทั้ง 7 ด้าน จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และประเมินผ่านการรับรองโรงพยาบาลที่ดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ดังนี้ ผ่านระดับพื้นฐาน 1 แห่ง รพ.โกสุมพิสัย ระดับดี 11 แห่ง ระดับดีมาก 1 แห่ง คือ รพ.กันทรวิชัย และ รพ.สต. 30 แห่งอยู่ระดับดี

ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA) เทศบาลทั้ง 19 แห่ง ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด) จำนวน 11แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.89) ผ่านระดับเกียรติบัตร 3 แห่ง ได้แก่ด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหารในสถานจำหน่ายสินค้าในที่ทางสาธารณะ (EHA1003 คือ เทศบาลเมืองมหาสารคาม ด้านการจัดการขยะ (EHA 4001) เทศบาลเมืองมหาสารคาม และ เทศบาลเชียงยืน

การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2560 ผ่านระดับพื้นฐาน 13 อำเภอ 63 ตำบล 165 หมู่บ้าน นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ สำหรับในปี 2561 จังหวัดมหาสารคามดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม(Active Communities) โดยมีแผนการดำเนินงานแบบบูรณาการการดำเนินงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.)

การจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม จังหวัดมหาสารคาม ได้จัดทำแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 ในประเด็นปัญหา มลพิษจากหมอกควันและฝุ่นละอองจากโรงไฟฟ้าชีวมวลโรงงานน้ำตาลวังขนาย อ.โกสุมพิสัย และ มลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนจากบ่อขยะเทศบาลเมืองมหาสารคาม ต.หนองปลิง อ.เมือง อยู่ระหว่างการจัดทำระบบข้อมูล

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) จังหวัดมหาสารคามมีการทำงานในรูปแบบเครือข่ายระหว่างผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดกับพื้นที่ระดับอำเภอ ในหลายรูปแบบ ทั้งเป็นทางการโดยการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานของจังหวัด และแบบไม่เป็นทางการ โดยผ่าน Line มีการสื่อสารการทำงานอย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว และเชื่อมโยงกับเครือข่ายในพื้นที่
- 2) มีการวิเคราะห์และวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ มีแผนการทำงานที่ชัดเจนสำหรับในประเด็นการดำเนินงานจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยง ได้จัดทำแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 ในประเด็นปัญหา มลพิษจากหมอกควันและฝุ่นละอองจากโรงไฟฟ้าชีวมวลโรงงานน้ำตาลวังขนาย อ.โกสุมพิสัย และมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนจากบ่อขยะเทศบาลเมืองมหาสารคาม ต.หนองปลิง อ.เมือง
- 3) จังหวัดมหาสารคาม มีการขับเคลื่อนและมีแผนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และมีการจัดตั้งคณะทำงานจากหน่วยราชการทุกและภาคีเครือข่ายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหา
- 4) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่ ให้มีความรู้ในการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
- 5) มีผู้รับผิดชอบ มีแผนงาน/โครงการและงบประมาณดำเนินการที่ชัดเจน

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) เนื่องจากตัวชี้วัดจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยง จะมีตัวชี้วัดย่อยมากถึง 6 ประเด็น และแต่ละตัวชี้วัดย่อยก็จะเป็นประเด็นสำคัญที่มีรายละเอียดการดำเนินงานและต้องใช้พลังในการขับเคลื่อนงานให้เกิดประสิทธิภาพค่อนข้างมาก แม้จะมีบางประเด็นที่ดำเนินการได้ดี แต่เนื่องจากรายละเอียดเยอะ ถ้ามีประเด็นย่อยตัวใดตัวหนึ่งไม่ผ่าน ก็จะส่งผลกระทบต่อไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดการปัจจัยเสี่ยง หรือบางกรณีแม้จะผ่านเกณฑ์แต่เมื่อพิจารณาเชิงคุณภาพจะไม่ได้ประสิทธิภาพ อาทิ เช่น การลงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ (National Environmental Health Information System; NEHIS) ซึ่งผู้ลงข้อมูลได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง แม้จะผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน ในเชิงปริมาณ แต่ในเชิงคุณภาพจะพบว่าเมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ก็แห่งที่ลงข้อมูลในบางประเด็น ยังไม่สามารถครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งได้ เนื่องจากงบประมาณที่ใช้ในการอบรมมีจำกัด และ บางแห่งมีระบบฐานข้อมูลเดิมอยู่แล้ว หรือไม่ให้ความสำคัญ ดังนั้น ควรมีการขับเคลื่อนเชิงนโยบายตั้งแต่ส่วนกลางในการลงนามข้อตกลงร่วมกันในการใช้โปรแกรมข้อมูล และการนำไปใช้ในภาพรวมของประเทศ
- 2) ในตัวชี้วัดย่อย การขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) มีการเปลี่ยนผู้ว่าราชการจังหวัด ทำให้นโยบายหรือมติการขับเคลื่อนไม่ต่อเนื่อง บางครั้งประธานหรือคณะกรรมการไม่เข้าใจประเด็นงาน ผลการประชุม จะมอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนงาน จึงทำให้เกิดปัญหาว่าต้องเสียงบประมาณเป็นค่าเบี้ยประชุมแล้วยังได้รับมอบหมายภาระงานเพิ่ม ดังนั้น ทีมงานเลขานุการคณะทำงานควรเตรียมความพร้อมในเรื่องความชัดเจนของประเด็นที่ต้องการขับเคลื่อนและสร้างความเข้าใจกับประธานก่อนที่จะมีการประชุม นอกจากนี้ หน่วยงานส่วนกลางควรเชิญประธานและทีมเลขานุการเข้าร่วมประชุมชี้แจงความเข้าใจในบทบาท ภารกิจ และอำนาจของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข
- 3) ประเด็นพื้นที่เสี่ยง ในพื้นที่ที่มีความหลากหลาย บุคลากรยังขาดองค์ความรู้ และบางกรณีไม่สามารถจัดการได้ด้วยหน่วยงานภายในจังหวัด ดังนั้น ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงาน และจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงในแต่ละกรณีเพื่อใช้เป็นคู่มือการดำเนินงานสำหรับเจ้าหน้าที่

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) พัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยและการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของ รพ.ทุกระดับให้ได้ตามมาตรฐาน
- 2) พัฒนาระบบ คัดกรอง/วินิจฉัยโรค ที่อาจจะมีสาเหตุจากมลพิษสิ่งแวดล้อมใน รพ.ทุกระดับ
- 3) สื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสม เพื่อให้ประชาชนป้องกันและเฝ้าระวังผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
- 4) วิเคราะห์ความเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อเฝ้าระวังผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
- 5) ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด (คสจ.) เพื่อให้มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลพื้นที่เสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ให้ที่ครอบคลุมทุกกิจการ

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice

★ ตัวชี้วัด Monitor

M 1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพมีการคลอด มาตรฐาน (กรมการแพทย์)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A,S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (ร้อยละ 80)

ผลลัพธ์ : ร้อยละ 100 (1/1)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับM1,M2,F1,F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน(ร้อยละ 40)

ผลลัพธ์ : ร้อยละ 27.27 (3/11)

1. วิเคราะห์ สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

สถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2558-2560 พบว่า อัตราส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน เป็น 15.31, 15.22 และ 0 ตามลำดับ (0-1รายต่อปี)และในไตรมาสแรกของปี2561 มีมารดาตาย 1 ราย ได้มีการพัฒนาทบทวนแนวทางการดูแล มีแนวปฏิบัติในการ Admission for investigate มีการจัดทำคู่มือประจำตัวหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีระบบส่งกลับข้อมูลไปยังชุมชนพื้นที่ให้เฝ้าระวังในระหว่างตั้งครรภ์ และ 6 สัปดาห์หลังคลอด มี MCH Board จัดเครือข่ายการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยระบบ Zoning เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด สามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ทันเวลา มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทุกพื้นที่ครอบคลุมทั้งจังหวัด

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success)

- 1) มีการวิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อน (Near Miss) ร่วมประชุมกับ MCH board และอภิปรายกรณีศึกษา เพื่อทบทวนแนวทางปฏิบัติและหาแนวทางการแก้ไข
- 2) มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแล และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงทุกโรงพยาบาล
- 3) มีระบบให้คำปรึกษาการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ผ่านช่องทางฉุกเฉิน (Fast tract) กลุ่มไลน์ด้วยระบบการบริหารจัดการเครือข่ายแบบพี่ดูแลน้อง (One Labor Rom One Province)

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) พยาบาลห้องคลอดมีอัตราการย้ายเข้า-ออกสูง จากลักษณะงานที่มีความเครียดสูง
- 2) ขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสูติแพทย์และกุมารแพทย์ในโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่าย
- 3) โรงพยาบาลระดับ F ยังขาดระบบสำรองเลือดที่เพียงพอ

4.ข้อเสนอแนะทางนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) ขอกการสนับสนุนบุคลากรที่เพียงพอในโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายทั้งสูติแพทย์และกุมารแพทย์
- 2) ผู้บริหารโรงพยาบาลทบทวนความเสี่ยงจากการรับเลือดล่าช้า ในระบบสำรองเลือด

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบ Best Practice

- 1) ระบบการบริหารจัดการเครือข่ายแบบพี่ดูแลน้อง (One Labor Rom One Province)
- 2) นวัตกรรมถุงตวงเลือด (Safety Bag)

M 6 ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการ เฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (กรมควบคุมโรค)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ผลลัพธ์ : ผลการดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของพื้นที่เป้าหมาย 5 ตำบล ในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมืองมหาสารคาม ตำบลคันธารราษฎร์ อำเภอกันทรวิชัย ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย ตำบลเสือเต่า อำเภอเชียงยืน และตำบลราษฎร์ อำเภอยพยัคฆภูมิพิสัย สามารถสรุปผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่สำคัญได้ดังนี้

(1) การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระในประชาชน 15 ปีขึ้นไป พบว่า จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการจัดทำแผนงาน/โครงการเสนอผู้ว่าราชการลงนามอนุมัติ และวางแผนการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และงบประมาณสำหรับดำเนินงานในพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน ปี 2559-2561 (ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2561)

(2) การจัดการเรียนการสอนความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า โรงเรียนเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินงาน ปี 2561 จำนวน 24 แห่ง ได้รับการชี้แจงแนวทางการนำหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อไปจัดการเรียนการสอนให้แก่แก่นักเรียนในโรงเรียนทุกระดับชั้นเรียน และได้รับการสนับสนุนหน่วยการเรียนรู้ดังกล่าวไปแล้ว จำนวน 19 แห่ง จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (ในวันที่ 8 มกราคม 2561) และจังหวัดมหาสารคามอยู่ระหว่างการวางแผนการติดตามผลการนำหน่วยการเรียนรู้ไปใช้ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามร่วมกับ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา และสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด

(3) การจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูล พบว่า องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน ปี 2561 จำนวน 5 แห่ง มีการออกข้อกำหนด/เทศบัญญัติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล ครบทั้ง 5 แห่ง แต่ยังคงบังคับใช้กฎหมายและสถานที่สำหรับกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ

(4) การสื่อสารสาธารณะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี พบว่า พื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานทั้ง 5 ตำบล ปี 2561 ได้รับการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ และหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อสื่อสารความเข้าใจและนำไปขยายผลต่อให้ครอบคลุมในระดับพื้นที่

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จากการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดมหาสารคาม โดยการตรวจอุจจาระในประชาชนอายุ ตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน ใน ปี 2559 และ ปี 2560 พบว่า ในปี 2559 พบมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 4.77 และใน ปี 2560 ร้อยละ 5.95 ตามลำดับ ซึ่งนับว่าเป็นอัตราการติดเชื้อที่มีแนวโน้มที่สูงขึ้น และเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่ควรเกิน ร้อยละ 5 จึงนับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่ต้อง ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง และมีความต่อเนื่องครอบคลุมในทุกพื้นที่ ภายใต้การดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด

2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) การกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- 2) ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการดำเนินงาน โดยมีการควบคุม ติดตาม กำกับ อย่างต่อเนื่อง
- 3) การสนับสนุนงบประมาณ และกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่มีความชัดเจนจากหน่วยงานในทุกระดับ
- 4) ประสพการณ์และความเชี่ยวชาญในการทำงานของบุคลากรในพื้นที่
- 5) เครือข่ายการดำเนินงานที่มีความเข้มแข็งทั้งภายในและภายนอก

3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

1) งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จากกรมควบคุมโรค โดยการโอนผ่านสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความล่าช้าทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด

2) บุคลากรผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคหนองพยาธิมีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบหลายงาน และมีการเปลี่ยนแปลงงานบ่อย

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) การกำหนดนโยบาย/แนวทางการดำเนินงานที่มีความชัดเจน เพื่อให้หน่วยงานในระดับพื้นที่จะสามารถไปใช้สื่อสารถ่ายทอดและเป็นแนวทางการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) การจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ที่มีความรวดเร็วทันเวลา และเพียงพอต่อการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนดไว้
- 3) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระดับพื้นที่เพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น แพทย์/พยาบาล ในการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์ เจ้าหน้าที่จุลทรรศน์กร ในการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระ เป็นต้น

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

“คนช่างสร้างสุขศิลป์” โดยการใช้บทกลอน/เพลงพื้นบ้าน ในการรณรงค์ให้ประชาชนของ ตำบลยางน้อย อำเภอโกสุมพิสัย ลดละเลิกการบริโภคปลาดิบ

M 7 ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (กรมอนามัย)

ผลลัพธ์ : ประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปีมีค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 52.77 (เป้าหมาย 55)

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

ประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี ของจังหวัดมหาสารคาม ใน 13 อำเภอ ได้รับการนำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อหาค่าดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 66,477 คน พบว่ามีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ปกติจำนวน 35,082 คน คิดเป็นร้อยละ 52.77 ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดร้อยละ 55 โดยประชาชนในพื้นที่อำเภอนาเชือก มีค่าBMIปกติ สูงกว่าทุกอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 65.95 และยังมี 10 อำเภอ ที่ผลงาน BMI ยังต่ำกว่าเป้าหมาย

2. ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดเห็นความสำคัญ
- 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และประชาชน

3. ปัญหาอุปสรรคที่พบ

- 1) พื้นที่ยังไม่เห็นความสำคัญ เนื่องจากตัวชี้วัดนี้ยังไม่เป็น PA กระทั่ง
- 2) ประชาชนวัยทำงานให้ความสำคัญปัญหาเศรษฐกิจมากกว่าปัญหาสุขภาพ
- 3) ขาดงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อกระตุ้นความสนใจของประชาชน
- 4) ข้อมูลที่ใช้ในการประมวลผลของ HDC เป็นข้อมูลจากผู้ที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข จึงทำให้ขาดข้อมูลบางส่วนของประชากรอายุ 30-44 ปี ที่ไม่ได้เข้ารับบริการ ซึ่งส่งผลต่อการประเมินค่าดัชนีมวลกายปกติในประชากรที่ต้องการประเมินจริง

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) ส่วนกลางควรเสริมพลัง เช่น พขอ./อปท.ต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ และมีเวทีเขตชุมภิรตีมอบรางวัลระดับเขต ระดับชาติ เพื่อสร้างกระแสระดับที่กว้าง
- 2) ส่วนกลางควรผลักดันให้เป็น PA กระทั่ง เพื่อให้พื้นที่เห็นถึงความสำคัญ

5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

นวัตกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนวัยทำงาน อ.ชื่นชม