

สรุปการนิเทศศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
โดย รองอธิบดีกรมอนามัย (พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์)
ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๑

๑. พญ.อัมพร	เบญจพลพิทักษ์	รองอธิบดีกรมอนามัย	ประธาน
๒. นางปิยพร	เสาร์สาร	สำนักผู้ทรงคุณวุฒิ	รองประธาน
๓. นางสาวปิยะวรรณ	กลั่นสุคนธ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	ผู้แทนตัวชี้วัดตำบลต้นแบบบูรณาการฯ
๔. พญ.พิมลพรรณ	ต่างวิวัฒน์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	ผู้แทน Cluster แม่และเด็ก
๕. พญ.พรเลขา	บรรหารศุภวาท	สำนักโภชนาการ	ผู้แทน Cluster วัยเรียน
๖. นางปิยะรัตน์	เอี่ยมคง	สำนักอนามัยเจริญพันธุ์	ผู้แทน Cluster วัยรุ่น
๗. นางสาวศศิพร	ตัชชนานุสรณ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	ผู้แทน Cluster วัยทำงาน
๘. นางอรรณณิ	อนันตรสุชาติ	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	ผู้แทน Cluster ผู้สูงอายุ
๙. นายสุพจน์	อาลีสุสมาน	กองประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม	ผู้แทน Cluster สิ่งแวดล้อม
๑๐. นางสาวกิงพิกุล	ชำนาญคง	ศูนย์จัดการความรู้วิจัยและนวัตกรรม	ผู้แทน Cluster KISS
๑๑. นางสาวดรุณี	อันขวัญเมือง	กองการเจ้าหน้าที่	ผู้แทน Cluster HR
๑๒. ดร.นภัสบกช	ศุภะพิชน์	กองกิจกรรมทางกาย	ผู้แทน Cluster LAW
๑๓. นางสาวสุภาวดี	จันทมุด	ศูนย์กฎหมายสาธารณสุข	ผู้แทน Cluster LAW
๑๔. นางสาวรุ่งนภา	เอี่ยมสาคร	ก.พร.	
๑๕. นางสาวศนิษฐ	ริมชลาสัย	กองแผนงาน	เลขานุการคณะนิเทศ
๑๖. นางสาวเสาวลักษณ์	ทูลธรรม	กองแผนงาน	ผู้ช่วยเลขานุการคณะนิเทศ
๑๗. นางสาวมัลลิกา	วิชาเหล็ก	กองแผนงาน	ผู้ช่วยเลขานุการคณะนิเทศ
๑๘. นางสาวสิรินญา	สกุลกิตติวุฒิ	สำนักเลขานุการ	เลขานุการรองอัมพร
๑๙. นางมะลิลา	ตันติยุทธ		NegSOF
๒๐. นางอรพรรณ	ภักมนตรี		NegSOF

หน่วยงานร่วมนิเทศงานศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์

๑. พญ.ศรินนา	แสงอรุณ	ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	ผู้อำนวยการศูนย์ฯ
๒. ดร.รำไพ	เกียรติดิศร	ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	ผู้แทน Cluster สิ่งแวดล้อม
๓. นางศศิวันต์	ศุภนิเวศท์	ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	ผู้แทน Cluster แม่และเด็ก
๔. นางสาวพจน์กาญจน์	บัณฑิตวงศ์	ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	ผู้แทน Cluster วัยเรียน
๕. นางสาวเบญจา	ยมสาร	ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	ผู้แทน Cluster วัยรุ่น
๖. นางกุลพร	กุศลมาตระกุล	ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	ผู้แทน Cluster วัยทำงาน
๗. นางนาฏสินี	ชัยแก้ว	ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	ผู้แทน Cluster ผู้สูงอายุ
๘. นางนัตตา	วิริตติกุล	ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	ผู้แทนกลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ
๙. นางสาววันเพ็ญ	สุทธิโกมินทร์	ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	ผู้แทนกลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ
๑๐. นางธัญญา	พานิชกิจ	ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	ผู้แทน Cluster HR

๑. ข้อมูลทั่วไปศูนย์อนามัยที่ ๑

๑) เขตสุขภาพที่ ๑ ครอบคลุมพื้นที่ ๘ จังหวัดภาคเหนือตอนบน เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่สูงและป่าเขา แบ่งออกเป็นเขตย่อยภายใน ๓ เขต ประกอบด้วย ๑๐๓ อำเภอ ๗๖๙ ตำบล จำนวนประชากร ๕,๘๓๓,๓๐๙ คน

๒) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ศูนย์อนามัยเริ่มทำ PP Excellence ในระดับเขต ยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนงานเขตสุขภาพที่ ๑ กับกรมอนามัยจึงไปด้วยกัน เช่น ส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย สอดคล้องกับการจัดระบบสุขภาพโดยเน้นเชิงรุก เดิมยังเป็น District Health System ปัจจุบันถูกเปลี่ยนเป็น PCC และ พขอ. ซึ่งจะเป็นกลยุทธหลักในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย

๓) กลไกการขับเคลื่อนหน่วยงาน คือ PMQA โดยใช้ทีมนำคือ ทีมคณะกรรมการชุดต่างๆ โดยทีมนำทีมกรรมการบริหารศูนย์อนามัย ทีมยุทธศาสตร์ในการวางแผนและประเมินผล ซึ่งมีการประชุมทุกเดือน

๔) ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ มีบุคลากรทั้งหมด ๓๐๘ คน ประกอบด้วยข้าราชการ ๑๖๕ คน , พนักงานจ้างเหมา ๔๙ คน, พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ๔๕ คน, ลูกจ้างประจำ ๓๓ คน และ พนักงานราชการ ๑๖ คน การบริหารจัดการด้านบุคลากร ใช้ยุทธศาสตร์ของกรมอนามัยทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ แต่มีกิจกรรมที่ทำต่างจากของกรม โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 2 manpower management การพัฒนากำลังคน (ภายนอกศูนย์) ส่งบุคลากรไปอบรมตามหลักสูตรต่างๆ คือ หลักสูตรนักรับการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ ๓๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โครงการอบรมผู้บริหารยุคใหม่กรมอนามัย รุ่นที่ ๓ (NeGSOF III) หลักสูตรนักรับการอนามัยสิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมสุขภาพ รุ่นที่ ๓ หลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง รุ่นที่ ๓๒ ปี ๒๕๖๑ หลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น รุ่นที่ ๒๘ ปี ๒๕๖๑ และหลักสูตรพัฒนากำลังคนกลุ่มพนักงานราชการ (OSOF) ส่วนการพัฒนากำลังคน (ภายในศูนย์) พัฒนาในด้านวิชาการ งานวิจัย งานไอที เช่น R๒R workshop, Lunch symposium, การพัฒนาทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Literacy) และ Y coaching (๓ ระยะ)

๓) ผลการเบิกจ่ายงบประมาณปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ (ข้อมูลจากระบบ GFMS ณ วันที่ ๖ มิ.ย. ๖๑)

รายการ	ได้รับจัดสรร	เบิกจ่าย	%เบิกจ่าย
งบดำเนินงาน	๒๗,๑๖๘,๕๒๗	๒๐,๒๗๓,๐๗๔	๗๔.๖๒
งบลงทุน	๑๕,๑๗๙,๘๔๑	๑๕,๑๗๙,๘๔๑	๑๐๐.๐๐
งบรายจ่ายอื่น	๗๙๐,๐๐๐	๕๒๑,๐๒๘.๐๐	๖๕.๙๕
สรุปภาพรวม	๔๓,๑๓๘,๓๖๘	๓๕,๙๗๓,๙๔๓	๘๓.๓๙

๔) การปรับบทบาทของกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล service for model development โดยพัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย ให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กที่เป็นเลิศ ปรับลดการบริการเพิ่มงานวิชาการ พัฒนารูปแบบบริการ /งานวิจัย R๒R/ผลิตนวัตกรรม ปรับโอน Referral Area คืนให้ Service Plan และพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยหรือพัฒนางานวิจัยในพื้นที่ Community base โดยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบูรณาการกลุ่มวัยร่วมกับกลุ่ม Cluster และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ นำรูปแบบ Model development/วิจัย/นวัตกรรม ไปถ่ายทอดเพื่อให้ภาคีเครือข่ายนำไปใช้ประโยชน์ และพัฒนางานวิจัย R & D ร่วมกับกลุ่ม Cluster และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

พัฒนาสู่ training center โดยผลิตหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ หลักสูตรการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นศูนย์การเรียนรู้/ศูนย์สาธิตรูปแบบบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย เป็นแหล่งศึกษาดูงานของหน่วยงานรัฐและเอกชน และเป็นแหล่งฝึกอบรม/ฝึกปฏิบัติงานของสถาบันการศึกษาต่างๆ

๕) การขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๑

เริ่มจากดำเนินการภายในโรงพยาบาล เป็นนโยบายของเขตสุขภาพที่ ๑ ในการทำให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO : Health Literate Organization) เป้าหมายคือโรงพยาบาลทั้ง ๑๐๓ โรงพยาบาลของเขต ๑ และรพสต.เฉลิมพระเกียรติที่ได้เริ่มดำเนินการไปแล้ว และอีกหนึ่ง setting คือที่วัด และในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ จะดำเนินการในโรงเรียน ซึ่งตรงกับที่กรมรณรงค์คือ Health Literate School สิ่งที่คุณยอนามัยทำคือ ส่งบุคลากรไปอบรมเป็นแกนนำร่วมกับเขตสุขภาพ ในเวทีระดับเขตมีการจัดอบรมให้กับ ๑๐๓ โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย หลังสิ้นปีจะมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนอีกครั้ง ทั้งหมดนี้เป็นภาพรวมของเขตซึ่งจะทำความเข้าใจไป ในขณะที่ศูนย์อนามัยที่ ๑ จะพัฒนาให้เป็นต้นแบบ ปัจจุบันมีแผนรองรับแล้ว มีการประเมิน มีคณะทำงาน มีการส่งบุคลากรไปอบรม พัฒนาตัวระบบหลายๆจุดในโรงพยาบาล บางจุดมีการปรับให้สอดคล้อง Health Literate Organization

๖) การขับเคลื่อนการดำเนินงานวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่

ศูนย์อนามัยที่ ๑ ใช้ Adhoc team (Gen Y) ปัจจุบันมี ๒๐ คน ทำงานร่วมกับจริยธรรมวิจัยในกรม และศูนย์วิจัยและนวัตกรรมโดยแกนนำหลักอยู่ที่งานยุทธศาสตร์ ทำงานเป็น cross-function ร่วมกับทุกกลุ่มงานในศูนย์เพื่อที่จะพัฒนา KM ในศูนย์อนามัย ภายในกระบวนการมีการอบรม R๒R, นวัตกรรม, จริยธรรมการวิจัย การพัฒนานักวิจัย นวัตกรรม เตรียมเวทีเตรียมความพร้อมก่อนนำเสนอผลงานสู่ภายนอก

๗) สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากกรมอนามัย

แม่และเด็ก

- การผลักดันการขับเคลื่อนนโยบายดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต จากทีมผู้บริหารทุกระดับ ให้เกิดความร่วมมือจากหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข
- การสนับสนุน สื่อ ที่ทันสมัย และเข้าถึงง่าย

วัยรุ่น

- ประชาสัมพันธ์การขับเคลื่อนงานตามนโยบาย ในการสื่อสารสาธารณะ สร้างนวัตกรรมการสื่อสาร เทคโนโลยีที่ทันสมัยในระบบออนไลน์
- พัฒนาและใช้โปรแกรมการประเมินผลภาวะโภชนาการที่มีประสิทธิภาพ โปรแกรมเดียวใช้ทั้งประเทศ

วัยรุ่น

- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาในคลินิกวัยรุ่น ณ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑
- สนับสนุนการอบรมพยาบาลใส่ยาฝังคุมกำเนิด

วัยทำงาน

- การจัดทำ Mass media เช่น spot ที่มีเนื้อหากระชับ เจาะจง ตรงเป้าหมาย สามารถเข้าใจง่ายและนำไปปฏิบัติได้จริง

สูงอายุ

- ให้ความชัดเจนในการเบิกจ่ายของกองทุน LTC
- เร่งรัดการจัดทำฐานข้อมูลร่วมกับหน่วยงานอื่นในระดับนโยบายให้ไปในทิศทางเดียวกันเพื่อง่ายต่อการเข้าถึง

อนามัยสิ่งแวดล้อม

- องค์ความรู้ด้านพื้นฐานสำหรับผู้ออกประเมินด้าน GREEN & CLEAN Hospital เช่น การเป็นผู้ประเมิน ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบประปา เป็นต้น
- การสนับสนุนฐานข้อมูลที่เอื้อต่อเครือข่ายนำไปใช้ประโยชน์ได้
- เครื่องมือรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

วิจัยและนวัตกรรม

- การสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อขอจดสิทธิบัตร
- การสนับสนุนการผลักดันกระบวนการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ให้เข้าสู่มาตรฐาน เช่น การจัดอบรมคณะกรรมการจริยธรรม
- งบประมาณสนับสนุนการจัดซื้อครุภัณฑ์ในการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้
- สนับสนุนการศึกษาดูงานศูนย์วิจัยและนวัตกรรมที่ได้มาตรฐานเพื่อนำมาปรับใช้กับพื้นที่
- การอบรมเกี่ยวกับงานวิจัย นวัตกรรม และการจัดการความรู้

๒. สรุปผลการนิเทศงานตาม Cluster

๒.๑ Cluster สตรีและเด็กปฐมวัย (พญ.พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความ เสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
๑. อัตราส่วนการ ตายมารดาไทย	(ไม่เกิน ๒๐ ต่อ แสนการเกิดมีชีวิต)	มีมารดาตาย ๔ ราย Suicide ๒ ราย PPH ๒ ราย ทุกราย เกิดที่เชียงใหม่ (ภาพรวมประเทศ MMR = ๑๗.๘)	๑. บุคลากร : จำนวนคนที่มี ทักษะ ความเชี่ยวชาญ มี น้อย ภาระงานมาก คนใหม่ ยังขาดทักษะประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ เรียนรู้ไม่ทัน กับภาระงาน (ย้ายงานใหม่) ๒. มีงบประมาณ โครงการ ต่างๆ ของกรมที่ต้องทำเพิ่ม มาเป็นระยะ ทำให้ ผู้รับผิดชอบมีภาระงานมาก ๓. ระบบรายงานข้อมูลงาน โภชนาการมีการปรับปรุงแต่ ยังไม่มีชี้แจงให้ ผู้ปฏิบัติงานทราบ ๔. บริบทของพื้นที่ (พื้นที่สูง ชายขอบ กลุ่มชาติพันธุ์) วัฒนธรรม ความเชื่อ ภาษา ๕. ปัญหาการลงข้อมูล HDC รายงานผลน้อยกว่าที่ปฏิบัติ จริง (งานทันตสาธารณสุข) / จนท.เปลี่ยนตำแหน่งและ สายงาน	การผลักดันการขับเคลื่อน นโยบายการดำเนินงาน มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรก ของชีวิต จากทีมผู้บริหาร ทุกระดับ ให้เกิดความ ร่วมมือจากหน่วยงานนอก กระทรวงสาธารณสุข	อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ๑) การขับเคลื่อนตำบล พัฒนาการดีเริ่มที่นมแม่ และตำบลส่งเสริมเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ๒) การจัดประชุมร่วม ระหว่างคณะกรรมการ พัฒนาเด็กปฐมวัยระดับ จังหวัดพะเยา “โครงการ บูรณาการกิจกรรมเด็ก อนุบาลเพื่อส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดพะเยา”
๒. ร้อยละของเด็ก อายุ ๐ – ๕ ปี มี พัฒนาการสมวัย	(๘๕%)	เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๓.๒๕ ความ ครอบคลุม ร้อยละ ๗๔.๕๑ จังหวัดที่มีความครอบคลุม ต่ำสุดคือ แม่ฮ่องสอน (ร้อยละ ๕๖) สงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๒.๔๕ ติดตามได้ร้อยละ ๗๑.๙๘ จังหวัดที่มีการติดตาม ได้น้อยสุดคือ แม่ฮ่องสอน และเชียงใหม่ (ร้อยละ ๕๓.๒ และ ๕๙.๖๔) ตามลำดับ			
๓. ร้อยละเด็ก ๐- ๕ ปี สูงดีสมส่วน	(เป้าหมายเขต ๑ ร้อยละ ๔๗)	เด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๔๕.๒๕			
๔. ร้อยละเด็ก ๓ ปี ฟันไม่ผุ	(เป้าหมาย ร้อยละ ๕๒)	เด็ก ๓ ปี ฟันไม่ผุ ร้อยละ ๖๘.๑๓			
ผลการดำเนินงาน ๑) การประกาศนโยบาย ZERO PPH, ๕ มาตรการหลัก : LABOR/PIH/โรคอายุรกรรม/คุมกำเนิด ป้องกันท้องซ้ำในวัยรุ่น/สุขภาพจิต นโยบาย one province one maternal and child team ๒) พัฒนาศักยภาพ/พัฒนาระบบเฝ้าระวังมารดาตายสร้างแรงจูงใจและเยี่ยมเสริมพลังมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก ๓) สร้าง HL แก่ประชาชน/เฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงใน ครอบครัว การวางแผนก่อนตั้งครรภ์ การสร้าง Health literacy ผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ๔) การขับเคลื่อนนโยบาย “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต” เขตสุขภาพที่ ๑ ๕) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ครู ก. ครู ข. ในการคัดกรอง DSPM (๒-๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑) ๖) ส่งเสริมพ่อแม่ผู้เลี้ยงดู ครู ศพด. ในการเฝ้าระวังด้วย DSPM					

๒.๒ Cluster วัยเรียน (พญ.พรเลขา บรรหารศุภวาท นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๖๘	๑. เด็กวัยเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน เขตสุขภาพที่ ๑ พบร้อยละ ๖๒.๓๑ (เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๑ ร้อยละ ๖๕, เป้าหมายกรมอนามัย ร้อยละ ๖๘) และต่ำกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ ๖๗.๓๑) ๒. เด็กวัยเรียน มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนสูงถึงร้อยละ ๑๒.๐๕ (เป้าหมายกำหนดไม่เกิน ร้อยละ ๑๐) ผลงานสูงกว่าระดับประเทศ (ประเทศร้อยละ ๑๐.๒๙) มีภาวะผอมพบเพียงร้อยละ ๔.๒๕ (เป้าหมายกำหนดไม่เกินร้อยละ ๕) ผลงานใกล้เคียงระดับประเทศ ร้อยละ ๔.๐๓ สำหรับภาวะเตี้ย พบว่าไม่เกินเป้าหมาย พบเพียงร้อยละ ๗.๒๓ (เป้าหมายกำหนดไม่เกินร้อยละ ๑๐) แต่สูงกว่าระดับประเทศเล็กน้อย (๕.๓๓) ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงในเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี มีเพียงร้อยละ ๖๑.๓๑ ผลงานต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดให้ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	๑. ความครอบคลุมการประเมินภาวะโภชนาการเด็กนักเรียนน้อย ผลงาน ร้อยละ ๖๑.๓๑ จึงไม่สามารถแปลผลถึงภาวะโภชนาการที่แท้จริงของเด็กนักเรียนทั้งหมดได้ จังหวัดที่มีความครอบคลุมต่ำมากที่สุดได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ น่าน และแม่ฮ่องสอน ร้อยละ ๔๘.๔๘, ๕๐.๕๓ และ ๖๑.๐๔ ตามลำดับ ๒. ระบบการคัดกรอง ส่งต่อ รักษาและการติดตามเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง จากสถานศึกษาเข้าสู่ระบบ service plan และคลินิก DPAC ใน รพ.สต.และ รพช/รพท.ยังไม่ครอบคลุม ในหลายๆจังหวัด ยกเว้นจังหวัดพะเยา และแพร่ ๓. ทุกจังหวัดขาดการประสานใช้ประโยชน์จากข้อมูล DMC ร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ ยกเว้นจังหวัดเชียงราย ๔. ขาดความตระหนักในปัญหาและขาดการประสานการดำเนินงานแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้ปกครองและชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนองค์กรภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ๕. งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง (จังหวัดพะเยา) และงบประมาณน้อยไม่เพียงพอ (จังหวัดแม่ฮ่องสอน)	๑. พัฒนานวัตกรรมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และมีความหลากหลาย ๒. ขยายผลเมนูอาหารที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่	๑. พะเยาพัฒนาโปรแกรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ “พะเยาโมเดล” และใช้ควบคู่ไปกับการบันทึกข้อมูลในระบบ ๔๓ แฟ้ม ๒. เชียงใหม่สร้างระบบ One stop service การแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง ๓. แม่ฮ่องสอนจัดเมนูอาหารในโครงการอาหารกลางวันโรงเรียนแบบครบวงจร ๑ โรงพยาบาล-๑ โรงเรียน-รอบรู้ด้วยพลังชุมชน ๔. เชียงรายใช้หลักการ “โรงเรียนเด็กไทย แก้มใสต้นแบบ” บูรณาการร่วมกับชุมชนในการพัฒนาโรงเรียนและชุมชนควบคู่กัน ในรูปแบบ “School Base Learning” ๕. จังหวัดน่าน สร้างโรงเรียนพระปริยัติธรรมต้นแบบแก้ไขปัญหภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน โดยการคัดกรอง ตรวจเลือด ให้ความรู้รายกลุ่มและรายบุคคล ทำกิจกรรม ๓ อ. ส่งต่อคลินิก DPAC และติดตามอย่างต่อเนื่อง

๒.๓ Cluster วัยรุ่น (นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความ เสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
๑. อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี	ไม่เกิน ๔๐ ต่อประชากรหญิง อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ (๖ เดือน) เท่ากับ ๑๗.๒๑, ๑๙, ๑๗.๗๔ และ ๒๕.๔๒ ตามลำดับ	๑. จังหวัดไม่เข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานในฐานะของฝ่ายเลขานุการของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ฯ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๒. การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้ง โดยเฉพาะการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร ๓. ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่ทราบเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการสนับสนุนค่าจัดบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรจาก สปสช.	๑. ส่วนกลางควรสนับสนุนให้บทบาทของศูนย์อนามัยควรเป็นผู้กำกับนโยบายในระดับเขต (Regulator และ Supporter) ๒. การขับเคลื่อน พ.ร.บ.ฯ ควรมีการสื่อสาร ชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อน พ.ร.บ.ฯ โดยตรงกับสาธารณสุขจังหวัด ในเรื่องบทบาท ภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการเป็นเลขาคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด ๓. การชี้แจงระเบียบ กฎหมาย รวมทั้งชี้แจงการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องควรทำเป็นลายลักษณ์อักษร มากกว่าการสื่อสารผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์เพียงอย่างเดียว	๑. รพ.ปัว มีการบูรณาการงาน YFHS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๒. รพ.ทุ่งช้าง จ.น่าน ใช้แนวนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนานโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ ๒ มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานตามกลุ่มวัย เชื่อมโยงยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด อำเภอ และพื้นที่ ๓. อบต. ออนกลาง อ. แม่อน มีปลัด อบต. ทำงานร่วมกันได้แก่ รพสต. รพ. แม่อน อบต. ออนกลาง มูลนิธิรักษ์ไทย ทำเครือข่ายการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ค้นหาแกนนำค้นหาวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง กลุ่มท้องตั้งครรภ์ซ้ำ ๔. นวัตกรรม หนังสือ “ไม่นึกว่าจะเป็นแม่วัยใส” ที่มาจากคนที่ทำคลินิกวัยรุ่น จ.น่าน จนกลายเป็นหนังสืออ่านนอกเวลาของจังหวัด
๒. ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	(ไม่เกินร้อยละ ๙.๕)	ตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ (๖ เดือน) เท่ากับ ๙.๔, ๑๒.๑, ๑๕.๘๒ และ ๑๖.๖๘			
๓. การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี		ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำ ปี ๒๕๖๐ เท่ากับ ๑๖.๗			
ผลการดำเนินงาน ๑. การขับเคลื่อน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฯ และมีการจัดประชุมในปี ๒๕๖๑ แล้วจำนวน ๖ จังหวัด (ยกเว้น ลำพูน และ พะเยา) ๒. พัฒนาการดำเนินงาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ YFHS ผ่าน ๙๑ รพ. (๙๒.๘%) อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ผ่านเกณฑ์ ๗๖ อำเภอ (๗๓.๘%) การดำเนินการอื่นๆ อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่น ๖ รุ่น/ จังหวัด รวม ๑๔๖ คน จัดอบรมพ่อแม่/ผู้ปกครอง ๘ จังหวัด รวม ๒๑๔ คน					

๒.๔ Cluster วิทยาลัย (นางสาวศศิพร ตัชชนานุสรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน ๓๐-๔๔ ปีมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI)	เป้าหมาย ปี ๖๑ ร้อยละ ๕๕	พื้นที่ ๘ จังหวัดในเขต ๑ ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ปกติ (๑๘.๕-๒๒.๙ กก./ตรม.) สูงสุดในจังหวัดพะเยา ร้อยละ ๕๓.๕๒ ต่ำสุดคือจังหวัดลำปาง ร้อยละ ๔๕.๙๘	ศูนย์อนามัย ๑. ไม่มีโอกาสการคืนข้อมูลในเวทิตรวจราชการ ๒. โอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเครือข่ายมีน้อย ภาคีเครือข่าย ๑. บางส่วนขาดความตระหนักถึงความสำคัญต่อเรื่อง BMI ๒. เน้นการทำงานตามนโยบาย โดยเฉพาะ NCDs เป็นหลัก ๓. ความครอบคลุมของข้อมูลค่า BMI ใน HDC คำนวณจากจำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๓๐ ปี – ๔๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ซังน้ำหนัก วัดส่วนสูงทั้งหมด ประมวลผลจากแฟ้ม NCD SCREEN การเก็บข้อมูลเก็บข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิต โดยเป็นประชากรอายุที่ ๓๕ ปี ขึ้นไป ดังนั้นจะขาดข้อมูลประชากรอายุ ๓๐ – ๓๔ ปี ประชาชน ๑. บางส่วนไม่ตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพของการส่งเสริมสุขภาพ ๒. ขาด Health Literacy ๓. ขาดสื่อที่เข้าถึงประชาชน /โดนใจการสื่อสาร ๖๖ Key Messages	๑. การจัดทำ Mass media เช่น สปอร์ตโฆษณาเพื่อสื่อสารแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน ที่มีเนื้อหากระชับ เจาะจง ตรงเป้าหมาย สามารถเข้าใจง่าย และนำไปปฏิบัติได้จริง ๒. ขอรับการสนับสนุน file roll up โปสเตอร์ ต่างเช่น การวัดดัชนีมวลกาย ที่จะกระตุ้นให้วัยทำงานตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ๓. ควรมีผู้นำที่จะนำประเด็นวัยทำงาน ไปนำเสนอให้กับที่ประชุมเขตสุขภาพ เพื่อช่วยขับเคลื่อนงาน	ต่าบลต้นแบบบูรณาการส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมในตำบลป่าแฝก อ.แม่ใจ จังหวัดพะเยาและตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย
ผลการดำเนินงาน ๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และสร้างผู้นำสุขภาพในชุมชน ๘ จังหวัด ๒. จัดทำและเผยแพร่สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่วัยทำงาน ๓. พัฒนาคำบับต้นแบบบูรณาการส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมในตำบลป่าแฝก อ.แม่ใจ จังหวัดพะเยาและตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ๔. พัฒนาและขยายผลระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พัฒนารูปแบบส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานในสถานบริการสาธารณสุข					

๒.๕ Cluster วัยสูงอายุ (นางอรรรณิ อนันตรสุชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ๖๐	ผ่านเกณฑ์ ๑๒๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕๕	๑. คน : บุคลากรมีภาระงานมาก ๒. ระบบงาน : ขาดการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายและการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ๓. ระบบข้อมูลข่าวสาร ผู้ปฏิบัติงานขาดการส่งต่อข้อมูล เช่น การโอนย้าย ๔. เงิน : การได้รับเงินโอนมาระหว่างกลางปีทำให้เสี่ยงต่อการบริหารงบประมาณไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ควรมีแผนตั้งแต่ต้นปี	๑. พัฒนาระบบข้อมูล /เชื่อมต่อข้อมูลเป็นระบบเดียวกัน ระหว่างหน่วยงานต่างๆ เช่น HDC กสร. และ สปสช. เป็นต้น ๒. จัดเวทีถอดบทเรียนโปรแกรมการบันทึกข้อมูล ๓C ๓. นโยบายการดำเนินงานเรื่องสมองเสื่อมและธรรมณูพระสงฆ์ ๔. แผนการจัดสรรงบประมาณให้ศอ. ให้โอนตั้งแต่ต้นปี	๑. Application การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ วิดีโอการออกกำลังกายพระสงฆ์ โภชนาการสำหรับพระสงฆ์ ๒. จังหวัดแพร่ นวัตกรรมจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ๕ กลุ่มวัยวัยสูงอายุ ๓. กลุ่มติดสังคม มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ,สืบสานประเพณีท้องถิ่น ๔. กลุ่มติดเตียง มี Care manager ออกเยี่ยมประเมินเพื่อทำ Care Plan มี Care giver ออกเยี่ยมบ้าน และมีการประเมินผลการดำเนินงานโดย Care manager
จากข้อมูลของศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ พบว่า พ.ศ. ๒๕๕๙ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๘๕๒,๑๔๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๕๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๙๑๑,๒๔๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๗๙ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๙๖๖,๕๓๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๐๘ จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปี ๒๕๖๑ พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีจำนวน ๘๖๐,๒๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๐๘ กลุ่มติดบ้านจำนวน ๒๐,๘๓๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๕ กลุ่มติดเตียงจำนวน . ๕,๐๖๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๗ จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ LTC ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ รวม ๑๔,๘๖๘ คน จำนวน Care Manager รวม ๔๗๑ ราย จำนวน Care Giver รวม ๓,๐๔๒ ราย จำนวน Care Plan รวม ๑๓,๑๒๘ ราย					

๒.๖ Cluster อนามัยสิ่งแวดล้อม (นายสุพจน์ อาลีอุสมาน นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
๑. ร้อยละของ รพ. ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานร้อยละ ๑๐๐ ระดับดีมาก ร้อยละ ๒๐ หรือ ๑ แห่ง/จังหวัด	ผ่านระดับพื้นฐาน ๑๐๐% ผ่านแล้ว ผ่านระดับดีร้อยละ ๕๐ผ่านแล้ว ผ่านระดับดีมาก ๕ จังหวัด	๑. คน กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม มีเจ้าหน้าที่ ๑ คน ไม่มีประสบการณ์ ขับเคลื่อนงานเฉพาะที่เป็น PA กระทรวง อปท.ใน ศก.พ.ไม่มีส่วนสาธารณสุข ทำให้ขับเคลื่อนงานยาก ๒. เงิน GREEN&CLEAN Hospital บางประเด็นต้องแก้ที่โครงสร้างอาคาร รพ.ไม่มีงบประมาณ ๓. ของ ยังไม่มีหลักสูตรอบรม จนท.สธ/อปท. ใน ศก.พ. (กฎหมายสาธารณสุข/การจัดการ อวล.) และชุดตรวจน้ำบริโภค/อาหารมีจำกัด ๔. การจัดการ - การสื่อสาร/ประสานงาน บางประเด็นยังเข้าใจไม่ตรงกัน (เผ่าระวังใน ศก.พ.กับเผ่าระวังในพื้นที่ทั่วไป)	๑. ทบทวนยุทธศาสตร์ อวล. ขับเคลื่อนตามแผน NEHAP มีประเด็นเป้าหมายที่ชัดเจน (SDGs) ๒. ให้ส่วนกลางช่วยผลักดันการดำเนินงานของ คสจ./การจัดการ อวล.(บางจังหวัด) ๓. ทบทวนการตั้ง อสธอ./อนุขับเคลื่อน/พขอ. ไม่ให้มีบทบาทหน้าที่ซ้ำซ้อนกัน ให้อิสระแก่จังหวัดในการขับเคลื่อนงาน อวล. ๔. จัดเวทีมอบรางวัลการดำเนินงาน G&C ระดับประเทศ สร้างขวัญและกำลังใจ คนทำงาน ๕. ปี ๖๒ ตัวชี้วัด G&C ควรมีต่อและขยายผลไปยังโรงเรียน/วัด ช่วยเสริมให้ Active Community เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนและเข้มแข็งยิ่งขึ้น ๖. การก่อสร้างอาคารใหม่ ควรปรับแบบก่อสร้างให้สอดคล้องกับเกณฑ์ G&C ๗. คาดการณ์สิ่งคุกคามใน ศก.พ. รวบรวม Baseline Data กำหนดประเด็นเผ่าระวัง/เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ๘. รูปแบบการประสานงาน/สื่อสารกับพื้นที่ควรใช้ทั้ง Formal และ Informal	๑. รพ.น่าน (Best Practice ระดับเขต) “เปลี่ยนขยะจากของไร้ค่า ให้มีมูลค่าและมีคุณค่างดงามในหัวใจ” ๒. รพ.สารภี จังหวัดเชียงใหม่ “กลุ่มเยาวชนซีจิกรียนเก็บขยะวันหยุด” ๓. รพ.จุน จังหวัดพะเยา “การจัดการขยะครบวงจร ขยายผลลงสู่ชุมชน” ๔. รพ.แม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ “ป้ายสื่อสารการให้ O๒ ในตึกผู้ป่วย” ฯลฯ
๒. ร้อยละของ จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพแบบบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน	๖ ด้านผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานร้อยละ ๙๐	- ผ่านระดับพื้นฐานร้อยละ ๑๒.๕ - ฐานข้อมูล/เผ่าระวัง (๘ จังหวัด) - คสจ. (๓ จังหวัด) - มูลฝอยติดเชื้อ (๘ จังหวัด) - EHA (๘ จังหวัด) - Active Community (๖ จังหวัด) - เผ่าระวังสุขภาพจากอาชีพ/สวล. (๘ จังหวัด)			
๓. จังหวัดใน ศก.พ. มีฐานข้อมูลและเผ่าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	อำเภอผ่านเกณฑ์ระดับดีร้อยละ ๑๐๐	ระบบฐานข้อมูลผ่านระดับดี ร้อยละ ๑๐๐ การเผ่าระวัง (อาหาร/น้ำบริโภค) ไม่ได้ทำใน ศก.พ.	- ผู้บริหารบางหน่วยงาน ยังไม่เข้าใจการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (ที่พิกมูลฝอยติดเชื้อกับระบบประปาอยู่ติดกัน) - อสธอ./อนุขับเคลื่อน/พขอ. บทบาทซ้ำซ้อนกัน		

๒.๘ cluster KISS (ดร.วันเพ็ญ สุทธิโกมินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์ ผู้นำเสนอ)

ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
๑. ขาดการนำข้อมูล critical issue มาวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมโยงในการกำหนดปัญหาสำคัญในการจัดการความรู้ขององค์กรอย่างเป็นรูปธรรม ๒. ขาดการวางแผนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภายนอกองค์กรในระดับเขตสุขภาพ	๑. การรวบรวมข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพื่อนำไปวิเคราะห์และบ่งชี้ปัญหาที่สำคัญ ๒. มีการตอบสนองสร้างกิจกรรม/intervention ตามข้อบ่งชี้ปัญหานั้นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ(แบบเชิงรุก) ๓. เชื่อมโยงข้อมูลสู่การจัดการความรู้/ วิจัย / Innovation ให้ตอบโจทย์ตามข้อบ่งชี้ปัญหา และมีการถ่ายทอดให้ทั่วถึงทั้งองค์กร ๔. เชื่อมโยงการจัดการความรู้/ วิจัย / Innovation ร่วมกับเขตพื้นที่ให้ตอบโจทย์ตามข้อบ่งชี้ปัญหา	๑. ต้นแบบการแก้ไขปัญหาลดอัตราตายของมารดา (ร่วมนำเสนอเพื่อประเมิน PMQA หมวด ๔ ระดับดีเด่นกรมอนามัย) ๒. ต้นแบบการแก้ไขปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยใช้การประมาณค่าด้วยสายตา (อยู่ระหว่างพัฒนาการวิจัยเรื่อง การศึกษาความแม่นยำของการประมาณค่าความเข้มข้นอนุภาคขนาดเล็กในช่วงเวลาสั้นจากระยะการมองเห็นในจังหวัดเชียงใหม่)

๒.๙ cluster HR (นางสาวศุภรณี อ้นขวัญเมือง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ กองการเจ้าหน้าที่ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน		
๑. ความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน/กลุ่มงานสู่ระดับบุคคล		๔.๗๕	ขาดหลักเกณฑ์การพิจารณาการถ่ายทอดตัวชี้วัดและการมอบหมายงาน	รอบ ๒ กระบวนการเช่นเดิม บางส่วนพัฒนาให้เป็นปัจจุบัน ยกเว้น เกณฑ์ระดับ ๕ วัดผลลัพธ์จากการประเมินบูรณาการ กับ KPI ๒.๒ (IIT) ๒ ประเด็น ๑) การมอบหมายงาน ๒) การเลื่อนเงินเดือน
๒. การรับรู้เรื่องการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกรมอนามัย (IIT)		๕	๑. กระบวนการรอบ ๑ สมบูรณ์แบบ ๒. รอบ ๒ วัดผลลัพธ์ จากการตอบแบบสำรวจออนไลน์ เปิดระบบให้ตอบถึงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๑ (ข้อมูล ๑๕ มิย.๖๑) ๓. ผลลัพธ์รอบ ๒ ต้องสูงกว่าร้อยละ ๖๐ โดยกำหนดคะแนนระดับ ๕ ไว้ ที่ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป	ควรสื่อสารเรื่อง ITA ให้บุคลากรทราบ และถือปฏิบัติให้ทั่วทั้งองค์กร

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน		
๓. ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัย เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT)		๕		รอบ ๒ ปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ๑. ข้อคำถามที่ดำเนินการไปบ้างแล้วต้องดำเนินการต่อให้ครบคลุม (๓ ๕ ๑๐ ๑๑) ๒. ข้อที่ยังไม่ได้รายงานให้รายงานความให้ครบคลุม และชัดเจน โดยกรณีที่ตอบว่า “มี หรือ ใช่” ต้องแนบหลักฐานประกอบทั้งหมด กรณีที่ “ไม่มี หรือ ไม่ใช่” ต้องชี้แจงเหตุผลให้ชัดเจน ๓. ปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน
ภาพรวม ๑. บุคลากรจำนวน ๓๐๘ คน จำแนกเป็นข้าราชการ ๑๖๕ คน พนักงานราชการ ๑๖ คน ลูกจ้างประจำ ๓๓ คน จ้างเหมาดำเนินการ ๔๙ คน และ พกส. ๔๕ คน ๒. บุคลากรส่วนมากเป็นข้าราชการ ร้อยละ ๕๓.๕๗ รองลงมา เป็นจ้างเหมาร้อยละ ๑๕.๙๑ พกส. ลจป และ พรก. คิดเป็น ร้อยละ ๑๔.๖๑ ๑๐.๗๑ และ ๕.๑๙ ตามลำดับ ๓. บุคลากรส่วนมากเป็นกลุ่ม Gen Y ร้อยละ ๔๔.๓๗ รองลงมาร้อยละ ๒๘.๘ สูงถึงร้อยละมี Baby Boom ร้อยละ ๒๖.๘			๑. มีการเปลี่ยนแปลงคนทำงานบ่อย/การเชื่อมต่องานมีปัญหา การส่งต่อข้อมูลยังไม่เป็นระบบ คนใหม่เรียนรู้งานใหม่ ต้องใช้เวลา ๒. บุคลากรเปลี่ยนงาน ย้าย ออก บ่อย เนื่องจากความมั่นคงในตำแหน่งไม่มี (จ้างเหมา) ๓. ผู้มีความรู้/ทักษะ กำลังจะเกษียณอายุราชการ ทำให้ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และตำแหน่งถูกยุบ ไม่มีบุคลากรทดแทน	๑. กรมควรจัดสรรตำแหน่งทดแทนตามสัดส่วนที่สูญเสีย ๒. การเตรียมคนรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ค่อนข้างมีปัญหา เนื่องจากบุคลากรต้องใช้เวลาในการปรับตัว ๓. ไม่ชัดเจนทั้งผู้ให้และผู้รับ ๔. ผัง DNA AAIM ให้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะข้าราชการบรรจุใหม่

๒.๑๐ cluster LAW (นางสาวสุภาวดี จันทมุต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์	ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
๑. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม การดำเนินงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด - จังหวัดที่จัดประชุม ได้แก่ แพร่ เชียงราย ลำพูน - จังหวัดที่กำลังดำเนินการ พะเยา - จังหวัดที่ยังไม่จัดประชุม ได้แก่ น่าน แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ลำปาง ผลการดำเนินงาน ๑. ให้คำปรึกษาด้านพรบ.การสาธารณสุข๒๕๓๕ ๒. แนะนำ/ส่งเสริมให้ อปท.นำระบบ EHA ๙๐๐๐ มาใช้ ๓. ให้ข้อแนะนำในการขับเคลื่อนคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) พร้อมทั้งเข้าร่วมการประชุมคณะกรรมการ คสจ. ๔. พัฒนาโปรแกรมการบังคับใช้กฎหมาย เรื่อง สุขาภิบาลอาหาร ๕. จัดอบรมการตรวจเหตุเดือดร้อนรำคาญและการบังคับใช้กฎหมาย ๖. จัดทำระบบฐานข้อมูลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	จังหวัดไม่จัดประชุม (โครงสร้าง ผู้รับผิดชอบ การให้ ความสำคัญ) อปท.ในพื้นที่ส่วนใหญ่ไม่มีโครงสร้าง/ ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข	๑. ส่วนกลางจัดอบรม/ ชี้แจงการดำเนินงาน ของคณะกรรมการตาม กฎหมาย ๒. ส่วนกลางจัดอบรม พัฒนาศักยภาพเจ้า พนักงานตามกฎหมาย และเจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้อง ๓. สื่อสารในการสร้าง ความตระหนัก หรือให้ ความสำคัญ (key	๑. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย (คสจ) ๒. ทต.บ้านดู่ จังหวัด เชียงราย (การนำ HIA มาเป็นเครื่องมือในการ ยกร่างข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่องกิจการหอพัก) ๓. เทศบาลตำบลป่า แม่ดจังหวัดแพร่ (ใช้ กลไก คสจ ในการแก้ไข ปัญหาในพื้นที่ประเด็น ค่าธรรมเนียมมูลฝอย และการคัดแยกขยะ)
๒. พระราชบัญญัติส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ ๑. ผู้รับผิดชอบเข้าร่วมประชุมและเข้ารับการอบรม ๒. ประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมรายชื่อเจ้าพนักงานตามกฎหมายส่งมายังส่วนกลางเพื่อทำบัตรเจ้าพนักงาน	๑. การแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ - ขาดพยาบาลวิชาชีพในระดับศูนย์อนามัย - การออกบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานโดยผู้ว่าไม่ชัดเจน ๒. ความเข้าใจในตัวกฎหมาย ๓. การสื่อสารจากส่วนกลาง ๔. บุคลากรผู้รับผิดชอบงานกฎหมายมีน้อย	man) ๔. สร้างความชัดเจนใน การดำเนินงาน (ทำ หนังสือมายังจังหวัด/ ศูนย์) ๕. ส่วนกลางให้	
๓. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ๑. ผลักดันการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ วัยรุ่นของคณะอนุกรรมการระดับจังหวัด โดยสนับสนุนการจัด ประชุม คณะอนุกรรมการระดับจังหวัด ปีละ ๒ ครั้ง๒. กำกับติดตามประเมินผลการ ดำเนินงาน ๓.ขับเคลื่อนการจัดประชุม	๑. ความชัดเจนของคณะกรรมการป้องกันระดับจังหวัด บทบาทของเลขานุการ ตัวแทนอนุกรรมการฯ ไม่ทราบ บทบาทหน้าที่ของตนเอง ๒. การให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานจังหวัด (ประธาน (ผู้ว่าราชการจังหวัด) มักมอบหมายให้ผู้อื่นเป็นประธาน การประชุม ทำให้ขาดอำนาจในการสั่งการหน่วยงานอื่นๆ)	คำปรึกษาข้อกฎหมาย	

๒.๑๑ ตำบลบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม (นางสาวปิยะวรรณ กลิ่นสุคนธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์	ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ ดำเนินการคัดเลือกพื้นที่ตำบลบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม จากพื้นที่รับผิดชอบ ๘ จังหวัด ปี ๒๕๖๑ เพิ่มเติม จำนวน ๑๒ ตำบล ผลการดำเนินงาน ๑) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ และทุก cluster บูรณาการการทำงานร่วมกัน โดยรับผิดชอบ cluster ละ ๒ ตำบล ๒) การค้นหานวัตกรรม หรือ Best Practice ในพื้นที่ดำเนินการ ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑ จำนวน ๑๔ ตำบล ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ๓) กำหนดจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนนวัตกรรม ระหว่างวันที่ ๑๖ – ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมเชียงใหม่ออรัคิด	การถอดบทเรียนนวัตกรรมภาพรวม กำหนดดำเนินการระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ กพร. เปิดให้หน่วยงานรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทางระบบ DOC จึงอาจเกิดความเสี่ยงในการดำเนินงานไม่ทันตามระยะเวลาที่ กพร. กำหนด	การดำเนินงานตำบลบูรณาการฯ โดยการทำงานร่วมกันระหว่าง Cluster เพิ่มมากขึ้น จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และต่อยอดนวัตกรรม ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ร่วมกับภาคีเครือข่าย และชุมชนได้ดีขึ้น	นวัตกรรม ขยับกาย ขยายสมอง ด้วยกิจกรรม Cup Song กลุ่มวัยเรียน กระบวนการเรียนการสอนโดยใช้การเคลื่อนไหวร่างกาย (Brain Gym) ช่วยกระตุ้นการทำงานสมอง เกิดความตื่นตัว คลายเครียด เด็กมีสมาธิ และตั้งใจเรียนมากขึ้น ขยายผลสู่ชมรมผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนต่อไป

๒.๑๒ ตัวชี้วัดตามคำรับรองฯ ของหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัย (นางสาวรุ่งนภา เยี่ยมสาคร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์	ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
คะแนนภาพรวมผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองฯ ของศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ ๑) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ รอบที่ ๑ คะแนนเฉลี่ย ๓.๙๓๔๗ (>Mean=๓.๙๒๕๘) ๒) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ รอบที่ ๒ คะแนนเฉลี่ย ๓.๖๘๔๐ (<Mean=๔.๑๖๕๘) ๓) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ รอบที่ ๑ คะแนนเฉลี่ย ๔.๖๒๘๐ (>Mean=๔.๔๒๗๘) จากผลการดำเนินงาน ๓ รอบ พบว่า ส่วนใหญ่ศูนย์อนามัยที่ ๑ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ค่าเฉลี่ยภาพรวมคะแนนผลการปฏิบัติราชการแต่ละรอบของหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัย แสดงว่า ศูนย์ฯ มีการบริหารจัดการองค์กรที่ค่อนข้างดี สอดคล้องกับคะแนนผลการดำเนินงานพัฒนาองค์กรเพื่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของศูนย์ฯ คือคะแนนตัวชี้วัด HPO/HLO และ LEAN รอบ ๕ เดือนแรก ปี ๒๕๖๑ ดังนี้ ตัวชี้วัดที่ ๒.๘ HPO/HLO ได้คะแนน ๔.๒๕๐๐ ตัวชี้วัดที่ ๒.๙ LEAN ได้คะแนน ๔.๐๐๐๐ จุดเด่น ใช้กลไก PMQA Mechanism ในการพัฒนาการดำเนินงาน มีกิจกรรมที่ทำให้เกิดการพัฒนางานวิชาการเกิดนวัตกรรม	ข้อสังเกตการรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัด HPO และ LEAN ๑. ไม่แสดงผลการเปรียบเทียบกระบวนงานเดิม กับ กระบวนงานใหม่ (LEAN กระบวนงาน) ๒. ไม่แสดงกระบวนงานใหม่ที่ตอบสนองต่อแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ๓. ไม่แสดงหลักฐานการค้นหาวิถีปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือค้นหาหน่วยงานที่มีระบบปฏิบัติการที่ดี เพื่อการเรียนรู้และใช้ประโยชน์ (ค้นหาเทียบเคียงจากหน่วยงานอื่น) ๔. ไม่แสดงหลักฐานจัดเก็บข้อมูลความต้องการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้เสีย รวมถึงตัวอย่างหน่วยงานที่มีวิถีปฏิบัติที่ดี ๕. Special Report ไม่ได้ระบุว่าเอกสารเป็นหลักฐานของขั้นตอนใด	๑. ศึกษารายละเอียดของ template ให้ชัดเจน ๒. Special report ควรระบุเอกสารแนบให้ชัดเจนว่าเป็นของขั้นตอนใด ๓. ควรจัดระบบเอกสาร/หลักฐานให้ชัดเจน ๔. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสาร/หลักฐานให้เรียบร้อยก่อนปิดระบบรายงาน	การพัฒนานวัตกรรม ทำให้เกิดนวัตกรรมขึ้นมาหลายชิ้น และมีการส่งประกวดจนได้รับรางวัลต่าง ๆ อาทิ ๑. เสืออู่นไอรัก (รางวัลชนะเลิศ LIKE Talk ภาคเหนือ ครั้งที่ ๒) ๒. ผ้าปิดตาลดโรคร้อน (รองชนะเลิศอันดับ ๑ งาน LIKE Talk ภาคเหนือ ครั้งที่ ๓ รองชนะเลิศอันดับ ๒ Green & Clean Hospital ระดับเขตสุขภาพที่ ๑) ๓. หัวฉีดเป่าลมกันสนิม (นำเสนองานวันนักประดิษฐ์ ปี ๒๕๕๙ และขยายผลลงสู่เครือข่าย รพ.สต.)

๓. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๓.๑ ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอเพิ่มเติมจากศูนย์อนามัย

๑) ศูนย์อนามัยมีความเป็นเลิศด้านอนามัยและเด็ก ประสบการณ์ที่สะสมความมาเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ สิ่งที่สะท้อนในมุมมองของกิจกรรม การเปลี่ยนถ่ายคนรุ่นใหม่ยังมีมุมมองแค่กิจกรรม ไม่ได้มองไปถึง strategy ไม่ว่าส่วนกลางหรือส่วนพื้นที่ยังเป็นคนรุ่นใหม่ เฉพาะฉะนั้นควรมองทั้งส่วนกลางและพื้นที่ ย้อนกลับไปในส่วนกลางผู้แทนมีมุมมองในแง่ของกิจกรรม หรือ strategy

๒) โครงการอาหารกลางวัน กรมอนามัยเป็นบอร์ดในคณะกรรมการ สปฐ. ซึ่งเป็นงานของกรมอนามัย เป็นการบูรณาการ ๔ กระทรวงหลัก และปัจจุบันยังดำเนินการอยู่ในสำนักโภชนาการ และโครงการสาวไทยแถมแดง ทั้งสองโครงการนี้เป็นงานพันธกิจของกรมอนามัยที่ยังไม่บูรณาการเข้าถึงคลัสเตอร์ อยากให้ cluster มองว่างานกรมอนามัย ไม่ใช่งานฝาก

๓) มีโครงการวัยรุ่นสูงดีสมส่วน ไม่ได้ถูกยกเข้ามาในแผนปฏิบัติการปี ๒๕๖๑ ฝากส่วนกลาง เพราะในปี ๒๕๖๔ จะถูกวัดว่าวัยรุ่นสูงดีสมส่วน กลางเทอมผู้ชายต้องสูง ๑๗๕ ซม. ผู้หญิงต้องสูง ๑๖๒ ซม. เพื่อเป็นการวัดผลกระทบ โครงการวัยรุ่นจะสิ้นสุดตรงนี้และเชื่อมถึงวัยทำงานให้มี BMI ปกติ

๔) หลายๆหลักสูตรจังหวัดสะท้อนมาว่าสามารถทำเองได้ โดยที่ศูนย์อนามัยไม่ต้องทำ หนึ่งในนั้นคือ หลักสูตรเพศคุ้ยได้ ฝากถึงส่วนกลางบางเรื่องทางศูนย์คิดว่าเป็นสิ่งสำคัญแต่อาจจะไม่ต้องทำเอง อาจจะถ่ายโอนภารกิจไปให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ โดยเฉพาะหลักสูตรการอบรมทั้งหลาย หรือหากคิดว่าจะทำอยากให้เป็นการบูรณาการมากกว่า เพราะ การ approach กลุ่มวัยรุ่นต้องใช้ทักษะและจิตวิทยา ซึ่งกรมสุขภาพจิตทำได้ดีมาก การบูรณาการน่าจะเป็นสิ่งที่ดี

๕) เขตสุขภาพที่ ๑ เป็นเขตที่ผู้สูงอายุเยอะที่สุด สิ่งที่พยายามขับเคลื่อนคือกลไกความร่วมมือของ ๔ กระทรวง ยังพบปัญหาคือ จังหวัดมีการขับเคลื่อนไม่ใช่แค่ ๔ กระทรวง มีคณะทำงานเดิมที่แต่งตั้งโดยกระทรวง พม. กรมกิจการผู้สูงอายุที่ดูแลเรื่องนี้โดยตรง กรมอนามัยมี part ของการดูแลสุขภาพ เมื่อมีการ MOU ทำให้พื้นที่ทำงานได้ง่ายขึ้น หลายจังหวัดทำได้ดีแต่ยังมีจังหวัดที่ยังมีปัญหายู่ว่าไม่สามารถเคลื่อนกลไกความร่วมมือ ๔ กระทรวงได้ สิ่งที่ได้รับการสะท้อนมาคือ พอเป็น Long Term Care มองว่าส่วนใหญ่เป็นระบบบริการ จะสามารถเคลื่อนระดับบนได้อย่างไรคู่มือและแนวทางการ

๖) ให้หลายๆภาคส่วนสร้างความเข้าใจให้ตรงกันว่า ในภาคสาธารณสุขเน้นเชิงส่งเสริมป้องกันร่วมด้วยและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ไม่แค่ดูแล รักษาภาวะเจ็บป่วย และยุทธศาสตร์ของการบูรณาการ ๔ กระทรวงที่ถ่ายระดับลงมาที่เขตสุขภาพหรือแม้แต่ศูนย์อนามัยเองเริ่มไม่ชัดเจน ศูนย์อนามัยสะท้อนว่าจะถ่ายระดับอย่างไรให้เป็นแนวปฏิบัติ และนำไปใช้ได้จริง

๓.๒ ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอเพิ่มเติมจากศูนย์อนามัยนิตะไขว้

๑) การทำงานบางกลุ่มวัยจะถูกแบ่งเป็นส่วนๆ ทำให้เห็นผลลัพธ์ยาก โดยเฉพาะวัยทำงาน ดังนั้นถ้าลองเปลี่ยนมุมมอง โดยใช้การเหนี่ยวนำจากกลุ่มวัยอื่นในการทำให้วัยทำงานมีสุขภาพที่ดีขึ้น อาจจะเป็นวิธีการทำงานแบบใหม่ เช่น ไม่มีโครงการเรื่องฟันในกลุ่มวัยทำงาน ถ้าณรงค์สามกลุ่มวัยพร้อมกัน ทั้งกลุ่มวัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ จะทำให้มีการเหนี่ยวนำตามกัน เช่นเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพ หากใช้การทำงานสามกลุ่มวัย จะเกิดการเหนี่ยวนำภายในครอบครัว ดังนั้นต้นแบบที่ดีที่สุดคือครอบครัว เสนอคิดโครงการใหม่ในสามกลุ่มวัยพร้อมกัน อาจจะได้รูปแบบการทำงานหรือผลลัพธ์อีกแบบที่ดีขึ้น

๒) อยากเห็นภาพกลุ่มวัยทำงานในการส่งต่อช่วงวัยสูงอายุ กรมมีวิธีการอย่างไรที่จะเชื่อมได้ จะเริ่มต้นอย่างไร มีส่วนไหนที่จะบูรณาการได้จากข้างบนก่อนที่จะลงมาสู่ข้างล่าง ให้เป็นการบูรณาการ เป็น cluster อย่างแท้จริง

๓.๓ ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะจากประธาน

๑) ในการนิเทศงานครั้งต่อไป ในประเด็นปัญหาให้ตัดประเด็นบุคลากร(เช่น ภาระงานมาก คนใหม่ ยังขาดทักษะประสบการณ์) และงบประมาณออกไปได้เลย ภาระงานของแต่ละคนไม่เท่ากัน หน้าที่สำคัญคือ บุคลากรที่มีอยู่จำกัดทำอย่างไรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด การระบุว่าบุคลากรไม่เพียงพอ งบประมาณไม่เพียงพอ อาจจะไม่ใช่ปัญหา หากะบ่งชี้ว่างานจากส่วนกลางมีความซ้ำซ้อนกัน ทำให้ workload ที่เกิดขึ้นด้วยบุคลากรที่มีอยู่ตอบโจทย์ยากลำบาก ทั้งนี้ เป็นข้อเสนอให้คณะผู้นิเทศส่วนกลางรับไปพิจารณาต่อ

๒) การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มชาติพันธุ์และศูนย์อนามัยที่ ๑ ตัวอย่าง หากแบ่งพื้นที่รับผิดชอบออกเป็น section เช่น ศูนย์อนามัยดูแลรับผิดชอบในพื้นที่ราบ กลุ่มชาติพันธุ์ดูแลรับผิดชอบในกลุ่มพื้นที่สูง จะทำให้ตัวเลขของสองพื้นที่ไม่รวมกัน ทำให้มองเห็นปัญหาได้ชัดเจน

๓) หากมีข้อคำถามในเรื่องของงานโภชนาการของนักเรียน ให้เข้าไปทำความเข้าใจกับ Thai School Lunch Program จะสามารถตอบโจทย์ของพื้นที่ได้

๔) เป็นห่วงเรื่องการเก็บข้อมูลมา ข้อมูลน่าจะเชื่อมโยงร้อยเรียงมากกว่านี้ เช่น ผลการดำเนินงานของพื้นที่ในอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ประสบความสำเร็จมากกว่า ๗๐% ในขณะเดียวกันยังพบปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ แสดงว่า อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ไม่ได้สัมพันธ์กับเป้าหมายสูงสุดเท่าไร

๕) เขตสุขภาพที่ ๑ เป็นพื้นที่ที่มีการรวมตัวเป็นกลุ่ม เช่น เรื่องสิ่งแวดล้อมมีการรวมตัวรณรงค์ทำกิจกรรม กลุ่มวัยทำงานโดยทัศนคติเป็นคนดูแลคนอื่น approach ของกลุ่มวัยทำงานเป็น issued based ฝากศูนย์อนามัยที่ ๑ ช่วยคิดว่า กลุ่มที่เป็น social marketing การสนับสนุนหรือการมีส่วนร่วมกับกลุ่มคนเหล่านี้ในการทำกิจกรรมสำคัญเชิงสุขภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะนำองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่จะตอบโจทย์วัยทำงานในมิติต่างๆหรือตอบโจทย์องค์ความรู้ในพื้นที่ ถ้าสามารถทำส่วนนี้ได้ จะตอบโจทย์ PA ของเราได้
