

สรุปการประชุมคณะกรรมการบริหารแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒
พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ และการคลังและงบประมาณ กรมอนามัย ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐
วันอังคารที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๔.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมกัธร สุวรรณกิจ ชั้น ๑ อาคาร ๑ ตึกกรมอนามัย

ผู้มาประชุม

คณะกรรมการอำนวยการบริหารยุทธศาสตร์

๑. นายแพทย์วชิระ	เพ็งจันทร์	อธิบดีกรมอนามัย	ประธาน
๒. นายแพทย์ณัฐพร	วงศ์ศุทธิภากร	รองอธิบดีกรมอนามัย	
๓. นายแพทย์อรรถพล	แก้วสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ/ ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ	
๔. นายแพทย์กิตติพงศ์	แซ่เจ็ง	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	
๕. นางสาวสิริวรรณ	จันทนจุลกะ	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	
๖. นางเกษร	ศุภกุลธาดาศิริ	(รท.) ผู้อำนวยการกองคลัง	
๗. นางศรีวิภา	เลี้ยงพันธุ์สกุล	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	
๘. นายแพทย์พนิต	โล่เสถียรกิจ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	

คณะกรรมการดำเนินงานบริหารยุทธศาสตร์กรมอนามัย

๙. นางสาวปิยะวรรณ	กลิ่นสุคนธ์	(แทน) นางสาวพิริยา วัฒนารุ่งกานต์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ	
๑๐. นางพัชรี	วารีนิล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี	
๑๑. นางณัฐวรรณ	เขาว์ลิลิตกุล	นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ	
๑๒. นางณิรนุช	อภาจารัส	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	
๑๓. นางนัทธ์หทัย	ไตรฐิน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	
๑๔. นางจารุทัศน์	ตั้งกัทธิชัย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน	
๑๕. นางปภาวี	ไชยรักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	
๑๖. นายไพสิฐฐ์	โกศลวัฒน์	(แทน) นางปวิญญา สีทธิพร กองการเจ้าหน้าที่	
๑๗. นายทรงวุฒิ	สอนสุด	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ กองคลัง	
๑๘. นางกุลนันท์	เสนคำ	(แทน) นายธวัชชัย บุญเกิด กองแผนงาน	

ผู้ไม่มาประชุม เนื่องจากติดราชการ

คณะกรรมการอำนวยการบริหารยุทธศาสตร์

๑. นายแพทย์ธงชัย	เลิศวิไลรัตนพงศ์	รองอธิบดีกรมอนามัย
๒. นายแพทย์ดเนิน	ธีวันดา	รองอธิบดีกรมอนามัย
๓. นายแพทย์ชัยพร	พรหมสิงห์	หัวหน้าสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๔. ทนตแพทย์ดำรง	ดำรงเลาหะพันธ์	(รก.) ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่
๕. นายสืบพงษ์	ไชยพรรค	ผู้อำนวยการกองแผนงาน
๖. นายแพทย์เกษม	เวชสุทธานนท์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี

ผู้เข้าร่วมประชุม

๗. นายแพทย์สมพงษ์	ชัยโอภาณนท์	(รก.) นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านโภชนาการ) สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๘. นายแพทย์ชลทิศ	อุไรฤกษ์กุล	(รก.) นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๙. ทนตแพทย์หญิงปิยะดา	ประเสริฐสม	ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข
๑๐. แพทย์หญิงนภาพรรณ	วิริยะอุตสาหกุล	ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ
๑๑. นายแพทย์กิตติ	ลาภสมบัติศิริ	(รก.) ผู้อำนวยการกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ
๑๒. นายแพทย์อุดม	อัศวตมางกูร	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ
๑๓. นางสาวพาสณา	ชมกลิ่น	(แทน) นายสมศักดิ์ ศิริวนารังสรรค์ (รก.) ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
๑๔. นายสมชาย	ตู้แก้ว	ผู้อำนวยการศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข
๑๕. นางสาวนพเก้า	พรหมมี	ผู้อำนวยการศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย
๑๖. นายแพทย์ศักดิ์ดา	อัลภาชน์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก/ ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารการเปลี่ยนแปลง
๑๗. นางสาวพรรณธิภา	ศรีชนะ	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๑๘. นางจินตนา	พัฒน์พงศ์ธร	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักส่งเสริมสุขภาพ
๑๙. นางอมราภรณ์	สุพรรณวิวัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข
๒๐. นางสาวสุพรรณณี	สุคัณวารานิล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข
๒๑. นางกุลพร	สุขุมมาตระกุล	นักวิชาการโภชนาการชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ
๒๒. นางสาวสุรียรัตน์	พิพัฒน์จารุกิตต์	นักโภชนาการปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ

๒๓. นางนงพะงา	ศิวานุวัฒน์	(ร.ก.) นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ
๒๔. นางสาวณัชชา	เปรมประยูร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ
๒๕. นายสุทิน	ปุณศรีภักดิ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ
๒๖. นางวิมล	บ้านพวน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
๒๗. นางอรวรรณี	อนันตรสุชาติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
๒๘. นางสาวพัชนี	เพลินพร้อม	เจ้าหน้าที่ประสานงานโครงการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
๒๙. นางพรสุดา	ศิริ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
๓๐. นางสาวปิยาภัสร์	ชูแก้วงาม	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
๓๑. นางสาวนวิรัตน์	อภิชัยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
๓๒. นางณัตตินันท์	เทพเฉลิม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
๓๓. นางกชกร	สกุลจรัส	พนักงานธุรการ ส. ๓ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
๓๔. นางสาวพาสนา	ชมกลีน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
๓๕. นางสาวไศรยา	ชูศรี	นักวิชาการสาธารณสุข กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
๓๖. นางกมลวรรณ	เสาร์สุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุข กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
๓๗. นางมะลิลา	ตันติยุทธ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข
๓๘. นายเกษิภัท	เจี๊ยะทา	นักวิชาการเผยแพร่ สำนักงานเลขานุการกรม
๓๙. นายสกล	นิลเทียม	นายช่างไฟฟ้า สำนักงานเลขานุการกรม
๔๐. นายวิชัยพล	ฉินทอง	ช่างซ่อมบำรุงงานอาคารสถานที่ สำนักงานเลขานุการกรม
๔๑. นางวิมล	โรมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานบริหารการเปลี่ยนแปลง

๔๒. นางเกศรา	ประเสริฐจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานบริหารการเปลี่ยนแปลง
๔๓. นายอนุกุลกิจ	พุกาธร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน
๔๔. นายคุณยวัฒน์	มาป๋อง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน
๔๕. นางสาวสิริรัตน์	อยู่สิน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองแผนงาน
๔๖. ว่าที่ร้อยตรีสมพร	สมทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองแผนงาน
๔๗. นายสุทธิพัฒน์	สันติชานูวัตร	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ กองแผนงาน
๔๘. นางสาวเขมณัฏฐ์	ศิริเชาวพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุข กองแผนงาน
๔๙. นางสาววิรัชพรรณ	สุธาพานิชย์	นักวิชาการสาธารณสุข กองแผนงาน
๕๐. นางสาววารภรณ์	บุญช่วย	นักวิชาการสาธารณสุข กองแผนงาน

เปิดประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ ประธานแจ้งที่ประชุมรับทราบ

นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย ประธานการประชุม แจ้งที่ประชุมว่าจะติดตาม ๒ เรื่องคือ ๑) ความก้าวหน้าเรื่อง Health Literacy และ ๒) ความก้าวหน้าการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙ โดยมอบหมายนางวิมล โรมา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ จากสำนักงานบริหารการเปลี่ยนแปลง และผู้แทนกองแผนงาน เป็นผู้นำเสนอตามลำดับ

๑.๑ ความก้าวหน้าเรื่อง Health Literacy

นางวิมล โรมา แจ้งให้ที่ประชุมรับทราบความก้าวหน้าเรื่อง Health Literacy ว่าจากการประชุมวิป ๓ ฝ่าย ที่ทำเนียบรัฐบาล สภาขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูปประเทศได้เสนอการปฏิรูปเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัยโดยนายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองอธิบดีกรมอนามัย และนางวิมล โรมา ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ไปประชุมร่วมกับผู้อำนวยการ สนย. มีการนำเสนอ ๒ ส่วน คือ ส่วนของกรมอนามัยและส่วนของกระทรวงสาธารณสุข โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบกรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลักในการประสานกรมต่างๆ ขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศไทย นอกจากนี้ยังได้อธิบายเหตุผลว่า “ทำไมจะต้องทำเรื่อง Health Literacy” เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอยู่ในระดับต่ำ และยังไม่เคยมีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมระดับประเทศ มีการทำเพียงบางส่วนในเด็ก ๗-๑๘ ปี ประเมินเรื่องสุขบัญญัติ ส่วนในระดับประเทศ ประเมินเรื่อง ๓๐ ๒๕ ๑๗ ซึ่งยังไม่สะท้อนภาพรวมของประเทศ แต่ทั่วโลกได้ประเมินโดยใช้เครื่องมือเดียวกัน ส่วนประเทศไทยทำโดยมหาวิทยาลัยมหิดลสมัครเป็นสมาชิกของ Health Literacy ของเอเชียซึ่งจะจัดประชุมที่ไต้หวันสิ้นเดือนมกราคม ได้มีการเสนอให้มีคณะกรรมการระดับชาติในการขับเคลื่อน Health Literacy และพัฒนาในเรื่องการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพโดยคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมาย จะต้องมีการประเมินระดับประเทศ มีคณะกรรมการระดับประเทศ มีเจ้าภาพที่รับผิดชอบโดยตรง และการผลิตสื่อต่างๆ ต้องอาศัยความร่วมมือโดยเน้นการเข้าถึงประชาชนที่เข้าใจอย่างง่าย สื่อที่ประชาชนเข้าถึงโดยเฉพาะ Social Media ที่จะต้องพัฒนาและเร่งผลิตสื่อที่มีคุณภาพเพื่อให้ถึงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงต่างๆ ซึ่งใน

/ที่ประชุม...

ที่ประชุมมีกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมเข้าร่วมประชุมด้วย และได้ทำ MOU กับกระทรวงสาธารณสุขโดย นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีแผนที่จะลงนามความร่วมมือระหว่างกัน

ด้านสถานีวิทยุแห่งชาติ (สนช.) ให้ความเห็นว่า สื่อของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสื่อที่เข้าใจยาก ใช้ศัพท์ของแพทย์/พยาบาล ต้องได้รับความร่วมมือกับกระทรวงต่างๆ โดยอาศัยบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญ เช่น เอกชน, NGO หรือสื่อมวลชน สื่อสัมพันธ์ต่างๆ รวมทั้งต้องมีภาคประชาชนมาแสดงความคิดเห็นว่าต้องการอะไร อยากรู้อะไร ให้ตรงกับความต้องการของบุคคลเหล่านั้น ตลอดจนเรื่องของงบประมาณในการจัดทำแผนพับของส่วนราชการ จะถูกตัด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่แจกคนไข้แล้วไม่ค่อยได้ใช้ ให้เน้นสื่อที่เข้าถึงตัวประชาชนทางอินเทอร์เน็ต เพราะสมัยนี้เป็นยุคดิจิทัล ยุคไทยแลนด์ ๔.๐ ควรที่จะพัฒนาสื่อให้เป็น Digital Media ด้วย กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญคือสถาบันการศึกษาที่จะต้องร่วมมือกันในทุกระดับรวมถึงสถานบริการสุขภาพ สถานที่ทำงาน โดยเฉพาะสถานประกอบการต่างๆ จะต้องเป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพคือ Health Literacy Organization ในขณะเดียวกันจะต้องทำให้เกิด Health Literacy Community คือชุมชนท้องถิ่นจะต้องเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นกระทรวงศึกษาธิการที่ต้องขยายให้ประชาชนรู้หนังสือมากที่สุด ข้อมูลการพัฒนาการเด็กยังคงล่าช้า ต้องอาศัยความร่วมมือ เสาะแสวงหาความรู้หาข้อมูลและตัดสินใจข้อมูลที่ต้องการที่จะปฏิบัติและเผยแพร่ต่อด้วยข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม และสนับสนุนการศึกษาวิจัยให้มี Center of Excellence ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายการสื่อต่างๆ ที่ภาครัฐมีอยู่ รวมทั้งรายการสื่อทางทีวีจะต้องมีการบริหารจัดการเพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้องได้อย่างทันที่ จัดให้มีการสำรวจในประชาชนกลุ่มต่างๆ ทั้งประเทศ ต่อเนื่องกันทุก ๓-๕ ปี ในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งจะเป็น National Examination Survey โดยจะต้องสรุปการประชุมทั้งหมดและนำเสนอคณะรัฐมนตรีต่อไป ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเรียนปรึกษาท่านปลัดกระทรวงฯ ในการหารือตั้งคณะกรรมการระดับกระทรวง ส่วนของกรมอนามัยวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๐ ขอเชิญผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบเรื่อง Health Literacy ๒ ท่าน มาทำความเข้าใจให้ตรงกันเรื่องหลักการและแนวคิด

ประธานการประชุม

สรุปเรื่อง Health Literacy โดยสมาชิกเคลื่อนเพื่อการปฏิรูปประเทศหรือ สปท. คือทำเรื่อง Health Literacy ให้เป็น Agenda ความรอบรู้หรือแตกฉานด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนล้วนกรองเลือกรับนำไปสู่การตัดสินใจว่าจะรับหรือไม่รับสินค้าบริการสุขภาพนั้นๆ จะปรับหรือไม่ปรับพฤติกรรมตัวเองเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี จะใช้หรือไม่ใช้สินค้าที่รัฐบาลจัดให้ คือ รับ ปรับ ใช้ เพื่อเป็นประโยชน์กับตัวเอง การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ ข้อมูลเรื่องการบริการสุขภาพ การเข้าใจนำไปสู่การตัดสินใจ และเมื่อรับ ปรับ ใช้ ได้ผลต้องบอกต่อได้ ประเทศไทยยังไม่เคยมีการประเมินระดับชาติ ยังไม่เคยมีการเฝ้าระวังระดับชาติ ที่สำคัญยังไม่มีการบ่งชี้ว่าข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับประชาชนคืออะไร เป็นจุดอ่อนของประเทศไทย ส่วนจีนบ่งชี้แล้วในทุกกลุ่มวัยตาม Life Course Approach ๖๖ ชุดข้อมูล ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) กลุ่มพื้นฐาน ๒) กลุ่ม Life Style ๓) Health Skill ส่วนยุโรปได้ทำร่วมกันทั้งออกแบบชุดความรู้ใน ๓ Modules ๑๒ ชุดความรู้ โดย ๓ Modules คือ ๑) การบริการสุขภาพ ๒) การป้องกันควบคุมโรคด้วยตนเอง ๓) การส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง โดยแต่ละ Module มี ๔ ชุดความรู้ รวมเป็น ๑๒ ชุดความรู้ ประเทศที่ประเมินดีที่สุดในยุโรปคือ ประเทศเนเธอร์แลนด์ คือ ๓๐ เปอร์เซนต์ Health Literacy เป็นเรื่องประเทศไทยต้องใส่ใจอย่างจริงจัง การที่จะทำ Health Literacy ได้ดี พื้นฐานอยู่ที่ General Literacy โดยเฉพาะ Reading Literacy คืออ่านออก เรื่องนี้จะใช้อำนาจทางการบริหารคือคณะรัฐมนตรี เสนอ ครม. ให้เป็นวาระแห่งชาติและมีกรรมการขับเคลื่อนระดับชาติ โดยคาดว่ากรมอนามัยน่าจะเป็นเลขานุการของคณะกรรมการแห่งชาติ และคณะกรรมการกระทรวงเป็นหน้าที่ของกรมอนามัย ศูนย์อนามัยหลายแห่งเตรียมการแล้ว เช่น ศูนย์อนามัยที่ ๑๓ เตรียมพัฒนาตนเองเป็น Health Literacy Organization กรมอนามัยได้ทำ Health Plaza ที่สามารถพัฒนาไป Health Literacy Organization ได้ไม่ยาก

ที่ประชุม รับทราบ

๑.๒ ความก้าวหน้าการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙

นางกุลนันท์ เสนาคำ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ ผู้แทนกองแผนงาน นำเสนอความก้าวหน้าการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙ เริ่มตั้งแต่กรอบการทำงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (PP Excellence) เป็น ๑ ใน ๔ ยุทธศาสตร์หลักในแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยกรมอนามัยเป็นเจ้าภาพในการขับเคลื่อน PP ร่วมกับกรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และให้เขตสุขภาพขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ โดยมีศูนย์อนามัยเป็นเลขาคำดำเนินงาน วัตถุประสงค์หลักคือเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙ และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ สำหรับเป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทย โดยมีกลไกการดำเนินงานและกรอบระยะเวลา ๔ ระยะ โดยกิจกรรมสำคัญที่จะมีขึ้นในเดือนมีนาคมคือการจัดการประชุมขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ ระดับประเทศ (Promotion and Prevention Excellence Strategic Plan Forum) วันที่ ๒๙-๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมเซ็นทารา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม

ประธานการประชุม

PP Excellence เป็นกรอบหนึ่งใน ๔ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ๑๐ ปี พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙ แต่ระหว่างที่ดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์จะมีการขับเคลื่อนและพัฒนาไปพร้อมๆ กัน โดยอิง Evidence Based ทบทวนเรื่องราวในอดีตถึงปัจจุบันทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับ PP Excellence นำไปสู่การกำหนดแนวคิดและทิศทางตลอดจนแนวทางการดำเนินงานในอนาคต การประชุมขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ ระดับประเทศ (Promotion and Prevention Excellence Strategic Plan Forum) วันแรก (๒๙ มีนาคม ๒๕๖๐) จะเป็น Input ที่สำคัญ คือการทบทวนสถานการณ์ วันที่ ๒ (๓๐ มีนาคม ๒๕๖๐) จะแสดงให้เห็นว่าเรื่องนี้มีการปฏิบัติได้จริงในระดับพื้นที่ โดยมีพื้นที่ต้นแบบที่คัดเลือกโดยศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๓ ใน ๑ เรื่องจะประกอบด้วย ๑ องค์การ (Setting) และ ๑ พื้นที่ (Area) ช่วงเช้านำเสนอสั้นๆ ไม่เกินเรื่องละ ๕ นาที โดยศูนย์วิชาการเขต (ไม่จำเป็นต้องเป็นศูนย์อนามัย) ส่วนภาคบ่ายจะเป็นการเสวนาโต๊ะกลม วันสุดท้าย (๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐) จะเป็นการสรุปว่าการขับเคลื่อนได้จริงเรื่อง PP Excellence จะอยู่ในพื้นที่ นอกจากวัตถุประสงค์ในการพัฒนายุทธศาสตร์แล้ว วัตถุประสงค์หลักที่กรมอนามัยให้ความสนใจค่อนข้างมากคือกลไกขับเคลื่อนเรื่อง PIRAB โดย ๑) Partnership (P) ครั้งนี้เป็นพันธมิตรพลังทุกภาคส่วน เป็นการสร้าง รวมพลัง สานพลัง และเสริมพลังซึ่งกันและกันของ Partner กรมอนามัยที่จะช่วยกันขับเคลื่อนในรูปแบบ Partnership Management ๒) Building Capacity (B) คือต้องสร้างคนของกรมอนามัยให้พัฒนายุทธศาสตร์เป็นทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ได้ ๓) Advocacy การชี้นำ ชี้เป้า ฝ่าทุ รู่การเปลี่ยนแปลง การเป็นปาก เป็นเสียง/ตีฆ้องร้องป่าว ๔) Investment หรือ Finance Mechanism Management จะหาเงินจากแหล่งใด เป็นเรื่องสำคัญที่เจ้าหน้าที่กรมอนามัยต้องมีศักยภาพเพียงพอที่ต้องขับเคลื่อน สุดท้ายถ้าไม่ได้ผลจริงๆ จึงค่อยปกป้องประชาชนด้วยการทำ ๕) Law and Regulation เป็น Hard Tool คือเครื่องมือที่จะใช้เมื่อใช้เครื่องมือ Soft Tool อื่นๆ ไม่ได้ผลแล้วจึงหยิบเรื่องนี้มาใช้ กรมอนามัยอยู่ระหว่างการทดลองใช้ Hard Tool ๒ เรื่อง ซึ่งเป็นเรื่องใหม่มากสำหรับกรมอนามัยและใหม่มากสำหรับคนไทยคือการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ Milk Code ดังนั้น ทุกหน่วยงานจะได้เรียนรู้ โดยส่งรายชื่อส่วนกลางมาหน่วยงานละ ๒-๓ คน ศูนย์อนามัยละ ๕-๖ คน เลือกคนที่ใช่ และอธิบดีกรมอนามัยจะเป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจว่าใช่จริงหรือไม่โดยสอบถามกองแผนงานว่า ๑) มีทักษะพื้นฐาน/สมรรถนะพื้นฐานในเรื่องการพัฒนาและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อย่างไร ๒) มีความตั้งใจ Willing มากน้อยเพียงใด ๓) อยู่ใน Generation ไດ โดยแบ่งเป็น ๓ Generation คือ อายุ > ๕๐, > ๔๐ /ตั้งใจ...

และ > ๓๐ ปี เนื่องจากการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทำ ๒๐ ปี แต่เรื่องนี้ทำ ๑๐ ปี กรมอนามัยต้องพัฒนาคน/ Capacity Building ตัวสุดท้ายของ PIRAB ในทุกช่วงอายุ เพื่อความยั่งยืนของกรมอนามัยในระบบส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม เพราะเป้าประสงค์กรมอนามัยชัดเจน “ประชาชนสุขภาพดี ภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบอนามัยยั่งยืน (ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม)” ขณะนี้บางหน่วยงานส่งรายชื่อมาแล้ว ขอให้กลับไปทบทวนเพราะถือว่าเรื่องนี้เป็น Spring Board สำคัญ ที่นำกรมอนามัยไปสู่จุดยืนหรือ Positioning ที่เราวางไว้ คือ กรมอนามัยเป็น National Lead และศูนย์อนามัยเป็น Regional Lead

ที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมฯ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙

๒.๑ รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ และการคลังและงบประมาณ กรมอนามัย ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙ เมื่อวันที่อังคารที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๙

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙ เมื่อวันที่อังคารที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๙

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อพิจารณา

๓.๑ ข้อมูลสนับสนุนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่เกี่ยวข้องกักรมอนามัย (Web Conference)

ตัวชี้วัด	การนำเสนอ และข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	ข้อเสนอแนะและประเด็นมอบหมายจากประธานการประชุม
<p>A : อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ (Natural Increase Rate : NIR)</p>	<p>นายอนุกิจ พุกาธร กองแผนงาน นำเสนอกราฟ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> อัตราเพิ่มตามธรรมชาติภาคเหนือ อีสาน กลาง ใต้ ปี ๒๕๕๘ อัตราเพิ่มตามธรรมชาติแยกรายจังหวัดและรายเขตในแต่ละภาค ปี ๒๕๕๘ <p>ข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะ นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์</p> <ol style="list-style-type: none"> สถิติที่นำเสนอเป็นสถิติชีพใช้ในเรื่องการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ถ้าจะให้สมบูรณ์เพิ่มเติมต้องมีการคิดร้อยละของประชากรแยกรายกลุ่มอายุของแต่ละจังหวัด แต่ละภาค แต่ละเขต จะเห็นภาพที่ชัดเจน ปัญหาขณะนี้ ค่า TFR ต่ำ จากสถิติสาธารณสุขอีกหลายเรื่องแสดงให้เห็นถึงการเกิดด้อยคุณภาพ ไม่ว่าจะ Low Birth Weight/พัฒนาการเด็ก/Infant Mortality Rate จึงเน้นเรื่องการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยเป็นแผน ๑๐ ปี กำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายที่สำคัญ ๗ ตัวชี้วัด ตามเอกสารประกอบการประชุม จะมีการจัดประชุมทำ Action Plan ภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์ฯ ในวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ณ โรมแรมเอเชีย จึงขอเชิญหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม 	<ol style="list-style-type: none"> อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ จะเห็น severity ของแต่ละจังหวัดแต่ละเขตที่มีการเกิดน้อย ไม่พอเพียงที่จะทดแทนประชากร ขอให้ใช้ข้อมูลนี้ร่วมกับอัตราการเจริญพันธุ์รวมและพีรามิดประชากรหรือปัจจุบันที่เรียกว่าระฆังประชากรหรือคทาประชากร เป็นการคำนวณที่พื้นฐานสุดคือเกิดลบตายในแต่ละปี แต่ละเขต แต่ละจังหวัด ซึ่งทะเบียนราษฎรขึ้นทะเบียนไว้ค่อนข้างน่าเชื่อถือมาก ส่วนนโยบายและยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ขอให้ทุกคนศึกษา ๗ ตัวชี้วัด ซึ่งเชื่อมโยงกัน คือ ๑) อัตราการเจริญพันธุ์รวม หาไม่ได้ถึงระดับจังหวัด แต่มีอัตราการเพิ่มตามธรรมชาติที่ทำได้ โดยดูประกอบกับพีรามิดประชากรที่, ๒) ร้อยละการตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนมาก่อน ยังไม่มีข้อมูล เช่นเดียวกัน ถ้าจะแก้ปัญหาเรื่องนี้ ทุกการตั้งครรภ์ต้องมีความตั้งใจที่มีบุตรและมีการวางแผน, ๓) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๒๐-๓๔ ปี มีข้อมูล, ๔) อัตราส่วนการตายมารดา (MMR) มีข้อมูล, ๕) อัตราการตายทารกแรกเกิด มีข้อมูล, ๖) ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย มีข้อมูล แต่จะสอบทานต่อไปจนถึงเด็ก ป.๑ ว่า มี IQ และ EQ อย่างไร และ ๗) ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน มีข้อมูล ดังนั้นเล่มนี้มี ๕ องค์ประกอบใหญ่ ๑) ว่าด้วยเรื่องการส่งเสริมการเกิด, ๒) ว่าด้วยภาวะโภชนาการในเรื่องวัยเจริญพันธุ์แม่และเด็ก วัด Total Fertility Rate (TFR) ๖ ตัวชี้วัด , ๓) ว่าด้วยบริการพื้นฐานด้านสุขภาพสำหรับแม่และเด็ก มี ๒ ตัวสำคัญคือ Maternal Mortality Rate (MMR) กับ Infant Mortality Rate (IMR), ๔) ว่าด้วยการเจริญเติบโตของเด็กช่วงปฐมวัย วัดโดยสูงดีสมส่วน และ ๕) software พัฒนาการเด็ก วัดต่อไปถึง ป.๑ คือ IQ และ EQ ครบถ้วน

ตัวชี้วัด	การนำเสนอ และข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	ข้อเสนอแนะและประเด็นมอบหมายจากประธานการประชุม
B : ระดับสติปัญญา(IQ) เฉลี่ยเด็กชั้น ป.๑	<p>นายอนุภักดิ์ พุกาธร กองแผนงาน นำเสนอกราฟ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยเด็กชั้น ป.๑ ปี ๒๕๕๙ แยกตามเขตสุขภาพ ระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยเด็กชั้น ป.๑ ปี ๒๕๕๙ แยกรายจังหวัดและรายเขตในแต่ละภาค ปี ๒๕๕๙ <p>ข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะ</p> <ol style="list-style-type: none"> นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร สำนักส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาการถ้าเราเอามา Cross กับ ความสัมพันธ์ของ EQ จะเห็นว่าจังหวัดอุบลราชธานีที่ต่ำจะสอดคล้องกับพัฒนาการที่ต่ำสุดด้วย และสอดคล้องกับอีกหลายประเด็น เช่น ประเด็นภาวะโภชนาการของมารดาในจังหวัดภาคอีสานมีภาวะซีดสูง ภาวะโภชนาการของเด็กเองทั้งผอม เตี้ย อ้วน และอีกประเด็นคือเด็กที่เตี้ยจะมีสุขภาพไม่ค่อยดีในเรื่องโรค อูจาระร่วงและปอดบวม รวมถึงการกินนมแม่ 	<ol style="list-style-type: none"> ให้สอบทานกับเรื่องพัฒนาการเด็ก กรมอนามัยทำเรื่อง ๑,๐๐๐ วัน มหัทจรรย์ ปัจจัยที่กรมอนามัยจัดการได้มี ๓ ปัจจัย คือ ๑) โภชนาการในแม่ และเด็กจนถึง ๒ ขวบ ๒) การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ซึ่งมีเครื่องมือ DSPM ดีกว่าเครื่องมือเก่า ที่สำคัญคือมีการคัดกรอง เฝ้าระวังโดยพ่อแม่ได้ เมื่อเจอสงสัยล่าช้า มีวิธีการกระตุ้น ๓) Toxic Stress ที่สำคัญมากคือพ่อแม่ทำ ความรุนแรงกับเด็กโดยไม่รู้ตัว พัฒนาการเด็ก IQ และ EQ และความสัมฤทธิ์ผลทางการศึกษา มอบศูนย์ อนามัยนำข้อมูลจากหลายแหล่งมายืนยันกันอย่างไรมีหลักการและหลักฐาน จะทำให้เป็น Smart Inspector และ Smart Technical Supporter ได้
C : Global Nutrition Target (GNT)	<p>นายอนุภักดิ์ พุกาธร กองแผนงาน นำเสนอกราฟ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม) ประกอบด้วย ๖ องค์ประกอบ คือ Stunt, Anemia, Low Birth Weight (LBW) , Childhood Overweight, Breastfeeding และ Wasting</p> <p>ข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะ</p> <p>๑. แพทย์หญิงนภาพรณ วิริยะอุตสาหะกุล</p> <p>- GNT เกิดเมื่อปี ๒๐๑๒ ตามมติสมัชชาอนามัยโลก ที่ให้ทุกประเทศต้องทำแผนเพื่อพัฒนาโภชนาการในแม่และเด็ก ซึ่งเด็กหมายถึงเด็กทารกและเด็กเล็ก ๐-๕ ปี โดยการที่จะทำให้ถึงเป้าหมายนั้นจะต้องมีการรวมพลังทุกภาคส่วน ประเทศไทยจะมีการทำข้อมูลร่วมกันที่เป็นสากลในแม่และเด็กคือ MIC Survey ซึ่งจะตอบได้ แต่ตอบได้ไม่ครบทั้ง ๖ Targets โดยเฉพาะเรื่อง Anemia ส่วน LBW เป็นปัญหาของทุกประเทศ เพราะวิธีการเก็บไม่เหมือนกัน ดังนั้นถ้าได้อ่านใน GNT report จะมีแค่ ๕ ตัวชี้วัด ไม่รวม LBW การทำ MIC Survey ในประเทศไทย หน่วยงานหลักคือสำนักงานสถิติแห่งชาติ ออกแบบ</p>	<ol style="list-style-type: none"> GNT ต้อง Reach Target ภายในปี ๒๐๑๕ เจ้าภาพหลักคือ UNICEF และ WHO นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ SDGs เจ้าภาพหลักคือ UN และภายใต้ UN จะมีองค์กรชำนาญการ ถ้าองค์กรชำนาญการด้านสุขภาพเรียก องค์กรอนามัยโลก ถ้าองค์กรชำนาญการด้านพิทักษ์สิทธิเด็ก คือ UNICEF ส่วน การ Report เรื่อง GNT ผ่านการสำรวจแบบ MICS องค์กร UNICEF ได้ให้ทุนสำนักงานสถิติ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยไปร่วม และทีม นักวิชาการ เช่น สถาบันโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดลเข้าไปร่วมด้วย GNT เชื่อมโยงกับ SDGs ถ้ากรมอนามัยจะเป็นผู้นำต้องเชื่อมโยงกับ นานาชาติว่ากำลังขับเคลื่อนเรื่องนี้อย่างไร โดยสรุปเรื่อง SDG ๑๗ Goals เรื่อง GNT เกี่ยวข้องกับเป้าหมายที่ ๒ เรื่องยุติความหิวโหยโดยเฉพาะในเด็ก ประเทศไทยเป็นตัวอย่งที่ดีที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ทำเรื่อง โภชนาการอย่างเข้มข้นและเข้มแข็งโดยเฉพาะในกลุ่มคนชายขอบ เช่น บน พื้นที่สูง ที่พระองค์ทำที่โรงเรียน ดตชด .เป็นต้น

๑

ตัวชี้วัด	การนำเสนอ และข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	ข้อเสนอแนะและประเด็นมอบหมายจากประธานการประชุม
	<p>วิธีการโดย UNICEF เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นสากลใช้ได้ทุกประเทศที่ดำเนินการร่วมกัน โดย UNICEF ประเทศไทย ซึ่งสำนักโภชนาการได้ร่วมในการออกแบบวิธีการ และมีส่วนในการรับทราบผล ซึ่งล่าสุดยังอยู่ในกระบวนการ คาดว่าไม่เกินไตรมาสที่ ๓ น่ามีผลเป็นทางการ</p> <p>- เรื่องโภชนาการจะเกี่ยวข้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนหรือ Sustainable Development Goals (SDGs) เป้าหมายที่ ๒ End Hunger ซึ่งขณะนี้ ประเทศไทยอยู่ระหว่างการสมัครเข้าร่วม Zero Hunger Challenge ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายที่ ๒ โดยล่าสุดสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ได้รับแต่งตั้งให้เป็น Special Ambassador เรื่อง Zero Hunger ด้วย</p>	
	<p>๒. นายแพทย์กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ข้อมูล LBW ของจากทะเบียนราษฎรเช่นเดียวกับ สนย. เป็นข้อมูลที่ตรงกัน โดยนับจากจำนวนการเกิดทั้งหมดที่แจ้งเกิดด้วยเลข ๑๓ หลัก ซึ่งจะระบุน้ำหนักทุกคน สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ ถ้าจะสอบถามกองแผนงานอาจเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังจาก HDC แต่จะใช้ข้อมูลใดให้เป็นตัวเลขฐานเดียวกัน เนื่องจากข้อมูลต่างกันมาก การวิเคราะห์จากฐานทะเบียนราษฎรสามารถแยกรายจังหวัดได้หมด และสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ทำเป็นภาพรวมรายประเทศให้เห็นว่า LBW แปรผกผันกับอายุของแม่ ขณะพบว่า LBW โดยทั่วไปอยู่ที่ประมาณ ๑๐.๑ แต่ถ้าแม่อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี LBW อยู่ที่ ๑๘, ช่วง ๑๕-๑๙ ปี อยู่ที่ ๑๓, ถ้าเกิน ๓๔ ปี คือ ๓๕ ปีขึ้นไป แม่กลุ่มนี้ยังเจอ LBW มากขึ้น</p> <p>๓. แพทย์หญิงนงนุช ภัทรอนันตพ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๓ SDGs จะสะท้อนสถานการณ์ที่เป็นผลงานจริงๆ ของโรงพยาบาล แต่ถ้าในฐานทะเบียนราษฎร จะสะท้อนสถานการณ์ที่ชัดเจนมากในระดับประเทศ เนื่องจากจะมีปัญหาว่าชื่อและบุคคลอาจไม่อยู่ตามทะเบียนราษฎร แต่ไปใช้บริการที่จังหวัดอื่น จะมีประโยชน์กันคนละอย่าง ถ้าจะใช้ในเรื่องการตรวจราชการน่าจะใช่จาก SDG เพราะสะท้อนผลการดำเนินงานจริงๆ ของพื้นที่ แต่ตัวที่เป็นตรวจสอบสถานการณ์ของพื้นที่ในภาพเขต อาจใช้ฐานทะเบียนราษฎร น่าจะเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้มากกว่า</p>	<p>๑. ขอให้ Clean ข้อมูลก่อนว่า ๑) มาจาก HDC ใช่หรือไม่ ปีเดียวกันหรือไม่ อะไรคือตัวหาร (ประชากรมาจากทะเบียนราษฎรหรือแหล่งใด) กรมอนามัยต้องใช้ฐานเดียวกัน มอบกองแผนเป็นเจ้าภาพหลักในการ Clear and Clean, Verify และประกาศใช้ แล้วตัวเลขที่ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์นำเสนอคือ แม่อายุน้อย LBW สูง, แม่อายุมากเกินไป LBW สูง, Golden Period คือ ๒๐ ปีบริบูรณ์จนถึง ๓๔ ปี ๓๖๔ วัน, ถ้า ๓๕ ปี บริบูรณ์คือเสี่ยงสูงในประเด็น LBW, Golden Burden คือ ๒๔-๒๙ ปี ขอให้ทำ LBW เป็นข้อมูลที่นำเชื่อถือและเป็นตัวอย่างได้ ไม่เป็นภาระต่อหน่วยบริการมากเกินไป</p> <p>๒. เป็นข้อเสนอที่ดีเรื่องการตรวจราชการที่ใช้ SDGs เพราะสะท้อนถึงขีดความสามารถ สมรรถนะและประสิทธิภาพของหน่วยบริการในพื้นที่ ถ้าเป็นข้อมูลจากฐานทะเบียนราษฎรให้ใช้ในระดับชาติ เพื่อวางนโยบายและยุทธศาสตร์ มอบกองแผนงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ และสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ดำเนินการ</p>

ตัวชี้วัด	การนำเสนอ และข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	ข้อเสนอแนะและประเด็นมอบหมายจากประธานการประชุม
	<p>๔. นายแพทย์พนิต โล่เสถียรกิจ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖</p> <p>ในฐานะข้อมูล HDC จะเป็นของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ถ้าทะเบียนราษฎรจะเป็นโรงพยาบาลทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นภาคเอกชนหรืออื่นๆ รวมถึง ดัชนีนั้นภาพจะแตกต่างกัน ปกติการไปนิตเทศจังหวัด ถ้าสามารถรวมข้อมูลที่เป็นเอกชนได้ด้วย ส่วนใหญ่ภาพจะค่อนข้างดี ไม่ว่างจะเป็น ANC หรือ LBW</p>	
ตัวชี้วัดการตรวจราชการปี ๒๕๖๐		
<p>๑. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p>	<p>นายอนุชกลกิจ พุกาธร กองแผนงาน</p> <p>นำเสนอตัวชี้วัดอัตราการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน(รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม) มี Innovation ใน ๓ มาตรการเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ตรวจราชการนำไปใช้ในพื้นที่ ประกอบด้วย ๑) Indirect Cause ๒) Ending Preventable Maternal Death และ ๓) ระบบส่งต่อ พร้อมทั้งนำเสนอระบบ Maternal Mortality Surveillance System โดยใช้ A๒IM ในการประเมิน ซึ่งเป็นภาพรวม ANC, LR, PP ให้พื้นที่นำไปใช้ในการศึกษา</p>	<p>๑. เพิ่มรายละเอียด A๒IM Assessment ใน ANC Labour Room และ PP (Postpartum) (ในวงเล็บชื่อเต็มของ PP ซึ่งเป็นคำที่ยังไม่รู้จักกันทั่วไป)</p> <p>๒. เป้าหมาย (Goal) ต่ำกว่า ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ.๒๕๖๔ และต่ำกว่า ๒๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพในปี พ.ศ.๒๕๖๐</p> <p>๓. Intervention ต้องมีครบทั้ง No Risk, High Risk และ Very High Risk ให้มี key activities ที่ชัดเจน แต่ A๒IM ไม่ใช่ Maternal Mortality Surveillance System อาจใช้เป็น System Maternal for Mortality Governance System คือต้องอภิบาลระบบการดูแลแม่เพื่อป้องกัน Maternal Mortality โดยระบบที่พึงประสงค์</p>
	<p>ข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะ</p> <p>๑. นายแพทย์กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>โดยปกติเขตสามารถดึงข้อมูลรายจังหวัด และวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูล MCH Board เพื่อไปทำ MM Conference (Morbidities & Mortality conference) อยู่แล้ว และจะดีมากยิ่งขึ้น ถ้าให้ศูนย์อนามัยทำ Verbal Autopsy (เครื่องมือในการสอบสวนสาเหตุการตายด้วยการสัมภาษณ์) กับผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง หรือคนที่อยู่ในชุมชน สามารถสรุปออกมาเป็นภาพแยกรายโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย และจังหวัดได้ ว่าปัญหาอยู่ที่ไหน รวมทั้งสรุปภาพรวมของเขตได้ จะทำให้ชัดเจนมากขึ้น</p> <p>๒. นายแพทย์พนิต โล่เสถียรกิจ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖</p> <p>ภาพที่ต้องการเห็นในเรื่อง MMR คือภาพระดับประเทศเปรียบเทียบกับระดับเขต ส่วนภาพเขตในแต่ละเขตมีปัญหาและ Intervention ที่แตกต่างกัน ควรมีการวิเคราะห์ว่าแต่ละ</p>	<p>๑. ทีมคลัสเตอร์แม่และเด็ก โดยกลุ่มแม่และเด็กของศูนย์อนามัยรับผิดชอบในส่วนของทีมวิชาการและสนับสนุนเขตสุขภาพ ถ้าจะดียิ่งขึ้นขอให้สำนักส่งเสริมสุขภาพเชิญ Partnerships มา teleconference โดยมีศูนย์อนามัยที่ ๖ เป็น Best Practice แลกเปลี่ยนแบ่งปัน เนื่องจาก MMR ต่ำต่อเนื่องกันหลายปี</p> <p>๒. Lag Period ๑ เดือน คือเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ ต้องตัดยอด ๓๑ มกราคม ๒๕๖๐ เนื่องจาก Top-Down Flow Chart ของพื้นที่ต้องรายงานศูนย์อนามัยภายใน ๑ เดือน และศูนย์อนามัยรายงานส่วนกลางภายใน ๑ เดือน รวมใช้เวลา ๒ เดือน ดังนั้น เมื่อศูนย์อนามัยได้รับรายงานแล้วควรส่งต่อให้สำนักส่งเสริมสุขภาพพิจารณา เมื่อพิจารณาเรียบร้อยแล้วส่งให้กองแผนงานทันที (เป็น Incident Report) เพื่อเก็บไว้ในฐานข้อมูลกลาง</p>

ตัวชี้วัด	การนำเสนอ และข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	ข้อเสนอแนะและประเด็นมอบหมายจากประธานการประชุม
	<p>Case เสียชีวิตเนื่องจากอะไร เพื่อเป็นข้อเสนอให้กับผู้ตรวจราชการ โดยเขตจะกำหนดโครงสร้างของแต่ละเขตให้มีผู้รับผิดชอบเรื่องแม่และเด็กและมีการหารือร่วมกันใน MCH Board ว่าถ้ามีแม่ตายจะต้อง conference ภายใน ๓๐ วัน และจะมีใครเกี่ยวข้องบ้าง</p> <p>๓. นายแพทย์ศักดา อักษภานันท์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๒</p> <p>ศูนย์อนามัยที่ ๒ มี Case เสียชีวิต ๒ คน ซึ่งรายงานในเดือน ตุลาคม ๒๕๕๙ จำนวน ๑ คน อีก ๑ คน รายงานในเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ จึงต้องการทราบ Timing ของส่วนกลางที่จะรับรู้ข้อมูล เนื่องจากศูนย์อนามัยรับทราบการเสียชีวิตทันทีเมื่อสอบถามไปในพื้นที่ที่ แต่กระบวนการรายงานอาจช้า ๑ เดือน จึงไม่แน่ใจว่าในเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ มีจำนวนที่เสียชีวิตมากกว่านี้หรือไม่</p>	<p>๓. แม้ว่าจังหวัดจะเป็นคนทำเรื่อง Death Case Conference หน้าที่ของทีมอนามัยแม่และเด็กต้องชี้แจง ชี้เป้า ฝ้าดู รู้การเปลี่ยนแปลง รวมถึงลงไปนิเทศได้ด้วย และทีมคลัสเตอร์ส่วนกลางต้องเขียนเป็นแนวปฏิบัติและการ Report ให้ชัดเจน</p>
<p>๒. ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่า ๘๐</p>	<p>นายอนุภักดิ์ พุกาธร กองแผนงาน</p> <p>นำเสนอกราฟ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงาน ปี ๕๕-๖๐ ไตรมาสที่ ๑ เปรียบเทียบข้อมูลจาก ๓ แหล่ง คือ จากข้อมูลตรวจราชการ, Anamai Data Center และ Health Data Center ภาพรวมไตรมาส ๑ ปี ๖๐ ร้อยละ ๙๐.๐๓ สถานการณ์แยกตามรายเขต ปี ๕๘-๖๐ จากระบบ HDC ส่วนใหญ่เกินเป้า มีเพียง เขต ๘ ที่ร้อยละ ๖.๑๖ เปรียบเทียบสถานการณ์ของแต่ละเขตเฉพาะปี ๕๙ จากการตรวจราชการและระบบ HDC ภาพรวมข้อมูลจากการตรวจราชการ ร้อยละ ๙๘.๗๙ จากระบบ HDC ร้อยละ ๙๑.๔ สถานการณ์จากการสำรวจด้วย Denver II ปี ๒๕๕๗ จำแนกรายเขตบริการสุขภาพ ภาพรวมพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๗๒.๘ พัฒนาการล่าช้าร้อยละ ๗๒.๒ ผลการดำเนินงานจากการตรวจคัดกรองด้วย DSPM ปี ๒๕๕๙ จำแนกรายเขตบริการสุขภาพพบสงสัยล่าช้าภาพรวมร้อยละ ๒๓.๒ ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการร้อยละ ๖๗.๓ ระบบอภิบาลส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย A๒IM เป็นข้อมูลสำหรับให้ผู้ตรวจไปศึกษา และใช้ในพื้นที่ 	<p>ขอให้ชัดเจนว่าจะใช้เครื่องมืออะไร สำหรับ DSPM มี ๓ subsets คือคัดกรองเฝ้าระวังโดย ๑) พ่อแม่ผู้ดูแล ๒) เจ้าหน้าที่ ๓) ผู้ผ่านการฝึกอบรมอย่างดี หรือ Denver II ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เป็น Gold Standard หากข้อมูลไม่ชัดเจนไม่ควรนำเสนอ กราฟที่ ๑-๓ ไม่ชัดเจน ส่วนกราฟที่ ๔ สามารถนำเสนอได้ และกราฟที่ ๕ ไม่ต้องแยกว่าโดยการตรวจราชการหรือ HDC ให้เลือกเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยสรุปขอให้ Verify ข้อมูลใหม่ว่าจะใช้ข้อมูลชุดใดนำเสนอ</p>

ตัวชี้วัด	การนำเสนอ และข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	ข้อเสนอแนะและประเด็นมอบหมายจากประธานการประชุม
	<p>ข้อติดเห็น/ข้อเนอแนะ</p> <p>๑. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร สำนักส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>ข้อมูลในกลุ่มอนามัยแม่และเด็กใช้คือ HDC ในช่วงรณรงค์เนื่องจากมีความเที่ยงตรงของการตรวจสูงมาก และได้เทียบ Denver II กับ DSPM ว่าไปด้วยกันหรือไม่ ซึ่งจากปีที่ผ่านมา DSPM ในช่วงของการเฝ้าระวัง พบสงสัยล่าช้าใกล้เคียงกับ Denver II จึงเสนอให้ใช้ DSPM ในการเฝ้าระวังเลย โดยทุก ๓ ปี จะมีการ Survey เพื่อเทียบเคียงกับเครื่องมือมาตรฐานอยู่แล้ว</p>	<p>๑. จากการไปเยี่ยมศูนย์อนามัยพบว่าการตั้งเป้าหมายโดย DSPM ทีมงานที่ทำงานในพื้นที่ยังไม่เข้าใจคำว่าเครื่องมือคัดกรองเพื่อการเฝ้าระวัง และกรมอนามัยตรวจติดตามตัวชี้วัดนี้ด้วยกระบวนการตรวจราชการและนิเทศงานด้วย ทำให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เกรงว่าจะทำงานไม่บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่สำคัญจึงรายงานสูงๆ</p> <p>๒. มั่นใจในเครื่องมือ Denver II โดย Well-Trained personnel ใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานลงไปเก็บข้อมูล</p> <p>๓. ให้นำเสนอตัวชี้วัดร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือนที่พบผลการตรวจคัดกรองสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ เป็นหลัก แล้วนำข้อมูลที่น่าเชื่อถือช่วงรณรงค์มานำเสนอ โดยไตรมาสแรกสามารถดึงจาก HDC มาได้ แต่ HDC จะไม่ไปด้วยกันกับ Denver II และไม่ไปด้วยกันกับช่วงรณรงค์ แล้วนำข้อมูลจาก HDC มาเปรียบเทียบกับช่วงรณรงค์เพื่อสะท้อนการทำงาน ขอให้คลังเตอร์แม่และเด็กนำเสนอให้ชัดเจน</p>
<p>๓. ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑ และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี (ชาย ๑๑๓ ซม./หญิง ๑๑๒ ซม.)</p>	<p>นายบุญฤทธิ พุกาธร กองแผนงาน</p> <p>นำเสนอกราฟ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม) ดังนี้</p> <p>๑. ข้อมูลสถานการณ์ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ ไตรมาสที่ ๑ ปี ๒๕๖๐ คือร้อยละ ๔๘.๘๑ จากระบบ HDC</p> <p>๒. ข้อมูลสถานการณ์ปี ๒๕๕๙ เปรียบเทียบรายเขต จากข้อมูลตรวจราชการ ภาพรวมร้อยละ ๔๗.๕๕ และระบบ HDC ภาพรวมร้อยละ ๔๗.๘</p> <p>ข้อติดเห็น/ข้อเนอแนะ</p> <p>๒. นายแพทย์กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>เสนอแนวคิดของกรมควบคุมโรคที่มีลักษณะเป็น Cross-Check คือบทบาทจะเป็นเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดหรือทางศูนย์เอง ลงไปดูความสอดคล้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่จังหวัด/ศูนย์ไปตรวจกับข้อมูลที่ส่วนกลางไปสุ่มตรวจ และตั้งเกณฑ์ที่ยอมรับได้</p>	<p>-</p> <p>๑. พัฒนาการตรวจสอบได้โดย Denver II มีตัวแปร ๒ ตัว คือ ๑) เครื่องมือมีมาตรฐาน ๒) คนลงไปเก็บมีมาตรฐาน ผ่านการฝึกอบรมมาอย่างดี</p> <p>๒. ให้ศึกษาเชิงลึกใน WCC เรื่องคุณภาพกับทีมโภชนาการวัยเด็กและวัยเรียน โดยให้ศูนย์อนามัยร่วมด้วย ดูว่าใครเป็นคนซึ่งน้ำหนักวัดส่วนสูง คนที่ทำเป็นมีอาชีพหรือไม่และไปดู รพ.สต. ว่า อสม. ทำจริงหรือไม่ มีมาตรฐานมาก</p>

ตัวชี้วัด	การนำเสนอ และข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	ข้อเสนอแนะและประเด็นมอบหมายจากประธานการประชุม
	<p>๓. แพทย์หญิงณภาพรณ วิริยะอุตสาหะกุล สูงตีสมส่วนไม่ใช่ variable ตัวเดียว แต่เป็นการไหลของข้อมูลจากในระบบบริการที่เด็กต้องมาตรวจ โดยจะใส่ข้อมูลความสูงและน้ำหนัก แล้วมีการคิด Query ออกมา ไม่ใช่ตัวเดียวที่จะตกแต่ข้อมูลได้ แต่ Error ที่จะเจอได้เป็น Error ในทางเทคนิค เช่น ตาขังไม่ดี วิธีวัดไม่ถูก เป็นต้น</p> <p>๓. นางณัฐวรรณ เชาว์ลิขิตกุล สำนักโภชนาการ - ในส่วนของเด็ก ๐-๕ ปี เป็นข้อมูลจาก Well Child Clinic (WCC) ส่วนหนึ่ง บางส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดึงข้อมูลมาจาก อสม. ที่ไปตามชั่งในหมู่บ้านหรือนำข้อมูลมาจากศูนย์เด็กเล็ก ส่วนข้อมูลระดับประเทศเคยเปรียบเทียบข้อมูลเดียวกับอ้วนจาก MICS Survey และเปรียบเทียบกับ HDC ค่อนข้างใกล้เคียงกัน ยกเว้นในเด็กอ้วนที่จะต่างกันบ้าง</p> <p>- มาตรฐานการเจริญเติบโตเด็ก ๐-๕ ปี น้ำหนักส่วนสูง Adopt ของ WHO มาตอนปี ๒๕๕๘ ถ้าจะเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังอาจจะเปรียบเทียบได้ลำบาก เนื่องจากจะทำให้ความชุกของเด็กขาดอาหารโดยเฉพาะเตี้ยเพิ่มสูงขึ้น</p> <p>๔. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยสำรวจด้วย Denver II แต่เรื่องสูงตีสมส่วน มีทีมที่ไปสำรวจเพื่อให้ได้มาตรฐานเดียวกันโดยสำรวจในเด็ก ๐-๕ ปีด้วย จากการสังเกตพบว่าเครื่องมือมาตรฐานของกรมอนามัยจะสูงกว่า HDC ประมาณ ๕%</p>	<p>น้อยแค่ไหน กรมอนามัยต้องมี Gold Standard ที่ทำ</p> <p>๓. เห็นด้วยกับการบูรณาการเรื่องเด็กที่ไปเก็บข้อมูลสำรวจด้วย Denver II พร้อมกับการเก็บข้อมูลด้านอื่นๆ ด้วย แล้วนำข้อมูลมาสอบทาน</p> <p>๔. เปรียบเทียบข้อมูลปี ๒๕๕๗ กับ HDC ว่าสัมพันธ์กันหรือไม่ และนำข้อมูลปี ๒๕๖๐ ที่กำลังจะสำรวจสูงตีสมส่วนด้วย Denver II เปรียบเทียบกับ HDC สูงตีสมส่วนปี ๒๕๖๐ ว่าสัมพันธ์กันหรือไม่ ห่างกันมากน้อยเพียงใด เปรียบเทียบว่าอะไรให้น่าเชื่อถือมากที่สุด โดยมอบกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มวัยเรียนสูงตีสมส่วน และกลุ่มวัยรุ่น วัดทั้งสามกลุ่มอายุช่วง Life Course Approach แต่ที่ยังไม่มีตอนนี้ใช้ HDC ไปก่อน และกรมอนามัยจะลง Survey ในเรื่องพัฒนาการเด็กโดย Denver II พร้อมด้วยสูงตีสมส่วนเด็ก ๐-๕ ปี และเรื่องฟันด้วย บูรณาการหลายๆ เรื่อง</p>
<p>๔. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดี ไม่มีผุ (Cavity Free) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๒</p>	<p>นายอนุภักดิ์ พุการธ กงแผนงาน นำเสนอกราฟ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ผลการสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุขปี ๒๕๔๔, ๒๕๕๐ และ ๒๕๕๕ และจากการตรวจราชการปี ๒๕๕๙ ภาพรวมร้อยละ ๔๘.๓ ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่ตั้งเป้าไว้ ผลตรวจราชการกับสำนักทันตสาธารณสุขแยกเป็นรายเขต ภาพรวมจากการตรวจราชการอยู่ที่ร้อยละ ๔๘.๓๕ ส่วนของสำนักทันตสาธารณสุขตัวเลขภาพอยู่ที่ ๕๑.๗ Caries Free ในกลุ่มเด็กอายุ ๓ ปี เปรียบเทียบปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ร้อยละ Caries Free เปรียบเทียบกับ Cavity Free ในกลุ่มเด็กอายุ ๑๒ ปี แยกตามรายเขต ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับการทันตกรรม แยกตามรายเขต 	

ตัวชี้วัด	การนำเสนอ และข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	ข้อเสนอแนะและประเด็นมอบหมายจากประธานการประชุม
	<p>ข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะ</p> <p>ทันตแพทย์หญิงปิยะดา ประเสริฐสม ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข</p> <p>ตัวเลขของ Cavity Free รวมตัวเลขที่เด็กฟันไม่ผุทั้งปากบวกกับเด็กที่มีฟันผุแล้วได้รับการรักษาแล้ว (การอุดฟัน) ดังนั้น รอบนี้ในการตรวจราชการจะมี ๒ ขั้นตอนด้วยกันคือ ๑) จังหวัดต้องดูแลไม่ให้เกิดมีฟันผุเลยทั้งปากต้องไม่เพิ่มขึ้น ผลงานที่ผ่านมาประมาณเกินกว่า ๔๐% จะต้องไม่เพิ่มขึ้น ส่วนที่มีรูฟันผุจะต้องได้รับการอุดคืออัตราการที่เด็กได้รับการอุดประมาณ ๒% เป้าหมายจึงตั้งไว้ที่ ๕๒ ๒) เรื่องของเด็ก ๓ ปี ให้จังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบ โอกาสที่จะให้บรรลุเป้าหมายค่อนข้างชัดเจนมากขึ้น และสไลด์ชุดนี้เป็นข้อมูลจากการสำรวจโดยทันตบุคลากรในระดับจังหวัดที่ดำเนินการอยู่แล้วทุกปี ส่งเข้ามาเป็นฐานข้อมูลอยู่ที่สำนักทันตสาธารณสุขและศูนย์อนามัยสามารถเข้าไปดูข้อมูลได้เลยรวมถึงจังหวัดด้วย ตัวเลขสะท้อนให้เห็นการดูแลเรื่องส่งเสริมป้องกันในโรงเรียนที่จะทำให้เด็กไม่มีฟันผุเลยมีแนวโน้มเป็นอย่างไร ถ้าเทียบกับ HDC เดิมจะไม่สามารถออกรายงานนี้ได้ แต่ขณะนี้สามารถออกรายงานนี้ได้แล้ว ดังนั้นในฐานข้อมูลของ HDC ณ ขณะนี้จังหวัดจะไม่ค่อยได้ใช้ เพราะในอดีตไม่ได้ใส่ข้อมูลเข้าไปใน ๔๓ เพิ่ม และออกรายงานให้ไม่ได้ แต่เมื่อออกรายงานได้แล้วจะมีเพียงบางเขตที่ใช้ข้อมูลจากฐาน HDC สำหรับตรวจราชการรอบนี้ ส่วนใหญ่จะขอใช้ข้อมูลจากที่เก็บเองจากการสำรวจรายปี จึงยังใช้ข้อมูลจาก HDC อ้างอิงไม่ได้ อาจจะมีบางเขตเช่นเขตสุขภาพที่ ๘ และโซนภาคตะวันออกเฉียงเหนือค่อนข้างมั่นใจในระบบการบันทึกข้อมูลตามระบบ HDC ดังนั้น จะมีบางจังหวัดในเขตภาคอีสานที่จะใช้ข้อมูลใน HDC แต่สามารถนำมาเทียบเคียงกับการสำรวจในระดับจังหวัดได้</p>	<p>๑. การไปตรวจราชการต้องดูนิยามคำว่า Cavity Free คืออะไร การดำเนินการเพื่อการเฝ้าระวังโดยทันตบุคลากรในพื้นที่ทำอย่างไร และมีข้อมูลที่จะส่งคืนพื้นที่ให้เขตเป็นรายจังหวัดได้ด้วยหรือไม่ ถ้าได้ สามารถเข้าไปดูได้ที่เว็บของสำนักทันตสาธารณสุข ส่วนระบบ HDC อยู่ระหว่างการพัฒนา ในอนาคตน่าจะเป็นฐานข้อมูลอีกฐานหนึ่งที่ใช้ได้</p> <p>๒. ทีมที่จะลงไปอยู่อย่างน้อยกว่าจังหวัด ให้รู้มากกว่าจังหวัดในสองเรื่องใหญ่คือ ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ต้องรู้การเปลี่ยนแปลงให้ไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้น</p>
<p>๕. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๔๒ ต่อพันประชากร พ.ศ. ๒๕๕๙</p>	<p>นายอนุชกลกิจ พุการธ กงแผนงาน</p> <p>นำเสนอกราฟและตาราง (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม) ดังนี้</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๕</p> <p>๑. ผลการดำเนินงาน ณ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙ เปรียบเทียบรายเขตสุขภาพ</p> <p>๒. ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๕๖-๒๕๕๘ เปรียบเทียบรายเขตสุขภาพ</p> <p>ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๕๖-๒๕๕๘ เปรียบเทียบแต่ละจังหวัดรายเขตสุขภาพ</p>	<p>๑. เน้นข้อมูลจาก HDC ซึ่งค่อนข้างน่าเชื่อถือเนื่องจากนำข้อมูลอัตราคลอดในโรงพยาบาลมาใช้วิเคราะห์ได้และคืนข้อมูลพร้อมข้อเสนอแนะให้กับจังหวัด แต่มีข้อคำนึง ๒ เรื่องคือ ๑) ในการวิเคราะห์สถานการณ์ สามารถใช้เป้าหมายที่เป็น Flat Rate ๔๒ ต่อพันประชากรในพื้นที่ทุกเขตทุกจังหวัดในการวิเคราะห์ได้ ๒) การวิเคราะห์เชิง Performance Agreement ให้ Tailor-Made ตาม Baseline ของแต่ละเขตและจังหวัดด้วย ต้องแยกกันว่าข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์สถานการณ์สามารถใช้ Flat Rate ได้เพื่อ Benchmark ระหว่าง</p>

ตัวชี้วัด	การนำเสนอ และข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	ข้อเสนอแนะและประเด็นมอบหมายจากประธานการประชุม
<p>๖. จำนวนการตั้งครุฑกรรค์ ซ้ำในหญิงอายุน้อย กว่า ๒๐ ปี</p>	<p><u>ตัวชี้วัดที่ ๖</u></p> <p>๑. ผลการดำเนินงานเดือนตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๙ เปรียบเทียบรายเขตสุขภาพ</p> <p>๒. ตารางเปรียบเทียบอัตราการคลอดมีชีพ ๑๕ - ๑๙ ปีและร้อยละการตั้งครุฑกรรค์ซ้ำในวัยรุ่น ๑๕ - ๑๙ ปี ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๔, ๖, ๘, ๑๐ และ ๑๑ ปี ๒๕๕๙</p> <p>๓. กราฟเปรียบเทียบอัตราการคลอดมีชีพ ๑๕ - ๑๙ ปีและร้อยละการตั้งครุฑกรรค์ซ้ำในวัยรุ่น ๑๕ - ๑๙ ปี รายเขตสุขภาพ ปี ๒๕๕๘</p>	<p>เขตและค่ากลางของประเทศและเปรียบเทียบได้ ส่วน Performance Agreement เป้าหมายที่รับจะต่างกัน เน้นการใช้ตัวชี้วัดที่วัดได้ทั้งสถานการณ์/เป้าหมายตามแผนงาน/ความสำเร็จของหน่วยงาน/ความสำเร็จของคนทำงาน แต่ต้องแยกแยะให้ได้</p> <p>๒. ทีมวัยรุ่นของเขตประสานกับทีมวัยรุ่นของกระทรวง ต้องดูข้อมูลอื่นๆ และตัวชี้วัดอื่นๆ เพื่อสอบถามความน่าเชื่อถือ และประกอบเป็นหลักฐานยืนยันการทำงานว่าบรรลุหรือไม่ สถานการณ์ดีขึ้นหรือไม่ มากน้อยเพียงใด แต่เป้าหมายสุดท้าย ๑๐ ปีตามแต่ยุทธศาสตร์การป้องกันและการแก้ปัญหาการตั้งครุฑกรรค์วัยรุ่นคือลดลงครึ่งหนึ่งโดยกำหนดไว้ที่ ๒๕ ต่อพันประชากร พื้นที่ต้องค่อยๆ ลด</p>
<p>๗. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์</p>	<p>นายบุญกลกิจ พุกਾਰร กองแผนงาน</p> <p>นำเสนอข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยและการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (รวมชาย-หญิง) ปี ๒๕๔๐-๒๕๕๗ Life Expectancy (LE) จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ (Health Adjusted Life Expectancy (HALE) จากสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ รวมถึงสถานการณ์อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate), จำนวนผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในตำบลเป้าหมายรายเขตปี ๒๕๕๙, สัดส่วนผู้สูงอายุรายเขต ปี ๒๕๕๙, จำนวน Care Giver/Care Manager ที่ผ่านการอบรม, ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ADL, ผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care, ข้อมูลการสูงวัยของประชากรประเทศไทย รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม</p>	<p>ขอให้วิเคราะห์ผู้สูงอายุอย่างรอบคอบรอบด้าน สถานการณ์ต้องวิเคราะห์ประกอบใน ๕ ประเด็นโดย Verify ข้อมูลดังนี้ ๑) วิเคราะห์ Life Expectancy คืออายุค่าเฉลี่ยตั้งแต่แรกเกิด ถ้าเป็นรายจังหวัดได้ยิ่งดี แต่ถ้าไม่ได้ขอให้เป็นรายเขต ทีมส่วนกลางต้องช่วยทีมเขต ๒) วิเคราะห์ HALE อายุคาดเฉลี่ยที่ปลอดโรคปลอดภัย น่าจะทำได้ถึงรายเขต รายจังหวัด ๓) วิเคราะห์อายุคาดเฉลี่ยเริ่มต้นที่ ๖๐ ปี ๔) วิเคราะห์พีรามิดประชากร/ระฆังประชากร/คทาประชากร ขึ้นกับแต่ละเขต เพราะจะนำไปสู่คำตอบในข้อต่อไปคือ ๕) อัตราผู้สูงอายุเทียบกับประชากรทั้งหมด และต่อไปดูอัตราพึ่งพิง ตามด้วยข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุที่จะ Assessment เป็นกลุ่มดีคือกลุ่มสังคม/กลุ่มเสี่ยงคือกลุ่มติดบ้าน/กลุ่มป่วยคือติดเตียง สัดส่วนเท่าไร แล้วจึงพิจารณา Intervention ที่จะทำกับกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย coverage พื้นที่อย่างไร เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ มอบสำนักผู้สูงอายุและกองแผนงานเก็บเรื่องไว้รอการพิจารณา หากไม่มั่นใจให้ Teleconference เฉพาะกลุ่ม</p>

ตัวชี้วัด	การนำเสนอ และข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม	ข้อเสนอแนะและประเด็นมอบหมายจากประธานการประชุม
๘. ร้อยละของ โรงพยาบาลที่พัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	นายบุญฤทธิ กุภาธร กองแผนงาน นำเสนอผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๑ ปี ๒๕๖๐ รายละเอียดตามเอกสารประกอบการ ประชุม	มอบสำเนาอนามัยสิ่งแวดล้อมรวมถึงศูนย์อนามัยที่ ๓, ๘, ๑๐ และ ๑๑ Verify ข้อมูล
๙. ร้อยละของ รพ.สต./ ศสม. ที่จัดบริการ สุขภาพช่องปากที่มี คุณภาพ (≥ร้อยละ๖๐)	นายบุญฤทธิ กุภาธร กองแผนงาน นำเสนอรายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม	ไม่นำเป็นห่วงแต่การวิเคราะห์สถานการณ์กับการตั้งเป้าหมายรายเขตต้อง พิจารณาให้ละเอียด
๑๐. ประเด็นนโยบาย รัฐบาล : การบริหาร จัดการขยะและ สิ่งแวดล้อม	นายบุญฤทธิ กุภาธร กองแผนงาน นำเสนอรายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม ข้อติดเห็น/ข้อเสนอแนะ ๑. นางสาวสิริวรรณ จันทนจุลกะ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นข้อมูลการตรวจราชการที่จังหวัดรายงานเข้าสู่ระบบ ซึ่งโดยรวมจะเป็นตัวเลขที่ จังหวัดประเมินตนเอง กรมอนามัยมีกระบวนการลงไปติดตามเพิ่มเติมโดยมีศูนย์อนามัย ไปประเมินด้วย	๑. ฐานข้อมูลต้องชัดเจนว่าข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๕๙ โดยใคร มีวิธีเก็บ ข้อมูลอย่างไร จากฐานข้อมูลใด ๒. สุ่มประเมินโดยใช้ข้อมูล ๒ ส่วน คือ ๑) ให้จังหวัดประเมินตนเอง ๒) กรม อนามัยลงไปตรวจเพื่อยืนยันว่าทำได้ตามที่ประเมินหรือไม่ ถูกต้องหรือไม่ อย่างไรและมีช่องว่างตรงอะไร จังหวัดต้องการการสนับสนุนอย่างไรเพื่อให้ กรมอนามัยไปช่วยเติมเต็ม โดยกรมอนามัยทำหน้าที่ Technical Supporter ๓. การตรวจบูรณาการเรื่องการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมมี ๓ ประเด็น ใหญ่ๆ คือ ๑) ขยะทั่วไป โดยกระทรวงมหาดไทย ผู้ตรวจราชการ กระทรวงมหาดไทยควรจะไปด้วย ๒) ขยะทิ้ง/ขยะอิเล็กทรอนิกส์ โดยกรม ควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การบูรณาการ ควรจะเป็นผู้ตรวจราชการกระทรวงทรัพยากรไป ๓) มูลฝอยติดเชื้อ กรม อนามัยไปเพื่อให้ข้อมูลผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข หากผู้ตรวจ ราชการไม่ไป ท่านอาจจะมอบสาธารณสุขนิเทศก์ กรมอนามัยจะเป็น ผู้สนับสนุนข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลให้ดี ไม่ใช่ไปตรวจ ส่วนประธานผู้ตรวจ บูรณาการโดยปกติจะเป็น ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้รับการตรวจ อันดับ ๑ คือผู้ว่าราชการจังหวัด

โดยสรุปภาพรวมทั้งหมด

๑. ข้อมูลพื้นฐานที่จะอธิบายสถานการณ์และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น มอบกองแผนงานและคลังเตอร์ที่เกี่ยวข้อง Verify ข้อมูลให้น่าเชื่อถือ
๒. ข้อมูลการตรวจราชการ ๑๐ ตัวชี้วัด มอบกองแผนงาน, สำนัก/กอง และคลังเตอร์ที่เกี่ยวข้อง Verify ข้อมูลและขึ้นบนเว็บไซต์ของกองแผนให้เข้าถึงได้ง่าย

ที่ประชุม รับทราบ มอบหน่วยงานดำเนินการตามข้อเสนอที่เกี่ยวข้อง

ปิดประชุมเวลา ๑๓.๐๐ น.

นางสาววิรัชพรรณ สุธาพาณิชย์/นางเขมณัฐ ศิริเชาวพัฒน์/นางกุลนันท์ เสนคำ ผู้บันทึกและสรุปการประชุม
นายธวัชชัย บุญเกิด ผู้ตรวจรายงานการประชุม