

# ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

## ประเด็นที่ ๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
- จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
- จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน

## แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗

### ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ (Inspection Guideline)

#### ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

##### Service plan สาขา ระบบสุขภาพปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ

หัวข้อที่ ๑ : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

ตัวชี้วัด: จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ร้อยละ ๗๐

#### คำนิยาม

**หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ** หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

**แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว** หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดง ความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ

๑. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor
๒. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอ

ครอบครัว” พ.ศ. ๒๕๖๒

**คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ** หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่ง ฝานการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและ ผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว

**บริการสุขภาพปฐมภูมิ** เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

(๑) บริการสุขภาพแบบองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิค หรือ เครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่ง สามารถฉีดยาเฉพาะที่

(๒) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การ ควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการ บริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และ การปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน

(๓) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัย ทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

(๔) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผน ปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

(๕) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(๖) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(๗) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

### ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
๑.กรม กอง ใน ส ี ง กั ด กระทรวงสาธารณสุข มี การบูรณาการ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ นโยบายและทิศ ทางการ ขับเคลื่อนการพัฒนา ระบบ สุขภาพปฐมภูมิ ๒.โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ได้รับการ พัฒนาให้สามารถขึ้น ทะเบียน เป็นหน่วย บริการปฐมภูมิและเครือ ข่าย ห นั ว ย บ ริ ก า ร	๑.สื่อสาร ชี้แจง และประชา สัมพันธ์ นโยบายทิศทางการ ขับเคลื่อนการ พัฒนาระบบ สุขภาพปฐมภูมิ และทบทวน แผนและกำหนดเป้าหมายการ จัดตั้ง หน่วยฯ ๒.การพัฒนาศักยภาพแพทย์ และสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุน การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐม ภูมิ ๓. พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้	๑. ลงพื้นที่ติดตามสะท้อน ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ เกี่ยวกับนโยบายและทิศ ทางในการดำเนินนโยบาย ๒. แผนการส่งเสริมและ สนับสนุนการจัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิและเครือ ข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ ๓.มีข้อมูลแพทย์เวช ศาสตร์ ครอบครัวเพื่อ จัดทำแผนเพื่อทดแทนคน เดิม/จัดตั้งหน่วยใหม่	๑. ประชาชนสามารถเข้าถึง บริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ๒. หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิปรับปรุงแบบบริการ และการดูแลประชาชน แบบองค์รวม ๓. หน่วยบริการที่ถ่ายโอน ภารกิจมีการจัดบริการปฐม ภูมิอย่างต่อเนื่องและอยู่ใน มาตรฐาน ๔.หน่วยบริการทั้งที่ขึ้น ทะเบียนและยังไม่ได้ขึ้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
<p>ปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปสู่อำเภอที่มีการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและมีการจัดตั้งหน่วยฯ ที่เกิดจากภาคส่วนอื่น ๆ ในพื้นที่ร่วมจัดบริการ เช่น อปท. เอกชน เป็นต้น</p> <p>๔. ปรับรูปแบบการจัดบริการที่เน้นการดูแลประชาชนแบบองค์รวม</p> <p>๕. หน่วยบริการทั้งที่ขึ้นทะเบียนและยังไม่ขึ้นทะเบียนมีการประเมินตนเองตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖</p> <p>๕. สื่อสาร ชี้แจงกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงาน</p> <p>๖. ประสานและสนับสนุนองค์ความรู้ในการปฏิบัติงานปฐมภูมิ จากกรมวิชาการในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานบริการปฐมภูมิกับหน่วยงานในระดับพื้นที่</p>	<p>๔. ผลการประเมินตนเองตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และบันทึกในระบบท</p> <p>๕. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิแบบ องค์รวม เป็นไปตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p>	<p>ทะเบียนตามกฎหมาย ได้วิเคราะห์และรับทราบผลการประเมินตนเอง</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
<p>๑. หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการ ในพื้นที่</p> <p>๒. ประชาชนมีความรู้เรื่องการจัดการสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น</p>	<p>๑. ส่งเสริมและขยายผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจัดรูปแบบบริการองค์รวมโดยยึดประชาชนเป็น ศูนย์กลาง</p> <p>๒. หน่วยบริการทั้งที่ขึ้นทะเบียนและยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย มีการทำงานร่วมกับทีมประเมินในระดับพื้นที่ ในการจัดทำแผนและมาตรการในการพัฒนาส่วนขาด เพื่อพัฒนาให้หน่วยบริการมีคุณภาพมาตรฐานต่อไป</p> <p>๓. มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่</p>	<p>๑. มีต้นแบบส่งเสริมและพัฒนาให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดรูปแบบการบริการที่ยึดยึดประชาชนเป็น ศูนย์กลางและมุ่งเน้นที่คุณภาพมากขึ้น สามารถแก้ไขและลดปัญหาสุขภาพ ประชาชนได้</p> <p>๒. ผลการดำเนินงาน ที่สะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานปฐมภูมิในพื้นที่เชิงคุณภาพ</p> <p>๓. มีแผนพัฒนาส่วนขาดที่ชัดเจน</p> <p>๔. ติดตามผลกระทบจากการถ่ายโอนโดยเฉพาะเรื่องการจัดบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p>	<p>๑. หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถเปิด ให้บริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ได้ตาม เป้าหมายที่กำหนด</p> <p>๒. ประชาชนมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ลดการมาโรงพยาบาลในโรคที่ไม่ร้ายแรง</p>

### Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>- กำหนดพื้นที่เป้าหมาย จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>- ทบทวนแผนการจัดตั้งฯ</p> <p>- ปรับรูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>- วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ</p>	<p>- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๖๐</p> <p>- พัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวและสหวิชาชีพ</p> <p>- ผลการประเมินตนเองตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒</p>	<p>- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ร้อยละ ๖๕</p> <p>- มีแผนพัฒนาส่วนขาดตามคู่มือคุณภาพฯ</p>	<p>- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๗๐</p>

## ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ (จำนวน ๓,๕๐๐ หน่วย)

### สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

สูตรการคำนวณ  $C = A \div B \times ๑๐๐$  เมื่อ

A = หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน

B = หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดตามแผนการจัดตั้ง

C = ร้อยละของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิพ.ศ. ๒๕๖๒

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: service plan สาขา ระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ

### ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address
พ.ญ.รุจิราลักษณ์ พรหมเมือง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ ร.พ.ขอนแก่น	๐๘๘-๗๓๑๙๗๓๐ ruchiralak.pom@gmail.com
พ.ญ.จรัญญา จุฬารี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ ร.พ.มหาสารคาม	๐๙๒-๖๓๒๒๔๙๙
พ.ญ.นภัสวรรณ ภูริพันธุ์ภิญโญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ร.พ.ร้อยเอ็ด	๐๘๑-๗๓๙๙๐๙๗
น.พ.ศิวบุรุษ ชัยสงคราม	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ร.พ.กาฬสินธุ์	๐๙๕-๑๕๙๒๒๘๙
น.พ.นิตikiran สอนชา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ร.พ.ขอนแก่น ( เลขา)	๐๘๑-๕๙๒๗๐๒๐ dr.nitikorn@gmail.com
นางวารภรณ์ ชูคันทอม	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น (ผู้ช่วยเลขา)	๐๘๑-๕๔๔๗๔๒ waraporn๓๘๑๑@gmail.com

## แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗

### ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ (Inspection Guideline)

#### ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

#### Service plan สาขา ระบบสุขภาพปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ

**หัวข้อ** ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

**ตัวชี้วัด** ๑.จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕

#### คำนิยาม

**ประชาชน** หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจาก สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

**หมอประจำตัว ๓ คน** หมายถึง ระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง ๓ คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือ จำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจากหมอทั้ง ๓ คน ตามลำดับความต้องการ โดยหมอทั้ง ๓ คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและข้อมูลของ ผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่อง และการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชน กลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ

**หมอคนที่ ๑ คือ อสม.** บทบาทเป็น หมอประจำบ้าน โดยแบ่งเขตรับผิดชอบ อสม. ๑ คน รับผิดชอบ ๘-๑๕ หลังคาเรือน และเป็นพี่เลี้ยงให้อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ดูแลสุขภาพอนามัยเบื้องต้นใน ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และเชื่อมประสานกับหมอคนที่ ๒ และ หมอคนที่ ๓

**หมอคนที่ ๒ คือ หมอสาธารณสุข** หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ ทั้ง รพ. สต., PCU/NPCU, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษัตริกร นักวิชาการ สาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ มอบหมายพื้นที่ ที่รับผิดชอบ ประชากร ๑,๒๕๐ - ๒,๕๐๐ คน หรือ ๑-๓ หมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. หมอคนที่ ๑ และหมอคนที่ ๓

**หมอคนที่ ๓ คือ หมอครอบครัว** หมายถึงแพทย์ที่ได้รับมอบหมาย (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์อื่น) โดยกำหนดให้หมอ ๑ คน รับผิดชอบประชากร ๑๐,๐๐๐ คน หรือ ๑ - ๓ รพ.สต. ต้องประสาน เชื่อมต่อกับหมอคนที่ ๑ และ ๒ อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคนที่ ๑ และ ๒ มีความรู้ และทักษะในการทำงานดีขึ้น

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
<p><u>ระดับกรม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บูรณาการการร่วมมือของ กรมใน สป.</li> <li>- กำหนดประเด็นการตรวจราชการ</li> </ul> <p><u>ระดับจังหวัด</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คัดเลือกประเด็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่เป็น Service Outcome อย่างน้อย ๑ ประเด็น</li> <li>- แผนกำหนดพื้นที่/การสรรหาแพทย์ (หมอคนที่ ๓) ให้ สอดคล้องกับแผนการจัดตั้ง</li> </ul> <p><u>หน่วยบริการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดสภาพปัญหา</li> <li>- กำหนดกลุ่มเป้าหมาย (ผู้สูงอายุ ผู้พิการ IMC ผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID)</li> <li>- มีช่องทางการติดต่อสื่อสาร ที่สามารถให้คำปรึกษาได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๑. กำหนดกลไกการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน (มอบหมาย)</li> <li>๒. การพัฒนาศักยภาพ หมอประจำตัว ๓ คน</li> <li>๓. วิเคราะห์สถานะ สุขภาพของประชาชน</li> <li>๔. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย/รูปแบบการให้คำปรึกษาของทีม (line, Application, รูปแบบ อื่นๆ)</li> <li>๕. กำหนดการเชื่อมโยง การให้บริการ และการ ส่งต่อที่มีคุณภาพทั้ง ไป-กลับ ในพื้นที่</li> <li>๖. การสื่อสารให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>๑. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดประเด็นในการ ดำเนินการ</li> <li>๒. แผนและแนวทางการพัฒนาศักยภาพหมอประจำตัว ๓ คน</li> <li>- พัฒนาศักยภาพแพทย์ (หมอคนที่ ๓)</li> <li>- พัฒนาศักยภาพหมอคนที่ ๒</li> </ul>	<p>ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพสามารถดูแลตนเองและ ครอบครัว เบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้านเพื่อเป็นกลไกในการจัดการสุขภาพชุมชนสร้างและเป็นพี่เลี้ยงอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)</li> <li>๓. แนวทางและรูปแบบการให้คำปรึกษา กับประชาชนของ ๓ หมอ</li> <li>๔. รูปแบบการทำงาน ร่วมกันของ ๓ หมอในพื้นที่</li> <li>๕. ประเด็นที่ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเอง</li> </ul>



เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
๑.ประชาชนได้รับ การดูแล/ การได้รับ คำปรึกษาจากหมอ ประจำตัวทั้ง ๓ คน	๑.พัฒนากลไกการ ดำเนินงาน ของแต่ละ หน่วยงาน ๒.ขยาย ผลและพัฒนา ต้นแบบของการ ดำเนินงานคนไทยทุก ครอบครัวมีหมอ ประจำตัว ๓ คน	๑. ผลการดำเนินงาน ๒. ปัญหา อุปสรรค จาก การ ดำเนินงานที่ผ่านมา ๓. ทบทวนบทบาทหน้าที่ ของแต่ละหน่วยงาน  ๔. ถอดบทเรียนพื้นที่ดี นแบบ และขยายผลการ ดำเนินงาน คนไทยทุก ครอบครัวมีหมอ ประจำตัว ๓ คน	จำนวนประชาชนคนไทย ที่ ได้รับการดูแลจากหมอ ประจำตัว ๓ คน และสร้าง การรับรู้กับประชาชน

### Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระดับจังหวัดกำหนด พื้นที่ดำเนินการ ๓ หมอ</li> <li>- แผนพัฒนาศักยภาพ หมอประจำตัว ๓ คน</li> <li>- วิเคราะห์ปัญหาสถานะ สุขภาพของประชาชนในพื้นที่</li> <li>- กลุ่มเป้าหมายที่ต้อง ได้ รับการดูแล(ผู้สูงอายุ ผู้ พิการ IMC ผู้ได้รับ ผลกระทบจาก COVID)</li> <li>- ชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงานสู่การปฏิบัติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาศักยภาพหมอ ประจำตัว ๓ คนตามแผน ที่กำหนด</li> <li>- มีระบบสื่อสารการให้ คำปรึกษาผ่านช่องทาง ต่างๆ</li> <li>- จัดระบบการเชื่อมโยง การให้บริการและการส่ง ต่อที่มี คุณภาพทั้งไป- กลับ</li> <li>- ประชาชนในพื้นที่ ร้อยละ ๗๐ ของ ประชาชนทั้งหมดในพื้นที่ มีหมอประจำตัว ๓ คน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนในพื้นที่ ร้อยละ ๗๒ ของ ประชาชนทั้งหมด ใน พื้นที่ที่มีหมอประจำตัว ๓ คน ดูแล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนในพื้นที่ ร้อยละ ๗๕ ของ ประชาชน ทั้งหมดใน พื้นที่ที่มีหมอ ประจำตัว ๓ คน ดูแล</li> </ul>

## ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

จำนวนประชาชนคนไทยที่มีหมอประจำตัว ๓ คนให้การดูแล ๓๕ ล้านคน

## สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑.  $C = A \div B \times ๑๐๐$

๒.  $F = D \div E \times ๑๐๐$  เมื่อ

A = จำนวนประชาชนคนไทยที่มีหมอประจำตัว ๓ คนให้การดูแล

B = จำนวนประชาชนคนไทยทั้งหมดในพื้นที่

C = ร้อยละของประชาชนคนไทยที่มีหมอประจำตัว ๓ คนให้การดูแล

D = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน

E = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

F = ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: service plan สาขา ระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ

## ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address
พ.ญ. รุจิราลักษณ์ พรหมเมือง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ ร.พ. ขอนแก่น	๐๘๘-๗๓๑๙๗๓๐ ruchiralak.pom@gmail.com
พ.ญ. จริญญา จุฬารี่	นายแพทย์เชี่ยวชาญ ร.พ. มหาสารคาม	๐๙๒-๖๓๒๒๔๙๙
พ.ญ. นภัสวรรณ ภูริพันธุ์ฤญโญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ร.พ. ร้อยเอ็ด	๐๘๑-๗๓๙๙๐๙๗
น.พ. ศิวบุรุษย์ ชัยสงคราม	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ร.พ. กาฬสินธุ์	๐๙๕-๑๕๙๒๒๘๙
น.พ. นิตกร สอนชา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ร.พ. ขอนแก่น ( เลขา )	๐๘๑-๕๙๒๗๐๒๐ dr.nitikorn@gmail.com
นางวารภรณ์ ชูคันหอม	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น (ผู้ช่วยเลขา)	๐๘๑-๕๔๔๙๗๔๒ waraporn๓๘๑๑@gmail.com

## แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗

(Inspection Guideline) ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

### Service plan สาขา ระบบสุขภาพปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ

หัวข้อ โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

ตัวชี้วัด ๓. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๙๕

#### คำนิยาม

**การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ** หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการ พัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด

**อำเภอ** หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็น ผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน ๘๗๘ แห่ง

**กลุ่มเปราะบาง** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตน เนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้มีข้อจำกัดใน เรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จาก ผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคน ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

**กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ** พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย ๒ ใน ๓ ปัจจัย ดังนี้

๑) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ รวมถึงคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด ๒๐๑๙

๒) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัย ในพื้นที่ห่างไกล

๓) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง

**กลุ่มเปราะบางที่พขอ.ที่มีคุณภาพต้องให้การดูแล** ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ คือกลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ (กลุ่มติดเตียง) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ระยะกลาง (Intermediate Care) และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหา COVID ๑๙

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
<p>๑.มีผลการประเมินตนเองครบทุกอำเภอ</p> <p>๒.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ ประเด็น ครบทุกอำเภอ</p> <p>๓.มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบาง (ผู้พิการ ผู้สูงอายุ IMC และผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID ๑๙) ครบทุกอำเภอ</p>	<p>๑.กลไกสนับสนุนระดับ จังหวัด และเขตสุขภาพ ใน การขับเคลื่อนที่เชื่อมโยง ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมี คุณภาพ</p> <p>๒. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบันและ คณะทำงานตามประเด็น</p> <p>๓. มีการประชุมคัดเลือก ประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา</p> <p>๔ มีการกำหนดเป้าหมาย การดูแลกลุ่มเปราะบางตาม บริบท</p>	<p>๑.มีนโยบายสนับสนุนการขับเคลื่อนพขอ.ของผู้ตรวจราชการและนพ.สสจ.</p> <p>๒. คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑</p> <p>๓. มีการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต และกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของ</p>	<p>๑.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ ประเด็น</p> <p>๒.มีคณะทำงานใน การขับเคลื่อน ประเด็นที่กำหนด มี แผนการดำเนินงาน ใน การแก้ไขปัญหาในพื้นที่</p> <p>๓.มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแล กลุ่มเปราะบาง</p> <p>๔.กลุ่มเปราะบาง(ผู้ พิการ ผู้สูงอายุ IMC และผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID ๑๙) ได้รับการดูแลจาก พขอ.</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>ของพื้นที่</p> <p>๕.ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนาาร่วมกับจังหวัด</p> <p>๖. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงินของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการ ขับเคลื่อน ประเด็นฯ การพัฒนาคุณภาพชีวิต ประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง</p>	<p>พื้นที่</p> <p>๔.ติดตามการดำเนินงานประเมินผล ตามประเด็นของพขอ.ผ่าน CL UCCARE</p> <p>๕.มีการจัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไข ปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น</p>	
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒</p>			
<p>๑.มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครบทุกอำเภอ</p> <p>๒.มีผลการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/เขต ครบทุกอำเภอ</p> <p>๓.มีผลการดูแลกลุ่มเปราะบาง ครบทุกอำเภอ</p>	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม</p>	<p>๑.จัดประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา เพื่อการขับเคลื่อนบูรณาการการทำงานร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๒. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไข ปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๔ สรุบบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไข ปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p>	<p>๑.มีการประเมิน ประเด็นปัญหาการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อโดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัด และเขตร้อยละ ๘๕</p> <p>๒.พขอ.ที่มีคุณภาพ ดูแลคุณภาพชีวิต กลุ่มเปราะบาง (กลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ IMC และผู้ ได้รับผลกระทบจาก COVID ๑๙)</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>เสริมสร้างศักยภาพ พขอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน</p>	<p>๑. ดำเนินการบริหาร จัดการ การพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แบบบูรณาการและมีส่วน ร่วมของทุกภาคส่วน</p> <p>๒. ติดตามการดำเนินงาน ตามประเด็นของพขอ.ผ่าน CL UCCARE</p> <p>๓. ประเมินผลการ ดำเนินงานการพัฒนา/แก้ ไขปัญหา สำคัญตามบริบท ในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพชีวิต</p> <p>๔. สรุปผลการดำเนินงาน/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชม และเสริมพลัง</p> <p>๕. สนับสนุนและส่งเสริมให้ การช่วยเหลือซึ่งกันและ กันภายในอำเภอ เดียวกันเป็นบทบาทสำคัญ เพื่อให้กลายเป็นส่วนหนึ่ง ของวัฒนธรรมท้องถิ่น</p>	

### Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>๑. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>๒. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา</p> <p>๓ มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตาม บริบทของพื้นที่</p> <p>๔.ทุกอำเภอมีการประเมิน ตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการ พัฒนาร่วมกับจังหวัด</p>	<p>๑. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่ พื้นที่กำหนด</p> <p>๒. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนประเด็นๆ การพัฒนาคุณภาพชีวิต ประชาชน และดูแลกลุ่ม เปราะบาง</p> <p>๓. ติดตามการดำเนินงานตามประเด็นของ พขอ.ผ่าน CL UCCARE</p>	<p>๑. ประเมินผลการดำเนินงาน จากระบบ CL UCCARE</p> <p>๒. มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของที่มระดับจังหวัดและเขต</p>	<p>๑.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๙๕</p> <p>๒.พขอ.ที่มีคุณภาพ ดูแลคุณภาพชีวิต กลุ่มเปราะบาง</p>

### ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

๑ .ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๕

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

$$(A/B) \times 100$$

A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

B = จำนวนอำเภอ ๗๗ แห่ง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : service plan สาขา ระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address
พ.ญ.รุจิราลักษณ์ พรหมเมือง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ ร.พ.ขอนแก่น	๐๘๘-๗๓๑๗๗๓๐ ruchiralak.pom@gmail.com
พ.ญ.จรัญญา จุฬารี่	นายแพทย์เชี่ยวชาญ ร.พ.มหาสารคาม	๐๙๒-๖๓๒๒๔๔๙
พ.ญ.นภัสวรรณ ภูริพันธ์ภูมิโย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ร.พ.ร้อยเอ็ด	๐๘๑-๗๓๙๙๐๙๗
น.พ.ศิวบุรุษ ชัยสงคราม	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ร.พ.กาฬสินธุ์	๐๙๕-๑๕๔๒๒๘๙
น.พ.นิตกร สอนชา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ร.พ.ขอนแก่น ( เลขา )	๐๘๑-๕๕๒๗๐๒๐ dr.nitikorn@gmail.com
นางวารภรณ์ ชูคันทอม	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น (ผู้ช่วยเลขา)	๐๘๑-๕๕๔๔๗๔๒ waraporn๓๘๑๑@gmail.com