



แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข  
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

กระทรวงสาธารณสุข

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

# คำนำ

ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน กำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทายจากระดับ อาชีพ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรทำให้ เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี นั้นทำให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมรับมือกับ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ การวางแผนยุทธศาสตร์จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเตรียมการรองรับกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นเพื่อกำหนดทิศทางในการดำเนินงานให้แก่หน่วยงานภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ประเทศไทย ๔.๐ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) นอกจากนี้ยังได้นำผลจากการทบทวน จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ (Retreat) กระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร ทั้งหมดนี้จึงทำให้เกิดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ ๑) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ(Prevention & Promotion Excellence) ๒) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)๓) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)และ ๔) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)เพื่อขับเคลื่อนและสร้างความเข้าใจร่วมกันให้แก่ ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จะเป็นเป้าหมายและกรอบแนวทางการดำเนินงานของส่วนราชการในสังกัด และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ร่วมกัน ไปสู่เป้าหมาย ของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ต่อไป

นพ. โสภณ เมฆธน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

# สารบัญ

|  |     |
|--|-----|
| ■ คำนำ   | ก   |
| ■ สารบัญ   | ข   |
| ■ บทสรุปผู้บริหาร  | ๑   |
| ■ บทที่ ๑ บทนำ   | ๓   |
| ■ บทที่ ๒ สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพ   | ๑๒  |
| ■ บทที่ ๓ แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐                               | ๓๒  |
| ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ<br>(Prevention & Promotion Excellence) | ๓๕  |
| ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)  | ๕๓  |
| ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)  | ๘๘  |
| ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)                       | ๙๒  |
| ■ บทที่ ๔ การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผล  | ๑๐๓ |
| ■ เอกสารอ้างอิง  |     |

# บทสรุปผู้บริหาร

แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานภายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายในระดับชาติ รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศและปฏิรูประบบสุขภาพ ไปสู่ความเป็นประเทศไทย ๔.๐ โดยในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้คำนึงถึงปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย ซึ่งกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในไม่ช้า การเกิดของโรคอุบัติใหม่ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องการลดการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ เพื่อเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยโดยการส่งเสริมให้คนไทยมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลตนเองและคนในครอบครัวได้เป็นต้น ทั้งนี้ยังได้วางกรอบแนวคิดในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ประเทศไทย ๔.๐ นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) นอกจากนี้ยังได้นำผลจากการทบทวน จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ (Retreat) กระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

จุดเน้นของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งสอดคล้องกับการจัดลำดับความสำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งแบ่งออกเป็น ๔ ระยะ และในแต่ละระยะมีจุดเน้นแตกต่างกันไป โดยในระยะ ๕ ปีแรก (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) คือการมุ่งปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอีกครั้ง รวมถึงการวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว การปรับระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น โดยแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบไปด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน (๔ Excellence) คือ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

เพื่อให้ยุทธศาสตร์มีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จึงได้มีการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และมาตรการที่ต้องการจะบรรลุให้ได้ภายใน ๑ ปี เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด นอกจากนี้ยังได้กำหนดแนวทางการ ถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด สร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่ การปฏิบัติอย่างแท้จริง และมีการติดตามประเมินผลที่สะดวก รวดเร็วเพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานอีกด้วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

# บทที่ ๑ บทนำ

สังคมไทยในปัจจุบันนั้น มีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็น บริบททางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ อันเนื่องมาจากกระแสโลกาภิวัตน์ที่เข้มข้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรและสังคมอย่างเสรีมากขึ้นกว่าเมื่อก่อน การต้องรับมือกับ โรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่จึงเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และในอนาคตอันใกล้ประเทศไทยก็จะกลายเป็นสังคม ผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว อีกทั้งยังส่งผลถึงบริบททางเศรษฐกิจของประเทศไทยอีกด้วย จากเดิมที่เคยเป็นเศรษฐกิจ สังคมอุตสาหกรรมที่กำลังจะเปลี่ยนผ่านเป็นเศรษฐกิจสังคมดิจิทัล ดังนั้นบริบทในแง่ของการดำรงชีวิตของ ประชากรไทยก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนตามไปด้วย จึงจะเห็นได้ว่าสังคมไทยนั้นได้มีการพลวัตอยู่อย่างต่อเนื่อง แต่ในทางกลับกันคุณภาพชีวิตของคนไทยและการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วนี้กลับยังไม่ มีคุณภาพเท่าที่ควร ด้วยเหตุเหล่านี้จึงได้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม รัฐบาลภายใต้การนำของ พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้ตระหนักถึงปัญหาข้างต้นนี้ จึงมีแนวคิดใน การรับมือกับบริบททางสังคมที่มีความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาพร้อมทั้งรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นใน อนาคต โดยได้จัดทำยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และมีข้อสั่งการให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนงานในภารกิจหลัก ของหน่วยงานระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็น ประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อรับมือกับสถานการณ์ด้านสุขภาพที่จะ เกิดขึ้นในอนาคต จึงควรที่จะมีการวางแผนเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ซึ่งการ วางแผนระยะยาวเช่นนี้จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายและไม่เคยมีมาก่อนในประเทศไทย โดยในส่วนของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้จัดทำขึ้นโดย เชื่อมโยงกับประเด็นดังต่อไปนี้

## ๑) ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘ เห็นชอบให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดทำ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป เพื่อจัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยยุทธศาสตร์ชาติที่ จะใช้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาระยะ ๒๐ ปี ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

**๑.๑ ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง** มีเป้าหมายทั้งในการสร้างเสถียรภาพภายในประเทศและ ช่วยลดและป้องกันภัยคุกคามจากภายนอก รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มประเทศอาเซียนและประชาคม โลกที่มีต่อประเทศไทย

**๑.๒ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน** เพื่อให้ประเทศไทยสามารถพัฒนาไปสู่การเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งจำเป็นต้องยกระดับผลิตภาพการผลิตและการใช้นวัตกรรมในการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันและการพัฒนาอย่างยั่งยืนทั้งในสาขาอุตสาหกรรม เกษตรและบริการ การสร้างความมั่นคงและปลอดภัยด้านอาหาร การเพิ่มขีดความสามารถทางการค้าและการเป็นผู้ประกอบการ รวมทั้งการพัฒนาฐานเศรษฐกิจแห่งอนาคต ทั้งนี้ภายใต้กรอบการปฏิรูปและพัฒนาปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ทุกด้าน อันได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม การพัฒนาทุนมนุษย์ และการบริหารจัดการทั้งในภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน

**๑.๓ ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน** เพื่อพัฒนาคนและสังคมไทยให้เป็นรากฐานที่แข็งแกร่งของประเทศ มีความพร้อมทางกาย ใจ สติปัญญา มีความเป็นสากล มีทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล มีระเบียบวินัย เคารพกฎหมาย มีคุณธรรม จริยธรรม รู้คุณค่าความเป็นไทย มีครอบครัวที่มั่นคง โดยมีกรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญและเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

๑.๓.๑ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ

๑.๓.๒ การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี

๑.๓.๓ การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย เสริมสร้างบทบาทของสถาบันครอบครัวในการบ่มเพาะจิตใจให้เข้มแข็ง

**๑.๔ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม** เพื่อเร่งกระจายโอกาสการพัฒนาและสร้างความมั่นคงให้ทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำไปสู่สังคมที่เสมอภาคและเป็นธรรม โดยมีกรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญและเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

๑.๔.๑ การสร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

๑.๔.๒ การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ

๑.๔.๓ การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย

**๑.๕ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม** เพื่อเร่งอนุรักษ์ฟื้นฟูและสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติ และมีความมั่นคงด้านน้ำ รวมทั้งมีความสามารถในการป้องกันผลกระทบและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติธรรมชาติ และพัฒนามุ่งสู่การเป็นสังคมสีเขียว

**๑.๖ ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ** เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐมีขนาดที่เหมาะสมกับบทบาทภารกิจ มีสมรรถนะสูง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลกระจายบทบาทภารกิจไปสู่ท้องถิ่นอย่างเหมาะสม มีธรรมาภิบาล

## **๒) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)**

หลังจากที่นายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้มีข้อสั่งการเมื่อวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙ ให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนงานในภารกิจหลักของหน่วยงานระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ในการจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป และ

จัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของ เศรษฐกิจพอเพียง” กระทรวงสาธารณสุขในฐานะส่วนราชการ จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ขึ้น ตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรีฯ อีกทั้ง ระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย จากรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้า การลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบ บริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมเพื่อรับมือกับสิ่งต่างๆเหล่านี้ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักของประเทศ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการ พัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งผลต่อการใช้จ่ายภาครัฐด้าน สุขภาพของประเทศต่อไป สอดรับกับการปฏิรูปประเทศไทยและการปฏิรูปด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างความ เข้มแข็งและมั่นคงยั่งยืนให้กับระบบสุขภาพ ทัดเทียมกับนานาประเทศในเอเชียได้จึงได้วางทิศทางในการ วางแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) เป็น ๔ ระยะ ระยะละ ๕ ปี และมีจุดเน้นหนักแต่ละ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ปฏิรูประบบ ระยะที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙ สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๗๐ – ๒๕๗๔ สู่อุตสาหกรรม ระยะที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๗๕ – ๒๕๗๙ เป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย โดยยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วย

- วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี
- พันธกิจ : พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน
- เป้าหมาย : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน
- ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence : ประกอบด้วย
  - ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ(Prevention & Promotion Excellence)
  - ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
  - ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
  - ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

### ๓) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ นี้ จะเป็นไปอย่างสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี โดยเน้นการปฏิรูปประเทศเพื่อแก้ปัญหาพื้นฐานด้านต่างๆของประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคมที่กำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ การ เชื่อมต่อด้านการค้าและเศรษฐกิจระดับคุณภาพและการเข้าถึงการศึกษาและการสาธารณสุข การขาดแคลนวัย แรงงาน ความเหลื่อมล้ำ รวมไปถึงการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆเพื่อรองรับการวิวัฒน์ของเทคโนโลยีและความ เป็นอยู่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยหลักการสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เช่น การน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ต่อเนื่องมา



ตั้งแต่แผนพัฒนา ฉบับที่ ๙รวมไปถึงการยึดวิสัยทัศน์ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” เป็นต้น จึงจะเห็นได้ว่า การพัฒนาในช่วง ๕ ปี ภายใต้แผนพัฒนา ฉบับที่ ๑๒ จึงถือเป็นกลไกหลัก และเป็น ๕ ปีแรกของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) ไปสู่การปฏิบัติในลำดับแรกเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในระยะยาวได้ในที่สุด โดยยุทธศาสตร์ที่กำหนดในแผนพัฒนา ฉบับที่ ๑๒ มีทั้งหมด ๑๐ ยุทธศาสตร์ โดยจะครอบคลุมทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาพื้นฐานเชิงยุทธศาสตร์และกลไกสนับสนุนยุทธศาสตร์ให้สัมฤทธิ์ผลในทุกมิติ ประกอบไปด้วย

๓.๑ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

๓.๒ ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

๓.๓ ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน

๓.๔ ยุทธศาสตร์การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

๓.๕ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน

๓.๖ ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบและ  
ธรรมาภิบาลในสังคมไทย

๓.๗ ยุทธศาสตร์การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์

๓.๘ ยุทธศาสตร์การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม

๓.๙ ยุทธศาสตร์การพัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ

๓.๑๐ ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา

#### ๔) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เป็นแผนพัฒนาระยะ ๕ ปี และเป็นกลไกเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ด้านสุขภาพ ให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม จึงได้ยึดหลักการ ดังนี้ (๑) ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (๒) ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (๓) ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี ๒๕๗๙ ควบคู่กับกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) (๕) การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ (๖) ประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (๗) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (๘) กรอบแนวทางแผนระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อวางฐานรากของระบบสุขภาพในระยะ ๕ ปี ให้เข้มแข็งเพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ประกอบด้วย

วิสัยทัศน์ : ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดีสร้างประเทศให้  
มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

พันธกิจ : เสริมสร้าง สนับสนุนและประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับ บริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

เป้าประสงค์ :

๑. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง
๒. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร
๓. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถ เข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม
๔. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม
๕. มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ : ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ

## ๕) นโยบายรัฐบาล

ในรัฐบาลปัจจุบันโดยมีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นนายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายของ คณะรัฐมนตรีต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เมื่อวันศุกร์ที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยได้กำหนดแนว ทิศทางการแก้ปัญหาของประเทศเป็นสามระยะ และมีนโยบาย ๑๑ ด้าน โดยนำยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศว่า ด้วยการพัฒนาตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มาเป็นหลักสำคัญ รวมถึงใช้ปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง แนวทางของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ และความต้องการของประชาชนเป็นแนวทางใน การกำหนดนโยบาย ดังนี้

๕.๑ การปกป้องและเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์

๕.๒ การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ

๕.๓ การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ

๕.๔ การศึกษาและเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม

๕.๕ การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน

๕.๖ การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ

๕.๗ การส่งเสริมบทบาทและการใช้โอกาสในประชาคมอาเซียน

๕.๘ การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม

๕.๙ การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุลระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

๕.๑๐ การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปราม การทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ

๕.๑๑ การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม  
โดยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขคือนโยบายด้านที่ ๕ การยกระดับคุณภาพบริการด้าน สาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยรัฐบาลจะวางรากฐานพัฒนาและเสริมความเข้มแข็งให้แก่การ ให้บริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนโดยเน้นความทั่วถึงและมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ดังนี้

(๑) วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมี คุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบและบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบ หลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

(๒) พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเน้นการป้องกันโรคมกกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลางปรับระบบการจ้างงานการกระจาย บุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่นและให้ภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการจ้าง บุคลากรเพื่อจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐเป็นผู้กำกับดูแลสนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการ พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยส่งเสริมการร่วมลงทุนและการใช้ทรัพยากรและบุคลากร ร่วมกันโดยมีข้อตกลงที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

(๓) เสริมความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคระบาดโดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติ ซ้ำ โดยมีเครือข่ายหน่วยเฝ้าระวังหน่วยตรวจวินิจฉัยโรคและหน่วยที่สามารถตัดสินใจเชิงนโยบายในการสกัดกั้น การแพร่กระจายได้อย่างทัน่วงที

(๔) ป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในการจราจรอันนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยการร่วมมือระหว่างฝ่ายต่างๆในการตรวจจับเพื่อป้องกันการรายงานและการดูแลผู้บาดเจ็บ

(๕) ส่งเสริมการกีฬาเพื่อสุขภาพใช้กีฬาเป็นสื่อในการพัฒนาลักษณะนิสัยเยาวชนให้มีน้ำใจ นักกีฬามีวินัยปฏิบัติตามกฎกติกา มารยาทและมีความสามัคคีอีกทั้งพัฒนานักกีฬาให้มีศักยภาพสามารถแข่งขัน ในระดับนานาชาติจนสร้างชื่อเสียงแก่ประเทศชาติ

(๖) ประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆในสังคมเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครุฑ ในวัยรุ่นและปัญหาด้านการแพทย์และจริยธรรมของการอุ้มบุญการปลูกถ่ายอวัยวะและสเต็มเซลล์โดยจัดให้มี มาตรการและกฎหมายที่รัดกุมเหมาะสมกับประเด็นที่เป็นปัญหาใหม่ของสังคม

(๗) พัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขโดยจัดให้ มีบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัยและให้มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงาน ต่างประเทศโดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

## ๖) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals: SDGs นั้น ริเริ่มโดยสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly: UN) เมื่อปีค.ศ. ๒๐๑๐ โดยเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องจากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ หรือ Millennium Development Goals: MDGs มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ประเทศต่างๆ พัฒนาประเทศเพื่อขจัดความยากจน ความหิวโหย ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียม เทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ซึ่งได้สิ้นสุดลงเมื่อปีค.ศ. ๒๐๑๕ หลังจากนั้น UN จึงได้ริเริ่มกระบวนการหารือเพื่อกำหนดวาระการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ (The Post – ๒๐๑๕ Development Agenda) ตามกระบวนทัศน์ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” โดยประเด็นสำคัญของการจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals : SDGs ประกอบไปด้วย ๑๗ เป้าหมายหลัก ที่ต้องบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ ดังนี้

- ๖ .๑ ยุติความยากจนทุกรูปแบบทุกหนแห่ง
- ๖.๒ ยุติความหิวโหยสร้างความมั่นคงทางอาหารยกระดับโภชนาการและส่งเสริมเกษตรกรรมที่ยั่งยืน
- ๖.๓ สร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะของทุกคนทุกวัย
- ๖.๔ สร้างหลักประกันถ้วนหน้าความเท่าเทียมด้านคุณภาพการศึกษาและส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับทุกคน
- ๖.๕ บรรลุความเท่าเทียมทางเพศและสร้างความเข้มแข็งแก่ผู้หญิงและเด็กหญิง
- ๖.๖ สร้างหลักประกันให้มีการบริหารจัดการน้ำและการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนสำหรับทุกคน
- ๖.๗ สร้างหลักประกันการเข้าถึงพลังงานยุคใหม่ที่มีราคาซื้อหาได้ที่เชื่อถือได้และมีความยั่งยืนสำหรับทุกคน
- ๖.๘ ส่งเสริมความยั่งยืนความเท่าเทียมและการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนรวมทั้งโอกาสในการทำงานที่ดีและมีประสิทธิภาพสำหรับทุกคน
- ๖.๙ เร่งสร้างระบบสาธารณสุขป้อนพื้นฐานส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมที่เท่าเทียมและยั่งยืนและสนับสนุนนวัตกรรม
- ๖.๑๐ ลดความเหลื่อมล้ำในประเทศและระหว่างประเทศต่างๆ
- ๖.๑๑ ทำให้เมืองและที่ตั้งถิ่นฐานของประชาชนมีความเท่าเทียมปลอดภัยมั่นคงและยั่งยืน
- ๖.๑๒ สร้างหลักประกันแก่ระบบการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน
- ๖.๑๓ ดำเนินการเรื่องการเปลี่ยนแปลงสภาวะภูมิอากาศและผลกระทบอย่างเร่งด่วน
- ๖.๑๔ อนุรักษ์และใช้ทรัพยากรทางทะเลอย่างยั่งยืนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
- ๖.๑๕ ปกป้องฟื้นฟูและส่งเสริมการใช้ระบบนิเวศภาคพื้นดินอย่างยั่งยืนการจัดการป่าไม้อย่างยั่งยืนต่อสู้กับการแปรสภาพเป็นทะเลทรายหยุดยั้งและฟื้นฟูความเสื่อมโทรมของพื้นดินและหยุดยั้งการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ

๖.๑๖ ส่งเสริมสังคมที่มีสันติภาพและความเท่าเทียมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนสนับสนุนให้ทุกคนเข้าถึงความยุติธรรมสร้างสถาบันทางสังคมที่มีประสิทธิภาพเชื่อถือได้และมีความเท่าเทียมในทุกระดับ

๖.๑๗ เสริมสร้างความเข้มแข็งแก่การปฏิบัติและฟื้นฟูความร่วมมือของพันธมิตรระดับโลกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

### ๗) ประเทศไทย ๔.๐

ในอดีตที่ผ่านมา ประเทศไทยมีโครงสร้างเศรษฐกิจที่เริ่มจากสังคมเกษตรกรรม หรือ ประเทศไทย ๑.๐ เน้นการสร้างรายได้จากการเกษตรเป็นหลัก ต่อมาจึงปรับเข้าสู่อุตสาหกรรมเบา หรือ ประเทศไทย ๒.๐ โดยมุ่งเน้นแรงงานราคาถูก ใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่มีในประเทศ เช่น สิ่งทอ อาหาร หลังจากนั้นก็ได้ปรับเปลี่ยนเข้าสู่ ประเทศไทย ๓.๐ ที่ให้ความสำคัญกับอุตสาหกรรมหนัก เช่น รถยนต์ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ต้นทุนและเทคโนโลยีจากต่างประเทศเพื่อเน้นการส่งออก ทำให้ประเทศไทยมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง สูงสุดที่ ๗-๘% ต่อปี แต่เมื่อถึงจุดหนึ่งหลังปี พ.ศ. ๒๕๔๐ อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจปรับลดลงมาอยู่ที่ ๓-๔% ต่อปีเท่านั้น และทำให้ประเทศไทย ติดอยู่ในกับดักประเทศรายได้ปานกลางมากกว่า ๒๐ ปีการปรับเปลี่ยนอีกครั้ง เพื่อเข้าสู่ประเทศไทย ๔.๐ หรือ Thailand ๔.๐ จึงเป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจแบบเดิมที่ขับเคลื่อนด้วยอุตสาหกรรม ไปสู่ เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมเพื่อผลักดันให้ประเทศหลุดพ้นจาก ๓ กับดักที่กำลังเผชิญ นั่นคือ กับดักประเทศรายได้ปานกลาง กับดักความเหลื่อมล้ำ และ กับดักความไม่สมดุลของการพัฒนา โดยใช้พลังประชารัฐในการขับเคลื่อน ผู้มีส่วนร่วมหลักประกอบด้วยภาคเอกชน ภาคการเงิน การธนาคาร มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยต่างๆ โดยเน้นตามความถนัดและจุดเด่นของแต่ละองค์กร และมีภาครัฐคอยสนับสนุนโดยแปลงความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบให้เป็นความได้เปรียบในเชิงแข่งขัน โดยการเติมเต็มด้วยวิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และการวิจัยและพัฒนา แล้วต่อยอดความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบเป็น ๕ กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย อันประกอบด้วย

๗.๑ กลุ่มอาหาร เกษตร และเทคโนโลยีชีวภาพ (Food, Agriculture & Bio – Tech)

๗.๒ กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีการแพทย์ (Health, Wellness & Bio – Med)

๗.๓ กลุ่มเครื่องมืออุปกรณ์อัจฉริยะ หุ่นยนต์และระบบเครื่องกลที่ใช้อิเล็กทรอนิกส์ควบคุม (Smart Devices, Robotics & Mechatronics)

๗.๔ กลุ่มดิจิทัล เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่เน็ตเชื่อมต่อและบังคับอุปกรณ์ต่างๆ ปัญญาประดิษฐ์ และเทคโนโลยีสมองกลฝังตัว (Digital, IoT, Artificial Intelligence & Embedded Technology)

๗.๕ กลุ่มอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ วัฒนธรรม และบริการที่มีมูลค่าสูง (Creative, Culture & High Value Services)

จากประเด็นที่ได้กล่าวมาข้างต้น ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยในระยะ ๕ ปีแรกนี้มีจุดเน้นคือ การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย และสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนตั้งแต่ผู้ที่ยังมีร่างกายแข็งแรงไปจนถึงผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา

โดยควบคู่ไปกับการให้บริการด้านสุขภาพในเชิงรุก ปรับเปลี่ยนโครงสร้างการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มกำลังคนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลคนไทย พร้อมทั้งนำนวัตกรรมเดิมเสริมนวัตกรรมใหม่โดยใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบันมาพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและครอบคลุมทั้งประเทศ สอดรับกับการเป็นประเทศไทย ๔.๐ โดยเป็นไปอย่างมีธรรมาภิบาล โปร่งใส และมีคุณธรรม

## บทที่ ๒ สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพ

สังคมในปัจจุบันนั้นมีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในทุกมิติ โดยเฉพาะมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม อันเนื่องมาจากกระแสโลกาภิวัตน์ที่เข้มข้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรและสังคมอย่างเสรีมากขึ้นกว่าเดิม อีกทั้งยังส่งผลถึงบริบททางเศรษฐกิจของประเทศไทยอีกด้วย จากเดิมที่เคยเป็นเศรษฐกิจสังคมอุตสาหกรรมที่กำลังจะเปลี่ยนผ่านเป็นเศรษฐกิจสังคมดิจิทัล ดังนั้นบริบททางสังคมในแง่ของการดำรงชีวิตของประชากรไทยก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนตามไปด้วย จึงจะเห็นได้ว่าสังคมไทยนั้นได้มีการพลวัตอยู่อย่างต่อเนื่อง ในทางกลับกันคุณภาพชีวิตของคนไทยและการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเข้มข้นนี้ก็กลับยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ด้วยเหตุเหล่านี้จึงได้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยปัจจัยหลักๆที่มีผลกระทบต่อบริบทสุขภาพคนไทย มีดังต่อไปนี้

### ๑. การเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายนอกที่สำคัญ

#### ๑.๑ ด้านการเมือง

จากสถานการณ์ทางการเมืองที่มีความขัดแย้งในช่วงเวลากว่า ๑๐ ปีที่ผ่านมา จากความเห็นต่างเชิงการเมืองของกลุ่มผู้ขัดแย้งหลายๆฝ่าย ทั้งภาคประชาชน เอกชน กลุ่มธุรกิจและเครือข่ายวิชาชีพต่างๆ ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นจนก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินเป็นจำนวนมากไม่น้อย หลังจากนั้นจึงได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองอีกครั้งในปี ๒๕๕๗ โดยการนำของ พล.อ. ประยุทธ์ จันทร์โอชา ซึ่งได้ยึดอำนาจการปกครองเมื่อวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เพื่อเป็นการยุติความขัดแย้งและนำประเทศไปสู่การปรองดอง แต่จากเหตุการณ์ที่ผ่านมา ก็ได้สร้างความเสียหายทางด้านสุขภาพของประชาชนไว้มากมาย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและความเครียดที่เกิดขึ้นจากความตึงเครียดด้านการเมืองที่สะสมมาเรื่อยๆ รวมไปถึงปัญหาทางด้านสภาพร่างกายที่เกิดจากการชุมนุมประท้วงที่มีความยืดเยื้อ ยาวนาน และนำไปสู่ความขัดแย้งรุนแรงก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายจนถึงขั้นเสียชีวิต

นอกจากนี้ปัญหาจากความตึงเครียดทางการเมืองและการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองนี้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เกิดการชะงักตัวขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เช่น สปสช. และ สสส. เป็นต้น อันเนื่องมาจากการถูกตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงคณะผู้บริหารในที่สุด ส่งผลกระทบต่อห้องกรต่าง ๆ รวมถึงภาคประชาสังคม ไม่สามารถดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพได้ เป็นระยะเวลาหนึ่ง

ทั้งนี้ ยังต้องจับตามองต่อไปถึงการปฏิรูประบบสุขภาพ ควบคู่ไปกับรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่ได้ผ่านประชามติไปแล้วเมื่อเดือนสิงหาคม ๒๕๕๙ ซึ่งหัวข้อหลักๆในการปฏิรูปจะกล่าวถึงการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้บริการเชิงรุกแก่ประชาชนทำให้ได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง รวดเร็ว มีคุณภาพ รวมไปถึงหัวข้อของการลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งจะทำให้คนไทยทุกคน สามารถเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียมกันต่อไปในอนาคต

## ๑.๒ ด้านเศรษฐกิจ

ในช่วง ๕ ทศวรรษที่ผ่านมา (ร่าง ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) การพัฒนาเศรษฐกิจไทยประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ การขยายตัวทางเศรษฐกิจในช่วงปี ๒๕๐๔-๒๕๕๘ ขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ ๖.๑ สูงเป็นอันดับที่ ๒๒ ของโลก (จากทั้งหมด ๒๐๕ ประเทศ) ส่งผลให้รายได้ประชาชาติต่อหัวของประชาชน (GNI Per Capita) เพิ่มขึ้นเป็น ๒๓,๖๖๖ บาท (๙๕๐ ดอลลาร์ สรอ.) ในปี ๒๕๓๐ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๘๕,๘๕๘ บาท (๕,๖๒๐ ดอลลาร์ สรอ.) ต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๕๘ ซึ่งทำให้นานาชาติได้ยกย่องประเทศไทยเป็นประเทศรายได้ปานกลางตอนบน (Upper Middle Income Country) และในปี ๒๕๕๗ รายได้ประชาชาติต่อหัวของไทยเพิ่มขึ้นเป็น ๑๘๕,๔๑๔ บาท ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวอยู่ที่ ๒๐๒,๗๙๕ บาท

## ๑.๓ ด้านสังคม

๑) **โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย** แต่ยังคงมีปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของประชากรในทุกช่วงวัย ขณะที่ครัวเรือนโดยเฉลี่ยมีขนาดลดลงและมีรูปแบบที่หลากหลาย จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี ๒๕๕๓-๒๕๘๓ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) พบว่า ปัจจุบันอัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยต่ำกว่าระดับทดแทนอยู่ที่อัตรา ๑.๖๒ และคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๘๓ อัตราการเจริญพันธุ์รวมอาจลดลงเหลือเพียง ๑.๓ คน ส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย

ขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานจะมีจำนวนลดลง โดยกลุ่มวัยเด็กจะลดลงอย่างรวดเร็วจาก ๑๑.๗๙ ล้านคนในปี ๒๕๕๘ เหลือเพียง ๘.๑๗ ล้านคนในปี ๒๕๘๓ ส่วนกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มลดลงจาก ๔๓.๐ ล้านคน เป็น ๓๕.๒ ล้านคนในช่วงเวลาเดียวกัน และยังมีปัญหาผลผลิตจากแรงงานต่ำ นอกจากนี้คนไทยไม่นิยมทำงานระดับล่าง ทำให้ต้องพึ่งการนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน เป็นช่องทางทำให้เกิดปัญหาโรคและภัยสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๑๐.๓ ล้านคน (ร้อยละ ๑๖.๒) ในปี ๒๕๕๘ เป็น ๒๐.๕ ล้านคน (ร้อยละ ๓๒.๑) ในปี ๒๕๘๓ ทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เพิ่มมากขึ้น สะท้อนภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุจำนวนมากมีรายได้ไม่พอต่อการยังชีพ และจะส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต้องแบกรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในปี ๒๕๕๓ มีประชากรวัยแรงงาน ๕ คนที่มีศักยภาพแบกรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน และคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๘๓ จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง ๑.๗ คน แบกรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน อีกทั้งการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมากขึ้น เป็นผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น แต่คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ติดบ้าน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีเพิ่มขึ้น และแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังก็เพิ่มสูงขึ้น ด้วยบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป แน่ใจว่าเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งนับจากนี้

๒) **คนไทยมีความมั่นคงทางสังคมมากขึ้น** แต่ยังมีปัญหาเชิงคุณภาพทั้งด้านสุขภาพ การเรียนรู้และคุณธรรมจริยธรรมคนไทยมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมกว่าร้อยละ ๙๙.๙ โดยอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ ๗๓.๘ ระบบประกันสังคมร้อยละ ๑๖.๗ และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ ๗.๑ ขณะที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีหลักประกันทางรายได้มั่นคงขึ้นและมีความ



ครอบคลุมมากขึ้น โดยในปี ๒๕๕๘ ผู้สูงอายุได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นเป็นแบบขั้นบันไดตามช่วงอายุ ๘.๓ ล้านคน จากผู้สูงอายุทั้งประเทศ ๑๐.๔ ล้านคน

เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพของคนไทย พบว่า แม้ว່อายุคาดเฉลี่ยจะสูงขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพศชาย ๗๑.๓ ปี และเพศหญิง ๗๘.๒ ปี ในปี ๒๕๕๗ แต่กลับเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุเป็นจำนวนมาก

**๓) ความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น** การขยายตัวของเมืองเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะในปี ๔๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๒๓-๒๕๕๓) พบว่า จำนวนประชากรเมืองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๖.๔ ในปี ๒๕๒๓ เป็นร้อยละ ๔๔.๑ ในปี ๒๕๕๓ ปัจจุบันนี้ ประเทศไทยมีความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลต่อวิถีชีวิตของคนในสังคมก็เปลี่ยนแปลงไปตามสังคมด้วย ทั้งนี้ ปัญหาในเรื่องระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยก็ยังคงมีอยู่ตลอดมา และยังคงเป็นปัญหาสะสมของประเทศไทยอยู่ตอนนี้ ปัจจัยความเป็นสังคมเมืองที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยถือว่าเป็นปัจจัยหลักในขณะนี้และมีแนวโน้มที่จะมีปัญหามากขึ้นอีกในอนาคต และการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ชนบทไปสู่ความเป็นเมืองมีแนวโน้มสูงขึ้น เพื่อลดความแออัดของเมืองหลวงและเมืองหลัก อันเป็นการกระจายความเจริญสู่พื้นที่อื่นๆ จึงจำเป็นต้องมีการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน การจัดการบริการสาธารณะเพื่อรองรับการเจริญเติบโตของเมือง การใช้ประโยชน์ของทรัพยากรท้องถิ่นทั้งปัจจัยการผลิตและแรงงานไปสู่ภาคการค้า บริการและอุตสาหกรรม มีการอพยพเคลื่อนย้ายจากชนบทเข้าสู่เมืองเพิ่มมากขึ้น มีแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก คนในเขตเมืองมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาโรคและภัยสุขภาพ นอกจากนี้รูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นและแบบพิเศษยังไม่สามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพของคนในเขตเมือง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**๔) การจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษที่เชื่อมโยงกับ** การที่ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และประเทศไทยมีสภาพทางภูมิศาสตร์เป็นศูนย์กลางของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีประโยชน์อย่างมากต่อประเทศไทย เพราะเป็นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและส่งเสริมความสามารถในการแข่งขัน ส่งผลให้เกิดการลงทุนในประเทศ การส่งออก เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเหล่านี้ก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในหลายๆ ด้าน เช่น ผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหาขยะและของเสียอุตสาหกรรม มลพิษทางน้ำ อากาศ และมีฝุ่นละอองมากขึ้น

#### ๑.๔ ด้านเทคโนโลยี

**๑) สถานการณ์การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัยและนวัตกรรมของประเทศ** ได้รับการยกระดับดีขึ้นแต่ยังต่ำกว่ากลุ่มประเทศรายได้สูง จากการฉีกกำลังของหน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมและเชื่อมโยงให้เกิดความมั่นใจของภาคธุรกิจเอกชน แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีรายได้สูง โดยในปี ๒๕๕๘ อันดับความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์อยู่ที่ ๔๗ และด้านเทคโนโลยี อยู่ที่ ๔๔ จาก ๖๑ ประเทศที่จัดอันดับโดย IMD (International Institute for Management Development) ลดลงเมื่อเทียบกับอันดับที่ ๓๗ และ ๔๓ ตามลำดับในปี ๒๕๕๑ และตลอดช่วงระยะเวลา ๑๔ ปีที่ผ่านมา (ปี ๒๕๔๓-๒๕๕๖) ค่าเฉลี่ยการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาต่อ GDP ยังคงอยู่ในระดับร้อยละ ๐.๒๗ ต่อ GDP ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย มีค่าใช้จ่ายเพื่อการวิจัยและพัฒนาอยู่ร้อยละ ๔.๑๕, ๓.๔๗, ๒.๘๑ และ ๒.๑๘ ต่อ GDP ในปี ๒๕๕๖ ตามลำดับ

๒) ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อการรักษาโรคก้าวหน้ามาก ที่สำคัญ ได้แก่ ๑) สเต็มเซลล์มีศักยภาพที่จะพัฒนาไปเป็นเซลล์อวัยวะใดก็ได้ใน ๒๒๐ ชนิด ถ้าสามารถเอาไปใส่ในคนที่อวัยวะเสื่อมเพราะโรค และบังคับให้แบ่งตัวขึ้นมาทำงานแทนที่หรือซ่อมแซมอวัยวะที่เสียหายได้ก็จะสามารถใช้รักษาโรคได้ ๒) นาโนเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Nanomedicine) ปัจจุบันห้องปฏิบัติการวิจัยหลายประเทศทั่วโลก กำลังแข่งขันกันอย่างหนัก เพื่อคิดค้นและออกแบบระบบนำส่งยาที่ใช้นาโนเทคโนโลยีเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ๓) หุ่นยนต์ทางการแพทย์ เช่น หุ่นยนต์ดาวินชี (Da Vinci) แขนกลของหุ่นยนต์จะควบคุมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านทางก้านควบคุม (joystick) ทำให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างแม่นยำ ลดความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ทำให้เสียเลือดน้อยกว่า และระยะเวลาการพักฟื้นเร็วขึ้น หุ่นยนต์ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพคนพิการเพื่อช่วยในการเดินหรือการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นสำหรับผู้พิการ การใช้สัญญาณทางชีวภาพ (Biological signal) ของร่างกายส่วนอื่น เพื่อนำมาใช้ควบคุมหุ่นยนต์

### ๑.๕ ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๑) การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) จะส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้มีความรุนแรงมากขึ้น อุณหภูมิของโลกเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความแห้งแล้งเป็นระยะเวลายาวนาน เกิดฝนขาดช่วง และมีฤดูกาลเปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อความอุดมสมบูรณ์ของดิน ป่าไม้เกิดความเสื่อมโทรม แหล่งน้ำขาดแคลน ผลผลิตทางการเกษตรลดลง เกิดโรคระบาดในพืชและสัตว์ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ ในปัจจุบันนี้ ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าภาวะโลกร้อนเป็นปัญหาที่ได้รับผลกระทบไปทั่วโลก และต้องตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ปัญหาเป็นลำดับแรกๆ เพราะสภาพภูมิอากาศที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง ทำให้เกิดผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันของผู้คนรวมไปถึงการดำเนินการค้าการลงทุนเป็นอย่างมาก ไม่เว้นแม้กระทั่งประเทศไทย ที่จะเห็นได้อย่างชัดเจนคือความผันผวนของภูมิอากาศในแต่ละฤดู ส่งผลกระทบต่อประชาชน ไม่ว่าจะเป็น การประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมที่ต้องพึ่งพาน้ำที่ได้จากการเกิดฝน แต่เมื่อฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาล ก็ต้องเลื่อนการทำเกษตรออกไป เมื่อเข้าฤดูน้ำหลากก็ทำให้พืชผลทางการเกษตรเกิดความเสียหาย ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อความอยู่รอด อีกทั้งเรื่องปัญหามลพิษทั้งจากหมอกควันและการปล่อยมลพิษจากโรงงาน เกิดเป็นผลกระทบทางด้านสุขภาพที่ทำให้ทั่วโลกต้องตระหนักหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ก่อให้เกิดข้อตกลงระหว่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีความเข้มข้นเรื่อยๆ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ก็เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการจัดการปัญหาดังกล่าว เพื่อเป็นการเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม เป็นกลไกเฝ้าระวังความเสียหายแก่ประชาชนได้อย่างทันที่

#### ๒) ปัญหาสิ่งแวดล้อมเพิ่มสูงขึ้นตามการขยายตัวของเศรษฐกิจและชุมชนเมือง

: ปัญหาขยะมูลฝอยยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ ขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในปี ๒๕๕๗ มีประมาณ ๒๖. ๒ ล้านตัน โดยแนวโน้มอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเฉลี่ยต่อคนต่อวันเพิ่มสูงขึ้นจาก ๑.๐๔ กิโลกรัม/คน/วัน ในปี ๒๕๕๓ เป็น ๑.๑๑ กิโลกรัม/คน/วัน ในปี ๒๕๕๗ การกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการมีเพียงร้อยละ ๓๐ และมีการนำขยะมูลฝอยกลับไปใช้ประโยชน์เพียงร้อยละ ๑๘ ทำให้มีปริมาณขยะสะสมตกค้างเพิ่มสูงขึ้น ๓๐.๘ ล้านตันในปี ๒๕๕๗ ขยะอิเล็กทรอนิกส์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ ต่อปี

เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อนาคตต้องประสบปัญหาการกำจัดของเสียเหล่านี้

**: มลพิษทางอากาศยังเกินมาตรฐานหลายแห่ง แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น** ในปี ๒๕๕๗ พบมลพิษทางอากาศเกินมาตรฐานในหลายพื้นที่ของประเทศ และที่เป็นปัญหาสำคัญได้แก่ ฝุ่นละออง ก๊าซโอโซน และสารอินทรีย์ระเหยง่าย (Volatile organic compounds, VOCs) โดยมีพื้นที่วิกฤติในเขตพื้นที่มาบตาพุด จังหวัดระยอง ที่ยังคงประสบปัญหาสารอินทรีย์ระเหยง่าย ในพื้นที่อื่น เช่น กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี เชียงใหม่ ขอนแก่น พบสารเบนซินเกินค่ามาตรฐาน แต่ส่วนใหญ่มีปริมาณลดลงจากปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ปัญหามลพิษทางอากาศในพื้นที่มาจากสาเหตุหลักคือ ปริมาณรถยนต์จำนวนมาก สำหรับมลพิษจากหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน พบว่า สถานการณ์ดีขึ้นเป็นลำดับ โดยความร่วมมือและการทำงานระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และประชาชนดีขึ้น

## ๒. สถานะสุขภาพประชาชนไทย

คนไทยยังประสบกับปัญหาด้านสุขภาพ สาเหตุสำคัญเกิดจากโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ ปัจจัยเสี่ยง รวมถึงภัยสุขภาพ ที่ส่งผลให้ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ ดังนั้นทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจนอกจากคนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแล้ว แต่สูญเสียสุขภาพเพิ่มขึ้นยังต้องทำให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

### ๒.๑ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE)

คนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเพศหญิงและชาย โดยเพศชายเพิ่มจาก ๗๐.๔ ในปี ๒๕๕๓ เป็น ๗๑.๑ ในปี ๒๕๕๖ คาดประมาณว่าจะเพิ่มเป็น ๗๕.๒ ในปี ๒๕๘๓ และเพศหญิงเพิ่มจาก ๗๗.๕ ในปี ๒๕๕๓ เป็น ๗๘.๒ ในปี ๒๕๕๗ และคาดประมาณว่าจะเพิ่มเป็น ๘๑.๙ ในปี ๒๕๘๓ (ข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ๒๕๕๓-๒๕๘๓ โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) ดังนั้น เพื่อให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี ภายในระยะ ๒๐ ปี จึงต้องมุ่งลดจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Premature Mortality) ซึ่งมาจาก ๒ สาเหตุหลัก คือ การชีวิตจากสาเหตุภายนอก (External Causes) ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้นๆของประเทศไทย และการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic Diseases)

### ๒.๒ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE)

อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นในช่วง ๕ ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ.๒๕๕๒-๒๕๕๖) จาก ๖๒ ปี ในปี ๒๕๕๒ เป็น ๖๖ ปี ในปี ๒๕๖๐ (ที่มา Would Health Statistic ๒๐๑๓-๒๐๑๕) สาเหตุการสูญเสียปีสุขภาพจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทย ในปี ๒๕๕๖ ทั้งใน ชายไทยและหญิงไทยมาจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาพะสูงสุดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งตับ และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนหญิงไทยสูญเสียปีสุขภาพะสูงสุดจาก โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ ดังนั้น นอกจากการมุ่งลดปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยแล้ว ยังต้องมุ่งส่งเสริมสุขภาพของคนไทยอีกด้วย จึงจะทำให้อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๗๒ ปี ภายในระยะ ๒๐ ปีนี้

## ๒.๓ ปัญหาสาธารณสุข

### ๑ ) กลุ่มโรคติดต่อที่มีแนวโน้มลดลง

กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เป็นกลุ่มโรคติดต่อที่มีแนวโน้มลดลง ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จอย่างสูงในการลดการเจ็บป่วย และตาย แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการให้บริการวัคซีนจะยังคงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนที่มีคุณภาพแม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร นอกจากนี้ประเทศไทยยังต้องมีการพัฒนาและเพิ่มชนิดของวัคซีน เพื่อเป็นการป้องกันโรคในกลุ่มอายุอื่น ๆ อีกด้วย

**โรคไข้มาลาเรีย** ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีประสิทธิผลสำเร็จในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือจำนวนผู้ป่วยลดลงจาก ๑๕๐ ,๐๐๐ ราย ในปี ๒๕๔๓ เหลือ ๒๔ ,๘๕๐ ราย ในปี ๒๕๕๘ (ลดลงประมาณร้อยละ ๘๕) โดยปี ๒๕๕๘ มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียเท่ากับ ๐.๓๘ ต่อประชากรพันคน ควรปรับนโยบายจากการควบคุมโรคเป็นการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามนโยบายองค์การอนามัยโลก จึงมีความจำเป็นต้องปรับยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการดำเนินงานดังกล่าวให้สอดคล้องกับสถานการณ์และพื้นที่ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ ปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อยา ซึ่งตรวจพบมากในพื้นที่ชายแดน และเขตป่าเขา บริเวณพรมแดนด้านตะวันตกติดกับประเทศเมียนมา และด้านตะวันออกติดกับประเทศกัมพูชา และปัญหาอีกประการหนึ่งได้แก่การพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียซึ่งเป็นผลเมืองจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งปัญหานี้พบมากในบริเวณพื้นที่ชายแดนเช่นกัน

### ๒) กลุ่มโรคติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

**โรคติดต่ออุบัติใหม่** กำลังเป็นปัญหาทั่วโลก เนื่องจากทุกๆ ปี จะมีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดการระบาดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงต่อการระบาดมีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรุนแรง พบว่าในช่วง ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดต่ออุบัติขึ้นใหม่จำนวนมาก โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคไข้หวัดนก โรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า และโรคติดต่อเชื้อไวรัสซิกา เป็นต้น จะเห็นได้ว่า โรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โรคเหล่านี้มักมีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่าและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค เช่น ยุง ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกัน ควบคุมโรค ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัย อยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่น มีภูมิต้านทานโรคต่ำ เช่น เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ หรือมีโอกาสสัมผัสโรคมามาก เช่น เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์ คนฆ่าและเนื้อสัตว์ รวมถึงกลุ่มที่มีโอกาสแพร่โรคหรือรับโรคได้ง่าย เช่นกลุ่มผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กหรือกลุ่มผู้เดินทางไปต่างประเทศ

**โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์** สถานการณ์ ปี ๒๕๕๖-๒๕๕๘ พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๕ โรค เฉพาะกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับเท่ากับ ๕๑.๓๕ , ๕๗.๓๗ และ ๗๒.๔๒ ต่อแสนประชากร จำแนกรายโรคพบว่าป่วยด้วยโรคหนองในมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อัตราป่วยเป็น ๓๗.๓๔, ๔๐.๙๘ และ ๕๐.๐๙ ต่อแสนประชากรรองลงมาเป็นโรคซิฟิลิส อัตราป่วย ๕.๗,

๘.๓ และ ๑๑.๕ ต่อแสนประชากร และหนองในเทียม อัตราป่วย ๕.๗๙ , ๕.๗๐ และ ๗.๓๗ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

**วัณโรค** องค์การอนามัยโลกคาดประมาณอัตราป่วยวัณโรครายใหม่ในประเทศไทย โดยใช้ผลการสำรวจความชุกเป็นฐานของการวิเคราะห์พบว่า ในปี ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ๑๒๐,๐๐๐ ราย (๑๗๑ ต่อแสนประชากร) ปัจจัยที่ทำให้ยังคงมีผู้ป่วยวัณโรคเกิดขึ้นมาก (determinants) มีหลายประการ เช่น สังคมที่มีกลุ่มสูงวัยมากขึ้น สังคมเขตเมืองและการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มแรงงานข้ามชาติ กลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals) โดยการยุติปัญหาวัณโรค (End TB) อยู่ภายใต้เป้าหมายที่ ๓ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายลดอัตราป่วยรายใหม่เป็น ๒๐ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๗๓ และ ๑๐ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๗๘ ในปัจจุบันประเทศไทยจัดเป็นหนึ่งใน ๑๔ ประเทศที่มีภาระโรคสูงทั้งสามด้าน ได้แก่ วัณโรค วัณโรคดื้อยา และวัณโรคร่วมเอชไอวี ความท้าทายที่สำคัญยิ่งของประเทศไทย คือ การค้นหา และรายงานผู้ป่วยที่ปัจจุบันครอบคลุมเพียงร้อยละ ๕๙ แสดงถึงผู้ป่วยอีกกว่าร้อยละ ๔๐ ที่ไม่เข้าถึงการวินิจฉัยหรือเข้าถึงซ้ำ จำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องเพิ่มความครอบคลุมการตรวจรักษาวัณโรคให้สูงขึ้น เพื่อตัดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่คนรอบข้าง

#### ๒.๔ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

โรคเรื้อรังที่เป็นอันดับต้นของสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย ได้แก่ โรคเบาหวานโรค ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมการบริโภค และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม

๑) **โรคเบาหวาน** สถานการณ์ในประเทศไทยในปี ๒๕๕๖ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ทั้งหมด ๙,๖๔๗ ราย หรือเฉลี่ยวันละ ๒๗ คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๑๔.๙๓ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๕๗ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด ๑๑ ,๓๘๙ ราย หรือเฉลี่ยวันละ ๓๒ คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๑๗.๕๓ ต่อแสนประชากร และปี ๒๕๕๘ อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๑๗.๘๓ ข้อมูลจาก เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ( MedResNet) และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖๙๘ ,๗๒๐ ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ๑,๐๘๑.๒๕ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๗ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ ๓๗.๙ ถ้าควบคุมสถานะของโรคได้ไม่ดีก็จะมีปัญหาของภาวะแทรกซ้อนตามมา ทั้งเรื่องของตา ไต หัวใจ สมอง และเท้า

๒) **โรคความดันโลหิตสูง** จากข้อมูลสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยตลอดตั้งแต่ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๘เป็นจำนวน ๓,๖๘๔ คน ปี ๒๕๕๖ จำนวน ๕ ,๑๖๕คน ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๗,๑๑๕ คน และ ปี ๒๕๕๘ มีจำนวนสูงถึง ๗,๕๗๘ คน ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ (ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒) พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ปี ขึ้นไป มีอัตราความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๑.๔ และผลการสำรวจครั้งที่ ๕ อัตราความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๒๔.๗ หรือ

ประมาณทุกๆ ๑ ใน ๔ คน ของประชากรไทยที่เป็นผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง และสิ่งที่น่าวิตกอย่างยิ่ง คือ ในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๐ ในเพศชาย และ ๔๐ ในเพศหญิง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ ๘-๙ ได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา และในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา พบว่าจำนวนประมาณน้อยกว่า ๑ ใน ๔ ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ซึ่งมีเพียง ๑ ใน ๔ ที่ได้รับการรักษา และควบคุมความดันโลหิตได้

**๓) โรคหัวใจขาดเลือด** สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๘ พบว่า อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี ๒๕๕๘ อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ ๒๘.๙๒ ต่อแสนประชากร และเมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือดจากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๖ โดยอัตราผู้ป่วยใน ปี ๒๕๕๐ เท่ากับ ๓๒๘.๖๓ ต่อแสนประชากร และปี ๒๕๕๖ อัตราผู้ป่วยใน เท่ากับ ๔๓๕.๑๘ ต่อแสนประชากร โดยอัตราผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นถึง ๑.๓ เท่า อย่างไรก็ตาม อัตราผู้ป่วยในลดลงในปี ๒๕๕๗ โดยมีอัตราผู้ป่วยใน เท่ากับ ๔๐๗.๖๙ ต่อแสนประชากร

**๔) โรคหลอดเลือดสมอง** สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี ๒๕๕๖ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะมากเป็นอันดับ ๑ ในเพศหญิง (๒๗๗,๐๐๐ ปี สุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๐.๘ ของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปทั้งหมด ) และอันดับ ๒ ในเพศชาย (๓๔๐,๐๐๐ ปี สุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๘.๘ ของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปทั้งหมด) และจากข้อมูลมรณบัตรและรายงานสาเหตุการตาย ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๗ พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องในทุกเขตสุขภาพ และทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยในปี ๒๕๕๓ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมเท่ากับ ๔๐.๙๗ ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น ๕๔.๒๕ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๕๗ ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงปีละกว่า ๔,๐๐๐ คน

**๕) โรคไตเรื้อรัง** (Chronic kidney disease: CKD) เป็นภัยสุขภาพที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยพบว่าการไม่สามารถควบคุมภาวะของระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้นั้น เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ได้กว่าร้อยละ ๗๐ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคไตเรื้อรังก็เป็นปัญหาเช่นเดียวกับหลายประเทศ โดยผลการศึกษาความชุกโรคไตเรื้อรังของโครงการวิจัยการประมาณความชุกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย (ThaiSEEKProject) พบว่า มีความชุกโรคไตเรื้อรัง เท่ากับร้อยละ ๑๗.๕ ซึ่งมีผู้ป่วยระยะที่ ๓-๕ ร้อยละ ๘.๖ และระยะที่ ๑-๒ ร้อยละ ๘.๙

**๖) โรคมะเร็ง** สถาบันมะเร็งแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้คำนวณสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยจากหน่วยทะเบียนมะเร็งระดับประชากร ๑ ๕ แห่ง ทั่วประเทศ โดยข้อมูลสถิติโรคมะเร็ง ในปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕ (Cancer in Thailand Vol VIII, ๒๐๑๐-๒๐๑๒) มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ ๑๑๒,๓๙๒ ราย เป็นเพศชายจำนวน ๕๔,๕๘๖ ราย และเพศหญิงจำนวน ๕๗,๘๐๖ ราย โรคมะเร็งที่พบบ่อย ๕ อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งหลอดลมและปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด Non-Hodgkin ส่วนโรคมะเร็งที่พบบ่อย ๕ อันดับแรกในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็ง

ปากมดลูก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งหลอดลมและปอด และจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าในปี ๒๕๕๔ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ ๖๑,๐๘๒ คน เป็นเพศชาย ๓๕,๔๓๗ คน เป็นเพศหญิง ๒๕,๖๔๕ คน ถือเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ๕ อันดับแรกของประเทศ คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๕๖.๓๘ ของมะเร็งทั้งหมด

## ๒.๕ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

๑) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การวิเคราะห์ความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALY) ของประชากรไทย ปี ๒๕๕๖ พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับหนึ่งในเพศชาย และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๘ พบว่าความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๐ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๖ ที่ร้อยละ ๓๒.๒ และปี ๒๕๕๗ ที่ร้อยละ ๓๒.๓ โดยมีนักดื่มเพศชายมากกว่านักดื่มเพศหญิงประมาณ ๔.๓๕ เท่า เมื่อพิจารณาความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ ๑๕-๑๙ ปี) ปี ๒๕๕๘ คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๑ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๖ ที่ร้อยละ ๑๖.๐ และปี ๒๕๕๗ ที่ร้อยละ ๑๘.๑ ซึ่งพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว นักดื่มกลุ่มนี้มีแนวโน้มกลายเป็นนักดื่มประจำ นอกจากนี้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังก่อให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลที่มีวันหยุดติดต่อกันจะพบการเกิดอุบัติเหตุจราจรทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก โดยสาเหตุหลักอันดับหนึ่งเกิดจากการเมาสุรา

๒) การบริโภคยาสูบ ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยล่าสุด ปี ๒๕๕๘ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) พบว่า ในจำนวนประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีผู้สูบบุหรี่ ๑๐.๙ ล้านคน (ร้อยละ ๑๙.๙) โดยในภาพรวม พบว่า ในช่วงปี ๒๕๔๗-๒๕๕๒ อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๒๓.๐ เป็นร้อยละ ๒๐.๗ ตามลำดับ แต่กลับเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๒๑.๔ และลดลงเหลือร้อยละ ๑๙.๙ ในปี ๒๕๕๖ จากนั้นกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๒๐.๗ ในปี ๒๕๕๗ และลดลงเป็นร้อยละ ๑๙.๙ ในปีล่าสุด ๒๕๕๘ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ ปี ๒๕๕๘ กับปี ๒๕๕๗ พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง โดยอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง ๒๑.๘ เท่า และยังคงพบการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะต่างๆ เช่น ตลาด สถานบันเทิง เป็นต้น ทั้งๆ ที่สถานที่เหล่านี้เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

๓) อุบัติเหตุ คนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนนมากเป็นอันดับ ๒ ของโลก ข้อมูลจากการเก็บสถิติของสถาบันวิจัยด้านคมนาคม มหาวิทยาลัยมิชิแกน สหรัฐอเมริกา ร่วมกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า สถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๘ คน ต่อแสนประชากรต่อปี แต่สำหรับนามิเบีย ไทยและอิหร่าน ซึ่งเป็น ๓ อันดับต้น ๆ มีสถิติมากกว่าค่าเฉลี่ยเกิน ๒ เท่า คือ ๔๕ คน, ๔๔ คน และ ๓๘ คนต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ

## ๒.๖ โรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

ปัญหาจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมาจากหลากหลายสาเหตุ ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและการกระทำของมนุษย์ ประชาชนไทยประสบปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ

ในหลายกรณี ซึ่งปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมได้ถูกจัดแบ่งตามสภาพสาเหตุของมลพิษ และตามพื้นที่ที่เกิดเหตุ รวมทั้งกำหนดเป็นพื้นที่คุ้มครองสุขภาพจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ (พื้นที่ Hot Zone) ได้แก่ ๑) มลพิษสารเคมีและสารอันตรายที่สำคัญ ได้แก่ ๑.๑) ปัญหามลพิษจากการทำเหมือง ๑.๒) ปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์ ๒) มลพิษทางอากาศที่สำคัญ ได้แก่ ๒.๑) ปัญหาหมอกควัน ๒.๒) ปัญหาฝุ่นละออง ๒.๓) โรงไฟฟ้าชีวมวล ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแบบเรื้อรัง การวินิจฉัยโรคมีความยากและแตกต่างจากโรคอื่นๆ คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจไม่มีการแสดงอาการป่วยที่เห็นได้ชัดเจน ใช้ระยะเวลานานในการก่อให้เกิดโรค แต่อาจส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาและพัฒนาการของเด็กซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนมาได้

### ๓. ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย

#### ๓.๑ กลุ่มเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา อัตราตายมารดาและเด็กอายุ ๐-๕ ปี ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยอัตราตายมารดาลดลงจาก ๓๗๔.๓ ต่อเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๐๕ เป็น ๒๓.๓ ต่อเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ แต่ก็ยังสูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาที่ ๘ ( MDGs) ที่กำหนดไว้เท่ากับ ๑๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการแท้งและการคลอด อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบอัตราตายมารดาในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่าประเทศไทยมีอัตราตายมารดาน้อยกว่าประเทศอื่นๆ เป็นอันดับ ๒ รองจากประเทศสิงคโปร์สำหรับอัตราในเด็กอายุ ๐-๕ ปี ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกันอย่างสิงคโปร์ มาเลเซียและบรูไน สำหรับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ พบว่า อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ยังเป็นปัญหาและยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ ๗ และจากการตรวจคัดกรองและประเมินพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ พบว่า มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๙.๓ และ ๙๘.๗ ซึ่งเกินกว่าค่าที่กระทรวงกำหนดไว้ที่ร้อยละ ๘๕

#### ๓.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียน (๕-๑๔ ปี)

ปัญหาสำคัญของเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่เกิดจากภาวะโภชนาการ การเกิดอุบัติเหตุจากจราจรทางบกและการจมน้ำ สำหรับภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนของไทย พบว่า มีแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่ในอนาคต จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒) พบว่า เด็กไทยเริ่มมีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนโดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง สำหรับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบกของเด็กในกลุ่มนี้ยังมีปัญหาอย่างต่อเนื่องและผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงส่วนสาเหตุการตายจากการจมน้ำมีแนวโน้มลดลง สำหรับคะแนนระดับสติปัญญาของเด็กกลุ่มวัยเรียนของไทยที่ได้จากการสำรวจพบว่า เด็กกลุ่มวัยเรียน ร้อยละ ๓๙.๓ มีคะแนนสติปัญญาและความถนัด ( IQ) อยู่ในระดับปกติ (ค่าเฉลี่ย ๙๐-๑๐๙) ส่วนกลุ่มที่มีคะแนนสติปัญญาและความถนัดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า ๙๐) มีจำนวนมากถึงร้อยละ ๔๙.๙ ซึ่งเกณฑ์ทฤษฎีควรมี ร้อยละ ๒๕ เท่านั้น



### ๓.๓ กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (๑๕-๒๑ ปี)

กลุ่มเด็กวัยรุ่นไทยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและอุบัติเหตุ จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น การตั้งครกในวัยวัยรุ่นยังเป็นปัญหาและมีความรุนแรงมากขึ้นในสังคมไทย ส่งผลให้เด็กที่เกิดมีพัฒนาการไม่สมวัยและมีโอกาสสูงที่จะกลายเป็นเด็กด้อยโอกาสหรือถูกทอดทิ้ง กลายเป็นปัญหาสังคมตามมา จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขและรายงานของ UN ระบุว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี ยังสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ ร้อยละ ๑๐

### ๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี)

ประชากรกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสุขภาพที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และการเกิดอุบัติเหตุ โดยพบว่าสาเหตุการป่วยส่วนใหญ่ของประชากรวัยทำงานเกิดจากโรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไทรอยด์ โรคติดเชื้อและอุบัติเหตุ สำหรับสาเหตุการตายของประชากรไทยอายุต่ำกว่า ๖๐ ปี พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในเพศชาย คือ อุบัติเหตุทางถนน รองลงมาคือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคมะเร็งตับ และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ สำหรับสาเหตุการตายในเพศหญิงอายุต่ำกว่า ๖๐ ปี ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อุบัติเหตุทางถนน โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง

### ๓.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย จากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวม และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย ( Aging Societies) ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งประเทศ จากการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่า ความสูญเสียปีสุข ภาวะของประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในเพศชายมีสาเหตุหลักจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและโรคมะเร็งตับ สำหรับเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด ต้อกระจก และโรคสมองเสื่อม

นอกจากนั้น ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากการการสำรวจสุขภาพและประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ ๑ เท่า

## ๔. สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ

### ๔.๑ การให้บริการสุขภาพ

การใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข นับเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวม จากการใช้บริการระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๔๖ – ๒๕๕๗ พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกของประชากรสิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้นจาก ๑๑๑.๙๕ ล้านครั้ง ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เป็น ๑๕๓.๖๑ ล้านครั้งในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ อัตราการใช้บริการ เพิ่มขึ้นจาก ๒.๔๕ ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เป็น ๓.๑๗ ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ สำหรับสัดส่วนการใช้บริการ

พบว่า ผู้ป่วยนอกไปใช้บริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือศูนย์บริการสาธารณสุขมากที่สุด จากร้อยละ ๓๓.๓๔ ในปี ๒๕๕๖ เป็นร้อยละ ๔๖.๔๙ ในปี ๒๕๕๗ รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๓๒.๐๐ ในปี ๒๕๕๖ เป็นร้อยละ ๓๕.๑๙ ในปี ๒๕๕๗

สำหรับผู้ป่วยใน พบว่า เพิ่มขึ้นจาก ๔.๓๐ ล้านครั้งในปี ๒๕๕๖ เป็น ๕.๖๘ ล้านครั้งในปี ๒๕๕๗ อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก ๐.๐๙๔ ครั้งต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๕๖ เป็น ๐.๑๑๗ ในปี ๒๕๕๗ และพบว่า ประชาชนเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๐๗ รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๙๐

อัตราการให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๕๗ ถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๕๘ มีผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖๓,๗๐๖,๔๖๖ คน และ ๒๑๑,๕๓๕,๓๖๗ ครั้ง ผู้ป่วยใน จำนวน ๔,๑๐๖,๒๔๖ คน

#### ๔.๒ การส่งต่อมีทั้งไม่ยอมทำเองและปฏิเสธการรับ

มีความพยายามพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบการปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยภายในเขต ข้ามเขตและส่วนกลาง มีมากในเกือบทุกจังหวัด ต้องใช้เวลาการประสานงานนาน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบอัตราการปฏิเสธค่อนข้างสูง ในทางตรงข้ามสถานบริการที่ควรมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้กลับทำได้น้อยลง

#### ๔.๓ ด้านระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน เป็นบริการด่านหน้าที่ต้องเชื่อมโยง เครือข่ายภาคีต่างๆในชุมชน และเชื่อมต่อกับบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปัจจุบัน มีหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑๐,๑๙๘ แห่ง จำแนกเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนในเมือง (ศสม.) ๒๘๑ แห่ง รับผิดชอบในการดูแลประชากรในเขตเมืองและประชากรย้ายถิ่น ซึ่งมีภาระงานมากเกินกว่าเกณฑ์ที่ควรจะเป็น (ศสม. ๑ แห่ง ดูแลประชากรสูงถึง ๓๐,๐๐๐ คน) ทำให้มีผลต่อการเข้าถึงบริการ และความครอบคลุม การให้บริการของประชาชนในเขตเมือง สำหรับในเขตชนบทมี รพ.สต. ๙,๘๑๖ แห่ง เพียงพอต่อการให้บริการ (รพ.สต. ๑ แห่ง รับผิดชอบประชากรไม่เกิน ๘,๐๐๐ คน) แต่ยังขาดศักยภาพการให้บริการ และมีสถานบริการ สาธารณสุขชุมชน อีก ๑๙๘ แห่ง นอกจากนี้พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ เครือข่ายปฐมภูมิต่ำมาก เพียงร้อยละ ๒๙.๗ อันจะกระทบต่อคุณภาพการบริการประชาชน สำหรับการเข้าถึง บริการ พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้นจาก ๕๑.๘ ล้านครั้ง ในพ.ศ. ๒๕๕๓ เป็น ๑๒๕.๕ ล้านครั้ง ในพ.ศ. ๒๕๕๕ และมีสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอกของ รพ.สต.เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ เฉลี่ย ๑.๓ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ค่ามาตรฐาน = ๐.๘)

การทำงานด้านสุขภาพในพื้นที่ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ แต่ที่ ผ่านมาการจัดการด้านสุขภาพอย่างบูรณาการ ยังไม่มีความสมบูรณ์และเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร สถานบริการ ต่างๆทั้งโรงพยาบาล สถานบริการในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในระดับอำเภอ ยังไม่สามารถบูรณา การทรัพยากรทั้งเชิงปฏิบัติการและเชิงบริหารจัดการได้อย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดช่องว่าง ความซ้ำซ้อนใน ระบบการทำงานด้านสุขภาพ

#### ๔.๔ ด้านระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ พบว่ามีความแออัดในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งในด้านผู้ป่วย ที่มารับบริการและการครองเตียง โดยในพ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๖ พบว่า มีผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ๑๕๐,๐๐๐ Admit/ปี ผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ๓,๙๙๑,๑๐๐ ครั้ง/ปี และมีอัตราครองเตียงมากกว่าร้อยละ ๘๐ ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๖ ในปี ๒๕๕๗ อัตราการครองเตียงหรือประสิทธิภาพการใช้เตียงและภาระงานโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ ๘๕.๓๘ โดยเฉพาะใน รพศ./รพท. และ รพช. แม้ขยายในด้านระบบบริการ ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ต.ค. ๕๖ - มี.ค. ๕๗) มีค่า CMI เฉลี่ยรวมอยู่ที่ ๑.๐๘๘๖

ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ การเสียชีวิต ๕ อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น ๘ เท่า จาก ๑๒.๖ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๑๐ เป็น ๔๓.๘ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๔๐ และ ๙๘.๕ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๕ รองลงมาเป็นอุบัติเหตุเพิ่มจาก ๒๖.๒ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๑๐ เป็น ๕๑.๖ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๕ โรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก ๑๖.๕ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๑๐ เป็น ๓๒.๙ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๕ และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก ๒๕.๓ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๔๘ เป็น ๓๑.๗ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๕ และโรคเบาหวานมีอัตราการตายที่คงที่ระหว่าง ๑๑-๑๒ ต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๔๘-๒๕๕๕ ทั้งนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ยังมีการปัญหาในการควบคุม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๔.๓ และการพัฒนา SERVICE PLAN ยังมีส่วนขาดในด้านการพัฒนาบุคลากร สถานที่ ครุภัณฑ์ ระบบ IT และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ขาดระบบฐานข้อมูลในการกำกับติดตามประเมินผลการพัฒนา SERVICE PLAN

#### ๔.๕ สถานการณ์ ๕ โรค

การเสียชีวิต ๕ อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น ๘ เท่า จาก ๑๒.๖ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ เป็น ๔๓.๘ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ และ ๙๘.๕ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ รองลงมาเป็นอุบัติเหตุเพิ่มจาก ๒๖.๒ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ เป็น ๕๑.๖ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ โรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก ๑๖.๕ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๑๐ เป็น ๓๒.๙ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๕ และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก ๒๕.๓ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็น ๓๑.๗ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ และโรคเบาหวานมีอัตราการตายที่คงที่ระหว่าง ๑๑ - ๑๒ ต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๕ ทั้งนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ยังมีการปัญหาในการควบคุม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๔

##### ๑) สาขาหัวใจและหลอดเลือด

จากสถิติองค์การอนามัยโลกปี ๒๕๕๓ พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ๗.๒ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒ ของสาเหตุการตายทั้งหมด จากรายงานสถิติสาธารณสุขปี ๒๕๕๗ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ ๕ ของ

ประชากรไทยซึ่งแม้ว่าลำดับจะลดลงแต่อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี ๒๕๕๖ มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน ๑๗,๓๘๘ คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ ๔๘ คน หรือ ชั่วโมงละ ๒ คน

โรคหัวใจที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของไทย และทั่วโลก ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเฉียบพลัน และเรื้อรัง โรคหัวใจล้มเหลว และหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด Atrial Fibrillation เป็นต้น ตามสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประชากรไทยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ๒๐.๓๒ ต่อแสนประชากร โดยในภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ (ไม่รวมเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร) มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ๑๔.๐๖ ต่อแสนประชากร ซึ่งในปัจจุบันทุกเขตสุขภาพได้มีระบบ STEMI Fast Track ที่มีบริการสวนหัวใจในทุกเขตสุขภาพ มีผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หรือการทำบอลลูนขยายหลอดเลือดซึ่งค่าเฉลี่ยโดยรวมมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙ ร้อยละ ๖๔, ๖๕, ๖๙ และ ๘๕.๓๓ ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ ๙.๗, ๑๐.๒, ๑๐.๖ และ ๙.๒๘ สำหรับโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป ณ ปัจจุบัน ทุกเขตสุขภาพสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้ร้อยละ ๑๐๐ รายละเอียดอัตราตายรายเขต และภาพรวมประเทศ

## ๒) สาขามะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ เป็นต้นมา โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับหนึ่งของประชากรไทยและเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบข้อมูลอัตราตายด้วยสาเหตุสำคัญ : ประชากร ๑๐๐,๐๐๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๕ ในปัจจุบันพบแนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ ๓ ,๙๑๗ ราย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่มีเพียง ๒ ,๙๔๙ ราย ทั้งนี้ แต่ละเพศมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งแตกต่างกัน โดย ๕ อันดับมะเร็งของชายไทย ได้แก่ ๑) มะเร็งปอด ๒) มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๓) มะเร็งตับและท่อน้ำดี ๔) มะเร็งช่องปาก ๕) มะเร็งหลอดอาหาร ขณะที่ ๕ อันดับมะเร็งของหญิงไทย ได้แก่ ๑) มะเร็งเต้านม ๒) มะเร็งปากมดลูก ๓) มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๔) มะเร็งปอด และ ๕) มะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคมะเร็งเป็นปัญหาการเจ็บป่วยการเสียชีวิต รวมทั้งปัญหาเรื่องภาระโรค (Burden of Disease) ที่ทำให้ประชาชนสูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งนำความทุกข์ทรมานมาสู่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยต้องทนทรมานกับความเจ็บปวดอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ และผลกระทบต่อจิตใจ โดยเฉพาะในช่วงระยะท้ายสุดก่อนการเสียชีวิต

## ๓) สาขาบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน

ภาวะอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ อันนำมาสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจข้อมูลของศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ในรอบ ๑๐ ปี ที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเข้ารับการรักษาตัวที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศเพิ่มขึ้น ๑ เท่าตัว จาก ๑๒ ล้านครั้งในปี ๒๕๔๔ เป็น ๒๔ ล้านครั้งในปี ๒๕๕๕ เฉลี่ยนาทีละ ๔๖ ล้านครั้ง โดยสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน จากฐานข้อมูลการตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ มีดังนี้

#### ๔) สาขาทารกแรกเกิด

การเสียชีวิตของทารกและเด็ก เป็นปัญหาสำคัญสำหรับประเทศไทย สาเหตุสำคัญของการตายและความพิการของทารกและเด็ก เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่งผลให้เกิดความสับสนเปลืองในการรักษาพยาบาล และเป็นภาระของครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ จากการนำเสนอสรุปผล โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้รายงานข้อมูลสถิติจากองค์การอนามัยโลก พบว่าปี ๒๕๕๖ อัตราการเสียชีวิตของทารกระหว่างคลอดคิดเป็น ๔ ต่อแสนประชากร ปี ๒๕๕๗ และในปี ๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมาย การพัฒนาสุขภาพในทารกและเด็กให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยกำหนดให้ลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ ๒๘ วัน (Neonatal mortality rate)ต่ำกว่า ๕ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีวิต

#### ๕) สาขาเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ

สถานการณ์การรออวัยวะและเสียชีวิตในประเทศไทยปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้การรักษาผู้ป่วยอวัยวะวายระยะสุดท้ายมีโอกาสได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะ ซึ่งเป็นการผ่าตัดเพื่อนำอวัยวะที่ปกติจากผู้บริจาค ซึ่งอาจเป็น ไต ตับ หัวใจ ปอด หรือ ตา เป็นต้น มาปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วย บางอวัยวะเช่น ตับ หัวใจ หรือ ปอด หากไม่ได้รับการปลูกถ่ายผู้ป่วยจะเสียชีวิตอย่างแน่นอนในประเทศไทยการปลูกถ่ายอวัยวะยังมีจำนวนน้อยมาก สาเหตุสำคัญคือ การขาดแคลนอวัยวะที่จะนำมาปลูกถ่าย จากข้อมูลศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ตั้งแต่ ๒๕๔๙ - ๒๕๕๘ ซึ่งแสดงจำนวนผู้รอรับอวัยวะ ผู้เสียชีวิตระหว่างรออวัยวะ และผู้รออวัยวะทั้งหมด ตลอดจนข้อมูลแสดงระยะเวลารออวัยวะของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (Average Waiting Time) ในปี ๒๕๕๘ สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาขาดแคลนอวัยวะจากการรับบริจาคอยู่เป็นจำนวนมาก

#### ๖) เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ มีส่วนในการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น หากพิจารณาจากแนวโน้มจะพบว่าการเพิ่มขึ้นของเครื่องมือแพทย์ราคาแพงอย่างต่อเนื่อง โดยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) เพิ่มขึ้นจาก ๒๖๖ เครื่อง ในปีพ.ศ. ๒๕๔๖ เป็น ๕๕๓ เครื่อง ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ เช่นเดียวกับเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการเติบโตของการลงทุนในด้านบริการสุขภาพโดยเฉพาะในด้านการรักษาพยาบาล ในส่วนของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) ถึงแม้แนวโน้มของอัตราส่วนต่อประชากรล้านคนของเครื่อง CT-scanner จะเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาค แต่ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคก็ยังคงอยู่ โดยกรุงเทพฯ ยังคงมีเครื่อง CT-scanner ที่มากกว่าค่าเฉลี่ยประเทศอยู่ประมาณ ๓-๔ เท่า มาตลอดตั้งแต่ ปีพ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นต้นมา

## ๗) ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์

ยาที่ผลิตในประเทศส่วนหนึ่งมาจากโรงงานผลิตยาที่ได้รับการส่งเสริม หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP) ในปีพ.ศ. ๒๕๔๖ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎหมายให้โรงงานผลิตยาทุกแห่ง ต้องได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต ซึ่งแนวโน้มของสถานที่ผลิตยาที่ได้มาตรฐาน GMP เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๐.๔ ในปีพ.ศ. ๒๕๓๒ เป็นร้อยละ ๗๕.๖ ในปีพ.ศ. ๒๕๔๖ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๙๕.๒ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ โดยล่าสุดปีพ.ศ. ๒๕๕๘ สถานที่ผลิตยาได้มาตรฐาน GMP ร้อยละ ๘๖.๙

## ๕. สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านจำนวนที่ไม่เพียงพอและการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสมก็ยังคงเป็นปัญหา มีความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบท แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการเพิ่มการผลิตกำลังคนอย่างต่อเนื่อง การใช้มาตรการเพิ่มแรงจูงใจ ทั้งในรูปแบบค่าตอบแทนประเภทต่างๆ และความก้าวหน้าในอาชีพราชการ แต่ปัญหายังมีอยู่ในขณะที่ความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากร สามารถผลิตได้ ๒ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี ความสามารถในการผลิตพยาบาลสามารถผลิตได้ ๑๒ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปีและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศในอาเซียน พบว่าสิงคโปร์ และมาเลเซียมีความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากรสูงสุดในภูมิภาค คือ ๘ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี ในส่วนของประเทศไทยมีความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากรอยู่อันดับ ๗ ของภูมิภาค

### ๕.๑ การผลิตและการพัฒนากำลังคน

แนวโน้มการจบการศึกษาและได้รับใบอนุญาตของแพทย์ เพิ่มขึ้นจาก ๘๙๙ คน ในปีพ.ศ. ๒๕๔๐ เป็น ๒,๔๘๑ คน ในปีพ.ศ. ๒๕๕๗ ในขณะที่ทันตแพทย์เพิ่มขึ้นจาก ๓๒๖ คน ในปีพ.ศ. ๒๕๔๐ เป็น ๗๑๙ คน ในปีพ.ศ. ๒๕๕๗ เภสัชกรเพิ่มขึ้นจาก ๗๑๒ คน ในปีพ.ศ. ๒๕๔๐ เป็น ๑,๗๔๕ คน ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ และพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นจาก ๔,๒๐๐ คน ในปีพ.ศ. ๒๕๔๐ เป็น ๗,๔๕๑ คน ในปีพ.ศ. ๒๕๕๕ แสดงว่าวิชาชีพโดยส่วนใหญ่ มีแนวโน้มการผลิตและการจบการศึกษาที่เพิ่มขึ้น

### ๕.๒ พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ ๕ สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค มีแนวโน้มที่ดีขึ้นตลอดช่วงเวลากว่า ๓ ทศวรรษที่ผ่านมาทั้งอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ลดลงจากประมาณ ๗,๐๐๐:๑ ในปีพ.ศ. ๒๕๒๒ เหลือประมาณ ๒,๔๐๐ : ๑ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ ในขณะที่อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ลดลงจากประมาณ ๔๕,๐๐๐:๑ ในปีพ.ศ. ๒๕๒๒ เหลือประมาณ ๘,๔๐๐:๑ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ลดลงจากประมาณ ๑๘,๐๐๐:๑ ในปีพ.ศ. ๒๕๒๒ เหลือประมาณ ๕,๕๐๐:๑ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ และอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ลดลงจากประมาณ ๒,๖๐๐:๑ ในปีพ.ศ. ๒๕๒๒ เหลือประมาณ ๕๐๐:๑ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ แต่อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค กลับเพิ่มขึ้นจากประมาณ ๒,๙๐๐:๑ ในปีพ.ศ. ๒๕๓๑ เป็น ประมาณ ๙,๔๐๐:๑ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖

## ๖. การอภิบาลระบบสุขภาพ

### ๖.๑ ธรรมนูญสุขภาพ

#### ๑) ดัชนีภาวะธรรมนูญสุขภาพของประเทศไทย

ค่าดัชนีชี้วัดสถานะธรรมนูญสุขภาพ (Government Indicator) ของประเทศไทยอยู่ในระดับค่อนข้างคงที่ และเมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ พบว่ามีมิติประสิทธิผลของรัฐบาลมีอันดับที่สูงขึ้น (Government Effectiveness) โดยมีค่าอยู่ในเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ ๕๐-๗๕ หากพิจารณาย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ จะเห็นว่ามิติประสิทธิผลของรัฐบาล (Government Effectiveness) และมิติคุณภาพของมาตรการควบคุม (Regulation Quality) มีตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ ๕๐-๗๕ ซึ่งสูงกว่ามิติอื่นๆ รองลงได้แก่มิติการควบคุมการทุจริตประพตมิชอบ (Contour of Corruption) มิตินิติกรรม (Rule of Law) มิติการมีสิทธิมีเสียงของประชาชนและภาระรับผิดชอบ (Voice and Accountability) และมิติความเสถียรภาพทางการเมืองและการปราศจากความรุนแรง (Political Stability and Absence of Violence) ตามลำดับ

#### ๒) ความโปร่งใสและการทุจริตคอร์รัปชันของหน่วยงานภาครัฐ

จากการจัดอันดับดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันขององค์กรเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ (Transparency International: IT) พบว่าในปี ๒๕๕๘ ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยประเทศไทยถูกจัดอยู่ในลำดับที่ ๗๖ จาก ๑๖๘ ประเทศทั่วโลก (คะแนน ๓๘ คะแนน) ซึ่งถือว่าเป็นลำดับที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ที่อยู่ในลำดับที่ ๘๕ จากประเทศทั่วโลก (คะแนน ๓๘ คะแนน) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันของประเทศไทยในช่วง พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๘ พบว่าแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๕ จาก ๓๗ คะแนนเป็น ๓๘ คะแนนในปี ๒๕๕๘ และลำดับเพิ่มขึ้นจากลำดับที่ ๘๘ จาก ๑๗๖ ประเทศในปี ๒๕๕๕ เป็นลำดับที่ ๗๖ จาก ๑๖๘ ประเทศทั่วโลกในปี ๒๕๕๘ และเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มประเทศอาเซียนพบว่าในปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยมีค่าดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันอยู่ในลำดับที่ ๓ รองจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีการบริหารจัดการที่ดีอย่างประเทศสิงคโปร์และมาเลเซีย

### ๖.๒ ระบบข้อมูลสุขภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพที่สำคัญ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพยังมีปัญหาความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลกระจุกกระจายไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ขาดกลไกในการบริหารจัดการและพัฒนาาระบบ เป็นต้น ปัญหาต่างๆดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ใช้ข้อมูล และ ผู้จัดทำข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กองทุนด้านสุขภาพ กระทรวงอื่นๆ สำนักงานสถิติ

### ๖.๓ หลักประกันสุขภาพ

#### ๑) ความเหลื่อมล้ำ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในระบบประกันสุขภาพ โดยมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ อาทิ กลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำได้รับประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพมากกว่าประชากรที่มีรายได้สูง อัตราการเข้าถึงบริการสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลงและอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อ

เศรษฐกิจของครัวเรือนลดลง<sup>๑</sup> อย่างไรก็ตามระบบประกันสุขภาพประเทศไทยยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่าง ๓ กองทุนสุขภาพและจากการประชุมระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ ๑ ได้สรุปประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้<sup>๒</sup>

๑. การอภิบาลระบบ (Governance) การดำเนินการ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล

๒. แหล่งเงิน แหล่งเงินส่วนใหญ่ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง ๓ กองทุนมาจากเงินภาษี แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันทั้งวิธีการจัดสรรเงินจากภาครัฐให้กองทุน และจำนวนเงินที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐ

๓. ชุดสิทธิประโยชน์ ถึงแม้โดยรวมชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แต่ยังมีความแตกต่างในรายละเอียดอีกมาก เช่น สิทธิประโยชน์การรักษาทางทันตกรรม

๔. ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกำลังคนด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีปัญหาการกระจุกตัวในเฉพาะบางพื้นที่ อาทิเช่น กรุงเทพมหานคร ภาคกลางและเขตเมือง

๕. วิธีการและอัตราการจ่ายเงินสถานพยาบาล ระหว่าง ๓ กองทุนหลักที่มีความแตกต่างกัน โดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้การจ่ายตามปริมาณการใช้บริการ ( Fee for Service) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นระบบปลายเปิด ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในขณะที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสังคม ใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งทำให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า

๖. การคุ้มครองสิทธิ การรับรู้สิทธิ การเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ การเยียวยาความเสียหายต่อผู้ป่วย มาตรา ๔๑ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งยังมีความแตกต่างกันระหว่างสามกองทุน

๗. ระบบข้อมูล สถานพยาบาลต่างๆ ต้องรับภาระการบันทึกข้อมูลที่มาก และหน่วยงานต่างๆ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างหน่วยงานด้านหน้าและหน่วยสนับสนุน ส่งผลให้ข้อมูลซ้ำซ้อน เพิ่มขึ้นตอน เสี่ยงต่อความผิดพลาด ข้อมูลขาดความถูกต้องและครบถ้วน

๘. นอกจากนี้ยังมีความท้าทายในเรื่องของประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินของแต่ละกองทุน และคุณภาพบริการ ซึ่งถึงแม้จะมีระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดยหน่วยงาน แต่ทั้งสองประเด็นก็ยังขาดการประเมินอย่างเป็นระบบ

<sup>๑</sup> คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ; ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย

<sup>๒</sup> การประชุมระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๘)



ตารางที่ ๑ ข้อสรุปปัจจัยความไม่เสมอภาคด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

| ปัจจัยความไม่เสมอภาค                                   | ข้อสรุป   |
|--|---|
| ๑. ด้านระบบบริหารกองทุน                                | กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนมีกฎหมาย มีกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงมีวิธีการ โครงสร้างองค์กร การออกแบบและการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเพิ่มช่องว่างความไม่เสมอภาคมากขึ้น ทั้งที่ประชาชนไทยต้องหมุนเวียนเข้าออกระหว่าง ๓ กองทุน |
| ๒. ด้านระบบบริการสุขภาพ                                | ความไม่เสมอภาคในการกระจายตัวของผู้ให้บริการ ทั้งสถานพยาบาลบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งประสิทธิภาพของการส่งต่อ  |
| ๓. วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล (Provider payment method) | มีรูปแบบและอัตราการจ่ายบริการสุขภาพจากกองทุนต่างๆ มีความแตกต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลให้บริการที่อาจแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติ  |

ที่มา: ข้อสรุปจากการประชุมระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๘)

## ๒) ความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพ

จากความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ทำให้รัฐบาลต้องลงทุนด้วยงบประมาณจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการประมาณการรายจ่ายสุขภาพระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๖๕ พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓.๗ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นร้อยละ ๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ นอกจากนั้น จากผลการศึกษาคาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๕ พบว่าการคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพของกองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ ๑.๘ ของ GDP ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ไปเป็นร้อยละ ๒.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕

- การคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพ พบว่า รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต่อ GDP ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีค่าร้อยละ ๔.๙๖

- รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพต่อรายจ่ายของรัฐบาล ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๖

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งคาดว่าในอนาคตประเทศไทยอาจจะประสบปัญหาเกี่ยวกับความยั่งยืนทางการเงินการคลังที่จะสนับสนุนระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

## บทสรุป

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งจากปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน สถานะสุขภาพของประชาชนไทย ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนแทบทั้งสิ้น ทำให้สถานะสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนไปจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรัง มีภัยสุขภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพที่มากขึ้นเป็นเงาตามตัว

ประเทศไทยจะมีระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ทั้งระดับปฐมภูมิ ที่เป็นจุดเชื่อมต่อกับประชาชน ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และศูนย์ความเป็นเลิศ ที่เป็นหน่วยให้บริการแก่ประชาชน ที่กระจายอยู่ในทุกจังหวัด

แต่ก็ยังคงต้องมีการพัฒนาทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่นับวันจะเจริญก้าวหน้ามากขึ้น รวมถึงการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้นตามไปด้วย แต่ในทางกลับกันยังส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการที่มีไม่เพียงพอในการจัดบริการ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องหันกลับมาให้ความสนใจในการผลิต พัฒนาบุคลากร รวมถึงการธำรงรักษาบุคลากรให้อยู่ในระบบ

การดูแลประชาชนนั้นไม่เพียงแต่การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ยังต้องหันกลับมาทบทวนกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบจำนวนทั้งสิ้น ๒๐ ฉบับ ซึ่งมีการที่จัดทำมาเป็นเวลาหลายปี ทำให้พบว่ามีส่วนไหนหลายส่วน ที่ไม่สอดคล้องกับกฎหมายอื่น ๆ ที่ทำให้ต้องกลับมาทบทวนกฎหมายเดิมให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน หรือจัดทำกฎหมายใหม่ เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนไม่ให้ถูกลิดรอนจากกลุ่มคนบางกลุ่ม นี่ก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งในการดูแลสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขจะทำอย่างไรต่อไปต้องกลับมาคิดและวางยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมในระยะยาว เพื่อใช้เป็นแผนแม่บทในการทำงาน นอกจากนี้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองได้ ภายใต้ระบบส่งเสริมสุขภาพ ระบบป้องกันควบคุมโรคที่เป็นเลิศแล้ว ยังต้องมีการพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ มีกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ รวมถึงระบบบริหารที่เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล

# บทที่ ๓ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

## วิสัยทัศน์ (Vision) :

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

## พันธกิจ (Mission):

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

## ค่านิยมองค์กร (Core Values) :

M: Mastery คือ เป็นนายตนเอง

O: Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่

P: People centered approach คือ ใส่ใจประชาชน

H: Humility คือ ถ่อมตนอ่อนน้อม

## เป้าหมาย (Ultimate Goal) :

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

## ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) :

๑) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี

๒) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า ๖๕.๖ ปี

๓) ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๔) ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๕) การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ ๗๐

๖) ความครอบคลุม (Coverage) สัดส่วนแพทย์ ๑ คน ต่อประชากร ๓,๓๓๕ คน และ สัดส่วนเตียงของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๒.๓ ต่อพันประชากร

๗) มีคุณภาพ (Quality) สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ร้อยละ ๗๕

๘) มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐

## ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence:

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนผังเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี นโยบายรัฐบาล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒  
กับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ในแต่ละยุทธศาสตร์จะประกอบไปด้วยวัตถุประสงค์ เป้าหมายการพัฒนาในแต่ละยุทธศาสตร์  
เป้าหมายตามระยะเวลา มาตรการ แนวทางการพัฒนา แผนงาน โครงการ รวมถึงรายละเอียดมาตรการ  
และตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs) ดังต่อไปนี้

## ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)

### วัตถุประสงค์ :

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชน ทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ได้รับการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดย มีระบบตอบสนองต่อภัยสุขภาพต่างๆ ตลอดจนมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีส่งผลให้สุขภาพแข็งแรงและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

### เป้าหมายการพัฒนา :

- ๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี
- ๒) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที
- ๓) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ
- ๔) มีระบบการบริการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน
- ๕) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

### แผนงาน:

- แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
- แผนงานที่ ๒ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
- แผนงานที่ ๓ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

### ตัวชี้วัด :

- ๑) พัฒนาการเด็กสมวัยมากกว่า ร้อยละ ๘๐
- ๒) อัตราการคลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๔๒ ต่อพันประชากร
- ๓) ผู้สูงวัยปลอดภัย มั่นคง แข็งแรง (Healthy Aging) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕.๕
- ๔) ความชุกของผู้สูบบุหรี่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๑๘
- ๕) การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน ๑๘ ต่อแสนประชากร
- ๖) การบริโภคแอลกอฮอล์ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่เกิน ๖.๘๑ ลิตร/คน/ปี
- ๗) ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (๓ month remission rate) ไม่เกินร้อยละ ๙๒

### มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :

- ๑) พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพโดยการพัฒนาศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
- ๒) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ (ANC /WCC /NCD)
- ๓) พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคล และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ๔) ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- ๕) เสริมสร้างความเข้มแข็งของป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
- ๖) ส่งเสริมและสนับสนุน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค

- ๗) ผลักดันและบังคับใช้กฎหมาย
- ๘) บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
- ๙) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

**โครงการและตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ :**

| แผนงาน/โครงการ  | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)  |
|---|--|
| <b>แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)<br/>(๔ โครงการ ๑๓ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b> |  |
| ๑. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย  | ๑) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอตามมาตรฐาน<br>๒) อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน<br>๓) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย<br>๔) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี                                     |
| ๒. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น   | ๑) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐<br>๒) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน<br>๓) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป<br>๔) ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)<br>๕) อัตราการคลอตามีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี |
| ๓. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน   | ๑) ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ<br>๒) ประชากรไทยอายุตั้งแต่ ๑๕ ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ  |
| ๔. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ  | ๑) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์<br>๒) ร้อยละของ Healthy Ageing  |
| <b>แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (๓ โครงการ ๗ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b>                       |  |
| ๑. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ   | ๑) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง   |
| ๒. โครงการควบคุมโรคติดต่อ   | ๑) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ<br>๒) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก<br>๓) ร้อยละของตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ (โครงการพระราชดำริ)                                       |
| ๓. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ  | ๑) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี<br>๒) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน<br>๓) อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่  |
| <b>แผนงานที่ ๓ : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (๓ โครงการ ๗ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b>                           |  |
| ๑. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร  | ๑) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย<br>๒) ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง  |
| ๒. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ  | ๑) ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป<br>๒) ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป (ลิตรของ   |

| แผนงาน/โครงการ   | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)   |
|--|---|
|  | แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี<br>๓) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด                                      |
| ๓. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ                        | ๑) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด<br>๒) ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| <b>แผนงานที่ ๔ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (๒ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b> |   |
| ๑.โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม   | ๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital   |
| ๒. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)         | ๑) จำนวนจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน   |



รายละเอียดแผนงาน โครงการ มาตรการ และตัวชี้วัด : ประกอบด้วย ๔ แผนงาน ๑๒ โครงการ ต่อไปนี้

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) ประกอบด้วย ๔ โครงการ  
พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ   | มาตรการ  | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด  |
|---|--|---|--|
| ๑. โครงการพัฒนาคุณภาพและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย  | <b>P: Partnership</b><br>พม./รง./ศธ./มท./อปท./สสส.   | ลูกเกิดรอด<br>แม่ปลอดภัยเด็กมี<br>พัฒนาการสมวัย ใฝ่<br>เรียนรู้ มีทักษะชีวิต คู่<br>คุณธรรม นำสู่สุขภาพ<br>ดี | ๑. ร้อยละสถานบริการ<br>สุขภาพที่มีการคลอด<br>มาตรฐานร้อยละ ๖๐<br>๒. อัตราส่วนการตาย<br>มารดาไทยไม่เกิน ๒๐<br>ต่อการเกิดมีชีพแสนคน<br>๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-<br>๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย<br>๘๐ |
|   | <b>I: Investment</b><br>๑. ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย<br>๑.๑. บริการฝากครรภ์คุณภาพ<br>๑.๒ พัฒนาห้องคลอดคุณภาพ ไร้รอยต่อ<br>และบริการทารกแรกเกิดในห้องคลอด<br>อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน<br>๒. เด็กมีพัฒนาการสมวัย<br>๒.๑ ส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก<br>๒.๒ ส่งเสริมการกินนมแม่อย่างน้อย ๖<br>เดือน<br>๒.๓ คลินิกเด็กดีคุณภาพ มี Brain<br>Based Learning เช่นการเล่น สังคม เล่า<br>นิทาน ส่งเสริมทักษะชีวิต ทักษะทาง<br>ภาษา มีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากใน<br>เด็ก<br>๒.๔ ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ |   |  |
|   | <b>R: Regulation &amp; Law</b><br>๑. พรบ. การป้องกันและแก้ไขปัญหา<br>การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙<br>๒. พก. พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริม<br>การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก<br>เล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ...<br>๓. พัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลบริการ<br>อนามัยแม่และเด็กคุณภาพ(MCH)<br>๔. พก. พ.ร.บ. ให้มีกฎหมายในการควบคุม<br>และรับรองมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก<br>คุณภาพ   |   |  |
| <b>A: Advocate</b><br>๑. สร้างความรู้ ความตระหนักและปรับ<br>พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลัก<br>อนามัยการเจริญพันธุ์และการวางแผน |  |   |  |

| โครงการ   | มาตรการ  | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด  |
|---|--|--|--|
|   | <p>ครอบครัว</p> <p>๒. ส่งเสริมสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชนให้มารดาสามารถให้นมบุตรได้โดยสะดวก เช่นมีมุมให้นมบุตร</p> <p><b>B: Building Capacity</b></p> <p>๑. พัฒนาบุคลากร สนับสนุนอัตรากำลังค่าตอบแทน</p> <p>๒. สนับสนุนเครื่องมือ เวชภัณฑ์ ยาและการฝึกอบรม</p> <p>๓. พัฒนาระบบส่งต่อ</p>   |  |  |
| ๒. โครงการพัฒนาคุณภาพและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น | <p><b>P: Partnership</b></p> <p>พม./รง./ศช./มท./อปท./สสส.</p>  | <p>๑. เด็กวัยเรียน IQ/EQ ดี สุขภาพแข็งแรง สูงดีสมส่วน</p> <p>๒. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีลดลง</p> | <p>๑. ทุกจังหวัดมีเครือข่ายบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก พัฒนาการล่าช้าอย่างน้อยร้อยละ ๕๐</p> <p>๒. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๖</p> <p>๓. ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ ๗๐</p> <p>๔. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ร้อยละ ๕๒</p> <p>๕. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ร้อยละ ๔๒</p> |
|   | <p><b>I: Investment</b></p> <p>๑. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่แบบเป็นมิตรสำหรับเด็ก วัยรุ่น เยาวชนและครอบครัว</p> <p>๒. พัฒนาผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสุขภาพกาย จิต ของวัยรุ่น</p> <p>๓. พัฒนาชุดความรู้ NuPETHS( โภชนาการ กิจกรรมทางกาย สิ่งแวดล้อม สุขภาพช่องปาก และการนอน) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>๔. พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่หลากหลายครอบคลุมความต้องการวัยรุ่น</p> |  |  |
|   | <p><b>R: Regulation &amp; Law</b></p> <p>๑. เร่งรัดการออกกฎหมายหรืออนุบัญญัติอื่นๆ และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภายใต้ พรบ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙</p>  |  |  |

| โครงการ  | มาตรการ   | เป้าหมาย                                   | ตัวชี้วัด   |
|--|---|--|---|
|  | <p><b>A: Advocate</b></p> <p>๑.สร้างการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่หลากหลายตรงตามความต้องการ</p> <p>๒. ส่งเสริมให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพวัยรุ่นและวัยรุ่น</p> <p><b>B: Building Capacity</b></p> <p>๑.พัฒนาศักยภาพทีมนี้้กจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager)</p>   |  |   |
| <p>๓. โครงการพัฒนาคุณภาพและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน</p> | <p><b>P: Partnership</b><br/>พม./รง./ศธ./มท./อปท./สสส.</p> <p><b>I: Investment</b></p> <p>๑.สิ่งแวดล้อมที่ทำงานปลอดภัยและมีสุขภาพ</p> <p>๒. สนับสนุนให้มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการออกกำลังกายในสถานที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง</p> <p><b>R: Regulation &amp; Law</b></p> <p>๑.ร่างนโยบาย Healthy eating / Active living /Environmental health</p> <p>๒.สนับสนุนการบังคับใช้ พรบ. ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔</p> <p><b>A: Advocate</b></p> <p>๑.ส่งเสริมการสื่อสารสาธารณะ โดยผ่าน social media เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานมี BMI ปกติ</p> <p><b>B: Building Capacity</b></p> <p>๑.พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย รวมทั้งสร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) และการมีส่วนร่วม (Participation) ในการกำกับ ติดตามช่วยเหลือการดำเนินงานของชุมชนและท้องถิ่น</p> | <p>๑. ประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ</p> | <p>๑. ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๕๔</p> <p>๒.ประชากรไทยอายุตั้งแต่ ๑๕ ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ</p> |

| โครงการ  | มาตรการ   | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด  |
|--|---|---|--|
|  | ๒.พัฒนาศักยภาพ health leader ในชุมชนและสถานประกอบการ ให้สามารถเป็นผู้นำการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนวัยทำงาน   |   |  |
| ๔. โครงการพัฒนาคุณภาพและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ | <b>P: Partnership</b><br>พม., มท., ศธ. สสส., สปสช., ก.คลัง, ก.แรงงาน, ก.วิทย์. สภาผู้สูงอายุ, ก.การท่องเที่ยวและการกีฬา   | ๑.ผู้สูงอายุพึ่งพาตัวเอง ดำรงกิจกรรมประจำวันได้ดี (Independent living)และมีคุณภาพชีวิต<br>๒.ผู้มีภาวะพึ่งพิงแล้วหรือพิการได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี | ๑.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์<br>๒.อัตราของ Healthy Ageing เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๒๕๕๙ |
|  | <b>I: Investment</b><br>Age-friendly hospital ในสถานพยาบาลทุกระดับ  |   |  |
|  | <b>R: Regulation &amp; Law</b><br>๑.สนับสนุนกฎหมายและข้อกำหนดที่มีให้บรรลุเป้าหมายเช่นพรบ.ผู้สูงอายุแห่งชาติ<br>๒.ปรับปรุงและพัฒนากฎหมายผู้สูงอายุ ผู้พิการ เน้นการเข้าถึงและเท่าเทียม รวมถึงการสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางและข้อตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง   |   |  |
|  | <b>A: Advocate</b><br>๑. ส่งเสริมบูรณาการเน้นการมีส่วนร่วมในสังคม ส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมเชิงบวกผ่านโครงสร้างที่มีเช่นโรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ วัดหรือศาสนสถาน ให้ความสำคัญของชุมชน ท้องถิ่น ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางกายภาพ สังคม รายได้ สิ่งแวดล้อมและส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง (๓S)<br>๒. ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต<br>๓.ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและเฝ้าระวังโรคหรือกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ<br>๔.พัฒนาศูนย์และหน่วยบริการผู้สูงอายุคุณภาพ<br>๕.พัฒนาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพโดยรพ. สด.ทั่วประเทศ |   |  |

| โครงการ | มาตรการ  | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|--|----------|-----------|
|         | <p>๖. พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว<br/>คุณภาพ</p> <p><b>B: Building Capacity</b></p> <p>๑. พัฒนาและผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน<br/>และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนใน<br/>การดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>๒. พัฒนาการรู้ด้านสุขภาพและเวช<br/>ศาสตร์ผู้สูงอายุแก่บุคลากรทุกระดับ<br/>อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ส่งเสริมสุขภาพจนถึง<br/>การดูแลประคับประคองระยะสุดท้าย</p> <p>๓. เพิ่มจำนวนบุคลากร แพทย์ พยาบาลที่<br/>ได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ<br/>เพื่อปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิและทุติย<br/>ภูมิ</p> |          |           |

แผนงานที่ ๒ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ประกอบด้วย ๓ โครงการ พร้อมรายละเอียด  
มาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ   | มาตรการ  | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด   |
|---|--|--|---|
| ๑. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ | <b>P: Partnership</b><br>อปท. มท. สตช. พม. ศธ. ภาคี<br>เครือข่ายภาคประชาชน   | มีระบบหรือศูนย์ที่สามารถรองรับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพในระดับเขตและจังหวัด | - ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ร้อยละ ๘๐ |
|   | <b>I: Investment</b><br>๑. บูรณาการระบบข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและพัฒนาระบบการจัดเก็บ รายงาน ข้อมูลให้มีความถูกต้องเชื่อถือได้<br>๒. สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการฯ รวมถึงการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากร<br>๓. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของศูนย์ให้สามารถรองรับโรคและภัยสุขภาพพื้นที่รอยต่อระหว่างประเทศหรือด่านเข้าออก<br>- สนับสนุนการเพิ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนาม ในสัดส่วนที่ระบุตามกฎหมาย/ข้อกำหนดการควบคุมโรคระหว่างประเทศ IHR -พัฒนาทีม SRRT ได้อย่างมีประสิทธิภาพ |  |   |
|   | <b>R: Regulation &amp; Law</b><br>เร่งรัดการออกกฎกระทรวงหรืออนุบัญญัติอื่นๆ และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภายใต้ พรบ.โรคไม่ติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘  |  |   |
|   | <b>A: Advocate</b><br>๑. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการเตรียมความพร้อมรองรับหรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขและภัยสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดความตระหนก   |  |   |
|   | <b>B: Building Capacity</b>  |  |   |

| โครงการ                   | มาตรการ   | เป้าหมาย                                     | ตัวชี้วัด   |
|---------------------------|---|--|---|
|                           | <p>๑. พัฒนาศักยภาพของทีมให้สามารถดำเนินงานตามระบบของ ICS (ระบบสั่งการในพื้นที่)ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. พัฒนาเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทุกภาคีที่เกี่ยวข้องให้ผ่านการรับรองตามกฎหมาย</p> <p>๓. เพิ่มอำนาจและศักยภาพของทีมประเมินฯ ให้ได้มาตรฐานสากล</p>   |  |   |
| ๒. โครงการควบคุมโรคติดต่อ | <p><b>P: Partnership</b></p> <p>มท. อปท. พม. ศธ. ก.ต่างประเทศ ก.แรงงาน ก.ยุติธรรม ภาคประชาสังคม องค์การระหว่างประเทศ (WHO TUC UNSAID UNAIDS GF)</p>   | มีระบบป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพ | <p>๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๕</p> <p>๒. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก ร้อยละ ๘๕</p> <p>๓. ร้อยละของตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ (โครงการพระราชดำริ) ร้อยละ ๘๐</p> |
|                           | <p><b>I: Investment</b></p> <p>๑. สนับสนุนการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การคัดกรอง การป้องกัน การวินิจฉัย การดูแล การรักษา การส่งต่อ และควบคุมโรคติดต่อแบบบูรณาการ</p> <p>๓. สนับสนุนการพัฒนาระบบโครงสร้าง และกลไกการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์</p> <p>๔. สนับสนุนการบูรณาการระบบฐานข้อมูลให้สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและจังหวัดที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>๕. พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคลเพื่อการติดตามเฝ้าระวังในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง</p> <p>๗. พัฒนาเทคโนโลยีและชุดตรวจที่ใช้สำหรับวินิจฉัยให้มีมาตรฐานสากล</p> |  |   |

| โครงการ                                  | มาตรการ  | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด   |
|--|--|--|---|
|  | <p><b>R: Regulation &amp; Law</b></p> <p>๑. บังคับใช้กฎหมายภายใต้ พรบ. ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ อย่างมีเคร่งครัด</p> <p>๒. ปรับปรุงกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน</p> <p>๓. ผลักดันให้ อปท. มีข้อกำหนด/ บัญญัติป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ</p>  |  |   |
|  | <p><b>A: Advocate</b></p> <p>๑. ผลักดันมาตรการทางสังคม ที่การป้องกันโรคติดต่อ</p> <p>๒. ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ</p> <p>๓. เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบ การวินิจฉัย ดูแล รักษา และการส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>๔. พัฒนากลไกการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิ</p> <p>๕. ขับเคลื่อนกระบวนการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain</p> |  |   |
|  | <p><b>B: Building Capacity</b></p> <p>๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายให้สามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>๒.. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการตรวจวินิจฉัยโรคติดต่อ</p>   |  |   |
| ๓. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ | <p><b>P: Partnership</b></p> <p>ศธ. สภาพัฒน์ พณ. ก.ต่างประเทศ กค. คม. มท. อปท. สตช. รง.</p>  | ๑. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่และโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยรายเดิม | ๑. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี น้อยกว่าหรือ |



| โครงการ | มาตรการ  | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด  |
|---------|--|---|--|
|         | <p><b>I: Investment</b></p> <p>๑. สนับสนุนการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง พร้อมทั้งสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเฝ้าระวังการเจ็บป่วยระดับอำเภอ จังหวัด ประเทศ</p> <p>๒. สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพเพื่อลดเสี่ยงและลดโรค รวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนน</p> <p>๓. พัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพในทุกพื้นที่</p>                           | <p>ลดลง</p> <p>๒. จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนและการจมน้ำในเด็ก</p> <p>ลดลง</p> | <p>เท่ากับ ๕.๐</p> <p>๒. จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บทางถนนในอำเภอที่ดำเนินการ DHS-RTI ผ่านเกณฑ์ระดับดี ลดลงอย่างน้อย ๕%</p> <p>๓. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ลดลงร้อยละ ๐.๒๕</p> |
|         | <p><b>R: Regulation &amp; Law</b></p> <p>๑. ผลักดันร่าง พ.ร.บ. โรคไม่ติดต่อ พ.ศ. ...</p> <p>๒. พัฒนากฎหมายในการควบคุมป้องกันผลิตภัณฑ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ</p>   |   |  |
|         | <p><b>A: Advocate</b></p> <p>๑. ผลักดันให้มียุทธศาสตร์การป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับชาติ</p> <p>๒. ส่งเสริมสื่อสารสาธารณะการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงเพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชน</p>  |   |  |
|         | <p><b>B: Building Capacity</b></p> <p>๑. พัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่ออย่างมีส่วนร่วม</p> <p>๒. ส่งเสริมการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพแกนนำในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางถนนและจมน้ำอย่างถูกต้อง</p> |   |  |

แผนงานที่ ๓ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ๓ โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการ และตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ  | มาตรการ  | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด  |
|--|--|---|--|
| ๑. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร   | <b>P: Partnership</b><br>มท. อปท. ศธ. กทม. กษ. บก.ปคบ.<br>เครือข่ายภาคประชาชน  | ๑. ประชาชนได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด<br>๒. ประชาชนที่มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง | ๑. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ ๘๐<br>๒. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ ๗๐ |
|  | <b>I: Investment</b><br>๑. พัฒนาห้องปฏิบัติการในการตรวจประเมินความปลอดภัยด้านอาหารให้มีได้มาตรฐานสากล<br>๒. สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานในการตรวจประเมินความปลอดภัยด้านอาหารให้มีประสิทธิภาพ  |   |  |
|  | <b>R: Regulation &amp; Law</b><br>๑. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ท้องถิ่นออกเทศบัญญัติในการดูแลความปลอดภัยด้านอาหารให้ครอบคลุม ตาม พรบ. อาหาร ๒๕๒๒ พรบ.สาธารณสุข ๒๕๓๕ และพรบ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๔๑<br>๒. ปรับปรุงกฎหมายการนำเข้าและการใช้สารเคมีอันตรายในผักและผลไม้       |   |  |
|  | <b>A: Advocate</b><br>๑. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป รวมทั้งผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน<br>๒. จัดทำคู่มือ/สื่อ/สิ่งพิมพ์ เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อาหารปลอดภัยให้ประชาชนเกษตรกร และผู้ประกอบการทั่วประเทศ |   |  |
| <b>B: Building Capacity</b><br>๑. อบรมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมายให้แก่เจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ<br>๑. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงาน ตรวจประเมินสถานประกอบการและเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหาร |  |   |  |

| โครงการ   | มาตรการ   | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด   |
|---|---|---|---|
| ๒. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ                            | <b>P: Partnership</b><br>ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน  | ๑. จำนวนผู้สูบบุหรี่ใหม่ลดลง<br>๒. จำนวนนักดื่มหน้าใหม่ลดลง                       | ๑. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ ๑๘  |
|   | <b>I: Investment</b><br>๑. สนับสนุนและเพิ่มการเข้าถึงสถานบริการช่วยเลิกบุหรี่และเหล้าในสถานบริการและชุมชน   | ๓. จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่สูบบุหรี่และดื่มสุราเพิ่มขึ้น | ๒. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี) ลดลงร้อยละ ๖.๘๑   |
|   | <b>R: Regulation &amp; Law</b><br>๑. บังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องทุกมาตรา   | ๔. จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่กลับมาเสพซ้ำเพิ่มขึ้น                                | ๓. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด   |
|   | <b>A: Advocate</b><br>๑. ส่งเสริม สนับสนุนและร่วมกับหน่วยงานระดับจังหวัดในการดำเนินงานเฝ้าระวังการสูบบุหรี่และดื่มเหล้าหน้าใหม่ โดยเฉพาะเยาวชนในพื้นที่ทั้งโรงเรียน/สถานศึกษาและชุมชน<br>๒. สร้างความตระหนักรู้อย่างเข้มงวดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา |   |   |
|   | <b>B: Building Capacity</b><br>๑. เพิ่มศักยภาพทุกภาคีเครือข่ายในตำบลจัดการสุขภาพให้สามารถควบคุมและจัดการปัญหาการสูบบุหรี่และดื่มสุราในชุมชน และสถานที่สาธารณะ   |   |   |
| ๓. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ | <b>P: Partnership</b><br>ก. เกษตร ก. พาณิชย์ ศธ. มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค ภาคีเครือข่ายภาคประชาคม   | ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพปลอดภัย                                 | ๑. ผลลัพธ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๙๕<br>๒. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด |
|   | <b>I: Investment</b><br>๑. สนับสนุนการดำเนินงานทีม SAT และทีม operation<br>๒. พัฒนาห้องปฏิบัติการให้ได้มาตรฐานสากล<br>๓. สนับสนุนการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญด้านการคุ้มครองผู้บริโภค   |   |   |

| โครงการ | มาตรการ   | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|---|----------|-----------|
|         | <b>R: Regulation &amp; Law</b><br>๑. บังคับใช้ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด<br>๒. ทบทวน ปรับปรุงกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค   |          |           |
|         | <b>A: Advocate</b><br>๑. เผยแพร่สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศ<br>๒. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Management) ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการจัดการปัญหา |          |           |
|         | <b>B: Building Capacity</b><br>อบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ประกอบการ ผู้บริโภค และเจ้าหน้าที่   |          |           |

แผนงานที่ ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ๒ โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการ และตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ                                 | มาตรการ  | เป้าหมาย                             | ตัวชี้วัด  |
|---|--|--------------------------------------|--|
| ๑. โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม | <b>P: Partnership</b><br>ทส./อจน. /มท. /ก. พลังงาน   | โรงพยาบาลพัฒนาได้มาตรฐาน             | โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์            |
|   | <b>I: Investment</b><br>๑. พัฒนา ปรับปรุงและเพิ่มขีดความสามารถในการรองรับปริมาณน้ำเสียโรงพยาบาล ของระบบบำบัดน้ำเสียให้มีประสิทธิภาพ<br>๒. พัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยทุกประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งมูลฝอยติดเชื้อของเสียอันตราย และของเสียทางการแพทย์ ให้ถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎหมาย<br>๓. พัฒนาปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน HAS และมีระบบจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้อง<br>๔. ปรับปรุงอาคาร สถานที่ให้เอื้อต่อการประหยัดพลังงาน(กรณี อาคารที่สร้างใหม่ ต้องเป็นอาคารอนุรักษ์พลังงาน)<br>๕. ปรับปรุงภูมิทัศน์ สภาพแวดล้อม และเพิ่มพื้นที่ สีเขียว<br>๖. จัดทำ ปรับเปลี่ยนเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ได้ตามมาตรฐานผลิตภัณฑ์สีเขียวและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม<br>๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล<br>๘. ปรับปรุง พัฒนาโรงครัวให้ได้มาตรฐานสุขาภิบาล | GREEN&CLEAN Hospital<br>ระดับพื้นฐาน | GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ ๗๕ ผ่านเกณฑ์<br>ระดับพื้นฐาน |
|   | <b>R: Regulation &amp; Law</b><br>๑. พัฒนา ปรับปรุงกฎหมายให้เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมและผลักดันให้มีการบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ   |                                      |  |

| โครงการ  | มาตรการ  | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด  |
|--|--|---|--|
|  | <p><b>A: Advocate</b></p> <p>๑. สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาเป็นองค์กร บุคคลต้นแบบในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ</p> <p>๒. สร้างจิตสำนึกสาธารณะในเรื่องขยะ การใช้น้ำ การรีไซเคิล การประหยัดพลังงาน รวมถึงการนำมาตรการ ๓R มาใช้</p> <p><b>B: Building Capacity</b></p> <p>๑. พัฒนาหลักสูตร คู่มือ ชุดความรู้ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพสำหรับผู้รับผิดชอบงาน เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒. สร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานคงอยู่ในระบบและดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เช่น ความก้าวหน้าทางวิชาชีพ</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาลให้สามารถดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมได้ อาทิ การจัดการมูลฝอย การเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (EIA) การรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศกับสุขภาพ</p> |   |  |
| <p><b>๒. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)</b></p> | <p><b>P: Partnership</b></p> <p>ทส./อจน. /มท. /ก. พลังงาน</p> <p><b>I: Investment</b></p> <p>๑. พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นปัจจุบันในระดับจังหวัด</p> <p>๒. สนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบเฝ้าระวังให้รองรับโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมพื้นที่เสี่ยงในระดับจังหวัด (บริการด้านเวชกรรม)</p> <p>๓. สนับสนุนเครื่องมือด้านอาชีวอนามัย</p>   | <p>ลดผลกระทบต่อสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงจากขยะและมลพิษสิ่งแวดล้อมของประชาชน</p> | <p>- จำนวนจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ๖๐ จังหวัด (ร้อยละ ๘๐)</p> |

| โครงการ | มาตรการ  | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|--|----------|-----------|
|         | <p>และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับพื้นที่เสี่ยงในระดับจังหวัด</p> <p><b>R: Regulation &amp; Law</b><br/>           ๑. พัฒนากฎหมาย/อนุบัญญัติและการบังคับใช้<br/>           ๒. ส่งเสริม/ผลักดันการออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติท้องถิ่น</p> <p><b>A: Advocate</b><br/>           ๑. สร้างการมีส่วนร่วมเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ<br/>           ๒. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA)<br/>           ๓. สนับสนุนการสื่อสารความเสี่ยง เตือนภัย ผลกระทบต่อสุขภาพ</p> <p><b>B: Building Capacity</b><br/>           ๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานท้องถิ่นในการดูแลจัดการปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยง รวมถึงการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมภาพสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่</p> |          |           |

## ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

### วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ประชาชนได้รับการ บริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมทั่วถึงลดความเหลื่อมล้ำ ของ ผู้รับบริการในด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งมี ระบบการส่งต่อ ที่มีคุณภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถ เข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน

### เป้าหมายการพัฒนา :

- ๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน
- ๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
- ๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- ๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัยและสามารถแข่งขันได้ในระดับสากล
- ๕) มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการ ป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

### แผนงาน :

- แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
- แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
- แผนงานที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
- แผนงานที่ ๔ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ ๕ การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ
- แผนงานที่ ๖ ประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข

### ตัวชี้วัด :

- ๑) จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ๕๙๖ ทีม ดูแลประชาชน ๕.๙๖ ล้านคน ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๕๙๖ คน
- ๒) ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ลดลงร้อยละ ๕ ต่อปีผู้ป่วยความดันรายใหม่ ลดลงร้อยละ ๒.๕ ต่อปี เทียบ กับปีงบประมาณ
- ๓) โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ชั้น ๑ มากกว่าร้อยละ ๘๐
- ๔) คัดกรอง CVD Risk ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันร้อยละ ๘๐
- ๕) อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าร้อยละ ๗
- ๖) อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกินร้อยละ ๒๘
- ๗) โรงพยาบาล F๒ ขึ้นไปที่มีระบบ ECS คุณภาพร้อยละ ๗๐
- ๘) ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕.๕
- ๙) โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ร้อยละ ๑๐



๑๐) รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ห้าดาว ร้อยละ ๑๐๐

**มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :**

- ๑) พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลทุกครัวเรือน
- ๒) พัฒนาระบบบริการตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่ครอบคลุมทุกระบบ ในการให้บริการทุกพื้นที่
- ๓) พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ
- ๔) ส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ภูมิปัญญาและสมุนไพรไทย
- ๕) สนับสนุนหน่วยงานบริการด้านสุขภาพให้ได้มาตรฐานสากล
- ๖) ส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
- ๗) สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

**โครงการและตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ :**

| แผนงาน/โครงการ   | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)  |
|--|---|
| <b>แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)</b><br><b>(๑ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b> |   |
| ๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)   | ๑) ร้อยละของพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)<br>๒) ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ  |
| <b>แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (๑๔ โครงการ ๒๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b>                    |   |
| ๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง   | ๑) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้<br>๒) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)<br>๓) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<br>๔) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง |
| ๒. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล  | ๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล  |
| ๓. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์  | ๑) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง   |
| ๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด  | ๑) อัตราตายทารกแรกเกิด  |
| ๕. โครงการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส แบบประคับประคอง  | ๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)  |

| แผนงาน/โครงการ   | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)  |
|--|--|
| ๖. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ   | ๑) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน   |
| ๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช   | ๑) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต<br>๒) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ   |
| ๘. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก   | ๑) อัตราตายจากติดเชื้อ (Sepsis)  |
| ๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ   | ๑) ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้<br>๒) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ                                      |
| ๑๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง   | ๑) ละครยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก<br>๒) อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ<br>๓) อัตราตายจากมะเร็งปอด  |
| ๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต   | ๑) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr  |
| ๑๒. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา  | ๑) ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน  |
| ๑๓. โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก   | ๑) ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก  |
| ๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ  | ๑) จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ  |
| <b>แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (๑ โครงการ ๔ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b> |  |
| ๑. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ  | ๑) ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ<br>๒) ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป<br>๓) ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ<br>๔) อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) |
| <b>แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ (๒ โครงการ ๓ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b>                   |  |
| ๑. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล   | ๑) ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๒P safety<br>๒) ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)  |
| ๒. โครงการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.   | ๑) ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ  |
| <b>แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ (๓ โครงการ ๕ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b>              |  |
| ๑.โครงการพัฒนา รพ.เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา และรพ.  | ๑) ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด  |

| แผนงาน/โครงการ  | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)  |
|---|--|
| สมเด็จพระยุพราช   |  |
| ๒. โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษและสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health)               | ๑) ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตาม เกณฑ์ที่กำหนด<br>๒) สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ  |
| ๓. โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในชายแดนใต้                                  | ๑) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับวัคซีนตาม EPI ในชายแดนใต้<br>๒) อัตราการเสียชีวิตของมารดาในชายแดนใต้   |
| <b>แผนงานที่ ๖ : ประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข (๒ โครงการ ๖ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b> |  |
| ๑. โครงการพัฒนาสถานบริการด้านสุขภาพ   | ๑) ร้อยละของสถานบริการด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการส่งเสริม พัฒนาองค์ความรู้ด้านมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล  |
| ๒. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์                                 | ๑) ร้อยละของยา กลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น<br>๒) ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน<br>๓) จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ<br>๔) จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการ ให้บริการด้านสุขภาพ<br>๕) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาดอย่างน้อย ๑๐ เรื่องต่อปี |

รายละเอียดแผนงาน โครงการ มาตรการ และตัวชี้วัด : ประกอบด้วย ๖ แผนงาน ๒๓ โครงการ ต่อไปนี้

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ประกอบด้วย ๑ โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ  | มาตรการ   | เป้าหมาย         | ตัวชี้วัด  |
|--|---|------------------|--|
| ๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) | <b>Service Delivery:</b><br>- เปิดบริการ PCC (ที่ผ่านเกณฑ์) ตามการขึ้นทะเบียน<br>- จัดทำคู่มือและแนวทางการดำเนินการ<br>- ออกแบบโครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่  | ๑๔.๕๐% (๔๗๑ ทีม) | ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) |
|  | <b>Health Workforce :</b><br>- ผลิต/อบรมแพทย์ Fammed (Short Course Training) ๑๐๐คน/ปี<br>- ผลิต/อบรมพยาบาลและสหสาขา<br>- แพทย์เกษียณบรรจุเป็นพนักงานราชการ เขตละ ๑๐ คน<br>- MOUความร่วมมือกับราชวิทยาลัยฯ<br>- ค่าตอบแทน พตส ๓๑๓  |                  |  |
|  | IT : -  |                  |  |
|  | <b>Drugs &amp; Equipment :</b><br>แผนครุภัณฑ์ ระบบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา   |                  |  |
|  | <b>Financing :</b><br>ขอสนับสนุนงบกลาง : สำนักงานฯ/กรม. (๑๕๐ บาท/ประชากร)การรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศกับสุขภาพ  |                  |  |
|  | <b>Governance :</b><br>- เสนอแผนยุทธศาสตร์ PCC เข้า กรม.<br>- ร่างแผนการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ<br>- M&E ติดตามประเมินผล<br>- จัดตั้งคณะกรรมการ PCC ส่วนกลาง (อำนวยการ/คณะทำงานเขต<br>- จัดตั้งคณะกรรมการ PCC (ขับเคลื่อน) ระดับเขต/จังหวัด<br>- Audit ร่วมกับราชวิทยาลัยฯ<br>- พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของการ |                  |  |

| โครงการ | มาตรการ  | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|--|----------|-----------|
|         | <p>จัดบริการปฐมภูมิให้เหมาะสมและเป็นธรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ออกแบบและจัดหาสถานที่เพื่อการจัดบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่</li> <li>- ประสานและสร้างความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพ</li> </ul> |          |           |

แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ประกอบด้วย ๑๔ โครงการ พร้อม  
รายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ  | มาตรการ  | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด  |
|--|--|---|--|
| ๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | <b>Service Delivery:</b><br><u>สถานบริการสุขภาพทุกระดับ</u><br><u>เป้าหมายบริการ</u><br>- คลินิก NCD คุณภาพ (A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓)<br>- คลินิก NCD คุณภาพอย่างน้อย ๒ รพสต. ต่อ CUP<br><b>กิจกรรม</b><br>- ข้อมูล ผป. DMHT ที่ลงทะเบียน และอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ<br>- การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยคลินิก NCD บูรณาการหรือส่งต่อคลินิก DPAC คลินิกอดบุหรี่/สุรา คลินิกคลายเครียด<br>- ติดตามการใช้ยา ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<br>- ติดตามผู้ที่ขาดนัดหรือไม่มารับบริการ | อัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดลงร้อยละ ๕ ต่อปี | ๑. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี<br>๒. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน<br>๓. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ/หรือเบาหวานรายใหม่ |
|  | <b>Health Workforce :</b><br>- System manager ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ<br>- NCD case manager (A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓)<br>- NCD case coordinator /mini case manager (รพ.สต.)<br>- อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ (A S)<br>- อายุรแพทย์ (A S M๑ M๒ F๑)<br>- พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓)<br>- นักกำหนดอาหาร (A S M๑ M๒)<br>- นักสุขภาพครอบครัว (รพ.สต.)<br>พัฒนาและอบรมภายในจังหวัด/เขต   |   |  |

| โครงการ | มาตรการ   | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|---|----------|-----------|
|         | <p>(ตามความต้องการ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- System manager ระดับอำเภอ</li> <li>- Case manager</li> <li>- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</li> <li>- ทีมสหวิชาชีพ</li> <li>- นักกำหนดอาหาร</li> <li>- อสม.</li> <li>- อสค.</li> </ul> <p><b>IT :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน รายงานผ่าน HDC</li> <li>- มี Data registry Data center ทุกจังหวัดและเชื่อมโยงเป็นระดับเขตตามศักยภาพ</li> <li>- มีการประเมินข้อมูลทุก ๓ เดือน</li> </ul> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b></p> <p>Lab</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FCG ,FPG, HbA๑C เครื่องมือ</li> <li>- เครื่องวัด BP</li> <li>- เครื่อง blood glucose meter(BGM)</li> </ul> <p><b>Financing :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- งบลงทุนวัสดุอุปกรณ์เครื่อง BGM,BP</li> <li>- งบอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่</li> </ul> <p><b>Governance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คณะกรรมการ service plan สาขาโรคไม่ติดต่อระดับเขต และจังหวัด</li> <li>- แผนservice plan สาขาโรคไม่ติดต่อระดับเขต จังหวัด ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว</li> <li>- กลไกการติดตามประเมิน ผลของเขตบริการและจังหวัด</li> <li>- มีการดำเนินงานเชื่อมโยงกับชุมชน</li> </ul> |          |           |

| โครงการ   | มาตรการ   | เป้าหมาย                              | ตัวชี้วัด                                 |
|---|---|---------------------------------------|---|
| ๒. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล | <p><b>Service Delivery:</b><br/>จัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน</p> <p><b>Health Workforce :</b><br/>สร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และ<br/>ผู้รับบริการ</p> <p><b>IT :</b><br/>พัฒนาไกลและเครื่องมือ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล</p> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b><br/>พัฒนาระบบและกลไกป้องกันและ<br/>แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต้าน<br/>จุลชีพ และการดื้อยาของเชื้อก่อโรค</p> <p><b>Financing :</b><br/>กองทุนสนับสนุน</p> <p><b>Governance :</b><br/>-ส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณ<br/>ทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา<br/>-พัฒนาระบบและกลไกการกำกับ<br/>ดูแล เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสม<br/>เหตุสมผล</p> | ให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล        | ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล |
| ๓. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์                               | <p><b>Service Delivery:</b><br/>- พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการเครือข่ายรพช.แม่ข่าย(M๒) ๙๑ แห่ง รพช.ที่กำลังยกระดับเป็นรพท.(M๑) ๒๐ แห่งและรพท.ขนาดเล็ก(M๑) ๑๕ แห่ง เพื่อพัฒนาศักยภาพและเชื่อมโยงสถานบริการระบบการส่งต่อ-รับกลับอย่างเป็นขั้นตอน รวมทั้งพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ</p> <p>- พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ (Quality of service) และพัฒนาคุณภาพบริการ (Quality of care)</p>  | การส่งต่อออกนอกเขตลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี | ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง    |



| โครงการ   | มาตรการ   | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด                     |
|---|---|--|-------------------------------|
|   | <p>- พัฒนาระบบการขับเคลื่อนระบบบริการ (Quality of Management)</p> <p><b>Health Workforce :</b></p> <p>- มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักตามเกณฑ์ (เงื่อนไข หากไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอยู่ประจำ ต้องมีแพทย์หมุนเวียน)</p> <p><b>IT :</b></p> <p>จัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อ</p> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b></p> <p>ศูนย์ประสานการส่งต่อ(ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต</p> <p><b>Financing :</b></p> <p>- งบประมาณรายจ่ายประจำปี</p> <p>- งบค่าเสื่อม</p> <p>- เงินบำรุง</p> <p><b>Governance :</b></p> <p>แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan</p> |  |                               |
| <p><b>๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด</b></p> | <p><b>Service Delivery:</b></p> <p>๑. Neonatologist : NICU Bed=๑:๖</p> <p>๒. NNP อย่างน้อยเวรละ ๑ คน (RN:Patient = ๑:๒)</p> <p>๓. Ophthalmologist</p> <p>๔. กุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก, OT/PT/speech therapist</p> <p>๕. Transport team</p> <p>๖. Neurosurgeon</p> <p>๗. Pediatric surgeon</p> <p>๘. Pediatric cardiologist</p> <p>๙. ศัลยแพทย์ทรวงอกและหลอดเลือด</p> <p>๑๐. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู</p> <p>๑๑. สูติแพทย์ด้านเวชศาสตร์มารดา</p>  | <p>ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันให้น้อยกว่า ๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต</p> | <p>อัตราการตายทารกแรกเกิด</p> |

| โครงการ | มาตรการ  | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|--|----------|-----------|
|         | <p>และทารก</p> <p>๑๒. จักษุแพทย์ที่ทำLaser ได้</p> <p>๑๓. พยาบาล ทารกแรกเกิด (NNP) อย่างน้อยแเวรละ ๑ คน<br/>RN:Patient=๑:๒</p> <p>๑๔. พัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต</p> <p>๑๕. พัฒนาศักยภาพ Transport team</p> <p><b>Health Workforce :</b><br/>มีบุคลากรที่ให้การบริบาลทารกป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ</p> <p><b>IT :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีฐานข้อมูลเบื้องต้นผู้ป่วยที่หน่วยบริการเข้าถึงได้/ใช้ร่วมกันได้</li> <li>- ใช้ข้อมูลจากบันทึกข้อมูล ๒๑/๔๓ แฟ้ม</li> </ul> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b><br/>มีอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อรองรับการขยายเตียง NICU</p> <p><b>Financing :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณรายจ่ายประจำปี</li> <li>- งบค่าเสื่อม</li> <li>- เงินบำรุง</li> </ul> <p><b>Governance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วมเป็นคณะกรรมการสาขาทารกแรกเกิดระดับเขต</li> <li>- คณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัดสูติแพทย์กุมารแพทย์ คณะกรรมการสาขาทารกแรกเกิดระดับจังหวัด ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า</li> </ul> |          |           |

| โครงการ   | มาตรการ  | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด  |
|---|--|---|--|
| <p>๕. โครงการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส แบบ ประคับประคอง</p> | <p><b>Service Delivery:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรมระยะสั้นแพทย์ หลักสูตร Care based Learning in Geriatric Ambulatory case แบ่งเป็น ๓ ระยะ (ระยะละ ๓ วัน) มีแพทย์เข้ารับการอบรม จำนวน ๕๐ คน</li> <li>- อบรมระยะสั้น Dementia Care Manager and Dementia Adviser เพื่อการดูแลระยะยาวเฉพาะทางด้านสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีผู้เข้ารับการอบรมจำนวน ๒๒๐ คน</li> <li>- อบรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ย่ำอย่างที่คิดจริงหรือ Basic Course in Dementia care</li> <li>- การดำเนินงานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทั่วประเทศ</li> </ul> <p><b>Health Workforce :</b></p> <p>มี Palliative Care Nurse Manager/Coordinator ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 1 คน และมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง</p> <p><b>IT :</b></p> <p>ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง</p> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน ในรพยาลระดับ A,S,M1 เป็นอย่างน้อย</li> <li>- คลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งจังหวัด</li> <li>- คลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งเขต</li> </ul> | <p>โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์(ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)</p> | <p>ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)</p> |

| โครงการ   | มาตรการ   | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด   |
|---|---|--|---|
|   | <p>สุขภาพ</p> <p><b>Financing :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณรายจ่ายประจำปี</li> <li>- งบค่าเสื่อม</li> </ul> <p><b>Governance :</b></p> <p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง</p>   |  |   |
| <p><b>๖. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย</b></p> | <p><b>Service Delivery:</b></p> <p>๑. จัดตั้งคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่แผนกผู้ป่วยนอกใน รพศ. รพท. และรพช. คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน</p> <p>๒. จัดบริการคลินิกพิเศษการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน มีบริการเฉพาะทางเช่น ไมเกรน, ข้อเข่าเสื่อม, อัมพฤกษ์อัมพาต, ภูมิแพ้ อย่างน้อย ๑คลินิกในรพศ. /รพท.</p> <p><b>Health Workforce :</b></p> <p>๑. ปรับปรุงโครงสร้างกลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานใน สสจ./รพศ./รพท. และรพช</p> <p>๒. พัฒนาพยาบาลคัดกรองให้มีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>๓. พัฒนาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการจัดบริการคลินิกพิเศษ</p> <p><b>IT :</b></p> <p>๑. พัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานใน สสจ.</p> <p>๒. ปรับปรุงระบบ Health script ให้มีความเสถียรและครอบคลุมข้อมูลที่จำเป็น</p> <p>๓. ทำความเข้าใจร่วมกันในการรายงานข้อมูล</p> <p>๔. สร้างช่องทางการ consult</p> | <p>อัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑ ต่อปี</p> | <p>๑. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน</p> |

| โครงการ   | มาตรการ  | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด  |
|---|--|--|--|
|   | <p>ผู้เชี่ยวชาญ<br/>๕.การประชาสัมพันธ์</p> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b><br/>ครุภัณฑ์และอุปกรณ์เพื่อรองรับการ<br/>พัฒนา OPDคู่ขนานและคลินิกพิเศษ</p> <p><b>Financing :</b><br/>งบประมาณUC ๑๐.๗๗บาท/ปชก.</p> <p><b>Governance :</b><br/>๑.คณะกรรมการService plan<br/>สาขาการแพทย์แผนไทยและ<br/>การแพทย์ผสมผสานระดับชาติ/<br/>เขต/จังหวัด<br/>๒.แผนพัฒนาระบบบริการสาขา<br/>การแพทย์แผนไทยและการแพทย์<br/>ผสมผสาน<br/>๓.การกำกับติดตาม</p>  |  |  |
| <p>๗. โครงการพัฒนา<br/>ระบบบริการ<br/>สุขภาพ สาขา<br/>สุขภาพจิตและจิต<br/>เวช</p> | <p><b>Service Delivery:</b></p> <p>I. การบริการผู้ป่วยนอกและชุมชน</p> <p>๑. คัดกรองประเมินและแพทย์<br/>วินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงได้แก่ ผู้ป่วยโรค<br/>เรื้อรังผู้ป่วยสูงอายุผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน<br/>ได้เป็นต้นด้วยเครื่องมือคัดกรองโรค<br/>จิตโรคจิตจากสุราและสารกระตุ้น<br/>ประสาทและโรคซึมเศร้าทั้งแบบคัด<br/>กรองประเมินและเครื่องมือตรวจ<br/>สภาพร่างกายและสมองเพื่อ<br/>ประกอบดุลยพินิจได้</p> <p>๒. สามารถประเมินและวินิจฉัย<br/>รักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทั้งทางกาย<br/>และทางจิตและหรือส่งต่ออย่าง<br/>เหมาะสมทันที่</p> <p>๓. ประเมินระดับความรุนแรง<br/>อาการซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค<br/>ซึมเศร้าด้วยเครื่องมือที่ง่าย ไวและ<br/>แม่นยำ</p> <p>๔. การรักษาด้วยยาทางจิตเวชที่<br/>จำเป็นตามเกณฑ์</p> | <p>อัตราการฆ่าตัวตาย<br/>สำเร็จ ≤ ๖.๓ ต่อ<br/>ประชากรแสนคน</p> | <p>๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า<br/>เข้าถึงบริการสุขภาพจิต</p> <p>๒. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</p> |

| โครงการ | มาตรการ   | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|---|----------|-----------|
|         | <p>๕. การบำบัดด้านจิตสังคม (psychosocial care/clinic) ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคและการดูแลแก่ผู้ป่วยและญาติ, การให้คำปรึกษารายบุคคล/รายกลุ่ม/ครอบครัว, การจิตบำบัด, การสร้างแรงจูงใจ, การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p> <p>๖. การติดตามต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคจิต โรคจิตจากสุราและสารกระตุ้นประสาท และโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการขาดการรักษา</p> <p>๗. มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย นอกจาก รพ.สต. รพท., รพศ. และ รพ.เฉพาะทาง</p> <p>๘. การบริการผู้ป่วยใน (เตียงอย่างน้อย ๔๘ ชม.)</p> <p>๑. การประเมินความรุนแรงด้วยแบบประเมิน ๘Q</p> <p>๒. การจัดการภาวะพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเบื้องต้น</p> <p>๓. เตียง acute care ได้แก่ เตียงห้องฉุกเฉิน/เตียงรวม (Integrated bed) ,unit, ward เป็นต้น เพื่อดูแลภาวะโรคจิตจากการถอนสุรา, ภาวะข้างเคียงจากการรับประทานยาจิตเวช และภาวะอาการทางจิตรุนแรงเป็นต้นด้วยยาจิตเวชที่จำเป็น จิตบำบัดและกระแสไฟฟ้า (ถ้ามี)</p> <p>๔. รับรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชได้อย่างเหมาะสม เช่น ภาวะโรคจิตจากการถอนสุรา เป็นต้น</p> <p>๕. การรับดูแลเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วย พรบ. สุขภาพจิต อย่างเหมาะสม</p> |          |           |

| โครงการ | มาตรการ  | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|--|----------|-----------|
|         | <p>๖.ระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชภาวะ<br/>ฉุกเฉินหรือ ยุ่งยากซับซ้อนไปยังรพ.<br/>เฉพาะทาง (กรณีมีข้อตกลงใน<br/>จังหวัดหรือเขต ทั้งนี้ควรเป็น<br/>แนวทางในแบบบูรณาการกับ<br/>หน่วยงานในพื้นที่ทั้งในและนอก<br/>สาธารณสุข)</p>  |          |           |
|         | <p><b>Health Workforce :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จิตแพทย์ทั่วไป <math>\geq 1</math> คน</li> <li>- เกสัชกร ผ่านการอบรม<br/>การใช้ยาทางจิตเวช ๑-๒คน</li> <li>- นักสังคมสงเคราะห์ <math>\geq 1</math>คน</li> <li>- นักจิตวิทยาคลินิก <math>\geq 1</math>คน</li> </ul>  |          |           |
|         | <p><b>IT :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบประเมินและข้อมูลผู้ป่วยที่<br/>ได้รับการคัดกรอง<br/>(๒Q,๙Q,๘Q,แบบคัดกรอง<br/>โรคจิต,AUDIT) ประเมินวินิจฉัย<br/>รักษาอาการทางจิต<br/>สารเสพติด สุราและโรค<br/>ซึมเศร้า เชื่อมโยง รายงาน๔๓<br/>แฟ้มข้อมูล</li> <li>- ข้อมูลและแบบประเมิน<br/>(ICD๑๐, AWS, CIWA) เป็น<br/>ต้น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย<br/>และรักษา</li> <li>- ทะเบียนติดตามต่อเนื่องใน<br/>ผู้ป่วยโรคจิต, โรคจิตจากสุราและ<br/>สารกระตุ้นประสาท, โรคซึมเศร้า ที่<br/>เชื่อมโยงระหว่างรพ.ในจังหวัด, เขต<br/>สุขภาพและกรมวิชาการ</li> <li>- ข้อมูลบัญชียาจิตเวชที่จำเป็นของ<br/>รพ. เชื่อมโยงระหว่างรพ.ในจังหวัด,<br/>เขตสุขภาพและกรมวิชาการ</li> <li>- จำนวนเตียงที่พร้อมตาม<br/>ศักยภาพ รพ.สำหรับการรับ<br/>ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินทางจิตเวช</li> </ul> |          |           |

| โครงการ | มาตรการ  | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|--|----------|-----------|
|         | <p>หรือสุรา ที่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบประเมินและข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ พรบ.สุขภาพจิต</li> <li>- ทะเบียนและข้อมูลผู้ป่วยโรคจิต, โรคจิตจากสุราและสารกระตุ้นประสาท, โรคซึมเศร้าที่ต้องติดตามในพื้นที่ (เยี่ยมบ้าน)</li> <li>- ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือและส่งต่อในและนอกเขตฯ</li> <li>- ข้อมูลเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเรื่องการเข้าถึงบริการโรคจิตเวช ๆ พรบ.สุขภาพจิต</li> </ul> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คู่มือแนวทางการดำเนินงาน,แบบคัดกรองและประเมินอาการทางจิต (๒Q,๙Q,๘Q,แบบคัดกรองโรคจิต ,AUDIT)ในกลุ่มเสี่ยง</li> <li>- ชุดตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ได้แก่ แอมเฟตามีน กัญชา เป็นต้น</li> <li>- ชุดตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับแอลกอฮอล์, ยานอนหลับ, ยาแก้ปวดประสาท, เม็ดเลือดแดง, สารน้ำ, ระดับยาจิตเวชและการติดเชื้อ เป็นต้น</li> <li>- เครื่องตรวจสัญญาณชีพ</li> <li>- เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ</li> <li>- เครื่อง X-ray</li> <li>- คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต, โรคจิตจากสุราและสารกระตุ้นประสาท, โรคซึมเศร้า</li> <li>- คู่มือการดำเนินงานและแบบประเมินและวินิจฉัย(ICD๑๐, AWS, CIWA)</li> <li>- อุปกรณ์ผูกยึดผู้ป่วยโรคจิตที่มี</li> </ul> |          |           |



| โครงการ | มาตรการ   | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|---|----------|-----------|
|         | <p>ภาวะพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เตียงที่พร้อมตามศักยภาพรพ.</li> </ul> <p>สำหรับการรับผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินทางจิตเวชหรือสุรา ที่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยาจิตเวชที่จำเป็นตามเกณฑ์ Service plan</li> <li>- แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลอื่น</li> <li>- เครื่องตรวจคอมพิวเตอร์สมอง</li> </ul> <p><b>Financing :</b></p> <p>* ข้อเสนอแนะทางเลือกในการจัดสรรงบประมาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่าผลิตคู่มือและแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคจิต , โรคจิตจากสุราและสารกระตุ้นประสาท, โรคซึมเศร้า</li> <li>- ค่ายาและวัสดุทางการแพทย์</li> <li>- ค่าที่ผู้กักและเตียงสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะสั้น</li> <li>- ค่าบริการทางการแพทย์ระบบผู้ป่วยนอกระบบการติดตาม ระบบฉุกเฉิน</li> <li>และระบบผู้ป่วยใน</li> <li>- ค่าส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาไปโรงพยาบาลอื่น</li> <li>- ค่าพัฒนาหน่วยบริการปรับปรุงสถานที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช</li> </ul> <p><b>Governance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คณะกรรมการ Service plan ระดับจังหวัด</li> <li>- คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิต ๒๕๕๑ระดับจังหวัด</li> <li>- คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตามพรบ.สุขภาพจิต ๒๕๕๑ - สร้างความรู้ ความเข้าใจเพื่อสามารถใช้</li> </ul> |          |           |

| โครงการ   | มาตรการ  | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด                              |
|---|--|--|--|
|   | <p>พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ ได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดโครงสร้างและแนวทางวาม</li> <li>กำหนดให้ผู้รับผิดชอบงานดูแลบำบัด</li> <li>ด้านจิตเวช</li> <li>- นโยบายการคัดกรองอาการและ</li> <li>ประเมินระดับความรุนแรงอาการ</li> <li>ทางจิตในกลุ่มเสี่ยงในทุกหน่วย</li> <li>บริการ</li> <li>- เอกสารความร่วมมือกับหน่วยงาน</li> <li>ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอก</li> <li>สาธารณสุข เพื่อรับผิดชอบด้านการ</li> <li>ป้องกัน บำบัดรักษาและติดตาม</li> <li>ผู้ป่วยจิตเวช</li> <li>- การผลักดันนโยบายการติดตาม</li> <li>ต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ</li> <li>ในผู้ป่วยโรคจิต</li> </ul>  |  |  |
| <p>๘. โครงการพัฒนา</p> <p>ระบบบริการ</p> <p>สุขภาพ ๕ สาขา</p> <p>หลัก</p> | <p><b>Service Delivery:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appendectomy ใน รพ.ตั้งแต่</li> <li>M๒ ลงไป</li> <li>- Caesarean section ในรพ.</li> <li>ตั้งแต่ M๒ ลงไป</li> <li>- ดูแลรักษา non</li> <li>displacedFracture ใน รพ.ตั้งแต่</li> <li>M๒ลงไป</li> <li>- ให้การดูแลรักษา sepsis ได้ใน</li> <li>รพ.ตั้งแต่ M๒ ลงไป</li> <li>- ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ on</li> <li>Respirator ได้ใน รพ.ตั้งแต่M๒ ลง</li> <li>ไป</li> </ul> <p><b>Health Workforce :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>๑.๑ ศัลยแพทย์ หรือแพทย์ที่รับ</li> <li>ผ่าตัดอย่างน้อย ๑ คน ที่รพช.</li> <li>๑.๒ ศัลยแพทย์ เชี่ยวชาญในรพศ.</li> <li>รพท. รับปรึกษาและหมุนเวียนไป</li> <li>ช่วยผ่าตัด</li> <li>๒.๑ สูติแพทย์ หรือแพทย์ที่รับ</li> <li>ผ่าตัดอย่างน้อย ๑ คน ที่ รพช.</li> </ul> | <p>อัตราการเสียชีวิต</p> <p>จากภาวะการติดเชื้อ</p> <p>ในกระแสเลือดลดลง</p> | <p>อัตราการตายจากติดเชื้อ (Sepsis)</p> |

| โครงการ | มาตรการ   | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|---|----------|-----------|
|         | <p>๒.๒ สูติแพทย์ เชี่ยวชาญใน รพศ. รพท. รับปรึกษาและหมุนเวียนไปช่วยผ่าตัด</p> <p>๓.๑ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ หรือแพทย์ที่รับผิดชอบอย่างน้อย ๑ คน ที่ รพช.</p> <p>๓.๒ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ เชี่ยวชาญใน รพศ รพท รับปรึกษา และช่วยในการวางแผนการรักษา</p> <p>๔.๑ อายุรแพทย์ หรือแพทย์ที่รับผิดชอบอย่างน้อย ๑ คน ที่รพช.</p> <p>๔.๒ อายุรแพทย์เชี่ยวชาญใน รพศ. รพท. รับปรึกษา</p> <p>๕.๑ อายุรแพทย์ หรือแพทย์ที่รับผิดชอบอย่างน้อย ๑ คน ที่รพช.</p> <p>๕.๒ อายุรแพทย์เชี่ยวชาญใน รพศ. รพท. รับปรึกษา</p> <p><b>IT :</b><br/>ข้อมูลจาก ๔๓ แห่ง</p> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b><br/>๑. Operation room OR set<br/>๒. Operation room OR set<br/>๓. X-ray Online consultation<br/>๕. Hemoculture Antibiotics<br/>เครื่องช่วยหายใจเครื่องช่วยหายใจ<br/>เด็กOxygen blender</p> <p><b>Financing :</b><br/>๑. งบประมาณ ค่าเสื่อม<br/>๒. งบประมาณประจำปี<br/>๓. งบเงินบำรุงโรงพยาบาล</p> <p><b>Governance :</b><br/>๑. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานทั้งในระดับส่วนกลาง ระดับเขตระดับจังหวัดและระดับ รพ.เพื่อประสานงานและดำเนินงาน<br/>๒. มีการประเมินผลอย่างน้อยทุกๆ ๓ เดือน</p> |          |           |

| โครงการ                                      | มาตรการ  | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด  |
|--|--|--|--|
|  | ๓. มีการนำเสนอผลการดำเนินงานในการตรวจราชการ  |  |  |
| ๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ | <b>Service Delivery:</b><br>การจัดบริการสุขภาพ มีระบบ fast track STEMI, cardiac network และ zoning   | อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง ร้อยละ ๑๐ ต่อปี | 1. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<br>๒. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ |
|  | <b>Health Workforce :</b><br>การจัดกำลังคนด้านสุขภาพให้เพียงพอและเหมาะสมกับภาระงาน ทั้ง physician, cardiologists, Interventionist, cardiothoracic surgeon, nurses, nurse manager, pharmacists, Technician และอื่นๆ |  |  |
|  | <b>IT :</b><br>ระบบสารสนเทศ มีระบบ data information เพื่อลงข้อมูลและรายงานเป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ   |  |  |
|  | <b>Drugs &amp; Equipment :</b><br>ยาและวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และ เทคโนโลยี เช่น ยา Tenecteplase มาใช้แทนยา streptokinase, echo, Cath lab, OR  |  |  |
|  | <b>Financing :</b><br>การเงินการคลังสาธารณสุข จัดหางบประมาณให้เพียงพอ  |  |  |
|  | <b>Governance :</b><br>การอภิบาลระบบสุขภาพ ทั้ง บุคลากรทางสาธารณสุข ค่าตอบแทน ค่าเสี่ยงภัย ความดีความชอบ การเข้าถึงบริการของประชาชน ระบบ EMS การใช้ Application  |  |  |

| โครงการ   | มาตรการ   | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด   |
|---|---|---|---|
| <b>๑๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง</b> | <b>Service Delivery:</b><br>- มีระบบการตรวจวินิจฉัยให้ได้ภายในระยะเวลาตามเกณฑ์<br>- มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ<br>- จัดระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดให้เหมาะสมกับขีดความสามารถของแต่ละระดับของโรงพยาบาลโดยมีการเชื่อมโยงภายในเครือข่าย   | อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลดลงร้อยละ ๕ ต่อปี | ๑. ลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัดเคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก<br>๒. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ<br>๓. อัตราตายจากมะเร็งปอด |
|   | <b>Health Workforce :</b><br>- มีอัตรากำลังของทีมผ่าตัดและทีมดูแลก่อนหลังผ่าตัดเพียงพอสอดคล้องกับจำนวนห้องผ่าตัด (ศัลยแพทย์ วิชาญญีแพทย์พยาบาลห้องผ่าตัด)<br>- มีการพัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์และทีมให้มีขีดความสามารถในการผ่าตัดที่ยากและซับซ้อนเพื่อลดการส่งต่อ เช่นการผ่าตัดตับ การผ่าตัดทางกล้อง |   |   |
|   | <b>IT :</b><br>- มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์และสอดคล้องกับระบบโรงพยาบาลเชื่อมโยงภายในเครือข่าย และตอบสนองต่อการทำทะเบียนมะเร็ง   |   |   |
|   | <b>Drugs &amp; Equipment :</b><br>- ห้องผ่าตัด<br>- เครื่องมือผ่าตัด<br>- เตียงผ่าตัด<br>- โคมไฟผ่าตัด  |   |   |
|   | <b>Financing :</b><br>- ใช้งบลงทุนพัฒนาขีดความสามารถให้สอดคล้องกับความต้องการของเขตโดยเกิดประโยชน์สูงสุดคุ้มค่าที่สุด   |   |   |
| <b>Governance :</b><br>- ห้องผ่าตัด                   |   |   |   |

| โครงการ  | มาตรการ   | เป้าหมาย                      | ตัวชี้วัด  |
|--|---|-------------------------------|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เครื่องมือผ่าตัด</li> <li>- เตียงผ่าตัด</li> <li>- โคมไฟผ่าตัด</li> </ul>  |                               |  |
| <b>๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต</b>      | <b>Service Delivery:</b><br>มีบริการ PD และ HD ครบ ๑๐๐% ใน รพ.ระดับ M๑ ขึ้นไป และมีบริการ HD และ PD >๕๐% ใน รพ.ระดับ M๒ (โดยเน้น PD)                        | อัตราการเสียชีวิตจากโรคไตลดลง | ๑. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ EGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr  |
|  | <b>Health Workforce :</b><br>พัฒนา PD และ HD nurse ให้เพียงพอต่อความต้องการในการขยายบริการ  |                               |  |
|  | <b>IT :</b><br>ระบบสารสนเทศ และรายงานเป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ   |                               |  |
|  | <b>Drugs &amp; Equipment :</b><br>Hemodialysis machine และระบบทำน้ำบริสุทธิ์  |                               |  |
|  | <b>Financing :</b><br>งบลงทุนและงบพัฒนาบุคลากรจากกระทรวง สธ (เสนอไปงบประมาณฯ ผ่านทาง SP ไต)   |                               |  |
|  | <b>Governance :</b><br>คณะกรรมการ SP สาขาไตเขต  |                               |  |
| <b>๑๒. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา</b> | <b>Service Delivery:</b><br>สามารถผ่าตัดต้อกระจกได้ตามมาตรฐาน   | จำนวนผู้ป่วยต้อบอดลดลง        | ๑. ร้อยละของผู้ป่วยต้อบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน |
|  | <b>Health Workforce :</b><br>มีบุคลากรในระบบบริการตั้งแต่การคัดกรองสายตจนถึงการผ่าตัดที่เพียงพอตามมาตรฐานและบุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะตามระดับความรับผิดชอบ |                               |  |
|  | <b>IT :</b><br>มีระบบ IT ช่วยในการบันทึกข้อมูลและติดตามประเมินผล (โปรแกรม vision๒๐๒๐)   |                               |  |

| โครงการ   | มาตรการ   | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด   |
|---|---|--|---|
|   | <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กล้องผ่าตัดตา</li> <li>- เครื่องสลายต่อกระดูก</li> <li>- ชุดอุปกรณ์ผ่าตัดเลนส์</li> </ul> <p><b>Financing :</b></p> <p>มีการปรับเปลี่ยนระบบการเบิกจ่าย<br/>ค่าผ่าตัดที่จูงใจ</p> <p><b>Governance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แยกกลุ่มผู้คัดกรองออกจากผู้<br/>ผ่าตัด</li> <li>- Leadership Service plan</li> </ul>  |  |   |
| <p><b>๑๓. โครงการ<br/>พัฒนาระบบการ<br/>ดูแลสุขภาพช่อง<br/>ปาก</b></p> | <p><b>Service Delivery:</b></p> <p>จัดบริการสุขภาพช่องปากมีคุณภาพ<br/>ครบ๓ องค์ประกอบคือ</p> <p>๑) จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตาม<br/>เกณฑ์คุณภาพอย่างน้อยสัปดาห์ละ<br/>๑ วัน</p> <p>๒) การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่<br/>มีคุณภาพตามเกณฑ์ ๕<br/>กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรมและ</p> <p>๓) มีผลงานบริการ &gt; ๒๐๐ คน/<br/>๑๐๐๐ ประชากร</p> <p><b>Health Workforce :</b></p> <p>ดำเนินการโดยทีมทันตบุคลากรและ<br/>เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล<br/>วิชาชีพในรพ.สต. และทันตบุคลากร<br/>ที่หมุนเวียนจากรพ.</p> <p><b>IT :</b></p> <p>ประมวลข้อมูลจากระบบ๔๓ แห่ง<br/>และ ระบบ HDC</p> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b></p> <p>ทันตกรรมระดับปฐมภูมิ</p> <p><b>Financing :</b></p> <p>งบประมาณ OP และ งบ PP ในDHS</p> <p><b>Governance :</b></p> <p>๑. มีแผนงานและแนวทางการจัด<br/>กิจกรรมในภาพรวมในระดับเขต</p> | <p>หน่วยบริการปฐมภูมิ<br/>จัดบริการสุขภาพ<br/>ช่องปากเพิ่มขึ้น ร้อย<br/>ละ ๑ ต่อปี</p> | <p>๑. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิ<br/>จัดบริการสุขภาพช่องปาก</p> |

| โครงการ  | มาตรการ  | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด                       |
|--|--|--|---------------------------------|
|  | <p>จังหวัดและอำเภอ</p> <p>๒. มีระบบสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรมผู้ช่วยงานทันตกรรมและปรับปรุงพื้นที่ให้บริการที่เหมาะสม</p> <p>๓. มีการติดตาม กำกับการดำเนินงานโดยเขตและส่วนกลาง</p> <p>๔. จัดทำคู่มือแนวทางให้จังหวัด</p> <p>๕. จัดทำข้อเสนอมาตรการแก้ปัญหาในกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๖. จัดตั้งทีมนิเทศ ติดตามและสนับสนุนเขตสุขภาพ</p> <p>๗. พัฒนาศักยภาพทันตภิบาลในรพ.สต.เพื่อจัดทำแผนการ จัดบริการและแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากระดับตำบลและพัฒนา ศักยภาพทันตแพทย์โรงพยาบาลในหลักสูตรนักจัดการสุขภาพช่องปากระดับอำเภอ</p>   |  |                                 |
| <p>๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ</p> | <p><b>Service Delivery:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รพศ. ทั้ง ๓๓ แห่งมีการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะ และมีการดำเนินการขอรับบริจาคอวัยวะ</li> <li>- รพ.สระบุรี และ รพ.ราชบุรี สามารถจัดตั้งศูนย์ปลูกถ่ายไตและเริ่มดำเนินการปลูกถ่ายไตได้(จะทำให้มีศูนย์ปลูกถ่ายไตในประเทศ ๑๒/๑๓ เขต)</li> <li>- เยี่ยมโรงพยาบาลเป้าหมายเดิมที่ยังมีปัญหาในการดำเนินการเพื่อเรียนรู้ปัญหา ให้คำแนะนำแก้ไข</li> <li>- อบรมเครือข่ายบริการรับบริจาคอวัยวะและปลูกถ่ายไตในส่วนภูมิภาค</li> </ul> <p><b>Health Workforce :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะหรือศัลยแพทย์ปลูกถ่ายอวัยวะ ที่เคยได้รับการอบรม หรืออยู่ในทีม</li> </ul> | <p>จำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ปีละ ๑๐๐ ครั้ง</p> | <p>จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ</p> |



| โครงการ | มาตรการ   | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|---|----------|-----------|
|         | <p>ปลูกถ่ายไต ในสถาบันที่มีการปลูกถ่ายไตอย่างน้อย ๑ ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือด ที่เคยได้รับการอบรม หรืออยู่ในทีมปลูกถ่ายไต ในสถาบันที่มีการปลูกถ่ายไตอย่างน้อย ๑ ปี(option)</li> <li>- วิสัญญีแพทย์</li> <li>- อายุรแพทย์โรคไตหรือกุมารแพทย์โรคไต (ในกรณีที่ปลูกถ่ายไตให้กับผู้ป่วยเด็ก) ที่เคยได้รับการอบรม หรืออยู่ในทีมปลูกถ่ายไต ในสถาบันที่มีการปลูกถ่ายไตอย่างน้อย ๑ ปี</li> <li>- ในกรณีที่ได้รับวุฒิบัตรอายุรศาสตร์โรคไต หรือ กุมารศาสตร์โรคไตมานานกว่า ๒ ปี ต้องมี CME credit จากการประชุมสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะ หรือเทียบเท่าตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย กำหนด อย่างน้อย ๒๐ credits ใน ๒ ปีที่ผ่านมา</li> <li>- รังสีแพทย์ ที่ทำ oppler U/S renal vascular graft ได้</li> <li>- จิตแพทย์</li> <li>- อายุรแพทย์ทางเดินอาหาร</li> <li>- อายุรแพทย์ด้านโรคติดเชื้อ</li> <li>- อายุรแพทย์โรคหัวใจ</li> <li>- อายุรแพทย์โรคปอด</li> <li>- มีพยาธิแพทย์ซึ่งมีความสามารถในด้าน kidney transplant pathology หรือ สามารถส่งชิ้นเนื้อไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการอื่นได้</li> <li>- แพทย์นิติเวช</li> <li>- พยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ</li> <li>- พยาบาล OR (scrub nurse)</li> <li>- พยาบาลวิสัญญี</li> <li>- พยาบาล ICU และ ward</li> </ul> |          |           |

| โครงการ | มาตรการ  | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|--|----------|-----------|
|         | <p><b>IT :</b><br/>ระบบสารสนเทศ มีระบบ data information เพื่อลงข้อมูลและรายงานเป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ</p> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หลักสูตรเฉพาะทาง ๔ เดือน</li> <li>พยาบาลผู้ประสานการปลูกถ่ายอวัยวะ</li> <li>- คู่มือการดูแล donor และการขอรับบริจาคอวัยวะกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>- เนื้อหาคู่มือปฏิบัติงานการปลูกถ่ายไตกระทรวง สธ.</li> <li>- ชุดอุปกรณ์ผ่าตัด kidney transplant</li> <li>- Hemodialysis unit</li> <li>- Plasmapheresis</li> <li>- มียา inotropic drug</li> <li>- มียากดภูมิ ได้แก่ cyclosporine, tacrolimus, MPA, m-TOR inhibitor, Anti-IL๒, ATG, IMG, Rituximab, Bortezumib</li> </ul> <p><b>Financing :</b><br/>มีความคุ้มค่าสูงกว่าการฟอกเลือด</p> <p><b>Governance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นโยบายการสนับสนุนการรับบริจาคอวัยวะ</li> <li>- คณะกรรมการ service plan</li> <li>สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ</li> </ul> |          |           |

แผนงานที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ ประกอบด้วย

๑ โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ   | มาตรการ   | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด  |
|---|---|---|--|
| ๑. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ | <b>Service Delivery:</b><br>๑. การพัฒนา fast track surgical emergency (ER to OR)<br>๒. ER คุณภาพ<br>๓. การพัฒนาระบบ Prehospital Care และDefinitive Care<br>๔. สอบสวน Case   | อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บฉุกเฉิน ลดลงน้อยกว่า ร้อยละ ๑ | ๑. ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ<br>๒. ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป<br>๓. ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุก ระดับ<br>๔. อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) |
|   | <b>Health Workforce :</b><br>๑. พัฒนาบุคลากรทุกระดับ (แพทย์, พยาบาล, เจ้าหน้าที่กู้ชีพ)<br>๒. พัฒนา รพศ.ให้เป็นTraining Center/๑ เขตสุขภาพ = ๑ โรงเรียนแพทย์<br>๓. การจัดหลักสูตร Competence blinding ในการเพิ่มศักยภาพบุคลากร  |   |  |
|   | <b>IT :</b><br>๑. บูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน (IS+ตำรวจ+บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ)<br>๒. บูรณาการข้อมูล ๔๓เพิ่ม/ข้อมูล ๑๙ สาเหตุ<br>๓. RTI Program<br>๔. สอบสวน Case หลักระบบต่างๆเน้น หลักระบบระยะสั้น<br>๔.๑ EP/ Gen surg / Neuro surg<br>๔.๒ Nurse Coordinator/ Nurse Injury<br>๔.๓ Paramedics |   |  |
|   | <b>Drugs &amp; Equipment :</b><br>๑. ระบบ Telemedicine/ระบบสื่อสาร<br>๒. มีระบบการให้คำปรึกษา   |   |  |
|   | <b>Financing :</b><br>๑. ค่าตอบแทนแรงจูงใจCarrier path  |   |  |
| <b>Governance :</b><br>๑. Trauma & Emergency admin unit         |   |   |  |

| โครงการ | มาตรการ   | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|---|----------|-----------|
|         | / Trauma &Emergency director<br>/Nursecoordinator/Emergency/Non-Emergency nurse<br>๒. ข้อเสนอเชิงนโยบายสู่ผู้บริหาร<br>๓. คู่มือในการบริหารจัดการ |          |           |

แผนงานที่ ๔ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ๒ โครงการ พร้อม  
รายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ  | มาตรการ   | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด  |
|--|---|--|--|
| ๑. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล | <b>Service Delivery:</b><br>-สร้างความตื่นตัวให้ทุกหน่วยงานทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง<br>-สนับสนุนทางวิชาการที่ดีสำหรับการพัฒนาคุณภาพ                           | โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ ๖๐ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๒P safety หน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพ | ๑) โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ ๖๐ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๒P safety<br>๒) ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) |
|  | <b>Health Workforce :</b><br>-สร้างความรู้และเจตคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานทุกระดับ<br>-สร้างระบบแรงจูงใจที่กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง | โรงพยาบาล (HA) เพิ่มขึ้น   |  |
|  | <b>IT :</b><br>สื่อสารและเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจัดทำแนวทางการกำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูล   |  |  |
|  | <b>Drugs &amp; Equipment :</b><br>สนับสนุนทางวิชาการที่ดีสำหรับการพัฒนาคุณภาพ   |  |  |
|  | <b>Financing :</b><br>เงินนอกงบประมาณ   |  |  |
|  | <b>Governance :</b><br>สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร/ผู้นำ   |  |  |
| ๒. โครงการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.                                   | <b>Service Delivery:</b><br>๑. จัดงาน Kick off รพ.สต.ติดตาม<br>๒. รพ.สต.ประเมินตนเอง<br>๓. ทีมเขตประเมิน<br>๔. มอบรางวัลรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ติดตาม                           | รพ.สต.ทุกแห่งทราบเกณฑ์คุณภาพ และมีทัศนคติบวกในการพัฒนาตามแนวทางติดตาม                    | ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต. ร้อยละ ๑๐   |
|  | <b>Health Workforce :</b><br>อบรมทีมตรวจประเมินระดับเขต (ครู ก.) จำนวน ๑๒๐ คน   |  |  |
|  | <b>IT :</b><br>๑. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ VTR โลโก้รพ.สต.ติดตาม  |  |  |

| โครงการ | มาตรการ   | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|---|----------|-----------|
|         | <p>๒.ระบบแนวทางให้คำปรึกษาปัญหา<br/>อุปสรรค (Line, Chat)</p> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b><br/>จัดทำคู่มือและเกณฑ์การประเมิน<br/>คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว</p> <p><b>Financing :</b><br/>๒,๘๐๐,๐๐๐</p> <p><b>Governance :</b><br/>๑.กำหนดเป็นนโยบายผู้บริหารระดับสูง<br/>กสธ.<br/>๒.ขับเคลื่อนโดยคณะทำงานพัฒนา รพ.<br/>สต. ติดดาว ประกอบด้วยบุคลากร<br/>สาธารณสุขทุกระดับและเครือข่าย</p> |          |           |

แผนงานที่ ๕ การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ ประกอบด้วย ๓ โครงการ พร้อม  
รายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ  | มาตรการ   | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด   |
|--|---|--|---|
| ๑. โครงการพัฒนา<br>รพ.เฉลิมพระเกียรติ<br>๘๐ พรรษาและ รพ.<br>สมเด็จพระยุพราช            | <p><b>Service Delivery:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Self-care/Health Promotion/Prevention</li> <li>- People participation</li> <li>- Long term care /Palliative care</li> </ul> <p><b>Health Workforce :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Humanized Health Care</li> <li>- Happy Workforce</li> </ul> <p><b>IT :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Innovation, IT Approach</li> </ul> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rational Drugs use Hospital</li> </ul> <p><b>Financing :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แสวงหาแหล่งงบประมาณจากภาครัฐและเอกชน</li> </ul> <p><b>Governance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Green and Clean Hospital</li> <li>- ภูมิสถาปัตยกรรม/อารยสถาปัตยกรรม</li> </ul> | พัฒนาระบบการให้บริการด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ให้มีคุณภาพมาตรฐานตามกระบวนการคุณภาพมาตรฐาน HA | ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด ร้อยละ ๖๐   |
| ๒. โครงการพัฒนา<br>เขตเศรษฐกิจพิเศษ<br>และสุขภาพแรงงาน<br>ข้ามชาติ (Migrant<br>Health) | <p><b>Service Delivery:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานหน่วยบริการ ๑ แห่ง</li> <li>๒.พัฒนาด้านคร.และอย. ๕ ด้าน</li> <li>๓.จัดตั้งคลินิกอาชีวเวชศาสตร์และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ๕ แห่ง</li> <li>๔.จัดตั้งคลินิกเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว ๖ แห่ง</li> <li>๕.ดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพระบบส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ</li> <li>๖.สำรวจสภาวะสุขภาพของแรงงานไทยและแรงงานต่างด้าวในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ๑๐ จังหวัด</li> </ol>  | จังหวัดสระแก้ว สงขลา ตาก   | ๑.หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถผ่านเกณฑ์การประเมินสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ ๒๕<br>๒.สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบร้อยละ ๗๕ |

| โครงการ | มาตรการ   | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|---|----------|-----------|
|         | <p>๗.ประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ<br/>ประชากรและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขต<br/>พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษก่อนและหลังมี<br/>นิคมอุตสาหกรรม ๓ จังหวัด คือ<br/>สระแก้ว ตาก สงขลา</p> <p><b>Health Workforce :</b><br/>๑.แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (หลักสูตร ๓ ปี<br/>และหลักสูตร ๒ เดือน) ๕๕ คน<br/>๒.พยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร ๔<br/>เดือน และหลักสูตร ๖๐ ชั่วโมง) ๒๕ คน<br/>๓.แพทย์เวชศาสตร์การเดินทาง<br/>(หลักสูตร ๓ ปี) ๕ คน<br/>๔.พยาบาลเวชศาสตร์การเดินทาง<br/>(หลักสูตร ๑ เดือน) ๑๕ คน</p> <p><b>IT :</b><br/>มีฐานข้อมูล ๓ ชุด<br/>-แผนที่สถานประกอบการที่จดทะเบียน<br/>กับกรมโรงงานฯทุกแห่ง รวมทั้งสถาน<br/>ประกอบการอื่นที่มีความเสี่ยง ๑ ระบบ<br/>-ฐานข้อมูลภาวะหรือโรคที่เกิดจากการ<br/>ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ๑ ระบบ<br/>-ข้อมูลสิ่งแวดล้อม และข้อมูลเกี่ยวกับ<br/>เรื่องสารเคมี ที่มีผลกระทบต่อชุมชน</p> <p><b>Drugs &amp; Equipment :</b><br/>อุปกรณ์อาชีวเวชศาสตร์และอาชีวสุข<br/>ศาสตร์</p> <p><b>Financing :</b><br/>เพิ่มความครอบคลุมบัตรประกันสุขภาพ<br/>ประชากรต่างด้าวเชิงรุก</p> <p><b>Governance :</b><br/>๑.การผลักดันกฎหมายบังคับแรงงานต่าง<br/>ด้าว มีการประกันสุขภาพของกระทรวง<br/>สาธารณสุข<br/>๒.การปรับบทบาทภารกิจ โครงสร้าง<br/>และขยายกรอบอัตรากำลังในสถาน<br/>บริการและด้านสาธารณสุข ในเขตพัฒนา<br/>เศรษฐกิจพิเศษ</p> |          |           |



| โครงการ  | มาตรการ   | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด   |
|--|---|--|---|
| ๓. โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพชายแดนใต้ | <b>Service Delivery:</b><br>- พัฒนาขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพ<br>- เพิ่มประสิทธิภาพการแก้ปัญหาสุขภาพ<br>- เพิ่มคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิ<br>- ปรับรูปแบบการจัดบริการในพื้นที่ จ. ภาคใต้ (เชิงรุก) PCC ให้เหมาะสมกับพื้นที่            | - เด็กได้รับวัคซีนตาม EPI ในชายแดนใต้<br>- ลดอัตราการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ | ๑) ความครอบคลุมเด็กได้รับวัคซีนตาม EPI ในชายแดนใต้<br>๒) อัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้ |
|  | <b>Health Workforce :</b><br>- สนับสนุนการบริหารจัดการกทรัพยากรบุคคล<br>- สนับสนุนความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย<br>- พัฒนา อสม. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ สามารถให้คำแนะนำและเฝ้าระวังให้คลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข |  |   |
|  | <b>IT :</b><br>- พัฒนาระบบสารสนเทศรองรับการจัดบริการสุขภาพ  |  |   |
|  | <b>Drugs &amp; Equipment :</b><br>- เพิ่มความครอบคลุมวัคซีนเชิงรุก  |  |   |
|  | <b>Financing :</b><br>สนับสนุนการดูแลสภาพคล่องของหน่วยบริการ  |  |   |
|  | <b>Governance :</b><br>ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมแก้ปัญหาในพื้นที่   |  |   |

แผนงานที่ ๖ ประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย ๒ โครงการ พร้อมรายละเอียด  
มาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ                                     | มาตรการ   | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด  |
|---|---|---|--|
| ๑. โครงการพัฒนา<br>สถานบริการด้าน<br>สุขภาพ | <b>Service Delivery:</b><br>-ส่งเสริมและพัฒนาสถานบริการด้าน<br>สุขภาพให้ได้มาตรฐานในสากล เช่น<br>มาตรฐาน HA หรือ JCI<br>-เฝ้าระวัง (Surveillance) และ<br>ตรวจสอบ (Audit) การพิจารณาและ<br>ตรวจสอบก่อนการอนุญาตให้ประกอบกิจการ<br>และเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการฯ<br>ของโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกตาม<br>พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และ<br>มาตรฐานวิชาชีพ | กลุ่มเป้าหมายได้รับ<br>การส่งเสริมพัฒนาองค์<br>ความรู้ด้านมาตรฐาน<br>สถานพยาบาลระดับ<br>สากลเพิ่มขึ้น | ๑) ร้อยละของสถาน<br>บริการด้านสุขภาพ<br>กลุ่มเป้าหมายได้รับ<br>การส่งเสริมพัฒนาองค์<br>ความรู้ด้านมาตรฐาน<br>สถานพยาบาลระดับ<br>สากล |
|   | <b>Health Workforce :</b><br>จัดตั้งทีม SRRT (Surveillance Rapid<br>Respond Team) และ ระบบ EWSR<br>(Early Warning System Room) เพื่อ<br>เฝ้าระวังและตอบสนองต่องานคุ้มครอง<br>ผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ  |   |  |
|   | <b>IT :</b><br>เพิ่มช่องทางรับรู้ข่าวสารและช่องทาง<br>ร้องเรียนให้แก่ประชาชน  |   |  |
|   | <b>Drugs &amp; Equipment :</b><br>อบรมให้ความรู้แก่ประชาชน โดยเฉพาะ<br>กลุ่มเสี่ยง  |   |  |
|   | <b>Financing :</b><br>งบประมาณรายจ่ายประจำปี  |   |  |
|   | <b>Governance :</b><br>-บังคับใช้กฎหมายกับโรงพยาบาลเอกชน<br>และคลินิกให้เป็นไปตามกฎหมายและ<br>มาตรฐานกำหนด<br>-ให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมใน<br>การกำหนดนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภค<br>และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น   |   |  |

| โครงการ   | มาตรการ   | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด  |
|---|---|--|--|
| ๒. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ | <b>Service Delivery:</b><br>๑. จัดทำ “รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า” (ยาที่มีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูง)<br>๒. จัดทำแผนพัฒนารายการยาตามบัญชีมุ่งเป้าเพื่อเข้าสู่ ตลาดยา<br>๓. บูรณาการความร่วมมือสนับสนุนการวิจัย พัฒนายา<br>๔. ให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย | ๑. มียาตามบัญชีมุ่งเป้ามีผู้ประกอบการรับผิดชอบในการผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ<br>๒. มียาและเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา และการผ่านการรับคำขอขึ้นทะเบียน | ๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของรายการยาตามบัญชีมุ่งเป้ามีผู้ประกอบการรับผิดชอบในการผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ<br>๒. ร้อยละ ๒๕ ของรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านการบวนการให้คำปรึกษา และการผ่านการรับคำขอขึ้นทะเบียน |
|   | <b>Health Workforce :</b><br>ระบบสนับสนุน ผู้ประกอบการที่รับผิดชอบในการผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ และ ยานวัตกรรม  |  |  |
|   | <b>IT :</b><br>จัดทำฐานข้อมูลความก้าวหน้าในการพัฒนายาตามรายการยามุ่งเป้าแต่ละรายการ   |  |  |
|   | <b>Drugs &amp; Equipment : -</b>  |  |  |
|   | <b>Financing :</b><br>สำนักงบประมาณ   |  |  |
|   | <b>Governance :</b><br>Roadmap การขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs)   |  |  |

## ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

### วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายที่เหมาะสม เป็นธรรมและทั่วถึง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

### เป้าหมายการพัฒนา :

- ๑) วางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนของประเทศ
- ๒) กระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบทให้มีความสมดุลกัน
- ๓) อำนวยรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

### แผนงาน :

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

### ตัวชี้วัด :

- ๑) ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

### มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :

- ๑) พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
- ๒) ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิต พัฒนา และอำนวยการรักษากำลังคนด้านสุขภาพ
- ๓) สร้างเครือข่ายการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- ๔) ส่งเสริมและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญในระบบสุขภาพ
- ๕) มีระบบฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ

### โครงการและตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ :

| แผนงาน/โครงการ  | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)  |
|---|--|
| <b>แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (๔ โครงการ ๘ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b> |  |
| ๑.โครงการพัฒนาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ  | ๑) ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ   |
| ๒. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ  | ๑) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา<br>กำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด<br>๒) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด   |
| ๓.โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน   | ๑) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้<br>๒) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้<br>๓) อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate)<br>๔) ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ |

| แผนงาน/โครงการ                               | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)                                     |
|--|---|
| ๔.โครงการพัฒนาเครือข่าย<br>กำลังคนด้านสุขภาพ | ๑) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์<br>ที่กำหนด |

รายละเอียดแผนงาน โครงการ มาตรการ และตัวชี้วัด : ประกอบด้วย ๑ แผนงาน ๔ โครงการ ต่อไปนี้

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ๔ โครงการ พร้อม

รายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ  | มาตรการ   | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด   |
|--|---|--|---|
| ๑. โครงการ<br>พัฒนาการวางแผน<br>กำลังคนด้านสุขภาพ                      | <b>Intrapersonal/ Interpersonal:</b><br>๑.อบรมพัฒนา CHRO ของแต่ละเขต<br>สุขภาพ<br>๒.สร้างแรงจูงใจและสร้าง<br>empowermentผู้บริหารให้มีความสำคัญ<br>กับงาน HRP   | HR Literacy  | ๑. ความสำเร็จของ<br>แผนกำลังคนระดับ ๕<br>จำนวนอย่างน้อย ๔<br>เขต<br>๒. มีระบบข้อมูล<br>กำลังคน ๑ ระบบ   |
|  | <b>Community/Organization:</b><br>๑.พัฒนาองค์ความรู้ (วิธีที่เหมาะสมใน<br>การวิเคราะห์อัตรากำลัง)ของเขตสุขภาพ<br>๒.จัดทำข้อมูลสถานการณ์กำลังคน<br>ปัจจุบันระดับเขตสุขภาพ  |  |   |
|  | <b>Policy :</b><br>๑.ประกาศนโยบาย HR Transformation<br>๒.พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศกำลังคน<br>ให้มีประสิทธิภาพ (HRH Information)   |  |   |
| ๒. โครงการผลิตและ<br>พัฒนากำลังคนด้าน<br>สุขภาพสู่ความเป็น<br>มืออาชีพ | <b>Intrapersonal/ Interpersonal:</b><br>๑.สร้างแรงบันดาลใจให้เรียนวิชาชีพและ<br>สาขาขาดแคลน<br>๒.สร้างค่านิยม สร้างอุดมการณ์  | แพทย์ PCC, EP,<br>ระบาดวิทยา พยาบาล<br>ผู้ช่วยพยาบาล | ๑. ร้อยละของเขต<br>สุขภาพที่มีการบริหาร<br>จัดการระบบการผลิต<br>และพัฒนาากำลังคนได้<br>ตามเกณฑ์เป้าหมายที่<br>กำหนดร้อยละ ๖๐<br>๒.ร้อยละของบุคลากร<br>ที่ได้รับการพัฒนาตาม<br>เกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ<br>๘๐ |
|  | <b>Community/Organization:</b><br>๑.พัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน<br>และภาคีภาครัฐ ท้องถิ่นและเอกชนเพิ่ม<br>การผลิตและพัฒนาากำลังคน (Business<br>partner Program)<br>๒.ปรับปรุงระบบการทำงานมาตรฐานใน<br>องค์กรให้เอื้อต่อวิชาชีพสาขาขาดแคลน |  |   |
|  | <b>Policy :</b><br>๑.ปรับค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ใน<br>ข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข<br>๒.มีระบบข้อมูลกำลังคนเพื่อพยากรณ์<br>และวางแผนงบประมาณในการผลิตและ<br>พัฒนาากำลังคน  |  |   |

| โครงการ  | มาตรการ  | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด   |
|--|--|--|---|
| ๓. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน | <p><b>Intrapersonal/ Interpersonal:</b></p> <p>๑.ถ่ายทอดวิชาการให้แต่ละบุคคลรู้ ความหมายและการประยุกต์ใช้ MOPH</p> <p><b>Community/Organization:</b></p> <p>๑.พัฒนาระบบบริหารผลงาน (Performance Management)</p> <p>๒.สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้มี MOPH</p> <p><b>Policy :</b></p> <p>๑.ปรับปรุงระบบการสรรหาและการคัดเลือก แต่งตั้ง ประเมิน ให้โปร่งใส และเป็นธรรม (Recruitment Process)</p> <p>๒. พัฒนาระบบค่าตอบแทน สิทธิประโยชน์ แรงจูงใจในการทำงาน และความก้าวหน้าในสายอาชีพอย่างเป็นธรรม (Retention Strategy &amp;. Happy Work life)</p>                     | <p>๑. มีการบริหารจัดการกำลังคนเป็นระบบชัดเจน โปร่งใส เป็นธรรม</p> <p>๒. บุคลากรสาธารณสุขมีลักษณะสอดคล้องตาม MOPH Core Values</p> | <p>๑. ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอร้อยละ ๕๐</p> <p>๒. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value “MOPH” ไปใช้ร้อยละ ๕๐</p> <p>๓. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้ร้อยละ ๕๐</p> |
| ๔. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ        | <p><b>Intrapersonal/ Interpersonal:</b></p> <p>๑.อบรมพัฒนาอศค.ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะเพื่อดำเนินงานด้านสาธารณสุข</p> <p><b>Community/Organization:</b></p> <p>๑.สร้างความเข้มแข็ง ของกำลังคนด้านสุขภาพ ในกลุ่ม Informal sector (Strengthen informal HRH sector )</p> <p>๒. สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ (Collaboration on HRH Network)</p> <p><b>Policy :</b></p> <p>๑.พัฒนาระบบการจัดการความรู้และนวัตกรรม และการสื่อสารองค์กรที่มีประสิทธิภาพ (Innovation&amp; Corporate Communications)</p> <p>๒.จัดงานวันอสม. อศค.</p> | <p>ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ลดลง</p>  | <p>ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ ๕๐</p>  |

## ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

### วัตถุประสงค์ :

เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงและยั่งยืน ด้วยการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบบริหารจัดการที่โปร่งใสเป็นธรรม ตรวจสอบได้

### เป้าหมายการพัฒนา :

- ๑) วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ
- ๒) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
- ๓) สร้างและพัฒนากลไกการดูแลด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- ๔) มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ
- ๕) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ

### แผนงาน :

- แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
- แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ ๓ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- แผนงานที่ ๔ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ ๕ การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

### ตัวชี้วัด :

- ๑) หน่วยบริการสามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ ร้อยละ ๕๐
- ๒) ) โรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๘
- ๓) ) หน่วยงานนำผลงานวิจัย/R๒R นำไปใช้ประโยชน์ร้อยละ ๒๐
- ๔) ) หน่วยงานในสังกัดสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA ร้อยละ ๙๐

### มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :

- ๑) พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
- ๒) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- ๓) พัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการ และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (big data)
- ๔) บริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- ๕) พัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ อย่างครบวงจร
- ๖) ปรับปรุงโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
- ๗) ปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยงานให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง
- ๘) ปรับปรุงและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ



โครงการและตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ :

| แผนงาน/โครงการ   | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)   |
|--|--|
| <b>แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ (๒ โครงการ ๔ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b> |  |
| ๑. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส   | ๑) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA<br>๒) ร้อยละของการจัดซื้อจัดจ้างของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม  |
| ๒. โครงการพัฒนาระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง  | ๑) ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน<br>๒) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริการจัดการของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่เกณฑ์คุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ (PMQA)  |
| <b>แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (๒ โครงการ ๓ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b>                 |  |
| ๑. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)   | ๑) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล  |
| ๒. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)   | ๑) ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))<br>๒) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)   |
| <b>แผนงานที่ ๓ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (๒ โครงการ ๗ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b>              |  |
| ๑. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน   | ๑) รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per capita) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$<br>๒) กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ<br>๓) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี ๒๕๖๐<br>๔) คริวเรือนที่ต้องกลายเป็นคริวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ไม่เกินร้อยละ ๐.๔ |
| ๒. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง   | ๑) ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP)<br>๒) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure per capita)<br>๓) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  |
| <b>แผนงานที่ ๔ : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (๒ โครงการ ๓ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b>             |  |
| ๑. โครงการพัฒนางานวิจัย  | ๑) ร้อยละผลงานวิจัย/R&D ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้  |

| แผนงาน/โครงการ  | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)   |
|---|--|
|   | ประโยชน์<br>๒) ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของงบดำเนินการต่อปี |
| ๒. โครงการสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ   | ๑) ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ                               |
| <b>แผนงานที่ ๕ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ</b><br><b>(๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b> |  |
| ๑. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ   | ๑) ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และบังคับใช้                                |

รายละเอียดแผนงาน โครงการ มาตรการ และตัวชี้วัด : ประกอบด้วย ๕ แผนงาน ๙ โครงการ ต่อไปนี้

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ ประกอบด้วย ๒

โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ   | มาตรการ  | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด  |
|---|--|---|--|
| ๑. โครงการประเมิน<br>คุณธรรมและความ<br>โปร่งใส    | <b>Access:</b><br>-อบรมการเผยแพร่ความรู้ ITA และดัชนีชี้วัด  | จำนวน ๓๙๖ แห่ง<br>จำแนกดังนี้<br>(๑) กรมวิชาการ<br>จำนวน ๙ กรม<br>(๒) สสจ. (รพศ+รพท.)<br>จำนวน ๗๖ แห่ง  | ร้อยละของหน่วยงาน<br>ในสังกัดกระทรวง<br>สาธารณสุขผ่านเกณฑ์<br>การประเมิน ITA ร้อย<br>ละ ๘๕ |
|   | <b>Coverage :</b><br>-ทุกส่วนราชการมีระบบการป้องกันการทุจริต   | (๓) สสอ. ๒ แห่ง/<br>จังหวัด<br>จำนวน ๑๕๒ แห่ง   |  |
|   | <b>Quality :</b><br>-ประเมินโดยหน่วยงานภายนอกป.ป.ท.<br>-การประเมินตนเอง  | (๔) รพช. ๒ แห่ง/<br>จังหวัด<br>จำนวน ๑๕๒ แห่ง   |  |
|   | <b>Governance :</b><br>ป้องกันการทุจริตในการบริหารราชการแผ่นดิน ผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)   | (๕) หน่วยงานในกำกับ<br>จำนวน ๔ แห่ง<br>(๖) องค์การมหาชน<br>จำนวน ๒ แห่ง<br>(๗) รัฐวิสาหกิจ<br>จำนวน ๑ แห่ง  |  |
| ๒. โครงการพัฒนาระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง | - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “การจัดวางระบบการควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๔๐ รุ่น รุ่นละ ๓๐๐ คน จำนวน ๒ วัน งบประมาณรวม ๒๐,๕๘๘,๐๐๐.- บาท<br>- นิเทศงานควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีละ ๒ ครั้ง งบประมาณรวม ๑,๕๒๐,๐๐๐.- บาท<br>- ติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ช้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา | - ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข<br>- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด<br>- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ<br>- โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | - ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๔ ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน    |

แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ๒ โครงการ พร้อม

รายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ  | มาตรการ  | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด   |
|--|--|---|---|
| ๑. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS) | <b>Access:</b><br>มีข้อมูลการตายให้จังหวัดเข้าถึงข้อมูลได้   | ข้อมูลสุขภาพมีคุณภาพ ถูกต้อง  | -ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพสาเหตุการตายไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕<br>-ร้อยละหน่วยบริการสังกัดสำนักรงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ ร้อยละ ๘๐ |
|  | <b>Coverage :</b><br>๗๖ จังหวัด(ไม่รวม กทม.)   |   |   |
|  | <b>Quality :</b><br>๑. อบรมแพทย์ใช้ทุนจบใหม่ เกี่ยวกับการให้สาเหตุการตาย<br>๒. อบรมและฟื้นฟูพยาบาล<br>๓. พัฒนาคู่มือการสรุปสาเหตุการตาย<br>๔. นำมาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๙ ไปใช้   |   |   |
| ๒. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)     | <b>Access:</b><br>มีมาตรการในการควบคุมความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล กระบวนเข้าถึงให้ใช้มาตรฐาน ๑I ๓A ได้แก่ Identification, Authentication, Authorization และ Access Control  | หน่วยงานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องภายในจังหวัดเดียวกันได้สำเร็จ | ร้อยละของหน่วยงานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง   |
|  | <b>Coverage :</b><br>มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลกลางเพื่อบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลผ่านฐานข้อมูลเดียว  |   |   |
|  | <b>Quality :</b><br>คุณภาพระบบข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง<br>- บูรณาการระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเชื่อมต่อกันทั่วประเทศ<br>- พัฒนาระบบงาน เพื่อให้ทุกข้อมูลผู้ป่วยผ่านจุดเดียวโดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง<br>คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้นจากการ |   |   |

| โครงการ | มาตรการ  | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|--|----------|-----------|
|         | <p>แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดมาตรฐานข้อมูลที่เปิดเผยได้</li> <li>กำหนดกระบวนการเข้าถึง การควบคุมการใช้ระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์</li> </ul>  |          |           |
|         | <p><b>Governance :</b></p> <p>คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record (PHRs))</p> <p>คณะทำงานกำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์</p> <p>คณะทำงานกำหนดกระบวนการเข้าถึง/การควบคุมการใช้ระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์</p> |          |           |

แผนงานที่ ๓ บริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ ประกอบด้วย ๒ โครงการ พร้อม

รายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ                                | มาตรการ   | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด  |  |
|--|---|--|--|--|
| ๑. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน | <p><b>Access:</b></p> <p>๑) จัดทำสิทธิประโยชน์หลักในระบบประกันสุขภาพ</p> <p>๒) จัดทำสิทธิประโยชน์เสริมในแต่ละกองทุน</p> <p>๓) สร้างความกลมกลืนในระบบประกันสุขภาพ</p> <p>๔) จัดทำคู่มือการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลักให้แก่สถานพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน</p> <p>๕) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ในการติดตามสนับสนุนการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล</p> <p>๖) กำกับ ติดตาม ประเมินผลสถานการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย</p>   | <p>บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ</p> | <p>๑) รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per capita) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าความต่างต้องลดลงจากปีก่อนหน้า</p> <p>๒) กำหนดให้มี</p> |  |
|  | <p><b>Coverage :</b></p> <p>๑) ดำเนินการจัดทำสิทธิประโยชน์หลักในระบบประกันสุขภาพครอบคลุมทั้งสามกองทุน</p> <p>๒) ดำเนินการจัดทำสิทธิประโยชน์เสริมครอบคลุมทุกกองทุน</p> <p>๓) ดำเนินการสร้าง ความกลมกลืนในระบบประกันสุขภาพครอบคลุมทุกกองทุน</p> <p>๔) ดำเนินการจัดทำคู่มือมาตรฐานการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ครบทั้งสามระบบหลัก</p> <p>๕) ประเมินความครบถ้วนของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลักในการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล</p> <p>๖) มีข้อมูลรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย ครอบคลุมทุกกองทุนเพื่อสะท้อนรายจ่ายสุขภาพเมื่อเทียบกับศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ</p> |  |  | <p>มาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการโดย มี</p>  |
|  | <p><b>Quality :</b></p> <p>บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ</p> <p>๑) ศึกษาพัฒนากลไกเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ</p> <p>๒) พัฒนามาตรฐานการจ่ายเงินของ</p>   |  |  | <p>๑. รายการข้อมูล อัตราการจ่ายเงินด้วย DRG (เป็นบาทต่อ RW) ของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ๓ ระบบหลักให้แก่โรงพยาบาลระดับต่างๆ</p> <p>๒. รายการและอัตราการจ่ายเงินวัสดุ การแพทย์ราคาแพง และยาราคาแพงที่มีการจ่าย เฉพาะเจาะจงตามรายการ ของแต่ละ</p> |

| โครงการ  | มาตรการ   | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด  |
|--|---|--|--|
|  | <p>แต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลักให้แก่สถานพยาบาลเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ๓ กองทุน</p> <p>๓) ศึกษาเพื่อพัฒนาการจัดสรรทรัพยากรสำหรับหน่วยบริการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ</p> <p>๔) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดสรรงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>๕) ศึกษาความเหลื่อมล้ำของศักยภาพสถานบริการที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน</p> <p>๖) พัฒนาคุณภาพข้อมูล และมีระบบคืนกลับเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในระดับพื้นที่</p> <p><b>Governance :</b></p> <p>๑) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุข ด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ</p> <p>๒) คณะทำงานศึกษาความเป็นธรรมระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ</p> |  | <p>ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ๓ ระบบหลัก</p> <p>๓) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ๙๕.๕</p> <p>๔) คริวเรือนที่ต้องกลายเป็นคริวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ไม่เกิน ๐.๔๗</p>   |
| <p><b>๒. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง</b></p> | <p><b>Access:</b></p> <p>๑) การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)</p> <p>๒) ติดตาม กำกับด้วยแผนทางการเงิน (PLanfin Management)</p> <p>๓) สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)</p> <p>๔) พัฒนาคุณภาพข้อมูลบัญชี (Accounting Audit)</p> <p>๕) สร้างเครือข่ายด้านการเงินการคลังและศักยภาพบุคลากร (Network &amp; Capacity Building)</p> <p><b>Coverage :</b></p> <p>๑) หน่วยบริการทุกแห่ง ได้รับการจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ</p> <p>๒) หน่วยบริการทุกแห่ง มีและใช้แผนทางการเงิน</p> <p>๓) หน่วยบริการทุกแห่ง มีการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)</p>                             | <p>ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน</p> | <p>๑) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินร้อยละ ๘</p> <p>๒) ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔.๕</p> <p>๓) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure per capita) ไม่น้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาท</p> |

| โครงการ | มาตรการ  | เป้าหมาย | ตัวชี้วัด |
|---------|--|----------|-----------|
|         | <p>๔) หน่วยบริการทุกแห่งมีการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบัญชี (Accounting Audit)</p> <p>๕) มีการสร้างเครือข่ายการเงินการคลังทุกระดับ</p> <p>๖) มีการพัฒนาศักยภาพ CFO และ Auditor ทุกระดับ</p> <p><b>Quality :</b></p> <p>๑) ประสิทธิภาพของการจัดสรรเงิน</p> <p>๒) ประสิทธิภาพของการติดตาม กำกับ ด้วยแผนทางการเงิน</p> <p>๓) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังของหน่วยบริการ</p> <p>๔) คุณภาพข้อมูลบัญชี</p> <p>๕) ประสิทธิภาพของการสร้างเครือข่ายด้านการเงินการคลัง</p> <p>๖) คุณภาพของการพัฒนาศักยภาพของ CFO, Auditor</p> |          |           |
|         | <p><b>Governance :</b></p> <p>๑) คณะกรรมการฯ ๗*๗ ระดับประเทศ</p> <p>๒) คณะกรรมการ ๕*๕ ระดับเขต</p> <p>๓) คณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง หน่วยบริการ สป.สธ.</p>   |          |           |



**แผนงานที่ ๔ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ๒ โครงการ พร้อม**  
รายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ  | มาตรการ   | เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด   |
|--|---|---|---|
| <b>๑. โครงการพัฒนางานวิจัย</b>                                 | ๑. การเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย "R2R Facilitator Advance Course"<br>๒. การเพิ่มศักยภาพกองบรรณาธิการวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข<br>๓. เชื่อมโยงและขยายเครือข่ายการดำเนินงานวิจัย/ R2R ด้านสุขภาพ<br>๔. สนับสนุนให้เกิดผลงาน วิจัย/ R2R ของเขตสุขภาพ<br>๕. พัฒนางานด้านทรัพย์สินทางปัญญา<br>๖. จัดทำระบบฐานข้อมูลวิจัย/ R2R ระดับประเทศ<br>๗. จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัย (SOPs)<br>๘. การเสริมสร้างความร่วมมือด้านการวิจัยกับภาคเอกชนที่สอดคล้องกับประเด็นวิจัยสุขภาพ (matching)  | ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ ๒๐ | ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ ๒๐ |
| <b>๒. โครงการสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ</b> | ขับเคลื่อนการจัดการความรู้กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ระดับกระทรวง/ กรม (สป.) /หน่วยงาน (สวส.) ให้เป็นรูปธรรม<br>๑. ประชุม คกก.จัดการความรู้ ระดับกระทรวง / ระดับกรม (หน่วยงานส่วนกลาง สป.) และหน่วยงาน<br>๒. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้<br>๓. จัดเวทีการจัดการความรู้ร่วมตามกระบวนการ KM กระทรวง /กรม (สป.) และหน่วยงาน<br>๕. ควบคุมกำกับ ติดตามการดำเนินงาน / ประเมินผลการดำเนินงาน<br>๖. เผยแพร่ผลงานการจัดการความรู้ระดับกระทรวง ระดับกรมและหน่วยงาน สรุปผลการดำเนินงาน กระทรวง /กรม (สป.) และหน่วยงาน<br>๗. การรายงานผลการดำเนินงาน/จัดทำข้อเสนอการจัดการความรู้ /จัดทำรายงานการจัดการความรู้ ประจำปี | จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ ๖๐       | จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๖๐      |

แผนงานที่ ๕ การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ๒ โครงการ

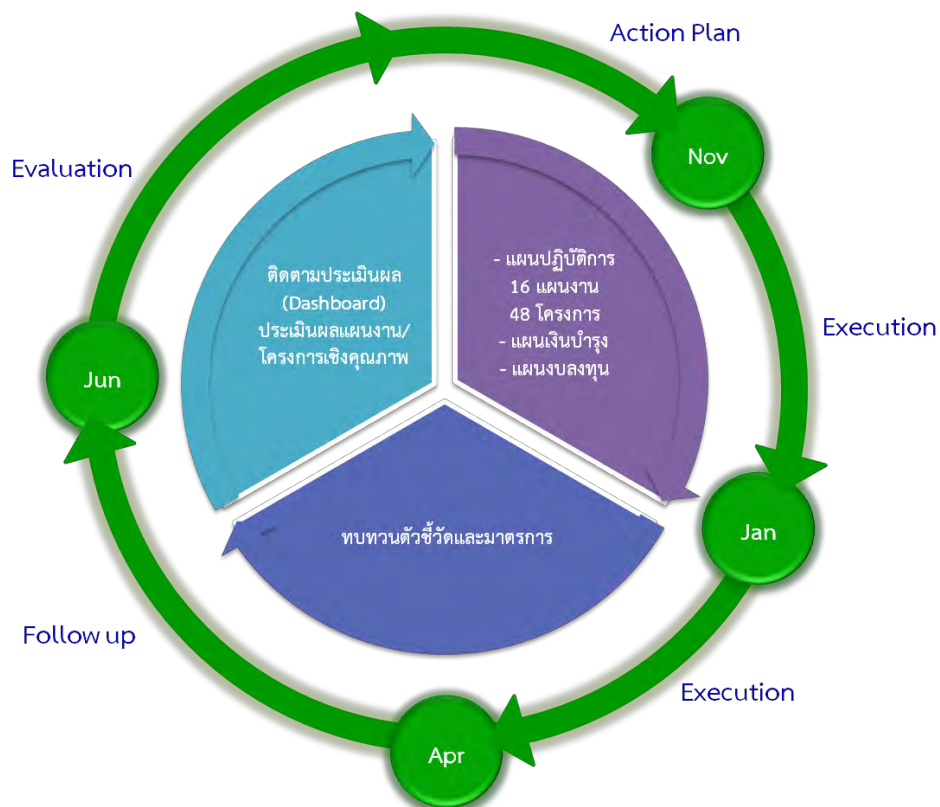
พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังตาราง

| โครงการ   | มาตรการ   | เป้าหมาย   | ตัวชี้วัด  |
|---|---|--|--|
| ๑. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ | ๑. พัฒนากฎหมายด้านสาธารณสุขให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน<br>๒. พัฒนาบุคลากรด้านกฎหมายให้มีประสิทธิภาพ<br>๓. พัฒนาและจัดการบังคับใช้กฎหมายด้านสาธารณสุขอย่างมีระบบและเข้มแข็ง | กฎหมายกระทรวงสาธารณสุขได้รับการแก้ไขและพัฒนา ร้อยละ ๖๐ | กฎหมายกระทรวงสาธารณสุขได้รับการแก้ไขและพัฒนา ร้อยละ ๖๐ |

## บทที่ ๔ การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผล

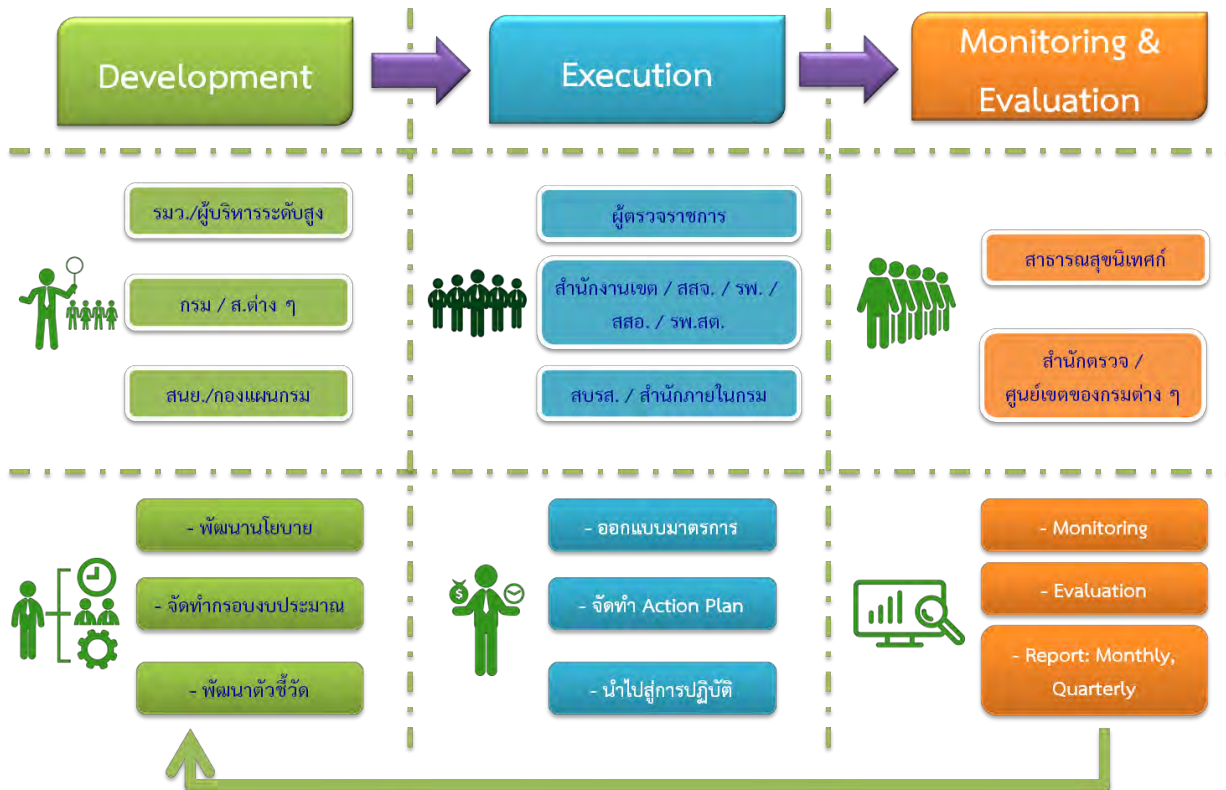
เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ บรรลุเป้าหมาย “ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และสอดคล้องกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ควบคู่กับการดำเนินการที่สอดคล้องกับแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ให้บรรลุตาม วิสัยทัศน์ของประเทศ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” การขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องทำให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ตระหนักถึงภาระหน้าที่และความ รับผิดชอบของตน ที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนแผนให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ โดย แนวทางในการขับเคลื่อนแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติ จะเน้นการถ่ายทอดไปสู่ระดับเขตสุขภาพ โดยมีผู้บริหาร ระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ลงไปถ่ายทอดแผนฯ ด้วยตนเองในแต่ละเขตสุขภาพเพื่อสร้างความเข้าใจให้ เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและเป็นขวัญกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ ๑: กระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ไปสู่การปฏิบัติ



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ ๒ : บทบาทและภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา ไปสู่การปฏิบัติและติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ในส่วนของการติดตามประเมินผลนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อนำมาพัฒนาระบบการติดตามข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลที่สำคัญด้านสุขภาพ ( Dashboard) ในพื้นที่เขตสุขภาพและจังหวัด ตามกรอบยุทธศาสตร์ ๔ excellence ที่กล่าวไปในบทที่แล้ว

# เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๕). **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙)**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (๒๕๕๘). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๗**. นครปฐม: บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (๒๕๕๙). **สุขภาพคนไทย ๒๕๕๙**. นครปฐม: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๙). **ร่าง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)**. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๙). **ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)**. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). **รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๙). **รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ ๒**. นนทบุรี.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (๒๕๕๙). **ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙)**. กรุงเทพฯ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). **รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๕๗**. นนทบุรี.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๙). **จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยมและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข**. นนทบุรี.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๙). **รายงานประจำปี ๒๕๕๘**. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๙). **รายงานประจำปี ๒๕๕๘ สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่**. นนทบุรี.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (๒๕๕๗). คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา  
นายกรัฐมนตรี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.

สุวิทย์ เมษินทรีย์. “แนวคิดเกี่ยวกับประเทศไทย ๔.๐.”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: [planning2.mju.ac.th  
/wtms\\_documentDownload.aspx?id=MjY4MTE=](http://planning2.mju.ac.th/wtms_documentDownload.aspx?id=MjY4MTE=) ๒๕