



**แผนยุทธศาสตร์ชาติ
ระยะ 20 ปี
ด้านสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. 2561**

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<http://bps.moph.go.th>

คำนำ

แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ นี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ให้บรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำพาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ในครั้งนี้ใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ร่วมกับการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดยได้วางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ประเทศไทย ๔.๐ นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ประกอบด้วย สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข คือ ๑) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) ๒) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ๓) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ ๔) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) รวมทั้ง ๑๕ แผนงาน ๔๕ โครงการ และ ๘๐ ตัวชี้วัด ซึ่งมีเป้าหมาย และมาตรการในแต่ละโครงการ ตลอดจนแนวทางการขับเคลื่อนและการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อถ่ายทอดและสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีส่วนร่วมในการทบทวน ปรับปรุงและแก้ไขให้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ฉบับนี้ ให้มีความสมบูรณ์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขให้กับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

■ คำนำ	ก
■ สารบัญ	ข
■ บทสรุปผู้บริหาร	๑
■ บทที่ ๑ บทนำ	๓
■ บทที่ ๒ สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพ	๑๑
■ บทที่ ๓ แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๓๒
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)	๓๕
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	๕๖
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	๙๓
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	๙๘
■ บทที่ ๔ การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผล	๑๑๑
■ เอกสารอ้างอิง	

บทสรุปผู้บริหาร

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย การเปลี่ยนแปลงฐานเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัล การเกิดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติธรรมชาติ และภัยก่อการร้าย เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานภายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม นโยบายและยุทธศาสตร์ในระดับชาติ รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศและปฏิรูประบบสุขภาพ ไปสู่ความเป็นประเทศไทย ๔.๐

โดยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ทบทวนแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เริ่มจากการสังเคราะห์ การประเมินผลการดำเนินงานในระยะ ๙ เดือน และผลสรุปจากการประชุมระดมสมองของผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งการนำนโยบายประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข มาพิจารณาร่วมกัน เพื่อปรับปรุงให้แผนยุทธศาสตร์มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานยิ่งขึ้น จนได้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งสอดคล้องกับการจัดลำดับความสำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งแบ่งออกเป็น ๔ ระยะ และในแต่ละระยะมีจุดเน้นแตกต่างกันไป โดยในระยะ ๕ ปีแรก (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) คือการมุ่งปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอีกครั้ง รวมถึงการวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว การปรับระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ ๑) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) ๒) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ๓) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ ๔) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย ๑๕ แผนงาน ๔๕ โครงการ และ ๘๐ ตัวชี้วัด โดยกำหนดเป้าหมาย และมาตรการที่ต้องการจะบรรลุให้ได้ภายใน ๑ ปี ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด รวมทั้งได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด สร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกะดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง และมีการติดตามประเมินผลที่สะดวก รวดเร็วเพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานอีกด้วย

นอกจากนี้การทบทวนแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขจะมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอยู่เสมอ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

บทที่ ๑ บทนำ

สืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม สามารถปรับปรุงระบบสาธารณสุขของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากการนำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวข้างต้นไปปฏิบัติ และผลการประเมินการดำเนินงานใน ๑ ปี ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของสังคมไทยและสังคมโลกในปัจจุบัน นโยบายรัฐบาล และยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ นโยบายไทยแลนด์ ๔.๐ วิธีการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐที่เน้นการทำงานแบบบูรณาการและเชิงพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งแนวทางการปฏิรูปประเทศไทย ๑ ปี ๔ เดือน ที่มีเป้าหมายการปฏิรูปสาธารณสุข ๑๐ ประเด็นสำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คลินิกหมอครอบครัว แผนพัฒนาระบบบริการ (service plan) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEF) ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข อุบัติเหตุกรรมการแพทย์ครบวงจร การเพิ่มประสิทธิภาพการขึ้นทะเบียนและใบอนุญาต เขตสุขภาพพิเศษ และ GREEN & CLEAN Hospital ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เพื่อขับเคลื่อนและสร้างความเข้าใจร่วมกันให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้นำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

โดยในส่วนของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้จัดทำขึ้นโดยเชื่อมโยงกับประเด็นดังต่อไปนี้

๑) ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘ เห็นชอบให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป เพื่อจัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยยุทธศาสตร์ชาติที่จะใช้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาระยะ ๒๐ ปี ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๑.๑ ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง มีเป้าหมายทั้งในการสร้างเสถียรภาพภายในประเทศ และช่วยลดและป้องกันภัยคุกคามจากภายนอก รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มประเทศอาเซียนและประชาคมโลกที่มีต่อประเทศไทย

๑.๒ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน เพื่อให้ประเทศไทยสามารถพัฒนาไปสู่การเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งจำเป็นต้องยกระดับผลิตภาพการผลิตและการใช้นวัตกรรม

ในการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันและการพัฒนาอย่างยั่งยืนทั้งในสาขาอุตสาหกรรม เกษตรและบริการ การสร้างความมั่นคงและปลอดภัยด้านอาหาร การเพิ่มขีดความสามารถทางการค้าและการเป็นผู้ประกอบการ รวมทั้งการพัฒนาฐานเศรษฐกิจแห่งอนาคต ทั้งนี้ภายใต้กรอบการปฏิรูปและพัฒนาปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ ทุกด้าน อันได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม การพัฒนาทุน มนุษย์ และการบริหารจัดการทั้งในภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน

๑.๓ ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน เพื่อพัฒนาคนและสังคมไทยให้เป็นรากฐานที่แข็งแกร่งของประเทศ มีความพร้อมทางกาย ใจ สติปัญญา มีความเป็นสากล มีทักษะการคิด วิเคราะห์อย่างมีเหตุผล 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 และพัฒนาไปสู่การเป็นสังคมสีเขียว

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 และจัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” กระทรวงสาธารณสุขในฐานะส่วนราชการ จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)

ขึ้น ตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรีฯ อีกทั้งระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากระดับ อาทิจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมเพื่อรับมือกับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักของประเทศ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งผลต่อการใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพของประเทศต่อไป สอดรับกับการปฏิรูปประเทศไทยและการปฏิรูปด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างความเข้มแข็งและมั่นคงยั่งยืนให้กับระบบสุขภาพทัดเทียมกับนานาประเทศในเอเชียได้จึงได้วางทิศทางในการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) เป็น ๔ ระยะ ระยะละ ๕ ปี และมีจุดเน้นหนักแต่ละระยะ คือ ระยะที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ปฏิรูประบบระยะที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙ สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๗๐ – ๒๕๗๔ สู่อุตสาหกรรมระยะที่ 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 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

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

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ นี้ จะเป็นไปอย่างสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี โดยเน้นการปฏิรูปประเทศเพื่อแก้ปัญหาพื้นฐานด้านต่างๆ ของประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคมที่กำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ การเชื่อมต่อด้านการค้าและเศรษฐกิจระดับคุณภาพและการเข้าถึงการศึกษาและการสาธารณสุข การขาดแคลนวัยแรงงาน ความเหลื่อมล้ำ รวมไปถึงการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อรองรับการวิวัฒน์ของเทคโนโลยี และความเป็นอยู่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยหลักการสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เช่น การน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ต่อเนื่องมาตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ รวมไปถึงการยึดวิสัยทัศน์ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” เป็นต้น จึงจะเห็นได้ว่า การพัฒนาในช่วง ๕ ปี ภายใต้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ จึงถือเป็นกลไกหลัก และเป็น ๕ ปีแรกของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติระยะ

๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) ไปสู่การปฏิบัติในลำดับแรกเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในระยะยาวได้ในที่สุด โดยยุทธศาสตร์ที่กำหนดในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ มีทั้งหมด ๑๐ ยุทธศาสตร์ โดยจะครอบคลุมทั้งในมิติ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาพื้นฐานเชิงยุทธศาสตร์และกลไกสนับสนุน ยุทธศาสตร์ให้สัมฤทธิ์ผลในทุกมิติ ประกอบไปด้วย

- ๓.๑ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์
- ๓.๒ ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในสังคม
- ๓.๓ ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน
- ๓.๔ ยุทธศาสตร์การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
- ๓.๕ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน
- ๓.๖ ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบและ ธรรมภิบาลในสังคมไทย
- 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) อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เป็นแผนพัฒนาระยะ ๕ ปี และเป็นกลไกเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ด้านสุขภาพ ให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม จึงได้ยึดหลักการ ดังนี้ (๑) ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (๒) ยึดคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (๓) ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี ๒๕๗๙ ควบคู่กับกรอบเป้าหมายการ พัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) (๔) การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ (๖) ประเด็นการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข (๗) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (๘) กรอบแนวทางแผนระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อวางฐานรากของระบบสุขภาพในระยะ ๕ ปี ให้เข้มแข็งเพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยแผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติ 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. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพะที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร
๓. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม
๔. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม
๕. มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ : ประกอบด้วย

- ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก
- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ

๕) นโยบายรัฐบาล

ในรัฐบาลปัจจุบันโดยมีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นนายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยได้กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาของประเทศเป็นสามระยะ และมีนโยบาย ๑๑ ด้าน โดยนำยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศว่าด้วยการพัฒนาตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มาเป็นหลักสำคัญ รวมถึงใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แนวทางของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ และความต้องการของประชาชนเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย 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 การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ

๕.๑๑ การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

โดยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขคือนโยบายด้านที่ ๕ การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยรัฐบาลจะวางรากฐานพัฒนาและเสริมความเข้มแข็งให้แก่การให้บริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนโดยเน้นความทั่วถึงควมมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ดังนี้

(๑) วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบและบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

(๒) พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลางปรับระบบการจ้างงานการกระจายบุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่นและให้ภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการจ้างบุคลากรเพื่อจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐเป็นผู้กำกับดูแลสนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยส่งเสริมการลงทุนและการใช้ทรัพยากรและบุคลากรร่วมกันโดยมีข้อตกลงที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

(๓) เสริมความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคระบาดโดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ โดยมีเครือข่ายหน่วยเฝ้าระวังหน่วยตรวจวินิจฉัยโรคและหน่วยที่สามารถตัดสินใจเชิงนโยบายในการสกัดกั้นการแพร่กระจายได้อย่างทันท่วงที

(๔) ป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในการจราจรอันนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยการร่วมมือระหว่างฝ่ายต่างๆในการตรวจจับเพื่อป้องกันการรายงานและการดูแลผู้บาดเจ็บ

(๕) ส่งเสริมการกีฬาเพื่อสุขภาพใช้กีฬาเป็นสื่อในการพัฒนาลักษณะนิสัยเยาวชนให้มีความรักกีฬามีวินัยปฏิบัติตามกฎกติกา มารยาทและมีความสามัคคีอีกทั้งพัฒนานักกีฬาให้มีศักยภาพสามารถแข่งขันในระดับนานาชาติจนสร้างชื่อเสียงแก่ประเทศชาติ

(๖) ประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆในสังคมเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่นและปัญหาด้านการแพทย์และจริยธรรมของการอุ้มบุญการปลูกถ่ายอวัยวะและสเต็มเซลล์โดยจัดให้มีมาตรการและกฎหมายที่รัดกุมเหมาะสมกับประเด็นที่เป็นปัญหาใหม่ของสังคม

(๗) พัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขโดยจัดให้มีบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัยและให้มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

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 ส่งเสริมสิทธิ

มนุษยชน ความเท่าเทียม เทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ซึ่งได้สิ้นสุดลงเมื่อปี ค.ศ. ๒๐๑๕ หลังจากนั้น UN จึงได้ริเริ่มกระบวนการหารือเพื่อกำหนดวาระการพัฒนา ภายหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ (The Post – ๒๐๑๕ Development Agenda) ตามกระบวนการทศน์ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” โดยประเด็นสำคัญของการจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals : SDGs ประกอบไปด้วย ๑๗ เป้าหมายหลัก ที่ต้องบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ ดังนี้

๖.๑ ยุติความยากจนทุกรูปแบบทุกหนแห่ง

๖.๒ ยุติความหิวโหยสร้างความมั่นคงทางอาหารระดับโภชนาการและส่งเสริมเกษตรกรรมที่ยั่งยืน

๖.๓ สร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะของทุกคนทุกวัย

๖.๔ สร้างหลักประกันถ้วนหน้าความเท่าเทียมด้านคุณภาพการศึกษาและส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับทุกคน

๖.๕ บรรลุความเท่าเทียมทางเพศและสร้างความเข้มแข็งแก่ผู้หญิงและเด็กหญิง

๖.๖ สร้างหลักประกันให้มีการบริหารจัดการน้ำและการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนสำหรับทุกคน

๖.๗ สร้างหลักประกันการเข้าถึงพลังงานยุคใหม่ที่มีราคาซื้อหาได้ที่เชื่อถือได้และมีความยั่งยืนสำหรับทุกคน

๖.๘ ส่งเสริมความยั่งยืนความเท่าเทียมและการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนรวมทั้งโอกาสในการทำงานที่ดีและมีประสิทธิภาพสำหรับทุกคน

๖.๙ เร่งสร้างระบบสาธารณสุขระดับโลกพื้นฐานส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมที่เท่าเทียมและยั่งยืนและสนับสนุนนวัตกรรม

๖.๑๐ ลดความเหลื่อมล้ำในประเทศและระหว่างประเทศต่างๆ

๖.๑๑ ทำให้เมืองและที่ตั้งถิ่นฐานของประชาชนมีความเท่าเทียมปลอดภัยมั่นคงและยั่งยืน

๖.๑๒ สร้างหลักประกันแก่ระบบการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน

๖.๑๓ ดำเนินการเรื่องการเปลี่ยนแปลงสภาวะภูมิอากาศและผลกระทบอย่างเร่งด่วน

๖.๑๔ อนุรักษ์และใช้ทรัพยากรทางทะเลอย่างยั่งยืนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

๖.๑๕ ปกป้องฟื้นฟูและส่งเสริมการใช้ระบบนิเวศภาคพื้นดินอย่างยั่งยืนการจัดการป่าไม้ อย่างยั่งยืนต่อสู้กับการแปรสภาพเป็นทะเลทรายหยุดยั้งและฟื้นฟูความเสื่อมโทรมของพื้นดินและหยุดยั้งการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ

๖.๑๖ ส่งเสริมสังคมที่มีสันติภาพและความเท่าเทียมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนสนับสนุนให้ทุกคนเข้าถึงความยุติธรรมสร้างสถาบันทางสังคมที่มีประสิทธิภาพเชื่อถือได้และมีความเท่าเทียมในทุกระดับ

๖.๑๗ เสริมสร้างความเข้มแข็งแก่การปฏิบัติและฟื้นฟูความร่วมมือของพันธมิตรระดับโลก เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

๗) ประเทศไทย ๔.๐

ในอดีตที่ผ่านมา ประเทศไทยมีโครงสร้างเศรษฐกิจที่เริ่มจากสังคมเกษตรกรรม หรือ ประเทศไทย ๑.๐ เน้นการสร้างรายได้จากการเกษตรเป็นหลัก ต่อมาจึงปรับเข้าสู่อุตสาหกรรมเบา หรือ ประเทศไทย ๒.๐ โดยมุ่งเน้นแรงงานราคาถูก ใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่มีในประเทศ เช่น สิ่งทอ อาหาร หลังจากนั้นก็ได้ปรับเปลี่ยนเข้าสู่ประเทศไทย 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 เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม เพื่อผลักดันให้ประเทศหลุดพ้นจาก ๓ กับดักที่กำลังเผชิญ นั่นคือ กับดักประเทศรายได้ปานกลาง กับดักความเหลื่อมล้ำ และ กับดักความไม่สมดุลของการพัฒนา โดยใช้พลังประชารัฐในการขับเคลื่อน ผู้มีส่วนร่วมหลัก ประกอบด้วยภาคเอกชน ภาคการเงิน การธนาคาร มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยต่างๆ โดยเน้นตามความถนัด และจุดเด่นของแต่ละองค์กร และมีภาครัฐคอยสนับสนุนโดยแปลงความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ ให้เป็นความได้เปรียบในเชิงแข่งขัน โดยการเติมเต็มด้วยวิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และการวิจัยและพัฒนา แล้วต่อยอดความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบเป็น ๕ กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม เป้าหมาย 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. ๒๕๖๑ โดยในระยะ ๕ ปีแรกนี้มีจุดเน้นคือ การปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย และสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนตั้งแต่ผู้ที่ยังมีร่างกายแข็งแรงไปจนถึงผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา โดยควบคู่ไปกับการให้บริการด้านสุขภาพในเชิงรุก ปรับเปลี่ยนโครงสร้างการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มกำลังคนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลคนไทย พร้อมทั้งนำนวัตกรรมเดิมเสริมนวัตกรรมใหม่โดยใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบันมาพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและครอบคลุมทั้งประเทศ สอดรับกับการเป็นประเทศไทย ๔.๐ โดยเป็นไปอย่างมีธรรมาภิบาล โปร่งใส และมีคุณธรรม

บทที่ ๒ สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพ

สังคมในปัจจุบันนั้นมีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในทุกมิติ โดยเฉพาะมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม อันเนื่องมาจากกระแสโลกาภิวัตน์ที่เข้มข้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรและสังคมอย่างเสรีมากขึ้นกว่าเดิม อีกทั้งยังส่งผลถึงบริบททางเศรษฐกิจของประเทศไทยอีกด้วย จากเดิมที่เคยเป็นเศรษฐกิจสังคมอุตสาหกรรมที่กำลังจะเปลี่ยนผ่านเป็นเศรษฐกิจสังคมดิจิทัล ดังนั้นบริบททางสังคมในแง่ของการดำรงชีวิตของประชากรไทยก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนตามไปด้วย จึงจะเห็นได้ว่าสังคมไทยนั้นได้มีการพลวัตอยู่อย่างต่อเนื่อง ในทางกลับกันคุณภาพชีวิตของคนไทยและการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเข้มข้นนี้กลับยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ด้วยเหตุเหล่านี้จึงได้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยปัจจัยหลักๆ ที่มีผลกระทบต่อบริบทสุขภาพคนไทย มีดังต่อไปนี้

๑. การเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายนอกที่สำคัญ

๑.๑ ด้านการเมือง

จากสถานการณ์ทางการเมืองที่มีความขัดแย้งในช่วงเวลากว่า ๑๐ ปีที่ผ่านมา จากความเห็นต่างเชิงการเมืองของกลุ่มผู้ขัดแย้งหลายๆ ฝ่าย ทั้งภาคประชาชน เอกชน กลุ่มธุรกิจและเครือข่ายวิชาชีพต่างๆ ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นจนก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินเป็นจำนวนไม่น้อย หลังจากนั้นจึงได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองอีกครั้งในปี ๒๕๕๗ โดยการนำของ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ซึ่งได้ยึดอำนาจการปกครองเมื่อวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เพื่อเป็นการยุติความขัดแย้งและนำประเทศไปสู่การปรองดอง แต่จากเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้สร้างความเสียหายทางด้านสุขภาพของประชาชนไว้มากมาย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและความเครียดที่เกิดขึ้นจากความตึงเครียดด้านการเมืองที่สะสมมาเรื่อยๆ รวมไปถึงปัญหาทางด้านสภาพร่างกายที่เกิดจากการชุมนุมประท้วงที่มีความยืดเยื้อ ยาวนาน และนำไปสู่ความขัดแย้งรุนแรงก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายจนถึงขั้นเสียชีวิต

นอกจากนี้ปัญหาจากความตึงเครียดทางการเมืองและการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เกิดการชะงักตัวขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เช่น สปสช. และ สสส. เป็นต้น อันเนื่องมาจากการถูกตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงคณะผู้บริหารในที่สุด ส่งผลกระทบให้องค์กรต่างๆ รวมถึงภาคประชาสังคม ไม่สามารถดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพได้เป็นระยะเวลาหนึ่ง

รวมทั้ง ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ กำหนดให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้บริการเชิงรุกแก่ประชาชนทำให้ได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง รวดเร็ว มีคุณภาพ รวมไปถึงหัวข้อของการลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพซึ่งจะทำให้คนไทยทุกคน สามารถเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียมกันต่อไปในอนาคต

๑.๒ ด้านเศรษฐกิจ

ในช่วง ๕ ทศวรรษที่ผ่านมา ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) การพัฒนาเศรษฐกิจไทยประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ การขยายตัวทางเศรษฐกิจ ในช่วงปี 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 ซึ่งทำให้อัตราการโลกได้ขยับฐานะประเทศไทยเป็นประเทศรายได้ปานกลางตอนบน (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 โดยกลุ่มวัยเด็กจะลดลงอย่างรวดเร็ว จาก ๑๑.๗๙ ล้านคนในปี ๒๕๕๘ เหลือเพียง ๘.๑๗ ล้านคนในปี ๒๕๘๓ ส่วนกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มลดลง จาก 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 คนที่มีศักยภาพแบกรับการดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน และคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๘๓ จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง ๑.๗ คน แบกรับการดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน อีกทั้งการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมากขึ้น เป็นผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น แต่คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ติดบ้าน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีเพิ่มขึ้น และแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังก็เพิ่มสูงขึ้น ด้วยบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป แน่หนอนว่าเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งนับจากนี้

๒) คนไทยมีความมั่นคงทางสังคมมากขึ้น แต่ยังมีปัญหาเชิงคุณภาพทั้งด้านสุขภาพ การเรียนรู้และคุณธรรมจริยธรรมคนไทยมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมกว่าร้อยละ ๙๙.๙ โดยอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ ๗๓.๘ ระบบประกันสังคมร้อยละ ๑๖.๗ และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ ๗.๑ ขณะที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีหลักประกันทางรายได้มั่นคงขึ้น และมีความครอบคลุมมากขึ้น โดยในปี ๒๕๕๘ ผู้สูงอายุได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นเป็นแบบขั้นบันไดตามช่วงอายุ ๘.๓ ล้านคน จากผู้สูงอายุทั้งประเทศ ๑๐.๔ ล้านคน

เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพของคนไทย พบว่า แม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยจะสูงขึ้น 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 ปัจจัยความเป็นสังคมเมืองที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยถือว่าเป็นปัจจัยหลักในขณะนี้และมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต และการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ชนบทไปสู่ความเป็นเมืองมีแนวโน้มสูงขึ้น เพื่อลดความแออัดของเมืองหลวงและเมืองหลัก อันเป็นการกระจายความเจริญสู่พื้นที่อื่นๆ จึงจำเป็นต้องมีการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน การจัดการบริการสาธารณะเพื่อรองรับการเจริญเติบโตของเมือง การใช้ประโยชน์ของทรัพยากรท้องถิ่นทั้งปัจจัยการผลิตและแรงงานไปสู่ภาคการค้า บริการและอุตสาหกรรม มีการอพยพเคลื่อนย้ายจากชนบทเข้าสู่เมืองเพิ่มขึ้น มีแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก คนในเขตเมืองมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาโรคและภัยสุขภาพ นอกจากนี้รูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นและแบบพิเศษยังไม่สามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพของคนในเขตเมือง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔) การจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษ ที่เชื่อมโยงกับการที่ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และประเทศไทยมีสภาพทางภูมิศาสตร์เป็นศูนย์กลางของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีประโยชน์อย่างมากต่อประเทศไทย เพราะเป็นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและส่งเสริมความสามารถในการแข่งขัน ส่งผลให้เกิดการลงทุนในประเทศ การส่งออก เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเหล่านี้ก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในหลายๆ ด้าน เช่น ผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหายุงและของเสียอุตสาหกรรม มลพิษทางน้ำ อากาศ และมีฝุ่นละอองมากขึ้น

๑.๔ ด้านเทคโนโลยี

๑) สถานการณ์การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัยและนวัตกรรมของประเทศ ได้รับการยกระดับดีขึ้นแต่ยังต่ำกว่ากลุ่มประเทศรายได้สูง จากการฝึกกำลังของหน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมเชื่อมโยงให้เกิดความมั่นใจของภาคธุรกิจเอกชน แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีรายได้สูง โดยในปี ๒๕๕๘ อันดับความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์อยู่ที่ ๔๗ และด้านเทคโนโลยี อยู่ที่ ๔๔ จาก ๖๑ ประเทศที่จัดอันดับโดย IMD (International Institute for Management Development) 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 และในประเด็นด้านความพร้อมทางเทคโนโลยีสารสนเทศของแต่ละประเทศ World Economic Forum ได้จัดทำ "ดัชนีบ่งชี้ระดับความพร้อมของการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (The Networked Readiness Index : NRI)" ได้จัดอันดับในปี ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ ๖๗ ดีขึ้นจากปี ๒๕๕๖ ที่ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ ๗๔ จากทั้งหมด ๑๔๘ ประเทศ แสดงถึงความก้าวหน้าและโอกาสในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ

และการสื่อสาร (Information and Communication Technology : ICT) จากการกระตุ้นให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการแพร่หลาย รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมความสามารถในการแข่งขันและความอยู่ดีมีสุขทางสังคมในระยะยาว โดยมีการรายงาน ใน Global Information Technology Report เป็นประจำทุกปี NRI ประกอบด้วย องค์ประกอบ ๔ ด้าน ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ ดัชนีประเมินสภาวะแวดล้อม (Environment) ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางการเมืองและกฎระเบียบ (Political and regulatory environment) ธุรกิจและสภาพแวดล้อมในการสร้างสรรค์นวัตกรรม (Business and innovation environment)

องค์ประกอบที่ ๒ ดัชนีประเมินความพร้อมทางเทคโนโลยี (Readiness) ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานและดิจิทัลคอนเทนต์ (Infrastructure and digital content) ความสามารถในการใช้จ่าย (Affordability) ทักษะ (Skills)

องค์ประกอบที่ ๓ ดัชนีที่ประเมินการใช้เทคโนโลยี (Usage sub-index) ได้แก่ การใช้งานของแต่ละบุคคล (Individual usage) การใช้งานทางธุรกิจ (Business usage) การใช้งานของรัฐบาล (Government usage)

องค์ประกอบที่ ๔ ดัชนีประเมินผลกระทบ (Impact) ได้แก่ ผลกระทบทางเศรษฐกิจ (Economic impacts) ผลกระทบทางสังคม (Social impacts)

๒) ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อการรักษาโรคก้าวหน้ามากที่สุดที่สำคัญ ได้แก่ ๑) สเต็มเซลล์มีศักยภาพที่จะพัฒนาไปเป็นเซลล์อวัยวะใดก็ได้ใน ๒๒๐ ชนิด ถ้าสามารถเอาไปใส่ในคนที่อวัยวะเสื่อมเพราะโรค และบังคับให้แบ่งตัวขึ้นมาทำงานแทนที่หรือซ่อมแซมอวัยวะที่เสียหายได้ก็จะสามารถใช้รักษาโรคได้ ๒) นาโนเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Nanomedicine) ปัจจุบันห้องปฏิบัติการวิจัยหลายประเทศทั่วโลกกำลังแข่งขันกันอย่างหนัก เพื่อคิดค้นและออกแบบระบบนำส่งยาที่ใช้นาโนเทคโนโลยีเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ๓) หุ่นยนต์ทางการแพทย์ เช่น หุ่นยนต์ดาวินชี (Da Vinci) แขนกลของหุ่นยนต์จะถูกควบคุมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านทางก้านควบคุม (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 ทำให้เกิดผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันของผู้คนรวมถึงการดำเนินการค้าการลงทุนเป็นอย่างมาก ไม่เว้นแม้กระทั่งประเทศไทย ที่จะเห็นได้อย่างชัดเจนคือความผันผวนของภูมิอากาศในแต่ละฤดู ส่งผลกระทบต่างๆ ต่อประชาชน ไม่ว่าจะเป็น การประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมที่ต้องพึ่งพาน้ำที่ได้จากการเกิดฝน แต่เมื่อฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาล ก็ต้องเลื่อนการทำเกษตรออกไป เมื่อเข้าฤดูน้ำหลากก็ทำให้พืชผลทางการ

เกษตรเกิดความเสียหาย ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อความอยู่รอด อีกทั้งเรื่องปัญหามลพิษ ทั้งจากหมอกควันและการปล่อยมลพิษจากโรงงาน เกิดเป็นผลกระทบทางด้านสุขภาพที่ทำให้ทั่วโลกต้องตระหนักหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ก่อให้เกิดข้อตกลงระหว่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีความเข้มข้นเรื่อยๆ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ก็เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการจัดการปัญหาดังกล่าว เพื่อเป็นการเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม เป็นกลไกเฝ้าระวังความเสียหายแก่ประชาชนได้อย่างทันที่

๒) ปัญหาสิ่งแวดล้อมเพิ่มสูงขึ้นตามการขยายตัวของเศรษฐกิจและชุมชนเมือง

: ปัญหาขยะมูลฝอยยังไม่ได้มีการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ 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 ส่งผลให้อายุการใช้งานของผลิตภัณฑ์อิเล็กทรอนิกส์ของเสียเหล่านี้

: 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 ปัจจัยเสี่ยงรวมถึงภัยสุขภาพ 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 การชีวิตจากสาเหตุ

ภายนอก (External Causes) ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย 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 World Health Statistics ๒๐๑๓ - ๒๐๑๕) สาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทย ในปี ๒๕๕๖ ทั้งใน ชายไทยและหญิงไทยมาจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งตับ และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนหญิงไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจาก 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 และประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนที่มีคุณภาพแม้ในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร นอกจากนี้ประเทศไทยยังต้องมีการพัฒนาและเพิ่มชนิดของวัคซีน เพื่อเป็นการป้องกันโรคในกลุ่มอายุอื่นๆ อีกด้วย

โรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญ 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 มีโรคติดต่อเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เป็นต้น จะเห็นได้ว่า โรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็น

โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โรคเหล่านี้มักมีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่าและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค เช่น ยุง ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกัน ควบคุมโรค ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัย อยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่น มีภูมิต้านทานโรคต่ำ เช่น เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ หรือมีโอกาสสัมผัสโรคมาก เช่น เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์ คนชำแหละเนื้อสัตว์ รวมถึงกลุ่มที่มีโอกาสแพร่โรคหรือรับโรคได้ง่าย เช่น กลุ่มผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก หรือกลุ่มผู้เดินทางไปต่างประเทศ

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 ต่อแสนประชากร รองลงมาเป็นโรคซิฟิลิส อัตราป่วย ๕.๗, ๘.๓ และ ๑๑.๕ ต่อแสนประชากร และหนองในเทียม อัตราป่วย ๕.๗๙, ๕.๗๐ และ ๗.๓๗ ต่อแสนประชากรตามลำดับ

วัณโรค องค์การอนามัยโลกคาดประมาณอัตราป่วยวัณโรครายใหม่ในประเทศไทย โดยใช้ผลการสำรวจความชุกเป็นฐานของการวิเคราะห์พบว่า ในปี ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ๑๒๐,๐๐๐ ราย (๑๗๑ ต่อแสนประชากร) ปัจจัยที่ทำให้ยังคงมีผู้ป่วยวัณโรคเกิดขึ้นมาก (determinants) มีหลายประการ เช่น สังคมที่มีกลุ่มสูงวัยมากขึ้น สังคมเขตเมืองและการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มแรงงานข้ามชาติ กลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายที่ยั่งยืน (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 การค้นหาและรายงานผู้ป่วยที่ปัจจุบันครอบคลุมเพียงร้อยละ ๕๙ แสดงถึงผู้ป่วยอีกกว่าร้อยละ ๔๐ ที่ไม่เข้าถึงการวินิจฉัยหรือเข้าถึงซ้ำ จำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องเพิ่มความครอบคลุมการตรวจรักษาวัณโรคให้สูงขึ้น เพื่อตัดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่คนรอบข้าง

๒.๔ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

โรคเรื้อรังที่เป็นอันดับต้นของสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมการบริโภค และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม

๑) โรคเบาหวาน สถานการณ์ในประเทศไทยในปี ๒๕๕๖ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 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 ข้อมูลจากเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet) และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖๙๘,๗๒๐ ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน

๑,๐๘๑.๒๕ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๗ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีเพียงร้อยละ ๓๗.๙ ถ้าควบคุมสภาวะของโรคได้ไม่ดีก็จะมีปัญหาของภาวะแทรกซ้อนตามมา ทั้งเรื่องของ ตา ไต หัวใจ สมอ และเท้า

๒) โรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยตลอดตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ เป็นจำนวน ๓,๖๘๔ คน ปี ๒๕๕๖ จำนวน ๕,๑๖๕ คน ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๗,๑๑๕ คน และปี ๒๕๕๘ มีจำนวนสูงถึง ๗,๕๗๘ คน ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ (ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒) พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป มีอัตราความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ ๒๑.๔ และผลการสำรวจครั้งที่ ๕ อัตราความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๒๔.๗ หรือประมาณทุกๆ ๑ ใน ๔ คน ของประชากรไทยที่เป็นผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง และสิ่งที่น่าวิตกอย่างยิ่ง คือ ในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๐ ในเพศชาย และ ๔๐ ในเพศหญิง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ ๘ - ๙ ได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา และในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพบว่าจำนวนประมาณน้อยกว่า ๑ ใน ๔ ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ซึ่งมีเพียง ๑ ใน ๔ ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้

๓) โรคหัวใจขาดเลือด สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ พบว่า อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี ๒๕๕๘ อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ ๒๘.๙๒ ต่อแสนประชากร และเมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือดจากข้อมูลยุทธศาสตร์และแผนงาน 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

โดยผลการศึกษาความชุกโรคไตเรื้อรังของโครงการวิจัยการประมาณความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย (Thai SEEK Project) พบว่า มีความชุกโรคไตเรื้อรัง เท่ากับร้อยละ ๑๗.๕ ซึ่งมีผู้ป่วยระยะที่ ๓ - ๕ ร้อยละ ๘.๖ และระยะที่ ๑ - ๒ ร้อยละ ๘.๙

๖) โรคมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้คำนวณสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยจากหน่วยทะเบียนมะเร็งระดับประชากร ๑๕ แห่ง ทั่วประเทศ โดยข้อมูลสถิติโรคมะเร็ง ในปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ (Cancer in Thailand Vol VIII, ๒๐๑๐ - ๒๐๑๒) มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ จำนวน ๑๑๒,๓๙๒ ราย เป็นเพศชาย จำนวน ๕๔,๕๘๖ ราย และเพศหญิง จำนวน ๕๗,๘๐๖ ราย โรคมะเร็งที่พบมาก ๕ อันดับแรก ในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งหลอดลมและปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด Non-Hodgkin ส่วนโรคมะเร็งที่พบมาก ๕ อันดับแรกในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งหลอดลมและปอด และจากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน 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 ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย ล่าสุด 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 อันดับต้นๆ มีสถิติมากกว่าค่าเฉลี่ยเกิน ๒ เท่า คือ ๔๕ คน, ๔๔ คน และ ๓๘ คนต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ

๒.๖ โรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมาจากหลากหลายสาเหตุ ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและการกระทำของมนุษย์ ประชาชนไทยประสบปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในหลายกรณี ซึ่งปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมได้ถูกจัดแบ่งตามสภาพสาเหตุของมลพิษและตามพื้นที่ที่เกิดเหตุ 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 การวินิจฉัยโรคมักมีความยากและแตกต่างจากโรคอื่นๆ คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจไม่มีการแสดงอาการป่วยที่เห็นได้ชัดเจน ใช้ระยะเวลาในการก่อให้เกิดโรค แต่อาจส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาและการพัฒนาการของเด็กซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนมาได้

๓. ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย

๓.๑ กลุ่มเด็กปฐมวัย (๐ - ๕ ปี)

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา อัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยอัตราส่วนการตายมารดาลดลงจาก ๓๗๔.๓ ต่อเกิดมีชีวิตคน ในปี พ.ศ. ๒๕๐๕ เป็น ๒๔.๒๖ ต่อเกิดมีชีวิตคน ในปี ๒๕๕๙ ต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่กำหนดไว้เท่ากับ ๗๐ ต่อการเกิดมีชีวิตคน สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนการตายมารดาในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่าประเทศไทยมีอัตราส่วนการตายมารดาน้อยกว่าประเทศอื่นๆ เป็นอันดับ ๒ รองจากประเทศสิงคโปร์สำหรับอัตราในเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกันอย่างสิงคโปร์ มาเลเซีย และบรูไน

สำหรับภาวะโภชนาการและการพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ พบว่า อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ค่อนข้างคงที่ คือ ร้อยละ ๘.๔ - ๘.๖ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๗ และเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๘ ในปี ๒๕๕๙ เป็นร้อยละ ๔๙.๕ ในปี ๒๕๖๐ (รายงานระบบ HDC) แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายคือ ร้อยละ ๕๑ สำหรับส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี เด็กชาย ๑๐๙.๙ ซม. เด็กหญิง ๑๐๙.๓ ซม. (ข้อมูล HDC ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๐) ยังห่างจากค่าเป้าหมาย ๓.๑ ซม. และ ๒.๗ ซม. ในเด็กชายและเด็กหญิง ตามลำดับ จากผลการตรวจคัดกรองและประเมินพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ (รายงานระบบ HDC) พบว่า มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๙.๓ และ ๙๘.๗ ซึ่งเกินกว่าค่าที่กระทรวง

กำหนดไว้ที่ร้อยละ ๘๕ แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการรณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กเดือนกรกฎาคม ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ พบพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๗๖.๗ และร้อยละ ๗๗.๙ ตามลำดับ

๓.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียน (๕ - ๑๔ ปี)

ปัญหาสำคัญของเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่เกิดจากภาวะโภชนาการ การเกิดอุบัติเหตุจากจราจรทางบกและการจมน้ำ สำหรับภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนของไทย พบว่า มีแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่ในอนาคต จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒) พบว่า เด็กไทยเริ่มมีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนโดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง สำหรับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบกของเด็กในกลุ่มนี้ยังมีปัญหาอย่างต่อเนื่องและผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนสาเหตุการตายจากการจมน้ำมีแนวโน้มลดลง สำหรับคะแนนระดับสติปัญญาของเด็กกลุ่มวัยเรียนของไทยที่ได้จากการสำรวจปี ๒๕๕๙ พบว่า เด็กประถมศึกษาปีที่ ๑ มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ ๙๘.๒๓ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ค่ากลางมาตรฐานสากล (IQ = ๑๐๐) และพบว่ามี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ < ๙๐) ร้อยละ ๓๑.๘๑ (ไม่ควรเกินร้อยละ ๒๕) รวมทั้งพบเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ < ๗๐) ร้อยละ ๕.๘ (สูงกว่ามาตรฐานสากล ไม่ควรเกินร้อยละ ๒ และในส่วนของผลการสำรวจระดับความฉลาดทางอารมณ์ เด็กนักเรียน ไทยอายุ ๖ - ๑๑ ปี มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ ๗๗

๓.๓ กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (๑๕ - ๒๑ ปี)

กลุ่มเด็กวัยรุ่นไทยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและอุบัติเหตุ จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น การตั้งครรถ์ในกลุ่มวัยรุ่นยังเป็นปัญหาและมีความรุนแรงมากขึ้นในสังคมไทย ส่งผลให้เด็กที่เกิดมีพัฒนาการไม่สมวัยและมีโอกาสสูงที่จะกลายเป็นเด็กด้อยโอกาสหรือถูกทอดทิ้ง กลายเป็นปัญหาสังคมตามมา จากข้อมูลอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปีของประเทศไทยในระยะ ๕ ปีที่ผ่านมาจนถึงแม้้อัตราการคลอดจะลดลงจาก ๕๓.๔ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ในพ.ศ. ๒๕๕๔ เหลือ ๔๒.๕ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๕๙ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ประมวลผลข้อมูลฐานทะเบียนราษฎร จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) แต่ยังคงต้องร่วมกันดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจริงจังเพื่อไปสู่เป้าหมายภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรถ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙ ที่ตั้งเป้าหมายลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี เหลือไม่เกิน ๒๕ ต่อพัน ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๙

๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน (๑๕ - ๕๙ ปี)

ประชากรกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสุขภาพที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และการเกิดอุบัติเหตุ โดยพบว่าสาเหตุการป่วยส่วนใหญ่ของประชากรวัยทำงานเกิดจากโรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ 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 จากการศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่า ความสูญเสียสุขภาพของประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในเพศชายมีสาเหตุหลักจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและโรคเมเร็งตับ สำหรับเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด ต้อกระจก และโรคสมองเสื่อม

นอกจากนั้น จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปี ๒๕๕๖ พบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้า ถึงร้อยละ ๓๓ แต่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าจริงมีประมาณร้อยละ ๖

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 ๒๕๔๖ เป็นร้อยละ ๔๖.๔๙ ในปี ๒๕๕๗ รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๓๒.๐๐ ในปี ๒๕๔๖ เป็นร้อยละ ๓๕.๑๙ ในปี ๒๕๕๗

สำหรับผู้ป่วยใน พบว่า เพิ่มขึ้นจาก ๔.๓๐ ล้านครั้งในปี ๒๕๔๖ เป็น ๕.๖๘ ล้านครั้งในปี ๒๕๕๗ อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก ๐.๐๙๔ ครั้งต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๔๖ 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 แต่ยังพบการปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยภายในเขตข้ามเขตและส่วนกลาง มีมากในเกือบทุกจังหวัด ต้องใช้เวลาการประสานงานนาน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบอัตราการปฏิเสธค่อนข้างสูง ในทางตรงข้ามสถานบริการที่ควรมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้กลับทำได้น้อยลง

๔.๓ ด้านระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน เป็นบริการด้านหน้าที่ต้องเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน และเชื่อมต่อกับบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปัจจุบันมีหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑๐,๑๙๘ แห่ง จำแนกเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนในเมือง (ศสม.) ๒๘๑ แห่ง รับผิดชอบในการดูแลประชากรในเขตเมืองและประชากรย้ายถิ่น ซึ่งมีภาระงานมากเกินกว่าเกณฑ์ที่ควรจะเป็น (ศสม. ๑ แห่ง ดูแลประชากรสูงถึง ๓๐,๐๐๐ คน) ทำให้มีผลต่อการเข้าถึงบริการ และความครอบคลุมการให้บริการของประชาชนในเขตเมือง สำหรับในเขตชนบทมี รพ.สต. จำนวน ๙,๘๒๒ แห่ง เพียงพอต่อการให้บริการ (รพ.สต. ๑ แห่ง รับผิดชอบประชากรไม่เกิน ๘,๐๐๐ คน) แต่ยังคงขาดศักยภาพการให้บริการ และมีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน อีก ๑๙๘ แห่ง นอกจากนี้พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการเครือข่ายปฐมภูมิต่ำมาก เพียงร้อยละ ๒๙.๗ อันจะกระทบต่อคุณภาพการบริการประชาชน สำหรับการเข้าถึงบริการ 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 แต่ที่ผ่านมาการจัดการด้านสุขภาพอย่างบูรณาการ ยังไม่มีความสมบูรณ์และเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร สถานบริการต่างๆ ทั้งโรงพยาบาล สถานบริการในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในระดับอำเภอ ยังไม่สามารถบูรณาการทรัพยากรทั้งเชิงปฏิบัติการและเชิงบริหารจัดการได้อย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดช่องว่าง ความซ้ำซ้อนในระบบการทำงานด้านสุขภาพ

๔.๔ ด้านระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ พบว่ามีความแออัดในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งในด้านผู้ป่วยที่มาใช้บริการและการครองเตียง 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. แม่ข่ายในด้านระบบบริการ ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ต.ค.๕๖ - มี.ค.๕๗) มีค่า CMI เฉลี่ยรวมอยู่ที่ ๑.๐๘๘๖

ทั้งนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ยังมีปัญหาในการควบคุม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๔.๓ และการพัฒนา SERVICE PLAN ยังมีส่วนขาดในด้านการพัฒนาบุคลากร สถานที่ ครุภัณฑ์ ระบบ IT และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ขาดระบบฐานข้อมูลในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการพัฒนา 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 ๑๐๗.๙ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ รองลงมาเป็นอุบัติเหตุเพิ่มจาก ๒๖.๒ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ เป็น ๕๑.๖ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ โรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก ๑๖.๕ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๑๐ เป็น ๔๙ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๗ และโรคหลอดเลือด

สมองเพิ่มขึ้นจาก ๒๕.๓ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็น ๓๘.๕ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ และโรคเบาหวานมีอัตราการตายที่คงที่ระหว่าง ๑๑ - ๑๒ ต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๕ และลดลงเหลือ ๙.๑ ต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๕๗ ทั้งนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ยังมีปัญหาในการควบคุม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๔

๑) สาขาหัวใจและหลอดเลือด

จากสถิติองค์การอนามัยโลกปี ๒๕๕๓ พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ๗.๒ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒ ของสาเหตุการตายทั้งหมด จากสถิติอัตราการตายปี ๒๕๕๗ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ ๔ ของประชากรไทยซึ่งแม้ว่าลำดับจะลดลงแต่อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี ๒๕๕๖ มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน ๑๗,๓๘๘ คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ ๔๘ คนหรือชั่วโมงละ 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 หรือการทำบอลลูนขยายหลอดเลือด ซึ่งค่าเฉลี่ยโดยรวมมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙ ร้อยละ ๖๔, ๖๕, ๖๙ และ ๘๕.๓๓ ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ ๙.๗, ๑๐.๒, ๑๐.๖ และ ๙.๒๘ สำหรับโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป ณ ปัจจุบัน ทุกเขตสุขภาพสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้ร้อยละ ๑๐๐ รายละเอียด อัตราตายรายเขต และภาพรวมประเทศ

๒) สาขามะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ เป็นต้นมา โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับหนึ่งของประชากรไทยและเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบข้อมูลอัตราการตายด้วยสาเหตุสำคัญ : ประชากร ๑๐๐,๐๐๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๕ ในปัจจุบันพบแนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ ๓,๙๑๗ ราย เพิ่มจากปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่มีเพียง ๒,๙๔๙ ราย ทั้งนี้ แต่ละเพศมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งแตกต่างกัน โดย ๕ อันดับมะเร็งของชายไทย ได้แก่ ๑) มะเร็งปอด ๒) มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๓) มะเร็งตับและท่อน้ำดี ๔) มะเร็งช่องปาก และ 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 และผลกระทบด้านจิตใจ โดยเฉพาะในช่วงระยะท้ายสุดก่อนการเสียชีวิต

๓) สาขาทารกแรกเกิดและการแพทย์ฉุกเฉิน

ภาวะอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ อันนำมาสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจข้อมูลของศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ในรอบ ๑๐ ปี ที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเข้ารับการรักษาตัวที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศเพิ่มขึ้น ๑ เท่าตัว จาก ๑๒ ล้านครั้งในปี ๒๕๔๔ เป็น ๒๔ ล้านครั้งในปี ๒๕๕๕ เฉลี่ยนาทีละ ๔๖ ล้านครั้ง โดยสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน จากฐานข้อมูลการตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตาย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นจากปี ๒๕๕๔ ๒๑.๙ ต่อประชากรแสนคน เป็น ๒๒.๓ ต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๕๘

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

สถานการณ์การรออวัยวะและเสียชีวิตในประเทศไทยปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและทางการแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้การรักษาผู้ป่วยอวัยวะระยะสุดท้ายมีโอกาสได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะ ซึ่งเป็นการผ่าตัดเพื่อนำอวัยวะที่ปกติจากผู้บริจาค ซึ่งอาจเป็น ไต ตับ หัวใจ ปอด หรือ ตา เป็นต้น มาปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วย บางอวัยวะ เช่น ตับ หัวใจ หรือ ปอด หากไม่ได้รับการปลูกถ่ายผู้ป่วยจะเสียชีวิตอย่างแน่นอนในประเทศไทยการปลูกถ่ายอวัยวะยังมีจำนวนน้อยมาก สาเหตุสำคัญคือ การขาดแคลนอวัยวะที่จะนำมาปลูกถ่าย จากข้อมูลศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ – ๒๕๕๘ ซึ่งแสดงจำนวนผู้รอรับอวัยวะ ผู้เสียชีวิตระหว่างรออวัยวะ และผู้รออวัยวะทั้งหมด ตลอดจนข้อมูลแสดงระยะเวลาการรออวัยวะของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (Average Waiting Time) ในปี ๒๕๕๘ สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาขาดแคลนอวัยวะจากการรับบริจาคอยู่เป็นจำนวนมาก

๖) เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ มีส่วนในการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น หากพิจารณาจากแนวโน้มจะพบว่ามีเพิ่มขึ้นของเครื่องมือแพทย์ราคาแพงอย่างต่อเนื่อง โดยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) เพิ่มขึ้นจาก ๒๖๖ เครื่อง ในปีพ.ศ. ๒๕๔๖ เป็น ๕๕๓ เครื่อง ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ เช่นเดียวกับเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการเติบโตของการลงทุนในด้านบริการสุขภาพโดยเฉพาะ

ในด้านการรักษาพยาบาลในส่วนของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) ถึงแม้แนวโน้มของอัตราส่วนต่อประชากรล้านคนของเครื่อง CT-scanner จะเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาค แต่ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคก็ยังคงอยู่ โดยกรุงเทพมหานคร 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 โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านจำนวนที่ไม่เพียงพอและการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสมก็ยังคงเป็นปัญหาที่มีความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบท แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการเพิ่มการผลิตกำลังคนอย่างต่อเนื่อง การใช้มาตรการเพิ่มแรงจูงใจ ทั้งในรูปแบบค่าตอบแทนประเภทต่างๆ และความก้าวหน้าในอาชีพราชการ แต่ปัญหายังมีอยู่ในขณะที่ความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากร สามารถผลิตได้ ๒ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี ความสามารถในการผลิตพยาบาลสามารถผลิตได้ ๑๒ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศในอาเซียน 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 และพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มขึ้นจาก 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 ทศวรรษที่ผ่านมาทั้งนี้อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ 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 รองลงมาได้แก่มิติการควบคุมการทุจริตประพฤติมิชอบ (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) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันของประเทศไทยในช่วง 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 และเมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มประเทศอาเซียนพบว่าในปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยมีค่าดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันอยู่ในลำดับที่ ๓ รองจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีการบริหารจัดการที่ดีอย่างประเทศสิงคโปร์และมาเลเซีย

๖.๒ ระบบข้อมูลสุขภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพที่สำคัญ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพยังมีปัญหาความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลกระจัดกระจายไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ขาดกลไกในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบ เป็นต้น ปัญหาต่างๆดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ใช้ข้อมูล และ ผู้จัดทำข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กองทุนด้านสุขภาพ กระทรวงอื่นๆ และสำนักงานสถิติ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ เป็นการทำงานแบบบูรณาการในทุกระดับของการปฏิบัติงาน เกิดการแลกเปลี่ยนใช้ประโยชน์ข้อมูลและทรัพยากรร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและเสถียรภาพบนมาตรฐานเดียวกัน อาทิ ชุดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข มาตรฐานโครงสร้างแฟ้มข้อมูลสุขภาพ ๔๓ แฟ้ม มาตรฐานคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) และมีกระบวนการตรวจสอบ

และที่มคุณภาพข้อมูลทั้งในระดับพื้นที่ตั้งแต่การนำเข้าข้อมูล เช่น ระบบคืนข้อมูลผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการต้นทาง (HDC Data Exchange) ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอรายงานสารสนเทศที่พร้อมใช้และเชื่อถือได้สำหรับนักวิชาการและผู้บริหารทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (eHealth Strategy, Ministry of Public Health) ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (Digital Economy) ภายใต้แนวทางที่สำคัญของกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน มุ่งเน้นให้มีการสร้างเสริมให้คนในชาติมีสุขภาพที่ดี สร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม

การบูรณาการฐานข้อมูลประชาชนและบริการภาครัฐ ตามนโยบายของรัฐบาล มีความสัมพันธ์กับระบบข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบบริการด้วย Digital Technology มาปรับใช้เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน ให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ รวดเร็ว ลดภาระ และเพิ่มความพึงพอใจ เช่น การดำเนินงาน Smart Health ID ที่พัฒนาให้ใช้บัตรประชาชนแทนบัตรโรงพยาบาล เชื่อมโยงข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลตามสิทธิ์การเข้าถึงระหว่างโรงพยาบาล ช่วยสนับสนุนให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (nRefer : National Referral System) มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ ๕ รายการ (ข้อมูลการแพทย์, ผลน้ำตาลในเลือด, เบาหวาน, ความดันโลหิต, ค่า BMI) กับระบบบริการข้อมูลผ่านตู้ Kiosk ของสำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) (สรอ.) และให้บริการข้อมูลในรูปแบบ Web Service ผ่านระบบ Population Information Linkage Center ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความพร้อมและความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ดังจะเห็นได้จากการมีระบบ Data Center ที่มีความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ และได้รับการรับรองผ่านเกณฑ์ประเมินตามมาตรฐาน ISO/IEC ๒๗๐๐๑:๒๐๑๓ เป็น Data Warehouse หรือ MoPH Big Data ที่รวบรวมข้อมูลสำคัญสำหรับสนับสนุนการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข และสนับสนุนระบบบริการสุขภาพให้แก่หน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่สนับสนุนระบบข้อมูลสุขภาพให้ตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็วทันต่อสถานการณ์ทางสุขภาพของประเทศไทย

๖.๓ หลักประกันสุขภาพ

๑) ความเหลื่อมล้ำ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในระบบประกันสุขภาพ โดยมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ อาทิ กลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำได้รับประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพมากกว่าประชากรที่มีรายได้สูง อัตราการเข้าถึงบริการสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลงและอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือนลดลง อย่างไรก็ตามระบบประกันสุขภาพประเทศไทยยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่าง ๓

^๑ คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ; ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย

กองทุนสุขภาพและจากการประชุมระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ ๑ ได้สรุปประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้^๒

๑. การอภิบาลระบบ (Governance) การดำเนินการ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล

๒. แหล่งเงิน แหล่งเงินส่วนใหญ่ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง ๓ กองทุนมาจากเงินภาษี แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันทั้งวิธีการจัดสรรเงินจากภาครัฐให้กองทุน และจำนวนเงินที่ได้รับอุดหนุนจากรัฐ

๓. ชุดสิทธิประโยชน์ ถึงแม้โดยรวมชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แต่ยังมีความแตกต่างในรายละเอียดอีกมาก เช่น สิทธิประโยชน์การรักษาทางทันตกรรม

๔. ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกำลังคนด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีปัญหาการกระจุกตัวในเฉพาะบางพื้นที่ อาทิเช่น กรุงเทพมหานคร ภาคกลางและเขตเมือง

๕. วิธีการและอัตราการจ่ายเงินสถานพยาบาล ระหว่าง ๓ กองทุนหลักที่มีความแตกต่างกัน โดยสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการใช้การจ่ายตามปริมาณการใช้บริการ (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 เพิ่มขั้นตอน เสี่ยงต่อความผิดพลาด ข้อมูลขาดความถูกต้องและครบถ้วน

๘. นอกจากนี้ยังมีความท้าทายในเรื่องของประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินของแต่ละกองทุน และคุณภาพบริการ ซึ่งถึงแม้จะมีระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดยหน่วยงาน แต่ทั้งสองประเด็นก็ยังขาดการประเมินอย่างเป็นระบบ

^๒ การประชุมระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๘)

ตารางที่ ๑ ข้อสรุปปัจจัยความไม่เสมอภาคด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

ปัจจัยความไม่เสมอภาค	ข้อสรุป
๑. ด้านระบบบริหารกองทุน	กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนมีกฎหมาย มีกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงมีวิธีการ โครงสร้าง องค์กร การออกแบบและการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิด ปัญหาความไม่เป็นธรรมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเพิ่มช่องว่างความไม่ เสมอภาคมากขึ้น ทั้งที่ประชาชนไทยต้องหมุนเวียนเข้าออกระหว่าง ๓ กองทุน
๒. ด้านระบบบริการสุขภาพ	ความไม่เสมอภาคในการกระจายตัวของผู้ให้บริการ ทั้งสถานพยาบาลบุคลากรด้าน สุขภาพ รวมทั้งประสิทธิภาพของการส่งต่อ
๓. วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล (Provider payment method)	มีรูปแบบและอัตราค่าบริการสุขภาพจากกองทุนต่างๆ มีความแตกต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลให้บริการที่อาจแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติ

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

๒) ความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพ

จากความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ทำให้รัฐบาลต้องลงทุนด้วย งบประมาณจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการประมาณการรายจ่ายสุขภาพระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๕ พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓.๗ ของผลิตภัณฑ์มวล รวมภายในประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นร้อยละ ๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ นอกจากนี้ จากผลการศึกษาการ คาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๕ พบว่าการคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพของกองทุน สวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติเพิ่มขึ้นจาก งบประมาณร้อยละ 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 คิดเป็น ร้อยละ ๑๕.๖

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งคาดว่า ในอนาคตประเทศไทยอาจจะประสบปัญหาเกี่ยวกับความยั่งยืนทางการเงินการคลังที่จะสนับสนุนระบบประกัน สุขภาพของประเทศ

บทสรุป

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งจากปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน สถานะสุขภาพของประชาชนไทย ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนแทบทั้งสิ้น ทำให้สถานะสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนไปจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรัง มีภัยสุขภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพที่มากขึ้นเป็นเงาตามตัว

ประเทศไทยจะมีระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ทั้งระดับปฐมภูมิ ที่เป็นจุดเชื่อมต่อกับประชาชน ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และศูนย์ความเป็นเลิศ ที่เป็นหน่วยให้บริการแก่ประชาชน ที่กระจายอยู่ในทุกจังหวัด แต่ก็ยังต้องมีการพัฒนาทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่นับวันจะเจริญก้าวหน้ามากขึ้น รวมถึงการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้นตามไปด้วย แต่ในทางกลับกันยังส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการที่มีไม่เพียงพอในการจัดบริการ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องหันกลับมาให้ความสนใจในการผลิต พัฒนาบุคลากร รวมถึงการธำรงรักษาบุคลากรให้อยู่ในระบบ

การดูแลประชาชนนั้นไม่เพียงแต่การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ยังต้องหันกลับมาทบทวนกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบจำนวนทั้งสิ้น ๒๐ ฉบับ ซึ่งมีการที่จัดทำมาเป็นเวลาหลายปี ทำให้พบว่ามีช่องโหว่หลายส่วน ที่ไม่สอดคล้องกับกฎหมายอื่นๆ ที่ทำให้ต้องกลับมาทบทวนกฎหมายเดิมให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน หรือจัดทำกฎหมายใหม่ เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนไม่ให้ถูกลิดรอนจากกลุ่มคนบางกลุ่ม นี่ก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งในการดูแลสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขจะอย่างไรต่อไปต้องกลับมาคิดและวางยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมในระยะยาว เพื่อใช้เป็นแผนแม่บทในการทำงาน นอกจากนี้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองได้ ภายใต้ระบบส่งเสริมสุขภาพ ระบบป้องกันควบคุมโรคที่เป็นเลิศแล้ว ยังต้องมีการพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ มีกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ รวมถึงระบบบริหารที่เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล

บทที่ ๓ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

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 ๖๕.๖ปี
- ๓) ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
- ๔) ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
- ๕) การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ ๒๐
- ๖) ความครอบคลุม (Coverage) สัตว์ส่วนแพทย์ ๑ คน ต่อประชากร ๓,๓๓๕ คน และ สัตว์ส่วนเตียงของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๒.๓ ต่อพันประชากร
- ๗) มีคุณภาพ (Quality) รพศ., รพท., รพ.สังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ร้อยละ ๑๐๐ และรพช. ร้อยละ ๘๐
- ๘) มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐

คำรับรองการปฏิบัติราชการของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๑

- ๑) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
- ๒) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
- ๓) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
- ๔) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate)
- ๕) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

คำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๑

- ๑) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
- ๒) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
- ๓) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
- ๔) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้
- ๕) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate)
- ๖) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
- ๗) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
- ๘) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
- ๙) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
- ๑๐) ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยตาม ๑๒ โรคหัตถการ ได้รับบริการแบบ One Day Surgery
- ๑๑) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ Flo ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)
- ๑๒) จำนวนเมืองสมุนไพร
- ๑๓) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ๑๔) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓
- ๑๕) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม

ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence:

- ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection 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. ๒๕๖๑

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี	3.ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน				4. ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม			
แผนฯ 12	ยุทธศาสตร์ที่ 1 : การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์				ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในสังคม			
เป้าหมายแผนฯ 12	เป้าหมายที่ 2 คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้น		เป้าหมายที่ 4 คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น		เป้าหมายที่ 2 เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคมของภาครัฐ			
ตัวชี้วัดเป้าหมาย แผนฯ 12	3. เด็กร้อยละ 70 มีคะแนน EQ ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน		4.2 การตายจากอุบัติเหตุทางถนนต่ำกว่า 18 คน ต่อประชากรแสนคน 4.3 อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำต่อประชากรแสนคนลดลง 4.4 การพ่นไฟในผู้สูบบุหรี่อายุ 15-19 ปี ลดลง		2.4 ความเหลื่อมล้ำของค่าเฉลี่ยมูลค่าการบริการสุขภาพต่อประชากรระหว่างพื้นที่เมือง			
ยุทธศาสตร์จัดสรร งบประมาณ	3. ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน				4. ยุทธศาสตร์ด้านการแก้ไขปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างการเติบโตจากภายใน			
เป้าหมายกระทรวง/บูรณาการ	1.ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี (28)	2.ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (19)	3.ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐาน (48)	4.ประชาชนเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสุขภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (30)				
ยุทธศาสตร์กระทรวง	ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยให้เป็นเลิศ (18)	ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและภัยสุขภาพให้เป็นเลิศ (14)	บริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ (16)	บุคลากรเป็นเลิศ (13) บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (30)				
ตัวชี้วัดเป้าหมายกระทรวง/บูรณาการ	<p>พื้นฐาน+ยุทธศาสตร์</p> <p>1.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่า (ร้อยละ 80)</p> <p>2.ร้อยละของด้านที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพและผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ60)</p>	<p>แผนงานบูรณาการ 2 แผน</p> <p>1.พัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย</p> <p>2.สร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ</p>	<p>พื้นฐาน+ยุทธศาสตร์</p> <p>1.อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น (18 คน ต่อประชากรแสนคน)</p> <p>2. อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำไม่เกิน (6.3 คนต่อประชากรแสนคน)</p> <p>3. อัตราการพ่นไฟในหญิงอายุ 15-19 ปี (42 ต่อพันหญิงอายุ 15-19 ปี)</p>	<p>แผนงานบูรณาการ 2 แผน</p> <p>1.บริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม</p> <p>2.ป้องกัน ปรามปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด</p> <p>3. การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ</p>	<p>พื้นฐาน+ยุทธศาสตร์</p> <p>1.ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กรับผู้ป่วยที่มีระบบฉุกเฉินทาง การแพทย์คุณภาพไม่ต่ำกว่า (ร้อยละ 75)</p> <p>2.อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน (ร้อยละ27)</p> <p>3.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ7)</p>	<p>แผนงานบูรณาการ 5 แผน</p> <p>1. จัดการปัญหาแรงงานกึ่งตัวและกึ่งค่านายหน้า</p> <p>2. สร้างรายได้จากการท่องเที่ยวและบริการ</p> <p>3.ส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม</p> <p>4.พัฒนาศูนย์ที่เขตรัฐวิสาหกิจพิเศษ</p> <p>5.จับคู่เชื่อมโยงการเชื่อมโยงวิสาหกิจชุมชนภาคใต้</p> <p>6.การพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก</p> <p>7.การพัฒนาอุตสาหกรรมดิจิทัล</p> <p>8.การพัฒนาศักยภาพการบริการเกษตร.</p> <p>9. การเพิ่มขีดความสามารถทางการแข่งขันด้านการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศ</p>	<p>พื้นฐาน+ยุทธศาสตร์</p> <p>1.ร้อยละของอำเภอมีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่ต่ำกว่า (ร้อยละ 60)</p> <p>2.ร้อยละของโรงพยาบาลที่เข้าอย่างสัมพันธ์กับพื้นที่ 1 ไม่น้อยกว่า (ร้อยละ80)</p> <p>- แผนงานบูรณาการภาครัฐ</p>	<p>แผนงานบูรณาการ 4 แผน</p> <p>1.พัฒนาแรงงานระดับสุขภาพ</p> <p>2. พัฒนาเศรษฐกิจดิจิทัล</p> <p>3.ป้องกัน ปรามปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ</p> <p>4.ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา</p> <p>5.การยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต</p>



ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ



วัตถุประสงค์ :

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยมีระบบตอบสนองต่อภัยสุขภาพต่างๆตลอดจนมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

เป้าหมายการพัฒนา :

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

แผนงาน :

- แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
- แผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- แผนงานที่ ๓ การป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัด :

- ๑) พัฒนาการเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สมวัยมากกว่า ร้อยละ ๘๐
- ๒) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ไม่เกิน ๔๐ ต่อพันประชากร
- ๓) อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๒๕๖๐
- ๔) มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ ๕๐
- ๕) จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ร้อยละ ๘๕
- ๖) การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนประชากร
- ๗) รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมาก ร้อยละ ๒๐ และมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง

มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :

- ๑) พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพโดยการพัฒนาศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
- ๒) พัฒนาคูณภาพมาตรฐานการบริการ (ANC /WCC /NCD)
- ๓) พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคล และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ๔) ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากร

- ๕) เสริมสร้างความเข้มแข็งของป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
- ๖) ส่งเสริมและสนับสนุน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค
- ๗) ผลักดันและบังคับใช้กฎหมาย
- ๘) บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
- ๙) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

โครงการและตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ :

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (๔ โครงการ ๑๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	
๑. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	๑) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน ๒) อัตราส่วนการตายมารดาไทย ๓) ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ๔) ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี
๒. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	๑) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ ๒) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน ๓) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ๔) ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐ - ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ๕) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี
๓. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	๑) ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ ๓๐ - ๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ
๔. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	๑) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ๒) ร้อยละของ Healthy Ageing
แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	
๑. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)	๑) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ
แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (๕ โครงการ ๙ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	
๑. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	๑) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
๒. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	๑) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก ๒) ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)
๓. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๑) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี ๒) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ๓) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง
๔. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	๑) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
๕. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๑) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ๒) ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
แผนงานที่ ๔ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (๒ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	
๑. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
๒. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	๑) ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย					
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑				
เป้าหมาย (Goal)	ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กปฐมวัยสูงที่สุดมีส่วน มีพัฒนาการสมวัย ไม่เรียนรู้ มีทักษะชีวิต คุณธรรม นำสู่สุขภาพดี				
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละ ๗๐ ของสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน ๒. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ๓. ร้อยละ ๘๐ ของเด็กอายุ ๐ - ๕ มีพัฒนาการสมวัย ๔. ร้อยละ ๕๔ ของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงที่สุดส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี (วัดปี ๒๕๖๔) เด็กชาย ๑๑๓ ซม. และเด็กหญิง ๑๑๒ ซม.				
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	ข้อมูลจาก World Bank และ WHO ในปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยมีอัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ เท่ากับ ๒๐ คน ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่กำหนดไว้เท่ากับ ๗๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในส่วนของพัฒนาการสมวัย ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ของกระทรวงสาธารณสุข พบเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๗๘.๔, ๙๐.๖ และ ๙๖.๕ ตามลำดับ สูงที่สุดส่วนเพียงร้อยละ ๔๙.๕ (ข้อมูล HDC ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๐) ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายคือ ร้อยละ ๕๑ สำหรับส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี เด็กชาย ๑๐๙.๙ ซม. เด็กหญิง ๑๐๙.๓ ซม. (ข้อมูล HDC ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๐) ยังห่างจากค่าเป้าหมาย ๓.๑ ซม. และ ๒.๗ ซม. ในเด็กชายและเด็กหญิง ตามลำดับ				
มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	๑. พัฒนาตำบล ส่งเสริมเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงที่สุดส่วน พี่นไม่ผู้พัฒนาการสมวัย โดยใช้กลไก MCH Board และ คณะอนุกรรมการ ส่งเสริมการพัฒนา เด็กปฐมวัยระดับ จังหวัด และคกก. พัฒนาคุณภาพ ชีวิตและระบบ สุขภาพอำเภอ (พขอ.) รวมทั้ง สมัชชาสุขภาพในพื้นที่	๑. ลูกเกิดรอด แม่ ปลอดภัย ๑.๑. บริการฝาก ครรภ์คุณภาพ ๑.๒ พัฒนาห้อง คลอดคุณภาพ ไร้ รอยต่อ และบริการ ทารกแรกเกิดใน ห้องคลอดอย่าง ถูกต้องตามมาตรฐาน ๑.๓ one province one LR ๑.๔ พัฒนา โปรแกรมประเมิน มาตรฐานงาน อนามัยแม่และเด็ก ๒. พัฒนามาตรฐาน งานอนามัยแม่และ เด็กสู่ HA	๑. มีคณะกรรมการ MCHBoard กลไกหลักใน การขับเคลื่อนงานอนามัย แม่และเด็กในระดับเขต จังหวัด ๒. มีการจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อ มารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงเพื่อ พบสูตินรีแพทย์ ๓. มีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะ ฉุกเฉิน มีการประสานงาน ผ่าระบบ Teleline /line group/หรือมีช่องทางติดต่อ เจ้าหน้าที่ ๔. ส่งเสริมให้โรงพยาบาล ทุกระดับดำเนินงานตาม “มาตรฐานงานอนามัยแม่ และเด็ก	๑. สร้างความรู้ ความ ตระหนักและปรับ พฤติกรรมสุขภาพให้ เหมาะสมตามหลักอนามัย การเจริญพันธุ์การวางแผน ครอบครัว และการดูแล สุขภาพตนเองของหญิง ตั้งครรภ์ ๒. ส่งเสริมและสนับสนุน ความเข้มแข็งของสถาบัน ครอบครัว ชุมชน inter-generation และภาคี เครือข่ายให้สามารถค้นหา การตั้งครรถ์ในระยะตั้งต้น การดูแลหญิงตั้งครรถ์และ ส่งเข้าถึงระบบบริการ คุณภาพ	๑. พัฒนาศักยภาพ ภาคีเครือข่ายให้ สามารถค้นหาการ ตั้งครรถ์ในระยะต้น และส่งเข้าถึงระบบ บริการคุณภาพ ๒. พัฒนาศักยภาพ บุคลากรในการการทำ หัตถการทางสูติกรรม สำหรับแพทย์ พยาบาล ในเขต บริการสุขภาพ ๓. อบรมพัฒนา ศักยภาพบุคลากร ทางการแพทย์และ การสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องกับงานอนามัย แม่และเด็ก

มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
๒. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พม./รง./ศธ./มท./อปท./สสส.	๓. สนับสนุนเครื่องมือ เวชภัณฑ์ ยาและการฝึกอบรม ๔. สร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูลและ surveillance system ๕. พัฒนาภาคีเครือข่ายการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็ก (CPM) และครอบครัวคุณภาพตามบริบทของส่วนภูมิภาค ๖. ส่งเสริมและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต และพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย โดยใช้งบประมาณ สปสช., งบ PP, เขตสุขภาพ, จังหวัด, อปท., กองทุนสุขภาพตำบล และเอกชน	๕. Universal Coverage Of Emergency Patients (UCEP) : เจ็บป่วย ถูกฉีดยาฉุกเฉิน มีสิทธิทุกที่ ๖. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา ๔๘ วรรค๑ (สิทธิของสตรีตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด ๔๒ วัน) ๗. ใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อเสนอเชิงนโยบายขับเคลื่อนส่งเสริมพัฒนาการเด็ก/ ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๖๐) ๘. ขับเคลื่อน พ.ร.บ.Milk Code เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๙. ขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตและพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย	๕. ส่งเสริมการบูรณาการและมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนในสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinant of Health) เช่นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ๔. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม การรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมเชิงบวกผ่านโครงสร้างที่มี เช่นโรงเรียนพ่อแม่ ชมรมแม่คุณภาพ โดยให้ความสำคัญของชุมชน ท้องถิ่น ๕. จัดทำ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ชุดความรู้ คู่มือต่างที่เกี่ยวข้อง ๖. ส่งเสริมการใช้ Application DSPM และ E-book DSPM ๗. ส่งเสริมการใช้โปรแกรมออนไลน์และ application เฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ๘. สื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคมเพื่อส่งเสริมเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน โดยผ่าน social media ๙. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ best practice จังหวัดที่มีความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักวัดความยาว/ส่วนสูงมากกว่าร้อยละ ๙๐ การดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต โรงพยาบาลต้นแบบการให้บริการโภชนาการใน ANC/WCC และตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย	๔. สร้างทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด ๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับเขตเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ ๖. พัฒนาศักยภาพแกนนำระดับเขต (ใน WCC/ศูนย์เด็กเล็ก/อสม) ส่งเสริมบทบาทพ่อแม่เพื่อการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ๗. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานมหัศจรรย์๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต โรงพยาบาลต้นแบบการให้บริการโภชนาการใน ANC/WCC และตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย	

โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑				
เป้าหมาย (Goal)	เด็กวัยเรียน ฉลาด แข็งแรง สูงดีสมส่วนเพิ่มขึ้น และมีการตั้งครรภไม่พร้อมลดลง				
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ ๖๐ ๒. ร้อยละ ๖๘ ของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน ๓. ร้อยละ ๗๐ ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ๔. ร้อยละ ๕๔ ของเด็กกลุ่มอายุ ๐ - ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ๕. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปีพันคน ไม่เกินร้อยละ ๔๐				
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	จากผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ในปี ๒๕๕๙ พบระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ ๙๘.๒๓ ซึ่งต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล (IQ=๑๐๐) และยังมีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ < ๗๐) อยู่ถึงร้อยละ ๕.๘ ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากลคือไม่ควรเกินร้อยละ ๒ ผลการสำรวจระดับความฉลาดทางอารมณ์พบว่า เด็กนักเรียนไทยอายุ ๖ - ๑๑ ปี มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ ๗๗ รวมทั้งเด็กกลุ่มอายุ ๐ - ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ร้อยละ ๗๑.๘๑ (๑๑ ส.ค.๖๐) นอกจากนี้อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปีลดลงอย่างต่อเนื่องจาก ๕๓.๔ ต่อพันประชากร ใน ปี พ.ศ.๒๕๕๕ ลงมาเหลือ ๔๒.๕ ในปี พ.ศ.๒๕๕๙				
มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	๑. ก.สาธารณสุข ๒. ก.ศึกษาธิการ ๓. ก.แรงงาน ๔. ก.พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๕. สถานสงเคราะห์เด็ก กองสวัสดิการเด็กและครอบครัว ๖. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ๗. องค์การระหว่างประเทศ เช่น WHO UNFPA UNICEF ๘. องค์การอิสระที่ทำงานด้านเด็ก หรือโรงเรียนเอกชน	๑. พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร โดยพัฒนารูปแบบการจัดคุณภาพบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) แบบมีส่วนร่วม ๒. พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนที่เชื่อมต่อกันระหว่างระบบสาธารณสุขกับโรงเรียน ๓. ขยายเครือข่ายเด็กไทยฟันดี โรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดี โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ๔. ขับเคลื่อนงานผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนสุขภาพตำบล และภาคเอกชน	๑. เร่งรัดการออกกฎกระทรวงหรืออนุบัญญัติอื่นๆ และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภายใต้ พรบ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาคriminalในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ - กำหนดและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์/กลยุทธ์/มาตรการ ในระดับพื้นที่ผ่านกลไกของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาคriminalในวัยรุ่นระดับจังหวัด ๒. ขับเคลื่อนงานผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.)	๑. สื่อสาร เผยแพร่ประชาสัมพันธ์รณรงค์สร้างความตระหนักในสถานการณ์ IQ/EQ เด็กไทย การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัยเรียนและสูงดีสมส่วน ๒. สร้างการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่หลากหลายตรงตามความต้องการ ๓. รณรงค์สร้างกระแส และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเครือข่ายเด็กไทยฟันดีสุขภาพดีระดับประเทศ และระดับภาค รมรงค์	๑. พัฒนาทักษะของบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย รวมทั้งสร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) ด้านเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ๒. พัฒนาและผลิตสื่อ/คู่มือ/นวัตกรรมในการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ด้าน IQ พฤติกรรม-อารมณ์ การตั้งครรภในวัยรุ่นให้กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข ครู ๓. พัฒนารูปแบบการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ โดยเพิ่มศักยภาพ อสค. ส่งเสริมทักษะ

มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
		๕. พัฒนาเครือข่ายการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าใน รพช.	๓. ประกาศความร่วมมือจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในเรื่องโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง, ชุดสิทธิประโยชน์ในการรับบริการรักษาใน UC ในเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี และ ๖ - ๒๔ ปี, กำกับติดตามผ่าน MCH board	การแปร่งฟัน สื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เช่น Website, Face book, เอกสารสื่ออิเล็กทรอนิกส์	การดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง ๔. อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่นต้นแบบด้านสุขภาพในชุมชน เสริมสร้างความรู้ความรอบรู้การส่งเสริมสุขภาพแก่แกนนำวัยรุ่นในชุมชนด้วยหลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่น

โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน					
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑				
เป้าหมาย (Goal)	ประชาชนวัยทำงาน อายุ ๓๐ - ๔๔ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ				
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๕๕ ของประชาชนวัยทำงาน อายุ ๓๐ - ๔๔ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ				
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline	จากสถานการณ์ของประชากรวัยทำงาน พบว่า BMI ปกติ (๑๘.๕-๒๒.๙) ในปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๕๔.๐๘ และปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๕๑.๕๙ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐) และยังพบความชุกของภาวะอ้วน อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีร้อยละ ๓๗.๕ การกินผักและผลไม้ต่อวันเพียงพอตามข้อแนะนำ อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๒๕.๙ (ปี ๒๕๕๗) ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป กินไขมันอยู่ในช่วง ๓๕.๗ - ๕๗.๓ กรัม/คน/วัน (ปี ๒๕๕๒) กิจกรรมทางกายเพียงพอ อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๘๐.๘ (ปี ๒๕๕๗) และการนอนหลับของประชากรอายุ ๑๐ ปีขึ้นไป เฉลี่ย ๘.๒ ชั่วโมงต่อวัน (ปี ๒๕๕๒)				
มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	๑. ก.พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๒. ก.มหาดไทย ๓. ก.แรงงาน ๔. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๕. เอกชน	๑. การพัฒนาสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิต และความสุขของคนทำงาน “Healthy Workplace, Happy for life” ๒. พัฒนาและปรับปรุงจัดทำร่างแนวทางการดำเนินงานสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน “Healthy Workplace Happy for life” ๓. พัฒนา Model Health Leader ในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ ๔. สร้างเครื่องมือเฝ้าระวังตนเองเกี่ยวกับดัชนีมวลกายและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ Smart Device ๕. พัฒนานำร่อง/ขยายผลระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ระดับจังหวัด) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลระดับปฐมภูมิ JHCIS/HosXp ๖. Model Development ในสถานประกอบการ - Model Development ในสถานบริการ - พัฒนาองค์ความรู้และรูปแบบการสื่อสารสาธารณะที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์ (Key message)	๑. พัฒนาและจัดทำร่างนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานผ่านเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ๒. สนับสนุนการบังคับใช้ พ.ร.บ. ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔	๑. ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน “Healthy Workplace Happy for life” ให้บูรณาการใน Smart City	๑. พัฒนาและสร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน เพื่อสร้าง Health leader ๒. เสริมสร้างศักยภาพ Health Leader ให้เข้มแข็งเป็นต้นแบบการเรียนรู้ (รายเก่า) ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับตำบล และเฝ้าระวังการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA และรักษาด้วยวิธีจีเอ็น

โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑				
เป้าหมาย (Goal)	๑. มีการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ ๒. ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ และได้รับการดูแลสุขภาพที่ตรงตามประเด็นปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม				
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละ ๖๐ ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ๒. ร้อยละของ Healthy Ageing				
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline	๑. ร้อยละ ๖๐ ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ๑.๑ จำนวนผู้สูงอายุพึงพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC ปี๒๕๕๙ จำนวน ๘๐,๘๒๖ คน ปี๒๕๖๐ จำนวน ๑๐๖,๙๓๘ คน ปี๒๕๕๙ - ปี๒๕๖๐ ผู้สูงอายุพึงพิงที่ได้รับการดูแลทั้งสิ้น ๑๘๗,๗๖๔ คน ๑.๒ การผลิต CM ปี๕๙ จำนวน ๓,๑๑๕ คน จากเป้าหมาย ๒,๕๐๐ คน (เกินเป้าหมาย) การผลิต CM ปี๖๐ จำนวน ๔,๕๙๘ คน จากเป้าหมาย ๓,๔๘๐ คน (เกินเป้าหมาย) ๑.๓ การผลิต CG ปี๕๙ จำนวน ๒๘,๒๑๗ คน จากเป้าหมาย ๑๐,๐๐๐ คน (เกินเป้าหมาย) การผลิต CG ปี๖๐ จำนวน ๒๐,๕๕๔ คน จากเป้าหมาย ๑๓,๙๒๐ คน (เกินเป้าหมาย) ๒.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ที่มา: ผลการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๕๙) - ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL เท่ากับ ๘๐.๑๒ - ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (กลุ่ม ๒+๓) เท่ากับ ๖.๕๕ - ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรค และปัญหาสำคัญ เท่ากับ ๔๐.๒๒ - ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง Geriatric Syndromes เท่ากับ ๒๖.๘๗ ๒.๒ อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (ด้วยการประเมิน MMSE) ร้อยละ ๘.๑ ๒.๓ อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย Time get and go test) ร้อยละ ๑๖.๙ ๒.๔ ร้อยละ ๘๘.๖ ของผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรฯ) ๒.๕ มีการนำร่องดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ใน ๒๘ แห่ง ของ ๑๒ เขตสุขภาพ (ที่มา ๒.๒ - ๒.๓ : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๕ พ.ศ.๒๕๕๗)				
มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	๑. ใช้กลไก คณะกรรมการร่วม สธ และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลางและ คณะกรรมการดำเนินงานในระดับ พื้นที่ พขอ. และ กลไกชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพ ๒. กลไกแผนพัฒนา คนทุกช่วงวัย ซึ่งมีการบูรณาการเชิง ยุทธศาสตร์เป้าหมาย ในระดับชาติ	๑. พัฒนาระบบ ฐานข้อมูลการส่งเสริม สุขภาพการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว ๒. สร้าง พัฒนาวัตถกรรมการ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ๓. พัฒนาขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน Active Aging อำเภอดันแบบเพื่อส่งเสริม สุขภาพ ๔. A comprehensive assessment การมี สถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้จากการ คัดกรอง/ประเมิน	๑. ใช้กลไกคณะกรรมการ ร่วม สธ และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลางและ คณะกรรมการดำเนินงาน ในระดับพื้นที่ และกลไก ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ๒. ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย เมื่อ ๒๓ มีนาคม ๒๕๔๒ ๓. ระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการ ส่งเสริมและประสานงาน ผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒	๑. สร้างการสื่อสาร สาธารณะที่เข้าถึง ง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทยเป็น สังคมแห่งความ กตัญญูรู้คุณ ไม่ ทอดทิ้งผู้สูงอายุ ๒. เน้นสื่อสารใน ประเด็นให้ผู้สูงอายุ คงความมั่นคง แข็งแรงของร่างกาย และจิตใจให้ ยาวนาน และ สามารถดูแลตนเอง ได้ให้นานที่สุด	๑. สร้าง พัฒนา ทีมนำ ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน ๒. อบรมผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุ ๓. จัดทำชุดความรู้ที่ เกี่ยวข้องกับกับการดูแล ผู้สูงอายุ

มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	<p>๓. แผนบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๔. กลไกของผู้ประสานแผนและยุทธศาสตร์ กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Ageing Manager)</p> <p>๕. ภาคส่วนสถาบันอุดมศึกษา โรงพยาบาล ที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และวิทยาการสูงวัยในประเทศ</p> <p>๖. กลไกของเครือข่ายระดับนานาชาติซึ่งเป็น Focal point ด้าน Elderly health service, Geriatrician และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุจากประเทศในกลุ่มสมาชิกอาเซียน และอาเซียนบวก</p>	<p>๕. Cognitive and functional capacities หมายความว่าถึง สมรรถภาพสมองและการทำงานของร่างกาย</p> <p>๖. Diseases and complaints หมายถึงโรคและความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วเกิดผลกระทบในวงกว้างและเป็นภาระ (Burden)</p> <p>๗. Limitations and disability หมายความว่าถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of daily living: ADL)</p>	<p>๔. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔)</p> <p>๕. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ มาตรา ๑๑(๑)</p> <p>๖. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ ได้บัญญัติรับรองสิทธิของผู้สูงอายุไว้ใน มาตรา ๕๓</p>	<p>๓. ประชาสัมพันธ์ช่องทาง และบริการที่จัดไว้สำหรับผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุรับรู้และเข้าใจในสิทธิด้านสุขภาพของตนเอง</p>	<p>๔. เสริมศักยภาพของผู้ประสานแผนและยุทธศาสตร์สุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Ageing Manager) ในระดับจังหวัดให้สามารถถ่ายทอดงานในภาพรวมตามกรอบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ</p> <p>๕. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็นเครื่องมือที่สนับสนุนการจัดบริการที่ถูกต้องตามประเด็นปัญหาด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องได้แก่ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging Health Data</p> <p>๖. พัฒนาบุคลากรที่เป็น Formal Caregiver ในระดับวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกษีกร นักกายภาพบำบัดฯ เพื่อให้บริการดูแลรักษาผู้สูงอายุทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน</p> <p>๗. สร้างความเข้าใจในพยาธิสภาพของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างและต้องการได้รับการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ (ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน อาสาสมัครฯ)</p>

แผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)					
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑				
เป้าหมาย (Goal)	เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน "ช่วยเหลือ-ไม่ทอดทิ้ง-แบ่งปัน-ห่วงใยกัน"				
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๕๐ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ				
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ตามหลักการ "พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง" โดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกัน การขับเคลื่อนในลักษณะดังกล่าวผ่านพื้นที่นำร่อง ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๗๓ อำเภอ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีเงื่อนไขเบื้องต้นของการดำเนินการคือ จากความสมัครใจของพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอที่เข้มแข็ง มีความหลากหลายของพื้นที่ ความหลากหลายของจำนวนประชากรทั้งในเขตเมือง เขตชนบท พื้นที่ลักษณะพิเศษ เช่น พื้นที่ชายแดน พื้นที่เกาะ พื้นที่ที่มีฐานทุนด้านสังคมและจะเป็นกรณีศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุดกับการพัฒนาครอบคลุมให้ทั่วประเทศ</p> <p>จากบทเรียนประสบการณ์ ที่มีภาวะการนำร่วมของภาครัฐ เอกชน และ ประชาชน เพื่อการขับเคลื่อน พขอ. อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้ MOU ใน ๗๓ พื้นที่ ขยายเป็น ๒๐๐ พื้นที่ ในปี ๒๕๖๐ เป็นช่วงเริ่มต้นของการให้การสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างเป็นทางการและเมื่อวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ ได้มีมติของคณะรัฐมนตรี รับทราบตามสรุปสาระสำคัญการประชุมคณะกรรมการบริหารราชแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์ (บยศ.) เห็นชอบตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เกิดผลใน ๑ ปี ๔ เดือน ประกอบด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบประชารัฐ เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐ เอกชน และประชาชน อย่างมีส่วนร่วม</p>				
มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	๑. ก.มหาดไทย ๒. ก.สาธารณสุข ๓. ก.ศึกษาธิการ ๔. ก.การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	๑. ประชาชนสามารถป้องกันภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพและมีสถานะสุขภาพดีขึ้น ๒. การบริหารจัดการระดมทรัพยากรในแต่ละภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบท	๑. ระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ ๒. ร่าง ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ...	๑. ส่งเสริมการบูรณาการและมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinate of Health)	๑. สร้างและพัฒนาผู้ให้บริการ ทีมผู้ให้บริการทั้งในสถานบริการและเครือข่ายบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ทีมแนวราบ/แนวตั้งที่สามารถเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ๒. สร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูลและ Surveillance System

แผนงานที่ ๓ การป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ					
ระยะดำเนินการ :	ปี ๒๕๖๑				
เป้าหมาย (Goal)	เพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและทีมตระหนักรู้สถานการณ์ระดับจังหวัด (EOC&SAT)				
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๘๕ ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง				
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ :Baseline	ปัจจุบันสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพมีความรุนแรงและสามารถแพร่ระบาดได้อย่างกว้างขวาง จำเป็นต้องพัฒนาระบบการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติให้รวดเร็วและตอบโต้ได้ทันที ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค และหน่วยงานอื่นร่วมกันจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) โดยรายงานข้อมูลโรคและภัยสุขภาพตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ผ่านระบบการบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ที่เชื่อมโยงระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง				
มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒. ก.มหาดไทย ๓. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ๔. ก.การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๕. ก.ศึกษาธิการ ๖. ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน	๑. จัดเตรียมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ และทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด - จัดเวร SAT เฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติ - จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ)		๑. การซ้อมแผนตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด - จัดการซ้อมแผน หรือยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่ - จัดทำแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) ของเหตุการณ์สำคัญโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการพร้อมข้อสั่งการไปยังหน่วยงาน	๑. พัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - จัดการอบรมหลักสูตรผู้บริหารด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM ICS&EOC)

โครงการควบคุมโรคติดต่อ

ระยะดำเนินการ :	ปี ๒๕๖๑
เป้าหมาย (Goal)	มีระบบป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละ ๘๗ ของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก ๒. ร้อยละ ๘๐ ของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ :Baseline	<p>สถานการณ์โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>ผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทยจำแนกตามปัจจัยเสี่ยง พบว่ามากกว่าร้อยละ ๙๕ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มผู้ใหญ่ได้รับและถ่ายทอดเชื้อผ่านทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย รองลงมาเป็นการฉีดสารเสพติดที่ไม่ปลอดภัยและจากแม่สู่ลูก (สำนักกระบาดวิทยา) และ ในช่วง ๕ ปี (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) หากไม่มีมาตรการเพิ่มเติมใดๆ คาดประมาณทิศทางการระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ประมาณ ๒๖,๔๘๗ คน เป็นกลุ่ม MSM ร้อยละ ๕๓.๖ กลุ่มคู่มผลเสียดต่าง (คู่อุยกิน/คู่อุปรประจำ/คู่ออนชั่วคราว) ร้อยละ ๓๓.๕ กลุ่มSWและลูกค้าร้อยละ ๗.๗ และกลุ่มPWID ร้อยละ ๕.๓ (ที่มา: AEM Ver.๑๑ April ๒๐๑๖)</p> <p>สถานการณ์ด้านพฤติกรรมจากข้อมูลการสำรวจในระบบเฝ้าระวัง IBBS ของสำนักกระบาดวิทยา ปี ๒๕๕๗ พบว่าพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ในกลุ่ม MSM TG MSW PWID มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (ปี ๒๕๕๗ คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๐, ๙๘.๒, ๙๕.๕ และ ๔๓.๘ ตามลำดับ) สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากรายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ สำนักกระบาดวิทยา พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เฉพาะกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ ๕๗.๔ ๗๒.๔ และ ๘๕.๐ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามชนิดโรคพบว่าส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคหนองในมากที่สุดและมีอัตราป่วยแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราป่วยเฉพาะอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี เท่ากับ ๔๑.๐ ๕๐.๑ และ ๖๐.๐ ต่อประชากรแสนคน และรองลงมาป่วยเป็นโรคซิฟิลิสโดยมีอัตราป่วยแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน อัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี เท่ากับ ๘.๓ ๑๑.๕ และ ๑๔.๔ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ</p> <p>สถานการณ์พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีความความสัมพันธ์กัน จากองค์ความรู้ที่สำคัญ คือ การติดพยาธิใบไม้ตับนั้น ทำให้เกิดการอักเสบแบบเรื้อรังเป็นเวลานานในท่อน้ำดี โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับชนิด <i>Opisthorchis viverrini</i> ที่พบในประเทศไทย เป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพกลุ่มที่ ๑ ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง คนอีสาน คนเหนือ มีวัฒนธรรมการกินปลาเมนูปรุงดิบ ที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งทำให้มีโอกาสติดพยาธิใบไม้ตับ พยาธินี้มีอายุ ๒๕ ปี โดยมีคนเป็นโฮสต์ สุนัข แมว เป็นโฮสต์กักตุนโรค ที่ส่งผ่านโรคสู่คนได้ เมื่อไชพยาธิในอุจจาระคนและในมูลสัตว์รังโรคลงสู่แหล่งน้ำที่มีหอยและปลา อยู่รวมกันแหล่งน้ำ เป็นตัวส่งผ่านโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี ๒๕๕๙ พบปลาในพื้นที่เสี่ยงสูง ติดพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๒๔.๕ เมื่อคนกินปลาที่ปรุงไม่สุกด้วยความร้อน ตัวอ่อนพยาธิเข้าสู่ร่างกายคน จึงเกิดเป็นวัฏจักรชีวิตพยาธิใบไม้ตับ จากการศึกษาสำรวจสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ ปี ๒๕๕๗ พบอัตราความชุกในภาพรวมของประเทศ ร้อยละ ๕.๑ พบประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราความชุกของโรค ร้อยละ ๑๖.๖ ส่วนระดับพื้นที่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังพบสูงถึงร้อยละ ๘๐ สำหรับข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในปี ๒๕๕๖ พบร้อยละ ๒๓.๙ ในขณะที่ปี ๒๕๕๖ จากผลการศึกษาของมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ ๑,๗๖๕ ราย พบเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ ๖๓ และร้อยละ ๕๕ มีอายุ ๔๐ - ๖๐ ปี ค่าใช้จ่ายในการรักษา (เฉพาะค่าผ่าตัด ICC) ๘๐,๐๐๐ บาทต่อราย ดังนั้น เพื่อลดอัตราตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดี จึงต้องลดผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับ ด้วย</p>

มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	<p>๑. พัฒนาดำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน ๖๑๓ ตำบล</p> <p>๒. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ก. กลาโหม - ก.มหาดไทย - อปท. - ก.การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - ก.ศึกษาธิการ - ก.ต่างประเทศ - ก.แรงงาน - ก.ยุติธรรม - ภาคประชาสังคม - ภาคเอกชน <p>องค์กรระหว่างประเทศ (WHO TUC UNSAID UNAIDS GF)</p>	<p>๑. สนับสนุนการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การคัดกรอง การป้องกัน การวินิจฉัย การดูแล การรักษา การส่งต่อ และควบคุมโรคติดต่อแบบบูรณาการ</p> <p>๒. สนับสนุนการพัฒนาระบบโครงสร้าง และกลไกการสื่อสาร ความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์</p> <p>๓. สนับสนุนการบูรณาการระบบฐานข้อมูลให้สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและจังหวัดที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>๔. พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคลเพื่อการติดตามเฝ้าระวังในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง</p> <p>๕. พัฒนาเทคโนโลยีและชุดตรวจที่ใช้สำหรับวินิจฉัยให้มีมาตรฐานสากล</p> <p>๖. คู่มือ แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และการให้บริการตรวจ ดูแลรักษาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>๗. การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในพื้นที่ดำเนินการสำรวจ พฤติกรรมสุขภาพ รักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ติดเชื้อทุกราย จำนวน ๖๑๓ ตำบล</p> <p>๘. ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปในพื้นที่ดำเนินการได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ จำนวน ๒๐๐,๐๐๐ ราย</p> <p>๙. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการผ่าตัด (ผ่านการทำ CT/MRI) จำนวน ๑,๐๐๐ ราย และได้รับการดูแลแบบประคับประคอง/palliative ทุกราย</p>	<p>๑. บังคับใช้กฎหมายภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ อย่างมีเคร่งครัด</p> <p>๒. ปรับปรุงกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน</p> <p>๓. ผลักดันให้ อปท. มีข้อกำหนด/บัญญัติ ป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อ</p> <p>๔. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออก ข้อบังคับการจัดการ สิ่งปฏิกูล จำนวน ๖๑๓ ตำบล</p> <p>๕. เฝ้าระวังสัตว์รังโรคในปลา สุนัข แมว จำนวน ๖๑๓ ตำบล</p> <p>๖. มอบป้าย มาตรฐานอาหารปลอดภัยให้กับร้านค้าขายอาหารประเภท ปลา ร้า ปลา ส้ม ผลิตภัณฑ์ จากปลาน้ำจืดแก่เด็กชายในตำบลพื้นที่ดำเนินการ ร้อยละ ๕๐</p> <p>๗. ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงงานที่ผลิตปลา ส้ม ปลา ร้า ผลิตปลาน้ำจืดถนอมอาหารอย่างน้อย ๑ แห่ง ใน ๑ จังหวัดพื้นที่ดำเนินการ (ที่มีการผลิตอาหารจากปลาน้ำจืดแก่เด็กชาย)</p>	<p>๑. ผลักดันมาตรการทางสังคม ที่การป้องกันโรคติดต่อ</p> <p>๒. ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคติดต่อ</p> <p>๓. เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการวินิจฉัย ดูแล รักษา และการส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>๔. พัฒนากลไกการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิ</p> <p>๕. ขับเคลื่อนกระบวนการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain</p> <p>๖. จัดการเรียนรู้การสอนความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในเยาวชนคนรุ่นใหม่ สร้างพฤติกรรมกิน ปลาน้ำจืดสุกด้วยความร้อน ในพื้นที่ดำเนินการ จำนวน ๖๑๓ ตำบล</p> <p>๗. การสื่อสาร สาธารณะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ดำเนินการ</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายให้สามารถเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการตรวจวินิจฉัยโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>๓. บูรณาการเครือข่ายความร่วมมือในการป้องกัน ควบคุม และกำจัดพยาธิใบไม้ตับในคน สัตว์รังโรค และการดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระดับประเทศ และประเทศในภูมิภาคกลุ่มน้ำโขง</p> <p>๔. พัฒนาคุณภาพการคัดกรอง วินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งต่อทั้งระบบอย่างบูรณาการ</p> <p>๕. การศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบฐานข้อมูลและบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ</p>

โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ					
ระยะดำเนินการ :	ปี ๒๕๖๑				
เป้าหมาย (Goal)	๑. เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย ๒. เพื่อลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ๓. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง				
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ≤ ร้อยละ ๔.๕ ๒. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน ๑๖ ต่อประชากรแสนคน ๓. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ ๒.๔ และอัตราประชาชนในกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ ๑๐				
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ :Baseline	๑. ประเทศไทยในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี พบว่า การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งเมื่อเทียบกับทุกสาเหตุทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน (ปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๙) อยู่ในช่วง ๕.๙ - ๑๑.๕ ซึ่งลดลงมากกว่าร้อยละ ๕๐ นับตั้งแต่ปลายปี ๒๕๔๙ (๑๐ ปีที่แล้วเด็กไทยจมน้ำเสียชีวิตปีละ ๑,๕๐๐ คน และปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ลดลงเหลือ ๖๙๙ คน) เพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าหญิงประมาณ ๒ เท่า ช่วงเดือนเมษายนเป็นช่วงที่มีเด็กจมน้ำเสียชีวิตมากที่สุด แหล่งน้ำที่มีเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงที่สุดคือแหล่งน้ำธรรมชาติ (ร้อยละ ๓๙.๒) ๒. ประเทศไทยมีอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นอันดับหนึ่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะ จากข้อมูลบูรณาการ ๓ ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมากถึงปีละ ๒๓,๐๐๐ - ๒๔,๐๐๐ คน หรือชั่วโมงละ ๓ คน บาดเจ็บไม่ได้นอนโรงพยาบาลนับล้านคนและนอนรักษาตัวโรงพยาบาลเกือบสองแสนคนต่อปี พิจารณาก็คือปีละกว่า ๗,๐๐๐ คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า ๒ แสนล้านบาทต่อปี จากข้อมูลมรณบัตรปี ๒๕๕๘ กลุ่มอายุที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ ๑๕-๑๙ ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ ๒๐-๒๔ ปี รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะที่มีจำนวนการเสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ ๖๖ พิจารณาเป็นรายพื้นที่ พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ มีจำนวน ๔๔ จังหวัด ถือว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงสูง สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การขับเร็วเกินอัตราที่กำหนด ร้อยละ ๗๖ ของอุบัติเหตุบนทางหลวงมีข้อสันนิษฐานว่าเกิดจากการใช้ความเร็ว และการดื่มแล้วขับ ๓. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ ๒.๔๐ ปี ๒๕๕๙ และร้อยละ ๒.๓๑ ปี ๒๕๖๐ (ข้อมูล ณ วันที่ ๘ สค. ๒๕๖๐) อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒.๗๘ ปี ๒๕๕๙ และร้อยละ ๒.๘๕ ปี ๒๕๖๐ (ข้อมูล ณ วันที่ ๘ สค. ๒๕๖๐) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น				
มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	๑. ขับเคลื่อนและสร้างแรงจูงใจการดำเนินงานการรื้อสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker) ในแต่ละระดับ ๒. สร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญด้าน Road safety ระดับประเทศ และต่างประเทศ	๑. บรรจุหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ให้เป็นหลักสูตรการเรียนในภาคบังคับของกระทรวงศึกษา เพื่อให้เด็กอายุ ๖ ปีขึ้นไปทุกคนได้เรียน ๒. การสร้าง Data Center ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ๓. พัฒนางานสอบสวนเหตุการณ์สำคัญ	๑. พัฒนากระบวนการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดในผู้ขับขี่ที่เกิดอุบัติเหตุทางถนน ๒. ผลักดันยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ๓. ขับเคลื่อนและผลักดันยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม	๑. จัดทำแผนความปลอดภัยทางน้ำระดับชาติ ๒. ขยายผลการดำเนินงานผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ ๓. ขับเคลื่อนเชิงนโยบายให้มีกลไกการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรในเมืองใหญ่ ๔. สนับสนุนดำเนินงาน/การจัดการ DM และ HT ในสถานบริการ	๑. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ ๒. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการประเมินรับรองทีมผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร เข้ารับอบรมการจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ทั้งในและต่างประเทศ

มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	<p>๓. ตั้งคณะกรรมการระดับชาติในการบริหารจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน</p> <p>๔. ขยายความร่วมมือระดับนโยบายและพื้นที่</p>	<p>๔. พัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีอุบัติเหตุทางถนนทุกระดับ (EOC)</p> <p>๕. แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการขับเคลื่อนนโยบาย และติดตามประเมินผล</p> <p>๖. สร้างความเข้มแข็งของชุมชน</p> <p>๗. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน</p>		<p>๕. พัฒนาคุณภาพและขับเคลื่อนการดำเนินงานในการป้องกันควบคุม DM HT</p> <p>๖. ติดตามและประเมินผล</p> <p>๗. สนับสนุนคู่มือการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม DM HT ใน รพ.สต. หลักสูตร Collaborative NCDs Nurse</p>	<p>๔. ถ่ายทอดรูปแบบการบริการการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง และการดำเนินงาน NCD Clinic Plus สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ</p>

โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร

ระยะดำเนินการ :	ปี ๒๕๖๑				
เป้าหมาย (Goal)	๑. ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจากการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ ๒. อาหารที่ไม่มีคุณภาพ มาตรฐานหรือไม่ปลอดภัยลดลง				
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๗๕ ของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย				
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ :Baseline	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการโครงการความปลอดภัยอาหาร (Food safety) มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยการเฝ้าระวังสถานการณ์ความปลอดภัยอาหาร ซึ่งแบ่งการดำเนินงานออกเป็น ๒ ประเภทตามวิธีวิเคราะห์ ได้แก่ การเฝ้าระวังโดยการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวิเคราะห์โดยการใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น (Test kit) ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ จะมุ่งเน้นการกำกับดูแลความปลอดภัยในผลิตภัณฑ์อาหาร ๒ ประเภท ได้แก่ ๑) ผัก ผลไม้ และ ๒) นมโรงเรียน เนื่องจากผลิตภัณฑ์อาหารทั้ง ๒ ประเภทจัดเป็นอาหารประเภทกลุ่มเสี่ยง ดังนี้ ๑. ผัก ผลไม้ พบปัญหาการตกมาตรฐาน ร้อยละ ๓๗.๙๑ ๒. นมโรงเรียน พบปัญหาตกมาตรฐาน ร้อยละ ๑๓.๗๙ โดยการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กนักเรียนในโรงเรียนกว่า ๔๐,๐๐๐ แห่ง				
มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	๑. พัฒนากลไกการคุ้มครองผู้บริโภค โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ๒. บูรณาการงานคุ้มครองร่วมกับเครือข่าย ๓. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ก.มหาดไทย - องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น - ก.ศึกษาธิการ - ก.เกษตรและสหกรณ์ - เครือข่ายภาคประชาชน - กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ฯ - กรมอนามัย - สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สสอ.)	๑. สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการตรวจสอบ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารให้มีคุณภาพ ปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ๒. พัฒนาแผนเฝ้าระวังร่วมกับหน่วยงานส่วนภูมิภาค ๓. พัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์อาหารแบบย้อนกลับ (Auto Response) ๔. พัฒนาระบบเพื่อรองรับการกรอกข้อมูล ๕. พัฒนากลไกการคุ้มครองผู้บริโภคโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ๖. บูรณาการงานคุ้มครองร่วมกับเครือข่าย	๑. ดำเนินการตามกฎหมาย ๒. ทบทวนและปรับปรุงกฎหมายที่สอดคล้องกับสากล	๑. รณรงค์ผ่านสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ๒. พัฒนาแหล่งข้อมูล/ความรู้ที่ผู้บริโภคสามารถสืบค้นและเข้าถึงได้ง่าย ๓. พัฒนาช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	๑. อบรมให้ความรู้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ด้านอาหารให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเป็นที่ยอมรับในระดับภูมิภาค ๒. พัฒนาและส่งเสริมผู้ประกอบการทุกระดับ โดยเฉพาะกลุ่มขนาดกลางและขนาดเล็กให้มีความรู้ความสามารถในการผลิต/นำเข้าอาหารให้มีมาตรฐานและมีศักยภาพในการแข่งขันในระดับประเทศ ๓. พัฒนาประชาชนให้มีความรู้ความเข้าใจในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกต้อง รวมทั้งสร้างค่านิยมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารให้เหมาะสม

โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑				
เป้าหมาย (Goal)	๑. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีคุณภาพ มาตรฐานหรือไม่ปลอดภัยลดลง ๒. ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดีมีคุณภาพมาตรฐาน และการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านบริการสุขภาพ ๓. ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจากการรับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และสมประโยชน์				
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละ ๙๖ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ๒. ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ๒.๑ ร้อยละ ๙๐ ของสถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ๒.๒ ร้อยละ ๖๕ ของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด				
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	๑. ผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก ทั้งอาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพรวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ในสถานพยาบาล เช่น เครื่องมือแพทย์ วัสดุเสพติด ในขณะที่เดียวกันการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่จำเป็นและไม่เหมาะสม อาจจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เช่น ปัญหาการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล ผลโรคที่เกิดจากการใช้ยา เช่น ไตวาย กระเพาะทะลุ และอื่นๆ รวมถึงความเสียหายทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่จำเป็นและไม่สมเหตุผลด้วย ปัญหาการกระจายยาและการใช้ยาในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการระบาดของ สัตว์รอยโรคในยาชุด ยาแผนโบราณ อาหารเสริม ขายให้ประชาชนซื้อกินเองจากรถเร่ ร้านชำ ร้านยาจนติดสัตว์รอยโรค โดยไม่รู้เป็นปัญหาต่อเนื่อง มานาน ชับซ้อน หลากหลาย และมีพลวัต เป็นต้น ๒. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ ประกอบด้วย สปาเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงามและกิจการอื่นๆตามมาตรา ๓ (๓) ที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง ซึ่งในการดำเนินการที่ผ่านมา มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านการรับรองมาตรฐานคิดเป็นร้อยละ ๖๓.๑๒ (ข้อมูล ณ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐) ปัญหาและอุปสรรคที่พบในรอบปีที่ผ่านมาเกิดจากกฎหมายลำดับรองล่าช้า รวมทั้งความชัดเจนในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรและผู้ประกอบการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ แม้ว่าจะได้มีการประชาสัมพันธ์ผ่านทางช่องทางต่างๆ เป็นจำนวนมาก แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง สำหรับสถานประกอบการยังมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการโฆษณา การให้บริการที่มีการแอบแฝง ๓. บริการสุขภาพในปัจจุบัน มีการแข่งขันทางการตลาดที่สูงขึ้น และปรากฏว่ามีกรร้องเรียนจากการรับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มบริการเสริมความงามและบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่จากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ซึ่งข้อร้องเรียนดังกล่าว มีสภาพปัญหาที่หลากหลาย ได้แก่ ๑) การใช้ผู้ที่ไม่ใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการแทน และจำนวนผู้ประกอบการวิชาชีพไม่ครบตามกฎกระทรวงกำหนดของการเป็นสถานพยาบาล ๒) สถานพยาบาล มีการนำเข้าและใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานความปลอดภัย ๓) ละเว้นการแสดงรายละเอียดหรือแสดงรายละเอียดไม่ชัดเจนเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาลเอกชนผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล อัตราค่าบริการ ค่าบริการ และสิทธิของผู้ป่วย ๔) เปลี่ยนแปลงพื้นที่ใช้สอย หรือ เพิ่มบริการโดยยังไม่ได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตตามกฎหมายกำหนด และ ๕) โฆษณาบริการโดยใช้ถ้อยคำหรือข้อความที่อาจทำให้เกิดการหลงเชื่อและทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน โดยเฉพาะการโฆษณาผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งปัญหาต่างๆเหล่านี้ นอกจากจะทำให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ร่างกาย ทรัพย์สินและความปลอดภัยของผู้รับบริการแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของสถานพยาบาลของประเทศไทย ที่ควรได้รับการส่งเสริมภายใต้นโยบาย Medical Hub อีกด้วย				
มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	๑. กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ๒. สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภค	๑. สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการส่งเสริมพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและบุคลากร ตรวจสอบ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถาน	๑. ดำเนินการตามกฎหมาย ๒. ปรับปรุงกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ๓. พัฒนาระบบการบังคับใช้กฎหมาย	๑. ถ่ายทอดและกำกับติดตามการดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั่วประเทศ	๑. อบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ ผู้บริโภคและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	<p>๓. พนักงานสอบสวน (ตำรวจ)</p> <p>๔. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>๕. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๖. เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน</p>	<p>ประกอบการ และบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน และสมประโยชน์ตามที่กฎหมายกำหนด</p> <p>๒. สร้างความเข้มแข็งของกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพผ่านกลไกอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขตและระบบงาน คบส. (Surveillance, Inspect, Response)</p> <p>๓. เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคระดับสภ. เขตพื้นที่ และสสจ.</p> <p>๔. พัฒนาระบบปฏิบัติการผ่าน Mobile Application เพื่อการเฝ้าระวังบริการสุขภาพผ่าน QR Code และระบบการร้องเรียนบริการสุขภาพ Auto Complaint</p> <p>๕. พัฒนารฐานข้อมูลสถานพยาบาลเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบ National Health Account</p> <p>๖. อบรมและพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในระดับพื้นที่</p> <p>๗. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการใช้งานระบบ Mobile Application งาน คบส. เพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลทั่วประเทศ</p>	<p>คุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ</p> <p>๔. ปรับปรุงมาตรการกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การแพทย์ก้าวหน้า และนวัตกรรมบริการสุขภาพ</p> <p>๕. สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกเทศบัญญัติ/ มาตรการทางกฎหมายเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค</p>	<p>๒. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่คิดใหม่ และด้านบริการสุขภาพ (Risk Management) เพื่อเป็นแนวทางการจัดการปัญหาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ</p> <p>๓. เพิ่มประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวังบริการสุขภาพผ่านกระบวนการชุมชน</p> <p>๔. จัดการความรู้สู่ประชาชนในการรับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานและสมประโยชน์</p> <p>๕. เสริมสร้างความร่วมมือภาครัฐและเอกชนด้านการจัดบริการสุขภาพที่สมประโยชน์สำหรับประชาชน</p> <p>๖. พัฒนาระบบการแจ้งเตือนภัยจากการกระทำ ความผิดตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>๗. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ให้แก่ประชาชนในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง</p>	<p>๒. สร้างและพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้เกิดความเข้มแข็ง</p> <p>๓. สร้างและพัฒนารฐานข้อมูลให้ทันสมัยและเข้มแข็ง (Big Data)</p> <p>๔. เสริมสร้างความรอบรู้ให้ประชาชนเป็น Active Healthcare Consumer</p> <p>๕. เสริมสร้างขีดความสามารถในการเฝ้าระวังบริการสุขภาพให้แก่เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน</p>

แผนงานที่ ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม					
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑				
เป้าหมาย (Goal)	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามหลักเกณฑ์ GREEN & CLEAN HOSPITAL				
ตัวชี้วัด (KPI)	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ ๒๐ และมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง				
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	ร้อยละ ๙๐ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมพัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป				
มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒. กองบริหารการสาธารณสุข ๓. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๔. กรมควบคุมโรค ๕. กรมการแพทย์ ๖. กรมสุขภาพจิต ๗. กระทรวงพลังงาน ๘. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๙. ภาคเอกชน/ชุมชน	๑. บูรณาการความร่วมมือกับกระทรวงพลังงาน จัดทำแนวทางการลดใช้พลังงาน ๒. จัดทำแนวทางการบริหารจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล ๓. พัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ๔. พัฒนาระบบควบคุมกำกับติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (Digital Infectious Waste Tracking Control) ๕. จัดทำสถานการณ์การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการการสาธารณสุข (สังกัดหน่วยงานรัฐอื่นๆ เอกชน สถานพยาบาลสัตว์และชุมชน) ๖. จัดทำแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๗. สนับสนุนการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital และการเพิ่มพื้นที่สีเขียวในโรงพยาบาล ๘. สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ๙. พัฒนาองค์ความรู้ และจัดทำสื่อเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน	๑. จัดทำและเสนอแผนแม่บทการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ต่อคณะรัฐมนตรี ๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนแม่บทการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔	๑. สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนัก และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ๒. สร้างสัมพันธ์เครือข่าย โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital ถอดบทเรียนความสำเร็จผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๓. นำเสนอแบบอย่างความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาล อาทิ การจัดการมูลฝอย การจัดการด้านพลังงาน ฯลฯ ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ	๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อร่วมดำเนินการ ๒. พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจประเมินเพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ ในการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล (พยาบาล IC) และผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล ๔. พัฒนาศักยภาพผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบควบคุมกำกับติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (Digital Infectious Waste Tracking Control)

โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)

ระยะดำเนินการ :	ปี ๒๕๖๑				
เป้าหมาย (Goal)	ลดผลกระทบต่อสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงจากขยะและมลพิษสิ่งแวดล้อมของประชาชน				
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน				
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ :Baseline	จังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ที่ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ๖ ประเด็น คือ ๑) มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ๒) มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) ๓) มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย ๔) มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA) ๕) มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) ๖) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม ๒๕๖๐ ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน ร้อยละ ๕๑				
มาตรการ (PIRAB)	P: Partnership	I: Investment	R: Regulation & Law	A: Advocate	B: Building Capacity
	๑. ก.ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ๒. ก.มหาดไทย ๓. ก.อุตสาหกรรม ๔. ก.พลังงาน ๕. กรมควบคุมโรค ๖. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๗. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	๑. พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นปัจจุบันในระดับจังหวัด ๒. สนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพและพัฒนา ระบบเฝ้าระวังให้รองรับโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมพื้นที่เสี่ยงในระดับจังหวัด (บริการด้านเวชกรรม) ๓. สนับสนุนเครื่องมือด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม แนวทางการเฝ้าระวังที่สอดคล้องกับพื้นที่เสี่ยงในระดับจังหวัด	๑. พัฒนา กฎหมาย/อนุบัญญัติและการบังคับใช้ ๒. ส่งเสริม/ผลักดันการออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติท้องถิ่น	๑. สร้างการมีส่วนร่วมเฝ้าระวังป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ ๒. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) ๓. สนับสนุนการสื่อสารความเสี่ยงเตือนภัย ผลกระทบต่อสุขภาพ	๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานท้องถิ่นในการดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยง รวมถึงการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่

**วัตถุประสงค์ :**

เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมทั่วถึงลดความเหลื่อมล้ำของผู้รับบริการในด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งมีระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน

เป้าหมายการพัฒนา :

- ๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน
- ๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
- ๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- ๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัยและสามารถแข่งขันได้ในระดับสากล
- ๕) มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

แผนงาน :

- แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
- แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
- แผนงานที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
- แผนงานที่ ๔ การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ
- แผนงานที่ ๕ อุตสาหกรรมทางการแพทย์

ตัวชี้วัด :

- ๑) คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ร้อยละ ๓๖
- ๒) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ≥ 40 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ≥ 50 ที่ควบคุมได้
- ๓) โรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ชั้น ๑ มากกว่าร้อยละ ๘๐ และชั้นที่ ๒ มากกว่าร้อยละ ๒๐
- ๔) คัดกรอง CVD Risk ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันร้อยละ $\geq 82.5\%$
- ๕) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าร้อยละ ๗
- ๖) อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน ๒๗ ต่อแสนประชากร
- ๗) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒
- ๘) ร้อยละ ๑๕ ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยตาม ๑๒ โรคหัตถการ ได้รับการแบบ One Day Surgery
- ๙) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๕
- ๑๐) จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด

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)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	
๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๑) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (๑๗ โครงการ ๒๔ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	
๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ๒) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ๓) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๒. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ๑.๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) ๑.๒) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)
๓. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	๑) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	๑) อัตราตายทารกแรกเกิด
๕. โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
๖. โครงการพัฒนาระบบบริการ	๑) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ทางเลือก
๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๑) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ๒) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
๘. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออโรโธปิดิกส์)	๑) อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ๒) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture ๒.๑) ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ๒.๒) ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)
๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๑) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ ๒) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
๑๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	๑) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ๒) อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ ๓) อัตราตายจากมะเร็งปอด
๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	๑) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr
๑๒. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	๑) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน
๑๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	๑) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่าย (๓ month remission rate)
๑๕. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	๑) ร้อยละของโรงพยาบาล M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง
๑๖. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery	๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
๑๗. โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery	๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	
๑. โครงการพัฒนาระบบบริการ	๑) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ใน

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)
การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)
แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ (๒ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	
๑. โครงการเฉลิมพระเกียรติ	๑) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
๒. โครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ	๑) ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจับบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตาม เกณฑ์ที่กำหนด
แผนงานที่ ๕ : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	
๑. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๑) จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ						
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	จำนวน ๑,๑๗๐ ทีม (๓๖ % ของเป้าหมายปี ๒๕๖๔ จำนวน ๓,๒๕๐ ทีม) (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี ๒๕๖๑ จำนวน = ๕๗๔ ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี ๒๕๖๐ จำนวน ๕๙๖ ทีม)					
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๓๖ ของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)					
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline	ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ มีภาระจากโรคที่ป้องกันได้ เมื่อเกิดป่วยจึงตรงเข้าหาบริการจากแพทย์เฉพาะทางโดยตรงใน รพศ./รพท. ทำให้เกิดความแออัดใน รพ.ขนาดใหญ่ และข้อจำกัดของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ กสธ. จึงได้กำหนดนโยบายในการดำเนินงานพัฒนาระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) Baseline : ปี ๒๕๕๙ รวม ๔๘ ทีม ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๕๔๘ ทีม รวมเป็น ๕๙๖ ทีม ครอบคลุมประชากร ๖ ล้านคน					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. พัฒนารูปแบบ (Service Model) Megacity/Urban area/Rural area ๒. พัฒนาระบบบริการในคลินิก หมอครอบครัว ๓. สร้างกลไกการเชื่อมโยงบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ PCC	๑. ส่งเสริมการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๒๐๐ คน ๒. ส่งเสริมและพัฒนาแพทย์ทั่วไปและทีมสหวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ๑,๗๐๐ คน ๓. จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับสหวิชาชีพ ระดับเขต ๔. พัฒนาสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์	๑. พัฒนาระบบฐานข้อมูลระบบลงทะเบียน - พัฒนาระบบค่าตอบแทน	สนับสนุนครุภัณฑ์การแพทย์และครุภัณฑ์ยานพาหนะ	๑. งบลงทุน ๑,๑๒๓.๘๓๐ ล้านบาท ๒. งบเงินอุดหนุน ๑๓๔.๔๓๑๗ ล้านบาท	๑. ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย สภาวิชาชีพและชมรมต่าง ๆ ๒. ประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจแก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชน ๓. เสนอร่าง พรบ. ระบบการสาธารณสุขและการแพทย์ปฐมภูมิ และจัดทำอนุบัญญัติ ๔. จัดหางบประมาณสนับสนุนเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๕. ศึกษาวิจัย

แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันได้ดี ๒. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ๓. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละ ≥ ๔๐ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ๒. ร้อยละ ≥ ๕๐ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ๓. ร้อยละ ≥ ๘๒.๕ ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ได้ ๔. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าร้อยละ ๗					
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline	๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๒๙.๒๕ และปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๒๑.๘๔ ๒. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๒๗.๐๘ และปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๓๔.๙๓ ๓. การคัดกรอง CVD Risk ในผู้ป่วย DM HT พบว่า ผลปี ๒๕๕๙ เท่ากับร้อยละ ๗๗.๘๙ (ข้อมูลจาก HDC) ปี ๒๕๖๐ เท่ากับร้อยละ ๘๐.๙๖ ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๐ ๔. โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นโรคทางระบบประสาท เป็นสาเหตุการเสียชีวิต และการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญ (disability adjusted life year) เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ถ้าป่วยด้วยโรคนี้แล้ว ได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ภายใต้ระบบบริการตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างเหมาะสม ครอบคลุมและทั่วถึงทุกแห่งจะมีส่วนช่วยลดอัตราการตายและความพิการได้ ข้อมูลปี ๒๕๕๙ พบว่าร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ร้อยละ ๘.๓ และข้อมูลปี ๒๕๖๐ มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ในระดับ A ที่จัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke Unit) แล้ว ร้อยละ ๘๔.๘ และโรงพยาบาลระดับ S ที่จัดตั้ง หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke Unit) ร้อยละ ๕๘.๓					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. ทำ Preventive interventions : MI, Thai DPP, Diet ๒. พัฒนาเกณฑ์การติดตามประเมินผลการดำเนินงานโรคไตเรื้อรังและโรคหัวใจและหลอดเลือด	๑. การอบรม Preventive interventions : MI, Thai DPP, Diet ๒. การอบรม user data dashboard	๑. การจัดทำ data dashboard DM/HT ๒. การบรรจุตัวชี้วัดของ NCD clinic Plus เข้าไปในระบบ service plan ของ HDC ๓. พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลตามตัวชี้วัดโรคหัวใจและหลอดเลือดกับระบบ HDC	๑. คู่มือ Preventive interventions/ NCD Clinic plus /CNN ๒. เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน ๓. NCDs Diet Box set ๔. เครื่องมือในการดำเนินงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง	๑. งบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒. เงินบำรุง ๓. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ สนับสนุนวิชาการ : ๑) Training course - Medical personnel training	๑. ติดตามระบบการดำเนินงานด้วย NCD Clinic Plus ๒. ติดตามการดำเนินงานด้วยเกณฑ์การติดตามประเมินผลการดำเนินงานโรคไตเรื้อรังและโรคหัวใจและหลอดเลือด

มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>๓. พัฒนาศักยภาพ หออภิบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ใน โรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับ A ร้อยละ ๑๐๐ - ระดับ S ร้อยละ ๗๐ 	<p>๓. ประชุมเชิง ปฏิบัติการเพื่อ ถ่ายทอดเกณฑ์และ แนวทางในการ ติดตามประเมินผล การดำเนินงานเพื่อ ลดโรค CVD CKD สำหรับคณะทำงาน และคณะกรรมการ ตัดสินใจระดับเขต</p> <p>๔. พัฒนาบุคลากร ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมองและการ จัดการความรู้ (Benchmarking)</p> <ul style="list-style-type: none"> ๔.๑ stroke nurse : basic course (๕วัน) ๔.๒ stroke nurse : advance course (๕วัน) ๔.๓ stroke nurse : manager course (๒ วัน) ๔.๔ pitfall stroke manager for physician (๑ วัน) ๔.๕ stroke nurse (๔ เดือน) 	<p>๔. ใช้ข้อมูลจาก ฐานข้อมูล๑๒/๔๓ แฟ้ม (HDC)</p> <p>๕. มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้แลกเปลี่ยนใน และระหว่าง เครือข่าย</p> <p>๖. พัฒนาฐานข้อมูล โรคหลอดเลือด สมอง</p> <ul style="list-style-type: none"> ๖.๑ เครือข่ายมี การบันทึกข้อมูลโรค หลอดเลือดสมอง ๖.๒ จัดอบรมการ บันทึกข้อมูลตัวชี้วัด คุณภาพเครือข่าย ฐานข้อมูลโรคหลอดเลือด สมอง 	<p>ต่อการเกิด โรคหัวใจและ หลอดเลือด</p> <p>๕. โรงพยาบาล ระดับ A ,S สามารถนำผู้ป่วย ไปทำการ ตรวจ เอ็กซเรย์ คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) ได้ สะดวกและ รวดเร็ว</p> <p>๖. โรงพยาบาล ระดับ A ,S สามารถตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ และการตรวจ เพิ่มเติมที่จำเป็น ต้องทำได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทุกวัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Benchmarking data network program ๒) CPG ๓) Consultation 	<p>๓. ติดตามผลการ ประเมินโอกาส เสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและ หลอดเลือด จากระบบ HDC</p> <ul style="list-style-type: none"> ๔. มีคณะกรรมการ บริหารระดับเขต ๕. บูรณาการการ ส่งต่อ & Stroke care ในระดับเขต

โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล						
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด ๒. เพื่อลดอัตราการป่วยจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ๓. เพื่อลดการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างอย่างไม่เหมาะสมในโรงพยาบาล					
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) ขั้นที่ ๑ \geq ร้อยละ ๘๐ ขั้นที่ ๒ \geq ร้อยละ ๒๐ ๒. ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ร้อยละ ๗๐					
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ baseline	โรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ขั้นที่ ๑ ร้อยละ ๔๑.๕๖ และขั้นที่ ๒ ร้อยละ ๐.๕๖ (ข้อมูล ณ ไตรมาส ๓/๒๕๖๐)					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. ส่งเสริมกิจกรรมอื่นๆ ในกฎแฉ PLEASE โดยใช้ RDU markers ในกลุ่มโรคติดเชื้อ ๔ โรค และกลุ่มประชากรพิเศษ ๓ กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคไต ผู้สูงอายุ และ สตรี ตั้งครรภ์ ๒. ส่งเสริมกิจกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในรพ. สต. และร้านยา ๓. ฝ้าระวังการกระจายยาต้านจุลชีพ NSAIDs Steroid และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ และชุมชน	๑. พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ PTC และคณะกรรมการ AMR ๒. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเชื้อดื้อยาและยาต้านจุลชีพแก่ประชาชน	๑. การจัดทำสารสนเทศการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา ระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขต และประเทศ	๑. เครื่องมือและอุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก ๒. อุปกรณ์การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment, PPE)		๑. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙) ๒. การจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอย่างบูรณาการ (ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ๓. การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพและการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยนอกและชุมชน

โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	การส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพลดลง					
ตัวชี้วัด (KPI)	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี					
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ baseline	โรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังต่างๆยังคงเป็นปัญหาสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย รวมถึงอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ยังเป็นปัญหาเรื่องการตายและความพิการจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การจัดการบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยยังมีศักยภาพที่ไม่เท่าเทียมกันในแต่ละเขตสุขภาพ ท่ามกลางทรัพยากรที่มีอยู่ อย่างจำกัด ยังจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลรักษาพยาบาลในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าและมีการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพของตนเองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี ยังต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาต่างๆในแต่ละเขตสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อไป					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>๑. การพัฒนาศักยภาพการให้บริการรักษาพยาบาลตามแผนพัฒนาระบบบริการสาขาต่างๆจนถึงศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขาโรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด</p> <p>๒. พัฒนาเครือข่ายการให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยและรับกลับเชื่อมโยงสถานบริการระดับ รพศ.(A) รพท. (S,M_๑) รพช.แม่ข่าย (M_๒) จนถึง รพช.และ รพ.สต.</p> <p>๓. บริการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ</p>	<p>๑. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ รวมถึงสหสาขาวิชาชีพ</p>	<p>๑. โปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการในเขต/จังหวัด - โปรแกรมเชื่อมโยงระบบสารสนเทศการส่งต่อกับส่วนกลาง (nRefer และ Health Data Cinter)</p> <p>๒. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร การให้คำปรึกษาทั้งก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อระหว่างสถานบริการ</p> <p>๓. ฐานข้อมูลศักยภาพการให้บริการทรัพยากรและเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ในการดูแลรักษาพยาบาลและรับส่งต่อผู้ป่วย</p>	<p>๑. ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต/จังหวัด/สถานบริการ</p> <p>๒. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วย</p>	<p>๑. งบประมาณรายจ่ายประจำปี</p> <p>๒. งบค่าเสื่อม</p> <p>๓. เงินบำรุง</p>	<p>๑. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan</p> <p>๒. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต/จังหวัด</p> <p>๓. คณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อระดับเขต/จังหวัด</p>

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด						
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	อัตราการตายทารกแรกเกิดน้อยกว่า ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต					
ตัวชี้วัด (KPI)	อัตราการตายทารกแรกเกิดน้อยกว่า ๓.๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต					
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ baseline	ทารกเกิดมีชีวิตปีละ ๗๐๐,๐๐๐ คน อัตราตายทารกแรกเกิดปี ๒๕๖๐ = ๓.๙๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต สาเหตุการตายอันดับ ๑ ทารกเกิดก่อนกำหนด ๒๕% อันดับ ๒ birth asphyxia ๒๔% อันดับ ๓ Congenital heart disease ๑๔% และอันดับ ๔ เหตุอื่น ๆ ๑๐%					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. ขยายเตียง NICU ให้ได้ ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต ๒. มี therapeutic hypothermia อย่างน้อยเขตละ ๑ ระบบ ๓. มีการตรวจคัดกรองทารกหัวใจพิการแต่กำเนิด ร้อยละ ๘๐	๑. เพิ่มจำนวนพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตให้ได้สัดส่วนที่เหมาะสมตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิดปี ๒๕๕๖ ๒. พัฒนาองค์ความรู้ในการรักษา therapeutic hypothermia	๑. พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลทารกแรกเกิด	๑. จัดหาครุภัณฑ์ประกอบเตียง NICU ให้ได้ตามคู่มือแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิดปี ๒๕๕๖ ๒. จัดหาเครื่องทำ therapeutic hypothermia ๓.๔ จัดหาเครื่องวัด pulse oximeter ๓. จัดหาเครื่องวัด pulse oximeter	๑. ครุภัณฑ์ประกอบเตียง NICU ๓ ล้านต่อเตียง NICU ๒. เครื่องมือ เครื่องละ ๑.๒ ล้านบาท ๓. pulse oximeter เครื่องละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท	๑. การตรวจราชการและการจัดสรรงบประมาณตามความจำเป็นของ service plan เขต

โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)						
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลแบบครบวงจร บรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน โดยมีแนวทางการดูแลประคับประคองที่มีคุณภาพมาตรฐาน					
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล					
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นสังคมผู้สูงอายุ - มีโรคเรื้อรัง (NCD) โดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็ง - มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาร่วมกันจนระยะสุดท้าย และเสียชีวิตอย่างมีคุณภาพ 					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>๑. ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ Family Meeting และมี Advance care plan มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐</p> <p>๒. มี Pain clinic หรือคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือแพทย์ทางเลือก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ</p> <p>๓. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมเกี่ยวกับ PC ดำเนินการร่วมกับ สสจ. สสอ. รพสต. องค์กรท้องถิ่น อย่างน้อย ๑ เรื่อง/๑โรงพยาบาล</p> <p>๔. มีเครือข่าย และแนวทางการส่งต่อ (ระดับรพ.)</p>	<p><u>พัฒนาศักยภาพบุคลากร</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาหลักสูตรพยาบาล PC ๔ เดือน - พัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในเรื่อง MO Administration ความก้าวหน้าของบุคลากร (Career Path) 	<p>๑. รวบรวมวิเคราะห์ระบบสารสนเทศที่ดีเพื่อพิจารณาคัดเลือกรูปแบบและนำมาถ่ายทอด</p>	<p><u>จัดระบบการจัดการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - MO - ยาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย PC - คลังเครื่องมืออุปกรณ์ 	<p>๑. งบประมาณ</p> <p>๒. งบกลาง</p> <p>๓. งบของ Service plan (เช่น training, ลงพื้นที่เขตสุขภาพ)</p>	<p>๑. ผลักดันโดยคณะกรรมการ Service Plan/CIPO</p> <p>๒. คณะทำงานกรมการแพทย์</p> <p>๓. คณะกรรมการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อาทิ เรื่องยา</p> <p>๔. หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. อบจ. เป็นต้น</p>

มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>๕. มีคลังอุปกรณ์ สนับสนุนผู้ป่วยใช้ที่บ้าน ในรพ.ระดับ A S M๑ อย่างน้อย</p> <p>๖. ติดตาม ประเมินผลการ ทำ Advance care plan และปรับเปลี่ยนร่วมกันใน ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และ ญาติ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐</p> <p>๗. มีงานวิจัย พัฒนา คุณภาพ และมีการเทียบ เคียง อย่างน้อย ๑ เรื่อง/ ๑ รพ.</p>					

โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ

ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	ร้อยละ ๒๐ โดยแบ่งเป็น - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ - รพช. อย่างน้อยร้อยละ ๒๐ - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ ๓๐					
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๒๐ ของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน					
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ baseline	<p>การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ได้ส่งเสริมและสนับสนุนศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยพบว่าประชาชนมีแนวโน้มในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ใน พ.ศ. ๒๕๕๗ คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๐๒ , พ.ศ. ๒๕๕๘ คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๕๑ , พ.ศ. ๒๕๕๙ คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๑๕ และ พ.ศ. ๒๕๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๖๔ ตามลำดับ (ณ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๐) สำหรับผลงานย้อนหลัง ๓ ปี (Baseline) ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ของผลงานร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน สามารถแบ่งเป็น ๓ ประเภท ได้แก่ รพศ./ รพท. คิดเป็นร้อยละ ๘.๒๔, รพช. คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๕๖ และ รพ.สต. คิดเป็นร้อยละร้อยละ ๒๔.๘๑</p>					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>๑. คลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ</p> <p>๑.๑ รพศ./รพท. เขตละอย่างน้อย ๒ แห่ง (A-M๑)</p> <p>๑.๒ รพช. จังหวัดละอย่างน้อย ๒ แห่ง (M๒-F๓)</p>	<p>๑. การจัดตั้งกลุ่มงาน/ฝ่ายการแพทย์แผนไทยในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง</p> <p>๒. การพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้มีความรู้ความชำนาญในการให้บริการสุขภาพ เช่น การใช้ยาสมุนไพร การรักษาเฉพาะโรค การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย</p>	<p>๑. การพัฒนาการบันทึกข้อมูลการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและการติดตามผลงานผ่านระบบ HDC*</p> <p>๒. การพัฒนาระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประเทศ (TTDKL)</p>	<p>๑. มีการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการทุกระดับ โดยแบ่งระดับดังต่อไปนี้</p> <p>๑.๑ รพศ./ รพท. / รพช. อย่างน้อย ๓๐ รายการ</p> <p>๑.๒ รพ.สต. อย่างน้อย ๑๐ รายการ</p> <p>๒. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร First line drug</p> <p>๓. ส่งเสริมให้มีการจ่ายยาปรุงเฉพาะรายใน รพศ./ รพท. และ รพช.</p>	<p>งบสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ๑๑.๖๑ บาท/ประชากร</p>	<p>กำหนดให้มี CTMO (Chief Thai Traditional Medicine Officer) ทุกเขต/จังหวัด ขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในส่วนภูมิภาค</p>

มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>๒. สถานบริการ สาธารณสุขทุกแห่งมี การจัดบริการด้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ผสมผสานที่มี คุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของ หน่วยบริการ ได้แก่ คลินิกครบวงจรด้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก, คลินิก OPD แพทย์แผน ไทยคู่ขนาน, คลินิก บริการผู้ป่วยใน (IPD) ส่งเสริม สุขภาพ การป้องกัน โรคด้วยการแพทย์ แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก ๒.๑ รพศ./รพท. อย่างน้อยเขตละ ๒ แห่ง ๒.๒ รพช. อย่าง น้อย จังหวัดละ ๒ แห่ง ๒.๓ รพ.สต. อย่าง น้อย อำเภอละ ๒ แห่ง</p>	<p>๓. การส่งเสริมการ ทำงานประจำสู่ งานวิจัย (R๒R) ด้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือกในหน่วย บริการสุขภาพ</p>	<p>๓. การ ประชาสัมพันธ์ องค์ความรู้ด้าน การแพทย์แผน ไทยและ การแพทย์ ทางเลือก</p>	<p>๔. มีการใช้ยาสมุนไพร ทดแทน โดยระบุ รายการยาและ อาการ/โรคที่รักษา อย่างน้อย ๑ รายการ ต่อจังหวัด</p>		

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ≥ ๕๕ / อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน					
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละ ≥ ๕๕ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ๒. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน					
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	ตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ - ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๕๓.๔๙ และในปี ๒๕๕๘ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๖.๔๗ ต่อประชากรแสนคน					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>1. การบริการผู้ป่วยนอกและชุมชน</p> <p>๑. คัดกรองประเมินและแพทย์วินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงได้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยสูงอายุผู้ป่วยห้องฉุกเฉินได้เป็นต้นด้วยเครื่องมือคัดกรองโรคจิตโรคจิตจากสุราและสารกระตุ้นประสาทและโรคซึมเศร้าทั้งแบบคัดกรองประเมินและเครื่องมือตรวจสภาพร่างกายและสมองเพื่อประกอบดุลยพินิจได้</p> <p>๒. สามารถประเมินและวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทั้งทางกายและทางจิตและหรือส่งต่ออย่างเหมาะสมทันทั่วทั้ง</p> <p>๓. ประเมินระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยเครื่องมือที่ง่าย ไวและแม่นยำ</p> <p>๔. การรักษาด้วยยาทางจิตเวชที่จำเป็นตามเกณฑ์</p>	<p>๑. จิตแพทย์ทั่วไป ≥ ๑ คน</p> <p>๒. เกสัชกรผ่านการอบรมการใช้ทางจิตเวช ๑-๒คน</p> <p>๓. นักสังคมสงเคราะห์ ≥ ๑คน</p> <p>- นักจิตวิทยาคลินิก ≥ ๑คน</p>	<p>๑. แบบประเมินและข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง (๒Q,๙Q,๘Q,แบบคัดกรอง โรคจิต ,AUDIT) ประเมินวินิจฉัย รักษาอาการทางจิต สารเสพติด สุรา และโรคซึมเศร้า เชื่อมโยง รายงาน ๔๓ เพิ่มข้อมูล</p> <p>๒. ข้อมูลและแบบประเมิน (ICD๑๐, AWS, CIWA) เป็นต้น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา</p> <p>๓. ทะเบียนติดตามต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคจิต, โรคจิตจากสุราและสารกระตุ้นประสาท, โรคซึมเศร้า ที่เชื่อมโยงระหว่างรพ.ในจังหวัด, เขต</p>	<p>๑. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน,แบบคัดกรองและประเมินอาการทางจิต (๒Q,๙Q,๘Q,แบบคัดกรองโรคจิต,AUDIT) ในกลุ่มเสี่ยง</p> <p>๒. ชุดตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ได้แก่แอมเฟตามีน กัญชา เป็นต้น</p> <p>๓. ชุดตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ระดับแอลกอฮอล์, ยานอนหลับ, ยาแก้ปวด, เม็ดเลือดแดง, สารน้ำ, ระดับยาจิตเวชและการติดเชื้อ เป็นต้น</p> <p>๔. เครื่องตรวจสัญญาณชีพ</p> <p>๕. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ</p> <p>๖. เครื่อง X-ray</p> <p>๗. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</p>	<p>งบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ของกรมสุขภาพจิต</p>	<p>๑. คณะกรรมการ Service plan ระดับจังหวัด</p> <p>๒. คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิต ๒๕๕๑ระดับจังหวัด</p> <p>๓. คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต ๒๕๕๑</p> <p>๔. สร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อสามารถใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้</p> <p>๕. กำหนดโครงสร้างและแนวทางการก้าวหน้าผู้รับผิดชอบงานดูแลบำบัดด้านจิตเวช</p>

มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>๕. การบำบัดด้านจิตสังคม (psychosocial care/clinic) ได้แก่การให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องโรคและการดูแลแก่ผู้ป่วย และญาติ,การให้คำปรึกษา รายบุคคล/รายกลุ่ม/ครอบครัว,การจิตบำบัด,การสร้า แรงจูงใจ,การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p> <p>๖. การติดตามต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคจิต โรคจิตจากสุรา และสารกระตุ้นประสาท และโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการขาดการรักษา</p> <p>๗. มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย นอกจาก รพ.สต. รพท., รพศ. และรพ.เฉพาะทาง</p> <p>๘.การบริการผู้ป่วยใน (เตียงอย่างน้อย ๔๘ ชม.)</p> <p>๑. การประเมินความรุนแรงด้วยแบบประเมิน ๘Q</p> <p>๒. การจัดการภาวะพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเบื้องต้น</p> <p>๓. เตียง acute careได้แก่เตียงห้องฉุกเฉิน/เตียงรวม (Integrated bed) ,unit, ward เป็นต้น เพื่อดูแลภาวะโรคจิตจากการถอนสุรา, ภาวะข้างเคียงจากการรับประทานยาจิตเวช และภาวะอาการทางจิตรุนแรงเป็นต้นด้วยยาจิตเวชที่จำเป็น จิตบำบัดและกระแสไฟฟ้า (ถ้ามี)</p>		<p>สุขภาพและกรมวิชาการ</p> <p>๔. ข้อมูลบัญชีจิตเวชที่จำเป็นของ รพ. เชื่อมโยงระหว่างรพ.ในจังหวัด, เขตสุขภาพและกรมวิชาการ</p> <p>๕. จำนวนเตียงที่พร้อมตามศักยภาพ รพ. สำหรับการรับผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินทางจิตเวชหรือสุรา ที่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา</p> <p>๖. แบบประเมินและข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต</p> <p>๗. ทะเบียนและข้อมูลผู้ป่วยโรคจิต, โรคจิตจากสุรา และสารกระตุ้นประสาท, โรคซึมเศร้าที่ต้องติดตามในพื้นที่ (เยี่ยมบ้าน)</p> <p>๘. ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือและส่งต่อในและนอกเขตฯ</p> <p>๙. ข้อมูลเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านการอบรม</p>	<p>, โรคจิตจากสุราและสารกระตุ้นประสาท, โรคซึมเศร้า</p> <p>๘. คู่มือการดำเนินงานและแบบประเมินและวินิจฉัย (ICD๑๐, AWS, CIWA)</p> <p>๙. อุปกรณ์ผูกยึดผู้ป่วยโรคจิตที่มีภาวะพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว</p> <p>๑๐. เตียงที่พร้อมตามศักยภาพ รพ.สำหรับการรับผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินทางจิตเวชหรือสุรา ที่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา</p> <p>๑๑. ยาจิตเวชที่จำเป็นตามเกณฑ์Service plan</p> <p>๑๒. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลอื่น</p> <p>๑๓. เครื่องตรวจคอมพิวเตอร์สมอง</p>		<p>๖. นโยบายการคัดกรองอาการและประเมินระดับความรุนแรงอาการทางจิตในกลุ่มเสี่ยงในทุกหน่วยบริการ</p> <p>๗. เอกสารความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอก สาธารณสุข เพื่อรับผิดชอบด้านการป้องกัน บำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยจิตเวช</p> <p>๘. การผลักดันนโยบายการติดตามต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิต</p>

มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>๔. รับรักษาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชได้ อย่างเหมาะสม เช่น ภาวะโรค จิตจากการถอนสุราเป็นต้น</p> <p>๕. การรับดูแลเบื้องต้นและส่ง ต่อผู้ป่วย พ.ร.บ. สุขภาพจิต อย่างเหมาะสม</p> <p>๖. ระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช ภาวะฉุกเฉินหรือ ยุ่งยาก ซับซ้อนไปยังรพ.เฉพาะทาง (กรณีมีข้อตกลงในจังหวัดหรือ เขต ทั้งนี้ควรเป็นแนวทางใน แบบบูรณาการกับหน่วยงาน ในพื้นที่ทั้งในและนอก สาธารณสุข)</p>		<p>หลักสูตรเรื่องการ เข้าถึงบริการโรค จิตเวช ฯ พ.ร.บ. สุขภาพจิต</p> <p>๑๐. e-Book สำหรับประชาชน เพื่อป้องกันและ เฝ้าระวังการฆ่าตัว ตาย</p>			

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก

ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ๒. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ ๑๐๐ ของเขตสุขภาพทั้งหมด (รวม ๑๓ เขต) ๒.๑ Refracture < ร้อยละ ๓๐ ๒.๒ ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป					
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ๒. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) มากกว่าร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป					
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	๑. ข้อมูล : National Health Security Office (NHSC) พบว่าในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วย sepsis เพิ่มสูงขึ้น (๒๐๑๓:๑๗๑,๒๕๙ คน ๒๐๑๔:๑๗๕,๙๓๗ คน ๒๐๑๕:๑๗๙,๔๘๓ คน) โดยมีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจาก sepsis สูงกว่า stemi และ stroke ๒. ข้อมูลจาก HDC วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ จำนวนผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต ๖๔.๒๔๔/๒๐๐.๔๑๓ ราย อัตราป่วยตายจาก sepsis/septic shock = ๓๒.๐๓% ๓. การจัดตั้งทีม fracture liaison service ในประเทศอังกฤษ สามารถช่วยลดการกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยได้มากกว่า ๒๕% ในประเทศไทยโรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ ได้พัฒนาการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำโดยจัดตั้งทีม Capture the fracture เป็นแห่งแรกของกระทรวงสาธารณสุข					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis (สมาคมเวชบำบัดวิกฤติ) ๒. ทีม Capture the fracture คือสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนโดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)	๑. จัดอบรมแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis ให้กับสถานพยาบาลในแต่ละระดับ รพศ/รพท/รพช/รพสต ๒. พัฒนาเครื่องมือประเมินและคัดกรองผู้ป่วย Sepsis และ Sepsis bundle ๓. สร้างเครือข่ายการดูแลร่วมกันภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ และพัฒนา Best practice Model of sepsis ๔. บุคลากรในทีม Capture the fracture ของแต่ละเขตสุขภาพได้รับการอบรมตามหลักสูตร Capture the fracture และ Liaison service	๑. พัฒนาการลงข้อมูลในระบบ ICD ๑๐ code และฐานข้อมูล sepsis ของโรงพยาบาล ๒. ศึกษาและพัฒนากล้องข้อมูล sepsis โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปอื่นๆ ๓. จัดตั้งเครือข่ายสารสนเทศ Capture the fracture ในทุกเขตสุขภาพ	๑. คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis (สมาคมเวชบำบัดวิกฤติ) ๒. โปรแกรมสำเร็จรูป sepnets (สำหรับโรงพยาบาลที่สนใจและมีความพร้อม) ๓. คู่มือการจัดตั้งทีม และการดำเนินการ โครงการ Capture the fracture, สื่อส่งเสริมการดำเนินโครงการ อาทิ แผ่นพับสุขศึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติประชาชนทั่วไป	๑. บูรณาการงบประมาณการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน ๒. จัดสรรทรัพยากรและเครื่องมือให้ได้ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย sepsis ๓. งบประมาณสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปการลงข้อมูล ๔. งบประมาณในการพัฒนาทีม Capture the fracture ๕ ล้านบาทต่อปี	๑. การนำเสนอความสำคัญ แก่ผู้บริหารเขต/จังหวัด ๒. พัฒนามาตรฐานและระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ๓. กำหนดค่านิยามขอบเขตการดำเนินงานการจัดเก็บข้อมูล และสร้างความเข้าใจที่ตรงกันแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ๔. ตามนโยบายแห่งชาติที่ต้องการให้มีทีม Capture the fracture เกิดขึ้นในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	๑. โรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ ๒. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง					
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ ๒. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน ๒๗ ต่อแสนประชากร					
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ba seline	<p>ในปี ๒๕๕๗ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ๕๘,๖๘๑ คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๗ คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ ๙๐.๓๔ ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน ๑๘,๐๗๙ คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๒ คน คิดเป็นอัตราป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ ๒๗.๘๓ ต่อแสนประชากร จากแบบรายงานตรวจราชการ ตก.๑, ตก.๒ รอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๐ ผลการดำเนินการ พบว่า</p> <p>๑. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ต่อแสนประชากร ๒๘ ต่อแสนประชากร ค่าเฉลี่ย ๑๒ เขต ที่ ๕ เดือน (เมษายน ๒๕๖๐) เท่ากับ ๑๑.๑๐</p> <p>๒. ร้อยละของโรงพยาบาลในระดับ F๒ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐) พบว่าค่าเฉลี่ย ๑๒ เขต เท่ากับ ร้อยละ ๙๒.๗๔</p> <p>๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI)ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) เป้าหมายร้อยละ ๘๐ พบว่าทำได้คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๗๐ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด</p> <p>๔. ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๑๐) พบว่าค่าเฉลี่ย ๑๒ เขต คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๖๕</p> <p>๕. รพ.ตั้งแต่ F๒ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ ๑๐๐ มีระบบ STEMI Fast Track ในทุกเครือข่ายทุกเขตบริการ สุขภาพมีห้องสวนหัวใจโรงพยาบาลระดับSบางแห่งไม่มีอายุรแพทย์หัวใจโรงพยาบาลระดับAบางแห่งไม่มีศัลยแพทย์ทรวงอก (Cardiac surgeons) ขาดแคลนอายุรแพทย์หัวใจที่สามารถทำหัตถการสวนหัวใจได้ (Coronary interventionists) ปี๒๕๕๖-๒๕๕๙ ใช้โปรแกรม UCHAปี ๒๕๖๐ ใช้โปรแกรม Thai ACS registry ในการลงข้อมูลผู้ป่วย Acute coronary syndrome (STEACS หรือSTEMI และ NSTEMI หรือ NSTEMI & unstable angina) ซึ่งได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่แต่ไม่ครบทุกแห่ง</p>					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. STEMI alert หรือ Heart attack alertcampaign-media ๒. ACS fast track system ทุกเครือข่าย ๓. Elective PCI ภายใน ๑ - ๓ เดือน	๑. Cardiologist ทุกจังหวัดโดยเปิดให้มีทุนในโรงพยาบาลที่ขาดแคลนแพทย์ ๒. Coronary interventionist อย่างน้อย ๓ คน ทุกเขตบริการสุขภาพ	๑. ระบบฐานข้อมูลการจัดเก็บข้อมูลที่มีแนวทางเดียวกัน (Thai national cardiovascular data base-ACS, HF, warfarin) ๒. พัฒนาโปรแกรม ACS registry, HF registry , Warfarin registry เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ	๑. ผลักดันการใช้ยา Tenecteplase (TNK) โดยให้ไปอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติแทน Streptokinase (SK) และจัดระบบ stock ยา ๒. Cathlab เปิดบริการ ๒๔/๗อย่างน้อย ๑ แห่ง ต่อเขตบริการสุขภาพ ๓. ห้องผ่าตัดหัวใจเปิดบริการ emergency อย่างน้อย ๑ แห่ง ต่อเขตบริการสุขภาพ	๑. จัดสรรงบประมาณในการจัดทำ Media “ Heart Attack Alert” campaign ผ่านสื่อสาธารณะทุกช่องทาง,Application, โปรแกรมและบริหารจัดการ National cardiovascular data base ,Thai CPG for STEMI, NSTEMI, HF และ warfarin clinic	๑. ประชาสัมพันธ์ “Heart Attack Alert” campaign และ Application ของประชาชนให้ทัดเทียมกัน ๒. การเข้าถึงบริการของประชาชนให้ทัดเทียมกัน ๓. ระบบข้อมูลสุขภาพโปรแกรมและบริหารจัดการ National Cardiovascular data base

มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๔. Elective CABG ภายใน ๓ เดือน	๓. Cardiac surgeons อย่างน้อย ๒คน ทุกเขต บริการสุขภาพ ๔. CVD nurses ทุกโรงพยาบาล ระดับ S และ A เขตบริการสุขภาพ ๕. Nurses (Cath lab nurses, nurse manager-Cath lab, HF clinic, Warfarin clinic			๒. กำหนดให้ยา TNK อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ๓. เปิดทุนโครงการ ฝึกอบรมแพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง Cardiologists , Interventionists, cardiac surgeons, cardiovascular nurses) ๔. เปิดทุนโครงการ ฝึกอบรมแพทย์ พยาบาลและ บุคลากรทาง สาธารณสุข	๔. จัดสรรโควตาการ ฝึกอบรมตามความ ต้องการจริงและ ต่อเนื่อง ๕. จัดสรรงบประมาณ ให้เป็นธรรม ๖. อภิบาลระบบ สุขภาพบุคลากรทาง สาธารณสุขพิจารณา ค่าตอบแทนตาม workload รวมทั้ง ค่าเสี่ยงภัยผู้ที่ปฏิบัติ หน้าที่ในรพพยาบาล ค่าเสี่ยงภัยรังสีผู้ที่ ปฏิบัติหน้าที่ในห้อง สวนหัวใจ ๗. ปรับผังโครงสร้าง ให้มี Manager project ของแต่ละ โรงพยาบาลขึ้นตรง กับผู้อำนวยการหรือ รองแพทย์

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	๑. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรกตามเกณฑ์ที่กำหนด ≥ ๘๕ ในระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๔) ๒. อัตราตายจากโรคมะเร็งตำบลลดลงร้อยละ ๕ ในระยะ ๕ ปี (ปี พ.ศ.๒๕๖๔) ๓. อัตราตายจากมะเร็งปอดลดลงร้อยละ ๕ ในระยะ ๕ ปี (ปี พ.ศ.๒๕๖๔)					
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละ ≥ ๘๐ ของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ๒. อัตราตายจากโรคมะเร็งต่าไม่น้อยกว่า ๒๖ ต่อแสนประชากร ๓. อัตราตายจากมะเร็งปอดน้อยกว่า ๒๐.๓ ต่อแสนประชากร					
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	อัตราตายโรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ = ๙๑.๒ ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ = ๙๕.๒ ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ = ๙๘.๕ ต่อแสนประชากร - อัตราตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่าปี พ.ศ. ๒๕๕๖ = ๒๓.๙ ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ = ๒๓.๖ ต่อแสนประชากร - อัตราตายโรคมะเร็งปอด พบว่าปี พ.ศ. ๒๕๕๖ = ๑๘.๑ ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ = ๑๘.๖ ต่อแสนประชากร (อ้างอิงจาก : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน)					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งในชนิดที่สามารถทำการตรวจคัดกรองได้แก่ มะเร็งเต้านม ปากมดลูก ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ๒. มีระบบการตรวจวินิจฉัยให้ได้ภายในระยะเวลาตามเกณฑ์ ๓. มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ๔. จัดระบบบริการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดให้เหมาะสมกับขีดความสามารถของแต่ละระดับของโรงพยาบาลโดยมีการเชื่อมโยงในเครือข่าย	๑. มีอัตรากำลังของ ทีมผ่าตัดและทีมดูแลก่อนหลังผ่าตัด เพียงพอสอดคล้องกับจำนวนห้องผ่าตัด (ศัลยแพทย์ วิสัญญี แพทย์พยาบาลห้องผ่าตัด) ๒. มีการพัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์และทีมให้มีขีดความสามารถในการผ่าตัดที่ยากและซับซ้อนเพื่อลดการส่งต่อ เช่นการผ่าตัดตับ การผ่าตัดทางกล้อง ๓. มีการพัฒนาศักยภาพแพทย์เคมีบำบัด, พยาบาลเคมีบำบัด, เภสัชกรผสมยาเคมีบำบัด รวมทั้งมีกรอบอัตรากำลังด้านเคมีบำบัดที่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วย	๑. มีระบบการจัดเก็บข้อมูลสมบูรณ์และสอดคล้องกับระบบโรงพยาบาล เชื่อมโยงภายในเครือข่าย และตอบสนองต่อการทำทะเบียนมะเร็ง ๒. มีระบบสารสนเทศการส่งต่อที่มีข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอในการนัดรักษาโรคมะเร็ง ๓. มีระบบสารสนเทศในเรื่องบุคลากร ทรัพยากรทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ยา	๑. มียา เวชภัณฑ์ ทรัพยากรและสิ่งก่อสร้างตามระดับขีดความสามารถของแต่ละโรงพยาบาลที่กำหนดในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และมีจำนวนเพียงพอในแต่ละเขตสุขภาพ	๑. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและงบพัฒนาบุคลากร เพื่อพัฒนาขีดความสามารถให้สอดคล้องกับความต้องการของเขตโดยเกิดประโยชน์สูงสุด ค้ำค่าที่สุด	๑. รณรงค์ให้ประชาชนหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ โดยเน้นบูรณาการกับแผนการป้องกันโรคอื่นๆ ในเขตสุขภาพ เช่น NCD, DHS ๒. วางแผนพัฒนาด้านรังสีรักษาจากข้อมูลโครงสร้างพื้นฐาน และค่าตอบแทนบุคลากรร่วมกับสมาคมวิชาชีพ

มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๕. จัดระบบการให้ยาเคมีบำบัดและให้บริการรังสีรักษาตามบริบทของแต่ละระดับโรงพยาบาล	๔. มีการพัฒนาศักยภาพแพทย์รังสีรักษา นักฟิสิกส์ นักรังสีฯ พยาบาล และมีกรอบอัตรากำลังด้านรังสีรักษาที่สอดคล้องกับจำนวนเครื่องฉายรังสี รวมทั้งการเปิดบริการนอกเวลาราชการ				๓. การ Sharing resources และ การช่วยเหลือภายในเครือข่าย เน้นการกระจายตัวของบริการและความคุ้มค่า ๔. จัดทำแผนการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งแห่งชาติ เพื่อใช้กำหนดทิศทางการดำเนินงานของ Service plan ผ่าน ๗ ยุทธศาสตร์

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr					
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr					
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	ปี ๒๕๕๘ = ๖๓.๘%, ปี ๒๕๕๙ = ๖๔.๘%					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>๑. ขยายบริการ CKD clinic ครอบคลุมทุก รพ ศ./รพท./รพช. ๑๐๐%</p> <p>๒. พัฒนาระบบ palliative care for ESRD</p> <p>๓. ขยายเครือข่าย PD ไปยัง M๒, F๑ โดยมี รพศ./รพท. เป็นแม่ข่าย</p> <p>๔. พัฒนาศูนย์ vascular access for HD ประจำ เขต</p>	<p>๑. ผลิตแพทย์อายุรแพทย์โรคไตให้มีครบทุกจังหวัด</p> <p>๒. ผลิตกุมารแพทย์โรคไต ให้ มีครบทุกเขต</p> <p>๓. ผลิตพยาบาล PD และ HD ให้เพียงพอ ร่วมกับการสนับสนุน career path</p> <p>๔. ผลักดันให้มีตำแหน่ง นักกำหนดอาหารใน รพช.</p> <p>๕. ผลักดันให้มีตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดใน รพช. อย่างน้อย รพ.ละ ๒ ตำแหน่ง</p> <p>๖. อบรมบุคลากรสหวิชาชีพใน CKD clinic แบบบูรณาการ</p> <p>๗. อบรมทีม palliative care for ESRD</p> <p>๘. ร่วมกับราชวิทยาลัย และ สมาคมวิชาชีพต่างๆ ในการปรับหลักสูตร วิชาชีพ ให้สอดคล้องกับ ความ ต้องการตาม นโยบายด้าน สาธารณสุข สาขาโรคไต ของประเทศ</p>	<p>๑. พัฒนาระบบ การรายงาน KPI โรคไตเรื้อรังผ่าน ระบบ HDC ให้ สมบูรณ์ และ บูรณาการระบบ รายงานกับโรค NCD ที่ เกี่ยวข้อง</p>	<p>๑. พัฒนาการ ตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ให้ ครอบคลุมทุก รพ ศ./รพท./รพช. ๑๐๐%</p>	<p>๑. บูรณาการการ ใช้ งบประมาณ ระหว่าง สำนักงานปลัดฯ กรมวิชาการ และ กองทุน</p> <p>๒. บูรณาการแนว ทางการ สนับสนุน ค่า รักษาพยาบาล โรคไต ๓ กองทุน</p>	<p>๑. ประเมิน คุณภาพ CKD clinic ใน รพช</p> <p>๒. พัฒนาเกณฑ์ การประเมิน คุณภาพ CKD clinic ใน รพศ./ รพท.</p> <p>๓. บูรณาการการ กำกับคุณภาพ ศูนย์ HD ระหว่าง กระทรวง สาธารณสุข ตรต. และ กองทุนต่างๆ</p>

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา						
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	ความชุกตาบอดลดลง					
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๘๕ ของผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน					
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline	จากการสำรวจสภาวะตาบอด สายตาเลือนรางและโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ในประเทศไทย ครั้งที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๕๐) พบว่าประชากรไทยมีความชุกภาวะตาบอด ๐.๕๙% สายตาเลือนราง ๑.๕๗% สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดคือ ต้อกระจก ๕๑% ต้อหิน ๙.๘% ภาวะตาบอดในเด็ก ๕.๗% เบาหวานเข้าจอตา ๒.๕% กระจกตาขุ่น ๒.๐% ทั้งนี้ร้อยละ ๘๐ ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า ๐.๕๐% ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และเป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา คือ การลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า ๐.๕๐% เพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการใน ๕ โรคหลัก คือ ต้อกระจก จอตา (เนื้องาหวาน) ROP ตาบอดในเด็ก ต้อหิน กระจกตาขุ่น ลดระยะเวลาารคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. คัดกรองสายตา ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๒. ผ่าตัดตาต้อกระจก โดยมุ่งเน้นต้อกระจกชนิดบอด และชนิดสายตาเลือนราง ระดับรุนแรง	๑. กำหนดประเภทบุคลากรทางจักษุให้เหมาะสมกับภาระงานและระดับสถานพยาบาล ๒. ผลิต สรรหา พัฒนา บุคลากรทางจักษุให้ได้ตามเกณฑ์ ๓. ผลักดันตำแหน่งนักทัศนมาตรใน รพศ., รพท. ๔. ผลักดันตำแหน่งเจ้าหน้าที่เครื่องมือพิเศษ (Ophthalmic Technical) ให้อยู่ใน มาตรฐาน กำหนดตำแหน่งของ ก.พ		๑. กล้องจุลทรรศน์ตรวจตา ๒. กล้องผ่าตัดตา ๓. เครื่องสลายต้อกระจก ๔. แนวทางแก้ไขปัญหาตาบอดจากต้อกระจก	๑. เงินงบประมาณ ๒. เงินบำรุง ๓. งบ สปสช. ๔. งบท้องถิ่น ๕. มูลนิธิ ๖. เงินบริจาค ๗. องค์กรไม่แสวงกำไร (พอ.สว. , ก๊าซ, โรตารี, ไล้ออน ๘. ภาคเอกชน	๑. คณะกรรมการ Service Plan สาขาตา แต่ละระดับ (กระทรวง/เขตสุขภาพ/จังหวัด) ๒. ภาควิชาต่างๆ - ในกระทรวงสาธารณสุข : สถานพยาบาลทุกระดับ - นอกกระทรวงสาธารณสุข : มหาตไทย กลาโหม องค์กรต่างๆ (พอ.สว. , ก๊าซ, โรตารี, ไล้ออน - ภาคประชาชน : สมัชชาสุขภาพ

มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
		๕. ผลักดัน ความก้าวหน้า (Career path) ค่าตอบแทน , แรงจูงใจแก่ พยาบาลจักษุ อบรมเพิ่มพูน ทักษะแก่บุคลากร สาธารณสุขด้าน การคัดกรองทาง ตา การผ่าตัดทาง ตา การใช้ โปรแกรมบันทึก และรายงานผล (Vision๒๐๒๐ , HDC) ๗. ร่วมกับเขต สุขภาพจัดทำ หลักสูตรทางจักษุ ที่สอดคล้องกับ ปัญหา ความ ต้องการของพื้นที่ ๘. อบรมเพิ่ม ศักยภาพแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไปใน การดูแลรักษา ส่ง ต่อ ผู้ป่วยทางจักษุ เบื้องต้น				

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	๐.๗ : ๑๐๐					
ตัวชี้วัด (KPI)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (๐.๗ : ๑๐๐)					
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	ที่สิ้นปี ๒๕๕๙ ประเทศไทยมีจำนวน actual brain death organ donor = ๒๒๐ ราย คิดเป็น ๓.๔ ราย ต่อ ล้านประชากร					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>๑. ขยายศูนย์รับ บริจาคอวัยวะ ครอบคลุม รพ. ระดับ A,S</p> <p>๒. ขยายศูนย์รับ บริจาคดวงตา ครอบคลุม รพ. ระดับ A,S ๑๐๐%</p> <p>๓. ขยายศูนย์ ปลูกถ่ายไต ครอบคลุม ๑๑/๑๓ เขต</p> <p>๔. พัฒนาระบบ regional harvesting team ประจำ เขต</p> <p>๕. มีศูนย์ปลูก ถ่ายกระจกตา ทุกเขต</p>	<p>๑. เปิดอบรม หลักสูตรเฉพาะทาง TC Nurse</p> <p>๒. พัฒนา career path TC</p> <p>๓. อบรมทีม regional harvesting team</p> <p>๔. อบรมเครือข่าย บริการรับบริจาค อวัยวะ ๔ ภาค (ปีละ ๒ ภาค) • อบรม หลักสูตรนานาชาติ การบริจาคอวัยวะ ครั้งที่ ๔ (The ๔th TPM Intermediate Training Course in Transplant Coordination)</p> <p>๕. อบรมทีมรับ บริจาคและจัดเก็บ ดวงตา</p> <p>๖. พัฒนาแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการ ปลูกถ่ายกระจกตา</p>	<p>๑. พัฒนา ฐานข้อมูลการ บริจาคและปลูก ถ่ายอวัยวะ ร่วมกับ ภาคีเครือข่าย (ศูนย์ รับบริจาคอวัยวะ และ ศูนย์ดวงตา สภากาชาดไทย, สมาคมปลูกถ่าย อวัยวะฯ, ราช วิทยาลัยจักษุฯ, vision ๒๐๒๐)</p> <p>๒. ทำแผน ประชาสัมพันธ์ และ ผลิตสื่อเพื่อ ประชาสัมพันธ์ และ ทำความเข้าใจเรื่อง สมองตาย และ การ บริจาคอวัยวะ สำหรับประชาชน</p>	<p>๑. Donor center : ยา DDAVP, เครื่องวัด end tidal CO๒</p> <p>๒. Kidney transplant center : เครื่องมือผ่าตัด ปลูกถ่ายไต, lab ตรวจระดับยากด ภูมิคุ้มกัน, isolation room</p> <p>๓. Corneal transplant center : ชุดผ่าตัด Simple Penetrating Keratoplasty</p>	<p>๑. ผลักดันระเบียบ ค่าเวร on call แก่ ทีม TC และทีม ผ่าตัด</p> <p>๒. จัดทำแนวทาง สนับสนุน ค่าตอบแทน ค่า เดินทางของ organ harvesting team/ค่าขนส่ง organ</p> <p>๓. การทำประกัน อุบัติเหตุให้กับ organ harvesting team</p> <p>๔. จัดทำแนวทาง ลดความเหลื่อมล้ำ ด้านค่าชดเชยการ ปลูกถ่ายอวัยวะ ระหว่างกองทุน ต่างๆ</p> <p>๕. ปรับปรุง ค่าชดเชยบริการ ให้เหมาะสมกับ ค่าใช้จ่ายจริง</p>	<p>๑. สร้างความ ชัดเจนด้าน กฎหมายระเบียบ และจริยธรรมที่ เกี่ยวข้องกับการ วินิจฉัยภาวะสมอง ตาย และ การ บริจาคอวัยวะ</p> <p>๒. การปรับปรุง ระเบียบข้อบังคับ เกี่ยวกับการขนส่ง อวัยวะ</p> <p>๓. การทำ brain death audit</p>

โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด						
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๗๐					
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๙๐ ของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (๓ month remission rate)					
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน /baseline	การดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการนำผู้เสพ/ผู้ติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑๒๗,๐๒๓ ราย ซึ่งผู้เสพ/ผู้ติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเพียงร้อยละ ๗๐ สถานพยาบาลยาเสพติดระบบสมัครใจที่ได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) เท่ากับ ร้อยละ ๗๐.๒๗ และสถานพยาบาลยาเสพติดระบบบังคับบำบัดที่ได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) เท่ากับ ร้อยละ ๙๒					
มาตรการ (๖ building Block)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>๑. พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการบำบัด รักษา ยา และสารเสพติด ทุกเครือข่าย ให้มีประสิทธิภาพ แนวทางเดียวกัน</p> <p>๒. ตรวจสอบ อนุญาต จัดตั้งสถานพยาบาล บำบัดรักษา ยาเสพติด ติดตาม คุณภาพ การบำบัดรักษาผู้ติด ยาเสพติดให้ เป็นไปตาม มาตรฐาน HA ยาเสพติด</p> <p>๓. ติดตามผล การบำบัดรักษา โดยจัดประชุม วิชาการ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ การฝึกอบรม และ เยี่ยมสำรวจ</p>	<p>๑. ฝึกอบรมระยะสั้น หลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติด สำหรับแพทย์ และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติดให้ครอบคลุม โรงพยาบาลทุก ระดับตาม service plan</p> <p>๒. ฟื้นฟูวิชาการ FAST Model / CBT / MI / BA/BI /Matrix Program แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน</p> <p>๓. ถ่ายทอดความรู้ Harm reduction Methadone maintenance</p>	<p>๑. การจัดเก็บ ข้อมูลผู้ผ่านการอบรมในระบบ ฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์</p> <p>๒. การบูรณาการข้อมูลด้านการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดของประเทศ เป็นฐานเดียวกัน (บสต.)</p>	<p>๑. ชุดตรวจ ปัสสาวะหาสารเสพติดในร่างกาย</p> <p>๒. ยาและเวชภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อการให้บริการ บำบัดรักษา เช่น ยารักษาอาการทางจิต ยาทดแทน การเสพติด ได้แก่ Methadone Nicotin replacement</p> <p>๓. คู่มือเกณฑ์ มาตรฐานการ พัฒนาและรับรอง คุณภาพสถาน บำบัดฟื้นฟู</p> <p>๔. คู่มือการดูแล ผู้ป่วยเสพติด เช่น Matrix program คู่มือ MI ฯ</p> <p>๕. แผ่นพับ/ ซีดี</p>	<p>๑. จัดทำแผน ด้านการเงิน สำหรับ การบำบัดรักษา การจัดทำคู่มือ วัสดุ อุปกรณ์ทาง การแพทย์ และการพัฒนา บุคลากร</p>	<p>๑. ร่วมร่างประมวล กฎหมายยาเสพติด ระดับชาติ</p> <p>๒. ผลักดันให้มีการ จัดโครงสร้างบุคลากร ด้านการบำบัดรักษาเสพติดในสถานพยาบาลทุก ระดับ</p> <p>๓. แต่งตั้งคณะกรรมการ Service Planระดับเขต ระดับจังหวัด</p> <p>๔. กำกับ ดูแล มาตรฐานการ บำบัดรักษา ยาเสพติด</p> <p>๕. กำกับดูแลการบูรณาการความร่วมมือกับ หน่วยบำบัดในพื้นที่</p> <p>๖. สนับสนุนการ ปรับปรุงที่พักและ สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม กับการดูแลผู้ป่วยเสพติด</p> <p>๗. ติดตามผลการ ดำเนินงานตามไตรมาส</p>

มาตรการ (๖ building Block)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
		<p>๔. ประชุมเชิงปฏิบัติกรทีมผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor) ด้านพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานบำบัดฟื้นฟูทุกระบบทั่วประเทศ</p> <p>๕. ประชุมเชิงปฏิบัติกรเพื่อให้ความรู้และประเมินการดำเนินงานตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานให้การรับรองคุณภาพสถานบำบัดฟื้นฟูทุกระบบทั่วประเทศ และนำเสนอข้อมูลของสถานบำบัดฟื้นฟู เพื่อรับรองคุณภาพ</p> <p>๖. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การรายงานผลการดำเนินงานในระบบ บสต.</p> <p>๗. ผลิตและประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์</p> <p>๘. พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างผลงานวิจัยสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยา</p>				

โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)						
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	มีรูปแบบในระยะเริ่มต้นสำหรับกลุ่มผู้ป่วย post-acute stroke และ post-brain and spinal cord injury คู่มือเพื่อการวางแผนและดำเนินงานในพื้นที่ คู่มือและการสนับสนุนด้านวิชาการ แผนการวิจัยและการติดตามประเมินผล และเริ่มมีการดำเนินงานสามารถขยายขอบเขตการบริการ และตอบสนองความต้องการของพื้นที่และบรรลุวัตถุประสงค์สำคัญ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐					
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๑๐ ของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง					
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline	ไม่มีข้อมูลระดับประเทศแต่มีข้อมูลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จาก models เช่น สระบุรี สงขลา ลพบุรี เป็นต้น					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. Intensive Rehabilitation, การฝึกกลืน, สมรรถนะปอด ๒. Comprehensive Geriatric Assessment ในผู้สูงอายุและแก้ไขปัญหาตามผลประเมิน ๓. พื้นฟูสมรรถนะโดยรวมเพื่อ ADL ๔. ให้องค์ความรู้และทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ ๕. มีแผนการดูแลระยะกลางและแผนจำหน่ายแบบองค์รวมเพื่อเชื่อมโยงสู่ระบบการดูแลที่เกี่ยวข้องในชุมชน	๑. จัดให้มีหรือพัฒนาระบบสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่ดำเนินการมีบุคลากรตามคู่มือดำเนินงาน ๒. บุคลากรเข้ารับการอบรม	๑. มีแผนการดูแลและแผนการจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน	๑. จัดให้มีหรือพัฒนาระบบสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่ดำเนินการมียา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ตามคู่มือการดำเนินงาน	๑. บูรณาการการใช้งบประมาณโดยกลไกร่วมระหว่าง สธ. และกองทุน รวมถึงกลไกเขตและจังหวัด	๑. คณะกรรมการพัฒนาระบบ (service plan) และกรรมการแพทย์ทำงานร่วมกัน โดยมีคณะกรรมการ service plan เป็นกลไกหลัก ๒. จังหวัดและเขตจัดทำและพัฒนาแผนปฏิบัติการตามบริบทพื้นที่โดยใช้กลไกเขตและจังหวัดในการบริหารจัดการ

โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery						
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ ๑๕					
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๑๕ ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery					
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	<p>๑. อังกฤษผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก ๓๔% เป็น ๖๕% อเมริกาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก>๖๐% ค.ศ.๒๐๑๖ จะเพิ่มขึ้นถึง ๗๕% ประเทศไทยมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้สาเหตุสำคัญคือการขาดเตียงรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันระหว่างการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกกับแบบผู้ป่วยใน</p> <p>๒. ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า One day surgery มีความสำคัญ คือผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และกลับไปทำงานหารายได้จนเจ็ครอบครัวยุติได้เร็ว ลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระเศรษฐกิจประเทศชาติในการรักษาพยาบาลลงมา</p> <p>๓. ผู้ป่วยที่หาที่พักรวันนอนเฉลี่ย ๓ วัน , ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ ๗,๕๐๐ บาท</p>					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>ผ่าตัดแบบ ODS จำนวน ๑๒ โรค ได้แก่</p> <p>๑. Inguinal hernia , Femoral hernia</p> <p>๒. Hydrocele</p> <p>๓. Hemorrhoid</p> <p>๔. Vaginal bleeding</p> <p>๕. Esophagogastric varices</p> <p>๖. Esophageal stricture</p> <p>๗. Esophagogastric cancer with obstruction</p> <p>๘. Colorectal polyp</p> <p>๙. Common bile duct stone</p> <p>๑๐. Pancreatic duct stone</p> <p>๑๑. Bile duct stricture</p> <p>๑๒. Pancreatic duct stricture</p>	<p>๑. เขตสำรวจ ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาล ที่เกี่ยวข้องใน การทำ ODS เพื่อหา GAP และวางแผนการพัฒนา</p> <p>๒. กำหนด อัตรากำลังและ จัดหลักสูตรการ พัฒนาคณาจารย์ ตามข้อมูลการสำรวจ</p>	<p>๑. เชื่อมโยง การรายงาน การให้บริการ ODS กับระบบ รายงานของ กระทรวง สาธารณสุข กองทุน สุขภาพ และ รายงานความเสี่ยงของ โรงพยาบาล (ระบบ HDC , ระบบ E-cliam และ ระบบ Risk Manament ในโรงพยาบาล)</p>	<p>๑. จัดทำเกณฑ์ ประเมินศักยภาพ โรงพยาบาลที่สามารถให้บริการ ผ่าตัดแบบวันเดียว (One day Surgery) โดย กำหนดมาตรฐาน รายการเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่ จำเป็นในการ ให้บริการ ODS ๑๒ โรค</p>	<p>พัฒนาระบบการ เบิกจ่ายค่า รักษาพยาบาลการ บริการผ่าตัดแบบ วันเดียว (One day Surgery) same price IPD = OPD ครอบคลุมทุกโรค ที่สามารถทำ ODS ให้ครอบคลุมทุก หัตถการ โดยใน ระยะแรกเริ่ม ๑๒ โรค</p>	<p>๑ .ปรับมาตรการการ เบิกจ่ายให้เหมาะสม</p> <p>๒. จัดตั้ง One day Surgery Unit ที่ได้ มาตรฐาน ดำเนินงาน ตามคู่มือการดำเนินงาน (Patient Selection Criteria Guideline for Patient safty) ใน โรงพยาบาลระดับ A อย่างน้อย ๑ แห่ง/ และ โรงพยาบาลระดับเขต S , M๑ ที่มีความพร้อม อย่างน้อย ๑ แห่ง/เขต</p>

มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
						<p>๓. สร้างความรู้ความ เข้าใจกับบุคลากร ทางการแพทย์ที่ เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียม ระบบการบริหารจัดการ และการให้บริการใน โรงพยาบาลตั้งแต่ช่วง เตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับ บริการในโรงพยาบาล ช่วงเข้ารับบริการ และ ช่วงกลับบ้านเชื่อมโยง กับทีมหมอครอบครัว</p> <p>๔. สร้างความรู้ความ เข้าใจประโยชน์การ ให้บริการแบบOne day Surgery แก่ประชาชน ผ่านช่องทางต่างๆ</p>

โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery						
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ ๑๐					
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๑๐ ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery					
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	<p>๑. ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า การรักษาแบบการผ่าตัดที่มีการทำลายเนื้อเยื่อน้อย Minimally Invasive Surgery (MIS) มีความสำคัญ คือประสิทธิภาพการรักษาเท่ากับหรือดีกว่าการรักษาแบบดั้งเดิม (conventional open surgery) แต่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและอยู่ใน รพ. ในระยะเวลาที่สั้นกว่าเดิม ๒ - ๕ วัน</p> <p>๒. ผู้ป่วยที่ผ่าตัดขึ้นเนื้อม้ามใน รพ. เพียง ๑ - ๓ วัน เท่านั้น โดยปกติ รพ. มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงถึง ๗,๕๐๐ บาท/วัน</p>					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>ผ่าตัดแบบ MIS จำนวน ๕ โรค ได้แก่</p> <p>๑. Symptomatic gallstone/ cholecystitis</p> <p>๒. Colorectal cancerLumbar disc herniation</p> <p>๓. ACL injury</p> <p>๔. Myoma uteri</p> <p>๕. Ovarian cyst</p>	<p>๑. เขตสำรวจ ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาล ที่เกี่ยวข้องใน การทำ MIS เพื่อ หา GAP และ วางแผนการ พัฒนา</p> <p>๒. กำหนดอัตรา กำลังและจัด หลักสูตรการ พัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับ การพัฒนา Minimal Invasive Unit</p>	<p>๑. เชื่อมโยง การรายงานการ ให้บริการMIS กับระบบ รายงานของ กระทรวง สาธารณสุข กองทุนสุขภาพ และรายงาน ความเสี่ยงของ โรงพยาบาล (ระบบ HDC)</p> <p>๒. ระบบ E-cliam</p> <p>๓. Risk Managment ในโรงพยาบาล)</p>	<p>๑. จัดทำเกณฑ์ ประเมินศักยภาพ โรงพยาบาลที่ สามารถให้บริการ ผ่าตัดที่มีการทำลาย เนื้อเยื่อน้อย (Minimal Invasive Surgery) โดย กำหนดมาตรฐาน รายการเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่ จำเป็นในการ ให้บริการ MIS ๕ โรค</p>	<p>๑. รวบรวม และ วิเคราะห์ข้อมูล ต้นทุน reimbursement รายหักถดถอย MIS จากหน่วยบริการ ที่เกี่ยวข้อง และ ประชุมข้อตกลง Reimbursement ที่เหมาะสมกับ สปสช.</p>	<p>๑. ปรับปรุงการการ เบิกจ่ายให้เหมาะสม</p> <p>๒. จัดตั้ง Minimal Invasive Unit ที่ได้ มาตรฐาน</p> <p>๓. สร้างความรู้ความ เข้าใจกับบุคลากร ทางการแพทย์ที่ เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียม ระบบการบริหาร จัดการ และการให้ บริการในโรงพยาบาล ตั้งแต่ช่วงเตรียมผู้ป่วย ก่อนเข้ารับบริการใน โรงพยาบาล ช่วงเข้ารับ บริการ และช่วงกลับ บ้านเชื่อมโยงกับทีม หมอครอบครัว</p> <p>๔. สร้างความรู้ความ เข้าใจประโยชน์การ ให้บริการแบบMinimal Invasive Surgery แก่ ประชาชนผ่านช่องทาง ต่างๆ</p>

แผนงานที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ						
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	๑. เพิ่มการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๒. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพ มาตรฐาน					
ตัวชี้วัด (KPI)	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒					
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	๑. ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดย EMS = ๒๔.๖๔ ๒. ภาวะผู้ป่วยล้นในท้องฉุกเฉิน ๓๕ ล้านครั้ง/ปี (> ๕๐% ไม่ฉุกเฉิน) ๓. ร้อยละ ๖๐-๗๐ ของ Adverse Event ในท้องฉุกเฉินป้องกันได้ ๔. ขาดแพทย์ EP ๑๔๒๐, ENP ๒๐๖๐, Paramedic ๕๗๓ ๕. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F๒ ที่มี ECS คุณภาพ = ๘๑.๖๗% (ข้อมูล ๓ เขต) ๖. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่า PS > ๐.๗๕ = ๐.๓๘ % (ข้อมูล ๓ เขต) ๗. RTI Death = ๑๘.๓๙:๑๐๐๐๐๐ ประชากร					
มาตรการ (๖Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. ER คุณภาพ - National Triage - Fasttrack (STEMI, Stroke, Trauma, Sepsis, Newborn, OHCA) - Resuscitation - Mass Casualty - ER Safety Goals ๒. TEA Unit ร้อยละ ๘๐ โรงพยาบาล M๑, S, A ๓. การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล ๔. RTI Prevention	๑. เพิ่มอัตราการผลิต EP ๕๐ คน ๒. เพิ่มอัตราการผลิต EN/ENP ๖๐ คน ๓. อบรมหลักสูตร CLS, MERT, TEA unit , Emergency Department Management, Hospital Preparedness for Emergencies (HOPE) ๔. เพิ่มการจําารรักษา	๑. มาตรฐานข้อมูลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care Data Set) ๒. บูรณาการโปรแกรม IS, PHER, ITEMS, HIS ๓. พัฒนาระบบ AOC ๔. พัฒนาระบบ Telemedicine ๕. ระบบรายงานข้อมูลและตัวชี้วัด ECS	๑. จัดทำเกณฑ์มาตรฐานเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลแต่ละระดับ	๑. UCEP ๒. Essential Package ๓. จัดทำ Valuebased Payment	๑. UCEP ๒. พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน ๓. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด ๔. Primary Emergency Care ๕. ๔-hour Target policy ๖. ER Safety Goals ทั้ง Patient and Personnel ๗. สร้างความรอบรู้สุขภาพด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินในประชาชน

แผนงานที่ ๔ การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ

โครงการเฉลิมพระเกียรติ						
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	๑. เพื่อเร่งรัดการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทให้มากกว่าร้อยละ ๙๐ ๒. เพื่อเร่งรัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ					
ตัวชี้วัด (KPI)	อัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๘๕)					
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline	ความสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคสะท้อนคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข และควบคุมวัณโรคโดย ตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และป้องกันเชื้อวัณโรคคือยา ปัจจุบันอัตราการความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของประเทศไทยต่ำ เพียงร้อยละ ๘๐ ซึ่งไม่สูงพอที่จะลดปัญหาวัณโรคที่เป้าหมายร้อยละ ๙๐ เนื่องจากปัจจัยสำคัญ ๓ ประการ คือ (๑) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาสูง (๒) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (๓) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี ๒๕๕๘ = ๗๙.๕% ปี ๒๕๕๙ (cohort ๑ = ๘๐.๓% , cohort ๒ = ๗๘.๒% , cohort ๓ = ๗๖.๗%) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี ๒๕๕๘ = ๘.๐% ปี ๒๕๕๙ (cohort ๑ = ๘.๒% , cohort ๒ = ๘.๓% , cohort ๓ = ๗.๔%) อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี ๒๕๕๘ = ๔.๘% ปี ๒๕๕๙ (cohort ๑ = ๔.๙% , cohort ๒ = ๔.๗% , cohort ๓ = ๔.๕%)					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. ลดความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยในกลุ่มเสี่ยง ๒. พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง ๓. ดูแลรักษาผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT)/ผู้จัดการประจำตัว (TB case manager) ๔. ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายในพื้นที่ ร่วมกับ Primary Care Cluster, District Health Board ,Family Care Team	๑. จัดให้มีทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในพื้นที่ในการดูแลติดตามผู้ป่วยขาดยาให้กินยาต่อเนื่อง	๑. พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล และระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค ๒. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) - ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค			

โครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ						
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	๑. การลดหรือป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ๒. หน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ./รพท.) สามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาพื้นที่พิเศษ					
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาพื้นที่พิเศษตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๕๐)					
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline	<p>รัฐบาลมีนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ส่งเสริมการค้าและการลงทุน และเตรียมพร้อมรองรับการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community : AEC) โดยประกาศให้จังหวัดตาก สระแก้ว ตราด มุกดาหาร สงขลา เชียงราย หนองคาย นครพนม กาญจนบุรี และนครราชสีมา รวม ๑๐ จังหวัด เป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ซึ่งผลของการพัฒนาคาดว่าจะมีการเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาตินำเข้าเพิ่มขึ้นในภาคอุตสาหกรรมและวิสาหกิจชุมชน ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพจากโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในภาคอุตสาหกรรม และปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>จากการที่กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอประเด็นเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙ โดยการประชุมคณะกรรมการบริหารการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ (คพพ.) เมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๙ ได้กำหนดให้จังหวัดระยอง ชลบุรี และฉะเชิงเทรา เป็น ๓ จังหวัดนำร่องในการพัฒนาเขตเศรษฐกิจบริเวณชายฝั่งภาคตะวันออก (Eastern seaboard) ซึ่งจะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากหากมีการก่อสร้างโรงงานโดยที่ไม่มีการวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ก็จะส่งผลให้ประชาชน เกิดโรคและภัยจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ดังจะเห็นได้จากกรณีผลกระทบจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในพื้นที่เขตอุตสาหกรรม เช่น กรณีปัญหาผลกระทบจากเหมืองทองคำ กรณีปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพในพื้นที่จังหวัดระยอง และกรณีปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากโรงไฟฟ้าต่างๆ ซึ่งผลกระทบจากกรณีดังกล่าวล้วนแล้วแต่ขาดข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขปัญหาหลังจากเกิดผลกระทบขึ้นแล้ว รวมถึงแรงงานต่างด้าว แรงงานทางทะเล และพื้นที่เกาะต่างๆ</p>					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. การจัดการพัฒนาหน่วยบริการทุกระดับ เช่น รพศ./รพท. จัดบริการอาชีวอนามัยฯ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. การจัดการพัฒนาหน่วยบริการทุกระดับ เช่น รพช. อย่างน้อย ร้อยละ ๕๐	๑. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขตามหลักสูตร อย่าน้อยจำนวน ๓ หลักสูตร	๑. จำนวนจังหวัดที่สามารถดำเนินการ Env.Occ. Health Profile จำนวน ๑๓ จังหวัด ๒. พัฒนาการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงพิเศษ	๑. มีหน่วยงานหลักในการสนับสนุนการตรวจเพื่อการเฝ้าระวัง ด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่เป็นมาตรฐาน (ตรวจสิ่งแวดล้อม ทุกสคร, สสจ.)	๑. การจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อสนับสนุนการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	๑. มีคณะกรรมการ/อนุกรรมการด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับอำเภอ และจังหวัด ครอบคลุมแห่ง ๒. มีการพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมี/รังสี จำนวน ๑๓ จังหวัด

มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	<p>๓. การจัดการพัฒนา หน่วยบริการทุกระดับ เช่น รพ.สต. อย่าง น้อย ร้อยละ ๒๕</p> <p>๔. สนับสนุนองค์ ความรู้การจัดการบริการ อาชีวอนามัยฯ ให้ หน่วยบริการ ภาคเอกชน อย่างน้อย จังหวัดละ ๑ แห่ง</p>		<p>๓. การพัฒนาชุด ข้อมูลสำหรับการ เฝ้าระวังฯ Env.- Occ.๔.๐ (mapping, GIS)</p>	<p>๒. จำนวน ห้องปฏิบัติการ อาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ที่ สามารถวิเคราะห์ ตัวอย่างได้ตาม มาตรฐานที่กำหนด (ภาคละ ๑ แห่ง)</p>		<p>๓. มีกระบวนการ ติดตาม ประเมินผลการ ดำเนินงานอย่าง เป็นระบบ ต่อเนื่อง</p>

แผนงานที่ ๕ อุตสาหกรรมทางการแพทย์

โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์						
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑					
เป้าหมาย (Goal)	ทุกเขตสุขภาพมีจังหวัดเมืองสมุนไพร โดยเพิ่มขึ้นจาก ๔ จังหวัดเมืองสมุนไพรนำร่อง (เชียงราย ปราจีนบุรี สกลนคร สุราษฎร์ธานี) อีก ๙ จังหวัด รวมทั้งสิ้น ๑๓ จังหวัด					
ตัวชี้วัด (KPI)	จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด (๑๒ เขตสุขภาพ ๑๓ จังหวัด)					
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ Baseline :	เมืองสมุนไพร เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๙ ถึงปัจจุบัน โดยดำเนินการนำร่อง ๔ จังหวัด ครอบคลุม ๔ ภาค ๔ เขตสุขภาพ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดสกลนคร และจังหวัดสุราษฎร์ธานี เมืองสมุนไพรปี ๒๕๖๑ ขยายจากปี ๒๕๖๐ ใน ๔ จังหวัดนำร่อง ได้แก่ เชียงราย ปราจีนบุรี สกลนคร และสุราษฎร์ธานี เพิ่มอีก ๙ จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก อุทัยธานี สระบุรี นครปฐม จันทบุรี มหาสารคาม สุรินทร์ อำนาจเจริญ และสงขลา รวมทั้งสิ้น ๑๓ จังหวัด ใน ๑๒ เขตสุขภาพ					
มาตรการ (๖ Building Blocks)	๑. Service Delivery	๒. Health Workforce	๓. IT	๔. Drugs & Equipments	๕. Financing	๖. Governance
	๑. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง ปลายทาง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอาศัยกลไกประชารัฐภายใต้ ๔ มาตรการ ๒. ศึกษาความต้องการวัดคุณภาพสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในพื้นที่จังหวัดเมืองสมุนไพร	๑. พัฒนาบุคลากรผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเมืองสมุนไพรด้านการจัดทำแผนธุรกิจ (Business plan)	๑. พัฒนาระบบข้อมูลผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด ๒. พัฒนาระบบข้อมูลกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพรในจังหวัดและขึ้นทะเบียนเกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรที่มีพื้นที่การปลูกตั้งแต่ ๑๐๐ ตารางวาขึ้นไป	๑. พัฒนามาตรฐานโรงงานแปรรูปและผลิตยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่ได้มาตรฐาน GMP เพื่อรองรับการผลิตยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้คุณภาพมาตรฐาน	๑. งบประมาณขับเคลื่อนโครงการเมืองสมุนไพรและ ๒. งบประมาณภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดสรร ๓. งบประมาณเพื่อการพัฒนาพื้นที่ระดับภาค	๑. คณะกรรมการบูรณาการเมืองสมุนไพรระดับจังหวัด ๒. สร้างความเข้มแข็งให้กลุ่มแกนนำด้านสมุนไพรของจังหวัด

**วัตถุประสงค์ :**

เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายที่เหมาะสม เป็นธรรมและทั่วถึง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

เป้าหมายการพัฒนา :

- ๑) วางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับรอบความต้องการอัตรากำลังคนของประเทศ
- ๒) กระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบทให้มีความสมดุลกัน
- ๓) ดำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

แผนงาน :

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด :

- ๑) หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
- ๒) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕
- ๓) ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :

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

โครงการและตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ :

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (๓ โครงการ ๖ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	
๑. โครงการผลิตและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	๑) ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ๒) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
๒. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง แห่งความสุข	๑) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ๒) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate) ๓) ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ
๓. โครงการพัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้านสุขภาพ	๑) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่ กำหนด

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ			
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑		
เป้าหมาย (Goal)	เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๔ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ ๒. ร้อยละ ๘๕ ของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด		
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline			
มาตรการ	๑. Individual (Intrapersonal + Interpersonal)	๒. Community/Organization	๓. Policy
	๑. สร้างความเข้าใจในแนวทางการจัดทำแผนผลิตและพัฒนากำลังคน ๒. สร้างแรงบันดาลใจให้เรียนวิชาชีพและสาขาขาดแคลน ๓. สร้างค่านิยม สร้างอุดมการณ์	๑. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน ๒. พัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาครัฐ ด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน ๓. พัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาคีภาครัฐ ท้องถิ่นและเอกชนเพิ่มการผลิตและพัฒนากำลังคน (Business partner Program) ๔. ปรับปรุงระบบการทำงานมาตรฐานในองค์กรให้เอื้อต่อวิชาชีพสาขาขาดแคลน	๑. มีระบบข้อมูลความเชี่ยวชาญของบุคลากรสุขภาพเพื่อการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ๒. ปรับค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ในข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ๓. มีระบบข้อมูลกำลังคนเพื่อพยากรณ์และวางแผนงบประมาณในการผลิตและพัฒนากำลังคน
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สถาบันพระบรมราชชนก	สถาบันพระบรมราชชนก/กรมต่างๆ	กองบริหารทรัพยากรบุคคล สป./สถาบันพระบรมราชชนก/กรมต่างๆ

โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข			
ระยะ ดำเนินการ			
เป้าหมาย (Goal)	บุคลากรด้านสาธารณสุข ได้รับการส่งเสริมให้มีระบบและสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี ด้วยกระบวนการในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อธำรงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในทุกระดับ ทุกสายงาน ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละ ๖๐ ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ๒. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ ๓. ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐		
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	๑. บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าตอบแบบสำรวจ Happinometer คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๘๔ และส่วนราชการที่นำดัชนีความสุขของคนทำงาน Happinometer ไปใช้ในการประเมินฯ คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๓๑ ๒. อัตราการสูญเสีย ลดลงคิดเป็นร้อยละ ๑.๔๗ ๓. จำนวนบุคลากรสาธารณสุข (แพทย์) /ประชากร คิดเป็นสัดส่วน ๓.๙/๑๐,๐๐๐ (เทียบค่ามาตรฐาน ที่มา World Health Statistics, ๒๐๑๕)		
มาตรการ	๑. Individual (Intrapersonal + Interpersonal)	๒. Community/Organization	๓. Policy
	๑. เสริมสร้างความก้าวหน้าในสายอาชีพ	๑. พัฒนารฐานข้อมูลกำลังคนระดับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) ๒. พัฒนาคุณภาพของข้อมูลการสูญเสียบุคลากรสาธารณสุขในระดับหน่วยงาน ๓. การบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงานของหน่วยงาน ๔. พัฒนาหน่วยงานสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข	๑. พัฒนากลไกการขับเคลื่อนและการบริหารจัดการกำลังคน
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง			

โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ			
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑		
เป้าหมาย (Goal)	๑. อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว (๕๐๐,๐๐๐ คน) ๒. ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด		
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๕๕ ของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด		
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ มีการดำเนินงาน อสค. (อาสาสมัครประจำครอบครัว) โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วย CKD LTC และ NCDs จำนวน ๕๕๓,๔๐๑ คน (ข้อมูลจาก http://fv.phc.hss.moph.go.th/ ณ วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๐) ผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๐ มีจำนวนครอบครัวที่ได้รับการประเมินศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน ๒๑๖,๒๙๘ ครอบครัว ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๓.๓๘ (เป้าหมายร้อยละ ๕๐) (ข้อมูลจาก http://fv.phc.hss.moph.go.th/frame.php# ณ วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๐)		
มาตรการ	๑. Individual (Intrapersonal + Interpersonal)	๒. Community/Organization	๓. Policy
	๑. เตรียมความพร้อมด้านความรู้ความเข้าใจบุคลากรทุกระดับ เอกสาร และทรัพยากร การบริหารจัดการ	๑. สนับสนุนหนังสือหลักสูตร คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และแบบประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดและแบบประเมินคุณภาพ อสค. ระดับพื้นที่ ๗๖ จังหวัด และ กทม. ๑.๑ สนับสนุนงบประมาณ - ในการพัฒนาศักยภาพ อสค./ติดตามประเมินผลในระดับจังหวัด - ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน อสค. ในระดับ เขต - ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว เป็นฐานสู่เศรษฐกิจสร้างสรรค์ ปัญญาประดิษฐ์ (Innovation) ๑.๒ พัฒนารูปแบบการสื่อสาร การเรียนรู้ และสื่อประกอบการดำเนินงานที่เหมาะสม ๒. พัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่ายภาครัฐ/สถานศึกษา (นักเรียน นักศึกษา)/เอกชน และกลุ่มผู้สนใจทั่วไปในการเข้าสู่ระบบ อสค. ที่เข้าถึงง่าย โดยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	๑. สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข คือ ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) แผนที่ ๑๑ โครงการที่ ๔ ๒. สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้แก่ ข้อ ๕ ๓. สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ในยุทธศาสตร์ ๑

มาตรการ	๑. Individual (Intrapersonal + Interpersonal)	๒. Community/Organization	๓. Policy
		<p>๓. พัฒนาโปรแกรมเพื่อหนุนเสริมการรองรับการดำเนินงาน อสค. เช่น</p> <p>๓.๑ การขึ้นทะเบียนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ผ่านระบบฐานข้อมูล www.thaiphc.net</p> <p>๓.๒ เว็บไซต์ ข้อมูลข่าวสารกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อ อสค.</p> <p>๓.๓ การประเมินผลการดำเนินงานผ่านระบบ www.thaiphc.net</p> <p>๓.๔. สื่อออนไลน์</p> <p>๓.๕. โปรแกรมพิมพ์ใบประกาศนียบัตรคู่มืออาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อสค.) และบัตรประจำตัว อสค.</p> <p>๔. M&E</p>	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง			

**วัตถุประสงค์ :**

เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงและยั่งยืน ด้วยการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบบริหารจัดการที่โปร่งใสเป็นธรรม ตรวจสอบได้

เป้าหมายการพัฒนา :

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

แผนงาน :

- แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
- แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ ๓ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- แผนงานที่ ๔ การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ ๕ การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด :

- ๑) ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการ ร้อยละ ๖๐
- ๒) รพศ./รพท./รพ. สังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค, กรมสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๐๐ และ รพช. ร้อยละ ๘๐ ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓
- ๓) รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดวง ร้อยละ ๒๕
- ๔) หน่วยบริการสามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ ร้อยละ ๖๐
- ๕) โรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๖)
- ๖) หน่วยงานนำผลงานวิจัย/R๒R นำไปใช้ประโยชน์ร้อยละ ๒๕
- ๗) 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)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (๒ โครงการ ๖ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	
๑. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง	๑) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ๒) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม ๓) ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๑) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ๓) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว
แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (๒ โครงการ ๓ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	
๑. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)	๑) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
๒. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)	๑) ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE)) ๒) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)

แผนงาน/โครงการ		ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)
แผนงานที่ ๓ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (๒ โครงการ ๔ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน	๑) รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ ๓ ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme) ๒) กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ ๓) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
๒. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๑) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	
แผนงานที่ ๔ : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ (๑ โครงการ ๗ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์	๑) ร้อยละผลงานวิจัย/R&D ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ ๒) ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณทั้งหมด ๓) ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น ๔) ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน ๕) จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ๖) จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด ๗) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	
แผนงานที่ ๕ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนามาตรฐานกฎหมายด้านสุขภาพ	๑) ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้	

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง				
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑			
เป้าหมาย (Goal)	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และการบริหารความเสี่ยง			
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละ ๙๐ ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ๒. ร้อยละ ๒๐ ของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่มีโซเชีย วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม ๓. ร้อยละ ๘ ของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน			
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	กระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการ ๓ ป. ๑ ค. (ปลูกจิตสำนึก ป้องกันปราบปราม และสร้างเครือข่าย) ในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการประเมิน ITA) ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศ ๔ ด้าน และ ๑ ใน ๔ ด้าน คือ ระบบบริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance Excellence) บรรจุอยู่ในแผนงานที่ ๑๒ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส บรรจุอยู่ในประเด็นการตรวจราชการคณะที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ตัวชี้วัดที่ ๗๙ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๘๕) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เฉพาะแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ ซึ่งสอดคล้องกับกบมตติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๙ ที่เห็นชอบให้ทุกส่วนราชการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙)			
มาตรการ	๑. Access	๒. Coverage	๓. Quality	๔. Governance
	๑. อบรมการเผยแพร่ความรู้ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity & Transparency Assessment : ITA) ๒. เผยแพร่องค์ความรู้เรื่องการจัดวางระบบการควบคุมภายในบนเว็บไซต์กลุ่มตรวจสอบภายใน ๓. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบภายในและผู้รับผิดชอบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ ครั้ง	๑. ทุกส่วนราชการมีระบบการป้องกันการทุจริตโดยเครื่องมือ ITA ๒. ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (๙ กรม) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (๗๖ แห่ง) และโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข (๘๔๕ แห่ง)	๑. การประเมินตนเอง (Self-Assessment) ๒. ประเมินผลโดยผู้ตรวจสอบภายในประจำจังหวัด และผู้ตรวจสอบตรวจสอบภายในประจำส่วนราชการ	๑. ป้องกันการทุจริตในการบริหารราชการแผ่นดิน ผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ๒. ผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			

โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑			
เป้าหมาย (Goal)	<p>๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.ส่วนกลาง ระดับ ๕ ร้อยละ ๖๐ สสจ. ระดับ ๕ ร้อยละ ๖๐ และสสอ. ระดับ ๕ ร้อยละ ๒๐)</p> <p>๒. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ (ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาล ศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต และร้อยละ ๘๐ ในโรงพยาบาลชุมชน)</p> <p>๓. พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ</p>			
ตัวชี้วัด (KPI)	<p>๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.ส่วนกลาง ระดับ ๕ ร้อยละ ๖๐ สสจ. ระดับ ๕ ร้อยละ ๖๐ และสสอ. ระดับ ๕ ร้อยละ ๒๐)</p> <p>๒. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ (ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาล ศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต และร้อยละ ๘๐ ในโรงพยาบาลชุมชน)</p> <p>๓. ร้อยละ ๒๕ ของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว</p>			
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	<p>๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐรายหมวดจำนวน ๔ หมวด คือ ปี ๒๕๕๘ ได้รับรางวัล หมวด ๒ ด้านการวางแผนยุทธศาสตร์และการสื่อสารเพื่อนำไปปฏิบัติ ปี ๒๕๕๙ ได้รับรางวัล หมวด ๑ ด้านการนำองค์การและความรับผิดชอบต่อสังคม และปี ๒๕๖๐ ได้รับรางวัล หมวด ๔ ด้านการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานขององค์การและการจัดการความรู้ และหมวด ๖ ด้านกระบวนการคุณภาพและนวัตกรรม ในปี ๒๕๖๑ กำหนดแผนการดำเนินงานโดยขยายการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การไปสู่ สสจ. และสสอ. เพื่อบูรณาการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน</p> <p>๒. ปัจจุบันมีเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) หลายเกณฑ์ ซึ่งดำเนินการโดยหลายหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) เป็นเกณฑ์เดียวที่บูรณาการในกรอบการประเมินรูปแบบเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานบริการปฐมภูมิ</p>			
มาตรการ	๑. Access	๒. Coverage	๓. Quality	๔. Governance
	<p>๑. สร้างความตื่นตัวให้ทุกหน่วยงานทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. สนับสนุนทางวิชาการที่ดีสำหรับการพัฒนาคุณภาพ</p> <p>๓. สร้างความรู้และเจตคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน ทุกระดับ</p> <p>๔. สร้างระบบแรงจูงใจที่กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๕. สื่อสาร ชี้แจง ประชาสัมพันธ์ นโยบาย แนวทาง และแผนพัฒนาองค์กรคุณภาพ รพ.สต.ดีดดาว</p>	<p>๑. พัฒนาคณะทำงานทุกระดับ (ประเทศ เขต จังหวัด อำเภอ)</p>	<p>๑. สื่อสารและเรียนรู้ แลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ จัดทำแนวทางการกำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูล</p> <p>๑. ปรับปรุงเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว ปี ๒๕๖๑ ปรับเป็น ๓ ระดับ คือ ๓ ดาว ๔ ดาว และ ๕ ดาว</p> <p>๒. อบรม พัฒนาคณะทำงานทุกระดับ (ประเทศ เขต จังหวัด อำเภอ)</p> <p>๓. จัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ดีดดาว ปี ๒๕๖๑</p> <p>๔. พัฒนาระบบฐานข้อมูลปฐมภูมิ</p>	<p>๑. ปรับคณะทำงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ดีดดาว</p> <p>๒. รพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเอง (ยกเว้น รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ปี๒๕๖๐)</p> <p>๓. คณะทำงานระดับอำเภอ ประเมิน</p> <p>๔. คณะทำงานระดับจังหวัด ประเมิน</p> <p>๕. คณะทำงานระดับเขต ประเมิน เพื่อหาต้นแบบ</p>
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	รพ.สต.ทุกแห่ง สสอ. สสจ. เขตสุขภาพ และหน่วยงานส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข			

แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)				
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑			
เป้าหมาย (Goal)	ข้อมูลสุขภาพมีคุณภาพ ถูกต้อง			
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล ๑) ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ILL Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของการตายทั้งหมด ๒) ข้อมูลบริการสุขภาพ : คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมีความถูกต้องครบถ้วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐			
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline	ข้อมูลการตายของประเทศไทยจากฐานข้อมูลมหาดไทย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัด : ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ILL Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของการตายทั้งหมด ซึ่งภาพรวมของประเทศต้องมีจังหวัดที่ผ่านคิดเป็นร้อยละ ๒๕ พบว่า มี ๑๒ จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๘ (ข้อมูลรอบ ๙ เดือน) ข้อมูลบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค ผลคือ ร้อยละ ๒๑.๒๖ (ข้อมูลไตรมาส ๒)			
มาตรการ	๑. Access	๒. Coverage	๓. Quality	๔. Governance
	๑. มีข้อมูลการตายให้จังหวัดเข้าถึงข้อมูลได้ ๒. มีคู่มือการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัสโรคให้สามารถดาวน์โหลดได้	๑. ข้อมูลการตาย ๗๖ จังหวัด (ไม่รวม กทม.) ๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	<u>คุณภาพข้อมูลการตาย</u> ๑. อบรมแพทย์ใช้ทุนจบใหม่ เรื่องการให้สาเหตุการตาย ๒. อบรมฟื้นฟูนายทะเบียนสำหรับการบันทึกสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล ๓. พัฒนาคู่มือการสรุปสาเหตุการตาย ๔. จัดทำโปรแกรมแบบสัมภาระสำหรับนายทะเบียน <u>คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ</u> ๑. ให้ความรู้เรื่องการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัสโรค ๒. ลงพื้นที่นิเทศติดตามประเมินผล	๑. จัดตั้งทีมคุณภาพระดับอำเภอและระดับจังหวัดในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ ๒. มีระบบคืนกลับข้อมูลการตาย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในระดับพื้นที่
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. /กรม ใน สธ./สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาล/สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย			

โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)				
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑			
เป้าหมาย (Goal)	(๑) ๖๐% ของจำนวนหน่วยบริการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่ง-รับผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง ผ่านระบบ nRefer (๒) ๕% ของจำนวนประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจาก รพศ./รพท./รพช. สังกัด สป.สธ. ในระบบคลังข้อมูล HDC			
ตัวชี้วัด (KPI)	๑) ร้อยละ ๖๐ ของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE)) ๒) ร้อยละ ๕ ของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)			
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline	<p>(๑) คณะกรรมการพัฒนาระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (PHRs) ร่วมพิจารณาร่างกฎหมายว่าด้วยแนวทางปฏิบัติเพื่อคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพส่วนบุคคล</p> <p>(๒) พัฒนาระบบ National Queue (คิวออนไลน์) ร่วมกับ ๔ รพ. นำร่อง ปัจจุบันอยู่ระหว่างการทดลองและตรวจสอบโปรแกรม</p> <p>(๓) พัฒนาระบบ Smart Health ID เพื่อให้ประชาชนใช้บัตรประชาชนแทนบัตรโรงพยาบาลได้ ลดขั้นตอนการกรอกเอกสาร ลดระยะเวลาการรับบริการ และเมื่อวันที่ ๒๘ มิ.ย.๖๐ ได้ทำการ Kick off ระบบนี้อย่างเป็นทางการร่วมกับ ๔ รพ. นำร่อง ได้แก่ รพ.ชลบุรี รพ.ลำปาง รพ.ขอนแก่น และ รพ.พัทลุง</p> <p>(๔) คณะกรรมการพัฒนาระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (PHRs) จัดทำชุดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์</p> <p>(๕) ระบบ nRefer รองรับบริการแลกเปลี่ยนข้อมูลจากหลากหลาย Platform ได้แล้วไม่น้อยกว่า ๕ Providers</p>			
มาตรการ	๑. Access	๒. Coverage	๓. Quality	๔. Governance
	๑. มีมาตรการในการควบคุมความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล กระบวนการเข้าถึง กระบวนการเข้าถึงให้ใช้มาตรฐาน ๑I ๓A ได้แก่ Identification, Authentication, Authorization และ Access Control	๑. มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลกลางเพื่อบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลผ่านฐานข้อมูลเดียว	๑. คุณภาพระบบข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง - บูรณาการระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเชื่อมต่อกันทั่วประเทศ - พัฒนาระบบงาน เพื่อให้ทุกข้อมูลผู้ป่วยผ่านจุดเดียวโดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางคุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้นจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง - กำหนดมาตรฐานข้อมูลที่เปิดเผยได้ - กำหนดกระบวนการเข้าถึง การควบคุมการใช้ระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์	๑. คณะกรรมการพัฒนาระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record (PHRs)) ๒. คณะทำงานกำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ๓. คณะทำงานกำหนดกระบวนการเข้าถึง/การควบคุมการใช้ระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ๔. คณะกรรมการพัฒนาระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record (PHRs)) ๕. คณะทำงานกำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ๖. คณะทำงานกำหนดกระบวนการเข้าถึง/การควบคุมการใช้ระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ๗. คณะกรรมการพัฒนาระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record (PHRs)) ๘. คณะทำงานกำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ๙. คณะทำงานกำหนดกระบวนการเข้าถึง/การควบคุมการใช้ระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ๑๐. คณะกรรมการพัฒนาระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record (PHRs))
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. /กรม ใน สธ./สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาล/สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย			

แผนงานที่ ๓ บริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โครงการลดความเหลื่อมล้ำ ๓ กองทุน

ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑			
เป้าหมาย (Goal)	๑. วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ ๒. มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ๓. คู่มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงิน			
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ ๓ ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme) (พิสัยความต่างลดลงจากปี ๒๕๖๐) ๒. กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ (ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน) ๓. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๐)			
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	๑. นโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพ มีการจัดการแบบแยกส่วน มีความต่าง (การกำหนดสิทธิประโยชน์ วิธีไปรับบริการ แหล่งเงิน การจัดสรร การจ่ายชดเชย การกำกับคุณภาพ เป็นต้น) และมีข้อจำกัด เรื่องความร่วมมือเชิงนโยบาย ขาดความต่อเนื่องกลไกระดับนโยบายของแต่ละกองทุน ๒. ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพประชาชนไทย ร้อยละ ๙๙.๙๕ ๓. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๕.๒๘ / จำนวนครั้งผู้ป่วยสีแดง EMS ๘๐,๕๒๒ ครั้ง / ผู้ป่วยสีแดง ER visit ๕๒๖,๙๖๑ ครั้ง			
มาตรการ	๑. Access	๒. Coverage	๓. Quality	๔. Governance
	๑. พัฒนาประเภทและขอบเขตบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์กลาง/หลัก) ที่ใช้ร่วมกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ - ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (ต่อเนื่องจากปี ๖๐) - ด้านการบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน (Community of Care) (เริ่ม ปี ๖๑) ๒. ศึกษาอัตราจ่ายด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสม (Pre hospital, UCEP) ๓. จัดทำมาตรฐานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งหน่วยปฏิบัติการแพทย์และหน่วยปฏิบัติอำนวยการ ๔. สนับสนุนการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐาน	๑. การบริการสาธารณสุขครอบคลุมประชากรในระบบประกันสุขภาพ ๒. ทบทวนกลไกการจ่ายเงินและจัดทำคู่มือการจ่ายเงิน ๓. ส่งเสริมและสนับสนุนการจ่ายตรงไปยังหน่วยปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพ ๔. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและความครอบคลุมพื้นที่	๑. พัฒนากลไกบูรณาการการจัดการและคุณภาพบริการเป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ - พัฒนากลไกการบริหารการจ่ายที่ไม่แตกต่างกันของสิทธิประโยชน์ (PCC, PP) - พัฒนาระบบสารสนเทศด้านการเบิกจ่ายและบริการสาธารณสุข (UCEP, บริการข้อมูลฝ่าย call center) - พัฒนาระบบการตรวจสอบ (Quality//Financial Audit ร่วม ๓ กองทุน) ๒. พัฒนาวិชาการเพื่อจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการเงินการคลังของประเทศ (ต้นทุนบริการที่สำคัญ)	๑. พัฒนากลไกขับเคลื่อนระดับนโยบาย ๓ กองทุนสุขภาพ (plus อปท) ๒. พัฒนากลไกบูรณาการระบบติดตามและประเมินผลระบบประกันสุขภาพ และการกำกับ ๓. กลไกร่วมในการกลั่นกรองกรอบงบประมาณของทุกหน่วยงานผู้รับประกัน ๔. มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ๕. มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

มาตรการ	๑. Access	๒. Coverage	๓. Quality	๔. Governance
			<p>๓. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการอย่างปลอดภัย โดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้ไม่เป็นอุปสรรคและความเสี่ยงของการดูแลรักษา ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ภายใน ๗๒ ชม. หรือพ้นภาวะวิกฤต</p> <p>๔. สร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชน/ผู้ป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม ทันที</p> <p>๕. หน่วยปฏิบัติการให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเหมาะสม และนำส่งสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาคุณภาพบริการ</p> <p>๖. สนับสนุนการจัดการคุณภาพบริการ (ร่วมกับ สรพ.)</p>	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	บก, สปส, สป, สปสช, สพฉ., สรพ, และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			

โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง				
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑			
เป้าหมาย (Goal)	ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน			
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๖)			
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ baseline	หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตและจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรมระดับพื้นที่ เพื่อการพัฒนาและขยายเป้าหมายการดำเนินงาน การร่วมบริหารผ่านคณะกรรมการร่วมระดับประเทศ (๗*๗) พัฒนาระบบบัญชีให้มีคุณภาพโดยมีมืออาชีพ สร้างภาคีเครือข่ายที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และพัฒนาศักยภาพ เพื่อลดอัตราหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ ด้วยการขับเคลื่อน ๕ มาตรการ ระบบการเงินการคลังของกระทรวงสาธารณสุข			
มาตรการ	๑. Access	๒. Coverage	๓. Quality	๔. Governance
	๑. จัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ	๑. หน่วยบริการทุกแห่ง ได้รับการจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ ๒. หน่วยบริการทุกแห่ง มีและใช้แผนทางการเงิน ๓. หน่วยบริการทุกแห่ง มีการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) ๔. หน่วยบริการทุกแห่งมีการพัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management) ๕. มีการพัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง	๑. แผนทางการเงินที่มีคุณภาพ ๒. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) ๓. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management) ๔. พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง	๑. การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation) ๒. ติดตาม กำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) ๓. สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) ๔. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management) ๕. พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	๑. หน่วยบริการ ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓. เขตสุขภาพ			

แผนงานที่ ๔ การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ

โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์				
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑			
เป้าหมาย (Goal)	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ผลิต องค์ความรู้ วิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ/นวัตกรรม และเทคโนโลยี เพื่อสนองตอบการพัฒนากระบวนการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้			
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละ ๒๕ ของผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ ๒. ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณทั้งหมด ๓. ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้า เพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น ๓.๑ ร้อยละ ๑๐ ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์ ๔. ร้อยละรายการและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน [ค่าเป้าหมาย = ร้อยละ ๒๘ (ไม่สะสม)] ๕. จัดพิมพ์รายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ (National Thai Traditional Formulary) ๑๐๐ ตำรับ ๖. จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๐ ๗. จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ๑๐ เรื่องที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด			
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ baseline	๑. ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ไตรมาส ๔ พบว่า หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลงานวิจัย/R๒R ที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ จำนวน ๑,๕๑๘ เรื่อง (ทั้งหมด ๒,๗๐๓ เรื่อง) คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๔๘ ซึ่งผลงานวิจัย/R๒R ดังกล่าว ยังไม่สามารถแยกการนำไปใช้ประโยชน์ในแต่ละด้านได้ ๒. ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ไตรมาส ๓ พบว่า มีหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพียงร้อยละ ๗๕ เท่านั้นที่สามารถสนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยและพัฒนา ให้กับนักวิจัยในสังกัดอย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมดในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ๓. กำหนดและประกาศเป็น “ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ (National Thai Traditional Formulary)” คัดเลือกจาก <ul style="list-style-type: none"> - ตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำรับยาที่รัฐมนตรีประกาศ (๘,๗๘๘ ตำรับ) - ตำรับยาเกรด หรือตำรับยาของชุมชน หรือตำรับยาของหมอพื้นบ้าน (๖,๒๐๐ ตำรับ) - เกสซ์ตำรับโรงพยาบาล หรือยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (๑๐๐ ตำรับ) ๔. ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ได้ผลงานวิจัยที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ จำนวน ๕ เรื่อง และจำนวนงานวิจัยที่นำไปใช้ทางการแพทย์ตลาดจำนวน ๔ เรื่อง ๕. ฐานข้อมูลงานวิจัยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ มีจำนวนงานวิจัย ๔๗ ๕๘ และ ๑๗ เรื่องตามลำดับ			
มาตรการ	๑. Access	๒. Coverage	๓. Quality	๔. Governance
	๑. สร้างช่องทางสื่อสาร/ถ่ายทอด/เผยแพร่นโยบายและผลงานวิจัย ๒. สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้วิจัยและผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย	๑. วิเคราะห์และจัดทำแผนการผลิตนวัตกรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ๒. รวบรวมข้อมูลองค์ความรู้เทคโนโลยี และ นวัตกรรมของหน่วยงาน ประจำปี ๒๕๖๑	๑. พัฒนาความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมินทะเบียนฯ และเครือข่ายที่ปรึกษาด้านการพัฒนา รวมทั้งปรับโครงสร้างและลักษณะองค์กรให้มีประสิทธิภาพ	๑. การพัฒนาเทคโนโลยีด้านยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรม อยู่ภายใต้ระบบคุณภาพ และหลักธรรมาภิบาลในการบริหารองค์กร ๒. บูรณาการความร่วมมือสนับสนุนการวิจัย พัฒนายา

มาตรการ	๑. Access	๒. Coverage	๓. Quality	๔. Governance
	<p>๓. พัฒนาระบบฐานข้อมูล ด้านสิทธิบัตร งานวิจัยต่างๆ และการให้คำปรึกษา การขึ้นทะเบียนยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>๔. การประกาศกำหนดเป็นตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านการกลั่นกรองแล้ว</p> <p>๕. ยกระดับความสามารถทีมสนับสนุนงานวิจัย (R๒R Facilitator)</p> <p>๖. เพิ่มศักยภาพกองบรรณาธิการวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p>๗. พัฒนางานด้านทรัพย์สินทางปัญญา</p> <p>๘. รายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ จากกรม และเขต</p> <p>๙. ข้อมูลใน www.http://healthkpi.moph.go.th</p>	<p>๓. ร้อยละของหน่วยงานส่วนกลางในสังกัด กสช. สนับสนุนงบประมาณให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของหน่วยงานทั้งหมด และส่วนภูมิภาค ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของหน่วยงานทั้งหมด</p> <p>๔. คัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ จำนวน ๑๐๐ ตำรับ ให้ครอบคลุม ๓ กลุ่มโรค/อาการ</p> <p>๕. สนับสนุนการศึกษาวิจัยในรูปแบบของชุดโครงการ วิจัยที่ครบวงจรถึงขั้นตอนการนำไปใช้ประโยชน์</p> <p>๖. พัฒนาระบบให้คำปรึกษาในการวิจัย การจำหน่ายในเชิงพาณิชย์ลักษณะครบวงจร และภาคีเครือข่ายนักวิจัยในภูมิภาคให้ครบทุกเขตสุขภาพ</p> <p>๗. สนับสนุน พัฒนาผู้ประกอบการที่รับผิดชอบในการผลิตหรือทดแทนยา และเครื่องมือแพทย์ให้มากขึ้น รวมทั้งนวัตกรรมรายใหม่</p> <p>๘. มีความต่อเนื่องในการสนับสนุนงบประมาณที่หลากหลายทั้งภาครัฐ/เอกชนอย่างเหมาะสม เป็นธรรม</p> <p>๑๐. ทุกจังหวัดมีผลงาน วิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ อย่างน้อย ๑๐ เรื่อง/จังหวัด และบุคลากรสาธารณสุขผ่านการอบรม (R๒R Facilitator) อย่างน้อย ๕ คน/จังหวัด</p> <p>๑๑. ร้อยละผลงานวิจัย/R๒Rด้านสุขภาพ หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕</p> <p>๑๒. หน่วยงานที่มีคกก.จริยธรรมการวิจัยได้จัดทำ SOP/พิจารณาจริยธรรมวิจัย อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี</p>	<p>๒. พัฒนาคุณภาพผลงานวิจัย โดยปรับปรุงกระบวนการวิจัยให้ได้ตามหลักมาตรฐานสากล</p> <p>๓. พัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ให้มีศักยภาพในการวิจัยที่ได้มาตรฐาน</p> <p>๔. อบรมเจ้าหน้าที่ให้สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการที่มาขอขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ที่อยู่ระหว่างการวิจัย</p> <p>๕. เชื่อมโยงและขยายเครือข่ายการดำเนินงานวิจัย R๒R ด้านสุขภาพ สนับสนุนให้เกิดผลงานที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และแยกเป็นรายด้าน ทั้ง ๔ ด้านได้ (ด้านเชิงเศรษฐกิจและเชิงพาณิชย์ ด้านเชิงวิชาการ ด้านเชิงนโยบาย และด้านเชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน)</p> <p>๖. ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติผ่านหลักเกณฑ์การพิจารณาเป็นตำรับยาแผนไทยแห่งชาติของคณะกรรมการกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ทั้ง ๓ ชุด</p> <p>๗. ร้อยละของงบประมาณที่สนับสนุนให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่า ๑.๕ ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมด ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑</p> <p>๘. ติดตามและประเมินผลการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของหน่วยงาน ประจำปี ๒๕๖๑</p>	<p>๓. มีการกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ โดยคณะกรรมการกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ</p> <p>๔. มีการสังเคราะห์ ข้อมูลตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ โดย คณะทำงานด้านเลขานุการ</p> <p>๕. ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย</p> <p>๖. มีคณะกรรมการอำนวยการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ในการสนับสนุนและให้คำปรึกษา</p> <p>๗. ระบบกำกับ ติดตามและผลการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัยและประเมินโครงการวิจัย</p> <p>๘. หน่วยงานมีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย</p> <p>๙. จัดทำระบบฐานข้อมูลวิจัย/R๒R ระดับประเทศ โดยรวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัย/R๒R จากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นฐานข้อมูลผลงานวิชาการ</p> <p>๑๐. รวบรวมข้อมูลงบประมาณที่จัดสรรให้ทำวิจัย พัฒนาและติดตามการรายงานผล จากทุกหน่วยงาน กรม/เขต</p> <p>๑๑. บันทึกผลการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด</p> <p>๑๒. ข้อมูลใน www.http://healthkpi.moph.go.th</p>
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	<p>๑. หน่วยงานส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒</p>			

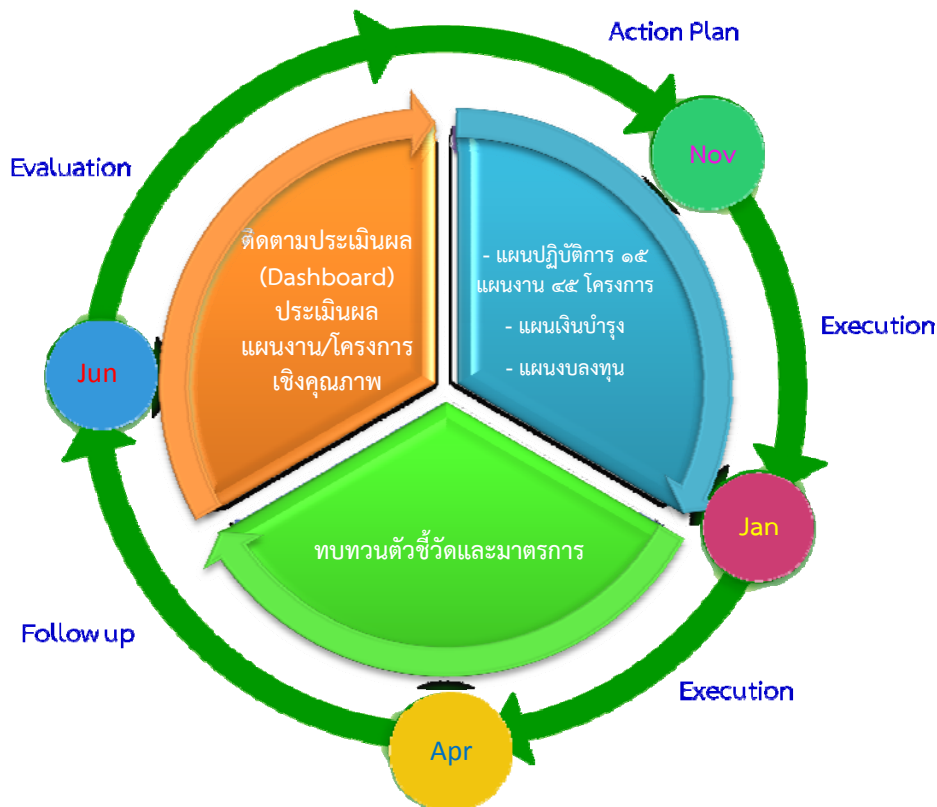
แผนงานที่ ๕ การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ				
ระยะดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑			
เป้าหมาย (Goal)	กฎหมายกระทรวงสาธารณสุขได้รับการแก้ไขและพัฒนา			
ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้ ๑.๑ กฎหมายออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐ ๑.๒ กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐			
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline				
มาตรการ	๑. Access	๒. Coverage	๓. Quality	๔. Governance
	๑. พัฒนากฎหมายด้านสาธารณสุขให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน		๑. พัฒนาบุคลากรด้านกฎหมายให้มีประสิทธิภาพ ๒. พัฒนาและจัดการบังคับใช้กฎหมายด้านสาธารณสุขอย่างมีระบบและเข้มแข็ง	๑. มีคณะทำงานในการพัฒนากฎหมายด้านสาธารณสุข
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข			

การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผล

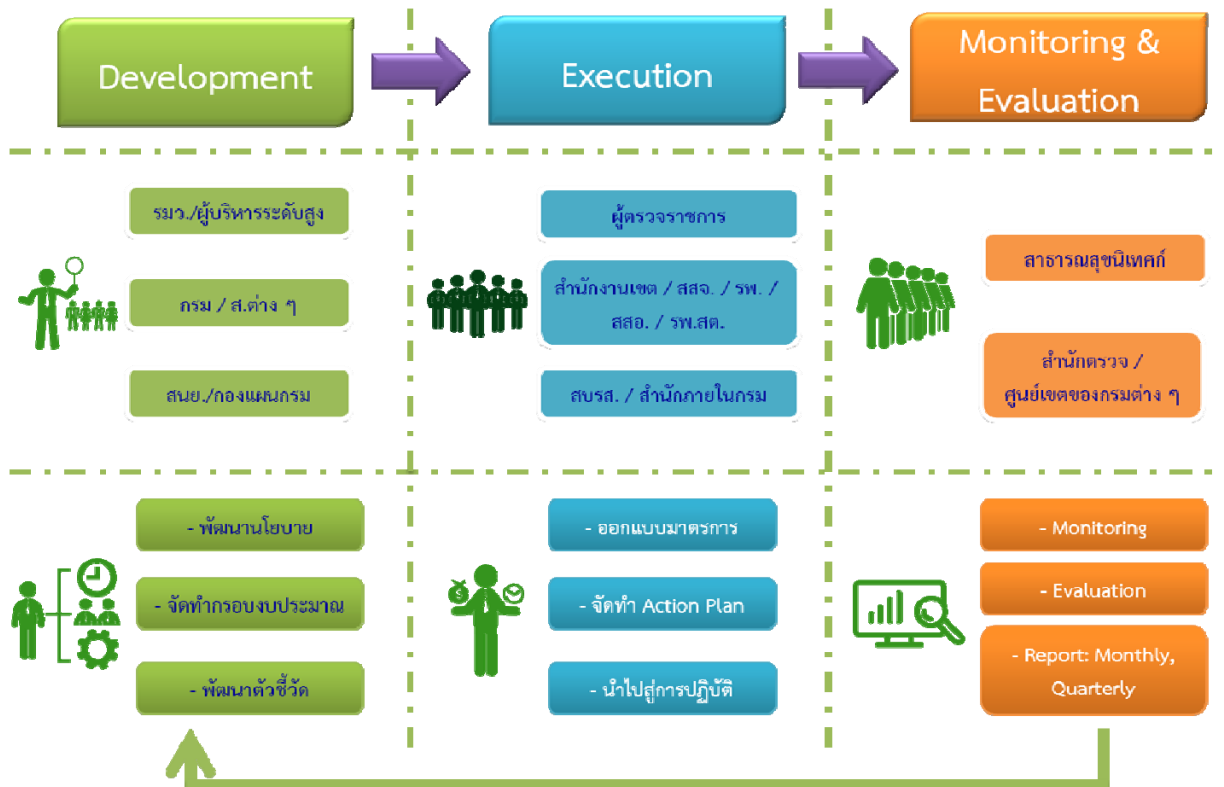
เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และสอดคล้องกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ควบคู่กับการดำเนินการที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ของประเทศ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” การขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องทำให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ตระหนักถึงภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของตน ที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนแผนให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ โดยแนวทางในการขับเคลื่อนแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติ จะเน้นการถ่ายทอดไปสู่ระดับเขตสุขภาพ โดยมีผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ลงไปถ่ายทอดแผนฯ ด้วยตนเองในแต่ละเขตสุขภาพเพื่อสร้างความเข้าใจให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและเพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ ๑ : กระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ไปสู่การปฏิบัติ



ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ ๒ : บทบาทและภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา ไปสู่การปฏิบัติและติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑



ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน 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). **รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย 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=๒๕



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<http://bps.moph.go.th>