



แผนยุทธศาสตร์ชาติ
ระยะ 20 ปี
ด้านสาธารณสุข
(พ.ศ. 2560 - 2579)

ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2
(พ.ศ. 2561)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข



แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี

ด้านสาธารณสุข

(พ.ศ. 2560 - 2579)

ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561)



พิมพ์ครั้งที่ 1
จำนวนที่พิมพ์
จัดทำโดย

ISBN

สิงหาคม 2561

1,000 เล่ม

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

978-616-11-3-3757-1



คำนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579 นี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายในระดับชาติ รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศและปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ความเป็นประเทศไทย 4.0

กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การนำของ ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมผู้บริหารระดับสูง “การถอยเพื่อทบทวนหรือการถอยดิ่งหลักก่อนที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า (Retreat)” เพื่อกำหนดกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” อีกทั้งได้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) นโยบายประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ประกอบด้วย สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) มีแผนงาน/โครงการรวมทั้งสิ้น 15 แผนงาน 45 โครงการ ซึ่งมีเป้าหมาย ตัวชี้วัด และมาตรการสำคัญในแต่ละโครงการ ตลอดจนแนวทางการขับเคลื่อนและการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อขับเคลื่อนและสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้ ให้ความสมบูรณ์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้ จะเป็นกรอบการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขให้กับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเพื่อบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข
ธันวาคม 2560



บทสรุป ผู้บริหาร

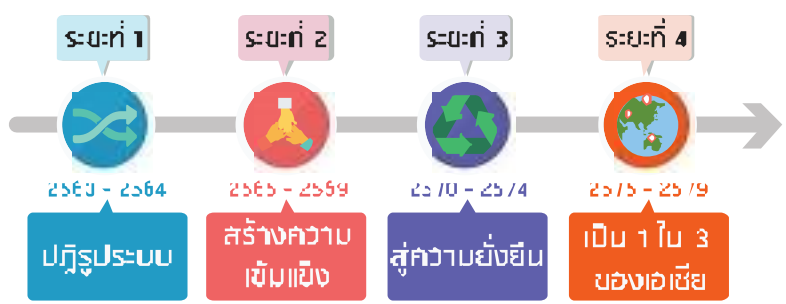
จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง

ปีที่ผ่านมา บริษัทและภาคเอกชนที่นำกลยุทธ์ ESG มาปรับใช้เพื่อรับมือการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการเติบโตอย่างยั่งยืน การเติบโตที่แข็งแกร่งและยั่งยืน การเติบโตที่รับผิดชอบต่อสังคม การเติบโตที่คำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การเติบโตที่คำนึงถึงวัฒนธรรมชาติ และศักยภาพการวิจัย และทรงสามารถแข่งขันได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับสากล

บริษัทฯ วางวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ด้าน ESG ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ตามพันธกิจ เศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2564) บนวิสัยทัศน์ประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนายั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) รวมไปถึงนโยบายการปฏิรูปประเทศไทย “ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”

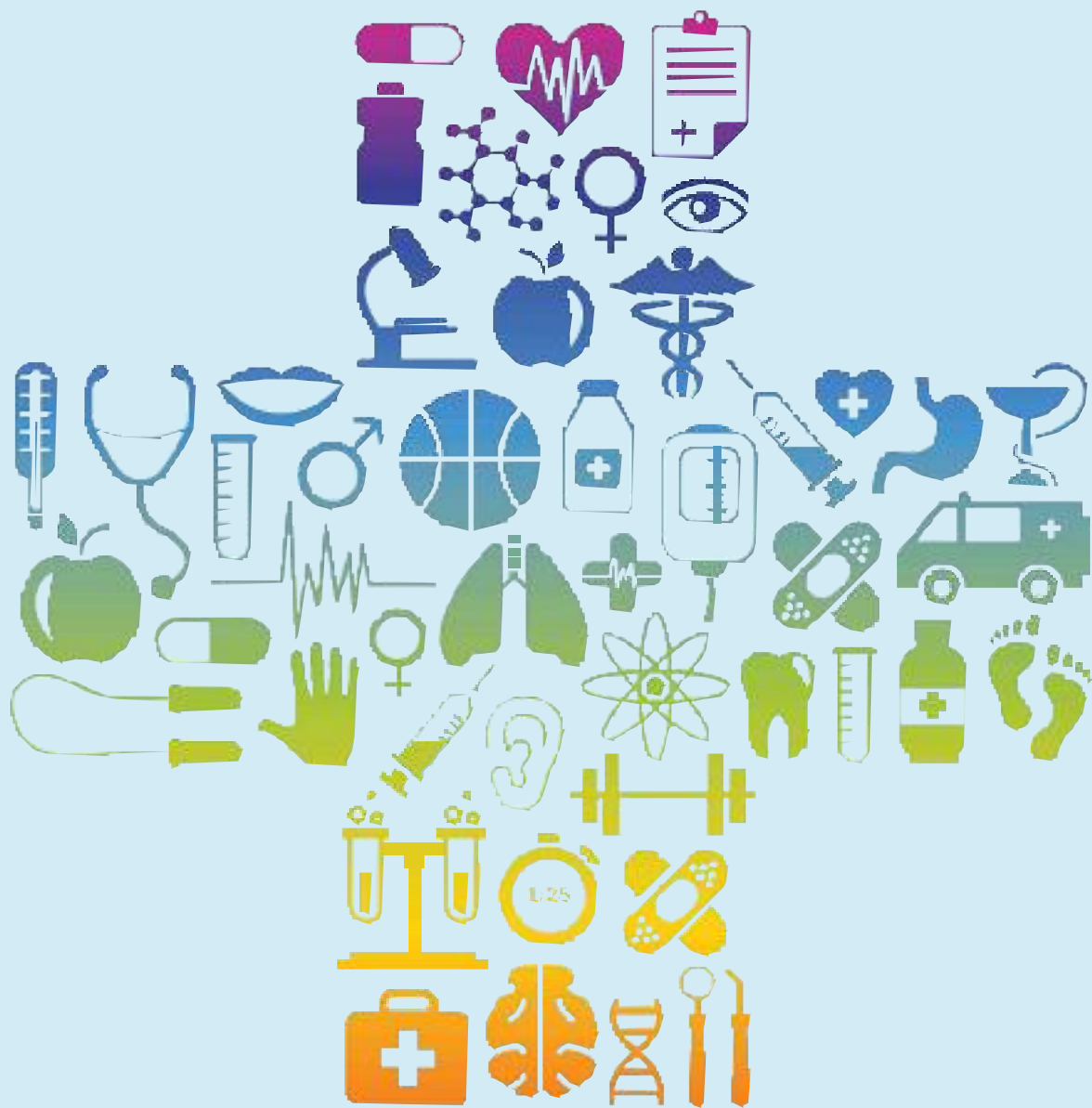
โดยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดประชุมผู้บริหารระดับสูง “การเตรียมความพร้อมประเทศไทยหรือการถอดตั้งหลักก่อนที่ระลอกต่อไปข้างหน้า (Retros)” เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต โดยมีเป้าหมาย “ประเทศไทยสู่ความยั่งยืน เศรษฐกิจแห่งยั่งยืน” และจัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) และกำหนดยุทธศาสตร์ กระบวนการดำเนินงาน 5 ปีเป้าหมาย ตัวชี้วัด หรือรายละเอียดตามเป้าหมายหลัก รวมทั้งแผนงาน/โครงการ โดยกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน เป็น 1 ระยะ ระยะละ 5 ปี และนิยามวันสิ้นสุดระยะ คือ



โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน

คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย 15 แผนงาน 15 โครงการ โดยกำหนดเป้าหมาย และมาตรการสำคัญ ให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด รวมทั้งได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานของศูนย์โรคอุบัติใหม่สร้างสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง และมีการติดตาม ประเมินผลที่สะดวก รวดเร็ว เพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานอีกด้วย



สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 บทนำ	9
บทที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ	15
บทที่ 3 สถานะสุขภาพ	23
บทที่ 4 สถานการณ์บริการสุขภาพ	31
บทที่ 5 ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560 - 2579)	37
- ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)	42
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	55
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	78
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	82
บทที่ 6 การติดตามและประเมินผล เอกสารอ้างอิง	93



บทที่ 1

บทนำ

กรอบแนวคิดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560 - 2579)



แผนยุทธศาสตร์ชาติ

ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2561) ได้พัฒนาจากการวิเคราะห์เงื่อนไข และสถานการณ์ ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมของสังคมไทย และกระแสโลกในปัจจุบันจนถึงแนวโน้มความท้าทายในอนาคตที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน โดยแผนยุทธศาสตร์ฯ นี้มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) เป็นไปตามแนวทางของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี นโยบายรัฐบาล นโยบายประเทศไทย 4.0 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 รวมทั้งแนวนโยบายประชารัฐ และประเด็นเร่งด่วน เพื่อเป้าหมายการปฏิรูปประเทศไทยของรัฐบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิรูปสาธารณสุข 10 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) การพัฒนาศูนย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) 3) การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) 4) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) 5) นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) 6) การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC) 7) การพัฒนาอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร 8) การเพิ่มประสิทธิภาพการขึ้นทะเบียน และใบอนุญาต 9) ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพพิเศษ และ 10) โครงการ GREEN & CLEAN Hospitals

โดยกรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ นี้ เป็นกรอบการพัฒนาระยะยาว มุ่งเน้นเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทย มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อน ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อเป้าหมายสูงสุดให้คนไทยมีสุขภาพดี

ความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และ แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12



เป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน



PP & P Excellence
People Excellence

Service Excellence
Governance Excellence

สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาสิ่งแวดล้อม
การเชื่อมต่อการค้า-การลงทุน

ปัจจัยที่ส่งผล
ต่อระบบสุขภาพ

ปัญหาการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ
ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

สถานะสุขภาพคนไทย
อัตราการตาย

สถานะ
สุขภาพ

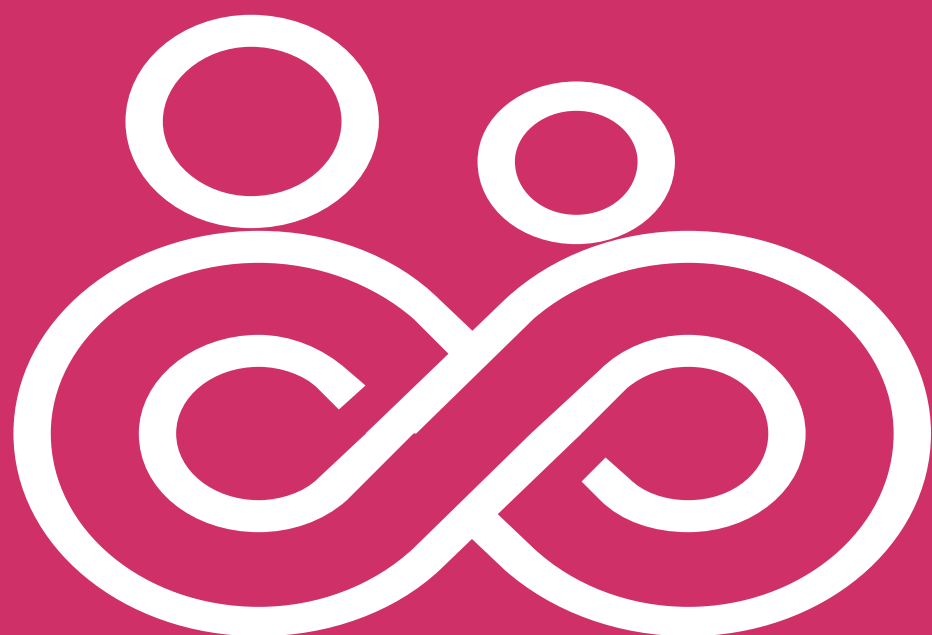
อัตราป่วยจากโรคสำคัญ
โรคติดต่ออุบัติใหม่

สถานการณ์บริการสุขภาพ

สถานการณ์
บริการสุขภาพ

สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ





บทที่ 2

ปัจจัยที่ส่งผล
ต่อระบบสุขภาพ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ

การพัฒนาอย่างก้าวกระโดดในด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม รวมถึงวิถีชีวิตและรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้คน แม้ความสำเร็จในการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์จะทำให้สามารถควบคุม และป้องกันโรคติดต่อได้ดียิ่งขึ้น ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น แนวโน้มการเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้น แต่อุปสรรคของโรคเรื้อรัง ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (Social Determinants of Health) มีความหลากหลายควบคุมได้ยากขึ้น โดยปัจจัยหลักที่มีผลกระทบต่อบริบทสุขภาพของคนไทย มีดังนี้



สังคมผู้สูงอายุ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) จากที่ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) สัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็น 16.5 % ในปี 2559 และมีแนวโน้มจะเพิ่ม สูงถึง 32.2% ในปี 2575 นอกจากนี้แนวโน้มผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง เฝ้าป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในขณะที่อัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทย ในปี 2559 อยู่ที่ 1.62 ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทนประชากร และคาดการณ์ว่าในปี 2583 อัตราการเจริญพันธุ์รวมอาจลดลง เหลือเพียง 1.3 ทำให้ประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงานจะมีจำนวนลดลง จะส่งผลต่อจำนวนแรงงาน ความสามารถในการผลิต และเป็นความท้าทายในการพัฒนาประเทศที่สำคัญในอนาคต



ปัญหาสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพที่ดี ปัจจุบันปัญหาที่เกิดจากการจัดการและใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้ทรัพยากรธรรมชาติเสื่อมโทรมลงอย่างมาก ทั้งยังมีปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของเศรษฐกิจและความเป็นชุมชนเมือง ตัวอย่างเช่น ปัญหามลพิษที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในปี 2559 มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้น 27.06 ล้านตัน ในขณะที่การบริหารจัดการที่ถูกกำจัดอย่างถูกต้องมีเพียง 9.75 ล้านตัน ของปริมาณขยะมูลฝอยทั้งหมดที่เกิดขึ้นในปี 2559 นอกจากนี้ยังมีปัญหามลพิษทางอากาศ ปริมาณฝุ่นละอองที่เกินค่ามาตรฐานหลายแห่ง ทั้งหมดนี้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของคนไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม



ปัญหาการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจากภาวะเรือนกระจก ความรุนแรงที่เสียไปเนื่องจากผลอุณหภูมิของโลกที่สูงขึ้น ทำให้เกิดความแห้งแล้งเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลกระทบต่อความอุดมสมบูรณ์ของดิน ป่าไม้เกิดความเสื่อมโทรม แหล่งน้ำขาดแคลน ผลผลิตทางการเกษตรลดลง เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ เกิดโรคระบาดในพืชและสัตว์ โรคที่เกิดจากแมลงเป็นพาหะที่สามารถแพร่ขยายพันธุ์ และเจริญเติบโตขึ้นในสภาพอากาศร้อน เช่น โรคมาลาเรีย เกิดภาวะน้ำท่วมและขาดภัย และสัมพันธ์กับอาหารและน้ำที่ดื่มไม่สะอาด



ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี จากการจัดอันดับของ World Economic Forum ได้จัดหา "ดัชนีบ่งชี้ระดับความพร้อมของการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (The Networked Readiness Index : NRI)" จัดให้ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 67 ในปี 2557 สืบจากปี 2556 ที่ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 74 จากทั้งหมด 148 ประเทศ แสดงถึงความก้าวหน้าและโอกาสในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology : ICT) ซึ่งอัตราการใช้เทคโนโลยีของคนไทยในปี 2558 พบว่า มีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต 39.3 % คอมพิวเตอร์ 34.9% และโทรศัพท์มือถือ 79.3% ประชาชนสามารถติดต่อสื่อสาร และเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เพิ่มขึ้น แสดงถึงวิถีการดำรงชีวิตและความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไปตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีอันอาจเป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีจึงเป็นอีกปัจจัยสำคัญในการพัฒนาอุตสาหกรรมชาติฯ ฉบับนี้



การเชื่อมต่อการค้า - การลงทุน

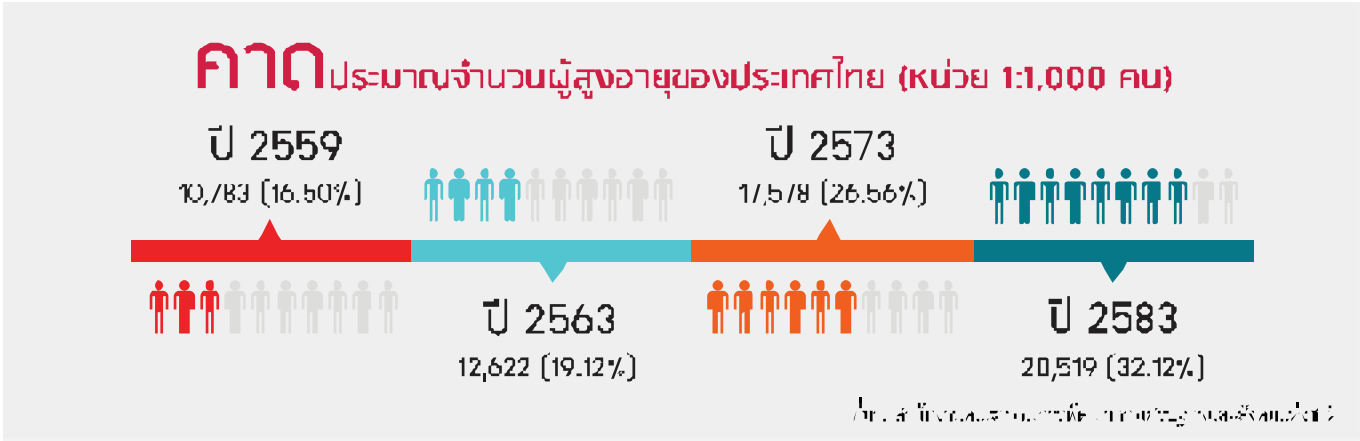
การเชื่อมต่อการค้าและการลงทุนอย่างไร้พรมแดน เป็นวิวัฒนาการของโลกที่ไม่อาจหยุดยั้งได้ด้วยเหตุผลหลายประการประกอบกัน ดังตัวอย่างที่ประเทศไทยได้เข้าสู่อุปการเป็นสมาชิกของประชาคมโลกในด้านต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มประชาคมอาเซียนที่ประเทศไทยตั้งอยู่ในสภาพทางภูมิศาสตร์ที่เป็นศูนย์กลาง จึงเกิดประโยชน์อย่างมากต่อประเทศไทยในการส่งผลให้เกิดการลงทุนในประเทศ การส่งออก เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้น เป็นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และส่งเสริมความสามารถในการแข่งขัน แต่อย่างไรก็ตามการเชื่อมต่ออย่างไร้พรมแดนเช่นนี้ก็มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในหลายด้าน เช่น ในปี 2557 พบว่าในพื้นที่ 10 จังหวัด เขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีแรงงานต่างชาติเป็นจำนวนมาก พบว่าอุบัติการณ์ของโรคมาลาเรีย อัตราการป่วยวัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าพื้นที่อื่นของประเทศ รวมทั้งปัญหาจากแรงงานต่างชาติที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะแรงงานที่ผิดกฎหมายที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือไม่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จาก 216.5 ล้านบาท ในปี 2555 เป็น 399.5 ล้านบาท ในปี 2557



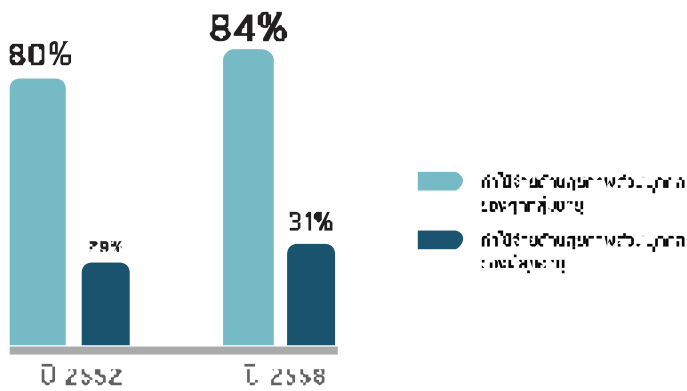
สังคมผู้สูงอายุ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

- ประเทศไทย / 1.1 ล้านคน เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ตามคำนิยามของสหประชาชาติเมื่อปี 2559
- ประเทศไทย เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) 10% ของประชากรทั้งหมด
 - ประเทศไทย มีสถานะ สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) 20% ของประชากรทั้งหมด
 - ประเทศไทย มีสถานะ สังคมผู้สูงอายุขั้นสูง (Super-age Society) เมื่อปี 2573 จากประชากรทั้งหมด

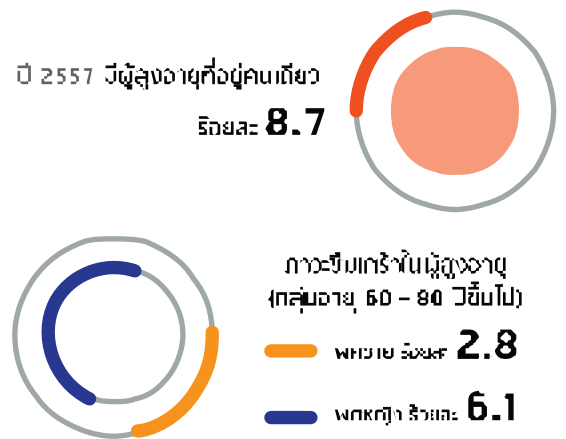


สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของทุกกลุ่มอายุ



ที่มา: กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์

ปัญหาทางด้านสังคม



ที่มา: กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์

5 อันดับปัญหาทางด้านสุขภาพ ปี 2558

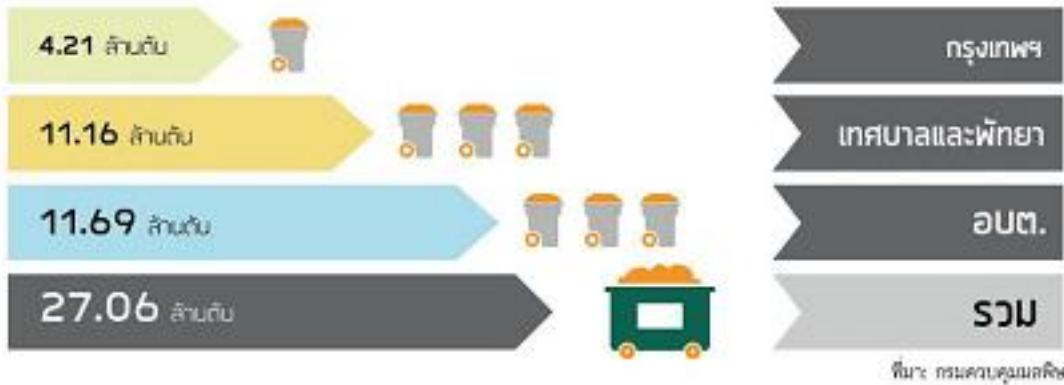
แสดงค่าใช้จ่ายในรูปของประชากรกลุ่มคน





ปัญหาสิ่งแวดล้อม

ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ปี 2559

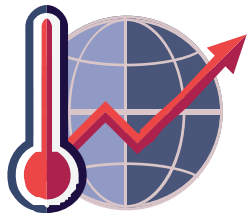


การบริหารจัดการขยะมูลฝอย ปี 2559



มลพิษทางอากาศ ปี 2559

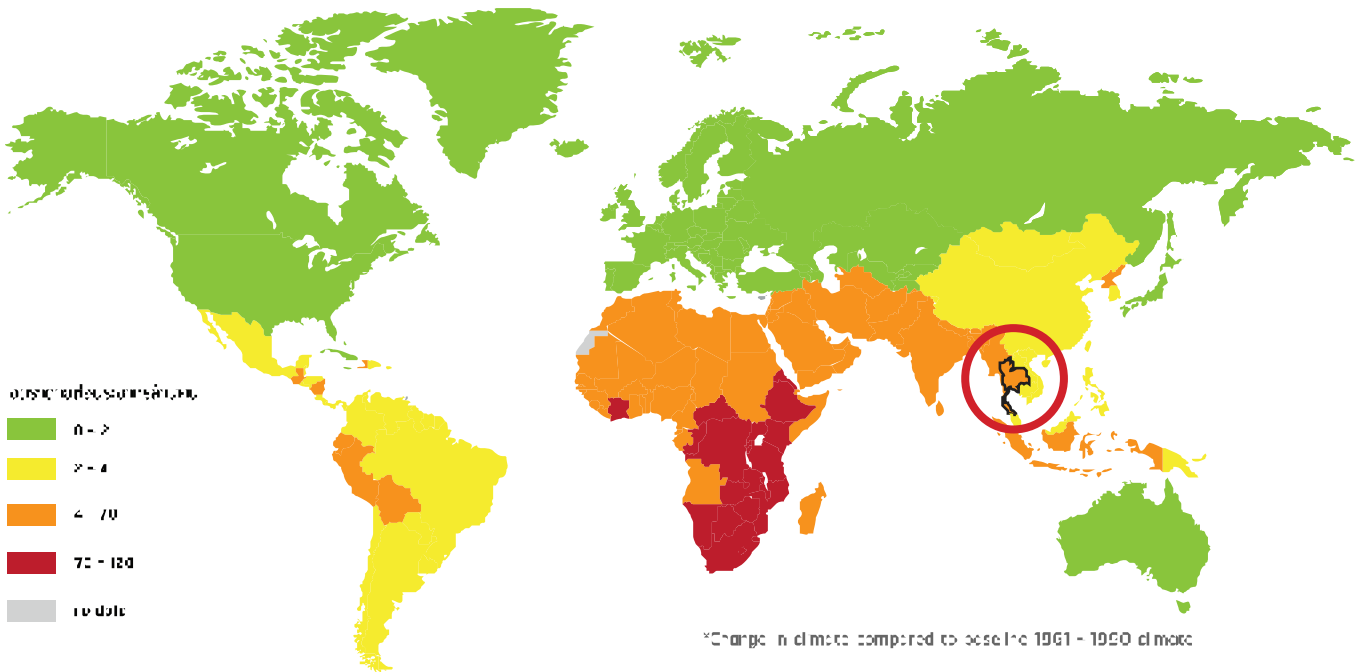




ปัญหาการเปลี่ยนแปลง ภูมิอากาศ

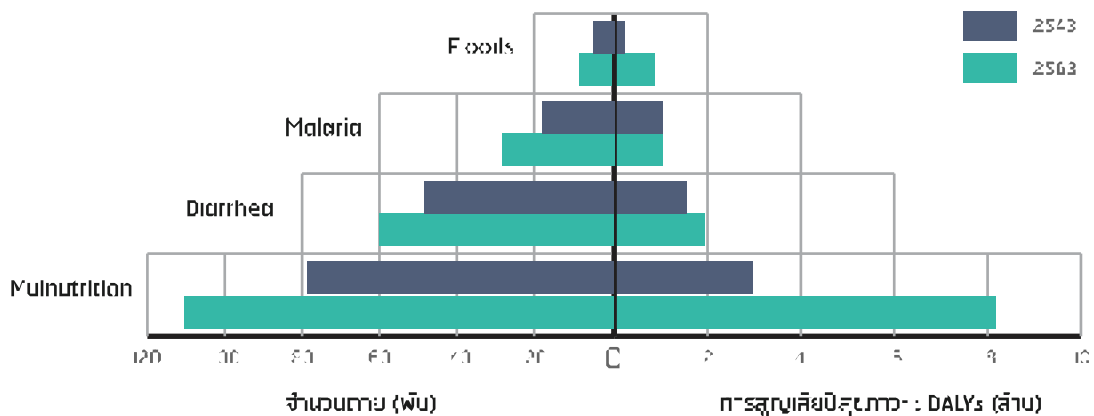
ภาวะโลกร้อน

Estimated Deaths Attributed to Climate Change in the Year 2000, by Subregion*



Data Source: Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) Working Group II Contribution to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change (AR4 Working Group II Contribution to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change, 2007)

การคาดประมาณการสูญเสียสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ พ.ศ. 2543 และ 2563



ที่มา: Condit H. et al. 2008



ความก้าวหน้า ทางเทคโนโลยี

การใช้เทคโนโลยี

อัตราการใช้เทคโนโลยีของประชากรไทย ปี 2558



ที่มา: รายงานการสำรวจการมีกาใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การเปรียบเทียบความแพร่หลายของการใช้อินเทอร์เน็ต ในประเทศอาเซียน ปี 2558



หมายเหตุ : ข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ตของประเทศไทยจาก 2 แหล่ง มีความคลาดต่างกันเนื่องจากวิธีการสำรวจและกลุ่มตัวอย่างไม่เหมือนกัน

ที่มา: Internet World Stats



การเชื่อมต่อ การค้า - การลงทุน

การเกิดโรคระบาด

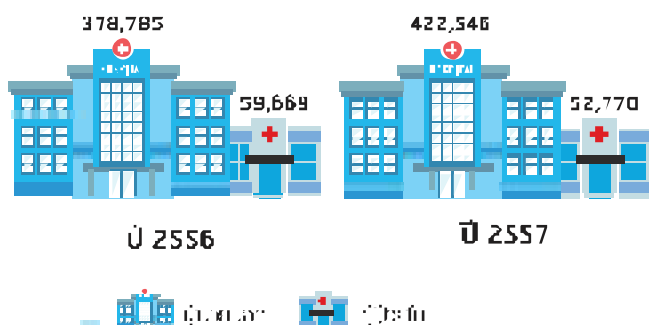
อัตราภูมิการณของมาลาเรีย อัตราป่วยจากวัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2557

	โรค	ประเทศ	10 จังหวัด เขตเศรษฐกิจพิเศษ	สัดส่วนระหว่าง 10 จังหวัด เขตเศรษฐกิจพิเศษ: ประเทศ
อัตราภูมิการณ	มาลาเรีย	0.38	0.86	2.26
อัตราป่วย	วัณโรค	80.90	170	2.10
	โรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	54	84.70	1.57

หมายเหตุ : 1. ภูมิการณเป็นเพียงการเทียบระหว่าง ประเทศ กับ ประเทศ
2. อัตราป่วยโรคมมาลาเรียในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ/ประเทศเทียบกับอัตราป่วยในประเทศ
ซึ่งมีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าอัตราป่วยในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษสูงกว่าประเทศ
ค่าที่น้อยกว่า 1 แสดงว่าอัตราป่วยในประเทศ

การบริการด้านสุขภาพคนต่างด้าว

จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคนต่างด้าวที่รับบริการ
ในสถานบริการของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2556 - 2557



ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคนต่างด้าว

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคนต่างด้าวในบริการสุขภาพ
ของสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2555 - 2557



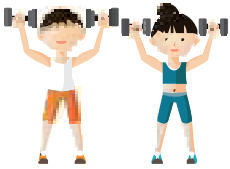
ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ สำนักรวบรวมข้อมูล สำนักรักษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน ก.พ. รายงานประจำปี



บทที่ 3

สถานะสุขภาพ

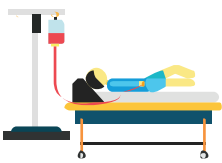
สถานะสุขภาพ



สถานะสุขภาพคนไทย



อัตราการตาย



อัตราป่วยจากโรคสำคัญ



โรคติดต่ออุบัติใหม่

สถานะสุขภาพของงานไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต เห็นได้จากการมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุ

คาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HWA) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเพศหญิงและชาย โดยในปี 2558 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ที่ 74.9 ปี และวัยคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HWA) คือ 66.8 ปี ซึ่งมีที่มาจากทั้งการพัฒนาด้านการดูแลสุขภาพที่มีแนวโน้มดีขึ้น เช่น อัตราการตายของมารดาที่ต่ำลงถึง 24.6 ต่อการเกิดมีชีพสมบูรณ์ อัตราการตาย 6.2 ต่อการเกิดมีชีพพันคน และอัตราการเสียชีวิตจากโรค 5 ปี ลดลงเป็น 8.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี 2558 เป็นต้น นอกจากนี้ตามสาเหตุการสูญเสียสุขภาพจากการตายก่อนวัยอันควรของคนไทยจากโรคไม่ติดต่อ และโรคเรื้อรัง ก็กลับมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีรูปแบบที่เปลี่ยนมาลงมาจากอดีตที่มีกเป็นกลุ่มโรคติดเชื้อ โดยในปี 2557 สาเหตุที่ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุด เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อ HIV/เอชไอวี และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนสาเหตุที่หญิงไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดเกิดจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ

ทั้งนี้สาเหตุการตายสำคัญที่มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ อุบัติเหตุจราจร ระบบสาธารณสุข รองลงมาได้แก่ การฆ่าตัวตายเอง ฆาตกรรม ฆาตกรรม และการพลัดตกหกล้ม ตามลำดับ ส่วนอัตราการตายที่มีแนวโน้มสูงขึ้นมากที่สุด อันมีสาเหตุจากโรคเรื้อรัง คือ โรคเรื้อรัง รองลงมาได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็ง ตามลำดับ

สำหรับสาเหตุของภาวะเจ็บป่วยของประชากรไทยนั้น จากข้อมูลในปี 2558 พบว่าประชากรที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 59 ปี ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในด้วยโรคระบบหายใจมากที่สุด รองลงมาคือโรคมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร โรคระบบย่อยอาหาร โรคเรื้อรัง และโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ตามลำดับ ส่วนสาเหตุของการด้อยค่ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีสาเหตุมาจากรวมโรคเรื้อรังเรื้อรัง รองลงมาคือโรคระบบหายใจ โรคระบบย่อยอาหาร โรคเรื้อรัง และโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ตามลำดับ

ที่สำคัญ พบว่าใน ช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และมีปริมาณรุนแรงมากขึ้น ส่วนใหญ่ยังเป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องคือการเกิดโรคและการระบาดข้ามพรมแดนผ่านการเคลื่อนย้ายของประชากร สัตว์น้ำและแรงงาน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่อาศัยอยู่ในเมืองที่มีประชากรหนาแน่น รวมถึงมีการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านไวรัสที่ใช้อย่างไม่เหมาะสม โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในปัจจุบันนี้ยังมีหลายโรคที่ด้อยค่ารับการรักษา เช่น โรคระบบทางเดินหายใจระบบหายใจ โรคไข้หวัดนก และโรคไซโตเมกัลไวรัส เป็นต้น



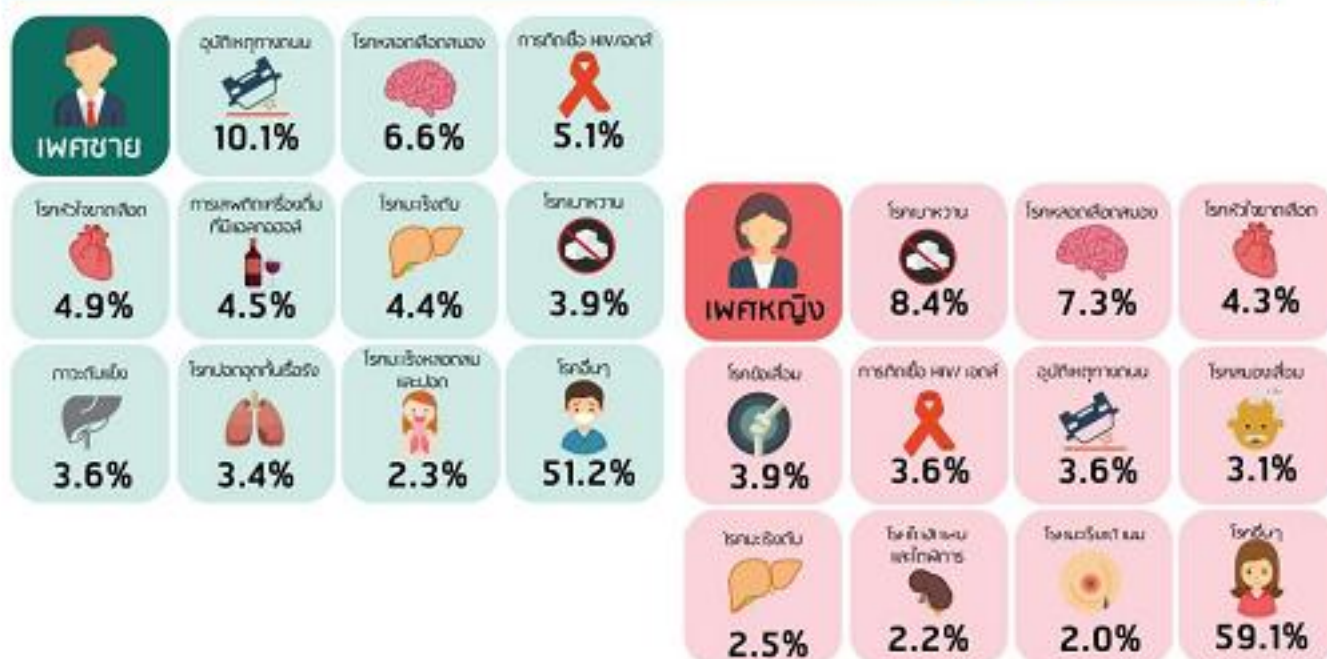
สถานะสุขภาพคนไทย

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ของคนไทย ปี 2558



ที่มา: World Health Statistic 2016, WHO

การสูญเสียปีสุขภาวะของประเทศ (DALYs) จำแนกตามสาเหตุสำคัญ พ.ศ. 2557



ที่มา: รายงานการประเมินสถานการณ์สุขภาพคนไทย พ.ศ. 2557 สำนักงานพัฒนามนุษย์และสุขภาพระหว่างประเทศ



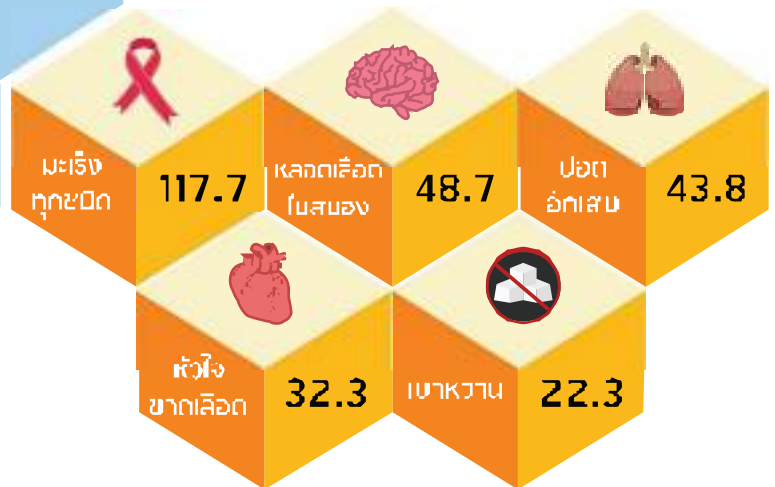
อัตราการตาย

อัตราการตายจากสาเหตุภายนอก (External Causes) และโรคเรื้อรัง (Chronic Diseases) 5 อันดับแรก ปี 2559

สาเหตุภายนอก (External Causes)



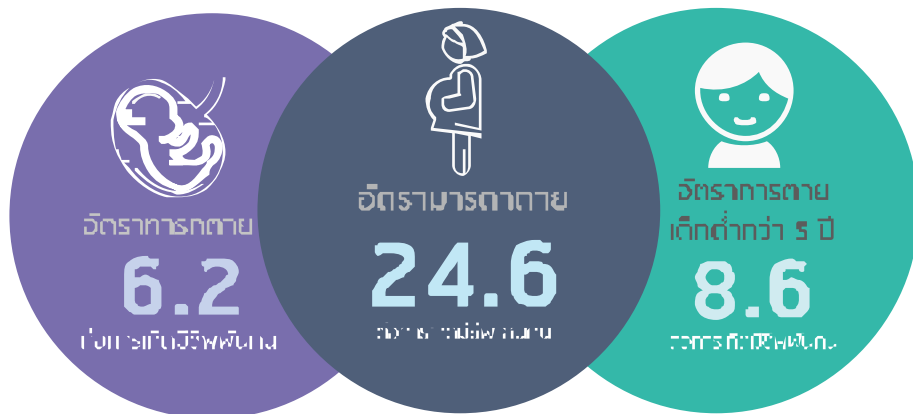
โรคเรื้อรัง (Chronic Diseases)



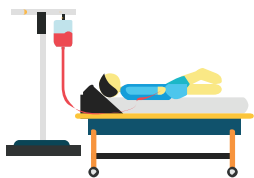
หมายเหตุ : อัตราข้อสมประชากร

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการตาย อัตราการตาย และอัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประชากรไทย ปี 2558



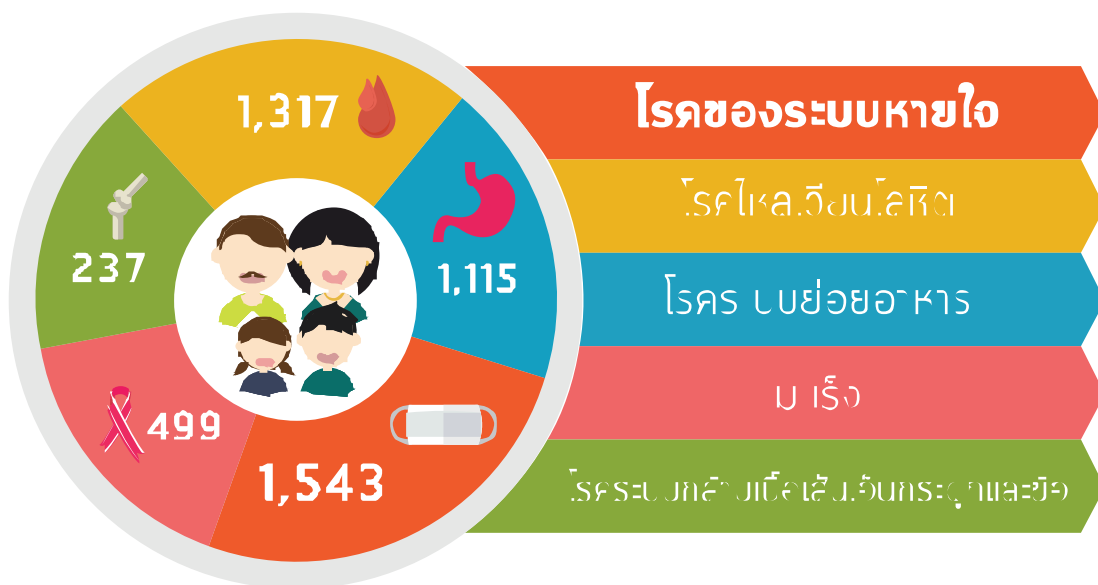
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
1. World Health Statistics Quarterly, WHO
2. Health and Demographic Indicators, 2016
3. 2016 Population Reference Bureau



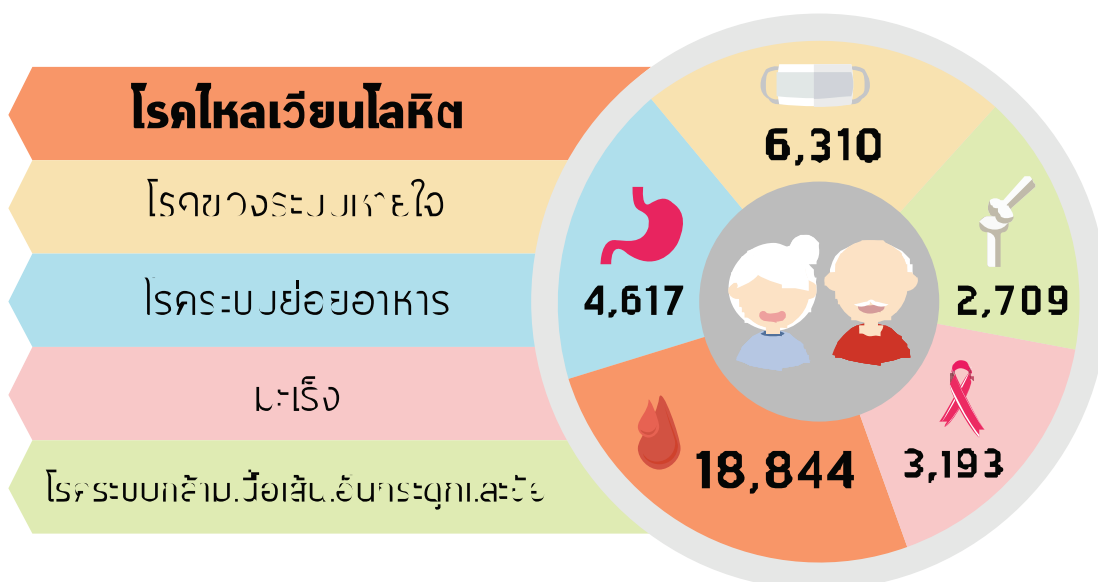
อัตราป่วยจากโรคสำคัญ

อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนจากโรคที่สำคัญ ปี 2558

อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนจากโรคที่สำคัญของประชากรอายุ 0 - 59 ปี



อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนจากโรคที่สำคัญของประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป






ที่มา: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



โรคติดต่ออุบัติใหม่



- 
 โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง มีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลก 2,103 ราย เสียชีวิต 733 ราย จาก 27 ประเทศ ประเทศที่พบการระบาด: ซาอุดีอาระเบีย กาตาร์ จอร์แดน โอมาน ในประเทศไทย พบ 3 ราย (ท.ย. 2555 - ต.ค. 2560)
- 
 โรคไข้หวัดใหญ่ มีจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศ 192,593 ราย เสียชีวิต 55 ราย (ม.ค. 2560 - ธ.ค. 2560)
- 
 โรคไข้หวัดนก มีจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศ 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย (พ.ค. 2547 - 2549)

ที่มา: สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, WHO





บทที่ 4

สถานการณ์บริการสุขภาพ

สถานการณ์ บริการสุขภาพ



สถานการณ์
บริการสุขภาพ



สถานการณ์กำลังคน
ด้านสุขภาพ

สรุป บริการสุขภาพของประเทศไทยได้มีการพัฒนาและขยายการให้บริการในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง มีการขยายหน่วยบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ มีการเพิ่มจำนวนเตียงเพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นและสามารถให้บริการแบบผู้ป่วยนอกได้มากขึ้น โดยในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (OPD visits) จำนวน 193,180,329 ครั้ง และมีให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (IPD) จำนวน 9,449,326 ราย โดยอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยที่ร้อยละ 76 ของจำนวนเตียงทั่วประเทศ

ถึงแม้สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยโลกจากส่วนอื่นที่เพิ่มขึ้น ทำให้ GDP ของประเทศเพิ่มขึ้น แต่จำนวนรวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในครัวเรือนเพิ่มขึ้น จาก 37,832 ล้านบาท ในปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็น 476,430 ล้านบาท ในปี 2556 นอกจากนี้จากข้อมูลที่มีอยู่มีแนวโน้มว่าประชาชนมีอายุขัยด้านสุขภาพเฉลี่ยถึง 73.57 ปีต่อคนต่อปี โดยเป็นการขยับให้ถึงบริการสุขภาพสูง 77% และภาคเอกชน 23%

ด้านสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค นั้นแม้ว่าจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ก็ยังมีความไม่เพียงพอและมีกระจายที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่เขตเมืองและชนบท โดยในปี 2558 ประเทศไทยมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 : 2,035 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 1 : 9,352 สัดส่วนเภสัชกรต่อประชากร 1 : 5,317 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1 : 436 และสัดส่วนพยาบาลเทคนิคต่อประชากร 1 : 9,716 ซึ่งถ้าคิดค่าเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าเกณฑ์สากล ในขณะที่ความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากรในปัจจุบันนั้น สามารถผลิตได้ 2 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ความสามารถในการผลิตพยาบาลสามารถผลิตได้ 12 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ดังนั้น การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล จึงเป็นประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้



สถานการณ์บริการสุขภาพ

บทที่ 4

ปี 2559

จำนวนสถานพยาบาล

จำนวนเตียง



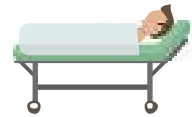
ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน **1,221** แห่ง

141,500 เตียง

จำนวนผู้ป่วยนอก

จำนวนผู้ป่วยใน

อัตราการครองเตียง



193.2 ล้านครั้ง

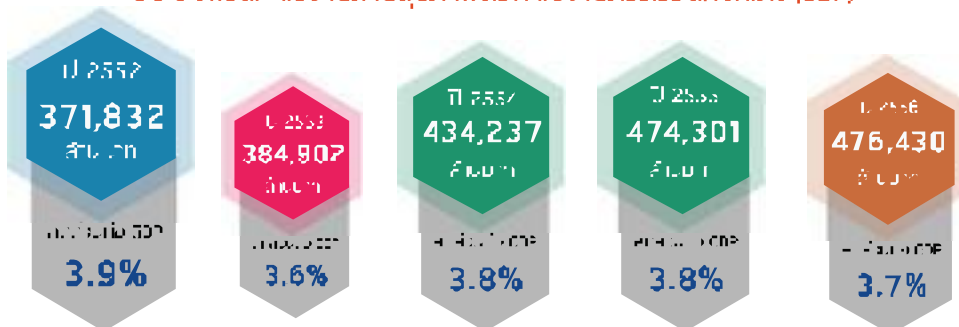
9.4 ล้านราย

ร้อยละ **76**

ที่มา: กรมสุขภาพจิต, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

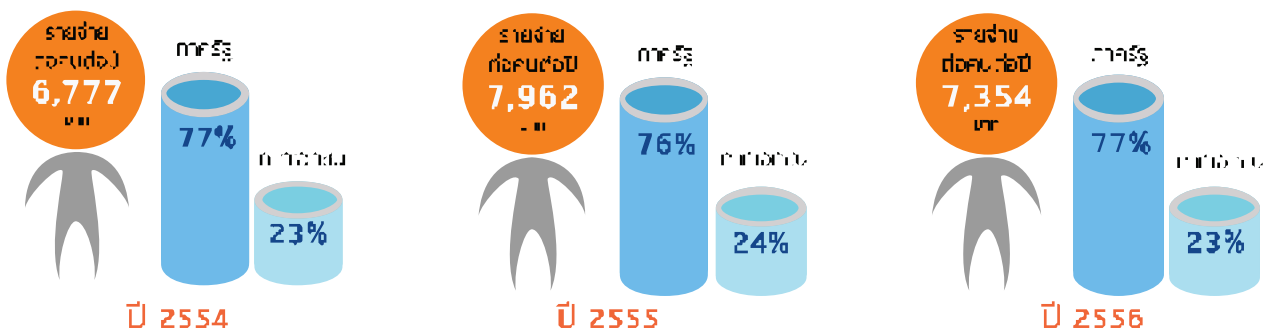
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

สัดส่วน ส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนทั้งหมด (GDP)



ที่มา: กรมสุขภาพจิต, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สัดส่วน ส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและเอกชน



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สถานการณ์กำลังคน ด้านสุขภาพ

อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญของประเทศไทย ปี 2558

อัตราส่วน**แพทย์**ต่อประชากร



แพทย์ : ประชากร
1 : 2,035

อัตราส่วน**ทันตแพทย์**ต่อประชากร



ทันตแพทย์ : ประชากร
1 : 9,352

อัตราส่วน**เภสัชกร**ต่อประชากร



เภสัชกร : ประชากร
1 : 5,317

อัตราส่วน**พยาบาลวิชาชีพ**ต่อประชากร



พยาบาลวิชาชีพ : ประชากร
1 : 436

อัตราส่วน**พยาบาลเทคนิค**ต่อประชากร



พยาบาลเทคนิค : ประชากร
1 : 9,716

ที่มา: รายงานสถิติสุขภาพสุขภาพ กองทุนศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข





บทที่ 5

ยุทธศาสตร์ชาติ

ระยะ 20 ปี

ด้านสาธารณสุข

(พ.ศ.2560 – 2579)

แผนยุทธศาสตร์ชาติ

ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560 – 2579)

ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) กำหนดวิสัยทัศน์ให้กระทรวงสาธารณสุข “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ทุกๆ 5 ปี คือ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2560 - 2564) ปฏิรูประบบ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2569) สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2570 - 2574) สู่อุตสาหกรรม และระยะที่ 4 (พ.ศ. 2575 - 2579) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ขับเคลื่อนสู่การบรรลุเป้าหมายเพื่อให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ภายใต้พันธกิจแห่งการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน โดยแผนยุทธศาสตร์ฯ ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ดังนี้



แผนยุทธศาสตร์ชาติ

ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560 - 2579)



4 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ Excellence



8 ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร

Corporate KPIs

1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด
(Life Expectancy : LE)

ไม่น้อยกว่า **85** ปี

2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี
(Health Adjusted Life Expectancy: HALE)

ไม่น้อยกว่า **75** ปี

3. ดัชนีความสุขของคนทำงาน
(Happinometer)

ไม่น้อยกว่า **70**
ร้อยละ

4. ดัชนีสุขภาวะองค์กร
(Happy Public Organization Index)

ไม่น้อยกว่า **70**
ร้อยละ

5. อัตราการเข้าถึงบริการ
แพทย์แผนไทย (Access)

ร้อยละ **100**

6. ความครอบคลุมของแพทย์และเตียง SW.
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Coverage)

สัดส่วนแพทย์	สัดส่วนเตียง
1 ต่อ 1,500 ประชากร	2 ต่อ 1,000 ประชากร

7. สถานบริการได้รับการรับรอง
คุณภาพตามมาตรฐาน HA (Quality)

ร้อยละ **100**

8. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ผ่านการประเมิน ITA (Governance)

ไม่น้อยกว่า **95**
ร้อยละ

ยุทธศาสตร์ที่ 1

ด้านส่งเสริมสุขภาพ

ป้องกันโรค

และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

4 แผนงาน

12 โครงการ

Phase 1 **26** KPI

Phase 2 **27** KPI

Phase 3 **26** KPI

Phase 4 **28** KPI

แผนงานที่ 1

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ 1 พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

สถานการณ์ปัจจุบัน

- อัตราการขาดแคลนบริการสุขภาพ (ปี 2555, 2556 และ 2557) มีอัตราที่เพิ่มขึ้น คือ 17.6, 22.2 และ 23.3 ตามลำดับ
- ปี 2559 ระดับสติปัญญาของเด็กห้าขวบเพิ่มขึ้น 1.1 เท่ากับ 98.28 คะแนน (2550 ให้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 97.18)
- ปี 2560 เด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุดส่วนที่บ่งชี้ร้อยละ 49.3

วัตถุประสงค์

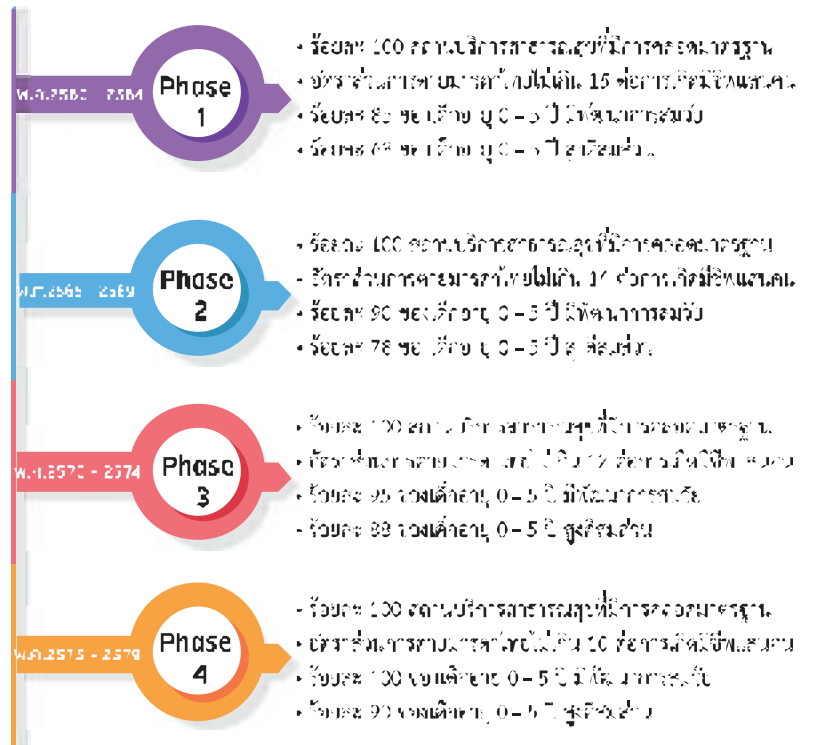
- เพื่อพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ ให้มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ
- เพื่อพัฒนาความรู้ของบุคลากรด้านสุขภาพและอาสาสมัครอย่างมีคุณภาพให้มาตรฐาน
- เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยพัฒนาสมวัยหรือเกินกว่าสมวัยด้วย

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

คุณภาพชีวิตคนไทยทุกวัย-ให้มีพัฒนาการสมวัย



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

- พัฒนาและปรับปรุงโรงพยาบาลบริการอนามัยในระดับคุณภาพ
- พัฒนาระบบบริการระบบบริการระดับปฐมวัยและระบบส่งเสริมสุขภาพ
- ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสุขภาพชุมชนและ
- เพิ่มการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Maternal, Child Health) เป็นต้น



แผนงานที่ 1

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ 2 พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

สถานการณ์ปัจจุบัน

- ปี 2567 จะมีคนไทยอายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณ 17.1 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2559 ประมาณ 5.8 ล้านคน (ร้อยละ 33.9) ในจำนวนนี้คาดว่าจะมีผู้สูงอายุอายุ 75 ปีขึ้นไปประมาณ 6.5 ล้านคน (ร้อยละ 38.0) และคาดว่าจะมีผู้สูงอายุอายุ 80 ปีขึ้นไปประมาณ 2.5 ล้านคน (ร้อยละ 14.6)
- ปี 2559 เด็กวัยเรียนทั้งหมด มีจำนวน 25.59 ล้านคน (ร้อยละ 61.2) เป็นร้อยละ 65.1 ของเด็กอายุ 0-12 ปี พันธุ์ไม้ใหม่ (Covytide) ร้อยละ 71.31
- อัตราการคาดหมายคงชีพเฉลี่ย อายุขัยเฉลี่ยที่ 72 ปี ในปี 2559

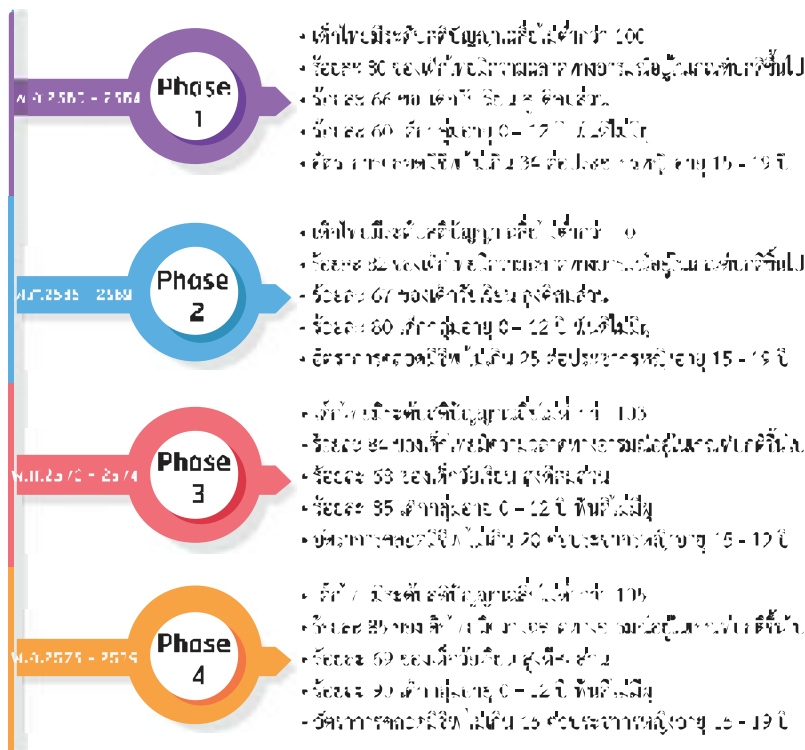
วัตถุประสงค์

- เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยมี IQ และ Emotional Quotient (EQ) สูงในเกณฑ์มาตรฐาน
- เพื่อควบคุมโรคเรื้อรังของวัยเรียนและลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร
- เพื่อป้องกันและลดการสูบบุหรี่ในวัยเรียน

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

- เด็กวัยเรียน IQ/EQ ต่ำ ฐานภาพแข็งแรง สูงที่ร้อยละ 10
- อัตราการคาดหมายคงชีพเฉลี่ย อายุขัยเฉลี่ยที่ 72 ปี ในปี 2559

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



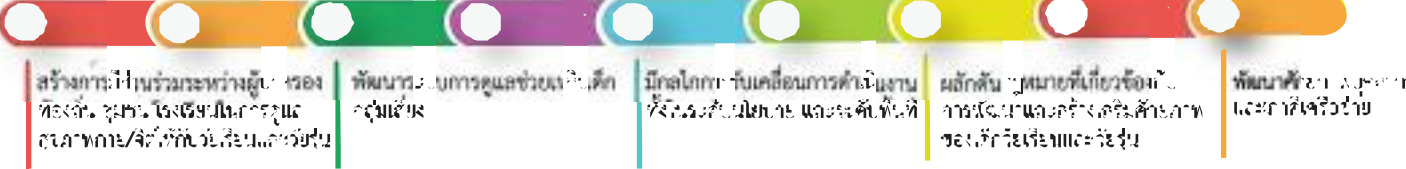
มาตรการสำคัญ

ส่งเสริมให้เด็กไทยมี IQ และ Emotional Quotient (EQ) สูงในเกณฑ์มาตรฐาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วย จิตใจและความเป็นมิตรกับวัยเรียน และมีความเป็นมืออาชีพ มีมาตรฐานวิชาชีพและคุณธรรม จริยธรรม สอดคล้องกับสังคม

ส่งเสริมให้เด็กไทยมี IQ และ Emotional Quotient (EQ) สูงในเกณฑ์มาตรฐาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วย จิตใจและความเป็นมิตรกับวัยเรียน และมีความเป็นมืออาชีพ มีมาตรฐานวิชาชีพและคุณธรรม จริยธรรม สอดคล้องกับสังคม

ส่งเสริมให้เด็กไทยมี IQ และ Emotional Quotient (EQ) สูงในเกณฑ์มาตรฐาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วย จิตใจและความเป็นมิตรกับวัยเรียน และมีความเป็นมืออาชีพ มีมาตรฐานวิชาชีพและคุณธรรม จริยธรรม สอดคล้องกับสังคม

ส่งเสริมให้เด็กไทยมี IQ และ Emotional Quotient (EQ) สูงในเกณฑ์มาตรฐาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วย จิตใจและความเป็นมิตรกับวัยเรียน และมีความเป็นมืออาชีพ มีมาตรฐานวิชาชีพและคุณธรรม จริยธรรม สอดคล้องกับสังคม



แผนงานที่ 1

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ 3 พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปัจจุบันประชากรวัยทำงานอายุ 30 - 44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 51.80 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง เมื่อเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2557 - 2559) ที่พบว่าวัยทำงานอายุ 30 - 44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 54.75, 53.82 และ 54.08 ตามลำดับ

วัตถุประสงค์

- เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงานให้มีสุขภาพดี
- เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์

เป้าหมายระยะ= 20 ปี



ประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

สนับสนุนงบประมาณในพื้นที่ชุมชน สถานที่บริการสาธารณสุขและสถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง

พัฒนาศักยภาพบุคลากร และภาคีเครือข่ายทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ

สร้าง Intervention ที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

มาตรการ นโยบาย Healthy eating/ Active living/Environmental health

มีผู้นำการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ ในชุมชนและสถานประกอบการ

สร้างและพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และค่าดัชนีมวลกายวัยทำงาน

แผนงานที่ 1

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ 4 พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

สถานการณ์ปัจจุบัน

- ผู้สูงอายุ ร้อยละ 99.6 ของการทั้งหมดของประเทศไทย <ร้อยละ 20 ที่ได้รับการคุ้มครอง/ประโยชน์หรือการดูแลสุขภาพ และร้อยละ 15.9 มีความเสี่ยงต่อความล้มเหลวร้อยละ 8.1 มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม
- ปี 2560 มีโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย LTC จำนวน 177,411 แห่ง
- ปี 2560 มี Care Manager (CM) จำนวน 4,424 คน และ Care giver (CG) จำนวน 22,344 คน

วัตถุประสงค์

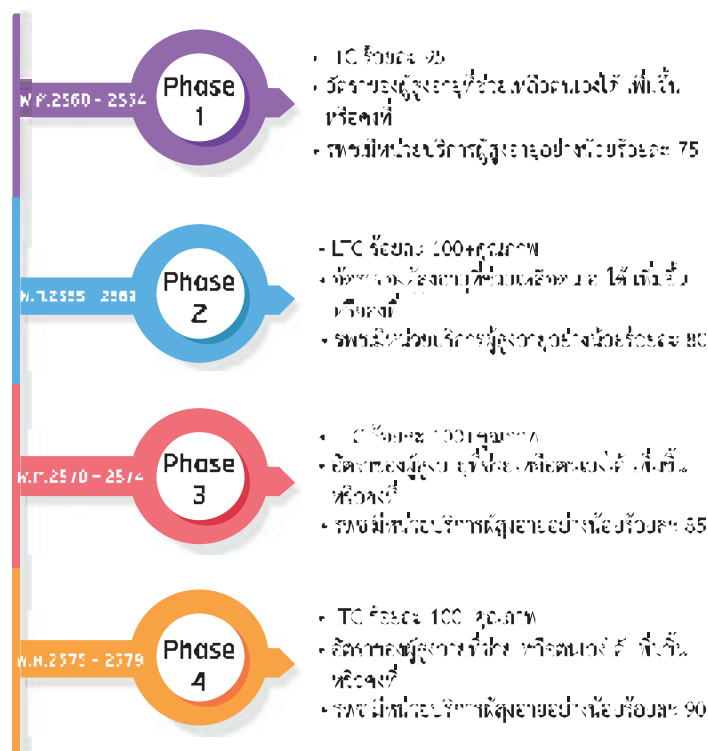
- เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ครอบคลุมตั้งแต่ 0-100 ปี ขวบ และทั้งสุขภาพทั้งปวงชีวิตโดยทั่วทั้งวัยวัยก่อนวัยวัยวัย และทั้งวัย
- ให้สุขภาพและการเข้าถึงคนสูงวัยที่มีประสิทธิภาพได้ครอบคลุม และให้มีบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่ 0-100 ปี ขวบ

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

- ประชากรที่มีระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุครอบคลุมตั้งแต่ 0-100 ปี ขวบ
- มีคนสูงวัย ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีอย่างครอบคลุมได้มีร้อยละ 80% ของกลุ่มที่ต้องดูแลสุขภาพด้วยวิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพ
- มีบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่ 0-100 ปี ขวบ > ร้อยละ 90%



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

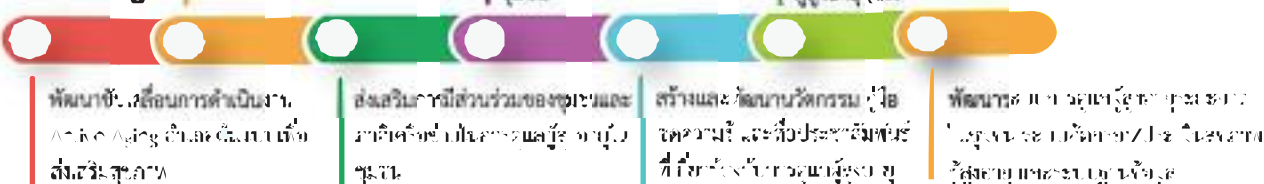


มาตรการสำคัญ

พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุครอบคลุมตั้งแต่ 0-100 ปี ขวบ

มีบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่ 0-100 ปี ขวบ

พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข มีบริการและผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)



แผนงานที่ 2

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

โครงการที่ 5 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

สถานการณ์ปัจจุบัน

เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2560 มีรองนายกรัฐมนตรี และ 7 รมว.กระทรวงมหาดไทยและกรมการปกครองลงนามในข้อสั่งการของกระทรวงมหาดไทย เรื่อง "ปฏิรูประบบสาธารณสุขให้ครอบคลุม 1 ปี 4 เดือน ประกอบด้วย การถอดกระเปาะสำนักงานสาธารณสุข ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบประชารัฐ โดยในปี 2559 มีจำนวน 73 อำเภอ และเพิ่มเป็น 200 อำเภอ ในปี 2560

วัตถุประสงค์

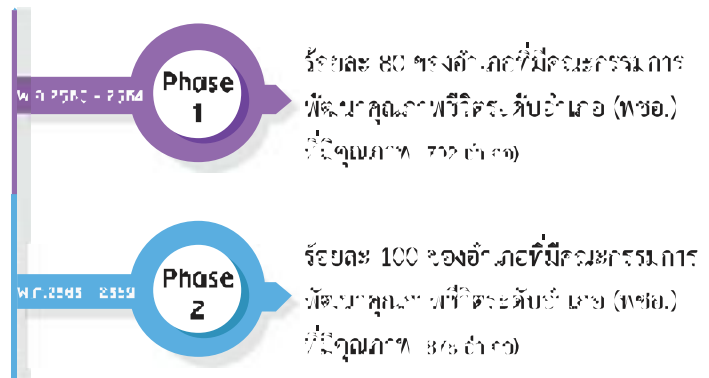
- เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในบึงกุ่มจังหวัด โดยหลักการทั้งจังหวัดไปสู่อำเภอ และจากอำเภอสู่ตำบล

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

ทุกอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.)



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ



แผนงานที่ 3

การป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ 6 พัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปัจจุบันสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพมีความรุนแรงและสามารถแพร่ระบาดได้อย่างกว้างขวาง จำเป็นต้องพัฒนาระบบการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติให้รวดเร็วและตอบโต้ได้ทันทีภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค และหน่วยงานอื่น ร่วมกันจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของประเทศให้ได้ ตามเกณฑ์มาตรฐานสากล Joint External Evaluation : JEE

วัตถุประสงค์



เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

มาตรการสำคัญ

จัดการซ้อมแผนตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน ทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด

พัฒนาศักยภาพผู้บัญชาการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับจังหวัด

จัดเตรียมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพและทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด

แผนงานที่ 3

การป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ 7 ควบคุมโรคติดต่อ

สถานการณ์ปัจจุบัน

- **เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์** : ปี 2558 คาดประมาณว่า ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวนทั้งหมด 437,700 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ประมาณ 6,900 คน เสียชีวิตประมาณ 19 คน ลดลงร้อยละ 77 เมื่อเทียบกับปี 2543 และเสียชีวิต ประมาณ 16,100 คน
- **พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี** : ปี 2556 อัตราการเสียชีวิตของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 23.9 ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ จำนวน 1,765 ราย พบเป็นมะเร็งตับ ร้อยละ 63 และมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 55 และในปี 2557 พบอัตราความชุกในภาพรวมของประเทศ ร้อยละ 5.1

วัตถุประสงค์

- เพื่อลดอัตราและการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- เพื่อให้ผู้ติดเชื้อทุกคนเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- เพื่อลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง 29 จังหวัด

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

- ลดผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ให้เหลือน้อยกว่า 1,000 ราย
- ไม่มีทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อ HIV
- ผู้ติดเชื้อ HIV ทุกคนเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- ลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องเนื่องจาก HIV ลงเหลือน้อยกว่า 4,000 ราย
- ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ เหลือไม่เกินร้อยละ 6
- อัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงครึ่งหนึ่ง
- อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงน้อยกว่าร้อยละ 1

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ



แผนงานที่ 3

การป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ 8 ควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

- การลงมือเป็นมาตรการเชิงชีวิต ซึ่งมีชีวิตที่ในเชิงนโยบายอยู่กว่า 15 ปี มีทั้ง นานการเชิงชีวิต และชีวิต 1,015 คน
- ปี 2559 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ 35.4 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 21,745) จากฐานข้อมูลประชากร
- ปี 2558 - 2560 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เฉลี่ย 200,000 คนต่อปี และอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานใหม่เฉลี่ย 400,000 คนต่อปี (Health Data Center: HDC)
- ปี 2552 - 2559 พบการสูญเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 68 เป็น 1.9 โรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยเสียชีวิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.4 ถึง 24.7 (NIRS IV)

วัตถุประสงค์

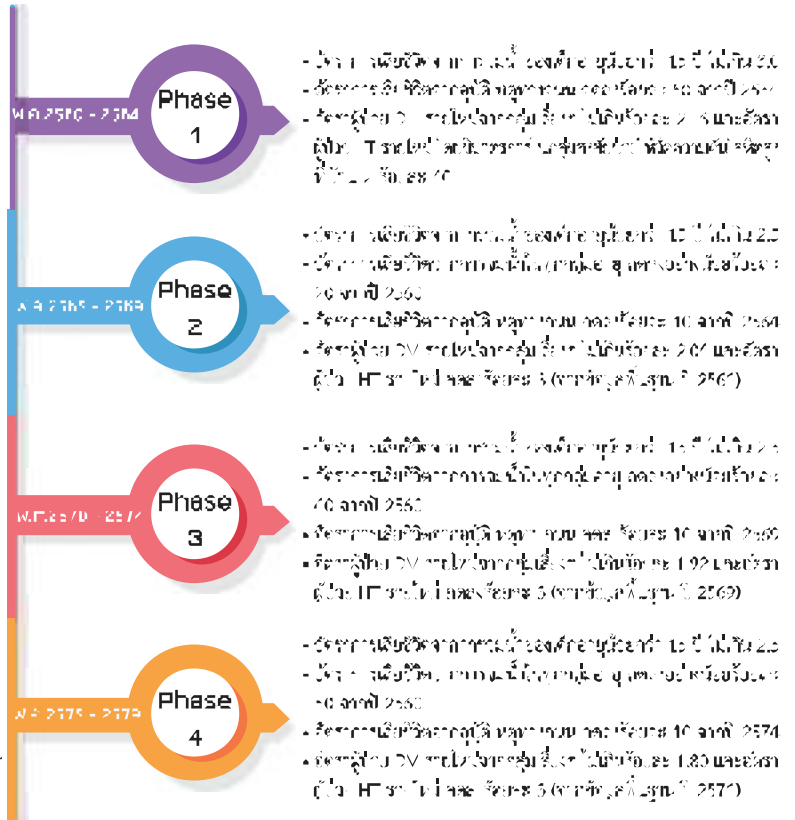
เพื่อลดการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี และลดอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

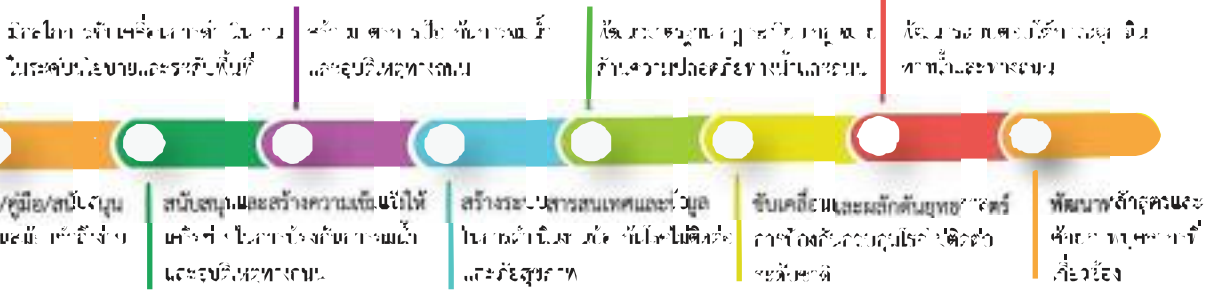
- อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานและอัมพาตทางสมองลดลง
- อัตราผู้ป่วย Diabetes Mellitus (DM) รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราผู้ป่วย Hypertension (HT) รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงลดลง



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ



- พัฒนาและผลิตสื่อ/คู่มือ/สปรินท์ตามแนวทาง 5M (มี, มี, มี, มี, มี)
- สนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายในภาคีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน
- สร้างระบบการสนทนาและรับรู้อัตราการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ
- ขับเคลื่อนและผลักดันยุทธศาสตร์การป้องกันโรคเบาหวานและอัมพาต
- พัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์และขยายผลสู่พื้นที่อื่น

แผนงานที่ 3

การป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ 9 ส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร

สถานการณ์ปัจจุบัน

พบปัญหาผัก ผลไม้ ตกมาตรฐาน ร้อยละ 37.91 และนมโรงเรียนตกมาตรฐาน ร้อยละ 13.79 โดยปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กนักเรียนในโรงเรียนกว่า 40,000 แห่ง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่มีความปลอดภัย ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

ประชาชนได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความรู้และพฤติกรรมผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกต้อง



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

ทบทวนและปรับปรุงกฎหมายที่สอดคล้องกับระดับสากล และส่งเสริมการประกอบธุรกิจ

พัฒนาโครงการคุ้มครองผู้บริโภค และบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย

พัฒนาและส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถผลิต/นำเข้าอาหารที่มีมาตรฐานในระดับสากล

พัฒนาศักยภาพบุคลากร

พัฒนาระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยความปลอดภัยอาหารที่มีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว

พัฒนาสื่อ แหล่งข้อมูลความรู้ เครื่องมือที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และเข้าถึงได้ง่าย

พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านอาหาร และระบบติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

พัฒนาห้องปฏิบัติการให้มีศักยภาพในการตรวจวิเคราะห์เท่าเทียมกัน

แผนงานที่ 3

การป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ 10 คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

- การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยยังถือเป็นและไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้
- สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านการรับรองมาตรฐาน คือ เป็นร้อยละ 63.12
- ปัญหาที่พบ คือ ความเข้าใจของกฎหมายความชัดเจนในการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ความเข้าใจของผู้ประกอบการและบุคลากรการใช้ที่ไม่ใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการแทนการนำฝาก และใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่ผ่านการตรวจรับรองมาตรฐาน เป็นต้น

วัตถุประสงค์

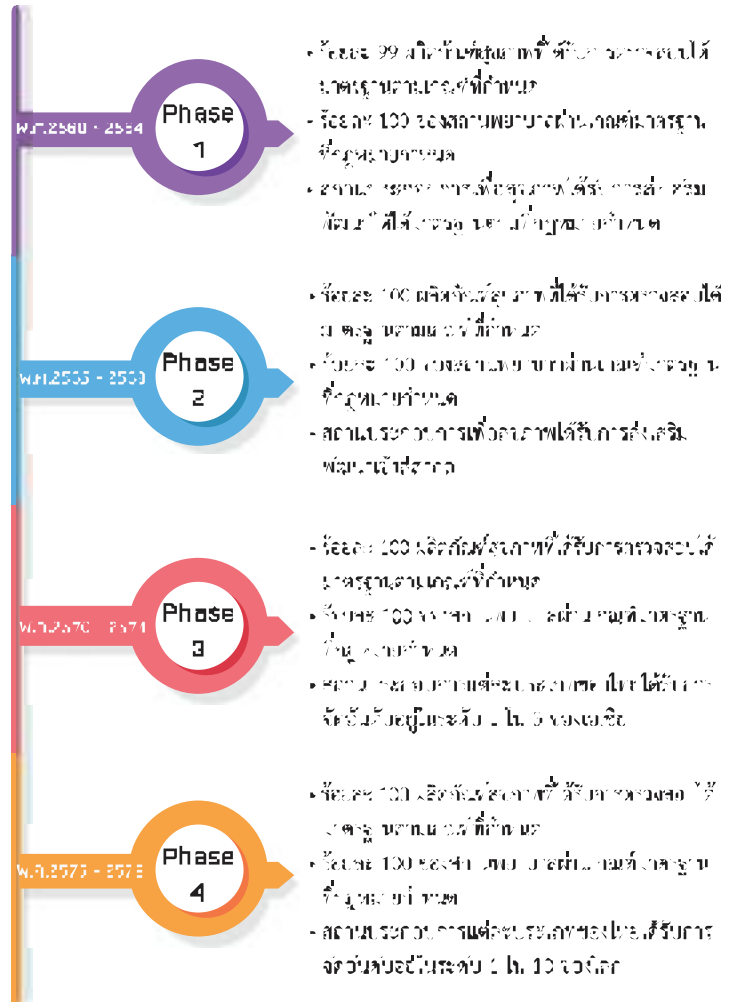
- เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับประโยชน์สูงสุดจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- เพื่อให้สถานประกอบการและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ มีคุณภาพมาตรฐาน และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

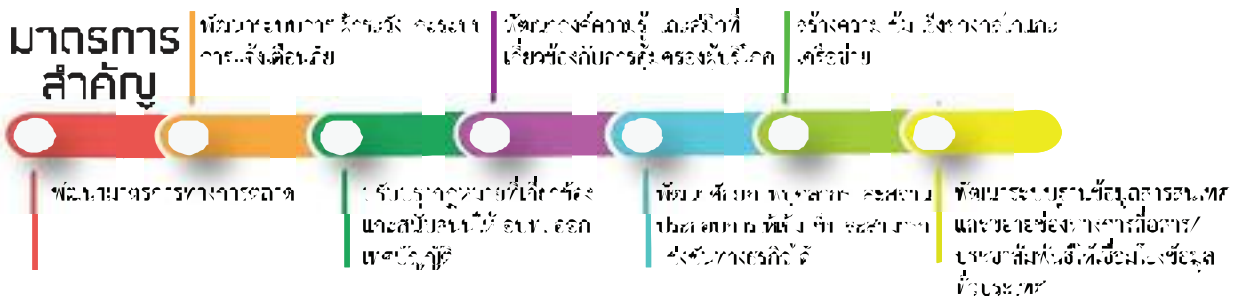
ประชาชนได้รับบริการผลิตภัณฑ์สุขภาพ และได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ



แผนงานที่ 4

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการที่ 11 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปี 2560 มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และเป็นแหล่งเรียนรู้ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ชุมชน



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

พัฒนาศักยภาพบุคลากรของ รพ. และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

พัฒนาระบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

พัฒนาองค์ความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์

บูรณาการกับกระทรวงพลังงานจัดทำแนวทางลดใช้พลังงาน และเพิ่มการใช้พลังงานทดแทน

ส่งเสริมและสนับสนุนให้ รพ. GREEN & CLEAN Hospital เป็นแหล่งเรียนรู้

ออกแบบ/ปรับปรุงอาคาร รพ. ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมรพ.ต้นแบบ อาคารอนุรักษ์พลังงาน

พัฒนาเครือข่าย รพ. GREEN & CLEAN Hospital

แผนงานที่ 4

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการที่ 12 กู้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในเขตพื้นที่เสี่ยง

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปี 2563 ร้อยละ 60.53 (46 จังหวัด) * องค์การฯ มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนไม่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม

เป้าหมายระยะ= 20 ปี



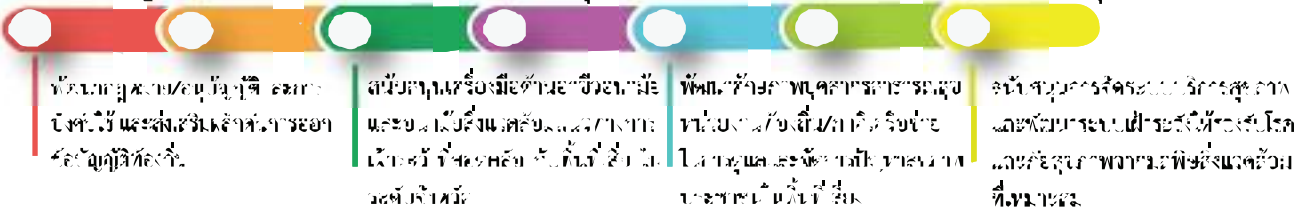
ลดผลกระทบต่อสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงจากพิษและมลพิษสิ่งแวดล้อมของประชาชน

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสิ่งแวดล้อม (Civillienmental Health Impact Assessment: IHM) เป็นปัจจัยหนึ่งในระดับดีมาก สนับสนุนให้มีวัดค่ามลพิษที่ชุมชนเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม และการจัดการความเสี่ยงเชิงป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ



← หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมอนามัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2

ด้านบริการเป็นเลิศ

5 แผนงาน

22 โครงการ

Phase 1 58 KPI

Phase 2 62 KPI

Phase 3 58 KPI

Phase 4 59 KPI

แผนงานที่ 5

การพัฒนาาระบบบริการแพทย์ปฐมภูมิ

โครงการที่ 13 พัฒนาระบบบริการแพทย์ปฐมภูมิ

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 กำหนด “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์ครอบครัวครอบคลุมและประชาชนได้เข้าถึงที่เหมาะสม”
2. การพัฒนาระบบปฐมภูมิมีทั้งเชิงรากฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย แต่ยังคงมีพื้นที่ที่ด้อยประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ เมื่อเจ็บป่วยจะเข้ารับบริการจากแพทย์เฉพาะทางโดยตรงที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทำให้เกิดความแออัดไม่เพียงพอตามมาตรฐานใหญ่
3. กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายในการดำเนินการพัฒนาระบบปฐมภูมิและคลินิกเฉพาะครอบครัวขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพบริการและมีความปลอดภัยกับครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเอง และครอบครัวเบื้องต้น เมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

เป้าหมายระยะ = 20 ปี

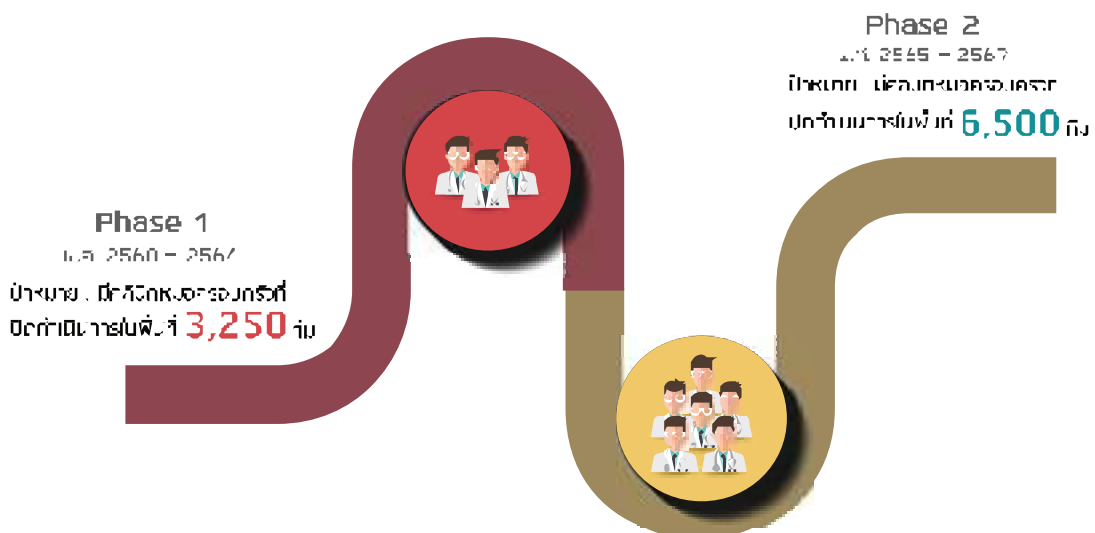
เป้าหมายการดำเนินงานในระยะ 10 ปี (พ.ศ.2560 – 2569) จัดตั้งคลินิกครอบครัว 6,000 ทีม เพื่อให้บริการสุขภาพที่มีแพทย์ประจำครอบครัวครบถ้วนทั้ง สภากาชาด และประชาชนทุกคน

ตัวชี้วัด

คลินิกครอบครัวครบถ้วน 6,000 ทีมบริการในพื้นที่

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนารูปแบบ (Service Model) Modelcity/Urban area/Rural area
2. พัฒนาศูนย์สาธารณสุขครอบครัว และ พัฒนาทีมแพทย์ทั่วไปให้เพียงพอในการจัดการประชาชนทุกคน
3. พัฒนาระบบเทคโนโลยี เพื่อรองรับการดำเนินงาน
4. สนับสนุนธุรกิจในการดำเนินงาน
5. พัฒนาระบบแรงจูงใจ
6. พัฒนาระบบการจัดการ และประเมินผลการดำเนินงาน
7. ศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดบริการแก่ระบบปฐมภูมิ
8. ผลักดันและขับเคลื่อนร่าง พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ...



หน่วยงานรับผิดชอบ : สำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกพิเศษครอบครัว

แผนงานที่ 6

การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 14 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ในปี 2552 และ ปี 2557 พบว่าคนไทยมีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.9 ปี 2552 เป็นร้อยละ 3.9 และจากอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.4 เป็นร้อยละ 27.7 และจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคนเป็น 3.5 ล้านคน

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มคุณภาพของระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและรู้ข้อมูลความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่สามารถควบคุมได้ตามระดับความเสี่ยง

เป้าหมายระยะ 20 ปี

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง

มาตรการสำคัญ

1. สนับสนุนให้กิจการค้ามีมาตรฐานไม่ขัดต่อเงื่อนไขสถานบริการควบคุมคุณภาพระดับประเทศ
2. ประเมินและเพิ่ม Preventive interventions
3. มีระบบ Stroke case pack, Stroke Unit, Standard Stroke Center Cell, Refe (Stroke Network)
4. พัฒนาระบบและเพิ่มพูนทักษะบุคลากรทางการแพทย์ เช่น Preventive interventions, Use data dashboard, eNCDs Health Informatics, Cardiovascular disease (CVD) และ Chronic kidney disease (CKD) เป็นต้น
5. พัฒนาระบบและเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลที่เป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศ เช่น Data Dashboard/DMI/T, IDC เป็นต้น
6. จัดทำและใช้เครื่องมือแพทย์โมบาย และสื่อต่างๆ ในการดำเนินงาน เช่น คู่มือ Preventive interventions/NCD Clinic plus CNN Application หรือ VTR เป็นต้น
7. พัฒนาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเร็ว (NCDs Health Therapy)
8. สนับสนุนงานรณรงค์โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรัง
9. จัดทำแผนงานส่งเสริมสื่อเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข

Phase 1

พ.ศ. 2560 – 2564



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด > 40% ได้
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ > 50%
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ > 50% (CVD Risk ได้ > 50%)
4. อัตราการครองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ISO-HIS) มีเกณฑ์อย่างน้อย 7

Phase 2

พ.ศ. 2565 – 2569



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด > 40% ได้
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ > 50%
3. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ > 50% (CVD Risk ได้ > 50%)
4. อัตราการครองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ISO-HIS) มีเกณฑ์อย่างน้อย 7

Phase 3

พ.ศ. 2570 – 2574



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด > 40% ได้
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ > 50%
3. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ > 50% (CVD Risk) ได้ > 50%
4. อัตราการครองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ISO-HIS) มีเกณฑ์อย่างน้อย 7

Phase 4

พ.ศ. 2575 – 2579



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด > 40% ได้
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ > 50%
3. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ > 50% (CVD Risk) ได้ > 50%
4. อัตราการครองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ISO-HIS) มีเกณฑ์อย่างน้อย 7

แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 15 ป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

สถานการณ์ปัจจุบัน

การพัฒนากระบวนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่ระดับตติยภูมิ จนถึงระดับปฐมภูมิ เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560 โรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) ชั้นที่ 1 ร้อยละ 61.49 (ข้อมูล ณ กันยายน 2560) ร้อยละ 91 ของ รพท./รพพ. มีแผนการดำเนินงานการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ในการจัดการทั้งระบบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพบริการด้านยาให้เกิดความปลอดภัยและคุ้มค่า
2. เพื่อลดป่วยจากเชื้อดื้อยา และลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม

เป้าหมายระยะ 20 ปี

1. ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพโดยพิจารณาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยและชุมชนน้อยที่สุด
2. ลดอัตราการป่วยจากการติดเชื้อยาด้านจุลชีพ

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด process/output

1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ

ตัวชี้วัด outcome

1. อุบัติการณ์การเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug related problem: DRP) ลดลง
2. ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้างที่ไม่เหมาะสมลดลง
3. การป่วยจากการติดเชื้อยาด้านจุลชีพลดลง
4. ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง*

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบคุณภาพบริการด้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลทุกระดับ ตามกฎเกณฑ์ PLEASE
2. พัฒนาโรงพยาบาลให้มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ
3. ส่งเสริมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
4. พัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศในทุกระดับ เพื่อใช้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง และติดตามประเมินผล
5. สร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและลดปัญหาเชื้อดื้อยา
6. ส่งเสริมการพัฒนาเครือข่าย ทั้งที่เป็นทางการ (ระดับเขต/จังหวัด) และไม่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาการทำงานร่วมกัน

หมายเหตุ *ค่าใช้จ่ายด้านยา หมายถึง ค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและไม่จำเป็น รวมถึงค่าใช้จ่ายตรวจเก็บประวัติของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ป้องกันได้

Phase 1 พ.ศ. 2560 – 2564 บูรณาการการทำงาน



Phase 2 พ.ศ. 2565 – 2569 ระบบงานประจำ



Phase 3 พ.ศ. 2570 – 2574 ประเทศไทยยาสมเหตุผล (RDU country)



Phase 4 พ.ศ. 2575 – 2579 ประเทศไทยยาสมเหตุผล (RDU country)



ตัวชี้วัดเป้าหมาย

1. RDU ชั้นที่ 3 > ร้อยละ 80
2. รพ. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ > ร้อยละ 70
3. DRP ลดลง ร้อยละ 20
4. ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้างที่ไม่เหมาะสมลดลง ร้อยละ 20
5. การป่วยจากการติดเชื้อยาด้านจุลชีพลดลง ร้อยละ 50
6. ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศ มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล (JEE) ระดับ 4
7. ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง ร้อยละ 50

ตัวชี้วัดเป้าหมาย

1. RDU ชั้นที่ 5 > ร้อยละ 100
2. รพ. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ > ร้อยละ 100
3. DRP ลดลง ร้อยละ 40
4. ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้างที่ไม่เหมาะสมลดลง ร้อยละ 40
5. การป่วยจากการติดเชื้อยาด้านจุลชีพลดลง ร้อยละ 60
6. ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศ มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล (JEE) ระดับ 4
7. ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง ร้อยละ 60

ตัวชี้วัดเป้าหมาย

1. DRP ลดลง ร้อยละ 60
2. ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้างที่ไม่เหมาะสมลดลง ร้อยละ 60
3. การป่วยจากการติดเชื้อยาด้านจุลชีพลดลง ร้อยละ 70
4. ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศ มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล (JEE) ระดับ 4
5. ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง ร้อยละ 70

ตัวชี้วัดเป้าหมาย

1. DRP ลดลง ร้อยละ 60
2. ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้างที่ไม่เหมาะสมลดลง ร้อยละ 60
3. การป่วยจากการติดเชื้อยาด้านจุลชีพลดลง ร้อยละ 80
4. ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศมีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล (JEE) ระดับ 4
5. ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง ร้อยละ 70

แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 16 พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

สถานการณ์ปัจจุบัน

การจัดบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยของสถานบริการยังมีศักยภาพที่ไม่เท่าเทียมกันในแต่ละเขตสุขภาพภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลรักษาพยาบาลในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่านอกเขตสุขภาพและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาต่างๆ ในแต่ละเขตสุขภาพและระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม

เป้าหมายระยะ = 20 ปี

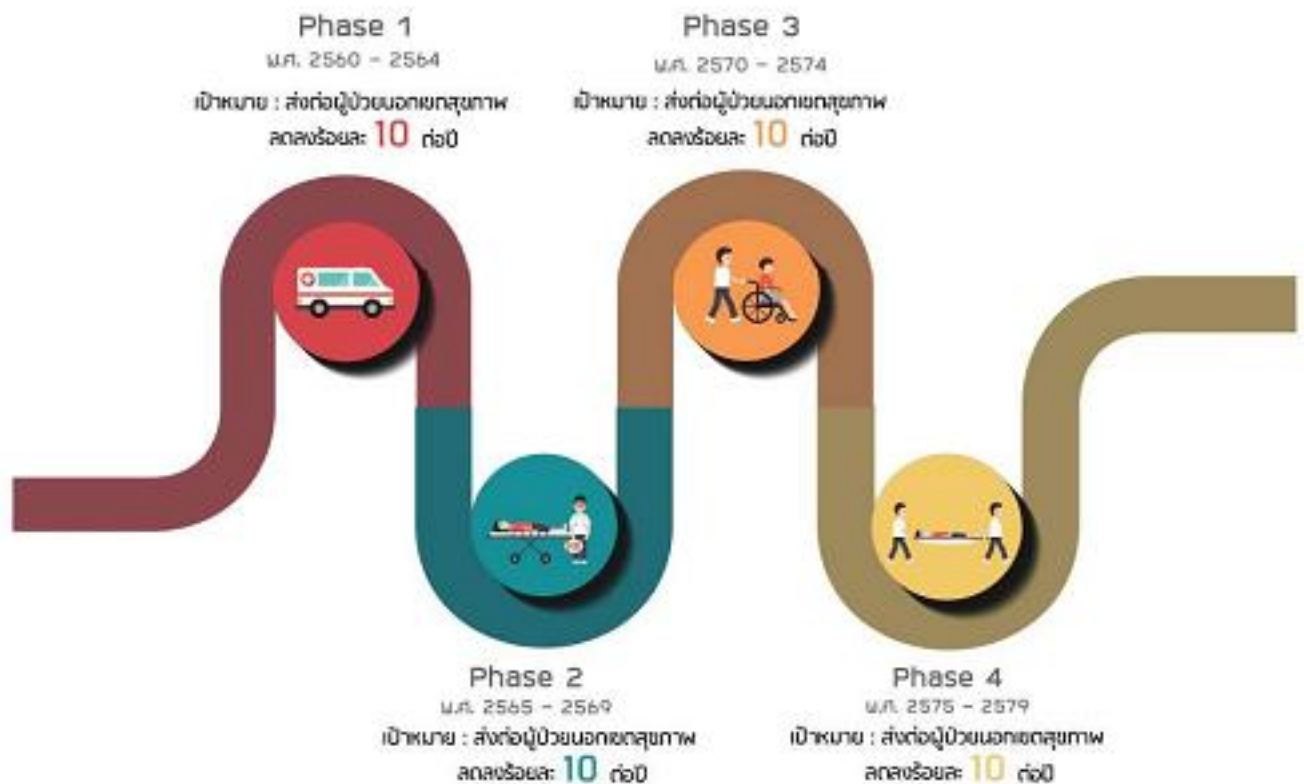
ศักยภาพการดูแลรักษาพยาบาลของสถานบริการในแต่ละเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น และการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพลดลง

ตัวชี้วัด

ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

มาตรการสำคัญ

1. มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
2. พัฒนาศักยภาพการให้บริการรักษาพยาบาลตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่างๆ จนถึงศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขาโรคหัวใจ โรคระบบประสาทและกระดูกเชิงกราน โรคไต โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โรคกระดูกและข้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ
3. มีศูนย์ประสานงานและพัฒนาศูนย์ถ่ายโอนการให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยและรับกลับ เชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับ ทั้งในเขต/จังหวัด/สถานบริการ
4. พัฒนาโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการในเขต/จังหวัด
5. พัฒนาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ และทีมสหสาขาวิชาชีพ
6. มีกลไกการขับเคลื่อนงานระดับเขตและจังหวัด ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต/จังหวัด



แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 17 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สภามหาวิทยาลัยราชภัฏ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ทารกเกิดมีชีพปีละ 700,000 คน อัตราตายทารกแรกเกิดปี 2560 เท่ากับ 9.94 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ สาเหตุการตาย ได้แก่ ภาวะผิดปกติในวัยแรกเกิด 25% Bili rubinemia 27% Congenital heart disease 14% และเหตุอื่นๆ 10%

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีระบบบริการสุขภาพระดับสากลแก่ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพ

เป้าหมายระยะ = 20 ปี

ควรมีอัตราตายทารกแรกเกิดปีละไม่เกิน 5 คน

ตัวชี้วัด

อัตราการตายทารกแรกเกิด

มาตรการสำคัญ

1. เริ่มดำเนินการจัดทำ Neonatal High Risk Care Unit (NHRCU) ให้ได้มาตรฐานภายใน 500 ทารกเกิดมีชีพ
2. ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลให้มีความชำนาญที่มาตรฐาน
3. จัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติด้านทารกแรกเกิด
4. อบรมภาคีเครือข่ายทางการแพทย์และสังคมให้มีความรู้และทักษะในการบริการสุขภาพ
5. จัดทำและสนับสนุนเรื่องสุขภาพผู้ดูแลแนวทางการบริการสุขภาพทารกแรกเกิด
6. จัดทำโครงการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด

Phase 1

พ.ศ. 2560 – 2564



เป็นเกณฑ์

< 2.5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

Phase 2

พ.ศ. 2565 – 2569



เป็นกลาง

< 2.0 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

Phase 3

พ.ศ. 2570 – 2574



เป็นกลาง

< 1.8 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

Phase 4

พ.ศ. 2575 – 2579



เป็นกลาง

< 1.5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

แผนงานที่ 6

การดูแลระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 18 มีดาระบบการดูแลแบบประคับประคอง

สถานการณ์ปัจจุบัน

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มีข้อดีคือมีจุดกลางให้ใช้ร่วมกัน และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการพยาบาลต่างๆ โดยผู้ดูแลครอบครัวเป็นผู้มีพลัง

กลุ่มโรคที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เฉพาะโรค) ได้แก่

- 1) โรคสมอง (2) Neurological disease (3) โรคไตในหลายขั้น
- 4) ได้รับความบาดเจ็บ (5) Pulmonary and heart disease (6) Multiple Trauma Patient (7) Infectious disease (HIV/AIDS) (8) Pediatric (9) Agri/geriatrics

เป้าหมายระยะ 20 ปี

1. มีระบบดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุม
2. ผู้ดูแลสามารถเข้าถึง (Accessibility) บริการดูแลแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน บริการสุขภาพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึง (Accessibility) การดูแลรักษาแบบประคับประคอง จากทีมสุขภาพครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตและสามารถอยู่อย่างมีความสุข
3. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของทุกคนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

มาตรการสำคัญ

1. การให้คำปรึกษา ผู้มี ภาวะสุขภาพ โรคสมอง โรคหัวใจ (A, S, M) เพื่อวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายตามมาตรฐาน
2. การพัฒนากระบวนการเชื่อมโยงระบบการดูแลแบบประคับประคองกับบริการสุขภาพระดับจังหวัด

Phase 1

พ.ศ. 2560 – 2564

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. มีระบบดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุม (มีจุดกลาง) ให้บริการตามมาตรฐาน (ตามนโยบาย/ทิศทาง)
2. มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบประคับประคอง (A, S, M) ครอบคลุม 50
3. ทีมบริการสุขภาพมีบทบาทผู้ประเมินและสนับสนุนให้ผู้ป่วยระยะท้าย A, S, M (ร้อยละ 50)
4. จัดทำคู่มือให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านไปยังทีมผู้ดูแลครอบครัวตามระดับ A, S, M (ร้อยละ 50)
5. ทีม OPICDS (OD) มีบทบาท A, S, M (ร้อยละ 50)
6. ทีมพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เข้าถึงพื้นที่ที่มีลักษณะเด่นของพื้นที่ตาม A, S, M (ร้อยละ 50)

Phase 3

พ.ศ. 2570 – 2574

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. มีระบบดูแลแบบประคับประคองที่เข้าถึงบริการสุขภาพแบบประคับประคอง (มีจุดกลาง) ให้บริการตามมาตรฐาน (ตามนโยบาย/ทิศทาง)
2. มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบประคับประคอง (A, S, M) ครอบคลุม 70
3. ทีมบริการสุขภาพมีบทบาทผู้ประเมินและสนับสนุนให้ผู้ป่วยระยะท้าย A, S, M (ร้อยละ 70)
4. จัดทำคู่มือให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านไปยังทีมผู้ดูแลครอบครัวตามระดับ A, S, M (ร้อยละ 70)
5. ทีม OPICDS (OD) มีบทบาท A, S, M (ร้อยละ 50)
6. ทีมพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เข้าถึงพื้นที่ที่มีลักษณะเด่นของพื้นที่ตาม A, S, M (ร้อยละ 50)

Phase 2

พ.ศ. 2565 – 2569

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. มีระบบดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุม (มีจุดกลาง) ให้บริการตามมาตรฐาน (ตามนโยบาย/ทิศทาง)
2. มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบประคับประคอง (A, S, M) ครอบคลุม 60
3. ทีมบริการสุขภาพมีบทบาทผู้ประเมินและสนับสนุนให้ผู้ป่วยระยะท้าย A, S, M (ร้อยละ 60)
4. จัดทำคู่มือให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านไปยังทีมผู้ดูแลครอบครัวตามระดับ A, S, M (ร้อยละ 60)
5. ทีม OPICDS (OD) มีบทบาท A, S, M (ร้อยละ 50)
6. ทีมพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เข้าถึงพื้นที่ที่มีลักษณะเด่นของพื้นที่ตาม A, S, M (ร้อยละ 50)

Phase 4

พ.ศ. 2575 – 2579

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. มีระบบดูแลแบบประคับประคองที่เข้าถึงบริการสุขภาพแบบประคับประคอง (มีจุดกลาง) ให้บริการตามมาตรฐาน (ตามนโยบาย/ทิศทาง)
2. มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบประคับประคอง (A, S, M) ครอบคลุม 80
3. ทีมบริการสุขภาพมีบทบาทผู้ประเมินและสนับสนุนให้ผู้ป่วยระยะท้าย A, S, M (ร้อยละ 80)
4. จัดทำคู่มือให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านไปยังทีมผู้ดูแลครอบครัวตามระดับ A, S, M (ร้อยละ 80)
5. ทีม OPICDS (OD) มีบทบาท A, S, M (ร้อยละ 50)
6. ทีมพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เข้าถึงพื้นที่ที่มีลักษณะเด่นของพื้นที่ตาม A, S, M (ร้อยละ 50)

แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 19 พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยสำหรับแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์ปัจจุบัน

ประเทศไทยมีแพทย์ทางเลือกที่ให้บริการแก่ประชาชนในนครราชบุรี 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอน โดยมีจำนวนเตียงให้บริการรวมแล้ว 160 เตียง 2558 เตียง ร้อยละ 17.51 ปี 2559 คือ 1711 เตียง และปี 2560 คือ 1711 เตียง 19.52 เตียง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีบริการการดูแลสุขภาพการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของ

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

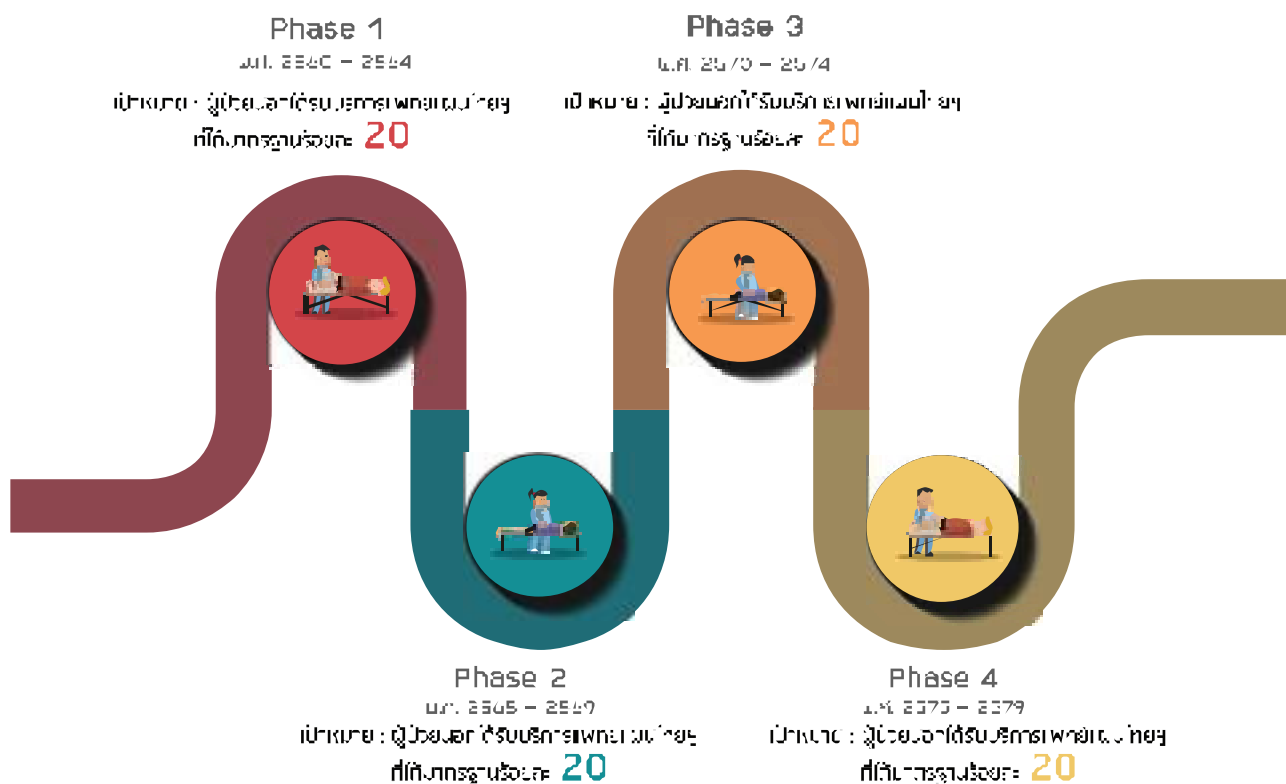
บริการการดูแลสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรที่จังหวัดราชบุรี

ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพการแพทย์แผนไทย 20

มาตรการสำคัญ

1. จัดแผนกสุขภาพการแพทย์แผนไทย (M2/M3) และ (M2-M3) ให้มีบริการรับระดมผู้ป่วย
2. จัดหน่วยบริการสุขภาพการแพทย์แผนไทยเฉพาะทาง (Special Hospital)
3. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร (Herbal) โดยรับบริการทางคลินิก และการวิจัยสมุนไพร (Herbal) ทั่วประเทศ และ ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร (Herbal) ทั่วประเทศ
4. จัดแผนกสุขภาพการแพทย์แผนไทย (M2/M3) และ (M2-M3) ให้มีบริการรับระดมผู้ป่วย
5. จัดแผนกสุขภาพการแพทย์แผนไทยให้มีความรู้ด้านสมุนไพรที่ให้บริการสุขภาพ
6. จัดพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพการแพทย์แผนไทยผ่านทาง IDC
7. จัดพัฒนาระบบสารสนเทศและประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทยของประเทศไทย
8. มีโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับพื้นที่ ผ่านภาคี Chief Traditional Medicine Officer (CTMO) ทุกจังหวัด



หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 20 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สานสุขภาพเขตลพบุรี

สถานการณ์ปัจจุบัน

ตั้งแต่ปี 2560 - 2561 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 5.5% ส่วนภาคีเครือข่าย 83.4% และหน่วยงานภาครัฐ 41.3% มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดย ปี 2560, 2561 และ 2562 มีอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุโรคซึมเศร้า 6.08, 6.08 และ 6.47 ต่อประชากร 1 แสนคนตามลำดับ

วัตถุประสงค์

เพื่อมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 12 ปีขึ้นไป ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเข้าใจถึงสาเหตุของโรค และสาเหตุของการใช้ยา โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 ปีแรก มีอัตราการเสียชีวิตไม่เกิน 5%

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 85 และอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุโรคซึมเศร้า ไม่เกิน 5.1 ต่อแสนประชากร

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเชิงรุก และติดตามผู้เสี่ยงสูงโดยบริการสุขภาพจิต ระดับพื้นที่
2. พัฒนาระบบการคัดกรองโรคซึมเศร้า และติดตามผู้เสี่ยงสูง รวมถึงการส่งต่อให้ถึง ผู้เชี่ยวชาญระดับพื้นที่
3. จัดระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการทุกระดับ
4. สนับสนุนให้เกิด Family & Social Support system
5. จัดทำสื่อรณรงค์ป้องกันโรคซึมเศร้า
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลทางจิตเวช (Web based) (www.dmh.go.th/psi-data.com)
7. พัฒนาศูนย์ข้อมูลทางจิตเวช (Big Data) ซึ่งเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศอื่น

Phase 1
พ.ศ. 2560 - 2561



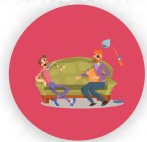
เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 70
2. อัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุโรคซึมเศร้า ไม่เกิน 6.0 ต่อแสนประชากร

Phase 2
พ.ศ. 2565 - 2569



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 75
2. อัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุโรคซึมเศร้า ไม่เกิน 5.6 ต่อแสนประชากร

Phase 3
พ.ศ. 2570 - 2574



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 80
2. อัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุโรคซึมเศร้า ไม่เกิน 5.3 ต่อแสนประชากร

Phase 4
พ.ศ. 2575 - 2579



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 85
2. อัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุโรคซึมเศร้า ไม่เกิน 5.1 ต่อแสนประชากร

แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 21 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. National Health Security Office (NHSO) พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อ sepsis ที่เสียชีวิต 2,518 (7.38/1000)
2. จำนวนผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 67,217/2007-13 หรือ อัตราป่วยตาย sepsis/each decade เท่ากับ 32.03%
3. อัตราการรอดชีวิตของโรคกระดูกหัก (Garden type fracture) ในภาวะฉุกเฉินที่โรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า 7% ซึ่งมีผู้ป่วยกระดูกหักกว่า 90,000 รายต่อปี ใน 1 ปี กรม Co-ordinate the fracture care นำเสนอที่โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกระดูกหักใน 24 ชั่วโมงสำหรับผู้ป่วยกระดูกหักในภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า 500 ล้านบาท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่กระดูกหัก
2. เพื่อลดอัตราการตายของโรคติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่กระดูกหัก
3. เพื่อลดต้นทุน Capture the fracture ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคกระดูกหัก community-acquired sepsis
2. ครอบคลุมการดูแล 4 ชั่วโมงถึงโรงพยาบาล Capture the fracture เป็นระบบที่ประเทศไทย ผู้ป่วยกระดูกหักฉุกเฉินที่เข้าโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงบริการฉุกเฉินได้ภายใน 4 ชั่วโมง และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยกระดูกหักที่ต่ำกว่า Early surgery 80% 72 ชั่วโมง

มาตรการสำคัญ

- ปัจจัยสำคัญที่ตามมาคือ 1. เพื่อลดจำนวน sepsis เสียชีวิตในกรณีฉุกเฉิน (กรณีฉุกเฉิน)
2. มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis case management) ในระดับโรงพยาบาล ซึ่งสามารถร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่พยาบาล เจ้าหน้าที่เภสัชกร/เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์
 3. หน่วยงานสุขภาพปฐมภูมิ-PCD สามารถที่จะพัฒนาบริการปฐมภูมิ-PCD สามารถพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินและสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้
- Capture the fracture : 1. จัดตั้งทีม Capture the fracture ในโรงพยาบาลหรือจังหวัด/องค์กรสุขภาพ
2. จัดตั้งคลินิกบริการสุขภาพ ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่บาดเจ็บที่กระดูกหัก
 3. จัดระบบส่งทีม Capture the fracture ไปยังโรงพยาบาล/ชุมชน

Phase 1

พ.ศ. 2560 - 2564



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. อัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่กระดูกหัก community-acquired sepsis ที่มีอาการบาดเจ็บที่กระดูกหัก (sepsis case management) และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย sepsis (sepsis case management) ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย hospital-acquired sepsis
2. ครอบคลุม 40 โรงพยาบาลมาตรฐาน S (70%) Capture the fracture 2.1 อัตราของสัญญาณ Capture the fracture ที่มีคุณภาพที่ปรึกษา (Structure > ระยะเวลา 20)
- 2.2 อัตราของสัญญาณ Capture the fracture ที่มีคุณภาพที่ปรึกษาที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่ต่ำกว่า (Cost < ระยะเวลา) > ระยะเวลา 20 ปีขึ้นไป

Phase 2

พ.ศ. 2565 - 2569



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

- อัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่กระดูกหัก community-acquired sepsis ที่มีอาการบาดเจ็บที่กระดูกหัก (sepsis case management) และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย sepsis (sepsis case management) ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย hospital-acquired sepsis
2. ครอบคลุม 40 โรงพยาบาลมาตรฐาน S (70%) Capture the fracture 2.1 อัตราของสัญญาณ Capture the fracture ที่มีคุณภาพที่ปรึกษา (Structure > ระยะเวลา 18)
 - 2.2 อัตราของสัญญาณ Capture the fracture ที่มีคุณภาพที่ปรึกษาที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่ต่ำกว่า (Cost < ระยะเวลา) > ระยะเวลา 20 ปีขึ้นไป

Phase 3

พ.ศ. 2570 - 2574



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

- อัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่กระดูกหัก community-acquired sepsis ที่มีอาการบาดเจ็บที่กระดูกหัก (sepsis case management) และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย sepsis (sepsis case management) ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย hospital-acquired sepsis
2. ครอบคลุม 40 โรงพยาบาลมาตรฐาน S (70%) Capture the fracture 2.1 อัตราของสัญญาณ Capture the fracture ที่มีคุณภาพที่ปรึกษา (Structure > ระยะเวลา 18)
 - 2.2 อัตราของสัญญาณ Capture the fracture ที่มีคุณภาพที่ปรึกษาที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่ต่ำกว่า (Cost < ระยะเวลา) > ระยะเวลา 20 ปีขึ้นไป

Phase 4

พ.ศ. 2575 - 2579



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

- อัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่กระดูกหัก community-acquired sepsis ที่มีอาการบาดเจ็บที่กระดูกหัก (sepsis case management) และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย sepsis (sepsis case management) ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย hospital-acquired sepsis
2. ครอบคลุม 40 โรงพยาบาลมาตรฐาน S (70%) Capture the fracture 2.1 อัตราของสัญญาณ Capture the fracture ที่มีคุณภาพที่ปรึกษา (Structure > ระยะเวลา 18)
 - 2.2 อัตราของสัญญาณ Capture the fracture ที่มีคุณภาพที่ปรึกษาที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่ต่ำกว่า (Cost < ระยะเวลา) > ระยะเวลา 20 ปีขึ้นไป

แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 22 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปี 2560 มีผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน (AMI) จำนวน 20,098 คน และอัตราการเสียชีวิตที่ 20.94 ต่อพันคนแรก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดภาพรวมบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ
2. เพื่อลดอัตราการของผู้ป่วยโรคหัวใจ
3. ลดอัตราการเจ็บป่วยในโรงพยาบาลซ้ำ
4. เพื่อลดค่ารักษาของผู้ป่วย

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 20 ต่อพันคนแรก

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบสุขภาพและเครือข่ายเพื่อให้บริการครอบคลุมหัวใจและหัวใจขาดเฉียบพลัน (AMI) ได้ 24 ชม.
2. จัดตั้งคลินิกโรคหัวใจที่โรงพยาบาล ศูนย์หัวใจทุรังจังหวัดและโรงพยาบาลจังหวัดละดับ 12 จังหวัด
3. ดำเนินระบบบันทึกอาการเกิดของแพทย์และผู้ป่วย (AMI) ที่โรงพยาบาลตามจังหวัดอย่างต่อเนื่อง และโรงพยาบาลที่มีห้องตรวจหัวใจเร่งมีอยู่จะแพทย์ที่ทำการตรวจหัวใจได้ อย่างน้อย 3 ชม.
4. จัดให้มีศูนย์กลางระบบบริการของโรคหัวใจเร่ง โดยคณะกรรมการแพทย์ร่วมกับนิคมโรคหัวใจแห่งชาติ (จ.ร.ค.) และโรงพยาบาลผู้ให้บริการ Acute coronary syndrome (กรณีสถาบันบริการจัดการโรคหัวใจเร่งมีระบบ (National cardiovascular data center Acute Coronary syndrome, Heart Failure Clinic, Anticoagulation Clinic และอื่นๆ) (ค.ร.ค.)
5. แคมเปญ "Heart Attack Alert" Campaign เพื่อใช้ผู้ป่วยที่มีอาการมาแจ้งโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง

Phase 1

พ.ศ. 2560 - 2564



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วย S-AMI ได้รับการพบทันที่และระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนถึงมือ 50 ไม่นานกว่าครั้งแรกที่พบผู้ป่วยหัวใจ
2. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ 20 ต่อพันคนแรก
3. จัดตั้ง Heart Failure Clinic ในทุกรัฐและทุกโรงพยาบาลในทุกระดับจังหวัดและศูนย์หัวใจเร่งเฉียบพลันที่ 12 จังหวัดและ 12 จังหวัด
4. จัดตั้ง Anticoagulation Clinic ในทุกรัฐและทุกโรงพยาบาลในทุกระดับจังหวัดและศูนย์หัวใจเร่งเฉียบพลันที่ 12 จังหวัดและ 12 จังหวัด
5. แคมเปญรณรงค์ "Heart Attack Alert" Campaign เพื่อใช้ผู้ป่วยที่มีอาการมาแจ้งโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง ประมาณ 50%

Phase 2

พ.ศ. 2565 - 2569



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วย S-AMI ได้รับการพบทันที่และระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนถึงมือ 50 ไม่นานกว่าครั้งแรกที่พบผู้ป่วยหัวใจ
2. NSTEMI ที่ได้รับการดูแลได้ทันที่และระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนถึงมือ 70 ไม่นานกว่าครั้งแรกที่พบผู้ป่วยหัวใจ
3. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ 20 ต่อพันคนแรก
4. จัดตั้ง Heart Failure Clinic ในทุกรัฐและทุกโรงพยาบาลในทุกระดับจังหวัดและศูนย์หัวใจเร่งเฉียบพลันที่ 12 จังหวัดและ 12 จังหวัด
5. จัดตั้ง Anticoagulation Clinic ในทุกรัฐและทุกโรงพยาบาลในทุกระดับจังหวัดและศูนย์หัวใจเร่งเฉียบพลันที่ 12 จังหวัดและ 12 จังหวัด
6. แคมเปญรณรงค์ "Heart Attack Alert" Campaign เพื่อใช้ผู้ป่วยที่มีอาการมาแจ้งโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง ประมาณ 60%

Phase 3

พ.ศ. 2570 - 2574

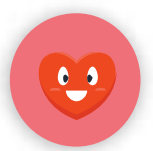


เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วย S-AMI ได้รับการพบทันที่และระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนถึงมือ 50 ไม่นานกว่าครั้งแรกที่พบผู้ป่วยหัวใจ
2. NSTEMI ที่ได้รับการดูแลได้ทันที่และระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนถึงมือ 75 ไม่นานกว่าครั้งแรกที่พบผู้ป่วยหัวใจ
3. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ 20 ต่อพันคนแรก
4. จัดตั้ง Heart Failure Clinic ในทุกรัฐและทุกโรงพยาบาลในทุกระดับจังหวัดและศูนย์หัวใจเร่งเฉียบพลันที่ 12 จังหวัดและ 12 จังหวัด
5. จัดตั้ง Anticoagulation Clinic ในทุกรัฐและทุกโรงพยาบาลในทุกระดับจังหวัดและศูนย์หัวใจเร่งเฉียบพลันที่ 12 จังหวัดและ 12 จังหวัด
6. แคมเปญรณรงค์ "Heart Attack Alert" Campaign เพื่อใช้ผู้ป่วยที่มีอาการมาแจ้งโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง ประมาณ 70%

Phase 4

พ.ศ. 2575 - 2579



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วย S-AMI ได้รับการพบทันที่และระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนถึงมือ 50 ไม่นานกว่าครั้งแรกที่พบผู้ป่วยหัวใจ
2. ผู้ป่วย NSTEMI ที่ได้รับการดูแลได้ทันที่และระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนถึงมือ 80 ไม่นานกว่าครั้งแรกที่พบผู้ป่วยหัวใจ
3. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ 20 ต่อพันคนแรก
4. จัดตั้ง Heart Failure Clinic ในทุกรัฐและทุกโรงพยาบาลในทุกระดับจังหวัดและศูนย์หัวใจเร่งเฉียบพลันที่ 12 จังหวัดและ 12 จังหวัด
5. จัดตั้ง Anticoagulation Clinic ในทุกรัฐและทุกโรงพยาบาลในทุกระดับจังหวัดและศูนย์หัวใจเร่งเฉียบพลันที่ 12 จังหวัดและ 12 จังหวัด
6. แคมเปญรณรงค์ "Heart Attack Alert" Campaign เพื่อใช้ผู้ป่วยที่มีอาการมาแจ้งโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง ประมาณ 80%

ร่วมด้วยช่วยกันรับผิดชอบ : กระทรวงสาธารณสุข

แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 23 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สานต่อภารกิจ

สถานการณ์ปัจจุบัน

จากข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ปี 2557 รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด 112,292 ราย แยกเป็นเพศชาย 54,586 ราย และเพศหญิง 57,806 ราย และข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ในปี 2554 มีจำนวนทั้งหมด 51,062 ราย แยกเป็นเพศชาย 25,427 ราย และเพศหญิง 25,645 ราย

วัตถุประสงค์

ลดอัตราการเสียชีวิตจาก สดความเร็งร้าย ลดระยะเวลาการรอดชีวิต

เป้าหมายระยะ = 20 ปี

อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลดลงร้อยละ 3

มาตรการสำคัญ

1. รณรงค์ให้คนไทยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งต่อมลูกหมาก
2. พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมให้คนไทยเข้าถึง
3. พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากช่องและลำไส้ใหญ่ และมะเร็งต่อมลูกหมากให้คนไทยเข้าถึง
4. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าถึงได้ มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูง
5. พัฒนาระบบวิจัยสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานวิจัยวิจัยมะเร็งที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

Phase 1

พ.ศ. 2560 - 2564



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เข้ารับการรักษาทันทีในระยะเวลาที่กำหนด
2. อัตราตายจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 23.7 ต่อแสนประชากร
3. อัตราตายจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 19 ต่อแสนประชากร

Phase 2

พ.ศ. 2565 - 2569



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งตับ เข้ารับการรักษาในระยะเวลาที่กำหนด
2. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลง 5% เมื่อเทียบกับ Base Line ปี 2561
3. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลง 10% เมื่อเทียบกับ Base Line ปี 2561

Phase 3

พ.ศ. 2570 - 2574



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งปอด เข้ารับการรักษาในระยะเวลาที่กำหนด
2. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอดลดลง 5% เมื่อเทียบกับ Base Line ปี 2569
3. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอดลดลง 10% เมื่อเทียบกับ Base Line ปี 2569

Phase 4

พ.ศ. 2575 - 2579



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เข้ารับการรักษาในระยะเวลาที่กำหนด
2. อัตราตายจากโรคมะเร็งเต้านมลดลง 5% เมื่อเทียบกับ Base Line ปี 2571
3. อัตราตายจากโรคมะเร็งเต้านมลดลง 10% เมื่อเทียบกับ Base Line ปี 2571

แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 24 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

สถานการณ์ปัจจุบัน

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน รพ. มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน รพ. ประมาณ 1.5 ล้านคน แต่มีจำนวนที่เสียชีวิต 15-20% ทุกปี

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความถี่ของเข้ารับบริการโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease CKD)

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดจำนวนลง และ Excellent Center ของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 10% ในปี 2574 จาก 3 แห่งในปัจจุบัน

มาตรการสำคัญ

1. เร่งขยายบริการคัดกรองไตเรื้อรังให้ครอบคลุม รพ. ระดับ T3 ขึ้นไปทั้งหมด และเชื่อมโยงกับ Primary Care Cluster และ District Health System (DHS)
2. เร่งขยายบริการ Peritoneal Dialysis ให้ครอบคลุม รพ. ระดับ M2 และ T1 ที่มีศักยภาพ
3. พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงานบริการ และส่งข้อมูลไปยังระดับท้องถิ่น
4. บูรณาการบริการทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังกับโรค Non-communicable diseases (NCD) อื่นๆ
5. พัฒนาระบบบริการสร้างและใช้ Vascular Access for Hemodialysis ในทุกสถานพยาบาล
6. พัฒนาระบบวิจัยและนวัตกรรม และการทำางานวิจัยเพื่อประโยชน์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย CKD ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้อง
7. บูรณาการระบบการสนับสนุนสำหรับบุคลากรโรคไต 3 กองทุน
8. พัฒนาและพัฒนาศูนย์ผู้ให้บริการ และพัฒนาองค์ความรู้ที่พร้อมรับทราบวิทยาศาสตร์และสนับสนุนวิชาการที่จำเป็น
9. พัฒนาศูนย์ถ่วงดุล Hemodialysis และ Peritoneal Dialysis

Phase 1

พ.ศ. 2560 - 2564

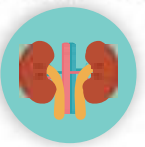


เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย CKD ที่ได้รับการดูแลของ รพ. eGFR < 45 mL/min/1.73m²/yr

Phase 2

พ.ศ. 2565 - 2569



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ที่ปี 2569 จำนวน 5

Phase 3

พ.ศ. 2570 - 2574



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ปี 2574 จำนวน 0

Phase 4

พ.ศ. 2575 - 2579



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ปี 2579 จำนวน 0

แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 25 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สยามวิทย์วิทยา

สถานการณ์ปัจจุบัน

จากการสำรวจพบว่าประชากรไทยมีความชุกภาวะตาบอด 0.59% สายตาเลือนราง 1.57% สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดคือ ต้อกระจก 51% ต้อหิน 9.8% ภาวะตาบอดในเด็ก 5.7% เบาหวาน สายตาสั้น 2.5% กระเจตตา 2.0% ทั้งนี้ร้อยละ 80 ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ หากได้รับการคัดกรองและรักษาที่ถูกต้อง ซึ่ง WHO ตั้งเป้าหมายลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า 0.50 % ภายในปี 2563

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด และสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืนด้วยการเพิ่มคุณภาพการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต

เป้าหมายระยะ = 20 ปี

ความชุกตาบอดลดลงต่ำกว่า 0.50

มาตรการสำคัญ

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยการขยายศูนย์ Retina Center และศูนย์เชี่ยวชาญกระจกตา
2. เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองสายตา ต้อกระจก ต้อหิน เบาหวาน เข้าจอตาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และคัดกรองสายตาสั้นเด็กนักเรียน
3. เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการรักษา
4. พัฒนาบุคลากรทุกระดับเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานด้าน จักษุวิทยา
5. พัฒนาและเชื่อมโยงระบบ IT ในการดำเนินงานผ่านโปรแกรม vision 2020
6. ขับเคลื่อนนโยบายโดยคณะกรรมการ Service Plan สาขาตา ตั้งแต่ระดับกระทรวง ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด
7. สร้างภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งเชื่อมโยงเครือข่ายและการประสานงานทุกระดับตั้งแต่ รพ. ถึง รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

Phase 1 พ.ศ. 2560 - 2564



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน \geq ร้อยละ 80

Phase 2 พ.ศ. 2565 - 2569



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน \geq ร้อยละ 90
2. ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยต้อหินที่พบจากการคัดกรองสายตาได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์

Phase 3 พ.ศ. 2570 - 2574



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน \geq ร้อยละ 90
2. ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยต้อหินที่พบจากการคัดกรองสายตาได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์

Phase 4 พ.ศ. 2575 - 2579



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน \geq ร้อยละ 100
2. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยต้อหินที่พบจากการคัดกรองสายตาได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 26 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ:

สถานการณ์ปัจจุบัน

มีผู้รอรับการปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศมากกว่า 5,000 ราย สามารถทำการปลูกถ่ายได้ปีละ 700 - 800 ราย เสียชีวิตระหว่างรอคอย 100 - 200 รายต่อปี มีผู้รอการปลูกถ่ายกระเจตนากรกว่า 1 หมื่นรายต่อปี ปลูกถ่ายกระเจตนาได้เพียงปีละ 1,000 ราย สาเหตุของการปลูกถ่ายได้น้อยเนื่องจากขาดอวัยวะบริจาค

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายและเพิ่มการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อที่มีคุณภาพและปลอดภัย

เป้าหมายระยะ: 20 ปี

อวัยวะและเนื้อเยื่อเพียงพอสำหรับการปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยในประเทศไทยที่รอปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ ที่มีคุณภาพและปลอดภัย

มาตรการสำคัญ

1. ขยายการรับบริจาคอวัยวะและดวงตาให้ครอบคลุม รพศ. และ รพท. ทุกแห่ง (อวัยวะทุก A และ S, ดวงตาทุก A,S และ M1)
2. ขยายศูนย์ปลูกถ่ายไต คับ และกระเจตนา
3. พัฒนาระบบขนส่ง Organ/Tissue
4. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะบุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพัฒนา Regional Organ Retrieval Team (เฉพาะ Transplant Center)
5. พัฒนาระบบข้อมูลการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะรวมทั้งระบบการรายงานผ่าน HDC
6. บูรณาการ 3 กองทุน ทั้งด้านรับบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะ
7. ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งอวัยวะและเนื้อเยื่อ
8. สร้างระบบการกำกับ ติดตาม คุณภาพการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ

Phase 1

พ.ศ. 2560 - 2564

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual deceased donor) ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (hospital death) **1.0 : 100**

Phase 3

พ.ศ. 2570 - 2574

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด : จำนวนอวัยวะที่สามารถนำไปใช้ปลูกถ่ายได้ (utilized organ) ต่อ จำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual deceased donor) **3 : 1**



Phase 2

พ.ศ. 2565 - 2569

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual deceased donor) ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (hospital death) **1.5 : 100**

Phase 4

พ.ศ. 2575 - 2579

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด : จำนวนอวัยวะที่สามารถนำไปใช้ปลูกถ่ายได้ (utilized organ) ต่อ จำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual deceased donor) **4 : 1**

แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 27 พัฒนาระบบบริหารรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

สถานการณ์ปัจจุบัน

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2557 - 2558 การดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดของกรมราชทัณฑ์และกรมการแพทย์รักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าบำบัดรักษามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก 187,276 คน ในปี 2557 เป็น 303,509 คน ในปี 2557 และยังมีอัตราการบำบัดรักษาในระหว่างที่เข้าบำบัดรักษาจำนวน 81,068 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 ของคนสมัครใจ จำนวน 71,227 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 และระบบห้องยาจำนวน 26,382 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษาซึ่งมีผล
2. เพื่อลดการขาดการบำบัดรักษาและภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดรักษาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สังคม และชุมชน
3. เพื่อพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ลดต้นทุน งบประมาณ และค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
4. เพื่อป้องกันและลดปัญหา โศกนาฏกรรม ร่วมกับสังคม และชุมชน

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

1. ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ
2. ผู้เสพ และผู้ติดย สามารถอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นโดยไม่ก่อผลกระทบ (ลดความรุนแรง จากเสพติดซ้ำ)

มาตรการสำคัญ

1. สร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว สังคม ชุมชน และชุมชนท้องถิ่น ในการบำบัดรักษา และดูแลรักษา
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเจ้าหน้าที่กรมการแพทย์และกรมราชทัณฑ์
3. พัฒนาระบบบริหาร/ระบบข้อมูลของระบบบำบัดรักษา ยาเสพติด และสุขภาพจิตชุมชน
4. สร้างระบบ และการดูแลและติดตามติดตามให้เข้าถึง โศกนาฏกรรม และผู้ต้องโทษ
5. ประสานความร่วมมือด้านวิชาการ และวิชาการกับมูลนิธิ หน่วยงาน และภาคประชาสังคม

Phase 1 พ.ศ. 2560 - 2564



เสริมขีด/เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ จำนวน 76
2. ผู้ติดย และผู้เสพในสถานบำบัดรักษาและชุมชน จำนวน 171 รายต่อ 80

Phase 2 พ.ศ. 2565 - 2569



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับบำบัดรักษาและดูแลสุขภาพ จำนวน 30 ต่อ 80
2. ผู้ติดยและชุมชนในสถานบำบัดรักษาและชุมชน จำนวน 131 ต่อ 80

Phase 3 พ.ศ. 2570 - 2574



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับบำบัดรักษาและดูแลสุขภาพ จำนวน 35 ต่อ 80
2. ผู้ติดยและชุมชนในสถานบำบัดรักษาและชุมชน จำนวน 136 ต่อ 80

Phase 4 พ.ศ. 2575 - 2579



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับบำบัดรักษาและดูแลสุขภาพ จำนวน 90
2. ผู้ติดยและชุมชนในสถานบำบัดรักษาและชุมชน จำนวน 136 ต่อ 95

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6

การมีต้นธาร-แบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 28 ต้นธาร แบบบริการสุขภาพ การดูแล ย กลาง (Intermediate Care)

สถานการณ์ปัจจุบัน

สถานการณ์สุขภาพความแออัดในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง (Vulnerable People) มีทั้งอาการที่ซับซ้อน ความเสี่ยงและองค์ประกอบเสี่ยงโรคเพื่อสิ่งที่ยากต่อการควบคุม มีความต้องการระบบดูแล แต่ที่มุ่งเน้นเพียง (Specific Interventions and Care) ของผู้ป่วยในระยะวิกฤต และการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีระดับรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

เป้าหมายระยะ = 20 ปี

1. มีเครือข่ายต้นธารบริการที่แข็งแกร่งและให้บริการครอบคลุมและหลากหลาย (Variety of Care) แก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่มีระบบการดูแลสุขภาพที่เปราะบาง และหาข้อบกพร่องที่เชื่อมโยงอย่างบูรณาการ
2. ลดความแออัดของสถานพยาบาล
3. โรงพยาบาลระดับ M และ P สามารถให้บริการดูแลและหลากหลายรูปแบบที่หลากหลาย (Variety of Care) และระบบระบบบริการรับโรคหรือส่งอาการที่จับต้องได้ เพื่อตอบสนองความต้องการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์

1. ลดความแออัดของพื้นที่รับโรคที่พบบ่อยที่ชื่อ Acute Care Settings ที่ใช้จาก Bed Block โดยการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียง
2. เพิ่มการรับดูแลและระบบดูแลผู้ป่วย เช่น Intensive Rehabilitation
3. ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคที่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคเดิม

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย (Variety of Settings) สำหรับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ (Specific Conditions Based on Evidence and Context)
2. พัฒนาระบบต้นธารอย่างทั่วถึง ที่ครอบคลุมทั้งภาคบริการปฐมภูมิ ระบบข้อมูลที่มีผลสืบ และงานวิจัยวิจัย
3. มีหลักฐานที่ช่วยในการสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืน การทำเป็นผู้นำที่ช่วยการแก้ปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังกับประเทศและในเชิงระบบได้

Phase 1

พ.ศ. 2560 – 2564

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. โรงพยาบาลระดับ M และ P สามารถให้บริการ IMC ที่ครอบคลุม (Variety of Care) ได้ มีเตียงรับผู้ป่วย 50
2. ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคที่จับต้องได้ มีจำนวน 20
3. พัฒนาระบบ IMC มีระบบดูแลและหลากหลายรูปแบบที่หลากหลาย (Variety of Care) และระบบระบบบริการรับโรคหรือส่งอาการที่จับต้องได้ เพื่อตอบสนองความต้องการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

Phase 3

พ.ศ. 2570 – 2574

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. โรงพยาบาลระดับ M และ P สามารถให้บริการ IMC ที่ครอบคลุม (Variety of Care) ได้ มีเตียงรับผู้ป่วย 70
2. สามารถบริการที่จับต้องได้ สามารถบริการดูแลและหลากหลายรูปแบบที่หลากหลาย (Variety of Care) ได้ มีเตียงรับผู้ป่วย 50 ผู้ป่วยกลุ่มสูงที่มีความเสี่ยงสูงที่มีระบบการดูแลสุขภาพที่เปราะบาง และหาข้อบกพร่องที่เชื่อมโยงอย่างบูรณาการ
3. สามารถบริการ M และ P ที่ให้บริการดูแลและหลากหลายรูปแบบที่หลากหลาย (Variety of Care) และระบบระบบบริการรับโรคหรือส่งอาการที่จับต้องได้ เพื่อตอบสนองความต้องการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

Phase 2

พ.ศ. 2565 – 2569

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. โรงพยาบาลระดับ M และ P สามารถให้บริการ IMC ที่ครอบคลุม (Variety of Care) ได้ มีเตียงรับผู้ป่วย 60
2. สามารถบริการที่จับต้องได้ สามารถบริการดูแลและหลากหลายรูปแบบที่หลากหลาย (Variety of Care) ได้ มีเตียงรับผู้ป่วย 50
3. ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคที่จับต้องได้ มีจำนวน 30
4. พัฒนาระบบ IMC มีระบบดูแลและหลากหลายรูปแบบที่หลากหลาย (Variety of Care) และระบบระบบบริการรับโรคหรือส่งอาการที่จับต้องได้ เพื่อตอบสนองความต้องการของหน่วยบริการปฐมภูมิ
5. พัฒนาระบบ IMC มีระบบดูแลและหลากหลายรูปแบบที่หลากหลาย (Variety of Care) และระบบระบบบริการรับโรคหรือส่งอาการที่จับต้องได้ เพื่อตอบสนองความต้องการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

Phase 4

พ.ศ. 2575 – 2579

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. โรงพยาบาลระดับ M และ P สามารถให้บริการ IMC ที่ครอบคลุม (Variety of Care) ได้ มีเตียงรับผู้ป่วย 80
2. สามารถบริการที่จับต้องได้ สามารถบริการดูแลและหลากหลายรูปแบบที่หลากหลาย (Variety of Care) ได้ มีเตียงรับผู้ป่วย 50 ผู้ป่วยกลุ่มสูงที่มีความเสี่ยงสูงที่มีระบบการดูแลสุขภาพที่เปราะบาง และหาข้อบกพร่องที่เชื่อมโยงอย่างบูรณาการ
3. สามารถบริการ M และ P ที่ให้บริการดูแลและหลากหลายรูปแบบที่หลากหลาย (Variety of Care) และระบบระบบบริการรับโรคหรือส่งอาการที่จับต้องได้ เพื่อตอบสนองความต้องการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

แผนงานที่ 6

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 29 พัฒนาระบบบริการ One Day Surgery

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. เป็นที่ทราบกันดีว่าประเทศไทยมี One Day Surgery จำนวนที่น้อย มีอยู่เพียงสถานพยาบาลไม่กี่แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีบริการเฉพาะโรคได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน โรคกระดูกสันหลัง และโรคตา นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการเฉพาะโรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการให้บริการมีอยู่เพียง 3 แห่ง มีจำนวนเตียงเพียง 2,400 เตียง
2. ประชากรที่มีอายุเพิ่มขึ้นทำให้มีโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

วัตถุประสงค์

1. ลดความแออัดของ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและลดระยะเวลาการนอนพักรักษาตัว
2. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดภาระค่าใช้จ่ายแก่ ผู้ป่วยและครอบครัว
3. ลดความเจ็บปวด บิดเบี้ยวพิการของ ผู้ป่วย และลดการนอนพักรักษาตัว

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

บริการผ่าตัดด้วยวิธี One Day Surgery ของสถานพยาบาลของรัฐที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบการบริการผ่าตัดด้วยวิธี One Day Surgery
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด
3. พัฒนาระบบการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์
4. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ ให้สามารถเข้าถึงบริการ One Day Surgery ได้

Phase 1
พ.ศ. 2563 – 2564



ตัวชี้วัดเป้าหมาย
ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี One Day Surgery จำนวน 12 กลุ่มโรค (เฉพาะปี 2563) และเพิ่มขีดความสามารถรองรับร้อยละ 5 ต่อปี

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



ตัวชี้วัดเป้าหมาย
จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี One Day Surgery และจำนวนขีดความสามารถเพิ่มขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ร้อยละ 5 ต่อปี

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



ตัวชี้วัดเป้าหมาย
จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี One Day Surgery ของสถานพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ร้อยละ 5 ต่อปี

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



ตัวชี้วัดเป้าหมาย
1. จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี One Day Surgery และจำนวนขีดความสามารถเพิ่มขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ร้อยละ 5 ต่อปี
2. มี Excellence Center One Day Surgery (ODS) ที่ขึ้นทะเบียนกับภาคสาธารณสุขจังหวัด

แผนงานที่ 6

การพัฒนาร มนบริการสุขภาพ

โครงการที่ 30 พัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ให้บริการผ่าตัดแบบแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery (MIS)) มีอยู่จำนวนหนึ่งเรียกว่า Conventional Open Surgery) แต่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมากขึ้นในกระบวนการในกระบวนการนี้ใช้เวลาเฉลี่ย 2-5 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยปีละประมาณ 14-15 ราย มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 7,000 บาท/ราย

วัตถุประสงค์

1. ลดความแออัดของ ผู้ป่วย MIS ให้เป็น 10 รายต่อวัน
2. ลดค่าใช้จ่าย การบริการและลดการสูญเสียของ ผู้ป่วยรายวัน
3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน และคุณภาพสูง

เป้าหมายระยะ = 20 ปี

ศึกษาหารูและรักษาพยาบาลของสถานบริการในเครือข่ายสุขภาพเพิ่มขึ้น และการส่งต่อคนจากสุขภาพลดลง

มาตรการสำคัญ

1. จัดอบรมบุคลากรที่ผ่าตัดแบบแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery)
2. จัดทำคู่มือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย MIS และบริการที่ผู้ป่วยพึงพอใจ
3. จัดทำระบบการส่งต่อผู้ป่วย MIS
4. จัดทำระบบการส่งต่อผู้ป่วย MIS และบริการที่ผู้ป่วยพึงพอใจ

Phase 1

พ.ศ. 2560 - 2564

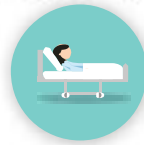


วิสัยทัศน์เป้าหมาย

ร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery : จำนวน 2 รายต่อวัน (เฉพาะปี 2561) และเพิ่มขีดความสามารถร้อยละ 5 ต่อปี

Phase 2

พ.ศ. 2565 - 2569



วิสัยทัศน์เป้าหมาย

จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery และจำนวนบุคลากรรักษาเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี

Phase 3

พ.ศ. 2570 - 2574



วิสัยทัศน์เป้าหมาย

จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery และจำนวนบุคลากรรักษาเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี

Phase 4

พ.ศ. 2575 - 2579



วิสัยทัศน์เป้าหมาย

จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery และจำนวนบุคลากรรักษาเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี

แผนงานที่ 7

การพัฒนาระบบบริการเภยาฉุกเฉินและระบบการส่งต่อ

โครงการที่ 31 พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปี 2560

1. ผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่งระบบ Emergency Medical Services (EMS) 24,454
2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมง 14.7%
3. ผู้มารับบริการห้องฉุกเฉิน 36 ล้านครั้ง/ปี (> 60% จากเดิม)
4. อัตราบุคลากรแพทย์ Emergency Physician (EP) 420 คน และพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Nurse) Emergency Nurse Practitioner (ENP)

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉินฉุกเฉิน
3. ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อมีความปลอดภัย

เป้าหมายระยะ 20 ปี

1. Emergency Care System (ECS) ครอบคลุมโรงพยาบาล E2 ขึ้นไป > 80%
2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมง < 6%
3. ผู้รับบริการห้องฉุกเฉิน
 - EP 2.1 : 100,000 ประชากร
 - Registered Nurse (RN) 18 : 100,000 ประชากร
 - EN ENP 1.1 : 100,000 ประชากร
 - Paramedic 1.1 : 100,000 ประชากร
 - Emergency Medical Technician Intermediate (EMT-I) 3.1 : 100,000 ประชากร
 - Emergency Medical Technician Basic (EMT-B) 3.1 : 100,000 ประชากร

Phase 1

พ.ศ. 2560 – 2564

มาตรการ/ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

- มาตรการที่ 1 Emergency Room (ER) ครอบคลุม/SMART ER
- 1) LOS ครอบคลุมโรงพยาบาล 2 ชั้นขึ้นไป > 70%
 - 2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมง < 12%
 - 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาลฉุกเฉิน > 40%
- มาตรการที่ 2 Community-based EMS
- 1) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์ Community-based EMS > 80%
 - 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่งระบบ EMS > 80%
- มาตรการที่ 3 Value-based CS
- 1) ครอบคลุมการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อที่ 3
 - 2) ครอบคลุมการเข้าถึง LOS Value-based Payment ที่ระดับ 2
 - 3) ครอบคลุมการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อที่ 3



Phase 3

พ.ศ. 2570 – 2574

มาตรการ/ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

- มาตรการที่ 1 ER ครอบคลุม/SMART ER
- 1) LOS ครอบคลุมโรงพยาบาล 2 ชั้นขึ้นไป > 70%
 - 2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมง < 8%
 - 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาลฉุกเฉิน > 60%
- มาตรการที่ 2 Community-based EMS
- 1) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์ Community-based EMS > 60%
 - 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่งระบบ EMS > 60%
- มาตรการที่ 3 Value-based CS
- 1) ครอบคลุมการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อที่ 3
 - 2) ครอบคลุมการเข้าถึง LOS Value-based Payment ที่ระดับ 3
 - 3) ครอบคลุมการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อที่ 3



Phase 2

พ.ศ. 2565 – 2569

มาตรการ/ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

- มาตรการที่ 1 ER ครอบคลุม/SMART ER
- 1) ECS ครอบคลุมโรงพยาบาล E2 ขึ้นไป > 70%
 - 2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมง < 10%
 - 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาลฉุกเฉิน > 30%
- มาตรการที่ 2 Community-based EMS
- 1) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์ Community-based EMS > 70%
 - 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่งระบบ EMS > 40%
- มาตรการที่ 3 Value-based ECS
- 1) ครอบคลุมการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อที่ 3
 - 2) ครอบคลุมการเข้าถึง LOS Value-based Payment ที่ระดับ 3
 - 3) ครอบคลุมการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อที่ 3



Phase 4

พ.ศ. 2575 – 2579

มาตรการ/ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

- มาตรการที่ 1 ER ครอบคลุม/SMART ER
- 1) ECS ครอบคลุมโรงพยาบาล E2 ขึ้นไป > 80%
 - 2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมง < 6%
 - 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาลฉุกเฉิน > 10%
- มาตรการที่ 2 Community-based EMS
- 1) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์ Community-based EMS > 80%
 - 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่งระบบ EMS > 90%
- มาตรการที่ 3 Value-based ECS
- 1) ครอบคลุมการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อที่ 3
 - 2) ครอบคลุมการเข้าถึง LOS Value-based Payment ที่ระดับ 3
 - 3) ครอบคลุมการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อที่ 3

← ปลายทางระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อ

แผนงานที่ 8

การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติเล-พินที่เฝ้า-

โครงการที่ 32 โครงการเฉลิมพร-เกียรติ

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายวันประมาณ 170,000 ราย หรือคิดเป็น 172 รายประชากรแสนคน ขณะที่ 15 ปีที่ผ่านมา มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเกือบ 27 เท่า
2. ปีงบประมาณ 2558 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา จาก 52,131 ราย คิดเป็นอัตราครอบคลุมการรักษารวม (Treatment Coverage) เกือบร้อยละ 55.3
3. WHO รายงานในปี 2558 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีมาตรฐานระดับนานาชาติ (Mpa) มีจำนวนถึง 7,819 ราย คิดเป็นร้อยละ 13 โดยได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค (Anti-tubercular Therapy ART) 3,589 ราย คิดเป็นร้อยละ 69

วัตถุประสงค์

เพื่านำส่งการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนและผู้ป่วยตามมาตรฐาน ให้ครอบคลุม 100%

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

ลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคติดต่อให้เหลือ 10 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อถึงปี 2579

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนและผู้ป่วยตามมาตรฐาน
2. พัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนและผู้ป่วยตามมาตรฐาน
3. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังวัณโรคขึ้นทะเบียนและผู้ป่วยตามมาตรฐาน
4. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนและผู้ป่วยตามมาตรฐาน
5. พัฒนาระบบการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
6. พัฒนาระบบการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
7. พัฒนาระบบการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
8. พัฒนาระบบการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น

Phase 1 พ.ศ. 2560 - 2564



Phase 2 พ.ศ. 2565 - 2569



Phase 3 พ.ศ. 2570 - 2574



Phase 4 พ.ศ. 2575 - 2579



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายวันให้เหลือ 12 รายต่อ 100 ราย
2. อัตราการเข้าถึงบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนและผู้ป่วยตามมาตรฐาน > 90% (20)
3. อัตราการครอบคลุมการรักษารวมที่บันทึกไว้ตามโปรแกรมการขึ้นทะเบียน (TB treatment coverage) > 90% (จากเป้าหมาย 85% ในปี 2558)
4. มีอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential services) ของผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนและผู้ป่วยตามมาตรฐาน > 90% (จากเป้าหมาย 69% ในปี 2558)

แผนงานที่ 9

อุตสาหกรรมทางการแพทย์

โครงการที่ 34 พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายในการส่งเสริมการพัฒนา "พืชสมุนไพร" เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจและสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับประชาชน เช่นดำเนินการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี 2559 โดยดำเนินการนำร่องครอบคลุม 4 ภาค 4 เขตสุขภาพ 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย ปราจีนบุรี สกลนคร และสุราษฎร์ธานี และในปี 2561 จะเพิ่มอีก 9 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก อุทัยธานี สระบุรี นครปฐม จันทบุรี มหาสารคาม สุรินทร์ ย่างงาเจริญ และสงขลา รวมทั้งสิ้น 13 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพ และระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง

เป้าหมายระยะ= 20 ปี

ประเทศไทยเป็นเมืองสมุนไพร มีมูลค่าการส่งออกสมุนไพรเพิ่มขึ้นเป็น 1.21 - 2.95 ล้านบาท

ตัวชี้วัด

มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้นเป็น 1.21 - 2.95 ล้านบาท

มาตรการสำคัญ

- พัฒนาคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน Good Agricultural Practices (GAP)/Good Agricultural and Collection Practices (GACP)/Organic
- สนับสนุนและส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิต/พัฒนา/การวิจัยด้านสมุนไพร
- พัฒนาคุณภาพโรงงานผลิต/ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรสู่มาตรฐาน Good Manufacturing Practice (GMP)
- ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพื่อมูลค่าการตลาดสมุนไพร และส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ
- สร้างความเข้มแข็งของบุคลากรและเครือข่าย
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสมุนไพรระดับจังหวัด
- ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาการประชาสัมพันธ์และสร้างทัศนคติที่ดีต่อสมุนไพร

Phase 1 พ.ศ. 2560 - 2564



เป้าหมาย

- มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น 2.90 - 3.62 แสน ลบ.
- จำนวนเมืองสมุนไพร 13 จังหวัด

Phase 2 พ.ศ. 2565 - 2569



เป้าหมาย

- มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น 4.67 - 7.28 แสน ลบ.
- ประเทศไทยเป็นผู้นำด้านสมุนไพรในอาเซียน

Phase 3 พ.ศ. 2570 - 2574



เป้าหมาย

- มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น 7.52 - 14.64 แสน ลบ.
- ประเทศไทยเป็นเมืองสมุนไพร 1 ใน 3 ของทวีปเอเชีย

Phase 4 พ.ศ. 2575 - 2579



เป้าหมาย

- มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น 1.21 - 2.95 ล้านบาท
- ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสมุนไพรนานาชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ 3

บุคลากรเป็นเลิศ

1

แผนงาน

3

โครงการ

Phase 1 5 KPI

Phase 2 5 KPI

Phase 3 5 KPI

Phase 4 5 KPI

แผนงานที่ 10

การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการที่ 35 นวัตกรรมและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับภูมิภาค ปัจจุบันประเทศไทยกำลังปฏิรูประบบบริการสุขภาพผ่านโมเดลระบบสุขภาพที่มีคุณภาพดีเยี่ยม ดังนั้นการพัฒนาระบบบริหารจัดการจึงมีความสำคัญและจำเป็น ในปี 2560 พบว่าบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์

- 1. เพื่อให้ประเทศไทยมีการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2. เพื่อให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศไทย

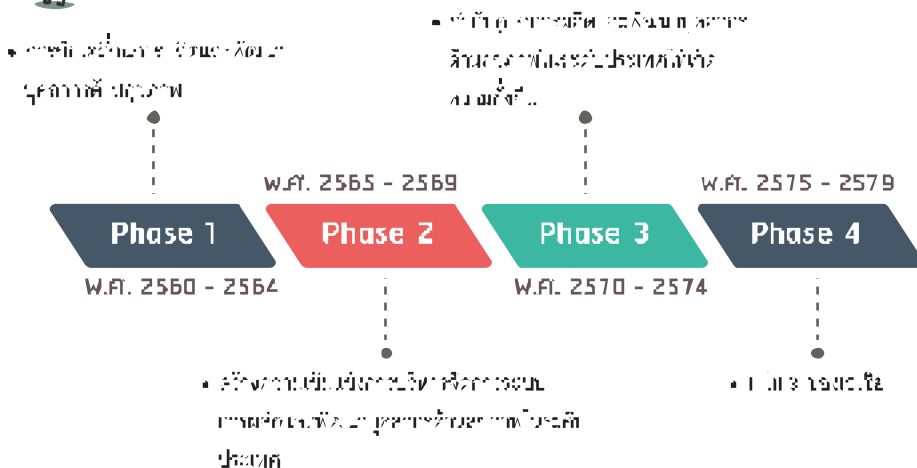
เป้าหมายระยะ = 20 ปี

บุคลากรด้านสุขภาพมีเพียงพอก และมีความเป็นมืออาชีพ

ตัวชี้วัด

- 1. ระดับ ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรด้านสุขภาพที่มีต่อการบริหารจัดการระบบการผลิต และพัฒนากำลังคนผ่านเกณฑ์ระดับ 4 ถึง 5 ของตัวชี้วัด
- 2. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

1. สร้างความเข้าใจในแนวทางการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
2. จัดทำและสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระดับภาคีรัฐและเอกชน ทั้งในและนอก ขร. เพื่อการผลิต และพัฒนากำลังคน
3. พัฒนาและสนับสนุนระบบฐานข้อมูลพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจ
4. เสริมสร้างวัฒนธรรมบุคลากรด้านสุขภาพภายใต้คำนิยาม MOH และเป็นมืออาชีพ
5. เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร จัดการความรู้และนวัตกรรมด้านการผลิตและพัฒนาคนกำลังคนด้านสุขภาพ
6. สร้างและพัฒนาระบบบริหารจัดการการระดมผลิต และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
7. สร้างความเชื่อมโยงเครือข่ายการผลิต และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ
8. สนับสนุนชุมชน/ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
9. มีมาตรการเฝ้าระวังควบคุมกำลังคนด้านสุขภาพในระดับ และข้อมูลการผลิต และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกัน

แผนงานที่ 10

การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการที่ 36 Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข

สถานการณ์ปัจจุบัน

- สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพ มีการกระจายตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และภาคกลาง มีจำนวนแพทย์/ประชากร คิดเป็นสัดส่วน 5.9/10,000 นอกจากนี้ พบว่ามีอัตราครูพยาบาลต่องานหนักเกินร้อยละ 1.47
- ระดับความสุขในการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพ จากผลการสำรวจความสุขผ่านระบบ e-satisfaction ระหว่างวันที่ 18 เมษายน - 30 มิถุนายน 2560 มีอัตราการตอบแบบประเมิน 78.84% พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความสุขของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ที่ 62.60 เมื่อจำแนกรายเขต พบว่า มีจังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 70.77 ในขณะที่จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 50.65

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมความพึงพอใจของบุคลากรที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้บริการสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน

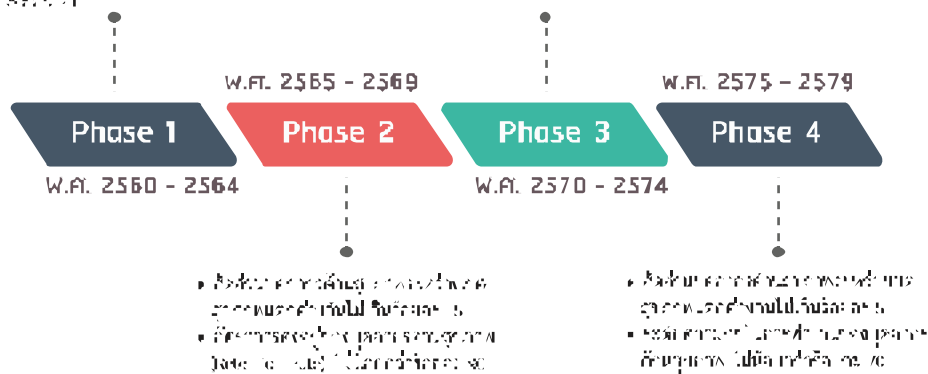
เป้าหมายระยะ= 20 ปี

- ค่าคะแนนเฉลี่ยของความสุขของบุคลากร (Happyometer) และค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพองค์กร > 70
- สัดส่วนอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย > 70
- อัตราการสูญเสียของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

- มีทีมวิจัยที่มุ่งเป้าไปที่สุขภาพ (Review Team) ไม่เกิน 1 ทีม/เขต
- ครอบคลุมพื้นที่ที่มีพื้นที่บริการสุขภาพ (e-satisfaction) ไม่ต่ำกว่า 70% หรือ 80%

- มีทีมวิจัยที่มุ่งเป้าไปที่สุขภาพ (Review Team) ไม่เกิน 1 ทีม/เขต
- มีทีมวิจัยที่มุ่งเป้าไปที่สุขภาพ (Review Team) ไม่เกิน 1 ทีม/เขต



มาตรการสำคัญ

1. E-Governance: พัฒนากลไกการขับเคลื่อนและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
2. HR Information System: พัฒนาระบบสารสนเทศกำลังคนด้านสุขภาพ
3. HR Development: ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ
4. Recruitment Process: ปรับปรุงกระบวนการสรรหาและการคัดเลือก ส่งเสริมให้มีบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ
5. Performance Management System: พัฒนาระบบบริหารผลงาน
6. Patient Strategy & Happy Worklife: พัฒนาระบบดูแลคนไข้ที่มีประสิทธิภาพและงานด้านสุขภาพที่พึงพอใจ

แผนงานที่ 10

การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการที่ 37 พัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

- ปี 2559 และปี 2560 มีการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วย OKD LTC และ NCDs จำนวน 553,401 คน
- ปี 2560 มีจำนวนครอบครัวที่ได้รับการประเมินศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 216,298 ครอบครัว ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 93.38

วัตถุประสงค์



เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพ และถ่ายทอดความรู้สู่สมาชิก



เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง



เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยงส่งต่อกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เป้าหมายระยะ= 20 ปี



มีอาสาสมัครประจำครอบครัวในทุกครอบครัว และทุกครอบครัว มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

1. เคารพความหรือด้านความรู้ความเข้าใจบุคลากรทุกระดับ เอกสาร ทรัพย์สิน และการบริหารจัดการ
2. สนับสนุนหนังสือหลักสูตร คู่มือ แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และแบบประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดและแบบประเมินคุณภาพ อสค.ระดับพื้นที่ 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร
3. พัฒนาศักยภาพ อสค.
4. พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน อสค. เป็นฐานสู่เศรษฐกิจสร้างสรรค์ปัญญาประดิษฐ์ (Innovation)
5. พัฒนารูปแบบ การสื่อสาร การเรียนรู้ และสื่อประกอบการดำเนินงานที่เหมาะสม
6. พัฒนาโปรแกรม เพื่อหนุนเสริมการรองรับการดำเนินงาน อสค.
7. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน อสค. ในระดับจังหวัด/เขต

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4

บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล

5

แผนงาน

8

โครงการ

Phase 1 **22** KPI

Phase 2 **20** KPI

Phase 3 **19** KPI

Phase 4 **19** KPI

แผนงานที่ 11

การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ

โครงการที่ 38 ประเมินผลคุณธรรมความโปร่งใส และการบริหารความเปลี่ยนแปลง

สถานการณ์ปัจจุบัน

- กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเกณฑ์การประเมินผลคุณธรรมความโปร่งใส (ประเมินผลคุณธรรมความโปร่งใส) เป็นอันดับ 1 ของหน่วยงานราชการ (ปี 2563) และมีการจัดให้มีการประเมินผลคุณธรรมความโปร่งใส (Integrity & Transparency Assessment (ITA) ในหน่วยงานระดับกรมและระดับจังหวัดที่ใช้บัญชีรายชื่อหน่วยงานที่ประเมินผลคุณธรรมความโปร่งใส (ปี 2563) และหน่วยงานปี 2564
- ผลการประเมินผลคุณธรรมความโปร่งใสของหน่วยงานระดับกรมและระดับจังหวัดส่วนใหญ่ยังขาดข้อมูล และมีการประเมินผลคุณธรรมความโปร่งใสของหน่วยงานราชการที่ส่งผลกระทบต่อความเข้าใจในการสร้างระบบคุณธรรมไม่ทั่วถึง รวมถึงไม่ครอบคลุมถึงความสำคัญการเชื่อมโยงของผลการประเมิน

วัตถุประสงค์

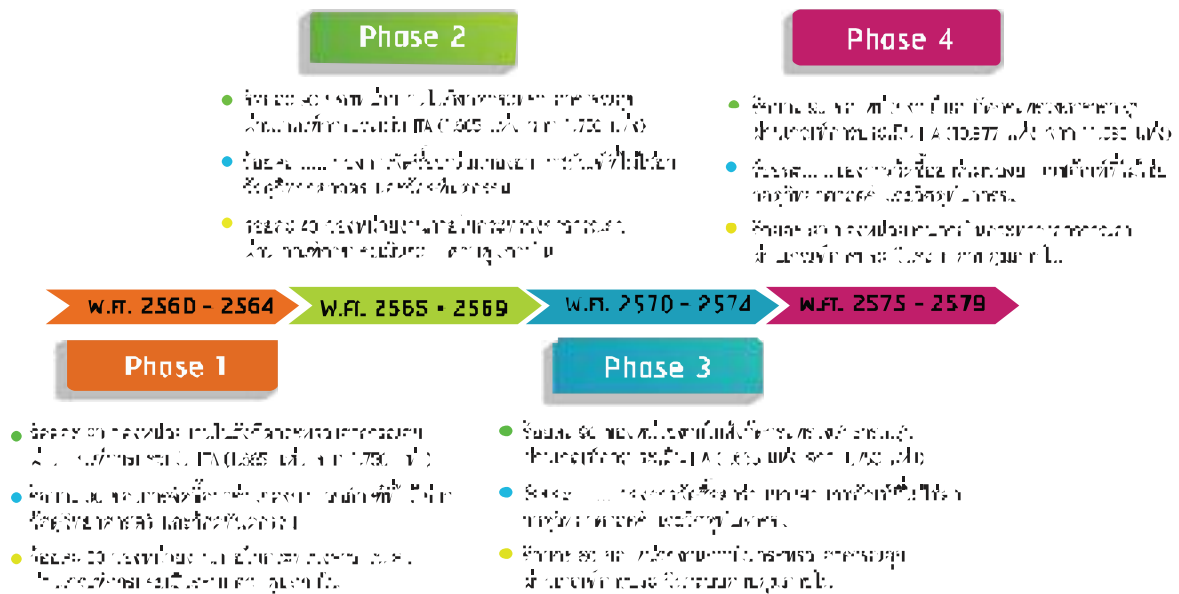
- เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐได้รับแรงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและคุณธรรมโปร่งใสในการดำเนินงาน
- เพื่อให้การจัดซื้อและจัดจ้างที่มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส โปร่งใสและมีประสิทธิภาพ
- เพื่อให้การจัดการระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงมีความสอดคล้องกับกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับธรรมาภิบาลและคุณธรรม

เป้าหมายระยะ = 20 ปี



- ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง
- ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานทั้งหมดที่โปร่งใส มีธรรมาภิบาล และมีคุณธรรม
- ปี 2035 ของกระทรวงสาธารณสุขครบถ้วนทุกแห่ง

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

1. กำหนดเป้าหมายการประเมินผลคุณธรรมความโปร่งใส การประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ
2. กำหนดวิธีการดำเนินการประเมินผลคุณธรรมความโปร่งใส การบริหารความโปร่งใส
3. พัฒนาระบบการประเมินผลคุณธรรมความโปร่งใส ประสิทธิภาพ และผู้ตรวจภายในระดับส่วนราชการ และการประเมินตนเอง

แผนงานที่ 11

การพัฒนาาระบบบรรณานุกรมและองค์การคุณภาพ

โครงการที่ 39 พัฒมาองค์การคุณภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

- วิทยาลัยได้รับรองคุณภาพมาตรฐานการจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award - PQMA) ระดับ 5 ปีแรกเมื่อ 1 ธันวาคม 2561 และคุณภาพมาตรฐานระดับ 5 ปีแรกเมื่อ 1 ธันวาคม 2562 เพื่อรองรับการปฏิบัติงานตามพันธกิจที่มอบหมายโดยกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2550
- โรงเรียนของ รพ. สังกัด กสท. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง ดังนี้ รพท./รพท./รพ. สังกัดกรม พ./กรม. จร./กรม. จร. ร้อยละ 97.58 รพช. ร้อยละ 73.35 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2560)
- แผนพัฒนาคุณภาพของสถาบันการศึกษา อุตสาหกรรม (อ.อุตสาหกรรม) เป็นองค์กรคุณภาพที่โดดเด่น ระดับต้นที่ปี 2563 โดยใช้ 5 ขั้นตอนการปฏิบัติงานมีคุณภาพ ตามมาตรฐาน และดัชนีชี้วัดที่สอดคล้องกับระบบงานที่ได้รับมอบหมาย โดยมีการบูรณาการปฏิบัติงาน รพช. จึงส่งผลให้เกิดการประเมินและรับรองจากหน่วยงานภายนอก

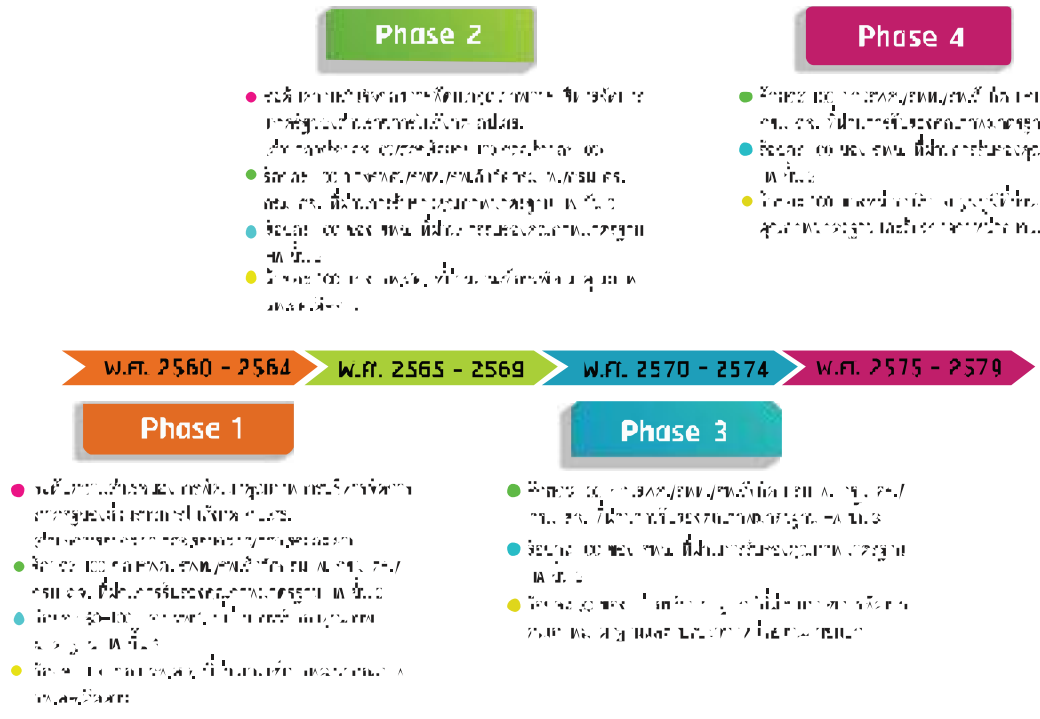
วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ระบบคุณภาพที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

เป้าหมายระยะ = 20 ปี

- วิทยาลัยเป็นที่ยอมรับในระดับสากล ได้รับการรับรองคุณภาพ PQMA และได้รับรางวัลรับรองจากหน่วยงานภายนอก
- โรงเรียนของ รพ. สังกัด กสท. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง ISO9001, Accreditation (HA) ชั้น 5
- พัฒนาระบบประกันคุณภาพผ่านการพัฒนาระบบคุณภาพมาตรฐานและรับรองจากหน่วยงานภายนอก

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

1. จัดทำระบบฐานข้อมูล ส่วนราชการ วิทยาลัย อุตสาหกรรม
2. มีกลไกการตรวจประเมินคุณภาพภายใน
3. มีกลไกการประเมินผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่
4. มีเอกสาร ชีวประวัติของวิทยาลัย อุตสาหกรรม และแผนพัฒนาองค์กรคุณภาพ
5. ส่งเสริมให้มีการทำเครือข่ายการศึกษา เครือข่ายองค์กร วิทยาลัย
6. มีระบบติดตามคุณภาพ

หน่วยงานรับผิดชอบ : กองบริหารการสาธารณสุข/กองยุทธศาสตร์และแผนงาน/กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

แผนงานที่ 12

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

โครงการที่ 40 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปี 2560 ได้กำหนดให้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด ซึ่งภาพรวมของประเทศไทย พบว่า มี 12 จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ และมีเพียงร้อยละ 39 ของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการวินิจฉัยโรค

วัตถุประสงค์

- เพื่อพัฒนาคุณภาพสาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ และประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
- เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ (ผู้ป่วยนอก) ใน รพ.สต.

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



- ๑. ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัดน้อยกว่าร้อยละ 40
- ๒. ข้อมูลบริการสุขภาพ : คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยนอกมีความถูกต้องครบถ้วน มากกว่าร้อยละ 80



แผนงานที่ 12

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ

โครงการที่ 41 พัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล

สถานการณ์ปัจจุบัน

ระบบ Smart Health ID ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับการใช้บัตรประชาชนแทนบัตรโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการกรอกเอกสาร ลดระยะเวลาการรับบริการ และพัฒนาระบบ In-Refer ของรับบริการ โดยเปลี่ยนข้อมูลจากหลาย Platform

วัตถุประสงค์

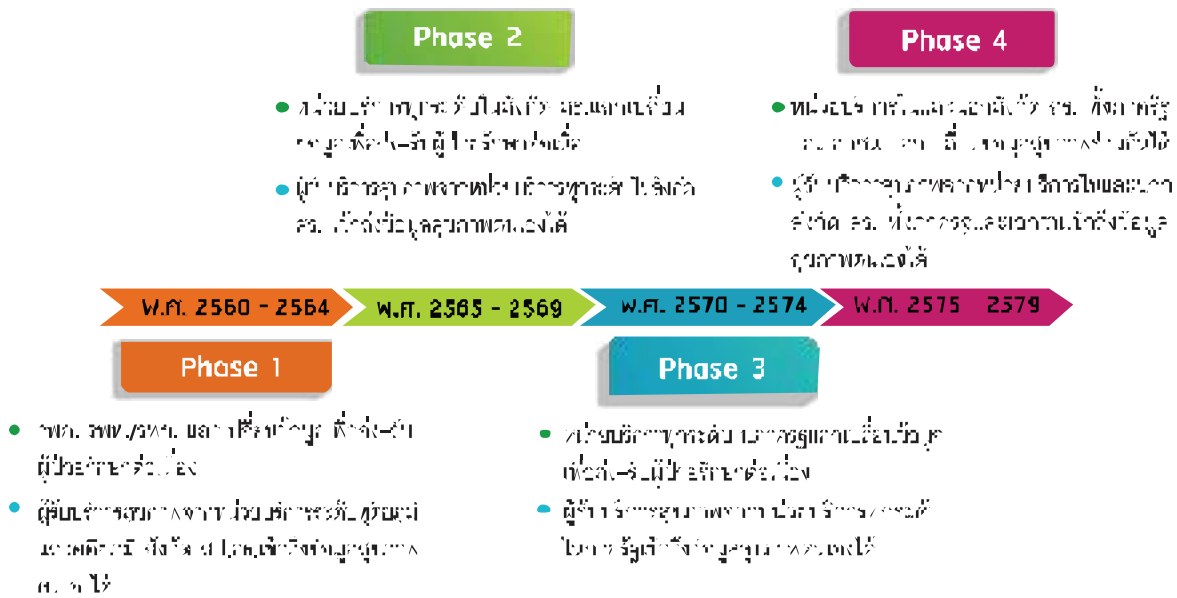
- เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัย ทั้งเชิงป้องกัน บำบัด ป้องกัน และรักษาบริการทางการแพทย์แบบครบวงจร
- เพื่อให้แพทย์ใช้ข้อมูลประวัติสุขภาพผู้ป่วยชุดเดียว ผ่านช่องทางบริการวินิจฉัยโรค ยาตัว รักษาโรคได้อย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายระยะ = 20 ปี



- หน่วยงานบริการทางการแพทย์สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพร่วมกันได้ (Health Information Exchange (HIE))
- ประชาชนผู้ใช้บริการสุขภาพทุกคนเข้าถึงประวัติสุขภาพของตนเอง (Personal Health Record)

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพเชื่อมโยงกับทั่วประเทศ ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง
2. พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ
3. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เช่น คณะกรรมการพัฒนาบูรณาการข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
1. มีมาตรการในทางกฎหมายควบคุมการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพตามหลัก Identification, Authentication, Authorization และ Access Control.

แผนงานที่ 13

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

โครงการที่ 42 ลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน

สถานการณ์ปัจจุบัน

- บัญชีการใช้จ่ายงบประมาณ ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งของ 3 กองทุนเดิมของแต่ละกองทุน
- การขาดระบบข้อมูล/ฐานข้อมูลคุณภาพของข้อมูลไทย โดยเฉลี่ย 92.95
- ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ที่มากด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 15.28

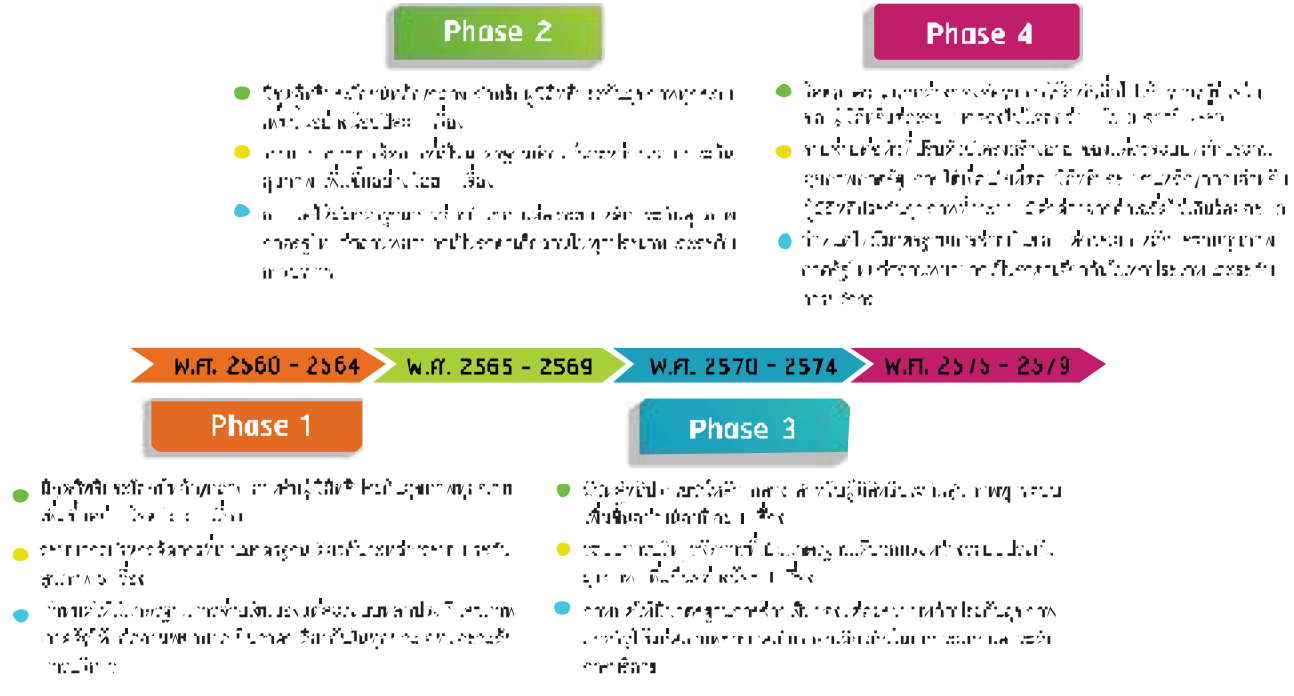
วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ระบบประเมินคุณภาพของประเภทที่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของหลายหน่วยงาน เป็นไปอย่างเที่ยงตรง สอดคล้องเข้ามาสู่การสร้างความเป็นธรรม ปัดฝุ่นความ ประสิทธิภาพ และยั่งยืน
- เพื่อให้การจัดเก็บข้อมูลระบบประกันสุขภาพเป็นไปอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและครบถ้วน
- เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้วยคุณภาพบริการของกรมแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ประสบเหตุ

เป้าหมายระยะ = 20 ปี

ระบบประเมินคุณภาพของภาครัฐ/ระบบบัญชีการใช้จ่ายเงินเป็นธรรม และยั่งยืน ประชาชนเข้าถึงบริการที่ไร้คุณภาพ สะดวก และชัดเจน

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบการใช้จ่ายเงินเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ด้านการเงินการคลังในระยะยาวระดับคุณภาพ
2. พัฒนาระบบการใช้จ่ายเงินของกรมแพทย์ฉุกเฉิน/ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ/ระบบ
3. พัฒนาระบบให้ประชาชนและผู้ให้บริการสุขภาพมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ
4. ลดความเหลื่อมล้ำของบริการทางการแพทย์

แผนงานที่ 13

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

โครงการที่ 43 บริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

สถานการณ์ปัจจุบัน

หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ, รพท, รพช) ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ล่าสุดระดับ 1) ปี 2560 ไตรมาส 3 รั้งเลข 3.23



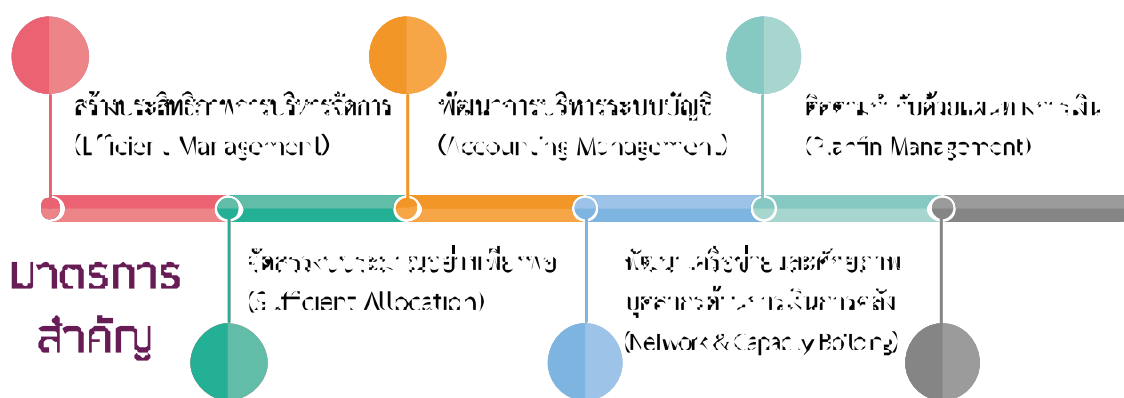
วัตถุประสงค์

- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง
- เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ
- เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน ในการสนับสนุนหน่วยบริการ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะ
วิกฤตทางการเงิน



แผนงานที่ 14

การพัฒนาทางนวัตวิทย์และนวัตกรรมด้านสุขภาพ

โครงการที่ 44 พัฒนาการนวัตวิทย์/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

สถานการณ์ปัจจุบัน

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลงาน วิจัย 323 ที่นวัตกรรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ จำนวน 1,518 เรื่อง (ทั้งหมด 2,703 เรื่อง) คิดเป็นร้อยละ 49.48 และมีเรื่อง 80% ที่ยังขาดการสนับสนุนด้านการวิจัย นอกจากนี้ ได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ กับ หน่วยงานวิจัยของ 15 หน่วยงาน ภาครัฐ ภาครัฐวิสาหกิจ และ 15 หน่วยงาน ภาครัฐ 15 หน่วยงาน ภาครัฐวิสาหกิจ และ 12 หน่วยงาน ภาครัฐ 12 หน่วยงาน ภาครัฐวิสาหกิจ รวมที่ส่งงานวิจัยสุขภาพได้รับ จำนวน 729 เรื่อง

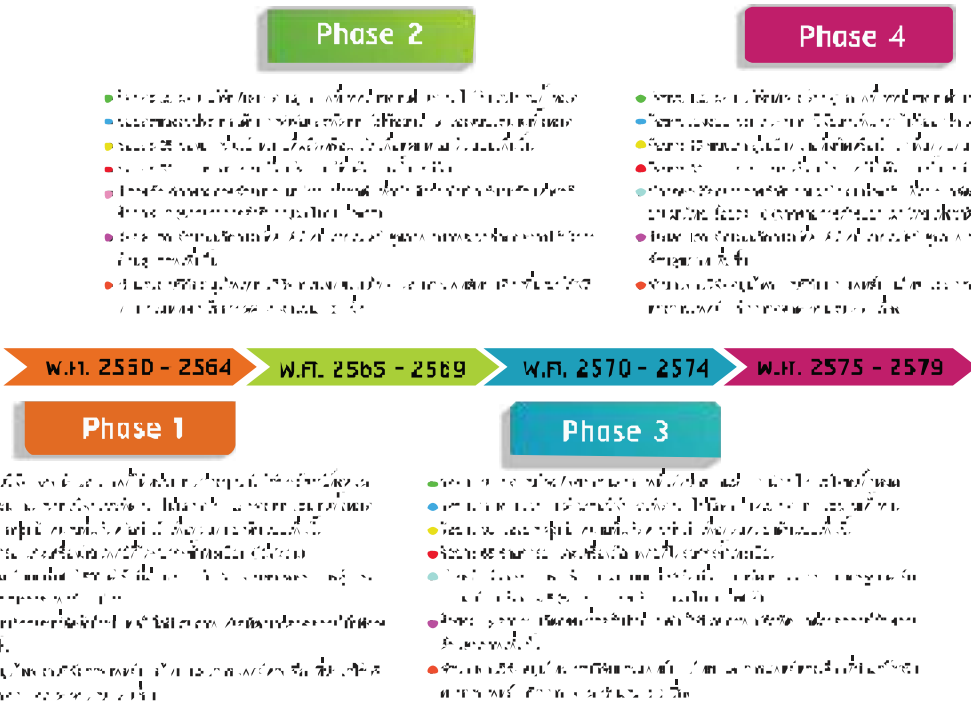
วัตถุประสงค์

- เพื่อส่งเสริม นวัตกรรมและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีนวัตกรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า
- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและวัคซีนใหม่จากที่สมารถซื้อได้ สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข
- เพื่อคัดเลือกผลิตภัณฑ์ของ วิสาหกิจทางการแพทย์ขนาดย่อม และขนาดกลาง เป็นรายการค้าขายยาแผนโบราณแห่งชาติ

เป้าหมายระยะ 20 ปี

หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมี นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ วิจัย/นวัตกรรม สุขภาพที่ดี ที่คนไทยสามารถเข้าถึงและยอมรับได้/ ใช้งานได้จริง/ สามารถบูรณาการกับผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้องกันได้

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

1. จัดหน่วยงานวิจัยสุขภาพให้มีศักยภาพในการวิจัยที่ได้มาตรฐาน และสร้างเสริมวิจัยที่ใช้ประโยชน์ที่
2. สร้างแรงจูงใจ สนับสนุนการวิจัยสุขภาพ
3. สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยสุขภาพ
4. ส่งเสริมและขยายเครือข่ายการดำเนินงานวิจัยสุขภาพ
5. จัดทำแผนปฏิบัติการวิจัยสุขภาพ
6. จัดทำแผนปฏิบัติการวิจัยสุขภาพ
7. จัดทำแผนปฏิบัติการวิจัยสุขภาพ

แผนงานที่ 15

การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

โครงการที่ 45 ปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องเร่งออกกฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขเพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและเพื่อประโยชน์ของประชาชน จำนวน 5 ฉบับ

วัตถุประสงค์

- เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ และทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน
- เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เป้าหมายระยะ = 20 ปี

ประเทศไทยมีกฎหมายด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชน

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

1. ผลักดันการปรับปรุงและพัฒนากฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข
2. พัฒนามาตรการในการบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขให้เข้มแข็ง
3. พัฒนาบุคลากรด้านกฎหมายรองรับการเปลี่ยนแปลงและการบังคับใช้กฎหมาย



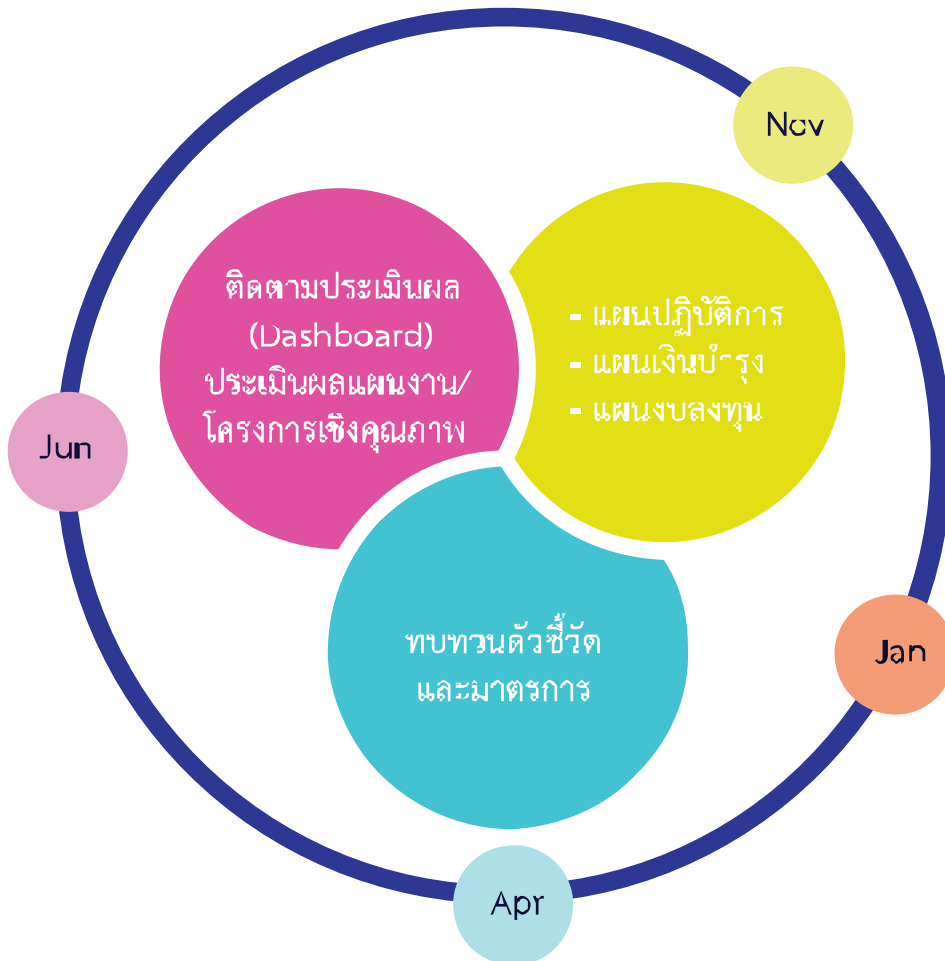
บทที่ 6

การขับเคลื่อนและ ติดตามประเมินผล

การขับเคลื่อน และติดตามประเมินผล

แนวทางในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560 - 2579) ไปสู่การปฏิบัติจะเน้นการถ่ายทอดไปสู่ระดับองค์กรสุขภาพ โดยมีผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขลงไปถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ฯ ด้วยตนเองในแต่ละเขตสุขภาพในการสร้างความเข้าใจให้เข็วอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

กระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ไปสู่การปฏิบัติ



ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การขับเคลื่อน และติดตามประเมินผล

บทที่
6

บทบาทและการกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาไปสู่การปฏิบัติ
และติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข



ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การขับเคลื่อน และติดตามประเมินผล

ในส่วนของ การติดตามประเมินผลกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมพัฒนาระบบติดตามประเมินผ่านระบบการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (Strategic Management System : SMS) ในพื้นที่เขตสุขภาพและจังหวัดตามกรอบยุทธศาสตร์ 4 Excellence

การพัฒนาระบบติดตามประเมินผ่านระบบการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (Strategic Management System : SMS)



ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



เอกสาร อ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2560). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2559. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษและแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานข้อมูลภาวะการสาธารณสุข ประจำปี 2559

กรมควบคุมมลพิษและแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข รอบ 6 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2560

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. นครปฐม: บริษัท อี-ริพอร์ทพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). สุขภาพคนไทย 2559. นครปฐม: อัมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด. สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ. (2560). รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). ร่าง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). กรุงเทพฯ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). กรุงเทพฯ.

สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานการโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นครปฐม: บริษัท เทอมากราฟโฟ ซิสเต็มส์ จำกัด.

สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 นครปฐม: สำนักบริหารรัฐสวัสดิ. (2559). ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579). กรุงเทพฯ.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2557. นครปฐม.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข. นครปฐม.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). Health at a Glance Thailand 2016.

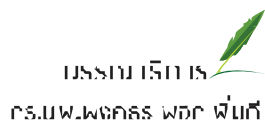
สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2557). คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.

สุวิทย์ มัชฌิมาวิทย์. แนวคิดเกี่ยวกับประเทศไทย 4.0. 2559. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก http://planning2.mju.ac.th/wlms_document/Download.aspx?id=MJY4MIE-25. เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2560.

WHO. ไข้หวัดนก. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.wpro.who.int/emergencies/diseases/nipah-influenza/en> เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2560.

WHO. โรคไข้หวัดใหญ่. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_gip_surveillance/en/. เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2560

WHO. โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.who.int/emergencies/mers-cocovirus/en/>. เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2560



คณะผู้จัดทำ

1. มพ.พงษ์กร พงษ์พันธ์ุ
2. ดร.วิไลลักษณ์ รุ่งเรืองศรี
3. นายกณนพาศน์ ชัยศิลป์
4. น.ส.กาญจน์กวี คงสีม
5. น.ส.นภาพรณงค์ ฉวีบุญสินทิสุข
6. น.ส.นเรศอุไร ชญาธิ
7. น.ส.ธัญญา อมกิต
8. น.ส.กมลลา อนุเวียง



จัดทำโดย

กองพัฒนาระบบงาน
สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษา
กระทรวงศึกษาธิการ
Website : <http://bps.mep.go.th>



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

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค

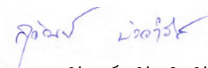

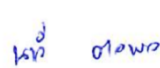
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑

สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<p>ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลแก่งคร้อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ</p> <p>วัน/เดือน/ปี : ๗ ธันวาคม ๒๕๖๖</p> <p>หัวข้อ: ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล</p> <p>รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)</p> <p>๑. ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ประกอบด้วย</p> <p>๑.๑ ข้อมูลผู้บริหาร แสดงรายนามของผู้บริหารของหน่วยงาน ประกอบด้วย (๑) รูปถ่าย (๒) ชื่อ-นามสกุล (๓) ตำแหน่ง และ (๔) หมายเลขโทรศัพท์ (ครบ ๔ รายการ)</p> <p>๑.๒ นโยบายของผู้บริหาร</p> <p>๑.๓ โครงสร้างหน่วยงาน</p> <p>๑.๔ หน้าที่และอำนาจของหน่วยงานตามกฎหมายจัดตั้ง หรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๑.๖ ข่าวด้านประชาสัมพันธ์ ที่แสดงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการดำเนินงานตามหน้าที่และอำนาจ และภารกิจของหน่วยงาน และเป็นข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖</p> <p>๑.๗ ข้อมูลการติดต่อหน่วยงาน ประกอบด้วย (๑) ที่อยู่หน่วยงาน (๒) หมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงาน (๓) หมายเลขโทรสารของหน่วยงาน (๔) ที่อยู่ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงาน และ (๕) แผนที่ที่ตั้งหน่วยงาน (ครบ ๕ รายการ)</p> <p>๑.๘ ช่องทางการรับฟังความคิดเห็น ที่บุคคลภายนอกสามารถแสดงความคิดเห็นต่อ การดำเนินงานตามหน้าที่และอำนาจ ตามภารกิจของหน่วยงาน</p> <p>๒. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม MOPH</p> <p>๓. พระราชบัญญัติมาตรฐานทางจริยธรรม พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>๔. ประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๖๔</p> <p>๕. ข้อกำหนดจริยธรรมเจ้าหน้าที่ของรัฐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๔</p> <p>๖. อินโฟกราฟฟิคคณะกรรมการจริยธรรม ประจำสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ชุดปัจจุบัน ที่ นายวินัย วิริยะกิจจา เป็นประธานกรรมการ</p> <p>๗. ยุทธศาสตร์ฯ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติฯ แผนการปฏิรูปประเทศฯ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฯ ของประเทศ</p> <p>๘. นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน</p> <p>๙. แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานทุกแผน)</p> <p>๑๐. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (เป็นไปตามข้อ ๙.)</p> <p>๑๑. แผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน และผลการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีของหน่วยงานตามแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน</p> <p>๑๒. คู่มือการปฏิบัติงานการร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่</p> <p>๑๓. คู่มือการปฏิบัติงานการร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ</p> <p>๑๔. คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน</p>

<p>๑๕. คู่มือขั้นตอนการให้บริการ (ภารกิจให้บริการประชาชนตามพระราชบัญญัติ การอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘) (เฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)</p> <p>๑๖. รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ (รอบ ๖ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน)</p> <p>๑๗. รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ (รอบ ๖ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน)</p> <p>๑๘. ข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้าง ประกอบด้วย</p> <p>๑๘.๑ การวิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖</p> <p>๑๘.๒ แผนการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗</p> <p>๑๘.๓ ผลการดำเนินการตามแผนการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ตามรอบระยะเวลาที่กำหนดในกรอบแนวทาง</p> <p>๑๘.๔ ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐ และแบบแสดง ความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้ง ทางผลประโยชน์ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่</p>	
<p>Linkภายนอก:</p> <p>หมายเหตุ:</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล</p> <p> (นายสุวัฒน์ บัวจรัส)</p> <p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๖</p>	<p>ผู้อนุมัติรับรอง</p> <p> (นายวิระ ตติยานุพันธ์วงศ์)</p> <p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก้งคร้อ</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่</p> <p> (นายนาวิ ตอพล)</p> <p>ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ</p>	