

**(ร่าง)**

**แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข**

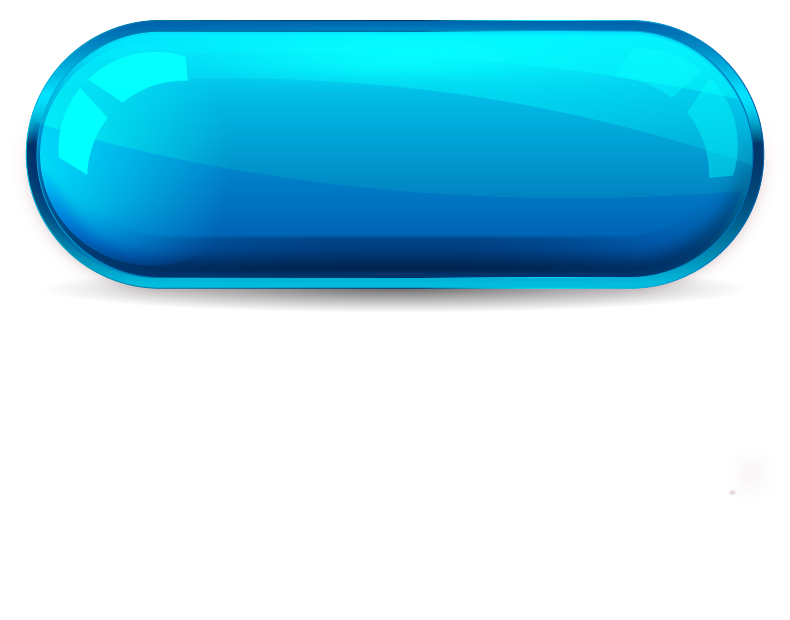
**ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**

**กระทรวงสาธารณสุข**

**กองยุทธศาสตร์และแผนงาน**

**สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**สิงหาคม ๒560**



**คำนำ**

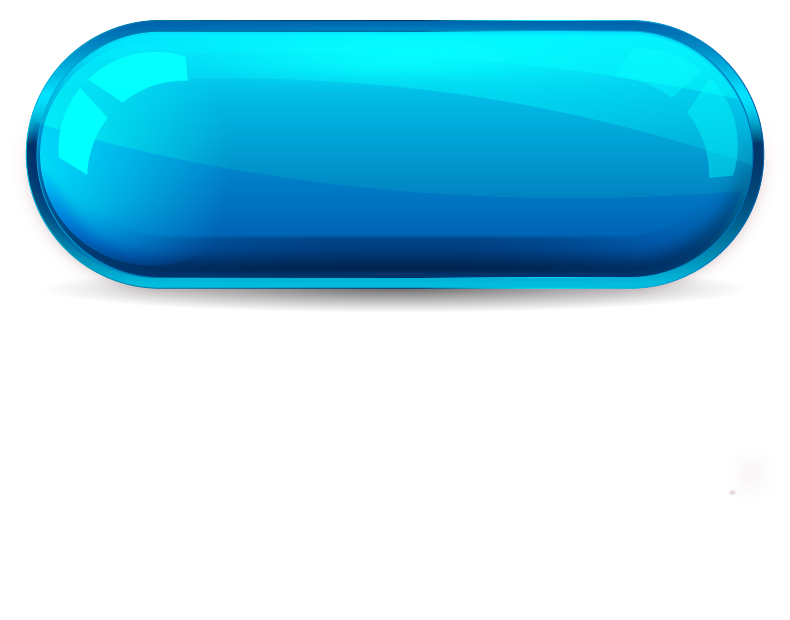
ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน กำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทายจากรอบด้าน อาทิ   
การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรทำให้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วการเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี นั่นทำให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้   
การวางแผนยุทธศาสตร์ จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเตรียมการรองรับกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น  
เพื่อกำหนดทิศทางในการดำเนินงานให้แก่หน่วยงานภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑ โดยวางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) นอกจากนี้ยังได้นำผลจากการทบทวนจุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ (Retreat) กระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร ทั้งหมดนี้จึงทำให้เกิดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค   
และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ   
(Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนและสร้างความเข้าใจร่วมกันให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑จะเป็นเป้าหมายและกรอบแนวทางการดำเนินงานของส่วนราชการในสังกัด และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ไปสู่เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ต่อไป

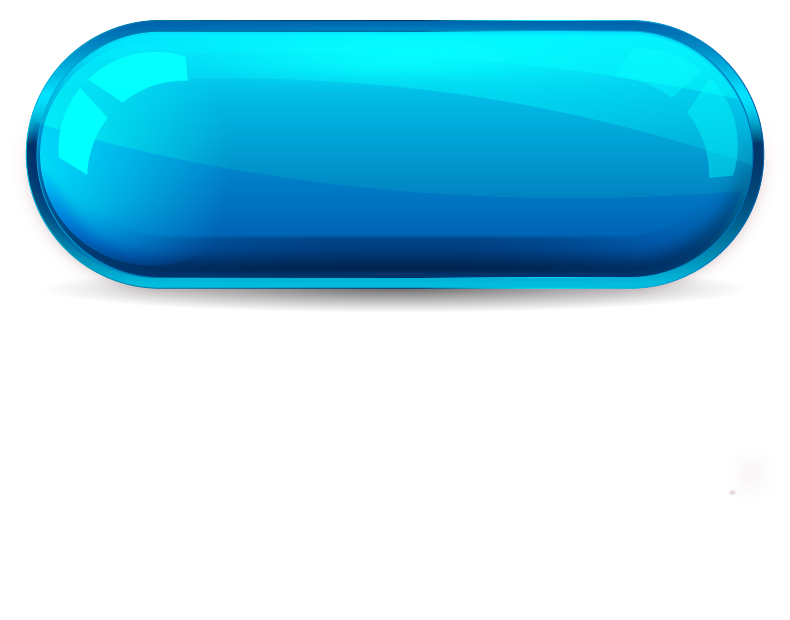
นพ. โสภณ เมฆธน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

****

**สารบัญ**

|  |  |
| --- | --- |
| * คำนำ | ก |
| * สารบัญ * บทสรุปผู้บริหาร | ข  1 |
| * บทที่ 1 บทนำ | 3 |
| * บทที่ 2 สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพ | 1๑ |
| * บทที่ 3 แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 | 30 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ   (Promotion, Prevention & Protection Excellence) | 33 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) | 50 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)  ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) | 82  86 |
| * บทที่ 4 การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผล * เอกสารอ้างอิง | 99 |



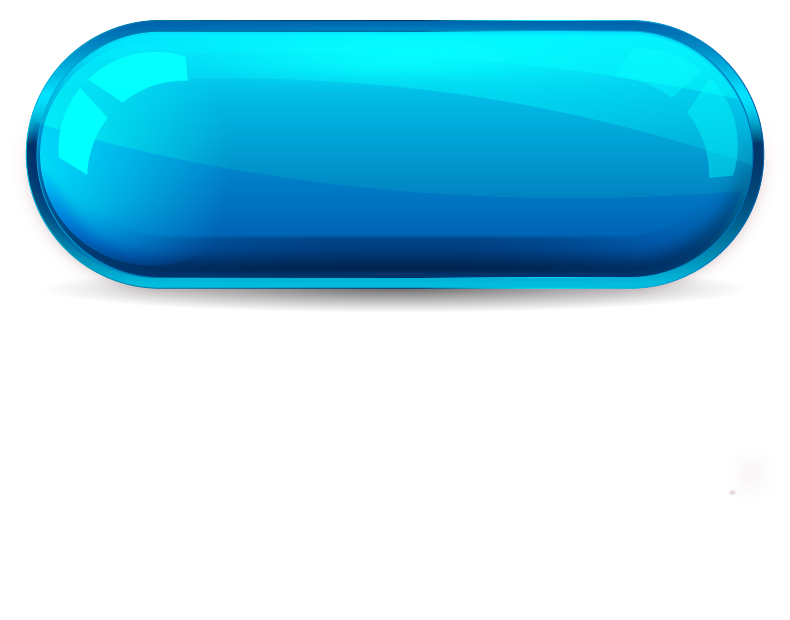
**บทสรุปผู้บริหาร**

แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑ ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานภายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดรับกับนโยบายในระดับชาติ รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศและปฏิรูประบบสุขภาพ ไปสู่ความเป็นประเทศไทย 4.0

โดยในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑ ได้คำนึงถึงปัจจัย  
ทั้งภายในและภายนอกที่สำคัญและส่งผลต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย ซึ่งกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในไม่ช้า การเกิดของโรคอุบัติใหม่ในขณะเดียวกันก็ต้องการลดการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้   
เพื่อเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยโดยการส่งเสริมให้คนไทยมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลตนเองและคน  
ในครอบครัวได้เป็นต้น ทั้งนี้ยังได้วางกรอบแนวคิดในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑ ให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) นอกจากนี้ยังได้นำผลจากการทบทวนจุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ (Retreat) กระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

จุดเน้นของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑ ซึ่งสอดคล้องกับการจัดลำดับความสำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ   
และในแต่ละระยะมีจุดเน้นแตกต่างกันไป โดยในระยะ 5 ปีแรก (พ.ศ. 2560 – 2564) คือการมุ่งปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอีกครั้ง รวมถึงการวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว การปรับระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้นโดยแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑ ประกอบไปด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellence) คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

เพื่อให้ยุทธศาสตร์มีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จึงได้มีการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และมาตรการที่ต้องการจะบรรลุให้ได้ภายใน 1 ปี เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด นอกจากนี้ยังได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด สร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง และมีการติดตามประเมินผลที่สะดวก รวดเร็วเพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานอีกด้วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”



**บทที่ ๑ บทนำ**

สังคมไทยในปัจจุบันนั้น มีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นบริบททางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ อันเนื่องมาจากกระแสโลกาภิวัตน์ที่เข้มข้น  
อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรและสังคมอย่างเสรีมากขึ้นกว่าเมื่อก่อน การต้องรับมือกับโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่จึงเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และในอนาคตอันใกล้ประเทศไทยก็จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว อีกทั้งยังส่งผลถึงบริบททางเศรษฐกิจของประเทศไทยอีกด้วย จากเดิมที่เคยเป็นเศรษฐกิจสังคมอุตสาหกรรมก็กำลังจะเปลี่ยนผ่านเป็นเศรษฐกิจสังคมดิจิทัล ดังนั้นบริบทในแง่ของการดำรงชีวิตของประชากรไทยก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนตามไปด้วย จึงจะเห็นได้ว่าสังคมไทยนั้นได้มีการพลวัต  
อยู่อย่างต่อเนื่อง แต่ในทางกลับกันคุณภาพชีวิตของคนไทยและการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วนี้กลับยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ด้วยเหตุเหล่านี้จึงได้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนไทย  
ทั้งทางตรงและทางอ้อม

รัฐบาลภายใต้การนำของ พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้ตระหนักถึงปัญหาข้างต้นนี้ จึงมีแนวคิด  
ในการรับมือกับบริบททางสังคมที่มีความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาพร้อมทั้งรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น  
ในอนาคต โดยได้จัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และมีข้อสั่งการให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนงานในภารกิจหลักของหน่วยงานระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) เพื่อให้สอดรับกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อรับมือกับสถานการณ์ด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต   
จึงควรที่จะมีการวางแผนเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ซึ่งการวางแผนระยะยาวเช่นนี้จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายและไม่เคยมีมาก่อนในประเทศไทย

โดยในส่วนของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑ ได้จัดทำขึ้นโดยเชื่อมโยงกับประเด็นดังต่อไปนี้

**1) ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี**

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2558 เห็นชอบให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป เพื่อจัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยยุทธศาสตร์ชาติที่จะใช้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาระยะ 20 ปี ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

**1.1 ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง** มีเป้าหมายทั้งในการสร้างเสถียรภาพภายในประเทศ  
และช่วยลดและป้องกันภัยคุกคามจากภายนอก รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มประเทศอาเซียนและประชาคมโลกที่มีต่อประเทศไทย

**1.2 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน** เพื่อให้ประเทศไทยสามารถพัฒนาไปสู่การเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งจำเป็นต้องยกระดับผลิตภาพการผลิตและการใช้นวัตกรรม  
ในการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันและการพัฒนาอย่างยั่งยืนทั้งในสาขาอุตสาหกรรม เกษตรและบริการ   
การสร้างความมั่นคงและปลอดภัยด้านอาหาร การเพิ่มขีดความสามารถทางการค้าและการเป็นผู้ประกอบการ รวมทั้งการพัฒนาฐานเศรษฐกิจแห่งอนาคต ทั้งนี้ภายใต้กรอบการปฏิรูปและพัฒนาปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์  
ทุกด้าน อันได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม การพัฒนาทุนมนุษย์ และการบริหารจัดการทั้งในภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน

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

1.3.1 การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของ  
ประเทศ

1.3.2 การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี

1.3.3 การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย เสริมสร้างบทบาทของสถาบัน  
ครอบครัวในการบ่มเพาะจิตใจให้เข้มแข็ง

**1.4 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม** เพื่อเร่งกระจายโอกาสการพัฒนาและสร้างความมั่นคงให้ทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำไปสู่สังคมที่เสมอภาคและเป็นธรรม โดยมีกรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญและเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

1.4.1 การสร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

1.4.2 การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ

1.4.3 การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย

**1.5 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม** เพื่อเร่งอนุรักษ์ฟื้นฟูและสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติ และมีความมั่นคงด้านน้ำ รวมทั้งมีความสามารถ  
ในการป้องกันผลกระทบและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติธรรมชาติ และพัฒนา  
มุ่งสู่การเป็นสังคมสีเขียว

**1.6 ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ** เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐมีขนาดที่เหมาะสมกับบทบาทภารกิจ มีสมรรถนะสูง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลกระจายบทบาทภารกิจไปสู่ท้องถิ่นอย่างเหมาะสม มีธรรมาภิบาล

**2) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)**

หลังจากที่นายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้มีข้อสั่งการเมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนงานในภารกิจหลักของหน่วยงานระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) เพื่อให้สอดรับกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ในการจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป และจัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”กระทรวงสาธารณสุขในฐานะส่วนราชการ จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ขึ้น ตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรีฯ อีกทั้งระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมเพื่อรับมือกับสิ่งต่างๆเหล่านี้ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักของประเทศ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งผลต่อการใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพของประเทศต่อไป สอดรับกับการปฏิรูปประเทศไทยและการปฏิรูปด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างความเข้มแข็งและมั่นคงยั่งยืนให้กับระบบสุขภาพ ทัดเทียมกับนานาประเทศในเอเชียได้จึงได้วางทิศทางในการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เป็น 4 ระยะ ระยะละ 5 ปี และมีจุดเน้นหนักแต่ละระยะ คือ ระยะที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 ปฏิรูประบบ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2565 – 2569 สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 พ.ศ. 2570 – 2574 สู่ความยั่งยืน ระยะที่ 4 พ.ศ. 2575 – 2579 เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย

โดยยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วย

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ : พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

เป้าหมาย : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ 4 Excellence : ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ   
 (Promotion, Prevention & Protection Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

**3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)**

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 นี้ จะเป็นไปอย่างสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี โดยเน้นการปฏิรูปประเทศเพื่อแก้ปัญหาพื้นฐานด้านต่างๆของประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคมที่กำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12   
การเชื่อมต่อด้านการค้าและเศรษฐกิจระดับคุณภาพและการเข้าถึงการศึกษาและการสาธารณสุข การขาดแคลนวัยแรงงาน ความเหลื่อมล้ำ รวมไปถึงการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆเพื่อรองรับการวิวัฒน์ของเทคโนโลยี  
และความเป็นอยู่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยหลักการสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 เช่น การน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ต่อเนื่องมาตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 รวมไปถึงการยึดวิสัยทัศน์ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” เป็นต้น จึงจะเห็นได้ว่า การพัฒนาในช่วง 5 ปี ภายใต้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 จึงถือเป็นกลไกหลัก และเป็น 5 ปีแรกของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ไปสู่การปฏิบัติในลำดับแรกเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในระยะยาวได้ในที่สุด   
โดยยุทธศาสตร์ที่กำหนดในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 มีทั้งหมด 10 ยุทธศาสตร์ โดยจะครอบคลุมทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาพื้นฐานเชิงยุทธศาสตร์และกลไกสนับสนุนยุทธศาสตร์ให้สัมฤทธิ์ผลในทุกมิติ ประกอบไปด้วย

3.1 ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

3.2 ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

3.3 ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน

3.4 ยุทธศาสตร์การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

3.5 ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน

3.6 ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบและ  
ธรรมาภิบาลในสังคมไทย

3.7 ยุทธศาสตร์การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์

3.8 ยุทธศาสตร์การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม

3.9 ยุทธศาสตร์การพัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ

3.10 ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา

**4) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12**

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจ  
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 เป็นแผนพัฒนาระยะ 5 ปี และเป็นกลไกเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ด้านสุขภาพ ให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้ยึดหลักการ ดังนี้ (1) ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (2) ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาเพื่อให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี (3) ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี 2579 ควบคู่กับกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) (5) การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 (6) ประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (7) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (8) กรอบแนวทางแผนระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อวางฐานรากของระบบสุขภาพในระยะ 5 ปี ให้เข้มแข็งเพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประกอบด้วย

วิสัยทัศน์ : ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

พันธกิจ : เสริมสร้าง สนับสนุนและประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

เป้าประสงค์ :

1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง

2. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาวะที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร

3. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม

4. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม

5. มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ : ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ

**5) นโยบายรัฐบาล**

ในรัฐบาลปัจจุบันโดยมีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นนายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เมื่อวันศุกร์ที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2557 โดยได้กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาของประเทศเป็นสามระยะ และมีนโยบาย 11 ด้าน โดยนำยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศว่าด้วยการพัฒนาตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มาเป็นหลักสำคัญ รวมถึงใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แนวทางของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ และความต้องการของประชาชนเป็นแนวทาง  
ในการกำหนดนโยบาย ดังนี้

5.1 การปกป้องและเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์

5.2 การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ

5.3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ

5.4 การศึกษาและเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม

5.5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน

5.6 การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ

5.7 การส่งเสริมบทบาทและการใช้โอกาสในประชาคมอาเซียน

5.8 การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม

5.9 การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุลระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

5.10 การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ

5.11 การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

โดยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขคือนโยบายด้านที่ 5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยรัฐบาลจะวางรากฐานพัฒนาและเสริมความเข้มแข็งให้แก่การให้บริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนโดยเน้นความทั่วถึงความมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ดังนี้

(๑) วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบและบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

(2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเน้นการป้องกันโรคมากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษาสร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลางปรับระบบการจ้างงานการกระจายบุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่นและให้ภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการจ้างบุคลากรเพื่อจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐเป็นผู้กำกับดูแลสนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยส่งเสริมการร่วมลงทุนและการใช้ทรัพยากรและบุคลากรร่วมกันโดยมีข้อตกลงที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

(3) เสริมความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคระบาดโดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ โดยมีเครือข่ายหน่วยเฝ้าระวังหน่วยตรวจวินิจฉัยโรคและหน่วยที่สามารถตัดสินใจเชิงนโยบายในการสกัดกั้นการแพร่กระจายได้อย่างทันท่วงที

(4) ป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในการจราจรอันนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตโดยการร่วมมือระหว่างฝ่ายต่างๆในการตรวจจับเพื่อป้องกันการรายงานและการดูแลผู้บาดเจ็บ

(5) ส่งเสริมการกีฬาเพื่อสุขภาพใช้กีฬาเป็นสื่อในการพัฒนาลักษณะนิสัยเยาวชนให้มีน้ำใจนักกีฬามีวินัยปฏิบัติตามกฎกติกามารยาทและมีความสามัคคีอีกทั้งพัฒนานักกีฬาให้มีศักยภาพสามารถแข่งขันในระดับนานาชาติจนสร้างชื่อเสียงแก่ประเทศชาติ

(6) ประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆในสังคมเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและปัญหาด้านการแพทย์และจริยธรรมของการอุ้มบุญการปลูกถ่ายอวัยวะและสเต็มเซลล์โดยจัดให้มีมาตรการและกฎหมายที่รัดกุมเหมาะสมกับประเด็นที่เป็นปัญหาใหม่ของสังคม

(7) พัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขโดยจัดให้มีบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัยและให้มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

**6) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)**

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals: SDGs นั้น ริเริ่มโดยสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly: UN) เมื่อปีค.ศ. 2010 โดยเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องจากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ หรือ Millennium Development Goals: MDGs มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ประเทศต่างๆ พัฒนาประเทศเพื่อขจัดความยากจน ความหิวโหย ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียม เทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศซึ่งได้สิ้นสุดลงเมื่อปีค.ศ. 2015 หลังจากนั้น UN จึงได้ริเริ่มกระบวนการหารือเพื่อกำหนดวาระการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ. 2015 (The Post – 2015 Development Agenda) ตามกระบวนทัศน์ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” โดยประเด็นสำคัญของการจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals : SDGs ประกอบไปด้วย 17 เป้าหมายหลัก ที่ต้องบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี ค.ศ. 2030 ดังนี้

6.1 ยุติความยากจนทุกรูปแบบทุกหนแห่ง

6.2 ยุติความหิวโหยสร้างความมั่นคงทางอาหารยกระดับโภชนาการและส่งเสริมเกษตรกรรมยั่งยืน

6.3 สร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะของทุกคนทุกวัย

6.4 สร้างหลักประกันถ้วนหน้าความเท่าเทียมด้านคุณภาพการศึกษาและส่งเสริมโอกาส  
ในการเรียนรู้ตลอดชีวิตสาหรับทุกคน

6.5 บรรลุความเท่าเทียมทางเพศและสร้างความเข้มแข็งแก่ผู้หญิงและเด็กหญิง

6.6 สร้างหลักประกันให้มีการบริหารจัดการน้ำและการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนสำหรับทุกคน

6.7 สร้างหลักประกันการเข้าถึงพลังงานยุคใหม่ที่มีราคาซื้อหาได้ที่เชื่อถือได้และมีความยั่งยืนสำหรับทุกคน

6.8 ส่งเสริมความยั่งยืนความเท่าเทียมและการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนรวมทั้งโอกาส  
ในการทำงานที่ดีและมีประสิทธิภาพสำหรับทุกคน

6.9 เร่งสร้างระบบสาธารณูปโภคพื้นฐานส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมที่เท่าเทียมและยั่งยืนและสนับสนุนนวัตกรรม

6.10 ลดความเหลื่อมล้ำในประเทศและระหว่างประเทศต่างๆ

6.11 ทำให้เมืองและที่ตั้งถิ่นฐานของประชาชนมีความเท่าเทียมปลอดภัยมั่นคงและยั่งยืน

6.12 สร้างหลักประกันแก่ระบบการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน

6.13 ดำเนินการเรื่องการเปลี่ยนแปลงสภาวะภูมิอากาศและผลกระทบอย่างเร่งด่วน

6.14 อนุรักษ์และใช้ทรัพยากรทางทะเลอย่างยั่งยืนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

6.15 ปกป้องฟื้นฟูและส่งเสริมการใช้ระบบนิเวศภาคพื้นดินอย่างยั่งยืนการจัดการป่าไม้  
อย่างยั่งยืนต่อสู้กับการแปรสภาพเป็นทะเลทรายหยุดยั้งและฟื้นฟูความเสื่อมโทรมของพื้นดินและหยุดยั้งการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ

6.16 ส่งเสริมสังคมที่มีสันติภาพและความเท่าเทียมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนสนับสนุนให้ทุกคนเข้าถึงความยุติธรรมสร้างสถาบันทางสังคมที่มีประสิทธิภาพเชื่อถือได้และมีความเท่าเทียมในทุกระดับ

6.17 เสริมสร้างความเข้มแข็งแก่การปฏิบัติและฟื้นฟูความร่วมมือของพันธมิตรระดับโลกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

**7) ประเทศไทย 4.0**

ในอดีตที่ผ่านมา ประเทศไทยมีโครงสร้างเศรษฐกิจที่เริ่มจากสังคมเกษตรกรรม หรือ ประเทศไทย 1.0 เน้นการสร้างรายได้จากการเกษตรเป็นหลัก ต่อมาจึงปรับเข้าสู่อุตสาหกรรมเบา หรือ ประเทศไทย 2.0   
โดยมุ่งเน้นแรงงานราคาถูก ใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่มีในประเทศ เช่น สิ่งทอ อาหาร หลังจากนั้นก็ได้ปรับเปลี่ยนเข้าสู่ ประเทศไทย 3.0 ที่ให้ความสำคัญกับอุตสาหกรรมหนัก เช่น รถยนต์ อุปกรณ์อิเลคทรอนิกส์ โดยใช้ต้นทุนและเทคโนโลยีจากต่างประเทศเพื่อเน้นการส่งออก ทำให้ประเทศไทยมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง สูงสุดที่ 7-8% ต่อปี แต่เมื่อถึงจุดหนึ่งหลังปี พ.ศ. 2540 อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจปรับลดลงมาอยู่ที่ 3-4% ต่อปีเท่านั้น และทำให้ประเทศไทย ติดอยู่ในกับดักประเทศรายได้  
ปานกลางมากว่า 20 ปีการปรับเปลี่ยนอีกครั้ง เพื่อเข้าสู่ประเทศไทย 4.0 หรือ Thailand 4.0 จึงเป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจแบบเดิมที่ขับเคลื่อนด้วยอุตสาหกรรม ไปสู่ เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมเพื่อผลักดันให้ประเทศหลุดพ้นจาก 3 กับดักที่กำลังเผชิญ นั่นคือ กับดักประเทศรายได้ปานกลาง กับดักความเหลื่อมล้ำ และ กับดักความไม่สมดุลของการพัฒนา โดยใช้พลังประชารัฐในการขับเคลื่อน ผู้มีส่วนร่วมหลักประกอบด้วยภาคเอกชน ภาคการเงิน การธนาคาร มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยต่างๆ โดยเน้นตามความถนัดและจุดเด่นของแต่ละองค์กร และมีภาครัฐคอยสนับสนุนโดยแปลงความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ ให้เป็นความได้เปรียบในเชิงแข่งขัน โดยการเติมเต็มด้วยวิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และการวิจัยและพัฒนา แล้วต่อยอดความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบเป็น 5 กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย อันประกอบด้วย

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

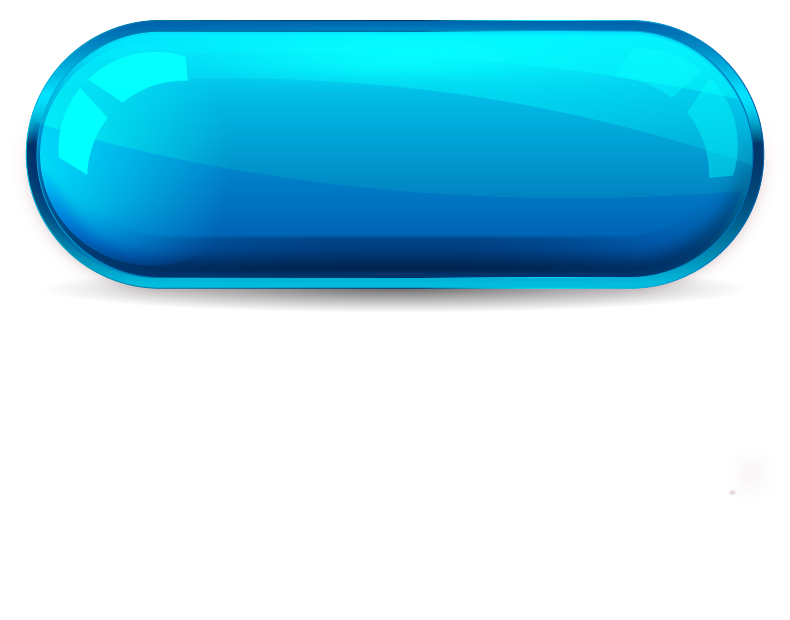
7.2 กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีการแพทย์ (Health, Wellness & Bio – Med)

7.3 กลุ่มเครื่องมืออุปกรณ์อัจฉริยะ หุ่นยนต์และระบบเครื่องกลที่ใช้อิเลคทรอนิกส์ควบคุม (Smart Devices, Robotics & Mechatronics)

7.4 กลุ่มดิจิตอล เทคโนโลยีอินเตอร์ที่เน็ตเชื่อมต่อและบังคับอุปกรณ์ต่างๆ ปัญญาประดิษฐ์และเทคโนโลยีสมองกลฝังตัว (Digital, loT, Artificial Intelligence & Embedded Technology)

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

จากประเด็นที่ได้กล่าวมาข้างต้น ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑ โดยในระยะ 5 ปีแรกนี้มีจุดเน้นคือ การปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย และสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนตั้งแต่ผู้ที่ยังมีร่างกายแข็งแรงไปจนถึงผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาโดยควบคู่ไปกับการให้บริการด้านสุขภาพในเชิงรุก ปรับเปลี่ยนโครงสร้างการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ  
เพื่อเพิ่มกำลังคนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลคนไทย พร้อมทั้งนำนวัตกรรมเดิมเสริมนวัตกรรมใหม่โดยใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบันมาพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและครอบคลุมทั้งประเทศ สอดรับกับการเป็นประเทศไทย 4.0 โดยเป็นไปอย่างมีธรรมาภิบาล โปร่งใส และมีคุณธรรม



**บทที่ ๒ สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพ**

สังคมในปัจจุบันนั้นมีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในทุกมิติ โดยเฉพาะมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม อันเนื่องมาจากกระแสโลกาภิวัตน์ที่เข้มข้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรและสังคมอย่างเสรีมากขึ้นกว่าเมื่อก่อน อีกทั้งยังส่งผลถึงบริบททางเศรษฐกิจของประเทศไทยอีกด้วย จากเดิมที่เคยเป็นเศรษฐกิจสังคมอุตสาหกรรมก็กำลังจะเปลี่ยนผ่านเป็นเศรษฐกิจสังคมดิจิทัล ดังนั้นบริบททางสังคม  
ในแง่ของการดำรงชีวิตของประชากรไทยก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนตามไปด้วย จึงจะเห็นได้ว่าสังคมไทยนั้นได้มีการพลวัตอยู่อย่างต่อเนื่อง ในทางกลับกันคุณภาพชีวิตของคนไทยและการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเข้มข้นนี้กลับยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ด้วยเหตุเหล่านี้จึงได้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ  
ของคนไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยปัจจัยหลักๆที่มีผลกระทบต่อบริบทสุขภาพคนไทย มีดังต่อไปนี้

**1. การเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายนอกที่สำคัญ**

**1.1 ด้านการเมือง**

จากสถานการณ์ทางการเมืองที่มีความขัดแย้งในช่วงเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา จากความเห็นต่างเชิงการเมืองของกลุ่มผู้ขัดแย้งหลายๆ ฝ่าย ทั้งภาคประชาชน เอกชน กลุ่มธุรกิจและเครือข่ายวิชาชีพต่างๆ ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นจนก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินเป็นจำนวนไม่น้อย หลังจากนั้นจึงได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองอีกครั้งในปี 2557 โดยการนำของ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ซึ่งได้ยึดอำนาจการปกครองเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 เพื่อเป็นการยุติความขัดแย้งและนำประเทศไปสู่การปรองดอง แต่จากเหตุการณ์ที่ผ่านมาก็ได้สร้างความเสียหายทางด้านสุขภาพของประชาชนไว้ไม่น้อย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและความเครียดที่เกิดขึ้นจากความตึงเครียดด้านการเมืองที่สะสมมาเรื่อยๆ   
รวมไปถึงปัญหาทางด้านสภาพร่างกายที่เกิดจากการชุมนุมประท้วงที่มีความยืดเยื้อ ยาวนาน และนำไปสู่ความขัดแย้งรุนแรงก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายจนถึงขั้นเสียชีวิต

นอกจากนี้ปัญหาจากความตึงเครียดทางการเมืองและการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองนี้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เกิดการชะงักตัวขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เช่น สปสช. และ สสส. เป็นต้น อันเนื่องมาจากการถูกตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงคณะผู้บริหารในที่สุด ส่งผลกระทบให้องค์กรต่างๆ รวมถึงภาคประชาสังคม ไม่สามารถดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพได้เป็นระยะเวลาหนึ่ง

รวมทั้ง ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 กำหนดให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้บริการเชิงรุกแก่ประชาชนทำให้ได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง รวดเร็ว มีคุณภาพ รวมไปถึงหัวข้อของการลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งจะทำให้คนไทยทุกคน สามารถเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียมกันต่อไปในอนาคต

**1.2 ด้านเศรษฐกิจ**

ในช่วง 5 ทศวรรษที่ผ่านมา ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) การพัฒนาเศรษฐกิจไทยประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ การขยายตัวทางเศรษฐกิจในช่วงปี 2504-2558 ขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 6.1 สูงเป็นอันดับที่ 22 ของโลก (จากทั้งหมด 205 ประเทศ) ส่งผลให้รายได้ประชาชาติต่อหัวของประชาชน (GNI Per Capita) เพิ่มขึ้นเป็น 23,666 บาท (950 ดอลลาร์ สรอ.) ในปี 2530 เพิ่มขึ้นเป็น 185,858 บาท (5,620 ดอลลาร์ สรอ.) ต่อคนต่อปี ในปี 2558 ซึ่งทำให้ธนาคารโลกได้ขยับฐานะประเทศไทยเป็นประเทศรายได้ปานกลางตอนบน (Upper Middle Income Country) และในปี 2557 รายได้ประชาชาติต่อหัวของไทยเพิ่มขึ้นเป็น 185,414 บาท ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวอยู่ที่ 202,795 บาท

**1.3 ด้านสังคม**

**1) โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย** แต่ยังคงมีปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของประชากรในทุกช่วงวัย ขณะที่ครัวเรือนโดยเฉลี่ยมีขนาดลดลงและมีรูปแบบ  
ที่หลากหลาย จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี 2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) พบว่า ปัจจุบันอัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยต่ำกว่าระดับทดแทนอยู่ที่อัตรา 1.62 และคาดการณ์ว่าในปี 2583 อัตราการเจริญพันธุ์รวมอาจลดลงเหลือเพียง 1.3 คน ส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย

ขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานจะมีจำนวนลดลง โดยกลุ่มวัยเด็กจะลดลงอย่างรวดเร็วจาก 11.79 ล้านคนในปี 2558 เหลือเพียง 8.17 ล้านคนในปี 2583 ส่วนกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มลดลงจาก 43.0 ล้านคน เป็น 35.2 ล้านคนในช่วงเวลาเดียวกัน และยังมีปัญหาผลิตผลจากแรงงานต่ำ นอกจากนี้คนไทยไม่นิยมทำงานระดับล่าง ทำให้ต้องพึ่งการนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน เป็นช่องทางทำให้เกิดปัญหาโรคและภัยสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี 2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 ทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เพิ่มมากขึ้น สะท้อนภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุจำนวนมากมีรายได้ไม่พอต่อการยังชีพ และจะส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต้องแบกรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในปี 2553 มีประชากรวัยแรงงาน 5 คนที่มีศักยภาพแบกรับภาระดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และคาดการณ์ว่าในปี 2583 จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง 1.7 คน แบกรับภาระดูแลผู้สูงอายุ 1 คนอีกทั้งการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมากขึ้น เป็นผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น แต่คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ติดบ้าน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีเพิ่มขึ้น และแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังก็เพิ่มสูงขึ้น ด้วยบริบทสังคม  
ที่เปลี่ยนไป แน่นอนว่าเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นประเด็น  
ที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งนับจากนี้

**2) คนไทยมีความมั่นคงทางสังคมมากขึ้น** แต่ยังมีปัญหาเชิงคุณภาพทั้งด้านสุขภาพ   
การเรียนรู้และคุณธรรมจริยธรรมคนไทยมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมกว่าร้อยละ 99.9 โดยอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 73.8 ระบบประกันสังคมร้อยละ 16.7 และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 7.1 ขณะที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีหลักประกันทางรายได้มั่นคงขึ้นและมีความครอบคลุมมากขึ้น โดยในปี 2558 ผู้สูงอายุได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นเป็นแบบขั้นบันไดตามช่วงอายุ 8.3 ล้านคน จากผู้สูงอายุทั้งประเทศ 10.4 ล้านคน

เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพของคนไทย พบว่า แม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยจะสูงขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ย  
เมื่อแรกเกิดเพศชาย 71.3 ปี และเพศหญิง 78.2 ปี ในปี 2557 แต่กลับเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค  
ไม่ติดต่อและอุบัติเหตุเป็นจำนวนมาก

**3) ความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น** การขยายตัวของเมืองเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะในปี 40 ปี (พ.ศ. 2523-2553) พบว่า จำนวนประชากรเมืองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.4 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 44.1 ในปี 2553 ปัจจุบันนี้ ประเทศไทยมีความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลต่อวิถีชีวิตของคนในสังคมก็เปลี่ยนแปลงไปตามสังคมด้วย ทั้งนี้ ปัญหาในเรื่องระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยก็ยังคง  
มีอยู่ตลอดมา และยังคงเป็นปัญหาสะสมของประเทศไทยอยู่ตอนนี้ ปัจจัยความเป็นสังคมเมืองที่ส่งผลกระทบถึงปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยถือว่าเป็นปัจจัยหลักในขณะนี้และมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต และการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ชนบทไปสู่ความเป็นเมืองมีแนวโน้มสูงขึ้น เพื่อลดความแออัดของเมืองหลวง  
และเมืองหลัก อันเป็นการกระจายความเจริญสู่พื้นที่นั้นๆ จึงจำเป็นต้องมีการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน   
การจัดบริการสาธารณะเพื่อรองรับการเจริญเติบโตของเมือง การใช้ประโยชน์ของทรัพยากรท้องถิ่นทั้งปัจจัยการผลิตและแรงงานไปสู่ภาคการค้า บริการและอุตสาหกรรม มีการอพยพเคลื่อนย้ายจากชนบทเข้าสู่เมืองเพิ่มมากขึ้น มีแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก คนในเขตเมืองมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาโรคและภัยสุขภาพ นอกจากนี้รูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นและแบบพิเศษยังไม่สามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพของคนในเขตเมือง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**4) การจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษ ที่เชื่อมโยงกับ**การที่ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และประเทศไทยมีสภาพทางภูมิศาสตร์เป็นศูนย์กลางของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้   
มีประโยชน์อย่างมากต่อประเทศไทย เพราะเป็นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและส่งเสริมความสามารถในการแข่งขัน ส่งผลให้เกิดการส่งเสริมการลงทุนในประเทศ การส่งออก เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการพัฒนาเหล่านี้ก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในหลายๆ ด้าน เช่น ผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหาขยะและของเสียอุตสาหกรรม มลพิษทางน้ำ อากาศ และมีฝุ่นละอองมากขึ้น

**1.4 ด้านเทคโนโลยี**

**1) สถานการณ์การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัยและนวัตกรรมของประเทศ** ได้รับการยกระดับดีขึ้นแต่ยังต่ำกว่ากลุ่มประเทศรายได้สูง จากการผนึกกำลังของหน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมและเชื่อมโยงให้เกิดความมั่นใจของภาคธุรกิจเอกชน แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำ  
เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีรายได้สูง โดยในปี 2558 อันดับความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์อยู่ที่ 47 และด้านเทคโนโลยี อยู่ที่ 44 จาก 61 ประเทศที่จัดอันดับโดย IMD (International Institute for Management Development) ลดลงเมื่อเทียบกับอันดับที่ 37 และ 43 ตามลำดับในปี 2551 และตลอดช่วงระยะเวลา 14 ปีที่ผ่านมา (ปี 2543-2556) ค่าเฉลี่ยการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาต่อ GDP ยังคงอยู่ในระดับร้อยละ 0.27 ต่อ GDP ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย มีค่าใช้จ่ายเพื่อการวิจัยและพัฒนาอยู่ร้อยละ 4.15, 3.47, 2.81 และ 2.18   
ต่อ GDP ในปี 2556 ตามลำดับ

**2) ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์** เพื่อการรักษาโรคก้าวหน้ามากที่สำคัญๆ ได้แก่ 1) สเต็มเซลล์มีศักยภาพที่จะพัฒนาไปเป็นเซลล์อวัยวะใดก็ได้ใน 220 ชนิด ถ้าสามารถเอาไปใส่ในคน  
ที่อวัยวะเสื่อมเพราะโรค และบังคับให้แบ่งตัวขึ้นมาทำงานแทนที่หรือซ่อมแซมอวัยวะที่เสียหายได้ก็จะสามารถ  
ใช้รักษาโรคได้ 2) นาโนเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Nanomedicine) ปัจจุบันห้องปฏิบัติการวิจัยหลายประเทศ  
ทั่วโลกกำลังแข่งขันกันอย่างหนัก เพื่อคิดค้นและออกแบบระบบนำส่งยาที่ใช้นาโนเทคโนโลยีเพื่อให้การรักษา  
มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 3) หุ่นยนต์ทางการแพทย์ เช่น หุ่นยนต์ดาวินชี (Da Vinci) แขนกลของหุ่นยนต์จะถูกควบคุมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านทางก้านควบคุม (joystick) ทำให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างแม่นยำ ลดความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ทำให้เสียเลือดน้อยกว่า และระยะการพักฟื้นเร็วขึ้น หุ่นยนต์ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพคนพิการเพื่อช่วยในการเดินหรือการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นสำหรับผู้พิการ การใช้สัญญาณทางชีวภาพ (Biological signal) ของร่างกายส่วนอื่น เพื่อนำมาใช้ควบคุมหุ่นยนต์

**1.5 ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม**

**1) การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ(Climate Change)** จะส่งผลกระทบซ้ำเติมต่อสถานการณ์ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้มีความรุนแรงมากขึ้น อุณหภูมิของโลกเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความแห้งแล้งเป็นระยะเวลายาวนาน เกิดฝนขาดช่วง และมีฤดูกาลเปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อความอุดมสมบูรณ์ของดิน ป่าไม้เกิดความเสื่อมโทรม แหล่งน้ำขาดแคลน ผลผลิตทางการเกษตรลดลง   
เกิดโรคระบาดในพืชและสัตว์ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ ในปัจจุบันนี้ ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าภาวะโลกร้อนเป็นปัญหาที่ได้รับผลกระทบไปทั่วโลก และต้องตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ปัญหาเป็นลำดับแรกๆ เพราะสภาพภูมิอากาศที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง ทำให้เกิดผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันของผู้คนรวมไปถึงการดำเนินการค้าการลงทุนเป็นอย่างมาก ไม่เว้นแม้กระทั่งประเทศไทย ที่จะเห็นได้อย่างชัดเจนคือความผันผวนของภูมิอากาศในแต่ละฤดู ส่งผลกระทบต่างๆ ต่อประชาชน ไม่ว่าจะเป็น การประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมที่ต้องพึ่งพาน้ำที่ได้จากการเกิดฝน แต่เมื่อฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาล ก็ต้องเลื่อนการทำเกษตรออกไป เมื่อเข้าฤดูน้ำหลากก็จะทำให้พืชผลทางการเกษตรเกิดความเสียหาย ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อความอยู่รอด อีกทั้งเรื่องปัญหามลพิษ ทั้งจากหมอกควันและการปล่อยมลพิษจากโรงงาน เกิดเป็นผลกระทบทางด้านสุขภาพที่ทำให้ทั่วโลกต้องตระหนักหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ก่อให้เกิดข้อตกลงระหว่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทวีความเข้มข้นเรื่อยๆ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ก็เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการจัดการปัญหาดังกล่าว เพื่อเป็นการเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม เป็นกลไกเยียวยาความเสียหาย  
แก่ประชาชนได้อย่างทันท่วงที

**2) ปัญหาสิ่งแวดล้อมเพิ่มสูงขึ้นตามการขยายตัวของเศรษฐกิจและชุมชนเมือง**

**: ปัญหาขยะมูลฝอยยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ** ขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในปี 2557 มีประมาณ 26.2 ล้านตัน โดยแนวโน้มอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเฉลี่ยต่อคนต่อวันเพิ่มสูงขึ้นจาก 1.04 กิโลกรัม/คน/วัน ในปี 2553 เป็น 1.11 กิโลกรัม/คน/วัน ในปี 2557 การกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการมีเพียงร้อยละ 30 และมีการนำขยะมูลฝอยกลับไปใช้ประโยชน์เพียงร้อยละ 18 ทำให้มีปริมาณขยะสะสมตกค้างเพิ่มสูงขึ้น 30.8 ล้านตันในปี 2557 ขยะอิเล็กทรอนิกส์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อนาคตต้องประสบปัญหาการกำจัดของเสียเหล่านี้

**: มลพิษทางอากาศยังเกินมาตรฐานหลายแห่ง แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น** ในปี 2557 พบมลพิษทางอากาศเกินมาตรฐานในหลายพื้นที่ของประเทศ และที่เป็นปัญหาสำคัญได้แก่ ฝุ่นละออง ก๊าซโอโซน   
และสารอินทรีย์ระเหยง่าย (Volatile organic compounds, VOCs) โดยมีพื้นที่วิกฤติในเขตพื้นที่มาบตาพุด จังหวัดระยอง ที่ยังคงประสบปัญหาสารอินทรีย์ระเหยง่าย ในพื้นที่อื่น เช่น กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี เชียงใหม่ ขอนแก่น พบสารเบนซินเกินค่ามาตรฐาน แต่ส่วนใหญ่มีปริมาณลดลงจากปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามปัญหามลพิษทางอากาศในพื้นที่มาจากสาเหตุหลักคือ ปริมาณรถยนต์จำนวนมาก สำหรับมลพิษจากหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน พบว่า สถานการณ์ดีขึ้นเป็นลำดับ โดยความร่วมมือและการทำงานระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และประชาชนดีขึ้น

**2. สถานะสุขภาพประชาชนไทย**

คนไทยยังประสบกับปัญหาด้านสุขภาพ สาเหตุสำคัญเกิดจากโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ ปัจจัยเสี่ยง รวมถึงภัยสุขภาพ ที่ส่งผลให้ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ ดังนั้นทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจนอกจากคนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแล้ว แต่สูญเสียสุขภาวะเพิ่มขึ้นยังต้องทำให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

**2.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE)**

คนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเพศหญิงและชาย โดยเพศชายเพิ่มจาก 70.4 ในปี 2553 เป็น 71.1 ในปี 2556 คาดประมาณว่าจะเพิ่มเป็น 75.2 ในปี 2583 และเพศหญิงเพิ่มจาก 77.5 ในปี 2553 เป็น 78.2 ในปี 2557 และคาดประมาณว่าจะเพิ่มเป็น 81.9 ในปี 2583 (ข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2553-2583 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) ดังนั้น เพื่อให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 85 ปี ภายในระยะ 20 ปี จึงต้องมุ่งลดจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Premature Mortality) ซึ่งมาจาก 2 สาเหตุหลัก คือ การชีวิตจากสาเหตุภายนอก (External Causes) ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้นๆของประเทศไทย และการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic Diseases)

**2.2 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE)**

อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ.2552-2556) จาก 62 ปี ในปี 2552 เป็น 66 ปี ในปี 2560 (ที่มา Would Health Statistic 2013-2015) สาเหตุการสูญเสียปี  
สุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทย ในปี 2556 ทั้งใน ชายไทยและหญิงไทยมาจากโรค  
ไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งตับ และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนหญิงไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจาก โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ ดังนั้น นอกจากการมุ่งลดปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยแล้ว ยังต้องมุ่งส่งเสริมสุขภาพของคนไทยอีกด้วย จึงจะทำให้อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 72 ปี ภายในระยะ 20 ปีนี้

**2.3 ปัญหาสาธารณสุข**

**1) กลุ่มโรคติดต่อที่มีแนวโน้มลดลง**

**กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน** เป็นกลุ่มโรคติดต่อที่มีแนวโน้มลดลง ถึงแม้ว่า ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จอย่างสูงในการลดการเจ็บป่วย และตาย แต่ยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการให้บริการวัคซีนจะยังคงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนที่มีคุณภาพแม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร นอกจากนี้ประเทศไทยยังต้องมีการพัฒนาและเพิ่มชนิดของวัคซีน เพื่อเป็นการป้องกันโรคในกลุ่มอายุอื่นๆ   
อีกด้วย

**โรคไข้มาลาเรีย** ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรค  
ไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือจำนวนผู้ป่วยลดลงจาก 150,000 ราย ในปี 2543 เหลือ 24,850 ราย   
ในปี 2558 (ลดลงประมาณร้อยละ 85) โดยปี 2558 มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียเท่ากับ 0.38 ต่อประชากรพันคน ควรปรับนโยบายจากการควบคุมโรคเป็นการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามนโยบายองค์การอนามัยโลก จึงมีความจำเป็นต้องปรับยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการดำเนินงานดังกล่าวให้สอดคล้องกับสถานการณ์และพื้นที่ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ ปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อยา ซึ่งตรวจพบมากในพื้นที่ชายแดน และเขตป่าเขา บริเวณพรมแดนด้านตะวันตกติดกับประเทศเมียนมา และด้านตะวันออกติดกับประเทศกัมพูชา และปัญหาอีกประการหนึ่งได้แก่การพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียซึ่งเป็นพลเมืองจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งปัญหานี้พบมากในบริเวณพื้นที่ชายแดนเช่นกัน

**2) กลุ่มโรคติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น**

**โรคติดต่ออุบัติใหม่** กำลังเป็นปัญหาทั่วโลก เนื่องจากทุกๆ ปี จะมีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดการระบาดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงต่อการระบาดมีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสังคม  
และเศรษฐกิจอย่างรุนแรง พบว่าในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดเชื้อเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา และโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นต้น จะเห็นได้ว่า โรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โรคเหล่านี้มักมีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่าและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค เช่น ยุง ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกัน ควบคุมโรค ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัย อยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่น มีภูมิต้านทานโรคต่ำ เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ หรือมีโอกาสสัมผัสโรคมาก เช่น เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์ คนชำแหละเนื้อสัตว์ รวมถึงกลุ่มที่มีโอกาสแพร่โรคหรือรับโรคได้ง่าย เช่นกลุ่มผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กหรือกลุ่มผู้เดินทางไปต่างประเทศ

**โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์** สถานการณ์ ปี 2556-2558 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรค เฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับเท่ากับ 51.35, 57.37 และ 72.42 ต่อแสนประชากร จำแนกรายโรคพบว่าป่วยด้วยโรคหนองในมากที่สุดและมีแนวโน้ม  
เพิ่มสูงขึ้น อัตราป่วยเป็น 37.34, 40.98 และ 50.09 ต่อแสนประชากรรองลงมาเป็นโรคซิฟิลิส อัตราป่วย 5.7, 8.3 และ 11.5 ต่อแสนประชากร และหนองในเทียม อัตราป่วย 5.79, 5.70 และ 7.37 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

**วัณโรค** องค์การอนามัยโลกคาดประมาณอัตราป่วยวัณโรครายใหม่ในประเทศไทยโดยใช้ผลการสำรวจความชุกเป็นฐานของการวิเคราะห์พบว่า ในปี 2557 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 120,000 ราย (171 ต่อแสนประชากร) ปัจจัยที่ทำให้ยังคงมีผู้ป่วยวัณโรคเกิดขึ้นมาก (determinants) มีหลายประการ เช่น สังคมที่มีกลุ่มสูงวัยมากขึ้น สังคมเขตเมืองและการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มแรงงานข้ามชาติ กลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานองค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals) โดยการยุติปัญหาวัณโรค (End TB) อยู่ภายใต้เป้าหมายที่ 3 ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายลดอัตราป่วยรายใหม่เป็น 20 ต่อแสนประชากรในปี 2573 และ 10 ต่อแสนประชากร  
ในปี 2578 ในปัจจุบันประเทศไทยจัดเป็นหนึ่งใน 14 ประเทศที่มีภาระโรคสูงทั้งสามด้าน ได้แก่ วัณโรค   
วัณโรคดื้อยา และวัณโรคร่วมเอชไอวี ความท้าทายที่สำคัญยิ่งของประเทศไทย คือ การค้นหาและรายงานผู้ป่วยที่ปัจจุบันครอบคลุมเพียงร้อยละ 59 แสดงถึงผู้ป่วยอีกกว่าร้อยละ 40 ที่ไม่เข้าถึงการวินิจฉัยหรือเข้าถึงช้า จำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องเพิ่มความครอบคลุมการตรวจรักษาวัณโรคให้สูงขึ้นเพื่อตัดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่คนรอบข้าง

**2.4 กลุ่มโรคไม่ติดต่อ**

โรคเรื้อรังที่เป็นอันดับต้นของสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย ได้แก่ โรคเบาหวาน   
โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมการบริโภค และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม **1) โรคเบาหวาน** สถานการณ์ในประเทศไทยในปี 2556 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 9,647 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 27 คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 14.93 ต่อแสนประชากร ในปี 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 11,389 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 32 คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 17.53 ต่อแสนประชากร และปี 2558 อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 17.83 ข้อมูลจากเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet) และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 698,720 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,081.25 ต่อแสนประชากรในปี 2557 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 37.9 ถ้าควบคุมสภาวะของโรคได้ไม่ดีก็จะมีปัญหาของภาวะแทรกซ้อนตามมา ทั้งเรื่องของ ตา ไต หัวใจ สมอง และเท้า

**2) โรคความดันโลหิตสูง** จากข้อมูลสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยตลอดตั้งแต่ปี 2555-2558 เป็นจำนวน 3,684 คน ปี 2556 จำนวน 5,165 คน ปี 2557 จำนวน 7,115 คน และ   
ปี 2558 มีจำนวนสูงถึง 7,578 คน ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4   
(ปี 2551-2552) พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีอัตราความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง   
ร้อยละ 21.4 และผลการสำรวจครั้งที่ 5 อัตราความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 24.7 หรือประมาณทุกๆ 1 ใน 4 คน ของประชากรไทยที่เป็นผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง และสิ่งที่น่าวิตกอย่างยิ่ง คือ ในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ในเพศชาย และ 40 ในเพศหญิง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา และในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา พบว่าจำนวนประมาณน้อยกว่า 1 ใน 4 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ซึ่งมีเพียง 1 ใน 4   
ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้

**3) โรคหัวใจขาดเลือด** สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555-2558 พบว่า อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2558 อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 28.92 ต่อแสนประชากร และเมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือดจากข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2550-2556 โดยอัตราผู้ป่วยใน ปี 2550 เท่ากับ 328.63 ต่อแสนประชากร และปี 2556 อัตราผู้ป่วยใน เท่ากับ 435.18 ต่อแสนประชากร โดยอัตราผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นถึง 1.3 เท่า อย่างไรก็ตาม อัตราผู้ป่วยในลดลงในปี 2557 โดยมีอัตราผู้ป่วยใน เท่ากับ 407.69 ต่อแสนประชากร

**4) โรคหลอดเลือดสมอง** สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการสูญเสียปี  
สุขภาวะมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง (277,000 ปี สุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10.8 ของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปทั้งหมด) และอันดับ 2 ในเพศชาย (340,000 ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 8.8 ของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปทั้งหมด) และจากข้อมูลมรณบัตรและรายงานสาเหตุการตาย ปี 2553-2557 พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องในทุกเขตสุขภาพ และทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยในปี 2553 อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมเท่ากับ 40.97 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 54.25 ต่อแสนประชากร ในปี 2557 ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงปีละกว่า 4,000 คน

**5) โรคไตเรื้อรัง** (Chronic kidney disease: CKD) เป็นภัยสุขภาพที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยพบว่าการไม่สามารถควบคุมภาวะของระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้นั้น เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ได้กว่าร้อยละ 70 สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคไตเรื้อรังก็เป็นปัญหาเช่นเดียวกับหลายประเทศ โดยผลการศึกษาความชุกโรคไตเรื้อรังของโครงการวิจัยการประมาณความชุกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย (Thai SEEK Project) พบว่า มีความชุกโรคไตเรื้อรัง เท่ากับร้อยละ 17.5 ซึ่งมีผู้ป่วยระยะที่ 3-5 ร้อยละ 8.6 และระยะที่ 1-2 ร้อยละ 8.9

**6) โรคมะเร็ง** สถาบันมะเร็งแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้คำนวณสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยจากหน่วยทะเบียนมะเร็งระดับประชากร 15 แห่ง ทั่วประเทศ โดยข้อมูลสถิติโรคมะเร็ง ในปี 2553-2555 (Cancer in Thailand Vol VIII, 2010-2012) มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 112,392 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 54,586 ราย และเพศหญิง จำนวน 57,806 ราย โรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งหลอดลมและปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด Non-Hodgkin ส่วนโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งหลอดลมและปอด และจากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าในปี 2554 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 61,082 คน เป็นเพศชาย 35,437 คน เป็นเพศหญิง 25,645 คน ถือเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 5 อันดับแรกของประเทศ คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 56.38 ของมะเร็งทั้งหมด

**2.5 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ**

**1) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** การวิเคราะห์ความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALY) ของประชากรไทย ปี 2556 พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับหนึ่งในเพศชาย และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 255๘ พบว่าความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๐ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๖ ที่ร้อยละ ๓๒.2 และปี ๒๕๕๗ ที่ร้อยละ ๓๒.๓ โดยมีนักดื่มเพศชายมากกว่านักดื่มเพศหญิงประมาณ 4.35 เท่า เมื่อพิจารณาความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) ปี 2558 คิดเป็นร้อยละ ๑๙.1 เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๖ ที่ร้อยละ ๑๖.๐ และปี 2557 ที่ร้อยละ 18.1 ซึ่งพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว นักดื่มกลุ่มนี้มีแนวโน้มกลายเป็นนักดื่มประจำ นอกจากนี้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังก่อให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลที่มีวันหยุดติดต่อกันจะพบการเกิดอุบัติเหตุจราจรทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก โดยสาเหตุหลักอันดับหนึ่งเกิดจากการเมาสุรา

**2) การบริโภคยาสูบ** ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยล่าสุด ปี 2558 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) พบว่า ในจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีผู้สูบบุหรี่ 10.9 ล้านคน (ร้อยละ 19.9) โดยในภาพรวม พบว่า ในช่วงปี 2547-2552 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง   
จากร้อยละ 23.0 เป็นร้อยละ 20.7 ตามลำดับ แต่กลับเพิ่มขึ้นในปี 2554 เป็นร้อยละ 21.4 และลดลงเหลือร้อยละ 19.9 ในปี 2556 จากนั้นกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 ในปี 2557 และลดลงเป็นร้อยละ 19.9 ในปีล่าสุด 2558 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ ปี 2558 กับปี 2557 พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง โดยอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 21.8 เท่า และยังคงพบการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะต่างๆ เช่น ตลาด สถานบันเทิง เป็นต้น ทั้งๆ ที่สถานที่เหล่านี้  
เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

**3) อุบัติเหตุ** คนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนนมากเป็นอันดับ 2 ของโลก ข้อมูลจากการเก็บสถิติของสถาบันวิจัยด้านคมนาคม มหาวิทยาลัยมิชิแกน สหรัฐอเมริกา ร่วมกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่า สถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 18 คน ต่อแสนประชากรต่อปี   
แต่สำหรับนามิเบีย ไทยและอิหร่าน ซึ่งเป็น 3 อันดับต้นๆ มีสถิติมากกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 2 เท่า คือ 45 คน,44 คน และ 38 คนต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ

**2.6 โรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม**

ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมาจากหลากหลายสาเหตุ ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและการกระทำของมนุษย์ ประชาชนไทยประสบปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ในหลายกรณี ซึ่งปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมได้ถูกจัดแบ่งตามสภาพสาเหตุของมลพิษ  
และตามพื้นที่ที่เกิดเหตุ รวมทั้งกำหนดเป็นพื้นที่คุ้มครองสุขภาพจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ (พื้นที่ Hot Zone) ได้แก่ 1) มลพิษสารเคมีและสารอันตรายที่สำคัญ ได้แก่ ๑.๑) ปัญหามลพิษจากการทำเหมือง ๑.๒) ปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์ 2) มลพิษทางอากาศที่สำคัญ ได้แก่ ๒.๑) ปัญหาหมอกควัน ๒.๒) ปัญหาฝุ่นละออง ๒.๓) โรงไฟฟ้าชีวมวล ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแบบเรื้อรัง การวินิจฉัยโรคมีความยากและแตกต่างจากโรคอื่นๆ คือ ผลกระทบ  
ที่เกิดขึ้นอาจไม่มีการแสดงอาการป่วยที่เห็นได้ชัดเจน ใช้ระยะเวลานานในการก่อให้เกิดโรค แต่อาจส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาและพัฒนาการของเด็กซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนมาได้

**3. ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย**

**3.1 กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)**

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา อัตราตายมารดาและเด็กอายุ 0-5 ปี ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยอัตราตายมารดาลดลงจาก 374.3 ต่อเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2505 เป็น 23.3 ต่อเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 แต่ก็ยังสูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาสหัสวรรษ (MDGs) ที่กำหนดไว้เท่ากับ 18 ต่อการเกิด  
มีชีพแสนคน สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการแท้งและการคลอด อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบอัตราตายมารดาในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่าประเทศไทยมีอัตราตายมารดาน้อยกว่าประเทศอื่นๆ เป็นอันดับ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์สำหรับอัตราในเด็กอายุ 0-5 ปี ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกันอย่างสิงคโปร์ มาเลเซียและบรูไน

สำหรับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ พบว่า อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ยังเป็นปัญหาและยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 7 และจากผลการตรวจคัดกรองและประเมินพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ พบว่า มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 99.3 และ 98.7 ซึ่งเกินกว่าค่าที่กระทรวงกำหนดไว้ที่ร้อยละ 85

**3.2 กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี)**

ปัญหาสำคัญของเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่เกิดจากภาวะโภชนาการ การเกิดอุบัติเหตุจากจราจร  
ทางบกและการจมน้ำ สำหรับภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนของไทย พบว่า มีแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่ในอนาคต จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) พบว่า เด็กไทยเริ่มมีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนโดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง สำหรับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบกของเด็กในกลุ่มนี้ยังมีปัญหาอย่างต่อเนื่องและผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงส่วนสาเหตุการตายจากการจมน้ำมีแนวโน้มลดลง สำหรับคะแนนระดับสติปัญญาของเด็กกลุ่มวัยเรียนของไทยที่ได้จากการสำรวจปี 2559 พบว่า เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับสติปัญหาเฉลี่ยเท่ากับ 98.23 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ค่ากลางมาตรฐานสากล (IQ = 100) และพบว่ามี IQ ต่ำก่าเกณฑ์ปกติ (IQ < 90) ร้อยละ 31.81 (ไม่ควรเกินร้อยละ 25) รวมทั้งพบเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ < 70) ร้อยละ 5.8 (สูงกว่ามาตรฐานสากล ไม่ควรเกินร้อยละ 2และในส่วนของผลการสำรวจระดับความฉลาดทางอารมณ์ เด็กนักเรียน ไทยอายุ 6-11 ปี มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 77

**3.3 กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (15-21 ปี)**

กลุ่มเด็กวัยรุ่นไทยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและอุบัติเหตุ จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น การตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นยังเป็นปัญหาและมีความรุนแรงมากขึ้นในสังคมไทย ส่งผลให้เด็กที่เกิดมีพัฒนาการไม่สมวัยและมีโอกาสสูงที่จะกลายเป็นเด็กด้อยโอกาสหรือถูกทอดทิ้ง กลายเป็นปัญหาสังคมตามมา จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขและรายงานของ UN ระบุว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ยังสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ ร้อยละ 10

**3.4 กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)**

ประชากรกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสุขภาพที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และการเกิดอุบัติเหตุ โดยพบว่าสาเหตุการป่วยส่วนใหญ่ของประชากรวัยทำงานเกิดจากโรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคติดเชื้อและอุบัติเหตุ สำหรับสาเหตุการตายของประชากรไทยอายุต่ำกว่า 60 ปี พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในเพศชาย คือ อุบัติเหตุทางถนน รองลงมาคือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคมะเร็งตับ และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ สำหรับสาเหตุการตายในเพศหญิงอายุต่ำกว่า 60 ปี ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อุบัติเหตุทางถนน โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง

**3.5 กลุ่มผู้สูงอายุ**

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย จากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวม  
และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Societies) ตามนิยาม  
ขององค์การสหประชาชาติที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ   
จากการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2556 พบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเพศชายมีสาเหตุหลักจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและโรคมะเร็งตับ สำหรับเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด ต้อกระจก และโรคสมองเสื่อม

นอกจากนั้น จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปี 2556 พบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้าข่าย  
มีภาวะซึมเศร้า ถึงร้อยละ 33 แต่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าจริงมีประมาณ  
ร้อยละ 6

**4. สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ**

**4.1 การให้บริการสุขภาพ**

การใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข นับเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพ  
ในภาพรวม จากการใช้บริการระหว่างปีงบประมาณ 2546 – 2557 พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกของประชากรสิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้นจาก 111.95 ล้านครั้ง ในปีงบประมาณ 2546 เป็น 153.61 ล้านครั้งในปีงบประมาณ 2557 อัตราการใช้บริการ เพิ่มขึ้นจาก 2.45 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ 2546 เป็น 3.17 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ 2557 สำหรับสัดส่วนการใช้บริการ พบว่า ผู้ป่วยนอกไปใช้บริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือศูนย์บริการสาธารณสุขมากที่สุด จากร้อยละ 33.34 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 46.49 ในปี 2557 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 32.00 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 35.19 ในปี 2557

สำหรับผู้ป่วยใน พบว่า เพิ่มขึ้นจาก 4.30 ล้านครั้งในปี 2546 เป็น 5.68 ล้านครั้งในปี 2557 อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก 0.094 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2546 เป็น 0.117 ในปี 2557 และพบว่าประชาชนเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.07 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 40.90

อัตราการให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ตุลาคม 2557 ถึงเดือนมิถุนายน 2558 มีผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 63,706,466 คน และ 211,535,367 ครั้ง ผู้ป่วยใน จำนวน 4,106,246 คน

**4.2 การส่งต่อมีทั้งไม่ยอมทำเองและปฏิเสธการรับ**

มีความพยายามพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบการปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยภายในเขต ข้ามเขตและส่วนกลาง มีมากในเกือบทุกจังหวัด ต้องใช้เวลาการประสานงานนาม โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบอัตราการปฏิเสธค่อนข้างสูง ในทางตรงข้ามสถานบริการที่ควรมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้กลับทำได้น้อยลง

**4.3 ด้านระบบบริการปฐมภูมิ**

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน เป็นบริการด่านหน้าที่ต้องเชื่อมโยงเครือข่ายภาคีต่างๆในชุมชน และเชื่อมต่อกับบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปัจจุบัน มีหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10,198 แห่ง จำแนกเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนในเมือง (ศสม.) 281 แห่ง รับผิดชอบในการดูแลประชากรในเขตเมืองและประชากรย้ายถิ่น ซึ่งมีภาระงานมากเกินกว่าเกณฑ์ที่ควรจะเป็น (ศสม. 1 แห่ง ดูแลประชากรสูงถึง 30,000 คน) ทำให้มีผลต่อการเข้าถึงบริการ และความครอบคลุมการให้บริการของประชาชนในเขตเมือง สำหรับในเขตชนบทมี รพ.สต. 9,822 แห่ง เพียงพอต่อการให้บริการ   
(รพ.สต. 1 แห่ง รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 8,000 คน) แต่ยังขาดศักยภาพการให้บริการ และมีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน อีก 198 แห่ง นอกจากนี้พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ เครือข่ายปฐมภูมิต่ำมาก เพียงร้อยละ 29.7 อันจะกระทบต่อคุณภาพการบริการประชาชน สำหรับการเข้าถึงบริการ พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 51.8 ล้านครั้ง ในพ.ศ. 2553 เป็น 125.5 ล้านครั้ง ในพ.ศ. 2555 และมีสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอกของ รพ.สต.เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ปี 2553 – 2555 เฉลี่ย 1.3 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ค่ามาตรฐาน = 0.8)

การทำงานด้านสุขภาพในพื้นที่ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ แต่ที่ผ่านมาการจัดการด้านสุขภาพอย่างบูรณาการ ยังไม่มีความสมบูรณ์และเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร สถานบริการต่างๆทั้งโรงพยาบาล สถานบริการในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในระดับอำเภอ ยังไม่สามารถบูรณาการทรัพยากรทั้งเชิงปฏิบัติการและเชิงบริหารจัดการได้อย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดช่องว่าง ความซ้ำซ้อนในระบบการทำงานด้านสุขภาพ

**4.4 ด้านระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ**

ระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ พบว่ามีความแออัดในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งในด้านผู้ป่วยที่มารับบริการและการครองเตียง โดยในพ.ศ. 2546 – 2556 พบว่า มีผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 150,000 Admit/ปี ผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3,991,100 ครั้ง/ปี และมีอัตราครองเตียงมากกว่าร้อยละ 80 ใน พ.ศ.2546 - 2556 ในปี 2557 อัตราการครองเตียงหรือประสิทธิภาพการใช้เตียงและภาระงานโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 85.38 โดยเฉพาะใน รพศ./รพท. และ รพช. แม่ข่ายในด้านระบบบริการ ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตามService Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ต.ค.56 - มี.ค.57) มีค่า CMI เฉลี่ยรวมอยู่ที่ 1.0886

ทั้งนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ยังมีการปัญหาในการควบคุม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 24.3 และการพัฒนา SERVICE PLAN ยังมีส่วนขาดในด้านการพัฒนาบุคลากร สถานที่ ครุภัณฑ์ ระบบ IT และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ขาดระบบฐานข้อมูลในการกำกับติดตามประเมินผลการพัฒนา SERVICE PLAN

**4.5 สถานการณ์ 5 โรค**

การเสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและ  
มีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2510 เป็น 43.8 ต่อประชากรแสนคน  
ในปี พ.ศ. 2540 และ 107.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 รองลงมาเป็นอุบัติเหตุเพิ่มจาก 26.2  
ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2510 เป็น 51.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 โรคหัวใจเพิ่มขึ้น  
จาก 16.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2510 เป็น 49 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557 และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 38.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 และโรคเบาหวานมีอัตราตายที่คงที่ระหว่าง 11 - 12 ต่อประชากรแสนคนในปี 2548 - 2555 และลดลงเหลือ 9.1 ต่อประชากรแสนคนในปี 2557ทั้งนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ยังมีการปัญหาในการควบคุม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 24

**1) สาขาหัวใจและหลอดเลือด**

จากสถิติองค์การอนามัยโลกปี 2553 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 7.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.2 ของสาเหตุการตายทั้งหมด จากสถิติอัตราตายปี ๒๕๕๗ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 ของประชากรไทยซึ่งแม้ว่าลำดับจะลดลงแต่อัตราเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี ๒๕๕๖ มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน ๑๗,๓๘๘ คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ ๔๘ คนหรือชั่วโมงละ ๒ คน

โรคหัวใจที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของไทย และทั่วโลก ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเฉียบพลัน และเรื้อรัง โรคหัวใจล้มเหลว และหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด Atrial Fibrillation เป็นต้น ตามสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประชากรไทยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 20.32 ต่อแสนประชากร โดยในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 1 – 12 (ไม่รวมเขต 13 กรุงเทพมหานคร) มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 14.06 ต่อแสนประชากร ซึ่งในปัจจุบันทุกเขตสุขภาพได้มีระบบ STEMI Fast Track ที่มีบริการสวนหัวใจในทุกเขตสุขภาพ มีผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หรือการทำบอลลูนขยายหลอดเลือด   
ซึ่งค่าเฉลี่ยโดยรวมมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2556 - 2559 ร้อยละ 64, 65, 69 และ 85.33 ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 9.7, 10.2, 10.6 และ 9.28 สำหรับโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไป ณ ปัจจุบัน ทุกเขตสุขภาพสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้ร้อยละ 100 รายละเอียดอัตราตายรายเขต และภาพรวมประเทศ

**2) สาขามะเร็ง**

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ เป็นต้นมาโรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับหนึ่งของประชากรไทยและเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง  
จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบข้อมูลอัตราตายด้วยสาเหตุสำคัญ : ประชากร ๑๐๐,๐๐๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๕ ในปัจจุบันพบแนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ ๓,๙๑๗ ราย เพิ่มจากปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่มีเพียง ๒,๙๔๙ ราย ทั้งนี้ แต่ละเพศมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งแตกต่างกัน โดย ๕ อันดับมะเร็งของชายไทย ได้แก่ ๑) มะเร็งปอด ๒) มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๓) มะเร็งตับและท่อน้ำดี ๔) มะเร็งช่องปาก๕) มะเร็งหลอดอาหาร ขณะที่ ๕ อันดับมะเร็งของหญิงไทย ได้แก่ ๑) มะเร็งเต้านม ๒) มะเร็งปากมดลูก๓) มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๔) มะเร็งปอด และ ๕) มะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคมะเร็งเป็นปัญหาการเจ็บป่วยการเสียชีวิต รวมทั้งปัญหาเรื่องภาระโรค (Burden of Disease) ที่ทำให้ประชาชนสูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งนำความทุกข์ทรมานมาสู่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยต้องทนทรมานกับความเจ็บปวดอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ และผลกระทบด้านจิตใจ โดยเฉพาะในช่วงระยะท้ายสุดก่อนการเสียชีวิต

**3) สาขาบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน**

ภาวะอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ อันนำมาสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศมาอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจข้อมูลของศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ในรอบ ๑๐ ปี ที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเข้ารับการรักษาตัวที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศเพิ่มขึ้น ๑ เท่าตัว จาก ๑๒ ล้านครั้งในปี ๒๕๔๔ เป็น ๒๔ ล้านครั้งในปี ๒๕๕๕ เฉลี่ยนาทีละ ๔๖ ล้านครั้ง โดยสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน   
จากฐานข้อมูลการตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ มีดังนี้

**4) สาขาทารกแรกเกิด**

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

**5) สาขาเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ**

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

**6) เทคโนโลยีด้านสุขภาพ**

อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ มีส่วนในการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น หากพิจารณาจากแนวโน้มจะพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของเครื่องมือแพทย์ราคาแพงอย่างต่อเนื่อง โดยเครื่องเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) เพิ่มขึ้นจาก 266 เครื่อง ในปีพ.ศ. 2546 เป็น 553 เครื่อง ในปีพ.ศ. 2556 เช่นเดียวกับเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็ง  
เต้านม (Mammogram) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการเติบโตของการลงทุนในด้านบริการสุขภาพโดยเฉพาะ  
ในด้านการรักษาพยาบาลในส่วนของเครื่องเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) ถึงแม้แนวโน้มของอัตราส่วน  
ต่อประชากรล้านคนของเครื่อง CT-scanner จะเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาค แต่ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคก็ยังคงอยู่ โดยกรุงเทพฯ ยังคงมีเครื่อง CT-scanner ที่มากกว่าค่าเฉลี่ยประเทศอยู่ประมาณ 3-4 เท่า มาตลอดตั้งแต่   
ปีพ.ศ. 2542 เป็นต้นมา

**7) ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์**

ยาที่ผลิตในประเทศส่วนหนึ่งมาจากโรงงานผลิตยาที่ได้รับการส่งเสริม หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP) ในพ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎหมายให้โรงงานผลิตยาทุกแห่ง ต้องได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต ซึ่งแนวโน้มของสถานที่ผลิตยาที่ได้มาตรฐาน GMP เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.4 ในปีพ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 75.6 ในปีพ.ศ. 2546 และเพิ่มเป็นร้อยละ 95.2 ในปีพ.ศ. 2556 โดยล่าสุดปีพ.ศ. 2558 สถานที่ผลิตยาได้มาตรฐาน GMP ร้อยละ 86.9

**5. สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ**

ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านจำนวนที่ไม่เพียงพอและการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสมก็ยังคงเป็นปัญหา   
มีความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบท แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการเพิ่มการผลิตกำลังคน  
อย่างต่อเนื่อง การใช้มาตรการเพิ่มแรงจูงใจ ทั้งในรูปแบบค่าตอบแทนประเภทต่างๆ และความก้าวหน้า  
ในอาชีพราชการ แต่ปัญหาก็ยังมีอยู่ ในขณะที่ความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากร สามารถผลิตได้ 2 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ความสามารถในการผลิตพยาบาลสามารถผลิตได้ 12 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศในอาเซียน พบว่าสิงคโปร์ และมาเลเซียมีความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากรสูงสุดในภูมิภาค คือ 8 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี   
ในส่วนของประเทศไทยมีความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากรอยู่อันดับ 7 ของภูมิภาค

**5.1 การผลิตและการพัฒนากำลังคน**

แนวโน้มการจบการศึกษาและได้รับใบอนุญาตของแพทย์ เพิ่มขึ้นจาก 899 คน ในปีพ.ศ. 2540   
เป็น 2,481 คน ในปีพ.ศ. 2557 ในขณะที่ทันตแพทย์เพิ่มขึ้นจาก 326 คน ในปีพ.ศ. 2540 เป็น 719 คน ในปีพ.ศ. 2557 เภสัชกรเพิ่มขึ้นจาก 712 คน ในปีพ.ศ. 2540 เป็น 1,745 คน ในปีพ.ศ. 2556 และพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มขึ้นจาก 4,200 คน ในปีพ.ศ. 2540 เป็น 7,451 คน ในปีพ.ศ. 2555 แสดงว่าวิชาชีพโดยส่วนใหญ่ มีแนวโน้มการผลิตและการจบการศึกษาที่เพิ่มขึ้น

**5.2 พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ**

กำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค มีแนวโน้มที่ดีขึ้นตลอดช่วงเวลากว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมาทั้งนี้อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ลดลงจากประมาณ 7,000:1 ในปีพ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 2,400 : 1 ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ลดลงจากประมาณ 45,000:1 ในปีพ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 8,400:1 ในปีพ.ศ. 2556 อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ลดลงจากประมาณ 18,000:1 ในปีพ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 5,500:1 ในปีพ.ศ. 2556 และอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ลดลงจากประมาณ 2,600:1 ในปีพ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 500:1 ในปีพ.ศ. 2556 แต่อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค กลับเพิ่มขึ้นจากประมาณ 2,900:1 ในปีพ.ศ. 2531 เป็น ประมาณ 9,400:1 ในปีพ.ศ. 2556

**6. การอภิบาลระบบสุขภาพ**

**6.1 ธรรมาภิบาล**

**1) ดัชนีภาวะธรรมาภิบาลของประเทศไทย**

ค่าดัชนีชี้วัดสภาวะธรรมาภิบาล (Government Indicator) ของประเทศไทยอยู่ในระดับค่อนข้างคงที่ และเมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ พบว่ามิติประสิทธิผลของรัฐบาลมีอันดับที่สูงขึ้น (Government Effectiveness) โดยมีค่าอยู่ในเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50-75 หากพิจารณาย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2557   
จะเห็นว่ามิติประสิทธิผลของรัฐบาล (Government Effectiveness) และมิติคุณภาพของมาตรการควบคุม (Regulation Quality) มีตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50-75 ซึ่งสูงกว่ามิติอื่นๆ รองลงได้แก่มิติการควบคุมการทุจริตประพฤติมิชอบ (Contour of Corruption) มิตินิติกรรม (Rule of Low) มิติการมีสิทธิมีเสียงของประชาชนและภาระรับผิดชอบ (Voice and Accountability) และมิติความเสถียรภาพทางการเมืองและการปราศจากความรุนแรง (Political Stability and Absence of Violence) ตามลำดับ

**2) ความโปร่งใสและการทุจริตคอรัปชั่นของหน่วยงานภาครัฐ**

จากการจัดอันดับดัชนีภาพลักษณ์คอรัปชั่นขององค์กรเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ (Transparency International: IT) พบว่าในปี 2558 ปัญหาการทุจริตคอรัปชั่นในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยประเทศไทยถูกจัดอยู่ในลำดับที่ 76 จาก 168 ประเทศทั่วโลก (คะแนน 38 คะแนน) ซึ่งถือว่าเป็นลำดับที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกันปี พ.ศ. 2557 ที่อยู่ในลำดับที่ 85 จากประเทศทั่วโลก (คะแนน 38 คะแนน) อย่างไรก็ดีเมื่อพิจารณาค่าดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชั่นของประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2555–2558 พบว่าแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากปี 2555 จาก 37 คะแนนเป็น 38 คะแนนในปี 2558 และลำดับเพิ่มขึ้นจากลำดับที่ 88 จาก 176 ประเทศในปี 2555 เป็นลำดับ 76 จาก 168 ประเทศทั่วโลกในปี 2558 และเมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มประเทศอาเซียนพบว่าในปี 2558 ประเทศไทยมีค่าดัชนีภาพลักษณ์คอรัปชั่นอยู่ในลำดับที่ 3 รองจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีการบริการจัดการที่ดีอย่างประเทศสิงคโปร์และมาเลเซีย

**6.2 ระบบข้อมูลสุขภาพ**

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพที่สำคัญ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพยังมีปัญหาความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลกระจัดกระจายไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ขาดกลไกในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบ เป็นต้น ปัญหาต่างๆดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ใช้ข้อมูล และ ผู้จัดทำข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กองทุนด้านสุขภาพ กระทรวงอื่นๆ สำนักงานสถิติ

**6.3 หลักประกันสุขภาพ**

**1) ความเหลื่อมล้ำ**

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในระบบประกันสุขภาพ โดยมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ อาทิ กลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำได้รับประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพมากกว่าประชากรที่มีรายได้สูง อัตราการเข้าถึงบริการสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลงและอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อเศรษฐานะของครัวเรือนลดลง[[1]](#footnote-1)อย่างไรก็ตามระบบประกันสุขภาพประเทศไทยยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุนสุขภาพและจากการประชุมระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ 1 ได้สรุปประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้[[2]](#footnote-2)

1. การอภิบาลระบบ (Governance) การดำเนินการ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล

2. แหล่งเงิน แหล่งเงินส่วนใหญ่ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุน มาจากเงินภาษี แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันทั้งวิธีการจัดสรรเงินจากภาครัฐให้กองทุน และจำนวนเงินที่ได้รับ  
การอุดหนุนจากรัฐ

3. ชุดสิทธิประโยชน์ ถึงแม้โดยรวมชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แต่ยังมีความแตกต่างในรายละเอียดอีกมาก เช่น สิทธิประโยชน์การรักษาทาง  
ทันตกรรม

4. ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกำลังคนด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีปัญหาการกระจุกตัวในเฉพาะบางพื้นที่ อาทิเช่น กรุงเทพมหานคร ภาคกลางและเขตเมือง

5. วิธีการและอัตราการจ่ายเงินสถานพยาบาล ระหว่าง 3 กองทุนหลักที่มีความแตกต่างกัน โดยสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการใช้การจ่ายตามปริมาณการใช้บริการ (Fee for Service) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นระบบปลายเปิด ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในขณะที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสังคม ใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งทำให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า

6. การคุ้มครองสิทธิ การรับรู้สิทธิ การเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ การเยียวยาความเสียหายต่อผู้ป่วย มาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งยังมีความแตกต่างกันระหว่างสามกองทุน

7. ระบบข้อมูล สถานพยาบาลต่างๆ ต้องรับภาระการบันทึกข้อมูลที่มาก และหน่วยงานต่างๆ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างหน่วยงานด่านหน้าและหน่วยสนับสนุน ส่งผลให้ข้อมูลซ้ำซ้อน เพิ่มขั้นตอน เสี่ยงต่อความผิดพลาด ข้อมูลขาดความถูกต้องและครบถ้วน

8. นอกจากนี้ยังมีความท้าทายในเรื่องของประสิทธิภาพการใช้เงินของแต่ละกองทุน และคุณภาพบริการ ซึ่งถึงแม้จะมีระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดยหน่วยงาน แต่ทั้งสองประเด็นก็ยังขาดการประเมินอย่างเป็นระบบ

**ตารางที่ 1 ข้อสรุปปัจจัยความไม่เสมอภาคด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย**

|  |  |
| --- | --- |
| **ปัจจัยความไม่เสมอภาค** | **ข้อสรุป** |
| 1. ด้านระบบบริหารกองทุน | กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนมีกฎหมาย มีกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงมีวิธีการ โครงสร้างองค์กร การออกแบบและการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเพิ่มช่องว่างความไม่เสมอภาคมากขึ้น ทั้งที่ประชาชนไทยต้องหมุนเวียนเข้าออกระหว่าง 3 กองทุน |
| 1. ด้านระบบบริการสุขภาพ | ความไม่เสมอภาคในการกระจายตัวของผู้ให้บริการ ทั้งสถานพยาบาลบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งประสิทธิภาพของการส่งต่อ |
| 1. วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล (Provider payment method) | มีรูปแบบและอัตราการจ่ายบริการสุขภาพจากองทุนต่างๆ มีความแตกต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลให้บริการที่อาจแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติ |

**ที่มา:** ข้อสรุปจากการประชุมระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2558)

**2) ความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพ**

จากความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ทำให้รัฐบาลต้องลงทุนด้วยงบประมาณจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการประมาณการรายจ่ายสุขภาพระหว่าง ปี พ.ศ. 2556-2565 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2556นอกจากนั้น จากผลการศึกษาการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2559-2565 พบว่าการคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพของกองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 1.8 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2556 ไปเป็นร้อยละ 2.4 ในปี พ.ศ. 2565

- การคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพ พบว่า รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต่อ GDP ในปี พ.ศ. 2565 มีค่าร้อยละ 4.96

- รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพต่อรายจ่ายของรัฐบาล ในปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 15.6

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งคาดว่าในอนาคตประเทศไทยอาจจะประสบปัญหาเกี่ยวกับความยั่งยืนทางการเงินการคลังที่จะสนับสนุนระบบประกันสุขภาพของประเทศ

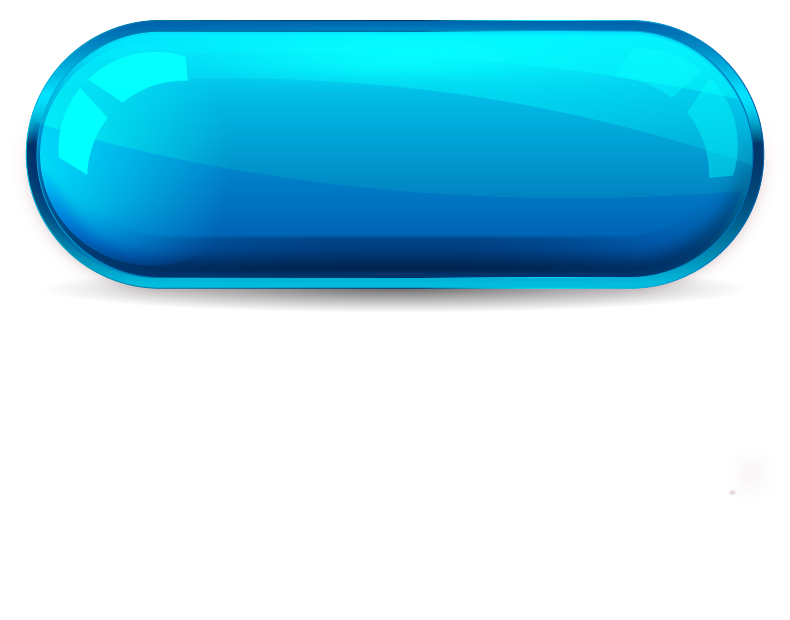
**บทสรุป**

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งจากปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน สถานะสุขภาพของประชาชนไทย ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนแทบทั้งสิ้น ทำให้สถานะสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนไปจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรัง มีภัยสุขภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพที่มากขึ้นเป็นเงาตามตัว

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

การดูแลประชาชนนั้นไม่เพียงแต่การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ยังต้องหันกลับมาทบทวนกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบจำนวนทั้งสิ้น 20 ฉบับ ซึ่งมีการที่จัดทำมาเป็นเวลาหลายปี ทำให้พบว่ามีช่องโหว่หลายส่วน ที่ไม่สอดคล้องกับกฎหมายอื่นๆ ที่ทำให้ต้องกลับมาทบทวนกฎหมายเดิมให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน หรือจัดทำกฎหมายใหม่ เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนไม่ให้ถูกลิดรอนจากกลุ่มคนบางกลุ่ม นี่ก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งในการดูแลสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขจะทำอย่างไรต่อไปต้องกลับมาคิดและวางยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมในระยะยาว เพื่อใช้เป็นแผนแม่บทในการทำงาน นอกจากนี้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองได้ ภายใต้ระบบส่งเสริมสุขภาพ ระบบป้องกันควบคุมโรคที่เป็นเลิศแล้ว ยังต้องมีการพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ มีกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ รวมถึงระบบบริหารที่เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล



**บทที่ 3 ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข**

**ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑**

**วิสัยทัศน์ (Vision) :**

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

**พันธกิจ (Mission):**

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

**ค่านิยมองค์กร (Core Values) :**

M: Mastery คือ เป็นนายตนเอง

O: Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่

P: People centered approach คือ ใส่ใจประชาชน

H: Humility คือ ถ่อมตนอ่อนน้อม

**เป้าหมาย (Ultimate Goal) :**

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

**ตัวชี้วัดหลักระดับองค์การ (Corporate KPIs) :**

1) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี

2) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า 65.6ปี

3) ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖0

๔) การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 70

5) ความครอบคลุม (Coverage) สัดส่วนแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 3,335 คน และ สัดส่วนเตียงของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2.3 ต่อพันประชากร

6) มีคุณภาพ (Quality) สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ร้อยละ 75

7) มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA   
ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90

8) มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board) ที่มีคุณภาพ ร้อยละ 50

๙) จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ไม่น้อยกว่า ๑๓,๐๐๐ ราย

๑๐) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๕

**ยุทธศาสตร์ 4 Excellence:**

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

**แผนผังเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นโยบายรัฐบาล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12**

**กับ**แ**ผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**

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

**ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ**

**(**Promotion, Prevention & Protection Excellence**)**

**วัตถุประสงค์ :**

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยมีระบบตอบสนองต่อภัยสุขภาพต่างๆตลอดจนมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

**เป้าหมายการพัฒนา :**

1) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี

2) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที

3) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ

4) มีระบบการบริการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน

5) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

**แผนงาน :**

แผนงานที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

แผนงานที่ 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

แผนงานที่ 3 การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

แผนงานที่ 4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

**ตัวชี้วัด :**

1) พัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี สมวัยมากกว่า ร้อยละ 80

2) อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 40 ต่อพันประชากร

3) ผู้สูงวัยปลอดภัย มั่นคง แข็งแรง (Healthy Aging) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86

๔) มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board) ที่มีคุณภาพร้อยละ ๕๐

5) จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ร้อยละ 85

6) การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 1๖ ต่อแสนประชากร

7) รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมาก ร้อยละ ๒๐

**มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :**

1) พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพโดยการพัฒนาศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

2) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ (ANC /WCC /NCD)

3) พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคล และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากร

5) เสริมสร้างความเข้มแข็งของป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

6) ส่งเสริมและสนับสนุน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

7) ผลักดันและบังคับใช้กฎหมาย

8) บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

9) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

**โครงการและตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ :**

| **แผนงาน/โครงการ** | **ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)** |
| --- | --- |
| **แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**  **(4 โครงการ 1๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย | 1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน  2) อัตราส่วนการตายมารดาไทย  3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย  4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี |
| 2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น | 1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 2) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน  3) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป  4) ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)  5) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี |
| 3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน | 1) ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ |
| 4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ | 1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์  2) ร้อยละของ Healthy Ageing |
| **แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ**  **(๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) | 1) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board: DHB) ที่มีคุณภาพ |
| **แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ**  **(๕ โครงการ ๙ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ | 1) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง |
| 2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ | 1) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก  2) ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี |
| 3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ | 1) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี  2) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน  3) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน |
| **แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม**  **(2 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม | 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital |
| 2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone) | 1) ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน |

**รายละเอียดแผนงาน โครงการ มาตรการ และตัวชี้วัด :** ประกอบด้วย ๔ แผนงาน 1๒ โครงการ ต่อไปนี้

**แผนงานที่ 1** การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) ประกอบด้วย 4 โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย** | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยเด็กมีพัฒนาการสมวัย ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะชีวิต คู่คุณธรรม นำสู่สุขภาพดี | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | 1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐานร้อยละ 60  2. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน 3. ร้อยละ 85 ของเด็กอายุ 0-5 มีพัฒนาการสมวัย 4. ร้อยละ 54 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (วัดปี 2564) เด็กชาย 113 ซม. และเด็กหญิง 112 ซม. | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ปี พ.ศ. 2559 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาสหัสวรรษ (SDGs) ที่กำหนดไว้เท่ากับ 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในส่วนของพัฒนาการสมวัย ปี 2558-2560 ของกระทรวงสาธารณสุข พบเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 78.4, 90.6 และ 96.5 ตามลำดับ สูงดีสมส่วนเพียงร้อยละ 49.5 (ข้อมูลHDC ไตรมาส3 ปี 2560) ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 51 สำหรับส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เด็กชาย 109.9 ซม. เด็กหญิง 109.3 ซม. (ข้อมูลHDC ไตรมาส3 ปี 2560) ยังห่างจากค่าเป้าหมาย 3.1 ซม. และ 2.7 ซม. ในเด็กชายและเด็กหญิง ตามลำดับ | | | | |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | **A: Advocate** | **B: Building Capacity** |
|  | พม./รง./ศธ./มท./ อปท./สสส. | 1. ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย 1.1. บริการฝากครรภ์คุณภาพ 1.2 พัฒนาห้องคลอดคุณภาพ ไร้รอยต่อ และบริการทารกแรกเกิดในห้องคลอดอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน  1.3 one province one LR  1.4 พัฒนาโปรแกรมประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก  2.พัฒนามาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสู่ HA | 1. มีคณะกรรมการ MCHBoard กลไกหลักในการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กในระดับเขต จังหวัด 2. มีการจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงเพื่อพบสูตินรีแพทย์  3. มีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่าระบบ Teleline /line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ 4. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลทุกระดับดำเนินงานตาม “มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก | 1. สร้างความรู้ ความตระหนักและปรับ พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ 2. ส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ชุมชน inter-generation และภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะตั้งต้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์และส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ | 1. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะต้นและส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ  2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการการทำหัตถการทางสูติกรรมสำหรับแพทย์ พยาบาล ในเขตบริการสุขภาพ  3. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็ก |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | **A: Advocate** | **B: Building Capacity** |
|  |  | 3. สนับสนุนเครื่องมือ เวชภัณฑ์ ยาและการฝึกอบรม4. สร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูลและ surveillance system  5. พัฒนาภาคีเครือข่ายการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็ก (CPM) และครอบครัวคุณภาพตามบริบทของส่วนภูมิภาค | 5. Universal Coverage Of Emergency Patients (UCEP) : เจ็บป่วย ฉุกเฉิน วิกฤต มีสิทธิทุกที 6. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตร 48 วรรค1 (สิทธิของสตรีตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด 42 วัน) 7. ใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อเสนอเชิงนโยบายขับเคลื่อนส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (ร่าง พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ..../ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2560) 8. ขับเคลื่อน พ.ร.บ.MlikCode เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ | 3. ส่งเสริมการบูรณาการและมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนในสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinant of Health) เช่นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น  4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม การรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมเชิงบวกผ่านโครงสร้างที่มี เช่นโรงเรียนพ่อแม่ ชมรมแม่คุณภาพ โดยให้ความสำคัญของชุมชน ท้องถิ่น  5. จัดทำ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ชุดความรู้ คู่มือต่างที่เกี่ยวข้อง  6. ส่งเสริมการใช้ Application DSPM และ E-booK DSPM | 4. สร้างทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด 5. พัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับเขตเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ 6. พัฒนาศักยภาพแกนนำระดับเขต(ในWCC/ศูนย์เด็กเล็ก/อสม) ส่งเสริมบทบาทพ่อแม่เพื่อการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น** | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | เด็กวัยเรียน ฉลาด แข็งแรง สูงดีสมส่วนเพิ่มขึ้น และมีการตั้งครรภ์ไม่พร้อมลดลง | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | 1. เด็กที่มี IQ<100 ได้รับการพัฒนา ร้อยละ 85 2. ร้อยละ 68 ของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน 3. ร้อยละ 70 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป 4. ร้อยละ 54 ของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)  5. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน ไม่เกิน 40 | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/Baseline : จากผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในปี 2559 พบระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 98.23 ซึ่งต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล (IQ=100) และยังมีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ < 70) อยู่ถึงร้อยละ 5.8 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากลคือไม่ควรเกินร้อยละ 2 ผลการสำรวจระดับความฉลาดทางอารมณ์ พบว่า เด็กนักเรียนไทยอายุ 6-11 ปี มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 77 รวมทั้งเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ร้อยละ 71.81 (11 ส.ค.60) นอกจากนี้อัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 54.3 ต่อพันประชากร ใน ปี พ.ศ.2555 ลงมาเหลือ 42.5 ในปี พ.ศ.2559 | | | | |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | **A: Advocate** | **B: Building Capacity** |
|  | - ก.สาธารณสุข - ก.ศึกษาธิการ - สถานสงเคราะห์เด็ก กองสวัสดิการเด็กและครอบครัว - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - องค์กรอิสระที่ทำงานด้านเด็ก หรือโรงเรียนเอกชน | 1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร โดยพัฒนารูปแบบการจัดคุณภาพบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) แบบมีส่วนร่วม 2. พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนที่เชื่อมต่อกันระหว่างระบบสาธารณสุขกับโรงเรียน  3. ขยายเครือข่ายเด็กไทยฟันดี โรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดี โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร 4. ขับเคลื่อนงานผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนสุขภาพตำบล และภาคเอกชน | 1. เร่งรัดการออกกฎกระทรวงหรืออนุบัญญัติอื่นๆ และขับเคลื่อนการดาเนินงานตามภายใต้ พรบ. การปูองกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 2. ขับเคลื่อนงานผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดและคกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) 3. ประกาศความร่วมมือจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)ในเรื่องโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง, ชุดสิทธิประโยชน์ในการรับบริการรักษาในUC ในเด็ก | 1. สื่อสาร เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์รณรงค์สร้างความตระหนักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัยเรียน และสูงดีสมส่วน 2. สร้างการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่หลากหลายตรงตามความต้องการ 3. รณรงค์สร้างกระแส และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเครือข่ายเด็กไทยฟันดี สุขภาพดีระดับ ประเทศ และระดับภาค รณรงค์ | 1. พัฒนาทักษะของบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายรวมทั้งสร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) ด้านเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง 2. พัฒนาและผลิตสื่อ/คู่มือ/นวัตกรรมในการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ด้าน IQพฤติกรรม-อารมณ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ให้กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข ครู  3. พัฒนารูปแบบการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่โดยเพิ่มศักยภาพ อสค.ส่งเสริมทักษะ |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | **A: Advocate** | **B: Building Capacity** |
|  |  |  | อายุ 0-5ปี และ 6-24 ปี, กำกับติดตามผ่าน MCH board | การแปรงฟัน สื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เช่น Website, Face book, เอกสารสื่ออีเลกทรอนิกส์ | การดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง  4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้โรงพยาบาลต้นแบบการให้บริการโภชนาการใน ANC/WCC และตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย 5. อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่นต้นแบบด้านสุขภาพ ในชุมชน เสริมสร้างความรอบรู้การส่งเสริมสุขภาพแก่แกนนำวัยรุ่นในชุมชนด้วยหลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่น |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน** | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | วัยทำงาน อายุ 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละ 55 ของวัยทำงาน อายุ 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | จากสถานการณ์ของประชากรวัยทำงาน พบว่า BMI ปกติ (18.5-22.9) ในปี 2559 ร้อยละ 54.08 และปี 2560 ร้อยละ 51.59 (ข้อมูล ณ วันที่ 14 กรกฎาคม 2560) และยังพบความชุกของภาวะอ้วน อายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 37.5 การกินผักและผลไม้ต่อวันเพียงพอตามข้อแนะนำ อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.9 (ปี 2557) ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป กินไขมันอยู่ในช่วง 35.7-57.3 กรัม/คน/วัน (ปี 2552) กิจกรรมทางกายเพียงพอ อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80.8 (ปี 2557) และการนอนหลับของประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป เฉลี่ย 8.2 ชั่วโมงต่อวัน (ปี 2552) | | | | |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | **A: Advocate** | **B: Building Capacity** |
|  | กระทรวง พม./มหาดไทย/แรงงาน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/เอกชน | 1. การพัฒนาสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิต และความสุขของคนทำงาน “Healthy Workplace, Happy for life” 2. พัฒนาและปรับปรุงจัดทำร่างแนวทางการดำเนินงานสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน "Healthy Workplace Happy for life"  3. พัฒนา Model Health Leader ในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ 4. สร้างเครื่องมือเฝ้าระวังตนเองเกี่ยวกับดัชนีมวลกายและพฤติกรรมที่พึ่งประสงค์ Smart Device 5. พัฒนา/นำร่อง/ขยายผลระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ระดับจังหวัด)ผ่านระบบบันทึกข้อมูลระดับปฐมภูมิ JHCIS/HosXp 6.Model Development ในสถานประกอบการ  - Model Development ในสถานบริการ   - พัฒนาองค์วามรู้และรูปแบบการสื่อสาร สาธารณะที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์ (Key message) | 1. พัฒนาและจัดทำร่างนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานผ่านเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน 2. สนับสนุนการบังคับใช้ พ.ร.บ. ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 | 1. ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงาน สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน "Healthy Workplace Happy for life" ให้บูรณาการใน Smart City | 1. พัฒนาและสร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน เพื่อสร้าง Health leader  2. เสริมสร้างศักยภาพ Health Leader ให้เข้มแข็งเป็นต้นแบบการเรียนรู้ (รายเก่า) 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับตำบล และเฝ้าระวังการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA และรักษาด้วยวิธีจี้เย็น |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ** | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | มีการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ๑. ร้อยละ 60 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์  2. ร้อยละของ Healthy Ageing | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | 1. จำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC ปี 2559 จำนวน 80,826 คน ปี 2560 จำนวน 106,938 คน ปี 2559 – ปี 2560 ผู้สูงอายุพึ่งพิงได้รับการดูแลทั้งสิ้น 187,764 คน  2. การผลิต CM ปี 59 จำนวน 3,115 คน จากเป้าหมาย 2,500 คน (เกินเป้าหมาย) การผลิต CM ปี 60 จำนวน 4,598 คน จากเป้าหมาย 3,480 คน (เกินเป้าหมาย)  3. การผลิต CG ปี 59 จำนวน 28,217 คน จากเป้าหมาย 10,000 คน (เกินเป้าหมาย) การผลิต CG ปี 60 จำนวน 20,554 คน จากเป้าหมาย 13,920 คน (เกินเป้าหมาย) | | | | |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | **A: Advocate** | **B: Building Capacity** |
|  | 1. ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ DHB และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ | 1. พัฒนานาระบบฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว  2. สร้าง พัฒนานวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3. พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำเภอต้นแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ | 1. ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ | 1. สร้างการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ | 1. สร้าง พัฒนา ทีมนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน  2. อบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุใน  - อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ  3. จัดทำชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกับการดูแลผู้สูงอายุ |
|  |
|  |
|  |
|  |

**แผนงานที่ 2** การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย ๑ โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB)** | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน "ช่วยเหลือ-ไม่ทอดทิ้ง-แบ่งปัน-ห่วงใยกัน" | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board:DHB) ที่มีประสิทธิภาพ | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | การขับเคลื่อน DHS อย่างมีประสิทธิผล ภายใต้ MOU ใน 73 พื้นที่ในปี 2559 และได้ขยายเป็น 200 พื้นที่ ในปี 2560 เป็นช่วงเริ่มต้นของการให้การสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างเป็นทางการและเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2560 ได้มีมติของคณะรัฐมนตรี รับทราบตามสรุปสาระสำคัญการประชุมคณะกรรมการบริหารราชแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์ (บยศ.) เห็นชอบตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เกิดผลใน 1 ปี 4 เดือน ประกอบด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบประชารัฐ เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐ เอกชน และประชาชน อย่างมีส่วนร่วม | | | | |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | **A: Advocate** | **B: Building Capacity** |
|  | กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | 1. การบริหารจัดการระดมทรัพยากรในแต่ละภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบท | 1. ระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ 2. ร่าง ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ… | 1. ส่งเสริมการบูรณาการและมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinate of Health) | 1. สร้างและพัฒนาผู้ให้บริการ ทีมผู้ให้บริการทั้งในสถานบริการและเครือข่ายบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ทีมแนวราบ/แนวดิ่งที่สามารถเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน 2. สร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูลและ Surveillence System |

**แผนงานที่ 3** การป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ๕ โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ** | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ :** | ปี 2561 | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | เพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและทีมตระหนักรู้สถานการณ์ระดับจังหวัด (EOC&SAT) | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ :Baseline** | ปัจจุบันสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพมีความรุนแรงและสามารถแพร่ระบาดได้อย่างกว้างขวาง จำเป็นต้องพัฒนาระบบการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติให้รวดเร็วและตอบโต้ได้ทันที ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค และหน่วยงานอื่นร่วมกันจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) โดยรายงานข้อมูลโรคและภัยสุขภาพตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ผ่านระบบการบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ที่เชื่อมโยงระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง | | | | |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | **A: Advocate** | **B: Building Capacity** |
|  | อปท. มท. สตช. พม. ศธ. ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน | ๑. จัดเตรียมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ และทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด  - จัดเวร SAT เฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในภาวะปกติ  และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติ  - จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ) |  | ๑. การซ้อมแผนตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด  - จัดการซ้อมแผน หรือยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่  - จัดทำแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) ของเหตุการณ์สำคัญโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการพร้อมข้อสั่งการไปยังหน่วยงาน | 1. พัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด  - จัดการอบรมหลักสูตรผู้บริหารด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM ICS&EOC) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการควบคุมโรคติดต่อ (ข้อมูลเดิม)** | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ :** | ปี 2561 | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | มีระบบป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพ | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ๑. ร้อยละ ๘๗ ของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก  ๒. ร้อยละ ๘๐ ของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ :Baseline** |  | | | | |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | **A: Advocate** | **B: Building Capacity** |
|  | มท. อปท. พม. ศธ. ก.ต่างประเทศ ก.แรงงาน ก.ยุติธรรม ภาคประชาสังคม องค์กรระหว่างประเทศ (WHO TUC UNSAID UNAIDS GF) | 1. สนับสนุนการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การคัดกรอง การป้องกัน การวินิจฉัย การดูแล การรักษา การส่งต่อ และควบคุมโรคติดต่อแบบบูรณาการ  2. สนับสนุนการพัฒนาระบบ โครงสร้าง และกลไกการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์  3. สนับสนุนการบูรณาการระบบฐานข้อมูลให้สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและจังหวัดที่เป็นปัจจุบัน  4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคลเพื่อการติดตามเฝ้าระวังในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง  5. พัฒนาเทคโนโลยีและชุดตรวจที่ใช้สำหรับวินิจฉัยให้มีมาตรฐานสากล | 1. บังคับใช้กฎหมายภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 อย่างมีเคร่งครัด  2. ปรับปรุงกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับทีเกี่ยวข้องกับโรคติดต่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน  3. ผลักดันให้ อปท. มีข้อกำหนด/บัญญัติป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ | 1. ผลักดันมาตรการทางสังคม  ที่การป้องกันโรคติดต่อ  2. ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ  3. เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการวินิจฉัย ดูแล รักษา และการส่งต่อผู้ป่วย  4. พัฒนากลไกการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิ  5. ขับเคลื่อนกระบวนการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain | 1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายให้สามารถเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อให้มีประสิทธิภาพ  2. พัฒนาศักยภาพบุคลการในการตรวจวินิจฉัยโรคติดต่อ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ** | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ :** | ปี 2561 | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | 1. เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย  ๒. เพื่อลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน  ๓. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ๑. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี น้อยกว่า 4.5  ๒. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน  ๓. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.4 | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ :Baseline** | ๑. ประเทศไทยในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี พบว่า การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งเมื่อเทียบกับทุกสาเหตุทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน (ปี 2548 - 2559) อยู่ในช่วง 5.9 - 11.5 ซึ่งลดลงมากกว่าร้อยละ 50 นับตั้งแต่ปลายปี 2549 (10 ปีที่แล้วเด็กไทยจมน้ำเสียชีวิตปีละ 1,500 คน และปี พ.ศ. 2559 ลดลงเหลือ 699 คน) เพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า ช่วงเดือนเมษายนเป็นช่วงที่มีเด็กจมน้ำเสียชีวิตมากที่สุด แหล่งน้ำที่มีเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงที่สุดคือแหล่งน้ำธรรมชาติ (ร้อยละ 39.2)  ๒. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ต่อประชากรแสนคน 19.96 17.81 18.97 ไม่เกิน 18.00 ไม่เกิน 16.00 ไม่เกิน 14.00 ไม่เกิน 12.00 ไม่เกิน 11.00  ๓. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.40 ปี 2559 และร้อยละ 2.31 ปี 2560 (ข้อมูล ณ. วันที่ 8 สค. 2560) อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.78 ปี 2559 และร้อยละ 2.85 ปี 2560 (ข้อมูล ณ. วันที่ 8 สค. 2560) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น | | | | |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | **A: Advocate** | **B: Building Capacity** |
|  | ๑. ขับเคลื่อนและสร้างแรงจูงใจการดำเนินงานการสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker) ในแต่ละระดับ  2. สร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญด้าน Road safety ระดับประเทศ และต่างประเทศ ๓. ตั้งคณะกรรมการระดับชาติในการบริหารจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ๔. การสร้างกลไกป้องกันการดำเนินงานตลอดทั้งปี ร่วมกับภาคีเครือข่าย | ๑. บรรจุหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ให้เป็นหลักสูตรการเรียนในภาคบังคับของกระทรวงศึกษา เพื่อให้เด็กอายุ 6 ปีขึ้นไปทุกคนได้เรียน  2. การสร้าง Data Center ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน  3. พัฒนางานสอบสวนเหตุการณ์สำคัญ  4. พัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีอุบัติเหตุทางถนนทุกระดับ (EOC) | 1. พัฒนากระบวนการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดในผู้ขับขี่ที่เกิดอุบัติเหตุทางถนน  2. ผลักดันยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ  3. ขับเคลื่อนและผลักดันยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม | 1. จัดทำแผนความปลอดภัยทางน้ำระดับชาติ  ๒. ขยายผลการดำเนินงาน ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ  ๓. ขับเคลื่อนเชิงนโยบายให้มีกลไกการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรในเมืองใหญ่  4. สนับสนุนดำเนินงาน/การจัดการ DM และ HT ในสถานบริการ  ๕. พัฒนาคุณภาพและขับเคลื่อนการดำเนินงานในการป้องกันควบคุม DM HT  ๖. ติดตามและประเมินผล  ๗. สนับสนุนคู่มือการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม DM HT ใน รพ.สต. หลักสูตร Collaborative NCDs Nurse | 1. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ  2. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการประเมินรับรองทีมผู้ก่อการดี ป้องกันการจมน้ำ  3.. พัฒนาศักยภาพบุคลากร เข้ารับอบรมการจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ทั้งในและต่างประเทศ  4. ถ่ายทอดรูปแบบการบริการการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง และการดำเนินงาน NCD Clinic Plus สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร** | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ :** | ปี 2561 | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | 1. ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจากการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ 2. อาหารที่ไม่มีคุณภาพ มาตรฐานหรือไม่ปลอดภัยลดลง | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละ 70 ของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ :Baseline** | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการโครงการความปลอดภัยอาหาร (Food safety) มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 โดยการเฝ้าระวังสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยอาหาร ซึ่งแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ประเภทตามวิธีวิเคราะห์ ได้แก่ การเฝ้าระวังโดยการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวิเคราะห์โดยการใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น (Test kit) ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2564 อย.จะมุ่งเน้นการกำกับดูแลความปลอดภัยในผลิตภัณฑ์อาหาร 2 ประเภทได้แก่ 1) ผัก ผลไม้ และ 2) นมโรงเรียน เนื่องจากผลิตภัณฑ์อาหารทั้ง 2 ประเภทจัดเป็นอาหารประเภทกลุ่มเสี่ยง ดังนี้  1. ผัก ผลไม้ พบปัญหาการตกมาตรฐาน ร้อยละ 37.91  2. นมโรงเรียน พบปัญหาตกมาตรฐาน ร้อยละ 13.79 โดยการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพของเด็กนักเรียนในโรงเรียนกว่า 40,000 แห่ง | | | | |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | **A: Advocate** | **B: Building Capacity** |
|  | -กระทรวงมหาดไทย -องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น -กระทรวงศึกษาธิการ -กระทรวงเกษตรและสหกรณ์  -เครือข่ายภาคประชาชน | 1. สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการตรวจสอบ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารให้มีคุณภาพ ปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด  2. พัฒนาแผนเฝ้าระวังร่วมกับหน่วยงานส่วนภูมิภาค  3. พัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์อาหารแบบย้อนกลับ (Auto Response)  4. พัฒนาระบบเพื่อรองรับการกรอกข้อมูล  5. พัฒนากลไกการคุ้มครองผู้บริโภคโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่  6. บูรณาการงานคุ้มครองร่วมกับเครือข่าย | 1. ดำเนินการตามกฎหมาย  2. ทบทวนและปรับปรุงกฎหมายที่สอดคล้องกับสากล | 1. รณรงค์ผ่านสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย  2. พัฒนาแหล่งข้อมูล/ความรู้ที่ผู้บริโภคสามารถสืบค้นและเข้าถึงได้ง่าย  3. พัฒนาช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ | 1. อบรมให้ความรู้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ด้านอาหารให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเป็นที่ยอมรับในระดับภูมิภาค  2. พัฒนาและส่งเสริมผู้ประกอบการทุกระดับ โดยเฉพาะกลุ่มขนาดกลางและขนาดเล็กให้มีความรู้ ความสามารถในการผลิต/นำเข้าอาหารให้มีมาตรฐานและมีศักยภาพในการแข่งขันในระดับประเทศ  3. พัฒนาประชาชนให้มีความรู้ความเข้าใจในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกต้อง รวมทั้งสร้างค่านิยมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารให้เหมาะสม |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ** | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | 1. ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน 2. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีคุณภาพ มาตรฐานหรือไม่ปลอดภัยลดลง | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ๑. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ค่าเป้าหมาย = 96)  2. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก ทั้งอาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพรวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ในสถานพยาบาล เช่น เครื่องมือแพทย์ วัตถุเสพติด ในขณะเดียวกันการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่จำเป็นและไม่เหมาะสม อาจจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เช่น ปัญหาการใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผล โรคที่เกิดจากการใช้ยา เช่น ไตวาย กระเพาะทะลุ และอื่นๆ รวมถึงความเสียหายทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่จำเป็นและไม่สมเหตุสมผลด้วย ปัญหาการกระจายยาและการใช้ยาในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการระบาดของ สเตียรอยด์ในยาชุด ยาแผนโบราณ อาหารเสริม ขายให้ประชาชนซื้อกินเองจากรถเร่ ร้านชำ ร้านยาจนติดสเตียรอยด์ โดยไม่รู้ เป็นปัญหาต่อเนื่อง มานาน ซับซ้อน หลากหลาย และมีพลวัต เป็นต้น | | | | |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | **A: Advocate** | **B: Building Capacity** |
|  | 1. กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับ การคุ้มครองผู้บริโภค 2. สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภค 3. พนักงานสอบสวน(ตำรวจ) 4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | 1. สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการตรวจสอบ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพ ปลอดภัย ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. สร้างความเข้มแข็งของกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพผ่านกลไกอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขตและระบบงาน คบส. (Survellance,Inspect,Response) 3. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการใช้งานระบบ Mobile Application งาน คบส. เพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลทั่วประเทศ 4. อบรมและพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ และเครือข่าย คบส. อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในระดับพื้นที่ | 1. ดำเนินการตามกฎหมาย 2. ปรับปรุงกฎหมายด้านการ คุ้มครองผู้บริโภค 3. สนับสนุนให้องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นออกเทศบัญญัติ/มาตรการทางกฎหมายเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค | 1. ถ่ายทอดและกำกับติดตามการดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ ในท้องตลาดทั่วประเทศ 2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกิดใหม่ (Risk Management) เพื่อเป็นแนวทางการจัดการปัญหาที่เดียวกันทั้งประเทศเป็นมาตรฐาน  3. พัฒนาระบบการแจ้งเตือนภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีประสิทธิภาพ 4. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ให้แก่ประชาชนในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง | ๑. อบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ ผู้บริโภค และเจ้าหน้าที่ |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |

**แผนงานที่ 4** การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 2 โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม** | | | | | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามหลักเกณฑ์ GREEN & CLEAN HOSPITAL | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 20  2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง | | | | | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ร้อยละ 90 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมพัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป | | | | | | | | | |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | **I: Investment** | | | **R: Regulation & Law** | | **A: Advocate** | | **B: Building Capacity** | |
|  | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กองบริหารการสาธารณสุข/กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ/กรมควบคุมโรค/กรมการแพทย์/กรมสุขภาพจิต/กระทรวงพลังงาน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ภาคเอกชน/ชุมชน | 1. บูรณาการความร่วมมือกับกระทรวงพลังงาน จัดทำแนวทางการลดใช้พลังงาน  2. จัดทำแนวทางการบริหารจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล  3. พัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ  4. พัฒนาระบบควบคุมกำกับติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (Digital Infectious Waste Tracking Control)  5. จัดทำสถานการณ์การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการการสาธารณสุข (สังกัดหน่วยงานรัฐอื่นๆเอกชน สถานพยาบาลสัตว์และชุมชน)  6. จัดทำแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  7. สนับสนุนการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital และการเพิ่มพื้นที่สีเขียวในโรงพยาบาล  8. สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล  9. พัฒนาองค์ความรู้ และจัดทำสื่อเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน | | | 1. จัดทำและเสนอแผนแม่บทการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2560 - 2564 ต่อคณะรัฐมนตรี  2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนแม่บทการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2560 - 2564 | | 1. สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนัก และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital  2. สร้างสัมพันธ์เครือข่าย โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital ถอดบทเรียนความสำเร็จ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้  3. นำเสนอแบบอย่างความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาล อาทิ การจัดการมูลฝอย การจัดการด้านพลังงาน ฯลฯ ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ | | 1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อร่วมดำเนินการ  ๒. พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจประเมินเพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ ในการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital  3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล (พยาบาล IC) และผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล  4. พัฒนาศักยภาพผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบควบคุมกำกับติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (Digital Infectious Waste Tracking Control) | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone) (ข้อมูลเดิม)** | | | | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ :** | ปี 2561 | | | | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ลดผลกระทบต่อสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงจากขยะและมลพิษสิ่งแวดล้อมของประชาชน | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละ ๘๐ ของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน | | | | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/ :Baseline** |  | | | | | | | | |
| **มาตรการ (PIRAB)** | **P: Partnership** | | **I: Investment** | **R: Regulation & Law** | | **A: Advocate** | | **B: Building Capacity** | |
|  | ทส./อจน. /มท. /ก. พลังงาน | | 1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงทุกหน่วยงานทีเกี่ยวข้องที่เป็นปัจจุบันในระดับจังหวัด  2. สนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพและพัฒนาระบบเฝ้าระวังให้รองรับโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทีเหมาะสมพื้นที่เสี่ยงในระดับจังหวัด (บริการด้านเวชกรรม)  3. สนับสนุนเครื่องมือด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับพื้นที่เสี่ยงในระดับจังหวัด | 1. พัฒนากฎหมาย/อนุบัญญัติและการบังคับใช้  2. ส่งเสริม/ผลักดันการออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติท้องถิ่น | | 1. สร้างการมีส่วนร่วมเฝ้าระวังป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ  2. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA)  3. สนับสนุนการสื่อสารความเสี่ยง เตือนภัย ผลกระทบต่อสุขภาพ | | 1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานท้องถิ่นในการดูและจัดการปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยง รวมถึงการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมภาพสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่ | |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)**

**วัตถุประสงค์ :**

เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมทั่วถึงลดความเหลื่อมล้ำของผู้รับบริการในด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งมีระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน

**เป้าหมายการพัฒนา :**

1. มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน
2. มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
3. มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
4. มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัยและสามารถแข่งขันได้ในระดับสากล
5. มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการ  
   ป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

**แผนงาน :**

แผนงานที่ 1 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

แผนงานที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

แผนงานที่ 3 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

แผนงานที่ 4 การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ

แผนงานที่ 5 อุตสาหกรรมทางการแพทย์

**ตัวชี้วัด :**

1) คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ร้อยละ ๓๖

2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๔๐ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๐ ที่ควบคุมได้

3) โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ขั้น 1 มากกว่าร้อยละ 80

4) คัดกรอง CVD Risk ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันร้อยละ ≥ 82.5%

5) อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าร้อยละ 7

6) อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกินร้อยละ 27

7) โรงพยาบาล F2 ขึ้นไปที่มีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 7๕

8) จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ไม่น้อยกว่า ๑๓,๐๐๐ ราย

9) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๕

๑๐) จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด

**มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :**

1) พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแล  
ทุกครัวเรือน

2) พัฒนาระบบบริการตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service Plan)ที่ครอบคลุมทุกระบบ ในการ  
ให้บริการทุกพื้นที่

3) พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อทุกระดับให้มี  
ประสิทธิภาพ

4) ส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ภูมิปัญญาและสมุนไพรไทย

5) สนับสนุนหน่วยงานบริการด้านสุขภาพให้ได้มาตรฐานสากล

6) ส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

7) สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

**โครงการและตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ :**

| **แผนงาน/โครงการ** | **ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)** |
| --- | --- |
| **แผนงานที่ 1 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)**  **(1 โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ | 1) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) |
| **แผนงานที่ 2 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**  **(1๗ โครงการ 2๔ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | 1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้  2) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)  3) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง |
| 2. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล | 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) |
| 3. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ | 1) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง |
| 4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด | 1) อัตราตายทารกแรกเกิด |
| 5. โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) | 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) |
| 6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ | 1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน |
| 7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช | 1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต  2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ |
| 8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์) | 1) อัตราตายจากติดเชื้อ (Sepsis)  2) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture |
| 9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ | 1) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ  (Percutaneous Coronary Intervention หรือ PCI)  2) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ |
| 10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง | 1) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด  2) อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ  3) อัตราตายจากมะเร็งปอด |
| 11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต | 1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr |
| 12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา | 1) ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน |
| 13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ | 1) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล |
| ๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด | 1) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission) |
| 15. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) | 1) ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ Intermediate Care |
| 16. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery | 1) จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery |
| 17. โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery | 1) จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery |
| **แผนงานที่ 3 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ**  **(1 โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ | 1) ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป |
| **แผนงานที่ 4 : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ**  **(2 โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ | 1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ |
| 2. โครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ | 1) ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| **แผนงานที่ 5 : อุตสาหกรรมทางการแพทย์**  **(๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ | 1) จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด |

**รายละเอียดแผนงาน โครงการ มาตรการ และตัวชี้วัด :** ประกอบด้วย ๕ แผนงาน 2๒ โครงการ ต่อไปนี้

**แผนงานที่ 1** การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ประกอบด้วย 1 โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | จำนวน 1,170 ทีม (36 % ของเป้าหมายปี 2564 จำนวน 3,250 ทีม) (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2561 จำนวน = 574 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2560 จำนวน 596 ทีม) | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ มีภาระจากโรคที่ป้องกันได้ เมื่อเกิดป่วยจึงตรงเข้าหาบริการจากแพทย์เฉพาะทางโดยตรงใน รพศ./รพท. ทำให้เกิดความแออัดใน รพ.ขนาดใหญ่ และข้อจำกัดของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ กสธ. จึงได้กำหนดนโยบายในการดำเนินงานพัฒนาระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) Baseline : ปี 2559 รวม 48 ทีม ปี 2560 จำนวน 548 ทีม รวมเป็น 596 ทีม ครอบคลุมประชากร 6 ล้านคน | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | ๑. พัฒนารูปแบบ (Service Model) Megacity/Urban area/Rural area 2. พัฒนาระบบบริการในคลินิกหมอครอบครัว 3. สร้างกลไกการเชื่อมโยงบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ PCC | 1. ส่งเสริมการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 200 คน 2. ส่งเสริมและพัฒนาแพทย์ทั่วไปและทีมสหวิชาชีพ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1,700 คน 3. จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับสหวิชาชีพ ระดับเขต 4. พัฒนาสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ | 1. พัฒนาระบบฐานข้อมูล ระบบลงทะเบียน - พัฒนาระบบค่าตอบแทน | สนับสนุนครุภัณฑ์การแพทย์และครุภัณฑ์ยานพาหนะ | 1. งบลงทุน 1,123.830 ล้านบาท 2. งบเงินอุดหนุน 134.4317 ล้านบาท | ๑. ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย สภาวิชาชีพและชมรมต่าง ๆ ๒. ประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจแก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชน ๓. เสนอร่าง พรบ.ระบบการสาธารณสุขและการแพทย์ปฐมภูมิ และจัดทำอนุบัญญัติ ๔. จัดหางบประมาณสนับสนุนเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๕. ศึกษาวิจัย |
|
|
|
|

**แผนงานที่ 2** การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ประกอบด้วย 17 โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มากกว่าหรือเท่ากับ 40%  ๒. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มากกว่าหรือเท่ากับ 50%  ๓. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ได้ ≥ 82.5 % | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้  2. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน  3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าร้อยละ 7 | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี 2559 ร้อยละ 29.25 และปี 2560 ร้อยละ 21.84  ๒. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ปี 2559 ร้อยละ 27.08 และปี 2559 ร้อยละ 34.93  ๓. การคัดกรอง CVD Risk ในผู้ป่วย DM HT พบว่า ผลปี 2559 เท่ากับร้อยละ 77.89 (ข้อมูลจาก HDC) ปี 2560 เท่ากับร้อยละ 80.96 ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 22 สิงหาคม 2560 | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | ๑. ทำ Preventive interventions : MI, Thai DPP, Diet  ๒. พัฒนาเกณฑ์การติดตามประเมินผลการดำเนินงานโรคไตเรื้อรังและโรคหัวใจและหลอดเลือด | ๑. การอบรมPreventive interventions : MI, Thai DPP, Diet  ๒. การอบรม user data dashboard  ๓. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดเกณฑ์และแนวทางในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อลดโรค CVD CKD สำหรับคณะทำงานและคณะกรรมการตัดสินระดับเขต | ๑. การจัดทำ data dashboard DM/HT  ๒. การบรรจุตัวชี้วัด ของ NCD clinic Plus เข้าไปในระบบ service plan ของ HDC  ๓. พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลตามตัวชี้วัดโรคหัวใจและหลอดเลือดกับระบบ HDC | ๑. คู่มือ Preventive interventions/ NCD Clinic plus /CNN  ๒. เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน  ๓. NCDs Diet Box set  4. เครื่องมือในการดำเนินงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด |  | ๑. ติดตามระบบการดำเนินงานด้วย NCD Clinic Plus  ๒. ติดตามการดำเนินงานด้วยเกณฑ์การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานโรคไตเรื้อรังและโรคหัวใจและหลอดเลือด ๓. ติดตามผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด  จากระบบ HDC |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด  2. เพื่อลดอัตราการป่วยจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ  3. เพื่อลดการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างอย่างไม่เหมาะสมในโรงพยาบาล | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | 1. ร้อยละโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ขั้น 1-2  2. อัตราการพบเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด  3. ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างลดลง (กลุ่ม carbapenem และ BL/BI) | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | โรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ 1 ร้อยละ 41.56 และขั้นที่ 2 ร้อยละ 0.56 (ข้อมูล ณ ไตรมาส 3/2560) | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 1. ส่งเสริมกิจกรรมอื่นๆ ในกุญแจ PLEASE โดยใช้ RDU markers ในกลุ่มโรคติดเชื้อ 4 โรค และกลุ่มประชากรพิเศษ 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคไต ผู้สูงอายุ และ สตรีตั้งครรภ์  2. ส่งเสริมกิจกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในรพ.สต. และร้านยา  3. เฝ้าระวังการกระจายยาต้านจุลชีพ NSAIDs Steroid และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำและชุมชน | 1. พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ PTC และคณะกรรมการ AMR  2. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเชื้อดื้อยาและยาต้านจุลชีพแก่ประชาชน | 1. การจัดทำสารสนเทศการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาระดับโรงพยาบาลจังหวัด เขต และประเทศ | 1. เครื่องมือและอุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก  2. อุปกรณ์การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment, PPE) |  | 1. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559)  2. การจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอย่างบูรณาการ (ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564)  3. การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพและการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยนอกและชุมชน |
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | การส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 ต่อปี | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | โรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังต่างๆยังคงเป็นปัญหาสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย รวมถึงอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ยังเป็นปัญหาเรื่องการตายและความพิการจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การจัดบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยยังมีศักยภาพที่ไม่เท่าเทียมกันในแต่ละเขตสุขภาพ ท่ามกลางทรัพยากรที่มีอยู่ อย่างจำกัด ยังจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลรักษาพยาบาลในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าและมีการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพของตนเองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี ยังต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาต่างๆในแต่ละเขตสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อไป | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | ๑. การพัฒนาศักยภาพการให้บริการรักษา พยาบาลตามแผนพัฒนาระบบบริการสาขาต่างๆจนถึงศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขาโรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด ๒. พัฒนาเครือข่ายการให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยและรับกลับ เชื่อมโยงสถานบริการระดับ รพศ.(A) รพท. (S,M1) รพช.แม่ข่าย (M2) จนถึง รพช.และรพ.สต. ๓. บริการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ | ๑. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ รวมถึงสหสาขาวิชาชีพ | ๑. โปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการในเขต/จังหวัด  - โปรแกรมเชื่อมโยงระบบสารสนเทศการส่งต่อกับส่วนกลาง  ( nRefer และ Health Data Cinter)  ๒. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร การให้คำปรึกษาทั้งก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อระหว่างสถานบริการ ๓. ฐานข้อมูลศักยภาพการให้บริการ ทรัพยากรและเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ในการดูแลรักษาพยาบาลและรับส่งต่อผู้ป่วย | ๑. ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต/จังหวัด/สถานบริการ ๒. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วย | ๑. งบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒. งบค่าเสื่อม ๓. เงินบำรุง | ๑. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan  ๒. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต/จังหวัด  ๓. คณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อระดับเขต/จังหวัด |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | อัตราตายทารกแรกเกิดน้อยกว่า 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | 1. เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ 1:500 ทารกเกิดมีชีพ  2. มีความสามารถดูแลผู้ป่วยด้วย therapeutic hypothermia ได้ อย่างน้อยเขตละ 1 ระบบ  3. มีการคัดกรองทารกหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่น้อยกว่า 80% | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ทารกเกิดมีชีพปีละ 700,000 คน อัตราตายทารกแรกเกิดปี 2560 = 3.94 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ  สาเหตุการตาย  1. ทารกเกิดก่อนกำหนด 25%  2. birth asphyxia 24%  3. Congenital heart disease 14%  4. เหตุอื่นๆ 10% | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 1. ขยายเตียง NICU ให้ได้ 1:500 ทารกเกิดมีชีพ 2. มี therapeutic hypothermia อย่างน้อยเขตละ 1 ระบบ  3. มีการตรวจคัดกรองทารกหัวใจพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 80 | 1. เพิ่มจำนวนพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตให้ได้สัดส่วนที่เหมาะสมตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิดปี 2556  2. พัฒนาองค์ความรู้ในการรักษา therapeutic hypothermia | 1. พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลทารกแรกเกิด | 1. จัดหาครุภัณฑ์ประกอบ เตียง NICU ให้ได้ตามคู่มือแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิดปี 2556 2. จัดหาเครื่องทำ therapeutic hypothermia 3.4 จัดหาเครื่องวัด pulse oximeter | 1. ครุภัณฑ์ประกอบเตียง NICU 3 ล้านต่อเตียง NICU 2. เครื่องมือ เครื่องละ 1.2 ล้านบาท 3. pulse oximeter เครื่องละ 100,000 บาท | 1. การตรวจราชการและการจัดสรรงบประมาณ  ตามความจำเป็นของ service plan เขต |
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)** | | | | | | | | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | | ปี 2561 | | | | | | | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | | ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลแบบครบองค์รวม บรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน โดยมีแนวทางการดูแลประคับประคองที่มีคุณภาพมาตรฐาน | | | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | | ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) (โรงพยาบาลทุกระดับมีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอน การประเมินผล)) | | | | | | | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | | - เป็นสังคมผู้สูงอายุ  - มีโรคเรื้อรัง (NCD) โดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็ง  - มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาร่วมกันจนระยะสุดท้าย และเสียชีวิตอย่างมีคุณภาพ | | | | | | | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** | |
|  | | ๑. ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ Family Meeting และมี Advance care plan หรือคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือแพทย์ทางเลือก  ๒. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมเกี่ยวกับ PC  ๓. มีเครือข่าย และแนวทางการส่งต่อ (ระดับ รพ.)  4. มีคลังอุปกรณ์ สนับสนุนผู้ป่วยใช้ที่บ้าน ในรพ.ระดับ A S M1  ๕. ติดตาม ประเมินผลการทำ Advance care plan และปรับเปลี่ยนร่วมกันในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติ  6. มีงานวิจัย พัฒนาคุณภาพ และมีการเทียบเคียง | | พัฒนาศักยภาพบุคลากร  - พัฒนาหลักสูตรพยาบาล PC 4 เดือน  - พัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในเรื่อง MO Administration  ความก้าวหน้าของบุคลากร (Career Path) | | ๑. รวบรวมวิเคราะห์ระบบสารสนเทศที่ดี เพื่อพิจารณาคัดเลือกรูปแบบและนำมาถ่ายทอด | | จัดระบบการจัดการ  - MO  - ยาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย PC  - คลังเครื่องมืออุปกรณ์ | | 1. งบประมาณ  2. งบกลาง  3. งบของ Service plan (เช่น training, ลงพื้นที่เขตสุขภาพ) | | 1. ผลักดันโดยคณะกรรมการ Service Plan/CIPO  2. คณะทำงานกรมการแพทย์  3. คณะกรรมการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อาทิ เรื่องยา  4. หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. อบจ. เป็นต้น | |
|
|
|
|
| **โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ** | | | | | | | | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | | ปี 2561 | | | | | | | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | | ร้อยละ 20.0 โดยแบ่งเป็น  - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10   - รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20   - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 30 | | | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | | ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน | | | | | | | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | | การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ได้ส่งเสริมและสนับสนุนศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยพบว่าประชาชนมีแนวโน้มในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ใน พ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 16.02 , พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 17.51 , พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 17.15 และ พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 19.64 ตามลำดับ (ณ 11 สิงหาคม 2560)   สำหรับผลงานย้อนหลัง 3 ปี (Baseline) ตั้งแต่ปี 2558 - 2560 ของผลงานร้อยละของผู้ป่วยนอกๆได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน สามารถแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ รพศ./ รพท. คิดเป็นร้อยละ 8.24, รพช. คิดเป็นร้อยละ 13.56 และ รพ.สต. คิดเป็นร้อยละร้อยละ 24.41 | | | | | | | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | 1. คลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ   1.1 รพศ./รพท. เขตละอย่างน้อย 2 แห่ง (A-M1)  1.2 รพช. จังหวัดละอย่างน้อย 2 แห่ง (M2-F3) | | 1. การจัดตั้งกลุ่มงาน/ฝ่ายการแพทย์แผนไทยในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง  2. การพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้มีความรู้ความชำนาญในการให้บริการสุขภาพ เช่น การใช้ยาสมุนไพร การรักษาเฉพาะโรค การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย | | 1. การพัฒนาการบันทึกข้อมูลการจัดบริการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและการติดตามผลงานผ่านระบบ HDC\*  2. การพัฒนาระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิตอลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประเทศไทย (TTDKL) | | 1. มีการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการทุกระดับ โดยแบ่งระดับดังต่อไปนี้   1.1 รพศ./ รพท. / รพช. อย่างน้อย 30 รายการ  1.2 รพ.สต. อย่างน้อย 10 รายการ  2. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร First line drug  3. ส่งเสริมให้มีการจ่ายยาปรุงเฉพาะราย ใน รพศ./ รพท. และ รพช. | | งบสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 11.61 บาท/ประชากร | | กำหนดให้มี CTMO (Chief Thai Traditional Medicine Officer) ทุกเขต/จังหวัด ขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในส่วนภูมิภาค | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** | |
|  | | 2. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งมีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน, คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก   2.1 รพศ./รพท. อย่างน้อยเขตละ 2 แห่ง  2.2 รพช. อย่างน้อย จังหวัดละ 2 แห่ง  2.3 รพ.สต. อย่างน้อย อำเภอละ 2 แห่ง | | 3. การส่งเสริมการทำงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพ | | 3. การประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | | 4. มีการใช้ยาสมุนไพรทดแทน โดยระบุรายการยาและอาการ/โรคที่รักษา อย่างน้อย 1 รายการต่อจังหวัด | |  | |  | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ≥ 55 / อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ .≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | 1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต 2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ตั้งแต่ปี 2552- 2560 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 53.49 และในปี 2558 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.47 ต่อประชากรแสนคน | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5.งบประมาณ**  **ในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | I. การบริการผู้ป่วยนอกและชุมชน  1. คัดกรองประเมินและแพทย์วินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยสูงอายุผู้ป่วยห้องฉุกเฉินได้เป็นต้นด้วยเครื่องมือคัดกรองโรคจิตโรคจิตจากสุราและสารกระตุ้นประสาทและโรคซึมเศร้าทั้งแบบคัดกรองประเมินและเครื่องมือตรวจสภาพร่างกายและสมองเพื่อประกอบดุลยพินิจได้ 2. สามารถประเมินและวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทั้งทางกายและทางจิตและหรือส่งต่ออย่างเหมาะสมทันท่วงที  3. ประเมินระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยเครื่องมือที่ง่าย ไวและแม่นยำ 4. การรักษาด้วยยาทางจิตเวชที่จำเป็นตามเกณฑ์ | ๑. จิตแพทย์ทั่วไป >= 1 คน ๒. เภสัชกร ผ่านการอบรมการใช้ยาทางจิตเวช 1-2คน ๓. นักสังคมสงเคราะห์ >=1คน - นักจิตวิทยาคลินิก >=1คน | ๑. แบบประเมินและข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง (2Q,9Q,8Q,แบบคัดกรอง โรคจิต,AUDIT) ประเมินวินิจฉัย รักษาอาการทางจิต สารเสพติด สุราและโรคซึมเศร้า เชื่อมโยง รายงาน43 แฟ้มข้อมูล  2. ข้อมูลและแบบประเมิน (ICD10, AWS, CIWA) เป็น ต้น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย และรักษา 3. ทะเบียนติดตามต่อเนื่องใน ผู้ป่วยโรคจิต, โรคจิตจากสุราและสารกระตุ้นประสาท, โรคซึมเศร้า ที่เชื่อมโยงระหว่างรพ.ในจังหวัด, เขต | ๑. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน,แบบคัดกรองและประเมินอาการทางจิ(2Q,9Q,8Q,แบบคัด  กรองโรคจิต,AUDIT)ในกลุ่มเสี่ยง ๒. ชุดตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ได้แก่ แอมเฟตามีน กัญชา เป็นต้น  3. ชุดตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับแอลกอฮอล์, ยานอนหลับ, ยากล่อมประสาท, เม็ดเลือดแดง,สารน้ำ, ระดับยาจิตเวชและการติดเชื้อ เป็นต้น  4. เครื่องตรวจสัญญาณชีพ  5. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 6. เครื่อง X-ray  7. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต | งบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2561 ของกรมสุขภาพจิต | ๑. คณะกรรมการService plan ระดับจังหวัด ๒.คณะอนุกรรม  การประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิต 2551ระดับจังหวัด 3. คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต 2551 4. สร้างความรู้ ความเข้าใจเพื่อสามารถใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ได้ 5. กำหนดโครงสร้างและแนวทางวามก้าวหน้าผู้รับผิดชอบงานดูแลบำบัดด้านจิตเวช |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5.งบประมาณ**  **ในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 5. การบำบัดด้านจิตสังคม (psychosocial care/clinic)ได้แก่การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคและการดูแลแก่ผู้ป่วยและญาติ,การให้คำปรึกษารายบุคคล/รายกลุ่ม/ครอบครัว,การจิตบำบัด,การสร้าแรงจูงใจ,การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 6. การติดตามต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคจิต โรคจิตจากสุราและสารกระตุ้นประสาท และโรคซึมเศร้าเพื่อปูองกันการขาดการรักษา 7. มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยนอกจาก รพ.สต. รพท., รพศ. และรพ.เฉพาะทาง II.การบริการผู้ป่วยใน (เตียงอย่างน้อย 48 ชม.) 1. การประเมินความรุนแรงด้วยแบบประเมิน 8Q  2. การจัดการภาวะพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเบื้องต้น 3. เตียง acute careได้แก่ เตียงห้องฉุกเฉิน/เตียงรวม (Integrated bed) ,unit, ward เป็นต้น เพื่อดูแลภาวะโรคจิตจากการถอนสุรา, ภาวะข้างเคียงจากการรับประทานยาจิตเวช และภาวะอาการทางจิตรุนแรงเป็นต้นด้วยยาจิตเวชที่จำเป็น จิตบำบัดและกระแสไฟฟ้า (ถ้ามี) |  | สุขภาพและกรมวิชาการ 4. ข้อมูลบัญชียาจิตเวชที่จำเป็นของ รพ. เชื่อมโยงระหว่างรพ.ในจังหวัด, เขตสุขภาพและกรมวิชาการ 5. จำนวนเตียงที่พร้อมตาม ศักยภาพ รพ.สำหรับการรับ ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินทางจิตเวช หรือสุรา ที่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา 6. แบบประเมินและข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต 7. ทะเบียนและข้อมูลผู้ป่วยโรคจิต, โรคจิตจากสุราและสารกระตุ้นประสาท, โรคซึมเศร้าที่ต้องติดตามในพื้นที่ (เยี่ยมบ้าน) 8. ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการการช่วยเหลือและส่งต่อในและนอกเขตฯ 9. ข้อมูลเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านการอบรม | , โรคจิตจากสุราและสารกระตุ้นประสาท, โรคซึมเศร้า 8. คู่มือการดำเนินงานและ แบบประเมินและวินิจฉัย (ICD10, AWS, CIWA)  9. อุปกรณ์ผูกยึดผู้ป่วยโรคจิต ที่มีภาวะพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว 10. เตียงที่พร้อมตามศักยภาพ รพ.สำหรับการรับผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉินทางจิตเวชหรือสุรา ที่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา  11. ยาจิตเวชที่จำเป็นตามเกณฑ์Service plan 12. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลอื่น 13. เครื่องตรวจคอมพิวเตอร์สมอง |  | 6. นโยบายการคัดกรองอาการและประเมินระดับความรุนแรงอาการทางจิตในกลุ่มเสี่ยงในทุกหน่วยบริการ 7. เอกสารความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสาธารณสุข เพื่อรับผิดชอบด้านการป้องกัน บำบัด รักษาและติดตามผู้ป่วยจิตเวช  8. การผลักดันนโยบายการติดตามต่อเนื่องเพื่อปูองกันอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิต |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5.งบประมาณ**  **ในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 4. รับปรึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชได้อย่างเหมาะสม เช่น ภาวะโรคจิตจากการถอนสุราเป็นต้น  5. การรับดูแลเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วย พ.ร.บ. สุขภาพจิต อย่างเหมาะสม 6. ระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชภาวะฉุกเฉินหรือ ยุ่งยากซับซ้อนไปยังรพ.เฉพาะทาง (กรณีมีข้อตกลงในจังหวัดหรือเขต ทั้งนี้ควรเป็นแนวทางในแบบบูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่ทั้งในและนอกสาธารณสุข) |  | หลักสูตรเรื่องการเข้าถึงบริการโรคจิตเวช ฯ พ.ร.บ.สุขภาพจิต   10. e-Book สำหรับประชาชยเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย |  |  |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acguired น้อยกว่าร้อยละ 30  ๒. ทั้ง 12 เขตสุขภาพมีการจัดตั้งทีม Capture the fracture | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acguired  ๒. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture / จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด 12 เขต | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | 1. ข้อมูล : National Health Security Office (NHSC) พบว่าในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วย sepsis เพิ่มสูงขึ้น (2013:171,299 คน 2014:175,937 คน 2015:179.483 คน) โดยมีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจาก sepsis สูงกว่า stemi และ stroke  2. ข้อมูลจาก HDC วันที่ 15 สิงหาคม 2560 จำนวนผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 64.244/200.413 ราย อัตราป่วยตายจาก sepsis/septic shock = 32.05%  ๓. มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture แห่งแรกของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ที่โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 1. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis (สมาคมเวชบำบัดวิกฤติ)  2. ทีม Capture the fracture คือ สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison) | 1. จัดอบรมแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis ให้กับสถาน พยาบาลในแต่ละระดับ รพศ/รพท/รพช/รพสต  2. พัฒนาเครื่องมือประเมินและคัดกรองผู้ป่วย Sepsis และSepsis bundle  3. สร้างเครือข่ายการดูแลร่วมกันภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ และพัฒนา Best practice Model of sepsis  ๔. บุคลากรในทีม Capture the fracture ของแต่ละเขตสุขภาพ ได้รับการอบรมตามหลักสูตร Capture the fracture และ Liaison service | 1. พัฒนาการลงข้อมูลในระบบ ICD 10 code และฐานข้อมูลsepsis ของโรงพยาบาล  2. ศึกษาและพัฒนาการลงข้อมูลsepsis โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปอื่นๆ  ๓. จัดตั้งเครือข่ายสารสนเทศ Capture the fracture ในทุกเขตสุขภาพ | 1.คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยsepsis (สมาคมเวชบำบัดวิกฤติ)  2.โปรแกรมสำเร็จรูป sepnet (สำหรับโรงพยาบาลที่สนใจและมีความพร้อม)  ๓. คู่มือการจัดตั้งทีม และการดำเนินการโครงการ Capture the fracture, สื่อส่งเสริมการดำเนินโครงการ อาทิ แผ่นพับสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ประชาชนทั่วไป | 1.บูรณาการงบประมาณการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน  2.จัดสรรทรัพยากรและเครื่องมือให้ได้ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย sepsis  3.งบประมาณสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปการลงข้อมูล  4. งบประมาณในการพัฒนา ทีม Capture the fracture 5 ล้านบาทต่อปี | 1. การนำเสนอความสำคัญ แก่ผู้บริหารเขต/จังหวัด  2. พัฒนามาตรฐานและระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis  3. กำหนดคำนิยามขอบเขตการดำเนินงานการจัดเก็บข้อมูล และสร้างความเข้าใจที่ตรงกันแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง  ๔. ตามนโยบายแห่งชาติที่ต้องการให้มีทีม Capture the fracture เกิดขึ้นในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ |
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย(Goal)** | 1. เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80  2. ไม่เกินร้อยละ 10 | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | 1. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention หรือ PCI)  2. อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 58,681 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18,079 คน หรือ เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร จากแบบรายงานตรวจราชการ ตก.1, ตก.2 รอบที่ 1 ปี 2560 ผลการดำเนินการ พบว่า  1. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 28 ต่อแสนประชากร ค่าเฉลี่ย 12 เขต เท่ากับ 11.10  2. ร้อยละโรงพยาบาลในระดับ F2 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (เป้าหมายร้อยละ 100) พบว่าค่าเฉลี่ย 12 เขต ท่ากับ ร้อยละ 92.74  3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI)ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) เป้าหมายร้อยละ 80 พบว่าทำได้คิดเป็นร้อยละ 79.70 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด  4. ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 10) พบว่าค่าเฉลี่ย 12 เขต คิดเป็นร้อยละ 10.65  5. รพ.ตั้งแต่ F2 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 100 มีระบบ STEMI Fast Track ในทุกเครือข่ายทุกเขตบริการ สุขภาพมีห้องสวนหัวใจโรงพยาบาลระดับSบางแห่งไม่มีอายุรแพทย์หัวใจโรงพยาบาลระดับAบางแห่งไม่มีศัลยแพทย์ทรวงอก (Cardiac surgeons)ขาดแคลนอายุรแพทย์หัวใจที่สามารถทำหัตถการสวนหัวใจได้ (Coronary interventionists) ปี2556-2559 ใช้โปรแกรม UCHAปี 2560 ใช้โปรแกรม Thai ACS registry ในการลงข้อมูลผู้ป่วย Acute coronary syndrome (STEACS หรือSTEMI และ NSTEACS หรือ NSTEMI & unstable angina) ซึ่งได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่แต่ไม่ครบทุกแห่ง | | | | | |
| **มาตรการ**  **(6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ**  **(IT)** | **4. ยาเวชภัณฑ์และ**  **อุปกรณ์ต่างๆ**  **(Drugs & Equipment)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 1. STEMI alert หรือ Heart attack alertcampaign-media  2. ACS fast track system ทุกเครือข่าย  3. Elective PCI ภายใน 1-3 เดือน | 1. Cardiologist ทุกจังหวัดโดยเปิดให้มีทุนในโรงพยาบาลที่ขาดแคลนแพทย์  2. Coronary interventionist อย่างน้อย 3 คน ทุกเขตบริการสุขภาพ | 1. ระบบฐานข้อมูล การจัดเก็บข้อมูลที่มีแนวทางเดียวกัน (Thai national cardiovascular data base-ACS, HF, warfarin)  2. พัฒนาโปรแกรม ACS registry, HF registry , Warfarin registry เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ | 1. ผลักดันการใช้ยา Tenecteplase (TNK)โดยให้ไปอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติแทน Streptokinase (SK)และจัดระบบ stock ยา  2. Cathlab เปิดบริการ 24/7อย่างน้อย 1 แห่ง  ต่อเขตบริการสุขภาพ | 1. จัดสรรงบประมาณ ในการจัดทำ Media “ Heart Attack Alert” campaign ผ่านสื่อสาธารณะทุกช่องทาง,Application, โปรแกรมและบริหารจัดการ National ardiovascular data base ,Thai CPG for STEMI, NSTEMI, HF และ warfarin clinic | 1. ประชาสัมพันธ์ “Heart Attack Alert” campaign และ Application  2. การเข้าถึงบริการของประชาชนให้ทัดเทียมกัน  3. ระบบข้อมูลสุขภาพโปรแกรมและบริหารจัดการ National Cardiovascular data base |
| **มาตรการ**  **(6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ**  **(IT)** | **4. ยาเวชภัณฑ์และ**  **อุปกรณ์ต่างๆ**  **(Drugs & Equipment)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 4. Elective CABG  ภายใน 3 เดือน | 3. Cardiac surgeons อย่างน้อย 2คน ทุกเขตบริการสุขภาพ  4. CVD nursesทุกโรงพยาบาลระดับ S และ A เขตบริการสุขภาพ  5. Nurses (Cath lab nurses, nurse manager-Cath lab, HF clinic, Warfarin clinic |  | 3. ห้องผ่าตัดหัวใจเปิดบริการ emergency อย่างน้อย 1 แห่ง  ต่อเขตบริการสุขภาพ | 2. กำหนดให้ยา TNK อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ  3. เปิดทุนโครงการฝึกอบรมแพทย์พยาบาลเฉพาะทางCardiologists , Interventionists, cardiac surgeons, cardiovascular nurses)  4. เปิดทุนโครงการฝึกอบรมแพทย์พยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุข | 4. จัดสรรโควตาการฝึกอบรมตามความต้องการจริงและต่อเนื่อง  5. จัดสรรงบประมาณ  ให้เป็นธรรม  6. อภิบาลระบบสุขภาพบุคลากรทางสาธารณสุขพิจารณาค่าตอบแทนตาม workload รวมทั้งค่าเสี่ยงภัยผู้ที่ปฏิบัติหน้าทีในรถพยาบาล ค่าเสี่ยงภัยรังสีผู้ที่ปฏิบัติหน้าทีในห้องสวนหัวใจ  7. ปรับผังโครงสร้างให้มี Manager project ของแต่ละโรงพยาบาลขึ้นตรงกับผู้อำนวยการหรือรองแพทย์ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | 1. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรกตามเกณฑ์ที่กำหนด ≥ 85 ในระยะ 5 ปี (ปี 2564)  2. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564) 3. อัตราตายจากมะเร็งปอดลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564) | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | 1. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด 2. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ 3. อัตราตายจากมะเร็งปอด | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | อัตราตายโรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2553 = 91.2 ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ. 2554 = 95.2 ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ. 2555 = 98.5 ต่อแสนประชากร  - อัตราตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่าปี พ.ศ. 2556 = 23.9 ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ. 2557 = 23.6 ต่อแสนประชากร  - อัตราตายโรคมะเร็งปอด พบว่า ปี พ.ศ. 2556 = 18.1 ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ. 2557 = 18.6 ต่อแสนประชากร (อ้างอิงจาก : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน) | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 1. โครงการสนับสนุนเขตบริการสุขภาพลดระยะโรคมะเร็ง 2. โครงการการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยใช้เครื่องอัลตร้าซาวด์สำหรับแพทย์ 3. จัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ รพศ.รพท.รพช. 4. รณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในชุมชน | 1. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ด้านมะเร็งเต้านม 2. โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคมะเร็ง 3. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการแพทย์ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ Colonoscopy  4. โครงการพัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์ด้านมะเร็งตับในเขตบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงสูงพัฒนา ศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปอด | 1. การขับเคลื่อน ติดตามการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด โดยการเชื่อมโยง TCB ช่วยในการจัดเก็บข้อมูลจากทุกเขต |  |  | 1. วางแผนพัฒนาด้านรังสีรักษาจากข้อมูลโครงสร้างพื้นฐาน และค่าตอบแทนบุคลากร ร่วมกับสมาคมวิชาชีพและการเข้าถึงบริการ 2. จัดทำแผนและดำเนินงานในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ 3. รณรงค์ให้ประชาชนหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ เน้นบูรณาการกับแผนการป้องกันโรคอื่นๆในเขต เช่น NCD,DHS |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ปี 2558 = 63.8%, ปี 2559 = 64.8% | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 1. ขยายบริการ CKD clinic ครอบคลุมทุก รพศ./รพท./รพช. 100% 2. พัฒนาระบบ palliative care for ESRD 3. ขยายเครือข่าย PD ไปยัง M2, F1 โดยมี รพศ./รพท.เป็นแม่ข่าย 4. พัฒนาศูนย์ vascular access for HD ประจำเขต | 1. ผลิตแพทย์อายุรแพทย์ โรคไตให้มีครบทุกจังหวัด  2. ผลิตกุมารแพทย์โรคไตให้ มีครบทุกเขต  3. ผลิตพยาบาล PD และ HD ให้เพียงพอ ร่วมกับการสนับสนุน career path 4. ผลักดันให้มีตำแหน่งนักกำหนดอาหารใน รพช. 5. ผลักดันให้มีตำแหน่งนักกายภาพบำบัดใน รพช.อย่างน้อย รพ.ละ 2 ตำแหน่ง  6. อบรมบุคลากรสหวิชาชีพใน CKD clinic แบบบูรณาการ 7. อบรมทีม palliative care for ESRD 8. ร่วมกับราชวิทยาลัย และ สมาคมวิชาชีพต่างๆใน การปรับหลักสูตรวิชาชีพ ให้สอดคล้องกับความ ต้องการตามนโยบายด้าน สาธารณสุขสาขาโรคไต ของประเทศ | 1. พัฒนาระบบการรายงาน KPI โรคไตเรื้อรังผ่าน ระบบ HDC ให้สมบูรณ์ และบูรณาการระบบรายงานกับโรค NCD ที่ เกี่ยวข้อง | 1. พัฒนาการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ให้ครอบคลุมทุก รพศ./รพท./รพช. 100% | 1. บูรณาการการใช้ งบประมาณ ระหว่าง สำนักงานปลัดฯ กรมวิชาการ และ กองทุน 2. บูรณาการแนวทางการ สนับสนุนค่า รักษาพยาบาลโรคไต 3 กองทุน | 1. ประเมินคุณภาพ CKD clinic ใน รพช 2. พัฒนาเกณฑ์การประเมินคุณภาพ CKD clinic ใน รพศ./รพท. 3. บูรณาการการกำกับคุณภาพศูนย์ HD ระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข ตรต. และ กองทุนต่างๆ |
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา** | | | | | | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ความชุกตาบอดลดลง | | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ๑. อัตราความชุกตาบอดต่ำกว่า 0.59  ๒. เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดที่ป้องกันหรือรักษาได้โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด  ๓. สร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต | | | | | | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | จากการสำรวจพบว่าประชากรไทยมีความชุกภาวะตาบอด 0.59% สายตาเลือนราง 1.57% สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดคือ ต้อกระจก 51% ต้อหิน 9.8% ภาวะตาบอดในเด็ก 5.7% เบาหวานเข้าจอตา 2.5% กระจกตาขุ่น 2.0% ทั้งนี้ร้อยละ 80 ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า 0.50% ภายในปี พ.ศ.2563 และเป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา คือ การลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า 0.50% เพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการใน 5 โรคหลัก คือ ต้อกระจก จอตา (เน้นเบาหวาน) ROP ตาบอดในเด็ก ต้อหิน กระจกตาขุ่น ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต | | | | | | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** | |
|  | 1. คัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป  2.ผ่าตัดตาต้อกระจกโดยมุ่งเน้นต้อกระจกชนิดบอด และชนิดสายตาเลือนราง ระดับรุนแรง  ๓. คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา  ๔. คัดกรองสายตาในนักเรียน ป.1 และสนับสนุนแว่นตาชิ้นแรก  เร่งรัดการจัดหาและผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา | | 1. กำหนดเกณฑ์อัตรากำลังและพัฒนาบุคลากรในระบบบริการให้มีเพียงพอตามมาตรฐาน  2.เพิ่มศักยภาพบุคลากรทุกระดับ/อบรมเพิ่มพูนทักษะด้านต่างๆ เช่นการจัดเก็บดวงตา การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา และรายงานผลผ่านโปรแกรมvision2020 เป็นต้น | ๑. พัฒนาระบบ IT เชื่อมโยงการเก็บบันทึกข้อมูล การรายงานข้อมูล และติดตามประเมินผล ผ่านโปรแกรมvision 2020thailand  ๒. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม HDC  ๓. ระบบฐานข้อมูลศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย | | ๑. กล้องผ่าตัดตา  2. เครื่องสลายต้อกระจก  3. Fundus Camera  4. Retina Center  5. Retinoscope  6. ชุดเครื่องมือผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (ใบมีดตัดกระจกตา, กล้องผ่าตัดทางจักษุ) 7. จักษุแพทย์สาขากระจกตา, วิสัญญีแพทย์  8. อุปกรณ์ เลนส์ ชนิดต่างๆ | | 1. เงินงบประมาณ 2. เงินบำรุง 3. งบ สปสช. 4. งบท้องถิ่น 5. เงินบริจาค  ๖. งบ PP กองทุนโรคเรื้อรัง  ๗. มีการปรับค่าผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอดและสายตาเลือนรางรุนแรงเบิกค่าผ่าตัด 7,000 บาท,ต้อกระจกชนิดอื่นเบิกค่าผ่าตัดได้ 5,000 บาท | | 1. คณะกรรมการ Service Plan สาขาตา แต่ละระดับ  (กระทรวง/เขตสุขภาพ/จังหวัด)  2. สร้างภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง เชื่อมโยงเครือข่ายและการประสานงานทุกระดับตั้งแต่ รพ.ถึง รพ.สต.และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น | |
|
|
|
|
| **โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ** | | | | | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | 0.4 : 100 | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล | | | | | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ที่สิ้นปี 2559 ประเทศไทยมีจำนวน actual brain death organ donor = 220 ราย คิดเป็น 3.4 ราย ต่อ ล้านประชากร | | | | | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | | | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** | |
|  | 1. ขยายศูนย์รับบริจาคอวัยวะครอบคลุม รพ.ระดับ A,S  2. ขยายศูนย์รับบริจาคดวงตาครอบคลุม รพ.ระดับ A,S 100% 3. ขยายศูนย์ปลูกถ่ายไตครอบคลุม 11/13 เขต 4. พัฒนาระบบ regional harvesting team ประจำเขต 5. มีศูนย์ปลูกถ่ายกระจกตาทุกเขต | 1. เปิดอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง TC Nurse 2. พัฒนา career path TC 3. อบรมทีม regional harvesting team 4. อบรมเครือข่ายบริการรับบริจาคอวัยวะ 4 ภาค (ปีละ 2 ภาค) • อบรมหลักสูตรนานาชาติ การบริจาคอวัยวะ ครั้งที่ 4 ( The 4th TPM Intermediate Training Course in Transplant Coordination) 5. อบรมทีมรับบริจาคและจัดเก็บดวงตา 6. พัฒนาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการปลูกถ่ายกระจกตา | | | 1. พัฒนาฐานข้อมูลการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ ร่วมกับภาคีเครือข่าย (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ และ ศูนย์ดวงตา สภากาชาดไทย, สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะฯ, ราชวิทยาลัยจักษุฯ, vision 2020)  2. ทำแผนประชาสัมพันธ์ และ ผลิตสื่อเพื่อประชาสัมพันธ์ และ ทำความเข้าใจเรื่อง สมองตาย และ การบริจาคอวัยวะสำหรับประชาชน | | 1. Donor center : ยา DDAVP, เครื่องวัด end tidal CO2 2. Kidney transplant center : เครื่องมือผ่าตัดปลูกถ่ายไต, lab ตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน, isolation room 3. Corneal transplant center : ชุดผ่าตัด Simple Penetrating Keratoplasty | 1. ผลักดันระเบียบค่าเวร on call แก่ทีม TC และทีมผ่าตัด 2. จัดทำแนวทางสนับสนุนค่าตอบแทน ค่าเดินทางของ organ harvesting team/ค่าขนส่ง organ 3. การทำประกันอุบัติเหตุให้กับ organ harvesting team  4. จัดทำแนวทางลดความเหลื่อมล้ำด้านค่าชดเชยการปลูกถ่ายอวัยวะระหว่างกองทุนต่างๆ 5. ปรับปรุงค่าชดเชยบริการให้เหมาะสมกับค่าใช้จ่ายจริง | • สร้างความชัดเจนด้านกฎหมายระเบียบและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยภาวะสมองตาย และ การบริจาคอวัยวะ • การปรับปรุงระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการขนส่งอวัยวะ • การทำ brain death audit | |
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาโดยหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ 10,500 ราย | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission) | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ ปัจจุบัน /baseline** | การดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการนำผู้เสพ/ผู้ติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ปี 2559 จำนวน 127,023 ราย ซึ่งผู้เสพ/ผู้ติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเพียงร้อยละ 70 | | | | | |
| **มาตรการ**  **( 6 building Block)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ(Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร(Health Workfoce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ(Drugs &Equipment)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย / กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 1. พัฒนาระบบ  บริการการแพทย์เพื่อสร้างเครือข่ายกับประเทศประขาคมอาเซียน | 1. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้การบำบัดรักษายาเสพติดในภูมิภาคอาเซียน  2. ประชุมวิชาการระหว่างประเทศ 3. สัมมนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการบำบัดรักษายาเสพติดที่เป็นมาตรฐานระดับโลก | 1. ระบบรายงานข้อมูล บสต.  2. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ | 1. ชุดตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดในร่างกาย2. ยาจิตเวชที่จำเป็น  3. Methadone | งบประมาณ  ในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ จำนวน1,606,300 บาท | 1. ร่วมร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดระดับชาติ  2. ผลักดันให้มีการจัดจัดโครงสร้างบุคลากรด้านการบำบัดรักยาเสพติดในสถานพยาบาลทุกระดับ  3. แต่งตั้งคณะกรรมการ Service Planระดับเขต ระดับจังหวัด  4. กำกับ ดูแลมาตรฐานการบำบัดรักษายาเสพติด  5. กำกับดูแลการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยบำบัดในพื้นที่  6. ปรับปรุงที่พักและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยเสพติด  7. ติดตามผลการดำเนินงานตามไตรมาส |
| **มาตรการ**  **( 6 building Block)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ(Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร(Health Workfoce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ(Drugs &Equipment)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย / กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 2. พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการบำบัดรักษายาและสารเสพติด | 1. สัมมนาและฝึกอบรมระยะสั้นเช่น อบรมเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ ประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ อบรมเชิงปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่ติดยาและสารเสพติด อบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด เป็นต้น 2. พัฒนาเครือข่ายวิชาการด้านการบำบัดรักษา เช่น อบรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัดและ FAST Modelพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะวิกฤติฯ  3. ผลิตและประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ผ่านสื่อ  4. ตรวจ อนุญาตจัดตั้ง และพัฒนาคุณภาพสถานบำบัดรักษายาเสพติด |  |  | งบประมาณในการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ จำนวน166,179,170 บาท |  |
| **มาตรการ**  **( 6 building Block)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ(Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร(Health Workfoce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ(Drugs &Equipment)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย / กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 3. บริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อน | 1. อบรมการบำบัดรักษาและสารเสพติด เช่น CBT , MI Matrix Program ,BA,BI ,การบำบัดรักษายาเสพติดแบบสากลระดับพื้นฐาน เป็นต้น |  |  | งบประมาณในการบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อน จำนวน89,802,000 บาท |  |
|  | 4. บริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด สุรา และบุหรี่ที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อน | 1. อบรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด สุราและบุหรี่ที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อน |  |  | งบประมาณในการบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด สุรา และบุหรี่ที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อน จำนวน34,570,000 บาท |  |
|  | 5. ศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์ | 1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างผลงานวิจัยสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด  2. ส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาของบุคลากร (ระดับโท เอก) |  |  | งบประมาณในการศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์จำนวน500,630 บาท |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | มีรูปแบบในระยะเริ่มต้นสำหรับกลุ่มผู้ป่วย post-acute stroke และ post-brain and spinal cord injury คู่มือเพื่อการทำแผนและดำเนินงานในพื้นที่ คู่มือและการสนับสนุนด้านวิชาการ แผนการวิจัยและการติดตามประเมินผล และเริ่มมีการดำเนินงานโดยมีเป้าหมายตามตัวชี้วัด โดยมีเป้าหมายที่ปี 2564 คือโรงพยาบาลระดับ M และ F สามารถดำเนินการบริการการดูแลระยะกลางได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และปัญหาสำคัญตามจุดมุ่งหมายของตัวชี้วัดได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ปี 2561 ได้รูปแบบกลางในระยะเริ่มต้น ตลอดจนการสนับสนุนทางวิชาการ แผนการวิจัย ติดตาม ประเมินผลและมีแนวทางพัฒนารูปแบบให้สามารถขยายขอบเขตการบริการ สามารถตอบสนองความต้องการของพื้นที่และบรรลุวัตถุประสงค์สำคัญ  โรงพยาบาลระดับ M และ F ดำเนินการบริการการดูแลระยะกลางได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ไม่มีข้อมูลระดับประเทศแต่มีข้อมูลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จาก models เช่นสระบุรี สงขลา ลพบุรี เป็นต้น | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 1. Intensive Rehabilitation, การฝึกกลืน, สมรรถนะปอด  2.Comprehensive Geriatric Assessment ในผู้สูงอายุและแก้ไขปัญหาตามผลประเมิน  3. ฟื้นฟูสมรรถนะโดยรวมเพื่อ ADL  4. ให้องค์ความรู้และทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ  5. มีแผนการดูแลระยะกลางและแผนจำหน่ายแบบองค์รวมเพื่อเชื่อมโยงสู่ระบบการดูแลที่เกี่ยวข้องในชุมชน | 1. จัดให้มีหรือพัฒนาระบบสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่ดำเนินการมีบุคลากรตามคู่มือดำเนินงาน  2. บุคลากรเข้ารับการอบรม | 1. มีแผนการดูแลและแผนการจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน | 1. จัดให้มีหรือพัฒนาระบบสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่ดำเนินการมียา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ตามคู่มือ  การดำเนินงาน | 1. บูรณาการการใช้งบประมาณโดยกลไกร่วมระหว่างสธ. และกองทุน รวมถึงกลไกเขตและจังหวัด | 1. จังหวัดและเขตจัดทำและพัฒนา แผนปฏิบัติการตามบริบทพื้นที่ โดยใช้กลไกเขต  และจังหวัดในการบริหารจัดการ |
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery** | | | | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ร้อยละ 15 | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery | | | | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | 1. อังกฤษผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 34% เป็น 65% อเมริกาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก>60% ค.ศ.2016 จะเพิ่มขึ้นถึง 75% ประเทศไทยมีข้อจากัดที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้สาเหตุสำคัญคือการชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกันระหว่างการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกกับแบบผู้ป่วยใน  2. ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า One day surgery มีความสำคัญ คือผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจาวัน และกลับไปทางานหารายได้จุนเจือครอบครัวได้เร็ว ลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระเศรษฐกิจประเทศชาติในการรักษาพยาบาลลงมาก  3. ผู้ป่วยที่ทาหัตการวันนอนเฉลี่ย 3 วัน , ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 7,500 บาท | | | | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | ผ่าตัดแบบ ODS จำนวน 9 โรค ได้แก่  1. Inguinal hernia, Femoral hernia  2. Hemorrhoid  3. Hydrocele  4. CBD stone or CBD stricture or Pancreatic duct stone or Pancreatic  duct stricture  5. Colorectal polyp  6. Esophagogastric varices  7. Esophagogastric cancer with obstruction  8. Esophageal stricture  9. Vaginal bleeding | | 1. เขตสำรวจข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการทำ ODS เพื่อหา GAP และวางแผนการพัฒนา  2. กำหนดอัตรากำลังและจัดหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนา One Day Surgery Unit | | 1. เชื่อมโยงการรายงานการให้บริการODS กับระบบ รายงานของกระทรวงสาธารณสุข กองทุนสุขภาพ และรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (ระบบ HDC ,  ระบบ E-cliam และ ระบบ lRisk Manament ในโรงพยาบาล) | 1. จัดทำเกณฑ์ประเมินศักยภาพโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One day Surgery) โดยกำหนดมาตรฐานรายการเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการให้บริการ ODS 9 โรค | 1. รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน reimbursement รายหัตถการ ODS จากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง และประชุมข้อตกลง Reimbursement ที่เหมาะสมกับ สปสช. | | 1 .ปรับมาตรการการเบิกจ่ายให้เหมาะสม  2. จัดตั้ง One day Unit ที่ได้มาตรฐาน  3. สร้างความรู้ความเข้าใจกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง  4. สร้างความรู้ความเข้าใจประโยชน์การให้บริการแบบOne day Surgery แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ |
|
|
|
|
| **โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery** | | | | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | |  | | --- | | ร้อยละ 10 | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | |  | | --- | | ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery | | | | | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | |  | | --- | | 1. ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า การรักษาแบบการผ่าตัดที่มีการทาลายเนื้อเยื่อน้อย Minimally Invasive Surgery (MIS) มีความสำคัญ คือประสิทธิภาพการรักษาเท่ากับหรือดีกว่าการรักษาแบบดั้งเดิม (conventional open surgery) แต่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและอยู่ใน รพ. ในระยะเวลาที่สั้นกว่าเดิม 2 - 5 วัน  2. ผู้ป่วยที่ผ่าตัดชิ้นเนื้อมีวันนอนใน รพ. เพียง 1-3 วัน เท่านั้น โดยปกติ รพ. มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงถึง 7,500 บาท/วัน | | | | | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** | |
|  | |  | | --- | | ผ่าตัดแบบ MIS จำนวน 5 โรค ได้แก่  1. Symptomatic gallstone/  cholecystitis  2. Coloreatal cancerLumbar disc herniation  3. ACL injury  4. Myoma uteri |   5. Ovarian cyst | 1. เขตสำรวจข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการทำ MIS เพื่อหา GAP และวางแผนการพัฒนา  2. กำหนดอัตรากาลังและจัดหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนา Minimal Invasive Unit | | 1. เชื่อมโยงการรายงานการให้บริการMIS กับระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข กองทุนสุขภาพ และรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (ระบบ HDC)  ๒. ระบบ E-cliam  3. Risk Manament  ในโรงพยาบาล) | | 1. จัดทำเกณฑ์ประเมินศักยภาพโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียว (Minimal Invasive Surgery) โดยกำหนดมาตรฐานรายการเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการให้บริการ MIS 5 โรค | 1. รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน reimbursement รายหัตถการ MIS จากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง และประชุมข้อตกลง Reimbursement ที่เหมาะสมกับ สปสช. | 1 .ปรับมาตรการการเบิกจ่ายให้เหมาะสม  2. จัดตั้ง Minimal Invasive Unit ที่ได้มาตรฐาน  3. สร้างความรู้ความเข้าใจกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง  4. สร้างความรู้ความเข้าใจประโยชน์การให้บริการแบบMinimal Invasive Surgery แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ | |
|
|
|
|

**แผนงานที่ 3** การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ ประกอบด้วย 1 โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | เพิ่มการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 2. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพ มาตรฐาน | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | 1. อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ 12  2. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ที่มี ECS คุณภาพ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65)  3. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่า PS > 0.75 น้อยกว่าร้อยละ 1  4. อัตราการเสียชีวิต RTI< 18:100000 ประชากร  5. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60  6. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Traumatic Brain Injury | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | 1. ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดย EMS = 24.64  2. ภาวะผู้ป่วยล้นในห้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี ( > 50% ไม่ฉุกเฉิน)  3. ร้อยละ 60-70 ของ Adverse Event ในห้องฉุกเฉินป้องกันได้  4. ขาดแพทย์ EP 1420, ENP 2060, Paramedic 573  5. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ที่มี ECS คุณภาพ = 81.67% (ข้อมูล 3 เขต)  6. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่า PS > 0.75 = 0.38 % (ข้อมูล 3 เขต)  7. RTI Death = 18.39:100000 ประชากร | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 1. ER คุณภาพ  - National Triage  - Fasttrack (STEMI, Stroke,Trauma,  Sepsis,Newbor  n,OHCA)  - Resuscitation  - Mass Casualty  - ER Safety Goals  2. TEA Unit ร้อยละ 80 โรงพยาบาล M1,S,A  3. การจัดการสาธารณภัยในสถานพยาบาล  4. RTI Prevention | 1. เพิ่มอัตราการผลิต EP 50 คน  2. เพิ่มอัตราการผลิต  EN/ENP 60 คน  3. อบรมหลักสูตร  CLS,MERT,TEA unit ,  Emergency  Department  Management,  Hospital  Preparedness for  Emergencies(HOPE)  4. เพิ่มการธำรงรักษา | 1. มาตรฐานข้อมูลระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน (Emergency Care Data Set)  2. บูรณาการโปรแกรม  IS,PHER,ITEMS,HIS  3. พัฒนาระบบ AOC  4. พัฒนาระบบ  Telemedicine  5. ระบบรายงานข้อมูลและ  ตัวชี้วัด ECS | 1. จัดทำเกณฑ์มาตรฐาน  เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ห้อง  ฉุกเฉินในโรงพยาบาลแต่ละระดับ | 1. UCEP  2. Essential  Package  3. จัดทำ Valuebased  Payment | 1. UCEP  2. พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน  3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการลด ภาวะห้องฉุกเฉิน  แออัด  4. Primary Emergency Care  5. 4-hour Target policy  6. ER Safety Goals ทั้ง Patient and  Personnel  7. สร้างความรอบรู้  สุขภาพด้านการเจ็บ  ป่วยฉุกเฉินในประชาชน |
|
|
|
|

**แผนงานที่ 4** การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ ประกอบด้วย 2 โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการเฉลิมพระเกียรติ** | | | | | | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | 1. เพื่อเร่งรัดการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทให้มากกว่าร้อยละ 90  2. เพื่อเร่งรัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ | | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย > ร้อยละ 85) | | | | | | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ความสำคัญของความสำเร็จของการดูแลรักษาวัณโรคสะท้อนประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข ในการตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และการดื้อยาวัณโรค เนื่องจากปัจจุบันอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของประเทศไทย ต่ำเพียงร้อยละ 80 ไม่สูงพอที่จะลดปัญหาวัณโรคที่มีเป้าหมายถึงร้อยละ 90 ปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคต่ำ เนื่องมาจากผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาสูง มีการขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง  อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2558 = 79.5% ปี 2559 (cohort 1 = 80.3 % ,cohort 2 = 78.2 % ,cohort 3 = 76.7 %)  อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2558 = 8.0 % ปี 2559 (cohort 1 = 8.2 % ,cohort 2 = 8.3 % ,cohort 3 = 7.4 %)  อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2558 = 4.8 % ปี 2559 (cohort 1 = 4.9 % ,cohort 2 = 4.7 % ,cohort 3 = 4.5 %) | | | | | | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 1. ลดความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยในกลุ่มเสี่ยง  2. พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง  ๓. จัดให้มีการดูแลผู้ป่วยด้วยการมีผู้จัดการประจำตัวผู้ป่วยแต่ละราย (TB case manager)  ๔. เฝ้าระวังและป้องกันวัณโรคดื้อยา  5. กำกับและประเมินผลการรักษาผู้ป่วย และผลการดำเนินงานวัณโรค(Monitoring and evaluation) | | ๑. จัดให้มีทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในพื้นที่ในการดูแลติดตามผู้ป่วยขาดยาให้กินยาต่อเนื่อง | | ๑. พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในระดับจังหวัดและต่างจังหวัด | |  | |  | |  |
| **โครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ (ข้อมูลเดิม)** | | | | | | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | จังหวัดสระแก้ว สงขลา ตาก | | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ | | | | | | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** |  | | | | | | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** | |
|  | 1. จัดตั้งคลินิกอาชีวเวชศาสตร์และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 5 แห่ง  2. ดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระบบส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ  3. สำรวจสภาวะสุขภาพของแรงงานไทย และแรงงานต่างด้าวในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ 10 จังหวัด  4.ประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพประชากรและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษก่อนและหลังมีนิคมอุตสาหกรรม 3 จังหวัด คือ สระแก้ว ตาก สงขลา | 1. แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (หลักสูตร 3 ปี และหลักสูตร 2 เดือน) 55 คน  2. พยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน และหลักสูตร 60 ชั่วโมง) 25 คน  3. แพทย์เวชศาสตร์การเดินทาง (หลักสูตร 3 ปี) 5 คน  4.พยาบาลเวชศาสตร์การเดินทาง (หลักสูตร 1 เดือน) 15 คน | | มีฐานข้อมูล 3 ชุด  - แผนที่สถานประกอบการที่จดทะเบียนกับกรมโรงงานฯทุกแห่ง รวมทั้งสถานประกอบการอื่นที่มีความเสี่ยง 1 ระบบ  - ฐานข้อมูลภาวะหรือโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม 1 ระบบ  - ข้อมูลสิ่งแวดล้อม และข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องสารเคมี ที่มีผลกระทบต่อชุมชน | | อุปกรณ์อาชีวเวชศาสตร์และอาชีวสุขศาสตร์ | |  | | 1. การปรับบทบาทภารกิจ โครงสร้าง และขยายกรอบอัตรากำลังในสถานบริการและด่านสาธารณสุข ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ | |
|
|
|
|

**แผนงานที่ 5** อุตสาหกรรมทางการแพทย์ ประกอบด้วย ๑ โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์** | | | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ทุกเขตสุขภาพมีจังหวัดเมืองสมุนไพร โดยเพิ่มขึ้นจาก 4 จังหวัดเมืองสมุนไพรนำร่อง (เชียงราย ปราจีนบุรี สกลนคร สุราษฎร์ธานี) อีก 9 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 13 จังหวัด | | | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด | | | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/Baseline :** | เมืองสมุนไพร เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 ถึงปัจจุบัน โดยดำเนินการนำร่อง 4 จังหวัด ครอบคลุม 4 ภาค 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดสกลนคร และจังหวัดสุราษฎร์ธานี   Baseline : เมืองสมุนไพรปี 2561 ขยายจากปี 2560 ใน 4 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ เชียงราย ปราจีนบุรี สกลนคร และสุราษฎร์ธานี เพิ่มอีก 9 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก อุทัยธานี สระบุรี นครปฐม จันทบุรี มหาสารคาม สุรินทร์ อำนาจเจริญ และสงขลา รวมทั้งสิ้น 13 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ | | | | | |
| **มาตรการ  (6 Building Blocks Plus)** | **1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)** | **2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)** | **3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)** | **4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)** | **5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)** | **6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)** |
|  | 1. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง ปลายทาง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอาศัยกลไกประชารัฐ ภายใต้ 4 มาตรการ 2. ศึกษาความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในพื้นที่จังหวัดเมืองสมุนไพร | ๑. พัฒนาบุคลากรผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเมืองสมุนไพรด้านการจัดทำแผนธุรกิจ (Business plan) | 1. พัฒนาฐานระบบข้อมูลผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบ สมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด 2. พัฒนาฐานข้อมูลกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพรในจังหวัดและขึ้นทะเบียนเกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรที่มีพื้นที่การปลูกตั้งแต่ 100 ตารางวาขึ้นไป | ๑. พัฒนามาตรฐานโรงงานแปรรูปและผลิตยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่ได้มาตรฐาน GMPเพื่อรองรับการผลิตยา และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้คุณภาพมาตรฐาน | ๑. งบประมาณขับเคลื่อนโครงการเมืองสมุนไพรและ  ๒. งบประมาณภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดสรร  ๓. งบประมาณเพื่อการพัฒนาพื้นที่ระดับภาค | ๑. คณะกรรม  การบุรณาการเมืองสมุนไพรระดับจังหวัด  ๒. สร้างความเข้มแข็งให้กลุ่มแกนนำด้านสมุนไพรของจังหวัด |

**ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)**

**วัตถุประสงค์ :**

เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายที่เหมาะสม เป็นธรรมและทั่วถึง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

**เป้าหมายการพัฒนา :**

* 1. วางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนของประเทศ
  2. กระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบทให้มีความสมดุลกัน
  3. ธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

**แผนงาน :**

แผนงานที่ 1 การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

**ตัวชี้วัด :**

1) หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

2) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)

3) ร้อยละ 6๐ ของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ

**มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :**

1. พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
2. ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิต พัฒนา และธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ
3. สร้างเครือข่ายการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
4. ส่งเสริมและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญในระบบสุขภาพ
5. มีระบบฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ

**โครงการและตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ :**

| **แผนงาน/โครงการ** | **ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)** |
| --- | --- |
| **แผนงานที่ 1 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (๓ โครงการ ๖ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| ๑. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ | 1) ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด  2) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| ๒. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข | 1) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้  2) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)  3) ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ |
| ๓. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ | 1) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด |

**รายละเอียดแผนงาน โครงการ มาตรการ และตัวชี้วัด :** ประกอบด้วย 1 แผนงาน ๓ โครงการ ต่อไปนี้

**แผนงานที่ 1** การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ๓ โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ** | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ๑. เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ  2. แพทย์ PCC, EP, ระบาดวิทยา พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ๑. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด  2. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** |  | | |
| **มาตรการ** | **1. Individual  (Intrapersonal + Interpersonal)** | **2. Community/Organization** | **3. Policy** |
|  | 1. สร้างความเข้าใจในแนวทางการจัดทำแผนผลิตและพัฒนากำลังคน  ๒. สร้างแรงบันดาลใจให้เรียนวิชาชีพและสาขาขาดแคลน  ๓. สร้างค่านิยม สร้างอุดมการณ์ | 1. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน  2. พัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาครัฐ ด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน  ๓. พัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาคีภาครัฐ ท้องถิ่นและเอกชนเพิ่มการผลิตและพัฒนากำลังคน (Business partner Program)  ๔. ปรับปรุงระบบการทำงานมาตรฐานในองค์กรให้เอื้อต่อวิชาชีพสาขาขาดแคลน | 1. มีระบบข้อมูลความเชี่ยวชาญของบุคลากรสุขภาพเพื่อการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน  ๒. ปรับค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ในข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข  ๓. มีระบบข้อมูลกำลังคนเพื่อพยากรณ์และวางแผนงบประมาณในการผลิตและพัฒนากำลังคน |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข** | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | 1. มีการบริหารจัดการกำลังคนเป็นระบบชัดเจน โปร่งใส เป็นธรรม  2. บุคลากรสาธารณสุขมีลักษณะสอดคล้องตาม MOPH Core Values | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ๑. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้  2. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)  ๓. ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** |  | | |
| **มาตรการ** | **1. Individual  (Intrapersonal + Interpersonal)** | **2. Community/Organization** | **3. Policy** |
|  | 1. ถ่ายทอดวิชาการให้แต่ละบุคคลรู้ความหมายและการประยุกต์ใช้ MOPH | 1. พัฒนาระบบบริหารผลงาน (Performance Management)  2. สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้มี MOPH | 1. ปรับปรุงระบบการสรรหาและการคัดเลือก แต่งตั้ง ประเมิน ให้โปร่งใส และเป็นธรรม (Recruitment Process)  2. พัฒนาระบบค่าตอบแทน สิทธิประโยชน์ แรงจูงใจในการทำงาน และความก้าวหน้าในสายอาชีพอย่างเป็นธรรม (Retention Strategy &. Happy Work life) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ (ข้อมูลเดิม)** | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงลดลง | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 55 | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** |  | | |
| **มาตรการ** | **1. Individual  (Intrapersonal + Interpersonal)** | **2. Community/Organization** | **3. Policy** |
|  | 1. อบรมพัฒนา อสค. ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะเพื่อดำเนินงานด้านสาธารณสุข | 1. สร้างความเข้มแข็ง ของกำลังคนด้านสุขภาพ ในกลุ่ม Informal sector (Strengthen informal HRH sector )  2. สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ (Collaboration on HRH Network) | 1. พัฒนาระบบการจัดการความรู้และนวัตกรรม และการสื่อสารองค์กรที่มีประสิทธิภาพ (Innovation& Corporate Communications)  2. จัดงานวัน อสม. อสค. |

**ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล**

**(Governance Excellence)**

**วัตถุประสงค์ :**

เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงและยั่งยืน ด้วยการบริหารจัดอย่างอย่างมีธรรมาภิบาล ระบบบริหารจัดการที่โปร่งใสเป็นธรรม ตรวจสอบได้

**เป้าหมายการพัฒนา :**

1. วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้าของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ
2. มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหาร  
   จัดการ
3. สร้างและพัฒนากลไกการดุลด้านการเงินการคลังสุขภาพ
4. มีระบบเทคโนโลยีดิจิตอลด้านสุขภาพ
5. มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ

**แผนงาน :**

แผนงานที่ 1 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

แผนงานที่ 2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

แผนงานที่ 3 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

แผนงานที่ 4 การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ

แผนงานที่ 5 การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

**ตัวชี้วัด :**

1) ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ร้อยละ ๔๐

2) รพศ./รพท./รพ.สังกัดกรมการแพทย์,กรมควบคุมโรค,กรมสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๐๐ และ รพช.   
ร้อยละ ๘๐ ผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓

๓) รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ ๒๕

4) หน่วยบริการสามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ ร้อยละ ๖0

5) โรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 6

6) หน่วยงานนำผลงานวิจัย/R2R นำไปใช้ประโยชน์ร้อยละ 2๕

7) หน่วยงานในสังกัดสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA ร้อยละ 90

**มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :**

1. พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
2. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการ และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (big data)
4. บริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
5. พัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ อย่างครบวงจร
6. ปรับปรุงโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
7. ปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยงานให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง
8. ปรับปรุงและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

**โครงการและตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ :**

| **แผนงาน/โครงการ** | **ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)** |
| --- | --- |
| **แผนงานที่ 1 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ**  **(2 โครงการ ๖ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง | 1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA  2) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม  3) ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน |
| 2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ | 1) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)  2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3  3) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว |
| **แผนงานที่ 2 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ**  **(2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS) | 1) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล |
| 2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy) | 1) ร้อยละของหน่วยงานบริการระดับทุติยภุมิและตติยภูมิสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง  2) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record) |
| **แผนงานที่ 3 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ**  **(2 โครงการ 4 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน | 1) รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)  2) กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ  3) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี ๒๕๖๑ |
| 2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง | 1) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน |
| **แผนงานที่ 4 : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ**  **(๑ โครงการ ๗ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ | 1) ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์  2) ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด  3) ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น  4) ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน  5) จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย  6) จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ  7) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด |
| **แผนงานที่ 5 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ**  **(1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)** | |
| 1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ | 1) ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้ |

**รายละเอียดแผนงาน โครงการ มาตรการ และตัวชี้วัด :** ประกอบด้วย 5 แผนงาน ๘ โครงการ ต่อไปนี้

**แผนงานที่ 1 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** ประกอบด้วย 2 โครงการ   
พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง** | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และการบริหารความเสี่ยง | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ๑. ร้อยละ ๙๐ ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA  2. ร้อยละ ๒๐ ของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม  3. ร้อยละ ๘ ของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | กระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. (ปลุกจิตสำนึก ป้องกัน ปราบปราม และสร้างเครือข่าย) ในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการประเมิน ITA) ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน และ 1 ใน 4 ด้าน คือ ระบบบริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance Excellence) บรรจุอยู่ในแผนงานที่ 12 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส บรรจุอยู่ในประเด็นการตรวจราชการคณะที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ตัวชี้วัดที่ 79 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 85) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เฉพาะแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ ซึงสอดคล้องกับกับมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2559 ที่เห็นชอบให้ทุกส่วนราชการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) | | | |
| **มาตรการ** | **1. Access** | **2. Coverage** | **3. Quality** | **4. Governance** |
|  | ๑. อบรมการเผยแพร่ความรู้ การประเมินคุณธรรมและ ความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity & Transparency Assessmemt : ITA  2. เผยแพร่องค์ความรู้เรื่องการจัดวางระบบการควบคุมภายในบนเว็ปไซต์กลุ่มตรวจสอบภายใน 3. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบภายในและผู้รับผิดชอบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 ครั้ง | ๑. ทุกส่วนราชการมีระบบการป้องกันการทุจริต  ๒. ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (9 กรม) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 แห่ง) และโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข (845 แห่ง) | ๑. การประเมินตนเอง (Self-Assessment)  ๒. ประเมินผลโดยผู้ตรวจสอบภายในประจำจังหวัด และผู้ตรวจสอบตรวจสอบภายในประจำส่วนราชการ | ๑. ป้องกันการทุจริตในการบริหารราชการแผ่นดิน ผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)  ๒. ผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข |
|
|
| **หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** | ทุกส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (ข้อมูลเดิม)** | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ๑. โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety หน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)  เพิ่มขึ้น  ๒. พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)  ๒. โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety  ๓. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (ร้อยละ 25) | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ปัจจุบันมีเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) หลายเกณฑ์ ซึ่งดำเนินการโดยหลายหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) เป็นเกณฑ์เดียวที่บูรณาการในกรอบการประเมินรูปแบบเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานบริการปฐมภูมิ | | | |
| **มาตรการ** | **1. Access** | **2. Coverage** | **3. Quality** | **4. Governance** |
|  | ๑. สร้างความตื่นตัวให้ทุกหน่วยงานทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง  ๒. สนับสนุนทางวิชาการที่ดีสำหรับการพัฒนาคุณภาพ  ๓. สร้างความรู้และเจตคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน ทุกระดับ  ๔. สร้างระบบแรงจูงใจที่กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง  ๕. สื่อสาร ชี้แจง ประชาสัมพันธ์ นโยบาย แนวทาง และแผนพัฒนาองค์กรคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว | ๑. พัฒนาคณะทำงานทุกระดับ (ประเทศ เขต จังหวัด อำเภอ) | ๑. สื่อสารและเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจัดทำแนวทางการกำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูล  1. ปรับปรุงเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ปี 2561 ปรับเป็น 3 ระดับ คือ 3 ดาว 4 ดาว และ 5 ดาว  2. อบรม พัฒนาคณะทำงานทุกระดับ (ประเทศ เขต จังหวัด อำเภอ)  3. จัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 2561  4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลปฐมภูมิ | 1. ปรับคณะทำงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว  2. รพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเอง (ยกเว้น รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ปี2560)  3. คณะทำงานระดับอำเภอ ประเมิน  4. คณะทำงานระดับจังหวัด ประเมิน  5. คณะทำงานระดับเขต ประเมิน เพื่อหาต้นแบบ |
|
|
| **หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** | รพ.สต.ทุกแห่ง สสอ. สสจ. เขตสุขภาพ และหน่วยงานส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข | | | |

**แผนงานที่ 2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ** ประกอบด้วย 2 โครงการ   
พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)** | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ข้อมูลสุขภาพมีคุณภาพ ถูกต้อง | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล 1) ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ILL Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด 2) ข้อมูลบริการสุขภาพ : คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมีความถูกต้องครบถ้วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ข้อมูลการตายของประเทศไทยจากฐานข้อมูลมหาดไทย ในปีงบประมาณ 2560 ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัด : ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของการตายทั้งหมด ซึ่งภาพรวมของประเทศต้องมีจังหวัดที่ผ่านคิดเป็นร้อยละ ๒๕ พบว่า มี ๑๒ จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๘ (ข้อมูลรอบ ๙ เดือน)  ข้อมูลบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค ผลคือ ร้อยละ 21.26 (ข้อมูลไตรมาส ๒) | | | |
| **มาตรการ** | **1. Access** | **2. Coverage** | **3. Quality** | **4. Governance** |
|  | 1. มีข้อมูลการตายให้จังหวัดเข้าถึงข้อมูลได้  2. มีคู่มือการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัสโรคให้สามารถดาวน์โหลดได้ | 1. ข้อมูลการตาย 76 จังหวัด (ไม่รวม กทม.)  2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คุณภาพข้อมูลการตาย  1. อบรมแพทย์ใช้ทุนจบใหม่ เรื่องการให้สาเหตุการตาย 2. อบรมฟื้นฟูนายทะเบียนสำหรับการบันทึกสาเหตุการตายนอสถานพยาบาล 3. พัฒนาคู่มือการสรุปสาเหตุการตาย 4. จัดทำโปรแกรมแบบสัมภาษณ์สำหรับนายทะเบียน  คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ  1. ให้ความรู้เรื่องการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัสโรค 2. ลงพื้นที่นิเทศติดตามประเมินผล | 1. จัดตั้งทีมคุณภาพระดับอำเภอและระดับจังหวัด ในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ  2. มีระบบคืนกลับข้อมูลการตาย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในระดับพื้นที่ |
| **หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. /กรม ใน สธ./สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาล/สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)** | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | (1) 60% ของจำนวนหน่วยบริการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่ง-รับผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง ผ่านระบบ nRefer (2) 5% ของจำนวนประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจาก รพศ./รพท./รพช. สังกัด สป.สธ. ในระบบคลังข้อมูล HDC | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | 1) ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE)) 2) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record) | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | (1) คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (PHRs) ร่วมพิจารณายกร่างกฎหมายว่าด้วยแนวทางปฏิบัติเพื่อคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพส่วนบุคคล  (2) พัฒนาระบบ National Queue (คิวออนไลน์) ร่วมกับ 4 รพ. นำร่อง ปัจจุบันอยู่ระหว่างการทดลองและตรวจสอบโปรแกรม  (3) พัฒนาระบบ Smart Health ID เพื่อให้ประชาชนใช้บัตรประชาชนแทนบัตรโรงพยาบาลได้ ลดขั้นตอนการกรอกเอกสาร ลดระยะเวลารอรับบริการ และเมื่อวันที่ 28 มิ.ย.60 ได้ทำการ Kick off ระบบนี้อย่างเป็นทางการร่วมกับ 4 รพ. นำร่อง ได้แก่ รพ.ชลบุรี รพ.ลำปาง รพ.ขอนแก่น และ รพ.พัทลุง  (4) คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (PHRs) จัดทำชุดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ (5) ระบบ nRefer รองรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลจากหลากหลาย Platform ได้แล้วไม่น้อยกว่า 5 Providers | | | |
| **มาตรการ** | **1. Access** | **2. Coverage** | **3. Quality** | **4. Governance** |
|  | มีมาตรการในการควบคุมความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลกระบวนเข้าถึง กระบวนเข้าถึงให้ใช้มาตรฐาน 1I 3A ได้แก่ Identification,Authentication,Authorization และ Access Control | มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลกลางเพื่อบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลผ่านฐานข้อมูลเดียว | คุณภาพระบบข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง   - บูรณาการระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเชื่อมต่อกันทั่วประเทศ - พัฒนาระบบงาน เพื่อให้ทุกข้อมูลผู้ป่วยผ่านจุดเดียวโดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางคุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้นจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง - กำหนดมาตรฐานข้อมูลที่เปิดเผยได้   - กำหนดกระบวนการเข้าถึง การควบคุมการใช้ระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ | ๑. คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record (PHRs))  ๒. คณะทำงานกำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์  ๓. คณะทำงานกำหนดกระบวนการเข้าถึง/การควบคุมการใช้ระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ๔. คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record (PHRs)) ๕. คณะทำงานกำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ๖. คณะทำงานกำหนดกระบวนการเข้าถึง/การควบคุมการใช้ระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ๗. คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record (PHRs)) ๘. คณะทำงานกำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ๙. คณะทำงานกำหนดกระบวนการเข้าถึง/การควบคุมการใช้ระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ๑๐. คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record (PHRs)) |
|  |
| **หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. /กรม ใน สธ./สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาล/สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย | | | |

**แผนงานที่ 3 บริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ** ประกอบด้วย 2 โครงการ   
พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการลดความเหลื่อมล้ำ ๓ กองทุน** | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | 1. วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้าของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ  2. มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ  ๓. คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงิน | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | 1. รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)  ๒. กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ  ๓. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ร้อยละ 15.28 = จำนวนครั้งผู้ป่วยสีแดง EMS 80,522 ครั้ง /ผู้ป่วยสีแดง ER visit 526,961 ครั้ง | | | |
| **มาตรการ** | **1. Access** | **2. Coverage** | **3. Quality** | **4. Governance** |
|  | 1. พัฒนาประเภทและขอบเขตบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์กลาง/หลัก) ที่ใช้ร่วมกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ  - ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (ต่อเนื่องจากปี 60)  - ด้านการบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน (Community of Care) (เริ่ม ปี 61)  2. ศึกษาและจัดทำข้อเสนอเรื่องแพทย์แผนไทย/ แพทย์ทางเลือกและทันตกรรม (เตรียมสำหรับปี 62)  ๓. ศึกษาอัตราจ่ายด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสม (Pre hospital, UCEP)  ๔. จัดทำมาตรฐานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งหน่วยปฏิบัติการแพทย์และหน่วยปฏิบัติอำนวยการ  ๕. สนับสนุนการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐาน | 1. การบริการสาธารณสุขครอบคลุมประชากรในระบบประกันสุขภาพสุขภาพแห่งชาติ  ๒. ทบทวนกลไกการจ่ายเงินและจัดทำคู่มือการจ่ายเงิน  ๓. ส่งเสริมและสนับสนุนการจ่ายตรงไปยังหน่วยปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพ  ๔. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและความครอบคลุมพื้นที่ | 1. พัฒนากลไกบูรณาการบริหารจัดการและคุณภาพบริการเป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ  - พัฒนากลไกการบริหารการจ่ายที่ไม่แตกต่างกันของสิทธิประโยชน์ (PCC, PP)  - พัฒนาระบบสารสนเทศด้านการเบิกจ่ายและบริการสาธารณสุข (UCEP, บริการข้อมูลผ่าย call center)  - พัฒนาระบบการตรวจสอบ (Quality//Financial Audit t ร่วม 3กองทุน )  2. พัฒนาแนวทางการประมาณการค่าบริการสาธารณสุข ที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์หลัก/กลาง และจัดทำข้อเสนองบประมาณที่พอเพียงโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ | 1. พัฒนากลไกขับเคลื่อนระดับนโยบาย 3 กองทุนสุขภาพ (plus อปท)  ๒. พัฒนากลไกบูรณาการระบบติดตามและประเมินผลระบบประกันสุขภาพ และการกำกับ  ๓. กลไกร่วมในการกลั่นกรองกรอบงบประมาณของทุกหน่วยงานผู้รับประกัน  ๔. มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน  ๕. มีคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด |
| **มาตรการ** | **1. Access** | **2. Coverage** | **3. Quality** | **4. Governance** |
|  |  |  | 3. พัฒนาวิชาการเพื่อจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการเงินการคลังของประเทศ (ต้นทุนบริการที่สำคัญ)  มีประสิทธิภาพในการจ่ายเงินกองทุน  ๔. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการอย่างปลอดภัย โดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล เพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคและความเสี่ยงของการดูแลรักษา ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ภายใน 72 ชม. หรือพ้นภาวะวิกฤต  ๕. สร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชน/ผู้ป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม ทันท่วงที  ๖. หน่วยปฏิบัติการให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเหมาะสม และนำส่งสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาคุณภาพบริการ  ๗. สนับสนุนการจัดการคุณภาพบริการ (ร่วมกับ สรพ.) |  |
|
|
| **หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** | บก, สปส, สป, สปสช, สพฉ., สรพ, และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข | | | |

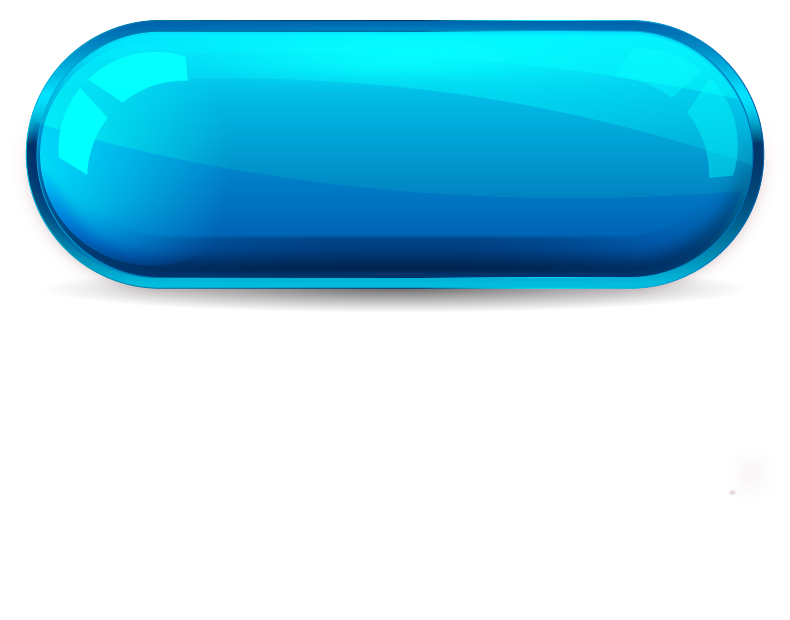
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง** | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 6 | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตและจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรมระดับพื้นที่ เพื่อการพัฒนาและขยายเป้าหมายการดำเนินงาน การร่วมบริหารผ่านคณะกรรมการร่วมระดับประเทศ (7\*7) พัฒนาระบบบัญชีให้มีคุณภาพโดยมืออาชีพ สร้างภาคีเครือข่ายที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และพัฒนาศักยภาพ เพื่อลดอัตราหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ด้วยการขับเคลื่อน 5 มาตรการ ระบบการเงินการคลังของกระทรวงสาธารณสุข | | | |
| **มาตรการ** | **1. Access** | **2. Coverage** | **3. Quality** | **4. Governance** |
|  | 1. จัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ | 1. หน่วยบริการทุกแห่ง ได้รับการจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ 2. หน่วยบริการทุกแห่ง มีและใช้แผนทางการเงิน  3. หน่วยบริการทุกแห่ง มีการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) 4. หน่วยบริการทุกแห่งมีการพัฒนาระบบข้อมูลบัญชีบริหาร (Managerial Accounting) 5. มีการสร้างเครือข่ายการเงินการคลังทุกระดับ 6. มีการพัฒนาศักยภาพ CFO และ Auditor ทุกระดับ |  | 1. การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง  (Sufficient Allocation) 2. ติดตาม กำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) 3. สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) 4. พัฒนาระบบข้อมูลบัญชีบริหาร (Managerial Accounting) 5. สร้างเครือข่ายด้านการเงินการคลังและศักยภาพบุคลากร (Network & Capacity Building) |
|
|
|
|
| **หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** | 1. หน่วยบริการ ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓. เขตสุขภาพ | | | |

**แผนงานที่ 4 การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ** ประกอบด้วย ๑ โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์** | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ผลิต องค์ความรู้ วิจัย/นวัตกรรม และเทคโนโลยี เพื่อสนองตอบการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ๑. ร้อยละ ๒๕ ของผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์  2. ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด  ๓. จำนวนรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา ไม่น้อยกว่า   60 รายการ, ร้อยละ 10 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์ และร้อยละ   รายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน [ค่าเป้าหมาย = ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)]  4. ร้อยละ ๒๘ ของรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน  5. มีตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ (National Thai Traditional Formulary) 100 ตำรับ  6. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 (เทียบกับปี 2560)  7. จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ๑๐ เรื่องที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** | ๑. ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ไตรมาส ๓ (รอบ 12 เดือน : 1 ต.ค.2559 – 30 มิ.ย.2560) พบว่า มีหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพียงร้อยละ 75 เท่านั้นที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2561 และ มีงานวิจัย เพียงร้อยละ 70.50 ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ (ร้อยละ 55 ของงานวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ EC และ ร้อยละ 15.50 ของงานวิจัยที่ไม่ต้องผ่านคณะกรรมการ EC เพราะเป็นการวิจัยในห้องปฏิบัติการ และโครงการวิจัยยังอยู่ในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล)  ๒. กำหนดและประกาศเป็น “ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ (National Thai Traditional Formulary)” คัดเลือกจาก  - ตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำรับยาที่รัฐมนตรีประกาศ (8,798 ตำรับ)  - ตำรับยาเกร็ด หรือตำรับยาของชุมชน หรือตำรับยาของหมอพื้นบ้าน (6,200 ตำรับ)  - เภสัชตำรับโรงพยาบาล หรือยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (100 ตำรับ)  ๓. ปีงบประมาณ 2560 ได้ผลงานวิจัยที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ จำนวน 5 เรื่อง และจำนวนงานวิจัยที่นำไปใช้ทางการตลาด จำนวน 4 เรื่อง  ๔. ฐานข้อมูลงานวิจัยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระหว่างปี พ.ศ.2557-2559 มีจำนวนงานวิจัย 47 58 และ 17 เรื่องตามลำดับ | | | |
| **มาตรการ** | **1. Access** | **2. Coverage** | **3. Quality** | **4. Governance** |
|  | 1. การเสริมสร้างความร่วมมือด้านการวิจัยกับภาคเอกชนที่สอดคล้องกับประเด็นวิจัยสุขภาพ (matching)  ๒. สร้างช่องทางการสื่อสาร/ถ่ายทอด/เผยแพร่ นโยบายและผลงานวิจัย  ๓. สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้วิจัยและผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย | 1. วิเคราะห์และจัดทำแผนการผลิตนวัตกรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561  2. รวบรวมข้อมูลองค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ของหน่วยงาน ประจำปี 2561 | ๑. การเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย "R2R Facilitator Advance Course"  2. พัฒนาความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมินทะเบียนฯ และเครือข่ายที่ปรึกษาด้านการพัฒนารวมทั้งปรับโครงสร้าง และลักษณะองค์กรให้มีประสิทธิภาพ | ๑. การพัฒนาเทคโนโลยีด้านยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมอยู่ภายใต้ระบบคุณภาพ และหลักธรรมาภิบาลในการบริหารองค์กร  2. มีการกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ โดยคณะทำงานกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ |
| **มาตรการ** | **1. Access** | **2. Coverage** | **3. Quality** | **4. Governance** |
|  | 4. พัฒนาระบบให้คำปรึกษาในการวิจัยจนถึงการจำหน่ายในเชิงพาณิชย์ลักษณะครบวงจร  5. บูรณาการความร่วมมือ สนับสนุนการวิจัย พัฒนายา  6. การประกาศกำหนดเป็นตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านการกลั่นกรองแล้ว ลงราชกิจจานุเบกษา | 3. ร้อยละของหน่วยงานส่วนภูมิภาคสนับสนุนงบประมาณให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของหน่วยงานทั้งหมด  ๔. คัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ จำนวน 100 ตำรับ ให้ครอบคลุม 3 กลุ่มโรค/อาการ ได้แก่ กลุ่มโรคลม กลุ่มโรคผิวหนัง และกลุ่มโรคกษัย  ๕. สนับสนุนการศึกษาวิจัยในรูปแบบของชุดโครงการวิจัยที่ครบวงจรถึงขั้นตอนการนำไปใช้ประโยชน์  ๖. พัฒนาภาคีเครือข่ายนักวิจัยในภูมิภาคให้ครบทุกเขตสุขภาพ  ๗. หน่วยงานมีการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย | ๓. จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรม  การวิจัย (SOPs)  ๔. จัดทำ/พัฒนาระบบฐานข้อมูลวิจัย/ R2R ระดับประเทศ,ฐานข้อมูลด้านสิทธิบัตร งานวิจัย และฐานข้อมูลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพ  ๕. พัฒนาคุณภาพผลงานวิจัยโดยปรับปรุงกระบวนการวิจัยให้ได้ตามหลักมาตรฐานสากล  ๖. พัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ให้มีศักยภาพในการวิจัยที่ได้มาตรฐาน | 3. พัฒนาระบบติดตามความคืบหน้าการดำเนินงาน โดยมีคณะกรรมทำงาน ติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ  4. มีการสังเคราะห์ ข้อมูลตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ โดยคณะทำงานด้านเลขานุการ  5. ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย  6. มีคณะกรรมการอำนวยการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ในการสนับสนุนและให้คำปรึกษา  7. ระบบกำกับ ติดตามและผลการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัยและประเมินโครงการวิจัย |
|
|
| **หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** | 1. หน่วยงานส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข  2. สำนักงานเขสุขภาพที่ 1-12 | | | |

**แผนงานที่ 5 การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ** ประกอบด้วย ๑ โครงการ พร้อมรายละเอียดมาตรการและตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

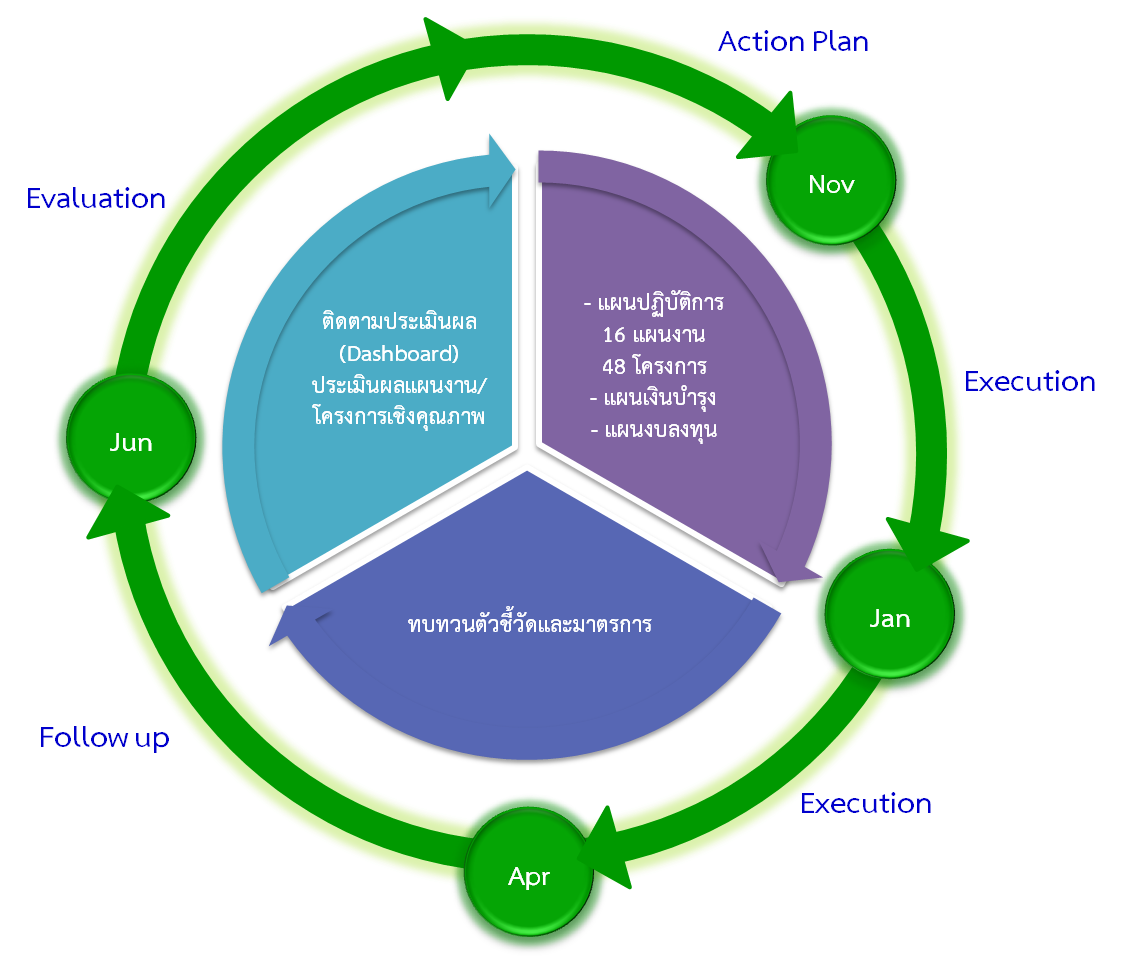
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (ข้อมูลเดิม)** | | | | |
| **ระยะดำเนินการ** | ปี 2561 | | | |
| **เป้าหมาย (Goal)** | กฎหมายกระทรวงสาธารณสุขได้รับการแก้ไขและพัฒนา ร้อยละ ๖๐ | | | |
| **ตัวชี้วัด (KPI)** | ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้ | | | |
| **ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/baseline** |  | | | |
| **มาตรการ** | **1. Access** | **2. Coverage** | **3. Quality** | **4. Governance** |
| ๑. พัฒนากฎหมายด้านสาธารณสุขให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน |  | ๑. พัฒนาบุคลากรด้านกฎหมายให้มีประสิทธิภาพ  ๒. พัฒนาและจัดการบังคับใช้กฎหมายด้าน สาธารณสุขอย่างมีระบบและเข้มแข็ง | ๑. มีคณะทำงานในการพัฒนากฎหมายด้านสาธารณสุข |
| **หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** | หน่วยงานส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข | | | |



**การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผล**

เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑ บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และสอดคล้องกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ควบคู่กับการดำเนินการที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ของประเทศ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” การขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑ ไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องทำให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ตระหนักถึงภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของตน ที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนแผนให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ   
โดยแนวทางในการขับเคลื่อนแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติ จะเน้นการถ่ายทอดไปสู่ระดับเขตสุขภาพ โดยมีผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ลงไปถ่ายทอดแผนฯ ด้วยตนเองในแต่ละเขตสุขภาพเพื่อสร้างความเข้าใจ  
ให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและเพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข

**ภาพที่ 1 : กระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑ ไปสู่การปฏิบัติ**

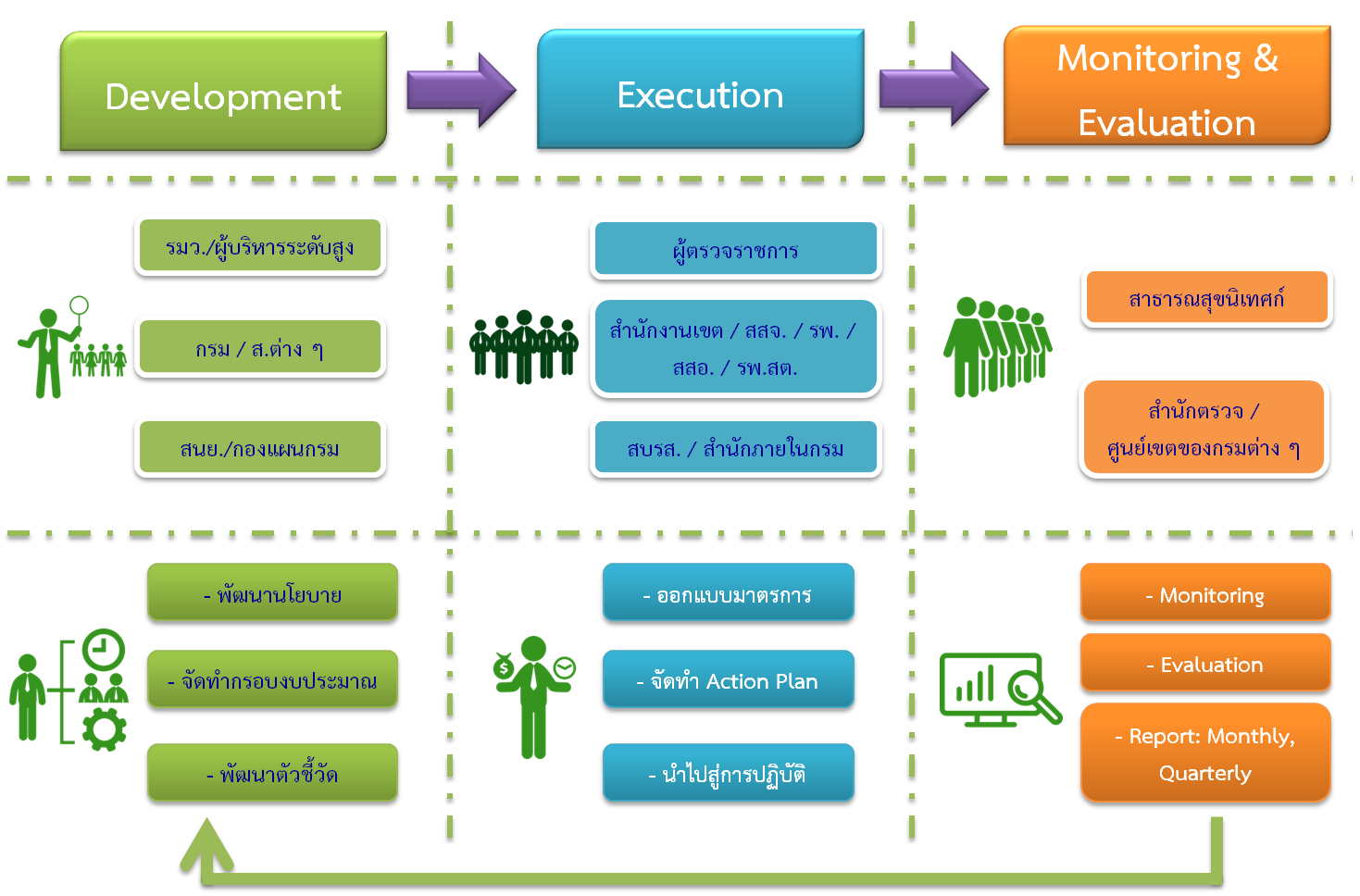


- แผนปฏิบัติการ   
 15 แผนงาน

45 โครงการ

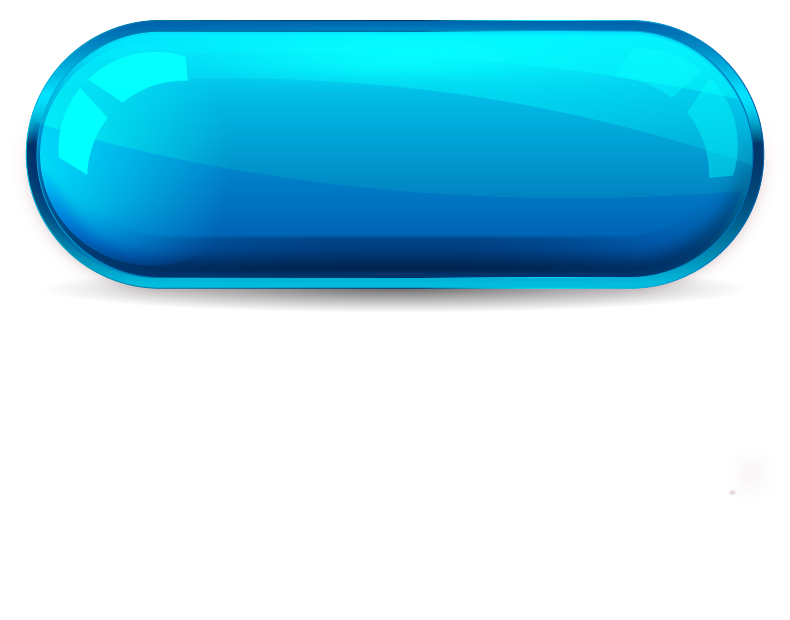
**ที่มา :**กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**ภาพที่ 2 : บทบาทและภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา ไปสู่การปฏิบัติและติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 256๑**



**ที่มา :** กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ในส่วนของการติดตามประเมินผลนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อนำมาพัฒนาระบบการติดตามข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลที่สำคัญด้านสุขภาพ (Dashboard) ในพื้นที่เขตสุขภาพ และจังหวัด ตามกรอบยุทธศาสตร์ 4 excellence ที่กล่าวไปในบทที่แล้ว

****

**เอกสารอ้างอิง**

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **แผนพัฒนา สุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559)**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558).  **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557**. นครปฐม: บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). **สุขภาพคนไทย 2559**. นครปฐม: อัมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). **ร่าง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)**. กรุงเทพฯ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). **ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)**. กรุงเทพฯ.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **รายงานภาระโรคและการ บาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556**. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2**. นนทบุรี.

สำนักนายกรัฐมนตรี. (2559). **ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579)**. กรุงเทพฯ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). **รายงานข้อมูลทรัพยากร สาธารณสุข ประจำปี 2557**. นนทบุรี.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). **จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยมและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข**. นนทบุรี.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **รายงานประจำปี 2558**. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **รายงานประจำปี 2558 สำนัก โรคติดต่ออุบัติใหม่**. นนทบุรี.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2557). **คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.

สุวิทย์ เมษิณทรีย์. “แนวคิดเกี่ยวกับประเทศไทย 4.0.”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก:planning2.mju.ac.th /wtms\_documentDownload.aspx?id=MjY4MTE= 25

1. คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ; ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย [↑](#footnote-ref-1)
2. การประชุมระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2558) [↑](#footnote-ref-2)