แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี

ด้านสาธารณสุข

(พ.ศ. 2560 - 2579)

ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2

(พ.ศ. 2561)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี

ด้านสาธารณสุข

(พ.ศ. 2560 - 2579)

ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561)

พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2561
จำนวนที่พิมพ์ 1,000 เล่ม
จัดทำโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ISBN 978-616-11-3-3757-1



คำนำ

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

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

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

กระทรวงสาธารณสุข
ธันวาคม 2560



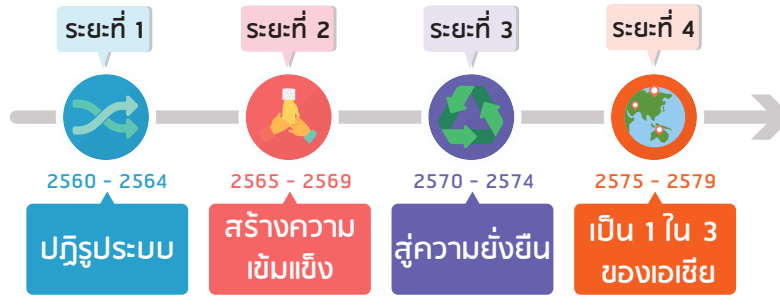
บทสรุปผู้บริหาร

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย การเปลี่ยนแปลงฐานเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัล การเกิดโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติธรรมชาติ และภัยก่อการร้าย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสิ่งแวดล้อม แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) นโยบายประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) รวมไปถึงนโยบายการปฏิรูปประเทศมุ่งสู่ “ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”

โดยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมผู้บริหารระดับสูง “การถอยเพื่อทบทวนหรือการถอยตั้งหลักก่อนที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า (Retreat)” เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อทบทวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) และกำหนดยุทธศาสตร์ กระบวนการดำเนินงาน ค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัด พร้อมรายละเอียดตามเป้าหมายหลัก รวมทั้งแผนงาน/โครงการ โดยกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ ระยะละ 5 ปี และมีจุดเน้นแต่ละระยะ คือ



โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน

คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย 15 แผนงาน 45 โครงการ โดยกำหนดเป้าหมาย และมาตรการสำคัญ ให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด รวมทั้งได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด สร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง และมีการติดตาม ประเมินผลที่สะดวก รวดเร็ว เพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานอีกด้วย


1:25

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 บทนำ 9

บทที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ 15

บทที่ 3 สถานะสุขภาพ 23

บทที่ 4 สถานการณ์บริการสุขภาพ 31

บทที่ 5 ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560 - 2579) 37

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence) 42
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 55
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) 78
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) 82

บทที่ 6 การติดตามและประเมินผล 93

เอกสารอ้างอิง



บทที่ 1
บทนำ

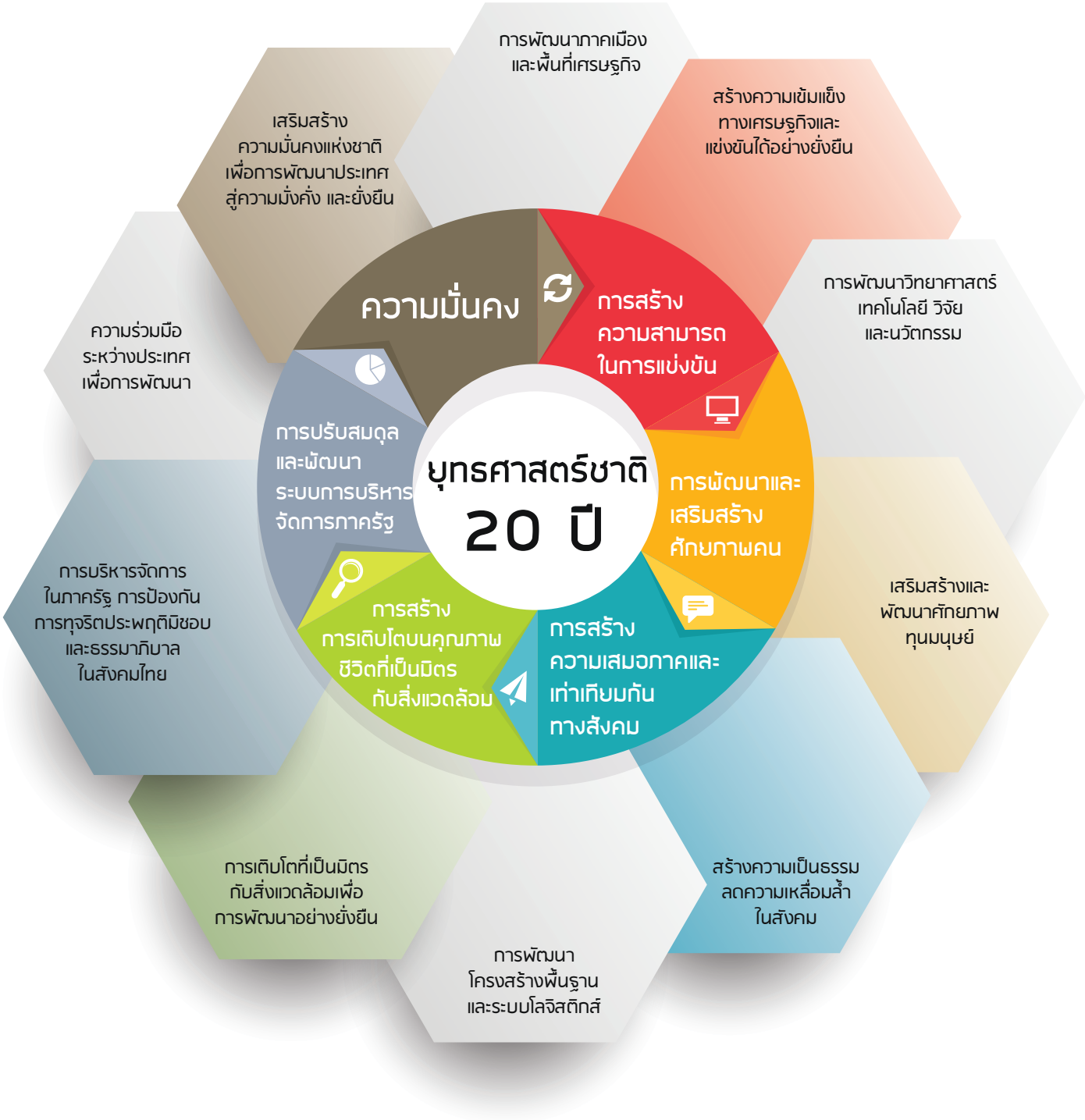
กรอบแนวคิดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560 – 2579)



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

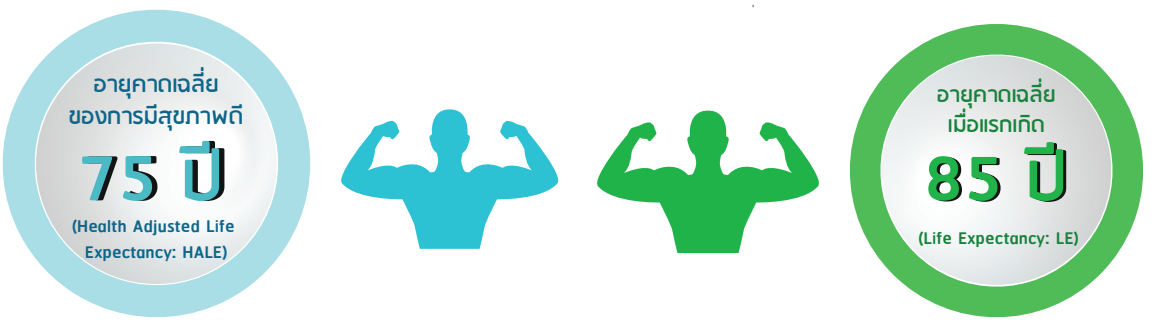
โดยกรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ นี้ เป็นกรอบการพัฒนาระยะยาว มุ่งเน้นเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ **“ประเทศไทย มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง”** โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อน ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ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

ความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และ แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12



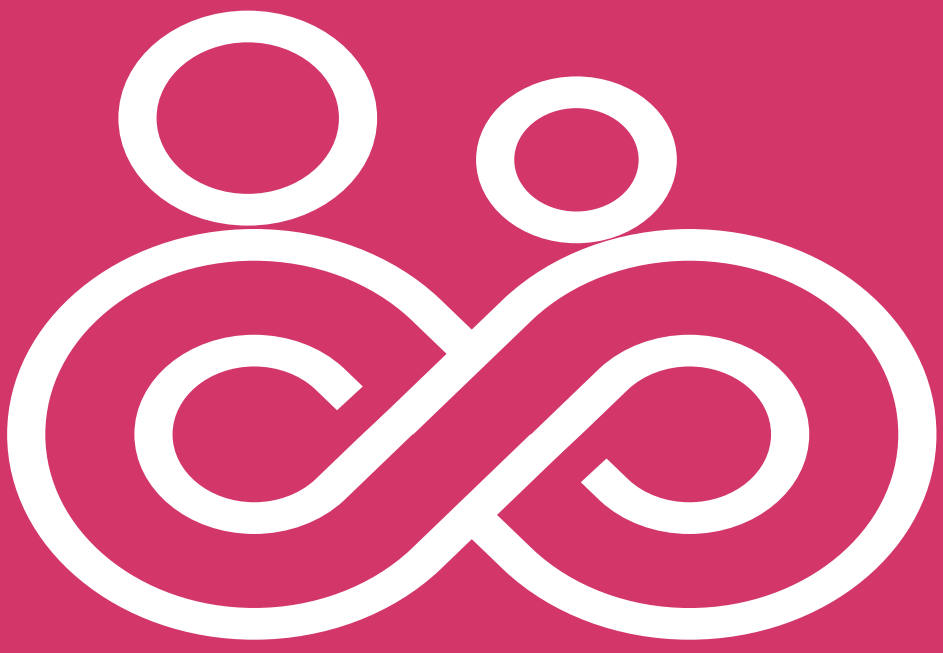
เป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน









บทที่ 2
ปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ

บทที่ 2

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ

การพัฒนาอย่างก้าวกระโดดในด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในช่วงศตวรรษที่ผ่านมานั้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม รวมถึงวิถีชีวิตและรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้คน แม้ความสำเร็จในการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์จะทำให้สามารถควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อได้ดีขึ้น ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น แนวโน้มการเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้น แต่อุบัติการณ์ของโรคเรื้อรัง ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (Social Determinants of Health) มีความหลากหลายควบคุมได้ยากขึ้น โดยปัจจัยหลักที่มีผลกระทบต่อบริบทสุขภาพของคนไทย มีดังนี้



สังคมผู้สูงอายุ

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



ปัญหาสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาวะที่ดี ปัจจุบันปัญหาที่เกิดจากการจัดการและใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้ทรัพยากรธรรมชาติเสื่อมโทรมลงอย่างมาก ทั้งยังมีปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของเศรษฐกิจและความเป็นชุมชนเมือง ตัวอย่างเช่น ปัญหาขยะมูลฝอยที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในปี 2559 มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 27.06 ล้านตัน ในขณะที่การบริหารจัดการที่ถูกกำจัดอย่างถูกต้องมีเพียง 9.75 ล้านตัน ของปริมาณขยะมูลฝอยทั้งหมดที่เกิดขึ้นในปี 2559 นอกจากนั้นยังมีปัญหามลพิษทางอากาศ ปริมาณฝุ่นละอองที่เกินค่ามาตรฐานหลายแห่ง ทั้งหมดนี้จะส่งผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพอนามัยของคนไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม



ปัญหาการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจากภาวะโรคร้อน ความสมดุลที่เสียไปเนื่องจากผลอุณหภูมิของโลกที่สูงขึ้น ทำให้เกิดความแห้งแล้งเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลกระทบต่อความอุดมสมบูรณ์ของดิน ป่าไม้เกิดความเสื่อมโทรม แหล่งน้ำขาดแคลน ผลผลิตทางการเกษตรลดลง เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ เกิดโรคระบาดในพืชและสัตว์ โรคที่เกิดจากแมลงเป็นพาหะที่สามารถแพร่ขยายพันธุ์และเจริญเติบโตดีขึ้นในสภาพอากาศร้อน เช่น โรคมาลาเรีย เกิดภาวะน้ำท่วมและวาตภัย และสัมพันธ์กับอาหารและน้ำดื่มที่ไม่สะอาด



ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

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



การเชื่อมต่อการค้า - การลงทุน

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



สังคมผู้สูงอายุ

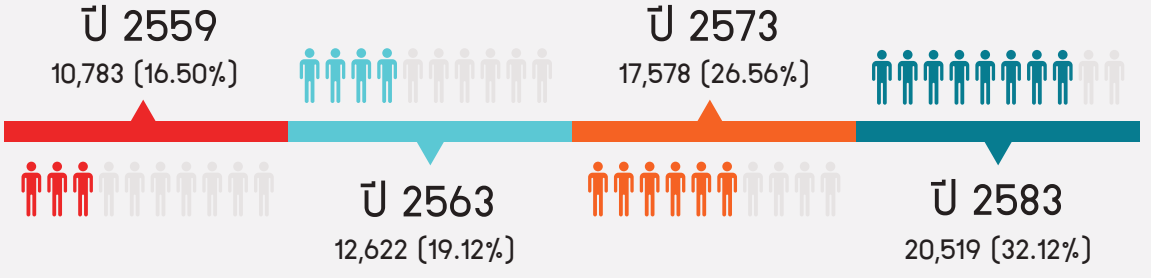
บทที่ 2

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติที่แบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ดังนี้

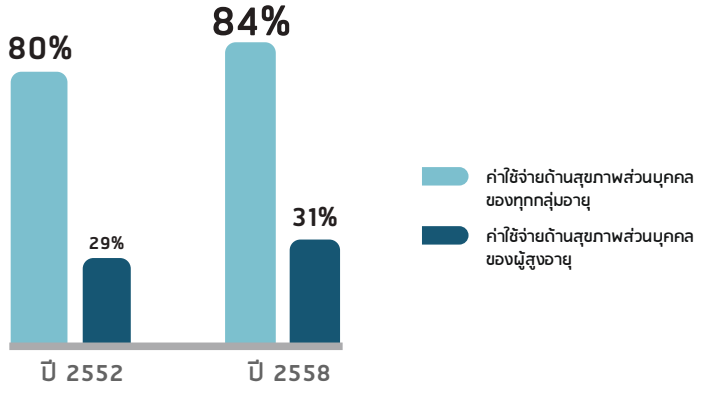
- ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) 10% ของประชากรทั้งประเทศ
- ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) 20% ของประชากรทั้งประเทศ
- ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged Society) มากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ

คาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทย (หน่วย 1:1,000 คน)



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

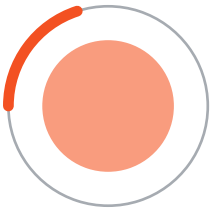
สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนบุคคลของผู้สูงอายุต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของทุกกลุ่มอายุ



ที่มา: ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ UNFPA

ปัญหาด้านสังคม

ปี 2557 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ร้อยละ **8.7**





ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (กลุ่มอายุ 60 - 80 ปีขึ้นไป)

- เพศชาย ร้อยละ **2.8**
- เพศหญิง ร้อยละ **6.1**

ที่มา: การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

5 อันดับปัญหาด้านสุขภาพ ปี 2558

(อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน)

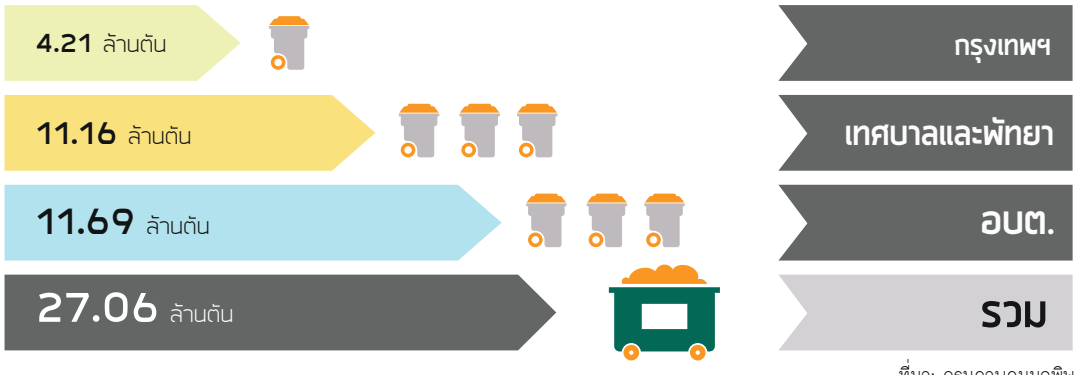
อันดับ 1	อันดับ 2	อันดับ 3	อันดับ 4	อันดับ 5
โรคความดันโลหิตสูง	โรคหัวใจ (ไม่รวมหัวใจขาดเลือด)	โรคเบาหวาน	โรคมะเร็ง	โรคหัวใจขาดเลือด
9,489.42	**6,580.18**	**5,535.52**	**3,190.57**	**1,950.21**



ปัญหาสิ่งแวดล้อม

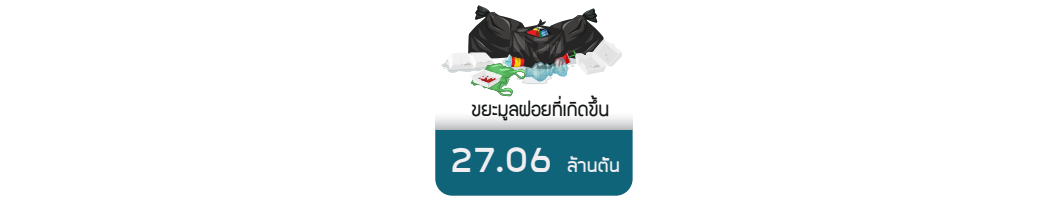
บทที่ 2

ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ปี 2559



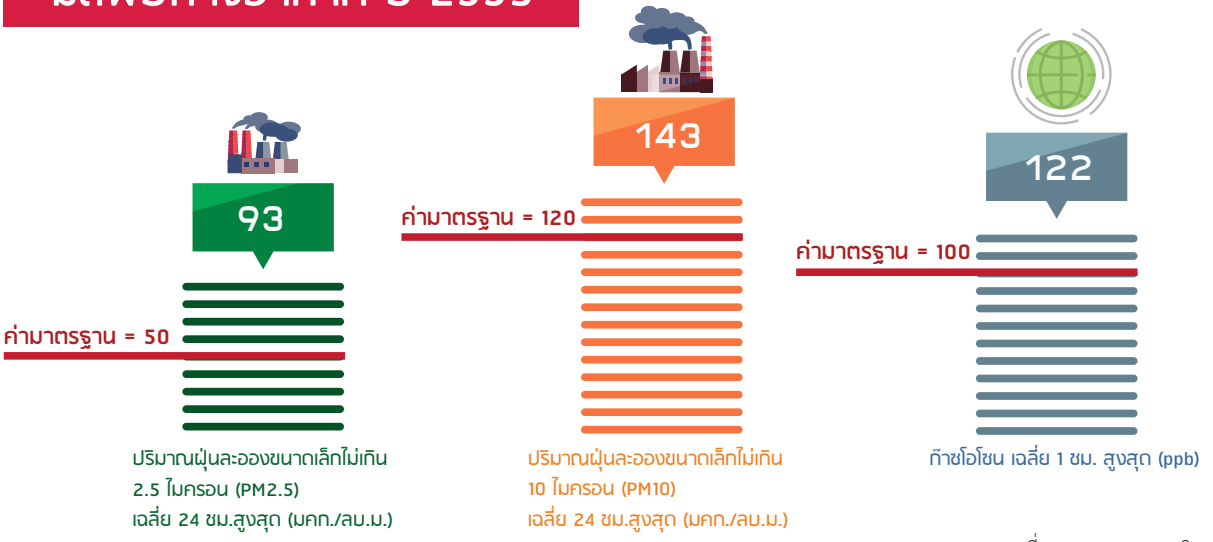
ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ

การบริหารจัดการขยะมูลฝอย ปี 2559



ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ

มลพิษทางอากาศ ปี 2559



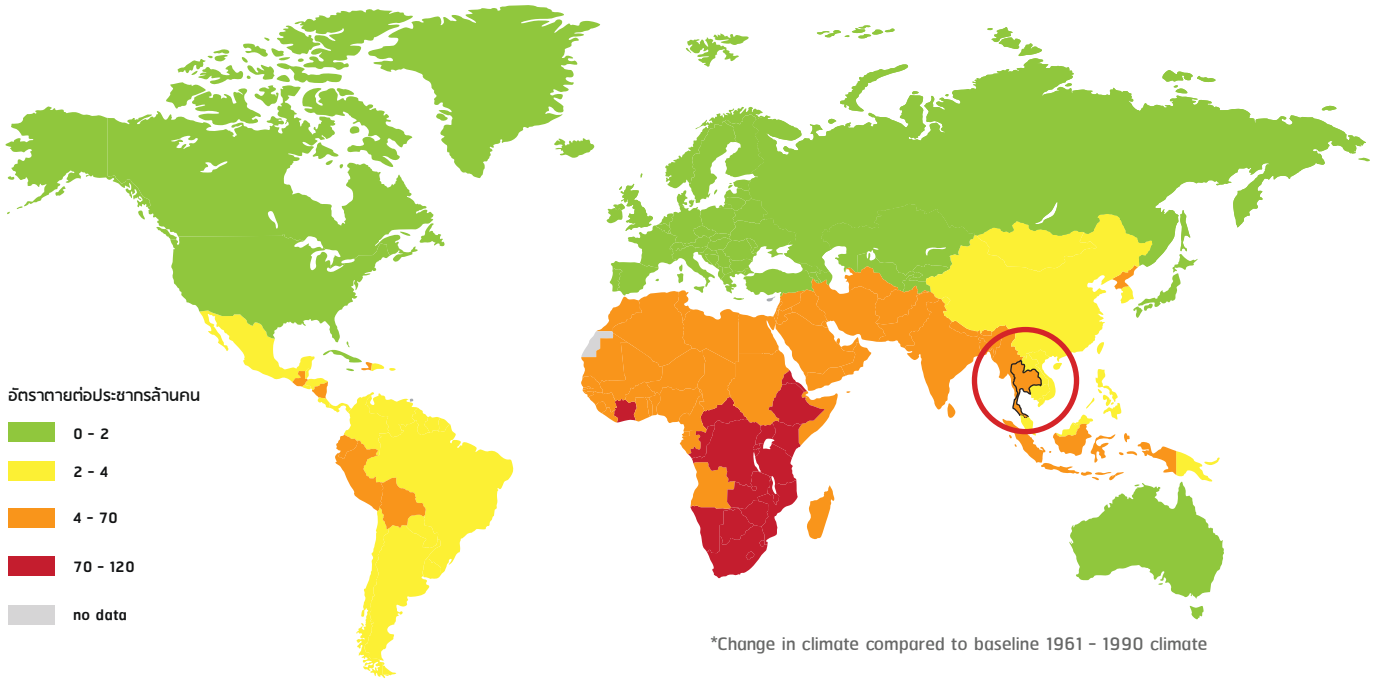
ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ

บทที่ 2

ปัญหาการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ

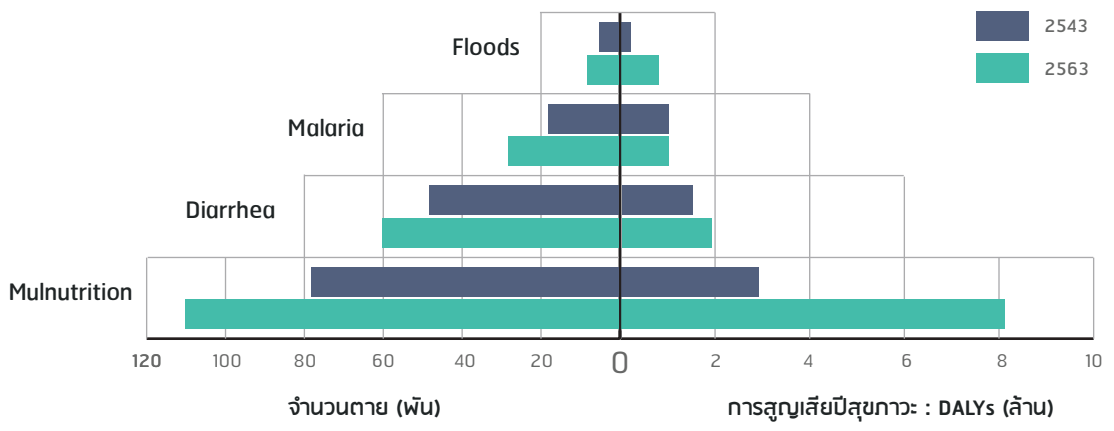
ภาวะโลกร้อน

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



Data Source: McMichael,JJ,Campbell-Lendrum D,Kovats RS,et al.Global Climate Change.In Comparative Quantification of Health Risk: Global and Regional Burden of Disease due to Selected Major Risk Factors.M. Ezzati, Lopez, AD, Rodgers A.,Murray CJL. Geneva,WHO, 2004

การคาดประมาณการสูญเสียปีสุขภาวะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ พ.ศ. 2543 และ 2563



ที่มา: Campbell-Lendrum et al., 2003

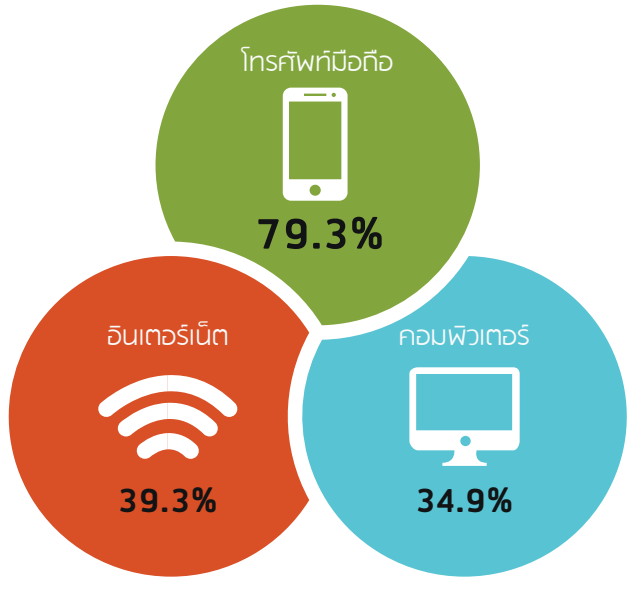


ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

บทที่ 2

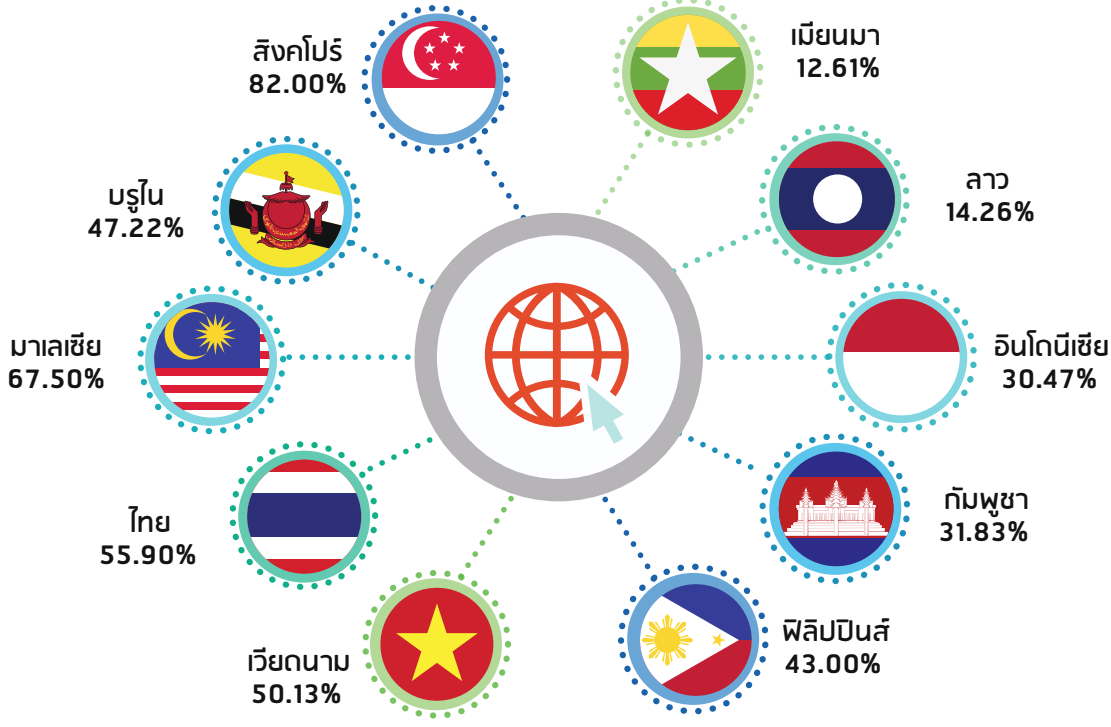
การใช้เทคโนโลยี

อัตราการใช้เทคโนโลยีของประชากรไทย ปี 2558



ที่มา: รายงานการสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การเปรียบเทียบความแพร่หลายของการใช้อินเตอร์เน็ต ในประเทศอาเซียน ปี 2558



หมายเหตุ : ข้อมูลการใช้อินเตอร์เน็ตของประเทศไทยจาก 2 แหล่ง มีตัวเลขไม่เท่ากันเนื่องจากวิธีการสำรวจและกลุ่มตัวอย่างไม่เหมือนกัน

ที่มา: Internet World Stats



การเชื่อมต่อ การค้า - การลงทุน

การเกิดโรคระบาด

อัตราอุบัติการณ์ของมาลาเรีย อัตราป่วยจากวัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2557

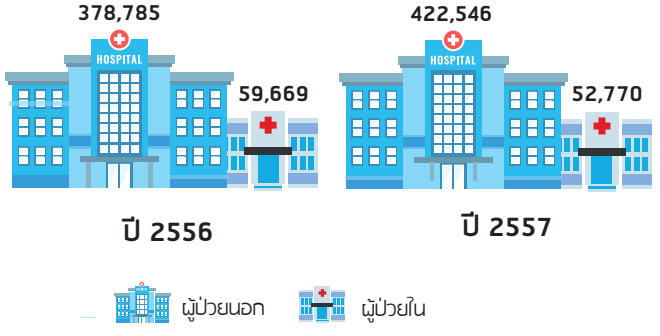
	โรค	ประเทศ	10 จังหวัด เขตเศรษฐกิจพิเศษ	สัดส่วนระหว่าง 10 จังหวัด เขตเศรษฐกิจพิเศษ: ประเทศ
อัตราอุบัติการณ์	มาลาเรีย	0.38	0.86	2.26
อัตราป่วย	วัณโรค	80.90	170	2.10
	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	54	84.70	1.57

หมายเหตุ 1. อุบัติการณ์ของมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน
2. อัตราป่วยโรควัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อประชากร 100,000 คน

ที่มา : (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ.2560-2564 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

การบริการด้านสุขภาพคนต่างด้าว

จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคนต่างด้าวที่มารับบริการในสถานบริการของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2556 - 2557



ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคนต่างด้าว

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้จากคนต่างด้าวของสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2555 - 2557



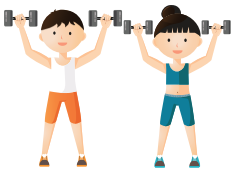
ที่มา : (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ.2560-2564 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์



บทที่ 3
สถานะสุขภาพ

บทที่ 3

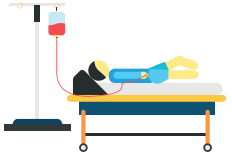
สถานะสุขภาพ



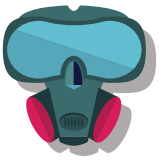
สถานะสุขภาพคนไทย



อัตราตาย



อัตราป่วยจากโรคสำคัญ



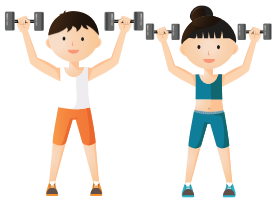
โรคติดต่ออุบัติใหม่

สถานะสุขภาพของคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต เห็นได้จากการมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเพศหญิงและชาย โดยในปี 2558 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ที่ 74.9 ปี และมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ถึง 66.8 ปี ดัชนีที่บอกถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพก็มีแนวโน้มดีขึ้น เช่น อัตราการตายของมารดาที่ต่ำลงถึง 24.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน อัตราทารกตาย 6.2 ต่อการเกิดมีชีพพันคน และอัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปีลดลงเป็น 8.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี 2558 เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของคนไทยจากโรคไม่ติดต่อ และโรคเรื้อรัง ก็กลับมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตที่มักเป็นกลุ่มโรคติดเชื้อ โดยในปี 2557 สาเหตุที่ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุด เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง การติดติดเชื้อ HIV/เอดส์ และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนสาเหตุที่หญิงไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดเกิดจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ

ทั้งนี้ สาเหตุการตายสำคัญที่มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ อุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่ง รองลงมาได้แก่ การทำร้ายตนเอง จมน้ำ ถูกทำร้าย และการพลัดตกหกล้ม ตามลำดับ ส่วนอัตราการตายที่มีแนวโน้มสูงขึ้นมากที่สุด อันมีสาเหตุจากโรคเรื้อรัง คือ โรคมะเร็ง รองลงมาได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน ตามลำดับ

สำหรับสาเหตุของความเจ็บป่วยของประชากรไทยนั้น จากข้อมูลในปี 2558 พบว่าประชากรที่มีอายุตั้งแต่ แรกเกิดถึง 59 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในด้วยโรคระบบหายใจมากที่สุด รองลงมาคือโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต โรคระบบย่อยอาหาร โรคมะเร็ง และโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ตามลำดับ ส่วนสาเหตุของการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีสาเหตุมาจากโรคระบบไหลเวียนโลหิต รองลงมาคือโรคระบบหายใจ โรคระบบย่อยอาหาร โรคมะเร็ง และโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ตามลำดับ

ที่สำคัญ พบว่าใน ช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และมีความรุนแรงมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการระบาดข้ามพรมแดนผ่านการเคลื่อนย้ายของประชากร สินค้าและแรงงาน ตลอดจนการเพิ่มขึ้นของสัตว์พาหะนำโรคโดยโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่สำคัญในปัจจุบันนั้นยังมีหลายโรคที่ต้องควบคุม และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคไข้หวัดนก และโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น



สถานะสุขภาพคนไทย

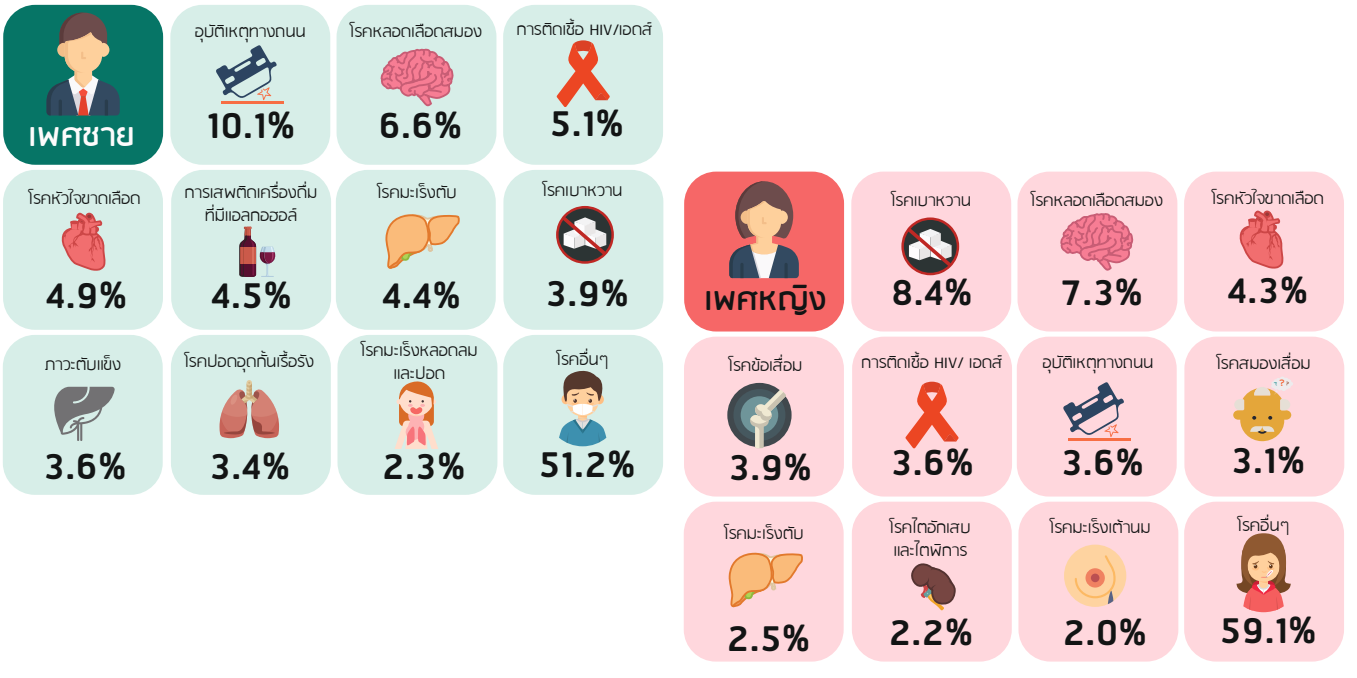
บทที่ 3

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



ที่มา: World Health Statistic 2016, WHO

การสูญเสียปีสุขภาวะของประเทศ (DALYs) จำแนกตามสาเหตุสำคัญ พ.ศ. 2557



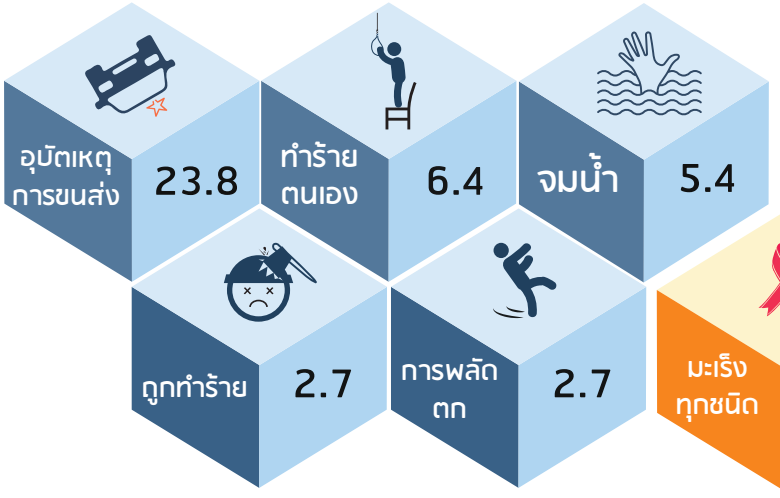
ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ



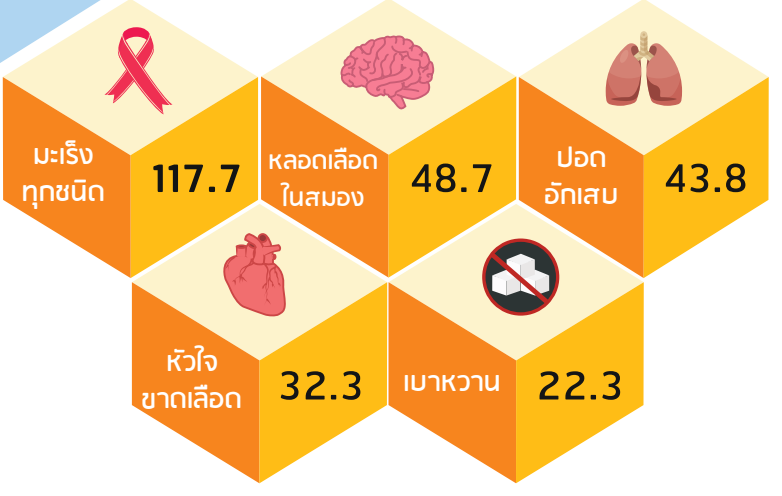
อัตราตาย

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

สาเหตุภายนอก (External Causes)



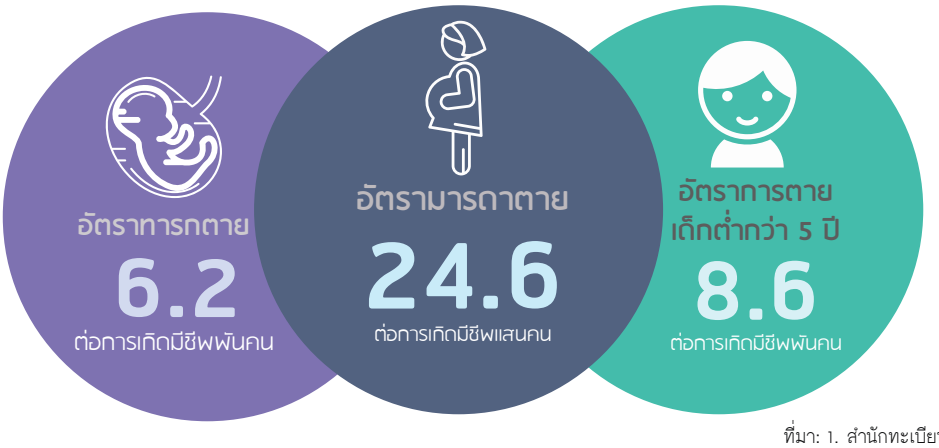
โรคเรื้อรัง (Chronic Diseases)



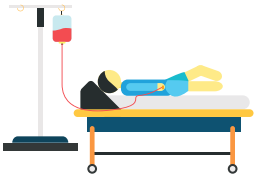
หมายเหตุ : อัตราต่อแสนประชากร

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

อัตรามารดาตาย อัตราทารกตาย และอัตราการตาย เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประชากรไทย ปี 2558



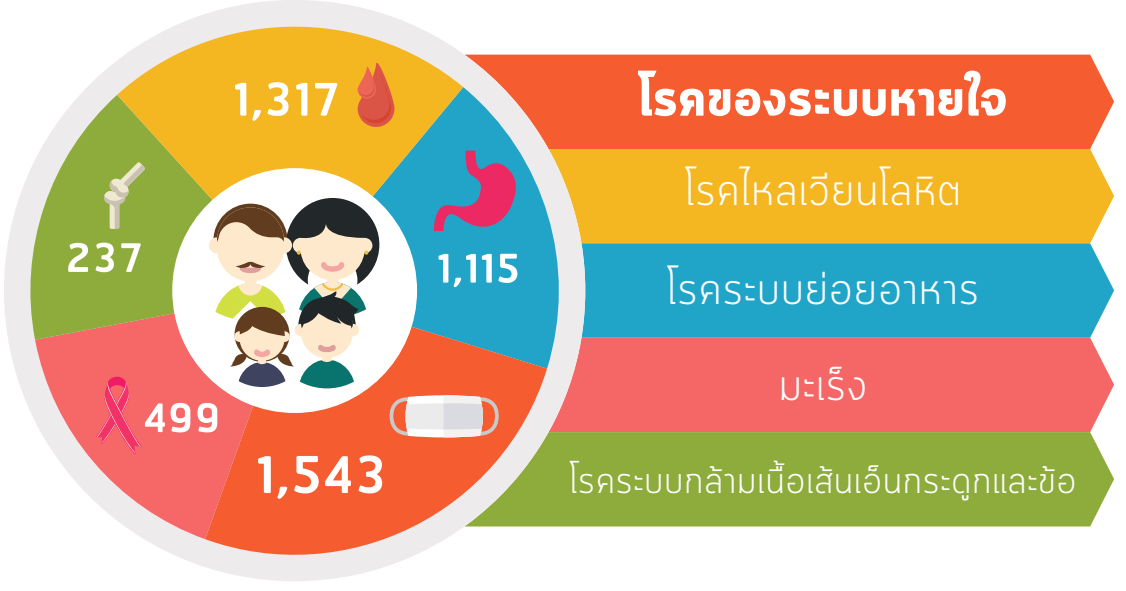
ที่มา: 1. สำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย
2. World Health Statistic 2016, WHO
3. Health at a Glance OECD Indicators, 2016
4. 2016 Population Reference Bureau



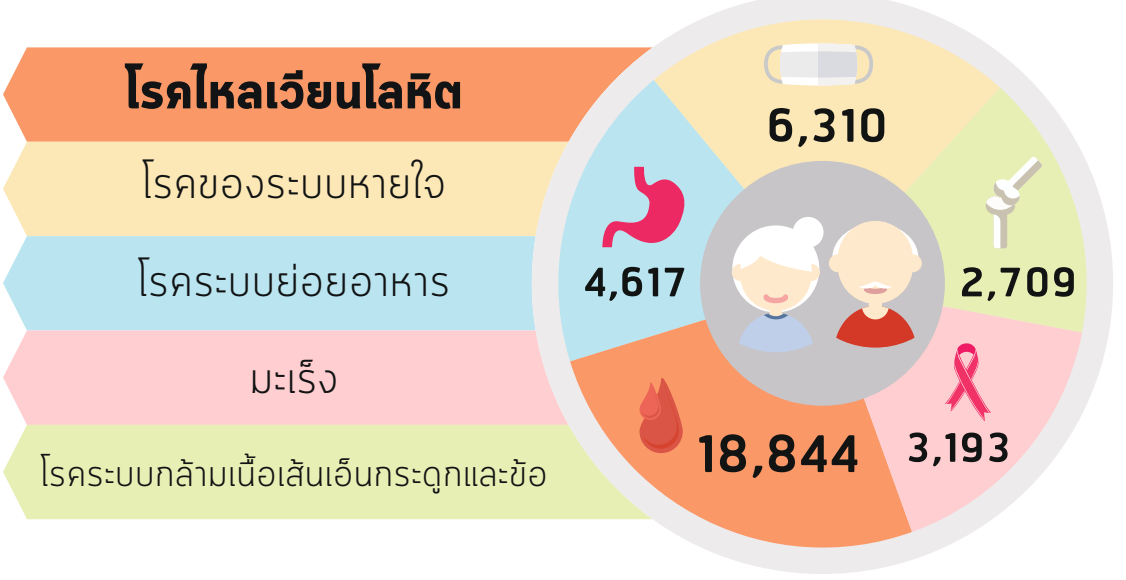
อัตราป่วยจากโรคสำคัญ

อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนจากโรคที่สำคัญ ปี 2558

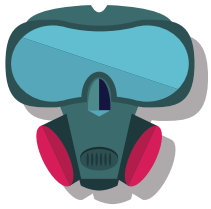
อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนจากโรคที่สำคัญของประชากรอายุ 0 - 59 ปี



อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนจากโรคที่สำคัญของประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป

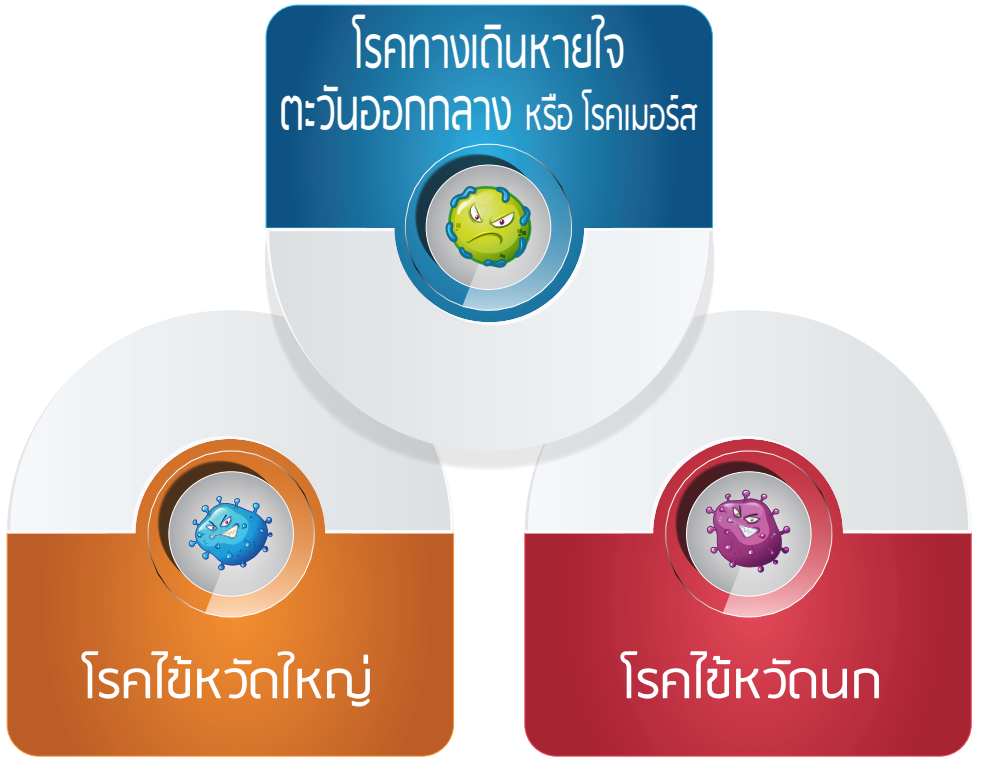


ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข



โรคติดต่ออุบัติใหม่

บทที่ 3



โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง มีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลก 2,103 ราย เสียชีวิต 733 ราย จาก 27 ประเทศ ประเทศที่พบการระบาด: ซาอุดิอาระเบีย กาตาร์ จอร์แดน โอมาน ในประเทศไทย พบ 3 ราย (ก.ย. 2555 - ต.ค. 2560)

โรคไข้หวัดใหญ่ มีจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศ 192,593 ราย เสียชีวิต 55 ราย (ม.ค. 2560 - ธ.ค. 2560)

โรคไข้หวัดนก มีจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศ 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย (พ.ศ. 2547 - 2549)

ที่มา: สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, WHO





บทที่ 4

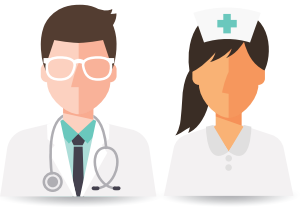
สถานการณ์บริการสุขภาพ

บทที่ 4

สถานการณ์บริการสุขภาพ



สถานการณ์บริการสุขภาพ



สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้มีการพัฒนาและขยายการให้บริการในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง มีการขยายหน่วยบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ มีการเพิ่มจำนวนเตียงเพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นและสามารถให้บริการแบบผู้ป่วยนอกได้มากขึ้น โดยในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (OPD Visits) จำนวน 193,180,329 ครั้ง และให้บริการแบบผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 9,449,326 ราย โดยอัตราการใช้เตียงเฉลี่ยที่ร้อยละ 76 ของจำนวนเตียงทั้งประเทศ

ถึงแม้สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestric Product: GDP) มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมูลค่าผลผลิตจากส่วนอื่นเพิ่มขึ้น ทำให้ GDP ของประเทศเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนรวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก 371,832 ล้านบาท ในปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็น 476,430 ล้านบาท ในปี 2556 นอกจากนี้จากข้อมูลในปีเดียวกันพบว่าประชาชนมีรายจ่ายด้านสุขภาพ เฉลี่ยถึง 7,357 บาทต่อคนต่อปี โดยเป็นการจ่ายให้กับบริการภาครัฐ 77% และภาคเอกชน 23%

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



สถานการณ์บริการสุขภาพ

ปี 2559

จำนวนสถานพยาบาล



ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน **1,221** แห่ง

จำนวนเตียง



141,500 เตียง

จำนวนผู้ป่วยนอก



193.2 ล้านครั้ง

จำนวนผู้ป่วยใน



9.4 ล้านราย

อัตราครองเตียง

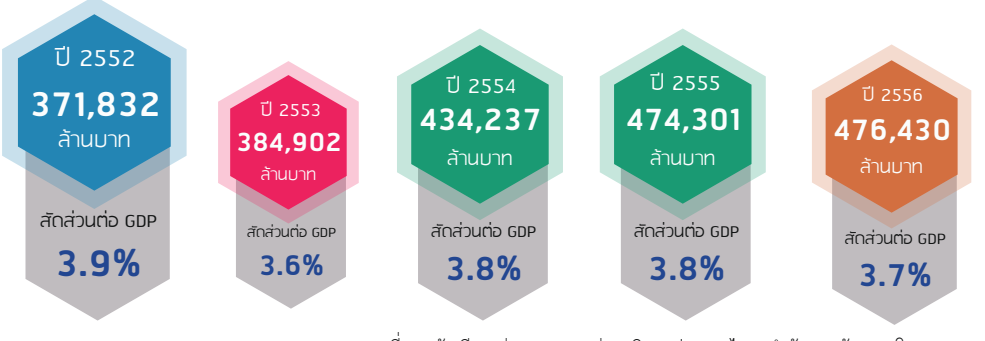


ร้อยละ **76**

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

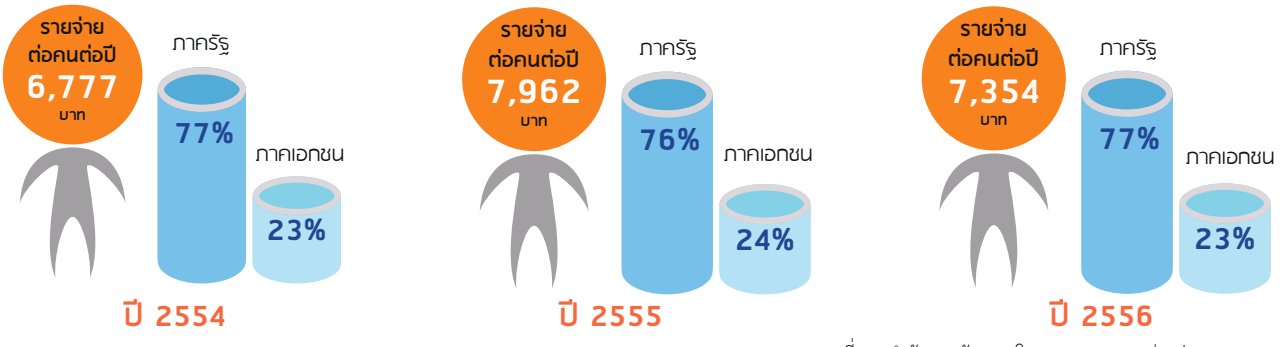
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนทั้งหมด (GDP)



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและเอกชน



ที่มา: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ



สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

บทที่ 4

อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญของประเทศไทย ปี 2558

อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร



แพทย์	:	ประชากร
1	:	2,035

อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร



ทันตแพทย์	:	ประชากร
1	:	9,352

อัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากร



เภสัชกร	:	ประชากร
1	:	5,317

อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร



พยาบาลวิชาชีพ	:	ประชากร
1	:	436

อัตราส่วนพยาบาลเทคนิคต่อประชากร



พยาบาลเทคนิค	:	ประชากร
1	:	9,716

ที่มา: รายงานทรัพยากรสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข





บทที่ 5

ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

(พ.ศ.2560 – 2579)

บทที่ 5

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

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



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



4 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ Excellence



8 ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร
Corporate KPIs

1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE)

ไม่น้อยกว่า 85 ปี

2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE)

ไม่น้อยกว่า 75 ปี

3. ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)

ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

4. ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index)

ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

5. อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย (Access)

ร้อยละ 100

6. ความครอบคลุมของแพทย์และเตียง รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Coverage)

สัดส่วนแพทย์ 1 ต่อ 1,500 ประชากร

สัดส่วนเตียง 2 ต่อ 1,000 ประชากร

7. สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA (Quality)

ร้อยละ 100

8. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA (Governance)

ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

ยุทธศาสตร์ที่ 1

ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

4 แผนงาน

12 โครงการ

Phase 1 **26** KPI

Phase 2 **27** KPI

Phase 3 **26** KPI

Phase 4 **28** KPI

แผนงานที่ 1
การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1 พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

สถานการณ์ปัจจุบัน

- อัตรามารดาตายต่อแสนการเกิดมีชีพ ปี 2555, 2556 และ 2557 มีอัตราที่เพิ่มขึ้นจาก 17.6, 22.2 และ 23.3 ตามลำดับ
- ปี 2559 ระดับสติปัญญาของเด็กนักเรียนชั้น ป.1 เท่ากับ 98.23 และปี 2560 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 21.5
- ปี 2560 เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วนเพียงร้อยละ 49.5

วัตถุประสงค์

- เพื่อพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ
- เพื่อให้มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน
- เพื่อส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตพัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้ตามช่วงวัย

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยเด็กมีพัฒนาการสมวัย



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

พ.ศ.2560 - 2564 Phase 1
- ร้อยละ 100 สถานบริการสาธารณสุขที่มีการคลอดมาตรฐาน
- อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- ร้อยละ 85 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
- ร้อยละ 63 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน

พ.ศ.2565 - 2569 Phase 2
- ร้อยละ 100 สถานบริการสาธารณสุขที่มีการคลอดมาตรฐาน
- อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 14 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
- ร้อยละ 78 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน

พ.ศ.2570 - 2574 Phase 3
- ร้อยละ 100 สถานบริการสาธารณสุขที่มีการคลอดมาตรฐาน
- อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 12 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- ร้อยละ 95 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
- ร้อยละ 88 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน

พ.ศ.2575 - 2579 Phase 4
- ร้อยละ 100 สถานบริการสาธารณสุขที่มีการคลอดมาตรฐาน
- อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 10 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- ร้อยละ 100 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
- ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน

มาตรการสำคัญ

- พัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ
- พัฒนาระบบข้อมูล ระบบเฝ้าระวังและระบบส่งต่อให้มีคุณภาพ
- ส่งเสริม และสนับสนุนความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย
- มีกลไกการขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่ เช่น Maternal Child Health Board พชอ. เป็นต้น
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย
- พัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม คู่มือและเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์
- พัฒนาการคลอดมาตรฐาน ไร้รอยต่อและการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ
- ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย
- สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์/กรมอนามัย

แผนงานที่ 1
การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 2 พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

สถานการณ์ปัจจุบัน

- ปี 2559 ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ 98.23 และเด็กนักเรียนไทยอายุ 6 - 11 ปี มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 77
- ปี 2560 เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน เพิ่มขึ้นจากปี 2559 ร้อยละ 64.2 เป็นร้อยละ 65.1 และเด็กกลุ่มอายุ 0 - 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 71.81
- อัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี ลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 54.3 ต่อพันประชากร ในปี 2555 เหลือ 42.5 ในปี 2559

วัตถุประสงค์

- เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรง สูงดี สมส่วน และมีระดับ Intelligence Quotient (IQ) และ Emotional Quotient (EQ) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
- เพื่อควบคุมโรคในช่องปาก และลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี
- เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

เป้าหมายระยะ 20 ปี



- **เด็กวัยเรียน IQ/EQ ดี สุขภาพแข็งแรง สูงดีสมส่วน ฟันดีไม่ผุ**
- **อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ลดลง**

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 1 (พ.ศ.2560 - 2564)
- เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
- ร้อยละ 80 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป
- ร้อยละ 66 ของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
- ร้อยละ 60 เด็กกลุ่มอายุ 0 - 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ
- อัตราการคลอดมีชีพ ไม่เกิน 34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี

Phase 2 (พ.ศ.2565 - 2569)
- เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 101
- ร้อยละ 82 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป
- ร้อยละ 67 ของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
- ร้อยละ 80 เด็กกลุ่มอายุ 0 - 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ
- อัตราการคลอดมีชีพ ไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี

Phase 3 (พ.ศ.2570 - 2574)
- เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103
- ร้อยละ 84 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป
- ร้อยละ 68 ของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
- ร้อยละ 85 เด็กกลุ่มอายุ 0 - 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ
- อัตราการคลอดมีชีพ ไม่เกิน 20 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี

Phase 4 (พ.ศ.2575 - 2579)
- เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 105
- ร้อยละ 85 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป
- ร้อยละ 69 ของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
- ร้อยละ 90 เด็กกลุ่มอายุ 0 - 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ
- อัตราการคลอดมีชีพ ไม่เกิน 15 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี

มาตรการสำคัญ

- ผลักดันให้เกิดความร่วมมือเชิงนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพกาย/จิต ให้มีความเป็นมิตรกับวัยรุ่น และมีการเชื่อมต่อกันระหว่างระบบสาธารณสุขกับโรงเรียน
- ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559
- พัฒนาสื่อ คู่มือ เครื่องมือ สภาพแวดล้อม ในการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น
- สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ปกครอง ท้องถิ่น ชุมชน โรงเรียนในการดูแลสุขภาพกาย/จิตให้กับวัยเรียนและวัยรุ่น
- พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยง
- มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่
- ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมสุขภาพจิต/กรมอนามัย

แผนงานที่ 1
การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 3 พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน

สถานการณ์ปัจจุบัน

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

วัตถุประสงค์

- เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงานให้มีสุขภาพดี
- เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

เป้าหมายระยะ 20 ปี



ประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 1 (พ.ศ.2560 - 2564)
- ร้อยละ 56 ของประชาชนวัยทำงาน อายุ 30 - 44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ

Phase 2 (พ.ศ.2565 - 2569)
- ร้อยละ 61 ของประชาชนวัยทำงาน อายุ 30 - 44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ
- ร้อยละ 75 ของประชาชนวัยทำงาน อายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ

Phase 3 (พ.ศ.2570 - 2574)
- ร้อยละ 66 ของประชาชนวัยทำงาน อายุ 30 - 44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ
- ร้อยละ 80 ของประชาชนวัยทำงาน อายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ

Phase 4 (พ.ศ.2575 - 2579)
- ร้อยละ 71 ของประชาชนวัยทำงาน อายุ 30 - 44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ
- ร้อยละ 85 ของประชาชนวัยทำงาน อายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ

มาตรการสำคัญ

- สนับสนุนงบประมาณในพื้นที่ชุมชน สถานที่บริการสาธารณสุขและสถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร และภาคีเครือข่ายทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ
- สร้าง Intervention ที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่
- มาตรการ นโยบาย Healthy eating/ Active living/Environmental health
- มีผู้นำการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในชุมชนและสถานประกอบการ
- สร้างและพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และค่าดัชนีมวลกายวัยทำงาน

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมอนามัย

แผนงานที่ 1
การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 4 พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

สถานการณ์ปัจจุบัน

- ผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.6 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุ <ร้อยละ 28 ที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ และร้อยละ 16.9 มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 8.1 มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม
- ปี 2560 มีผู้สูงอายุพึ่งพิงเข้าร่วมโครงการ LTC จำนวน 177,541 คน
- ปี 2560 ผลิต Care Manager (CM) จำนวน 4,424 คน และผลิต Care Giver (CG) จำนวน 22,344 คน

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแล รักษา และฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น
- ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ และได้รับบริการสุขภาพที่ตรงตามปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม

เป้าหมายระยะ 20 ปี

- ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์
- สัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่น้อยกว่า 8 เท่า ของกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน
- โรงพยาบาลรัฐมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 1 (พ.ศ.2560 - 2564)
- LTC ร้อยละ 95
- อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ เพิ่มขึ้นหรือคงที่
- รพช.มีหน่วยบริการผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ 75

Phase 2 (พ.ศ.2565 - 2569)
- LTC ร้อยละ 100+คุณภาพ
- อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ เพิ่มขึ้นหรือคงที่
- รพช.มีหน่วยบริการผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ 80

Phase 3 (พ.ศ.2570 - 2574)
- LTC ร้อยละ 100+คุณภาพ
- อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ เพิ่มขึ้นหรือคงที่
- รพช.มีหน่วยบริการผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ 85

Phase 4 (พ.ศ.2575 - 2579)
- LTC ร้อยละ 100+คุณภาพ
- อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ เพิ่มขึ้นหรือคงที่
- รพช.มีหน่วยบริการผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ 90

มาตรการสำคัญ

- พัฒนาและขับเคลื่อนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ
- มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และในชุมชน
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
- พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำเภอต้นแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- สร้างและพัฒนานวัตกรรม คู่มือ ชุดความรู้ และสื่อประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ
- พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ และระบบฐานข้อมูล

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์/กรมอนามัย

แผนงานที่ 2
การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่ 5 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

สถานการณ์ปัจจุบัน

เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2560 มติของนายกรัฐมนตรี และที่ประชุมคณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์เห็นชอบข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เกิดผลใน 1 ปี 4 เดือน ประกอบด้วย การออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบประชารัฐ โดยในปี 2559 มีจำนวน 73 อำเภอ และเพิ่มเป็น 200 อำเภอ ในปี 2560

วัตถุประสงค์

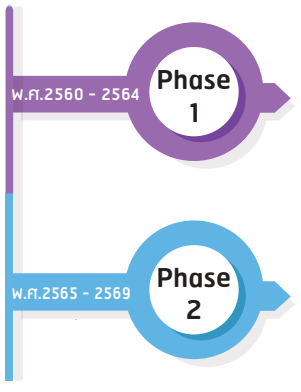
- เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

เป้าหมายระยะ 20 ปี

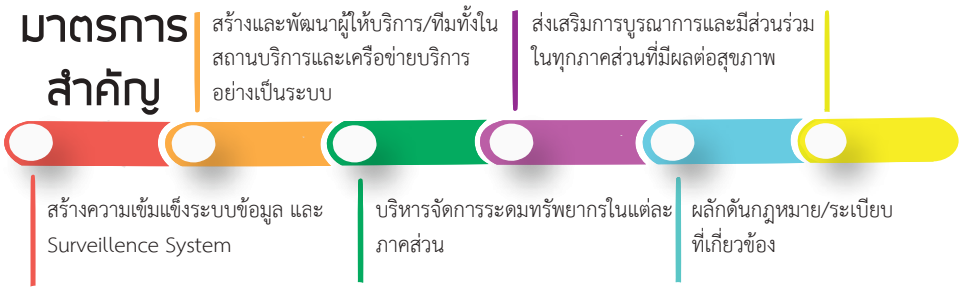
ทุกอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระบบอำเภอ (พชอ.)



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ



หน่วยงานรับผิดชอบ : กองบริหารการสาธารณสุข/สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย

แผนงานที่ 3
การป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 6 พัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปัจจุบันสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพมีความรุนแรงและสามารถแพร่ระบาดได้อย่างกว้างขวาง จำเป็นต้องพัฒนาระบบการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติให้รวดเร็วและตอบโต้ได้ทันทีภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค และหน่วยงานอื่นร่วมกันจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของประเทศให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสากล Joint External Evaluation : JEE

วัตถุประสงค์



เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



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

มาตรการสำคัญ

- จัดการซ้อมแผนตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน ทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด
- พัฒนาศักยภาพผู้บัญชาการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับจังหวัด
- จัดเตรียมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพและทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมควบคุมโรค

แผนงานที่ 3
การป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 7 ควบคุมโรคติดต่อ

สถานการณ์ปัจจุบัน

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

วัตถุประสงค์

- เพื่อลดอัตราและการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- เพื่อให้ผู้ติดเชื้อทุกคนเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- เพื่อลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง 29 จังหวัด

เป้าหมายระยะ 20 ปี

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

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 1 (พ.ศ.2560 - 2564)
- ร้อยละ 94 ของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกัน HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
- ร้อยละ 80 ของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

Phase 2 (พ.ศ.2565 - 2569)
- ร้อยละ 100 ของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกัน HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
- ร้อยละ 80 ของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

Phase 3 (พ.ศ.2570 - 2574)
- ร้อยละ 100 ของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกัน HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
- ร้อยละ 100 ของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

Phase 4 (พ.ศ.2575 - 2579)
- จำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ HIV ลดลง ร้อยละ 80
- ร้อยละ 100 ของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

มาตรการสำคัญ

- เร่งรัดการลดการตีตราเลือกปฏิบัติและจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินงาน
- ขับเคลื่อนการยุติเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- พัฒนาตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี
- บูรณาการความร่วมมือในระดับประเทศและประเทศในภูมิภาคลุ่มน้ำโขง
- สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการมีส่วนรวมของภาคประชาสังคม และอปท.
- พัฒนาระบบโครงสร้าง และกลไกการสื่อสารความเสี่ยง คู่มือ แนวทาง
- พัฒนาระบบเฝ้าระวัง/คัดกรอง/ป้องกัน/วินิจฉัย/ดูแล/รักษา/ส่งต่อ/ควบคุมโรคอย่างบูรณาการ

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมควบคุมโรค

แผนงานที่ 3
การป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 8 ควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

- การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวนการเสียชีวิต เฉลี่ยปีละ 1,015 คน
- ปี 2559 พบอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน 33.45 คนต่อประชากรแสนคน (จำนวน 21,745) จากฐานข้อมูลบูรณาการ
- ปี 2558 - 2560 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เฉลี่ย 200,000 รายต่อปี และอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ เฉลี่ย 400,000 รายต่อปี (Health Data Center: HDC)
- ปี 2552 - 2557 ความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.9 เป็น 8.9 และความชุกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.4 เป็น 24.7 (NHES IV-V)

วัตถุประสงค์

เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำและอุบัติเหตุทางถนนรวมทั้งลดอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่

เป้าหมายระยะ 20 ปี

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



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 1 (พ.ศ.2560 - 2564)
- อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ไม่เกิน 3.0
- อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ลดลงร้อยละ 50 จากปี 2554
- อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงฯ ไม่เกินร้อยละ 2.16 และอัตราผู้ป่วย HT รายใหม่ โดยมีมาตรการในกลุ่มสงสัยป่วยให้วัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน ≥ ร้อยละ 40

Phase 2 (พ.ศ.2565 - 2569)
- อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ไม่เกิน 2.5
- อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในทุกกลุ่มอายุ ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 20 จากปี 2560
- อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ลดลงร้อยละ 10 จากปี 2564
- อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงฯ ไม่เกินร้อยละ 2.04 และอัตราผู้ป่วย HT รายใหม่ ลดลงร้อยละ 3 (จากข้อมูลพื้นฐาน ปี 2564)

Phase 3 (พ.ศ.2570 - 2574)
- อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ไม่เกิน 2.5
- อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในทุกกลุ่มอายุ ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 40 จากปี 2560
- อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ลดลงร้อยละ 10 จากปี 2569
- อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงฯ ไม่เกินร้อยละ 1.92 และอัตราผู้ป่วย HT รายใหม่ ลดลงร้อยละ 3 (จากข้อมูลพื้นฐาน ปี 2569)

Phase 4 (พ.ศ.2575 - 2579)
- อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ไม่เกิน 2.5
- อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในทุกกลุ่มอายุ ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 50 จากปี 2560
- อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ลดลงร้อยละ 10 จากปี 2574
- อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงฯ ไม่เกินร้อยละ 1.80 และอัตราผู้ป่วย HT รายใหม่ ลดลงร้อยละ 3 (จากข้อมูลพื้นฐาน ปี 2574)

มาตรการสำคัญ

- มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับนโยบายและระดับพื้นที่
- สร้างมาตรการป้องกันการจมน้ำและอุบัติเหตุทางถนน
- พัฒนามาตรฐาน กฎ ระเบียบ กฎหมายด้านความปลอดภัยทางน้ำและถนน
- พัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางน้ำและทางถนน
- พัฒนาและผลิตสื่อ/คู่มือ/สนับสนุนการดำเนินงานที่ทันสมัย เข้าถึงง่าย
- สนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายในการป้องกันการจมน้ำและอุบัติเหตุทางถนน
- สร้างระบบสารสนเทศและข้อมูลในการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ
- ขับเคลื่อนและผลักดันยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ
- พัฒนาหลักสูตรและศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมควบคุมโรค

แผนงานที่ 3
การป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 9 ส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร

สถานการณ์ปัจจุบัน

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

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ประชาชนได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกต้อง



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

- พ.ศ.2560 - 2564 (Phase 1): ร้อยละ 70 ของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
- พ.ศ.2565 - 2569 (Phase 2): ร้อยละ 75 ของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
- พ.ศ.2570 - 2574 (Phase 3): ร้อยละ 78 ของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
- พ.ศ.2575 - 2579 (Phase 4): ร้อยละ 80 ของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

มาตรการสำคัญ

- ทบทวนและปรับปรุงกฎหมายที่สอดคล้องกับระดับสากล และส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
- พัฒนากลไกการคุ้มครองผู้บริโภคและบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย
- พัฒนาและส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถผลิต/นำเข้าอาหารที่มีมาตรฐานในระดับสากล
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร
- พัฒนาระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยความปลอดภัยอาหารที่มีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว
- พัฒนาสื่อ แหล่งข้อมูลความรู้ เครื่องมือที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและเข้าถึงได้ง่าย
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านอาหารและระบบติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
- พัฒนาห้องปฏิบัติการให้มีศักยภาพในการตรวจวิเคราะห์เท่าเทียมกัน

หน่วยงานรับผิดชอบ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

แผนงานที่ 3
การป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 10 คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

- การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยไม่จำเป็นและไม่เหมาะสม อาจจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้
- สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านการรับรองมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 63.12
- ปัญหาที่พบ คือ ความล่าช้าของกฎหมายความชัดเจนในการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ความเข้าใจของผู้ประกอบการและบุคลากร การใช้ผู้ที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการแทนการนำเข้าและใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่ผ่านการตรวจรับรองมาตรฐาน เป็นต้น

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ
- เพื่อให้สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 1 พ.ศ.2560 - 2564
- ร้อยละ 99 ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด
- สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการส่งเสริมพัฒนาให้ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

Phase 2 พ.ศ.2565 - 2569
- ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด
- สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการส่งเสริมพัฒนาเข้าสู่สากล

Phase 3 พ.ศ.2570 - 2574
- ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด
- สถานประกอบการแต่ละประเภทของไทยได้รับการจัดอันดับอยู่ในระดับ 1 ใน 3 ของเอเชีย

Phase 4 พ.ศ.2575 - 2579
- ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด
- สถานประกอบการแต่ละประเภทของไทยได้รับการจัดอันดับอยู่ในระดับ 1 ใน 10 ของโลก

มาตรการสำคัญ

- พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและระบบการแจ้งเตือนภัย
- พัฒนาองค์ความรู้ และคู่มือที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค
- สร้างความเข้มแข็งของกลไกและเครือข่าย
- พัฒนามาตรการทางการตลาด
- ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนให้ อปท. ออกเทศบัญญัติ
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสถานประกอบการให้เข้มแข็งและสามารถแข่งขันทางธุรกิจได้
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศและขยายช่องทางการสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ให้เชื่อมโยงข้อมูลทั่วประเทศ

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ/สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

แผนงานที่ 4
การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 11 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปี 2560 มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

เป้าหมายระยะ 20 ปี

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และเป็นแหล่งเรียนรู้ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ชุมชน



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 1 (พ.ศ.2560 - 2564)
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยระบบ Digital Infectious Control

Phase 2 (พ.ศ.2565 - 2569)
โรงพยาบาลอนุรักษ์พลังงาน (Smart Energy Hospital)

Phase 3 (พ.ศ.2570 - 2574)
โรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาผู้ป่วย (Healing Environment) (Smart Environment Hospital)

Phase 4 (พ.ศ.2575 - 2579)
- มูลฝอยติดเชื้อทุกแหล่งกำเนิดควบคุมด้วยระบบ Digital Infectious Control
- โรงพยาบาลใช้พลังงานสะอาดและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
- โรงพยาบาลมีการจัดการขยะเป็นศูนย์

มาตรการสำคัญ

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรของ รพ. และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาระบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
- พัฒนาองค์ความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์
- บูรณาการกับกระทรวงพลังงานจัดทำแนวทางการลดใช้พลังงาน และเพิ่มการใช้พลังงานทดแทน
- ส่งเสริมและสนับสนุนให้ รพ. GREE& CLEAN Hospital เป็นแหล่งเรียนรู้
- ออกแบบ/ปรับปรุงอาคาร รพ. ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม/รพ.ต้นแบบอาคารอนุรักษ์พลังงาน
- พัฒนาเครือข่าย รพ.GREEN & CLEAN Hospital

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมอนามัย

แผนงานที่ 4
การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 12 คุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปี 2560 ร้อยละ 60.53 (46 จังหวัด) ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ลดผลกระทบต่อสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงจากขยะและมลพิษสิ่งแวดล้อมของประชาชน

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

- พ.ศ.2560 - 2564 **Phase 1** — ร้อยละ 70 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
- พ.ศ.2565 - 2569 **Phase 2** — ร้อยละ 90 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
- พ.ศ.2570 - 2574 **Phase 3** — จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีมากและสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
- พ.ศ.2575 - 2579 **Phase 4** — ร้อยละ 80 ของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดมีระบบปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่ดำเนินการภายใต้หลักการทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ

มาตรการสำคัญ

- ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Impact Assessment:EHIA)
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นปัจจุบันในระดับจังหวัด
- สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการสื่อสารความเสี่ยงเตือนภัยผลกระทบต่อสุขภาพ
- พัฒนากฎหมาย/อนุบัญญัติและการบังคับใช้ และส่งเสริมผลักดันการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น
- สนับสนุนเครื่องมือด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมแนวทางการเฝ้าระวังที่สอดคล้องกับพื้นที่เสี่ยงในระดับจังหวัด
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข/หน่วยงานท้องถิ่น/ภาคีเครือข่ายในการดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยง
- สนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพและพัฒนาระบบเฝ้าระวังให้รองรับโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมอนามัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2

ด้านบริการเป็นเลิศ

5 แผนงาน

22 โครงการ

Phase 1 **58** KPI

Phase 2 **62** KPI

Phase 3 **58** KPI

Phase 4 **59** KPI

แผนงานที่ 5
การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

โครงการที่ 13 พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 กำหนด “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม”
2. การพัฒนาระบบปฐมภูมิจึงเป็นรากฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศ แต่ยังพบว่าพื้นที่เขตเมืองประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ เมื่อเจ็บป่วยจะเข้ารับบริการจากแพทย์เฉพาะทางโดยตรงในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่
3. กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายในการดำเนินงานพัฒนาระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเอง และครอบครัวเบื้องต้น เมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

เป้าหมายระยะ 20 ปี

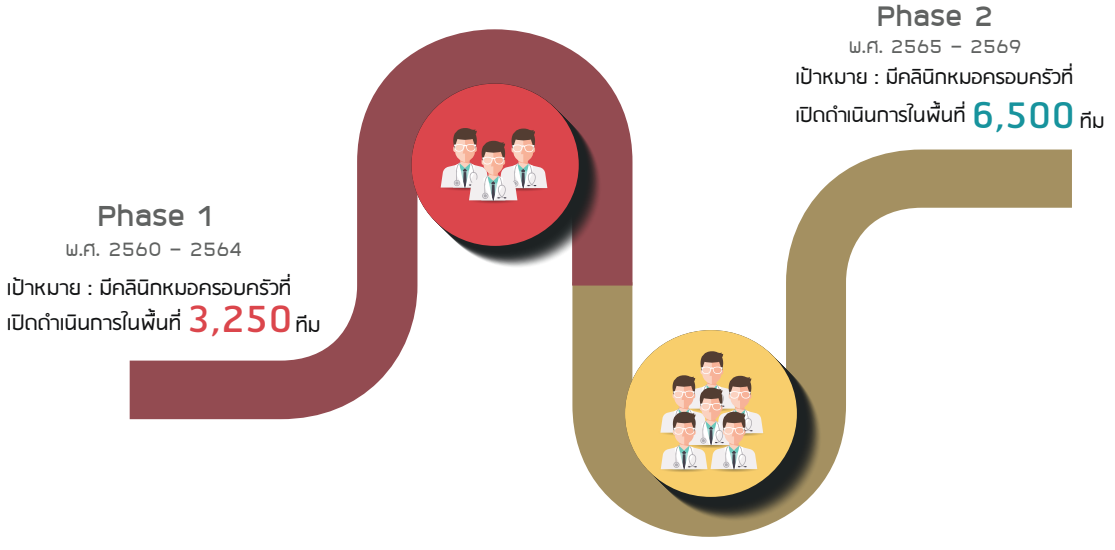
เป้าหมายการดำเนินงานในระยะ 10 ปี (พ.ศ.2560 - 2569) จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 6,500 ทีม เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ดูแลประชาชนทุกคน

ตัวชี้วัด

คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนารูปแบบ (Service Model) Megacity/Urban area/Rural area
2. ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพัฒนาทีมสหวิชาชีพให้เพียงพอในการจัดบริการประชาชนทุกคน
3. พัฒนาระบบเทคโนโลยี เพื่อรองรับการดำเนินงาน
4. สนับสนุนครุภัณฑ์ในการดำเนินงาน
5. พัฒนาระบบแรงจูงใจ
6. พัฒนาระบบการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน
7. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการและระบบสนับสนุน
8. ผลักดันและขับเคลื่อนร่าง พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ...



หน่วยงานรับผิดชอบ : สำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 14 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สถานการณ์ปัจจุบัน

ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ในปี 2552 และปี 2557 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 และความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 และข้อมูลปี 2559 พบว่า อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 8.3

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มคุณภาพของระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี

เป้าหมายระยะ 20 ปี

จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง

มาตรการสำคัญ

1. สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานบริการครอบคลุมทุกระดับทั่วประเทศ
2. ประเมินและพัฒนา Preventive interventions
3. มีระบบ Stroke fast track , Stroke Unit, Standard Stroke Center Certify, Refer (Stroke Network)
4. พัฒนาสมรรถนะและเพิ่มพูนทักษะในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข เช่น Prevention interventions, User data dashboard, e-NCDs Health informatics, Cardiovascular disease (CVD) และ Chronic kidney disease (CKD) เป็นต้น
5. พัฒนาระบบและเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ เช่น Data Dashboard DM/HT, HDC เป็นต้น
6. พัฒนาและใช้เครื่องมือ เทคโนโลยี และสื่อต่างๆ ในการดำเนินงาน เช่น คู่มือ Prevention interventions/NCD Clinic plus/CNN, Application สื่อ VTR เป็นต้น
7. พัฒนาความรอบรู้ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Health literacy)
8. สนับสนุนงานลดเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตในชุมชน
9. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ≥ 40 %
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ≥ 50%
3. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ได้ ≥ 90 %
4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) น้อยกว่าร้อยละ 7

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ≥ 40 % ได้
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ≥ 50%
3. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ได้ ≥ 92 %
4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) น้อยกว่าร้อยละ 7

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ≥ 40 % ได้
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ≥ 50%
3. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ได้ ≥ 94 %
4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) น้อยกว่าร้อยละ 7

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ≥ 40 % ได้
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ≥ 50%
3. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ได้ ≥ 96 %
4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) น้อยกว่าร้อยละ 7

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์/กรมควบคุมโรค

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 15 ป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

สถานการณ์ปัจจุบัน

การพัฒนาระบบเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่ระดับตติยภูมิ จนถึงระดับปฐมภูมิ เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560 โรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) ขั้นที่ 1 ร้อยละ 61.49 (ข้อมูล ณ กันยายน 2560) ร้อยละ 91 ของ รพศ./รพท. มีแผนการดำเนินงานการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) แต่ยังไม่มีข้อมูลประเมินการจัดการทั้งระบบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพบริการด้านยาให้เกิดความปลอดภัยและคุ้มค่า
2. เพื่อลดป่วยจากเชื้อดื้อยา และลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม

เป้าหมายระยะ 20 ปี

1. ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพโดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยและชุมชนน้อยที่สุด
2. ลดอัตราการป่วยจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด process/output

1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ

ตัวชี้วัด outcome

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

มาตรการสำคัญ

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

หมายเหตุ *ค่าใช้จ่ายด้านยา หมายถึง ค่าใช้จ่ายจากเกิดจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและไม่จำเป็น รวมถึงค่าใช้จ่ายจากความเจ็บป่วยของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ป้องกันได้

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564
บูรณาการการทำงาน



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

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

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569
ระบบงานประจำ



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

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

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



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

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

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



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

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

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์/สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/กองบริหารการสาธารณสุข

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 16 พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

สถานการณ์ปัจจุบัน

การจัดบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยของสถานบริการยังมีศักยภาพที่ไม่เท่าเทียมกันในแต่ละเขตสุขภาพภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลรักษาพยาบาลในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่านอกเขตสุขภาพและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาต่างๆ ในแต่ละเขตสุขภาพและระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม

เป้าหมายระยะ 20 ปี

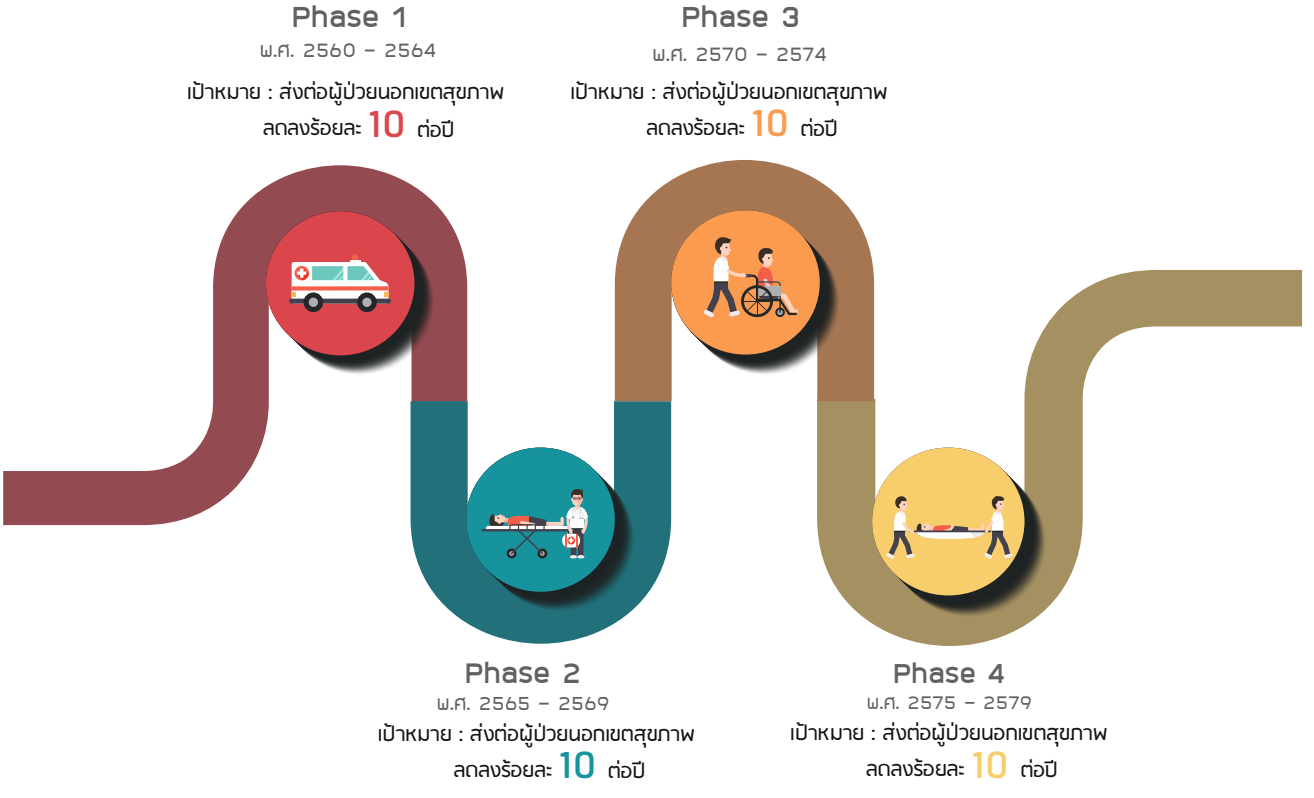
ศักยภาพการดูแลรักษาพยาบาลของสถานบริการในแต่ละเขตสุขภาพเพิ่มขึ้นและการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพลดลง

ตัวชี้วัด

ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

มาตรการสำคัญ

1. มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
2. พัฒนาศักยภาพการให้บริการรักษาพยาบาลตามแผนพัฒนาระบบบริการสาขาต่างๆ จนถึงศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขาโรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด
3. มีศูนย์ประสานงานและพัฒนาเครือข่ายการให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยและรับกลับ เชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับ ทั้งในเขต/จังหวัด/สถานบริการ
4. พัฒนาโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการในเขต/จังหวัด
5. พัฒนาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ และทีมสหสาขาวิชาชีพ
6. มีกลไกการขับเคลื่อนงานระดับเขตและจังหวัด ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต/จังหวัด



หน่วยงานรับผิดชอบ : กองบริหารการสาธารณสุข

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 17 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด

สถานการณ์ปัจจุบัน

ทารกเกิดมีชีพปีละ 700,000 คน อัตราตายทารกแรกเกิดปี 2560 เท่ากับ 3.94 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ สาเหตุการตาย ได้แก่ ทารกเกิดก่อนกำหนด 25% Birth asphyxia 24% Congenital heart disease 14% และเหตุอื่นๆ 10%

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึงครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ลดอัตราตายทารกแรกเกิดในประเทศไทย

ตัวชี้วัด

อัตราตายทารกแรกเกิด

มาตรการสำคัญ

1. เพิ่มจำนวนเตียง Neonatal Intensive Care Unit (NICU) ให้ได้มาตรฐาน 1 : 500 ทารกเกิดมีชีพ
2. เพิ่มสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. จัดการฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติด้านทารกแรกเกิด
4. กระจายแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิดให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ
5. จัดทำและเผยแพร่องค์ความรู้และแนวทางการดูแลรักษาทารกแรกเกิดวิกฤต
6. จัดองค์กรความร่วมมือระหว่างสูตินรีเวชกับทารกแรกเกิด

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



เป้าหมาย
< 2.5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



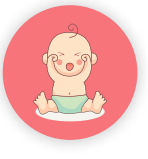
เป้าหมาย
< 2.0 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



เป้าหมาย
< 1.8 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



เป้าหมาย
< 1.5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โครงการที่ 18 พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง

สถานการณ์ปัจจุบัน

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ โดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

กลุ่มโรคที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ระยะท้าย) ได้แก่ 1) โรคมะเร็ง 2) Neurological disease/Stroke 3) โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต 4) Pulmonary and heart disease 5) Multiple trauma Patient 6) Infections disease HIV/AIDS 7) Pediatric 8) Aging/dementia

เป้าหมายระยะ 20 ปี

1. โรงพยาบาลระดับ A,S,M,F มีบริการผู้ป่วยระยะท้ายตามมาตรฐาน
2. ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึง (Accessibility) บริการดูแลแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานถึงวาระสุดท้าย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึง (Accessibility) การดูแลรักษาแบบประคับประคอง จากทีมสุขภาพครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลในช่วงเวลา ของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

มาตรการสำคัญ

1. การให้องค์ความรู้กับทีมสุขภาพในโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F เพื่อให้สามารถบริการผู้ป่วยระยะท้ายตามมาตรฐาน
2. การพัฒนาระบบเครือข่ายในโรงพยาบาล ระดับ A,S,M,F เพื่อบริการผู้ป่วยระยะท้ายได้ครอบคลุม

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (8 กลุ่มโรค) ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและภายในเวลาที่กำหนด
2. มีการพัฒนาระบบเครือข่ายในโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 50
3. พัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 50
4. จัดทำคลังเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 50
5. พัฒนา OPIOIDS MODEL ใน รพ. ระดับ A,S,M,F ร้อยละ 50
6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 50

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (8 กลุ่มโรค) ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและภายในเวลาที่กำหนด
2. มีการพัฒนาระบบเครือข่ายในโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 60
3. พัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 60
4. จัดทำคลังเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 60
5. พัฒนา OPIOIDS MODEL ใน รพ. ระดับ A,S,M,F ร้อยละ 50
6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 50

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (8 กลุ่มโรค) ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและภายในเวลาที่กำหนด
2. มีการพัฒนาระบบเครือข่ายในโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 70
3. พัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 70
4. จัดทำคลังเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 70
5. พัฒนา OPIOIDS MODEL ใน รพ. ระดับ A,S,M,F ร้อยละ 50
6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 50

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (8 กลุ่มโรค) ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและภายในเวลาที่กำหนด
2. มีการพัฒนาระบบเครือข่ายในโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 80
3. พัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 80
4. จัดทำคลังเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 80
5. พัฒนา OPIOIDS MODEL ใน รพ. ระดับ A,S,M,F ร้อยละ 50
6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 50

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 19 พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์ปัจจุบัน

ประชาชนมีแนวโน้มในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น โดยร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ในปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 16.02 ปี 2558 คิดเป็นร้อยละ 17.51 ปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 17.15 และปี 2560 คิดเป็นร้อยละ 19.82 ตามลำดับ

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรที่ได้คุณภาพและมาตรฐาน

ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ร้อยละ 20

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาคลินิกแพทย์แผนไทยฯ ใน รพศ/รพท (A-M1) และ รพช. (M2-F3) ให้ผ่านการรับรองคุณภาพ
2. พัฒนาให้มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยเฉพาะทาง (Special Hospital)
3. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร First line drug ในหน่วยบริการทุกระดับ และการจ่ายยาปรุงเฉพาะราย ใน รพศ./ รพท. และ รพช
4. พัฒนาการศึกษาแพทย์แผนไทยในหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิตและศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก
5. พัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยให้มีความรู้ความชำนาญในการให้บริการสุขภาพ
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยฯ ผ่านทาง HDC
7. พัฒนาระบบสารสนเทศและประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ดิจิตอลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประเทศไทย
8. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับพื้นที่ ผ่านกลไก Chief Thai Traditional Medicine Officer (CTMO) ทุกเขต/จังหวัด

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564
เป้าหมาย : ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ ที่ได้มาตรฐานร้อยละ 20

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569
เป้าหมาย : ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ ที่ได้มาตรฐานร้อยละ 20

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574
เป้าหมาย : ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ ที่ได้มาตรฐานร้อยละ 20

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579
เป้าหมาย : ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ ที่ได้มาตรฐานร้อยละ 20

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 20 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

สถานการณ์ปัจจุบัน

ตั้งแต่ปี 2552 - 2560 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 53.49 และพบว่าอัตราการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดย ปี 2556, 2557 และ 2558 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.08, 6.08 และ 6.47 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันท่วงทีมีมาตรฐาน ต่อเนื่องทำให้ลดความรุนแรงและระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 85 และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 5.1 ต่อแสนประชากร

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนามาตรฐานระบบการคัดกรอง เฝ้าระวัง และติดตามกลุ่มเสี่ยงของหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ
2. พัฒนาระบบการคัดกรอง เฝ้าระวัง และติดตามกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการส่งต่อไปยังแม่ข่ายตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
3. จัดระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการทุกระดับ
4. สนับสนุนให้เกิด Family & Social Support System
5. จัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอ
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายระดับประเทศ (Web service : suicidethai.com)
7. พัฒนาคู่มือ องค์ความรู้ เทคโนโลยีและสื่อต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



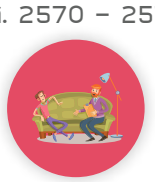
เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 70
2. อัตรการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.0 ต่อแสนประชากร

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



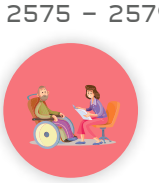
เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 75
2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 5.6 ต่อแสนประชากร

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



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

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



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

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมสุขภาพจิต

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 21 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. National Health Security Office (NHSO) พบว่าในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วย sepsis เพิ่มสูงขึ้น ปี 2558 :179.483 คน)
2. จำนวนผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 64.244/200.413 ราย อัตราป่วยตายจาก sepsis/septic shock เท่ากับ 32.03%
3. ภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก (Geriatric hip fracture) เป็นภาวะทางออร์โธปิดิกส์ที่มีสถิติอันดับหนึ่งของการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงวัยอีกทั้งยังสูญเสียงบประมาณในการดูแลจำนวนมาก และพบว่าในสถานการณ์ปัจจุบันมีอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 30 จากการดำเนินงานโครงการ Capture the fracture ในต่างประเทศที่มีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักแบบองค์รวม พบว่าสามารถลดโอกาสการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำได้ มากถึง 50% ต่อปี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย
2. เพื่อลดอัตราการตาย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปจากโรคกระดูกพรุน
3. เพื่อสร้างทีม Capture the fracture ในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน

เป้าหมายระยะ 20 ปี

1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acguied ลดลง
2. โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไปมีการจัดตั้งทีม Capture the fracture เพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน ลดอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำซ้อนได้ และสามารถผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักแบบ Early surgery ภายใน 72 ชั่วโมง

มาตรการสำคัญ

ติดเชื้อในกระแสเลือด: 1. มีคณะทำงาน sepsis เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
2. มีผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis case management) ในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาล อย่างน้อย 1 คน เพื่อคอยติดตามตัวชี้วัดและแจ้งผลให้คณะทำงานรับทราบทุกไตรมาส
3. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ ให้มีคณะทำงานรับทราบทุกไตรมาส

Capture the fracture : 1. จัดตั้งทีม Capture the fracture ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. จัดตั้งเครือข่ายสารสนเทศเกี่ยวกับโครงการเพื่อเชื่องโยงข้อมูลพื้นที่ของประชาชนในแต่ละพื้นที่
3. จัดสรรและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีม Capture the fracture ของแต่ละแห่ง ให้เพียงพอและเหมาะสม

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชนิด community acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วย [รวมผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้าน และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)] และน้อยกว่าร้อยละ 48 ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis
2. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ S ที่มีทีม Capture the fracture
   2.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 20
   2.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้ รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) > ร้อยละ 50 ขึ้นไป

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชนิด community acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ.... ในกลุ่มผู้ป่วย [รวมผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้านและไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)] และน้อยกว่าร้อยละ.... ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis
2. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ S ที่มีทีม Capture the fracture
   2.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 18
   2.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้ รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) > ร้อยละ 50 ขึ้นไป

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชนิด community acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ.... ในกลุ่มผู้ป่วย [รวมผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้านและไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)] และน้อยกว่าร้อยละ.... ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis
2. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ S ที่มีทีม Capture the fracture
   2.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 15
   2.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้ รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) > ร้อยละ 60 ขึ้นไป

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชนิด community acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ.... ในกลุ่มผู้ป่วย [รวมผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้านและไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)] และน้อยกว่าร้อยละ.... ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis
2. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ S ที่มีทีม Capture the fracture
   2.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 10
   2.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้ รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) > ร้อยละ 65 ขึ้นไป

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 22 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปี 2560 มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 20,098 คน และมีอัตราการเสียชีวิตที่ 20.94 ต่อแสนประชากร

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มคุณภาพระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ
2. เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ
3. ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ
4. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เป้าหมายระยะ 20 ปี

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 20 ต่อแสนประชากร

มาตรการสำคัญ

1. เพิ่มประสิทธิภาพและเครือข่ายเพื่อให้บริการตรวจสวนหัวใจและให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ 24 ชม.
2. จัดตั้งคลินิกพิเศษ ในทุกโรงพยาบาล ศูนย์หัวใจทุกจังหวัดและโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไป
3. วางแผนระยะยาวในการผลิตอายุรแพทย์และศัลยแพทย์ให้เพียงพอกับความต้องการอย่างต่อเนื่อง และโรงพยาบาลที่มีห้องสวนหัวใจต้องมีอายุรแพทย์ที่สามารถสวนหัวใจได้ อย่างน้อย 3 คน
4. จัดให้มีศูนย์กลางรวบรวมข้อมูลของเขตที่ชัดเจน โดยกรมการแพทย์ร่วมมือกับเครือข่ายโรคหัวใจจัดทำแบบการลงทะเบียนผู้ป่วย Acute coronary syndrome และมีระบบบริหารจัดการข้อมูลในระดับประเทศ National cardiovascular data center (Acute Coronary Syndrome, Heart Failure Clinic, Anticoagulant Clinic และระบบการรอคิวผ่าตัด)
5. ประชาสัมพันธ์ "Heart Attack Alert" Campaign เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วย STEMI, ได้รับการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดและให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ร้อยละ 80 ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นศูนย์หัวใจ
2. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 24 ต่อแสนประชากร
3. จัดตั้ง Heart Failure Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นแบบสหวิชาชีพ และผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่หัวใจกล้ามเนื้อบีบตัวอ่อน ได้รับยาที่เหมาะสมมากกว่าร้อยละ 50
4. จัดตั้ง Anticoagulant Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นแบบสหวิชาชีพ และผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากกว่าร้อยละ 60
5. มีการประชาสัมพันธ์ "Heart Attack Alert" Campaign เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง ประมาณ 50%

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วย STEMI, ได้รับการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด และให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ร้อยละ 80 ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นศูนย์หัวใจ
2. NSTEMI ที่มีอัตราเสี่ยงสูงได้รับการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดได้ร้อยละ 70 ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นศูนย์หัวใจ
3. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 22 ต่อแสนประชากร
4. จัดตั้ง Heart Failure Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นแบบสหวิชาชีพ และผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่หัวใจกล้ามเนื้อบีบตัวอ่อน ได้รับยาที่เหมาะสมมากกว่าร้อยละ 60
5. จัดตั้ง Anticoagulant Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นแบบสหวิชาชีพ และผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากกว่าร้อยละ 70
6. มีการประชาสัมพันธ์ "Heart Attack Alert" Campaign เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง ประมาณ 60%

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วย STEMI, ได้รับการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด และให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ร้อยละ 80 ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นศูนย์หัวใจ
2. NSTEMI ที่มีอัตราเสี่ยงสูงได้รับการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดได้ร้อยละ 75 ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นศูนย์หัวใจ
3. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 22 ต่อแสนประชากร
4. จัดตั้ง Heart Failure Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นแบบสหวิชาชีพ และผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่หัวใจกล้ามเนื้อบีบตัวอ่อน ได้รับยาที่เหมาะสมมากกว่าร้อยละ 70
5. จัดตั้ง Anticoagulant Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นแบบสหวิชาชีพ และผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากกว่าร้อยละ 80
6. มีการประชาสัมพันธ์ "Heart Attack Alert" Campaign เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง ประมาณ 70%

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วย STEMI, ได้รับการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด และให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ร้อยละ 80 ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นศูนย์หัวใจ
2. NSTEMI ที่มีอัตราเสี่ยงสูงได้รับการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดได้ร้อยละ 80 ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นศูนย์หัวใจ
3. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 20 ต่อแสนประชากร
4. จัดตั้ง Heart Failure Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นแบบสหวิชาชีพ และผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่หัวใจกล้ามเนื้อบีบตัวอ่อน ได้รับยาที่เหมาะสมมากกว่าร้อยละ 80
5. จัดตั้ง Anticoagulant Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นแบบสหวิชาชีพ และผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากกว่าร้อยละ 90
6. มีการประชาสัมพันธ์ "Heart Attack Alert" Campaign เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง ประมาณ 80%

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 23 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

สถานการณ์ปัจจุบัน

จากข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ปี 2554 รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด 112,392 ราย แยกเป็นเพศชาย 54,586 ราย และเพศหญิง 57,806 ราย และข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รายงานจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ในปี 2554 มีจำนวนทั้งหมด 61,082 ราย แยกเป็นเพศชาย 35,437 ราย และเพศหญิง 25,645 ราย

วัตถุประสงค์

ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยการบริการ

เป้าหมายระยะ 20 ปี

อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลดลง ร้อยละ 5

มาตรการสำคัญ

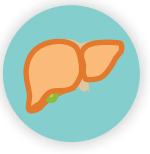
1. รณรงค์ให้ความรู้ เรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดมะเร็งปอด มะเร็งตับ และมะเร็งชนิดอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ
2. พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาต่อเนื่อง
3. พัฒนาระบบการตรวจ วินิจฉัย และรักษาด้วยมาตรฐานภายในเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายที่มีประสิทธิภาพ ตามระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาล โดยมีการเชื่อมโยงภายในเครือข่าย
4. พัฒนาระบบสารสนเทศด้านโรคมะเร็ง ที่มีความเชื่อมโยงสามารถลงข้อมูล และรายงานเป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ
5. พัฒนางานวิจัยด้านโรคมะเร็งที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย
1. ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
2. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ 23.7 ต่อแสนประชากร
3. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด 19 ต่อแสนประชากร

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย
1. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
2. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 5 เทียบกับ Baseline ปี 2564
3. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอดลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 5 เทียบกับ Baseline ปี 2564

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย
1. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
2. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 5 เทียบกับ Baseline ปี 2569
3. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอดลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 5 เทียบกับ Baseline ปี 2569

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย
1. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
2. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 5 เทียบกับ Baseline ปี 2574
3. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอดลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 5 เทียบกับ Baseline ปี 2574

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 24 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

สถานการณ์ปัจจุบัน

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วประเทศ ประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องรับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ประมาณ 1 แสนคน และมีจำนวนเพิ่มขึ้น 15 - 20% ทุกปี

วัตถุประสงค์

เพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD)

เป้าหมายระยะ 20 ปี

มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายลดลง และ Excellent Center ของกระทรวงสาธารณสุขด้านโรคไตมีศักยภาพติด 1 ใน 3 ของเอเชีย

มาตรการสำคัญ

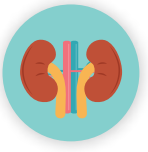
1. ขยายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมให้ครอบคลุม รพ. ระดับ F3 ขึ้นไปทั้งหมด และเชื่อมโยงกับ Primary Care Cluster และ District Health System (DHS)
2. ขยายเครือข่ายบริการ Peritoneal Dialysis ลงไปใน รพ.ระดับ M2 และ F1 ที่มีศักยภาพ
3. พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
4. บูรณาการการทำงานคลินิกชะลอไตเสื่อมกับคลินิก Non-communicable diseases (NCD) อื่นๆ
5. เปิดบริการศูนย์สร้างและซ่อม Vascular Access for Hemodialysis ในทุกเขตสุขภาพ
6. พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม และการทำการประเมินเทคโนโลยีเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย CKD ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
7. บูรณาการแนวทางการสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลโรคไต 3 กองทุน
8. ผลิตและพัฒนาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลสหวิชาชีพร่วมกับราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพต่างๆ
9. พัฒนาคุณภาพศูนย์ Hemodialysis และ Peritoneal Dialysis

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
ร้อยละ 69 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal disease: ESRD) ที่สิ้นปี 2569 ร้อยละ 5

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่สิ้นปี 2574 ร้อยละ 0

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด
อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่สิ้นปี 2579 ร้อยละ -5

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 25 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา

สถานการณ์ปัจจุบัน

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

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด และสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืนด้วยการเพิ่มคุณภาพการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ความชุกตาบอดลดลงต่ำกว่า 0.50

มาตรการสำคัญ

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

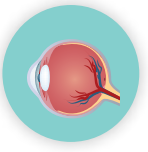
Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ≥ ร้อยละ 80

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

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

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

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

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

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

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 26 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

สถานการณ์ปัจจุบัน

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

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายและเพิ่มการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อที่มีคุณภาพและปลอดภัย

เป้าหมายระยะ 20 ปี

อวัยวะและเนื้อเยื่อเพียงพอสำหรับการปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยในประเทศไทยที่รอปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ ที่มีคุณภาพและปลอดภัย

มาตรการสำคัญ

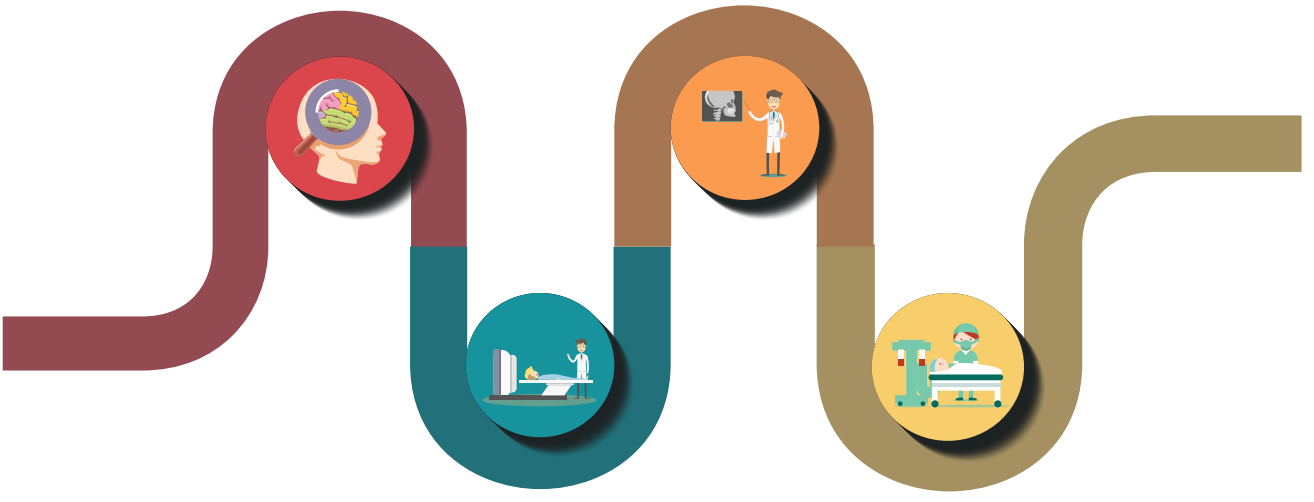
1. ขยายการรับบริจาคอวัยวะและดวงตาให้ครอบคลุม รพศ. และ รพท. ทุกแห่ง (อวัยวะทุก A และ S, ดวงตาทุก A,S และ M1)
2. ขยายศูนย์ปลูกถ่ายไต ตับ และกระจกตา
3. พัฒนาระบบขนส่ง Organ/Tissue
4. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะบุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพัฒนา Regional Organ Retrieval Team (เฉพาะ Transplant Center)
5.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

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564

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

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574

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



Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569

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

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579

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

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 27 พัฒนาระบบบริการรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

สถานการณ์ปัจจุบัน

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ ปี 2554 – 2558 การดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการนำผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา พบว่า ผู้เข้าบำบัดรักษามีแนวโน้มที่สูงขึ้นจาก 187,246 คน ในปี 2554 เป็น 303,509 คน ในปี 2557 และมีผู้เข้าบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด จำนวน 81,068 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 ระบบสมัครใจ จำนวน 71,227 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 และระบบต้องโทษ จำนวน 16,382 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษาตั้งแต่แรก
2. เพื่อลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สังคม และชุมชน
3. เพื่อพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอน ระยะเวลา และค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน และมีการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
4. เพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ โดยการบูรณาการร่วมกับสังคม และชุมชน

เป้าหมายระยะ 20 ปี

1. ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ
2. ผู้เสพ และผู้ติด สามารถอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นโดยไม่ก่อผลกระทบ (ลดความรุนแรง/การเสพติดซ้ำ)

มาตรการสำคัญ

1. สร้างเจตคติและการมีส่วนร่วมของสังคมในการป้องกันและตระหนักรู้กับปัญหายาเสพติดและสารเสพติด
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเฉพาะด้านการบำบัดรักษายาเสพติด
3. พัฒนาสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพให้เพียงพอและมีคุณภาพมาตรฐาน
4. สร้างระบบ/มาตรการและกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
5. ประสานความร่วมมือด้านบริการและวิชาการในภูมิภาคอาเซียนและองค์กรนานาชาติ

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



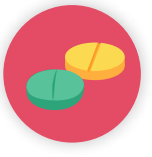
ตัวชี้วัด/เป้าหมาย
1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ 76
2. ผู้ติดและติดรุนแรงคงอยู่ในการบำบัดรักษาและดูแลต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 1 ปี ร้อยละ 80

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย
1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ 80
2. ผู้ติดและติดรุนแรงคงอยู่ในการบำบัดรักษาและดูแลต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 1 ปี ร้อยละ 85

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย
1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ 85
2. ผู้ติดและติดรุนแรงคงอยู่ในการบำบัดรักษาและดูแลต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 1 ปี ร้อยละ 90

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย
1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ 90
2. ผู้ติดและติดรุนแรงคงอยู่ในการบำบัดรักษาและดูแลต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 1 ปี ร้อยละ 95

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 28 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

สถานการณ์ปัจจุบัน

สถานการณ์ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง (Vulnerable People) มีกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกายรวมถึงโรคเรื้อรังที่ยากต่อการควบคุม มีความต้องการระบบการดูแล และฟื้นฟูเป็นพิเศษ (Specific Interventions and Care) หลังผ่านพ้นระยะวิกฤต และการเตรียมความพร้อมสู่การดูแลต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิหรือชุมชน

เป้าหมายระยะ 20 ปี

1. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงและได้รับบริการระบบการดูแลระยะกลางในสถานพยาบาลใกล้บ้านและมีความเชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ชุมชน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างบูรณาการ
2. ลดความแออัดของสถานพยาบาล
3. โรงพยาบาลระดับ M และ F สามารถให้บริการการดูแลระยะกลางในรูปแบบที่หลากหลาย (Variety of Care) และขยายขอบเขตบริการยังโรคหรือกลุ่มอาการที่ซับซ้อนขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์หรือ Acute Care Settings ที่เกิดจาก Bed Block โดยการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียง
2. ฟื้นฟูสมรรถนะ และลดภาวะแทรกซ้อน เช่น Intensive Rehabilitation
3. ลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนา/จัดทำรูปแบบการดูแลระยะกลางที่หลากหลาย (Variety of Settings) สำหรับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ (Specific Conditions Based on Evidence and Context)
2. พัฒนาระบบสนับสนุนต่างๆ ทั้งระบบการพัฒนาบุคลากร งบประมาณ ระบบข้อมูลที่ทันสมัย และการศึกษาวิจัย
3. มีกลไกเพื่ออภิบาลระบบให้เกิดความยั่งยืน สามารถเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับประเทศและในเชิงระบบได้

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. โรงพยาบาลระดับ M และ F สามารถให้บริการ IMC ในรูปแบบต่างๆ (variety of care) ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
2. ลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่จำเป็นได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20
3. หน่วยบริการ IMC มีระบบติดตามประเมินผลและเชื่อมโยงแผนการรักษากับระบบบริการสุขภาพทุกระดับไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. โรงพยาบาลระดับ M และ F สามารถให้บริการ IMC ในรูปแบบต่างๆ (variety of care) ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
2. สถานบริการที่ให้บริการ IMC สามารถขยายชนิดและประเภทของกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มมากขึ้นตามบริบทปัญหาของพื้นที่ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
3. สถานพยาบาล M และ F ที่ให้บริการสามารถเพิ่มการให้บริการการดูแลระยะกลาง ทั้ง step up และ step down care ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
4. ลดการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำที่ไม่จำเป็นไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30
5. หน่วยบริการ IMC มีระบบติดตามประเมินผลและเชื่อมโยงแผนการรักษากับระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. โรงพยาบาลระดับ M และ F สามารถให้บริการ IMC ในรูปแบบต่างๆ (variety of care) ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
2. สถานบริการที่ให้บริการ IMC สามารถขยายชนิดและประเภทของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้นตามบริบทปัญหาของพื้นที่รวมถึงผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเด็กได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
3. สถานพยาบาล M และ F ที่ให้บริการสามารถเพิ่มการให้บริการการดูแลระยะกลางทั้ง step up และ step down care

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. โรงพยาบาลระดับ M และ F สามารถให้บริการ IMC ในรูปแบบต่างๆ (variety of care) ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
2. สถานบริการที่ให้บริการ IMC สามารถขยายชนิดและประเภทของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้นตามบริบทปัญหาของพื้นที่โดยใช้ความคุ้มค่าด้านเศรษฐสาธารณสุขมาใช้ในการพิจารณาได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
3. สถานพยาบาล M และ F ที่ให้บริการสามารถเพิ่มการให้บริการการดูแลระยะกลาง ทั้ง step up และ step down care ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 29 พัฒนาระบบบริการ One Day Surgery

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. เป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า One Day Surgery มีความสำคัญ คือผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และกลับไปทำงานหารายได้จุนเจือครอบครัวได้เร็ว ลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระเศรษฐกิจประเทศชาติในการรักษาพยาบาลลงมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่ทำหัตถการ วันนอนเฉลี่ย 3 วัน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 7,500 บาท
2. ประเทศไทยมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้สาเหตุสำคัญคือการชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกันระหว่างการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกกับแบบผู้ป่วยใน

วัตถุประสงค์

1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลและลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง
2. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษาและลดการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ
3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพสูงสุดตามมาตรฐาน อย่างเบ็ดเสร็จในเขตสุขภาพ

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลการบริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery)
2. พัฒนาขีดความสามารถ ได้แก่ การวินิจฉัย และการรักษาได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. พัฒนาสถานที่/เครื่องมือ ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. พัฒนากำลังคนสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งงานวิจัย และนวัตกรรมได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One day Surgery : จำนวน 12 กลุ่มโรค (เฉพาะปี 2561) และเพิ่มหัตถการอย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

จำนวนร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery และจำนวนหัตถการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 5 ต่อปี

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery และจำนวนหัตถการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 5 ต่อปี

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery และจำนวนหัตถการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างน้อย ร้อยละ 5 ต่อปี
2. มี Excellence Center One Day Surgery (ODS) เทียบเท่าระดับสากลอย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 30 พัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่าการรักษาแบบการผ่าตัดที่มีการทำลายเนื้อเยื่อน้อย Minimally Invasive Surgery (MIS) มีความสำคัญคือประสิทธิภาพการรักษาเท่ากับหรือดีกว่าการรักษาแบบดั้งเดิม (Conventional Open Surgery) แต่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและอยู่ใน รพ. ในระยะเวลาที่สั้นกว่าเดิม 2 - 5 วัน
2. ผู้ป่วยที่ผ่าตัดชิ้นเนื้อมีวันนอนใน รพ. เพียง 1 - 3 วัน เท่านั้น โดยปกติ รพ. มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงถึง 7,500 บาท/วัน

วัตถุประสงค์

1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลและลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง
2. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษาและลดการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ
3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ศักยภาพการดูแลรักษาพยาบาลของสถานบริการในแต่ละเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น และการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพลดลง

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลการบริการผ่าตัดแบบวันเดียว Minimal Invasive Surgery
2. พัฒนาขีดความสามารถ ได้แก่ การวินิจฉัย และการรักษาได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. พัฒนาสถานที่/เครื่องมือ ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. พัฒนากำลังคนสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งงานวิจัย และนวัตกรรมได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

ร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery : จำนวน 2 กลุ่มโรค (เฉพาะปี 2561) และเพิ่มหัตถการอย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery และจำนวนหัตถการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery และจำนวนหัตถการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี
2. จัดหา Robotic Surgery มาใช้อย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery และจำนวนหัตถการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี
2. มี Excellence Center Minimally Invasive Surgery (MIS) เทียบเท่าระดับสากลอย่างน้อย ภาคละ 1 แห่ง

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 7
การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อ

โครงการที่ 31 พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปี 2560

1. ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโดยระบบ Emergency Medical Services (EMS) 24.46%
2. อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมง 14.7%
3. ผู้มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี (> 60% ฉุกเฉิน)
4. ขาดบุคลากร แพทย์ Emergency Physician (EP) 1,420 คน และพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Nurse: EN/Emergency Nurse Practitioner: ENP)

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
3. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรมีคุณภาพ มาตรฐาน

เป้าหมายระยะ 20 ปี

1. Emergency Care System (ECS) คุณภาพ โรงพยาบาล F2 ขึ้นไป > 80%
2. อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน 24 ชั่วโมง < 6%
3. อัตรากำลังเหมาะสม
   - EP 2.4 : 100,000 ประชากร
   - Registered Nurse (RN) 18 : 100,000 ประชากร
   - EN/ENP 4.1 : 100,000 ประชากร
   - Paramedic 4.1 : 100,000 ประชากร
   - Emergency Medical Technician Intermidiate (EMT-I) 3.1 : 100,000 ประชากร
   - Emergency Medical Technician Basic (EMT-B) 3.1 : 100,000 ประชากร

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564

มาตรการ/ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

มาตรการที่ 1 Emergency Room (ER) คุณภาพ/SMART ER
1) ECS คุณภาพ โรงพยาบาล F2 ขึ้นไป > 70%
2) อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน 24 ชั่วโมง < 12%
3) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน < 40%

มาตรการที่ 2 Community-Based EMS
1) จังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ Community-Based EMS > 30%
2) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS > 30%

มาตรการที่ 3 Value-Based ECS
1) ระดับความสำเร็จในการพัฒนาข้อมูลและสารสนเทศ ECS เท่ากับ 3
2) ระดับความสำเร็จ ECS Value-based Payment เท่ากับ 2
3) ระดับความสำเร็จการกำหนดมาตรฐานอาคารสถานที่ห้องฉุกเฉิน เท่ากับ 3



Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



มาตรการ/ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

มาตรการที่ 1 ER คุณภาพ/SMART ER
1) ECS คุณภาพ โรงพยาบาล F2 ขึ้นไป > 70%
2) อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน 24 ชั่วโมง < 10%
3) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน < 30%

มาตรการที่ 2 Community-Based EMS
1) จังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ Community-Based EMS > 40%
2) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS > 40%

มาตรการที่ 3 Value-Based ECS
1) ระดับความสำเร็จในการพัฒนาข้อมูลและสารสนเทศ ECS เท่ากับ 5
2) ระดับความสำเร็จ ECS Value-based Payment เท่ากับ 4
3) ระดับความสำเร็จการกำหนดมาตรฐานอาคารสถานที่ห้องฉุกเฉิน เท่ากับ 4

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574

มาตรการ/ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

มาตรการที่ 1 ER คุณภาพ/SMART ER
1) ECS คุณภาพ โรงพยาบาล F2 ขึ้นไป > 75%
2) อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน 24 ชั่วโมง < 8%
3) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน < 20%

มาตรการที่ 2 Community-Based EMS
1) จังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ Community-Based EMS > 60%
2) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS > 60%

มาตรการที่ 3 Value-Based ECS
1) ระดับความสำเร็จในการพัฒนาข้อมูลและสารสนเทศ ECS เท่ากับ 5
2) ระดับความสำเร็จ ECS Value-based Payment เท่ากับ 5
3) ระดับความสำเร็จการกำหนดมาตรฐานอาคารสถานที่ห้องฉุกเฉิน เท่ากับ 5





Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579

มาตรการ/ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

มาตรการที่ 1 ER คุณภาพ/SMART ER
1) ECS คุณภาพ โรงพยาบาล F2 ขึ้นไป > 80%
2) อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน 24 ชั่วโมง < 6%
3) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน < 15%

มาตรการที่ 2 Community-Based EMS
1) จังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ Community-Based EMS > 80%
2) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS > 80%

มาตรการที่ 3 Value-Based ECS
1) ระดับความสำเร็จในการพัฒนาข้อมูลและสารสนเทศ ECS เท่ากับ 5
2) ระดับความสำเร็จ ECS Value-based Payment เท่ากับ 5
3) ระดับความสำเร็จการกำหนดมาตรฐานอาคารสถานที่ห้องฉุกเฉิน เท่ากับ 5

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์

แผนงานที่ 8
การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ

โครงการที่ 32 โครงการเฉลิมพระเกียรติ

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 120,000 ราย หรือคิดเป็น 172 ต่อประชากรแสนคน ระยะ 15 ปีที่ผ่านมา มีอัตราลดลงของอุบัติการณ์เพียงร้อยละ 2.7 ต่อปี
2. ปีงบประมาณ 2558 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 62,154 ราย คิดเป็นความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 55.3
3. WHO รายงานว่าปี 2558 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยและทราบผลการตรวจ เอชไอวี (HIV-positive) มีจำนวนถึง 7,819 ราย คิดเป็นร้อยละ 13 โดยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy: ART) 5,389 ราย คิดเป็นร้อยละ 69

วัตถุประสงค์

เพื่อเร่งรัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ลดอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรคลงให้เหลือ 10 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อสิ้นปี 2579

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง การคัดกรอง การป้องกัน การวินิจฉัย การดูแลการรักษา การส่งต่อ และควบคุมวัณโรค แบบบูรณาการ
2. พัฒนาระบบเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทุกจังหวัด
3. พัฒนาระบบเครือข่ายทางห้องปฏิบัติการ เทคโนโลยีและชุดตรวจที่ใช้สำหรับวินิจฉัยให้มีมาตรฐานสากล
4. สนับสนุนการพัฒนาระบบโครงสร้าง และกลไกการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์
5. พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคลเพื่อการติดตามเฝ้าระวังในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง
6. บูรณาการระบบฐานข้อมูลให้สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและจังหวัดที่เป็นปัจจุบัน
7. มีกระบวนการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง
8. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เช่น คณะกรรมการ/อนุกรรมการด้านการป้องกัน ควบคุมวัณโรค ภายใต้ พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ระดับประเทศ เขต อำเภอ และจังหวัด

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



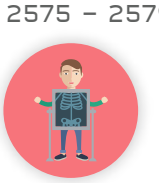
เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ลดอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรค ร้อยละ 12.5 ต่อปี
2. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ≥ ร้อยละ 90
3. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ร้อยละ 90 ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (172/แสนประชากร)
4. เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติ ให้ครอบคลุม ร้อยละ 90

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมควบคุมโรค

แผนงานที่ 8
การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ

โครงการที่ 33 พัฒนาพื้นที่พิเศษ

สถานการณ์ปัจจุบัน

รัฐบาลประกาศให้จังหวัดตาก สระแก้ว ตราด มุกดาหาร สงขลา เชียงราย หนองคาย นครพนม กาญจนบุรี และนราธิวาส รวม 10 จังหวัด เป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ซึ่งผลของการพัฒนาคาดว่าจะมีการเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาติเพิ่มขึ้นในภาคอุตสาหกรรมและวิสาหกิจชุมชน ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคและภัยสุขภาพจากโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในภาคอุตสาหกรรมและปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน

เป้าหมายระยะ 20 ปี

1. ลดโรคในกลุ่มเสี่ยง ลดหรือป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ
2. หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถผ่านเกณฑ์การประเมินสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาพื้นที่พิเศษ (Eastern Economic Corridor: EEC, Special Economic Zone: SEZ, Border Health, sea & Island)

ตัวชี้วัด

ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาพื้นที่พิเศษตามเกณฑ์ที่กำหนด

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาหน่วยบริการทุกระดับ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ให้จัดบริการอาชีวอนามัยฯ
2. จัดสรรบุคลากรให้เพียงพอ
3. พัฒนาหลักสูตรอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเฉพาะพื้นที่ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว
4. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุข
5. พัฒนาระบบข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวัง เช่น Env.Occ Health Profile, Env.-Occ.4.0 เป็นต้น
6. พัฒนาระบบเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมี/รังสี
7. พัฒนาห้องปฏิบัติการให้ได้มาตรฐาน
8. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการ/อนุกรรมการด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับอำเภอและจังหวัด



Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564
เป้าหมาย : ร้อยละ 95

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569
เป้าหมาย : ร้อยละ 97





Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574
เป้าหมาย : ร้อยละ 99

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579
เป้าหมาย : ร้อยละ 100



หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมควบคุมโรค

แผนงานที่ 9
อุตสาหกรรมทางการแพทย์

โครงการที่ 34 พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

สถานการณ์ปัจจุบัน

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

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ประเทศไทยเป็นเมืองสมุนไพร มีมูลค่าการตลาดสมุนไพรเพิ่มขึ้นเป็น 1.21 - 2.95 ล้านบาท

ตัวชี้วัด

มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้นเป็น 1.21 - 2.95 ล้านบาท

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน Good Agricultural Practices (GAP)/Good Agricultural and Collection Practices (GACP)/Organic
2. สนับสนุนและส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิต/พัฒนา/การวิจัยด้านสมุนไพร
3. พัฒนาคุณภาพโรงงานผลิตยา/ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรสู่มาตรฐาน Good Manufacturing Practice (GMP)
4. ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าการตลาดสมุนไพร และส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ
5. สร้างความเข้มแข็งของบุคลากรและเครือข่าย
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสมุนไพรระดับจังหวัด
7. ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
8. พัฒนาการประชาสัมพันธ์และสร้างทัศนคติที่ดีต่อสมุนไพร

Phase 1
พ.ศ. 2560 – 2564



เป้าหมาย
1. มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น 2.90 - 3.62 แสน ลบ.
2. จำนวนเมืองสมุนไพร 13 จังหวัด

Phase 2
พ.ศ. 2565 – 2569



เป้าหมาย
1. มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น 4.67 - 7.28 แสน ลบ.
2. ประเทศไทยเป็นผู้นำด้านสมุนไพรในอาเซียน

Phase 3
พ.ศ. 2570 – 2574



เป้าหมาย
1. มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น 7.52 - 14.64 แสน ลบ.
2. ประเทศไทยเป็นเมืองสมุนไพร 1 ใน 5 ของทวีปเอเชีย

Phase 4
พ.ศ. 2575 – 2579



เป้าหมาย
1. มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น 1.21 - 2.95 ล้าน ลบ.
2. ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสมุนไพรนานาชาติ

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ 3

บุคลากรเป็นเลิศ

1 แผนงาน

3 โครงการ

Phase 1 **5** KPI

Phase 2 **5** KPI

Phase 3 **5** KPI

Phase 4 **5** KPI

แผนงานที่ 10
การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 35 ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับภูมิภาค ปัจจุบันประเทศกำลังปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงมีความสำคัญและจำเป็น ในปี 2560 พบว่าบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เพื่อให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศ

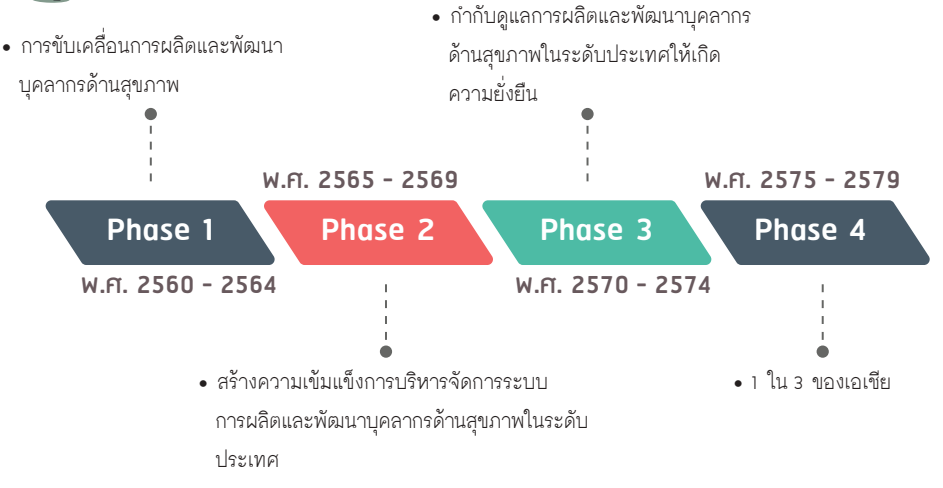
เป้าหมายระยะ 20 ปี

บุคลากรด้านสุขภาพมีเพียงพอ และมีความเป็นมืออาชีพ

ตัวชี้วัด

- ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิต และพัฒนากำลังคนผ่านเกณฑ์ระดับ 4 ทั้ง 5 องค์ประกอบ
- ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

1. สร้างความเข้าใจในแนวทางการจัดทำแผนผลิตและพัฒนากำลังคนระดับเขต
2. พัฒนาและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและนอก สธ. เพื่อการผลิต และพัฒนากำลังคน
3. พัฒนาและสนับสนุนระบบฐานข้อมูลพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจ
4. ผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพภายใต้ค่านิยมร่วม MOPH และเป็นมืออาชีพ
5. เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร จัดการความรู้และนวัตกรรมด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
6. สร้างและพัฒนากลไกการบริหารจัดการระบบการผลิต และพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ
7. สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ
8. สนับสนุนให้ชุมชน/ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
9. มีมาตรการในการควบคุมกำกับในการนำระดับและข้อมูลการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพมาใช้อย่างต่อเนื่อง

หน่วยงานรับผิดชอบ : สถาบันพระบรมราชชนก

แผนงานที่ 10
การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 36 Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข

สถานการณ์ปัจจุบัน

- สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพ มีการกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และภาคกลาง มีจำนวนแพทย์/ประชากร คิดเป็นสัดส่วน 3.9/10,000 นอกจากนี้ พบว่ามีอัตราการสูญเสียลดลง คิดเป็นร้อยละ 1.47
- ระดับความสุขในการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพ จากผลการสำรวจความสุขผ่านระบบ Happinometer ระหว่างวันที่ 18 เมษายน - 30 มิถุนายน 2560 มีอัตราการตอบแบบประเมิน 78.84 % พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข อยู่ที่ 62.60 เมื่อจำแนกรายมิติ พบว่า มิติจิตวิญญาณดี มีค่าคะแนนสูงสุดที่ 70.47 ในขณะที่มิติสุขภาพเงินดี มีค่าคะแนน ต่ำที่สุด 50.65

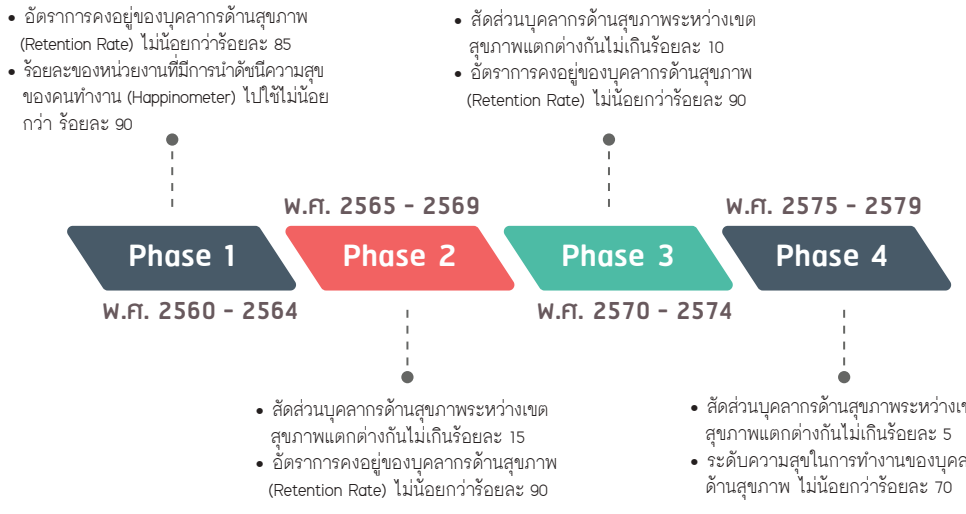
วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานของบุคลากรให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร

เป้าหมายระยะ 20 ปี

- ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากร (Happinometer) และค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะองค์กร ≥ 70
- สัดส่วนอัตรากำลังระหว่างเขตสุขภาพต่างกันไม่เกินร้อยละ 5
- อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



มาตรการสำคัญ

1. HR Governance: พัฒนากลไกการขับเคลื่อนและการบริหารจัดการกำลังคนให้เข้มแข็งและมีเอกภาพ
2. HRH Information System พัฒนาระบบสารสนเทศกำลังคนให้มีประสิทธิภาพ
3. HRP: วางแผนกำลังคนอย่างสอดคล้องกับภารกิจ และตอบสนองความต้องการของประชาชน
4. Recruitment Process: ปรับปรุงระบบการสรรหาและการคัดเลือก แต่งตั้งให้โปร่งใส และเป็นธรรม
5. Performance Management System: พัฒนาระบบบริหารผลงาน
6. Retention Strategy & Happy Worklife: พัฒนาระบบค่าตอบแทนสิทธิประโยชน์แรงจูงใจในการทำงานและความก้าวหน้าในสายอาชีพอย่างเป็นธรรม

หน่วยงานรับผิดชอบ : กองบริหารทรัพยากรบุคคล/กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

แผนงานที่ 10
การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 37 พัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

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

วัตถุประสงค์


เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ


เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง


เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยงส่งต่อกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เป้าหมายระยะ 20 ปี


มีอาสาสมัครประจำครอบครัวในทุกครอบครัว และทุกครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 1 (พ.ศ. 2560 - 2564)
- อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว (4,000,000 คน)
- ร้อยละ 70 ของครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

Phase 2 (พ.ศ. 2565 - 2569)
- อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว (9,000,000 คน)
- ร้อยละ 80 ของครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

Phase 3 (พ.ศ. 2570 - 2574)
- อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว (14,000,000 คน)
- ร้อยละ 90 ของครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

Phase 4 (พ.ศ. 2575 - 2579)
- อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว (20,000,000 คน)
- ร้อยละ 95 ของครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

มาตรการสำคัญ

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

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4

บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล

5 แผนงาน

8 โครงการ

Phase 1 **22** KPI

Phase 2 **20** KPI

Phase 3 **19** KPI

Phase 4 **19** KPI

แผนงานที่ 11
การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 38 ประเมินผลคุณธรรมความโปร่งใส และการบริหารความเสี่ยง

สถานการณ์ปัจจุบัน

- กระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. (ปลูกจิตสำนึก ป้องกัน ปราบปราม และสร้างเครือข่าย) มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการประเมิน Integrity & Transparency Assessment (ITA) เน้นการประเมินตนเองเฉพาะแบบสำรวจที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้
- ผลการตรวจสอบภายในของกลุ่มตรวจสอบภายใน และสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พบว่ามีความไม่ถูกต้องครบถ้วนตามระเบียบของทางราชการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดวางระบบควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญการใช้ประโยชน์ของการควบคุมภายใน

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐได้ปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน
- เพื่อให้การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยามีการดำเนินการด้วยความโปร่งใสและมีประสิทธิภาพ
- เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุขมีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เป้าหมายระยะ 20 ปี



- ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์
- ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม
- 1 ใน 5 ของกระทรวงที่มีระบบการควบคุมภายในที่ดี

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 2

- ร้อยละ 90 ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (1,665 แห่ง จาก 1,750 แห่ง)
- ร้อยละ ..... ของการจัดซื้อยาร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม
- ร้อยละ 40 ของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน

Phase 4

- ร้อยละ 90 ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (10,377 แห่ง จาก 11,530 แห่ง)
- ร้อยละ.....ของการจัดซื้อยาร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม
- ร้อยละ 80 ของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน

พ.ศ. 2560 - 2564 | พ.ศ. 2565 - 2569 | พ.ศ. 2570 - 2574 | พ.ศ. 2575 - 2579

Phase 1

- ร้อยละ 90 ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (1,665 แห่ง จาก 1,750 แห่ง)
- ร้อยละ 30 ของการจัดซื้อยาร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม
- ร้อยละ 20 ของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน

Phase 3

- ร้อยละ 90 ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (1,665 แห่ง จาก 1,750 แห่ง)
- ร้อยละ ..... ของการจัดซื้อยาร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม
- ร้อยละ 60 ของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน

มาตรการสำคัญ

1. เผยแพร่องค์ความรู้เรื่องการจัดวางระบบการควบคุมภายใน การประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ
2. พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบภายใน และผู้รับผิดชอบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข
3. พัฒนาระบบการประเมินผลโดยผู้ตรวจสอบภายในประจำจังหวัด และผู้ตรวจสอบภายในประจำส่วนราชการ และการประเมินตนเอง

หน่วยงานรับผิดชอบ : กองบริหารการสาธารณสุข/ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต/กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง

แผนงานที่ 11
การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 39 พัฒนาองค์กรคุณภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

- สป.สธ. ได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร เพื่อยกระดับการปฏิบัติราชการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล ตั้งแต่ปี 2550
- ร้อยละของ รพ. สังกัด กสธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง ขั้น 3 รพศ./รพท./รพ. สังกัดกรม พ./กรม. คร./กรม. สจ. ร้อยละ 97.58 รพช. ร้อยละ 73.85 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2560)
- เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) เป็นเกณฑ์คุณภาพที่พัฒนาและจัดทำขึ้นโดย กสธ. เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีคุณภาพมาตรฐานและได้รับการยอมรับในวงกว้าง ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานบริการปฐมภูมิ รพ.สต. จึงต้องได้รับการประเมินและรับรองจากหน่วยงานภายนอกร่วมด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ

เป้าหมายระยะ 20 ปี

- พัฒนาหน่วยบริหารในสังกัด สป.สธ. ให้มีคุณภาพมาตรฐาน PMQA และได้รับการรับรองจากหน่วยงานภายนอก
- โรงพยาบาลสังกัด สธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง Hospital Accreditation (HA) ขั้น 3
- หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานและรับรองจากหน่วยงานภายนอก

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 2

- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัด สป.สธ. (ส่วนกลางร้อยละ 100/สสจ.ร้อยละ 100/สสอ.ร้อยละ 100)
- ร้อยละ 100 ของรพศ./รพท./รพ.สังกัดกรม พ./กรม คร./กรม สจ. ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3
- ร้อยละ 100 ของ รพช. ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3
- ร้อยละ 100 ของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

Phase 4

- ร้อยละ 100 ของรพศ./รพท./รพ.สังกัด กรม พ./กรม คร./กรม สจ. ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3
- ร้อยละ 100 ของ รพช. ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3
- ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานและรับรองจากหน่วยงานภายนอก

พ.ศ. 2560 - 2564 | พ.ศ. 2565 - 2569 | พ.ศ. 2570 - 2574 | พ.ศ. 2575 - 2579

Phase 1

- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัด สป.สธ. (ส่วนกลางร้อยละ 90/สสจ.ร้อยละ 90/สสอ.ร้อยละ 80)
- ร้อยละ 100 ของรพศ./รพท./รพ.สังกัดกรม พ./กรม คร./กรม สจ. ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3
- ร้อยละ 80–100 ของ รพช. ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3
- ร้อยละ 100 ของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

Phase 3

- ร้อยละ 100 ของรพศ./รพท./รพ.สังกัด กรม พ./กรม คร./กรม สจ. ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3
- ร้อยละ 100 ของ รพช. ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3
- ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานและรับรองจากหน่วยงานภายนอก

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบฐานข้อมูล เช่น ระบบข้อมูลปฐมภูมิ
2. มีกลไกการตรวจประเมินคุณภาพภายใน
3. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่
4. สื่อสาร ชี้แจง ประชาสัมพันธ์นโยบายแนวทาง และแผนพัฒนาองค์กรคุณภาพ
5. ส่งเสริมให้มีการขับเคลื่อนการสร้างเครือข่ายระดับจังหวัด
6. พัฒนาศักยภาพบุคลากร

หน่วยงานรับผิดชอบ : กองบริหารการสาธารณสุข/กองยุทธศาสตร์และแผนงาน/กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

แผนงานที่ 12
การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ 40 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ

สถานการณ์ปัจจุบัน

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

วัตถุประสงค์

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

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย



Phase 1 — **พ.ศ. 2560 - 2564**

- ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัดน้อยกว่าร้อยละ 40
- ข้อมูลบริการสุขภาพ : คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมีความถูกต้องครบถ้วน มากกว่าร้อยละ 80

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาเครื่องมือช่วยนายทะเบียนในการให้สาเหตุการตาย
2. จัดลำดับและให้รางวัลหน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพข้อมูลได้ตามมาตรฐาน
3. สร้างและส่งเสริมให้พื้นที่นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ของตนเอง
4. อบรม/ฟื้นฟู คุณภาพการบันทึกสาเหตุการตายแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
5. สนับสนุนงบประมาณ และเครื่องมือในการดำเนินการอย่างเพียงพอ
6. บูรณาการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ
7. บรรจุการเรียนการสอนเกี่ยวกับการบันทึกสาเหตุการตายตามมาตรฐาน ในหลักสูตรทางการแพทย์ และการสาธารณสุข
8. มีการรับรองโปรแกรม (Certified Program) ที่ใช้ในสถานพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐาน

หน่วยงานรับผิดชอบ : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

แผนงานที่ 12
การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ
โครงการที่ 41 พัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล

สถานการณ์ปัจจุบัน

ระบบ Smart Health ID ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้สามารถใช้บัตรประชาชนแทนบัตรโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการกรอกเอกสาร ลดระยะเวลารอรับบริการ และพัฒนาระบบ nRefer รองรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลจากหลากหลาย Platform

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัย ทั่วถึง เท่าเทียม และต่อเนื่องในทุกสถานบริการผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล
- เพื่อให้แพทย์ใช้ข้อมูลประวัติสุขภาพผู้ป่วยชุดเดียวกัน ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค บำบัด รักษาโรคได้อย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายระยะ 20 ปี

- หน่วยบริการทุกหน่วยสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพร่วมกันได้ (Health Information Exchange (HIE))
- ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพทุกคนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 2

- หน่วยบริการทุกระดับในสังกัด สธ.แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่ง-รับผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง
- ผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับในสังกัด สธ. เข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้

Phase 4

- หน่วยบริการในและนอกสังกัด สธ. ทั้งภาครัฐและเอกชน แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพร่วมกันได้
- ผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการในและนอกสังกัด สธ. ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้

พ.ศ. 2560 - 2564 | พ.ศ. 2565 - 2569 | พ.ศ. 2570 - 2574 | พ.ศ. 2575 - 2579

Phase 1

- รพศ./รพท./รพช. แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่ง-รับผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง
- ผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด สป.สธ.เข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้

Phase 3

- หน่วยบริการทุกระดับในภาครัฐแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่ง-รับผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง
- ผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับในภาครัฐเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลและเชื่อมต่อกันทั่วประเทศเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง
2. มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลกลางเพื่อบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลผ่านฐานข้อมูลเดียว
3. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เช่น คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียนสุขภาพส่วนบุคคล คณะทำงานกำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ฯ
4. มีมาตรการในการควบคุมความปลอดภัยของข้อมูลกระบวนการเข้าถึงให้ใช้มาตรฐาน 1I 3A ได้แก่ Identification,Authentication,Authorization และ Access Control

หน่วยงานรับผิดชอบ : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ

แผนงานที่ 13
การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
โครงการที่ 42 ลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน

สถานการณ์ปัจจุบัน

- นโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพมีการจัดการแบบแยกส่วน ขาดความต่อเนื่องของกลไกระดับนโยบายของแต่ละกองทุน
- ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพประชาชนไทย ร้อยละ 99.95
- ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 15.28

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีประสิทธิภาพเป็นธรรม และยั่งยืน ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ สะดวก และทัดเทียม

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพของประเทศที่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของหลายหน่วยงานเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกันนำไปสู่การสร้างความเป็นธรรม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และยั่งยืน
- เพื่อให้การดำเนินงานระบบประกันสุขภาพเป็นไปอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์
- เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

พ.ศ. 2560 - 2564

Phase 1

- มีชุดสิทธิประโยชน์หลัก/กลาง สำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทุกระบบเพิ่มขึ้นอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง
- ระบบการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ 5 เรื่อง
- กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ

พ.ศ. 2565 - 2569

Phase 2

- มีชุดสิทธิประโยชน์หลัก/กลาง สำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทุกระบบเพิ่มขึ้นอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง
- ระบบการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 เรื่อง
- กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ

พ.ศ. 2570 - 2574

Phase 3

- มีชุดสิทธิประโยชน์หลัก/กลาง สำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทุกระบบเพิ่มขึ้นอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง
- ระบบการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 เรื่อง
- กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ

พ.ศ. 2575 - 2579

Phase 4

- ร้อยละความแตกต่างของอัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิแต่ละระบบลดลงไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 จากปี 2560
- รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ภายใต้เงื่อนไขที่ต้องมีสิทธิประโยชน์หลัก/กลางสำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทั้งระบบ มีค่าต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10
- กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาเพื่อสร้างความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ด้านการเงินการคลังในระบบประกันสุขภาพ
2. พัฒนาเพื่อสร้างความกลมกลืนของการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบ
3. พัฒนาเพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกัน
4. ลดความแตกต่างของอัตราการจ่ายเงิน

หน่วยงานรับผิดชอบ : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ/สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน/สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนงานที่ 13
การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
โครงการที่ 43 บริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

สถานการณ์ปัจจุบัน

หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช.) ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (สูงสุดระดับ 7) ปี 2560 ไตรมาส 3 ร้อยละ 3.23



วัตถุประสงค์

- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง
- เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ
- เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน ในการสนับสนุนหน่วยบริการ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 1 — **พ.ศ. 2560 - 2564**

ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน



มาตรการสำคัญ

- สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)
- พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)
- ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)
- จัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)
- พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Boilding)

หน่วยงานรับผิดชอบ : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

แผนงานที่ 14
การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่ 44 พัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

สถานการณ์ปัจจุบัน

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลงาน วิจัย/R2R ที่หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ จำนวน 1,518 เรื่อง (ทั้งหมด 2,703 เรื่อง) คิดเป็นร้อยละ 48.48 และมีร้อยละ 75 ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัย และพัฒนาให้กับนักวิจัยในสังกัด อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2561 นอกจากนี้มีการกำหนดรายการตำรับยาแผนไทยของชาติลงในราชกิจจานุเบกษา จำนวน 12 ฉบับ มีตำรับยาจำนวน 14,779 ตำรับ รวมทั้งมีฐานข้อมูลงานวิจัย จำนวน 729 เรื่อง

วัตถุประสงค์

- เพื่อส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาต่อยอดการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ นำไปสู่การผลิตและบริการที่ทันสมัย
- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและวัคซีนในราคาที่สามารถซื้อได้ สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข
- เพื่อคัดเลือก กลั่นกรอง วิเคราะห์รายการตำรับยาแผนไทยกำหนด และประกาศเป็นรายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ

เป้าหมายระยะ 20 ปี

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ผลิตองค์ความรู้ วิจัย/นวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อสนองตอบการพัฒนาระบบการแพทย์/ สาธารณสุขของประเทศและใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ได้

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 2

- ร้อยละ 65 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ทั้งหมด
- ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่า 3 ของงบประมาณทั้งหมด
- ร้อยละ 85 ของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น
- ร้อยละ 50 รายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน
- มีการคัดเลือกรายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ เพื่อนำเข้าสู่ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 10 (จากรายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ)
- ร้อยละ 50 จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี สุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น
- จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด จำนวน 100 เรื่อง

Phase 4

- ร้อยละ 100 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ทั้งหมด
- ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่า 6 ของงบประมาณทั้งหมด
- ร้อยละ 95 ของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น
- ร้อยละ 80 รายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน
- มีการคัดเลือกรายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ เพื่อนำมาจัดทำข้อกำหนดมาตรฐานตำรับยาแผนไทย ร้อยละ 10 (จากรายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ)
- ร้อยละ 100 จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี สุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น
- จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด จำนวน 200 เรื่อง

พ.ศ. 2560 - 2564 | **พ.ศ. 2565 - 2569** | **พ.ศ. 2570 - 2574** | **พ.ศ. 2575 - 2579**

Phase 1

- ร้อยละ 40 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ทั้งหมด
- ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่า 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด
- ร้อยละ 80 ของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น
- ร้อยละ 38 รายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน (ไม่สะสม)
- จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 500 ตำรับที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
- ร้อยละ 25 จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี สุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น
- จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด จำนวน 62 เรื่อง

Phase 3

- ร้อยละ 90 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ทั้งหมด
- ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่า 4.5 ของงบประมาณทั้งหมด
- ร้อยละ 90 ของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น
- ร้อยละ 65 รายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน
- มีการคัดเลือกรายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ เพื่อนำมาจัดทำข้อกำหนดมาตรฐานตำรับยาแผนไทย ร้อยละ 5 (จากรายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ)
- ร้อยละ 75 จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี สุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น
- จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด จำนวน 150 เรื่อง

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ให้มีศักยภาพในการวิจัยที่ได้มาตรฐาน และสร้างทีมวิจัยที่เข้มแข็งในพื้นที่
2. สร้างช่องทางการสื่อสาร/ถ่ายทอด/เผยแพร่ นโยบาย และผลงานวิจัย
3. เสริมสร้างความร่วมมือด้านการวิจัยกับภาคเอกชนที่สอดคล้องกับประเด็นวิจัยสุขภาพ (Matching)
4. เชื่อมโยงและขยายเครือข่ายในการดำเนินงานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้
5. มีกลไกระดับชาติในการขับเคลื่อนระบบวิจัยทางการแพทย์ การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร
6. สนับสนุนและพัฒนาผู้ประกอบการในการผลิตหรือทดแทนยาต้นแบบ รวมทั้งการสร้างนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์
7. จัดทำ/พัฒนาระบบฐานข้อมูลวิจัย/R2R ระดับประเทศ/ด้านสิทธิบัตร งานวิจัย/การให้คำปรึกษา การขึ้นทะเบียนยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพ

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมการแพทย์/กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก/กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์/สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/สำนักวิชาการสาธารณสุข

แผนงานที่ 15
การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่ 45 ปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องเร่งออกกฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขเพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและเพื่อประโยชน์ของประชาชน จำนวน 5 ฉบับ

วัตถุประสงค์

- เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ และทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน
- เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เป้าหมายระยะ 20 ปี

ประเทศไทยมีกฎหมายด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชน

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

Phase 2

ร้อยละ 80 ของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้

Phase 4

ร้อยละ 80 ของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้

พ.ศ. 2560 - 2564 → พ.ศ. 2565 - 2569 → พ.ศ. 2570 - 2574 → พ.ศ. 2575 - 2579

Phase 1

ร้อยละ 80 ของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้

Phase 3

ร้อยละ 80 ของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้

มาตรการสำคัญ

1. ผลักดันการปรับปรุงและพัฒนากฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข
2. พัฒนามาตรการในการบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขให้เข้มแข็ง
3. พัฒนาบุคลากรด้านกฎหมายรองรับการเปลี่ยนแปลงและการบังคับใช้กฎหมาย

หน่วยงานรับผิดชอบ : กองกฎหมาย



บทที่ 6

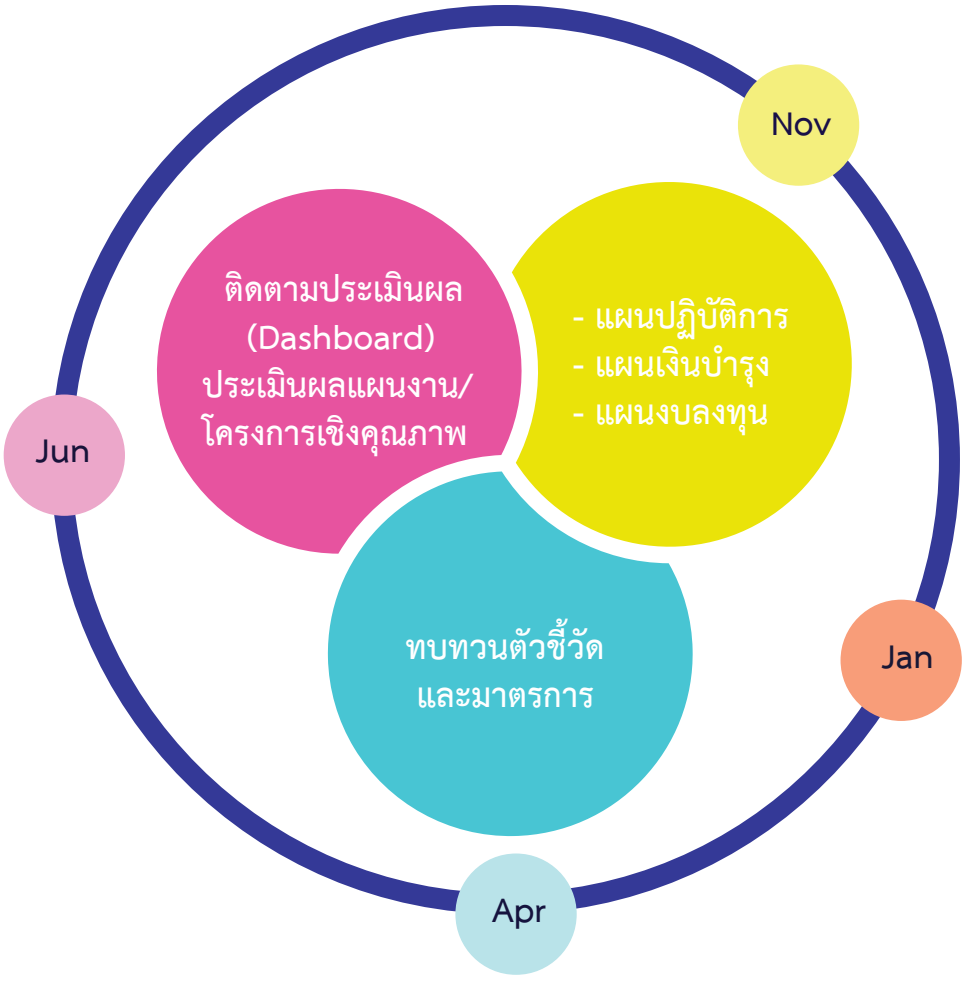
การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผล

การขับเคลื่อน และติดตามประเมินผล

บทที่ 6

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

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

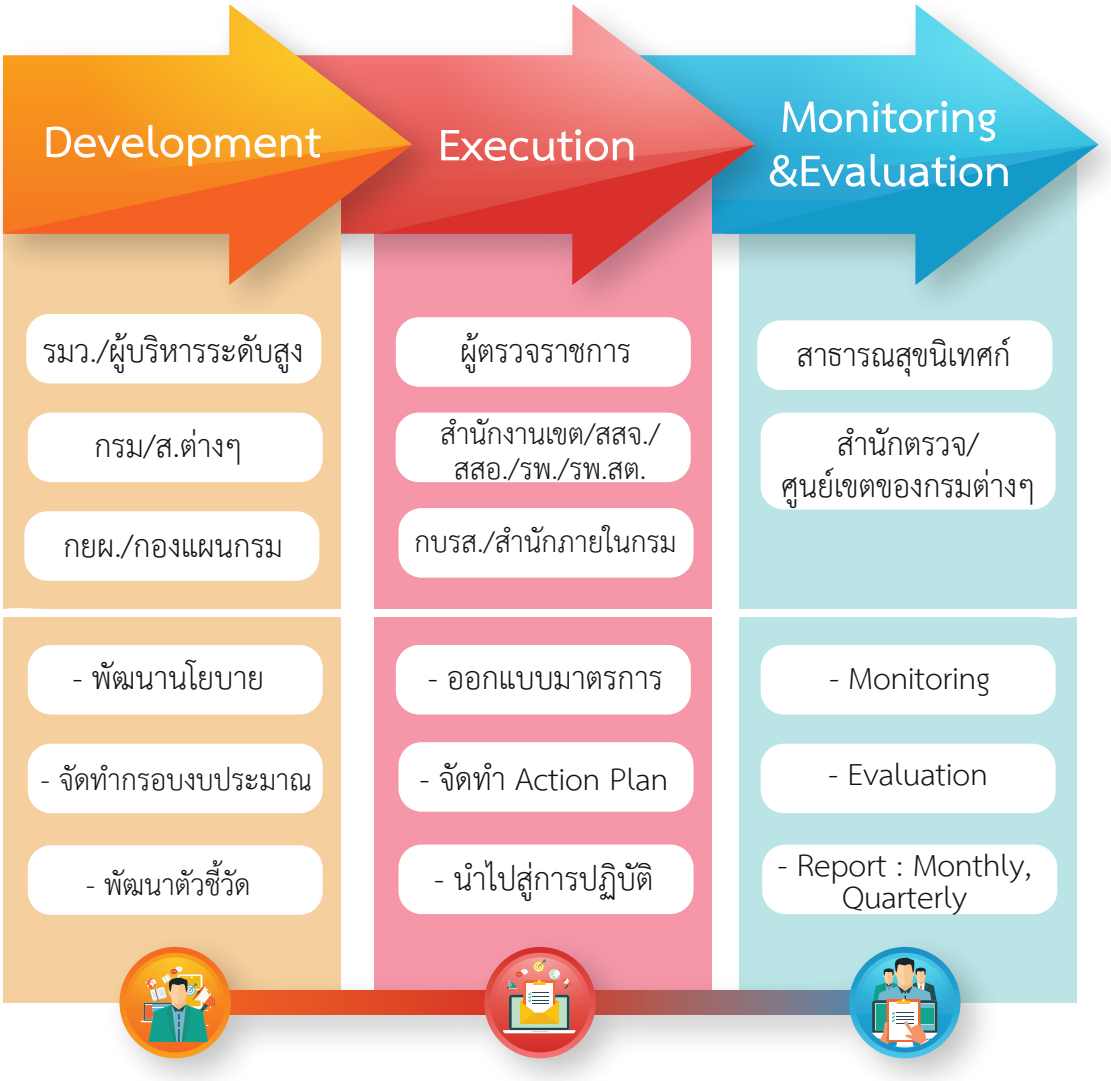


ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การขับเคลื่อน และติดตามประเมินผล

บทที่ 6

บทบาทและภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาไปสู่การปฏิบัติ และติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข



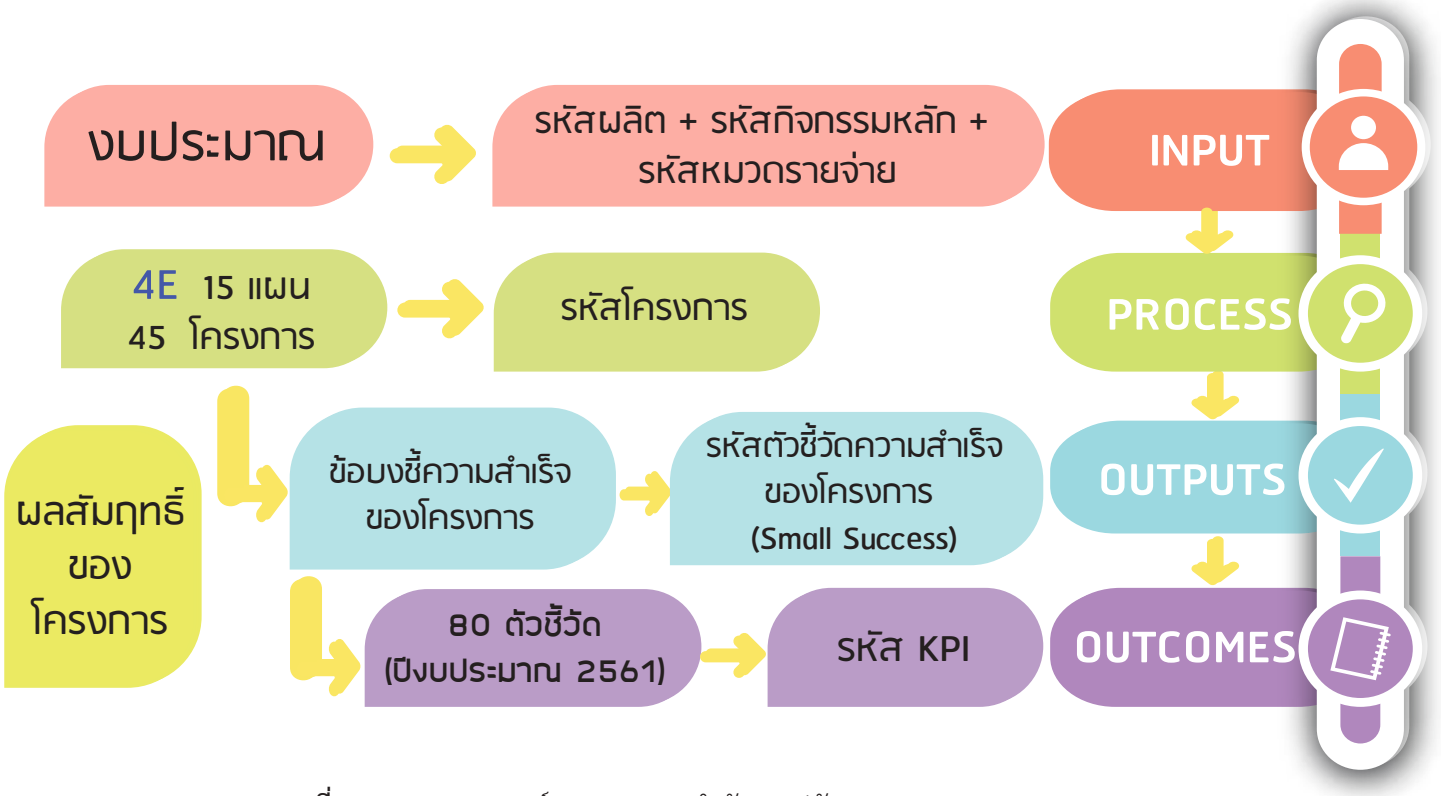
ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผล

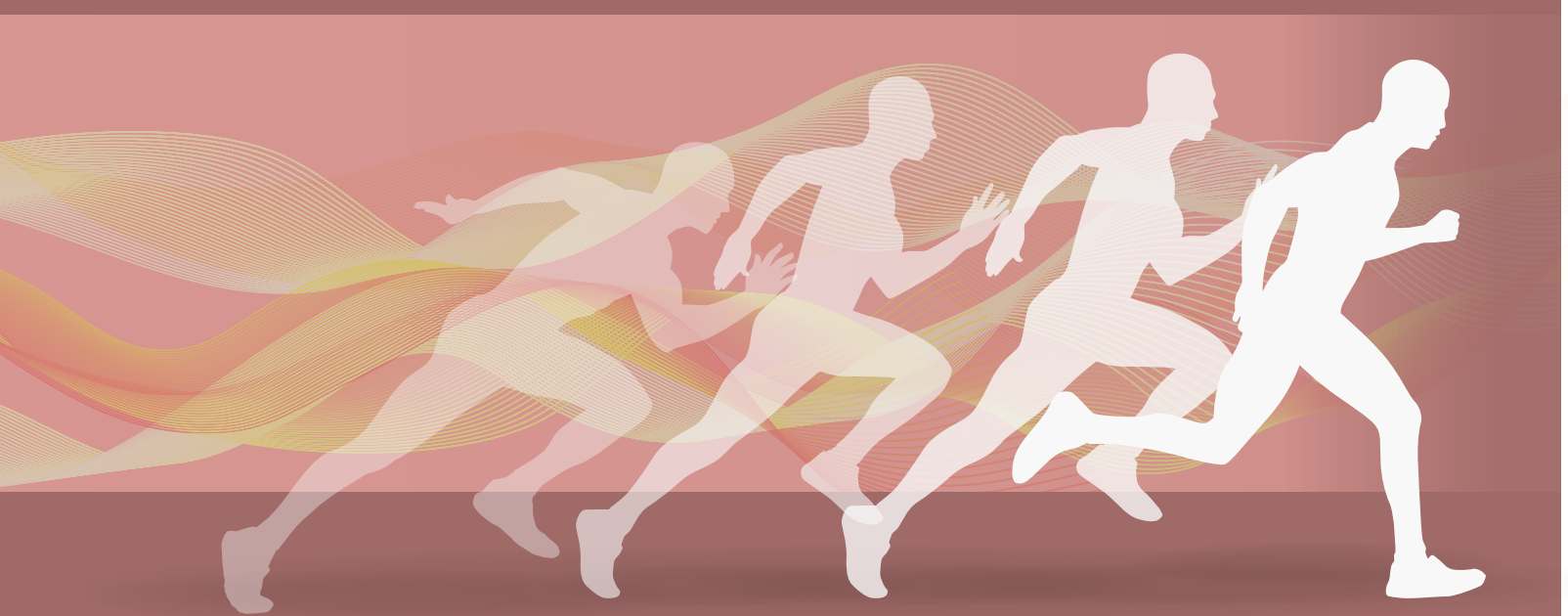
บทที่ 6

ในส่วนของการติดตามประเมินผลกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมพัฒนาระบบติดตามประเมินผ่านระบบการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (Strategic Management System : SMS) ในพื้นที่เขตสุขภาพและจังหวัดตามกรอบยุทธศาสตร์ 4 Excellence

การพัฒนาระบบติดตามประเมินผ่านระบบการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (Strategic Management System : SMS)



ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2560). **รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2559**. กรุงเทพฯ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2559

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). **รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข รอบ 6 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2560**

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 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.

สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ. (2560). **รายงานสถานการณ์ชยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ.2559**. กรุงเทพฯ

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

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

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย 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). **รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2557**. นนทบุรี.

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

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). **Health at a Glance Thailand 2016**.

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

สุวิทย์ เมษิณทรีย์. **แนวคิดเกี่ยวกับประเทศไทย 4.0**. 2559. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก:planning2.mju.ac.th/wtms_document Download.aspx?id=MjY4MTE= 25. เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2560.

WHO. **ไข้หวัดนก**. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/AvianInfluenza/en/. เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2560.

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

WHO. **โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง**. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: http://www.who.int/emergecies/mers-cov/en/. เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2560

บรรณาธิการ
ดร.นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี

คณะผู้จัดทำ

1. นพ.ธงธน เพิ่มบถศรี
2. ดร.วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย
3. นายเกษมศานต์ ชัยศิลป์
4. น.ส.หทัยรัตน์ คงสืบ
5. น.ส.นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข
6. น.ส.นารถอุไร ธนูศร
7. น.ส.อังคณา สมคิด
8. น.ส.กนลา กอบวิทยา



จัดทำโดย
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
Website : http://bps.moph.go.th



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