รายงานผลฉบับสมบูรณ์

การประเมินแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่๑๐ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔)

โดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ได้รับการสนับสนุนจาก

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕

คำนำ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นเพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) ได้ประกาศใช้มาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๙ เป็นแผนที่อยู่ในช่วงแผนพัฒนาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) ที่กำหนด **"วิสัยทัศน์ประเทศไทย"** เพื่อมุ่งพัฒนาสู่ **"สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน"** (Green and Happiness Society) โดยแนวทางการพัฒนายึดแนวปฏิบัติตาม**ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง** ควบคู่ไปกับการพัฒนาแบบบูรณาการ เป็นองค์รวมที่ยึด**คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา** อย่างจริงจัง และเป็นแผนที่เน้นการประยุกต์ใช้**ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง**ในการขับเคลื่อนการพัฒนากับภาคีทุกระดับ เพื่อให้การพัฒนาประเทศเกิดความสมดุล เป็นธรรมและยั่งยืน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการติดตามประเมินผลการผลักดันแผนพัฒนาไปสู่การปฏิบัติ พร้อมทั้งการพัฒนาดัชนีเพื่อวัดผลความสำเร็จที่เกิดขึ้น และได้รายงานสู่สาธารณะมาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันการดำเนินงานภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) ได้ผ่านพ้นมาเป็นเวลา ๕ ปีแล้ว สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จึงได้จัดให้มีการประเมินผลเพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลง และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาในระยะ ๕ปี ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐ และใช้ประโยชน์ในการจัดทำข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาประเทศด้านสุขภาพในระยะต่อไปได้อย่างเหมาะสม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสาร **"รายงานผลการประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐"** ฉบับนี้ จะช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจถึงผลการพัฒนาประเทศด้านสุขภาพ และนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาประเทศให้เกิดขึ้นกับทุกภาคส่วนของสังคม เพื่อมุ่งสู่การร่วมสร้างสังคมไทยให้อยู่เย็นเป็นสุขได้อย่างยั่งยืนในระยะต่อไป

สรุปย่อสาระสำคัญ
การประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ มีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอันเป็นนโยบายสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพ รายงานผลการประเมินผลยุทธศาสตร์เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาสุขภาพ

ในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐ พบว่า **คนไทยได้รับหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง**ในหลายรูปแบบ **การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น**จากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ คนไทยมีหลักประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมหลายประเภทอย่างทั่วถึง **คนไทยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยเพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์รับภาระดูแลประชาชนในสัดส่วนที่สูงขึ้น สะท้อนถึงการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข** คนไทยได้รับหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง และมีอายุยืนยาว แต่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ และมีปัญหาสุขภาพจิต สัดส่วนของผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ ๙๗.๘๒ ของประชากรผู้มีสิทธิทั้งหมด ในปี ๒๕๔๙ เป็นร้อยละ ๙๙.๓๖ ในปี ๒๕๕๓ ครอบคลุมคนไทยประมาณ ๖๓.๐๖ ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๙๙.๙๕ ในปัจจุบัน ปี ๒๕๕๔ ประชาชนกลุ่มที่ยังรอพิสูจน์สถานะ จำนวน ๔๕๗,๔๐๙ คน ได้รับการประกันสุขภาพ ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๓

การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ขณะเดียวกัน คนไทยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยเพิ่มจาก ๕.๗๕ คนต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๔๙ เป็น ๕.๙๐ คนในปี ๒๕๕๓ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ ๙ ใน ๑๐ มีความเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า

โครงสร้างประชากรมีแนวโน้ม**ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น** ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง ขณะที่การย้ายถิ่นของประชากรส่งผลให้ความเป็นเมืองสูงขึ้น ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและจะเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี ๒๕๖๘ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดถึงเกือบ ๑ ใน ๓ ของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศ ขณะที่กรุงเทพมหานครจะมีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว สำหรับโครงสร้างประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงานมีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยที่ลดลงต่ำอยู่ที่ ๑.๖ ในปี ๒๕๕๑ ทำให้ สัดส่วนประชากร วัยเด็ก : วัยแรงงาน : วัยสูงอายุ ลดลงจากร้อยละ **๒๐.๕ : ๖๗.๖ : ๑๑.๙** ในปี ๒๕๕๓ (**ประชากรทั้งสิ้น ๖๕,๔๗๙,๔๕๓ คน**) เป็นร้อยละ **๑๘.๓ : ๖๖.๙ : ๑๔.๘** ในปี ๒๕๕๙ การย้ายถิ่นของประชากรจากชนบทเข้าสู่เมืองอย่างต่อเนื่องทำให้มีการขยายตัวของความเป็นเมืองมากขึ้น โดยสัดส่วนของประชากรในเขตเมืองเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ ๓๑.๑ ในปี ๒๕๔๓ เป็นร้อยละ ๔๕.๗ ในปี ๒๕๕๓

สถิติของแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นจาก ๑,๓๑๐,๖๙๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น **๒,๔๘๗,๐๔๕ คน** ในปี ๒๕๕๓

อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๔๘ - ๒๕๕๒ มีอัตราส่วนการตายสูงสุดในปี พ.ศ.๒๕๔๘ และ ๒๕๕๐ เท่ากับ ๑๒.๒ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน หลังจากปี ๒๕๕๐ มีแนวโน้มลดลง ลดลงเหลือ ๑๐.๘ และ **๑๐.๒** ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓ ตามลำดับ

อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๒ มีแนวโน้มลดลง โดยในปี ๒๕๔๘ สูงสุด เท่ากับ ๗.๖ ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน หลังปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีแนวโน้มลดลงจาก ๗.๖ เป็น ๗.๔ และ ๗.๒ ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๐ ตามลำดับ ในปี ๒๕๕๒ ลดลง เป็น ๗.๑ และในปี ๒๕๕๓ ลดลง เป็น **๗.๐** ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน

อัตราตายเด็กต่ำกว่า ๕ ปี ในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๒ โดยมีอัตราตายสูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ คือ ๑๐.๘ ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จากปี ๒๕๔๘ อัตรา ๑๐.๘ ลดลงเป็น ๙.๘ ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒

จากการคาดการณ์แนวโน้มการตายด้วยโรคต่าง ๆ ของประชากรไทย ใน พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๕๒ โดยใช้สาเหตุการตายโดยตรงจากมรณบัตร พบว่า ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๒) **อุบัติเหตุจราจร มะเร็งตับ และหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในผู้ชายไทย** ขณะที่**เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งตับ เป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในผู้หญิงไทย** จะเห็นได้ว่า **โรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น** ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญของคนไทยที่พบว่า **แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้นมาตลอดใน ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา**

อายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้น ผู้ชายมีอายุคาดเฉลี่ย ๖๙.๑ ปีใน พ.ศ. ๒๕๕๓ เพิ่ม เป็น ๗๑.๑ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ และผู้หญิงมีอายุคาดเฉลี่ย ๗๕.๗ ปี เพิ่มเป็น ๗๗ ปี ตามลำดับ ทั้งเพศชายและเพศหญิงจะอยู่ในระดับใกล้เคียงกันตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ เป็นต้นไป

แม้ว่าคนไทยได้รับการพัฒนาสุขภาพทุกช่วงวัย แต่ยังมีปัญหาด้านสติปัญญา และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ในกลุ่มวัยเด็ก **ระดับเชาว์ปัญญามีค่าเฉลี่ยลดลง**จาก ๙๑ เป็น ๘๘ ในช่วงปี๒๕๔๐-๒๕๕๒ (องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ ๙๐-๑๑๐) เด็กอายุ ๐-๕ ปีมีพัฒนาการสมวัยมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ ๗๒.๐ เหลือเพียงร้อยละ ๖๗.๐ ขณะเดียวกันยังมี**ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน**จากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม โดยในปี ๒๕๔๙ เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี มีโภชนาการเกินถึงร้อยละ ๑๐.๖ และคาดว่าอีก ๑๐ ปีข้างหน้า ๑ ใน ๕ ของเด็กปฐมวัยจะเป็นโรคอ้วน ส่วนเด็กวัยเรียน มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าร้อยละ ๕๐.๐ และมาตรฐานความสามารถของผู้เรียนในเรื่องการวิเคราะห์ สังเคราะห์ มีวิจารณญาณ และคิดสร้างสรรค์ค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้ยังพบ**พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น** อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีเพิ่มจาก ๕๔.๙ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีพันคน เป็น ๕๖.๒ ในปี ๒๕๕๓ พบปัญหาการขาดการออกกำลังกายในวัยแรงงาน(๒๕-๕๙) โดยวัยแรงงานมีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ ๑๙.๗ เท่านั้น

ในกลุ่มวัยสูงอายุ ภาระโรคที่กลุ่มผู้สูงอายุมีปัญหาอันดับต้นๆ คือ **การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน และโรคระบบประสาท เช่น โรค สมองเสื่อม การมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุใหญ่ที่สุด ร้อยละ ๑๘ ใน ผู้สูงอายุชาย และ ร้อยละ ๒๔ ในผู้สูงอายุหญิง** ในปี ๒๕๕๒ แม้ผู้สูงอายุจะมีอายุยาวขึ้นแต่ประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นโดยพบว่า ร้อยละ ๓๑.๗ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ ๑๓.๓ และหัวใจร้อยละ ๗.๐ สาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุที่สำคัญและมีแนวโน้มที่สูงขึ้นคือ มะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง โดยมะเร็งทุกชนิด มีอัตราตาย ๔๐๒.๕ คนต่อประชากรผู้สูงอายุหนึ่งแสนคน โรคหัวใจ มีอัตราตาย ๑๗๕.๓ คนต่อประชากรผู้สูงอายุหนึ่งแสนคน **ซึ่งโรคเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายที่แพงและการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานกว่าโรคทั่วไป** ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุอยู่ที่ **ร้อยละ ๓๖.๑๕** ของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในทั้งหมด ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของกลุ่มวัยสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป **จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๙ ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด หรือคิดเป็น ๑.๒๒ แสนล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๓๑ หรือ ๒.๑๐ แสนล้านบาท** ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐในอนาคต

ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพนับว่าดีขึ้น ผู้บริโภคแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีสัดส่วนที่ลดลง ในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยังพบ “ขาด” และ “เกิน” ในการเลือกกินอาหารบางประเภท เช่น กินผักและผลไม้ลดน้อยลง ยังนิยมกินอาหารจานด่วน ไขมันสูง และขนมหวาน น้ำอัดลม ในกลุ่มวัยเด็ก จากการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายใน พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบคนไทยอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป มีภาวะอ้วนและลงพุงสูงขึ้นถึงร้อยละ ๓๔.๗ และ ๓๒.๑ ตามลำดับ พบการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนแม่วัยรุ่น ในอายุ ๑๐-๑๔ ปี

ผลการประเมินยุทธศาสตร์สุขภาพใช้ในการพัฒนา มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

๑. การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการ จัดการระบบสุขภาพ จากเป้าหมาย ๖ ข้อ พบว่ามีการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติและผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล ในส่วนของการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความคืบหน้าในเชิงรูปธรรมคือมีการถ่ายโอนสถานีอนามัยจำนวน ๒๘ แห่ง ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเป้าหมายอีก ๔ ข้อ มีความเป็นนามธรรมสูง

๒. การสร้างวัฒนธรรม สุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะจากเป้าหมาย ๗ ข้อ พบว่าพัฒนาและใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพ ความสุขและความอยู่เย็นเป็นสุขของสังคม มีการพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ของอาสาสมัครด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมอย่างรอบด้าน มีความปลอดภัยของระบบอาหาร โภชนาการและยา ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่เหลือ ๓ ข้อมีความไม่ชัดเจนในการปฏิบัติ

๓. การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข จากเป้าหมาย ๙ ข้อ พบว่า มีระบบการชดเชยและไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางการแพทย์ ขยายและยกระดับคุณภาพและระบบบริการปฐมภูมิ มีการประเมินความพึงพอใจทั้งในผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และลดจำนวนกรณี

การร้องเรียนให้มีอัตราเพิ่มไม่เกินร้อยละ ๑๕ ส่วน ๕ ข้อที่เหลือ ยังไม่มีบรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ลดระยะเวลาการรอตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐลงให้เหลือน้อยกว่า ๓๐ นาที ปิดการให้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกแห่งผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพตามระบบ HA หรือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามที่กำหนด ลดความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพ ผู้ป่วย คนทุกข์คนยากหรือผู้พิการ ไม่ถูกทอดทิ้ง

๔. การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ จากเป้าหมาย ๘ ข้อ พบว่า มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินและความพร้อมรับมือภัยพิบัติต่าง ๆ มีกลไกด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ สามารถควบคุมป้องกันโรคที่มีสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญ มีการประกาศใช้ พรบ. ควบคุมการบริโภคสุราและดำเนินมาตรการทางสังคม มีมาตรการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ที่เหลือ อีก ๓ ข้อยังไม่ชัดเจนในเชิงนโยบาย ได้แก่ มีระบบภูมิคุ้มกันที่วัดผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์และการค้าเสรี นโยบายสำคัญ ๆ และโครงการขนาดใหญ่ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพได้รับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ มีการจัดทำเป้าหมายและระบบการ ติดตามเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๕. การสร้างทางเลือก สุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล จากเป้าหมาย ๗ ข้อ พบว่า ยังไม่บรรลุเป็นส่วนใหญ่

๖. การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้านการจัดการความรู้ จากเป้าหมาย ๔ ข้อ พบว่ายังไม่บรรลุเป็นส่วนใหญ่

ในการบริหารจัดการแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐ สู่การปฏิบัติเป็นกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติซึ่งต้องเปลี่ยนรูปของความตั้งใจไปสู่กิจกรรมนับเป็นกระบวนการเชิงปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง กระบวนการนี้เริ่มต้นด้วยปัจจัยกระตุ้นและต่อมามีการเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อพัฒนานโยบายและต่อเนื่องด้วยการกำหนดรายละเอียดของแผนงานแล้วจึงนำไปสู่การปฏิบัติ

ในการวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติสามารถวัดผลการปฏิบัติตามแผนงานในเป้าหมาย หลักและการอธิบายต่อเหตุการณ์และปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากนโยบายระดับชาติที่สำคัญ ประกอบด้วยการาสื่อข้อความ การบังคับใช้กฎหมาย คุณลักษณะของหน่วยปฏิบัติ เงื่อนไขทางการเมือง เงื่อนไขทางสังคมและเศรษฐกิจ หรือจุดยืนหรือทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๑๐ ภายใต้การนำของ ๔ รัฐบาล ๕ รัฐมนตรีว่าการสาธารณสุข ทำให้ความต่อเนื่องของนโยบายมีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น นโยบายบางอย่างถูกยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญบางอย่างไป ปัจจัยที่ค้นพบเกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๑๐ มีดังต่อไปนี้

๑. การเลือกกลยุทธ์การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่เหมาะสม

๒. กลยุทธ์การนำนโยบายเหมาะสม แต่การเลือกหน่วยปฏิบัติและกลไกในการปฏิบัติไม่เหมาะสม

๓. ความชัดเจนของนโยบายไม่เพียงพอ

๔. ขาดการสนับสนุนขององค์กรในบางยุทธศาสตร์

๕. ความตั้งใจจริงทางการเมืองมีไม่เพียงพอ

ในส่วนของสาระสำคัญของยุทธศาสตร์ยังมีสิ่งที่ควรปรับปรุงดังต่อไปนี้

การมีข้อสมมติ (assumption) คลุมเครือทำให้การสร้างความเห็นพ้องในกลยุทธ์ (strategies) ระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้องเป็นไปได้ยาก และกระทบไปถึงปัญหาความร่วมมือในการทำงาน สาเหตุจาก

- ระบบคุณค่าที่ยอมรับการใช้สามัญสำนึก/ความเชื่อในการกำหนด strategies แทนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
- การขาดความรู้/ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ มาตรการ และทางเลือกในการแก้ปัญหา
- การแบ่งแยกผู้รับผิดชอบการเขียนเอกสารแผนพัฒนาสุขภาพ แผนปฏิบัติราชการ แผนงบประมาณระดับกรมโดยขาดการบูรณาการทำความเข้าใจร่วมกัน/ขาดการประสานงาน/ขาดการบรรณาธิการต้นฉบับสุดท้าย
- การขาดเอกภาพทางความคิดในบรรดาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน
- วิธีการตีความหมายของ assumptions ระหว่างผู้นำแผนไปใช้และผู้เขียนแผนต่างกัน

ข้อเสนอในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๑๑

๑. ควรใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้มากขึ้น (More evidence based) และเปิดโอกาสให้ภาคีต่างๆ ร่วมวิพากษ์และแลกเปลี่ยนความเห็น ความรู้ ข้อมูลอย่างกว้างขวางมากขึ้น กำหนดกรอบการเขียนแผนให้ชัดเจน เป็นที่เข้าใจและยึดถือปฏิบัติร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ

๒ แผนพัฒนาฯ ควรเป็นแผนพัฒนาสุขภาพของชาติอย่างแท้จริง โดยจัดกระบวนการบริหารแผนและสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันหลังจากวางแผนเสร็จสิ้น

๓. ควรมีการวางแผนยุทธศาสตร์ของการพัฒนาให้เชื่อมโยงกัน ระหว่างยุทธศาสตร์ และยุทธวิธีของแผนปฏิบัติราชการ แผนงบประมาณ

๔. ควรมีการผลักดันให้มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาฯ (Implementation) โดยมีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นระบบที่ต่อเนื่อง มีหน่วยงานและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

๕. ระบบและกลไกการนำแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขสู่การปฏิบัติควรมีความชัดเจนเป็นรูปธรรม

๖. ระบบและกระบวนการในการจัดสรรและใช้งบประมาณ ควรมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

๗. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี แผนงาน ตลอดจนงานและโครงการต่างๆ ควรมีกรอบแนวความคิดในการวางแผนที่เป็นเอกภาพในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

๘. การกำหนดยุทธศาสตร์และการวางแผนงานในระดับต่างๆ เพื่อรองรับแผนงานระดับบนควรมีความสอดคล้องของกระบวนทัศน์ (Paradigm)

๙. รูปแบบและบทบาทของหน่วยงานวิชาการระดับกรมสำนัก/กองในกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางควรมีการปรับโครงสร้างการทำงานให้เอื้อกับพื้นที่

๑๐. ควรมีการเชื่อมโยงการบริหารจัดการแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑ สู่การปฏิบัติ โดยสร้างและใช้แบบประเมินตนเองเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ ในภาพรวม และนำเครื่องชี้วัดการประเมินผลการพัฒนาฯไปใช้ให้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เริ่มจาก ความเข้าใจ วัตถุประสงค์ กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ การยอมรับเข้าเป็นงานสำคัญ วิธีการของเครื่องมือในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ การสร้างระบบการติดตามประเมินผล เป็นต้น

สิ่งสำคัญในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติคือ ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติและการประเมินนโยบาย เพราะการประเมินนโยบายคือกลไกสำคัญที่จะบ่งชี้ว่าการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวมากน้อยเพียงใด เพราะสาเหตุอะไร โดย

๑. สร้างความเข้าใจถึงขอบเขตและความสำคัญของแผนงาน ของบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และประเมินผลการนำแผนไปใช้ทุกปี กำหนดให้มีหน่วยงานกลางเป็นผู้ประเมินและรายงานผลทุกปีและผลักดันทั้งผู้รับผิดชอบและงบประมาณอย่างชัดเจน **หากประเมินผลแล้วไม่มีการนำไปใช้ให้ยกเลิก**การทำแผนพัฒนาสุขภาพเนื่องจากซ้ำซ้อนกับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนบริหารราชการแผ่นดิน แผนปฏิบัติราชการแผ่นดิน ๔ ปี แผนงบประมาณ

๒. แยกแผนพัฒนาออกจากแผนปฏิบัติงานประจำอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกรณีที่ต้องการนำไปใช้ประโยชน์ด้านการจัดสรรงบประมาณ

๓. ปรับกระบวนการจัดทำแผนงานให้เกิดความสอดคล้องและเชื่อมโยงกันระหว่างการประเมินสถานการณ์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของข้อสมมติในการวางยุทธศาสตร์ การกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ยุทธวิธีของการพัฒนา แผนงานหลัก แผนงานรอง ตลอดจนงานและโครงการที่ชัดเจน

๔. จัดให้กระบวนการและกรอบในการวางแผนงานในระดับปฏิบัติใช้กรอบแนวคิด (Conceptual framework) ของแผนยุทธศาสตร์ และถ่ายทอดองค์ประกอบของยุทธศาสตร์แผนพัฒนาสู่การปฏิบัติเป็นสำคัญ

๕. กำหนดวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ตลอดจนแผนงานต่างๆ งานและโครงการในเชิงปริมาณที่สามารถวัดและประเมินได้ชัดเจน และกำหนดเครื่องชี้วัดผลสำเร็จที่สัมพันธ์กับยุทธศาสตร์การพัฒนา และผู้รับผิดชอบประเมินผลในการวางแผนระดับงาน/โครงการไว้ตั้งแต่ต้น

๖. สร้างกลไกการทบทวนและปรับแผนงานระหว่างการดำเนินการ ตลอดจนกำหนดเกณฑ์ที่ใช้เป็นสัญญาณบ่งชี้ความจำเป็นในการทบทวนแผนงานและเป้าหมายต่างๆ ที่ชัดเจน

ประเด็นที่ยังคงต้องพิจารณาต่อไปในเรื่องสาระสำคัญที่ยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพ คือ

๑. การขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ทวีความรุนแรงขึ้นนี้ส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับระบบการแพทย์ที่เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนั้นการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนได้ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพกลายเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ จนทำให้แพทย์ที่มีอยู่ในระบบบริการทางการแพทย์มีสัดส่วนเป็นแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๗.๗ ในขณะที่ระบบบริการเชิงรุกและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในระดับชุมชนและครอบครัวกลับได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพให้สามารถให้บริการอย่างทั่วถึงใกล้บ้านจะเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาว

๒. การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ยังเกิดจากภาวะสมองไหลที่แพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการแก่สาธารณชนไปทำงานในระบบเอกชนมากขึ้น ธุรกิจทางการแพทย์ที่เติบโตอย่างรวดเร็วได้ทำให้มีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ โดยในปี ๒๕๔๗ มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน ๔๗๑ แห่งทั่วประเทศ ในจำนวนนี้มี ๑๒๙ แห่งอยู่ในกรุงเทพฯ การเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนยิ่งทำให้การกระจายแพทย์ขาดความสมดุลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ มีการดูดซับบุคลากรภาครัฐสู่ภาคเอกชนและชนบทสู่เมืองโดยมีแพทย์ลาออกจากการทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐในปี ๒๕๔๘ สูงถึง ๖๖๓ คน นอกจากนั้น นโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ที่มุ่งทำการแพทย์ให้เป็นการค้าเพื่อหารายได้จากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มีฐานะดีจากต่างชาติ ได้ทำให้เกิดสมองไหลของแพทย์จากภาคสาธารณะไปสู่ภาคเอกชนรายได้สูงเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ คาดว่านักท่องเที่ยวทั่วโลกที่มารับบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น จาก ๓๓ ล้านคนในปี ๒๕๔๓ เป็น ๑๒๑ และ ๓๒๘ ล้านคนในปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๖๓ โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อปีร้อยละ ๒๖.๗ และ ๑๗.๑ ตามลำดับ

๓. “การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า” (Health for All) ไม่ได้มีแต่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วนจะต้องช่วยกัน “การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ” (All for Health) ซึ่งต้องสร้างภาวะผู้นำทางการเมืองและพันธมิตรใหม่ ทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน และประชาสังคม ต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการช่วยสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพและพัฒนาการเรียนรู้ของคนในสังคมไทยให้สามารถปรับตัวอย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการสร้างความร่วมมือและร่วมรับผิดชอบต่อการพัฒนาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการพัฒนานโยบายสุขภาพนานาชาติและธรรมาภิบาลในแวดวงสุขภาพโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชากรตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals - MDGs) ของประเทศไทย ที่ส่วนใหญ่บรรลุเกณฑ์ที่กำหนดไว้

๔. ปัญหาการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลโดยการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริงทำให้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอโดยเฉพาะในระบบบริการภาครัฐนั้น งบประมาณเกือบร้อยละ ๔๐ ถูกใช้เป็นงบบุคลากร ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในสภาพมีหนี้สินต้องแบกรับภาระทางการเงินและขาดสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งจะเป็นภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลต่อไปในอนาคต นอกจากนี้หากขยายความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งขณะนี้มีประมาณ ๑๔,๐๐๐ ราย การให้สิทธิประโยชน์ในการล้างไตจะมีภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นประมาณ ๒๐,๐๐๐-๓๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน และคาดว่าอีก ๑๘ ปี ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๘๘,๔๓๕ ราย หากขาดระบบการจัดการและการหาทางเลือกก็อาจทำให้เกิดวิกฤตค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้

๕. แนวโน้มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในอนาคตจะเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ (๑)การบีบคั้นจากการค้าเสรีที่จะบังคับใช้ข้อตกลงทางการค้าที่ทำให้ต้องซื้อยาในราคาที่แพงขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยไม่สามารถผลิตวัตถุดิบด้านยาได้ (๒) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคกระดูกและข้อ โรคต้อกระจก และทันตกรรม (๓) พฤติกรรมการสั่งจ่ายยาของแพทย์ที่มีเพื่อแนวโน้มใช้ยาราคาแพงและเทคโนโลยีชั้นสูงมากขึ้น (๔) การฟ้องร้องแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้แพทย์สั่งการรักษาและการตรวจที่มากเกินจำเป็นป้องกันการถูกฟ้องร้องว่าไม่ทำการตรวจรักษาให้ครบถ้วน (๕)การแพทย์แนวพาณิชย์ที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและไม่มีความจำเป็น

สารบัญ

หน้า

บทที่ ๑ บทนำ

๑. หลักการและเหตุผล ๑

๒. วัตถุประสงค์ ๒

๓. ขอบเขตการประเมินผล ๒

๔. กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน ๓

๕. ขั้นตอนในการดำเนินงาน ๕

๖. วิธีการดำเนินงาน ๖

บทที่ ๒ การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔) ๗

บทที่ ๓ การพัฒนาภายใต้ยุทธศาสตร์แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ ๔๖

บทที่ ๔ รายงานผลการประเมินแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ ๗๔

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ ๑ แสดงสัดส่วนประชาชนไทยจำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล ๑๓

ภาพที่ ๒ **ร้**อยละความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของคนไทยปี ๒๕๔๕-๒๕๕๑ ๑๔

ภาพที่ ๓ จำนวนผู้ป่วยในของหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๔๙-๒๕๕๓ ๒๓

ภาพ**ที่ ๔** จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ ที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๔๔ – ๒๕๕๒ (หน่วย : คน) ๒๓

ภาพที่ ๕ สมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ ๒๕

ภาพที่ ๖ จำนวนการร้องเรียนบัตรเครดิต ๒๘

ภาพที่ ๗ แสดงปัญหาด้านมลพิษปี พ.ศ ๒๕๕๒ ๓๐

ภาพที่ ๘ จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานไม่เต็มเวลา (Part-time) ในโรงพยาบาลเอกชน รายภาค ๓๒

ภาพที่ ๙ สภาวะสุขภาพช่องปาก พ.ศ.๒๕๔๙-๒๕๕๐ ๓๘

ภาพที่ ๑๐ กรอบความเชื่อมโยงของผลลัพธ์ด้านสุขภาพกับกระบวนการพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ๖๓

ภาพที่ ๑๑ กระบวนการแปลงยุทธศาสตร์ในการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ภาครัฐ ๖๖

ภาพที่ ๑๒ ความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ชาติและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๑ ๖๗

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ ๑ ความหมายของการเกษตรอินทรีย์ ๑๐

ตารางที่ ๒ แสดงผลการสำรวจการให้บริการการแพทย์ทางเลือกปี ๒๕๔๐ ๑๑

ตารางที่ ๓ แสดงผลการสำรวจสถานการณ์การให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือกปี ๒๕๔๖ ๑๒

ตารางที่ ๔ อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ ปี ๒๕๔๑-๒๕๕๒ ๑๔

ตารางที่ ๕ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ รายภาค ปี ๒๕๕๒ ๑๕

ตารางที่ ๖ จำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ๒๑ กลุ่มโรคทั้งประเทศและรายภาค (ไม่รวม กทม.) ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ (อัตราต่อประชากร ๑, ๐๐๐ คน) ๑๖

ตารางที่ ๗ อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ตามลำดับการจัดกลุ่มสาเหตุการป่วย ๑๐ ลำดับแรก ทั้งประเทศ รายภาค และกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๒ ๑๗

ตารางที่ ๘ จำนวนสถานีอนามัย ผู้ป่วยนอกใหม่ จำนวนครั้ง เฉลี่ยวันละ รายภาค ปี ๒๕๕๐ และ ๒๕๕๑ ๑๘

ตารางที่ ๙ จำนวนสถานบริการสาธารณสุขและจำนวนเตียงในส่วนภูมิภาค ก.สาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๑ ๑๙

ตารางที่ ๑๐ จำนวนรพศ. รพท. รพช.และจำนวนเตียง จำแนกรายภาค ปี ๒๕๕๑ ๑๙

ตารางที่ ๑๑ แสดงค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนต่อครัวเรือน จำแนกตามภาค และจังหวัด พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๕๒ ๒๓

ตารางที่ ๑๒ จำนวนผู้สูบบุหรี่ พ.ศ.๒๕๔๙ ๓๖

ตารางที่ ๑๓ แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด จำแนกตามปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๓ ๓๗

ตารางที่ ๑๔ จำนวนผู้ป่วยเอดส์ ๔๐

ตารางที่ ๑๕ งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามกรม ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ – ๒๕๕๒ ((หน่วย: ล้านบาท) ๔๒

ตารางที่ ๑๖ ความสัมพันธ์ของเป้าหมายยุทธศาสตร์การพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ๕๕

ตารางที่ ๑๗ หน่วยงานที่รับผิดชอบเป้าหมายของการให้บริการกระทรวง ๖๔

ตารางที่ ๑๘ อัตราการเจ็บป่วยของประชากรด้วยโรคที่ป้องกันได้ ๕ อันดับแรก ปี ๒๕๔๙ ๗๕

ตารางที่ ๑๙ อัตราการฆ่าตัวตายและการเจ็บป่วยด้านจิตเวช ๗๖

บทที่ ๑ บทนำ

๑. หลักการและเหตุผล

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่๑๐ เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นเพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่๑๐ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อันเป็นแนวทางที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแก่พสกนิกรชาวไทย จากประสบการณ์อันยาวนานในงานพัฒนาของพระองค์ ที่เน้นแนวทางการเดินสายกลางและการให้คนเป็นศูนย์ของการพัฒนาและการใช้กระบวนการการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นแนวคิดที่เกิดจากความต้องการบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคนและได้รับการยอมรับ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เข้าใจได้ง่ายและปฏิบัติได้จริง สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ภายใต้ยุคโลกาภิวัตน์ได้ในขอบเขตที่กว้างขวาง นอกจากนี้แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงยังเป็นแนวนโยบายสำคัญของรัฐบาลในการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้การกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพดังกล่าวได้ผ่านกระบวนการทบทวนสถานการณ์แนวโน้มปัญหาสุขภาพ ระบบบริหาร และระบบบริการสุขภาพที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ของทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทางสังคม และทุนทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทั้งในบริบทภายในประเทศ และระหว่างประเทศ ตลอดจนการระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและประมวลเป็นกรอบแนวคิด วิสัยทัศน์ เป้าหมายยุทธศาสตร์ การพัฒนาและการแปลงสู่การปฏิบัติ

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่๑๐พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุขที่วางไว้และที่สำคัญให้บรรลุแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ประกอบอาชีพที่มั่นคง เป็นรากฐานของการพัฒนาประเทศต่อไป แต่การดำเนินงานจะมีประสิทธิภาพประสิทธิผลเพียงใด จำเป็นต้องมีการติดตามกำกับและประเมินผล การดำเนินงานในระดับจังหวัด ภาค เขต และการบรรลุเป้าหมายในภาพรวมระดับประเทศ ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลการประเมินผลมาใช้ประโยชน์ เพื่อปรับเปลี่ยนทิศทางนโยบาย กลยุทธ กลวิธีการดำเนินงาน การปรับทรัพยากรให้ใช้ตามลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลต่อไป แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่๑๐ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนางานไว้ ๖ ประการ คือ

๑. การสร้างเอกภาพธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ

๒. การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคม

๓. การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

๔. การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

๕. การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล

๖. การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้

และในแต่ละยุทธศาสตร์นั้น ได้กำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ เป้าหมาย กลวิธีและมาตรการเพื่อให้ยุทธศาสตร์ทั้ง ๖ ด้านนั้นพัฒนางานสาธารณสุข ให้มีความสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศที่เน้นการบูรณาการสังคมทุกระดับ ตั้งแต่ปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน สถาบันต่าง ๆ และสังคมโดยรวมให้มีโอกาสร่วมกันในการเรียนรู้ได้ เติบโตและยกระดับภูมิจิตภูมิปัญญาอย่างทั่วถึงพร้อม ๆ กันกับการรวมพลังของทั้งสังคมเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง ท่ามกลางการเรียนรู้และปฏิบัติการทางสังคมที่ระดมภูมิปัญญาและการมีส่วนร่วมที่หลากหลายของทุกภาคีและเครือข่ายสังคม

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้จัดทำโครงการประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่๑๐ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่๑๐ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔ นี้ขึ้นโดยมุ่งหวังที่จะศึกษายุทธศาสตร์การพัฒนาทั้ง ๖ ด้านดังกล่าว ได้สนองตอบเป้าหมายของการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศมากน้อยเพียงใด และสามารถนำยุทธศาสตร์การพัฒนาดังกล่าวไปใช้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่๑๑ ต่อไป

๒. วัตถุประสงค์

๑. ประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔

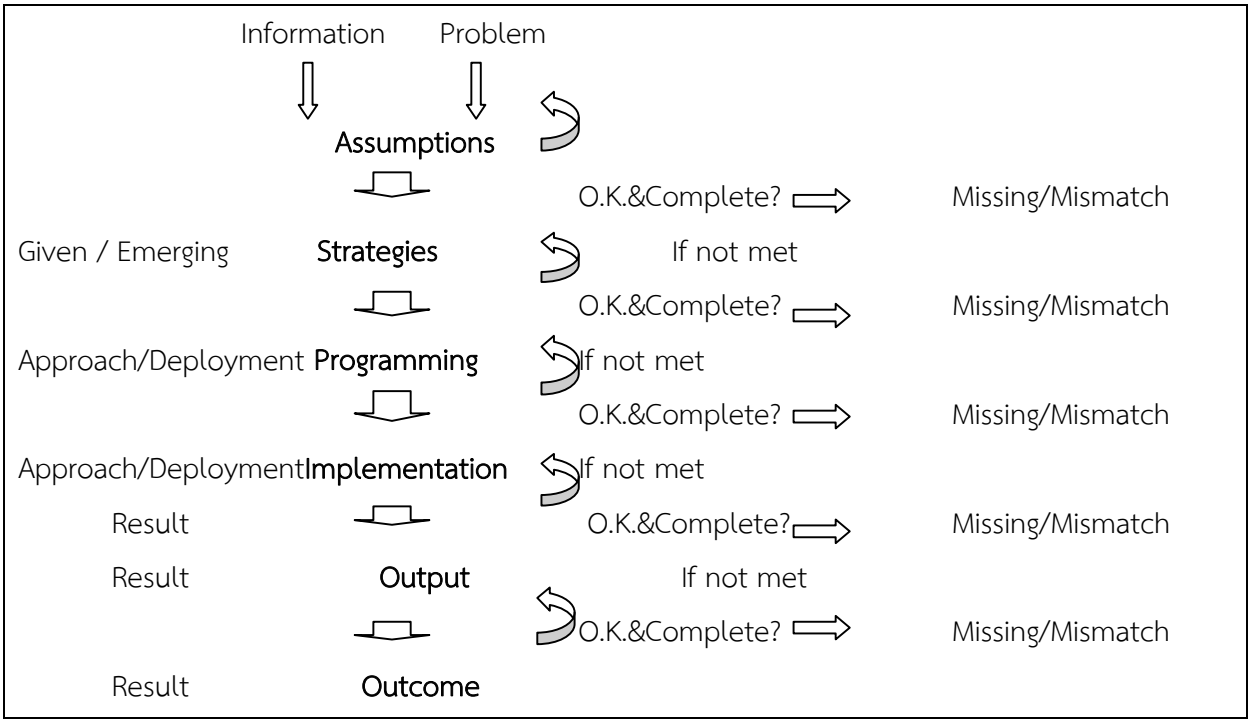
๒. วิเคราะห์สถานการณ์การประเมินผลการพัฒนาของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ในแต่ละยุทธศาสตร์

๓. ประเมินรายละเอียดสาระสำคัญของยุทธศาสตร์การพัฒนา (Strategic Content) และประเมินกระบวนการพัฒนาของยุทธศาสตร์การพัฒนา (Strategic Process) เพื่อหาสิ่งที่ขาดหายไป (Missing) และสิ่งที่ไม่สอดคล้อง (Mismatch) ในแต่ละแผนงานกับในยุทธศาสตร์การพัฒนาทั้ง ๖ ด้าน

๓. ขอบเขตการประเมินผล

ประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ทั้ง ๖ ด้าน ซึ่งจะดำเนินการประเมินทั้งในด้านเนื้อหาสาระของยุทธศาสตร์ (Strategic Content Approach) และด้านกระบวนการพัฒนาของยุทธศาสตร์ (Strategic Process Approach) เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนา ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ต่อไป ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะนำไปสู่การศึกษารูปแบบการประเมินผลการพัฒนาสาธารณสุขระดับชาติต่อไปด้วย

๔. กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน



การถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติอาศัยการดึงองค์ประกอบของกลยุทธ์ (Strategy) ที่กำหนดไว้ไปเป็นเป้าหมายของการสร้างหรือออกแบบแผนงานในรายละเอียดต่อไป (Programming) ซึ่งจะมีการขยายผลไปสู่ระดับปฏิบัติสร้างเป็นแผนปฏิบัติ (Implementation plan) สำหรับหน่วยงานระดับปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ (Outcome) ต่อไป ทั้งนี้ได้มีการให้ข้อมูลป้อนกลับจากระดับล่างสู่ระดับที่สูงกว่าย้อนกลับขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและแก้ไขแผนปฏิบัติการแผนงานหรือแม้แต่กลยุทธ์ที่กำหนดไว้เดิม (Given strategy) ให้มีความเหมาะสมแก่สถานการณ์ที่เปลี่ยนไปได้ ทำให้เกิดเป็นกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นใหม่ (Emerging strategy) นำไปสู่การปรับแผนงานและการปฏิบัติตามมาเป็นวงจรของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง **ยุทธศาสตร์เป็นเสมือนแนวทางหรือกรอบของการตัดสินใจ (Decision making guideline)** ที่กำหนดพันธกิจ วัตถุประสงค์ จุดมุ่งหมายหรือเป้าหมาย และวางกรอบนโยบายสำหรับกิจกรรมขององค์กร เพื่อตอบสนองสถานการณ์แวดล้อมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ให้องค์กรบรรลุสู่เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องกำหนดไว้ให้มีรายละเอียดของกิจกรรม แต่ต้องมีข้อมูลเพียงพอที่จะเป็นแนวทางปฏิบัติให้แก่หน่วยปฏิบัติ (Strategic operational unit) ของงานในส่วนต่างๆให้มองเห็นเป้าหมายทางยุทธศาสตร์ตามวิสัยทัศน์ที่กำหนดในส่วนรวมและในส่วนที่ตนรับผิดชอบ โดยเฉพาะผลผลิตและผลลัพธ์ที่สำคัญและต้องสื่อให้เห็นถึงกลุ่มเป้าหมาย (Target groups) การลงทุน (Investment) งาน (Tasks) และกิจกรรม (Activities) ที่ต้องปฏิบัติตามกรอบพันธกิจขององค์กรเพื่อจะให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ตลอดจนต้องระบุเครื่องชี้

วัดของความสำเร็จของยุทธศาสตร์ (Strategic indicators) เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับสำหรับกระบวนการกำกับติดตามทางยุทธศาสตร์ (Strategic control) ต่อไป

ในส่วนของการประเมินผล(Evaluation) หมายถึง กระบวนการที่มุ่งแสวงหาคำตอบว่านโยบาย/แผนงาน/ โครงการได้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่และในระดับใด โดยเปรียบเทียบระหว่างวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้กับผลที่ปรากฏ โดยมีเกณฑ์หรือค่าเป้าหมายเป็นเครื่องมือใน การตัดสิน การประเมินผลจึงเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการพัฒนาเนื่องจากทำให้ได้ข้อมูลที่ช่วยในการวางแผนหรือพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานให้มีคุณภาพตามมาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้มากยิ่งขึ้น ตลอดจนช่วยให้ทราบถึงสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการใช้ประกอบการตัดสินใจว่าควรมีการแก้ไขหรือผลักดันเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และ เป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างไร รวมถึงการนำไปใช้ประกอบการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินการเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้มากขึ้นได้อย่างไร ดังนั้น ในระดับการดำเนินงานตามกรอบนโยบายและแผนการพัฒนาประเทศ ที่มุ่งบรรลุตาม เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลเพื่อตรวจสอบว่าแผนการพัฒนาประเทศได้มีการแปลงไปสู่การปฏิบัติหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ได้ผลผลิตและผลลัพธ์ตาม เป้าหมายหรือไม่ รวมทั้งทราบว่าการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ มีผลต่อความสำเร็จหรือความ ล้มเหลวของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐ มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องอาศัยระบบหรือกลไกในการติดตามประเมินผลที่ดี

การบริหารงานเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายนโยบายและยุทธศาสตร์ทุกระดับใช้หลักการบริหารยุทธศาสตร์ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับภารกิจด้านการพัฒนาและจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ (Strategic Formulate) การนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ (Strategic Implement) ตลอดจนการติดตามประเมินผลความสำเร็จของการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ (Strategic Control and Evaluation) ทั้งนี้ หากการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ทำให้กระบวนการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ สามารถดำเนินได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับสถานะสุขภาพของประชาชนได้โดยตรง อันเป็นผลเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพของประชาชนได้รับการแก้ไขได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการ โดยกระบวนการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลสารสนเทศที่สะท้อนต่อสถานการณ์และความต้องการที่เป็นจริง

กระบวนการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงานนั้นจำเป็นต้องใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านการประเมินผล อันเป็นปัจจัยนำเข้ามาสนับสนุนให้การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของประชาชนดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีข้อมูลสารสนเทศด้านการประเมินผลที่สะท้อนถึงปัจจัยความสำเร็จหรือความล้มเหลวของกระบวนการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลสำเร็จจากการปฏิบัติตามนโยบายและยุทธศาสตร์ ดังนั้นการได้มาซึ่ง

ข้อมูลสารสนเทศด้านการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ควรสะท้อนถึงความสำเร็จทุกระดับ ทั้งในระดับผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ เนื่องจากการประเมินผลเฉพาะในระดับโครงการไม่เพียงพอที่จะสะท้อนต่อภาพรวมของความสำเร็จในระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทาง/ระบบการประเมินผลเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยมีกระบวนการศึกษาและประเมินผลที่เป็นมุมมองที่กว้าง มีกระบวนการทบทวนและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อดูผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงาน อันจะเป็นผลสนับสนุนให้กระบวนการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพถือเป็นผลสำเร็จขั้นสุดท้ายของกระบวนการพัฒนาสุขภาพแสดงถึงความสำเร็จ และความล้มเหลว ของการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ แต่ทั้งนี้สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงคือปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบ เนื่องจากกรอบความคิดเรื่องสุขภาพ (health) ขยับตัวไปวางอยู่บนฐานแนวคิดเรื่อง สุขภาวะ (well – being) ทั้งมิติทางกาย จิต สังคม และปัญญา ในมิติของระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม มากขึ้น สุขภาพจึงมีความหมายที่กว้างกว่าเรื่องของโรคภัย ไข้เจ็บ ซึ่งมีผลกระทบมาจากหลายปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เช่นปัจจัยด้านการเมือง สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยในระดับบุคคล โดยสถานะของผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นหรือเลวลงอาจไม่ใช่เป็นเพียงผลกระทบจากนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเท่านั้น

การศึกษาระบบ กระบวนการและวิธีการถ่ายทอด Strategies ของการพัฒนาตามแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขลงสู่การปฏิบัติ ตลอดจนการดำเนินการติดตามประเมินผลที่จะสามารถแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการพัฒนาได้ ตลอดจนการวิเคราะห์ผลการศึกษามุ่งหวังที่จะแสดงประเด็นของโอกาสการพัฒนาในระบบและกระบวนการนำ Strategies ของแผนในอนาคตว่าอาจมีประเด็นใดที่จะเกิดขึ้นได้

๕. ขั้นตอนในการดำเนินงาน

๑. ประชุมชี้แจงให้ผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการในระดับกรม/กอง/สำนัก เพื่อรับทราบแนวทางการประเมินผล และสามารถดำเนินการประเมินผลในส่วนที่รับผิดชอบได้

๒. ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) ในแต่ละยุทธศาสตร์การพัฒนาและในแต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อทราบแผนงาน/โครงการที่เชื่อมกับยุทธศาสตร์การพัฒนาและทราบส่วนที่ขาดหายไปและส่วนที่ไม่สัมพันธ์กันระหว่างยุทธศาสตร์การพัฒนาแผนงาน/โครงการ การดำเนินงานตามแผน และผลสัมฤทธิ์

๓. ดำเนินการประเมินรายละเอียดสาระสำคัญของยุทธศาสตร์การพัฒนา (Strategic Content) และประเมินกระบวนการพัฒนาของยุทธศาสตร์การพัฒนา (Strategic Process) เพื่อหาสิ่งที่ขาดหายไป (Missing) และสิ่งที่ไม่สอดคล้อง (Mismatch) ในแต่ละแผนงานกับในยุทธศาสตร์การพัฒนาทั้ง ๖ ด้าน

๔. ดำเนินการประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาของแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔) เพื่อทราบผลสัมฤทธิ์ของยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุข และทราบถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ของแต่ละยุทธศาสตร์ที่จะนำไปใช้ในแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ ๑๑ ต่อไป

๕. สรุปผลการประเมินแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่๑๐ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔) พร้อมนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญอภิปรายผล

๖. วิธีการดำเนินงาน

๑. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานทางด้านการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข โดยมุ่งเป้าการประเมินทั้งแผนงานในภาพรวม

๒. สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติในหน่วยงานที่รับผิดชอบเพิ่ม รวมรวบข้อมูลเพิ่มเติม

๓. วิเคราะห์ผลการทบทวนและการสัมภาษณ์ตามกรอบแนวความคิดของการประเมิน Strategies เปรียบเทียบสิ่งที่คาดหวังในแผนพัฒนาด้านสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ.๒๕๔๐-๒๕๔๔) และข้อเท็จจริงของสถานการณ์ปัจจุบันตามรายงานที่ได้ทบทวนและรายละเอียดที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง

๔. สังเคราะห์บทเรียนจากผลการวิเคราะห์

บทที่ ๒ การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔)

ปัจจุบันเรื่อง**สุขภาพ** สิ่งแวดล้อม และการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นหัวข้อที่มีการกล่าวถึงและมีความสัมพันธ์กันในระดับโลก ในขณะที่ประเทศยังเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวกับ**ความยากจน** และ**ขาดการให้บริการขั้นพื้นฐาน**ในด้านหนึ่ง และในอีกด้านมีการเจริญเติบโตด้านอุตสาหกรรม การพัฒนาทางเทคโนโลยี และมี**ความเป็นเมืองมากขึ้น** ดังนั้นแนวทางในการที่จะดำเนินงานด้านสุขภาพและการแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนจึงเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน**มีการพัฒนาเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง** มีการพัฒนาการบริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถ**เข้าถึงได้มากขึ้น** สามารถรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ก้าวหน้า มีเครื่องมืออุปกรณ์ มีโรงพยาบาล และสถานพยาบาลที่ทันสมัยกว่าสมัยก่อน

สืบเนื่องจากการทบทวนผลการพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ **ฉบับที่ ๑ ถึงฉบับที่ ๗** มีข้อสรุปว่า แม้ว่าเศรษฐกิจจะขยายตัวดี แต่การพัฒนาคนและสังคมและการฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมยังเป็นไปได้ช้า ส่งผลให้การพัฒนาไม่สมดุลและไม่ยั่งยืน จึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนาใหม่ที่เน้น คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา และใช้เศรษฐกิจเป็นเครื่องมือช่วยพัฒนาคนให้มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนวิธีการพัฒนาแบบแยกส่วนมาเป็นการบูรณาการแบบองค์รวม และเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนากระบวนทัศน์การพัฒนาใหม่นี้มีพื้นฐานมาจาก แนวทางการพัฒนาอันเนื่องมาจากพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” อย่างไรก็ตาม ในปีแรกของแผนพัฒนาประเทศ ในช่วงของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ การดำเนินนโยบายจึงให้ความสำคัญกับการแก้ไขฟื้นฟูเศรษฐกิจให้มีเสถียรภาพและมั่นคง และลดผลกระทบจากวิกฤตที่ก่อให้เกิดปัญหาการว่างงานและความยากจนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งปฏิรูประบบการบริหารจัดการทั้งภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน กระบวนการวางแผนพัฒนาประเทศ ในช่วงของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ ถึงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ และต่อเนื่องต่อไปในอนาคต ที่ยังคงยึดแนวคิดตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาและการบริหารประเทศให้ความสำคัญกับการ**พัฒนาอย่างสมดุล การอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขระหว่างคนกับคน** ระหว่างคนกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน โดยที่หลักแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ มีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอันเป็นนโยบายสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพ แบ่งออกเป็น ๒ ภาคตามลำดับ

ภาคที่ ๑ บุพนิมิตสุขภาพไทย:พลวัตใหม่ของการพัฒนาสู่สุขภาวะเป็นการทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพใหม่ที่เป็นนิมิตหมายของการพัฒนาสุขภาพในรอบทศวรรษที่ผ่านมาโดยแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนย่อย ได้แก่

ส่วนที่หนึ่งสถานการณ์และพลวัตใหม่ในระบบสุขภาพไทยและ **ส่วนที่สอง**บริบทใหม่ทางเศรษฐกิจสังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ[1]

ภาคที่ ๒ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุขเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุขที่เป็นอยู่โดยแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนย่อย ได้แก่ **ส่วนที่หนึ่ง**สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ และ **ส่วนที่สอง**สถานการณ์ระบบโครงสร้างและกลไกการจัดการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

ภาคที่ ๑ บุพนิมิตสุขภาพไทย:พลวัตใหม่ของการพัฒนาสู่สุขภาวะ

ส่วนที่หนึ่ง สถานการณ์และพลวัตใหม่ในระบบสุขภาพไทย

ประเด็น กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพ

กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพที่ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่องสะท้อนจิตสำนึกใหม่ในเรื่องสุขภาพของสังคมไทย ความตื่นตัวนี้ด้านหนึ่งเป็นผลมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคร้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ ในหมู่ชนชั้นกลางที่มีชีวิตแปลกแยกอยู่ในเมืองและต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็งการใส่ใจเรื่องสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกกลายเป็นทางออกจากภาวะบีบคั้นของวิถีชีวิตสมัยใหม่

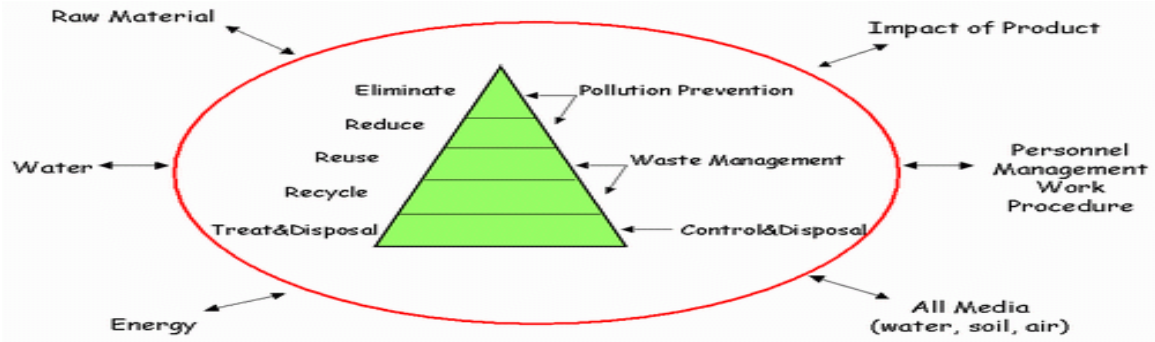
ตัวชี้วัด กระแสรักษาสุขภาพ

- **สินค้าที่เป็นมิตรกับธรรมชาติและสังคม** เช่น ภาชนะ Bio(ภาชนะชานอ้อยที่เหลือจากการผลิตน้ำตาล) บรรจุภัณฑ์ Bio **ไม่มีสารก่อให้เกิดมะเร็ง**[2]
- **การใช้เทคโนโลยีสะอาด** (Clean Technology : CT) หมายถึง การพัฒนา ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงกระบวนการผลิตหรือผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การใช้วัตถุดิบ พลังงาน และทรัพยากรธรรมชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลกระทบ ความเสี่ยงต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เทคโนโลยีการผลิตที่สะอาดเป็นหลักการป้องกันมลพิษ (Pollution Prevention) ที่ใช้หลักการลดของเสียเหลือน้อยที่สุด (Waste Minimization) โดยวิธีการแยกสารมลพิษที่เกิดจากกระบวนการผลิตทุกขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยการเปลี่ยนแปลงกระบวนการผลิตหรือการเปลี่ยนวัตถุดิบที่ทำให้เกิดผลพลอยได้ที่ไม่เป็นอันตราย รวมทั้งการลดปริมาณและความเข้มข้นขององค์ประกอบในของเสียด้วยการนำไปใช้ซ้ำ (Reuse) หรือการนำกลับไปใช้ใหม่ (Recycle) จนไม่สามารถนำของเสียไปใช้ประโยชน์ได้แล้ว ก็จะ

[1] http://www.moph.go.th/ops/health_50/2548_2550.html

[2] http://www.mdsyn.com/html_bpe/oldth/article2009_002.php

นำไปบำบัดให้ถูกต้องตามหลักวิชาการต่อไปซึ่งเป็นการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและลดต้นทุนการผลิตควบคู่กันไป



ที่มา : http://www.tei.or.th/songkhlalake/database/knowledge/knowledge_ct๕.html

- การตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคร้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ในหมู่ชนชั้นกลางที่มีชีวิตแปลกแยกอยู่ในเมืองและต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากโรคเรื้องรังและโรคมะเร็ง
- การใส่ใจเรื่องสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกกลายเป็นทางออกจากภาวะบีบคั้นของวิถีสังคมสมัยใหม่
- ความตื่นตัวต่อภัยคุกคามสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่มากับชีวิตที่ขาดดุลยภาพและห่างเหินจากธรรมชาติทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน
- กระแสความนิยมบริโภคสินค้าเชิงอนุรักษ์และสินค้าสุขภาพสะท้อนจิตสำนึกใหม่ในเรื่องสุขภาพของสังคมไทย กระแสความตื่นตัวด้านสุขภาพของผู้บริโภคที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนะต่อสุขภาพแบบเดิมมาเป็นแนวคิดเรื่องสุขภาพองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพความตื่นตัวเรื่องอาหารสุขภาพนี้เองที่ทำให้ผู้บริโภคหันมาให้ความสนใจกับการเลือกซื้อหาผลิตภัณฑ์เกษตรอินทรีย์ ซึ่งถือว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยมากที่สุด จากความต้องการของผู้บริโภคในจุดนี้จึงทำให้เกิดตลาดสำหรับผลผลิตเกษตรอินทรีย์และเป็นการยกระดับสถานะเกษตรอินทรีย์จากเพียงแค่ทางเลือกของเทคนิคการผลิต มาเป็นทางเลือกใหม่ของการพัฒนาการเกษตรและสังคม
- ปัญหาสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของเศรษฐกิจและระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมการเกษตร กลายเป็นความตื่นตัวต่อเกษตรชีวภาพ เกษตรปลอดสาร และเกษตรอินทรีย์ เครือข่ายเกษตรทางเลือกก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๓๒ โดยการรวมตัวขององค์กรพัฒนาเอกชนและผู้นำเกษตรกร ที่มีความสนใจในการแสวงหาทางเลือกใหม่ให้กับทิศทางการพัฒนาการเกษตรในประเทศไทย ในระยะแรกของการก่อตั้งเครือข่ายเกษตรทางเลือก กิจกรรมหลักของเครือข่ายมุ่งสร้างกระบวนการศึกษาดูงานและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนและผู้นำเกษตรกร เพื่อค้นหาจุดร่วมของแนวทางการพัฒนาการเกษตรอย่างยั่งยืนสำหรับประเทศไทย ในราวปลายปี พ.ศ. ๒๕๓๕ เครือข่ายเกษตรทางเลือกได้จัดการประชุมใหญ่สมัชชาเกษตรกรรมทางเลือกขึ้น และได้ทำการสรุปวิเคราะห์บทเรียนและประสบการณ์ในการทำงานส่งเสริมระบบเกษตรยั่งยืน พร้อมกันนี้ได้ประกาศแนวทางเกษตรอินทรีย์ว่า เป็นแนวทางเกษตรทางเลือกที่สำคัญแนวหนึ่งของประเทศ คำประกาศของสมัชชาเกษตรกรรมทางเลือกนี้อาจถือได้ว่าเป็น จุดเริ่มต้นอย่างเป็นทางการของขบวนการเกษตรอินทรีย์ในประเทศไทย

ตารางที่ ๑ ความหมายของการเกษตรอินทรีย์

	อินทรีย์	เกษตรปลอดภัยจากสารพิษ	เกษตรปลอดสารพิษ
การใช้ปุ๋ยเคมี	x	/	/
การใช้สารเคมีกำจัดแมลง	x	/	x
การใช้สารเคมีกำจัดเชื้อรา	x	/	/
การใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช	x	/	X
การใช้ฮอร์โมนสังเคราะห์	x	/	/
การใช้เมล็ดพันธุ์ดัดแปลงพันธุกรรม	x	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล

หน่วยงานในประเทศไทย ที่ใช้มาตรฐานนี้ สำนักงานมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ (มกท.), กรมวิชาการเกษตร, กรมส่งเสริมการเกษตร, กรุงเทพมหานคร

ที่มา : http://plantpro.doae.go.th/organic/oa%๒๐history/history.html

- ความนิยมในเรื่องอาหารสุขภาพ สมุนไพร การแพทย์ทางเลือก การออกกำลังกายการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพธุรกิจสปา และบริการดูแลสุขภาพที่อยู่บนรากฐานภูมิปัญญาไทยที่สามารถนำมาสร้างคุณค่าและมูลค่าทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจได้
- วิถีสุขภาพและการยอมรับของสาธรณชนต่อการบำบัดรักษาที่หลากหลาย องค์การอนามัยโลกแห่งสหประชาชาติมีการค้นพบเมื่อปี ค.ศ. ๑๙๖๒ ว่าโรคชนิดต่างๆของมนุษย์โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อเจ็บปวด โรคประสาท และโรคข้อกระดูก หากรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด จะไม่สามารถทำให้อาการหายโดยสิ้นเชิง จึงตั้งหัวข้อการวิจัยเพื่อรวบรวมและคัดเลือกวิธีการรักษาที่ดี ซึ่งก็ได้พบวิธีประเภทที่ไม่อาศัยการทานยา แล้วก็ตั้งชื่อให้การแพทย์ชนิดนี้ว่าการแพทย์ทางเลือก จนทำให้การแพทย์ทางเลือกที่เคยเป็นคู่ปรับกับการแพทย์กระแสหลักได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ไทยที่โรงพยาบาลหลายแห่งนำเข้ามาผสมผสานในการให้บริการแก่ประชาชน ได้แก่ ชีวจิต ธรรมชาติบำบัด โยคะ การฝังเข็ม วารีบำบัด ซี่กงดุลยภาพบำบัด สุคนธบำบัด และ ไคโรแพรกเตอร์

จากรายงานการศึกษาของ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (ตุลาคม ๒๕๔๐) โดยทำการส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยงานกรม กองทางวิชาการในส่วนกลาง และหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขที่คาดว่าเกี่ยวข้อง จำนวน ๒๕๓ หน่วยงาน เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานด้านการแพทย์ทางเลือกจากหน่วยงานต่าง ๆ ดังกล่าว โดยให้นิยามความหมายของสุขภาพทางเลือกว่า เทคนิควิธีการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือยอมรับอย่างเป็นทางการโดยบุคลากรทางการแพทย์ในระบบการแพทย์กระแสหลัก หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวคือไม่ได้มีการสอนในโรงเรียนแพทย์ หรือไม่มีการจัดบริการในโรงพยาบาลหรือสถาบันการแพทย์แผนปัจจุบัน เทคนิคเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีลักษณะ “ไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรง” หรือ “ไม่ใช้เภสัชภัณฑ์ที่เป็นสารเคมี” และเป็นศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่มาจากสังคมและวัฒนธรรมอื่น สามารถสรุปผลได้ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ แสดงผลการสำรวจการให้บริการการแพทย์ทางเลือกปี ๒๕๔๐

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน รพ.ที่ส่งแบบสอบถามไป (แห่ง)	จำนวน รพ.ที่ตอบแบบสอบถามกลับ (แห่ง/ร้อยละ)	จำนวน รพ.ที่มีการดำเนินงานการแพทย์ทางเลือก (แห่ง/ร้อยละ)
๑. โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	๙๓	๕๓ (๕๖.๙๙%)	๑๓ (๑๓.๙๘%)
๒. สสจ.	๗๖	๓๖ (๔๗.๓๗%)	๑๖ (๒๑.๐๕%)
๓. กรมการแพทย์	๓๔	๑๓ (๓๘.๒๓%)	๙ (๒๖.๔๗%)
๔. กรมสุขภาพจิต	๑๙	๑๐ (๕๒.๖๓%)	๙ (๔๗.๓๗%)
๕. กรมควบคุมโรค	๑๕	๙ (๖๖.๖๗%)	๕ (๓๓.๓๓%)
๖. กรมอนามัย	๑๖	๑๒ (๗๕.๐๐%)	๗ (๔๓.๗๕%)
รวม	๒๕๓	๑๓๓ (๕๒.๕๗%)	๕๙ (๒๓.๓๒%)

หมายเหตุ ไม่รวมการให้บริการการแพทย์แผนไทยในการศึกษาและผู้สรุปนำเสนอข้อมูลภายใต้สมมุติฐานว่าผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถามถือว่าไม่มีการดำเนินงานด้านการแพทย์ทางเลือก

ที่มา:http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=๑๑๕&Itemid=๑๑๖

การสำรวจและประเมินสถานการณ์การให้บริการการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ (ต.ค. ๔๕ - ส.ค. ๔๖) ของกองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒน์ฯ โดยส่งแบบสอบถามสำรวจและสุ่มเข้าเก็บข้อมูลบางแห่ง แบ่งตามเขตพบว่า จากการส่งแบบสอบถามไปยังสถานพยาบาลทั้งสิ้น ๑,๐๙๒ แห่ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน ๙๒ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๗๒๐ แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน ๒๘๐ แห่ง สรุปผลดังตารางที่ ๓ โดยการแพทย์ทางเลือกที่มีการให้บริการมากที่สุดคือ คลินิกฝังเข็มมีจำนวน ๘๕ แห่ง คิดเป็น ๖๕.๘๙% ของจำนวนโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการแพทย์

ทางเลือก (๑๒๙ แห่ง) ส่วนการให้บริการอื่น ๆ เช่น การทำดุลยภาพบำบัด ชี่กง ดนตรีบำบัดในเด็กออทิสติก การฝึกสมาธิ วารีบำบัด การจัดโปรแกรมอาหารสุขภาพ ฯลฯ

ตารางที่ ๓ แสดงผลการสำรวจสถานการณ์การให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือกปี ๒๕๔๖

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน รพ.ที่ส่งแบบสอบถามไป (แห่ง)	จำนวน รพ.ที่ตอบแบบสอบถามกลับ (แห่ง/ร้อยละ)	จำนวน รพ.ที่มีการดำเนินงานการแพทย์ทางเลือก (แห่ง/ร้อยละ)
๑. โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	๙๒	๖๓ (๖๘.๔๘%)	๔๘ (๕๒.๑๗%)
๒. โรงพยาบาลชุมชน	๗๒๐	๒๐๒ (๒๘.๐๕%)	๕๙ (๘.๑๙%)
๓. โรงพยาบาลเอกชน	๒๘๐	๑๑๒ (๔๐%)	๒๒ (๗.๘๕%)
รวม	๑๐๙๒	๓๗๗ (๓๔.๕๒%)	๑๒๙ (๑๑.๘๑%)

หมายเหตุ ไม่รวมการให้บริการการแพทย์แผนไทยในการศึกษา และผู้สรุปนำเสนอข้อมูลภายใต้สมมุติฐานว่าผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถามถือว่าไม่มีการดำเนินงานด้านการแพทย์ทางเลือก

ที่มา : http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=๑๑๕&Itemid=๑๑๖

จากผลการศึกษาทั้งสองจะเห็นว่าในช่วงเวลาประมาณ ๖ ปี (๒๕๔๐-๒๕๔๕) โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์มีการดำเนินงานด้านการแพทย์ทางเลือกสูงขึ้นอย่างชัดเจนจาก ร้อยละ ๑๓.๙๘ เป็นร้อยละ ๕๒.๑๗ หรือคิดเพิ่มเป็นประมาณ ๓.๗๓ เท่า จากรายงานการวิจัย ของ สมพร เตรียมชัยศรี และคณะ[3] เรื่อง การสำรวจข้อมูลและการดูแลสุขภาพทางเลือกในคนไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นการสำรวจตัวอย่างจำนวน ๔๐๐ คน ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๓๕๗ คน (๘๙.๓%) โดยมีลักษณะดังนี้ เป็นหญิง ๒๔๑ คน (๖๘.๓%) ชาย ๑๑๒ คน (๓๑.๗%) มีการศึกษาสูงกว่าอุดมศึกษา ๒๖๘ คน (๘๐%) ต่ำกว่าอุดมศึกษา ๖๕ คน (๒๐%) มีวิธีการรักษาโรคดังนี้

- พบแพทย์แผนปัจจุบัน ๒๒๒ คน คิดเป็น ๖๒.๑%
- ใช้แผนโบราณและแผนปัจจุบัน ๘๕ คน คิดเป็น ๒๓.๘%
- ซื้อยาเอง ๑๖ คน คิดเป็น ๕.๑%
- ใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพร ๑๐ คน คิดเป็น ๓.๒%
- ที่เหลือใช้วิธีอื่น ๆ

o การเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ ที่แพร่หลายขึ้นสะท้อนการเกิดจิตสำนึกสุขภาพใหม่ที่ถือว่า สุขภาพไม่ใช่สิ่งที่ผูกขาดหรือหยิบยื่นให้โดยสถาบันทางการแพทย์ แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องใส่ใจ

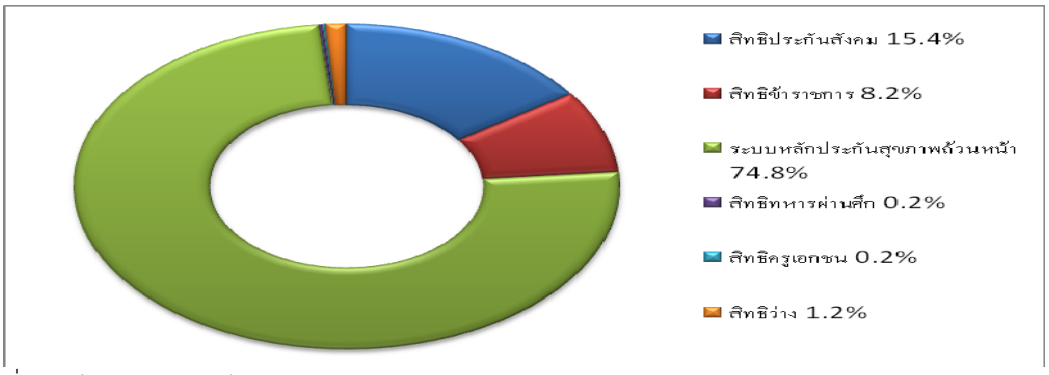
[3] ที่มา : http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=115&Itemid=116

<u>ประเด็น</u> การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนที่ได้รับครอบคลุมอย่างถั่วถึง

<u>ตัวชี้วัด</u> ร้อยละความครอบคลุม พบว่าร้อยละ ๙๗ ของจำนวนประชากรทั้งหมด ถูกครอบคลุมด้วยระบบประกันสุขภาพ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

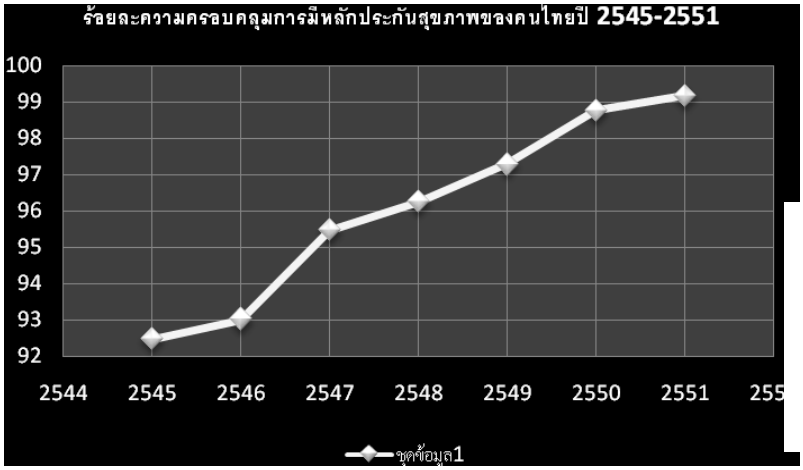
ภาพที่ ๑ แสดงสัดส่วนประชาชนไทยจำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล



ที่มา : ข้อมูลจากศูนย์ทะเบียน สำนักบริหารกองทุน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มีนาคม ๒๕๕๒ http://www.localfund.in.th/files/NHSO-intro๑-๖.pdf

การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งหวังให้ประชาชนคนไทยทั่วทุกพื้นที่ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าอัตราความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆ ปีอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เนื่องจากมีการปรับปรุงระบบคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการลงทะเบียนสำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตลอดจนมีการเร่งรัดการตรวจสอบสถานะของผู้มีสิทธิ ทำให้อัตราความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยในช่วงปีที่ผ่านมาอัตราความครอบคลุมได้เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ ๙๙.๑๖ ของประชากรทั้งประเทศ

ภาพที่ ๒ ร้อยละความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของคนไทยปี ๒๕๔๕-๒๕๕๑



ที่มา : สำนักบริหารกองทุน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กันยายน ๒๕๕๑ http://www.localfund.in.th/files/NHSO-intro๑-๖.pdf

หลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัด

- มีบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอต่อการให้บริการ (แพทย์: จำนวนประชากร) ชนบท (๑:๒๔๐๐) กรุงเทพมหานคร (๑: ๘๕๐) ค่ามาตรฐาน (๑: ๑,๕๐๐) ปี ๒๐๐๙) นอกจากนี้หากพิจารณาสถานการณ์และแนวโน้มปริมาณกำลังคนด้านสุขภาพ จะเห็นว่าภาพรวมของกำลังคนมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ ๒๕๔๒ ถึง ๒๕๕๒ แต่อย่างไรก็ตามจะพบว่าอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์และพยาบาลเทคนิคเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๒

ตารางที่ ๔ อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ ปี ๒๕๔๑-๒๕๕๒

บุคลากร	รายภาคปี										
	๒๕๔๒	**๒๕๔๓**	**๒๕๔๔**	**๒๕๔๕**	**๒๕๔๖**	**๒๕๔๗**	**๒๕๔๘**	**๒๕๔๙**	**๒๕๕๐**	**๒๕๕๑**	**๒๕๕๒**
แพทย์	๓,๓๙๕	๓,๔๒๗	๓,๒๗๗	๓,๕๖๙	๓,๔๗๖	๓,๓๐๕	๓,๑๘๒	๒,๙๗๕	๒,๗๗๘	๒,๙๓๑	๓,๓๒๔
ทันตแพทย์	๙,๔๓๖	๙,๐๗๔	๘,๖๒๔	๘,๒๕๒	๘,๐๒๒	๗,๘๑๑	๗,๓๔๐	๑๔,๙๕๗	๑๓,๕๒๕	๑๓,๑๔๘	๑๔,๘๓๓
เภสัชกร	๑๐,๑๕๘	๙,๖๗๖	๙,๐๕๔	๙,๙๔๘	๘,๘๐๗	๘,๔๓๒	๗,๘๔๗	๗,๘๘๗	๗,๓๔๘	๗,๕๓๔	๘,๒๕๓
พยาบาลวิชาชีพ	๙๐๕	๘๗๐	๗๙๖	๗๓๙	๖๘๗	๖๕๒	๖๑๓	๖๑๙	๕๙๗	๕๗๖	๖๒๔
พยาบาลเทคนิค	๑,๙๕๒	๒,๐๙๖	๒,๐๘๐	๒,๒๓๓	๒,๖๒๕	๓,๐๘๕	๓,๙๑๐	๔,๘๖๑	๔,๗๘๗	๖,๗๔๗	๗,๖๗๓

- บุคลากรทางการแพทย์กระจายตัวไปตามอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านโดยการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ ๕ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ รายภาค ปี ๒๕๕๒

ลำดับ	ภาค	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลเทคนิค	รวม
รวมทั้งประเทศ		๑๙,๐๘๙	๔,๒๗๘	๗,๖๘๙	๑๐๑,๗๖๐	๘,๒๗๐	๑๔๑,๐๘๖
๑	กรุงเทพมหานคร	๔,๕๙๑	๖๔๓	๘๓๔	๑๓,๒๕๐	๒,๕๑๓	๒๑,๘๓๑
๒	ภาคกลาง	๔,๙๘๕	๑,๒๐๓	๒,๔๑๓	๒๘,๔๒๕	๒,๐๕๑	๓๙,๐๗๗
๓	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	๔,๔๒๓	๑,๐๓๖	๑,๘๙๒	๒๖,๐๑๔	๑,๔๘๗	๓๔,๘๕๒
๔	ภาคเหนือ	๒,๗๘๙	๗๗๑	๑,๔๐๕	๑๘,๗๖๔	๑,๒๒๕	๒๔,๙๕๔
๕	ภาคใต้	๒,๓๐๑	๖๒๕	๑,๑๔๕	๑๕,๓๐๗	๙๙๔	๒๐,๓๗๒

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข http://moc.moph.go.th/Resource/Personal/index,new.php

สถานะสุขภาพคนไทยในเรื่องการเจ็บป่วย

ตัวชี้วัด

- พบว่าอัตราเข้ารับบริการผู้ป่วยในพบว่าลดลงจาก **๐.๐๘๖ ครั้ง/คน/ปี** (๒๕๕๐) เป็น **๐.๐๖๕ครั้ง/คน/ปี** (๒๕๕๒)
- ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยนอกพบว่าช่วงปี ๒๕๕๐ -๒๕๕๒พบว่าการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้นจาก **๒.๑๔ ครั้ง/คน/ปี** (๒๕๕๐) เป็น **๓.๘ ครั้ง/คน/ปี** (๒๕๕๒)

ที่มา : รายงาน วิกฤตเศรษฐกิจ ๒๕๕๑-๒๕๕๒ กับระบบสุขภาพและสุขภาพของคนไทย http://ihppthaigov.net/publication/attachresearch/๒๐๑๒/chapter๑.pdf)

- อัตราการเจ็บป่วยโดยรวมของคนไทย

ตารางที่ ๖ จำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ๒๑ กลุ่มโรคทั้งประเทศและรายภาค (ไม่รวมกทม.)ปี พ.ศ.๒๕๕๒ (อัตราต่อประชากร๑, ๐๐๐ คน)

กลุ่มโรค	สาเหตุการป่วย	ทั้งประเทศ		ภาคเหนือ		ภาคตะวันออก/เหนือ		ภาคกลาง		ภาคใต้	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๐๑	โรคติดเชื้อและปรสิต	๗,๔๖๙,๘๐๘	๑๒๙.๓๕	๑,๕๗๕,๔๒๐	๑๓๓.๒๓	๒,๕๒๘,๒๓๕	๑๑๗.๗๖	๒,๐๕๖,๘๖๗	๑๓๑.๑๘	๑,๓๐๙,๒๘๖	๑๔๙.๑๖
๐๒	เนื้องอก(รวมมะเร็ง)	๑,๑๓๘,๕๘๕	๑๙.๗๒	๓๐๓,๕๖๖	๒๕.๖๗	๓๗๑,๖๒๒	๑๗.๓๑	๓๒๖,๙๔๙	๒๐.๘๕	๑๓๖,๔๔๘	๑๕.๕๔
๐๓	โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน	๙๓๙,๗๑๘	๑๖.๒๗	๒๒๒,๕๑๗	๑๘.๘๒	๓๓๒,๙๖๖	๑๕.๕๑	๒๕๓,๙๙๕	๑๖.๒๐	๑๓๐,๒๔๐	๑๔.๘๔
๐๔	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อโภชนาการและเมตะบอลิสัม	๑๔,๒๔๘,๑๐๔	๒๔๖.๗๒	๓,๔๙๐,๑๓๓	๒๙๕.๑๖	๔,๓๖๓,๙๔๘	๒๐๓.๒๖	๔,๕๔๑,๕๒๗	๒๘๙.๖๕	๑,๘๕๒,๔๙๖	๒๑๑.๐๕
๐๕	ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	๒,๘๒๙,๕๑๖	๔๙.๐๐	๖๓๘,๒๘๒	๕๓.๙๘	๙๔๗,๗๕๓	๔๔.๑๔	๗๘๒,๗๒๘	๔๙.๙๒	๔๖๐,๗๕๓	๕๒.๔๙
๐๖	โรคระบบประสาท	๒,๕๙๔,๖๗๙	๔๔.๙๓	๗๒๒,๖๒๑	๖๑.๑๑	๗๓๐,๖๕๙	๓๔.๐๓	๘๑๘,๐๔๕	๕๒.๑๗	๓๒๓,๓๕๔	๓๖.๘๔
๐๗	โรคตารวมส่วนประกอบของตา	๔,๐๖๗,๐๒๙	๗๐.๔๒	๘๖๓,๒๓๗	๗๓.๐๐	๑,๒๗๕,๗๑๑	๕๙.๔๒	๑,๓๖๐,๔๙๔	๘๖.๗๗	๕๖๗,๕๘๗	๖๔.๖๖
๐๘	โรคหูและปุ่มกกหู	๑,๕๔๕,๙๓๑	๒๖.๗๗	๔๘๔,๕๒๕	๔๐.๙๘	๓๗๗,๑๖๒	๑๗.๕๗	๔๕๖,๐๙๘	๒๙.๐๙	๒๒๘,๑๔๖	๒๕.๙๙
๐๙	โรคระบบไหลเวียนเลือด	๑๗,๖๙๖,๑๐๕	๓๐๖.๔๒	๕,๐๘๓,๖๗๔	๔๒๙.๙๓	๓,๙๔๙,๕๙๙	๑๘๓.๙๗	๖,๐๐๐,๒๗๙	๓๘๒.๖๙	๒,๖๖๒,๕๕๓	๓๐๓.๓๓
๑๐	โรคระบบหายใจ	๒๘,๗๖๘,๘๗๖	๔๙๘.๑๖	๖,๔๕๙,๗๘๓	๕๔๖.๓๑	๙,๓๕๙,๙๐๙	๔๓๕.๙๗	๘,๔๖๐,๕๗๓	๕๓๙.๖๐	๔,๔๘๘,๖๑๑	๕๑๑.๓๖
๑๑	โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก	๑๖,๖๖๙,๔๒๗	๒๘๘.๖๔	๔,๑๑๙,๓๗๖	๓๔๘.๓๘	๕,๘๗๕,๒๓๑	๒๗๓.๖๖	๔,๓๖๒,๓๔๓	๒๗๘.๒๒	๒,๓๑๒,๔๗๗	๒๖๓.๔๕
๑๒	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	๕,๕๑๖,๗๖๘	๙๕.๕๓	๑,๒๙๕,๐๐๓	๑๐๙.๕๒	๑,๗๑๙,๙๒๔	๘๐.๑๑	๑,๖๔๘,๙๘๑	๑๐๕.๑๗	๘๕๒,๘๖๐	๙๗.๑๖
๑๓	โรคระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อยึดเสริม	๑๖,๗๘๙,๘๗๒	๒๙๐.๗๓	๔,๘๕๙,๕๙๔	๔๑๐.๙๘	๔,๗๒๓,๕๑๓	๒๒๐.๐๑	๔,๙๘๗,๓๔๑	๓๑๘.๐๙	๒,๒๑๙,๔๒๔	๒๕๒.๘๕
๑๔	โรคระบบสืบพันธ์ร่วมปัสสาวะ	๔,๒๙๔,๔๐๕	๗๔.๓๖	๑,๐๘๙,๕๐๕	๙๒.๑๔	๑,๓๗๘,๑๙๖	๖๔.๑๙	๑,๑๙๘,๑๔๕	๗๖.๖๒	๖๒๘,๕๕๙	๗๑.๖๑
๑๕	ภาวะแทรกในการตั้งครรภ์การคลอดและระยะหลังคลอด	๖๕๘,๒๓๑	๑๑.๔๐	๙๖,๕๔๐	๘.๑๖	๑๘๖,๖๑๓	๘.๖๙	๒๑๓,๓๐๑	๑๓.๖๐	๑๖๑,๗๗๗	๑๘.๔๓
๑๖	ภาวะผิดปกติของทารกแรกเกิดขึ้นในระยะปริกำเนิด(อายุครรภ์ ๒๒ สัปดาห์ขึ้นไป จนถึง๗ วันหลังคลอด)	๑๗๙,๗๖๖	๓.๑๑	๓๖,๒๗๖	๓.๐๗	๖๑,๙๖๕	๒.๘๙	๕๓,๔๑๘	๓.๔๑	๒๘,๑๐๗	๓.๒๐
๑๗	รูปร่างผิดปกติแต่กำเนิดการพิการจนผิดรูปแต่กำเนิดและโครโมโซม ผิดปกติ	๒๐๙,๔๕๓	๓.๖๓	๔๙,๕๘๒	๔.๑๙	๖๐,๔๙๖	๒.๘๒	๖๓,๑๑๗	๔.๐๓	๓๖,๒๕๘	๔.๑๓
๑๘	อาการ, อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิก และทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่นๆ ได	๑๗,๗๓๑,๐๖๙	๓๐๗.๐๓	๓,๙๙๕,๑๔๑	๓๓๗.๘๗	๕,๖๐๙,๐๒๐	๒๖๑.๒๖	๕,๔๗๙,๒๐๘	๓๔๙.๔๖	๒,๖๔๗,๗๐๐	๓๐๑.๖๔
๑๙	การเป็นพิษและผลที่ตามมา	๓๐๕,๔๒๒	๕.๒๙	๖๐,๑๑๑	๕.๐๘	๑๑๓,๔๖๑	๕.๒๘	๗๙,๗๓๐	๕.๐๙	๕๒,๑๒๐	๕.๙๔
๒๐	อุบัติเหตุจากการขนส่งและผลที่ตามมา	๑,๔๖๑,๔๐๐	๒๕.๓๑	๓๐๙,๖๔๕	๒๖.๑๙	๕๕๒,๗๒๖	๒๕.๗๔	๔๐๙,๔๕๒	๒๖.๑๑	๑๘๙,๕๗๗	๒๑.๖๐
๒๑	สาเหตุภายนอกอื่นๆที่ทำให้ป่วยหรือตาย	๗,๓๑๔,๔๘๑	๑๒๖.๖๖	๑,๖๙๓,๖๘๒	๑๔๓.๒๔	๒,๕๑๘,๓๓๔	๑๑๗.๓๐	๒,๐๗๗,๘๖๘	๑๓๒.๕๒	๑,๐๒๔,๕๙๗	๑๑๖.๗๓
	รวม	๑๕๒,๔๒๘,๖๔๕	๒,๖๓๙.๔๓	๓๗,๔๔๘,๒๑๓	๓,๑๖๗.๐๒	๔๗,๐๓๗,๐๔๓	๒,๑๙๐.๙๐	๔๕,๖๓๐,๔๕๙	๒,๙๑๐.๒๔	๒๒,๓๑๒,๙๓๐	๒,๕๔๒.๐

ที่มา : รายงานผู้ป่วยนอก (รง. ๕๐๔) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/illness/ตาราง๕.pdf

ตารางที่ ๗ อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ตามลำดับการจัดกลุ่มสาเหตุการป่วย ๑๐ ลำดับแรก ทั้งประเทศ รายภาค และกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๒

รหัส	สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	ลำดับ	ทั้งประเทศ	ลำดับ	เหนือ	ลำดับ	ออก/เหนือ	ลำดับ	กลาง	ลำดับ	ใต้	ลำดับ	กทม
๑๑๑	ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อโภชนาการและเมตะบอลิกอื่นๆ	๑	๑,๔๐๗.๒๐	๑	๑,๕๑๘.๗๑	๑	๑,๓๓๖.๑๖	๑	๑,๕๐๒.๘๙	๒	๑,๑๒๐.๒๘	๑	๑,๖๒๑.๘๔
๑๔๕	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุนำ	๒	๑,๒๐๔.๙๐	๒	๑,๓๑๗.๔๑	๓	๙๓๒.๐๕	๒	๑,๔๔๐.๕๓	๓	๑,๐๙๒.๐๘	๒	๑,๕๒๔.๓๗
๐๙๘	โลหิตจางอื่นๆ	๓	๘๙๖.๕๘	๓	๙๖๗.๒๑	๒	๑,๐๑๔.๙๓	๔	๘๒๒.๔๕	๗	๖๓๘.๐๔	๔	๙๐๖.๓๗
๑๐๔	เบาหวาน	๔	๘๗๙.๕๘	๔	๘๐๐.๒๘	๔	๙๒๙.๐๔	๓	๙๖๕.๑๓	๖	๖๖๙.๕๐	๓	๙๔๕.๘๓
๒๔๒	ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆของการตั้งครรภ์และการคลอด	๕	๗๘๔.๖๘	๕	๖๓๒.๑๓	๕	๗๒๖.๐๐	๕	๗๓๙.๙๔	๑	๑,๓๘๕.๐๙	๕	๕๒๙.๘๔
๐๐๕	อาการท้องร่วงกระเพาะและลำไส้อักเสบซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการติดเชื้อ	๖	๖๕๖.๔๘	๖	๕๙๕.๒๒	๖	๗๑๘.๕๖	๖	๖๖๙.๙๕	๔	๗๘๙.๘๖	๙	๓๐๗.๗๔
๒๑๔	ไตวาย	๗	๕๑๒.๖๕	๗	๕๗๙.๖๖	๗	๖๑๒.๖๗	๘	๔๔๕.๕๗			๖	๔๔๓.๕๕
๑๖๙	ปอดบวม	๘	๔๗๑.๘๙	๙	๔๘๓.๗๐	๘	๔๗๖.๙๔	๗	๔๗๙.๘๑	๘	๔๘๖.๔๑	๘	๓๘๔.๓๗
๒๓๙	การดูแลมารดาอื่นๆที่มีปัญหาเกี่ยวกับทารกในครรภ์และถุงน้ำคร่ำและปัญหาที่อาจจะเกิดได้ในระยะคลอด	๙	๔๓๒.๔๑	๑๐	๓๙๘.๐๘	๙	๔๐๓.๘๖	๙	๓๙๒.๒๖	๕	๗๓๑.๓๖		
๑๗๕	โรคหลอดลมอักเสบถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น	๑๐	๓๕๑.๓๖	๘	๕๗๖.๑๘					๙	๔๘๕.๔๐		
๒๘๑	การบาดเจ็บระบุเฉพาะอื่นๆ, ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย					๑๐	๓๒๖.๕๓						
๒๕๓	ภาวะอื่นๆในระยะปริกำเนิด											๑๐	๓๐๖.๘๗
๑๔๘	โรคหัวใจขาดเลือดอื่นๆ							๑๐	๓๕๗.๓๐			๗	๔๓๖.๙๗
๐๓๒	ไข้จากไวรัสที่นำโดยแมลงและไข้เลือดออกที่เกิดจากไวรัสอื่นๆ									๑๐	๓๗๐.๕๕		

รวบรวม / วิเคราะห์: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

แหล่งข้อมูล : กรมบัญชีกลาง สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/illness/ตาราง๑๕.pdf

แนวโน้มการใช้บริการสาธารณสุข(มีสัดส่วนการใช้บริการที่โรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น)

ตัวชี้วัด

- ร้อยละการใช้บริการในสถานบริการต่างๆ
- คนยากจนเข้าใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนเป็นหลัก→โรงพยาบาลศูนย์ →โรงพยาบาลทั่วไป →โรงพยาบาลเอกชน
- ส่วนคนเศรษฐฐานะดีใช้ โรงพยาบาลศูนย์ →โรงพยาบาลทั่วไป →โรงพยาบาลเอกชน

ที่มา: http://www.moph.go.th/ops/health_๕๐/๒๕๔๘_๒๕๕๐.html

ตารางที่ ๘ จำนวนสถานีอนามัย ผู้ป่วยนอกใหม่ จำนวนครั้ง เฉลี่ยวันละ รายภาค ปี ๒๕๕๐ และ ๒๕๕๑

จังหวัด	จำนวนสถานีอนามัย (แห่ง)		ผู้ป่วยนอกใหม่ (คน)		ผู้ป่วยนอกทั้งหมด(ครั้ง)		เฉลี่ยผู้ป่วยวันละ (คน)	
	๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๐	๒๕๕๑
ภาคเหนือ	๒,๒๒๘	๒,๑๙๘	๔,๔๓๕,๗๐๗	๔,๗๕๐,๗๗๘	๑๕,๔๕๔,๐๗๓	๑๖,๔๖๙,๐๙๓	๕๔,๐๓๕	๕๗,๕๘๔
ภาคกลาง	๒,๕๕๖	๒,๕๒๖	๔,๙๔๗,๖๗๘	๕,๐๕๓,๘๙๒	๑๕,๗๕๕,๗๔๒	๑๖,๙๔๐,๘๕๑	๕๕,๐๙๐	๕๙,๒๓๔
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๓,๔๖๔	๓,๒๙๐	๙,๒๘๘,๕๘๕	๘,๘๑๕,๐๓๘	๒๕,๙๑๕,๙๔๙	๒๖,๘๗๗,๒๓๕	๙๐,๖๑๕	๙๓,๙๗๖
ภาคใต้	๑,๕๑๐	๑,๕๐๗	๒,๔๐๑,๘๔๗	๒,๔๘๙,๐๕๑	๖,๖๗๕,๓๖๙	๖,๖๕๔,๘๐๗	๒๓,๓๔๐	๒๓,๒๖๙
รวมทั้งประเทศ	๙,๗๕๘	๙,๕๒๑	๒๑,๐๗๓,๘๑๗	๒๑,๑๐๘,๗๕๙	๖๓,๘๐๑,๑๓๓	๖๖,๙๔๑,๙๘๖	๒๒๓,๐๘๑	๒๓๔,๐๖๓

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

http://hrm.moph.go.th/res๕๒/res-rep๒๕๕๐.html และ http://hrm.moph.go.th/res๕๒/res-rep๒๕๕๑.html

ตารางที่ ๙ จำนวนสถานบริการสาธารณสุขและจำนวนเตียงในส่วนภูมิภาค ก.สาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๑

ประเภทสถานบริการ	๒๕๔๗		๒๕๔๘		๒๕๔๙		๒๕๕๐		๒๕๕๑	
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
โรงพยาบาลศูนย์	๒๕	๑๗,๔๓๒	๒๕	๑๗,๖๔๘	๒๕	๑๗,๖๔๘	๒๕	๑๗,๖๘๙	๒๕	๑๗,๕๕๐
โรงพยาบาลทั่วไป	๗๐	๒๓,๗๔๗	๗๐	๒๔,๐๑๑	๗๐	๒๓,๗๔๓	๗๐	๒๓,๘๒๗	๖๔	๒๑,๙๓๔
โรงพยาบาลชุมชน	๗๒๓	๓๑,๔๖๒	๗๒๔	๓๒,๑๔๑	๗๒๙	๓๓,๐๓๘	๗๓๓	๓๓,๓๑๑	๖๙๒	๓๑,๘๑๔
โรงพยาบาลสาขา	๑	๑๐	-	-	-	-	_	_	_	_
สถานีอนามัย	๙,๗๑๕	๕	๙,๗๒๐	-	๙,๗๕๔	-	๙,๗๕๘	_	๙,๕๒๑	_
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	๔	-	๒๕๐	-	๑๑๔	-	๑๕๑	_	๑๕๑	_

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/สถิติ๕๒/๓.๔_๕๒.pdf

ตารางที่ ๑๐ จำนวนรพศ. รพท. รพช.และจำนวนเตียง จำแนกรายภาค ปี ๒๕๕๑

จังหวัด	รพศ.		รพท.		รพช.		รวม	
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
ภาคเหนือ	๕	๓,๖๙๕	๑๓	๔,๘๔๓	๑๕๙	๗,๓๑๘	๒๖๓	๑๕,๘๕๖
ภาคกลาง	๙	๕,๗๗๒	๒๔	๗,๙๔๕	๑๖๖	๗,๙๖๗	๑๙๙	๒๑,๖๙๓
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๖	๔,๙๔๖	๑๓	๔,๘๘๐	๒๓๘	๑๑,๒๙๒	๒๕๗	๒๑,๐๙๘
ภาคใต้	๕	๓,๑๓๗	๑๔	๔,๒๖๖	๑๒๙	๕,๑๙๘	๑๔๘	๑๒,๖๐๑
รวมทั้งประเทศ	๒๕	๑๗,๕๕๐	๖๔	๒๑,๙๓๔	๖๙๒	๓๑,๗๘๔	๗๘๑	๗๑,๒๔๘

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพที่พัฒนา

ตัวชี้วัด บริการปฐมภูมิเปลี่ยนสถานีอนามัย / ศูนย์แพทย์ชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยจัดตั้งสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) เพื่อยกระดับบริการสุขภาพของคนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นการยกระดับศักยภาพของสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในระดับตำบล โดยมุ่งให้มีการทำงานเชิงรุก มีบริการที่ต่อเนื่อง มีความเชื่อมโยงอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่งเสริมการใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (home ward) ทั้งนี้ รพ.สต..จะแบ่งเป็น ๓ ระดับตามขนาดประชากรที่ดูแล คือ ๑) รพ.สต..ขนาดเล็ก

รับผิดชอบประชากรไม่เกิน ๓,๐๐๐ คน มีบุคลากร ๕-๖ คน ๒) รพ.สต..ขนาดกลาง รับผิดชอบประชากร ๓,๐๐๐-๖,๐๐๐ คน มีบุคลากร ๖-๘ คน ๓) รพ.สต.. ขนาดใหญ่ รับผิดชอบประชากร ๖,๐๐๐ คนขึ้นไป มีบุคลากร ๘-๑๐ คน โดยตั้งเป้าหมายปี ๕๒ ไว้ที่ ๑,๐๐๐ แห่ง และจะเพิ่มเป็น ๙,๐๐๐ แห่งในปี ๒๕๕๓-๒๕๕๖ ทั้งนี้ จะมีการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและระบบบริการ ได้แก่ ปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพ และสภาพแวดล้อม โดยดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมชุมชนหรือวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยกระทรวงสาธารณสุข พร้อมสนับสนุนด้านวิชาการ การจัดการ และทรัพยากรบุคคล ได้แก่ ทีมนักวิชาการปฏิบัติงานวิชาการเต็มเวลาและบางเวลา สนับสนุนการประสานงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการวิจัย และการพัฒนาในด้านสุขภาพชุมชน อย่างไรก็ตาม การจะผลักดันให้เกิดการพัฒนาและยกระดับสถานีอนามัยสู่การเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล ให้ได้เป้าหมายตามเจตนารมณ์ของรัฐบาล และภายใต้การดำเนินงานอย่างครบวงจรในปี ๒๕๕๒-๒๕๕๕ คาดว่า จะต้องใช้งบประมาณถึง ๓๐,๘๗๗.๕ ล้านบาท
ที่มา: http://www.medtechtoday.org/index.php?option=com_content&task=view&id=๑๒๒&Itemid=๔๒)

การจัดสรรงบประมาณทางการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีความเป็นธรรม

ตัวชี้วัด

- ความเสมอภาคของรายจ่ายต่อหัว ปี ๒๕๕๔
  - กลุ่มผู้ป่วยใน ระบบประกันสังคมจ่ายแบบแหมาจ่าย ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจ่ายให้ตามกลุ่ม DRG
  - กลุ่มผู้ป่วยนอก ระบบประกันสังคม ๒,๑๐๕/คน/ปี ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๒,๕๔๖.๔๘/คน/ปี

ที่มา : http://www.healthcorners.com/new_read_news.php?id=๑๗๐๓๙

- ด้านภาระงบประมาณของรัฐบาล ในปี ๒๕๕๓ รัฐบาลใช้เงินสำหรับ
  - สวัสดิการรักษาพยาบาลและครอบครัว ๔.๙ ล้านคน จำนวน ๖๒,๑๙๕ ล้านบาท
  - ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน ๔๗.๗ล้านคน จำนวน ๑๒๐,๘๔๖ ล้านบาท
  - ขณะที่ระบบประกันสังคมเพียง ๑ ใน ๓ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (๒๒,๔๗๑.๖๘ ล้านบาท)

ที่มา : ความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพเมืองไทย โดย ASTVผู้จัดการออนไลน์๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ ๑๕:๒๔ น. http://mgr.manager.co.th/Qol/ViewNews.aspx?NewsID=๙๕๔๐๐๐๐๐๑๙๐๙๓&CommentReferID=๑๘๒๒๓๑๖๖&CommentReferNo=๓&

ตารางที่ ๑๑ แสดงค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนต่อครัวเรือน จำแนกตามภาค และจังหวัด พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๕๒

ภาค และจังหวัด	๒๕๓๗	๒๕๓๙	๒๕๔๑	๒๕๔๓	๒๕๔๕	๒๕๔๗	๒๕๔๙	๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๒
ทั่วราชอาณาจักร	๗,๕๖๗	๙,๑๙๐	๑๐,๓๘๙	๙,๘๔๘	๑๐,๘๘๙	๑๒,๒๙๗	๑๔,๓๑๑	๑๔,๕๐๐	๑๕,๙๔๒	๑๖,๒๐๕
กรุงเทพมหานคร	๑๔,๑๒๕	๑๗,๘๔๖	๒๐,๗๘๐	๒๐,๔๔๘	๒๑,๙๑๙	๒๒,๙๘๒	๒๕,๗๔๙	๒๕,๖๑๕	๓๑,๑๙๙	๓๐,๓๓๔
สมุทรปราการ	๑๒,๑๑๑	๑๒,๔๒๑	๑๔,๐๐๕	๑๔,๒๙๗	๑๔,๘๓๖	๑๕,๖๖๙	๑๕,๖๘๓	๑๕,๙๑๐	๑๖,๗๕๓	๑๘,๔๕๐
นนทบุรี	๑๓,๐๐๑	๒๓,๓๖๕	๑๙,๖๔๗	๑๙,๐๘๘	๒๒,๗๐๒	๒๐,๓๕๗	๒๕,๙๕๐	๒๖,๔๑๔	๒๘,๓๒๙	๒๙,๔๘๗
ปทุมธานี	๑๑,๓๐๘	๑๒,๐๙๑	๑๖,๕๑๕	๑๗,๒๓๙	๑๗,๘๓๖	๑๗,๑๑๒	๒๑,๗๓๑	๑๙,๔๖๘	๒๑,๙๑๐	๒๒,๔๖๐
ภาคกลาง	๗,๘๕๗	๙,๕๑๐	๑๐,๘๖๑	๑๐,๓๘๙	๑๑,๒๒๗	๑๓,๒๗๐	๑๕,๓๗๓	๑๕,๑๖๘	๑๖,๗๑๑	๑๗,๑๐๖
ภาคเหนือ	๕,๙๕๖	๗,๐๔๓	๘,๒๐๙	๗,๓๑๘	๗,๗๔๗	๙,๓๖๑	๑๑,๑๘๕	๑๐,๙๙๐	๑๑,๗๔๖	๑๒,๐๕๑
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	๕,๖๓๒	๖,๖๖๑	๗,๒๓๗	๖,๕๔๖	๗,๕๕๐	๘,๔๘๔	๑๐,๓๑๖	๑๐,๙๒๐	๑๑,๙๓๙	๑๒,๒๖๐
ภาคใต้	๗,๕๑๓	๘,๗๙๓	๙,๖๗๖	๙,๒๖๘	๑๐,๗๐๑	๑๒,๘๙๑	๑๕,๒๖๐	๑๕,๘๗๕	๑๖,๘๗๘	๑๗,๒๙๘

ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

รวบรวมโดย: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/BaseStat/tables/๐๐๐๐๐_Whole%๒๐Kingdom/N๒๘P๐๒-expenditure.xls

- การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ที่ทำงานสุขภาพเชิงรุกและให้บริการใกล้บ้าน

ตัวชี้วัด

- ความคลอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิที่ทำงานเชิงรุก ในปัจจุบันมีศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน ๘๐๐ แห่ง ใน ๗๕ จังหวัด

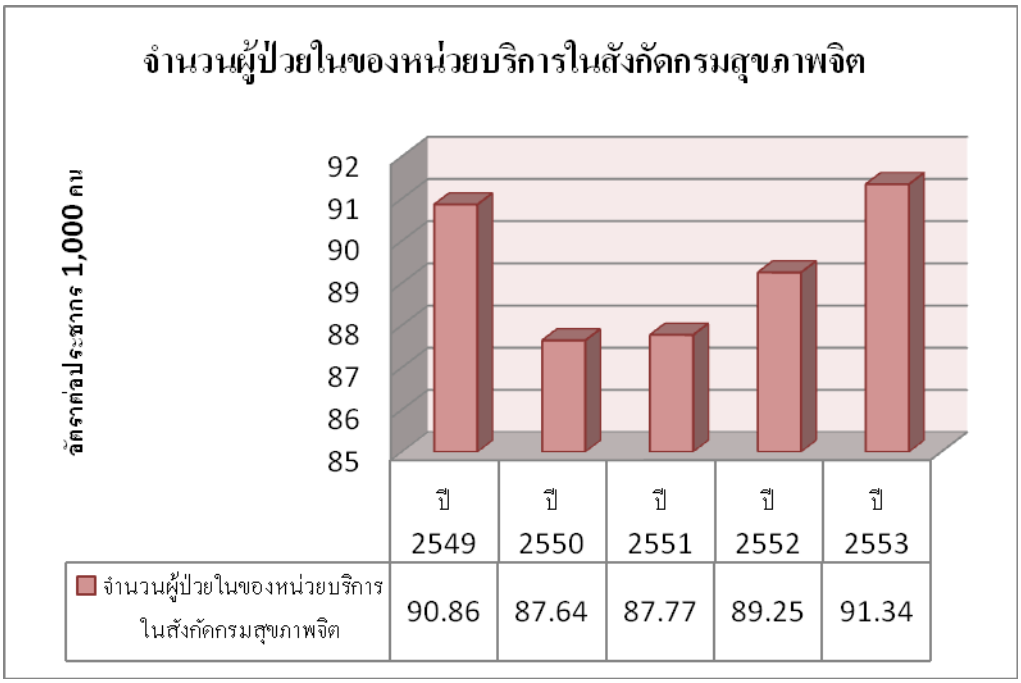
  ที่มา : หน่วยงาน กลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป สำนักบริหารการสาธรณสุข, http://๒๐๓.๑๕๗.๓.๒๔๙/ewtadmin/ewt/hss_ds/ewt_news.php?nid=๒๓๔&filename=index
- ตั้งกองทุน
  - กองทุนสุขภาพชุมชน เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อจุดประสงค์ของการทำนโยบายเชิงรุก เนื่องจากการมีสุขภาพดีนั้น ๘๐% เกิดขึ้นจากตัวเอง

ประเด็นการก่อตัวและความเข้มแข็งของการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด

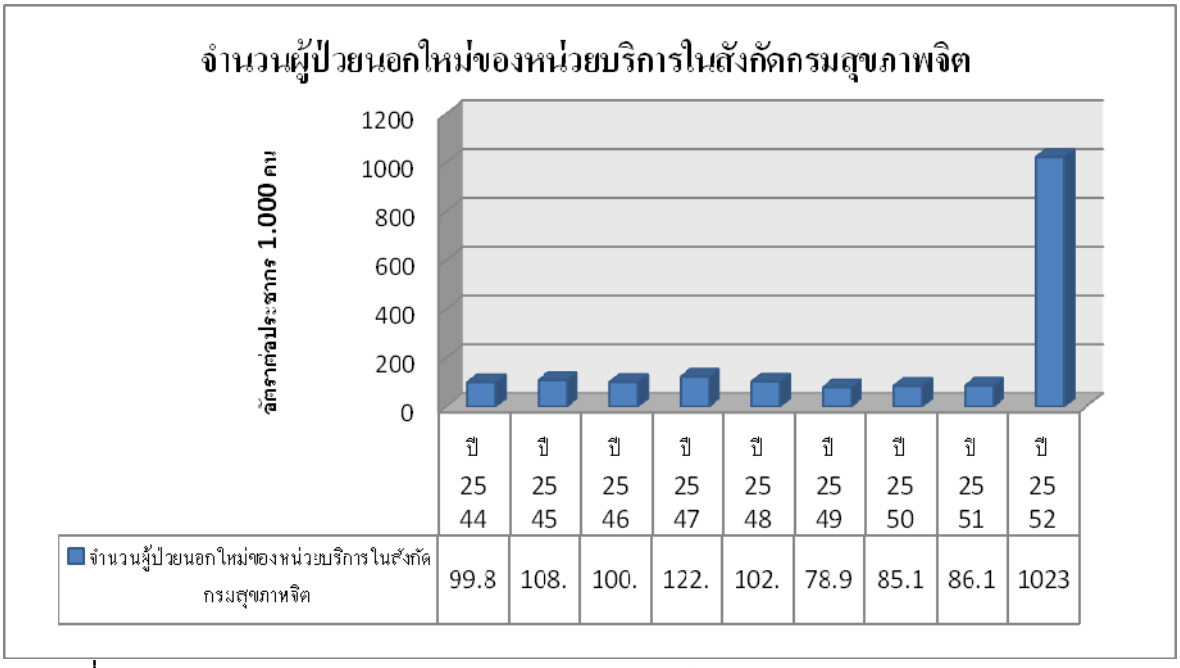
- ความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน โดยสร้างระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง เน้นในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ
- ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย
  - โดยในปัจจุบันพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย ประชาชนมากกว่าร้อยละ ๖๐ ออกกำลังกายมากกว่าสัปดาห์ละ ๓ วัน และมีประมาณร้อยละ ๘๐-๙๐ ออกกำลังกายแต่ละครั้ง ๓๐ นาทีขึ้นไป(http://www.moph.go.th/ops/health_๕๐/๒๕๔๘_๒๕๕๐.html)
  - การสำรวจพฤติกรรมการออก กำลังกายของคนไทยในปี ๒๕๕๐ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า มีจำนวนผู้ออกกำลังกายทั้งสิ้น ๑๖.๓ ล้านคน ซึ่งกลุ่มเด็กถือเป็นกลุ่มที่ออกกำลังกายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๗๓ เนื่องจากอยู่ในวัยเรียน ขณะที่วัยทำงานมีอัตราการออกกำลังกายน้อยที่สุดคือ ร้อยละ ๒๐ (http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/featured/๑๓๐๐๔) กิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ได้แก่ เครือข่ายการออกกำลังกายเต้นแอโรบิคแดนซ์ เครือข่ายการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ (ไม้พลอง)
  - การดูแลด้านสุขภาพจิตปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มแย่ลง และมีการเข้ารักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้นจาก ๒๔.๖/๑,๐๐๐คนในปี ๒๕๓๔ และเพิ่มขึ้นเป็น ๔๒.๔/๑,๐๐๐ ในปี ๒๕๔๙ โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคจิต โรคซึมเศร้าและโรคลมชัก (http://www.moph.go.th/ops/health_๕๐/๒๕๔๘_๒๕๕๐.html)

ภาพที่ ๓ จำนวนผู้ป่วยในของหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๔๙-๒๕๕๓ (หน่วย : ราย)



ที่มา : รายงาน สจ.รง.๒๐๑๑ และ สจ.รง.๒๐๑ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

ภาพที่ ๔ จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ ที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๔๔ - ๒๕๕๒ (หน่วย: คน)



ที่มา : รายงาน สจ.รง.๒๐๑๑ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

http://www.dmh.go.th/report/report๑.asp

- การดูแลอนามัยแม่และการวางแผนครอบครัวสร้างสุขภาพดีในช่วงทุกวัย
- ส่งเสริมให้ชุมชนมีน้ำที่สะอาด
  - ปี ๒๕๔๙ ครัวเรือนร้อยละ ๙๗.๔ มีน้ำสะอาดเพียงพอแก่การบริโภคและร้อยละ ๙๗.๕ มีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี
- มีโภชนาการที่ดี
- สุขาภิบาลขั้นพื้นฐานที่เหมาะสม

ที่มา : การพัฒนา รูปแบบการจัดบริการ สร้างเสริมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ, สำนักเครือข่ายบริการสุขภาพ, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธรณสุข

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพขยายตัวและเข้มแข็งขึ้นทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล การเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ชุมชน สถานที่ทำงาน ตลอดจนการรณรงค์ให้เกิดกระแสสังคมด้านสุขภาพ

ประเด็นความเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

ตัวชี้วัด

- ระบบสุขภาพทั้งระบบทำงานเชื่อมประสานกันและเชื่อมโยงกับภาคประชาชนผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและสถาบันทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น สมัชชาสุขภาพ คือ “กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” สมัชชาสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม

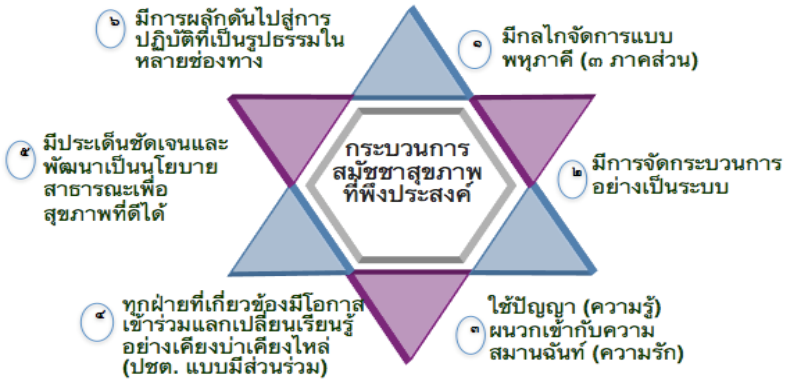
สมัชชาสุขภาพ มี ๓ ประเภท

๑) สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่: ใช้อาณาบริเวณที่แสดงขอบเขตเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ

๒) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น : ใช้ประเด็นเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ

๓) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ : เป็นกระบวนการในระดับชาติ (ต้องจัดอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง)

ภาพที่ ๕ สมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์



ข้อเสนอเชิงนโยบายจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นจะ ถูกนำเสนอเข้าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยพิจารณาคัดเลือกประเด็นจากความสำคัญ ความรุนแรงของผลกระทบ ความสนใจของสาธารณชนต่อประเด็นดังกล่าว และความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบายหรือผลต่อเนื่องให้เกิดแนวทางการ ปฏิบัติ กระบวนการสมัชชาจึงเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เชื่อม จากระดับพื้นที่ทั่วประเทศ ไปสู่ระดับชาติ ทำให้เกิดมีงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาแล้วสามครั้งด้วยกัน คือปี ๒๕๕๑ ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓

ที่มา :สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=๒๐&Itemid=๖๘

- ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชน
- สร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ

ผศ. จรวยพร ศรีศศลักษณ์ ได้อธิบายถึงการบริหารจัดการด้านสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาลว่าจำเป็นต้องคำนึงถึงกลไกและกติกาที่กำหนด การจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาความมีสุขภาพดีอาทิ การปรับระบบบริหารจัดการภาครัฐ โดยเน้นการบริหารคน บริหารทรัพยากร และบริหารนโยบาย โดยให้ความสำคัญต่อกฎระเบียบ เปิดเผยและสร้างการมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาคเอกชน ภาครัฐ และภาคประชาสังคม ให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมั่นคง เพื่อให้การบริหารจัดการด้านสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาลเป็นระบบสุขภาพที่ไม่ยึดกับผลประโยชน์ของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคลและชุมชนในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ โดยชุมชนในสังคมต้องมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ สามารถบริหารจัดการให้ระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพตอบสนองต่อการแก้ปัญหาของประชาชนอย่างเหมาะสมเช่น การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขกำลังพยายามกระจายการบริหารจัดการไปสู่ท้องถิ่นโดยมีการถ่ายโอนสถานีอนามัย (สอ.) ไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลและ อบต.) เน้นการ

สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยกระจายบุคลากร ภารกิจ และงบประมาณให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ซึ่งสถานการณ์ขณะนี้คือ มี สอ. จำนวน ๒๒ แห่งโอนย้ายไปอยู่ในสังกัดของ อปท. ๑๖ จังหวัด และพบสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นหลังการถ่ายโอน เช่น มีการประสานงาน สะดวก รวดเร็ว ขั้นตอนน้อยลง ตอบสนองปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพของคนในพื้นที่รวดเร็วขึ้น เจ้าหน้าที่ของ อปท. และ สอ. มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความร่วมมือและตั้งใจทำงาน โดยยึดเป้าหมายเดียวกัน คือ ประชาชนมีสุขภาพดี ส่งผลให้ประชาชนยอมรับและมีความพึงพอใจในการรับบริการ เข้าถึง ใกล้ชิด รวดเร็ว

ที่มา: http://www.medicthai.com/admin/news_cpe_detail.php?id=๓๒๖

ประเด็นการตื่นตัวเรื่องการแพทย์ไทย ภูมิปัญญาสุขภาพไทย

ตัวชี้วัด

- ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทัน และพึ่งตนเองได้ การสืบสานภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทยกลายเป็นภารกิจของรัฐ และพัฒนาจากแนวคิดนามธรรมจนกลายเป็นสมุนไพรไทย ยาไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดไทย
  - ผสานระบบการแพทย์พื้นบ้านเข้าสู่ระบบสุขภาพไทยอย่างเหมาะสม
  - ผนวกและพัฒนาเข้าสู่ระบบประกันคุณภาพในอนาคต
  - ให้บริการนวดไทยทั้งในรงพยาบาลและชุมชน

ประเด็นแนวคิดใหม่ กระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนาระบบสุขภาพ

ตัวชี้วัด สุขภาพองค์รวมที่เน้นการบูรณาการอย่างมีดุลยภาพของส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดความสมดุลพอดี แนวคิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ชี้ให้เห็นถึงสุขภาวะที่เชื่อมโยงกับมิติทางปัญญา ศาสนธรรม และโลกุตรวิสัย หรือจินตนาการระบบบริการสุขภาพใหม่ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งเน้นการสร้างความละเอียดอ่อนต่อมิติของความเป็นมนุษย์ให้ระบบบริการมีความอ่อนโยนต่อชีวิตและอ่อนไหวต่อความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์โดยถือว่าการทำงานสุขภาพเป็นโอกาสของการเรียนรู้และขัดเกลาตนเองให้เข้าถึงความสมบูรณ์และศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์

ส่วนที่สอง บริบทใหม่ทางเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

ประเด็น กระแสทุนนิยม บริโภคนิยม และความเสื่อมโทรมทางจริยธรรม

- ภัยคุกคามทางเพศ

ตัวชี้วัด

- ค่าเฉลี่ยเด็กและวัยรุ่นถูกละเมิดทางเพศเฉลี่ยวันละ ๑๐ คน
- เด็กวัยรุ่นทำคลอดเฉลี่ยวันละ ๑๔๐ คน

- ทารกถูกทอดทิ้งวันละ ๓ คน
- เด็กวัยรุ่นเสพสื่อลามกร้อยละ ๓๐
- อัตราการติดเชื้อเอดส์และกามโรค วัยรุ่นกว่าร้อยละ ๗๐ ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์คิดเป็น ๔๖ต่อหนึ่งแสนคน
- เด็กนักเรียนวัย ๑๕ ปีมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นและเร็วขึ้น ทั้งในเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์แล้วโดยร้อยละ ๑๕ และ ๕ ตามลำดับ
- การแลกเปลี่ยนคู่นอนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๕๐ จนกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคเอดส์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น (กลุ่มอาชีวศึกษาชายชั้นปีที่ ๒ ร้อยละ ๑๐๐ เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้วโดยใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ ๑๑ สำหรับกลุ่มวัยรุ่นอายุ ๑๕ – ๒๓ ปี มีพฤติกรรม)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รายงานสถานการณ์เยาวชนไทยปัจจุบัน พบว่า วัยรุ่นไทย อายุระหว่าง ๑๕-๑๙ ปี ปัจจุบันจำนวน ๕ ล้านคน มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ถึง ๑.๒๕ ล้านคน มีอัตราการตั้งครรภ์อยู่ที่ ๒.๕ แสนคน/ปี โดยครึ่งหนึ่งเลือกที่จะทำแท้ง และมีอัตราการคลอดบุตร เฉลี่ย ๑.๒ แสนราย/ปี หรือเฉลี่ยวันละ ๓๖๐ คน ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ขาดการดูแลครรภ์ที่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาที่ตามมาคือ การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และมี ๑% ที่มีการตายคลอด

ที่มา : sunanta | วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๕๔

http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/๒๐๒๒๗

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของมารดาในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิง ในชุมชนแออัด เขต กทม.” กลุ่มตัวอย่าง ๖๗๓ คน พบ กลุ่มมารดา ๗๔.๕% เข้าใจไม่ถูกต้องเรื่องคุมกำเนิด อีก ๔๖.๔% รู้สึกว่าการพูดคุยเรื่องเพศกับบุตรสาวเป็นเรื่องน่าอายไม่ควรเปิดเผย โดย ๔๙.๔% ไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไร และ ๓๓.๑% ลำบากใจที่จะพูด

ขณะที่กลุ่มบุตรสาว อายุ ๑๕-๒๐ ปี พบ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ยที่ ๑๕.๘ ปี และต่ำที่สุด ๑๓ ปี ส่วนใหญ่ไม่มีความจริงจังในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก โดย ๖๑.๔% คุมกำเนิด ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ๕๐.๘% ใช้วิธีทานยาเม็ดคุมกำเนิด ๓๐.๕% ใช้ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด ๖.๘% ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด ๕.๑% ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ๓.๔% ขณะที่ไม่คุมกำเนิด ๓๘.๖%

พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มบุตรสาว คือ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ๑๗.๘% กระทำออรัลเซ็กส์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ๑๐.๒% มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ๒.๖% การศึกษาวิจัยยังพบว่า ควรปรับเชิงนโยบายในการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารระหว่างบุตรสาวกับมารดาในเรื่องเพศ ผ่านช่องทางที่หลากหลายขึ้น อาทิ รายการโทรทัศน์ จัดทำหลักสูตรและคู่มือพัฒนาทักษะ ใช้สื่อที่เน้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง จะช่วยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง และลดปัญหาโดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

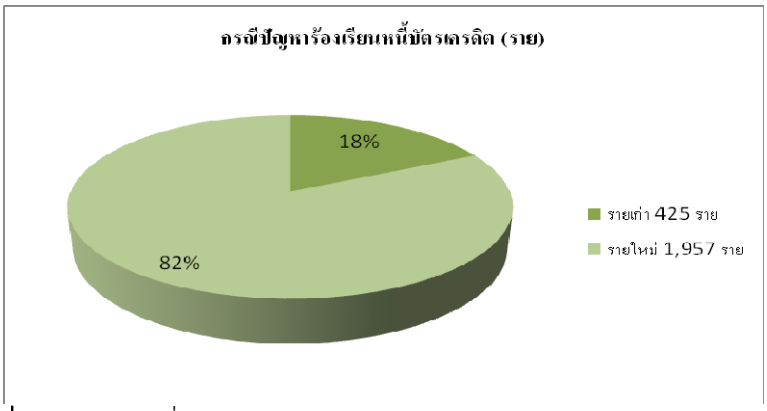
ที่มา : สสส http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/๒๐๗๑๒

- การพัฒนาที่เอาเงินเป็นตัวตั้งตามแนวทางแบบทุนนิยม

ตัวชี้วัด กระแสวัตถุนิยม บริโภคนิยมครอบงำสังคมจนทำให้ผู้คนมุ่งเสพสุขจากการบริโภคอย่างขาดสติ รถยนต์ โทรศัพท์มือถือ สินค้าแบรนด์เนมกลายเป็นเครื่องประกวดประชันอวดสถานภาพทางสังคม สินค้ามอมเมาให้ลุ่มหลงกับวัตถุนิยมโฆษณา โดยใช้การอวดเนื้อหนังของสตรีมีอย่างแพร่หลาย ตอกย้ำทัศนะการกดขี่ทางเพศที่ลดทอนคุณค่าของความเป็นมนุษย์ให้เหลือเพียงความขาวของผิวและขนาดของหน้าอก-เอว-สะโพก หนี้สินครัวเรือนและหนี้สาธารณะเพิ่มพูนตามกิเลสตัณหาที่ถูกโมหะกระพือ การปฏิรูปการศึกษายังไม่ประสบผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร ธุรกิจมุ่งกำไรสูงสุดโดยไม่รับผิดชอบต่อสังคม ขาดคุณธรรมจริยธรรม สุขภาพถูกทำให้เป็นสินค้าเชิงพาณิชย์ โรงพยาบาลถูกนำเข้าตลาดหุ้นเพื่อระดมทุน และต้องเน้นการทำกำไรให้มีการปันผลในอัตราสูง ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงเกินความจำเป็น

- สถานการณ์ปัญหาผู้บริโภค ประจำปี ๒๕๕๐-๒๕๕๑ จากสถิติการร้องเรียนของผู้บริโภคที่ศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค ซึ่งแบ่งออกเป็น ๑๐ กลุ่ม ได้แก่ คุณภาพการบริการ มาตรฐานผลิตภัณฑ์ อสังหาริมทรัพย์ เช่น บ้าน ที่ดิน ฯลฯ สาธารณสุข การประกันภัย โทรคมนาคม หนี้ สิ่งแวดล้อม และปัญหาครอบครัว พบว่า ในปี ๒๕๕๑ มีกรณีร้องเรียนทั้งหมด ๒, ๓๘๒ ราย ปัญหาที่มีผู้ร้องเรียนมากที่สุดเป็นเรื่องปัญหาหนี้บัตรเครดิตและสินเชื่อส่วนบุคคล รวมทั้งหนี้นอกระบบ ซึ่งเป็นปัญหาซ้ำซาก มีผู้มาร้องเรียนถึง ๑,๙๕๗ ราย โดยเรื่องหนี้เป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มว่าจะเพิ่มจำนวนผู้ร้องเรียนอย่างไม่หยุดยั้ง

ภาพที่ ๖ จำนวนการร้องเรียนบัตรเครดิต



ที่มา : มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/๒๑๒๐๘

ประเด็น วิกฤตความเสื่อมของสถาบันสังคม

ตัวชี้วัด สถาบันและกลไกทางการเมืองกำลังเผชิญกับวิกฤติศรัทธา ความชอบธรรมและอำนาจของผู้นำถูกท้าทาย

ประเด็น วิกฤตสิ่งแวดล้อมและความเสื่อมโทรมของธรรมชาติ ปัญหาวิกฤตสิ่งแวดล้อมมีอยู่ ๒ ลักษณะ คือ หนึ่งความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติในรูปของการร่อยหรอหมดไป ได้แก่ น้ำมัน แร่ธาตุ และป่าไม้ สอง ความเสื่อมโทรมทางคุณภาพสิ่งแวดล้อมรวมตัวมนุษย์ที่เรียกว่ามลพิษ การเสื่อมโทรมอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติที่ถูกทำลาย เกิดจากการพัฒนาที่มุ่งการเติบโตทางเศรษฐกิจ

- ปี ๒๕๔๘ ประเทศไทยมีแหล่งน้ำเสื่อมโทรมและเสื่อมโทรม มากถึงร้อยละ ๓๒

ตัวชี้วัด

- สามารถบำบัดน้ำเสียได้เพียงร้อยละ ๒๕ ของปริมาณน้ำเสียทั้งหมด
- แม่น้ำพบว่าเสื่อมโทรมลงแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์ ทางเกษตรกรรม และทางอุตสาหกรรม ยกเว้น แม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่างและแม่น้ำท่าจีนตอนล่าง สาหรับแม่น้ำเจ้าพระยา ปี ๒๕๓๕ – ๒๕๔๘ พบว่าคุณภาพแม่น้ำเจ้าพระยาอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น ซึ่งคุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์ดีและพอใช้ เพิ่มจากร้อยละ ๑๑.๖๘ในปี ๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๖๑.๐ ในปี ๒๕๔๘ และเสื่อมโทรมลงเป็นร้อยละ ๗๑.๐ (ปี๒๕๔๙)

ที่มา: http://www.moph.go.th/ops/health_๕๐/๒๕๔๘_๒๕๕๐.html

- มีขยะมูลฝอยปีละ ๒๒ ล้านตัน

ตัวชี้วัด ความสามารถในการจัดการขยะอย่างถูกสุขลักษณะมีเพียงร้อยละ ๔๐ ของขยะในเมือง กากของเสียอันตรายและขยะอุตสาหกรรมเกิดขึ้นปีละ ๑.๘ ล้านตันกำจัดได้ไม่ถึงครึ่งหนึ่ง

- มีสารเคมีตกค้างปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมและห่วงโซ่อาหารจากการผลิตและนำเข้าสารอันตราย เพื่อใช้ในภาคอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นเป็น ๓๑.๗ ล้านตัน

ที่มา: http://www.moph.go.th/ops/health_๕๐/๒๕๔๘_๒๕๕๐.html

ตัวชี้วัด โดยเป็นการนำเข้าปุ๋ยเคมี ๓.๖ ล้านตัน และสารเคมีการเกษตร ๗๘,๐๐๐ ตัน มีการคาดประมาณจำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากสารกำจัดศัตรูพืชมีการป่วย ๓ ล้านคน เสียชีวิต ๒๒๐,๐๐๐ คนต่อปี

- กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ นครสวรรค์ ขอนแก่น นครราชสีมา สงขลาคุณภาพอากาศมีฝุ่นเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน **ที่มา:** http://www.moph.go.th/ops/health_๕๐/๒๕๔๘_๒๕๕๐.html

ตัวชี้วัด

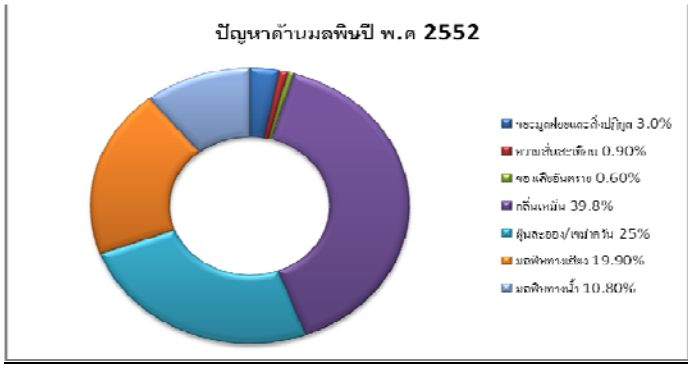
- โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM๑๐) บริเวณริมถนนในเขตกรุงเทพมหานคร
- ฝุ่นขนาดเล็กกว่า ๑๐ ไมครอน มีค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง สูงสุดเกินค่ามาตรฐานทุกที่

- มีอัตราการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Carbon dioxide Emissions) เพิ่มขึ้นและสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก

ตัวชี้วัด ในปี ๒๕๔๕ ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ ๗๓ จาก ๑๗๗

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ มีการร้องเรียนปัญหาด้านมลพิษมายังกรมควบคุมมลพิษ จำนวนทั้งสิ้น ๓๙๔ เรื่อง ปัญหามลพิษที่ได้รับการร้องเรียนมากที่สุดคือ ปัญหากลิ่นเหม็น คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๘ ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด ดังแสดงในแผนภูมิ โดยการดำเนินการที่ก่อให้เกิดปัญหามลพิษ มากที่สุด คือ กิจการเกี่ยวกับปิโตรเลียม ถ่านหิน สารเคมี กรมควบคุมมลพิษดำเนินการตรวจสอบ ติดตามผล ประสานแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามอำนาจ ซึ่งสามารถแก้ปัญหาจนเป็นที่ยุติได้ ๒๓๙ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๖๑ ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด

ภาพที่ ๗ แสดงปัญหาด้านมลพิษปี พ.ศ ๒๕๕๒



ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ, กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/๑๕๑๑๓

ประเด็น กระแสโลกาภิวัฒน์ ทุนนิยมโลก การค้าเสรี

การผูกขาดสิทธิบัตรยา

ตัวชี้วัด

- สิทธิบัตรยาที่จัดเป็น ever greening patent ที่ผ่านมาปัญหาสิทธิบัตรที่ไม่มีคุณภาพเป็นที่ตระหนักมากขึ้นว่าเป็นภาระงบประมาณประเทศ และขัดขวางการเข้าถึงยาของประชาชน
  - พัฒนาระบบการออกสิทธิบัตรให้มีคุณภาพ เพื่อแก้ปัญหาการผูกขาดตลาดยาที่ส่งผลโยตรงต่อค่าใช้จ่าย
  - ประชาชนเข้าถึงยา

ผศ.ภญ.ดร.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี ผู้จัดการแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา(กพย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ระบุว่า ระบบยาของไทยมีปัญหามาช้านาน โดยเฉพาะในเรื่องการเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นจุดที่อ่อนแอ ส่งผลให้การสะท้อนข้อมูลกลับไปยังผู้แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับระบบยายังไม่ดีพอ จากรายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี ๒๕๕๒ สรุปปัญหาหลักๆที่พบตามกรอบของระบบยาพบว่า

๑. ในขั้นตอนการผลิตและพัฒนายาในประเทศจากตัวชี้วัดการพึ่งตนเองด้านยาของไทย พบว่าศักยภาพของอุตสาหกรรมยาไทยอยู่ในขั้นวิกฤตยาที่ใช้ในประเทศมากกว่า ๗๕% ต้องพึ่งพายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศส่วนที่เหลืออีก ๒๕% ซึ่งเป็นการผลิตในประเทศก็ต้องนำเข้าวัตถุดิบจากต่างประเทศมากกว่า ๙๐%

๒. ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของยาสะท้อนให้เห็นว่า ยังคงพบยาที่ไม่เหมาะสมอยู่ในโรงพยาบาล ร้านยา และชุมชน

๓. คนไทยต้องกินยาที่มีราคาแพงกว่า เมื่อเทียบกับราคาสากลในต่างประเทศ

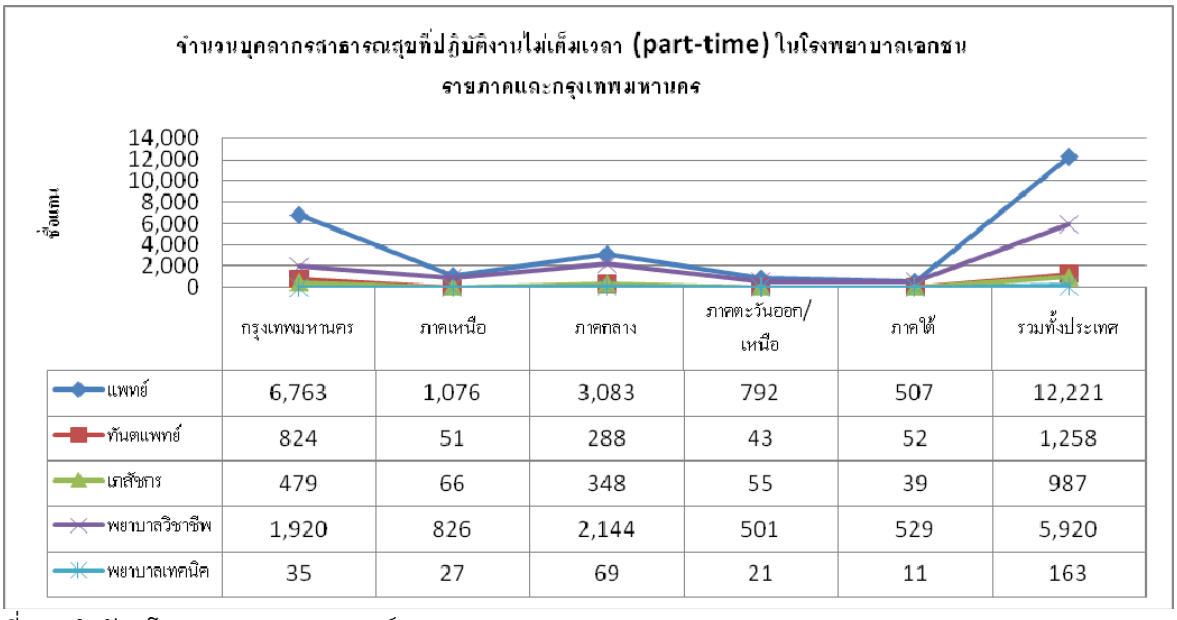
๔. ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่า มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะให้ผู้ป่วยทั้งๆ ที่ไม่จำเป็นต้องใช้สูงถึง ๔๒%

ที่มา : http://www.vcharkarn.com/varticle/๔๑๕๕๑

การเปิดเสรีบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัดข้อตกลงทางการค้าขององค์การค้าโลกขยายขอบเขต การเปิดเสรีการค้าบริการลุกลามถึงบริการด้านสุขภาพ ถ้ามีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารับบริการปีละ ๑ แสนคน จะส่งผลให้แพทย์สูญเสียไปสู่ภาคเอกชน ๒๐๐ – ๔๐๐ คน นอกจากนี้การสูญเสียแพทย์ยังทำให้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคุณภาพด้อยลง ทำให้ประชาชนเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้น ทำให้สูญเสียแพทย์สู่ภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอีก ๔๐ – ๓๐๐ คน รวมเป็นสูญเสียแพทย์ ๒๔๐ – ๗๐๐ คน

ภาพที่ ๘ จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานไม่เต็มเวลา (Part-time) ในโรงพยาบาลเอกชนรายภาค



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ http://hrm.moph.go.th/res๕๒/res-rep๒๕๕๑.html

ความมั่นคงทางอาหาร(Food Security)

<u>ตัวชี้วัด</u>

- ความมั่นคงทางอาหารจะเกิดขึ้นดีเมื่อประชาชนสามารถเข้าถึงอาหาร หรือมีฐานะทางเศรษฐกิจที่จะเข้าถึงอาหารได้ตลอดเวลา โดยอาหารดังกล่าวมีคุณค่าทางโภชนาการ ปลอดภัยและมีปริมาณที่เพียงพอ ในการตอบสนองความต้องการด้านโภชนาการและความนิยมในการบริโภค ซึ่งองค์ประกอบของความมั่นคงด้านอาหารประกอบด้วย
  - มีปริมาณอาหารที่มีคุณภาพเหมาะสมอย่างเพียงพอ
  - การเข้าถึงอาหารโดยที่ปัจเจกบุคคลสามารถเข้าถึงทรัพยากร และได้มีสิทธิในการที่จะได้อาหารอย่างเหมาะสม ตามความจำเป็นด้านโภชนาการ
  - อาหารมีสม่ำเสมอ สามารถเข้าถึงอาหารอย่างเพียงพอตลอดเวลา
  - งานบริโภคอาหาร อาหารที่มีต่อความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ปริมาณอาหารเพียงพอ มีน้ำสะอาดในการบริโภค – อุปโภค มีสุขอนามัยและการดูแลสุขภาพที่ดี

ที่มา: สัมภาษณ์พิเศษ 'อภิชาต จงสกุล'เลขาธิการสศก. มองไปข้างหน้า..ความมั่นคงอาหารไทย http://www.ftawatch.org/all/news/๒๓๔๗๔

- คุณค่าทางโภชนาการ
  - ไม่เป็นโรคขาดสารอาหาร โดยที่น้ำหนักไม่ต่ำกว่าเกณฑ์
  - ไม่ป่วยเป็นโรคโลหิตจางในหญิงมีครรภ์ ในปี ๒๕๔๘ พบร้อยละ ๐.๖
  - น้ำหนักเด็กแรกเกิด ไม่ต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ในปี ๒๕๔๙ พบร้อยละ ๙.๓

ที่มา: http://www.moph.go.th/ops/health_๕๐/๒๕๔๘_๒๕๕๐.html

ประเด็น การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง การบริหารของภาครัฐ

- การปฏิรูปภาครัฐและการบริหารจัดการแนวใหม่

ตัวชี้วัด การมีบริหารงานภาครัฐความสัมพันธ์กับการเมือง กล่าวคือเป็นการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงการตรวจสอบการบริหาร การปฏิรูปภาครัฐและการบริหารจัดการแนวใหม่เป็นการนำแนวความคิดและเครื่องมือของการบริหารจัดการจากภาคธุรกิจมาใช้กับภาครัฐ และความหมายที่สองคือแนวความคิดเกี่ยวกับระบบธุรกิจแบบองค์กรแบบใหม่ใช้

- ใช้ระบอบธรรมาภิบาล
- มีความอิสระคล่องตัวทางการบริหาร
- แยกส่วนหน่วยงานและการจัดตั้งองค์การบริหารงานพิเศษ
- มีมาตรฐานการให้บริการลูกค้า
- ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน

ที่มา: http://www.sobdai.com/news-education/๑๗๙-new-plubic-management-.html

- การกระจายอำนาจและการปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด

- การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข มุ่งเน้นผลประโยชน์ที่ประชาชนได้รับที่ดีขึ้น
- เขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการบอร์ดอิสระและดูแลสนับสนุนโดยกระทรวงสาธารณสุข น่าจะเป็นทางเลือกสำหรับบริหารจัดการหน่วยบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม เพราะสุขภาพเชื่อมโยง ไม่แยกส่วนโดยเฉพาะระบบส่งต่อ มีความประหยัดต่อขนาด มีความยืดหยุ่น
- บทบาทที่เหมาะสมในการเชื่อมโยงระหว่าง อปท กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- บทบาทหลังกระจายอำนาจ กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ส่วนหน่วยงานระดับต่างๆของสาธรณสุข มีบทบาทแปลงนโยบายสู่การวางแผน ติดตามประเมินผล จัดสรรทรัพยากร สนับสนุนวิชาการสร้างความเข้าใจกับประ
- สร้างเครือข่ายอภิบาลที่พัฒนาธรรมภิบาลที่ดี
- สร้างความเข้าใจกับประชาชนในการศึกษาวิจัยระบบสุขภาพของเขตสุขภาพ

ที่มา: ผลการวิจัย โดย วินัย ลีสมิทธิ์ และสมศักดิ์ ชุณรัศมิ์

เรื่อง: บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

http://hpworkingage.com/news/๑๖๘๐

ประเด็นโครงสร้างประชากรและการเคลื่อนย้าย

ตัวชี้วัด

- อายุเฉลี่ยชาย ๖๘ ปี หญิง ๗๕ ปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก (ชาย ๖๕ ปี หญิง ๖๙ ปี)
- สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙.๔๓ ในปี ๒๕๔๓ เป็นร้อยละ ๑๑.๗
- ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาภาวะโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ประเด็นโลกไร้พรมแดนกับระบาดวิทยา โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

ตัวชี้วัด

- ไข้หวัดนก โรควัวบ้า อีโบลา หรือ Malberg Disease วัณโรคที่ทวีความดื้อยาหลายตัวยา (Multiple drug resistant TB) มาเป็นวัณโรคที่ดื้อยาอย่างรุนแรง (XCR TB , Extreme drug resistant TB)
  - สถานการณ์โรคเอดส์ จากผลการศึกษาปี ๒๕๔๐ – ๒๕๔๑ พบเฉลี่ยทั้งประเทศ ๒.๐๒ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีปัญหาโรคเอดส์สูง
  - ไข้หวัดนกมีสะสม ๒๕ ราย เสียชีวิต ๑๗ ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ ๖๘ (๒๕๔๙)

ประเด็นการแพร่ระบาดของความรุนแรง ความรุนแรงในชีวิตประจำวัน

ตัวชี้วัด

- มีการทำร้ายด้วยตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตายเฉลี่ยวันละ ๑๒.๙๓ คนและฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยวันละ ๑.๖๑ คน ประสบเหตุจากความไม่ปลอดภัยรูปแบบต่างๆ ๑.๕ ล้านคน
- ในโรงเรียนมีการใช้อำนาจในชั้นเรียนและมีการทะเลาะทำร้ายกันของนักเรียนนักศึกษา เรายังพบความรุนแรงในสื่อ ตามท้องถนน ในความขัดแย้งในระบบอิทธิพล ในชุมชน รวมทั้งในระบบบริการทางการแพทย์
- เหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ๔ จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลา) ซึ่งทำให้ในปี ๒๕๔๗ – ๒๕๔๘ มีผู้เสียชีวิต ๙๕๓ คน บาดเจ็บ ๑,๗๐๔ คน

ประเด็นภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด

- วาตภัย อัคคีภัย วินาศกรรม ภัยจากการคมนาคม ภัยจากสารเคมี ฟ้าผ่า อุทกภัย ความแห้งแล้ง ภัยหนาว แผ่นดินไหว คลื่นยักษ์ แผ่นดินถล่ม ภัยจากการทำงาน (ข้อมูลจากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย)
- จากเหตุการณ์สึนามิในปี ๒๕๔๗ มีผู้ประสบภัย ๑๘,๖๙๗ คน การบำบัดด้วยยาทางจิต ๔,๘๑๕ คน ในจำนวนนี้ประมาณ ๓,๐๐๐ คน เป็นผู้ป่วยในภาวะเครียดรุนแรงหลังภัยพิบัติ มีเด็กที่ต้อง

กำพร้าพ่อแม่ถึง ๑,๖๗๑ คน สถานการณ์การเกิดภัยพิบัติจากเหตุธรรมชาตินับวันยิ่งทวีความถี่และความรุนแรงมากขึ้น ทั้งอุทกภัย วาตภัย และภัยจากแผ่นดินไหว ซึ่งที่ผ่านมามีปัญหาการขาดการเตรียมความพร้อมทำให้การให้ความช่วยเหลือที่ไร้ประสิทธิภาพ

- สถิติการเกิดไฟป่า ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๓ มีการดับไฟป่ารวมทั้งสิ้น ๖,๗๖๓ ครั้ง พื้นที่ป่าที่ถูกไฟไหม้ทั้งหมด จำนวน ๘๑,๕๐๘.๖ ไร่ ภาคเหนือ มีการดับไฟป่า ๔,๑๙๘ ครั้ง จำนวนพื้นที่ที่ถูกไฟไหม้ ๓๒,๓๗๔.๑ ไร่ ซึ่งจำนวนการดับไฟป่าและพื้นที่ที่ถูกไฟไหม้เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๒ เท่ากับ ๗๒๖ ครั้ง และ ๕,๔๕๙.๕ ไร่, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการดับไฟป่า ๑,๕๖๐ ครั้ง จำนวนพื้นที่ที่ถูกไฟไหม้ ๒๐,๔๓๒.๑ ไร่ ซึ่งจำนวนการดับไฟป่าและพื้นที่ที่ถูกไฟไหม้เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๒ เท่ากับ ๒๙๓ ครั้ง และ ๔๒๐.๓ ไร่, ภาคกลางและภาคตะวันออก มีการดับไฟป่า ๕๗๕ ครั้ง จำนวนพื้นที่ที่ถูกไฟไหม้ ๗,๐๔๑ ไร่ ซึ่งจำนวนการดับไฟป่าและพื้นที่ที่ถูกไฟไหม้เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๒ เท่ากับ ๑๒๑ ครั้ง และ ๑,๒๒๒ ไร่, ภาคใต้ มีการดับไฟป่า ๔๓๐ ครั้ง จำนวนพื้นที่ที่ถูกไฟไหม้ ๒๑,๖๖๑.๕ ไร่ ซึ่งจำนวนการดับไฟป่าและพื้นที่ที่ถูกไฟไหม้เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๒ เท่ากับ ๒๖๒ ครั้ง และ ๑๖,๖๐๗.๘ ไร่[4]

ภาคที่ ๒ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข

ส่วนที่หนึ่ง สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ

ประเด็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและการบริโภคความรุนแรงในชีวิตประจำวัน

ภัยคุกคามต่อสุขภาพจากพฤติกรรมเสี่ยง

ตัวชี้วัด

- มีอัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งต่อประชากรแสนคนมีอุบัติการณ์ ๕๔๔.๐๘, ๕๓๐.๗๕, ๔๙๐.๕๓, ๑๗๔.๘๘ และ ๑๑๔.๓๑
- คนไทยที่สูบบุหรี่มีทั้งสิ้นประมาณ ๑๐ ล้านคน เป็นชายไทยที่อายุมากกว่า ๑๕ ปีขึ้นไปร้อยละ ๓๗.๒ และหญิงไทย ร้อยละ ๒.๒ สูบบุหรี่
- มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ ๕๒,๐๐๐ คนหรือวันละ๑๔๒ คน ขณะที่ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมากจากการสูบบุหรี่ปีละ ๕ ล้านคน หรือวันละ ๑๓,๗๐๐ คน โดยมียอดจำหน่ายบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก ๑,๗๒๗เป็น ๒,๑๑๐ ล้านซองส่วนการบริโภคสุรานั้นมีผู้ติดสุราเพิ่มขึ้นถึงเกือบเท่าตัวจาก ๑.๘ ล้านคน ในปี ๒๕๔๖ เป็น ๓.๑ ล้านคนในปี ๒๕๔๗

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ.๒๕๔๙ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า

[4] http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/situations/21137

๑. จำนวนผู้สูบบุหรี่

สูบประจำ = ๙.๕๓ ล้านคน

สูบเป็นครั้งคราว = ๑.๕๐ ล้านคน

เคยสูบแต่เลิกแล้ว = ๒.๔๘ ล้านคน

๒. จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ ๙.๕๓ ล้านคน และอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ ๑๘.๙๔

เพศชาย = ๙.๐๑ ล้านคน คิดเป็นอัตราร้อยละ ๓๖.๙๑

เพศหญิง = ๐.๕๒ ล้านคน คิดเป็นอัตราร้อยละ ๒.๐

๓. จำนวนและอัตราผู้สูบบุหรี่กลุ่มอายุ ๑๕ – ๑๘ ปี

เพศชาย = ๑๘๙,๒๒๑ คน คิดเป็นอัตราร้อยละ ๘.๓๒

เพศหญิง = ๒๕,๖๑๖ คน คิดเป็นอัตราร้อยละ ๐.๕๖

รวมทั้งสองเพศ = ๙๔๖,๘๓๗ คน คิดเป็นอัตราร้อยละ ๔.๔๖

๔. จำนวนผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มประชากรอายุต่าง ๆ

ตารางที่ ๑๒ จำนวนผู้สูบบุหรี่ พ.ศ.๒๕๔๙

อายุ (ปี)	**ชาย**	**หญิง**	**จำนวน (คน)**
๑๕ – ๑๘	๑๘๙,๘๕๐	๑๒,๖๕๙	๒๐๒,๕๐๙
๑๙ – ๒๔	๙๒๑,๒๒๑	๒๕,๖๑๖	๙๔๖,๘๓๗
๒๕ – ๔๐	๓,๖๐๐,๙๗๗	๑๓๑,๒๖๕	๓,๗๓๒,๒๔๒
๔๑ – ๕๙	๓,๒๕๖,๔๔๕	๒๔๓,๕๕๗	๓,๕๐๐,๐๐๒
> ๖๐	๑,๐๔๗,๔๔๑	๑๐๖,๔๕๓	๑,๑๕๓,๘๙๔
รวม	๙,๐๑๕,๙๓๔	๕๑๙,๕๕๐	๙,๕๓๕,๔๘๔

ที่มา : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/๔๔๓๘

O ปัญหายาเสพติดก็ยังเป็นภัยคุกคามสังคมไทยมาโดยตลอดสัดส่วนคดียาเสพติดต่อประชากรแสนคนลดลงจาก ๔๒๒.๘ คดี ในปี ๒๕๔๕ เหลือเพียง ๑๖๐.๓ คดีในปี ๒๕๔๘ จากการดำเนินนโยบายปราบปรามยาเสพติดอย่างเข้มงวด ในช่วงปี ๒๕๔๕-๒๕๔๘ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาพยาบาลทั้งสิ้น ๓๙๖,๔๖๘ คน เป็นผู้เสพ ๓๒๙,๖๕๒ คน ผู้ติด ๖๖,๖๖๔ คน โดยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบสมัครใจร้อยละ ๘๒ ทั้งนี้การแก้ปัญหายาเสพติดที่ผ่านมาเน้นหนักที่การปราบปรามและกำจัดฝ่ายที่นำยามาจำหน่าย (Supply Side) โดยยังขาดความเข้มแข็งของมาตรการด้านการสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมให้กับกลุ่มเสี่ยงและไม่ให้กลับมาเสพติดซ้ำ(Potential Demand และ Demand Side)

ตารางที่ ๑๓ แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด จำแนกตามปีงบประมาณ ๒๕๔๙-๒๕๕๓

ปีงบประมาณ	๒๕๔๙	%	๒๕๕๐	%	๒๕๕๑	%	๒๕๕๒	%	๒๕๕๓	%
เฮโรอีน	๙๐	๑.๖๓	๖๙	๑.๑๔	๖๗	๑.๐๔	๖๘	๐.๙๕	๕๘	๐.๗๗
ฝิ่น	๘	๐.๑๔	๑๑	๐.๑๘	๘	๐.๑๒	๕	๐.๐๗	๘	๐.๑๑
กัญชา	๑๖๐	๒.๘๙	๒๕๔	๔.๑๘	๒๑๔	๓.๓๓	๒๕๕	๓.๕๘	๓๗๐	๔.๙
กระท่อม	๙๐	๑.๖๓	๖๔	๑.๐๕	๕๙	๐.๙๒	๗๕	๑.๐๕	๘๑	๑.๐๗
ยากล่อมประสาท	๔	๐.๐๗	๔	๐.๐๗	๓	๐.๐๕	๑	๐.๐๑	๑	๐.๐๑
ยาบ้า	๒,๗๖๓	๔๙.๘๙	๓,๓๖๙	๕๕.๔๘	๓,๙๗๕	๖๑.๗๖	๔,๒๔๙	๕๙.๖๒	๔,๔๒๓	๕๘.๕๔
ยานอนหลับ	๙	๐.๑๖	๑๒	๐.๒	๕	๐.๐๘	๗	๐.๑	๙	๐.๑๒
สุรา	๑,๕๓๑	๒๗.๖๕	๑,๕๕๔	๒๕.๕๙	๑,๓๐๔	๒๐.๒๖	๑,๕๕๖	๒๑.๘๓	๑,๕๐๕	๑๙.๙๒
สารระเหย	๑๗๙	๓.๒๓	๑๓๗	๒.๒๖	๑๒๙	๒	๒๐๕	๒.๘๘	๒๑๒	๒.๘๑
บุหรี่	๕๕๙	๑๐.๐๙	๓๘๒	๖.๒๙	๔๙๕	๗.๖๙	๔๖๗	๖.๕๕	๔๑๘	๕.๕๓
อื่น ๆ	๑๔๔	๒.๖	๒๑๒	๓.๔๙	๑๗๗	๒.๗๕	๒๓๙	๓.๓๕	๔๗๑	๖.๒๓
ไม่ระบุ	๑	๐.๐๒	**๔	๐.๐๗	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวม	๕,๕๓๘	๑๐๐	๖,๐๗๒	๑๐๐	๖,๔๓๖	๑๐๐	๗,๑๒๗	๑๐๐	๗,๕๕๖	๑๐๐

ที่มา: สถาบันธัญญารักษ์

http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=๙๒๐&Itemid=๖๑

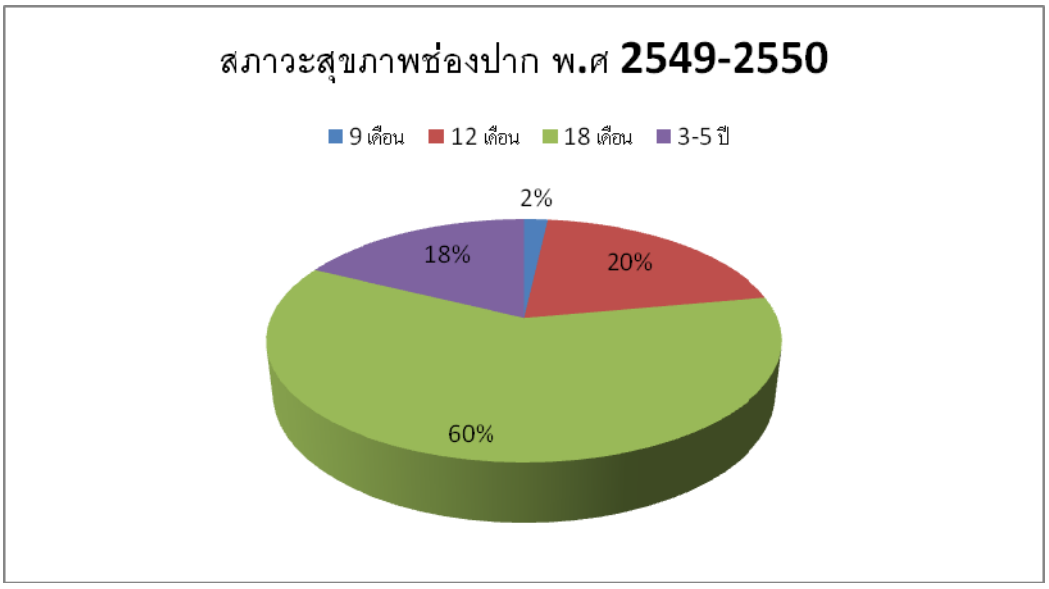
ประเด็นความเสี่ยงจากการบริโภค

ตัวชี้วัด

- เท่าตัวในเวลา ๒๐ ปี โดยเพิ่มจาก ๑๒.๗ เป็น ๒๙ กิโลกรัมต่อคนต่อปี โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชนที่มีการบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลมจนมีปัญหาเกี่ยวกับเหงือกและฟันในอัตราสูงจนน่าตระหนก ในปี ๒๕๔๔ เด็ก ร้อยละ ๖๖ ฟันผุ เด็กในชนบทอายุต่ำกว่า ๑๒ ปี ไม่น้อยกว่า ๖.๖ ล้านคน ฟันผุและส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา ในขณะที่ความปลอดภัยของอาหารยังเป็นปัญหาโดยเฉพาะการใช้สารพิษและสารเคมีที่ใช้ในการเกษตรมากที่สุด การสร้างความเข้มแข็งของนโยบายอาหารปลอดภัย (Food Safety) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมต้องมีการดำเนินการอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องส่วนการบริโภคสุรานั้นมีผู้ติดสุราเพิ่มขึ้นถึงเกือบเท่าตัวจาก ๑.๘ ล้านคน ในปี ๒๕๔๖ เป็น ๓.๑ ล้านคนในปี ๒๕๔๗

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ ๖ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย การดำเนินงานใช้วิธีการสำรวจ โดยให้ได้ข้อมูลเพื่อเป็นตัวแทนในระดับภาคและประเทศ ทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสุขภาพช่องปาก และการสัมภาษณ์ พบว่า หลังจากฟันเริ่มขึ้น ๓-๖ เดือน ก็พบฟันผุได้แล้ว โดยร้อยละ ๖๘ เป็นเด็กวัย ๑๘ เดือน ร้อยละ ๒๓ เด็ก ๑๒ เดือน ร้อยละ ๒๐ เป็นเด็กอายุ ๓-๕ ปี ร้อยละ ๒ เกิดในเด็ก ๙ เดือน

ภาพที่ ๙ สภาวะสุขภาพช่องปาก พ.ศ.๒๕๔๙-๒๕๕๐



ที่มา : กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/๑๗๕๙๘

<u>ประเด็นการขาดการออกกำลังกาย</u>

<u>ตัวชี้วัด</u>

o เด็กไทยร้อยละ ๖๙ ใช้เวลาหลังเลิกเรียนทำการบ้านหรือเรียนกวดวิชา ใช้เวลาจับเจ่าอยู่หน้าจอโทรทัศน์ร้อยละ ๕๖ ในขณะที่เด็กญี่ปุ่นและเวียดนามกว่าร้อยละ ๖๐ ใช้เวลาว่างเล่นกีฬาและออกกำลังกายกลางแจ้ง เด็กและเยาวชนไทยใช้เวลาดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากกว่าวันละ ๔-๖ ชั่วโมง เด็กไทยติดเกมต้องจ่ายเงินเฉลี่ย ๗๖๐ บาทต่อคนต่อเดือน

ประเด็นอุบัติเหตุ

<u>ตัวชี้วัด</u>

o อุบัติเหตุจากการจราจรนำความสูญเสียสู่สังคมไทยทั้งทางเศรษฐกิจปีละ ๑๐๖,๙๙๔ -๑๑๕,๙๓๒ ล้านบาท พิการสะสม ๖๕,๐๐๐ คนในปี ๒๕๔๕ เสียชีวิตปีละ ๑๔,๐๐๐ คน โดยมีอัตราการตายด้วยอุบัติเหตุการจราจรทางบกอยู่ในระดับสูงและค่อนข้างคงที่ จาก ๒๐.๙ คนต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๔๕ค่อนข้างคงที่ จาก ๒๐.๙ คนต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๔๕ เป็น ๒๐.๖ คนต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๔๘ บาดเจ็บปีละ ๙.๕ แสนถึง ๑ ล้านคน สาเหตุสำคัญจากเมาแล้วขับเพิ่มขึ้นและผู้ขับขี่มอเตอร์ไซด์นิยมสวมหมวกกันน็อคลดลง ทำให้เกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ๒ แสนคนต่อปี และได้รับอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ ๑๘

ประเด็นปัญหาโรคเอดส์

<u>ตัวชี้วัด</u>

o ในปี ๒๕๔๘ ทั่วโลกมีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ประมาณ ๓๔-๔๖ ล้านคน โดยมีอัตราการติดเชื้อเฉลี่ยทั่วโลกวันละกว่า ๖,๐๐๐ คน สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในโลกที่สามารถลดการระบาดของโรคเอดส์ได้ จากการมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่สูงสุดในปี ๒๕๓๔ ถึง ๑๔๓,๐๐๐ คน ลดลงเหลือเพียง ๑๙,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๔๖ และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี ๒๕๔๘ ประมาณ ๑๗,๐๐๐ คน จนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยมีผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น ๒๘๘,๖๗๒ คน และมีแนวโน้มแพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชนและแม่บ้าน นอกจากปัญหาการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคแล้ว ยังมีปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสที่มีราคาแพงที่ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะยาต้านไวรัสขั้นพื้นฐานและการรักษาโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ ถึง ๘๕,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี หากเยาวชนติดเชื้อเอดส์ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี อาจต้องดูแลรักษานานกว่า ๒๐ ปี ทำให้มีค่าใช้จ่ายราวคนละ ๒ ล้าน และในกรณีที่เชื้อดื้อยาก็จะต้องจ่ายเพิ่มเป็นถึง ๔ ล้านบาทต่อคน นับได้ว่าเป็นปัญหาที่รุนแรงและต้องได้รับการจัดการที่ดี กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดำเนินการเฝ้าระวังผู้ป่วยเอดส์ โดยการรายงานด้วยบัตรรายงาน ๕๐๖/๑, ๕๐๗/๑ (Cases Report) **จากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร** นำมาวิเคราะห์สรุปจำนวนผู้ป่วยเอดส์ (AIDS Cases) ซึ่งเป็น ***"ยอดสะสม"*** ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๗ ถึง มีนาคม ๒๕๕๔ ดังนี้

ตารางที่ ๑๔ จำนวนผู้ป่วยเอดส์

	ผู้ป่วยเอดส์ (AIDS)			(การคาดประมาณ) จำนวนผูติ้ดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่จนถึงสิ้นปี ๒๕๕๔
	ทั้งหมด	เสียชีวิต	มีชีวิตอยู่	
กรุงเทพมหานคร	๔๒,๒๙๙	๙,๔๐๑	๓๒,๘๙๘	๕๕,๕๒๕ (๑)
ประเทศไทย	๓๗๒,๒๐๒	๙๘,๕๘๙	๒๗๓,๖๑๓	๔๘๑,๗๗๐ (๒)

แหล่งที่มา (๑) Projections for HIV/AIDS in Bangkok: ๒๐๐๘ - ๒๐๒๐

(๒) The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand: ๒๐๐๕-๒๐๒๕

กลุ่มงานแผนงานและระบบข้อมูล กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

http://www.bangkok.go.th/aids/

ประเด็น ปัญหาสุขภาพจิต

ตัวชี้วัด

O การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมไทยที่ทำให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างเร่งรีบ ต้องแก่งแย่งแข่งขัน รวมทั้งโครงสร้างสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงทำให้เกิดปัญหาความเครียดและการเสื่อมเสียในด้านสุขภาพจิต โดยมีผู้ติดสุราและมีปริมาณการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คนไทยกว่า ๑.๖ ล้านคนป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน และอีก ๘.๔ แสนคนป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน และอีก ๘.๔ แสนคนป่วยด้วยโรควิตกกังวล ปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยกำลังเผชิญกับวิกฤตรุนแรงในปี ๒๕๔๘ เด็กและวัยรุ่นไทยที่มีอายุ ๖-๑๘ ปี ร้อยละ ๕.๑ มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรม จากการสำรวจพบว่าเด็กและวัยรุ่นเพียงร้อยละ ๓๐ รู้สึกว่าพ่อแม่ให้ความรักเอาใจใส่ดี ในขณะที่เด็กอีกว่า ๖ แสนคนกำลังมีปัญหาสุขภาพจิตที่ควรได้รับความช่วยเหลือ

ส่วนที่สอง สถานการณ์ระบบโครงสร้าง และกลไกการจัดการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

ประเด็น ความทุกข์ในระบบบริการทางการแพทย์

ตัวชี้วัด

O ขยายบริการสุขภาพและการตรวจรักษาทางการแพทย์ให้กว้างขวางและทั่วถึงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการเร่งรัดพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน

O การเข้ารับบริการทางการแพทย์ก็ยังเป็นเรื่องที่สร้างความทุกข์ยากแก่ประชาชนเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่บริการในโรงพยาบาลเอกชนมีความสะดวกสบายมากกว่าโรงพยาบาลของภาครัฐ แต่ค่ารักษาพยาบาลที่แพงได้ทำให้มีเฉพาะประชาชนจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่เข้าถึงได้บริการของคนส่วนใหญ่ยังได้รับจากสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งมักมีลักษณะ หน้างอ รอนาน บริการแย่ การมีผู้ใช้บริการมากขึ้นจากการใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายิ่งทำให้คุณภาพบริการแย่ลง การสำรวจความเห็นต่อบริการที่ได้รับ

จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหาที่สำคัญที่สุดคือความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันกับผู้ป่วยที่ไม่ใช้บัตรทอง รองลงมา คือ คุณภาพยา รวมทั้งการปรับปรุงเรื่องการรอคอยนานและคุณภาพการรักษา

O บุคลากรทางการแพทย์ก็มีปัญหาความทุกข์จากความขัดแย้งและการถูกฟ้องร้องจากผู้รับบริการทางการแพทย์ ในระหว่างปี ๒๕๒๗-๒๕๔๒ มีการฟ้องแพทย์มากกว่า ๓๑ คดี ถูกร้องเรียนในช่วงปี ๒๕๓๑-๒๕๔๗ จำนวน ๒,๒๔๗ เรื่อง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในปี ๒๕๓๑ ซึ่งมีเพียงจำนวน ๕๒ ราย เป็นจำนวน ๒๘๙ ราย ในปี ๒๕๔๕ สำหรับปี ๒๕๔๗-๒๕๔๘ เพิ่มขึ้นเป็น ๑,๕๐๒ รายและ ๑,๘๖๔ รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ ๒๔.๑ อันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความเครือญาติสู่ความสัมพันธ์เชิงสัญญาและธุรกิจและการขาดกระบวนการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ นำไปสู่ปัญหาการเสียขวัญกำลังใจและความรู้สึกมั่นคงในวิชาชีพ จนในปัจจุบันแพทย์ต้องมีการซื้อประกันภัยเพื่อคุ้มครองตนเองจากการถูกฟ้องร้อง สภาพการทำงานของแพทย์ที่เป็นอยู่บั่นทอนความภาคภูมิใจและทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทำงานโดยไม่มีความสุขและไม่เห็นคุณค่าของงานที่ตนทำ

O ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับลูกค้ามากกว่าที่จะเป็นไปด้วยความเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกันสถานการณ์ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จึงมีแนวโน้มเสื่อถอยลง

ประเด็น การเงินการคลังด้านสุขภาพ

<u>ตัวชี้วัด</u>

O การลงทุนด้านสุขภาพ (Total Health Expenditure) ของประเทศไทยมีประมาณร้อยละ ๓.๖ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (๒๔๘,๐๗๙ ล้านบาทต่อปี หรือ ๓,๙๗๔ บาท/คน/ปี) นับว่ายังอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ ๗.๗ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศในระดับนานาชาติ โดยรายจ่ายส่วนใหญ่ยังเป็นของภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ ๖๔ เป็นรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูภาพสูงถึง ๒๐๐,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี (ร้อยละ ๗๘.๑) และมีค่าใช้จ่ายยาในสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ ๓๐ เป็นมูลค่าตลาดยาภายในประเทศ ๔๒,๐๐๐ ล้านบาท ซึ่งเป็นส่วนที่ต้องนำเข้ายาและเวชภัณฑ์มูลค่าถึง ๒๔,๐๐๐ ล้านบาท งบประมาณรายจ่ายของรัฐที่เป็นไปเพื่อการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ ๗.๕ ของงบประมาณทั้งประเทศ ในยอดงบประมาณของภาครัฐด้านการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานนั้นมีอัตราเพิ่มขึ้นไม่มากนักและเป็นงบประมาณเพื่อจ้างบุคลากรในสัดส่วนที่สูงเพิ่มขึ้นในขณะที่สัดส่วนงบดำเนินการลดลงประมาณร้อยละ ๑๕

ตารางที่ ๑๕ งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามกรม ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ – ๒๕๕๒ (หน่วย: ล้านบาท)

กระทรวงสาธารณสุข	๒๕๔๙	๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๑
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	๔๑,๐๑๖,๘๑๐,๐๐๐	๔๙,๑๑๕,๐๕๐,๐๐๐	๕๑,๖๒๖,๘๖๓,๐๐๐	๕๕,๙๖๒,๒๕๕,๕๐๐
กรมการแพทย์	๒,๙๓๗,๘๖๐,๐๐๐	๓,๔๒๑,๘๔๐,๐๐๐	๓,๔๘๑,๑๗๙,๐๐๐	๓,๗๕๘,๓๔๓,๔๐๐
กรมอนามัย	๑,๓๖๖,๗๓๐,๐๐๐	๑,๕๕๙,๔๙๐,๐๐๐	๑,๖๕๒,๗๒๓,๐๐๐	๑,๗๗๖,๘๖๒,๓๐๐
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	๘๙๑,๒๑๐,๐๐๐	๘๓๘,๒๓๐,๐๐๐	๙๐๘,๓๙๓,๐๐๐	๙๑๖,๓๒๘,๙๐๐
กรมควบคุมโรคติดต่อ	๒,๗๓๖,๓๓๐,๐๐๐	๓,๑๓๓,๑๙๐,๐๐๐	๓,๓๗๙,๑๐๕,๐๐๐	๓,๔๘๗,๒๒๑,๔๐๐
กรมสุขภาพจิต	๑,๖๕๙,๖๘๐,๐๐๐	๑,๘๘๘,๕๙๐,๐๐๐	๑,๙๑๗,๔๓๔,๐๐๐	๒,๐๑๘,๗๗๓,๗๐๐
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๖๑๓,๑๔๐,๐๐๐	๖๒๗,๐๒๐,๐๐๐	๖๕๗,๔๔๒,๐๐๐	๖๘๖,๖๕๘,๒๐๐
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	๗๘,๙๗๐,๐๐๐	๙๙,๔๓๐,๐๐๐	๑๒๐,๔๖๕,๐๐๐	๑๑๙,๘๖๘,๕๐๐
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	๕๙๓,๓๙๐,๐๐๐	๖๕๑,๓๐๐,๐๐๐	๗๓๑,๙๐๑,๐๐๐	๗๕๕,๙๐๑,๐๐๐
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๑๑๓,๑๔๐,๐๐๐	๑๓๔,๑๑๐,๐๐๐	๑๕๑,๖๒๖,๐๐๐	๓๖๘,๘๗๐,๒๐๐
สนง.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๖๔๔,๙๔๒,๘๐๐	๘๑๐,๙๖๕,๐๐๐	๘๐๗,๖๕๔,๐๐๐	๙๓๖,๗๕๐,๐๐๐
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				๑๑๒,๒๕๐,๐๐๐

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/สถิติ๕๒/๓.๗_๕๒.pdf

o ปัญหาการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลโดยการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริงทำให้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอโดยเฉพาะในระบบบริการภาครัฐนั้น งบประมาณเกือบร้อยละ ๔๐ ถูกใช้งบบุคลากร ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในสภาพมีหนี้สินต้องแบกรับภาระทางการเงินและขาดสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งจะเป็นภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลต่อไปในอนาคต นอกจากนี้หากขยายความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งขณะนี้มีประมาณ ๑๔,๐๐๐ ราย การให้สิทธิประโยชน์ในการล้างไตจะมีภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นประมาณ ๒๐,๐๐๐-๓๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน และคาดว่าอีก ๑๘ ปี ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๘๘,๔๓๕ ราย หากขาดระบบการจัดการและการหาทางเลือกก็อาจทำให้เกิดวิกฤตค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้

o แนวโน้มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในอนาคตจะเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยหลายประการได้แก่ (๑) การบีบคั้นจากการค้าเสรีที่จะบังคับใช้ข้อตกลงทางการค้าที่ทำให้ต้องซื้อยาในราคาที่แพงขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยไม่สามารถผลิตวัตถุดิบด้านยาได้ (๒) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคกระดูกและข้อ โรคต้อกระจก และทันตกรรม (๓) พฤติกรรมการสั่งจ่ายยาของแพทย์ที่มีเพื่อแนวโน้มใช้ยาราคาแพงและเทคโนโลยีชั้นสูงมากขึ้น (๔) การฟ้องร้องแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้แพทย์สั่งการรักษาและการตรวจที่มากเกินจำเป็นป้องกันการถูกฟ้องร้องว่าไม่ทำการตรวจรักษาให้ครบถ้วน (๕)การแพทย์แนวพาณิชย์ที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและไม่มีความจำเป็น

ประเด็นปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข

<u>ตัวชี้วัด</u>

o ในปี ๒๕๔๙ องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้ปัญหากำลังคนทางด้านสาธารณสุขเป็นปัญหาของโลกและอยู่ในขั้นวิกฤติใน ๕๗ ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์มีการขาดแคลนประมาณ ๒.๔ ล้านคน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการขาดแคลนใน ๑๑ ประเทศ สูงถึง ๑.๒ ล้านคน นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเชิงเปรียบเทียมถึงสัดส่วนบุคลากรทางการแพย์ของไทยต่อประชากรอยู่ในระดับต่ำประมาณ ๓๐ คนต่อประชากรแสนคน ขณะที่ญี่ปุ่นมี ๒๐๑ คน อินเดีย ๕๑ คน จีน ๑๖๔ คน ต่อประชากรแสนคน โดยในปัจจุบันประเทศไทยมีแพทย์ ๒๕,๙๓๒ คน ต่ำกว่าที่ควรจะมีคือ ๓๘,๓๔๐ คน ถึงราว ๑๒,๐๐๐ คน นอกจากนั้นการกระจายแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกันทำให้พื้นที่ชนบทมีปัญหาการขาดแคลนที่รุนแรง ในปี ๒๕๔๘ ภาคอีสานมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำสุด๑:๗,๔๖๖ ในขณะที่ในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงสุดคือ แพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๘๗๙ คน ในขณะที่ทันตแพทย์มีอยู่ จำนวน ๗,๕๗๓ คน จากที่ควรมี ๑๑,๖๑๔ คน สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรมีแนวโน้มลดลงในทุกภาค ในปี ๒๕๔๖ ภาคอีสานมีสัดส่วนทันตแพทย์ ต่อประชากรต่ำสุด ๑:๒๑,๗๓๙ ในขณะที่ในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงสุดคือ ทันตแพทย์ ๑ คน ต่อประชากร ๑,๔๕๘ คน ในขณะที่วิชาชีพพยาบาลยังมีความขาดแคลนอีก ๒๓,๕๘๖

o ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ทวีความรุนแรงขึ้นนี้ส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับระบบการแพทย์ที่เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนั้นการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนได้ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพกลายเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ จนทำให้แพทย์ที่มีอยู่ในระบบบริการทางการแพทย์มีสัดส่วนเป็นแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๗.๗ ในขณะที่ระบบบริการเชิงรุกและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์ณวมในระดับชุมชนและครอบครัวกลับได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพให้สามารถ

ให้บริการอย่างทั่วถึงใกล้บ้านจะเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาว

O การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ยังเกิดจากภาวะสมองไหลที่แพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการแก่สาธารณชนไปทำงานในระบบเอกชนมากขึ้น ธุรกิจทางการแพทย์ที่เติบโตอย่างรวดเร็วได้ทำให้มีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ โดยในปี ๒๕๔๗ มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน ๔๗๑ แห่งทั่วประเทศ ในจำนวนนี้มี ๑๒๙ แห่งอยู่ในกรุงเทพฯ การเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนยิ่งทำให้การกระจายแพทย์ขาดความสมดุลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ มีการดูดซับบุคลากรภาครัฐสู่ภาคเอกชนและชนบทสู่เมืองโดยมีแพทย์ลาออกจากการทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐในปี ๒๕๔๘ สูงถึง ๖๖๓ คน นอกจากนั้น นโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ที่มุ่งทำการแพทย์ให้เป็นการค้าเพื่อหารายได้จากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มีฐานะดีจากต่างชาติ ได้ทำให้เกิดสมองไหลของแพทย์จากภาคสาธารณะไปสู่ภาคเอกชนรายได้สูงเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ คาดว่านักท่องเที่ยวทั่วโลกที่มารับบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น จาก ๓๓ ล้านคนในปี ๒๕๔๓ เป็น ๑๒๑ และ ๓๒๘ ล้านคนในปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๖๓ โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อปีร้อยละ ๒๖.๗ และ ๑๗.๑ ตามลำดับ

ประเด็น เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร การแพทย์

ประชาสังคมและระบบสุขภาพภาคประชาชน

<u>ตัวชี้วัด</u>

O การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า" (Health for All) ไม่ได้มีแต่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วนจะต้องช่วยกัน "การระดับพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ" (All for Health) ซึ่งต้องสร้างภาวะผู้นำทางการเมืองและพันธมิตรใหม่ ทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน และประชาสังคม ต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการช่วยสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพและพัฒนาการเรียนรู้ของคนในสังคมไทยให้สามารถปรับตัวอย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการสร้างความร่วมมือและร่วมรับผิดชอบต่อการพัฒนาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการพัฒนานโยบายสุขภาพนานาชาติและธรรมาภิบาลในแวดวงสุขภาพโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชากรตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals - MDGs) ของประเทศไทย ที่ส่วนใหญ่บรรลุเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งการออกกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ในการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก ในปี ๒๕๔๘ และเป็นวาระแห่งโลก (Global Agenda) ในการประชุมสมัชชาโลก ในปี ๒๕๔๙ ที่องค์กรนานาชาติร่วมกันสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของชาวโลก

O ปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยี ได้มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการจัดเก็บข้อมูลอย่างกว้างขวาง ทำให้ปัจจุบันสถานบริการต่างๆ มีข้อมูลมากมายแต่ยังใช้ประโยชน์ได้ไม่คุ้มค่า เนื่องจากการจัดเก็บข้อมูลต่างคนต่างเก็บ ต่างคนต่างใช้ประโยชน์ไม่สามารถเชื่อมโยงและและเปลี่ยน

ข้อมูลกันได้โดยง่าย ไม่มีชุดฐานข้อมูล (Data set) ที่เป็นมาตรฐานกลาง การส่งต่อข้อมูลเป็นระบบอิเลคทรอนิคส์ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันเน้นเพื่อการเบิกจ่ายเงินเป็นหลัก ยังไม่สามารถนำมารวมกันเป็นคลังข้อมูลขนาดใหญ่ในระดับประเทศได้

- ตลอดระยะเวลาเกือบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ได้มีการกำหนดและประกาศให้มีการนำเอามาตรฐานโครงสร้างข้อมูลและรหัสต่างๆ มาใช้ในระบบงานบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทุกสถานบริการ ระบบบริการผู้ป่วยนอกรวมถึงงานการให้บริการรักษา ควบคุม ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของทุกสถานีอนามัย หรือแฟ้มข้อมูลประจำครอบครัว (Family Folder) และสมุดสุขภาพประจำบุคคล
- สำหรับการพัฒนาเทคโนโลยีที่ไม่หยุดยั้ง ส่งผลให้เทคโนโลยีทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น เทคโนโลยีชีวิภาพสมัยใหม่ (Modern Biotechnology) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้กันอย่างกว้างขวาง มีการพัฒนาด้านพันธุกรรมศาสตร์และเวชศาสตร์ ภูมิคุ้มกัน การวิจัยเซลล์ต้นกำเนิด (Stem Cells) อันอาจกลายเป็นแหล่งสำคัญของเซลล์และเนื้อเยื่อที่ใช้ในการปลูกถ่ายอวัยวะ และมีการศึกษาศาสตร์แนวใหม่คือ เภสัชพันธุศาสตร์ **(Pharmacogenomics)** คือการศึกษาค้นคว้ายาด้วยวิธีการใหม่โดยศึกษาลึกลงไปถึงระดับพันธุกรรมว่า โรคต่างๆ เป็น**โรคที่เกิดจากความผิดปกติที่ระดับพันธุกรรมของแต่ละบุคคล** รวมทั้งการรักษาโรคที่ซับซ้อนต่างๆ เช่น โรคพาร์กินสัน อัลไซเมอร์ การผลิตยา วัคซีน และอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความจำเป็นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนการใช้นาโนเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาโรค หรือทำนายโอกาสและความเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับเซลล์หรือโมเลกุลได้

บทที่ ๓ การพัฒนาภายใต้ยุทธศาสตร์แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐

๓.๑ แนวคิดและเนื้อหาสาระของแผน

เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญต่อการต่อยอดความคิด สร้างจินตนาการสุขภาพใหม่ เพื่อมุ่งสู่จุดมุ่งหมายที่เป็นเอกภาพในการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นในการพัฒนา **สุขภาวะที่เป็นองค์รวมทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ** และ**การรวมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ โดยน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นฐานคิดและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ** ทั้งในการดำเนินชีวิตและการพัฒนาทางด้านสุขภาพในทุกมิติทุกระดับและทุกภาคส่วนที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ

เนื้อหาสาระของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ จะเป็นการสร้าง**ระบบสุขภาพพอเพียง**ในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุขและการสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

๓.๒ ภาพลักษณ์และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพไทย

ระบบสุขภาพพอเพียงภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงมิติเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม ซึ่งมีคุณลักษณะ ๑)มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน ๒)มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ ๓)มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง ๔)มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ๕)มีระบบคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ และ ๖)มีคุณธรรมจริยธรรม คือ ซื่อตรง ไม่โลภมากและรู้จักพอ

๓.๓ วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย

ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า **“มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง”**

๓.๔ พันธกิจหลัก

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ได้กำหนดพันธกิจหลักในการพัฒนา รวม ๔ พันธกิจ คือ สร้างเอกภาพทางความคิด สร้างจิตสำนึกสุขภาพใหม่ สร้างระบบจัดการที่โปร่งใส และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

๓.๕ วัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔)

ประกอบด้วย ๑) เพื่อสร้าง**สุขภาพดี**ให้เป็นวิถีชีวิตในทุกช่วงวัยตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน โดยเน้นการสร้างรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน ๒)เพื่อสร้างระบบ**บริการดี** เป็นระบบบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ให้บริการที่มีคุณภาพ เป็นมิตร ใส่ใจในความทุกข์และมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์ ๓)เพื่อสร้าง**สังคมดี** เป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันได้ ด้วยการมีหลักประกันด้านสุขภาพที่ ให้ความอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วย และยามวิกฤติ และ๔) เพื่อสร้าง**ชีวิตที่มีความสุขพอเพียง** เป็นวิถีชีวิตที่มีความสุขสงบ ไม่เบียดเบียนกัน เติบโตได้ในสังคมแห่งการเรียนรู้ มีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ สันติภาพ และการพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์

๓.๖ เป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔)

ได้กำหนดเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยที่มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงไว้ ๑๐ ประการคือ ๑) เอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน ๒) งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี ๓) วัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขพอเพียงอย่างเป็นองค์รวม ๔) ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ๕) ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข ๖) หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรมทั่วถึง มีคุณภาพ ๗) ระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมรองรับเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างทันการณ์ ๘) ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทันและพึ่งตนเองได้ ๙) ระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้อย่างมีเหตุผลรอบด้าน และ ๑๐) สังคมที่ไม่ทอดทิ้งคนทุกข์ยาก เป็นสังคมที่ดูแลรักษาคนจน คนทุกข์คนยาก และผู้ด้อยโอกาสอย่างเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

๓.๗ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย

เพื่อสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนา ๖ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้

๓.๘ นโยบายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

๑.๑ นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในประเทศไทย

๑) สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นบทบัญญัติแห่งกฎหมายสูงสุดของรัฐ ซึ่งวางหลักประกันต่อสิทธิเสรีภาพของประชาชนไว้อย่างรอบด้านทั้งทางกาย ทางจิตและสังคม ซึ่งรัฐไม่สามารถล่วงหรือละเมิดได้ หากแต่มีหน้าที่ให้การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพดังกล่าวโดยในรัฐธรรมนูญได้ระบุถึงสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน รวม ๕ สิทธิ ใน ๗ มาตรา ดังนี้

๑.๑) **สิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุข** การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐที่เหมาะสม ได้มาตรฐาน ทั่วถึง มีประสิทธิภาพ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ (มาตรา ๕๑ ของรัฐธรรมนูญ)

๑.๒) **สิทธิในการอยู่รอด**และได้รับการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาของเด็กและเยาวชนตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็ก และเยาวชนเป็นสำคัญ (มาตรา ๕๒ ของรัฐธรรมนูญ)

๑.๓) **สิทธิในการเข้าถึง** และใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ (มาตรา ๕๓ ๕๔ และ ๕๕ ของรัฐธรรมนูญ)

๑.๔) **สิทธิในการรับข้อมูล** คำชี้แจง และแสดงความคิดเห็น หากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่นดำเนินโครงการ หรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต (มาตรา ๕๗ ของรัฐธรรมนูญ)

๑.๕) **สิทธิในการมีส่วนร่วม**กับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา การได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย (มาตรา ๖๗ ของรัฐธรรมนูญ)

๒) แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ

นโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ บัญญัติไว้ ด้วยเจตนารมณ์ให้เป็นนโยบายหลักขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงจะได้รับบริการจากรัฐ ที่ทุกรัฐบาลต้องดำเนินการเพื่อการพัฒนาประเทศ โดยจัดทำเป็นแผนการบริหารราชการแผ่นดิน ซึ่งแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐนี้ไม่ใช่นโยบายของรัฐบาลใดรัฐบาลหนึ่ง ดังนั้นรัฐบาลที่เข้ามาทำหน้าที่บริหารประเทศจะต้องแจ้งต่อรัฐสภาว่าจะดำเนินการใด ในระยะเวลาใด เพื่อจะบริหารราชการแผ่นดินให้เป็นไปตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ ได้แบ่งแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐออกเป็น ๙ ด้าน คือ ๑) แนวนโยบายด้านความมั่นคงของรัฐ ๒) แนวนโยบายด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ๓) แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ๔) แนวนโยบายด้านกฎหมายและการยุติธรรม ๕) แนวนโยบายด้านการต่างประเทศ ๖) แนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ ๗) แนวนโยบายด้านที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ๘) แนวนโยบายด้านวิทยาศาสตร์ ทรัพย์สินทางปัญญา และพลังงาน และ ๙) แนวนโยบายด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งรัฐบาลมีพันธะต้องรายงานผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น จากการดำเนินงานตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐต่อรัฐสภาปีละหนึ่งครั้ง

สำหรับนโยบายด้านสุขภาพจัดอยู่ในแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรมเป็นหลัก มีบางส่วนกระจายอยู่ในด้านอื่น ๆ อีก ๕ ด้าน ซึ่งนโยบายด้านสุขภาพที่เป็นหลักและถือได้ว่าเป็นรากฐานของการพัฒนาสุขภาพอนามัยคนไทยที่รัฐจะต้องดำเนินการให้กับประชาชน มี ๖ มาตรา และจัดได้เป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

๒.๑) นโยบายที่สนับสนุนการคุ้มครอง พัฒนาเด็กและเยาวชน การสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ รวมทั้งการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนการเรียนรู้ เผยแพร่ รักษา พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาไทยมี ๒ มาตรา คือ มาตรา ๘๐(๑) (๒) (๖) และมาตรา ๘๖(๒)

มาตรา ๘๐ (๑) ของรัฐธรรมนูญได้บัญญัติว่า “คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๑๐ ตัวชี้วัด โดยจำแนกเป็นตัวชี้วัดด้านการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ๔ ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านเสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของ

สถาบันครอบครัวและชุมชน ๔ ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดด้านสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ๒ ตัวชี้วัด

มาตรา ๘๐ (๒) ของรัฐธรรมนูญได้บัญญัติว่า “ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๒๘ ตัวชี้วัด ในด้านสุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน

มาตรา ๘๐ (๖) ได้บัญญัติว่า “ส่งเสริมและสนับสนุนความรู้รักสามัคคีและการเรียนรู้ ปลูกจิตสำนึก และเผยแพร่ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาติ ตลอดจนค่านิยมอันดีงามและภูมิปัญญาท้องถิ่น” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๑ ตัวชี้วัด คือ เรื่องจำนวนแพทย์แผนไทยที่จดทะเบียนเพิ่มขึ้น

มาตรา ๘๖ (๒) ของรัฐธรรมนูญได้บัญญัติว่า “ส่งเสริมการประดิษฐ์หรือการค้นคิดเพื่อให้เกิดความรู้ใหม่ รักษาและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาไทย รวมทั้งให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๑ ตัวชี้วัด เรื่อง ให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

๒.๒) นโยบายด้านการคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพพลานามัยที่ดี มี ๑ มาตราคือ มาตรา ๘๕(๕) ได้บัญญัติว่า “ส่งเสริม บำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดภาวะมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยประชาชน ชุมชนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๒ ตัวชี้วัด คือ อัตราของผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเนื่องจากมลภาวะ และอุบัติการณ์การเกิดโรคซิลิโคซีสลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา

๒.๓) นโยบายด้านการพิทักษ์รักษาสถาบันพระมหากษัตริย์ การส่งเสริมการดำเนินการตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการมีส่วนร่วมของประชาชน มี ๓ มาตรา คือ มาตรา ๗๗ ๘๓ และมาตรา ๘๗ (๑)

มาตรา ๗๗ ได้บัญญัติว่า “รัฐต้องพิทักษ์รักษาไว้ซึ่งสถาบันพระมหากษัตริย์ เอกราช อธิปไตย และบูรณภาพแห่งเขตอำนาจรัฐ และต้องจัดให้มีกำลังทหาร อาวุธยุทโธปกรณ์ และเทคโนโลยี ที่ทันสมัย จำเป็น และเพียงพอ เพื่อพิทักษ์รักษาเอกราช อธิปไตย ความมั่นคงของรัฐ สถาบันพระมหากษัตริย์ ผลประโยชน์แห่งชาติและการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ ทรงเป็นประมุข และเพื่อการพัฒนาประเทศ” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๑ ตัวชี้วัด คือ ร้อยละของกิจกรรมการจัดพิธีและงานเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสต่าง ๆ (ที่เสร็จแล้วครบถ้วน)

มาตรา ๘๓ ได้บัญญัติว่า “รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๓ ตัวชี้วัด คือ ร้อยละของหมู่บ้านที่มีการจัดการด้านสุขภาพ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ และร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง

มาตรา ๘๗ (๑) ได้บัญญัติว่า “ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๑ ตัวชี้วัด คือ โครงการสาธารณะที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

๑.๒ นโยบายรัฐบาล นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข

นโยบายที่ ๑ นโยบายเร่งด่วนที่จะเริ่มดำเนินการในปีแรก

๑.๑ การสร้างความเชื่อมั่นและกระตุ้นเศรษฐกิจในภาพรวมเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นแก่ภาคประชาชนและอกชนในการลงทุนและการบริโภค

๑.๑.๗ เร่งลงทุนเพื่อการพัฒนาประเทศ โดยให้ความสำคัญแก่โครงการลงทุนที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศการลงทุน ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ โดยเฉพาะการลงทุนเพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษาทั้งระบบ การลงทุนเพื่อปรับโครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่มุ่งสู่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การลงทุนพัฒนาระบบขนส่งมวลชน และการพัฒนาระบบบริหารจัดการน้ำและการชลประทาน ให้สามารถเริ่มดำเนินโครงการได้ในปี ๒๕๕๒ โดยให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมของประชาชน การรักษาสิ่งแวดล้อม การดำเนินงานอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ และการรักษาวินัยการคลังของประเทศ รวมทั้งเร่งัดการเบิกจ่ายงบลงทุนของส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ

๑.๒.๑๐ ส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศให้ปฏิบัติงานเชิงรุก ในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่ อสม. เพื่อสร้างแรงจูงใจหนุนเสริมให้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัว และมีประสิทธิภาพ

นโยบายที่ ๓ นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต

๓.๓ นโยบายด้านสาธารณสุข

๓.๓.๑ สนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ โดยเร่งดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากภาคีพัฒนาในสาขาต่าง ๆ ตลอดจนภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจ รณรงค์ให้เกิดการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย รวมทั้งส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดสรรทุนให้เพื่อกลับมาทำงานในท้องถิ่น

๓.๓.๒ สร้างขีดความสามารถในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค วินิจฉัย และรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกับทุกภาคส่วน ทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันปัญหาการป่วยและตายด้วยโรคอุบัติใหม่ที่รวมถึงโรคที่มีการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ และโรคระบาดซ้ำในคน อย่างทันต่อสถานการณ์

๓.๓.๓ ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของภาครัฐในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีคุณภาพอย่างเพียงพอ ทั่วถึง มีทางเลือกหลากหลายรูปแบบ และครอบคลุมได้ถึงการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

๓.๓.๔ ลงทุนผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควบคู่กับการสร้างขวัญกำลังใจให้มีความก้าวหน้าในอาชีพ มีการปรับปรุงกฎระเบียบ เพื่อให้มีรายได้จากเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่เหมาะสม เป็นธรรม รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพด้านการแพทย์ มีการกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ ตลอดจนการลงทุนพัฒนาและเชื่อมโยงระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพให้ทันสมัย มีมาตรฐาน สามารถใช้ประโยชน์ร่วมกันได้อย่างคุ้มค่า

๓.๓.๕ ผลักดันการขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพ และการรักษา พยาบาล ในระดับนานาชาติ โดยมียุทธศาสตร์การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม มีการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน รวมทั้งปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๑.๓ นโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวมอบนโยบายและแนวทางในการดำเนินงานเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมโดยเร็ว เน้น ๑๐ เรื่อง ที่สำคัญดังนี้ ๑) เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก ๒) เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล และคุณภาพการบริการใน

ทุกระดับ ๓) สร้างความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการควบคุมโรค ๔) คุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างจริงจัง ๕) สนับสนุนสมุนไพรไทยให้มีบทบาทในการบริการและมีความก้าวหน้ามากขึ้น ๖)สนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานรวมทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๗)สนับสนุน อสม.มีบทบาทเชิงรุกมากขึ้น ๘)พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีความทันสมัยและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานเพื่อประชาชนมากขึ้น ๙) ผลักดันโครงการ Medical Hub ให้รุดหน้ามากยิ่งขึ้น และ๑๐) ผลักดันและพัฒนากฎหมายให้เอื้อประโยชน์ต่อการสนับสนุนการดำเนินงาน โดยเฉพาะกฎหมายใหม่ เช่น พ.ร.บ.วิชาชีพการสาธารณสุข พ.ร.บ.กองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ยึดหลักการ ๓ ประการ คือ ๑) ความโปร่งใส ๒) ความสามัคคี และ ๓) การมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันทุกฝ่ายในสังคมสาธารณสุข

๓.๙ การขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

๓.๙.๑ ความสัมพันธ์ของเป้าหมายยุทธศาสตร์การพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

ในการกำหนดเป้าหมายแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายยุทธศาสตร์การพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติดังแสดงในตารางที่ ๑๖ โดยมีความสัมพันธ์หลักๆ ได้แก่

๑.๑ การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการ จัดการระบบสุขภาพสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์ชาติฉบับที่ ๑๐ คือการพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้

๑.๒ การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์ชาติฉบับที่ ๑๐ คือ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ

๑.๓ การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจผู้ให้บริการมีความสุขสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์ชาติฉบับที่ ๑๐ คือการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้สมดุลและยั่งยืน

๑.๔ การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพสัมพันธ์กับยุทธ ศาสตร์ชาติฉบับที่ ๑๐ คือ การพัฒนาบนฐานความหลากหลายทางชีวภาพและการสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม

๑.๕ การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์ชาติฉบับที่ ๑๐ คือ การเสริมสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการประเทศ

๑.๖ การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้านการจัดการความรู้เป็นยุทธศาสตร์สุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์สุขภาพที่ไม่มีความสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์ชาติฉบับที่ ๑๐

ตารางที่ ๑๖ ความสัมพันธ์ของเป้าหมายยุทธศาสตร์การพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่๑๐ กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐		**แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐**	
ยุทธศาสตร์	**เป้าหมายหลักที่สำคัญ**	**ยุทธศาสตร์**	**เป้าหมายหลักที่สำคัญ**
๑. การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ	๑.๑ประกาศใช้ พรบ. สุขภาพแห่งชาติและผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล ๑.๒การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๑.๓มีกลไกการเฝ้าระวังวัฒนธรรมการปฏิบัติตนและปฏิบัติงานให้เป็นไปในลักษณะที่เหมาะสม ๑.๔มีการส่งเสริมและเผยแพร่เรื่องราวของบุคคลต้นแบบที่เป็นแบบอย่างที่ดี ๑.๕ส่งเสริมให้เกิดหน่วยงานตัวอย่างด้านวัฒนธรรมองค์กรขึ้นในทุกกรมและทุกจังหวัด ๑.๖สนับสนุนให้เกิดการค้นหาและชื่นชมเรื่องราวเกี่ยวกับความดี คุณภาพของวิชาชีพและอุดมคติของชีวิตที่แฝงอยู่ในระบบงาน	๑. การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้	๑.๑อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น ๘๐ ปี ๑.๒ลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ๕ อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง *๑.๓ผู้อยู่ในเศรษฐกิจนอกระบบได้รับการ คุ้มครองทางสังคมอย่างทั่วถึง* *๑.๔จำนวนบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น ๑๐ คนต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน* *๑.๕ลดคดีอาชญากรรมลงร้อยละ ๑๐* *๑.๖เพิ่มกำลังแรงงานระดับกลางที่มีคุณภาพเป็นไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ ของกำลัง แรงงานทั้งประเทศ*

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐		แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐	
ยุทธศาสตร์	**เป้าหมายหลักที่สำคัญ**	**ยุทธศาสตร์**	**เป้าหมายหลักที่สำคัญ**
๒. การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ	๒.๑พัฒนาและใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพ ความสุขและความอยู่เย็นเป็นสุขของสังคม ๒.๒มีความปลอดภัยของระบบอาหาร โภชนาการและยา ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๒.๓มีกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมอย่างรอบด้าน ๒.๔การเติบโตและขยายบทบาทขององค์กรสาธารณะและประชาสังคมสุขภาพ ๒.๕มีการพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ของอาสาสมัครด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ๒.๖ชุมชนเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ ๒.๗มีการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและสุขภาวะทางปัญญาตามแนวทางศาสนา	๒. การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ	๒.๑ชุมชนอยู่เย็นเป็นสุข ๒.๒ทุกชุมชนมีแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วม

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐		แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐	
ยุทธศาสตร์	**เป้าหมายหลักที่สำคัญ**	**ยุทธศาสตร์**	**เป้าหมายหลักที่สำคัญ**
๓. การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข	๓.๑ขยายและยกระดับคุณภาพและระบบบริการปฐมภูมิ ๓.๒ลดระยะเวลาการรอตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐลงให้เหลือน้อยกว่า ๓๐ นาที ๓.๓ปิดการให้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ๓.๔มีระบบการชดเชยและไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางการแพทย์ ๓.๕ลดจำนวนกรณีการร้องเรียนให้มีอัตราเพิ่มไม่เกินร้อยละ ๑๕ ๓.๖โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกแห่งผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพตามระบบ HA หรือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามที่กำหนด ๓.๗ลดความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพ ๓.๘มีการประเมินความพึงพอใจทั้งในผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	๓. การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้สมดุลและยั่งยืน	*๓.๑ผลิตภาพการผลิตรวมสูงขึ้นเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓ ต่อปี (ภาคอุตสาหกรรม ภาคการเกษตรและภาคการบริการ)* *๓.๒ลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาเป็นร้อยละ ๐.๕ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ* *๓.๓อัตราการว่างงานต่ำไม่เกินร้อยละ ๒ ของกำลังแรงงาน* *๓.๔ผลิตภัณฑ์และบริการที่ผลิต และให้บริการโดยวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม มีสัดส่วนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ* *๓.๕มีการกระจายรายได้ที่ดีขึ้น กลุ่มที่มีรายได้สูงสุดร้อยละ ๒๐ แรกมีสัดส่วนไม่เกิน ๑๐ เท่าของรายได้ของกลุ่มที่มีรายได้ ต่ำสุดร้อยละ ๒๐*

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐		แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐	
ยุทธศาสตร์	**เป้าหมายหลักที่สำคัญ**	**ยุทธศาสตร์**	**เป้าหมายหลักที่สำคัญ**
	๓.๙ผู้ป่วย คนทุกข์คนยากหรือผู้พิการ ไม่ถูกทอดทิ้ง		
๔.การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ	๔.๑มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินและความพร้อมรับมือภัยพิบัติต่าง ๆ ๔.๒มีการจัดทำเป้าหมายและระบบการติดตามเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ๔.๓มีกลไกด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ๔.๔สามารถควบคุมป้องกันโรคที่มีสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญ ๔.๕มีการประกาศใช้ พรบ. ควบคุมการบริโภคสุราและดำเนินมาตรการทางสังคม ๔.๖มีมาตรการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ๔.๗นโยบายสำคัญ ๆ และโครงการขนาดใหญ่ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพได้รับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ๔.๘ มีระบบภูมิคุ้มกันที่วัดผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์และการค้าเสรี	๔. การพัฒนาบนฐานความหลากหลายทางชีวภาพและการสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม	๔.๑ของเสียอันตรายจากชุมชนและอุตสาหกรรมได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง ร้อยละ ๘๐ ของปริมาณของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นทั้งหมด ๔.๒มีการนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ใหม่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั้งประเทศ ๔.๓ลดการนำเข้าปุ๋ยและสารเคมีทางการเกษตรให้ไม่เกินปีละ ๓.๕ ล้านตัน รวมทั้งมีระบบจัดการสารเคมีอย่างครบวงจร ตั้งแต่การผลิต การนำเข้าจนถึงการกำจัดทำลาย ๔.๔ ควบคุมรักษาคุณภาพน้ำในลุ่มน้ำต่าง ๆ และแหล่งน้ำธรรมชาติให้อยู่ในเกณฑ์พอใช้และดี รวมกันไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๕ และฟื้นฟูคุณภาพน้ำในแม่น้ำสายหลักไม่ให้อยู่ในเกณฑ์เสื่อมโทรมมาก ๔.๕ ควบคุมคุณภาพอากาศทั้งในเขตเมือง ชนบท และเขตอุตสาหกรรมให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐		แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐	
ยุทธศาสตร์	**เป้าหมายหลักที่สำคัญ**	**ยุทธศาสตร์**	**เป้าหมายหลักที่สำคัญ**
๕. การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล	๕.๑มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนด้านการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๐.๕ ของงบประมาณรัฐด้านสุขภาพ ๕.๒โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมีการใช้ยาสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕ และ ๑๐ ของมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาล ๕.๓การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกเป็นทางเลือกหนึ่งในระบบประกันสุขภาพ ๕.๔ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและวิถีการดูแลรักษาสุขภาพจากภูมิปัญญาไทย ที่ปลอดภัย มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับ ๕.๕มีการจัดตั้งสถาบันด้านการจัดการความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพไทย ๕.๖มีการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา	๕. การเสริมสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการประเทศ	*๕.๑ธรรมาภิบาลของประเทศทั้งในส่วน ภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชนเปรียบเทียบกับนานาชาติดีขึ้น โดยมีคะแนนระดับความโปร่งใสไม่น้อยกว่า ๕.๐ คะแนน* *๕.๒ประชาชนมีศักยภาพที่จะเข้าร่วมในการบริหารจัดการประเทศเพิ่มขึ้น* *๕.๓ ลดกำลังคนภาคราชการได้ร้อยละ ๑๐* ๕.๔ สามารถเพิ่มบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณะให้ประชาชนในท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ *๕.๕ให้มีการศึกษาวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ด้านวัฒนธรรมประชาธิปไตย วัฒนธรรม ธรรมาภิบาลและวัฒนธรรมสันติวิธี เพิ่มขึ้น*

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐		แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐	
ยุทธศาสตร์	**เป้าหมายหลักที่สำคัญ**	**ยุทธศาสตร์**	**เป้าหมายหลักที่สำคัญ**
	วิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น ๕.๗มีระบบการประเมินเทคโนโลยีและ การวางแผนทรัพยากรทางการแพทย์		
๖.การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้านการจัดการความรู้	๖.๑มีระบบข้อมูลและระบบประเมินและตัวชี้วัด บนพื้นฐานของความรอบคอบ ความระมัดระวังและใช้ความรู้ทางวิชาการในการวางแผนและการดำเนินงานอย่างพอเพียง ๖.๒มีการพัฒนาองค์กรเรียนรู้และการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการความรู้ในองค์กรด้านสุขภาพ ๓ มีการพัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านนโยบายและการปฏิบัติ ๖.๔ มีการพัฒนาระบบการตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผลนโยบาย แผนงานและการบริหาร ทั้งในมิติทางประสิทธิภาพและในทางคุณธรรม จริยธรรม		

๓.๙.๒ การเชื่อมโยงยุทธศาสตร์แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ กับแผนระดับต่างๆ ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

กำหนดให้แผนการบริหารราชการแผ่นดิน ๔ ปี เป็นกรอบการบริหารราชการภายใต้ พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยบูรณาการการดำเนินงานในแนวราบระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเชื่อมโยงบทบาทภาคีการพัฒนาต่างๆ ครอบคลุมประเด็นการพัฒนาที่มีความสำคัญลำดับสูงในยุทธศาสตร์แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐ และส่วนราชการจัดทำแผนปฏิบัติราชการเป็นแผน ๔ ปีที่สอดคล้องกับแผนการบริหารราชการแผ่นดิน ดำเนินงานพัฒนาในส่วนกลางและเชื่อมโยงสู่ระดับพื้นที่ภายใต้แผนพัฒนาจังหวัด/กลุ่มจังหวัดที่จัดให้มีขึ้นตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ พ.ศ. ๒๕๕๑ ทำให้จังหวัดสามารถยื่นคำของบประมาณต่อสำนักงบประมาณได้โดยตรง ส่งผลให้การพัฒนาระดับพื้นที่สามารถดำเนินการได้ทั้งแนวราบและแนวดิ่ง แปลงสาระสำคัญในแผนพัฒนาประเทศสู่พื้นที่ได้ชัดเจน และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้จริง

ทิศทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ของแผน**แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ** ฉบับที่ ๑๐ ได้มีการนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการจัดทำแผนการบริหารราชการแผ่นดิน ซึ่งส่วนราชการได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ๔ ปี และแผนปฏิบัติราชการประจำปี รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนการบริหารราชการแผ่นดิน จึงทำให้มีการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนา**สุขภาพแห่งชาติ** ฉบับที่ ๑๐ อย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๒ – ๒๕๕๕) สอดคล้องกับแผนการบริหารราชการแผ่นดิน (พ.ศ. ๒๕๕๒ – ๒๕๕๕) ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๕๒ และได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี โดยวิเคราะห์จากนโยบาย เป้าหมายเชิงนโยบาย ตัวชี้วัด และกลยุทธ์ / วิธีดำเนินการ ในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทความรับผิดชอบดำเนินการด้านสุขภาพ และโดยมีแผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ แสดงถึงการแปลงประเด็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์หลัก (ระดับชาติ) ที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป้าประสงค์ กลยุทธ์ที่จะทำให้ภารกิจนั้นบรรลุผลสำเร็จ พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดผลสำเร็จที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องดำเนินการให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายในระดับชาติ โดยความสอดคล้องระหว่างภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขกับแผนการบริหารราชการแผ่นดินนำมากำหนดเป้าหมายการให้บริการกระทรวง / ตัวชี้วัด และกลยุทธ์การดำเนินงาน

๓.๙.๓ กระบวนการพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนากระบวนการให้มีความสอดคล้องและตอบสนองต่อเป้าหมายนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ และนำไปสู่การปฏิบัติตามหลักการระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน

ตามยุทธศาสตร์ที่ใช้หลักการการกระจายอำนาจความรับผิดชอบในระดับโครงการให้แก่หน่วยงานนำส่งผลผลิต เพื่อผลิตผลงานให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับกระทรวง

การบริหารงานเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายนโยบายและยุทธศาสตร์ทุกระดับใช้หลักการบริหารยุทธศาสตร์ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับภารกิจด้านการพัฒนาและจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ (Strategic Formulate) การนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ (Strategic Implement) ตลอดจนการติดตามประเมินผลความสำเร็จของการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ (Strategic Control and Evaluation) ทั้งนี้ หากการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ทำให้กระบวนการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ สามารถดำเนินได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับสถานะสุขภาพของประชาชนได้โดยตรง อันเป็นผลเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพของประชาชนได้รับการแก้ไขได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการ โดยกระบวนการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลสารสนเทศที่สะท้อนต่อสถานการณ์และความต้องการที่เป็นจริง

กระบวนการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงานนั้นจำเป็นต้องใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านการประเมินผล อันเป็นปัจจัยนำเข้ามาสนับสนุนให้การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของประชาชนดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีข้อมูลสารสนเทศด้านการประเมินผลที่สะท้อนถึงปัจจัยความสำเร็จหรือความล้มเหลวของกระบวนการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลสำเร็จจากการปฏิบัติตามนโยบายและยุทธศาสตร์ ดังนั้นการได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศด้านการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ควรสะท้อนถึงความสำเร็จทุกระดับ ทั้งในระดับผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ เนื่องจากการประเมินผลเฉพาะในระดับโครงการไม่เพียงพอที่จะสะท้อนต่อภาพรวมของความสำเร็จในระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทาง/ระบบการประเมินผลเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์โดยมีกระบวนการศึกษาและประเมินผลที่เป็นมุมมองที่กว้าง มีกระบวนการทบทวนและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อดูผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงาน อันจะเป็นผลสนับสนุนให้กระบวนการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพถือเป็นผลสำเร็จขั้นสุดท้ายของกระบวนการพัฒนาสุขภาพแสดงถึงความสำเร็จ และความล้มเหลว ของการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ แต่ทั้งนี้สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงคือปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบ เนื่องจากกรอบความคิดเรื่องสุขภาพ (health) ขยับตัวไปวางอยู่บนฐานแนวคิดเรื่อง สุขภาวะ (well – being) ทั้งมิติทางกาย จิต สังคม และปัญญา ในมิติของระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม มากขึ้น สุขภาพจึงมีความหมายที่กว้างกว่าเรื่องของโรคภัย ไข้เจ็บ ซึ่งมีผลกระทบมาจากหลายปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เช่น ปัจจัยด้านการเมือง สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยในระดับบุคคล โดย

สถานะของผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นหรือเลวลงอาจไม่ใช่เป็นเพียงผลกระทบจากนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเท่านั้น

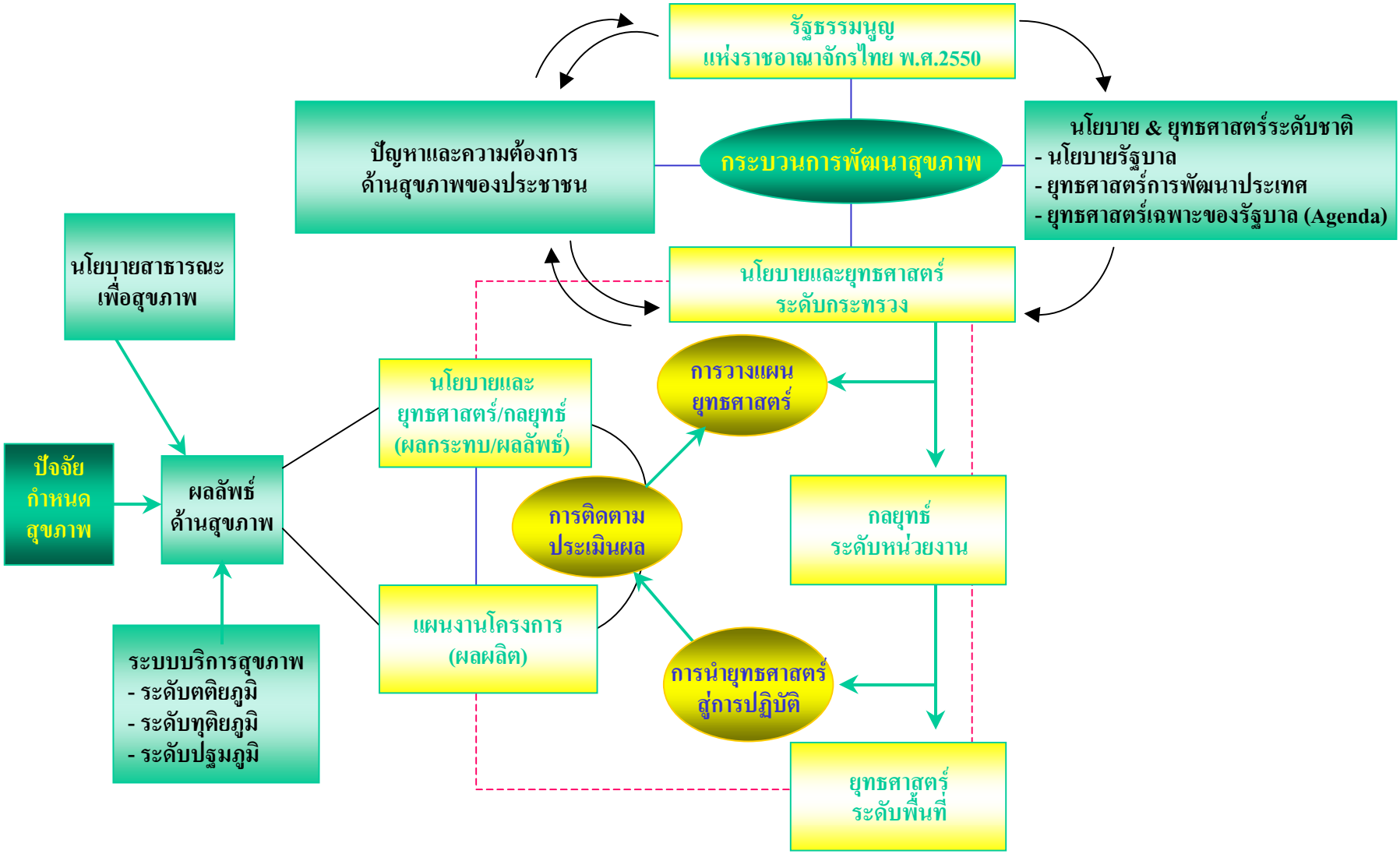
กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักที่สำคัญในการผลักดันในเกิดกระบวนการพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๑๐ ได้จัดกระบวนการพัฒนาสุขภาพภายใต้กรอบการบริหารเชิงยุทธศาสตร์แบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (Results Based Management) ประกอบด้วย ๓ กระบวนการ ได้แก่กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Planning) กระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ (Strategic Implement) และกระบวนการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Control and Evaluation) โดยการบริหารงานจะมีความเชื่อมโยงกัน ๓ ระดับ ดังนี้

๑. ระดับชาติ กำหนดกรอบการพัฒนาสุขภาพไว้ในนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย นโยบายรัฐบาล ยุทธศาสตร์เฉพาะของรัฐบาล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

๒. ระดับกระทรวง การพัฒนางานด้านสุขภาพในระดับกระทรวงมีกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติมากำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับกระทรวง และนำไปสู่การปฏิบัติในระดับกรม ระดับพื้นที่ ตลอดจนการสร้างระบบและกลไกการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์จาการปฏิบัตินโยบายและยุทธศาสตร์

๓. ระดับพื้นที่/จังหวัด หน่วยงานหลักในระดับพื้นที่ นำเอานโยบายและยุทธศาสตร์ในระดับชาติและระดับกระทรวงไปปฏิบัติให้เกิดการพัฒนาสุขภาพต่อประชาชน โดยในระดับจังหวัดมีหน่วยงานปฏิบัติรองรับในพื้นที่ทุกระดับ ได้แก่ ศูนย์เขต / วิชาการ ภายใต้กรมของกระทรวง โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(สถานีอนามัยเดิม) ศูนย์บริการสุขภาพ อาสาสมัคร/เครือข่าย/ชมรมทางด้านสุขภาพแสดงในภาพที่ ๑๐

ภาพที่ ๑๐ กรอบความเชื่อมโยงของผลลัพธ์ด้านสุขภาพกับกระบวนการพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข



๓.๑๐ เป้าหมายการให้บริการกระทรวงสาธารณสุข

ในส่วนของการประเมินผล (Evaluation) หมายถึง กระบวนการที่มุ่งแสวงหาคำตอบว่านโยบาย/แผนงาน/ โครงการได้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่และในระดับใด โดยเปรียบเทียบระหว่างวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้กับผลที่ปรากฏ โดยมีเกณฑ์หรือค่าเป้าหมายเป็นเครื่องมือใน การตัดสิน การประเมินผลจึงเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการพัฒนาเนื่องจากทำให้ได้ข้อมูลที่ช่วยในการวางแผนหรือพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานให้มีคุณภาพตามมาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้มากยิ่งขึ้น ตลอดจนช่วยให้ทราบถึงสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการใช้ประกอบการตัดสินใจว่าควรมีการแก้ไขหรือผลักดันเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างไร รวมถึงการนำไปใช้ประกอบการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินการเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้มากขึ้นได้อย่างไร ดังนั้น ในระดับการดำเนินงานตามกรอบนโยบายและแผนการพัฒนาประเทศ ที่มุ่งบรรลุตาม เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลเพื่อตรวจสอบว่าแผนการพัฒนาประเทศได้มีการแปลงไปสู่การปฏิบัติหรือไม่มากน้อยเพียงใด ได้ผลผลิตและผลลัพธ์ตาม เป้าหมายหรือไม่ รวมทั้งทราบว่าการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ มีผลต่อความสำเร็จหรือความ ล้มเหลวของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐ มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องอาศัยระบบหรือกลไกในการติดตามประเมินผลที่ดี

โครงสร้างยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานระดับกรมที่ร่วมรับผิดชอบในแต่ละเป้าหมายการให้บริการของกระทรวงฯ โดยใช้เอกสารประกอบพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี หรือพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติมหรือกำหนดขึ้นใหม่ในระหว่างปีแล้วแต่กรณี เพื่อนำไปสู่การแปลงแผนสู่การปฏิบัติ ในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๑๐ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบแสดงในตารางที่ ๑๗

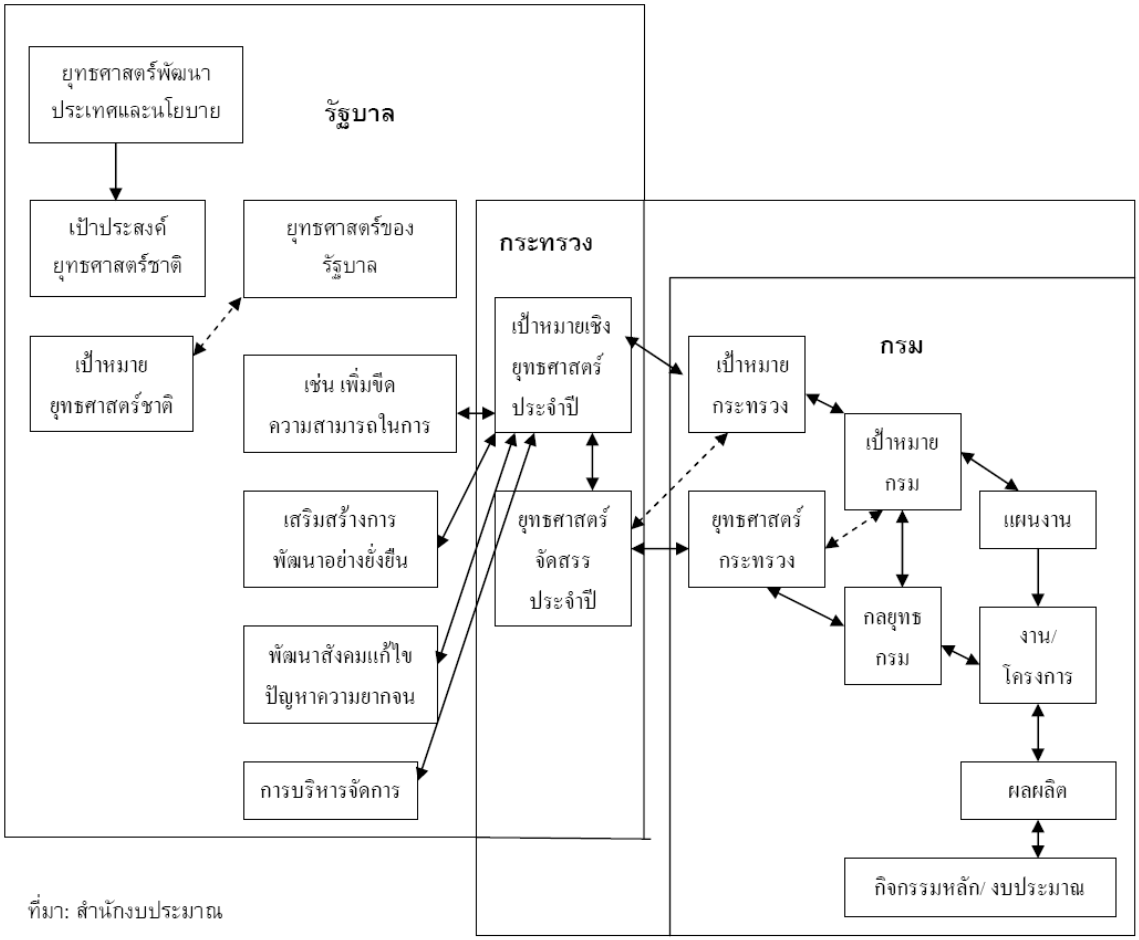
ตารางที่ ๑๗ หน่วยงานที่รับผิดชอบเป้าหมายของการให้บริการกระทรวง

เป้าหมายของการให้บริการกระทรวง	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. **ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนลดลง**และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและหลักประกันสุขภาพอย่าง**ทั่วถึง**	๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณะสุข ๒. กรมการแพทย์ ๓. กรมควบคุมโรค ๔. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๕. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๖. กรมสุขภาพจิต ๗. กรมอนามัย ๘. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ๙. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ๑๐. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เป้าหมายของการให้บริการกระทรวง	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๒. ประชาชนมี**พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง**โดยการมีส่วนร่วมและมาตรการทางสังคมที่เหมาะสม	๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. กรมควบคุมโรค ๓. การสนับสนุนบริการสุขภาพ ๔. กรมอนามัย ๕. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา**ถ่ายทอดและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย** การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรอย่างเหมาะสม	๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๔. ประชาชนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดได้รับการ**บำบัด รักษา ฟื้นฟูและพัฒนาให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด**ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. กรมการแพทย์ ๓. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๔. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๕. กรมสุขภาพจิต
๕. ธุรกิจบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการบริการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีคุณภาพมาตรฐานสามารถแข่งขันและเพิ่มรายได้ให้แก่ประเทศ	๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๓. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๔. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๖. ประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีสุขภาพที่ดี	๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

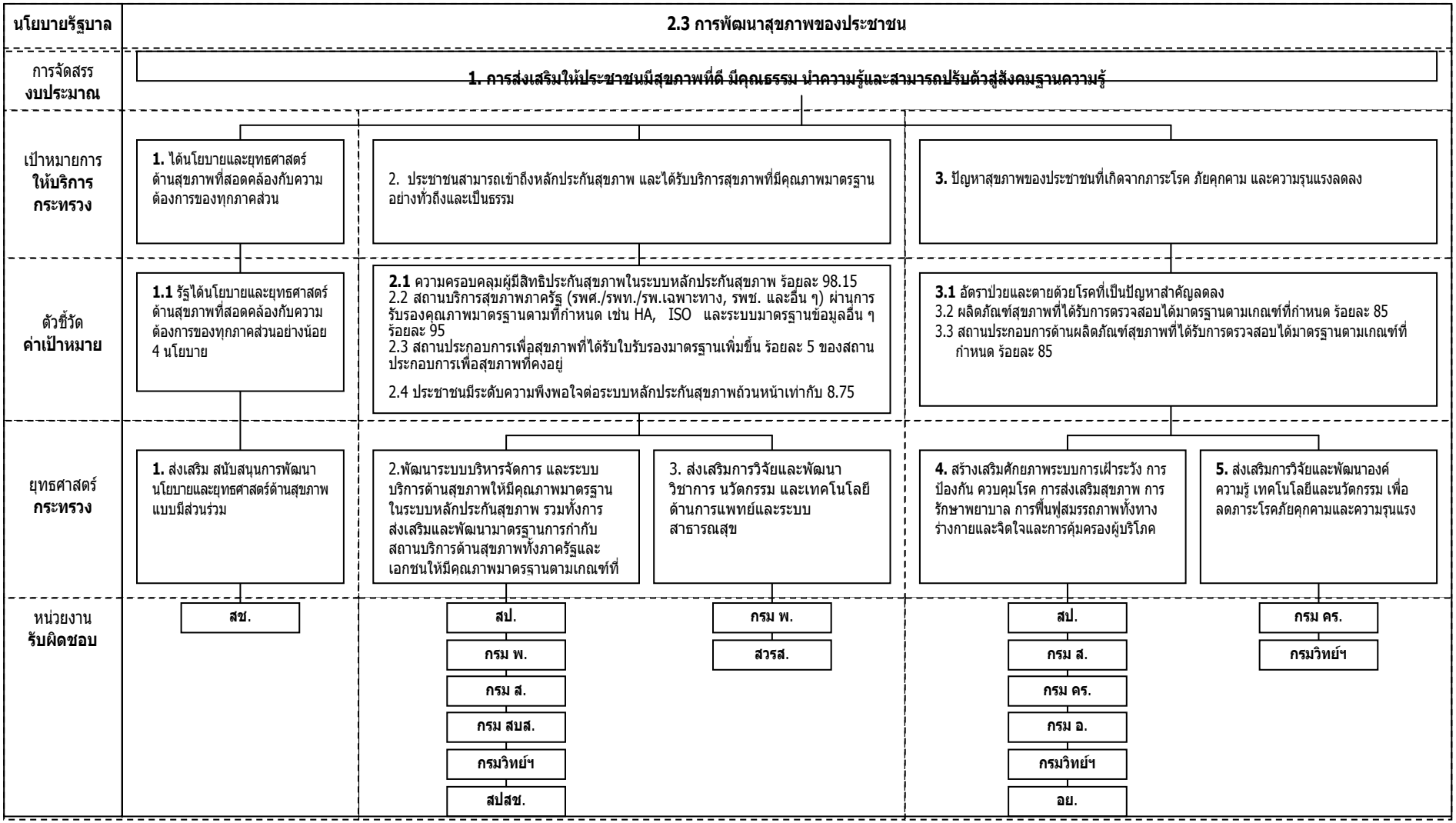
กระบวนการแปลงยุทธศาสตร์ในการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ได้มีส่วนในการกำหนดเป้าหมายกระทรวงในการจัดกระบวนการพัฒนาสุขภาพเพื่อรองรับแผนปฏิบัติราชการแผ่นดิน ๔ ปี ให้เป็นไปตามแผนกฎหมาย และแนวนโยบายที่รัฐบาลกำหนด(ภาพที่ ๑๑ ภาพที่ ๑๒ และ ภาพที่ ๑๓)

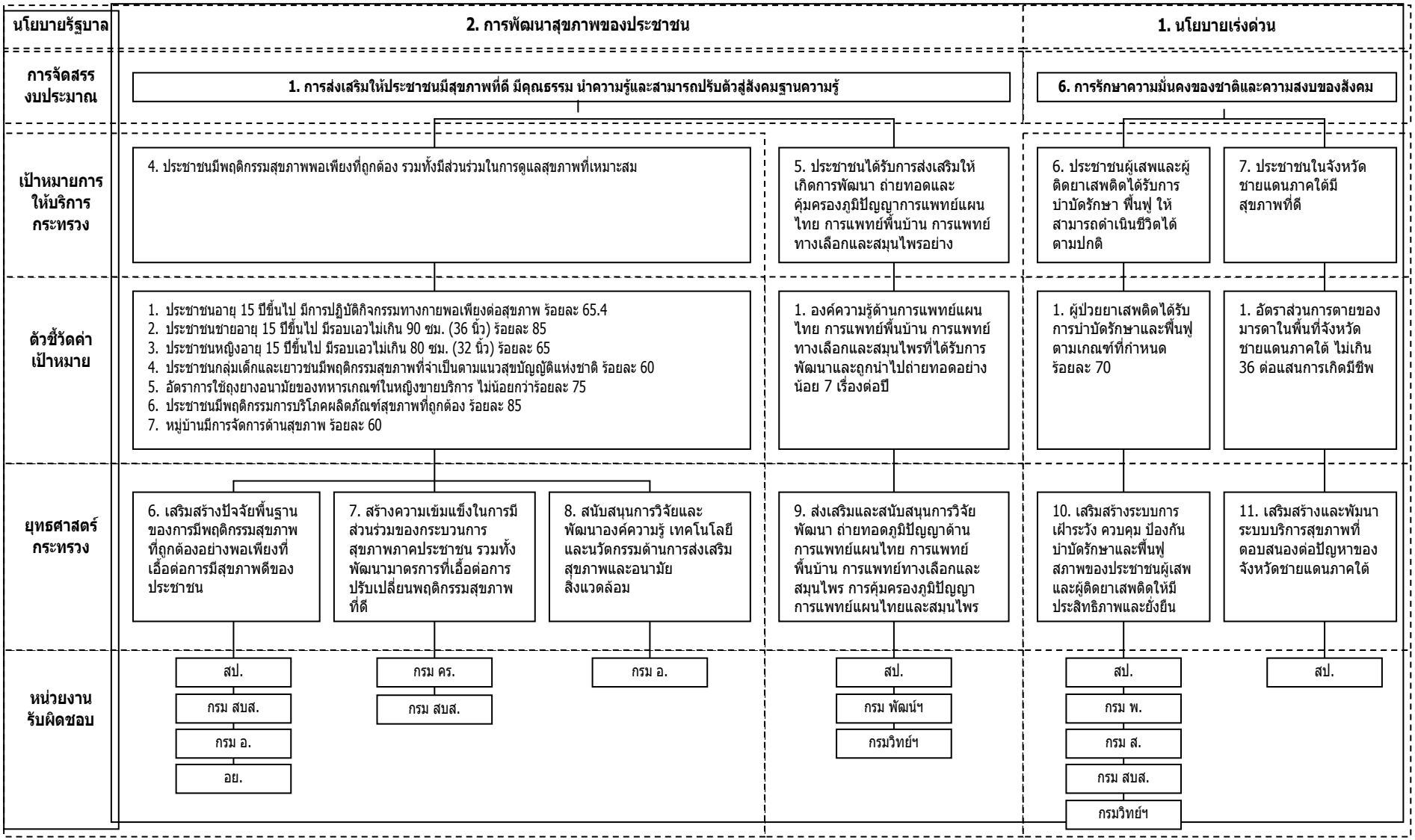
ภาพที่ ๑๑ กระบวนการแปลงยุทธศาสตร์ในการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ภาครัฐ



ที่มา: สำนักงบประมาณ

ภาพที่ ๑๒ ความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ชาติและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๑




นโยบายรัฐบาล
2. การพัฒนาสุขภาพของประชาชน
1. นโยบายเร่งด่วน
การจัดสรรงบประมาณ
1. การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มีคุณธรรม นำความรู้และสามารถปรับตัวสู่สังคมฐานความรู้
6. การรักษาความมั่นคงของชาติและความสงบของสังคม
เป้าหมายการให้บริการกระทรวง
4. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพพอเพียงที่ถูกต้อง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม
5. ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา ถ่ายทอดและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรอย่าง
6. ประชาชนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษา ฟื้นฟู ให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ
7. ประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีสุขภาพที่ดี
ตัวชี้วัดค่าเป้าหมาย
1. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายพอเพียงต่อสุขภาพ ร้อยละ 65.4
2. ประชาชนชายอายุ 15 ปีขึ้นไป มีรอบเอวไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) ร้อยละ 85
3. ประชาชนหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป มีรอบเอวไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) ร้อยละ 65
4. ประชาชนกลุ่มเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ ร้อยละ 60
5. อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของทหารเกณฑ์ในหญิงขายบริการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75
6. ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 85
7. หมู่บ้านมีการจัดการด้านสุขภาพ ร้อยละ 60
1. องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรที่ได้รับการพัฒนาและถูกนำไปถ่ายทอดอย่างน้อย 7 เรื่องต่อปี
1. ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70
1. อัตราส่วนการตายของมารดาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ไม่เกิน 36 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
ยุทธศาสตร์กระทรวง
6. เสริมสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างพอเพียงที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน
7. สร้างความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมของกระบวนการสุขภาพภาคประชาชน รวมทั้งพัฒนามาตรการที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
8. สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
9. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยพัฒนา ถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร
10. เสริมสร้างระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพของประชาชนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน
11. เสริมสร้างและพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของจังหวัดชายแดนภาคใต้
หน่วยงานรับผิดชอบ
สป.
กรม สบส.
กรม อ.
อย.
กรม คร.
กรม สบส.
กรม อ.
สป.
กรม พัฒน์ฯ
กรมวิทย์ฯ
สป.
กรม พ.
กรม ส.
กรม สบส.
กรมวิทย์ฯ
สป.

๓.๑๑ กรอบเป้าหมายการให้บริการกระทรวงภายใต้ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขสรุปได้ดังนี้

๑. เสริมสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีคุณภาพและทั่วถึงในทุกกลุ่ม

๒. จัดให้มีระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

๓. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพให้มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์เพื่อการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึงในทุกกลุ่ม

๔. ส่งเสริมการวิจัย พัฒนาวิชาการ นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

๕. เสริมสร้างพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่ดีของประชาชน

๖. เสริมสร้างการวิจัยพัฒนาถ่ายทอดและคุ้มครองภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรในพื้นที่ให้ได้มาตรฐาน

๗. เสริมสร้างระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพของประชาชนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๘. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาธุรกิจบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน

๙. ส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของจังหวัดชายแดนภาคใต้

การประเมินในระดับกระทรวงสาธารณสุขใช้กรอบการประเมินจาก วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

วิสัยทัศน์	พันธกิจ	เป้าหมาย	วัตถุประสงค์	ยุทธศาสตร์
เป้าหมายหลัก	สิ่งที่ต้องดำเนินการ เพื่อการบรรลุเป้าหมายหลัก	สิ่งที่กำหนดความสำเร็จของพันธกิจ	สิ่งที่วัดความสำเร็จของเป้าหมาย	แนวทางในการ ดำเนินงานเพื่อการ บรรลุวัตถุประสงค์

ในการประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๑๐ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๔ ดังนี้

วิสัยทัศน์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเสมอภาค โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และทุกภาคส่วน เพื่อสร้างสังคมที่มีจิตสำนึกด้านสุขภาพ ให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี สู่เป้าหมายสังคมอยู่เย็นเป็นสุข ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

พันธกิจ

๑. กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ และระหว่างประเทศให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

๒. พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ เสมอภาค ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน โดยเน้นชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน บริการเฉพาะทางและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยทางสุขภาพ

๓. ส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคมในการมีส่วนร่วม สร้างจิตสำนึกทางสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพ

๔. พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ให้มีคุณภาพมาตรฐาน ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

๕. กำหนดนโยบายทิศทางการวิจัย และการบริหารจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์

ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ เสริมสร้างให้ประชาชนไทยมีสุขภาพและจิตสำนึกที่ดีด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

เป้าหมายการให้บริการที่ ๑ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถลดภาระโรค ภัยคุกคามและความรุนแรงด้านสุขภาพได้

ตัวชี้วัด

๑) อัตราตายทารก ไม่เกิน ๑๖.๗ ต่อการเกิดมีชีพพันคน
๒) อัตราส่วนการตายมารดา ไม่เกิน ๑๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
๓) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง ลดลงร้อยละ ๒ ต่อปี
๔) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๖.๕ ต่อประชากรแสนคน ต่อปี
๕) อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ ๐.๗๖ ต่อปี
๖) อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success rate) ร้อยละ ๘๕ ต่อปี
๗) อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ ๐.๑๒ ต่อปี
๘) หมู่บ้านมีการจัดการด้านสุขภาพ ร้อยละ ๘๐ (ปี ๒๕๕๓ = ๖๕, ๒๕๕๔ = ๘๐, ๒๕๕๕ = ๘๐, ๒๕๕๖ = ๘๐)

ยุทธศาสตร์

๑. เสริมสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และพัฒนาประสิทธิภาพเครือข่ายระบบเฝ้าระวัง การป้องกัน การควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๒. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร ภาคีเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

เป้าหมายการให้บริการที่ ๒ ประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีสุขภาพดี

ตัวชี้วัด

- อัตราป่วยหรือตายด้วยปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ๓ อันดับ ลดลงร้อยละ ๕ ต่อปี

ยุทธศาสตร์

๓. เสริมสร้างและพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของจังหวัดชายแดนภาคใต้

เป้าหมายการให้บริการที่ ๓ ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพได้รับบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

ตัวชี้วัด

๑) ความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีระดับคะแนน ๘.๕ ต่อปี

๒) องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรที่ได้รับการพัฒนาและถูกนำไปถ่ายทอด จำนวน ๕ เรื่องต่อปี

๓) สถานบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน (รพศ./รพท./รพ.เฉพาะทาง/รพช.และอื่น ๆ) ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด (HA, ISO และระบบมาตรฐานอื่น ๆ) ร้อยละ ๘๕ (ปี ๒๕๕๓ = ๘๐ , ๒๕๕๔ = ๘๕, ๒๕๕๕ = ๘๕ ,๒๕๕๖ = ๘๕)

๔) ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๙๑ (ปี ๒๕๕๓ = ๙๐, ๒๕๕๔ = ๙๑, ๒๕๕๕ = ๙๒ ,๒๕๕๖ = ๙๓)

๕) สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๙๒ (ปี ๒๕๕๓ = ๙๑, ๒๕๕๕ = ๙๒, ๒๕๕๕ = ๙๓, ๒๕๕๖ = ๙๔)

ยุทธศาสตร์

๔. พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพและมีคุณภาพมาตรฐาน

๕. พัฒนาระบบบริหารและระบบบริการทางการแพทย์ สาธารณสุข และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้มีคุณภาพ

๖. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย พัฒนา ถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

เป้าหมายการให้บริการที่ ๔ ประชาชนได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

ตัวชี้วัด

- ในปี ๒๕๕๕ อัตราป่วยตาย (case fatality rate) จากสาเหตุภายนอกในทุกอายุ และโรคระบบกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ,โรคหลอดเลือดสมองของประชาชนอายุน้อยกว่า ๗๐ ปี ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของอัตราป่วยตายปี ๒๕๕๐

ยุทธศาสตร์

๗. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ

เป้าหมายการให้บริการที่ ๕ ประชาชน ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษา ฟื้นฟู เฝ้าระวังควบคุมการใช้วัตถุเสพติด เพื่อสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติในสังคม

ตัวชี้วัด

- ประชาชน ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดผ่านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๘๐ (ปี ๒๕๕๓ = ๗๕, ๒๕๕๔ = ๘๐, ๒๕๕๕ = ๘๐ , ๒๕๕๖ = ๘๐)

ยุทธศาสตร์

๘. เสริมสร้างระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพของประชาชน ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติอาศัยการดึงองค์ประกอบของกลยุทธ์ (Strategy) ที่กำหนดไว้ไปเป็นเป้าหมายของการสร้างหรือออกแบบแผนงานในรายละเอียดต่อไป (Programming) ซึ่งจะมีการขยายผลไปสู่ระดับปฏิบัติสร้างเป็นแผนปฏิบัติ (Implementation plan) สำหรับหน่วยงานระดับปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ (Outcome) ต่อไป ทั้งนี้ได้มีการให้ข้อมูลป้อนกลับจากระดับล่างสู่ระดับที่สูงกว่าย้อนกลับขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและแก้ไขแผนปฏิบัติการ แผนงานหรือแม้แต่กลยุทธ์ที่กำหนดไว้เดิม (Given strategy) ให้มีความเหมาะสมแก่สถานการณ์ที่เปลี่ยนไปได้ ทำให้เกิดเป็นกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นใหม่ (Emerging strategy) นำไปสู่การปรับแผนงานและการปฏิบัติตามมาเป็นวงจรของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยุทธศาสตร์เป็นเสมือนแนวทางหรือกรอบของการตัดสินใจ (Decision making guideline) ที่กำหนดพันธกิจ วัตถุประสงค์ จุดมุ่งหมายหรือเป้าหมาย และวางกรอบนโยบายสำหรับกิจกรรมขององค์กร เพื่อตอบสนองสถานการณ์แวดล้อมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ให้องค์กรบรรลุสู่เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องกำหนดไว้ให้มีรายละเอียดของกิจกรรม แต่ต้องมีข้อมูลเพียงพอที่จะเป็นแนวทางปฏิบัติให้แก่หน่วยปฏิบัติ (Strategic operational unit) ของงานในส่วนต่างๆให้มองเห็นเป้าหมายทางยุทธศาสตร์ตามวิสัยทัศน์ที่กำหนดในส่วนรวมและในส่วนที่ตนรับผิดชอบ โดยเฉพาะผลผลิตและผลลัพธ์ที่สำคัญ และต้องสื่อให้เห็นถึงกลุ่มเป้าหมาย (Target groups) การลงทุน (Investment) งาน (Tasks) และกิจกรรม (Activities) ที่ต้องปฏิบัติตามกรอบพันธกิจขององค์กรเพื่อจะให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ตลอดจนต้องระบุเครื่องชี้วัดของความสำเร็จของยุทธศาสตร์ (Strategic indicators) เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับสำหรับกระบวนการกำกับติดตามทางยุทธศาสตร์ (Strategic control) ต่อไป

บทที่ ๔ รายงานผลการประเมินแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐

๑. ผลการประเมินยุทธศาสตร์สุขภาพฉบับที่ ๑๐

๑. สถานการณ์และแนวโน้มในการพัฒนาสุขภาพ

สถานการณ์การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ พบว่าในช่วง ๓ ทศวรรษก่อน พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่ผ่านมาประเทศไทยมีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจเฉลี่ยกว่าร้อยละ ๗ ต่อปี และนับตั้งแต่วิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. ๒๕๔๐ ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจติดลบร้อยละ ๑.๗ และติดลบร้อยละ ๑๐.๘ ในพ.ศ. ๒๕๔๑ และเริ่มฟื้นตัวเป็นบวกด้วยอัตราร้อยละ ๔.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๔๒ และเกิดวิกฤติเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลกอีกครั้ง ใน พ.ศ. ๒๕๕๑ ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจติดลบร้อยละ ๒.๒ และฟื้นตัวเป็น ๗.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ และในปี ๒๕๕๔ อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ลดลงเหลือร้อยละ ๒.๖ และถ้าพิจารณาผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัว พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในทิศทางเดียวกันกับอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจและลดลงในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ ซึ่งในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๙ ก่อนเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ มูลค่า ๗๖,๗๐๒.๒ บาทต่อหัว ซึ่งลดลงในช่วงหลังเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. ๒๕๔๑ เป็นมูลค่า ๗๕,๒๖๘.๒ บาทต่อหัว และเพิ่มขึ้นเป็น ๑๕๐,๑๑๘ บาทต่อหัว ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓

จากการประเมินผลของสำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐ พบว่า **คนไทยได้รับหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง**ในหลายรูปแบบ **การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น**จากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ คนไทยมีหลักประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมหลายประเภทอย่างทั่วถึง การพัฒนาคุณภาพการศึกษาของไทยไม่เป็นไปตามเป้าหมาย **ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีแนวโน้มลดลง** แม้ว่าเด็กและเยาวชนไทยจะได้รับโอกาสทางการศึกษาทั่วถึง **คนไทยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยเพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์รับภาระดูแลประชาชนในสัดส่วนที่สูงขึ้น สะท้อนถึงการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข** คนไทยได้รับหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีอายุยืนยาว แต่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ และมีปัญหาสุขภาพจิต สัดส่วนของผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ ๙๗.๘๒ ของประชากรผู้มีสิทธิทั้งหมด ในปี ๒๕๔๙ เป็นร้อยละ ๙๙.๓๖ ในปี ๒๕๕๓ ครอบคลุมคนไทยประมาณ ๖๓.๐๖ ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๙๙.๙๕ ในปัจจุบัน ประชาชนกลุ่มที่ยังรอพิสูจน์สถานะ จำนวน ๔๕๗,๔๐๙ คน ได้รับการประกันสุขภาพ ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๓

การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ขณะเดียวกัน คนไทยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยเพิ่มจาก ๕.๗๕ คนต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๔๙ เป็น ๕.๙๐ คนในปี ๒๕๕๓ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ ๙ ใน ๑๐ มีความเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลมีแนวโน้มขาดแคลนในอนาคต บุคลากรทางการแพทย์รับภาระดูแลประชาชนในสัดส่วนที่สูงขึ้น สะท้อนถึงการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข

ประชากรที่เจ็บป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๒,๐๗๙.๕๗ คนต่อประชากรพันคน ในปี ๒๕๔๙ เป็น ๒,๖๓๙.๔๓ คนในปี ๒๕๕๒ และคนไทยยังคงเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ๕ โรคสำคัญ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองโรคหัวใจ และมะเร็งสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตอาทิ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอด หรือหวานจัด เครื่องดื่มมึนเมา รับประทานผักและผลไม้น้อย และขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ รายละเอียดในตารางที่ ๑๘

ตารางที่ ๑๘ อัตราการเจ็บป่วยของประชากรด้วยโรคที่ป้องกันได้ ๕ อันดับแรก ปี ๒๕๔๙ - ๒๕๕๓

หน่วย : คนต่อประชากรแสนคน

โรค	**แผนฯ ฉบับที่ ๙**		**แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐**				
	๒๕๔๙	**เฉลี่ย**	๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๒	๒๕๕๓	**เฉลี่ย**
โรคหัวใจ	๖๑๘.๒	**๔๙๙.๐**	๖๘๗.๗	๗๔๙.๕	๗๙๓.	๘๔๔.๘	**๗๖๘.๘**
โรคความดัน	๖๕๙.๖	**๔๘๒.๔**	๗๗๘.๑	๘๖๐.๕	๙๘๑.๕	๑๐๕๘.๗	**๙๑๙.๗**
โรคเบาหวาน	๕๘๖.๘	**๔๔๘.๖**	๖๕๐.๔	๖๗๕.๗	๗๓๖.๕	๗๙๒.๖	**๗๑๓.๘**
โรคหลอดเลือดสมอง	๑๘๘.๓	**๑๖๔.๖**	๒๐๕.๕	๒๑๖.๖	๒๒๗.๒	๒๔๗.๓	**๒๒๔.๒**
โรคเนื้องอกร้าย (มะเร็ง)	๑๒๔.๔	**๑๐๙.๓**	๑๓๐.๘	๑๓๔.๒	๑๓๓.๑	๑๔๓.๒	**๑๓๕.๓**

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น แม้ว่าคนไทยส่วนใหญ่มี**ระดับของสุขภาพจิตและความสุขของการดำรงชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น** สัดส่วนของคนไทยที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่ลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา จากอัตรา ๘.๖ ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.๒๕๔๒ เป็น ๕.๗ ต่อประชากรแสนคน ใน ปี พ.ศ.๒๕๕๒ แต่ทว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชาชนในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๕.๗๕ คนต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๔๙ เป็น ๕.๙๐ คนในปี ๒๕๕๓ อันเนื่องมาจากอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มจาก ๑๘๕.๙๘ คนต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๔๙ เป็น ๒๔๑.๓๗ คนในปี ๒๕๕๓ ในจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ ๖๐ ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัว

ตายมีหลายสาเหตุ อาทิ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้เกิดความเครียด และการลอกเลียนแบบผ่านสื่อต่างๆ ข่าว หรือละครโทรทัศน์

กระทรวงสาธารณสุขได้วิเคราะห์สาเหตุของการฆ่าตัวตาย ในปี ๒๕๕๑ พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ๒ เท่า อยู่ในกลุ่มอายุ ๒๐-๒๔ ปี ร้อยละ ๒๒ รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ ๑๕-๑๙ ปี ร้อยละ ๒๐ และอายุ ๒๕-๒๙ ปี ร้อยละ ๑๗ เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอาชีพ พบว่า ร้อยละ ๓๘ เป็นผู้ใช้แรงงาน รองลงมาเป็นนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ ๑๗ และไม่มีอาชีพ ร้อยละ ๑๒ วิธีการที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ กินสารเคมีหรือสารพิษที่ไม่ทราบชนิด กินยาแก้ปวดลดไข้ และกินยาฆ่าหญ้ายาฆ่าแมลง รายละเอียดในตารางที่ ๑๙

ตารางที่ ๑๙ อัตราการฆ่าตัวตายและการเจ็บป่วยด้านจิตเวช

หน่วย : คนต่อประชากรแสนคน

ปัญหาสุขภาพจิต	**แ ผ น ฯ ฉบับที่ ๙**	**แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐**			
	๒๕๔๙	๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๒	๒๕๕๓
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	**๕.๗๕**	**๕.๙๖**	**๕.๙๘**	**๕.๗๒**	**๕.๙๐**
อัตราผู้เจ็บป่วยด้วยโรคจิต	๖๔๐.๖๑	๕๘๑.๑๙	๖๑๔.๒๖	๕๗๘.๑๕	๕๖๔.๘๙
อัตราผู้เจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวล	๕๔๘.๘๓	๕๘๐.๑๔	๕๓๕.๔๘	๕๒๗.๒๖	๕๑๑.๔๐
อัตราผู้เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	๑๘๕.๙๘	๑๙๖.๑๐	๒๓๓.๘๕	๒๖๐.๗๘	๒๔๑.๓๗

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

โครงสร้างประชากรมีแนวโน้ม**ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น** ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง ขณะที่การย้ายถิ่นของประชากรส่งผลให้ความเป็นเมืองสูงขึ้น ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและจะเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี ๒๕๖๘ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดถึงเกือบ ๑ ใน ๓ ของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศ ขณะที่กรุงเทพมหานครจะมีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว สำหรับโครงสร้างประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงานมีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยที่ลดลงต่ำอยู่ที่ ๑.๖ ในปี ๒๕๕๑ ทำให้ สัดส่วนประชากร วัยเด็ก : วัยแรงงาน : วัยสูงอายุ ลดลงจากร้อยละ **๒๐.๕ : ๖๗.๖ : ๑๑.๙** ในปี ๒๕๕๓ (**ประชากรทั้งสิ้น ๖๕,๔๗๙,๔๕๓ คน**) เป็นร้อยละ **๑๘.๓ : ๖๖.๙ : ๑๔.๘** ในปี ๒๕๕๙ การย้ายถิ่นของประชากรจากชนบทเข้าสู่เมืองอย่างต่อเนื่องทำให้มีการขยายตัวของความเป็นเมืองมากขึ้น โดยสัดส่วนของประชากรในเขตเมืองเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ ๓๑.๑ ในปี ๒๕๔๓ เป็นร้อยละ ๔๕.๗ ในปี ๒๕๕๓

สถิติของแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นจาก ๑,๓๑๐,๖๙๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น **๒,๔๘๗,๐๔๕ คน** ในปี ๒๕๕๓

อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๔๘ - ๒๕๕๒ มีอัตราส่วนการตายสูงสุดในปี พ.ศ.๒๕๔๘ และ ๒๕๕๐ เท่ากับ ๑๒.๒ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน หลังจากปี ๒๕๕๐ มีแนวโน้มลดลง ลดลงเหลือ ๑๐.๘ และ **๑๐.๒** ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓ ตามลำดับ

อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๘ – ๒๕๕๒ มีแนวโน้มลดลง โดยในปี ๒๕๔๘ สูงสุด เท่ากับ ๗.๖ ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน หลังปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีแนวโน้มลดลงจาก ๗.๖ เป็น ๗.๔ และ ๗.๒ ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ – ๒๕๕๐ ตามลำดับ ในปี ๒๕๕๒ ลดลงเป็น ๗.๑ และในปี ๒๕๕๓ ลดลง เป็น **๗.๐** ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน

อัตราตายเด็กต่ำกว่า ๕ ปี ในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๘ – ๒๕๕๒ โดยมีอัตราตายสูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ คือ ๑๐.๘ ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จาก ปี ๒๕๔๘ อัตรา ๑๐.๘ ลดลงเป็น ๙.๘ ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒

อายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้น ผู้ชายมีอายุคาดเฉลี่ย ๖๙.๑ ปีใน พ.ศ. ๒๕๕๓ เพิ่มเป็น ๗๑.๑ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ และผู้หญิงมีอายุคาดเฉลี่ย ๗๕.๗ ปี เพิ่มเป็น ๗๗ ปี ตามลำดับ ทั้งเพศชายและเพศหญิงจะอยู่ในระดับใกล้เคียงกันตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ เป็นต้นไป

แม้ว่าคนไทยได้รับการพัฒนาสุขภาพทุกช่วงวัย แต่ยังมีปัญหาด้านสติปัญญา และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ในกลุ่มวัยเด็ก **ระดับเชาว์ปัญญามีค่าเฉลี่ยลดลง**จาก ๙๑ เป็น ๘๘ ในช่วงปี๒๕๔๐-๒๕๕๒ (องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ ๙๐-๑๑๐) เด็กอายุ ๐-๕ ปีมีพัฒนาการสมวัยมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ ๗๒.๐ เหลือเพียงร้อยละ ๖๗.๐ ขณะเดียวกันยังมี**ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน**จากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม โดยในปี ๒๕๔๙ เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี มีโภชนาการเกินถึงร้อยละ ๑๐.๖ และคาดว่าอีก ๑๐ ปีข้างหน้า ๑ ใน ๕ ของเด็กปฐมวัยจะเป็นโรคอ้วน ส่วนเด็กวัยเรียน มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าร้อยละ ๕๐.๐ และมาตรฐานความสามารถของผู้เรียนในเรื่องการวิเคราะห์ สังเคราะห์ มีวิจารณญาณ และคิดสร้างสรรค์ค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้ยังพบ**พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น** อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีเพิ่มจาก ๕๔.๙ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีพันคน เป็น ๕๖.๒ ในปี ๒๕๕๓ พบปัญหาการขาดการออกกำลังกายในวัยแรงงาน(๒๕-๕๙) โดยวัยแรงงานมีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ ๑๙.๗ เท่านั้น

ในกลุ่มวัยสูงอายุ ภาระโรคที่กลุ่มผู้สูงอายุมีปัญหาอันดับต้นๆ คือ **การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน และโรคระบบประสาท เช่น โรค สมองเสื่อม การมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุใหญ่ที่สุด ร้อยละ ๑๘ ใน ผู้สูงอายุชาย และ ร้อยละ ๒๔ ในผู้สูงอายุหญิง โดยปี ๒๕๕๒** แม้ผู้สูงอายุจะมีอายุ

ยาวขึ้นแต่ประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นโดยพบว่า ร้อยละ ๓๑.๗ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ ๑๓.๓ และหัวใจร้อยละ ๗.๐ สาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุที่สำคัญและมีแนวโน้มที่สูงขึ้นคือ มะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง โดยมะเร็งทุกชนิด มีอัตราตาย ๔๐๒.๕ คนต่อประชากรผู้สูงอายุหนึ่งแสนคน โรคหัวใจ มีอัตราตาย ๑๗๕.๓ คนต่อประชากรผู้สูงอายุหนึ่งแสนคน **ซึ่งโรคเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายที่แพงและการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานกว่าโรคทั่วไป** ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุอยู่ที่ **ร้อยละ ๓๖.๑๕** ของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในทั้งหมด ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของกลุ่มวัยสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป **จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๙ ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด หรือคิดเป็น ๑.๒๒ แสนล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๓๑ หรือ ๒.๑๐ แสนล้านบาท** ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐในอนาคต

การสูญเสียปีสุขภาวะในผู้ชาย มีสาเหตุอันดับแรกมาจากการติดสุราและในผู้หญิงจากโรคเบาหวาน แทนที่ เอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะในอันดับต้นๆ เมื่อ ปี ๒๕๔๗ ที่โรคมะเร็งและเนื้องอก และอุบัติเหตุ ยังคงเป็นสาเหตุการตายที่มีอัตราสูงที่สุดของคนไทย การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน นับเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องเร่งป้องกันและดูแล จากผลการประเมินสุขภาพจิตใน พ.ศ. ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๒ พบสถานการณ์ที่ดีขึ้น

จากการคาดการณ์แนวโน้มการตายด้วยโรคต่าง ๆ ของประชากรไทย ใน พ.ศ. ๒๕๓๗ – ๒๕๕๒ โดยใช้สาเหตุการตายโดยตรงจากมรณบัตร พบว่า ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๒) **อุบัติเหตุจราจร มะเร็งตับ และหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในผู้ชายไทย** ขณะที่**เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งตับ เป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในผู้หญิงไทย** จะเห็นได้ว่า **โรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น** ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญของคนไทยที่พบว่า **แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้นมาตลอดใน ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา**

ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพนับว่าดีขึ้น ผู้บริโภคแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีสัดส่วนที่ลดลง ในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยังพบ “ขาด” และ “เกิน” ในการเลือกกินอาหารบางประเภท เช่น กินผักและผลไม้ลดน้อยลง ยังนิยมกินอาหารจานด่วน ไขมันสูง และขนมหวาน น้ำอัดลม ในกลุ่มวัยเด็ก จากการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายใน พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบคนไทยอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป มีภาวะอ้วนและลงพุงสูงขึ้นถึงร้อยละ ๓๔.๗ และ ๓๒.๑ ตามลำดับ พบการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนแม่วัยรุ่น ในอายุ ๑๐-๑๔ ปี

การเกิดโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ส่งผลกระทบในวงกว้าง ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ พบการแพร่ระบาดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในประเทศไทย สถานการณ์การระบาด

ของโรคแบ่งเป็น ๒ ช่วง คือช่วงแรก ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-กันยายน ๒๕๕๒ และระบาดระลอกสองในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ ข้อมูลล่าสุดสรุปเมื่อเดือนมีนาคม ๒๕๕๓ มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกแล้วกว่า ๑๖,๗๑๓ ราย ในประเทศไทยเสียชีวิต ๒๑๘ ราย เป็นชาย ๑๐๕ รายและหญิง ๑๑๓ ราย

IQ เด็กไทย จากการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยทั่วประเทศ อายุ ๖-๑๕ ปี ที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ ๑-๖ และมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๓ ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และสังกัดกรุงเทพมหานคร รวมจำนวน ๗๒,๗๘๐ คน โดยดำเนินการสำรวจในช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๕๓-มกราคม ๒๕๕๔ พบว่า เด็กนักเรียนไทยมีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ ๙๘.๕๙ ซึ่งถือเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนไปทางต่ำกว่ามาตรฐานสากลในยุคปัจจุบัน (ค่ากลาง IQ = ๑๐๐) เมื่อดูภาพรวมของประเทศ พบว่า มีเด็กที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ<๙๐) ประมาณร้อยละ ๒๘.๔ จะเห็นได้ว่า ในระบบการศึกษาของประเทศไทยยังมีนักเรียนที่มีความบกพร่องทางระดับสติปัญญา(IQ<๗๐) อยู่ร้อยละ ๖.๕ ซึ่งสูงกว่าที่มาตรฐานสากลกำหนดไว้ คือ ไม่ควรเกินร้อยละ ๒ และมีช่องว่าง(Gap)ของสติปัญญาระหว่างกลุ่มที่มีสติปัญญาดีกับกลุ่มที่มีปัญหาสติปัญญา *(ที่มา: กรมสุขภาพจิต.ร่วมสร้างสมองเด็กไทยให้ฉลาด.๒๕๕๔)*

ปัญหาแม่วัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นและปัญหาท้องไม่พร้อมเป็นวิกฤตปัญหาสังคมของประเทศไทย สถานการณ์การตั้งครรภ์ของหญิงไทยอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี เพิ่มขึ้นตามลำดับ จากสถิติสาธารณสุข พบว่า อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี เพิ่มสูงขึ้น จาก ๑๒๓,๔๔๗ คน ในปี ๒๕๔๘ เป็น ๑๓๑,๗๔๘ คน ในปี ๒๕๕๒ นอกจากนี้ยังพบว่า ในปี ๒๕๕๒ มีแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี คลอดบุตรจำนวน ๑๐๖,๗๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๕ ของจำนวนมารดาทุกช่วงอายุ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ ๑๐ และผู้ที่ทำแท้ง ร้อยละ ๔๖.๘ เป็นผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๒๕ ปี สาเหตุสำคัญที่ทำให้แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์สูงขึ้นเนื่องมาจากค่านิยมทางเพศที่เปลี่ยนไป เด็กมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ขาดความนับถือ ขาดความรักในตัวเอง ต้องการความรัก จากการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นทั่วโลกที่เรียกว่า Global Trend ทำให้วัยรุ่นเกิดเงื่อนไขในการตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ นำไปสู่ปัญหาความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน เพิ่มสูงขึ้น พบว่า วัยรุ่นและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์เพิ่มขึ้น จาก ๔๑.๕ ราย ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ คน เป็น ในปี ๒๕๔๘ เป็น ๗๖.๕ ราย ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๕๒ เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยและมีพฤติกรรมการแลกเปลี่ยนคู่นอน

การแพร่ระบาดของ HIV/AIDS ขยายไปในกลุ่มประชากรทั่วไป จากข้อมูลสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานว่า ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๗ ถึง ๒๕๕๓ ประเทศไทยมีผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น ๓๖๖,๙๔๕ ราย และมีผู้เสียชีวิต ๙๗,๑๗๙ ราย โดยพบมากที่สุดในกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง ๓๐-๓๔ ปี (ร้อยละ ๒๕.๐๖) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมา คือ เกษตรกรรม ว่างงาน ค้าขาย และ

แม่บ้าน (ร้อยละ ๔๕.๒๐, ๑๙.๘๒, ๖.๐๐, ๔.๕๕ และ ๔.๒๔ ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่ติดเชื้อผ่านทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ ๘๔.๒๙ รองลงมาคือ ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง ติดยาเสพติดชนิดเข้าเส้น ติดเชื้อจากมารดา และจากการรับเลือด (ร้อยละ ๗.๕๓, ๔.๔๕, ๓.๖๖ และ๐.๐๒ ตามลำดับ) ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี สะท้อนให้เห็นว่าแผนการระบาดของการติดเชื้อฯ เป็นลักษณะของ Generalized and Concentrated Epidemic มีแนวโน้มของความชุกการติดเชื้อฯ ลดลงในเกือบทุกกลุ่มประชากร แต่ยังคงมีอัตราความชุกการติดเชื้อฯ สูงในกลุ่มผู้ฉีดสารเสพติด และมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และจากการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อฯ มีสัญญาณให้ประเทศต้องเฝ้าระวังการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีอีกครั้ง

ปัญหายาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ในระหว่างปี ๒๕๔๙ – ๒๕๕๓ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดรวมทั้งสิ้น ๔๖๘,๑๗๐ คน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ส่วนใหญ่เป็นรายใหม่ การใช้สารเสพติดในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาเพิ่มขึ้นถึง ๗.๕ เท่าในช่วง ๑๔ ปีที่ผ่านมา ในปี ๒๕๕๓ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด รวมทั้งสิ้น ๑๑๔,๐๗๔ ราย (ข้อมูลจากระบบรายงาน บสต.) แยกเป็น เพศชาย ๑๐๔,๑๕๐ ราย เพศหญิง ๙,๙๒๐ ราย ไม่ระบุเพศ ๔ ราย ร้อยละ ๗๘ เป็นรายใหม่ ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้างและว่างงาน แยกตามลักษณะการเสพติด เป็นผู้เสพ ร้อยละ ๖๑ ผู้ติด ร้อยละ ๓๖ ผู้เสพติดรุนแรง ร้อยละ ๓ ยาเสพติดที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ยาบ้า รองลงมาเป็น กัญชา สารระเหย เฮโรอีน กระท่อม ตามลำดับ คดีอาชญากรรม ที่เนื่องมาจากยาเสพติดยังพุ่งสูงขึ้นในรอบ ๘ ปี ในปี ๒๕๕๓ มีการจับกุมสูงถึง ๒๖๖,๐๑๐ คดี เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๑๑.๖ โดยเยาวชนวัย ๒๐ – ๒๔ ปี ถูกจับกุมมากที่สุด และผลกระทบในฐานะผู้เสพมีมากที่สุดในกลุ่มแรงงานระดับล่างและผู้ไม่มีงานทำ

ปัญหาการเข้ามาของแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมายซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจาก ๗๙๗,๑๑๓ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็น ๑,๓๐๐,๒๘๑ ในปี ๒๕๕๓ เพิ่มโอกาสของการป่วยด้วยโรคติดต่อที่มาจากแรงงานข้ามชาติ ซึ่งส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน ๑๖,๓๐๓ ราย มาลาเรีย ๗,๑๓๗ ราย และ วัณโรคจำนวน ๑,๑๖๔ ราย นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานข้ามชาติมีอาการดื้อยารักษาวัณโรคและโรคมาลาเรีย ส่งผลให้มีการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวจากแรงงานข้ามชาติสู่คนไทยมากขึ้น

การบริโภคไม่ปลอดภัย/ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ได้มาตรฐาน ภาวะโลกไร้พรมแดนในปัจจุบันจะเห็นว่า ผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในและนอกประเทศ สามารถเข้าถึงยังผู้บริโภคในทุกระดับอย่างง่าย ทั้งชุมชนเมืองไปจนกระทั่งเขตชนบท จากผลการเฝ้าระวังการโฆษณาอาหารทั้งประเทศ ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปี ๒๕๕๓ พบว่าถูกต้องตามกฎหมายร้อยละ ๙๘.๒๘ และ ๙๗.๕๖ ตามลำดับ โดยผ่านช่องทางสื่อที่เข้าถึงผู้บริโภค และยากแก่การติดตามตรวจสอบ เช่น อินเตอร์เน็ต การขายตรง ทางช่องเคเบิลทีวี และวิทยุชุมชน เป็นต้นในบางรายจงใจกระทำผิด ผลิตอาหารที่ไม่ได้มาตรฐานและมีความไม่ปลอดภัยในรูปแบบต่างๆ

ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน แนวโน้มภัยพิบัติที่ทวีความรุนแรงขึ้น ทั้งอุบัติภัยจากธรรมชาติ ภัยที่มนุษย์ก่อขึ้น ภัยจากเทคโนโลยีและภัยโรคระบาดมีแนวโน้มทวีมากขึ้นทั่วโลก ทั้งในด้านความรุนแรง ความถี่และขอบเขตพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสร้างความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินมีหลายด้านที่รุนแรงมาก เช่น อุทกภัย วาตภัย อัคคีภัย จากดินโคลนถล่ม ภัยแล้ง และภัยจากโรคระบาดในมนุษย์ เป็นต้น โดยการช่วยเหลือด้านการแพทย์และสาธารณสุขในช่วงอุทกภัยที่ผ่านมาในปลายปี ๒๕๕๔ พบว่าการบริการประชาชนในหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ **จำนวนรวม ๙,๘๕๔ ครั้ง รวมผู้รับบริการสะสม ๒,๐๒๑,๐๗๘ ราย** โรคที่พบบ่อย ได้แก่ น้ำกัดเท้า ปวดกล้ามเนื้อ ไข้หวัด โรคผิวหนัง และปวดศีรษะ มีการตั้งโรงพยาบาลสนามให้ความช่วยเหลือ จำนวน ๑๗ แห่ง ในจังหวัดซึ่งมีน้ำท่วมบริเวณกว้าง และโรงพยาบาลประจำจังหวัดถูกน้ำท่วม เพื่อรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุฉุกเฉิน ๒๔ ชั่วโมง จำนวนผู้รับบริการรวม ๘๔,๐๒๗ ราย นอกจากนี้ยังมีการเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งติดอยู่ตามบ้าน

๒. ระบบประกันสุขภาพและระบบบริการ

ในปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๕๑ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนโรงพยาบาลทั้งสิ้นเท่ากับ ๘๘๐ แห่ง จำนวนเตียงเท่ากับ ๘๘,๖๔๓ เตียง เอกชนมีจำนวนรพ.ทั้งสิ้นเท่ากับ ๓๑๗ แห่ง จำนวนเตียงเท่ากับ ๓๐,๕๕๔ เตียง รพ.รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่ากับ ๑๓๖ แห่ง จำนวนเตียงเท่ากับ ๒๐,๕๑๘ เตียง รวมทั่วประเทศมีจำนวนรพ.ทั้งสิ้นเท่ากับ ๑,๓๓๓ แห่ง จำนวนเตียงเท่ากับ ๑๓๙,๗๑๕ เตียง

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนเตียงคิดเป็น ร้อยละ ๖๓ ของเตียงทั่วประเทศ จำนวนโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๖๖ ของจำนวนโรงพยาบาลทั่วประเทศ

ความคลอบคลุมประชากรเพิ่มมากขึ้นโดยมีความครอบคลุมร้อยละ ๙๙.๒๒ ที่เหลือเป็นสิทธิ์อื่นและเป็นผู้ที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ์ ข้าราชการครอบคลุมประชากรน้อยที่สุดแต่ใช้เงินต่อหัวประชากรมากที่สุด โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรมากที่สุดและใช้เงินต่อหัวประชากรน้อยที่สุด **อัตราการเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มมากขึ้น**ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ(UC) จาก **๑,๒๐๒ บาท**ต่อหัวประชากร ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๔๕ เป็น **๒,๕๔๖.๔๘ บาท**ต่อหัวประชากร ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๔ จำแนกเป็น

ผู้ป่วยนอก จาก ๕๗๔ บาทเป็น ๗๙๕.๓๙ บาทต่อหัวประชากร

ผู้ป่วยใน จาก ๓๐๓ บาท เป็น ๙๕๔.๗๒ บาทต่อหัวประชากร

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากเดิม ๑๗๕ บาท ต่อหัวประชากร เป็น ๓๑๒.๕๐ บาทต่อหัวประชากร

จำนวนผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเข้าถึงบริการ

พบว่าตั้งแต่ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๒ จำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี ในแง่ปริมาณมีความครอบคลุมดีแล้วแต่ยังมีปัญหาเรื่องคุณภาพ ในด้านการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เช่น โรคหัวใจต้องเข้าคิวนานกว่าจะได้รับการผ่าตัด หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

อัตราการใช้บริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ทั้งนี้ อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกอยู่ ระหว่าง ๒.๓๗-๒.๙๘ ครั้งต่อประชากรต่อคนต่อปี โดยปีงบประมาณ ๒๕๕๒ เท่ากับ ๒.๙๘ ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนผู้ป่วยในมีอัตราการใช้บริการ ๐.๐๙-๐.๑๑ ครั้งต่อประชากรต่อคนต่อปี ซึ่งปีงบประมาณ ๒๕๕๒ มีอัตรา การใช้บริการ ๐.๑๑ ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในอยู่ระหว่าง ๐.๘๗-๑.๐๓ โดย ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ เท่ากับ ๑.๐๓

กลุ่มเป้าหมายที่มาใช้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ ๙๐ เป็นกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุด (ช่วง D๑-D๕) กลุ่มรายได้ดีส่วนใหญ่จะอยู่ในระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคมกลุ่มรายได้สูง D ๖-D๑๐)

การใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยในมีอัตราการใช้สิทธิสูงกว่าผู้ป่วยนอก อัตราการใช้สิทธิที่หน่วยบริการของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นเป็นลำดับตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ ถึงปี ๒๕๕๒ โดยอัตราในการใช้บริการ**ผู้ป่วยนอก** เพิ่มจาก ๐.๗๖ เป็น ๐.๘๐ ต่อผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ส่วน**ผู้ป่วยใน**ก็มีอัตราการใช้สิทธิเพิ่มขึ้นในทำนองเดียวกัน โดยมีอัตราการใช้สิทธิเพิ่มจาก ๐.๘๐ เป็น ๐.๙๑ ต่อผู้ป่วยในที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล

ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นในภาพรวม แต่พบความพึงพอใจเขตปริมณฑลน้อยกว่าเขตชนบท จากคะแนน ๘.๑๘ ในปี พ.ศ.๒๕๔๘ เป็น ๘.๗๗ ในปี ๒๕๕๓ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) หรือจากหลายแหล่งพบความพึงพอใจในภาพรวมมีเพิ่มมากขึ้น แต่เมื่อจำแนกเป็นเขตชนบทจะพบว่ามีความพึงพอใจสูงกว่าในเขตปริมณฑลพบมีความพึงพอใจเท่ากับ ร้อยละ ๖๐

มาตรฐานการให้บริการ การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ไม่สมดุลโดยบุคลากรการแพทย์จะกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองใหญ่ทำให้เกิดปัญหาขาดกำลังคนในการจัดบริการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในส่วนของสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรดีขึ้นทุกภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ ๗,๖๑๔ ในปี ๒๕๔๔ และ ๕,๐๒๘ ในปี ๒๕๕๑ ตามลำดับ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่นๆ (กทม ๙๕๕ กลาง ๒,๘๓๙ เหนือ ๓,๓๘๖ ใต้ ๓,๖๙๔)

สถานบริการที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน(Hospital Accreditation)ในรพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ผ่านเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ สถานบริการที่ผ่านการรับรองขั้นที่ ๑ มีจำนวน ๙๙ แห่ง

หน่วยบริการเพื่อการขึ้นทะเบียนได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยบริการส่วนใหญ่ครอบคลุมพื้นที่มากที่สุด ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ ๕๗.๔๖ หน่วยบริการเพื่อการขึ้นทะเบียนได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๗.๔๖ ๙๖.๗๑ และ ๙๑.๐๓ ตามลำดับ

สรุปได้ว่าระบบบริการสุขภาพจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า **ร้อยละ ๑๐๐ มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ และยังสามารถขยายการครอบคลุมหลักประกันไปยังกลุ่มแรงงานข้ามชาติ** ทำให้มีภาระและความเสี่ยงอันเกิดจากค่าใช้จ่ายการรักษา พยาบาล ที่ลดน้อยลง จำนวนครัวเรือนที่ยากจนจากการเจ็บป่วยลดลงจาก ๒๘๐,๐๐๐ ครัวเรือน เหลือ ๘๘,๐๐๐ ครัวเรือน ในปี ๒๕๕๑ ประสิทธิภาพจากสถานะสุขภาพคนไทยโดยรวมเมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่ายสุขภาพรวมทั้งประเทศ อยู่ในระดับที่ดีกว่าหลายประเทศ ชี้ให้เห็นถึงความมีประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยระดับหนึ่ง **รายจ่ายสุขภาพ**รวมของคนไทยค่อนข้างคงที่ คิดเป็นประมาณ**ร้อยละ ๓.๕-๔.๐ ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศหรือ** GDP คุณภาพและประสิทธิผลของการรักษาที่พบอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควบคุมได้ด้วยบริการ**แบบผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง** แม้**อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในหรือการเสียชีวิตใน ๒๘ วันจะลดลง**

การสร้างหลักประกันสุขภาพ ตั้งแต่ปี ๒๕๓๔-๒๕๕๔ ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๓.๕ เป็นร้อยละ ๙๙.๙๕ (๖๓.๘๙ ล้านคน)ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ ความครอบคลุมคิดเป็นร้อยละของประชากรผู้มีสิทธิทั้งประเทศ (๖๓.๙๒ ล้านคน) เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๓ ร้อยละ ๐.๗๑ ยังมีประชากรกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ ๓๑,๙๐๖ คน และกลุ่มรอพิสูจน์สถานะ ๑,๑๙๗,๗๔๖ คน **ประชากรลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๔๘.๑๒ ล้านคน** เป็นหน่วยบริการของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข(สธ) ร้อยละ ๙๐.๒๗ หน่วยบริการคู่สัญญา ๘๕๐ แห่ง รัฐนอกสังกัด สธ. ร้อยละ ๔.๙๙ หน่วยบริการคู่สัญญา ๙๗ แห่ง และเอกชน ร้อยละ ๔.๗๔ หน่วยบริการคู่สัญญา ๒๑๑ แห่ง มีคลินิกชุมชนอบอุ่นที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันฯ ส่วนใหญ่เป็นเอกชน ถึงร้อยละ ๘๑.๔๖

ด้านการใช้บริการทางการแพทย์เฉพาะผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

- การใช้บริการผู้ป่วยนอก ๔๔.๙๓ ล้านคน /๑๔๙.๕๘ ล้านครั้ง อัตราการใช้บริการ (ต่อประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เท่ากับ ๓.๑๓ ครั้ง/คน/ปี ส่วนผู้ป่วยในมีจำนวน ๕.๕๙ ล้านคน/๒๒.๗๐ ล้านวัน อัตราการใช้บริการ (อัตราการนอนโรงพยาบาล) ต่อประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ ๐.๑๑๗ ครั้ง/คน/ปี
- ผู้รับบริการอุบัติเหตุฉุกเฉินและค่าใช้จ่ายสูง จำนวน ๑,๒๕๑,๓๓๗/๒๑๓,๒๒๘ ราย

- การแพทย์แผนไทยมีผู้รับบริการ ๕๐๙,๐๕๐ คน/๑,๘๔๙,๙๖๓ ครั้ง มีหน่วยบริการ ๒,๖๒๑ แห่ง สถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการสูงสุด ร้อยละ ๕๑.๐๕ รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุนชน ร้อยละ ๔๔.๑๒

- บริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation/โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ปี ๒๕๕๒ มีอัตราการรับไว้รักษาใน รพ.ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๘ เท่ากับ ๑๑.๓๐/๓๗.๔๔ การให้บริการผ่าตัดหัวใจ ปี ๒๕๕๒ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๙ ร้อยละ ๔.๖๔ และโรคมะเร็ง ปี๒๕๕๒ มีผู้รับบริการโรคมะเร็งผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๐ ร้อยละ ๔๕.๘๙/๓๐.๙๙

- ระบบบริการปฐมภูมิ ผลการตรวจประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๕๐/๒๕๕๓ ร้อยละ ๔๗.๙๑/๕๗.๗๒ ใน ปี ๒๕๔๖-มิ.ย.๒๕๕๓ สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อโรงพยาบาลเท่ากับ ๐.๙๘

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีผู้ลงทะเบียนรายใหม่ ๒๖,๕๗๐ ราย ได้รับยาต้านไวรัสสะสม ๑๕๒,๓๑๑ ราย เป็นสูตรดื้อยา ๑๕,๕๓๕ ราย ผู้รับบริการ VCT สะสม (คลินิกให้คำปรึกษาและตรวจเลือด) ๕๒๑,๕๘๘ ราย ได้รับการตรวจเลือด ร้อยละ ๘๓.๘๓ พบผลเลือดบวก ร้อยละ ๓.๘๓

- การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีผู้พิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งสิ้น ๗๔๔,๒๖๑ คน ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ ๑๓,๕๗๘ คน/๒๔,๗๒๙ ชิ้น และบริการฟื้นฟูฯ ๑๕๖,๓๑๓ คน/ ๖๘๖,๖๗๘ ครั้ง

- การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีความครอบคลุมการให้บริการด้านต่างๆ ได้แก่ ตรวจคัดกรอง TSH ในเด็กแรกเกิด ร้อยละ ๔๗.๔๔ วัคซีนไข้สมองอักเสบ ร้อยละ ๓๗.๙๒ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ครอบคลุมร้อยละ ๑๘.๐๐ การคัดกรองผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปสิทธิ UC /สิทธิอื่นๆ ร้อยละ ๒๘.๒๒/๒๖.๙๑ การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ ๔๗.๖๐ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ ๗๐.๘๒ ครอบคลุมประชากร ๓๙.๕๗ ล้านคน

- การใช้บริการบำบัดทดแทนไต ผลการดำเนินงานภาพรวม ๑๘,๑๙๑ คน (ร้อยละ ๑๙๑.๐๖ จากเป้าหมาย ๙,๕๒๑ คน) ได้แก่ การล้างไตผ่านทางช่องท้อง/การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม/การผ่าตัดเปลี่ยนไต/ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ร้อยละ ๖๙.๕๐/๗๕.๖๖/๒๐.๐๐/๙๕.๑๕ ของผู้ป่วยลงทะเบียน

- การใช้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ๓,๔๘๗,๖๙๕ ราย ร้อยละ ๑๑๖.๖๗ (เป้าหมาย ๒,๙๘๙,๓๐๐ ราย) เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ๑,๓๗๙,๙๕๔ ราย ร้อยละ ๕๘.๐๐ (ประมาณการอัตราความชุก ๖.๙๐%) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ๒,๑๐๗,๗๔๑ ราย ร้อยละ ๒๘.๕๖ (ประมาณการอัตราความชุก ๒๑.๔๐%)

- การใช้บริการผู้ป่วยโรคเฉพาะเมื่อเทียบกับเป้าหมาย ได้แก่ โรคเลือดออกง่าย ร้อยละ๑๒๕.๑๑

- การใช้บริการผู้ป่วยวัณโรค มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษา ๕๑,๓๖๖ ราย เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในระบบ UC ๔๓,๐๖๗ ราย ร้อยละ ๘๓.๘๔ และสิทธิอื่น ร้อยละ ๑๖.๑๖ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาต้านวัณโรค ร้อยละ ๙๐.๕๓

- การเข้าถึงยาและวัคซีน ได้แก่ การเข้าถึงยา จ (๒) ๔,๑๕๗ ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๗.๖๐ จากปี ๒๕๕๓

การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีหน่วยบริการที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA) เข้าร่วมในระบบทั้งสิ้น ๙๘๘ แห่ง ได้รับการรับรองคุณภาพ HA จำนวน ๒๙๕ แห่ง (ร้อยละ ๒๙.๘๖) รับรองขั้นที่ ๒ จำนวน ๖๒๘ แห่ง (ร้อยละ ๖๓.๕๖) ผลการตรวจประเมินหน่วยบริการเพื่อขึ้นทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อ พบผ่านเกณฑ์ (แบบไม่มีเงื่อนไขและมีเงื่อนไข) ร้อยละ ๗๗.๓๙, ๙๗.๙๓ และ ๘๙.๘๔ จากผลสำรวจความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันฯ พบว่าประชาชนที่เคยใช้บริการมีความพึงพอใจ ร้อยละ ๙๒.๗๕ ส่วนผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพฯ ร้อยละ ๖๖.๘๖

การให้บริการประชาชนเพื่อช่วยเหลือผู้มีสิทธิและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้บริการทั้งสิ้น ๘๑๙,๑๖๓ เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องสอบถามข้อมูล ๘๐๘,๗๙๓ เรื่อง (ร้อยละ ๙๘.๗๓) จำแนกเป็นประชาชนสอบถาม ๗๗๗,๗๙๘ เรื่อง (ร้อยละ ๙๖.๑๗) และผู้ให้บริการสอบถาม ๓๐,๙๙๕ เรื่อง (ร้อยละ ๓.๘๓) ส่วนเรื่องร้องเรียนได้รับการตอบสนองภายใน ๓๐ วันทำการ ร้อยละ ๙๔.๙๖ และเรื่องร้องทุกข์ดำเนินการแล้วเสร็จ ร้อยละ ๙๗.๓๐ ได้ประสานหาเตียงผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๓,๓๑๕ ราย เป็นสิทธิ UC ร้อยละ ๙๗.๕๖

การชดเชยความเสียหายกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย จากการใช้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันฯ (ตามม.๔๑) ผู้รับบริการได้รับการชดเชย ๗๘๓ ราย เป็นเงิน ๙๒.๒๐ ล้านบาท ส่วนผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขฯ ได้รับการชดเชย ๕๐๕ ราย เป็นเงิน ๔.๓๗ ล้านบาท

๓. การประเมินผลยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ

จากการสำรวจหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนำยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔) ไปใช้ในการวางแผน พบว่าหน่วยงานที่ใช้แผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ ๑๐ ส่วนมากเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีโรงพยาบาล ประมาณ ๑-๓ แห่ง สังกัดส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ที่ตอบว่าไม่ได้ใช้ยุทธศาสตร์สุขภาพดังกล่าวเนื่องจากไม่มีหน่วยงานและผู้รับผิดชอบในการวิเคราะห์นโยบายและแผน

พบว่ามีข้อมูลหลักฐานต่างๆ ค่อนข้างจำกัดในการสรุปความก้าวหน้า และการบรรลุผลสำเร็จของยุทธศาสตร์ แม้จะได้มีการวางแผนการประเมินผลตลอดจนการพัฒนากลไก และเครื่องชี้วัดไว้อย่างครอบคลุม

จากข้อจำกัดดังกล่าวในการประเมินผลการบรรลุเป้าหมายของแต่ละยุทธศาสตร์ในอนาคต ควรมีการประเมินแนวทาง และขั้นตอนการดำเนินงานของการบริการจัดการเพื่อขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ ทุกขั้นตอน และควร**สร้างระบบการติดตามประเมินผล** เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์ของข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม ควบคู่ไปกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปีโดยข้อมูลที่ใช้ควรมีความสอดคล้องกันตั้งแต่ดัชนีชี้วัดตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ เป้าหมายการให้บริการกระทรวงฯ เป้าหมายยุทธศาสตร์ นโยบายรัฐบาล และชุดดัชนีชี้วัดทั้งหมดควรมีทิศทางที่เป็นเอกภาพและกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในการวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับไปพัฒนายุทธศาสตร์ให้เป็นปัจจุบันและต่อเนื่อง ผลการประเมินผลแต่ละยุทธศาสตร์ สรุปดังนี้

ในการประเมินความก้าวหน้าของการนำสู่การปฏิบัติของนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ ผ่านไปยัง แผนงาน/โครงการ ในด้านการวางแผน/ออกแบบระบบทำงาน (Approach) การนำสู่การปฏิบัติ (Deployment) และการประเมินผล(Result) พบว่า หน่วยงานระดับกรม/กองมีระดับความก้าวหน้าแตกต่างกันไปและพบช่องว่างการนำสู่การปฏิบัติดังนี้

๑. การขาดเครื่องชี้วัดและผู้รับผิดชอบประเมินผลในแต่ละนโยบายและยุทธศาสตร์ที่จะต้องบูรณาการร่วมกัน เช่น โครงการหลักประกันสุขภาพ การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ นโยบายการให้บริการรักษาพยาบาลระหว่างกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ นโยบายการส่งต่อ การตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น น้ำท่วม ไข้หวัดใหญ่ นโยบายผู้สูงอายุ การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด การสร้างเสริมสุขภาพในสถานพยาบาลระดับต่างๆ ฯลฯ

๒. ความล่าช้าในการนำแผนสู่การปฏิบัติเนื่องจากการการอนุมัติงบประมาณล่าช้า โดยเฉพาะในปีงบประมาณที่มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล

๓. การยกเลิก/เปลี่ยนนโยบายในแต่ละรัฐบาลและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ขาดความต่อเนื่องและไม่ชัดเจน

๔. การประเมินผลที่มุ่งเน้นเฉพาะตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการในหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นส่วนใหญ่ ทำให้อาจจะไม่ได้คำตอบในภาพรวมที่ครบถ้วนหรือตรงกับความเป็นจริงเท่าที่ควร

๕. ความไม่พร้อมของระบบข้อมูลรองรับการประเมินผลสำเร็จตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้

ความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์แตกต่างกัน และมีอุปสรรคสำคัญดังต่อไปนี้

๑. การสนับสนุนงบประมาณที่ขาดความทันสมัย ไม่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของพื้นที่ ยอดวงเงินไหลเวียนไม่แน่นอน ขาดความยืดหยุ่นในการใช้งบประมาณ และวิกฤตเศรษฐกิจทำให้ไม่ได้งบประมาณตามแผนที่กำหนดไว้

๒. การเปลี่ยนแปลงหน่วยงานย่อย หรือบุคคลรับผิดชอบในหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค บ่อย (แผนลดกำลังคนภาครัฐ) ทำให้คุณภาพ และทักษะความชำนาญงานลดลง และขาดความต่อเนื่อง

๓. ความยากลำบากในการประสานงานข้ามสายงาน ข้ามกระทรวง โดยเฉพาะแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ขาดข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ในทุกสายงาน ถึงแม้จะมีระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์รองรับแล้วก็ตาม

๔. ความแปรปรวนเนื่องจากความสนใจของหัวหน้าหน่วยงาน ไม่ได้ยึดกุมเป้าหมายภาพรวมของการพัฒนาสุขภาพในระยะยาว มองปัญหาระยะสั้น หรือปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น

ในการผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์ให้ดำเนินงาน ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่เป็นระบบ ไม่ต่อเนื่อง หาผู้รับผิดชอบไม่ได้โดยเฉพาะนโยบายหรือยุทธศาสตร์ที่ต้องบูรณาการร่วมกันกับหลายหน่วยงานในระดับกรม ปรากฏการที่ชัดเจนในแผนงานที่คร่อมสายงานมากๆ จะขาดการติดตามการดำเนินงานที่เป็นภาพรวม อย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อมีการตัดทอนงบประมาณ สำหรับผลสำเร็จของยุทธศาสตร์ต่างๆ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๓.๑ ยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข (ยุทธศาสตร์ข้อที่ ๓)

ผลการประเมินพบว่ามีข้อมูลพร้อมให้ประเมินได้บางเรื่อง เช่น การประเมินความพึงพอใจทั้งในผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกแห่งผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานตามระบบ Hospital Accreditation (HA) หรือระบบคุณภาพมาตรฐานอื่น ๆ ตามที่กำหนดไว้ ขยายและยกระดับคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิโดยจัดสรรงบประมาณและบุคลากรสนับสนุนเพิ่มขึ้นอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง ในส่วนของเป้าหมายอื่นๆ ได้แก่ สัมพันธภาพและความไว้เนื้อเชื่อใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการและความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ การลดระยะเวลาการรอตรวจที่โรงพยาบาลรัฐลง จาก ๗๓–๑๐๐ นาที ลงให้เหลือน้อยกว่า ๓๐ นาที ภายใต้กลไกควบคุมคุณภาพการให้บริการที่เหมาะสม การปิดการให้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์) โดยสร้างระบบบริการปฐมภูมิใกล้บ้านรองรับผู้ป่วยนอก และให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิรับตรวจเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อหรือที่ได้รับการนัดหมายจากแพทย์ การจัดให้มีระบบการชดเชยและไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางการแพทย์ ได้แก่ ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องรอการไต่สวนหาคนผิด (No false compensation scheme) ระบบการร้องทุกข์และกลไกการไกล่เกลี่ยที่เหมาะสม (Appropriate/Alternative Dispute Resolution-ADR) การลดจำนวน

กรณีการร้องเรียนให้มีอัตราการร้องเรียนเพิ่มไม่เกินร้อยละ ๑๕ จากเดิมที่มีการเพิ่มร้อยละ ๒๔.๑ (เพิ่มจาก ๑,๕๐๒ รายในปี ๒๕๔๗ เป็น ๑,๘๖๔ รายในปี ๒๕๔๘) การลดความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพ ทั้งในแง่สิทธิประโยชน์ งบประมาณ และระบบการจ่ายเงิน ผู้ป่วย คนทุกข์คนยาก หรือผู้พิการไม่ถูกทอดทิ้งและได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างสมศักดิ์ศรี ยังขาดแคลนข้อมูลในการประเมินแทบทั้งสิ้น

จากเป้าหมาย ๙ ข้อ พบว่า มีระบบการชดเชยและไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางการแพทย์ ขยายและยกระดับคุณภาพและระบบบริการปฐมภูมิ มีการประเมินความพึงพอใจทั้งในผู้รับบริการและผู้ให้บริการและลดจำนวนกรณีการร้องเรียนให้มีอัตราเพิ่มไม่เกินร้อยละ ๑๕ ส่วน ๕ ข้อที่เหลือ ยังไม่มีบรรลุเป้าหมาย ได้แก่ **ลดระยะเวลาการรอตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐลงให้เหลือน้อยกว่า ๓๐ นาที ปิดการให้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ** โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**ทุกแห่งผ่านเกณฑ์** การรับรองคุณภาพตามระบบ HA หรือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามที่กำหนด ลดความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพ ผู้ป่วย คนทุกข์คนยากหรือผู้พิการ ไม่ถูกทอดทิ้ง

เท่าที่มีข้อมูลตามเครื่องชี้วัดพบว่าส่วนมากบรรลุตามเป้าหมาย ได้แก่ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการในภาพรวมร้อยละ ๘๒.๘๔ หรือคิดเป็นคะแนน จากคะแนนเต็ม ๕ ได้เท่ากับ ๔.๕ ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นคุณภาพอยู่ที่ร้อยละ ๘๑.๖๙ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ไม่พอใจได้แก่ ระยะเวลาการให้บริการไม่เป็นไปตามกำหนด อาคารสถานที่ไม่เพียงพอ เช่น น้ำดื่ม โทรศัพท์ พัดลม เครื่องปรับอากาศ ที่นั่งรอรับบริการ จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการให้บริการ เป็นต้น (รายงานการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๓ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ)

ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๔) **ประชาชนอยากได้อะไรจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “๓๐ บาทรักษาทุกโรค”**จัดทำโดยศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (เอแบคโพล) และสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชาชนคาดหวัง ดังนี้ คือ ๑) ยามีคุณภาพดี ๒) การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ๓) รอไม่นาน ๔)แพทย์ พยาบาล และบุคลากร ให้บริการดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้โอกาสซักถาม ๕) ใช้สิทธิได้เท่าเทียมกับสิทธิอื่น และ ๖)ต้องการให้สุขภาพให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย

ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพ (ข้อมูล ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๔) พบว่าประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนผู้มีสิทธิ จำนวน ๖๔.๐๔ ล้านคน ความครอบคลุมคิดเป็นร้อยละ ๙๙.๘๙ ของประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพทั้งประเทศ ๖๔.๑๑ ล้านคน และยังคงมีประชากรที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิอีก จำนวน ๗๐,๑๑๗ คน

การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ประเด็นสำคัญของการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ คือคุณภาพและมาตรฐานบริการ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ จนถึงปี ๒๕๕๔ ทำให้โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพได้รับการรับรองคุณภาพในขั้นต่างๆ ตามมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) เพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะการรับรองคุณภาพขั้น ๒ ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย ที่เน้นสนับสนุนให้โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการรับรองอย่างน้อยขั้น ๒

ผลการดำเนินงาน (ข้อมูล ณ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๔) โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด ๙๘๘ แห่ง พบว่า **มีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพในขั้นต่างๆ ตามมาตรฐาน HA จำนวน ๙๘๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๔ ของโรงพยาบาลในระบบ UC ทั้งหมด** ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๕๓ จำนวน ๔ แห่ง ประกอบด้วย

การรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA	**จำนวน (แห่ง)**	**ร้อยละของโรงพยาบาลในระบบ UC**
คุณภาพ HA	๒๙๕	๒๙.๙
คุณภาพ HA ขั้น ๒	๖๒๘	๖๓.๖
คุณภาพ HA ขั้น ๑	๕๙	๖.๐
กำลังพัฒนา	๖	๐.๖

การคุ้มครองสิทธิ ในด้านการคุ้มครองสิทธินั้นประชาชนผู้รับบริการและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐาน และได้รับการเยียวยาจากเหตุหรือผลกระทบอันไม่บังควรจากการรักษาพยาบาลโดยไม่มีการพิสูจน์ผิดถูก ซึ่งในด้านการประชาสัมพันธ์การรับรู้สิทธิ ได้ออกคำสั่ง ที่ ๔/๒๕๕๐ เรื่องแต่งตั้งคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์และคุ้มครองสิทธิเพื่อเป็นการสื่อสารให้ประชาชนรับรู้สิทธิและได้รับการคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ และการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิและการคุ้มครองทางสังคมในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ได้ดำเนินการพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มทักษะในด้านการเจรจาไกล่เกลี่ย รวมทั้งเพิ่มช่องทางการรับรู้ข่าวสารแก่ประชาชนด้านหลักประกันสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ **มีผลการดำเนินงาน ดังนี้**

๑) การบริการข้อมูล รับเรื่องร้องเรียน และเรื่องร้องทุกข์

ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ การให้บริการตอบคำถาม รับเรื่องร้องเรียน และเรื่องร้องทุกข์ ผ่านทางช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ โทรศัพท์สายด่วน สปสช. ๑๓๓๐ จดหมาย โทรสาร E-mail หรือมาติดต่อด้วยตนเอง **จำนวน ทั้งสิ้น ๗๓๙,๔๖๔ เรื่อง จำแนกเป็น**

(๑) การให้บริการตอบคำถาม (รวมทั้งบริการโดยโทรศัพท์ระบบตอบรับอัตโนมัติ Interactive Voice Response หรือ IVR) จำนวน ๗๒๙,๓๒๐ เรื่อง (ส่วนใหญ่เป็นเรื่องสอบถามข้อมูล) เมื่อเปรียบเทียบสถิติในปี ๒๕๕๓ พบว่า ลดลงร้อยละ ๙.๘๓ (ประชาชนสอบถามจำนวน ๖๙๗,๓๒๕ เรื่อง ลดลงจากปี ๒๕๕๓ ร้อยละ ๑๐.๓๕ ผู้ให้บริการสอบถาม จำนวน ๓๑,๙๙๕ เรื่อง เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๓ ร้อยละ ๓.๒๓)

(๒) การรับเรื่องร้องเรียน จำนวน ๔,๓๘๖ เรื่อง พบว่าสถิติการร้องเรียนเพิ่มขึ้นจาก ปี ๒๕๕๓ ร้อยละ ๔.๗๘

(๓) รับเรื่องร้องทุกข์ จำนวน ๕,๗๕๘ เรื่อง พบว่าสถิติการร้องทุกข์ลดลงจากปี ๒๕๕๓ ร้อยละ ๖.๘๙

๒) การชดเชยผู้รับบริการและผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้รับบริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลกับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน ๙๖๕ ราย อนุกรรมการระดับจังหวัดได้พิจารณาแล้วเข้าหลักเกณฑ์ ๗๘๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๑๔ และเห็นชอบการจ่ายเงินช่วยเหลือทั้งหมด เป็นเงิน ๙๒.๒๐ ล้านบาท โดยการจ่ายเงินชดเชยเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๓ ร้อยละ ๑๒.๕๖

ผู้ให้บริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวนทั้งสิ้น ๖๒๕ ราย ผลการพิจารณาฯ พบว่าเข้าหลักเกณฑ์ตามข้อบังคับ ๕๐๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๘๐ และคณะกรรมการเห็นชอบการจ่ายเงินช่วยเหลือทั้งหมด เป็นเงิน ๔.๓๗ ล้านบาท โดยการจ่ายเงินชดเชยลดลงจากปี ๒๕๕๓ ร้อยละ ๑๒.๔๙

การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี ตามเจตนารมณ์ของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คือการที่ “รัฐต้องจัดและส่งเสริมระบบการให้บริการสาธารณะสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานโดย มีองค์กรกำกับดูแล ซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ”ซึ่งได้กำหนดไว้ในมาตราต่างๆ เช่น มาตรา ๕ , ๖ , ๗, ๑๘(๙) (๑๐) (๑๓) ,๔๑, ๔๗ , ๕๐ (๗) (๙) , ๕๙ ที่กำหนดให้ภาคส่วนต่างๆ ทั้งประชาชน เครือข่ายองค์กรประชาชน องค์กรปกครองท้องถิ่น และองค์กรวิชาชีพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งนับเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายและเป็นระบบที่มีผลกระทบต่อประชาชนจำนวนมาก ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆและเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของของผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นปัจจัยนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของประชาชนและสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างยั่งยืน

กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางดำเนินการในการส่งเสริมบทบาทและการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรภาคีทุกกลุ่ม ในการมีส่วนร่วม และการจัดการองค์ความรู้ ในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ โดยส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรด้านสุขภาพกับ

ภาคีทุกภาคส่วน เช่น ภาคประชาชน(ผู้รับบริการ) ภาครัฐ (ผู้ให้บริการ) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งองค์กรอิสระ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายองค์กรประชาชน

ปัจจุบัน มีเครือข่ายองค์กรประชาชนที่มีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๑๙ เครือข่าย โดยเน้นการให้ความรู้ และการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งและสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนา บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ลำดับที่ ๑-๙ เครือข่ายองค์กรประชาชน ๙ ด้าน ตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้แก่ เครือข่ายเด็กหรือเยาวชน เครือข่ายสตรี เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายคนพิการ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี เครือข่ายแรงงานนอกระบบ เครือข่ายชุมชนแออัด เครือข่ายเกษตรกร และเครือข่ายชนกลุ่มน้อย

ลำดับที่ ๑๐-๑๖ เครือข่ายผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูงและโรคเรื้อรัง ได้แก่ เครือข่ายผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิต และคนพิการทุพพลภาพ

ลำดับที่ ๑๗ เครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนและหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระ ตาม ม.๕๐(๕)

ลำดับที่ ๑๘ เครือข่ายศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัด

ลำดับที่ ๑๙ เครือข่ายวิทยุชุมชน

๒) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นความร่วมมือและการร่วมบริหารจัดการระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ประชาชน และหน่วยงานสาธารณสุข ที่ร่วมกันดำเนินการและบริหารจัดการ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพในพื้นที่ ในสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๕๔ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วม ทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง และเทศบาลนคร ทั้งสิ้น ๗,๔๒๕ แห่ง (ร้อยละ ๙๕.๔๙ จากทั้งหมด ๗,๗๗๖ แห่ง)

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ให้ใช้จ่ายเงินกองทุน โดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายตัวอย่างเหมาะสมเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน ๔๗.๙๙ ล้านคนให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพด้วยความมั่นใจ ซึ่งครอบคลุมถึงการจ่ายให้แก่สถานบริการ หน่วยงาน องค์กรหรือบุคคลที่สนับสนุน

หรือส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขด้วย ผลการดำเนินงานบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ จำแนกตามประเภทบริการ ดังนี้

การบริการผู้ป่วยนอก-ใน มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน ๑๕๓.๘๑ ล้านครั้ง อัตราการใช้บริการ (ต่อประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เท่ากับ ๓.๒๓ ครั้ง/คน/ปี ส่วนผู้ป่วยในมีจำนวน ๕.๓๔ ล้านครั้ง/๒๒.๒๑ ล้านวัน อัตราการใช้บริการ (อัตราการนอนโรงพยาบาล) ต่อประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ ๐.๑๐๘ ครั้ง/คน/ปี

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบด้วย งานอนามัยมารดา บริการฝากครรภ์จำนวน ๑,๔๗๓,๗๗๕ ราย บริการตรวจหลังคลอดจำนวน ๓๓๘,๔๔๖ ราย งานอนามัยเด็ก ตรวจคัดกรอง TSH ในเด็กทารกแรกเกิดจำนวน ๖๓๖,๓๕๒ ราย บริการวัคซีน ๑,๓๑๗,๔๑๓ ราย (MMR ในเด็กอายุ ๑ ปี จำนวน ๔๔๑,๗๐๖ ราย, JE๓ ในเด็กอายุ ๓ ปี จำนวน ๔๕๔,๑๓๓ ราย และ DTP๕ ในเด็กอายุ ๕ ปี จำนวน ๒๘๗,๘๒๐ ราย)

การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก จำนวน ๑,๗๓๔,๑๕๑ ราย คัดกรองความเสี่ยงโรคกลุ่ม Metabolic จำนวน ๑๑,๖๙๖,๖๐๒ ราย คัดกรอง Depression จำนวน ๕๗,๙๘๘ ราย

บริการทันตกรรมประดิษฐ์ จำนวน ๔๖,๗๕๙ ราย

บริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยใน อุบัติเหตุฉุกเฉิน และค่าใช้จ่ายสูง ผู้ใช้บริการทางการแพทย์ที่ขอรับการชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จำแนกเป็นกรณีผู้ป่วยใน จำนวน ๔,๖๐๑,๔๗๑ ราย จ่ายชดเชย จำนวน ๓๑,๑๗๔.๕๙ ล้านบาท ผู้รับบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน ๑,๖๙๐,๔๒๘ ราย จ่ายชดเชย จำนวน ๓,๙๙๕.๕๗ ล้านบาท และผู้รับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีทั้งสิ้น ๓๐๕,๐๔๔ ราย จ่ายชดเชย จำนวน ๓,๑๐๑.๖๙ ล้านบาท

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้พิการที่จดทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพจำนวนทั้งสิ้น ๑,๐๗๔,๖๐๗ คน (ส่วนใหญ่เป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทางการได้ยิน และทางจิตใจ/พฤติกรรม ด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทั้งคนพิการ ผู้ป่วยและผู้สูงอายุ) มีจำนวนผู้ใช้บริการทั้งสิ้น ๔๔๓,๘๗๑ คน/๑,๒๖๓,๓๖๙ ครั้ง การสนับสนุนค่าบริการฟื้นฟูฯ และจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ มีผู้พิการได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ ทั้งสิ้น ๒๕,๖๓๒ คน/๔๐,๘๒๕ ชิ้น โดยอุปกรณ์ที่มีการใช้สูงสุด ได้แก่ เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ สายเข็มขัดเทียม และรถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้ ตามลำดับ

สถานบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการตรวจประเมินขึ้นทะเบียน จำนวน ๑๑,๒๘๙ แห่ง ผ่านการตรวจประเมิน (ผ่านเกณฑ์และผ่านแบบมีเงื่อนไข) จำนวน ๘,๗๔๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๔๖ ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๙๔.๔๓ (ของจำนวนผ่านเกณฑ์)

บริการตติยภูมิเฉพาะด้าน

(๑) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST Elevated Myocardial infarction : STEMI) เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๕๒ พบร้อยละของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดจาก ๑๗.๔๑ ในปี ๒๕๕๒ เพิ่มเป็นร้อยละ ๓๒.๑๕ ในปี ๒๕๕๔ ในขณะที่ร้อยละของการป่วยตายในผู้ป่วย ลดลงจาก ๑๖.๖๘ ในปี ๒๕๕๒ เป็น ๑๕.๕๗ ในปี ๒๕๕๔

(๒) โรคอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๑ พบร้อยละของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น จาก ๐.๓๘ ในปี ๒๕๕๑ เป็น ๑.๗๖ ในปี ๒๕๕๔ ในขณะที่ร้อยละของการป่วยตายในผู้ป่วย ลดลงจาก ๘.๔๖ ในปี ๒๕๕๑ เป็น ๗.๓๗ ในปี ๒๕๕๔

(๓) หัตถการผ่าตัดหัวใจ มีผู้ป่วยโรคหัวใจเข้าถึงหัตถการมากขึ้น โดยอัตราการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อัตราการทำหัตถการหัวใจ PTCA ชนิดIschemic heart disease และอัตราการได้รับการทำ PCI ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-evaluation (STEMI) จากร้อยละ ๔.๓๖, ๓.๘๑ และ ๖.๐๕ ในปี ๒๕๔๘ เพิ่มเป็น ๔.๕๓, ๑๒.๙๖ และ ๑๖.๓๗ ในปี ๒๕๕๔

(๔) หัตถการผ่าตัดสมอง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงหัตถการมากขึ้น ได้แก่อัตราการได้รับผ่าตัดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก อัตราการทำ CT scan, อัตราการได้รับการทำกายภาพบำบัดและการฟื้นฟูสภาพ และอัตราการได้รับการทำ Primary PCI ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากร้อยละ ๑๗.๔๗, ๒๗.๗๓, ๔.๒๘ และ ๒.๘๔ ในปี ๒๕๔๘ เพิ่มเป็น ร้อยละ ๑๘.๒๘, ๗๒.๗๗, ๒๖.๘๗ และ ๗.๓๐ ในปี ๒๕๕๔

(๖)โรคมะเร็ง มีผู้รับบริการโรคมะเร็งที่เข้าถึงบริการมากขึ้นเรื่อยๆ โดยผู้ป่วยมะเร็งในภาพรวม (ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) จาก ๗๔,๖๒๖ คน ในปี ๒๕๔๘ เพิ่มเป็น ๑๑๒,๓๓๑ คน ในปี ๒๕๕๔ (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐.๕๓)

บริการแพทย์แผนไทย ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย ทั้งสิ้น ๘๘๙,๒๒๕ คน/๒,๙๑๔,๑๑๓ ครั้ง เฉลี่ยใช้บริการแพทย์แผนไทย ๔ ครั้งต่อคน มีหน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ จำนวน ๓,๖๒๖ แห่ง

บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ผู้ลงทะเบียนรายใหม่ ทั้งสิ้น ๒๖,๕๗๐ คน ได้รับยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ๑๕๒,๓๑๑ คน มีผู้รับบริการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) ๕๒๑,๕๘๘ คน ได้รับการตรวจเลือด ๔๓๗,๒๕๗ คน

บริการบำบัดทดแทนไต การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) ตั้งแต่เริ่มโครงการ (ต.ค.๕๐ - ก.ย.๕๔) จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนทั้งสิ้น ๑๔,๒๓๐ คน

การฟอกเลือด (Hemodialysis : HD) ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ มีผู้ป่วยลงทะเบียนทั้งสิ้น ๑๒,๘๑๔ คน

การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation : KT) ปีงบประมาณ ๒๕๕๑-๒๕๕๔ มีผู้ป่วยลงทะเบียนทั้งสิ้น ๙๕๒ คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต จำนวน ๓๘๘ คน

บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ผู้ป่วยโรคเบาหวานลงทะเบียนจำนวน ๑,๙๔๖,๒๔๐ ราย ความดันโลหิตสูงลงทะเบียนจำนวน ๒,๖๓๗,๖๙๑ ราย

บริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช จำนวนผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชที่ต้องใช้ยา respiridone จำนวน ๑๑๔,๘๔๕ คน / ๒๒๐,๔๙๕ ครั้ง หน่วยบริการรับส่งต่อที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ จำนวน ๗๗๖ แห่ง และหน่วยบริการที่เข้าร่วมเครือข่ายบริการจิตเวช จำนวน ๓๕๓ แห่ง

การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

มีการกำหนดแผนแม่บทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่วางกรอบแนวคิดพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง และเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายในระดับจังหวัด เขต และระดับประเทศ โดยกำหนดทิศทางการพัฒนา ๓ ประเด็นยุทธศาสตร์ (Key Strategic Areas) ที่จะนำไปสู่การจัดโครงสร้างของสถานบริการต่างๆ ตามภารกิจที่เหมาะสมกับพื้นที่ ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ ๑๐ โดย เน้นองค์ประกอบสำคัญคือ

๑) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในชุมชนเมืองที่มีประชากรหนาแน่น (ทั้งเขตเมืองที่ตั้งของตัวจังหวัด และเขตเมืองอื่นๆ) ให้มีขีดความสามารถระดับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อรองรับภาระของการดูแลโรคเรื้อรัง โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย และสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นมาก

- จัดตั้ง “ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง” ที่สามารถดูแลประชากรในเขตเมือง ขนาดไม่เกินแห่งละ ๓๐,๐๐๐ คน ได้อย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็นองค์รวม โดยมีรูปแบบที่หลากหลาย และให้ท้องถิ่น/เอกชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ จำนวน ๒๒๖ แห่ง

- พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ที่รับผิดชอบประชากรตั้งแต่ ๘,๐๐๐ คน ขึ้นไป จำนวน ๑,๐๐๐ แห่ง

๒) การพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ๔ สาขา ดังนี้ ทารกแรกเกิด มะเร็ง อุบัติเหตุ หัวใจ ใน รพศ./รพท. กระจายครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศอย่างทั่วถึงเพื่อ**รองรับระบบส่งต่อ**ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและใช้เทคโนโลยีระดับสูงและราคาแพง

๓) การพัฒนาโรงพยาบาลระดับต่างๆ ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบเครือข่ายบริการ เพื่อให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งเติบโตอย่างมีทิศทาง มีภารกิจหน้าที่ชัดเจน มีจังหวะก้าว และเกื้อหนุนซึ่งกันและกันภายในเครือข่าย

การบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ จัดให้มีการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ

๑) กลุ่มเด็ก : จัดให้มีศูนย์พัฒนาสุขภาพเด็กใน รพ.สต. จำนวน ๙,๗๕๐ แห่ง เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็ก มุ่งเน้นด้านการพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญา ที่สำคัญ คือ

การสนับสนุนให้ได้รับไอโอดีน โดยให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรทุกรายที่มาฝากครรภ์ และการส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน ในผลิตภัณฑ์อาหารต่างๆ รวมทั้งให้มี**การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด** เพื่อดูแลพัฒนาการด้านร่างกายและสติปัญญาของเด็กกลุ่มทารกแรกเกิด โดยตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดให้ครอบคลุมทารกแรกเกิดในประเทศไทยได้ **จำนวน ๗๔๕,๗๓๕ ราย**

จัดกิจกรรมพัฒนาการเด็ก ๐-๒ ปี ในศูนย์เรียนรู้ฯ เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี สมวัย โดยประสานงานกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสนับสนุนการดำเนินการแก่องค์กรปกครองท้องถิ่น

๒) กลุ่มสตรี : จัดให้มีศูนย์พัฒนาสุขภาพสตรีในระดับอำเภอ โดยตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๘๘๗ แห่ง เพื่อดำเนินกิจกรรม/โครงการ ส่งเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาวะของสตรี และการป้องกันโรคในสตรีกลุ่มเสี่ยง ในปี ๒๕๕๔ **ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจำนวน ๘,๙๒๘,๔๒๖ ราย และมะเร็งปากมดลูก จำนวน ๑,๗๐๒,๙๖๙ ราย**

๓) กลุ่มผู้สูงอายุ / ผู้พิการ : มุ่งเน้น**พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว** เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินสุขภาพและได้รับการป้องกัน ช่วยเหลือ และดูแลอย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้ง**จัดให้มีศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ** ใน รพ.สต. จำนวน ๙,๗๕๐ แห่ง เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและผู้พิการ

กล่าวโดยสรุป ยุทธศาสตร์นี้มีการดำเนินการเป็นรูปธรรมเนื่องจากจุดแข็งของยุทธศาสตร์นี้คือการมีรัฐธรรมนูญ ที่กำหนดให้ประชาชนมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสุขภาพ และบริการสาธารณสุขเป็นบริการพื้นฐานของรัฐ มีการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจนและจัดสรรตรงไปยังหน่วยบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์นี้จึงสามารถเพิ่มจำนวนผู้ประกันตนตามโครงการประกันสุขภาพซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของทุกรัฐบาลที่เข้ามาบริหารประเทศได้เป็นอย่างดี ขณะเดียวกันโอกาสของการพัฒนายุทธศาสตร์นี้คือ การพัฒนาให้คนไทยได้รับบริการที่เท่าเทียมกันเนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพอย่างน้อย ๓ กองทุนได้แก่ ๑)กองทุนหลักประกันสุขภาพ ๒)สวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ และ๓)กองทุนประกันสังคม ที่เหลือเป็นประกันสุขภาพภาคสมัครใจจากภาคเอกชน ยังคงปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิ ในส่วนของประชาชนไร้รัฐที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ หรือแรงงานข้ามชาติได้ครอบคลุมการใช้สิทธิ์แล้วตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนน้อย

จุดอ่อนที่สำคัญสำหรับยุทธศาสตร์นี้คือ รายได้ของประชาชนลดลงและการว่างงาน การบริหารทรัพยากรภาครัฐที่จำกัดลง แรงงานข้ามชาติที่มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้นในขณะที่สถานพยาบาลมีเท่าเดิม กฎหมายประกันสังคมที่ยังไม่ครอบคลุม และการอพยพผู้ใช้แรงงานจากชนบทสู่เมืองมีเพิ่มขึ้น

ภัยคุกคามที่สำคัญคือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และการให้ความคุ้มครองด้านประกันสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานเพิ่มมากขึ้น

๓.๒ การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการ จัดการระบบสุขภาพ(ยุทธศาสตร์ที่ ๑)

หลังจากประเทศไทยได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐ แล้ว ประมาณปี ๒๕๔๕ พรรคการเมืองที่จัดตั้งรัฐบาลต้องจัดทำแผนบริหารราชการแผ่นดินหลังจากแถลงนโยบายต่อรัฐสภา ซึ่งทุกกระทรวง รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนปฏิบัติราชการ ๔ ปี และแผนงบประมาณที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติราชการ ๔ ปี ซึ่งได้ถ่ายทอดนโยบายจากแผนบริหารราชการแผ่นดิน กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักบริหารงานใน**ส่วนกลางจัดทำแผนงานโครงการตามแผนปฏิบัติราชการ ๔ ปีและตามนโยบายของรัฐบาลหรือรัฐมนตรี และปลัดกระทรวงสาธารณสุข** มากกว่าที่จะทำแผนตามยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต่างจากการบริหารงานในส่วนภูมิภาคหรือหน่วยงานในระดับจังหวัด(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)ที่ต้องจัดทำแผนให้สอดคล้องกับ แผนกระทรวง แผนเขตและแผนจังหวัด

หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการจัดทำแผนงานโครงการและดำเนินการให้ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดย**มิได้ใช้ยุทธศาสตร์ที่มีปรากฏในแผนพัฒนาสุขภาพทั้งหมด** แต่เน้นให้มีดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล ผู้บริหาร ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใต้สถานการณ์ที่เผชิญในขณะนั้น และงานประจำที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จากระเบียบข้อบังคับให้ต้องดำเนินการ และกำลังคนที่มีค่อนข้างจำกัด

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ มีผลทำให้การบริหารงานระบบสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดย**กระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทให้เหมาะสมเพื่อเป็นกลไกเชิงนโยบายในระดับประเทศ** ทำหน้าที่เป็นแกนเชื่อมประสานทุกฝ่ายในสังคมเข้าร่วมกันทำงานด้านสุขภาพทั้งระหว่างองค์กรนโยบายระดับชาติ ระดับหน่วยงานส่วนกลาง ระดับปฏิบัติในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน โดยลดบทบาทการเป็นผู้ดำเนินการเองลงให้เหลือเฉพาะบทบาทหลักเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ซึ่งต้องมีการ**ปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข การกำหนดแนวทางการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพ** โดย**องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนมากขึ้น** และ**การปรับเปลี่ยนสถานบริการสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับบทบาทที่ควรจะเป็นใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต**

สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ภาครัฐไม่อาจจะสนองตอบต่อความต้องการได้ทัน มีการขยายตัวของภาคเอกชนอย่างรวดเร็ว **ขาดทิศทางและการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ขาดระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง โครงสร้างองค์กร ระบบข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนการบริการส่วนภูมิภาคที่ดี กระบวนการบริหารจัดการที่ด้อยประสิทธิภาพและไม่ทันต่อ**

สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการ**ปฏิรูประบบบริหารจัดการ กฎหมายและระเบียบที่คล่องตัว การกระจายอำนาจ ระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ตลอดจนการสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ** ล้วนเป็นสมมตฐานที่สำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์

การสร้างความเป็นหนึ่งเดียวของระบบสุขภาพบนความหลากหลายของหน่วยงานด้านสุขภาพที่สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีบูรณาการ ซึ่งกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้จัดทำแผนงานโครงการสนองยุทธศาสตร์ในข้อนี้ในช่วงระยะแผนฯ ๑๐

ในส่วนของผลักดันการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ สร้างวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision) และค่านิยมหลักร่วมกัน (Shared Core Values) เพื่อสร้างความเป็นเอกภาพ ลดความซ้ำซ้อน และเสริมบทบาทส่วนขาด ระหว่างหน่วยงานและองค์กรสุขภาพต่าง ๆ ปรับโครงสร้าง กลไกและกระบวนการนโยบายและแผนให้เปิดกว้างและเอื้อต่อการมีส่วนร่วม ทั้งการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมได้ประโยชน์ และร่วมรับผิดชอบของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สร้างกลไกการถ่วงดุลยอำนาจและความเป็นธรรมเพื่อนำไปสู่เงื่อนไขของความสมานฉันท์ สร้างองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นตัวช่วยที่เป็นอิสระ มีวิชาการ และเป็นที่ยอมรับเพื่อทำหน้าที่ประสานงานให้เกิดความร่วมมือและความสมานฉันท์ในการทำงาน ตลอดจนสร้างระบบติดตามประเมินผลงานที่สามารถสะท้อนผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน ทั้งในมิติของผลงานที่ตรงกับประเด็นปัญหาและการพัฒนาที่มีความคุ้มค่า ประหยัด โปร่งใสและเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ เป็นบทบาที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันตลอดในช่วงแผนฯ ๑๐

ในส่วนการป้องกันควบคุมโรคสร้างวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision) และค่านิยมหลักร่วมกัน (Shared Core Values) เพื่อสร้างความเป็นเอกภาพ ลดความซ้ำซ้อน และเสริมบทบาทส่วนขาด ระหว่างหน่วยงานและองค์กรสุขภาพต่าง ๆ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรคต่างๆ โดยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆเช่นแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่อนำโดยแมลงระดับชาติ ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ซึ่งเริ่มดำเนินการ ในเดือน ตุลาคม ๒๕๕๓ แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนกและแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาในการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่(พศ.๒๕๔๘-๒๕๕๐)ฉบับที่ ๑ แผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไขและเตรียมรับปัญหาโรคไข้หวัดนก และการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ ๒(พศ.๒๕๕๑-๒๕๕๓)

การปรับโครงสร้าง กลไกและกระบวนการนโยบายและแผนให้เปิดกว้างและเอื้อต่อการมีส่วนร่วม ทั้งการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมได้ประโยชน์ และร่วมรับผิดชอบของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีการปรับโครงสร้างหน่วยงาน โดยในส่วนกลางมีการจัดตั้งหน่วยงานภายในเพื่อให้เอื้อต่อการดำเนินงานให้มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น **สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักวัณโรค สถาบันวัคซีนแห่งชาติ** เป็นต้น นอกจากนี้ สำหรับหน่วยงานส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค คือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ มีการปรับกลุ่มงานต่างๆเพื่อให้รองรับกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

การสร้างองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นตัวช่วยที่เป็นอิสระ มีวิชาการ และเป็นที่ยอมรับเพื่อทำหน้าที่ประสานงานให้เกิดความร่วมมือและความสมานฉันท์ในการทำงานกรมควบคุมโรคอยู่ระหว่างการดำเนินการจัดทำให้**สถาบันวัคซีนแห่งชาติเป็นองค์กรอิสระเหมือนโรงพยาบาลบ้านแพ้ว** ซึ่งขณะนี้เรื่องนี้**ผ่านมติคณะรัฐมนตรีแล้ว**

ในส่วนของการส่งเสริมและสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถพัฒนาระบบการจัดการด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการ โดย

๑) สร้างหลักเกณฑ์และแนวทางการกระจายอำนาจที่ชัดเจนและปฏิบัติได้โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่มีส่วนได้เสีย

๒) ส่งเสริมนวัตกรรมการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับท้องถิ่นเพื่อพัฒนารูปแบบและบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาคมท้องถิ่นในการพัฒนาสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น

๔) มีการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลการกระจายอำนาจอย่างใกล้ชิด

มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในช่วงแผนฯ ๑๐ คือ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ให้ข้อมูลว่า กลุ่มกระจายอำนาจได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ๑๐ จึงทราบยุทธศาสตร์ข้อนี้ดี ในทางปฏิบัติ การทำงานและการจัดทำโครงการต่างๆ ของกลุ่มกระจายอำนาจมีจุดเริ่มต้นและการขับเคลื่อนคำสั่งของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง อย่างไรก็ตามงานที่ทำก็สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ข้อนี้ด้วย ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ หน่วยงานมีโครงการ ๔ โครงการ คือ ๑) การศึกษารูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒) เตรียมความพร้อมสำหรับการถ่ายโอนสถานีอนามัยและสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๓) เสริมสร้างและพัฒนาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ๔) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในส่วนของข้อ ๓. สร้างระบบธรรมาภิบาลและสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เกื้อกูลต่อการทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะโดย ๓.๑) ดำเนินการให้การแต่งตั้งผู้บริหารทุกระดับในระบบราชการสาธารณสุขมีการสอบคัดเลือกบนหลักการของการเปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิ์อย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติ โดยให้มีการทดสอบความรู้ ความสามารถ ผ่านการประเมินของคณะบุคคลอย่างโปร่งใส ๓.๒)ปฏิรูปโครงสร้างองค์กรให้ลดความเป็นช่วงชั้นและลำดับขั้นการสั่งการเพื่อลดความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง และส่งเสริมการร่วมคิด ร่วมทำมากกว่าการรอรับคำสั่ง ๓.๓)ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมและระบบเฝ้าระวังวัฒนธรรม โดยสนับสนุนเครือข่ายและประชาคมอิสระในวงการสาธารณสุขให้ร่วมกันทำหน้าที่ติดตาม ตรวจสอบพฤติกรรมองค์กร พร้อมกับการเปิด

ช่องทางต่างๆ ให้มีการส่งข้อมูลและข้อสังเกตต่าง ๆ ทั้งต่อผู้บริหารและต่อสาธารณชนเป็นระยะ ๓.๔)ส่งเสริมให้เกิดหน่วยงานตัวอย่างด้านวัฒนธรรมองค์กรขึ้นในทุกกรม และทุกจังหวัด เพื่อเป็นตัวแบบสำหรับการเรียนรู้ทางวัฒนธรรม ๓.๕)สร้างเกณฑ์วัฒนธรรมการปฏิบัติตนและปฏิบัติงานของข้าราชการสาธารณสุขเพื่อป้องกันมิให้ผู้มีอำนาจกะเกณฑ์ให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม และเพื่อป้องกันผู้ใต้บังคับบัญชาแสดงออกซึ่งพฤติกรรมประจบประแจง ฯลฯ อันเป็นจุดเริ่มต้นของความเสื่อมแห่งวัฒนธรรมองค์กร ข้อ ๔.)สร้างเสริมภาวะผู้นำด้านสุขภาพทุกระดับให้สามารถสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ๔.๑)พัฒนาขีดความสามารถและภาวะผู้นำให้สามารถแสวงหาความร่วมมือและเจรจาต่อรองในระดับภูมิภาคและระดับโลกได้ ๔.๒)สร้างเสริมภาวะผู้นำด้านสุขภาพให้สามารถผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพรวมทั้งมีอำนาจต่อรองในการกำหนดทิศทางการพัฒนาที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ และลดผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายหรือโครงการขนาดใหญ่ทั้งของรัฐและเอกชน ๔.๓)สร้างแบบอย่างของผู้นำที่ดีในทุกระดับ โดยเน้นการมีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต มีความรอบรู้ที่เหมาะสม และมีการดำรงชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติปัญญา และมีเหตุผลอย่างรอบคอบ ๔.๔)สร้างความศรัทธาเชื่อถือของสาธารณชนที่มีต่อผู้นำด้านสุขภาพและระบบบริหารงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยสร้างความโปร่งใสและการปราศจากพฤติกรรมที่ส่อให้เกิดความสงสัยในเรื่องการทุจริตคอร์รัปชั่น

ได้ดำเนินการเสริมสร้างภาวะผู้นำด้านสุขภาพในระดับชุมชน โดย พัฒนา อสม.ในบทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในชุมชน สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และแก้ไขปัญหาในชุมชนได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) จัดให้มีการอบรมเรื่องโครงการพัฒนาศักยภาพผู้บริหารผู้นำการเปลี่ยนแปลงระดับสูง(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)

ในการสร้างระบบติดตามประเมินผลงาน ที่สามารถสะท้อนผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน ทั้งในมิติของผลงานที่ตรงกับประเด็นปัญหาและการพัฒนาที่มีความคุ้มค่า ประหยัด โปร่งใสและเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ทิศทางการประเมินผลของประเทศได้แก่สำนักงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่เน้นการวิเคราะห์ ความสำเร็จจากการใช้จ่ายงบประมาณและการประเมินความคุ้มค่าภารกิจภาครัฐ แต่ผลของการดำเนินการยังไม่สามารถนำมาใช้ในการ ชะลอ ยกเลิก ในโครงการที่ประเมินแล้วไม่คุ้มค่า หรือ ขยาย ในกรณีที่ประเมินแล้วคุ้มค่า เนื่องจากวิธีการประเมินในรูปตัวเงินยังมีข้อจำกัดทำได้เฉพาะข้อมูลด้านเศรษฐกิจเท่านั้น

ในช่วงแผนพัฒนาฯฉบับที่ ๑๐ สำนักงานข้าราชการพลเรือน(กพ.) ได้กำหนดระบบธรรมาภิบาลในการคัดเลือกผู้บริหาร และระเบียบในการแต่งตั้งผู้บริหารไว้ ว่าต้องจบอะไร ผ่านการอบรมอย่างไรและมีวิธีการสรรหาและคัดเลือกอย่างไร ซึ่งทุกหน่วยงานรวมทั้งกลุ่มบริหารบุคคล สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เป็นแนวทางในการให้ผู้บริหารของกระทรวงฯ ดำเนินการคัดเลือก สรรหา และแต่งตั้งผู้บริหารของกระทรวงฯ **มิได้เกิดจากการจัดทำแผนงานตามยุทธศาสตร์ข้อที่ ๑ แต่อย่างใด**

หรือกรณีตัวอย่างในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการแสวงหาความร่วมมือและเจรจาต่อรอง (diplomacy) นั้น WHO และ กระทรวงการต่างประเทศได้มีการจัดทำหลักสูตร และทางกระทรวงได้ส่งคนไปอบรม **มิได้เป็นโครงการที่จัดทำภายใต้ยุทธศาสตร์**ของแผนสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ แต่อย่างใด

นอกจากนี้มีผู้ให้ข้อมูลว่า ข้อ ๔.๑ มีการดำเนินงานโดย**ไม่มีโครงการรองรับและ**มิได้เกิดจากแผน ฯ ๑๐ แต่เกิดจากสถานการณ์บีบบังคับในขณะนั้น

ความท้าทายในการวิเคราะห์นโยบายดังกล่าวเกิดจากความสำคัญที่ต้องยอมรับว่า นโยบายสุขภาพนั้นๆ มีผลกระทบอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพหรือไม่ ดังนั้นการกำหนดนโยบายที่มีความเป็นนามธรรมจึงไม่สามารถสื่อสารในหน่วยปฏิบัติได้ ความเข้าใจนโยบายและเข้าใจถึงผลกระทบของตัวนโยบายย่อมส่งผลที่ดีต่อการดำเนินงานสุขภาพให้เกิดผลสำเร็จตามต้องการ นโยบายมีความหมายแตกต่างกันดังกล่าวแล้ว การเข้าถึงต้นกำเนิดของนโยบายและกระบวนการการเกิดนโยบายเป็นสิ่งยากต่ออธิบายและทำความเข้าใจ บ่อยครั้งนโยบายที่เกิดขึ้นไม่สามารถเข้าถึงต้นกำเนิดของมัน ขณะเดียวกันเอกสารที่ใช้เพื่อการวิเคราะห์ศึกษาที่มีมากมายก็สร้างปัญหาในการวิเคราะห์ ในทางปฏิบัติการที่จะศึกษาการพัฒนาของนโยบายและวิเคราะห์การดำเนินงานแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในหัวข้อนี้ต้องการเวลาให้เกิดผลลัพธ์ที่ยาว หากวิเคราะห์รีบร้อนและต้องการผลสรุปในเวลาสั้นๆ ย่อมสร้างปัญหาในเชิงปฏิบัติอย่างยิ่ง ในการดำเนินการตามที่กล่าวข้างต้นอาจต้องการเวลาอย่างน้อยเป็นสิบๆปี จึงจะบรรลุ

ยุทธศาสตร์นี้ กล่าวได้ว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่เป็นหลักการและแนวคิด ในเชิงนามธรรมมาก จึงมีความยากในการแปลงไปสู่การปฏิบัติ และเป็นเรื่องที่เกี่ยวพันกับองค์ประกอบในมิติกระบวนการบริหารจัดการคุณภาพภายในองค์กรซึ่งต้องสร้างและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ฝังรากลึกลงไปพฤติกรรมองค์กรโดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข

ระบบสาธารณสุขที่ไม่เท่าเทียมกันของประชาชน การขาดระบบข้อมูลที่ดี การกระจุกตัวของสถานบริการ โครงสร้างการบริหารงานไม่เอื้อต่อการบูรณาการการทำงานร่วมกัน **ไม่ใช้แผนเป็นเครื่องมือในการบริหาร** กฎหมายด้านสาธารณสุขไม่สอดคล้องและกระจัดกระจาย การวิเคราะห์งบประมาณไม่มีประสิทธิภาพ ขาดมาตรการตรวจสอบดูแลเทคโนโลยี ขาดการนำเอาผลวิจัยมาใช้ ยังคงเป็นจุดอ่อนที่สำคัญของยุทธศาสตร์นี้

จากเป้าหมาย ๖ ข้อ พบว่า มีการประกาศใช้ พรบ. สุขภาพแห่งชาติและผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล ในส่วนของการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความคืบหน้าในเชิงรูปธรรมคือมีการถ่ายโอนสถานีอนามัยจำนวน ๒๘ แห่ง และกำลังจะดำเนินการอีก ๑๒ แห่งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีการถ่ายโอนภารกิจนิคมโรคเรื้อนและสถานสงเคราะห์คนเป็นโรคเรื้อนแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีนิคมที่ถ่ายโอนแล้ว ๑ แห่ง ได้แก่ นิคมปราสาท จ.สุรินทร์ คงเหลือนิคมโรคเรื้อนที่จะทยอยถ่ายโอนอีก ๑๑ แห่ง สถานสงเคราะห์ ๑ แห่ง

การถ่ายโอนการควบคุมแมลงนำโรค ผลักดันให้ท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย การสร้างระบบธรรมาภิบาลและสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เกื้อกูลต่อการทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะน่าจะเกิดจากการที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการผลักดันให้ส่วนราชการดำเนินการพัฒนาคุณภาพองค์กรให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้และกำหนดให้มีจัดทำค่านิยมองค์กร โครงการถ่ายทอดภารกิจการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการสู่องค์กรปกครองท้องถิ่นประจำปี ๒๕๕๒(กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ถ่ายโอนงบประมาณในการสนับสนุนการจัดกิจกรรมการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนโดย อสม. จำนวน ๑ หมื่นบาทต่อหมู่บ้าน ไปตั้งที่ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

ในเป้าหมายอีก ๔ ข้อ มีความเป็นนามธรรมสูงและยังไม่เห็นผลการดำเนินการที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

๓.๓ การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ(ยุทธศาสตร์ที่ ๒)

เป็นยุทธศาสตร์ที่เร่งรัดงาน**สุขภาพเชิงรุก**เพื่อสร้างหลักประกัน**ความปลอดภัย**อย่างพอเพียงในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ชุมชนและภาคประชาสังคมในการ**สร้างวัฒนธรรมการดูแลรักษาสุขภาพที่ดี**และสร้างสรรค์สังคมที่มีความสุขในทุกระดับ โดย ๑)เร่งการสร้างงาน**สุขภาพเชิงรุก**มุ่งที่ปัจจัยพื้นฐานการมีสุขภาพดี ได้แก่ ความปลอดภัยของระบบอาหารและยา สิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีปรากฏใน **แผนพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ** มีโครงการรองรับได้แก่ **โครงการเกษตรกรปลอดโรคผู้บริโภคปลอดภัย** ๑.๒)สร้างหลักประกันด้านความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม การทำงานและการดำเนินชีวิต เพื่อลดผลกระทบจากขยะ สารพิษ มลภาวะทางอากาศและน้ำ และความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ โดยการเร่งทบทวนและปรับปรุงกลไก นโยบาย กฎหมาย และการจัดการระบบการผลิต การขนส่ง การจำหน่าย และการบริการภายใต้กรอบการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายร่วมกันของสังคมและนานาชาติ เรื่อง**การประเมินความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากรในรพ.และโครงการเกษตรกรปลอดโรคผู้บริโภคปลอดภัย** ๑.๓ เร่งรัดมาตรการเพื่อความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยเฉพาะการบังคับใช้กฎหมาย การสร้างระบบการเฝ้าระวังและการติดตามตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้บริโภค และการสร้างระบบจ่ายค่าชดเชยแก่ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายอย่างเป็นธรรม **ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑)** คุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลยุทธ์/มาตรการ ๒) ผลักดันให้ผู้ประกอบ การนำเสนอผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน ประสิทธิภาพ ปลอดภัย เหมาะสม และข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนแก่ผู้บริโภค โดย ๒.๑ ส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ทัดเทียมมาตรฐานสากล ๒.๒ พัฒนาสถานประกอบการให้มีระบบคุณภาพ และมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ๒.๓ พัฒนาวิสาหกิจชุมชนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้มีความเข้มแข็ง สามารถผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย โดยอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายทุกภาคส่วน ๒.๔ กำกับ ดูแล

ตรวจสอบ และเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการ และการโฆษณาอย่างเข้มงวด และดำเนินคดีเมื่อพบการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย และนำหลักการของ Risk management และ Economic Risk management มาใช้อย่างเต็มที่ ๒.๕ ดำเนินการตอบสนองข้อร้องเรียนเพื่อให้ความเป็นธรรมแก่ผู้บริโภคได้อย่างรวดเร็ว

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำหนดแผนพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ฯ และแปลงไปสู่แผนงานโครงการด้วยแผนปฏิบัติการประจำปี โดยใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) เป็นเครื่องมือในการสื่อสารถ่ายทอดยุทธศาสตร์ให้กับหน่วยงานและบุคลากรในระดับต่าง ๆ โดยจัดทำโครงการสำคัญของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่มีส่วนสนับสนุนและผลักดันต่อเป้าหมายในระดับยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยโครงการยุทธศาสตร์ ที่สำคัญ ได้แก่ ๑) โครงการความปลอดภัยด้านอาหาร ๒) โครงการพัฒนาระบบคุณภาพยา ๓)โครงการความปลอดภัยด้านเครื่องสำอาง ๔)การกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการ ๕)การควบคุมตัวยาและสารตั้งต้น ๖)โครงการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ๗)โครงการพัฒนาระบบโลจิสติกส์ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๘) โครงการพัฒนาความปลอดภัยด้านสารเคมี

ข้อ ๓.๒ ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเพียงพอแก่องค์กรภาคเอกชนที่ทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะโดยไม่หวังผลกำไร โดยเฉพาะในการทำงานที่ยากลำบาก เช่น **การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่วัดพระบาทน้ำพุ การดูแลผู้พิการ หรือแรงงานนอกระบบเป็นต้น สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีการสนับสนุนงบประมาณให้องค์กรเอกชน**

ข้อ ๔.๑ สร้างมาตรการจูงใจ และการควบคุมบังคับให้เกิดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านการดูแลรักษาสุขภาพที่จำเป็น โดยมุ่งสร้างพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ตลอดจนสร้างจิตสำนึกคุณธรรม จริยธรรมและวัฒนธรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของ**สังคมไทย มีการดำเนินการสื่อสารสาธารณะและสื่อสารความเสี่ยงทั้ง** Air war Ground war **ตามปฏิทินรณรงค์ตลอดทั้งปี**

ข้อ ๔.๒ กำกับดูแลรวมทั้งควบคุมข่าวสารต่าง ๆ โดยเฉพาะการโฆษณาให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นธรรม ครบถ้วน และทันเวลา ใน **การบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ NCD**

ข้อ ๔.๓ ส่งเสริมบทบาทขององค์กรภาคประชาชน องค์กรชุมชน และภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของงานการพัฒนาสุขภาพโดยเฉพาะด้านการรณรงค์ให้เกิดความตื่นตัวและจิตสำนึกด้านสุขภาพอนามัย พัฒนาศักยภาพของกลไกและองค์กรทางสังคมทุกระดับเพื่อสร้างเสริมกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังดูแลสุขภาพของชุมชนและสังคมตั้งแต่สถาบันครอบครัว ชุมชน สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา สื่อมวลชน และสถานที่ทำงาน หรือสถานประกอบการเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ข้อ ๔.๔ ส่งเสริมการเรียนรู้ในระบบการศึกษาที่เน้นการปลูกฝังค่านิยมและพฤติกรรมสุขภาพควบคู่ไปกับการสร้างสิ่งแวดล้อมของสถาบันการศึกษาที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ เกี่ยวกับเรื่องชุมชนลดเสี่ยงลดโรค ข้อ ๔.๕ เสริมสร้างศักยภาพในระดับปัจเจกบุคคล สถาบันครอบครัวและองค์กรชุมชนให้

มีความรู้ ทักษะ และขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคู่กับการส่งเสริมให้สถานที่ทำงานมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตลอดจนสร้างระบบภูมิคุ้มกันและความมั่นคงทางด้านสุขภาพในการทำงานและการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างรู้เท่าทัน โดยมี**โครงการเรื่องทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ ใช้งบประมาณจากเงินนอกงบประมาณ**

ในด้านอาสาสมัคร ขยายงานอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ ด้วยการเปิดพื้นที่ให้มีอาสาสมัครสุขภาพหลากหลายรูปแบบในระบบงานสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครช่วยดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล อาสาสมัครดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในทางปฏิบัติพบว่ามีการส่งเสริมให้ อสม. มีโอกาสเรียนรู้รูปแบบและวิธีดำเนินงานที่หลากหลาย และเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ทางด้านวิชาการสาธารณสุขเพื่อให้ อสม. สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และแก้ไขปัญหาในชุมชนได้ มี**โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก** เพื่อส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังโรคในชุมชน ข้อที่ ๓. ส่งเสริมชมรมกลุ่มสุขภาพในชุมชน และองค์กรประชาสังคมโดยอาศัยงานด้านสุขภาพสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมการรวมตัวกันทำงานส่วนรวมด้วยจิตสาธารณะโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**สนับสนุนงบประมาณ**ดำเนินงานแก่องค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ ด้านการจัดการสุขภาพชุมชน ให้ อสม. เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนงานในชุมชน โครงการเฝ้าระวังและเตือนภัยด้านพฤติกรรมสุขภาพโครงการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติโครงการสื่อสารสุขภาพ ปี๒๕๕๔ โครงการส่งเสริมบทบาท อสม.เชิงรุก โครงการส่งเสริม สนับสนุนภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพชุมชน โครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคทุกกรม (พฤติกรรมลดโรค) ส่งเสริม พัฒนา และสนับสนุน อสม. อปท. และภาคีเครือข่าย ให้มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน

จุดแข็งของยุทธศาสตร์นี้คือ การมีหน่วยงานลงถึงประชาชนโดยตรงของกระทรวงสาธารณสุข มีบุคลากรจำนวนมากและศักยภาพสูง มีการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนให้เป็นฐานในการพัฒนาสุขภาพ ในขณะที่จุดอ่อนยังคงเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีปัญหาด้านความเชื่อในปัจเจกบุคคล และระบบบริการสุขภาพที่เน้นการรักษามากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ ในส่วนของภัยคุกคามสุขภาพ เช่น การใช้ยาและเทคโนโลยีไม่เหมาะสม มีการพัฒนาเทคโนโลยีน้อย

การเร่งรัดงานสุขภาพเชิงรุกเพื่อสร้างหลักประกันความปลอดภัยอย่างพอเพียงในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ชุมชนและภาคประชาสังคมในการสร้างวัฒนธรรมการดูแลรักษาสุขภาพที่ดีและสร้างสรรค์สังคมที่มีความสุขในทุกระดับ ส่วนใหญ่เป็นเป้าหมายเชิงคุณภาพ เครื่องชี้วัดทั้งหมดเกือบจะไม่มีข้อมูลความก้าวหน้าในการดำเนินงานได้แก่ การสร้างความปลอดภัยของอาหาร โภชนาการ ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ อันเป็นปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี การส่งเสริมงาน

อาสาสมัครเพื่อสุขภาพและการรวมตัวกันเพื่อประโยชน์สาธารณะด้านสุขภาพ การเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลรักษาสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน พ่อแม่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง การสร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพให้สังคมมีความตื่นตัวและให้ความสำคัญต่อสุขภาพอย่างพอเพียงและยั่งยืนด้วยการสร้างบรรทัดฐานและสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ และการส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะทางจิตวิญญาณและสุขภาวะทางปัญญาเพื่อการพัฒนาสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม สำหรับ**กลวิธีและมาตรการ เป็นมาตรการเดิมๆ ที่เคยทำมาแต่ไม่สามารถประเมินได้ว่าได้ผลดีขึ้นหรือไม่ เช่น** ๑)เร่งการสร้างงานสุขภาพเชิงรุกโดยมุ่งที่ปัจจัยพื้นฐานการมีสุขภาพดี ได้แก่ ความปลอดภัยของระบบอาหารและยา ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ และความปลอดภัยในผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดย ๑.๑)เร่งปรับปรุงระบบโครงสร้างและกลไกการจัดการเพื่อให้เกิดความพอเพียงความปลอดภัยและความมั่นคงของระบบอาหาร โดยให้มีความเป็นเอกภาพทั้งในด้านนโยบาย การบริหารจัดการและการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ ๑.๒)สร้างหลักประกันด้านความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม การทำงานและการดำเนินชีวิต เพื่อลดผลกระทบจากขยะ สารพิษ มลภาวะทางอากาศและน้ำ และความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ โดยการเร่งทบทวนและปรับปรุงกลไก นโยบาย กฎหมาย และการจัดการระบบการผลิต การขนส่ง การจำหน่าย และการบริการภายใต้กรอบการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายร่วมกันของสังคมและนานาชาติ ๑.๓)เร่งรัดมาตรการเพื่อความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยเฉพาะการบังคับใช้กฎหมาย การสร้างระบบการเฝ้าระวัง และการติดตามตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้บริโภค และการสร้างระบบจ่ายค่าชดเชยแก่ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายอย่างเป็นธรรม ๑.๔)เร่งรัดมาตรการส่งเสริมให้มีส่วนร่วม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยครอบคลุมทั้งการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี การอนุรักษ์และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมสุขภาพในสถานศึกษาและในชุมชน การสร้างครอบครัวสุขภาพ การพัฒนาความรู้และทักษะสุขภาพ การสร้างและดำรงวัฒนธรรมอาหารสุขภาพไทย และการปรับระบบบริการสุขภาพให้รองรับการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับภูมิสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น ๒)ขยายงานอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ ด้วยการเปิดพื้นที่ให้มีอาสาสมัครสุขภาพหลากหลายรูปแบบในระบบงานสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครช่วยดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล อาสาสมัครดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๒.๑)การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการสร้างศักยภาพและขยายงานอาสาสมัครสาธารณสุขเองมาสู่การเป็นผู้ส่งเสริมแนวคิดอาสาสมัครเพื่อสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครอิสระในหน่วยงานระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและพื้นที่ที่หลากหลาย ๒.๒)สร้างรูปแบบและแนวทางในการสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานด้านสาธารณสุขสร้างและสนับสนุนเครือข่ายอาสาสมัครในงานเฉพาะด้านให้หลากหลายขึ้น เพื่อขยายฐานอาสาสมัครและเพื่อลดภาระงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๒.๓)จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมอาสาสมัครสุขภาพ และจัดทำแผนงานส่งเสริมอาสาสมัครสุขภาพขึ้น โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ

ตัวแทนองค์กรอาสาสมัครต่าง ๆ ๒.๔)จัดทำแผนสนับสนุนงานอาสาสมัครเพื่อสุขภาพอย่างน้อยใน ๕ ด้าน คือ (๑) การสร้างศักยภาพให้คุณค่าและยกย่องงานอาสาสมัคร (๒) การสนับสนุนและเอื้ออำนวยด้านต่างๆ ให้แก่งานอาสาสมัคร (๓) การสร้างระบบงาน องค์กรรับผิดชอบและกลไกประสานงานที่ชัดเจน (๔) การสร้างเครือข่ายอาสาสมัคร และ (๕) การสร้างธรรมาภิบาลและระบบสนับสนุนที่ทำให้กระบวนการอาสาสมัครมีอิสระทางการเมือง ๓) ส่งเสริมชมรม กลุ่มสุขภาพในชุมชน และองค์กรประชาสังคมโดยอาศัยงานด้านสุขภาพสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมการรวมตัวกันทำงานส่วนรวมด้วยจิตสาธารณะ ๓.๑)สร้างกลไกการสนับสนุนองค์กรสาธารณะประโยชน์ที่ชัดเจนและมีศักยภาพในการให้การสนับสนุนการรวมตัวกันของภาคเอกชนและผู้สนใจเพื่อการทำงานส่วนรวมด้านสุขภาพ ๓.๒)ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเพียงพอแก่องค์กรภาคเอกชนที่ทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะโดยไม่หวังผลกำไร โดยเฉพาะในการทำงานที่ยากลำบาก เช่น การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่วัดพระบาทน้ำพุ การดูแลผู้พิการ หรือแรงงานนอกระบบเป็นต้น และ ๓.๓)สนับสนุนการพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ในการรวมตัวช่วยเหลือกันและการช่วยเหลือผู้อื่น เช่น กลุ่มการช่วยเหลือตนเองที่เป็นไปตามธรรมเนียมประเพณีท้องถิ่น ศูนย์มิตรภาพบำบัด กลุ่มหรือองค์กรที่ไม่เป็นทางการ เป็นต้น ๔) รณรงค์อย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นจิตสำนึกและวัฒนธรรมสุขภาพผ่านการสื่อสารสาธารณะและการเรียนรู้ทั้งในและนอกระบบการศึกษา โดย ๔.๑)สร้างมาตรการจูงใจ และการควบคุมบังคับให้เกิดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านการดูแลรักษาสุขภาพที่จำเป็น โดยมุ่งสร้างพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ตลอดจนสร้างจิตสำนึกคุณธรรม จริยธรรมและวัฒนธรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย ๔.๒)กำกับดูแลรวมทั้งควบคุมข่าวสารต่าง ๆ โดยเฉพาะการโฆษณาให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นธรรม ครบถ้วน และทันเวลา ๔.๓)ส่งเสริมบทบาทขององค์กรภาคประชาชน องค์กรชุมชน และภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของงานการพัฒนาสุขภาพโดยเฉพาะด้านการรณรงค์ให้เกิดความตื่นตัวและจิตสำนึกด้านสุขภาพอนามัย พัฒนาศักยภาพของกลไกและองค์กรทางสังคมทุกระดับเพื่อสร้างเสริมกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังดูแลสุขภาพของชุมชนและสังคมตั้งแต่สถาบันครอบครัว ชุมชน สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา สื่อมวลชน และสถานที่ทำงาน หรือสถานประกอบการเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๔.๔)ส่งเสริมการเรียนรู้ในระบบการศึกษาที่เน้นการปลูกฝังค่านิยมและพฤติกรรมสุขภาพควบคู่ไปกับการสร้างสิ่งแวดล้อมของสถาบันการศึกษาที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ ๔.๕) เสริมสร้างศักยภาพในระดับปัจเจกบุคคล สถาบันครอบครัวและองค์กรชุมชนให้มีความรู้ ทักษะ และขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคู่กับการส่งเสริมให้สถานที่ทำงานมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตลอดจนสร้างระบบภูมิคุ้มกันและความมั่นคงทางด้านสุขภาพในการทำงานและการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างรู้เท่าทัน ๕) ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและสุขภาวะทางปัญญาเพื่อการพัฒนาคุณภาพคนให้มีชีวิตที่ดีงามเต็มศักยภาพของความเป็นมนุษย์ โดย ๕.๑)ส่งเสริมนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณโดยเฉพาะการใช้ภูมิปัญญาตะวันออกเพื่อสุขภาพองค์รวม ๕.๒)ส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้และการปฏิบัติ

ด้านศาสนธรรม โดยการสนับสนุนให้องค์กรด้านสุขภาพทุกระดับประยุกต์และผสมผสานการปฏิบัติธรรมตามคำสอน ศาสนา หรือศรัทธาที่ตนมี เพื่อสร้างเสริมสังคมสุขภาวะ ๕.๓)ส่งเสริมโอกาสเรียนรู้คุณค่าของชีวิตและการทำงานด้วยการสร้างเสริมประสบการณ์การทำงานกับคนทุกข์ยาก ๕.๔)ส่งเสริมการพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ และสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนและธุรกิจการผลิตสินค้าและบริการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผู้บริโภคและสังคม ๕.๕ ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาด้านจิตตปัญญาศึกษาอย่างเป็นสหวิทยาการ

ปัญหาการขาดการประสานและผลักดันโดยหน่วยงานอื่นๆ ที่เป็นแกนหลัก ทำให้กระแสการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมคืออาหารแผ่วลงในช่วงแผนฯ ๑๐ แต่การผลักดันในเรื่องยากับมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมกว่า

เป้าหมายการดำเนินงานในยุทธศาสตร์การสร้างวัฒนธรรม สุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะจากเป้าหมาย ๗ ข้อ พบว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่ต่อยอดมาจากภารกิจที่ดำเนินการอยู่แล้วในงานประจำของกระทรวงสาธารณสุข แต่เน้นการบูรณาการเพิ่มมากขึ้น ทุกเป้าหมายมีแผนและโครงการต่างๆ รองรับแทบทั้งสิ้น มีการพัฒนาและใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพ ความสุขและความอยู่เย็นเป็นสุขของสังคม มีการพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ของอาสาสมัครด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมอย่างรอบด้าน มีความปลอดภัยของระบบอาหาร โภชนาการและยา ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๓.๔ การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ(ยุทธศาสตร์ที่ ๔)

สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค การ**ควบคุมปัจจัยเสี่ยง**และ**ผลกระทบด้านสุขภาพของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ รวมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติและความรุนแรงที่แพร่ระบาดทั่วไป** โดย ๑.พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพรองรับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น ๑.๑จัดตั้งศูนย์จัดการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีศักยภาพในการประสานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้สามารถทำงานเชื่อมโยง มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบ ๑.๒สร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทั้งการเฝ้าระวังปัญหา การดูแลผู้ประสบภัยในที่เกิดเหตุ การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย และระบบการส่งต่อ โดยใช้มาตรการและกลไกด้านการเงินการคลัง ควบคู่กับมาตรการด้านกฎหมายและสังคม ให้ผู้ประสบภัยได้รับบริการและการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทันท่วงที และต่อเนื่องทั้งในระยะก่อนเกิดเหตุ ระยะวิกฤติ ระยะหลังวิกฤติและระยะฟื้นฟูบูรณะ ๒.เตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทุกระดับ ให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติทั้งจากธรรมชาติและวินาศภัยที่มนุษย์อาจก่อขึ้น ๒.๑เสริมสร้างความเข้าใจและการตระหนักรู้ในเรื่องภัยพิบัติเพื่อให้เกิดการเตรียมพร้อมต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องมีการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้สถานการณ์ที่มีเวลาน้อยและทรัพยากรจำกัด ๒.๒จัดให้มีการทำแผน ซ้อมแผน ประเมินแผน รวมทั้งฝึกบุคลากรทุกระดับอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความพร้อมรับมือสถานการณ์อย่างทันท่วงที และการสร้างความ

เข้มแข็งของเครือข่าย การมีส่วนร่วมของหน่วยงาน องค์กรชุมชนและอาสาสมัครชุมชนท้องถิ่นและประชาชน ๒.๓มีระบบเฝ้าระวังและศูนย์อำนวยการ รวมทั้งระบบข่าวสารและการเตือนภัยที่สามารถรองรับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๒.๔ มีระบบการเก็บสะสมยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อให้มีใช้ได้อย่างเพียงพอในสถานการณ์ฉุกเฉิน ๒.๕ สร้างความรู้ความเข้าใจในสาธารณชนต่อเรื่องการรับมือภัยพิบัติ โดยเฉพาะการมีความรู้ความสามารถด้านการแก้ปัญหาในส่วนที่ไม่ต้องอาศัยการปฏิบัติการทางการแพทย์ (Non-pharmaceutical Intervention) ๒.๖เสริมศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัยให้สามารถให้ความปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่ในยามฉุกเฉินและสามารถให้บริการที่จำเป็นได้ทันต่อสถานการณ์ความจำเป็นในพื้นที่ ๒.๗จัดระบบการเฝ้าระวังและการจัดการเกี่ยวกับความรุนแรง ด้วยการทำงานเชิงรุกเพื่อการป้องกันและการลดผลกระทบ รวมทั้งเร่งพัฒนาศักยภาพการทำงานด้านการเยียวยาความเสียหายจากความรุนแรงอย่างเป็นระบบ โดย กรมควบคุมโรค จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินขึ้นภายในกรมฯ ๔.สร้างเสริมศักยภาพระบบการเฝ้าระวัง การควบคุมป้องกัน การรักษาพยาบาลโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านสุขภาพ ๔.๑สร้างระบบการควบคุมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ โดยให้มีเครือข่ายครอบคลุมกลุ่มประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งในด้านระบบการเฝ้าระวังการสืบสวน สอบสวนโรค ขีดความสามารถทางห้องปฏิบัติการ การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องการเสริมประสิทธิภาพทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี วัคซีนและยา เพื่อการควบคุมป้องกันการระบาดโรคควบคู่กับการสร้างความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของสังคมทุกระดับ ๔.๒พัฒนารูปแบบและกลไกที่ชัดเจน ในการแก้ปัญหาและลดผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการอพยพถิ่นฐาน แรงงานข้ามชาติ การคมนาคมและการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างประเทศ เทคโนโลยีใหม่ๆ และผลกระทบจากการค้าเสรี ๔.๓ส่งเสริมนวัตกรรม มาตรการทางสังคม และการนำหลักศาสนามาเป็นแนวทางการสร้างระบบภูมิคุ้มกัน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมโดยเฉพาะอุบัติเหตุ โรคเอดส์ มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ๔.๔เสริมความเข้มแข็งให้แก่แผนงานด้านการควบคุมการบริโภคที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ โดยเน้นหนักไปที่การควบคุมการบริโภคสุรา บุหรี่ น้ำตาล เกลือและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น **โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา กระเช้าใส่ใจสุขภาพ เมาไม่ขับ**

สำหรับการดำเนินการในช่วงแผนฯ ๑๐ ได้แก่ ๑.ผลักดันระบบการแพทย์ฉุกเฉินและความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติต่างๆ ในสถานการณ์วิกฤตได้ ๒.จัดทำเป้าหมายและระบบการติดตามเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่ครอบคลุมและชัดเจน ๓.สร้างกลไกด้านการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำให้มีความเข้มแข็งและเชื่อถือได้ ๔.ดำเนินการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง มะเร็ง โรคทางจิต ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ ๕.ประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคสุราและมีการดำเนินมาตรการทางสังคมเพื่อลดพฤติกรรมและลดผลกระทบจากการดื่มสุรา

๖.ใช้มาตรการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมการบริโภค รวมทั้งส่งเสริมการออกกำลังกาย และการมีสุขภาพจิตที่ดี ๗.ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment) อย่างมีมาตรฐานทางวิชาการและมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างโปร่งใสในนโยบายที่สำคัญ ๆ และโครงการขนาดใหญ่ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ๘.สร้างเสริมระบบภูมิคุ้มกันที่ลดผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์และการค้าเสรี

การประเมินยุทธศาสตร์การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ จากเป้าหมาย ๘ ข้อ พบว่า มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินและความพร้อมรับมือภัยพิบัติต่าง ๆ มีกลไกด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ สามารถควบคุมป้องกันโรคที่มีสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญ **มีการประกาศใช้ พรบ. ควบคุมการบริโภคสุราและดำเนินมาตรการทางสังคม มีมาตรการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ** ที่เหลือ อีก ๓ ข้อยังไม่ชัดเจนในเชิงนโยบาย ได้แก่ มีระบบภูมิคุ้มกันที่วัดผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์และการค้าเสรี นโยบายสำคัญ ๆ และโครงการขนาดใหญ่ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพได้รับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ มีการจัดทำเป้าหมายและระบบการ ติดตามเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๓.๕ การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล (ยุทธศาสตร์ที่ ๕)

สมมตฐานที่สำคัญของยุทธศาสตร์นี้คือ ลดมูลค่าการนำเข้ายาแผนปัจจุบัน จากต่างประเทศ และมีการกำหนดยุทธศาสตร์ เน้นการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพด้วยการส่งเสริมสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความปลอดภัย โดยกรมพัฒนาแพทย์แผนไทยฯ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐ กรมพัฒนาแพทย์แผนไทยฯ ได้ผลักดันให้ ๑)การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกได้รับการพัฒนาและสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ๒)ผลักดันให้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน มีการใช้ยาสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕ และ ๑๐ ของมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาลตามลำดับ ๓)ผลักดันให้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพหนึ่งในระบบประกันสุขภาพ ๔)ผลักดันให้ ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และวิถีการดูแลรักษาสุขภาพจากภูมิปัญญาไทยที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับ ๕)จัดตั้งสถาบันด้านการจัดการความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพไทย เพื่อการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกให้มีมาตรฐาน มีแผนและโครงการรองรับ **ได้แก่** โครงการจัดการความรู้และพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน (ปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔) โครงการพัฒนาคุณภาพ/มาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน (ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๑ ๒๕๕๓ ๒๕๕๔) โครงการพัฒนาต้นแบบการดูแลสุขภาพชุมชนด้วยสมุนไพรพื้นบ้านและอาหารท้องถิ่นบนฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

(ปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔)โครงการพัฒนาระบบและกลไกการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (ปี ๒๕๕๐ ๒๕๕๑ ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔)โครงการศึกษาและพัฒนาการใช้ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในช่วงการศึกษากระบวนการและผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งได้ (ปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔) โครงการศึกษาและพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก(ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๔)โครงการส่งเสริมองค์ความรู้และมาตรฐานการแพทย์ทางเลือกในธุรกิจบริการสุขภาพ(ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๑)โครงการสนับสนุนการจัดบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔)โครงการสมาธิบำบัดในภาวะสุขภาพองค์รวม (ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒)โครงการสมาธิบำบัดในภาวะองค์รวมตามพระราชดำริในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี เพื่อเทิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในวโรกาสพระชนมายุ ๘๔ พรรษา (ปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔) แผนงานวิจัยและพัฒนายาไทยและสมุนไพรประยุกต์ใช้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ปี ๒๕๕๑ ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔) โครงการพัฒนากฎหมายลำดับรอง (ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๔) โครงการพัฒนาการแพทย์แผนไทยเพื่อมุ่งสู่ธุรกิจบริการสุขภาพ (ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๑) โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย (ปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔)โครงการวิจัยเห็ดหลินจือและสปอร์เห็ดหลินจือในประเทศไทย (ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๔) โครงการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย (ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๒) การจ้างแพทย์แผนไทยไปปฏิบัติงานใน รพ.สต.โครงการแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (สอดคล้องกับกรมบัญชีกลาง) โครงการประชุมเครือข่ายสถาบันการผลิตกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย โครงการพัฒนาตำราด้านการแพทย์แผนไทย โครงการพัฒนาตำรานวดไทยวิชาชีพ โครงการพัฒนาวิทยากรนวดไทยเพื่อสุขภาพ โครงการส่งเสริมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน โครงการเสริมสร้างทักษะวิชาชีพด้วยการนวดไทย (หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย) โครงการเสริมสร้างทักษะวิชาชีพด้านการนวดไทย (๑๕๐ ชั่วโมง) โครงการวิจัยเพื่อบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน (ปี ๒๕๕๐) โครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี ๒๕๕๐) การเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยาจากสมุนไพรของผู้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเพื่อเสนอเข้าเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ปี ๒๕๕๑) การศึกษาชุมชนต้นแบบในการดูแลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในประเทศไทย (ปี ๒๕๕๑) โครงการบูรณาการการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยเข้าในระบบสาธารณสุขแผนปัจจุบัน (ปี ๒๕๕๑) โครงการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลของรัฐและชุมชน (ปี ๒๕๕๑) โครงการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในชุมชนเพื่อการพึ่งตนเองอย่างพอเพียงของประชาชน (ปี ๒๕๕๑) โครงการพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี ๒๕๕๑) โครงการพัฒนามาตรฐานผลิตภัณฑ์สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ปี ๒๕๕๑) โครงการส่งเสริมสนับสนุนศักยภาพหมอพื้นบ้านและชุมชนในการพึ่งตนเอง (ปี ๒๕๕๑) โครงการพัฒนาต้นแบบศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านเพื่อการพึ่งตนเอง (ปี ๒๕๕๒) โครงการส่งเสริม

และพัฒนากระบวนการจัดการดูแลสุขภาพชุมชนด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน (ปี ๒๕๕๒) โครงการคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามหลัก ๘อ. ในสถานบริการสุขภาพ (ปี ๒๕๕๓) โครงการคุ้มครองภูมิปัญญาสู่การนำไปใช้ประโยชน์ (ปี ๒๕๕๓) โครงการจัดการความรู้และพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน (ปี ๒๕๕๓) โครงการจัดการความรู้และพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพแม่และเด็กด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน (ปี ๒๕๕๓) โครงการพัฒนาฐานข้อมูลวิชาการด้านการแพทย์ทางเลือกเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงที่น่าเชื่อถือสำหรับแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุข (ปี ๒๕๕๓) โครงการศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายด้วยท่าฤาษีดัดตนในการลดอาการปวดเมื่อยร่างกายจากการทำงาน (ปี ๒๕๕๓) โครงการส่งเสริมมาตรฐานการแพทย์ทางเลือกในธุรกิจบริการสุขภาพ (อาหารเพื่อสุขภาพ) (ปี ๒๕๕๓) โครงการสร้างเครือข่ายพัฒนาระบบฐานข้อมูลการบันทึกภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ปี ๒๕๕๓ โครงการอนุรักษ์ และคุ้มครองสมุนไพรและบริเวณถิ่นกำเนิดของสมุนไพร ตาม พรบ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ (ปี ๒๕๕๓) โครงการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (ปี ๒๕๕๔) โครงการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพอย่างพอเพียง (ปี ๒๕๕๔) โครงการฟื้นฟูและส่งเสริมการดูแลสุขภาพแม่และเด็กด้วยภูมิปัญญาสุขภาพแบบแพทย์พื้นบ้านใน ๔ ภูมิภาค (ปี ๒๕๕๔) โครงการเมืองสุขภาพดี บนวิถีไท (ปี ๒๕๕๔) โครงการสร้างเครือข่ายพัฒนาระบบข้อมูลการบันทึกภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ (ปี ๒๕๕๔) แผนงานวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) ในระบบบริการสาธารณสุข (ปี ๒๕๕๔)

ความก้าวหน้าจากเป้าหมายยุทธศาสตร์ ๗ ข้อ ได้แก่ ๑.การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ **เป็นส่วนหนึ่งในระบบประกันสุขภาพ** ๒.ยาผลิตภัณฑ์สุขภาพ และวิถีการดูแลรักษาสุขภาพจากภูมิปัญญาไทยให้**ปลอดภัย มีคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับ** ๓. สถาบันการศึกษา ระบบการเรียนรู้และการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกได้รับการพัฒนาให้มีมาตรฐาน ๔.การวิจัยและการพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศให้สามารถพึ่งตนเองในด้านยาเวชภัณฑ์ และ**เทคโนโลยีทางการตรวจ และการรักษาโรคได้มากขึ้น** ๕.มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมด้วยการพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีและการวางแผนทรัพยากรทางการแพทย์ (Health Facility Planning) จากเป้าหมาย ๗ ข้อ พบว่าเครื่องชี้วัดทั้งหมดเกือบจะไม่มีข้อมูลรายงานความก้าวหน้าหลังจากดำเนินการตามแผนและโครงการ โดยเฉพาะการประเมินผลการลดมูลค่าการนำเข้ายาแผนปัจจุบันจากต่างประเทศ

๓.๖ การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้านการ จัดการความรู้ (ยุทธศาสตร์ที่ ๖)

สร้างระบบการจัดการที่เน้นการใช้ความรู้เป็นฐานการตัดสินใจ ด้วยการสร้างวัฒนธรรมการวิจัยและการจัดการความรู้ในทุกระดับองค์กรด้านสุขภาพ โดย

จัดระบบเพื่อให้เกิดตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลนโยบายและการตัดสินใจด้านการบริหารให้มีหลักประกันว่าดำเนินไปบนพื้นฐานของความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังโดยมีการนำวิชาการต่างๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินงานทุกขั้นตอน **กรมควบคุมโรค**มีทีมผู้ทรงคุณวุฒิฯที่ทำหน้าที่ในการให้ข้อเสนอแนะในเชิงวิชาการ เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้บริหารในการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยจะมีการประชุมทุกวันจันทร์เพื่อปรึกษาหารือในเรื่องที่สำคัญในระหว่างทีมผู้ทรงฯในช่วงเช้าและช่วงบ่ายจะเป็นการประชุมร่วมกับทุกหน่วยงานในสังกัดกรม โดยจะมีประชุมผ่านทางระบบ VDO Conference ไปยังสำนักงานควบคุมโรค(สคร.๑)

สร้างระบบข้อมูลและระบบประเมินและตัวชี้วัด (Key Performance Indicators) ทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ สำหรับวัดผลงานและติดตามตรวจสอบว่าดำเนินไปบนพื้นฐานของความรอบคอบ ความระมัดระวังและมีการใช้ความรู้ทางวิชาการอย่างพอเพียง กรมควบคุมโรคมีการดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารแผนงานโครงการ การรายงานผลงานและการใช้จ่ายงบประมาณ (Estimates) รวมทั้งรายงานตัวชี้วัดต่างๆ ทั้งหมดมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ และได้ดำเนินการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้รองรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและให้เกิดความสะดวกมากยิ่งขึ้นสำหรับผู้บริหารและหน่วยงานในสังกัดกรมที่จะใช้ประโยชน์

มีระบบเปรียบเทียบผลงาน (Benchmarking) กันอย่างสร้างสรรค์ ตลอดจนการนิเทศติดตามงานเชิงบวกเพื่อค้นหาสิ่งดี ๆ ความสำเร็จและนวัตกรรมที่เกิดขึ้น เพื่อใช้กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาร่วมกัน เนื่องจากกรมมีการจ้างผู้ประเมินจากภายนอกเป็นทีมงานจากมหาวิทยาลัยมหิดลในการประเมินคำรับรองการปฏิบัติราชการของทุกหน่วยงานในสังกัดกรมฯ จะสามารถเปรียบเทียบผลงานในแต่ละหน่วยงานได้ในระดับหนึ่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่าง สคร.๑-๑๒ จะสามารถเปรียบเทียบกันได้พอสมควร เนื่องจากบทบาทภารกิจ เดียวกันในขณะเดียวกันจะมีการนิเทศงาน โดยมีรองอธิบดี ผู้ทรงคุณวุฒิ ฯ และสำนักวิชาการ หน่วยงานในสายบริหารจากส่วนกลางไปนิเทศงาน สคร.๑-๑๒ อีกด้วย

การสร้างและสนับสนุนให้เกิดองค์กรเรียนรู้และการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการความรู้ในองค์กรด้านสุขภาพต่างๆ เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้ในทุกระดับ โดย ๑)ส่งเสริมการใช้แนวคิดและวิธีการด้านการจัดการความรู้ โดยเน้นการจัดการความรู้ในตัวคน (Tacit Knowledge) และเสริมด้วยความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) ที่ใช้เครื่องมือและรูปแบบการจัดการความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่ใช้คนเป็นตัวตั้ง (Mind Based Learning) ที่หลากหลายอย่างบูรณาการกัน เพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและการประเมินคุณภาพระบบงานด้านการแพทย์การสาธารณสุข เช่น จัดตั้งชุมชนแนวปฏิบัติ เพื่อนช่วยเพื่อนเรื่องเล่าเร้าพลัง สุนทรียทัศนา ทบทวนหลังปฏิบัติ เป็นต้น ๒) ส่งเสริมการสร้าง Best Practice Models และ

Innovation เพื่อการเรียนรู้และพัฒนางานบริการสุขภาพ ๓) สนับสนุนการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ และองค์กรเรียนรู้ในองค์กรสุขภาพทุกระดับ ด้วยการจัดการระบบรู้ ระบบคิด และระบบทำให้เกิดความรู้และใช้ความรู้ เพื่อสร้างคนและสุขภาพอย่างพอเพียง ๔) กำหนดให้การมีกิจกรรมจัดการความรู้ในองค์กรเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลสัมฤทธิ์การทำงาน การพัฒนาวิธีปฏิบัติงานเป็นทีม และการพัฒนางาน พัฒนาคนที่ดีขึ้น กรมควบคุมโรคมีหน่วยงาน “ สำนักจัดการความรู้” ที่รับผิดชอบในเรื่องนี้โดยตรง

สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา ทั้งในด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพ การวิจัยด้านสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ และการวิจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้สามารถใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงได้อย่างเหมาะสมและครบวงจร โดยการพัฒนาและส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research – R๒R) เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนางานประจำที่ทำอยู่ได้ โดย ปี๕๔ มีการส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มงานด้านบริหารของทุกหน่วยงานมีการจัดทำงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research – R๒R) เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนางานประจำที่ทำอยู่ได้

สร้างเครือข่ายการวิจัยเพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือด้านการวิจัยระหว่างสถาบันวิจัยต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาองค์ความรู้และรูปธรรมของระบบสุขภาพพอเพียง และมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเหมาะสม (Appropriate Technology) ผลิตและพัฒนานักวิชาการและนักวิจัยด้านสุขภาพให้มีคุณภาพและปริมาณเพียงพอ ควบคู่กับการปรับระบบงานให้นักวิชาการและนักวิจัยสามารถพัฒนาความรู้และสั่งสมความเชี่ยวชาญได้อย่างต่อเนื่อง โดยการจัดอบรมให้ความรู้แก่นักวิชาการเพื่อให้สามารถดำเนินงานวิจัยอย่างมีคุณภาพ

สร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมทางวิชาการให้เกิดความตื่นตัวทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดตลาดนัดความรู้และสัมมนาทางวิชาการเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ เช่น การสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ เป็นต้น

พัฒนาระบบข้อมูลสาธารณสุขให้ทันสมัย เชื่อถือได้และเอื้อต่อการเข้าถึงและการนำไปใช้ประโยชน์ โดยการจัดทำ Website ของกรมควบคุมโรคเพื่อสื่อสารข้อมูลต่างๆ ของกรม

จัดทำคลังความรู้ด้านสุขภาพของชาติ (Health Knowledge Asset Center) ที่ให้ความสำคัญกับความรู้ในตัวคนหรือความรู้ฝังลึกที่ผ่านการปฏิบัติจริงที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งคลังความรู้ที่เป็น Best Practice, Innovation และ Expert Network หรือจัดทำเป็นแผนที่ศักยภาพของมนุษย์ (Human Mapping) ทางด้านสุขภาพ และมีกลไกการบริหารจัดการให้มีการกระตุ้นให้นำเอาความรู้ในคลังความรู้ไปใช้พัฒนาต่อยอด และสร้างคุณค่าได้อย่างเหมาะสม ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพ และโครงข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบการสื่อสาร (e-Health) เพื่อเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้และการจัดการความรู้ในองค์กรทุกระดับ จัดให้มีบริการข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพ ที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสามารถให้ผู้เกี่ยวข้องและสาธารณชน

สามารถใช้ประโยชน์ได้ พัฒนาระบบการตรวจสอบและคัดกรองข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ผ่านสื่อมวลชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบอินเทอร์เน็ต ให้มีความถูกต้อง เหมาะสมและครบถ้วน รวมทั้งดำเนินการเพื่อให้ข้อมูลและเตือนภัยที่อาจเกิดขึ้นจากภัยและข้อมูลที่ผิดพลาดจากสื่อเหล่านี้ เพื่อให้เกิดการรู้เท่าทันสื่อ มีการให้บริการ Call Center โดยการจัดจ้างบริษัทเอกชนมาดำเนินการตอบ

จากเป้าหมาย ๔ ข้อ พบว่ายังไม่บรรลุในบางหน่วยงาน ที่มีการจัดเตรียมแผนงานรองรับ โดยเฉพาะกรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานที่มีความก้าวหน้าในการบรรลุยุทธศาสตร์นี้

โครงการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

ในการดำเนินงานในส่วนของจังหวัด มีหน่วยงานบริหารงานสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานบริการได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่ควบคุมกำกับ ให้การดำเนินงานเป็นไปตามนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยมีโครงการที่ดำเนินการในจังหวัดส่วนใหญ่ ดังต่อไปนี้

(๑) งานหลักประกันสุขภาพ

กลุ่มประกันสุขภาพ เป็นผู้รับผิดชอบงานนี้เป็นส่วนใหญ่ โดยมีงาน/โครงการดังนี้

๑) การประชุม**คณะอนุกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด**

๒) ประชุม**คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น**กรณี

๓) ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

๔) ประชุมคณะอนุกรรมการควบคุม**คุณภาพและมาตรฐาน**เพื่อ ตรวจประเมินคุณภาพ

๕) การประชุมผู้บริหารเพื่อบริหารจัดการ**งบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพ**

๖) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการบริหารงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

๗) ตรวจประเมินหน่วยบริการเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการฯ สนับสนุนการพัฒนาส่วนขาด

๘) ประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ เกี่ยวกับการประกวด

๙) การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้รับบริการ

๑๐) ประชุมคณะกรรมการโรคไตวายเรื้อรัง

๑๑) ประชุมสสจ./รพท/การใช้บัตรประจำตัวประชาชนแทนบัตรโดย ตรวจประเมิน

๑๒) การเพิ่มสมรรถนะการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย E- Claim โดยการประชุม รพท./รพช./สสอ.

๑๓) พัฒนาศักยภาพระบบเครือข่ายประชาสัมพันธ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สสจ./รพท/รพช./สสอ.โดยประชาสัมพันธ์

๑๔) พัฒนาระบบการจัดการโรคไตวายเรื้อรังและบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๑๕) พัฒนาหน่วยรับเรื่องร้องเรียนสาขาจังหวัด

๑๖) สนับสนุนการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัดและเขต (Health care Financing)

๑๗) สนับสนุน การพัฒนาการวิเคราะห์ต้นทุนที่แท้จริงทางการบริการของสถานีอนามัยโดยการอบรมเจ้าหน้าที่ใน รพท/รพช./สสอ.

๑๘) พัฒนาศักยภาพและการติดตามการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยจัดประชุม ถอดบทเรียน สสจ./รพท/รพช./สสอ./อปท.

๑๙) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มพูนรายได้ให้แก่หน่วยบริการโดยจัดประชุม ถอดบทเรียน สสจ./รพท/รพช./สสอ./อปท.

๒๐) ประชุมเพื่อรับนโยบายไปราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพ โดยประชุม/อบรมสสจ./รพท/รพช./สสอ./อปท.

๒๑) สร้างเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยประชุม/อบรมสสจ./รพท/รพช./สสอ./อปท.

๒๒) พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

๒๓) พัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อรองรับการประกวด อสม.ดีเด่นปี ๒๕๕๔ โดยประชุม อสม.

(๒) งานส่งเสริมสุขภาพ มีโครงการรองรับ ดังต่อไปนี้

<u>แม่และเด็ก</u>

โครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก

ประชุมคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด (MCH Board) คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด

โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว

ประเมินโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว รพ.

โครงการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในเด็กปฐมวัย

ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ขององค์การอนามัยโลก จนท.สธ.

โครงการควบคุมป้องกันภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด

ประกวด “เด็กพัฒนาการดีเลิศ” ระดับจังหวัด เด็ก

โครงการส่งเสริมการตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน

มหกรรมสายใยรักแห่งครอบครัว	ปชช.
ประกวด “สุดยอดแม่แห่งปี” ระดับจังหวัด	คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด
พัฒนาหมู่บ้านต้นแบบเพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	คณะกรรมการหมู่บ้าน

<u>วัยเรียน วัยรุ่น</u>

โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ประชุมสัมมนาคณะกรรมการดูแลสุขภาพนักเรียนและประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	คณะกรรมการระดับจังหวัด

โครงการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสู่ระดับเพชร ปี พ.ศ.....

ประชุมเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด	คณะกรรมการระดับจังหวัด
นิเทศติดตามโรงเรียนโดยทีมบูรณาการของจังหวัด	ผู้นิเทศ
ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร	ครูอนามัย
เวทีสัมมนาและประกวดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร	ครู/คณะกรรมการระดับจังหวัด

โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันสภาวการณ์ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

อบรมให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น	จนท.สาธารณสุข

โครงการส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการจิตอาสาโรงพยาบาล

อบรม ทักษะการให้บริการจิตอาสา	จนท.สาธารณสุข

<u>วัยเจริญพันธ์</u>

โครงการคนไร้พุงมุ่งสู่สุขภาพดี

มหกรรมรณรงค์สร้างสุขภาพ/ประกวดคนไทยไร้พุง	ปขข./จนท.สธ./หน.ส่วนราชการ

โครงการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ

สำรวจ วิจัยภาวะอ้วนลงพุงและพฤติกรรมการบริโภคและออกกำลังกาย	ปขข./จนท.สธ./หน.ส่วนราชการ

โครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเจริญพันธ์

ประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะองค์กรไร้พุง	นท.สธ./หน.ส่วนราชการ

โครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเจริญพันธ์	
รณรงค์เฝ้าระวังภาวะอ้วนลงพุงและพฤติกรรมสุขภาพ	ปขข./จนท.สธ./หน.ส่วนราชการ
โครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเจริญพันธ์	
นิเทศติดตามการดำเนินงานขับเคลื่อนองค์กรต้นแบบไร้พุง	ผู้นิเทศ
โครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเจริญพันธ์	
ประชุมเชิงปฏิบัติการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนลงพุงเพื่อสร้างแกนนำเครือข่ายคนไทยไร้พุงในชุมชน	แกนนำเครือข่าย
โครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเจริญพันธ์	
ประชุมเชิงปฏิบัติการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนลงพุงเพื่อสร้างแกนนำเครือข่ายคนไทยไร้พุงในชุมชน	แกนนำเครือข่าย
ประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานและจัดพิธีลงนามบันทึกความร่วมมือขับเคลื่อนจังหวัดไร้พุงมุ่งสู่สุขภาพดี	คณะกรรมการและคณะทำงาน
รณรงค์สร้างกระแสการดูแลสุขภาพด้วยป้ายประชาสัมพันธ์	แกนนำเครือข่าย
รณรงค์ ติดตามเฝ้าระวังภาวะอ้วนลงพุงและพฤติกรรมสุขภาพ (ทุกสิ้นเดือน มี.ค.-ส.ค.๕๓)	ปขข./จนท.สธ./หน.ส่วนราชการ
งานตรวจตัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ	ปขข./จนท.สธ./หน.ส่วนราชการ
งานวางแผนครอบครัว	จนท.สาธารณสุข
งานส่งเสริมการออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ	ปขข./จนท.สธ./หน.ส่วนราชการ
<u>สูงอายุ</u>	
โครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุและเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ	
อบรมแกนนำดูแลผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการดูแลสุขภาพช่องปาก	แกนนำดูแลผู้สูงอายุ
โครงการส่งเสริมอนามัยวัยสูงอายุและวัดส่งเสริมสุขภาพ	
ประกวดชมรมผู้สูงอายุดีเด่นและประกวดเทพีผู้สูงอายุสุขภาพดี	ชมรมผู้สูงอายุ
<u>ผู้พิการ</u>	
โครงการดูแลผู้พิการ	
ประชุมสัมมนาเรื่องการดูแลผู้พิการระดับจังหวัด	จนท.สธ./ผู้ดูแล
ประชุมสัมมนาเรื่องการประเมินคนพิการ	จนท.สธ./ผู้ดูแล
ประชุมคณะกรรมการบริหารงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	คณะกรรมการ

<u>ทุกกลุ่มอายุ</u>

โครงการติดตาม

ติดตามประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุ คณะกรรมการระดับจังหวัด

(๓) ทันตสาธารณสุข

งานพัฒนาระบบทันตสุขภาพ / พัฒนาการส่งเสริม / ป้องกันทันตสุขภาพ

งานบริการในคลินิก

๑. จัดทำเวชระเบียน/ค้นหาเวชระเบียน ๒. ซักประวัติผู้มารับบริการ ๓. บันทึกข้อมูลผู้มารับบริการ ๔. ตรวจสิทธิ์ผู้มารับบริการ ๕. ตรวจวินิจฉัย ๖. ถอนฟัน ๗. อุดฟัน ๘. ขูดหินน้ำลาย ๙. รักษาคลองรากฟัน ๑๐. ใส่ฟันปลอม ๑๑. เคลือบหลุมร่องฟัน ๑๒. เอ็กซเรย์ฟัน ๑๓. ช่วยข้างเก้าอี้ ๑๔. บันทึกกิจกรรมประจำวัน

งานให้บริการนอกสถานบริการ ได้แก่ ตรวจสุขภาพฟัน นร.นักเรียนประถมศึกษาในเขต อ.เมือง ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันนร.ประถมศึกษาปี ๑,๖ ของ รร. ในเขตเมือง ให้ความรู้ด้านทันตสุขศึกษานักเรียนประถมศึกษาในเขต อ.เมือง เด็กก่อนวัยเรียนในศพด.เขต อ.เมือง เด็กนร.มัธยมศึกษาในเขต อ.เมือง ให้บริการรถทันตกรรมเคลื่อนที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่จากมูลนิธิพอสว.ในพื้นที่ ประชาชนในพื้นที่ทุรกันดาร ให้บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ผู้ต้องขังในเรือนจำ/เยาวชนในสถานพินิจ

งานตรวจสอบผลการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่รับบริการของ รพ. ที่ร่วมให้บริการ แก่รร.ในพื้นที่ของหน่วยบริการ

งานพัฒนาวิชาการ ได้แก่ งานพัฒนาวิชาการด้านทันตสุขภาพ งานสนับสนุนบริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ โครงการรณรงค์ วันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ โครงการพัฒนาส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในหญิงมีครรภ์ ในกลุ่มต่างด้าว โครงการพัฒนางานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพและการจัดการฐานข้อมูลทันตสุขภาพในเด็กกลุ่มต่างด้าว โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค โครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา โครงการส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจบริการสุขภาพสู่มาตรฐานสากล โครงการรณรงค์ กิจกรรมรณรงค์ “ฟันสะอาด เหงือกแข็งแรง” โครงการประกวดคู่หูโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพ โครงการพัฒนากลไกนโยบายและระบบการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิ โครงการพัฒนาระบบงานส่งเสริมและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก “ยิ้มสดใส เด็กไทยฟันดี โครงการแก้ไขปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย ภายใต้โครงการ “สายใยรักแห่งครอบครัว”

(๔) งานควบคุมโรค ได้แก่ งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ การประเมินมาตรฐานงานระบาดวิทยาเครือข่าย การพัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว การสอบสวนโรคและการระบาดของโรค

หรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โครงการเฝ้าระวังโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โครงการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ๒๐๐๙ โครงการรณรงค์หยอดวัคซีนโปลิโอ โครงการเฝ้าระวังในการป้องกันโรคในพื้นที่(เลปโตสไปโรซีส) โครงการถ่ายทอดเทคโนโลยีเรื่องโรคพากินสัน โครงการแก้ไขปัญหาเอดส์ โครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการที่เป็นมิตรและเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV ฯ โครงการคาดประมาณประชากรที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ที่เข้าถึงยาก

(๕) โครงการรณรงค์ ได้แก่

โครงการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

โครงการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพสต.)

โครงการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพด้านการพยาบาลโรงพยาบาล

โครงการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการชันสูตรสาธารณสุข

พัฒนาสถานบริการทุกระดับให้ผ่านการรับรองมาตรฐานที่กำหนด

โครงการเสริมศักยภาพระบบบริการและติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิ

โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแบบเครือข่ายระดับจังหวัด

โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลสู่การรับรองคุณภาพ

โครงการประชุมสัญจรหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

โครงการพัฒนาการประกันคุณภาพทางการพยาบาลชุมชน

โครงการประเมินกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว

โครงการสร้างระบบเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาหน่วย บริการปฐมภูมิโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์และจิตอาสา

โครงการพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

โครงการประเมินผลสถานบริการสาธารณสุข

โครงการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan ๕ปี)

โครงการประกวดสอ.,รพสต.,สสอ. และคปสอ.

โครงการขยายเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โครงการพัฒนาคุณภาพบริการงานการแพทย์ฉุกเฉิน

โครงการพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

โครงการยกระดับการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

โครงการพัฒนาระบบส่งต่อเครือข่ายสุขภาพ

โครงการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โครงการเตรียมความพร้อมรับสาธารณภัยด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

-สนับสนุนการฝึกซ้อมแผนการเตรียมความพร้อมรับสาธารณภัยด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

-จัดทำคู่มือเตรียมความพร้อมรับสาธารณภัยด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

โครงการอบรมฟื้นฟูหลักสูตรการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุสำหรับบุคลากรกู้ชีพระดับพื้นฐาน

โครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง ความดันโลหิต หัวใจและหลอดเลือด

โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

โครงการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อการฟื้นฟูเยียวยาจิตใจและฟื้นฟูสุขภาพผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงทางการเมือง

(๖) บริหารจัดการทั่วไปเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุข

โครงการพัฒนาระบบการควบคุมภายใน หน่วยงานในสังกัด โดยประชุมคณะกรรมการควบคุมภายใน อบรมเพิ่มความรู้บุคลากรเกี่ยวกับระบบควบคุมภายใน ประชุมชี้แจงหน่วยงานในสังกัด ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติและ ประชุมสรุปผลการปฏิบัติสสจ./รพ./สสอ./สอ.

โครงการตรวจสอบภายใน หน่วยงานในสังกัดประจำปี ลงพื้นที่ตรวจสอบ สรุปผลการตรวจสอบสสจ./รพ./สสอ./สอ.ในรูป คณะกรรมการ

โครงการพัฒนาการบริหารการเงินการคลังและบริหารความเสี่ยงประจำปี

ประชุมตรวจสอบและรวมงบการเงิน	กลุ่ม CFO
อบรมเพิ่มความรู้บุคลากรด้านการเงินการคลังและCFO	จนท.การเงินและบัญชี/CFO
วิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินการคลัง	สสจ./รพ./สสอ./สอ.
ประชุม CFOเพื่อติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการเงินการคลัง	กรรมการ
ดำเนินการตามข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข	สสจ./รพ./สสอ./สอ.
ประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	สสจ./รพ./สสอ./สอ.

โครงการพัฒนาศักยภาพกลุ่มงานบริหาร(การเงิน,พัสดุ,ธุรการ,การเจ้าหน้าที่)

ประชุมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริหารฯ	จนท.งานบริหารทุกแห่งในสังกัด
ประชุมชี้แจงระเบียบ กฎหมาย ข้อบังคับฉบับแก้ไขเพิ่มเติม	จนท.งานบริหารทุกแห่งในสังกัด

โครงการประเมินผลการปฏิบัติงานตามพรบ.ข้าราชการพลเรือน พ.ศ.๒๕๕๑(ปีละ ๒ครั้ง)

ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ	ข้าราชการในสังกัด
ประเมินผลรายบุคคล	ข้าราชการในสังกัด

สนับสนุนการปฏิบัติงานในสำนักงาน

ปรับปรุง,บำรุง, รักษา,ซ่อมแซม,ยานพาหนะ,อาคาร,สนง., บ้านพัก ฯลฯ	สสจ./สสอ.
จัดซื้อ/จัดจ้าง	สสจ./รพช./สสอ./สอ.
รปภ.	สสจ.
แม่บ้าน	สสจ.

สาธารณูปโภค(เติมข้อมูล...รวมสสอ.ด้วย)

ค่าสาธารณูปโภค(ไฟฟ้า,IT,น้ำประปา,โทรศัพท์,ไปรษณีย์)	สสจ./สสอ.

งานการเจ้าหน้าที่(พิจารณากลั่นกรอง เอกสารวิชาการ)

พิจารณากลั่นกรอง เอกสารวิชาการ	จนท.สาธารณสุขในสังกัด

งานยานพาหนะ

จัดยานพาหนะในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน	สสจ.

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อปิดบัญชีและจัดทำงบการเงินภาพรวมจังหวัด

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ	จนท.ผู้รับผิดชอบงานการเงินและบัญชี สสจ. /สสอ. / รพท. / รพช.

๔. กระบวนการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

ข้อสังเกตจากการพิจารณางาน/โครงการส่วนใหญ่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ไม่มีหรือมีโครงการรองรับ น้อยมากในยุทธศาสตร์ที่ ๕ ๖ และ ๔ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ และ ๓ เป็นยุทธศาสตร์ที่มีงาน/โครงการ รองรับมากที่สุด ส่วนยุทธศาสตร์ที่ ๑ มีงาน/โครงการเป็นงานสนับสนุน แตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด

การบริหารจัดการแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐ สู่การปฏิบัติเป็นกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติซึ่งต้องเปลี่ยนรูปของความตั้งใจไปสู่กิจกรรมนับเป็นกระบวนการเชิงปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง กระบวนการนี้เริ่มต้นด้วยปัจจัยกระตุ้นและต่อมามีการเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อพัฒนานโยบายและต่อเนื่องด้วยการกำหนดรายละเอียดของแผนงานแล้วจึงนำไปสู่การปฏิบัติ

การวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติสามารถวัดผลการปฏิบัติตามแผนงานในเป้าหมายหลักและการอธิบายต่อเหตุการณ์และปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากนโยบายระดับชาติที่สำคัญประกอบด้วยการสื่อข้อความ การบังคับใช้กฎหมาย คุณลักษณะของหน่วยปฏิบัติ เงื่อนไขทางการเมือง เงื่อนไขทางสังคมและเศรษฐกิจ หรือจุดยืนหรือทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๑๐ ภายใต้การนำของ ๕ รัฐบาล ๖ รัฐมนตรีว่าการสาธารณสุข ทำให้ความต่อเนื่องของนโยบายมีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น นโยบาย

บางอย่างถูกยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญบางอย่างไปปัจจัยที่ค้นพบเกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๑๐ มีดังต่อไปนี้

๑. การเลือกกลยุทธ์การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่เหมาะสม

๒. กลยุทธ์การนำนโยบายเหมาะสม แต่การเลือกหน่วยปฏิบัติและกลไกในการปฏิบัติไม่เหมาะสม

๓. ความชัดเจนของนโยบายไม่เพียงพอ

๔. ขาดการสนับสนุนขององค์กรในบางยุทธศาสตร์

๕. ความตั้งใจจริงทางการเมืองมีไม่เพียงพอ

ในส่วนของสาระสำคัญของยุทธศาสตร์ยังมีสิ่งที่ควรปรับปรุงดังต่อไปนี้

การมี Assumption คลุมเครือทำให้การสร้างความเห็นพ้องใน Strategies ระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้องเป็นไปได้ยาก และกระทบไปถึงปัญหาความร่วมมือในการทำงาน สาเหตุจาก

- ระบบคุณค่าที่ยอมรับการใช้สามัญสำนึก/ความเชื่อในการกำหนด Strategies แทนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

- การขาดความรู้/ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ มาตรการ และทางเลือกในการแก้ปัญหา

- การแบ่งแยกผู้รับผิดชอบการเขียนเอกสารแผนพัฒนาสุขภาพ แผนปฏิบัติราชการ แผนงบประมาณระดับกรมโดยขาดการบูรณาการทำความเข้าใจร่วมกัน/ขาดการประสานงาน/ขาดการบรรณาธิการต้นฉบับสุดท้าย

- การขาดเอกภาพทางความคิดในบรรดาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน

- วิธีการตีความหมายของ Assumptions ระหว่างผู้นำแผนไปใช้และผู้เขียนแผนต่างกัน

๕. ข้อเสนอในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๑๑

๑. ควรใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้มากขึ้น (More evidence based) และเปิดโอกาสให้ภาคีต่างๆ ร่วมวิพากษ์และแลกเปลี่ยนความเห็น ความรู้ ข้อมูลอย่างกว้างขวางมากขึ้น กำหนดกรอบการเขียนแผนให้ชัดเจน เป็นที่เข้าใจและยึดถือปฏิบัติร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ

๒ แผนพัฒนาฯ ควรเป็นแผนพัฒนาสุขภาพของชาติอย่างแท้จริง โดยจัดกระบวนการบริหารแผนและสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันหลังจากวางแผนเสร็จสิ้น

๓. ควรมีการวางแผนยุทธศาสตร์ของการพัฒนาให้เชื่อมโยงกัน ระหว่างยุทธศาสตร์ และยุทธวิธีของแผนปฏิบัติราชการ แผนงบประมาณ

๔. ควรมีการผลักดันให้มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาฯ (Implementation) โดยมีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นระบบที่ต่อเนื่อง มีหน่วยงานและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

๕. ระบบและกลไกการนำแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขสู่การปฏิบัติควรมีความชัดเจนเป็นรูปธรรม

๖. ระบบและกระบวนการในการจัดสรรและใช้งบประมาณ ควรมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

๗. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี แผนงาน ตลอดจนงานและโครงการต่างๆ ควรมีกรอบแนวความคิดในการวางแผนที่เป็นเอกภาพในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

๘. การกำหนดยุทธศาสตร์และการวางแผนงานในระดับต่างๆ เพื่อรองรับแผนงานระดับบนควรมีความสอดคล้องของกระบวนทัศน์ (Paradigm)

๙. รูปแบบและบทบาทของหน่วยงานวิชาการระดับกรมสำนัก/กองในกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางควรมีการปรับโครงสร้างการทำงานให้เอื้อกับพื้นที่

๑๐. ควรมีการเชื่อมโยงการบริหารจัดการแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑ สู่การปฏิบัติ โดยสร้างและใช้แบบประเมินตนเองเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ ในภาพรวม และนำเครื่องชี้วัดการประเมินผลการพัฒนาฯไปใช้ให้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เริ่มจาก ความเข้าใจ วัตถุประสงค์ กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ การยอมรับเข้าเป็นงานสำคัญ วิธีการของเครื่องมือในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ การสร้างระบบการติดตามประเมินผล เป็นต้น

สิ่งสำคัญในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติคือ ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติและการประเมินนโยบาย เพราะการประเมินนโยบายคือกลไกสำคัญที่จะบ่งชี้ว่าการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวมากน้อยเพียงใด เพราะสาเหตุอะไร

ประเด็นที่ยังคงต้องพิจารณาต่อไปในเรื่องสาระสำคัญที่ยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพ คือ

๑. การขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ทวีความรุนแรงขึ้นนี้ส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับระบบการแพทย์ที่เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนั้นการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนได้ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพกลายเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ จนทำให้แพทย์ที่มีอยู่ในระบบบริการทางการแพทย์มีสัดส่วนเป็นแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๗.๗ ในขณะที่ระบบบริการเชิงรุกและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในระดับชุมชนและครอบครัวกลับได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพให้สามารถให้บริการอย่างทั่วถึงใกล้บ้านจะเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาว

๒. การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ยังเกิดจากภาวะสมองไหลที่แพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการแก่สาธารณชนไปทำงานในระบบเอกชนมากขึ้น ธุรกิจทางการแพทย์ที่เติบโตอย่างรวดเร็วได้ทำให้มีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ โดยในปี ๒๕๔๗ มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน ๔๗๑ แห่งทั่วประเทศ ในจำนวนนี้มี ๑๒๙ แห่งอยู่ในกรุงเทพฯ การเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนยิ่งทำให้การกระจายแพทย์ขาดความสมดุลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ มีการดูดซับบุคลากรภาครัฐสู่ภาคเอกชนและชนบทสู่เมืองโดยมีแพทย์ลาออกจากการทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐในปี ๒๕๔๘ สูงถึง ๖๖๓ คน นอกจากนั้น นโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ที่มุ่งทำการแพทย์ให้เป็นการค้าเพื่อหารายได้จากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มีฐานะดีจากต่างชาติ ได้ทำให้เกิดสมองไหลของแพทย์จากภาคสาธารณะไปสู่ภาคเอกชนรายได้สูงเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ คาดว่านักท่องเที่ยวทั่วโลกที่มารับบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น จาก ๓๓ ล้านคนในปี ๒๕๔๓ เป็น ๑๒๑ และ ๓๒๘ ล้านคนในปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๖๓ โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อปีร้อยละ ๒๖.๗ และ ๑๗.๑ ตามลำดับ

๓. การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า" (Health for All) ไม่ได้มีแต่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วนจะต้องช่วยกัน "การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ" (All for Health) ซึ่งต้องสร้างภาวะผู้นำทางการเมืองและพันธมิตรใหม่ ทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน และประชาสังคม ต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการช่วยสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพและพัฒนาการเรียนรู้ของคนในสังคมไทยให้สามารถปรับตัวอย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการสร้างความร่วมมือและร่วมรับผิดชอบต่อการพัฒนาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการพัฒนานโยบายสุขภาพนานาชาติและธรรมาภิบาลในแวดวงสุขภาพโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชากรตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals - MDGs) ของประเทศไทย ที่ส่วนใหญ่บรรลุเกณฑ์ที่กำหนดไว้

๔. ปัญหาการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลโดยการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริงทำให้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอโดยเฉพาะในระบบบริการภาครัฐนั้น งบประมาณเกือบร้อยละ ๔๐ ถูกใช้เป็นงบบุคลากร ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในสภาพมีหนี้สินต้องแบกรับภาระทางการเงินและขาดสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งจะเป็นภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลต่อไปในอนาคต นอกจากนี้หากขยายความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งขณะนี้มีประมาณ ๑๔,๐๐๐ ราย การให้สิทธิประโยชน์ในการล้างไตจะมีภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นประมาณ ๒๐,๐๐๐-๓๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน และคาดว่าอีก ๑๘ ปี ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๘๘,๔๓๕ ราย หากขาดระบบการจัดการและการหาทางเลือกก็อาจทำให้เกิดวิกฤตค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้

๕. แนวโน้มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในอนาคตจะเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยหลายประการได้แก่ (๑)การบีบคั้นจากการค้าเสรีที่จะบังคับใช้ข้อตกลงทางการค้าที่ทำให้ต้องซื้อยาในราคาที่แพงขึ้น ในขณะที่

ประเทศไทยไม่สามารถผลิตวัตถุดิบด้านยาได้ (๒) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคกระดูกและข้อ โรคต้อกระจก และทันตกรรม (๓) พฤติกรรมการสั่งจ่ายยาของแพทย์ที่มีเพื่อแนวโน้มใช้ยาราคาแพงและเทคโนโลยีชั้นสูงมากขึ้น (๔) การฟ้องร้องแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้แพทย์สั่งการรักษาและการตรวจที่มากเกินจำเป็นป้องกันการถูกฟ้องร้องว่าไม่ทำการตรวจรักษาให้ครบถ้วน (๕)การแพทย์แนวพาณิชย์ที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและไม่มีความจำเป็น

๕. ข้อเสนอสำหรับผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ

โครงสร้างและการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการต่างๆ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในด้านการตอบสนองและความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ เป้าหมายของยุทธศาสตร์ และยุทธวิธี

ความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบของยุทธศาสตร์และสถานการณ์ อันเป็นข้อสมมติอยู่ในระดับที่ดี มีเพียงบางองค์ประกอบที่ไม่เชื่อมโยงกับยุทธวิธี ซึ่งพบในยุทธศาสตร์ที่ ๔, ๕ และ ๖ ความไม่สอดคล้องระหว่างสถานการณ์อันเป็นข้อสมมติกับยุทธวิธีในสาขาที่ ๑ และ ๓

รอยต่อระหว่างยุทธวิธีและแผนงาน/โครงการ ไม่สอดรับกันอย่างที่เห็นได้ชัดเจน แสดงให้เห็นถึงการตัดตอนการวางแผนพัฒนาระหว่างการกำหนด “ยุทธศาสตร์ของชาติ” ด้านการสุขภาพ และ<u>แผนพัฒนาเกือบทั้งหมดกลายเป็นแผนงานของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่แผนพัฒนาของชาติ</u>

สาระหลักของการกำกับติดตามโดยทีมจากสำนักตรวจราชการ มักเป็นเรื่องการเร่งรัดการใช้เงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร รองลงมาคือเรื่องการบริหารบุคคล ในขณะที่บางเรื่องเป็นเรื่องที่อยู่ภายใต้ความสนใจของผู้ตรวจราชการแต่ละคน ยังขาดความต่อเนื่องในประเด็นของยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐

กระบวนการพัฒนาองค์ประกอบรายละเอียดรวมถึงแผนงานของแต่ละยุทธศาสตร์

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี ประเด็นยุทธศาสตร์ ตลอดจนงานและโครงการต่างๆมีกรอบแนวความคิดในการวางแผนที่ไม่เป็นเอกภาพในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง และไม่สอดคล้องกับแนวคิดของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติด้านสาธารณสุข ที่ยึดพื้นที่และภาระกิจเป็นสำคัญ โดยเฉพาะแผนงานระดับปฏิบัติ

ในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ การเขียนแผนงาน/โครงการท้อนความมุ่งหวังเรื่องงบประมาณเป็นหลัก ไม่ได้สะท้อนยุทธศาสตร์การพัฒนา และความพยายามของการนำยุทธศาสตร์นั้นลงสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง แผนงาน/โครงการหลายเรื่องเป็นลักษณะของงานประจำ แต่มีความจำเป็นต้องรวมไว้เพื่อให้ได้รับงบประมาณของหน่วยงานและส่วนราชการ

๖. ข้อเสนอแนะ

๖.๑ กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสาธารณสุข โดย กำหนดค่านิยมเพื่อนำแผนเป็นเครื่องมือในการบริหารให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ โดยมีกระบวนการดังต่อไปนี้

๑) สร้างความเข้าใจถึงขอบเขตและความสำคัญของแผนงาน ของบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และประเมินผลการนำแผนไปใช้ทุกปี กำหนดให้มีหน่วยงานกลางเป็นผู้ประเมินและรายงานผลทุกปีและผลักดันทั้งผู้รับผิดชอบและงบประมาณอย่างชัดเจน หากประเมินผลแล้วไม่มีการนำไปใช้ให้ยกเลิกการทำแผนพัฒนาสุขภาพเนื่องจากซ้ำซ้อนกับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนบริหารราชการแผ่นดิน แผนปฏิบัติราชการแผ่นดิน ๔ ปี แผนงบประมาณ

๒) แยกแผนพัฒนาออกจากแผนปฏิบัติงานประจำอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกรณีที่ต้องการนำไปใช้ประโยชน์ด้านการจัดสรรงบประมาณ

๓) ปรับกระบวนการจัดทำแผนงานให้เกิดความสอดคล้องและเชื่อมโยงกันระหว่างการประเมินสถานการณ์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของข้อสมมติในการวางยุทธศาสตร์ การกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ยุทธวิธีของการพัฒนา แผนงานหลัก แผนงานรอง ตลอดจนงานและโครงการที่ชัดเจน

๔) จัดให้กระบวนการและกรอบในการวางแผนงานในระดับปฏิบัติใช้กรอบแนวคิด (Conceptual framework) ของแผนยุทธศาสตร์ และถ่ายทอดองค์ประกอบของยุทธศาสตร์แผนพัฒนาสู่การปฏิบัติเป็นสำคัญ

๕) กำหนดวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ตลอดจนแผนงานต่างๆ งานและโครงการในเชิงปริมาณที่สามารถวัดและประเมินได้ชัดเจน และกำหนดเครื่องชี้วัดผลสำเร็จที่สัมพันธ์กับยุทธศาสตร์การพัฒนา และผู้รับผิดชอบประเมินผลในการวางแผนระดับงาน/โครงการไว้ตั้งแต่ต้น

๖) สร้างกลไกการทบทวนและปรับแผนงานระหว่างการดำเนินการ ตลอดจนกำหนดเกณฑ์ที่ใช้เป็นสัญญาณบ่งชี้ความจำเป็นในการทบทวนแผนงานและเป้าหมายต่างๆ ที่ชัดเจน

๖.๒ สร้างระบบและกลไกการนำแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

๑) ปรับปรุงกระบวนการและกลไกการบริหารจัดสรรงบประมาณและบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ โดยเชื่อมโยงเข้ากับการประเมินผลและระบบแรงจูงใจระดับองค์กร (งบประมาณ) และระดับปัจเจก (ค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในวิชาชีพ)

๒) ศึกษาหากลไกเพื่อประสานนโยบายของฝ่ายการเมืองเข้ากับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การทบทวนการจัดทำแผนติดตามนโยบายรัฐบาลกับแผนบริหารราชการแผ่นดิน ๔ ปี และงบประมาณที่ต้องดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่รัฐบาลแถลงนโยบาย

๓) พัฒนากลไกร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ในการทำงานร่วมกันเป็นองค์กรอย่างเป็นระบบ และมีเครือข่ายที่ชัดเจนในการวัดผลการบรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์

๔) การตรวจราชการควรมีประเด็นการนิเทศที่อ้างอิงถึงยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี หรือแผนงานต่างๆ ของแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีเอกภาพในการผลักดันยุทธศาสตร์ในพื้นที่เป้าหมาย และติดตามเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์

๖.๓ ปรับเปลี่ยนระบบและกระบวนการในการจัดสรรและใช้งบประมาณให้สัมพันธ์กับการดำเนินงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอย่างแท้จริง

๑) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติควรประสานและผลักดันให้มีการนำระบบการจัดสรรงบประมาณ และการกำกับติดตามประเมินผลที่เอื้อให้เกิดบูรณาการข้ามสาขา (Cross-functional) ของการพัฒนาในระดับจังหวัด อันจะนำไปสู่ความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพระหว่างหน่วยงานต่างสังกัดตามปรัชญาของแผนพัฒนามากขึ้นโดยเร็ว

๒) กระทรวงสาธารณสุขควรประสานและผลักดันให้มีการนำระบบการจัดสรรงบประมาณและระเบียบการใช้เงินที่มีความยืดหยุ่น

๖.๔ พัฒนารูปแบบและบทบาทของหน่วยงานวิชาการระดับกรมกองในกระทรวงสาธารณสุข ในด้านการพัฒนารูปแบบโครงการและการประเมินผล และมุ่งเสริมศักยภาพจัดการเชิงยุทธศาสตร์สำหรับการพัฒนาด้านต่างๆที่ระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น

๖.๕ สร้างและใช้แบบประเมินตนเองเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ และนำเครื่องชี้วัดการประเมินผลการพัฒนาด้านสาธารณสุขไปใช้ให้ได้อย่างเป็นรูปธรรม และมีการรายงานผลเพื่อใช้ในการทบทวนยุทธศาสตร์อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง