

**ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559**  
**(เฉพาะยุทธศาสตร์เน้นหนัก)**

**วิสัยทัศน์**

ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความสำเร็จเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน

**พันธกิจ**

1. กำหนดนโยบาย มาตรฐาน กฎหมาย และบริหารจัดการบนฐานข้อมูลที่มีคุณภาพและการจัดการความรู้รวมถึงการติดตามกำกับประเมินผล (Regulator)
2. จัดระบบบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงบริการศูนย์ความเป็นเลิศที่มีคุณภาพ ครอบคลุมและระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ (Provider)

**เป้าประสงค์**

1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า 80 ปี
2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 72 ปี

**ยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่เน้นหนัก ประกอบด้วย**

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

# เป้าหมาย ตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

วิสัยทัศน์ : ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน

เป้าหมาย ระยะ 10 ปี

1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า 80 ปี 2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 72 ปี

## ยุทธศาสตร์ที่ 1: พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย (9 ตัว)

### กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) /สตรี

1. อัตราส่วนการตายมารดา (ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)

### กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 -14 ปี)

3. เด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (ไม่เกินร้อยละ 10 ภายในปี 2560)
4. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ไม่เกิน 6.5 ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน)

### กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (15-21 ปี)

5. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ภายในปี 2561)
6. ความชุกผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15 - 19 ปี (ไม่เพิ่มขึ้นจากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง (BSS) ในปี 2558)

### กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)

7. อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน 16 ต่อประชากร แสนคน ในปีงบประมาณ 2559)
8. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ลดลง ร้อยละ 10 ภายในปี 2562)

### กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)และผู้พิการ

9. ร้อยละของผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ไม่เกินร้อยละ 15)

## ยุทธศาสตร์ที่ 2: พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ (6 ตัว)

### ด้านระบบบริการปฐมภูมิ

10. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)
11. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ (ร้อยละ 70)

### ด้านระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

12. การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง (ร้อยละ 50)

### ด้านระบบควบคุมโรค

13. ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ได้ (ร้อยละ 50)

### ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ

14. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ (ระดับ 5)

### ด้านการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด

15. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate) (ร้อยละ 92 )

รวมทั้งหมด 21 ตัว

## ยุทธศาสตร์ที่ 3 : พัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ (6 ตัว)

### ด้านการบังคับใช้กฎหมาย

16. มีเครือข่ายนักกฎหมายที่เข้มแข็งและการบังคับใช้กฎหมายในเรื่องที่สำคัญ (ร้อยละ 70)

### ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

17. ร้อยละของจังหวัดมีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป (ร้อยละ 50)

### ด้านพัฒนาบุคลากร

18. ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากร (ร้อยละ 70)

### การเงินการคลัง

19. ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาทางการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ 10)

### ยาและเวชภัณฑ์/พัสดุ

20. มูลค่าการจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ฯ ของหน่วยงาน (ร้อยละ 20)

### ปราบปรามทุจริต

21. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (มากกว่า ร้อยละ 75)

## สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ ดังนี้

### ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

#### 1. กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) /สตรี

สาเหตุการเสียชีวิต ของมารดา จากสาเหตุทางตรง (Direct cause) ที่สามารถป้องกันได้ ร้อยละ 56.6 โดยสาเหตุ 5 อันดับแรก คือ การตกเลือด ร้อยละ 30.4 รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.4 น้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด ร้อยละ 13.0 การติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 11.6 และการแท้ง ร้อยละ 10.1 (สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2558 คณะที่ 1) อัตราส่วน การตายของมารดา ในปี 2555 เท่ากับ 17.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และเพิ่มขึ้น ในปี 2556 เท่ากับ 22.3 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน (ข้อมูล จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ) ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาห้าสหัสวรรษ (MDGs) ที่กำหนดให้ลดอัตราการตาย เหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ. 2558 ซึ่งแสดงว่าแม่ตายยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ

สำหรับสถานการณ์ส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0 – 5 ปี พบว่า มีปัญหาทารกแรก กิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.0 ใน พ.ศ. 2556 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่เกินร้อยละ 7 การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดพบ 25.6 ต่อเด็กเกิดมีชีพพัน คน ใน พ.ศ. 2555 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย พบร้อยละ 47.5 ในพ.ศ. 2555 รวมทั้งปัญหาพัฒนาการของเด็ พบว่า เด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) มีพัฒนาการปกติลดลงจาก ร้อยละ 71.7 ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 70.3 ใน พ.ศ. 2555

เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 81.8 (อนามัย 55) (สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2558 คณะที่ 1 รอบที่ 1) และผลการคัดกรอง ังเด็กที่อายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ด้วยเครื่องมือ DSPM จำนวน 75,832 คน พบว่า มีพัฒนาการสมวัย 64,464 คน คิดเป็นร้อยละ 85.01 สงสัยล่าช้า 11,368 คน คิดเป็นร้อยละ 14.99

#### 2. กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 – 14 ปี)

ประเทศไทยในกลุ่มเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ในทุกสาเหตุทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน (ปี พ.ศ. 2548 – 2557) อยู่ในช่วง 6.8 - 11.5 และมีจำนวนการเสียชีวิต เฉลี่ยปีละ 1,177 คน อัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) จากการจมน้ำ เท่ากับร้อยละ 37.2 กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ได้แก่ เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีซึ่งมีส่วนการเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำสูงถึงร้อยละ 30 ของทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูง กว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่าตัว

เด็กไทยมีพัฒนาการ และ IQ ต่ำกว่ามาตรฐานสากล โดยใน พ.ศ. 2554 พบว่าเขาวนปัญญา (IQ) เด็กไทยอายุ 6 - 12 ปี มีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 98.6 ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากลเล็กน้อย (IQ=100) และพบว่ายังมีเด็กกลุ่มที่มีปัญหาระดับสติปัญญาบก พร่อง (IQ<70) อยู่ร้อยละ 6.5 เมื่อเทียบกับมาตรฐานสากลคือไม่ควรเกินร้อยละ 2 และมีช่องว่างของสติปัญญาระหว่างกลุ่มที่มีสติปัญญาดีกับกลุ่มที่มีปัญหาสติปัญญา มาก นอกจากนี้เด็กไทยอายุ 6 - 11 ปี มีความฉลาดทางอารมณ์เท่ากับ 45.12 ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (50 - 100)

เด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน โดยมีการชั่งน้ำหนัก -วัดส่วนสูงเด็กนักเรียน จำนวน 2,089,440 คน พบเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน จำนวน 206,214 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9 ผลการดำเนินงาน ในปี 2558 พบภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนในภาพรวม (ข้อมูลจากผลการตรวจราชการรอบที่ 2 ปี 2558)

### 3. กลุ่มเด็กวัยรุ่น /นักศึกษา (15 – 21 ปี)

การดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น 15 - 24 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.6 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 23.7 ใน พ.ศ. 2554 หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.5 อายุเฉลี่ยที่ดื่มสุรา 20.3 ปี และมีสัดส่วนการดื่มหนักมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และความชุกของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเป็นร้อยละ 22.4 โดยวัยรุ่นชาย สูบบุหรี่ สูงกว่าเพศหญิง 17.2 เท่า (ร้อยละ 39.5 และ 2.3 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 15.3 ปี และเกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ทุกวันหรือเกือบทุกวันและประมาณ 3 ใน 4 มีอาการติดบุหรี่ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยพบว่า อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีอายุน้อยลงจาก 15-16 ปี ใน พ.ศ. 2545 - 2552 เป็นอายุ 12 - 15 ปี ใน พ.ศ. 2554 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเด็กนำไปสู่ปัญหาการ “ท้อง แท้ง ทิ้ง” และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทยในช่วง 14 ปีที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้น 1.4 เท่าจาก 39.1 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2541 เป็น 51.2 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2556 มีแม่อายุ ต่ำกว่า 20 ปี 133,176 คน หรือร้อยละ 16.6 ของแม่ทุกกลุ่มอายุ และมีเด็กกำพร้าถูกทอดทิ้ง 88,730 คน และอัตราโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี เพิ่มสูงขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 46.2 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 95 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2556

### 4. กลุ่มวัยทำงาน (15 – 59 ปี)

#### สถานการณ์ปัญหา

ประชากรวัยทำงานป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น โดยในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (2554 - 2557) อัตราตายด้วยโรค ไม่ติดต่อ (NCD) ที่สำคัญ พบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในทุกกลุ่มอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2554 - 2557 เท่ากับ 22.47 23.45 26.91 และ 27.83 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วย CHD เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2553 - 2556 เท่ากับ 397.24 412.70 427.53 และ 435.18 ตามลำดับ และอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2554 -2555 พบว่าทุกๆ ชั่วโมงมีคนไทยต้องตายจากอุบัติเหตุทางถนนกว่าวันละ 65 คน และจากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในแต่ละวันมีผู้บาดเจ็บกว่า 3,600 คน ต้องนอนโรงพยาบาลวันละ 400 กว่าคน พิการปีละเกือบ 6,000 คน สูญเสียทางเศรษฐกิจปีละเกือบ 3 แสนล้านบาท (โดยคิดมูลค่าความสูญเสียกรณีเสียชีวิต 5,315,556 บาท/ราย พิการ 6,167,061 บาท/ราย บาดเจ็บ admit 147,023 บาท/ราย และ บาดเจ็บเล็กน้อย 34,761 บาท/ราย

หมายเหตุ : ยังไม่บวกอัตราเงินเฟ้อ คิดปีละ 4%) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาพของคนไทย 5 อันดับแรก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ , บุหรี่/ยาสูบ, HT, ไม่สวมหมวกนิรภัย และคอเลสเทอรอลในเลือดสูง จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2557 พบว่า ความชุกของผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 20.7 และความชุกของผู้ดื่มสุรา ร้อยละ 32.3

## 5. กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) และผู้พิการ

### สถานการณ์ปัญหา

การดูแลผู้สูงอายุ โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปและมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2568 ปี พ.ศ. 2557 ไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 10,014,699 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2577 ในขณะที่ดัชนีผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 47.7 ใน พ.ศ. 2550 เป็น 60.8 ใน พ.ศ. 2554 นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงจาก 6.3 ใน พ.ศ. 2550 เหลือ 5.5 ใน พ.ศ. 2554 รวมทั้งยังพบอีกว่าอัตราส่วนพึ่งพิง วัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 16 ใน พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 18.1 ใน พ.ศ. 2554

สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ มีประชากรรวม 64.5 ล้านคน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป 9.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.57 ของประชากรรวม จากการสำรวจภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 26 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่ตั้งไว้ร้อยละ 30 การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน พบความชุกสูงถึงร้อยละ 43 ในเพศชาย และร้อยละ 50 ในเพศหญิง โดยปัจจัยป้องกันที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกายเป็นประจำ

จากการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิงและประเมินความจำเป็นด้านการสนับสนุนบริการและจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมจำนวน 6,394,022 ราย จำแนกเป็นกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.4 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 19.48 และกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 79.12

**การดูแลคนพิการ (ขาขาด)** จัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ให้บริการเชิงรุกแก่คนพิการขาขาด โดยให้บริการอุปกรณ์ เครื่องช่วยเดิน บริการให้บริการผลิตแขน-ขาเทียมแก่คนพิการ ซ่อมแซมกายอุปกรณ์ และให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการอื่นๆ ตามส่วนภูมิภาคใน 5 จังหวัด (นครศรีธรรมราช แม่ฮ่องสอน ชลบุรี พิจิตร ลำปาง) รวมทั้งสิ้น 717 ราย และออกเอกสารรับรองความพิการและจดทะเบียน รวมทั้งสิ้น 105 ราย

## 6. ด้านระบบบริการปฐมภูมิ

### สถานการณ์ปัญหา

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน เป็นบริการด่านหน้าที่ต้องเชื่อมโยงเครือข่ายภาคีต่างๆในชุมชน และเชื่อมต่อกับบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปัจจุบัน มีหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10,174 แห่ง จำแนกเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนในเมือง (ศสม.) 252 แห่ง สำหรับในเขตชนบทมี รพ.สต. 9,750 แห่ง เพียงพอต่อการให้บริการ (รพ.สต. 1 แห่ง รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 8,000 คน) แต่ยังคงศักยภาพการให้บริการ และมีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน อีก 198 แห่ง นอกจากนี้พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ เครือข่ายปฐมภูมิต่ำมากเพียงร้อยละ 29.7 อันจะกระทบต่อคุณภาพการบริการประชาชน สำหรับการเข้าถึงบริการ พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 51.8 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2553 เป็น 125.5 ล้านครั้ง ในพ.ศ. 2555 และมีสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอกของ รพ.สต.เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่ายปี 2553 – 2555 เฉลี่ย 1.3 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ค่ามาตรฐาน = 0.8) จึงมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการ เป็นการพัฒนาทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ให้มีครอบคลุมทุกอำเภอ 878 อำเภอ มีทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ จำนวน 3,890 ทีม ระดับตำบล 12,276 ทีม และระดับชุมชน 50,326 ทีม เพื่อดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเน้นดูแลพิเศษในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง(ที่บ้าน)ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้พิการ การดูแลครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง 87,400 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 35,506 คน และผู้พิการ 280,004 คน

### ตำบลจัดการสุขภาพ

อัตราการตายด้วยโรค NCDs สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (หลอดเลือดหัวใจ 27.83 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (17.93 และ 10.95 ต่อแสนประชากร) พัฒนาการเด็กไม่สมวัย พบว่า เด็กแรกเกิด – 2 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 22 และเด็กอายุ 3 – 5 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยสูงถึงร้อยละ 34 หรือ 1 ใน 3 -อุบัติเหตุ 23.16 ต่อแสนประชากร) (ข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2557) -ภาระโรค NCDs ทำให้การสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น - ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs เพิ่มขึ้น ตลอดจนประชาชน ชุมชน ภาคส่วนต่างๆ เช่น อปท. เอกชน ยังขาดการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน ดังนั้น จากปัญหาวิกฤตสุขภาพข้างต้น การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพดีแบบบูรณาการ จึงถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการต่อยอดแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานจากรากของระบบสุขภาพ ให้เป็นเรื่องของชุมชนที่จะคิดตั้งเป้าหมาย บริหารจัดการและวัดผลสำเร็จด้วยตนเอง ทั้งนี้ หน่วยงาน /องค์กรภายนอก ได้แก่ ภาครัฐ ท้องถิ่น และภาคเอกชน ต้องปรับบทบาทการบูรณาการความร่วมมืออย่างจริงจังในการส่งเสริมสนับสนุน หรือสร้างปัจจัยเอื้อต่อการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ให้ตระหนักในการดูแลสุขภาพ และถือเป็นหน้าที่ของตนเอง

## 7. ด้านระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

### สถานการณ์ปัญหา

ระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ พบว่ามีความแออัดในสถานบริการสาธารณสุขทั้งในด้านผู้ป่วยที่มาใช้บริการและการครองเตียง โดยในพ.ศ. 2546 - 2556 พบว่า มีผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 150,000 Admit/ปี ผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3,991,100 ครั้ง/ปี และมีอัตราครองเตียงมากกว่าร้อยละ 80 ใน พ.ศ. 2546 - 2556 ในปี 2557 อัตราการครองเตียงหรือประสิทธิภาพการใช้เตียงและภาระงานโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 85.38 โดยเฉพาะใน รพศ. /รพท. และ รพช. แม่ข่าย ในด้านระบบบริการ ดัช นีผู้ป่วยใน (CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ต.ค.56 - มี.ค.57) มีค่า CMI เฉลี่ยรวมอยู่ที่ 1.0886

ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ การเสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2510 เป็น 43.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2540 และ 98.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2555 รองลงมาเป็นอุบัติเหตุเพิ่มจาก 26.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2510 เป็น 51.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2555 โรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 16.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2510 เป็น 32.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2555 และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2548 เป็น 31.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2555 และโรคเบาหวานมีอัตราตายที่คงที่ระหว่าง 11 - 12 ต่อประชากรแสนคนในปี 2548-2555 ทั้งนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ยังมีการปัญหาในการควบคุม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 24.3

### การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตาม Service Plan 10 สาขา

แผนแม่บทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่วางกรอบแนวคิดพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง และเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายในระดับจังหวัด เขต และระดับประเทศ โดยกำหนดทิศทางการพัฒนา ๓ ประเด็น ยุทธศาสตร์ (Key Strategic Areas) ที่จะนำไปสู่การจัดโครงสร้างของสถานบริการต่างๆ ตามภารกิจที่เหมาะสมกับพื้นที่

### พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลด้านการแพทย์และสาธารณสุข

1) ขยายโรงพยาบาลระดับอำเภอ ให้มีมาตรฐานเท่ากับโรงพยาบาลระดับจังหวัด จำนวน 20 แห่ง ทำให้มีโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถมาตรฐานในระดับจังหวัดรวม 117 แห่ง ทั่วประเทศ

### 2) พัฒนาระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

(1) สาขาหัวใจและหลอดเลือด จัดให้มีบริการผ่าตัดหัวใจและสวนหัวใจ ใน รพศ. 18 แห่ง สามารถลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดหัวใจในภาพรวมของประเทศ ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไม่เกิน 9 เดือน อัตราตายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ลดลงจาก ร้อยละ 17 เป็นร้อยละ 11.94

(2) สาขามะเร็ง ดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม และให้บริการรังสีรักษาใน รพศ. และ รพ.มะเร็ง 11 แห่ง รวมทั้งให้บริการเคมีบำบัดแบบ Short stay 14 แห่ง ส่งผลให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมะเร็งได้รับความสะดวกและรวดเร็วขึ้น

(3) สาขาทารกแรกเกิด เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและป่วยวิกฤติ ด้วยการเพิ่มจำนวนเตียงทารกแรกเกิด (NICU) จากปี 2557 จำนวน 820 เตียง เป็น 975 เตียง ในปี 2558

(4) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพิ่มระบบ Trauma Fast Track ในสถานบริการทุกเครือข่าย โดยเฉพาะ Head Injury และ Multiple Injury ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในภายใน 2 ชั่วโมงหลังจากส่งผู้ป่วยถึงห้องฉุกเฉินได้กว่าร้อยละ 80 และ รพศ./รพท. ในภูมิภาคมีศัลยแพทย์ที่สามารถผ่าตัดสมองได้ 51 แห่ง

(5) สาขาสุขภาพช่องปาก ปัจจุบันมีทันตบุคลากรประจำ รพ.สต./ศสม. จำนวน 3,528 แห่ง กรณีไม่มีทันตบุคลากรประจำได้จัดระบบแบบหมุนเวียนการให้บริการ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน ใน รพ.สต./ศสม. 2,297 แห่ง (ร้อยละ 27.7) และมีอัตราการรอคอยการทำฟันเทียมใน รพศ./รพท./รพช. น้อยกว่า 6 เดือน

(6) สาขาจักษุ จัดบริการคัดกรอง วัดสายตา ผู้ป่วยอายุ 60 ปี ด้วยโปรแกรม Vision 2020 ได้ 9 เขต และจัดบริการผ่าตัดต้อกระจกในทุกจังหวัดที่มีสาเหตุการตาบอดจากต้อกระจกได้ 24,428 ข้าง และสาเหตุสายตาลางเลื่อนได้ 39,662 ข้าง

(7) 5 สาขาหลัก (สูติ-นารีเวชกรรม , ศัลยกรรม, อายุรกรรม , กุมารเวชกรรม , ออร์โธปิดิกส์ ) พัฒนาให้ รพ.ระดับอำเภอสามารถทำผ่าตัดไส้ติ่งและผ่าตัดคลอดได้

(8) สาขาไต มี รพศ.สามารถผ่าตัดเปลี่ยนไตได้ 8 แห่ง จัดบริการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องใน รพศ./ รพท. และขยายบริการเพิ่มเติมถึง รพช.แม่ข่าย

(9) สาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด พัฒนาให้มีบริการผู้ป่วยจิตเวชใน รพศ./ รพท.อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง และมีเตียงฉุกเฉินจิตเวชที่รับดูแลผู้ป่วยภายใน 3 – 5 วัน ใน รพศ.เพื่อลดเวลารอคอยไปรพ.ขนาดใหญ่ใน กทม.

(10) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับความรู้ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรีบนำส่ง รพ.ประจำจังหวัด ซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทุกแห่ง และมีบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนัก (Stroke Unit) เปิดบริการที่ รพศ. /รพท. จำนวน 38 แห่ง ใน 12 เขตสุขภาพ

(11) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน สนับสนุน รพศ. /รพท./รพช. จัดบริการ OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนานกับ OPD ปกติ จำนวน 532 แห่ง คิดเห็นร้อยละ 60.24 ส่งผลให้มีผู้ป่วยนอกใช้บริการ OPD แพทย์แผนไทยจำนวน 9,055,173 ครั้ง จากผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมด จำนวน 48,697,724 ครั้ง (ข้อมูล ณ วันที่ 29 พ.ค. 58)

## 8. ด้านระบบควบคุมโรค

### สถานการณ์ปัญหา

โรคและภัยต่างๆ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ทั้งโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ จากสภาพสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึง ธรรมชาติของเชื้อก่อโรคที่มีการกลายพันธุ์อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อได้ อย่างรวดเร็ว ในขณะที่ระบบ ฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทุกระดับ จากระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ยังไม่ได้มาตรฐานไม่ครอบคลุม 5 ระบบ (ได้แก่ โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคเอดส์ โรคจากการบาดเจ็บ และ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม) และมีข้อมูลไม่ครบทั้ง 5 มิติ (ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง อัตราป่วย/อัตราการตาย ตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติและมาตรการป้องกันควบคุมโรค ) ทำให้ไม่สามารถนำไปแก้ไขปัญหา ป้องกันควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน ระบบการรายงานเหตุการณ์ผิดปกติในศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center-EOC) ยังไม่ real time ที่ทันต่อเหตุการณ์ ศักยภาพของ SRRT ระบบเฝ้าระวัง



โรคที่ช่องทางเข้าออกประเทศและพื้นที่ชายแดนขาดประสิทธิภาพในการตรวจจับโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญและไม่เชื่อมโยงกับระบบเฝ้าระวังของประเทศไทย (ผลจากการประเมินสมรรถนะหลัก ตาม IHR 2005) ตลอดจนปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากประชากรต่างด้าว

สถานการณ์ไข้เลือดออกในประเทศไทย ทศวรรษที่ 6 (พ.ศ. 2551-2557) ในช่วงทศวรรษนี้เป็นช่วงที่มีการระบาดใหญ่รองจากปี พ.ศ. 2530 คือ ในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 154,444 ราย (อัตราป่วย 241.03 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 136 ราย (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.09) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เพื่อเร่งรัดดำเนินการในพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่เกิดโรค รวมทั้งขอความร่วมมือการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค จากหน่วยงานเครือข่ายต่างๆ ทำให้สถานการณ์ ของโรค ในปี พ.ศ. 2557 มีแนวโน้มที่ดีขึ้น นอกจากการตอบโต้ภาวะการระบาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2556 แล้วยังมีการดำเนินงานอื่นๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ การพยากรณ์ โรคและประเมินพื้นที่เสี่ยงในปีถัดไป เพื่อกำหนดกิจกรรมและพื้นที่ดำเนินการ, ผลักดันการดำเนินงานการจัดการพาหะนำโรคแบบ ผสมผสาน (Integrated Vector Control: IVM) ผ่านนโยบายอำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

สำหรับโรคไข้เลือดออกอำเภอไม่สามารถควบคุมโรคได้ภายใน 28 วัน ไม่ผ่านเกณฑ์ มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สาเหตุที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย เพราะปี พ.ศ. 2558 เป็นปีที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ตามที่กรมควบคุมโรคได้พยากรณ์โรคไว้ จำนวนโรคไข้เลือดออกรายเดือน สูงกว่า ค่ามัธยฐาน 5 ปี (2553 - 2557) มาโดยตลอด และปัญหาไข้เลือดออกยังมีการระบาดต่อเนื่อง จนถึงปี พ.ศ. 2559 หากยังไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 9. ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ

พัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต โดยแต่งตั้งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต 12 เขตสุขภาพ เร่งรัดการพิจารณาคำขอขึ้นทะเบียนอาหารที่ค้างเกินกำหนดแล้วเสร็จ ๖๖๕ คำขอ จากคำขอที่ค้าง ๖๖๘ คำขอ และเร่งรัดการพิจารณาคำขอขึ้นทะเบียนยาที่ตกค้างแล้วเสร็จ 233 คำขอ จากคำขอที่ค้าง 680 คำขอ รวมทั้งตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย โดยจับกุมผู้กระทำความผิดกฎหมายรายใหญ่ 55 ครั้ง มีผู้กระทำความผิด 132 ราย ซึ่ง ดำเนินการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 454,530 รายการ พบมีคุณภาพมาตรฐานร้อยละ 99.80 ตรวจสอบโฆษณาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 14,829 รายการ พบมีคุณภาพมาตรฐานร้อยละ 90.71 ตรวจสอบสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 3,388 ราย พบมีคุณภาพมาตรฐานร้อยละ 99.81 พัฒนา Oryor Smart Application ให้สามารถตรวจสอบเลขที่อย. เพิ่มเติมอีก 2 ผลิตภัณฑ์ คือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และผลิตภัณฑ์วัตถุดิบที่ใช้น้ำมัน โดยปัจจุบันมีผู้ดาวโหลดแล้วกว่า 135,000 ครั้ง พัฒนาศักยภาพในการผลิตผลิตภัณฑ์ที่เสริมไอโอดีนโดยอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการจัดหาระบบประกันคุณภาพและระบบควบคุมคุณภาพการผลิตเกลือบริโภค พร้อมทั้งติดตามผลการเฝ้าระวังคุณภาพเกลือบริโภค ณ สถานที่จำหน่าย จำนวน 1,494 ตัวอย่าง พบผ่านมาตรฐาน 951 (ร้อยละ 63.66) และไม่ผ่านมาตรฐาน 543 ตัวอย่าง โดยพบต่ำกว่ามาตรฐาน 322 ตัวอย่าง (ร้อยละ 21.55) และสูงกว่ามาตรฐาน 221 ตัวอย่าง (ร้อยละ 14.79)

## 10. ด้านการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด

### สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย พบว่าผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในประเทศไทย มีประมาณ 1.2 ล้านคน ในปี 2553 คิดเป็นอัตราส่วน 19:1,000 ประชากร ซึ่งสูงกว่าค่าที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ไม่เกิน 3:1,000 ประชากร โดยเฉพาะเยาวชนนอกสถานศึกษา ในกลุ่มอายุ 15 -19 ปี พบว่ามีถึงร้อยละ 77.7 ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง จากข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาปี 2557 พบว่า กลุ่มผู้เสพยาใหม่ยังคงเป็นปัญหาหลัก แม้ว่าจะมีแนวโน้มสัดส่วนลดลงบ้างแต่ในกลุ่มผู้เข้าบำบัดรักษา ก็ยังมีไม่ต่ำกว่า 3 ใน 5 (ร้อยละ 69 ใน พ.ศ. 2557) โดยนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่เข้ารับการรักษาบำบัดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นักเรียนระดับประถม จากร้อยละ 10.4 ใน พ.ศ.2547 เป็น ร้อยละ 19.9 ใน พ.ศ. 2557 และนักเรียนระดับมัธยมต้น จากร้อยละ 43.5 ในปี 2547 เป็น ร้อยละ 47.7 ใน พ.ศ. 2558 ด้านคุณภาพการบำบัดรักษา ในภาพรวมทั้งประเทศพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาไม่ครบตามโปรแกรมกำหนด (Drop out) อยู่เกือบร้อยละ 20 โดยผลการบำบัดรักษาทั้ง 3 ระบบ ร้อยละ 83.75% เป็นผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัดสูงถึงร้อยละ 83.36 % ในเชิงการดูแลช่วยเหลือหลัง ผ่านการบำบัดฯ ได้จัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองจำนวน 887 แห่ง (รพ. 450 แห่ง) (ร้อยละ 95.58) จัดตั้งค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 428 แห่ง และการจัดตั้งศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฯ จำนวน 955 แห่ง (ร้อยละ 95)

## 11. ด้านการบังคับใช้กฎหมาย

### สถานการณ์ปัญหา

ในปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบในการเป็นศูนย์กลางเพื่อเป็นเครือข่ายในการบังคับใช้กฎหมายในราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาค การบังคับใช้กฎหมายไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีระบบ ประกอบกับ จำนวนนักกฎหมายมีไม่เพียงพอและขาดความเชี่ยวชาญในบริบทของการบังคับใช้กฎหมาย ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุข มีร่างพระราชบัญญัติ จำนวน 29 ฉบับ มีความก้าวหน้าในการดำเนินการดังนี้

- 1) ร่างพระราชบัญญัติที่อยู่ระหว่างการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ 6 ฉบับ
- 2) ร่างพระราชบัญญัติที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณาเสร็จและเตรียมเสนอคณะรัฐมนตรีอนุมัติให้บรรจุเข้าสู่วาระการประชุมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ 2 ฉบับ
- 3) ร่างพระราชบัญญัติที่อยู่ระหว่างการตรวจพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา 2 ฉบับ
- 4) ร่างพระราชบัญญัติที่เตรียมเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อขออนุมัติหลักการ 11 ฉบับ
- 5) ร่างพระราชบัญญัติที่อยู่ระหว่างการศึกษากฎร่าง 6 ฉบับ
- 6) ร่างพระราชบัญญัติที่ขอถอน 3 ฉบับ

## 12. ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

### สถานการณ์ปัญหา

จากสถานการณ์โรคอันเนื่องจากปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ 3 โรค คือ 1) โรคระบบทางเดินอาหาร 2) โรคระบบทางเดินหายใจ และ 3) พิษจากสารกำจัดศัตรูพืช โดยพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร ยังคงมีแนวโน้มสูงอย่างต่อเนื่อง และโรคระบบทางเดินหายใจแม้ว่าโดยรวมมีแนวโน้มลดลงแต่ยังคงเป็นสาเหตุการป่วยสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ รวมทั้งโรคจากการได้รับพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช และเรื่องร้องเรียนที่เกิดจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เหล่านี้ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีปัญหารุนแรงขึ้น โดยเฉพาะ พะอานการจัดการมูลฝอย โดยปี 2556 มีปริมาณมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 26.8 ล้านตัน กำจัดได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 27 ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ ร้อยละ 19 ที่เหลืออีกร้อยละ 54 ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง เช่น การเผากลางแจ้ง เทกองในบ่อดินหรือพื้นที่รกร้าง และพบปัญหาการนำของเสียอันตรายทิ้งปะปนกับมูลฝอยทั่วไป นอกจากนี้ยังพบปัญหามูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้นประมาณ 43,800 ตัน (ยกเว้น กทม.) ถูกกำจัดโดยการเผาในเตาเผาของโรงพยาบาล การเผาในเตาเผาของ อปท. และการจ้างเอกชน ประมาณร้อยละ 78.75 ที่เหลือถูกลักลอบทิ้งในสถานที่สาธารณะปะปนไปกับมูลฝอยทั่วไปเนื่องจากขาดระบบการควบคุมกำกับกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อของบริษัทรับจ้างเอกชน และท้องถิ่นยังไม่มีความพร้อมที่จะรับดำเนินการได้ ปัญหาความสะอาดของอาหารและน้ำบริโภคเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะการขยายตัวของบริการตู้จำหน่ายเครื่องดื่มและ ตลาดนัด จากการสำรวจคุณภาพน้ำตู้จำหน่ายเครื่องดื่ม พื้นที่ กทม. พบว่า ร้อยละ 52.9 ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำบริโภค และท้องถิ่นยังไม่มีกำกับดูแลการจัดบริการให้เป็นไปตามสุขลักษณะ จึงเป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพประชาชน รวมถึงสถานที่ผลิตน้ำแข็ง ที่ส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐานน้ำที่ใช้ผลิตน้ำแข็งไม่มีคุณภาพหรือมีการปนเปื้อนเชื้อโรค การขนส่งและเก็บน้ำแข็งโดยใช้พาหนะหรือภาชนะที่ไม่สะอาด หรือมีการนำขวดน้ำดื่ม น้ำอัดลม ผักหรือเนื้อสัตว์ แช่รวมกันอยู่ในถังน้ำแข็ง และจากการสำรวจสถานที่

ผลิตน้ำแข็ง เทศบาลทั่วประเทศ พบว่า ร้อยละ 80 มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียและ E.coli ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

นอกจากนี้ จากการขยายตัวของเมืองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดการเติบโตของภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ รวมถึงสถานประกอบการกิจการในครัวเรือน อุตสาหกรรมขนาดเล็กที่แทรกตัวอยู่ในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประกอบกิจการที่เข้าข่ายเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามพ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และบ่อยครั้งที่พบว่าไม่มีระบบการจัดการที่ดี และไม่ดำเนินการตามกฎหมายกำหนด ก่อให้เกิดมลพิษ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจสร้างความเดือดร้อนแก่ประชาชนที่พักอาศัยในบริเวณใกล้เคียง พื้นที่ที่มีการร้องเรียนมากที่สุด คือ กรุงเทพฯ และปริมณฑล เรื่องที่ร้องเรียนมากที่สุด คือ กลิ่นเหม็น ฝุ่นละออง/เขม่าควัน และเสียง คิดเป็น ร้อยละ 85 รองลงมา คือ กากของเสียและสารอันตราย ร้อยละ 10 และปัญหาน้ำเสีย ร้อยละ 5 และยังมีปัญหาพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากหมอกควัน พื้นที่ในเขตอุตสาหกรรม โรงไฟฟ้า เหมืองแร่ พื้นที่ที่มีการปนเปื้อนสารเคมีทางการเกษตร ปนเปื้อนโลหะหนัก (แคดเมียม สารหนู ตะกั่ว) โรงไฟฟ้าชีวมวล และขยะอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

สถานการณ์เรื่องของความเจ็บป่วยจากสารกำจัดศัตรูพืช จากข้อมูลตั้งแต่ปี 2546-2555 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ยปีละ 1,734 ราย สำหรับผลการตรวจปี 2555 ทำการตรวจเกษตรกรไปทั้งสิ้น 244,822 ราย พบเกษตรกรที่มีผลตรวจเลือดอยู่ในระดับไม่ปลอดภัยจำนวน 75,749 ราย คิดเป็น 30.94% ขณะที่ปี 2556 ทำการตรวจเกษตรกรไปทั้งสิ้น 314,805 ราย ในจำนวนนี้พบผลตรวจเลือดอยู่ในระดับไม่ปลอดภัยจำนวน 96,227 ราย คิดเป็น 30.54% และในปี 2557 ที่ได้ทำการตรวจเกษตรกรไปทั้งสิ้น 317,051 ราย พบว่าในจำนวนนี้ 107,820 ราย มีผลตรวจเลือดอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย นั่นหมายถึงจำนวน 34% หรือ 1/3 ของเกษตรกรมีความไม่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีเกษตร (ที่มา: ระบบเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค 2558) ข้อมูลในส่วนนี้ชี้ให้เห็นทิศทางความเสี่ยงของเกษตรกร ผู้ที่มีการสัมผัสมากที่สุดนั้นยังไม่ได้ลดลง

### 13. ด้านพัฒนาบุคลากร

#### สถานการณ์ปัญหา

ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข และการกระจายที่ไม่เหมาะสมในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบกับความขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลของประเทศไทยกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน พบว่า อัตราส่วนแพทย์และอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรของประเทศไทยเท่ากับค่าเฉลี่ยของประเทศในภูมิภาคอาเซียน 0.5 และ 2.2 ต่อพันประชากร ตามลำดับ แต่ยังคงมีความขาดแคลนมากกว่าเมื่อเทียบกับระดับโลกที่ค่าเฉลี่ยอัตราส่วนแพทย์ และพยาบาลต่อประชากร 1.3 และ 2.8 ต่อพันประชากร ตามลำดับ (Kanchanajitra, 2011) ในปี 2557 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าขาดแคลนบุคลากรสายงานที่ให้บริการ ด้านสุขภาพ 25 สายงาน (วิเคราะห์ภาพรวมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ทั้งสิ้น 55,885 FTE โดยในจำนวนนี้ ขาดแคลนแพทย์ 6,680 FTE ขาดแคลนทันตแพทย์ 2,252 FTE ขาดแคลนเภสัชกร 1,802 FTE ขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ 27,113 FTE

สถานการณ์ด้านการกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุข พบว่า มีการกระจายที่ดีขึ้น เห็นได้จากอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาพรวมทั้งประเทศมีแนวโน้มดีขึ้นจาก 1:3,182 คนในปี 2548 เป็น 1:2,399 คนในปี 2556 และพยาบาลต่อประชากร จาก 1:613 คนในปี 2548 เป็น 1:492 คนในปี 2556 แต่ยังมีปัญหาความไม่เหมาะสมของการกระจายที่ยังคงมีการกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง ในปี 2556 พบว่าอัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อประชากรกรุงเทพมหานครสูงกว่าภาคกลาง 2.5 เท่า และ 2.1 เท่าตามลำดับ และ

อัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำกว่าภาคกลางมากกว่าครึ่ง (0.58 และ 0.76 ตามลำดับ) ซึ่งส่งผลต่อความเป็นธรรมในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในการให้บริการด้านสุขภาพให้กับประชาชน (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3) และหากพิจารณาภายในแต่ละภาคและแต่ละจังหวัดก็ยังคงมีปัญหาการกระจายบุคลากรไปยังสถานบริการในพื้นที่ห่างไกลหรือกันดารอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสัดส่วนแพทย์และพยาบาลรายภาคดังกล่าวอาจมีข้อจำกัดเรื่องความครบถ้วนสมบูรณ์ของการรายงานข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลจากสถานบริการในเขตกรุงเทพมหานคร

**ตารางที่ 1 การกระจายแพทย์โดยพิจารณาจากสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ 1 คน จำแนกรายภาค**

พื้นที่	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556
ทั่วประเทศ	3,182	2,975	2,778	2,931	3,324	2,893	2,535	2,533	2,399
กรุงเทพ	867 (3.52)	886 (3.34)	850 (3.16)	955 (2.97)	1,243 (2.53)	1,052 (2.41)	933 (2.49)	886 (2.61)	886 (2.50)
กลาง	3,054 (1.0)	2,963 (1.0)	2,683 (1.0)	2,839 (1.0)	3,145 (1.0)	2,533 (1.0)	2,327 (1.0)	2,317 (1.0)	2,220 (1.0)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	7,015 (0.44)	5,738 (0.52)	5,308 (0.51)	5,028 (0.57)	4,854 (0.65)	4,947 (0.51)	4,221 (0.55)	4,176 (0.55)	3,763 (0.58)
เหนือ	3,768 (0.81)	3,351 (0.88)	3,279 (0.82)	3,386 (0.84)	4,240 (0.74)	3,397 (0.75)	3,203 (0.72)	2,993 (0.77)	2,821 (0.78)
ใต้	4,306 (0.71)	3,789 (0.78)	3,354 (0.80)	3,694 (0.77)	3,815 (0.82)	3,504 (0.72)	3,055 (0.76)	3,104 (0.74)	2,792 (0.79)

หมายเหตุ : ตัวเลขใน ( ) คือสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรของแต่ละภาคเมื่อเทียบกับภาคกลาง  
: ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

**ตารางที่ 2 การกระจายพยาบาลโดยพิจารณาจากสัดส่วนประชากรต่อพยาบาล 1 คน จำแนกรายภาค**

พื้นที่	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556
ทั่วประเทศ	613	619	597	576	624	531	498	495	492
กรุงเทพ	285 (1.93)	273 (2.06)	240 (2.31)	332 (1.56)	431 (1.28)	282 (1.74)	257 (1.83)	239 (1.89)	240 (2.07)
กลาง	550 (1.00)	563 (1.0)	554 (1.0)	519 (1.00)	552 (1.0)	491 (1.0)	472 (1.0)	453 (1.0)	497 (1.0)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	968 (0.57)	1,009 (0.56)	999 (0.56)	819 (0.63)	825 (0.67)	766 (0.64)	716 (0.65)	761 (0.59)	646 (0.76)
เหนือ	628 (0.88)	648 (0.87)	638 (0.87)	567 (0.92)	630 (0.88)	526 (0.93)	500 (0.94)	501 (0.90)	543 (0.91)
ใต้	622 (0.88)	614 (0.92)	619 (0.89)	558 (0.93)	573 (0.96)	519 (0.95)	475 (0.99)	485 (0.93)	466 (1.06)

หมายเหตุ : ตัวเลขใน ( ) คือสัดส่วนพยาบาลต่อประชากรของแต่ละภาคเมื่อเทียบกับภาคกลาง  
: ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

**การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ** เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ได้มีการจัดทำแผนผลิตเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการ โดยในช่วงที่ผ่านมาได้มีแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพและขยายกำลังการผลิตอย่างต่อเนื่อง เช่น มีการขยายกำลังการผลิตพยาบาลวิชาชีพจากสถาบันการผลิตทุกภาคส่วนจากปีละ 6,000 คน เป็นปีละประมาณ 10,000 คน เพิ่มการผลิต แพทย์จากปีละ 1,300 คน ในปี 2543 เป็น 2,200 คน ในปี 2550 และเพิ่มเป็นประมาณปีละ 3,000 คน ในปี 2557 เพิ่มการผลิตทันตแพทย์เป็นปีละ 850 คน และเพิ่มการผลิตเภสัชกรเป็นปีละประมาณ 2,000 คน

สำหรับการการผลิตเพื่อเน้นการกระจาย ตั้งแต่กระบวนการคัดเลือก การฝึกปฏิบัติและการให้กลับไปปฏิบัติงานในภูมิภาค ตัวอย่างในอดีต ที่ผ่านมาก็ให้กระทรวงสาธารณสุขประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลทั่วประเทศ การผลิตแพทย์ในโครงการพิเศษ ที่เน้นการคัดเลือกจากระดับพื้นที่ในโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (CPIRD) และโครงการผลิตแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) หรือการขยายกำลังการผลิตทันตแพทย์เพิ่มอีกปีละ 200 คนเพื่อตอบสนองตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะ เป็นต้น (ที่มา: กลุ่มบริหารนโยบายและแผนกำลังคน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)

#### 14. การเงินการคลัง

##### สถานการณ์ปัญหา

สถานะทางการเงินของ รพ. ในสังกัด สป.สร.

สรุปผลรายงานการเงินของหน่วยบริการไตรมาสที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2558 (ตุลาคม 2557 – มิถุนายน 2558) ประมวลผลข้อมูล ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2558 มีหน่วยบริการส่งข้อมูล 849 แห่ง จากจำนวนหน่วยบริการทั้งสิ้น 874 แห่ง หน่วยบริการที่ไม่ส่งข้อมูลมีจำนวน 25 แห่ง

**กลุ่มโรงพยาบาลมีปัญหาเรื้อรัง** หมายถึง รพ. ที่ประสบปัญหาการเงินระดับ 7 จำนวน 6 ครั้ง จาก 12 ไตรมาส (ระหว่างปี 2555-2557) มีจำนวน 109 แห่ง

ปี/เขต	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	รวม
Y55-57	13	14	0	5	2	2	10	15	2	21	10	15	109
Q3/58	6	8	0	4	0	0	4	3	1	17	7	12	62

ในไตรมาสที่ 3/2558 คงเหลือจำนวน 62 แห่ง ทุกเขตมี รพ. ที่มีปัญหาเรื้อรังลดลง สำหรับเขต 3 ไม่พบ รพ. ที่มีปัญหาทางการเงินเรื้อรัง เขตที่มี รพ. ที่มีปัญหาเรื้อรังมากที่สุด คือเขต 10 (17 แห่ง) รองลงมาคือ เขต 12 (12 แห่ง) และเขต 2 (8 แห่ง) จังหวัดที่มี รพ. มีปัญหาเรื้อรังมากที่สุดคือ จ. อุบลราชธานี (9 แห่ง) รองลงมา คือ จ.สงขลา (5 แห่ง) จ.สุราษฎร์ธานี (4 แห่ง) จ. พัทลุง (4 แห่ง) จ. อำนาจเจริญ (4 แห่ง)

แนวโน้มสถานะทางการเงิน พิจารณาจากทุนสำรองสุทธิ (NWC) ผลการดำเนินงาน (NI) และเงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้สิน) ย้อนหลัง 7 ไตรมาส (ปี 2557 – ไตรมาส 3/2558) เป็นดังนี้

	รพ.ติดระดับ7	NWC	Net Income	เงินบำรุงคงเหลือ
Q1Y57	145	33,837,026,804.77	-345,302,268.36	16,738,633,832.88
Q2Y57	102	35,423,562,709.40	3,039,652,370.92	15,805,168,152.12
Q3Y57	156	33,493,099,124.09	3,086,884,804.77	12,912,167,570.49
Q4Y57	78	38,416,021,384.53	8,372,760,499.20	15,027,876,171.05
Q1Y58	53	43,916,725,705.44	5,741,245,478.04	19,958,993,035.06
Q2Y58	48	43,483,293,484.54	7,326,551,441.45	18,988,469,181.97
Q3Y58	104	40,173,694,590.67	6,673,174,508.85	17,668,448,291.32

## 15. ยาและเวชภัณฑ์/พัสดุ

### สถานการณ์ปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557 เพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ถือปฏิบัติโดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ.2557 ซึ่งในปีงบประมาณ 2558 ที่ผ่านมานี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่ในระหว่างดำเนินการเพื่อให้สอดคล้องตามระเบียบดังกล่าว โดยมีการติดตามความคืบหน้าการดำเนินงานผ่านระบบการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข และการสำรวจข้อมูล สถานการณ์ล่าสุดพบว่า

1) หน่วยงานต่างๆมีการจัดทำและได้รับอนุมัติ แผนจัดซื้อยา คิดเป็นร้อยละ 92.42 แผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาร้อยละ 85.42 ในจำนวนดังกล่าวมีส่วนหนึ่งที่มีการอนุมัติแผนดำเนินการในระดับหัวหน้าหน่วยงานเท่านั้น

2) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับการบริหารด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มี ใช้ยา ระดับเขต จำนวน 7 เขต จาก 12 เขตสุขภาพ และบางเขตดำเนินการเฉพาะด้านยา มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด ทุกจังหวัด แต่บางจังหวัดคณะกรรมการด้านเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยายังอยู่ในระหว่างการจัดตั้งขึ้นการดำเนินงาน

3) จังหวัดต่างๆ มีการจัดทำกรอบบัญชียาระดับจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 78.95 กรอบบัญชีเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาระดับจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 25

4) มีการดำเนินการจัดซื้อพร้อมเขตของยา จำนวน 8 เขต เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา จำนวน 3 เขต จากจำนวน 12 เขตสุขภาพ และมีการจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 90 จัดซื้อเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาร่วมระดับจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 87

5) มูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาร่วม คิดเป็นร้อยละ 20.98 เมื่อเทียบกับมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาทั้งหมด

## 16.ปราบปรามทุจริต

### สถานการณ์ปัญหา

การจัดอันดับดัชนีชี้วัดภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (CPI) ประจำปี 2557 ประเทศไทยได้คะแนน 38 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน อยู่อันดับที่ 85 จากการจัดอันดับทั้งหมด 175 ประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 12 จาก 28 ประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ผลการจัดอันดับปีนี้ประเทศไทยมีผลคะแนนดีขึ้นกว่าปีก่อนหน้า เมื่อเปรียบเทียบกับจากปีที่ผ่านมาซึ่งได้อันดับที่ 102 ในระดับโลก (คะแนน 35 คะแนน) และอันดับที่ 16 ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มประเทศอาเซียน มีเพียงประเทศสิงคโปร์และมาเลเซียเท่านั้นที่มีคะแนนเกิน 50 คะแนน โดยประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 3 จาก 9 ประเทศ ในกลุ่มอาเซียน ซึ่งมีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกันกับมหาวิทยาลัยหอการค้าไทยที่ได้ทำการสำรวจดัชนีสถานการณ์คอร์รัปชันไทย (Corruption Situation Index : CSI) ประจำปี พ.ศ. 2558 ของเดือนมิถุนายน 2558 เปรียบเทียบกับเดือนธันวาคม 2557 3 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) ประชาชน 2) ผู้ประกอบการภาคเอกชน และ 3) ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ จำนวน 2,400 ตัวอย่าง ใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ ประเด็นการสำรวจ 4 ดัชนี ประกอบด้วย 1) ดัชนีปัญหาและความรุนแรงของการคอร์รัปชัน 2) ดัชนีการป้องกันการคอร์รัปชัน 3) ดัชนีการปราบปรามการคอร์รัปชัน และ 4) ดัชนีการสร้างจริยธรรมและจิตสำนึก พบว่า สถานการณ์คอร์รัปชันไม่รุนแรง ซึ่งครั้งนี้ดัชนีอยู่ในระดับ 55 เพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อนซึ่งอยู่ระดับ 49 (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) และถือเป็นการเพิ่มขึ้นสูงที่สุดในรอบ 6 ปี

ประเทศไทยโดยสำนักงาน ป.ป.ช. ได้กำหนดกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity & Transparency Assessment) และสังเคราะห์เป็นดัชนีหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมินเพื่อให้เกิดความโปร่งใสในกระบวนการปฏิบัติงาน เป็นการปรับ ยุक्तแนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ขององค์กรต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จ คือ องค์กรต่อต้านการทุจริต (Anti-Corruption and Civil Rights Commission : ACRC) จากสาธารณรัฐเกาหลี และบูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของสำนักงาน ป.ป.ช. สังเคราะห์เป็นดัชนีหลัก ที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน โดยจำแนกดัชนีเป็นตัวชี้วัด ตัวชี้วัดย่อย ประเด็นในการสำรวจ และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงาน

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รณสุข เข้ารับการประเมินดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ พ.ศ. 2555 โดยศูนย์วิจัยเพื่อต่อต้านการทุจริต ป่วย อิงภากรณ์ สำนักงาน ป.ป.ช. รวม 110 หน่วยงาน ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ได้คะแนนคิดเป็นร้อยละ 44.73 (คะแนนเต็ม 100) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เข้ารับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity & Transparency Assessment) ได้ค่าคะแนนรวม 3 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 77.73 (คะแนนก่อนการอุทธรณ์ ) โดยมีค่าคะแนนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ร้อยละ 61.85 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เป็นต้นมาส่วนราชการระดับกรม และส่วนราชการระดับภูมิภาคของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เข้ารับการประเมินดังกล่าว จำเป็นที่ทุกส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีการพัฒนาปรับปรุงองค์กรให้ดียิ่ง ขึ้น โดยเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) เนื่องจากจะเป็นการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล



## ด้านอื่นๆ

### ▪ ด้านการต่างประเทศและอาเซียน

#### สถานการณ์ปัญหา

ความร่วมมือสาธารณสุขในอาเซียน ได้ดำเนินการผ่านกลไกความร่วมมือ 3 ระดับ และการประชุมคณะทำงาน / ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีคณะทำงานด้านต่างๆ เช่น การควบคุมโรคติดต่อ การพัฒนา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในข้อตกลงประชาคมอาเซียน ได้แก่ Free flow ของ Trade, Services, Investment, Capital and Labor ข้อตกลง MRA นับว่ามีนัยยะต่อการเคลื่อนย้ายของบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ในอนาคต ที่อาจมีผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพมาตรฐานของ ประชาชน ในประเทศปลายทาง โดยเฉพาะบุคลากรที่เคลื่อนย้ายมาจากประเทศต้นทางที่มีมาตรฐานบริการสุขภาพที่ดีกว่า รวมทั้งการเคลื่อนย้ายของแรงงานระดับล่างที่มีผลต่อโครงสร้างประชากรและสภาพสังคม โดยรวม ภาครัฐจึงจำเป็นต้องเป็นผู้นำด้านยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพอย่างเหมาะสม มีการร่วมกันดำเนินงาน ตามข้อตกลงสหประชาชาติเรื่องโรคไม่ติดต่อ การควบคุมโรคเอดส์ให้เข้าสู่การเป็นศูนย์โดยไม่มีภารกิจกันผู้ติดเชื้อ และการดำเนินการจัดการกับปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยเน้นการรณรงค์กำจัดรากของปัญหา การจัดหาและการใช้ยา การพัฒนาเครือข่ายนักระบาดวิทยา และการกำหนดประเด็นที่เป็นประโยชน์กับประเทศที่ชัดเจน

ในปี ๒๕๕๘ รัฐบาลได้มีนโยบายให้มีหน่วยบริการ One Stop Service ขึ้นทะเบียนแรงงาน ๓ สัญชาติ มีผู้มาขึ้นทะเบียนจำนวน ๑.๖ ล้านคน และคาดว่าจะมีแรงงานต่างด้าวทั้งที่ได้รับการผ่อนผันและ ผิดกฎหมายทั้งสิ้นประมาณ ๕ ล้านคน ซึ่งส่งผลกระทบต่อ ระบบสุขภาพของไทย ทั้งภาระด้านการเงิน และภาระงาน รวมทั้งโรคติดต่อ ซึ่งประเทศไทยมีชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ๔ ประเทศ คือ พม่า ลาว กัมพูชา มาเลเซีย รวม ๓๑ จังหวัด ทำให้ประชาชนของประเทศของประเทศเหล่านั้นตามแนวชายแดนเข้ามาขอรับบริการสุขภาพจากไทย ทำให้โรงพยาบาลในจังหวัดที่ติดพรมแดนต้องให้บริการผู้ป่วยต่างด้าวเป็นจำนวนมากและไม่สามารถชำระค่าบริการต่างๆได้ จึงกระทบต่อสถานะการเงินของโรงพยาบาลที่อยู่บริเวณนั้น ประกอบกับประเทศไทยเป็นประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ทำให้มีแรงงานที่อพยพเข้ามาบริเวณชายแดนนำเข้ามาแรงงานต่ำ งชาติ ซึ่งมีทั้งเข้ามาอย่างถูกกฎหมายและลักลอบเข้ามาจำนวนมาก และกระจายไปอยู่ในพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศ

ดังนั้น เพื่อเป็นการควบคุมและป้องกันโรคของแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขจึงต้อง จัดระบบบริการสาธารณสุขให้แรงงานต่างชาติเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพรูปของกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว โดยแรงงานต่างชาติที่มีใบอนุญาตทำงานถูกต้องตามกฎหมาย สามารถตรวจสุขภาพและซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มใช้สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ราคา ปีละ ๒,๘๐๐ บาท กลุ่มประกันสังคมราคาปีละ ๑,๑๕๐ บาท และกลุ่มเด็กอายุไม่เกิน ๗ ปี ราคา ๓๖๕ บาท โดยใน พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่าแรงงานต่างชาติเพียง ๓๓๓,๔๘๑ คน (ร้อยละ ๔๗.๖ จากแรงงานต่างชาติที่มีใบอนุญาตทำงานถูกกฎหมาย ๗๐๐,๐๐๐ คน) ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ๒๙๑,๓๙๔ คน ใช้สิทธิประกันสังคม ๓๒,๒๑๖ คน และประกันสุขภาพเด็ก ๘,๘๗๑ คน

รัฐบาลได้มีนโยบายให้มีการจัดตั้ง เขตเศรษฐกิจพิเศษบริเวณชายแดนของประเทศไทย ซึ่งได้เริ่มขึ้นจากการผลักดันของธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank: ADB) ภายใต้กลยุทธ์ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากโครงการระเบียงเศรษฐกิจ (Economic Corridors) โดย ADB ได้บรรจุแผนการพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษไว้เป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อการเปลี่ยนระเบียบการขนส่ง (Transport Corridors) ให้เป็นระเบียงเศรษฐกิจ ซึ่งทาง ADB ให้ความช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะเชิงเทคนิคและกลยุทธ์ในการสร้าง และดำเนินการเขตเศรษฐกิจพิเศษ ในอนุภูมิภาค ตลอดจนให้การสนับสนุนทางการเงิน เพื่อสร้างโครงสร้างพื้นฐาน

ที่จำเป็นในการเชื่อมต่อเขตเศรษฐกิจพิเศษต่างๆ ในอนุภูมิภาคเข้าด้วยกัน รวมถึงการเชื่อมต่อเขตเศรษฐกิจพิเศษไปยังท่าเรือจุดกระจายสินค้าและตลาดปลายทาง ประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษ นั้น เชื่อมโยงกับการที่ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

การพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษโดยเริ่มจากการพัฒนาด้านการค้าชายแดนและโครงข่ายการคมนาคมขนส่งบริเวณประตูการค้าหลักของประเทศเพื่อรองรับการเชื่อมโยงกระบวนการผลิตและการลงทุนข้ามแดน โดยปรับปรุงโครงข่ายระบบถนน พัฒนาระบบ National Single Window (NSW) และสิ่งอำนวยความสะดวกทางการค้าและการขนส่งสินค้าข้ามแดนอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะแรกให้ความสำคัญ คัญกับด่านชายแดนที่สำคัญ ๖ ด่าน ได้แก่ ปาดังเบซาร์ สะเดา อรัญประเทศ แม่สอด บ้านคลองลึก และบ้านคลองใหญ่ ซึ่งจะทำให้ระบบขนส่งและโลจิสติกส์สามารถเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและรองรับปริมาณการเดินทางและการขนส่งที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นจากการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

▪ **ด้านการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดนภาคใต้**

**สถานการณ์ปัญหา**

จากปัญหาความรุนแรงของเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ ประกอบกับอัตลักษณ์เฉพาะในพื้นที่ ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี และวัฒนธรรม ทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ยังมีปัญหามากกว่าพื้นที่อื่นๆ กล่าวคือ อัตราการตายมารดาสูงกว่าพื้นที่อื่นและค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยอัตราการตายมารดาสูงกว่า 70 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ใน พ.ศ. 2557 (ประเทศอยู่ที่ 35 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และปัญหาหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย)

นอกจากนี้ สถานการณ์ความรุนแรงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความรุนแรงทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงหม้ายและเด็กกำพร้าจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการเยียวยาจิตใจและติดตามผลกระทบด้านจิตใจในระยะยาว

เป้าหมาย ตัวชี้วัด มาตรการเพื่อบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ ดังนี้

**ยุทธศาสตร์ที่ 1: พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย (9 ตัว)**

**กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)/ สตรี**

■ มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
<p>1. สร้างพ่อแม่คุณภาพ ให้มีความรู้ทักษะในการเลี้ยงลูก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงเรียนพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย</li> <li>- ทรนงค์ฝากท้องเร็ว และเริ่มกินยา Triferdine ในไตรมาสแรก</li> </ul> <p>2. สร้างเด็กรุ่นใหม่ที่แข็งแรง ฉลาด มีคุณธรรม นำพาประเทศรุ่งเรือง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฝึกระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย</li> <li>- ชวนลูกเล่นตามรอยพระยุคลบาท</li> <li>- ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</li> <li>- พัฒนาสุขภาพแม่และเด็กในพื้นที่ชายแดน ตามถิ่นฐานรกรากตามพระราชดำริฯ</li> </ul> <p>3. พัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยแม่และเด็กอย่างมีส่วนร่วม ชุมชน ท้องถิ่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างระบบฝึกระวังมารดาตาย เพื่อลดการตายมารดา จากสถานบริการสู่ชุมชน</li> <li>- สร้างระบบฝึกระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการ เด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี</li> </ul>	<p>พ่อแม่คุณภาพ คลอดปลอดภัย เด็กเจริญเติบโต สมวัย</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พ่อแม่คุณภาพ ร้อยละ 40</li> <li>2. ลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ไม่เกินร้อยละ 18</li> <li>3. นมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 30</li> <li>4. เด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอม ไม่เกินร้อยละ 2</li> <li>5. เด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย ไม่เกินร้อยละ 10</li> <li>6. เด็ก 0-5 ปี มีรูปร่างดี สูงสมส่วน ร้อยละ 65</li> <li>7. เด็ก 9, 18, 30, 42 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20</li> <li>8. เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้น ร้อยละ 100</li> <li>9. จังหวัดมีระบบฝึกระวังมารดาตาย เพื่อลดการตายมารดา ร้อยละ 60</li> <li>10. จังหวัดมีระบบฝึกระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการ เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ร้อยละ 60</li> </ol>

■ ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. อัตราส่วนการตายมารดา (ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีวิตคน)	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85)	ศูนย์อนามัย 1-12 / กรมอนามัย

## กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 – 14 ปี)

### ■ มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
<p>1. การทำงานเชิงบูรณาการและแสวงหาภาคีเครือข่าย และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การดำเนินงาน “ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ”</li> <li>- การสื่อสารประชาสัมพันธ์</li> <li>- การเฝ้าระวังติดตามประเมินผล</li> </ul> <p>2. การพัฒนาศักยภาพทุกระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ดำเนินการในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ</li> <li>- พัฒนาศักยภาพ Smart Kid Coacher ผ่านแกนนำ DSH</li> </ul> <p>3. การสนับสนุนให้เกิดการตระหนัก รับรู้ ปฏิบัติได้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สื่อสารและสร้างความตระหนักจากสถานการณ์ระดับ IQ/ EQ ของเด็กไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- พัฒนาองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงกับระบบเฝ้าระวังปัญหา</li> <li>- สนับสนุนให้มีระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่เชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุข</li> </ul>	<p>เด็กวัยเรียนไทยเติบโตสมวัย มีสติ รู้คิด มีทักษะชีวิตสามารถจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง</p>	<p>1. เด็กได้รับการฝึกการป้องกันการจมน้ำ</p> <p>2. เด็กมีรูปร่างสมส่วน</p> <p>3. เด็กไทยมี IQ EQ ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานสากล</p>

### ■ ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. เด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (ไม่เกินร้อยละ 10 ภายในปี 2560)	1. ระบบรายงาน HDC สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ไม่เกิน 6.5 ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีแสนคน)	1. ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

**กลุ่มเด็กวัยรุ่น/ นักศึกษา (15 – 21 ปี)**

▪ **มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน**

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
<p>1. การจัดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพ วัยรุ่น โดยเน้นการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้วัยรุ่น ปลอดภัย จากพฤติกรรมเสี่ยง (เช่น ปัญหาทางเพศ แอลกอฮอล์ สารเสพติด ความรุนแรง การพนัน ติดเกม ฯลฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้วัยรุ่น ปลอดภัยจาก ปัญหาทางเพศ และ แอลกอฮอล์ สารเสพติด</li> </ul> <p>2. พัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมกับ DHS เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มวัยรุ่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบูรณาการและเชื่อมโยงกับระบบ DHS โดยมี การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ วัยรุ่น มีทีมTeen Manager ระดับเขต/ จังหวัด ในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้วัยรุ่น เข้าถึงและใช้บริการได้อย่างทั่วถึง</li> </ul> <p>3. การจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมและเข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่มในสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา และชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดบริการเชิงรุกสู่สถานศึกษา เน้นการพัฒนาทักษะชีวิต เพศศึกษารอบด้าน จิตสาธารณะ ใฝ่เรียนรู้ สนับสนุนระบบ การช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน และ มุ่งสู่การสร้างค่านิยม 12 ประการ</li> <li>- จัดบริการที่เป็นมิตรสอดคล้องกับ ความต้องการและบริบทของวัยรุ่น รวมถึง การให้บริการคุมกำเนิดในแม่วัยรุ่น</li> <li>- จัดบริการเชิงรุกสู่ชุมชน เน้นการจัด พื้นที่สร้างสรรค์ที่วัยรุ่น และเยาวชนมีส่วนร่วม การบริการเชิงรุก (Outreach Service) และการจัดพื้นที่เรียนรู้ของ พ่อแม่ ผู้ปกครองหรือโรงเรียนพ่อแม่</li> </ul>	<p>วัยรุ่นได้รับการพัฒนาให้ลด พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ</p>	<p>๑. ผลักดันการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อจัดการสิ่งแวดลอมที่ไม่เอื้อ ต่อสุขภาพวัยรุ่น</p> <p>๒. วัยรุ่นเข้าถึงความรู้ในการ ป้องกันตนเอง โดยเฉพาะวัยรุ่น กลุ่มเสี่ยง</p> <p>๓. การเชื่อมต่อระบบสถาน บริการสาธารณสุขกับ สถานศึกษาและชุมชนในการ จัดบริการให้กับวัยรุ่น</p>

■ **ตัวชี้วัด**

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 50 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน ภายในปี 2561)	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร
2. ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี (ไม่เพิ่มขึ้นจากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง (BSS) ในปี 2558)	1. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค

**กลุ่มวัยทำงาน (15 – 59 ปี)**

■ **มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน**

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
<p><u>อุบัติเหตุทางถนน</u></p> <p>1 มาตรการชุมชน</p> <p>2 มาตรการการบริหารจัดการข้อมูลและการสอบสวนอุบัติเหตุ</p> <p>3 มาตรการองค์กร</p>	<p>วัยทำงานมีทักษะในการทำงาน และสุขภาพแข็งแรง(ลดปัญหาจากโรค NCD โรคจากการประกอบอาชีพ อุบัติเหตุทางถนนลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดป่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดตาย)</p>	<p>1. สถานที่ทำงาน/สถานประกอบการเข้าร่วมโครงการสถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัยฯ สามารถปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบได้</p> <p>2. รพศ. รพท. และ รพช. ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ 100 % ในปี 2559 และขยายการดำเนินงานใน รพ.สต. ทั่วประเทศ</p> <p>3. รพ.สต. และ/หรือ PCU ของ รพช. มีการจัดบริการอาชีวอนามัยให้แรงงานในชุมชน</p> <p>4. มีคลินิก DPAC ครอบคลุมทั่วประเทศ</p> <p>5. ตำบลมีการจัดการด้านสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (NCD อุบัติเหตุ)</p> <p>6. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับคัดกรองและประเมินความเครียดซึมเศร้า</p>
<p><u>อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ</u></p> <p>1. มาตรการลดพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงในประชากร</p> <p>1.1 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน เช่น ตำบลจัดการสุขภาพ</p> <p>1.2 ลดพฤติกรรมเสี่ยงในสถานที่ทำงานและสถานประกอบการ</p> <p>1.3 การบังคับใช้กฎหมาย (สุรา บุหรี่)</p> <p>2. พัฒนาการจัดการโรคและลดเสี่ยงรายบุคคล</p> <p>2.1 คลินิก NCD คุณภาพ</p> <p>2.2 การดำเนินงานลดโรค CKD และ CHD</p> <p>2.3 การประเมินและจัดการโอกาสเสี่ยงต่อ CVD</p>		

■ **ตัวชี้วัด**

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ 2559)	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร
2. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง ร้อยละ 10 ภายในปี 2562	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร

**กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และผู้พิการ**

■ **มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน**

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
<p><b>ผู้สูงอายุ</b></p> <p>1. สนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ(Geriatric Syndromes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนและถ่ายทอดวิชาการ องค์ความรู้ เครื่องมือ และมาตรฐาน การตรวจคัดกรอง/ประเมิน การวิเคราะห์ จำแนกกลุ่มอาการผู้สูงอายุ Geriatric Syndromes,โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อย, และ ADL</li> <li>- เชื่อมโยง/ประสาน/สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ และคัดกรองปัญหาสุขภาพ พร้อมสมุดบันทึกสุขภาพ 3 ด้าน (ADL, โรคที่พบบ่อย, Geriatric Syndromes)</li> </ul> <p>2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานพยาบาลทุกระดับ</li> <li>- สนับสนุนการป้องกันปัญหาและดูแลด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิก NCD/คลินิกสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน</li> </ul> <p>3. พัฒนาการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</p>	<p>ผู้สูงอายุได้รับการบริการด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ (กายดี จิตดี สดใส มีที่พักพิง )</p>	<p>1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลได้อย่างตรงประเด็น ปัญหา</p>

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมให้ชุมชน/ท้องถิ่นมีระบบการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</li> <li>- มีกิจกรรมการแพทย์แผนไทยในคลินิกผู้สูงอายุและ Home Health Care (HHC) และชมรมผู้สูงอายุในชุมชน มีการประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยในดูแลสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพิเศษที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวเฉพาะทางในชุมชน</li> <li>- ชุมชนท้องถิ่นมีการส่งเสริมสุขภาพและปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>		

■ **ตัวชี้วัด**

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละของผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน (ไม่เกินร้อยละ 15)	1. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 2. ทั้งประเทศ / รายเขต / อำเภอ / ตำบล / รายบุคคล โดยการตรวจราชการ โดยสำนักตรวจราชการกระทรวง และสำนักตรวจราชการกรมการแพทย์, การประเมินผลและติดตามคุณภาพข้อมูล, การนิเทศ, สุ่มสำรวจ



ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถ เข้าถึงบริการได้ (6 ตัวชี้วัด)

ด้านระบบบริการปฐมภูมิ

▪ มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
<p><u>District Health System (DHS)</u></p> <p>1. มีการประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS – PCA</p> <p>2. มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงการบูรณาการจัดบริการใน 5 กลุ่มวัย และการบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)</p> <p>3. มีการดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 เรื่อง และมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ระดับตำบล/ระดับอำเภอ เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วย palliative care และเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ</p> <p>4. มีการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)</p>	<p>อำเภอที่มีโรงพยาบาล จำนวน 856 แห่ง</p>	<p>ร้อยละ 85</p>
<p><u>ตำบลจัดการสุขภาพ</u></p> <p>1. พัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยง (Coaching) ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เป็นทีมสุขภาพในการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ (ทุกจังหวัดทุกอำเภอ รวม 1,000 คน)</p> <p>2. มีข้อมูลปัญหาสุขภาพในชุมชน ด้านพัฒนาการเด็ก อุบัติเหตุ โรคมะเร็ง ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้สูงอายุ และ</p>	<p>ตำบลเป้าหมายในปี 2559 จำนวน 7,255 ตำบล</p>	<p>ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการต้นแบบ จำนวน 1,000 ตำบล</p>

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
<p>ปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่</p> <p>3.มีแผนปฏิบัติการเพื่อการแก้ไขปัญหาและลดปัจจัยเสี่ยงใน ด้านพัฒนาการเด็ก อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่</p> <p>4.พัฒนาศักยภาพ อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชนในการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ (โดยเฉลี่ยตำบลละ 6 คน)</p> <p>5.จัดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาและลดปัจจัยเสี่ยงในตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ</p> <p>6.ส่งเสริมให้ อสม.นักจัดการสุขภาพที่ได้รับการอบรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>7.กำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อการแก้ไขปัญหาและลดปัจจัยเสี่ยงในตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ในด้านเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่</p> <p>8.จัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อการแก้ไขปัญหาและลดปัจจัยเสี่ยงในด้านพัฒนาการเด็ก และผู้สูงอายุ</p> <p>9.พัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการต้นแบบ ที่ทำให้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ไม่เพิ่มขึ้น ปัญหาอุบัติเหตุและโรคอื่นๆ ตามบริบทของพื้นที่ลดลง</p>		

▪ **ตัวชี้วัด**

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล
2. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ (ร้อยละ ๗๐)	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

## ด้านระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

### ▪ มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. ลดการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ 2. สนับสนุนทรัพยากรเพื่อพัฒนาศักยภาพสถานบริการระดับ A, S, M และ M2 ตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) รองรับการส่งต่อผู้ป่วยในเขต/จังหวัด 3. พัฒนาโครงสร้างและบริหารจัดการของศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต/จังหวัด 4. พัฒนาเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ในแต่ละเขต/จังหวัด และสถานบริการในการส่งต่อผู้ป่วย 5. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	สถานบริการมีการส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) ออกนอกเขตสุขภาพลดลง	ลดลงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

### ▪ ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง (ร้อยละ 50)	ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัด/เขต

## ด้านระบบควบคุมโรค

### ▪ มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. ระบบเฝ้าระวังได้มาตรฐานและครอบคลุม ทุกระดับ (จังหวัด อำเภอ) : ฐานข้อมูล, การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ : ทีมประเมินสถานการณ์ระดับเขต/จังหวัด 2. ความรวดเร็วในการตอบโต้สถานการณ์/ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข : SRRT คุณภาพ : พัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center-EOC) 3. ระบบการควบคุมโรคและภัยพื้นที่	ร้อยละ 50 ของอำเภอสามารถควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ได้	ควบคุมโรคที่สำคัญของประเทศได้

■ ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ได้ (ร้อยละ 50)	ฐานข้อมูลรายงาน 506

**ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ**

■ มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. ควบคุมกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการบริการด้านสุขภาพ 2. พัฒนาศักยภาพผู้บริโภคและผู้ประกอบการ 3. ดำเนินการตามกฎหมาย 4. พัฒนาระบบการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับเขตผ่านกลไก คณะอนุกรรมการ คบส.เขต	ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถาน บริการสุขภาพปลอดภัย รวมถึง ผู้บริโภคได้รับข้อมูลข่าวสารด้าน สุขภาพ อย่างถูกต้อง เป็นธรรม	ประชาชน/ชุมชน สามารถ ปกป้องคุ้มครองตนเองได้จากการ ได้รับบริการและผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ไม่มีคุณภาพ

■ ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ (ระดับ 5)	1. เขตสุขภาพ 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

**ด้านการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด**

■ มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
การบำบัดรักษา ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด	ผู้เสพ ผู้ติดที่ได้รับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจจากสถานบริการ สุขภาพ สังกัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 92

■ ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา(3 month remission rate) (ร้อยละ 92)	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวง สาธารณสุข

**ด้านการบังคับใช้กฎหมาย**

▪ **มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน**

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. พัฒนา ปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบให้ทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน 2. การบังคับใช้กฎหมายในแต่ละระดับ (กลไกในการเฝ้าระวัง , early detection, early management & control ) 3. เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายนักกฎหมายสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค	1. กฎหมาย กฎระเบียบได้รับการปรับปรุงพัฒนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน 2. มีกฎหมายระดับ อนุบัญญัติ ที่ออกตามพระราชบัญญัติต่างๆ 3. การบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ	1. สามารถสร้างเครือข่ายนักกฎหมายด้านกฎหมาย สาธารณสุขในราชการบริหารส่วนกลางและภูมิภาคบริหารส่วนภูมิภาค 2. สามารถเพิ่มจำนวนนักกฎหมายให้เพียงพอกับการบังคับใช้กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข 3. การบังคับใช้กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

▪ **ตัวชี้วัด**

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. มีเครือข่ายนักกฎหมายที่เข้มแข็งและบังคับใช้กฎหมายในเรื่องที่สำคัญ	1. กรมต่าง ๆ ในราชการบริหารส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 3. โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

## ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

### ■ มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. ระบบบริหารจัดการของเสียจากสถานบริการสาธารณสุข 2. พัฒนากฎหมาย/อรรถจ. 3. ส่งเสริมอปท.ในการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม/การมีส่วนร่วมภาคประชาชน 4. ระบบข้อมูล/ การเฝ้าระวัง/ประเมินความเสี่ยง 5. พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบ	1. ระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศมีความเข้มแข็ง 2. จังหวัดจัดการตนเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3. อปท. มีระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน 4. ประชาชนมีความตระหนักรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา	1. ประชาชน 32.56 ล้านคนได้รับการดูแลคุ้มครองสุขภาพจากปัญหาขยะและสิ่งแวดล้อม 2. ประชาชนทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพจากผลกระทบที่เกิดจากปัญหามลพิษยติดื้อต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อม 3. ประชาชน 13.81 ล้านคนได้รับการด้านการจัดการสิ่งปฏิกูลและไม่มีความเสี่ยงจากสิ่งปฏิกูลปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

### ■ ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละ 50 ของจังหวัดมีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสุขภาพผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

## ด้านพัฒนาบุคลากร

### ■ มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. พัฒนาการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรของจังหวัด	1. หน่วยงานทุกระดับในจังหวัดมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาบุคลากรของจังหวัดที่ประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน ทุกระดับและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2. แผนพัฒนาบุคลากรของจังหวัด
2. พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนในการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด	2. จังหวัดสามารถพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับเป้าหมาย ยุทธศาสตร์และบริบทของจังหวัด	1. ทำเนียบรายชื่อผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัด 2. โครงการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด 3. แผนการจัดสรรงบประมาณด้านการพัฒนาบุคลากร 4. ข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
3. กำกับ ติดตามการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด	3. หน่วยงานระดับจังหวัดมีการดำเนินงานด้านการพัฒนาบุคลากรตามแผนและเป้าหมายที่กำหนดได้อย่างถูกต้องครบถ้วน	1. รายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาบุคลากร

■ **ตัวชี้วัด**

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากร (ร้อยละ 70)	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานเขตสุขภาพ

**การเงินการคลัง**

■ **มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน**

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. พัฒนาระบบจัดสรรงบประมาณภายใต้การบริหารจัดการของเขตสุขภาพ 2. พัฒนาระบบการวางแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการ 3. พัฒนาระบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของเขตสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาเครื่องมือทางการเงินที่ช่วยสนับสนุนการสร้างประสิทธิภาพ 4. พัฒนาศักยภาพผู้บริหารและคณะทำงานด้านการเงินการคลัง 5. พัฒนาระบบข้อมูลและระบบบัญชีให้ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อให้สามารถประเมินสถานะการเงินที่แท้จริงและใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ 6. พัฒนาระบบนิเทศ กำกับติดตามคุณภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง 7. พัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการกองทุนต่างด้าวและกองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	รพ.ในสังกัด สป.สธ.ระดับ รพศ./รพท./ รพช. มีประสิทธิภาพการบริหารการเงิน	รพ.ในสังกัด สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช.) สามารถควบคุมปัญหาทางการเงินอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถจัดสรรงบประมาณที่ได้รับให้สอดคล้องกับสถานะการเงิน สามารถจัดบริการให้ประชาชนได้อย่างครอบคลุม ทั่วถึง เป็นธรรม และควบคุมกำกับให้หน่วยบริการไม่ประสบปัญหาทางการเงิน

■ **ตัวชี้วัด**

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาทางการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ 10)	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ

## ยาและเวชภัณฑ์/ พัสดุ

### ■ มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
การจัดซื้อจัดจ้างระดับจังหวัด/กรม และระดับเขตของยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซเชียตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซเชีย ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557	กำหนดค่าเป้าหมายมูลค่าการจัดซื้อจัดจ้างรวมยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซเชีย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับมูลค่าการจัดซื้อจัดจ้างและเวชภัณฑ์ที่มีโซเชียทั้งหมด	มูลค่าการจัดซื้อจัดจ้างรวมยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซเชีย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับมูลค่าการจัดซื้อจัดจ้างยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซเชียทั้งหมด

### ■ ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. มูลค่าการจัดซื้อจัดจ้างรวมยาและเวชภัณฑ์ฯ ของหน่วยงาน (ร้อยละ 20)	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

## ปราบปรามทุจริต

### ■ มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. ป้องกันการทุจริตภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2556-2560) 2. บริหารจัดการ จัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์ที่มีโซเชีย ให้เป็นไปตามระเบียบฯ และประกาศกำหนด 3. อบรมให้ความรู้ด้านการเฝ้าระวังป้องกันการทุจริตแก่ อสม. ในพื้นที่ร่วมกับจังหวัด	1. การบริหารราชการอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล โปร่งใส ปราศจากการทุจริต และสร้างเครือข่ายเมืองคนดีระดับชุมชน (อสม.) 2. การจัดซื้อจัดจ้างรวมยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซเชียเพิ่มขึ้น	ทุกส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีการพัฒนาปรับปรุงองค์การให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) เนื่องจากจะเป็นการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

### ■ ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (มากกว่าร้อยละ 75)	1) แบบประเมิน Internal Integrity & Transparency Assessment : IIT 2) แบบประเมิน External Integrity & Transparency Assessment : EIT 3) แบบประเมิน Evidence Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT