รายงาน
การประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ
ด้านสาธารณสุข

ระยะแรก (พ.ศ. 2560 - 2564)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ISBN : 978-616-11-5033-4

รายงานการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ

ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

ที่ปรึกษา ผศ.(พิเศษ) นพ. สุภโชค เวชภัณฑ์เภสัช
ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปาณบดี เอกะจัมปกะ
พูลสิน ศรีประยูร

คณะผู้จัดทำ ศุภราภรณ์ ธรรมชาติ
ศุภิสรา การสมทบ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

รายงานการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ.2560-2564).

-- นนทบุรี : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566.

143 หน้า.

1. สาธารณสุข. I. ชื่อเรื่อง.

362.1
ISBN 978-616-11-5033-4

ISBN (e-book) 978-616-11-5033-4
พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566
WEBSITE https://bps.moph.go.th/new_bps/monitoringandevaluation
จัดทำโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ คือ 1) ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ 3) ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และ 4) ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน" ซึ่งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2564 จนสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569)

รายงานฉบับนี้ได้นำเสนอผลการประเมินของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ตลอดจนจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) จะเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ได้ใช้ในการพัฒนาและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขในระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

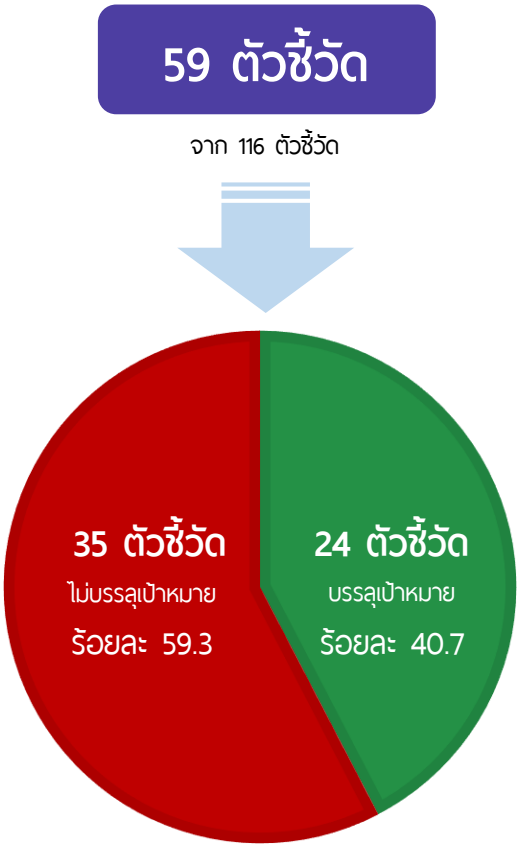
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ธันวาคม 2565

บทสรุปผู้บริหาร

กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน" ได้มีการขับเคลื่อนและดำเนินการตามแผนปฏิบัติราชการและแผนปฏิบัติการฯ ไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาห้าปี ตั้งแต่ พ.ศ.2560-2564 ถือว่าดำเนินงานมาจนสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ประเมินผลการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) สำหรับวิธีการประเมินใช้การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) การสำรวจความคิดเห็นในรูปแบบ Google Form การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) พบว่า สุขภาพกายของคนไทยมีแนวโน้มดีขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีทั้งเพศชายและเพศหญิงเพิ่มขึ้น อัตรามารดาตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทารกตายมีแนวโน้มลดลง แต่ยังต้องพัฒนาด้านกายภาพและพฤติกรรมสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ สำหรับสุขภาพจิตของคนไทยมีการฆ่าตัวตายสูงขึ้น แม้ว่าจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นก็ตาม คนไทยส่วนใหญ่ป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม โรคติดต่อยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เช่น ไข้เลือดออก วัณโรค อุจจาระร่วง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคอุบัติใหม่ ซึ่งจะมีผลต่ออายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ดังนั้น หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขควรมีการปรับเปลี่ยนแผนงานโครงการและกลยุทธ์เชิงรุก ที่จะส่งผลต่อการเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี อาทิเช่น การลดปัจจัยเสี่ยงของโรคที่สามารถป้องกันได้ อุบัติเหตุทางถนน เด็กต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำ

ผลการประเมินในภาพรวมของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) มีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ จำนวน 59 ตัวชี้วัด จากจำนวน 116 ตัวชี้วัด พบว่า บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 24 ตัวชี้วัด (ร้อยละ40.7) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 35 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 59.3)



ผลการประเมินรายยุทธศาสตร์ พบว่า ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ การดำเนินงานด้านการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเด็ก วัยเรียน วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ ไต การรักษามะเร็งภายในระยะเวลาที่กำหนด มะเร็งปอด การติดเชื้อในกระแสเลือด การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ส่วนใหญ่ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯที่กำหนด ส่วนยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ พบว่าการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพดำเนินการไม่ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ในด้านการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สำหรับการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล พบว่า การพัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใสของกระทรวงสาธารณสุข ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดเล็กน้อย การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากยังมีหน่วยงานที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7

ข้อเสนอต่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ในระยะต่อไป (พ.ศ. 2565-2569)

1. ข้อเสนอการพัฒนาการจัดทำแผนและติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) ควรมีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ทุก 5 ปี เพื่อปรับกลยุทธ์ มาตรการ และนำตัวชี้วัดที่ไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลหรือไม่มีการวัดผลการดำเนินงาน และไม่ทันต่อสถานการณ์ ถอดออกจากแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ควรเพิ่มกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานส่วนภูมิภาคและหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ควรมีการประเมินผลแผนงาน/โครงการ ด้านสาธารณสุข ในระดับกรมที่รับผิดชอบยุทธศาสตร์ฯ ระดับเขตสุขภาพและจังหวัด เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

2. ข้อเสนอต่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ จำแนกตามรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ควรมีการใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพผ่านแพลตฟอร์ม เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลักดันการบรรจุหลักสูตรความปลอดภัยทางถนนให้แก่เด็ก และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ให้เป็นตัวชี้วัดของเขตพื้นที่การศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และกำหนดสัดส่วนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งเสริมให้มีการคลอดครบ กำหนดให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง กลุ่มแรงงาน และกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล 2) ด้านบริการเป็นเลิศ นำระบบการแพทย์ทางไกล และ AI มาใช้ในการวินิจฉัยโรค การให้คำปรึกษาและการรักษาโรค ลดอัตราความพิการและการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. ข้อเสนอการพัฒนาตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) พบว่า ควรคงไว้ จำนวน 73 ตัวชี้วัด ปรับเปลี่ยน จำนวน 1 ตัวชี้วัด และยกเลิก จำนวน 42 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่คงไว้

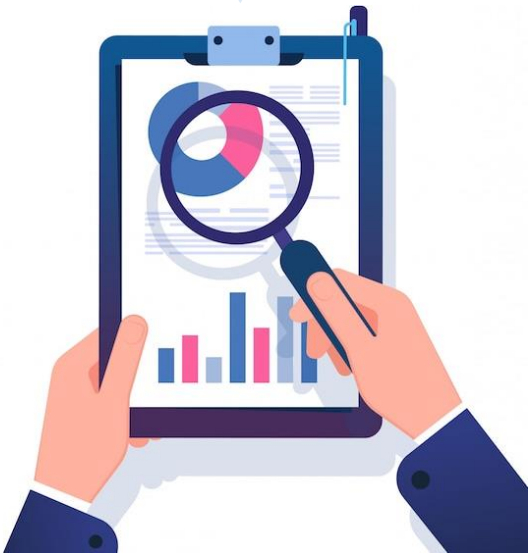
73 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ปรับเปลี่ยน

1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ยกเลิก

42 ตัวชี้วัด



สารบัญ

		หน้า
คำนำ		ก
บทสรุปผู้บริหาร		ข-ง
สารบัญ		จ-ฉ
สารบัญตาราง		ช-ฌ
สารบัญภาพ		ญ-ฎ
บทที่ 1	**บทนำ**	**1-5**
	1.1 หลักการและเหตุผล	2
	1.2 วัตถุประสงค์	3
	1.3 นิยาม	3
	1.4 ขอบเขตของการประเมินผล	3
	1.5 ข้อจำกัดของการประเมินผล	3
	1.6 กรอบการประเมินแผนยุทธศาสตร์ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) : การปฏิรูประบบสุขภาพ	4
	1.7 วิธีการศึกษา	5
	1.8 ระยะเวลาดำเนินการ	5
	1.9 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2	**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	**6-18**
	2.1 การทบทวนนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	7
	2.2 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการประเมินผล	14
บทที่ 3	**ระเบียบวิธีดำเนินการศึกษา**	**19-24**
	3.1 การออกแบบการศึกษา	20
	3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	20
	3.3 เครื่องมือในการศึกษา	21
	3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	23
	3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	24
บทที่ 4	**ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ภาพรวม**	**25-94**
	4.1 การบรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)	26
	4.2 ผลการประเมินการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการของกระทรวงสาธารณสุข สู่การปฏิบัติ	44
	4.3 ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) จำแนกรายยุทธศาสตร์	51

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 5	บทสรุปและข้อเสนอการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569)	95-113
	5.1 บทสรุป	96
	5.2 ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569)	97
ภาคผนวก		114-121
	- แบบประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)	115
	- แบบสัมภาษณ์นายแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาล เรื่องการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)	119
	- แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เรื่องการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)	120
เอกสารอ้างอิง		122-129

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579)	13
4.1	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy) ของประชากรไทย พ.ศ. 2552-2583	27
4.2	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีของประชากรในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศในอาเซียน พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2562	27
4.3	10 ลำดับแรก อัตราป่วยของผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) พ.ศ. 2559-2564	29
4.4	จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2559-2564	30
4.5	เปรียบเทียบการสูญเสียปีสุขภาวะ 10 อันดับแรกของประชากรไทย ระหว่าง พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2562 จำแนกตามเพศและสาเหตุ	30
4.6	ร้อยละความชุกของพฤติกรรมสุขภาพในประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2552,2557 และ 2563	31
4.7	ร้อยละพฤติกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย พ.ศ. 2557-2563	31
4.8	ระยะเวลาเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทย พ.ศ. 2557-2563	31
4.9	สภาพจิตของคนไทยในยุคโควิด-19	32
4.10	อัตราผู้ป่วยนอกโรคจิตและปัญหาทางสุขภาพจิต ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2558-2564	33
4.11	ร้อยละของเด็กวัยเรียนตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน พ.ศ. 2562	34
4.12	ร้อยละความรอบรู้สุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3 ระดับ ปี 2563	34
4.13	ร้อยละของประชากรต่อการรับรู้ฉลากต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร	35
4.14	ค่าดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ ประเทศไทย พ.ศ. 2560-2563	35
4.15	ความอยู่ดีมีสุขของคนไทย ปี พ.ศ. 2561-2564	36
4.16	ร้อยละความครอบคลุมของประชากร 30 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง พ.ศ. 2559-2564	36
4.17	ความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและมะเร็งปากมดลูก	37
4.18	ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีงบประมาณ 2559-2564	37
4.19	ดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพ (Global Health Security Index : GHS) พ.ศ. 2562 และ 2564	40
4.20	การลาออกของข้าราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ก่อนเกษียณอายุราชการ) พ.ศ. 2560-2564 จำแนกตามสายงานที่มีการลาออกมากที่สุด 6 ลำดับแรก	41
4.21	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564 (ล้านบาท)	44
4.22	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามหน่วยงานระดับกรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	46
4.23	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ของจำนวนหน่วยงานทั้งหมด	47

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.24	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามในรูปแบบ Google form	47
4.25	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ของกลุ่มเป้าหมาย	48
4.26	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแผนยุทธศาสตร์ฯ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ	49
4.27	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำและความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข	50
4.28	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับติดตามและประเมินผล	50
4.29	ผลการประเมินตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ระยะแรก พ.ศ. 2560-2564	52
4.30	การบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ	53
4.31	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2560	54
4.32	อัตราส่วนทารกตายต่อการเกิดมีชีพพันคนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2562	55
4.33	ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย พ.ศ. 2554, 2559 และ 2564	56
4.34	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ 2560-2564	57
4.35	ร้อยละของเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์จำแนกตามกลุ่มอายุแม่ พ.ศ. 2555-2564	58
4.36	พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟนหรือคนรัก ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา	58
4.37	ร้อยละของวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ปีงบประมาณ 2552, 2556–2564	59
4.38	ความชุก (ร้อยละ) ของภาวะสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2551-2552, พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2563	59
4.39	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	60
4.40	การดูแลส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุในชุมชน พ.ศ. 2560-2564	60
4.41	ความชุก (ร้อยละ) ของโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552-2557 และ 2563	61
4.42	ความชุก (ร้อยละ) ของโรคเรื้อรังที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552-2557 และ 2563	61
4.43	อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2555-2564	61
4.44	อัตราตายด้วยโรคติดต่อ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2555-2564	62
4.45	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN พ.ศ. 2560-2564	67
4.46	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	68

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.47	การบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ	69
4.48	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ขั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 80	71
4.49	ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบการจัดการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) (≥ร้อยละ 70)	71
4.50	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ พ.ศ. 2560-2564	72
4.51	อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา พ.ศ. 2560-2564	74
4.52	ผู้ป่วย STEMI ได้รับการให้ยาละลายลิ่มเลือด พ.ศ. 2562-2564	75
4.53	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด พ.ศ. 2560-2564	75
4.54	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73 m2/yr ปี 2560-2564	76
4.55	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery พ.ศ. 2562-2564	77
4.56	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	78
4.57	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3 พ.ศ. 2560-2564	80
4.58	การบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ	80
4.59	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ทั้ง 5 องค์ประกอบ ปี พ.ศ. 2560-2564	81
4.60	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	81
4.61	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ พ.ศ. 2560-2564	82
4.62	จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข พ.ศ. 2562-2564	82
4.63	การบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล	84
4.64	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	85
4.65	รางวัลด้านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการทำงานที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับ พ.ศ. 2560-2564	85
4.66	ร้อยละของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	86
4.67	กฎหมายที่ตราออกเป็นพระราชบัญญัติ ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564	94
5.1	ข้อเสนอต่อตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569)	103
5.2	รายละเอียดผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)	105

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)	4
2.1	ผังความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนปฏิรูปประเทศ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ สู่แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข	12
2.2	ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564	14
2.3	ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินและการตัดสินใจตามแบบประเมินตามทฤษฎี CIPP Model	18
4.1	อัตราผู้ป่วยนอกต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2555-2564	28
4.2	อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2555-2564	28
4.3	จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2555-2564	28
4.4	ร้อยละของระดับสุขภาพจิตคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2551-2563	32
4.5	อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2555-2564	33
4.6	ค่าเฉลี่ยความสุขของคนทำงานในกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560, พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2564	41
4.7	อัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพใน 4 สาขาหลักต่อประชากร พ.ศ. 2558-2564 จำแนกรายภาค	42
4.8	สัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน ในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ.2561	42
4.9	รายจ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศ พ.ศ. 2555-2562	43
4.10	งบประมาณจำแนกตามหมวดรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564	44
4.11	อัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามประเภท ปีงบประมาณ 2564	45
4.12	อัตรามารดาตายต่อการเกิดมีชีพแสนคน พ.ศ. 2555-2564	54
4.13	อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพพันคน พ.ศ. 2555-2564	55
4.14	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ปีงบประมาณ 2560-2564	56
4.15	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน ปีงบประมาณ 2560-2564	56
4.16	อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จมน้ำ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2555-2564	57
4.17	อัตราคลอดมีชีพของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากร พ.ศ. 2561-2564	58
4.18	อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี พ.ศ. 2553-2564	59
4.19	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ พ.ศ. 2560-2564	62
4.20	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ พ.ศ. 2560-2564	63
4.21	อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2555-2564	64
4.22	อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2555-2564	64
4.23	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2560-2564	70
4.24	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2557-2564	73
4.25	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต พ.ศ. 2560-2564	73

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่		หน้า
4.26	อัตราการฆ่าตัวตาย ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2552-2564	74
4.27	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งปอดต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2557-2564	76
4.28	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564	83
4.29	ร้อยละการจัดซื้อร่วมกันของ ยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557-2564	87
4.30	ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2545-2564	87
4.31	อัตราบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (บาท/ผู้มีสิทธิ) ปีงบประมาณ 2546-2564	88
4.32	พัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์และการจัดการเพิ่มการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	89
4.33	จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546-2564	90
4.34	จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546-2564	90
4.35	ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ (compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ ปี พ.ศ. 2560, 2562 และ 2564	91
4.36	ร้อยละของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ 7 พ.ศ. 2554-2564	92

บทที่ 1

บทนำ

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

สังคมโลกได้พัฒนามาสู่ยุคโลกาภิวัตน์ หรือยุคไร้พรมแดน อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ส่งผลให้เกิดการไหลเวียนของ คน ทุน ความรู้ เทคโนโลยี สินค้า และบริการที่เชื่อมโยงกันทั่วโลก เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง รวมทั้งระบบสุขภาพอย่างรวดเร็ว กอปรกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างอายุประชากรที่มีสัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยทำงานลดลง โดยมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น แบบแผนการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จากกลุ่มโรคติดต่อเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะโลกร้อน นอกจากนี้ ในปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ได้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนไทย และระบบสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในขณะที่ทรัพยากรด้านสุขภาพภาครัฐมีจำกัดและไม่เพียงพอ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักที่มีภารกิจสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน จึงต้องมีการวางแผนเพื่อรองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ที่เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ โดยได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนา “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 เรื่อง ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ซึ่งหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคได้ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติเป็นระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งถือว่าได้ดำเนินงานมาจนสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ดังนั้น กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินการบรรลุวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการทบทวนเป้าหมาย ตัวชี้วัด มาตรการ สำหรับใช้ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

1.3 นิยาม

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) หมายถึง แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบและทิศทางในการทำงาน โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ซึ่งจะใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561)

1.4 ขอบเขตของการประเมินผล

1. คัดเลือกตัวชี้วัดสำคัญที่ส่งผลต่อเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” จำนวน 59 ตัวชี้วัด จาก 116 ตัวชี้วัด

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มได้มีการคัดเลือกภาคละ 1 จังหวัด โดยเป็นจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของสำนักงานเขตสุขภาพ รวม 5 จังหวัด ได้แก่จังหวัดสระบุรี, เชียงใหม่, อุบลราชธานี, ระยอง และนครศรีธรรมราช โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานเขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1.5 ข้อจำกัดของการประเมินผล

การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) มีข้อจำกัดการประเมินผล ดังนี้

1.5.1 การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) สู่การปฏิบัติ ในแต่ละปี มีการเปลี่ยนแปลงบางตัวชี้วัดและยกเลิกบางตัวชี้วัด ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องและไม่สามารถประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานได้

1.5.2 การประเมินการบรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) เป็นการเปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561)

1.6 กรอบการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) : การปฏิรูประบบสุขภาพ

กรอบในการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ใช้รูปแบบการประเมิน 4 ด้านของ CIPP โมเดล โดยเลือกทำการศึกษา 3 ด้าน ดังนี้

1.6.1 ปัจจัยนำเข้า (บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี)

1.6.2 กระบวนการดำเนินงาน (การขับเคลื่อนแผนงานไปสู่การปฏิบัติและการกำกับติดตามประเมินผล)

1.6.3 การประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

มีกรอบการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ดังภาพที่ 1.1

ภาพที่ 1.1 กรอบการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

1.7 วิธีการศึกษา

1.7.1 ทบทวนเอกสาร (Documentary Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานการวิจัยเอกสาร สถิติและรายงานจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ กรมและหน่วยงานในกำกับ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานจากต่างประเทศ เช่น WHO, UNDP

1.7.2 การออกแบบการศึกษาใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิจัยเชิงคุณภาพ Qualitative Research)

1.7.3 การจัดทำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์และกรอบการสนทนากลุ่ม

1.8 ระยะเวลาดำเนินการ

ปีงบประมาณ 2565

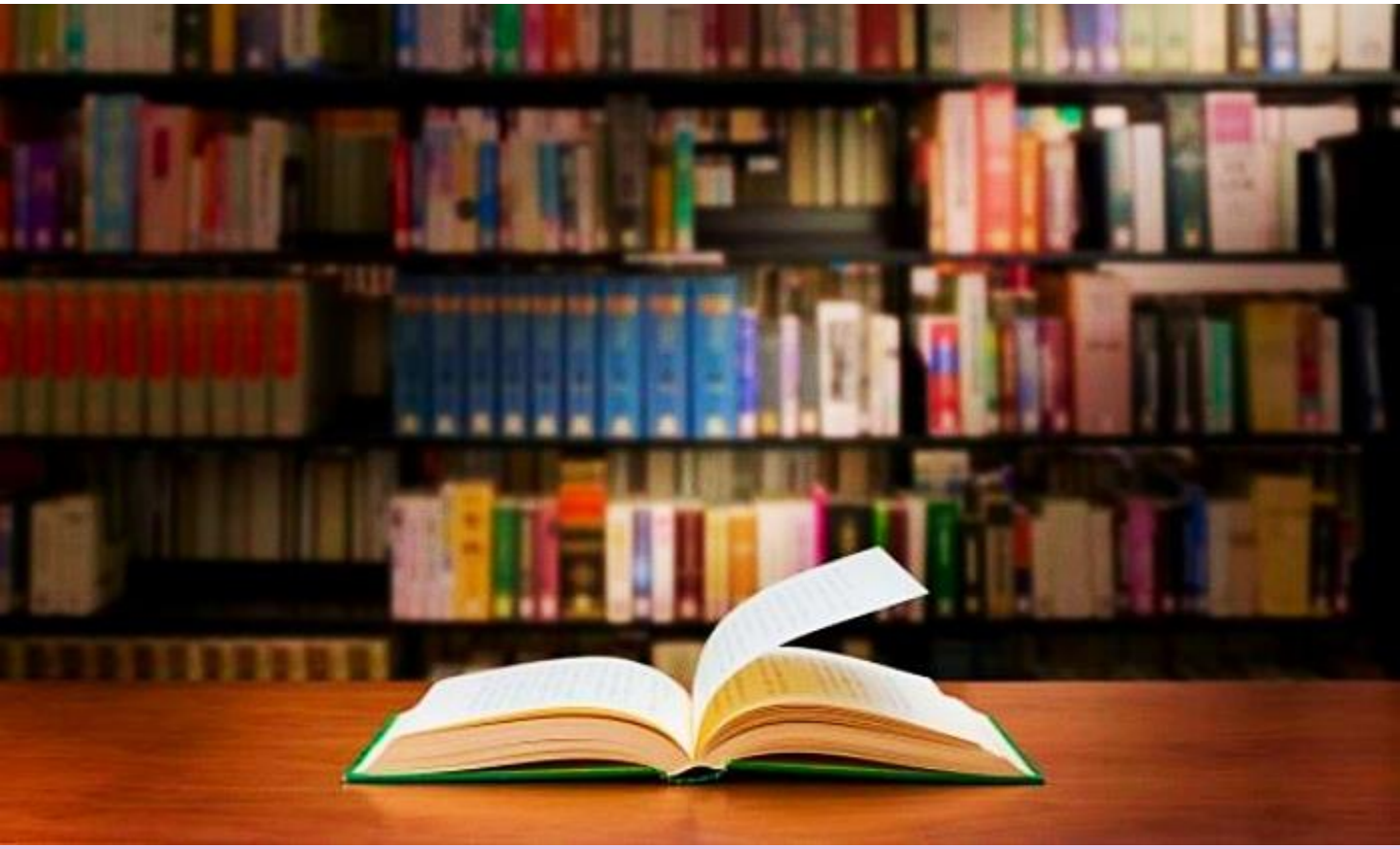
1.9 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำรายงานการประเมินมาใช้ประกอบในกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ในการชี้ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพให้เข้มแข็งและยั่งยืน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการทบทวนนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการประเมินผล ดังนี้

2.1. การทบทวนนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2.1.1 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 65 บัญญัติให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล ใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการร่วมกัน เพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว และต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2560 โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ รับผิดชอบในการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งดำเนินการเสร็จและประกาศใช้ ณ วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เพื่อความสุขของคนไทยทุกคน ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง
2. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน
3. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
4. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม
5. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
6. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

กระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ชาติทั้ง 6 ยุทธศาสตร์ สำหรับยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 3 และยุทธศาสตร์ที่ 4

2.1.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)

ประเทศไทยมียุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ซึ่งเป็นเป้าหมายในการพัฒนาประเทศ โดยมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เป็นแผนที่ใช้ในการเชื่อมโยงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ โดยยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 มีทั้งหมด 10 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้แก่

(1) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์
(2) ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม
(3) ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน
(4) ยุทธศาสตร์การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
(5) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน
(6) ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบ และธรรมาภิบาลในสังคมไทย และอีก 4 ยุทธศาสตร์ที่เป็นยุทธศาสตร์สนับสนุน
(7) ยุทธศาสตร์การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์
(8) ยุทธศาสตร์การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม
(9) ยุทธศาสตร์การพัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ
(10) ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา

กระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ชาติทั้ง 10 ยุทธศาสตร์ สำหรับยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 และยุทธศาสตร์ที่ 2

2.1.3 แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

แผนปฏิรูปประเทศ เป็นแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ ตามพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. 2560 โดยจะเป็นแผนที่เน้นการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงปัญหาและอุปสรรคเร่งด่วนเชิงโครงสร้าง วิธีและกระบวนการ หรือ กลไกกฎระเบียบ ในช่วง 5 ปีของยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อให้รากฐานการพัฒนามีความมั่นคงเหมาะสมกับบริบทประเทศ มีทั้งหมด 11 ด้าน สำหรับด้านสาธารณสุขอยู่ในด้านที่ 7 โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างเสมอภาค และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย 10 ประเด็นปฏิรูป ได้แก่ (1) ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ (2) ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศด้านสุขภาพ (3) กำลังคนสุขภาพ (4) ระบบบริการปฐมภูมิ (5) การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ (6) ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (7) การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (8) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (9) การคุ้มครองผู้บริโภค (10) ระบบหลักประกันสุขภาพและการป้องกันโรค ต่อมาได้มีการปรับปรุงแผนปฏิรูปประเทศเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ จึงได้จัดทำแผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 และมีการจัดทำแผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่สำคัญ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) เพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ สำหรับด้านสาธารณสุขมีกิจกรรมปฏิรูป 5 กิจกรรมที่มีความสำคัญเร่งด่วน ได้แก่ (1) การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ (2) การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย (3) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการบริบาล การรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเอง ในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม (4) การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นเอกภาพ บูรณาการ เป็นธรรม ทั่วถึง เพียงพอและยั่งยืนด้านการเงินการคลัง (5) การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการคล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น

2.1.4 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ เป็นแผนที่ใช้ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติลงสู่แผนระดับต่างๆ มีการกำหนดประเด็นในลักษณะที่มีความบูรณาการและเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์ชาติด้านที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ส่วนราชการสามารถนำแผนแม่บทฯไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทั้งหมด 23 ฉบับ ประกอบด้วย (1) ความมั่นคง (2) การต่างประเทศ (3) การเกษตร (4) อุตสาหกรรรมและบริการแห่งอนาคต (5) การท่องเที่ยว (6) พื้นที่และเมืองน่าอยู่อัจฉริยะ (7) โครงสร้างพื้นฐาน ระบบโลจิสติกส์ และดิจิทัล (8) ผู้ประกอบการและวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมยุคใหม่ (9) เขตเศรษฐกิจพิเศษ (10) การปรับเปลี่ยนค่านิยม และวัฒนธรรม (11) ศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต (12) การพัฒนาการเรียนรู้ (13) การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี (14) ศักยภาพการกีฬา (15) พลังทางสังคม (16) เศรษฐกิจฐานราก (17) ความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม (18) การเติบโตอย่างยั่งยืน (19) การบริหารจัดการน้ำทั้งระบบ (20) การบริการประชาชนและประสิทธิภาพภาครัฐ (21) การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ (22) กฎหมายและกระบวนการยุติธรรม และ (23) การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม

กระทรวงสาธารณสุข มีประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ ประเด็นที่ 13 และประเด็นที่ 17

2.1.5 นโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข

1) นโยบายรัฐบาล พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี (12 กันยายน 2557-12 กันยายน 2561) ได้กำหนดนโยบายในการบริหารราชการแผ่นดิน 11 ด้าน และด้านที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข คือ นโยบายที่ 5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน โดยมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันทางสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน และการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิควบคู่ไปกับการสนับสนุนให้ประชาชนดูแลรักษาสุขภาพของตน

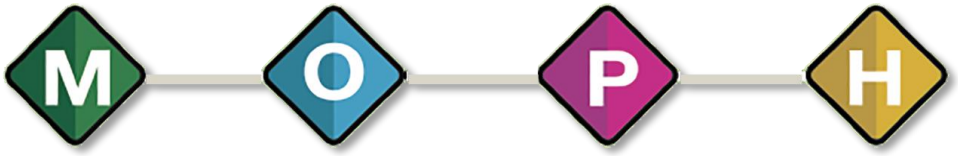
2) นโยบายรัฐบาล พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี (25 กรกฎาคม 2562-ปัจจุบัน) ได้กำหนดนโยบายในการบริหารราชการแผ่นดิน 12 ด้าน เป็นนโยบายหลัก 12 ด้าน และนโยบายเร่งด่วน 12 เรื่อง และด้านที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข คือ นโยบายที่ 9 การพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคม เน้นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข แพทย์สมัยใหม่และแพทย์แผนไทย ให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัย เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ส่งเสริมการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

นโยบายเร่งด่วนที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข มี 2 เรื่อง คือ

นโยบายที่ 2 การปรับปรุงระบบสวัสดิการและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เร่งรัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระบบการแพทย์ทางไกล และภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงหน่วยบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว และได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ

นโยบายที่ 4 การให้ความช่วยเหลือเกษตรกรและพัฒนานวัตกรรม ต่อยอดภูมิปัญญาและความรู้ของปราชญ์ชาวบ้าน ในการสร้างนวัตกรรมผลิตภัณฑ์เกษตร แปรรูป รวมทั้งเร่งศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการใช้กัญชา กัญชง และพืชสมุนไพรในทางการแพทย์ อุตสาหกรรมทางการแพทย์และผลิตภัณฑ์อื่นๆ เพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและรายได้ของประชาชน

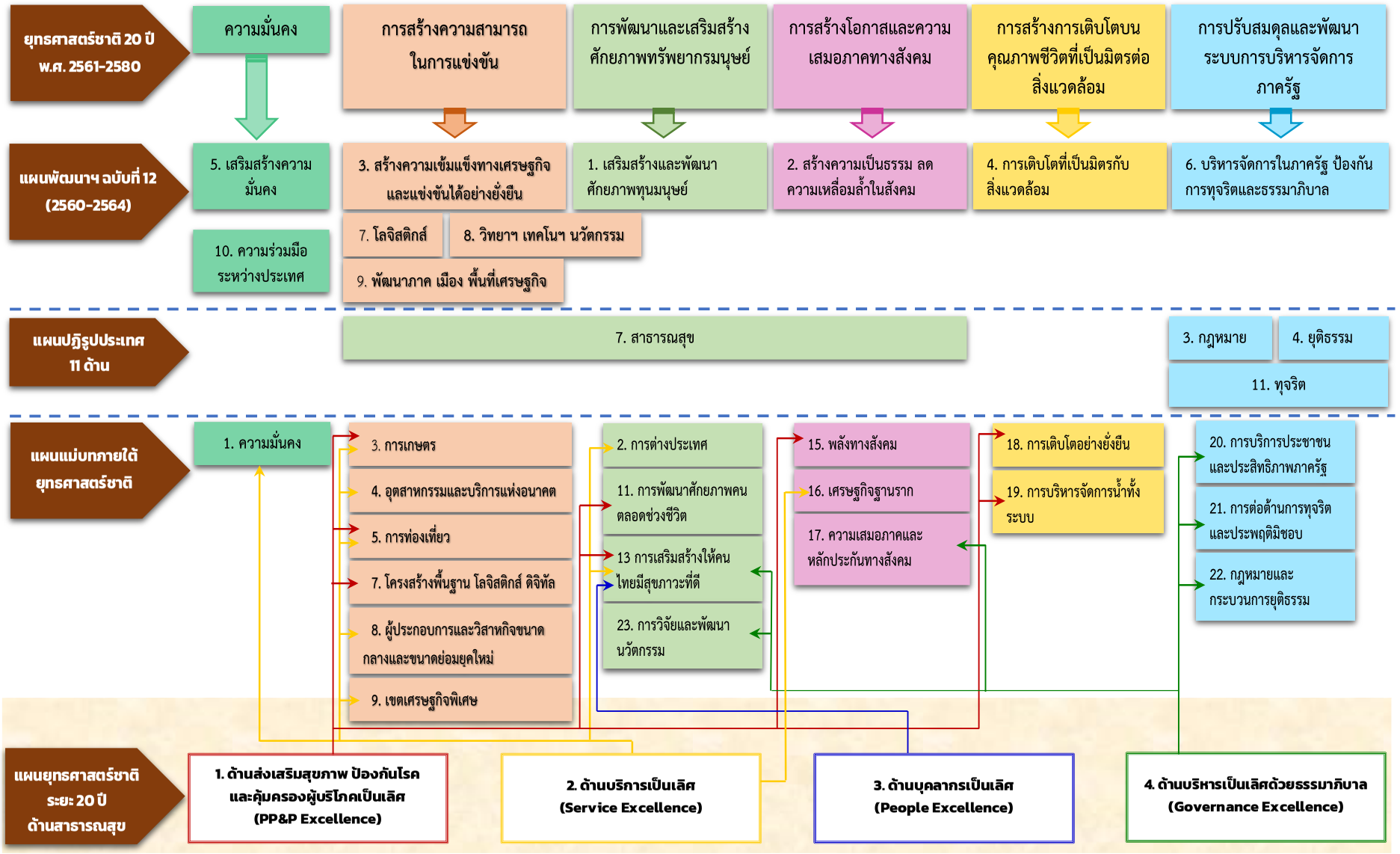
2.1.6 แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579)



ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	ระยะที่ 4
ปฏิรูประบบ 2560-2564	สร้างความเข้มแข็ง 2565-2569	สู่ความยั่งยืน 2570-2574	1 ใน 3 ของเอเชีย 2575-2579

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579)โดยวางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564) ปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา รวมถึงการวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ การปรับระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2570-2574) สู่ความยั่งยืน และระยะที่ 4 (พ.ศ. 2575-2579) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ดังภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1 ผังความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนปฏิรูปประเทศ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ สู่แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข



แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ประกอบด้วย 15 แผนงาน 45 โครงการ 116 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร 8 ตัวชี้วัด ดังตารางที่ 2.1 และภาพที่ 2.2 สำหรับ 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence) เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) มุ่งให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพครอบคลุมทั่วถึง รวมทั้งมีระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) เน้นการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีคุณภาพ และมีการกระจายที่เหมาะสมเป็นธรรมและทั่วถึง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ ด้วยการบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล

ตารางที่ 2.1 ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579)

ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579)	
1) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี	5) การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 20
2) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี	6) ความครอบคลุม (Coverage) - สัดส่วนแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 1,500 คน - สัดส่วนเตียงของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2 ต่อ 1,000 ประชากร
3) ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	7) มีคุณภาพ (Quality) - รพศ., รพท., รพ.สังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ร้อยละ 100 และ รพช. ร้อยละ 100
4) ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	8) มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

นับตั้งแต่วันที่ 4 ธันวาคม 2560 คณะรัฐมนตรีมีมติกำหนดให้แผนมี 3 ระดับ ได้แก่ แผนระดับที่ 1 ยุทธศาสตร์ชาติ มีแผนเดียวเท่านั้น แผนระดับ 2 ได้แก่ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ แผนระดับ 3 ได้แก่ แผนปฏิบัติการด้านระยะที่ ... (พ.ศ. ...-...) และแผนปฏิบัติราชการของส่วนราชการระยะ 5 ปี และรายปี

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ใช้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ที่ได้จัดทำขึ้นแล้ว เป็นกรอบและแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนระดับ 3 ตามมติ ครม. คือ แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี เพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้บรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ภาพที่ 2.2 ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2564

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการประเมินผล

2.2.1 แนวคิดการประเมินผล

การประเมินผลเป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้ทราบถึงความสำเร็จของโครงการ ว่าโครงการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ มีอุปสรรคใดกระทบต่อการดำเนินการและส่งผลให้คลาดเคลื่อนไปจากสิ่งที่วางแผน เพื่อหาทางปรับปรุงแก้ไข ถึงแม้มีการวางแผนที่ดีแต่มิใช่สิ่งที่รับประกันความสำเร็จของโครงการ เนื่องจากปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลต่อการดำเนินการ เช่น การบริหารโครงการ ปัจจุบันความสำเร็จของโครงการไม่ได้นำเพียงผลผลิต (Output) เพียงอย่างเดียวแต่ต้องพิจารณาทั้งผลลัพธ์ (Outcome) และ ผลกระทบ (Impact) ร่วมพิจารณาด้วย ซึ่งเป็นการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Base Management) ดังนั้นกระบวนการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ จึงเป็นขั้นตอนสำคัญอย่างยิ่งที่จะใช้เพื่อตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆของการดำเนินงานโครงการ รวมทั้งระบุความสำเร็จของโครงการ (สมพิศ สุขแสน, 2545)

2.2.2 ความหมายของการประเมินผลโครงการ

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการประเมินผลโครงการไว้ดังนี้

- สมคิด พรมจุ้ย (2542) ได้ให้ความหมายของการประเมินผลโครงการว่า คือ กระบวนการที่ทำให้เกิดสารสนเทศในการปรับปรุงโครงการ และสารสนเทศในการตัดสินสัมฤทธิ์ผลของโครงการ
- ทวีป ศิริรัศมี (2545) ได้ให้ความหมายของการประเมินผลโครงการว่า คือ กระบวนการในการแสวงหาสารสนเทศ เพื่อการกำหนดคุณค่าของสิ่งใดๆ อย่างใดอย่างหนึ่งอย่างเป็นระบบระเบียบและมีหลักเกณฑ์ที่สมเหตุสมผลและเชื่อถือได้
- สมชาย ดุรงค์เดช (2542) ได้ให้ความหมายของการประเมินโครงการไว้ว่า คือ กระบวนการในการพิจารณา กำหนดคุณค่าหรือระดับความสำเร็จ บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด
- สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) กล่าวว่า การประเมินเป็นการกำหนดปัญหาการเก็บรวมรวบข้อมูลและเสนอสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ เพื่อให้การตัดสินใจนั้นเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด (Stuffle-beam, 1971)
- รอซซี่และฟรีแมน (Rossi and Freeman) ได้นิยามคำว่าการประเมิน คือ การช่วยตัดสินใจ (Assistant in decision-making) กล่าวคือ การประเมินช่วยเสนอสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการบริหารงาน การประเมินจึงขยายขอบเขตนอกเหนือไปจากการประเมินมนุษย์ เช่น การประเมินโครงการ ทรัพยากร มาตรการดำเนินงาน การทำนายหรือคาดการณ์ (needs of forecasts) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ซับซ้อนต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ (Rossi and Freeman, 1993: 103)
- แอลคิน (Alkin) กล่าวว่า การประเมินเป็นกระบวนการของการทำให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจด้วยการคัดเลือกข้อมูลที่เหมาะสม รวบรวมวิเคราะห์เพื่อจัดทำรายงานสรุปสารสนเทศ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม (Alkin, 1969: 2-9)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การประเมินผลโครงการ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ และนำสารสนเทศที่ได้รับมาช่วยประกอบการตัดสินใจในการดำเนินโครงการ รวมถึงตัดสินความสำเร็จของโครงการ

2.2.3 ประเภทการประเมินผลโครงการ

อนุรักษ์ ปัญญานุวัฒน์ ได้กล่าวถึงประเภทการประเมินผลโครงการ ซึ่งไม่มีการกำหนดเป็นกฎเกณฑ์ที่ตายตัว ขึ้นอยู่กับบริบทว่าใช้เกณฑ์ใดจำแนกประเภท เช่น วัตถุประสงค์ เวลา วิธีการ และรูปแบบการประเมินซึ่งมีจุดมุ่งเน้นเฉพาะที่แตกต่างกัน การประเมินโครงการแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1. การประเมินผลโครงการก่อนดำเนินงาน (Preliminary Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อศึกษาความเหมาะสมและเป็นไปได้ (Feasibility Study) รวมถึงความจำเป็นของโครงการหรือแผนงาน (Need Assessment) ตลอดถึงผลกระทบในด้านต่างๆ อุปสรรค ความเสี่ยง ความคุ้มค่า

2. การประเมินขณะดำเนินงาน (On-going Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ซึ่งมีชื่อเรียกการประเมินขณะดำเนินงานนี้อีก ได้แก่ การประเมินความก้าวหน้า (Progress Evaluation) และ การประเมินการดำเนินการ (Implementation Evaluation) ประเมินเพื่อทบทวนปรับแผนการดำเนินงาน ปรับปรุงกระบวนการบริหารเพื่อลดความเสี่ยง

3. การประเมินผลรวมสรุป (Summative Evaluation) เป็นการประเมินว่าผลของการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายของโครงการหรือไม่ การบริหารโครงการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว

4. การประเมินผลกระทบจากการดำเนินโครงการ (Impact Evaluation) เป็นการประเมินผลหลังจากสิ้นสุดการดำเนินงาน ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในแต่ละโครงการ

นอกจากนี้ยังมีการจัดกลุ่มรูปแบบการประเมินประเภทอื่น ดังนี้

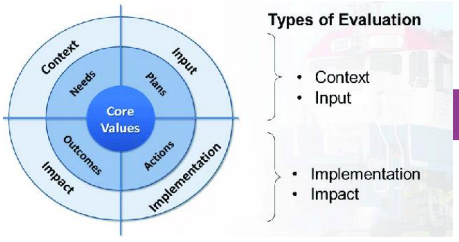
1. การประเมินที่มุ่งเน้นจุดมุ่งหมาย (Objective Based Model) มุ่งเน้นการตรวจผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ว่าเป็นไปตามที่ระบุไว้ในจุดมุ่งหมาย ได้แก่ รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ (Ralph W. Tyler : 1943), ครอนบาค (Cronbach : 1973) และ เคิร์กแพทริค (Kirkpatrick)
2. การประเมินที่มุ่งเน้นการตัดสินคุณค่า (Judgmental Evaluation Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่มุ่งเน้นจุดมุ่งหมายให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศเพื่อใช้ในการกำหนดคุณค่าของโครงการ เช่น รูปแบบการประเมินของ สเตค (Stake : 1967), สคริฟเว่น (Scriven : 1967) และ โพรวัส (Provus : 1971)
3. การประเมินที่มุ่งเน้นการตัดสินใจ (Decision – Oriented Evaluation Model) มุ่งเน้นจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศ เพื่อช่วยให้ผู้บริหารตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด เช่น รูปแบบการประเมินของเวลช์ (Welch : 1967), สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam : CIPP : 1968) และอัลคิน (Alkin : 1967)

2.2.4 โมเดลที่ใช้ในการประเมินผล

1) โมเดลการประเมินของไทเลอร์ (Tyler's Rationale and Model of Evaluation)

ราล์ฟ ดับบลิว ไทเลอร์ (Ralph W. Tyler) เป็นผู้วางรากฐานการประเมินตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ.1930 โดยได้ให้ความหมายของการประเมินไว้ว่าคือ การเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้ ไทเลอร์ได้เสนอกรอบความคิดครั้งแรกในปี ค.ศ. 1943 โดยมุ่งเน้นการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการให้อยู่ในรูปแบบของวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม แล้วประเมินความสำเร็จของวัตถุประสงค์เหล่านั้น แนวคิดของไทเลอร์จึงเป็นแบบจำลองที่ยึดความสำเร็จของจุดมุ่งหมายเป็นหลัก จากนั้นในปี 1986 ไทเลอร์ได้นำเสนอกรอบแนวคิดการประเมินแบบใหม่ โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 6 ส่วน คือ

1. การประเมินวัตถุประสงค์ (Appraising Objectives)
2. การประเมินแผนการเรียนรู้ (Evaluating the learning Plan)
3. การประเมินเพื่อแนะแนวในการพัฒนาโครงการ (Evaluation to Guild Program Development)
4. การประเมินเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ (Evaluation Program implement)
5. การประเมินผลลัพธ์ของโครงการทางการศึกษา (Evaluating the Outcome of an Educational)
6. การติดตาม (Follow up) และการประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)



2) CIPP model

การประเมินผลโครงการด้วยทฤษฎี "CIPP Model" ซึ่งคิดค้นในช่วงปี 1960s ของแดเนียล สตัฟเฟิลบีมและคณะ (Daniel L. Stufflebeam et. al.) เป็นทฤษฎีการประเมินผลโครงการที่ได้รับการยอมรับเป็นอย่างมาก สตัฟเฟิลบีมได้ให้นิยามของการประเมิน ว่าเป็นวิธีการศึกษาหรือสืบค้นหาคุณค่าของสิ่งที่มุ่งประเมินอย่างเป็นระบบ และเป็นกระบวนการนำเสนอสารสนเทศ ที่นำไปประยุกต์ใช้ในการอธิบายและการตัดสินคุณค่าและคุณประโยชน์ของการตัดสินใจหาทางเลือกที่เหมาะสมในการดำเนินโครงการ (พิชิต ฤทธิ์จรูญ, 2557) การประเมินเป็นสิ่งสำคัญที่ชี้ชัดความสำเร็จของโครงการ บ่งบอกจุดอ่อน จุดแข็ง เพื่อการพัฒนาการดำเนินโครงการต่อไป

การประเมินผลโครงการ สตัฟเฟิลบีม มีแนวคิดแบ่งแยกบทบาทระหว่างฝ่ายประเมินกับฝ่ายบริหารชัดเจน หน้าที่ของฝ่ายประเมินและฝ่ายบริหารคือ ฝ่ายประเมินมีหน้าที่จัดหาสารสนเทศให้กับฝ่ายที่เรียกดูข้อมูลคือฝ่ายบริหาร ฝ่ายบริหารนำผลจากฝ่ายประเมินมาประกอบการตัดสินใจในงาน นโยบาย และโครงการ การแบ่งแยกบทบาทที่ชัดเจนนี้เพื่อป้องกันการมีอคติในการประเมิน ผลลัพธ์ของการประเมินจึงมีความเที่ยงตรงผู้บริหารสามารถประกอบการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินโครงการโดยใช้ CIPP Model แบ่งประเด็นการประเมินออกเป็น 4 ด้าน เพื่อนำไปสู่การพิจารณาการตัดสินใจ เพื่อการวางแผน (Planning Decisions) การตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้างของโครงการ (Structuring Decisions) การตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ (Implementation Decisions) และการตัดสินใจเพื่อทบทวนโครงการ (Recycling Decisions) ดังนี้

1) การประเมินสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation : C)

เป็นการประเมินก่อนการดำเนินโครงการ ประเมินความสำคัญ ประเด็นปัญหา ที่นำไปสู่ความจำเป็นของการดำเนินโครงการ รวมถึงประเมินปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคมซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดเป้าหมายและทิศทาง การออกแบบโครงการ โดยมุ่งประเมินทั้งบริบทสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมาย ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอันเกิดจากการขาดแคลนปัจจัยพื้นฐาน ความสอดคล้องของกลุ่มเป้าหมายกับการประเมิน รวมทั้งการประเมินตรวจสอบวิเคราะห์เอกสารชั้นที่ 2 และการสัมภาษณ์

2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I)

เป็นการประเมินความพร้อมและความเป็นได้ของโครงการ ความเหมาะสมพอเพียงของทรัพยากร ความสอดคล้องของ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เวลา กับการดำเนินแผนงาน/โครงการ พิจารณาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานที่ดีที่สุดที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย

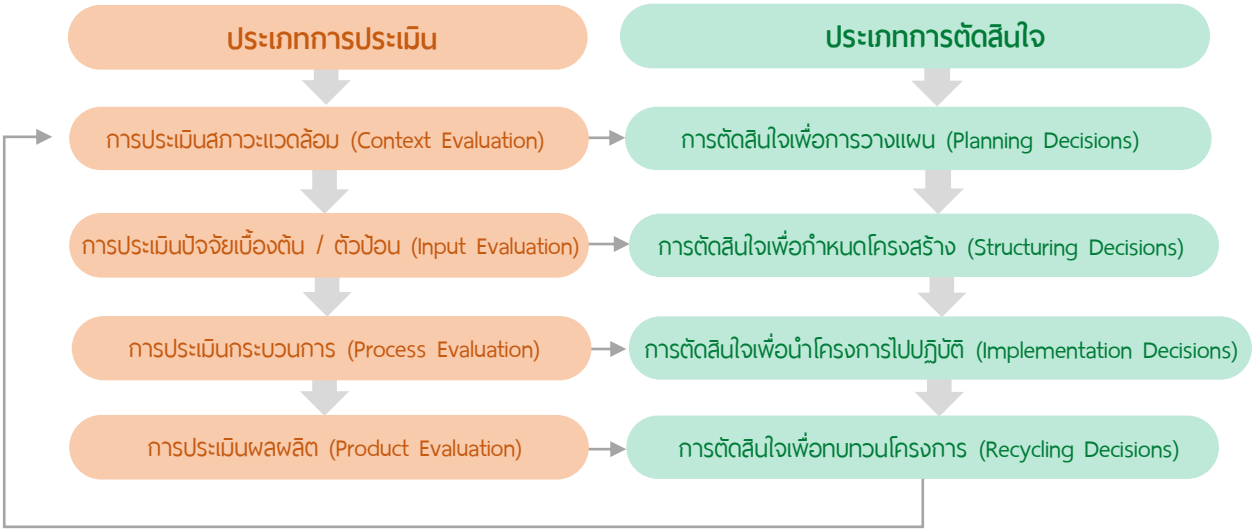
3) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P)

เป็นการประเมินเพื่อหาจุดบกพร่องของการดำเนินโครงการ ประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นทั้งระหว่างขั้นดำเนินโครงการหรือขั้นประเมินความก้าวหน้าของโครงการเพื่อเป็นข้อมูลต่อการตัดสินใจในการแก้ไข ปรับปรุง พัฒนาให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ การประเมินมุ่งรวมทั้ง เวลา ทรัพยากรในการดำเนินโครงการ การตอบสนองของประชาชนและภาวะเป็นผู้นำ การศึกษาจุดเด่นและจุดด้อยซึ่งสามารถศึกษาได้เฉพาะขณะดำเนินโครงการ

4) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P)

เป็นการประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ โดยประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์/ค่าเป้าหมาย/ตัวชี้วัด/ยุทธศาสตร์ ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่กำหนดไว้ในแผนงาน โครงการว่าบรรลุไปตามเป้าที่ตั้งไว้หรือไม่ ทั้งนี้อาจพิจารณารวมในด้านของผลลัพธ์ (Outcomes) ผลกระทบ (Impacts) ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการดำเนินโครงการต่อไป

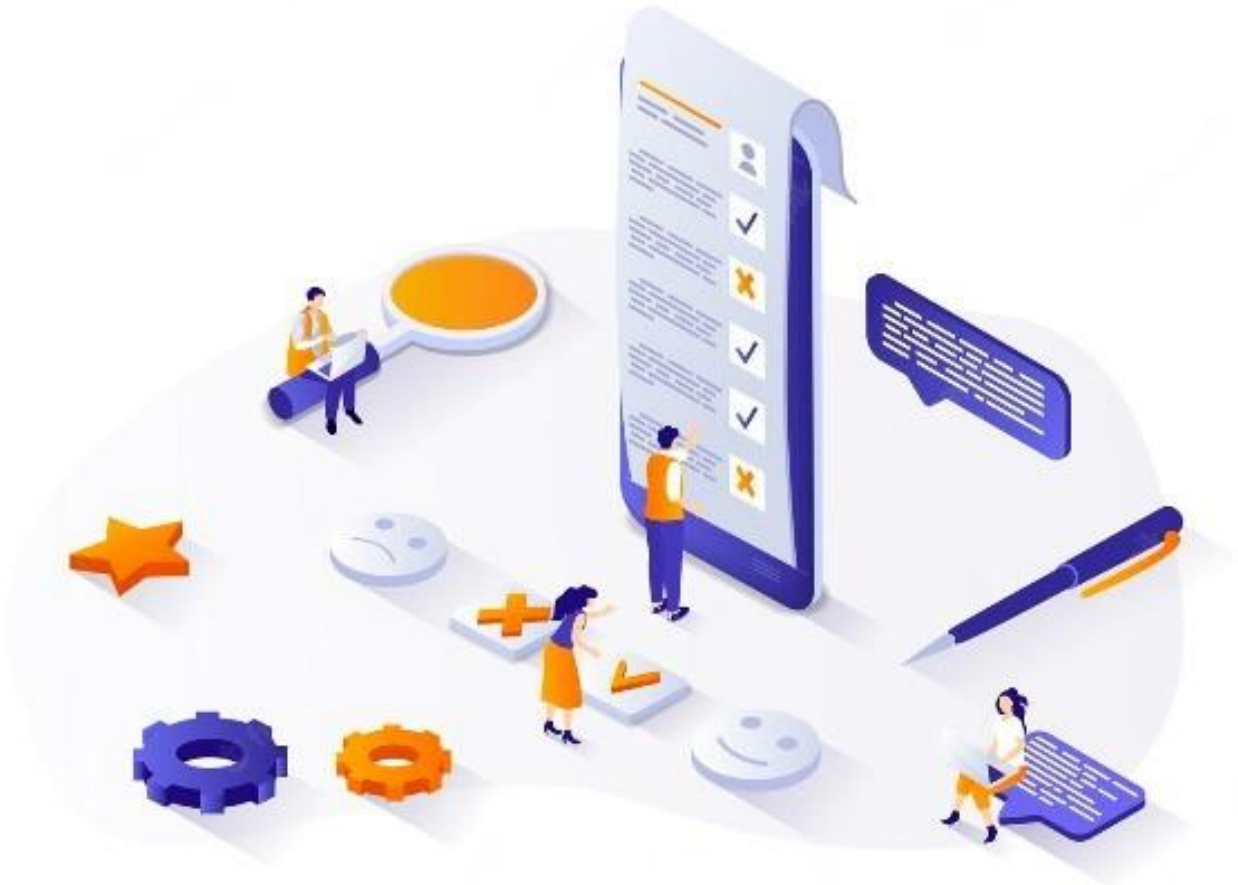
ภาพที่ 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินและการตัดสินใจตามแบบประเมินตามทฤษฎี CIPP Model



ที่มา : นฤมล เอกธรรมสุทธิ์ และสิรารักษ์ เจริญศรีเมือง. (2564). งานวิจัยแนวทางการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP ในการประเมินโครงการทางสุขภาพ

บทที่ 3

ระเบียบวิธี
ดำเนินการศึกษา



ระเบียบวิธีดำเนินการศึกษา

3.1 การออกแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิจัยเชิงคุณภาพ Qualitative Research) เพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) และจัดทำข้อเสนอในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ.2565-2569)

3.1.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

1) ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานต่างๆ

2) ดำเนินการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม Google form เพื่อศึกษาปัจจัยนำเข้า การนำแผนงาน/โครงการไปสู่การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ และการกำกับประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

3.1.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

1) ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ

2) ดำเนินการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หรือผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลศูนย์ที่รับผิดชอบตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) และตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

3) การสนทนากลุ่มกับนักวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานเขตสุขภาพที่รับผิดชอบตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) และตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร ได้แก่ กรมวิชาการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

1) กรมวิชาการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 แห่ง
2) สำนักงานเขตสุขภาพทุกแห่ง จำนวน 12 เขตสุขภาพ
3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง จำนวน 76 แห่ง
4) โรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง จำนวน 34 แห่ง
5) โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง จำนวน 92 แห่ง
6) โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จำนวน 775 แห่ง
7) ร้อยละ 10 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 88 แห่ง
8) ร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จำนวน 977 แห่ง

3.2.3 การวิจัยเชิงคุณภาพประชากร

ได้แก่ เจ้าหน้าที่หรือผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลศูนย์ นักวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานเขตสุขภาพ)

3.2.4 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

โดยการคัดเลือกภาคละ 1 จังหวัด และเป็นจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของสำนักงานเขตสุขภาพ จำนวน 5 จังหวัด ประกอบด้วย ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุบลราชธานี ภาคกลาง จังหวัดสระบุรี ภาคตะวันออก จังหวัดระยอง และภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มี 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่หรือผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลศูนย์ และนักวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานเขตสุขภาพ โดยวิธีการ ดังนี้

1) การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หรือผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อให้ได้มาตรการเพิ่มเติมที่ส่งผลให้ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดดีขึ้น ในประเด็น 1) อัตราตายของมารดาและทารก 2) งานโรคมะเร็ง 3) ด้านโรคหลอดเลือดสมอง 4) ด้านโรคหัวใจ 5) ด้านสาขาไต 6) งานสุขภาพจิต 7) งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและการเข้าถึงการรับบริการฉุกเฉิน และ 8) การติดเชื้อในกระแสเลือด

2) การสนทนากลุ่มนักวิชาการของสำนักงานเขตสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้ได้มาตรการเพิ่มเติมที่ส่งผลให้ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดดีขึ้น ในประเด็น 1) อัตราตายของมารดาและทารก 2) งานโรคมะเร็ง 3) ด้านโรคหลอดเลือดสมอง 4) ด้านโรคหัวใจ 5) ด้านสาขาไต 6) งานสุขภาพจิต 7) งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและการเข้าถึงการรับบริการฉุกเฉิน และ 8) การติดเชื้อในกระแสเลือด และ 9) องค์กรแห่งความสุข

3.3 เครื่องมือในการศึกษา

การดำเนินการศึกษาใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ และใช้แบบสัมภาษณ์และกรอบการสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

แบบสอบถามการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ในรูปแบบ Google Form ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ หน่วยงานที่ตอบแบบสอบถาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และช่องทางในการรับรู้นโยบายกระทรวงสาธารณสุข/แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านระบบเทคโนโลยี

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ไปสู่การปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำและความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับติดตามและประเมินผล

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) ด้านบริการเป็นเลิศ 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ และกรอบในการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์สำหรับเจ้าหน้าที่หรือผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลศูนย์ ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. มาตรการเพิ่มเติมที่ส่งผลให้ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ และตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในตัวชี้วัดที่ 1) อัตราตายของมารดาและทารก 2) งานโรคมะเร็ง 3) ด้านโรคหลอดเลือดสมอง 4) ด้านโรคหัวใจ 5) ด้านสาขาไต 6) งานสุขภาพจิต 7) งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและการเข้าถึงการรับบริการฉุกเฉิน และ 8) การติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ข้อเสนอแนะความเหมาะสมของตัวชี้วัดและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขในระยะต่อไป

2) กรอบในการสนทนากลุ่มสำหรับนักวิชาการของสำนักงานเขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในประเด็นการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1) การรับนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการของสำนักงานเขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการขับเคลื่อนแผนฯ ไปสู่การดำเนินงานระดับพื้นที่ 2) มาตรการเพิ่มเติมที่ส่งผลให้ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ และตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในตัวชี้วัดที่ 1) อัตราตายของมารดาและทารก 2) งานโรคมะเร็ง 3) ด้านโรคหลอดเลือดสมอง 4) ด้านโรคหัวใจ 5) ด้านสาขาไต 6) งานสุขภาพจิต 7) งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและการเข้าถึงการรับบริการฉุกเฉิน และ 8) การติดเชื้อในกระแสเลือด 9) องค์กรแห่งความสุข 3) ข้อเสนอแนะความเหมาะสมของตัวชี้วัดและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขในระยะต่อไป

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้หน่วยงานกรมวิชาการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ในรูปแบบ Google Form ในระดับพื้นที่ ได้แก่ ร้อยละ 10 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

3.4.2 ทำหนังสือถึงโรงพยาบาลศูนย์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลตามโครงการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) โดยได้แนบแบบสัมภาษณ์ กรอบการสนทนากลุ่ม และกำหนดการเก็บข้อมูลฯ โดยก่อนการสัมภาษณ์ได้มีการชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์ และผลที่ได้รับจากการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

3.4.3 สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หรือผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลศูนย์ ตามแบบสัมภาษณ์ เรื่อง การประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

3.4.4 สนทนากลุ่มนักวิชาการของสำนักงานเขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยใช้กรอบการสนทนากลุ่มสำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานเขตสุขภาพ เรื่อง การประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) โดยก่อนการสัมภาษณ์ได้มีการชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์ และผลที่ได้รับจากการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

3.4.5 บันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม โดยขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลและทำการจดบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

3.4.6 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ระหว่างวันที่ 21 มกราคม-25 มีนาคม 2565

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative)

มีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง ความครบถ้วนของแบบสอบถาม ในรูปแบบ Google Form

2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS (ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย)

3) เกณฑ์การจัดระดับค่าเฉลี่ยช่วงชั้นของความคิดเห็น (Weight mean score) โดยใช้เกณฑ์การวัดระดับค่าเฉลี่ยได้กำหนดระดับช่วงคะแนนเริ่มต้นที่ 1.00-5.00 โดยแบ่งช่วงคะแนนแต่ละช่วงระดับไว้ 0.8 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550)

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00	หมายถึง มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20	หมายถึง มาก
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40	หมายถึง ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60	หมายถึง น้อย
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80	หมายถึง น้อยที่สุด

4) เขียนรายงานผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

3.5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative)

มีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูล โดยเขียนขยายความ เรียบเรียง จัดประเภท แยกหมวดหมู่ แยกเป็นหัวข้อย่อยต่างๆ โดยให้รหัสและชื่อกำกับไว้ เพื่อให้ง่ายต่อการนำหัวข้อย่อยมารวมกันใหม่ จนได้ข้อมูลเป็นกลุ่ม ซึ่งง่ายต่อการวิเคราะห์ข้อมูล และจะนำเสนอในลักษณะเชิงพรรณนา

2) เขียนรายงานข้อเสนอ มาตรการเพิ่มเติมที่ส่งผลให้ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ และตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และข้อเสนอในการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569)

บทที่ 4

ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข

ระยะแรก

(พ.ศ. 2560-2564)

ภาพรวม

4.1 การบรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

การประเมินการบรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ได้กำหนดเป้าหมาย ระยะ 5 ปี โดยมุ่งเน้นประเด็นหลัก 1) ด้านประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการพัฒนาตามวัย ประชาชนได้รับการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพอย่างเท่าเทียม อายุคาดเฉลี่ยและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น 2) ด้านระบบบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมและทั่วถึง ลดความแออัด ลดความเหลื่อมล้ำ ระบบการส่งต่อคุณภาพ มีระบบตอบสนองต่อภัยสุขภาพต่างๆ 3) ระบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขที่โปร่งใส ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงและยั่งยืน โดยใช้กรอบการประเมินตามเป้าหมาย ระยะ 5 ปีแรก ผลการประเมินพบว่า ประชาชนไทยอายุยืนยาวขึ้น แต่ต้องพัฒนาด้านกายภาพที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย โดยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพจิต ประชาชนมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ระบบบริการแม้ว่าจะมีการพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ให้สามารถตอบสนองต่อประชาชน แต่ผลการดำเนินงานส่วนใหญ่ก็ยังต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ เช่น สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนระบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุข มีการพัฒนาระบบคุณธรรมและความโปร่งใสในการทำงาน และด้านกำลังคน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความสุข แต่การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างภาคและเขตสุขภาพ ดังนี้

4.1.1 ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการพัฒนาตามวัย ประชาชนได้รับการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพอย่างเท่าเทียม อายุคาดเฉลี่ย และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

1) สุขภาพกาย : อายุยืนยาวขึ้น แต่ต้องพัฒนาด้านกายภาพและพฤติกรรมสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ สุขภาพของคนไทยมีแนวโน้มดีขึ้น โดยพิจารณาจากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด พบว่า คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น จาก 73.9 ปี ใน พ.ศ. 2552 เป็น 75.7 ปี ใน พ.ศ. 2563 โดยเพศชายมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดน้อยกว่าเพศหญิง คาดว่า ใน พ.ศ. 2578 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพศหญิงจะเป็น 82.6 ปี เพศชาย 76.0 ปี คาดว่าไม่บรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะ 20 ปี (ไม่น้อยกว่า 85 ปี) สำหรับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของคนไทยเพิ่มขึ้นจาก 66.8 ปี ใน พ.ศ. 2552 เป็น 73.1 ปี ใน พ.ศ. 2573 คาดว่ามีโอกาสบรรลุเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะ 20 ปี (ไม่น้อยกว่า 75 ปี)

ดังตารางที่ 4.1 เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มประเทศอาเซียนทั้งอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี มีแนวโน้มดีขึ้น โดยเลื่อนลำดับจากลำดับที่ 4 เป็นลำดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy) ของประชากรไทย พ.ศ. 2552-2583

ปี	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด						อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี		
	IHPP			สศช.			IHPP		
	รวม (ปี)	*ชาย (ปี)*	*หญิง (ปี)*	*รวม (ปี)*	*ชาย (ปี)*	*หญิง (ปี)*	*รวม (ปี)*	*ชาย (ปี)*	*หญิง (ปี)*
2552[1]	73.9[1]	70.5[1]	77.3[1]	-	-	-	66.8	65.4	71.4
2553	-	-	-	-	70.52	77.84	-	-	-
2557[1]	74.9[1]	71.3[1]	78.5[1]	-	-	-	67.7	65.5	70.1
2557[2]	74.7[2]	71.4[2]	78.0[2]	-	-	-	67.9	65.5	70.8
2558[2]	74.8[2]	71.6[2]	78.2[2]	-	71.97	79.21	68.2	65.9	71.0
2562[1]	75.5[1]	71.7[1]	79.4[1]	-	-	-	68.5[1]	66.2[1]	71.1[1]
2563[2]	75.7[2]	72.7[2]	78.9[2]	-	73.23	80.35	70.1	68.0	72.3
2568[2]	76.6[2]	73.8[2]	79.5[2]	-	74.33	81.28	71.7	69.9	73.6
2573[2]	77.5[2]	75.0[2]	80.3[2]	-	75.27	82.04	73.1	71.6	74.7
2578	-	-	-	-	76.07	82.66	-	-	-
2583	-	-	-	-	76.75	83.15	-	-	-

ที่มา : - พ.ศ. 2553, 2578 และ 2583 ได้จากรายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553- 2583, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2552, 2557, 2558, 2563, 2568 และ 2573

- ได้จากรายงานการศึกษาพยากรณ์อายุคาดเฉลี่ยที่ มีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ.2558-2573, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562 , สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : 1 = ค่าจริง 2 = ค่าจากพยากรณ์

ตารางที่ 4.2 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีของประชากรในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศในอาเซียน พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2562

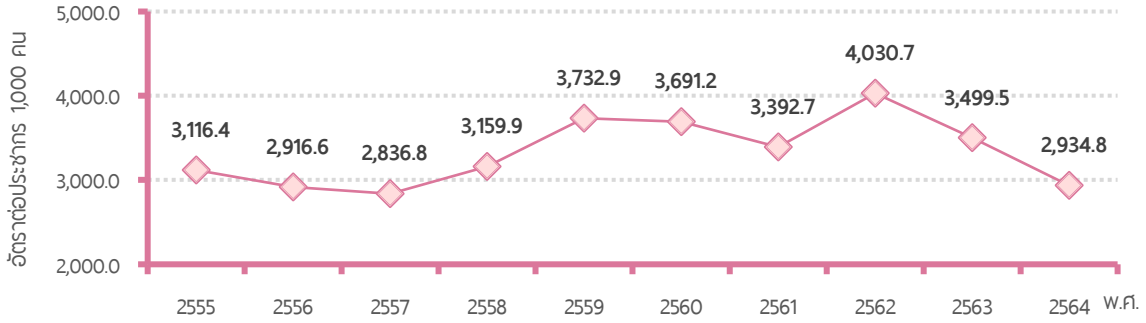
ประเทศ	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy)						อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Healthy life expectancy at birth)					
	พ.ศ. 2559*			พ.ศ. 2562**			พ.ศ. 2559*			พ.ศ. 2562**		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
ประเทศพัฒนาแล้ว												
ญี่ปุ่น	84.2	81.1	87.1	84.3	81.5	86.9	74.8	72.6	76.9	74.1	72.6	75.5
สวิตเซอร์แลนด์	83.3	81.2	85.2	83.4	81.8	85.1	73.5	72.4	74.5	72.5	72.2	72.8
สเปน	83.0	80.3	85.7	83.2	80.7	85.7	73.8	72.2	75.4	72.1	71.3	72.9
ออสเตรเลีย	82.9	81.0	84.8	83.0	81.3	84.8	73.0	71.8	74.1	70.9	70.2	71.7
ฝรั่งเศส	82.9	80.1	85.7	82.5	79.8	85.1	73.4	71.8	74.9	72.1	71.1	73.1
แคนาดา	82.8	80.9	84.7	82.2	80.4	84.1	73.2	72.0	74.3	71.3	70.5	72.0
อิตาลี	82.7	80.5	84.9	83.0	80.9	84.9	73.2	72.0	74.3	71.9	71.2	72.6
สาธารณรัฐเกาหลี	82.7	79.5	85.6	83.3	80.3	86.1	73.0	70.7	75.1	73.1	71.3	74.7
นอร์เวย์	82.5	80.6	84.3	82.6	81.1	84.1	73.0	71.8	74.3	71.4	71.0	71.6
ไอซ์แลนด์	82.4	80.9	83.9	82.3	80.8	83.9	73.0	72.3	73.8	72.0	71.7	72.3
ประเทศอาเซียน												
สิงคโปร์	82.9	80.8	85.0	83.2	81.0	85.5	76.2	74.7	77.6	73.6	72.4	74.7
บรูไนฯ	76.4	75.3	77.6	74.3	73.4	75.4	67.9	67.0	68.8	65.6	65.2	66.1
เวียดนาม	76.3	71.7	80.9	73.7	69.6	78.1	67.5	64.2	70.7	65.3	62.4	68.3
ไทย	75.5	71.8	79.3	77.7	74.4	81.0	66.8	64.0	69.8	68.3	65.9	70.6
มาเลเซีย	75.3	73.2	77.6	74.7	72.6	77.1	66.6	65.3	68.1	65.7	64.5	66.9
กัมพูชา	69.4	67.3	71.2	70.1	67.2	72.7	60.8	59.4	62.1	61.5	59.8	63.0
อินโดนีเซีย	69.3	67.3	71.4	71.3	69.4	73.3	61.7	60.4	63.0	62.8	61.9	63..8
ฟิลิปปินส์	69.3	66.2	72.6	70.4	67.4	73.6	61.7	59.4	64.2	62.0	60.1	63.9
เมียนมาร์	66.8	64.6	68.9	69.1	65.9	72.2	58.4	56.9	59.9	60.9	58.8	62.8
สปป.ลาว	65.8	64.2	67.4	68.5	66.2	70.9	57.9	56.9	58.8	60.5	59.2	61.9

ที่มา : - World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals

- World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals

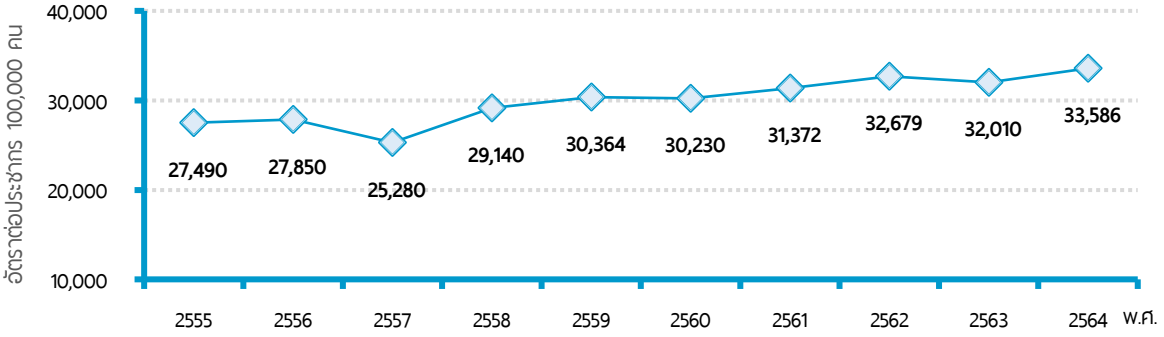
เมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยนอก ใน พ.ศ. 2555-2564 มีแนวโน้มคงที่ ยกเว้นใน พ.ศ. 2562 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แล้วลดลงใน พ.ศ. 2563-2564 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีการงดรับผู้ป่วยนอกเข้ามารับบริการ ดังภาพที่ 4.1 แต่อัตราผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 27,490 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2555 เป็น 33,586 ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2564 ดังภาพที่ 4.2 สำหรับอัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 6.5 ต่อประชากรพันคน ในพ.ศ. 2555 เป็น 8.4 ต่อประชากรพันคน ในพ.ศ. 2564 ดังภาพที่ 4.3

ภาพที่ 4.1 อัตราผู้ป่วยนอกต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2555-2564



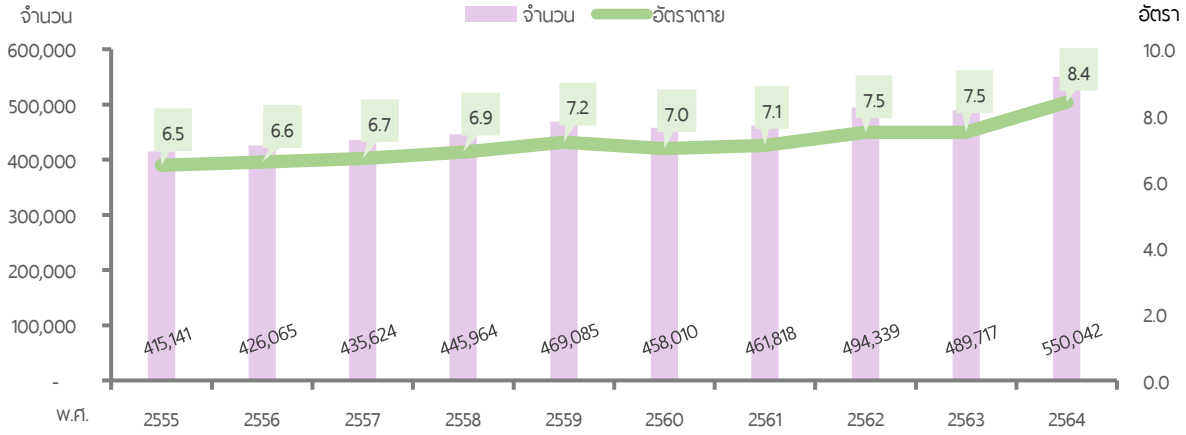
ที่มา : รายงานการป่วย พ.ศ. 2555-2564, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 4.2 อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2555-2564



ที่มา : รายงานการป่วย พ.ศ. 2555-2564, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 4.3 จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2555-2564



ที่มา : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2555-2564 ,กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม สาเหตุการป่วยและการตายของคนไทย ใน พ.ศ. 2559-2564 พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง ไตวาย ดังตารางที่ 4.3 และตารางที่ 4.4 จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552, 2557 และ พ.ศ. 2562 โดยโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยเพิ่มขึ้น เช่น อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม ฯลฯ ดังตารางที่ 4.5 ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยที่มีการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การกินผัก ผลไม้ และการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ดังตารางที่ 4.6 แม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีมีแนวโน้มที่ดีขึ้น หากพิจารณาผลการประเมินรายกลุ่มวัย พบว่า มารดาตายสูงขึ้นวัยเด็กมีพัฒนาการสมวัย และวัยเรียนสูงดีสมส่วน ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด วัยทำงาน ก็มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางกายที่เพียงพอ มีแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่มวัย ดังตารางที่ 4.7 และมีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากขึ้น ส่งผลต่อการมีสุขภาพกายที่ดี ดังตารางที่ 4.8 นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยต่างๆ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภัยพิบัติจะมีผลต่ออายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีที่ได้กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 85 ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 75 ปี ใน พ.ศ. 2579)

ตารางที่ 4.3 10 ลำดับแรก อัตราป่วยของผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) พ.ศ. 2559-2564

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	2559		2560		2561		2562		2563		2564	
	อันดับ	อัตรา	อันดับ	อัตรา	อันดับ	อัตรา	อันดับ	อัตรา	อันดับ	อัตรา	อันดับ	อัตรา
ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิกอื่น ๆ	1	3,254.58	1	3,208.18	1	3,320.92	1	3,632.89	1	3,725.64	1	3,672.5
ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุนำ	2	1,993.38	2	2,076.76	2	2,230.18	2	2,374.12	2	2,398.13	2	2,314.2
เบาหวาน	3	1,292.79	3	1,344.95	3	1,439.04	3	1528.91	3	1541.59	3	1,504.1
ไตวาย	5	1,092.81	5	1,132.17	5	1,203.44	4	1304.85	4	1313.54	4	1,253.7
โลหิตจางอื่นๆ	4	1,192.32	4	1,171.34	4	1,205.30	5	1279.78	5	1264.58	5	1,165.2
ปอดบวม	6	791.87	6	810.25	6	858.80	6	798.29	6	645.08	6	1,083.8
อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบ ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการติดเชื้อ	7	687.03	7	585.44	7	690.61	7	671.85	7	539.73	10	388.0
โรคอื่นๆของระบบทางเดินหายใจ	8	522.50	8	506.91	8	505.78	8	525.3	8	519.88	7	535.3
ความผิดปกติของการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจและหัวใจเต้นผิดจังหวะ	-	-	-	-	-	-	10	422.01	9	432.67	8	415.6
ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆของการตั้งครรภ์ และการคลอด	9	451.03	9	457.06	9	444.48	9	427.16	10	424.5	9	396.8

ที่มา : สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559-2564, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.4 จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2559-2564

สาเหตุตาย	2559 (2016)		2560 (2017)		2561 (2018)		2562 (2019)		2563 (2020)		2564 (2021)	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
รวม	**469,085**	**721.5**	**458,010**	**702.4**	**461,818**	**706.1**	**494,339**	**754.1**	**489,717**	**748.6**	**550,042**	**843.5**
มะเร็งทุกชนิด (C00-C97)	76,504	117.7	76,702	117.6	78,707	120.3	81,916	125.0	82,607	126.3	81,837	125.5
โรคหลอดเลือดในสมอง (I60-I69)	31,685	48.7	31,172	47.8	30,837	47.1	34,728	53.0	34,545	52.8	36,214	55.5
ปอดอักเสบ (J12-J18)	28,470	43.8	29,546	45.3	29,568	45.2	34,969	53.3	32,472	49.6	32,438	49.7
โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25)	21,008	32.3	20,746	31.8	20,786	31.8	20,556	31.4	21,309	32.6	21,870	33.5
อุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบก (V01-V89)	15,458	23.8	15,700	24.1	16,437	25.1	19,814	30.2	17,181	26.3	16,594	25.4
เบาหวาน (E10-E14)	14,487	22.3	14,322	22.0	14,306	21.9	16,589	25.3	16,388	25.1	16,008	24.5
โรคเกี่ยวกับตับ (K70-K76)	11,762	18.1	10,538	16.2	9,990	15.3	11,494	17.5	10,211	15.6	11,292	17.3
โรคทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง (J40-J47)	9,970	15.3	9,086	13.9	9,100	13.9	9,149	14.0	7,932	12.1	7,318	11.2
วัณโรคทุกชนิด (A15-A19)	6,107	9.4	5,547	8.5	5,888	9.0	6,081	9.3	6,031	9.2	5,967	9.2
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส (B20-B24)	4,954	7.6	4,605	7.1	4,603	7.0	4,202	6.4	3,752	5.7	3,611	5.5
อื่นๆ (Others)	248,680	382.5	240,046	368.1	241,596	369.4	254,841	388.7	257,289	393.3	316,893	485.9

ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบการสูญเสียปีสุขภาวะ 10 อันดับแรกของประชากรไทย ระหว่าง พ.ศ. 2552 , พ.ศ. 2557 และ พ.ศ.2562 จำแนกตามเพศและสาเหตุ

ชาย									
ลำดับ	2552			2557			2562		
	สาเหตุ	DALYs	ร้อยละ	สาเหตุ	DALYs	ร้อยละ	สาเหตุ	DALYs	ร้อยละ
1	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	506	8.7	อุบัติเหตุทางถนน	873	10.1	อุบัติเหตุทางถนน	1,329	11.6
2	อุบัติเหตุทางถนน	501	8.6	โรคหลอดเลือดสมอง	574	6.6	โรคหลอดเลือดสมอง	884	7.7
3	โรคหลอดเลือดสมอง	369	6.4	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	444	5.1	โรคเบาหวาน	815	7.1
4	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	282	4.9	โรคหัวใจขาดเลือด	425	4.9	โรคหัวใจขาดเลือด	728	6.3
5	โรคมะเร็งตับ	262	4.5	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	388	4.5	โรคมะเร็งตับ	469	4.1
6	โรคหัวใจขาดเลือด	250	4.3	โรคมะเร็งตับ	383	4.4	ภาวะตับแข็ง	466	4.1
7	โรคเบาหวาน	218	3.8	โรคเบาหวาน	340	3.9	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	343	3.0
8	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	206	3.5	ภาวะตับแข็ง	312	3.6	ฆ่าตัวตาย	309	2.7
9	ภาวะตับแข็ง	176	3.0	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	290	3.4	มะเร็งปอด	288	2.5
10	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	133	2.3	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	197	2.3	วัณโรค	276	2.4

หญิง									
ลำดับ	2552			2557			2562		
	สาเหตุ	DALYs	ร้อยละ	สาเหตุ	DALYs	ร้อยละ	สาเหตุ	DALYs	ร้อยละ
1	โรคเบาหวาน	380	8.6	โรคเบาหวาน	531	8.4	โรคเบาหวาน	839	10.7
2	โรคหลอดเลือดสมอง	350	8.0	โรคหลอดเลือดสมอง	462	7.3	โรคหลอดเลือดสมอง	608	7.8
3	โรคซึมเศร้า	236	5.4	โรคหัวใจขาดเลือด	271	4.3	อุบัติเหตุทางถนน	404	5.2
4	โรคหัวใจขาดเลือด	178	4.0	โรคข้อเสื่อม	244	3.9	โรคหัวใจขาดเลือด	299	3.8
5	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	160	3.6	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	229	3.6	ท้องร่วง	269	3.4
6	ต้อกระจก	154	3.5	อุบัติเหตุทางถนน	225	3.6	ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	244	3.1
7	โรคข้อเสื่อม	138	3.1	โรคสมองเสื่อม	197	3.1	โรคมะเร็งเต้านม	237	3.0
8	อุบัติเหตุทางถนน	129	2.9	โรคมะเร็งตับ	160	2.5	โรคไต	224	2.9
9	โรคโลหิตจาง	117	2.7	โรคไตอักเสบและไตพิการ	137	2.2	โรคในช่องปาก	210	2.7
10	โรคมะเร็งตับ	114	2.6	โรคมะเร็งเต้านม	128	2.0	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	187	2.4

ที่มา : รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552 , 2557 และ พ.ศ. 2562 , สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.6 ร้อยละความชุกของพฤติกรรมสุขภาพในประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. พ.ศ. 2552 , 2557 และ พ.ศ.2563

พฤติกรรมสุขภาพ					
พ.ศ.	การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	การดื่มสุรา	การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก	กิจกรรมทางกายเพียงพอ	กินผักผลไม้เพียงพอ
2552	23.7	45.3	17.6	81.5	17.7
2557	19.5	38.9	10.9	80.8	25.9
2563	18.7	44.6	12.9	69.1	21.2

ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4, 5 และ 6 พ.ศ. 2552, 2557 และ 2563,กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.7 ร้อยละพฤติกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย พ.ศ. 2557-2563

กิจกรรมทางกายที่เพียงพอ				
พ.ศ.	ทุกกลุ่มประชากร	เด็กและเยาวชน (5-17 ปี)	ผู้ใหญ่ (อายุ 18-59 ปี)	ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)
2557	68.3	27.60	70	67.7
2558	71.7	23.20	74.4	68.5
2559	70.9	26.40	71	69.4
2560	72.9	25.30	74	68.8
2561	74.4	26.20	76.9	69.7
2562	74.6	24.40	74.6	73.4
2563*	55.5*	17.1*	54.7*	52.9*

ที่มา : [1] โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี 2555-2563 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ : * ข้อมูลในปี 2563 เป็นข้อมูลจากการสำรวจในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด - 19 ระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2563

ตารางที่ 4.8 ระยะเวลาเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทย พ.ศ. 2557 - 2563

พฤติกรรมเนือยนิ่ง (ชั่วโมง:นาที)				
พ.ศ.	ทุกกลุ่มประชากร	เด็กและเยาวชน (5-17 ปี)	ผู้ใหญ่ (อายุ 18-59 ปี)	ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)
2557	13.42	13.36	13.37	14.07
2558	14.08	13.52	14.14	14.24
2559	13.48	13.14	13.51	13.52
2560	13.33	13.29	13.32	13.37
2561	14.15	14.16	14.14	14.25
2562	13.47	14.11	13.41	14.13
2563*	14.32*	14.08*	14.40*	14.06*

ที่มา : [1] โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี 2555-2563 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

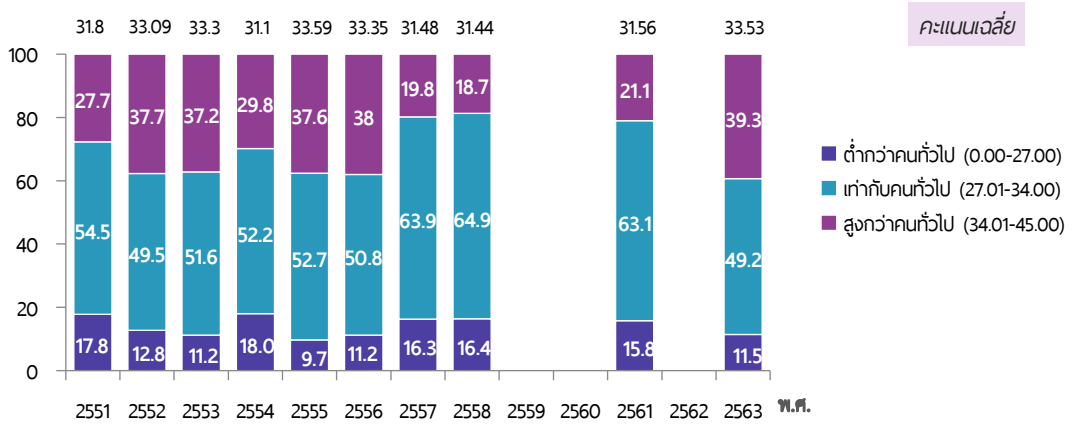
หมายเหตุ : * ข้อมูลในปี 2563 เป็นข้อมูลจากการสำรวจในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2563

2) สุขภาพจิต : การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น แต่การฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น

ประชากรไทยส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับและสูงกว่าคนทั่วไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82.2 ใน พ.ศ. 2551 เป็น ร้อยละ 88.5 ใน พ.ศ. 2563 และคนไทยที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ลดลงจากร้อยละ 17.8 ใน พ.ศ. 2551 เหลือร้อยละ 11.5 ใน พ.ศ. 2563

ดังภาพที่ 4.4 ทั้งนี้ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้คนไทยมีความเครียดและวิตกกังวล สภาพจิตใจแย่ลง ดังตารางที่ 4.9 ในภาวะสภาพเศรษฐกิจที่บีบคั้น อาการเจ็บป่วยของตนเอง เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตและการใช้สื่อสังคมออนไลน์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมของคนในสังคม เมื่อต้องเผชิญกับวิกฤตที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถปรับตัว นำมาซึ่งปัญหาความเครียด ภาวะซึมเศร้า และโรคอุบัติใหม่ที่เรียกว่า “โรคดิจิทัล” เช่น ติดเกมส์ การช็อปปิ้ง ดูเว็บโป๊ โดยพบอัตราผู้ป่วยนอกโรคจิตและปัญหาทางสุขภาพจิตที่เข้ามารับการรักษาอยู่ระหว่าง 436.2-746.8 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2558-2564 ในขณะที่อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 453.3 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ.2555 เป็น 637.2 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2564 ดังตารางที่ 4.10 และภาพที่ 4.5 แต่อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น จาก 6.4 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2559 เป็น 9.8 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2564 โดยเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง 4-5 เท่า จากสถานการณ์การฆ่าตัวตายที่มีแนวโน้มสูงขึ้นสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตขั้นร้ายแรง

ภาพที่ 4.4 ร้อยละของระดับสุขภาพจิตคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2551-2563



ที่มา : - รายงานการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558, 2563 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- รายงานการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.9 สภาพจิตของคนไทยในยุคโควิด-19

1. สภาพจิตใจของคนไทย ณ วันนี้ ที่โควิด-19 ระบาดเป็นอย่างไร

อันดับ 1	เครียดและวิตกกังวล	75.35%
อันดับ 2	รู้สึกแย่ สิ้นหวัง	72.95%
อันดับ 3	เบื่อ หงุดหงิด	58.27%
อันดับ 4	กลัว หวาดผวา	45.19%
อันดับ 5	ปกติไม่กังวล	13.50%

2. สิ่งที่ทำให้สภาพจิตใจของคนไทยแย่ลง คือ

อันดับ 1	การแพร่ระบาดของโควิด-19 รุนแรงมากขึ้น	88.33%
อันดับ 2	สภาพเศรษฐกิจตกต่ำ ทำมาหากินลำบาก	74.53%
อันดับ 3	กังวลเรื่องการฉีดวัคซีน	51.89%
อันดับ 4	การเดินทาง การจราจร	36.50%
อันดับ 5	เจ็บป่วย/สุขภาพ	15.98%

3. การดูแลสภาพจิตใจของคนไทย ณ วันนี้

อันดับ 1	ใช้ชีวิตด้วยความระมัดระวัง มีสติ	91.03%
อันดับ 2	ศึกษาวิธีป้องกันดูแลด้วยตัวเอง	60.82%
อันดับ 3	หาอย่างอื่นทำ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง เล่นเกม โซเชียล	56.60%
อันดับ 4	ปรึกษาคนในครอบครัว/เพื่อน	40.88%
อันดับ 5	ทำสมาธิ/สวดมนต์/หาที่พึ่งทางใจ	28.97%

ที่มา : สวนดุสิตโพล

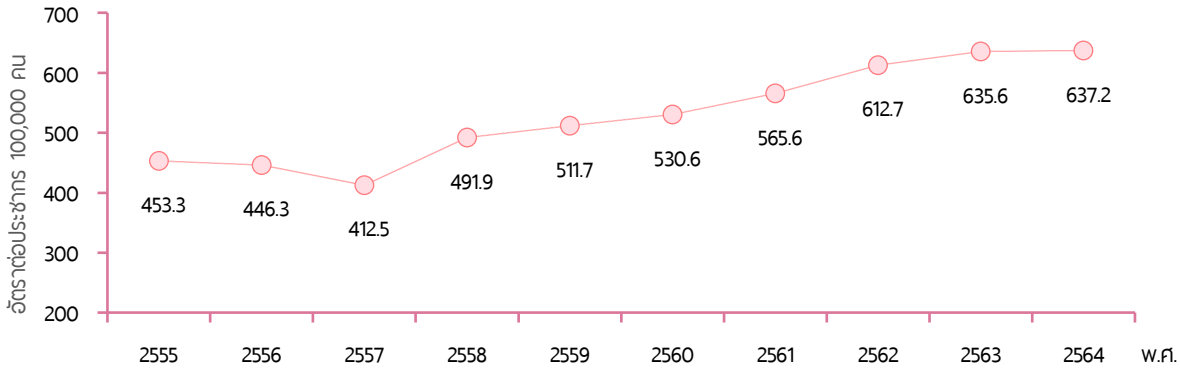
หมายเหตุ : สำรวจทางออนไลน์ N = 1,713 คน ระหว่างวันที่ 24-27 พฤษภาคม 2564

ตารางที่ 4.10 อัตราผู้ป่วยนอกโรคจิตและปัญหาทางสุขภาพจิต ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2558-2564

โรคจิตและปัญหาทางสุขภาพจิต	อัตราผู้ป่วยต่อประชากร 100,000 คน						
	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
โรคซึมเศร้า	570.4	473.9	436.2	567.0	463.44	523.82	493.34
โรควิตกกังวล	746.8	745.5	613.0	742.5	570.67	560.15	537.27
โรคจิตเภท	699.9	892.4	736.6	695.8	463.52	496.56	482.56

ที่มา : รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชภาพรวมทั้งประเทศ, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
รายงาน Health data center , กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 4.5 อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2555-2564



ที่มา : รายงานการป่วย, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการปรับเปลี่ยนแผนงาน โครงการ และกลยุทธ์เชิงรุกที่ทำให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี และประชาชนไทยมีสุขภาพดี

3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย

ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 88.72) สำหรับเด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 57.9) หากพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 39.9) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 52.6) ด้านการโต้ตอบซักถาม อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 45.2) และด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 46.9) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ร้อยละของเด็กวัยเรียนตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน พ.ศ. 2562

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (MEAN ± S.D. 27.84 ± 5.10.,MINIMUM-MAXIMUM 9-40)	
ระดับไม่ดี (0-25.1 คะแนน)	29.2
ระดับพอใช้ (25.2-33.5 คะแนน)	57.9
ระดับดีมาก (33.6-42.0 คะแนน)	12.9
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (MEAN ± S.D. 6.50 ± 2.53.,MINIMUM-MAXIMUM 0-10)	
ระดับไม่ดี (0-5.9 คะแนน)	34.4
ระดับพอใช้ (6.0-7.9 คะแนน)	25.7
ระดับดีมาก (8.0-10 คะแนน)	39.9
ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (MEAN ± S.D. 2.35 ± 1.07.,MINIMUM-MAXIMUM 0-5)	
ระดับไม่ดี (0-2 คะแนน)	52.6
ระดับพอใช้ (3 คะแนน)	34.4
ระดับดีมาก (4-5 คะแนน)	13.0
ด้านการโต้ตอบ ซักถาม (MEAN ± S.D. 3.89 ± 0.99.,MINIMUM-MAXIMUM 0-6)	
ระดับไม่ดี (0-3.5 คะแนน)	34.9
ระดับพอใช้ (3.6-4.7 คะแนน)	45.2
ระดับดีมาก (4.8-6.0 คะแนน)	19.9
ด้านการตัดสินใจ (MEAN ± S.D. 15.10 ± 3.03.,MINIMUM-MAXIMUM 3-21)	
ระดับไม่ดี (0-12.5 คะแนน)	18.5
ระดับพอใช้ (12.6-16.7 คะแนน)	46.9
ระดับดีมาก (16.8-21.0 คะแนน)	34.6

ที่มา : รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน ปี 2562

สำหรับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 61.7) ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (ร้อยละ 58.0) และขั้นวิจารณญาณ (ร้อยละ 55.4) ดังตารางที่ 4.12 สำหรับการรับรู้ฉลากต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร โดยรับรู้ฉลาก GDA ร้อยละ 55.1 และฉลากทางเลือกสุขภาพ ร้อยละ 63.9 ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.12 ร้อยละความรอบรู้สุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3 ระดับ ปี 2563

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ
1. ขั้นพื้นฐาน	61.7
- การเข้าถึงสื่อความรู้	60.6
- ความเข้าใจด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	62.7
2. ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน	58.0
- การค้นหา สืบค้น ข้อมูลข่าวสารผลิตภัณฑ์สุขภาพ	57.6
- การนึกคิด ทัศนคติ การตัดสินใจระดับบุคคล	58.3
3. ขั้นวิจารณญาณ	55.4
- การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารผลิตภัณฑ์สุขภาพ	60.5
- การมีส่วนร่วมในสังคม การแบ่งปันข้อมูลที่ได้	50.3

ที่มา : กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตารางที่ 4.13 ร้อยละของประชากรต่อการรับรู้ฉลากต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร

พ.ศ.	การรับรู้ฉลากต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร	
	ฉลาก GDA	ฉลากทางเลือกสุขภาพ
2559	-	-
2560	-	-
2561	-	-
2562	-	-
2563	-	-
2564	55.1	63.9

ที่มา : รายงานการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564 , สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4) ดัชนีสุขภาพ

ประเทศไทยได้มีการนำดัชนีที่สะท้อนความอยู่เย็นเป็นสุขของประชาชน ใช้เป็นเครื่องมือวัดผลกระทบการพัฒนาที่เกิดขึ้นกับคนอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของการดำรงชีวิต ทั้งสุขภาพอนามัย ความรู้ ชีวิตการทำงาน รายได้และการกระจายรายได้ รวมทั้งสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตของคน ในที่นี้จะพิจารณาจากดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ และดัชนีความอยู่ดีมีสุขของคนไทย พิจารณาจาก World Happiness Report 2021 เฉพาะองค์ประกอบด้านสุขภาพ พบว่า ดัชนีด้านสุขภาพมีแนวโน้มลดลง ดังตารางที่ 4.14 และตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.14 ค่าดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ ประเทศไทย พ.ศ. 2560-2563

องค์ประกอบ	2560-2561	2562	2563
ที่อยู่อาศัย	70.31	70.27	70.35
สุขภาพ	**70.25**	**70.27**	**70.21**
อาหาร	70.22	70.15	69.99
การศึกษา	69.76	69.87	69.87
การมีงานทำและรายได้	69.83	70.13	69.78
ครอบครัว	69.79	70.20	69.96
ชุมชนและการสนับสนุนทางสังคม	70.37	70.57	70.43
ศาสนาและวัฒนธรรม	70.43	70.33	70.41
ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	70.13	70.02	70.04
สิทธิและความเป็นธรรม	70.33	70.33	70.34
การเมือง	70.12	70.06	70.06
สิ่งแวดล้อม/ทรัพยากร/พลังงาน	69.70	69.22	69.95
ดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ประเทศไทย	**69.76**	**69.00**	**69.60**

ที่มา : รายงานความมั่นคงของมนุษย์ประเทศไทย ปี 2563, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ตารางที่ 4.15 ความอยู่ดีมีสุขของคนไทย ปี พ.ศ. 2561-2564

พ.ศ.	ภาพรวม	รายได้ต่อหัว	การได้รับสวัสดิการและการสนับสนุนจากภาครัฐ	การมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะที่ดี	การมีสิทธิเสรีภาพ	ความเอื้ออาทรต่อกัน	การอยู่ในสังคมที่ปลอดการทุจริต
2561	6.072	1.016	1.417	0.707	0.637	0.364	0.029
2562	6.008	1.050	1.409	0.828	0.557	0.359	0.028
2563	5.999	1.007	1.348	0.794	0.609	0.377	0.032
2564	5.985	1.107	0.957	0.596	0.611	0.375	0.028
การเปลี่ยนแปลง ปี 2563-2564	-0.014	0.100	-0.391	-0.198	0.002	-0.002	-0.004

ที่มา : รายงานสรุปผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ประจำปี 2564, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
หมายเหตุ : วิเคราะห์จากรายงาน World Happiness Report 2021 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

5) การส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรค

ประชาชนเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ร้อยละ 80.05-83.41 ใน พ.ศ. 2562-2564 และได้มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และการให้วัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็ก เพื่อป้องกัน ลดความเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค ประชากรได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 79.3 ใน พ.ศ. 2559 เป็น ร้อยละ 87.9 ใน พ.ศ. 2564 การคัดกรองโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 74.6 ใน พ.ศ. 2559 เป็น ร้อยละ 87.6 ใน พ.ศ. 2564 ดังตารางที่ 4.16 การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.7 ใน พ.ศ. 2551-2552 เป็น ร้อยละ 61.9 ในพ.ศ. 2562-2563 และการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.5 ใน พ.ศ. 2551-2552 เป็น ร้อยละ 47.3 ใน พ.ศ. 2562-2563 ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.16 ร้อยละความครอบคลุมของประชากร 30 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง พ.ศ. 2559-2564

พ.ศ.	ความดันโลหิตสูง	เบาหวาน
2559	79.3	74.6
2560	86.8	83.8
2561	87.0	86.5
2562	87.8	87.4
2563	89.3	89.2
2564	87.9	87.6

ที่มา : ระบบรายงาน Health Data Center

ตารางที่ 4.17 ความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและมะเร็งปากมดลูก

พ.ศ.	มะเร็งเต้านมด้วยตนเอง	มะเร็งปากมดลูก
2551-2552	60.7	42.5
2557	62.6	47.8
2562-2563	61.9	47.3

ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 , กระทรวงสาธารณสุข

ในปีงบประมาณ 2560-2564 เด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน โดยความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนทุกชนิดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 74.2-97.5 โดยเด็กได้รับวัคซีน BCG มากที่สุด (มากกว่าร้อยละ 90) รองลงมา DTP3, OPV3, HB3, Measles และ DTP4 (ร้อยละ 85-90) มีข้อสังเกตว่า ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนทุกชนิดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงในปีงบประมาณ 2564 ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีงบประมาณ 2559-2564

วัคซีน	2559	2560	2561	2562	2563	2564
BCG	94.8	95.1	95.0	97.4	97.5	96.4
DTP_3	91.7	90.3	90.0	92.4	88.8	85.2
OPV_3	92.0	90.3	90.1	92.6	92.2	88.9
HB_3	91.7	90.3	90.0	92.4	89.7	86.7
MEASLES	90.7	89.0	88.9	91.7	91.4	86.3
JE_2	83.3	84.7	84.6	89.7	90.8	88.0
JE_3	74.6	74.2	73.0	82.6	86.1	80.5
DTP_4	87.1	87.2	87.1	89.9	90.1	85.8
DTP_5	80.2	81.6	82.5	85.9	87.2	83.8

ที่มา : ระบบรายงาน Health Data Center

4.1.2 ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ครอบคลุมและทั่วถึง ลดความแออัด ลดความเหลื่อมล้ำ ระบบการส่งต่อคุณภาพ มีระบบตอบสนองต่อภัยสุขภาพต่างๆ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีการกระจายตัวของหน่วยบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมและทั่วถึง ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล มีการให้บริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สำหรับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 2,512 ทีมสะสม ใน พ.ศ. 2564 ต่ำกว่าเป้าหมาย (3,250 ทีม) พัฒนาระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เพิ่มจาก 19 สาขา เป็น 20 สาขา คือ สาขากัญชาทางการแพทย์ มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 707 แห่งให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยากัญชาทางการแพทย์ จำนวน 23,463 ราย สำหรับการให้บริการผู้ป่วยสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการจัดตั้งคลินิกในการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไต และหัวใจ มีการจัดตั้งช่องทางด่วน (Fast Track)

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะวิกฤตเข้าถึงระบบบริการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว จัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การขยายการให้บริการให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ระดับ 30 เตียงขึ้นไป อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องใน พ.ศ. 2560-2564 แต่ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นกับผู้มารับบริการยังไม่ดีเท่าที่ควร อาทิ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไต โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ ส่วนการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ มีการลงนามกรอบความร่วมมือระบบบริการฯ ระหว่างกระทรวงการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงกลาโหม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณบดีแพทยศาสตร์ 20 คณะแพทย์ จาก 19 มหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข จัดทำยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ สถาบันการศึกษาต่างๆ ในภาพรวมของประเทศในระยะยาว (5-10 ปี) ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2563 ยังไม่มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้จัดระบบบริการการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal of Medical Services) โดยมีการพัฒนาในด้านระบบ (System) โครงสร้าง (Structure) และบุคลากร (Staff) มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ลดความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินนโยบาย “ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล” โดยดำเนินการลดระยะเวลาการรอคอยในผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับ ที่รักษาด้วยการผ่าตัด รักษาด้วยเคมีบำบัด รักษาด้วยรังสีบำบัด ภายในระยะเวลาที่กำหนด ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด การพัฒนาโรงพยาบาลจตุรทิศใน 5 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ สมุทรสาคร และนครปฐม โดยเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลทั้งจังหวัด ให้สามารถดูแลประชาชนได้โดยไม่ต้องส่งต่อ การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการในโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น ระบบบริหารจัดการคิว แจ้งเตือน นัดหมายการเข้ารับบริการ ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ จัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ นอกจากนี้ ได้นำเทคโนโลยี Telemedicine ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยตอบโต้กันได้แบบ Real-time รวมถึงการติดต่อสื่อสาร ส่งข้อมูลก่อนรับส่งต่อของโรงพยาบาล (Refer) การรักษา วินิจฉัยโรค และให้คำปรึกษาจากทางไกล (Tele Consult) การจัดระบบรับยาที่ร้านยาให้บริการกับผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด และจิตเวช หรือโรคเรื้อรังที่ไม่ซับซ้อนในการดูแล ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 128 แห่ง มีร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 1,033 แห่ง พัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านได้ (One Day Surgery) และการผ่าตัดที่มีการทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery)

ผลการประเมิน พบว่า การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านได้ (One Day Surgery) ดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจาก 3,718,000 บาท ใน พ.ศ. 2561 เป็น 13,082,000 บาท ใน พ.ศ. 2564 และลดวันนอนในโรงพยาบาล 7,436 วัน ใน พ.ศ. 2561 เป็น 26,164 วัน ใน พ.ศ. 2564

ในด้านการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพ พบว่า ใน พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลสังกัดกรม โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้นที่ 3 ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สำหรับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ 5 ดาว ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

การลดความเหลื่อมล้ำด้านรักษาพยาบาล สามารถลดภาระรายจ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือน กล่าวคือ ครัวเรือนที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 4.06 (663,000 ครัวเรือน) ใน พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 1.93 (431,500 ครัวเรือน) ใน พ.ศ. 2563 และครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลง จากร้อยละ 1.32 (216,000 ครัวเรือน) ใน พ.ศ. 2545 เหลือร้อยละ 0.21 (46,000 ครัวเรือน) ใน พ.ศ. 2563 และได้ดำเนินการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้เข้าถึงบริการอย่างปลอดภัยโดยไม่มีเงื่อนไขในการเก็บค่ารักษาพยาบาลจนพ้นภาวะวิกฤตทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินมีโอกาสรอดชีวิต และลดความพิการ จำนวน 152,988 ราย นอกจากนี้ศูนย์ความมั่นคงทางสุขภาพ มหาวิทยาลัย Johns Hopkins สหรัฐอเมริกา ได้ประเมินความมั่นคงทางสุขภาพและศักยภาพของ 195 ประเทศ ในการเตรียมพร้อมรับมือการเกิดโรคระบาด รวม 37 ตัวชี้วัด พบว่า ใน พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้คะแนนรวมความมั่นคงทางสุขภาพ ที่ 68.2 คะแนน เป็นลำดับที่ 5 ของโลก และเป็นลำดับที่ 1 ของกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 ดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพ (Global Health Security Index : GHS) พ.ศ. 2562 และ 2564

ประเทศ	พ.ศ. 2562 (2019)							พ.ศ. 2564 (2021)						
	ภาพรวม	การป้องกัน	การตรวจคัดกรองและการรายงานโรคระบาด	ตอบสนอง	ระบบสุขภาพที่มีศักยภาพเพียงพอ และเข้มแข็งในการรักษาผู้ป่วย	ความมุ่งมั่นในการพัฒนาขีดความสามารถของประเทศ	ความเสี่ยงของสภาพแวดล้อม	ภาพรวม	การป้องกัน	การตรวจคัดกรองและการรายงานโรคระบาด	ตอบสนอง	ระบบสุขภาพที่มีศักยภาพเพียงพอ และเข้มแข็ง ในการรักษาผู้ป่วย	ความมุ่งมั่นในการพัฒนาขีดความสามารถของประเทศ	ความเสี่ยงของสภาพแวดล้อม
สิงคโปร์	55.8	50.2	49.0	64.6	44.9	46.7	79.6	57.4	46.8	61.1	61.3	47.3	48.6	79.5
บรูไน	33.0	22.0	21.0	37.5	22.6	29.7	65.1	43.5	30.1	44.7	44.0	34.9	41.5	65.9
มาเลเซีย	55.1	45.2	57.5	65.0	39	50.3	73.3	56.4	37.7	72.5	61.4	36.6	56.4	73.9
ประเทศไทย	68.9	63.9	83.2	78.6	62.3	66.5	58.9	68.2	59.7	91.5	67.3	64.7	68.9	57.2
ฟิลิปปินส์	43.5	27.7	34.3	46.7	46.3	53.5	52.5	45.7	27.7	52.6	38.8	46.5	55.9	52.8
เวียดนาม	42.2	43.7	42.1	35.3	24	54.7	53.6	42.9	40.3	55.1	30.6	24	53.3	53.9
อินโดนีเซีย	49.2	35.2	45.4	60.4	38.9	61.6	53.8	50.4	31.8	55.4	50.2	41.2	68.9	55.0
เมียนมา	37.8	25.0	38.5	42.5	14.7	61.8	44.4	38.3	21.7	46.8	37.8	19.5	63.7	40.4
ลาว	32.8	10.8	37.9	38.4	21.6	42.2	45.9	34.8	18.7	37.9	38.3	22.0	44.1	47.6
กัมพูชา	31.0	17.5	32.9	27.5	12.3	57.5	38.6	31.1	24.8	37.1	21.3	12.3	52.4	38.4

ที่มา : Global Health Security index 2021

4.1.3 ระบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขที่โปร่งใส และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงและยั่งยืน

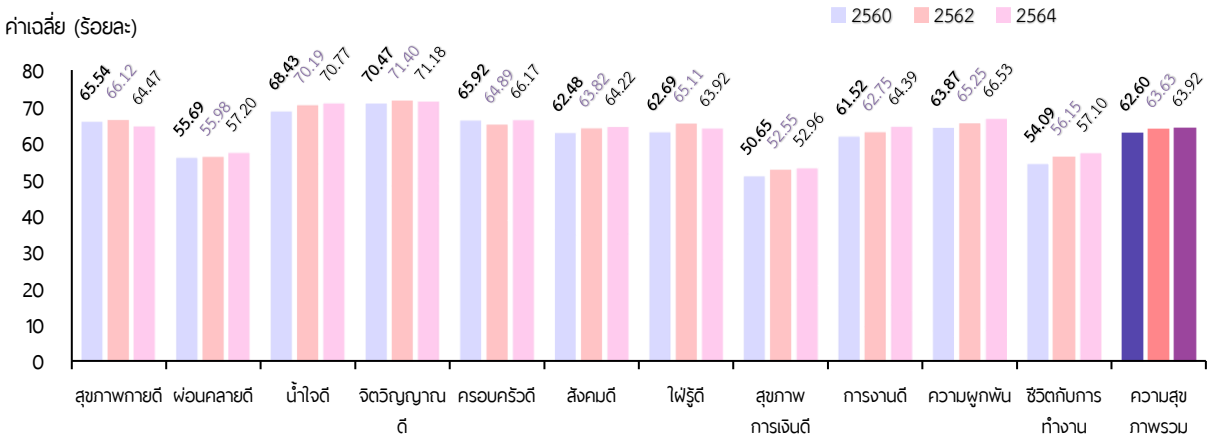
1) พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขโดยใช้ธรรมาภิบาล

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขโดยใช้ธรรมาภิบาล มีการพัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใส ผ่านกระบวนการประเมิน ITA ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย พัฒนาระบบควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข และพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ โดยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดซื้อยาของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการจัดซื้อยาร่วมกันในระดับเขต สำหรับรายการยาที่มีการใช้ร่วมกันในทุกจังหวัด เพื่อให้จัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย พัฒนาระบบบริหารจัดการและปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาระบบบัญชีบริหาร การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ วิเคราะห์สภาวะวิกฤตการเงินการคลัง และเพิ่มเงินสำรองฉุกเฉินในโรงพยาบาล ผลการดำเนินงานยังพบว่า มีโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7

2) กำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่มีความสุขเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ดังภาพที่ 4.6 จากร้อยละ 62.6 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 63.9 ใน พ.ศ. 2564 และสุขภาวะองค์กรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.7 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 64.3 ใน พ.ศ. 2564 แต่ยังพบการลาออกของข้าราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ก่อนการเกษียณอายุราชการ) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 2,890 คน ใน พ.ศ. 2560 เป็น 3,027 คน ใน พ.ศ. 2564 โดยสายงานที่มีการลาออกมากที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ รองลงมา คือ แพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นการแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนและสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรสาธารณสุขคงอยู่ในระบบ ดังตารางที่ 4.20

ภาพที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยความสุขของคนทำงานในกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560, พ.ศ. 2562, และ พ.ศ. 2564



ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

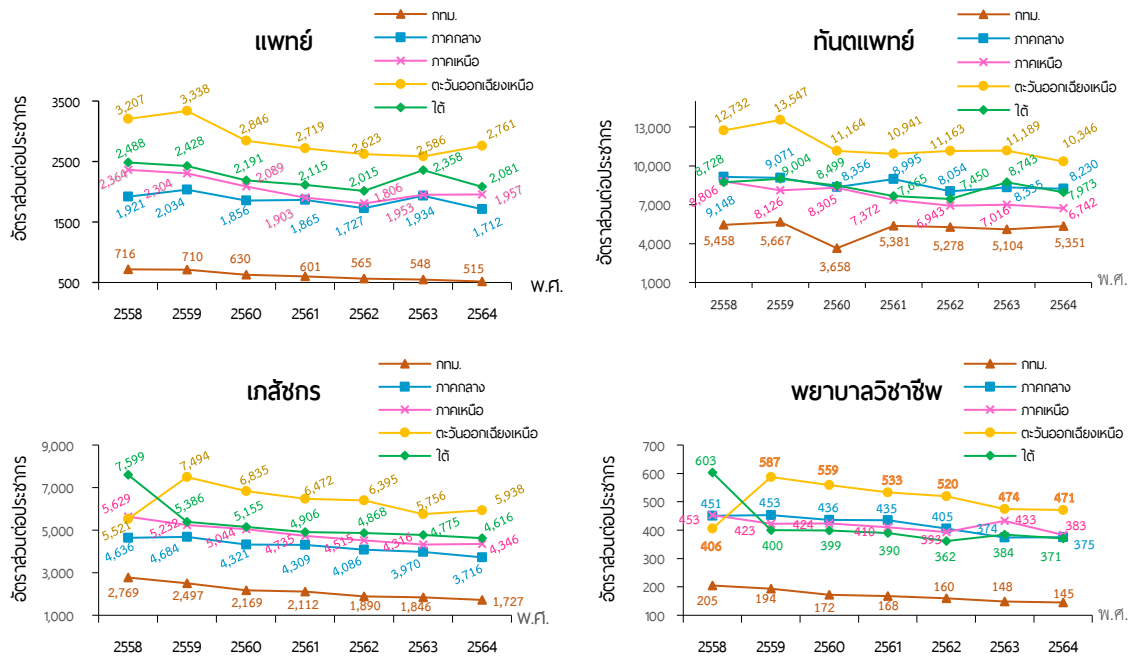
ตารางที่ 4.20 การลาออกของข้าราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ก่อนเกษียณอายุราชการ) พ.ศ. 2560-2564 จำแนกตามสายงานที่มีการลาออกมากที่สุด 6 ลำดับแรก

ตำแหน่งสายงาน	ปี พ.ศ.					รวมทั้งหมด
	2560	2561	2562	2563	2564	
นายแพทย์	901	822	849	754	759	4,085
ทันตแพทย์	328	328	281	187	232	1,356
เภสัชกร	63	74	68	43	78	326
พยาบาลวิชาชีพ	798	941	1,085	917	1,205	4,946
พยาบาลเทคนิค	42	30	21	14	20	127
นักวิชาการสาธารณสุข	196	311	325	243	296	1,371
รวมทั้งหมด	**2,328**	**2,506**	**2,629**	**2,158**	**2,590**	**12,211**

ที่มา : กองทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขเสริมสร้างความเข้มแข็งของเขตสุขภาพ โดยให้เขตสุขภาพจัดทำแผนการจัดระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เป็นธรรม และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการพัฒนากำลังคน โดยให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามการกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพใน 4 สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างภาคและเขตสุขภาพ โดยมีการกระจุกตัวในกรุงเทพมหานคร แต่อัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพ 4 สาขาหลัก ต่อประชากรดีขึ้น ดังภาพที่ 4.7

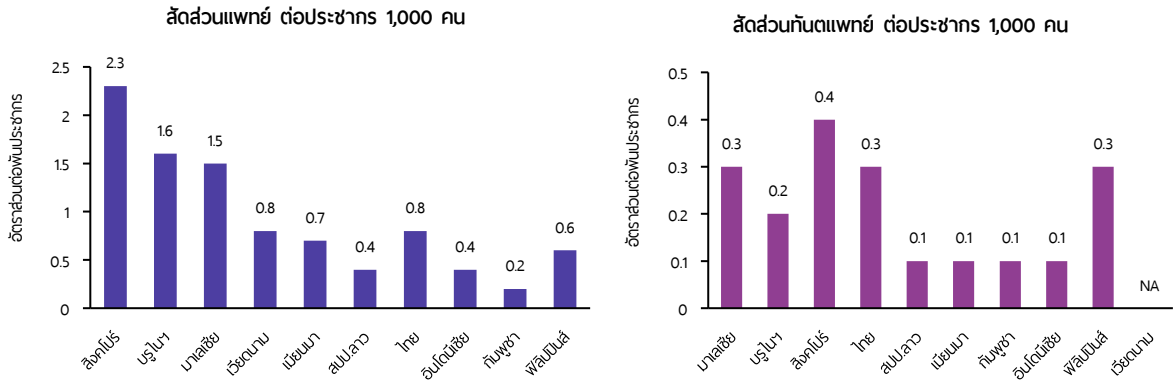
ภาพที่ 4.7 อัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพใน 4 สาขาหลักต่อประชากร พ.ศ. 2558-2564 จำแนกรายภาค

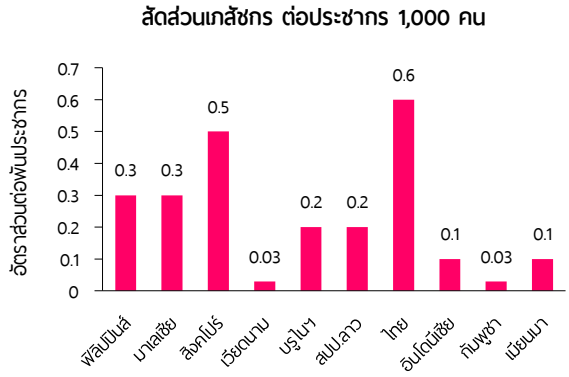


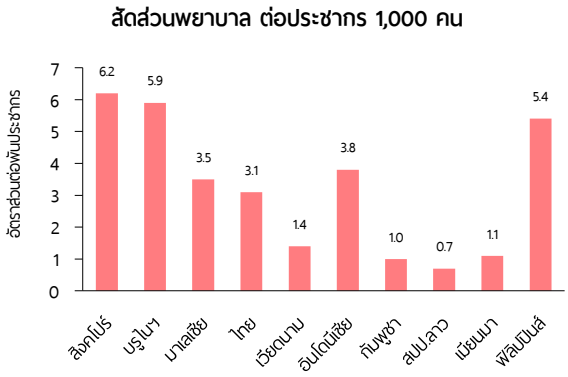
ที่มา : รายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2558-2564, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อเปรียบเทียบกำลังคนด้านสุขภาพใน 4 สาขาหลัก ของกลุ่มประเทศอาเซียนต่อพันประชากร พบว่า ใน พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีสัดส่วนแพทย์อยู่ในลำดับที่ 5 ทันตแพทย์อยู่ในลำดับที่ 3 เภสัชกรอยู่ในลำดับที่ 1 พยาบาลวิชาชีพอยู่ในลำดับที่ 6 ดังภาพที่ 4.8

ภาพที่ 4.8 สัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน ในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ.2561





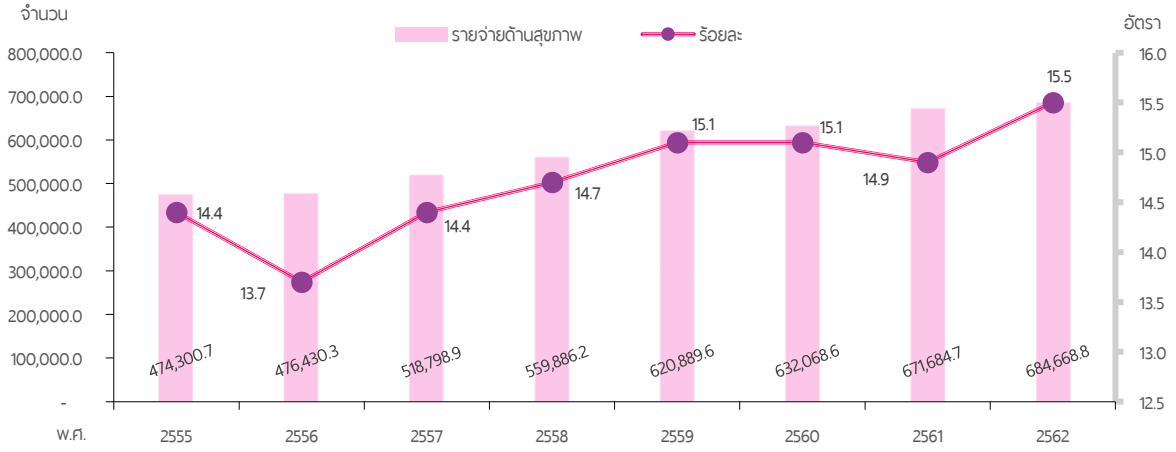


ที่มา : - Human Development Report, 2020
- World Health Statistic, 2021

3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 474,300.7 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2555 เป็น 684,668.8 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2562 หรือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ใน พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 4.1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ใน พ.ศ. 2562 แต่อย่างไรก็ดี ไม่เกินเป้าหมายการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืน (ร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ) สำหรับรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 14.4 ใน พ.ศ. 2555 เป็น ร้อยละ 15.5 ใน พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ ไม่เกินเป้าหมายการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืน (ร้อยละ 20 ของรายจ่ายของรัฐบาล) ดังภาพที่ 4.9

ภาพที่ 4.9 รายจ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศ พ.ศ. 2555-2562



ที่มา : บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2562, มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข

4.2 ผลการประเมินการขับเคลื่อนแผนงาน / โครงการของกระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ

4.2.1 ปัจจัยนำเข้าแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข

1.1 ด้านงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบประมาณลดลงจากร้อยละ 9.3 ในปีงบประมาณ 2560 เป็นร้อยละ 8.7 ในปีงบประมาณ 2563 ยกเว้นในปีงบประมาณ 2564 ได้รับงบประมาณจัดสรรเพิ่มขึ้นเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังตารางที่ 4.21

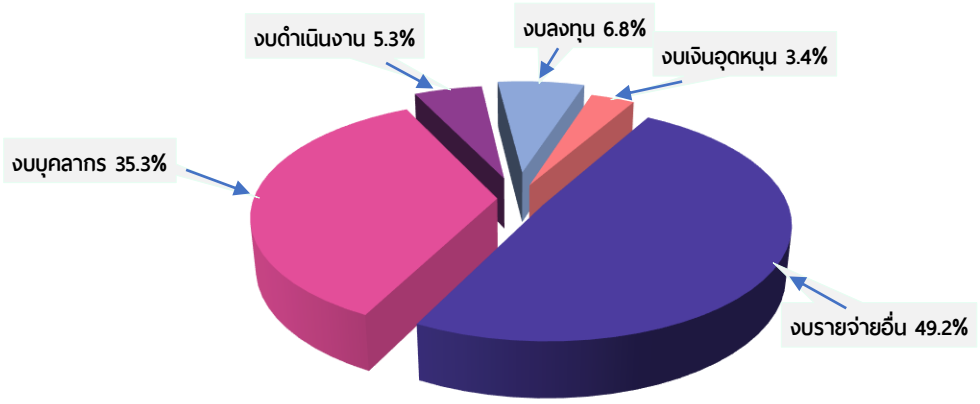
ตารางที่ 4.21 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564 (ล้านบาท)

พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข	ประเทศ	ร้อยละ
2560	255,155.8260	2,733,000.00	9.34
2561	267,999.5400	2,900,000.00	9.24
2562	270,589.1700	3,000,000.00	9.02
2563	280,083.7100	3,200,000.00	8.75
2564	301,612.5700	3,285,962.48	9.18

ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพิจารณางบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา จำแนกตามหมวดรายจ่าย พบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบรายจ่ายอื่นซึ่งเป็นงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 49.2 รองลงมาคืองบบุคลากร ร้อยละ 35.3 และเหลืองบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน (งบดำเนินงาน งบลงทุน และงบเงินอุดหนุน) ร้อยละ 15.5 ของงบประมาณทั้งหมดที่ได้รับการจัดสรร ดังภาพที่ 4.10

ภาพที่ 4.10 งบประมาณจำแนกตามหมวดรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564

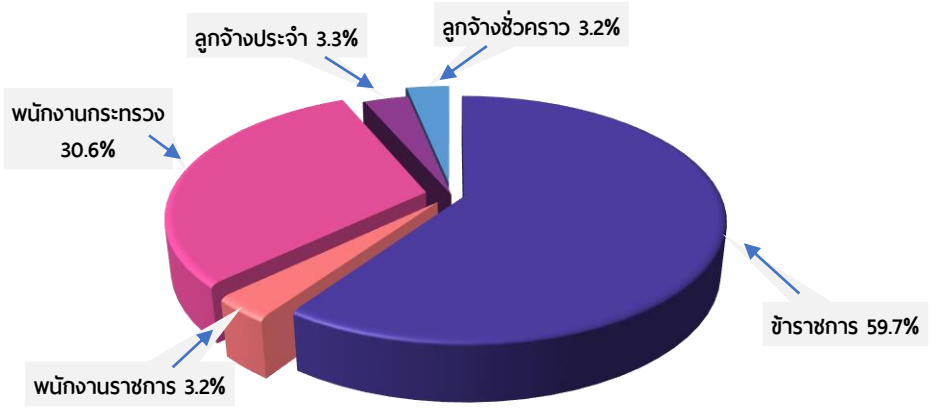


ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.2 ด้านอัตรากำลัง

ในปีงบประมาณ 2564 กระทรวงสาธารณสุขมีอัตรากำลังทั้งสิ้น 402,244 คน จำแนกเป็นข้าราชการ 240,178 คน (ร้อยละ 59.7) พนักงานราชการ 12,938 คน (ร้อยละ 3.2) พนักงานกระทรวง 123,044 คน (ร้อยละ 30.6) ลูกจ้างประจำ 13,071 คน (ร้อยละ 3.3) และลูกจ้างชั่วคราว 13,013 คน (ร้อยละ 3.2) มีข้อสังเกตว่า ประเภทข้าราชการมีสัดส่วนครึ่งหนึ่งของอัตรากำลังทุกประเภท ดังภาพที่ 4.11

ภาพที่ 4.11 อัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามประเภท ปีงบประมาณ 2564

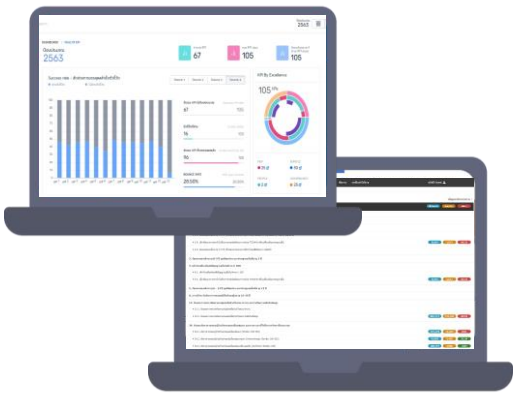


ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4.2.2 การนำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ

กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) และได้มีการนำกรอบแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) มาจัดทำผังเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์จัดสรรงบประมาณ ผลสัมฤทธิ์กระทรวง เป้าหมายการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศประจำปี มีการจัดประชุมถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค ซึ่งหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานและขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

4.2.3 การกำกับติดตามและประเมินผลแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (KPI Template) จัดทำ Dashboard สำหรับติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข มีการกำกับและติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน และการประเมินผลแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ในรอบ 6 เดือน, 9 เดือน และ 12 เดือน ผ่านระบบ Health Data Center (HDC), Health Key Performance Index (Health KPI) และระบบรายงานของหน่วยงานระดับกรมที่จัดเก็บข้อมูลเอง โดยการจัดทำรายงานและนำเสนอผลการประเมินแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ รอบ 6 เดือน, 9 เดือน และ 12 เดือน เพื่อเป็นข้อเสนอในการปรับปรุง พัฒนาแผนงาน/โครงการ/มาตรการ/ตัวชี้วัด ของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4.2.4 ผลการสำรวจความคิดเห็นของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการของกระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ

ในปีงบประมาณ 2565 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) โดยใช้แบบสอบถาม ในรูปแบบ google form และมีการลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด

ผลการสำรวจความคิดเห็นของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการของกระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม 2) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย 3) ปัจจัยนำเข้าในการประเมินแผนยุทธศาสตร์ฯ 4) การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ 5) ภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย และ 6) การกำกับติดตามและประเมินผล

1) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม กลุ่มเป้าหมายที่มีการตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 2,215 แห่ง จากกลุ่มเป้าหมาย 2,062 แห่ง มีผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามหน่วยงาน พบว่า หน่วยงานระดับกรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 100 โรงพยาบาลชุมชน มีการตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 92.4 สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้การสุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ของหน่วยงานทั้งหมด ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการตอบแบบสอบถาม 237 แห่ง จากกลุ่มเป้าหมาย 88 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการตอบแบบสอบถาม 1,040 แห่ง จากกลุ่มเป้าหมาย 977 แห่ง ดังตารางที่ 4.22 และตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.22 จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามหน่วยงานระดับกรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

หน่วยงาน	จำนวนหน่วยงานทั้งหมด (แห่ง)	จำนวนที่ตอบแบบสอบถาม	ร้อยละ
กรม	8	8	100
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	76	76	100
สำนักงานเขตสุขภาพ	12	12	100
โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป	126	126	100
โรงพยาบาลชุมชน	775	716	92.4
รวม	**997**	**938**	**94.1**

ตารางที่ 4.23 จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ของจำนวนหน่วยงานทั้งหมด

หน่วยงาน	เป้าหมาย	จำนวนที่ตอบแบบสอบถาม	ร้อยละ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	88	237	>100
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	977	1,040	>100
รวม	**1,065**	**1,277**	**>100**

2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.9) เพศชาย (ร้อยละ 47.1) ช่วงอายุที่มีการตอบแบบสอบถามมากที่สุดคือ อายุระหว่าง 50-60 ปี (ร้อยละ 42.4) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 64.2) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 63.4) และมีช่องทางการรับรู้นโยบายกระทรวงสาธารณสุขและแผนยุทธศาสตร์ฯ จากการประชุมถ่ายทอดนโยบายของหน่วยงานในจังหวัดมากที่สุด (ร้อยละ 84.7) ดังตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามในรูปแบบ Google form

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	1,043	47.1
หญิง	1,172	52.9
2. อายุ		
20-29 ปี	123	5.6
30-39 ปี	432	19.5
40-49 ปี	721	32.5
50-60 ปี	939	42.4
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	44	2.0
ปริญญาตรี	1,422	64.2
สูงกว่าปริญญาตรี	749	33.8
4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน		
ไม่เกิน 5 ปี	178	8.0
5-10 ปี	223	10.1
11-15 ปี	236	10.7
16-20 ปี	173	7.8
20 ปีขึ้นไป	1,405	63.4
5. ช่องทางการรับรู้นโยบายกระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ฯ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การประชุมถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลาง	751	33.9
การเผยแพร่ทางเว็ปไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข	1,014	45.8
การประชุมถ่ายทอดนโยบายของหน่วยงานในจังหวัด	1,876	84.7
อื่นๆ	98	4.4

3) ปัจจัยนำเข้าในการประเมินแผน

บุคลากร

หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความคิดเห็นว่าบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงานตามแผนฯ ในระดับปานกลาง บุคลากรในหน่วยงานมีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ฯ และมีศักยภาพในด้านเทคโนโลยีเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานในระดับมาก มีการมอบหมายงานแก่บุคลากรด้านการจัดทำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ฯ และการติดตามประเมินผล พิจารณาจากความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในระดับมาก ดังตารางที่ 4.25

งบประมาณ

กระทรวงสาธารณสุข มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขในระดับปานกลาง และมีการกำกับติดตามการใช้จ่ายงบประมาณในแต่ละไตรมาสในระดับมาก ดังตารางที่ 4.25

ระบบเทคโนโลยี

กระทรวงสาธารณสุข มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเพื่อจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพในหน่วยงาน และช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับมาก ดังตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ของกลุ่มเป้าหมาย

ประเด็น	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็น										ผลการประเมิน	
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	แปรผล
1. บุคลากร												
1.1 มีบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯและแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน	65	2.9	570	25.7	1,013	45.7	475	21.4	92	4.2	3.02	ปานกลาง
1.2 การมอบหมายงานแก่บุคลากรด้านการจัดทำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผล พิจารณาจากความรู้ความสามารถและประสบการณ์	203	9.2	1,220	55.1	684	30.9	98	4.4	10	0.5	3.68	มาก
1.3 บุคลากรในหน่วยงานมีการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ฯ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข	133	6	1,218	55	770	34.8	84	3.8	10	0.5	3.62	มาก
1.4 บุคลากรมีศักยภาพในด้านเทคโนโลยีเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน	193	8.7	1,309	59.1	654	29.5	51	2.3	8	0.4	3.73	มาก
ค่าเฉลี่ย	$\bar{X}$ = 3.51				S.D. = 0.79		การแปรผล = มาก					
2. งบประมาณ												
2.1 มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข	88	4	724	32.7	1,018	46	334	15.1	51	2.3	3.21	ปานกลาง
2.2 งบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข นำไปใช้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายและแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข	189	8.5	792	35.8	860	38.8	319	14.4	54	2.4	3.33	ปานกลาง
2.3 มีการกำกับติดตามการใช้จ่ายงบประมาณในแต่ละไตรมาส	406	18.3	1,279	57.7	455	20.5	67	3	8	0.4	3.91	มาก
ค่าเฉลี่ย	$\bar{X}$ = 3.48				S.D. = 0.88		การแปรผล = มาก					
3. ระบบเทคโนโลยี												
3.1 มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเพื่อจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพในหน่วยงาน	199	9	1,213	54.8	718	32.4	75	3.4	10	0.5	3.68	มาก
3.2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มี ช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ	227	10.2	1,263	57	646	29.2	71	3.2	8	0.4	3.74	มาก
ค่าเฉลี่ย	$\bar{X}$ = 3.71				S.D. = 0.70		การแปรผล = มาก					
เฉลี่ยโดยรวม	$\bar{X}$ = 3.57				S.D. = 0.64		การแปรผล = มาก					

4) การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ในระดับปานกลาง มีการถ่ายทอดนโยบายและนำเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ฯ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขมากำหนดเป็นเป้าหมาย มาตรการ และตัวชี้วัดของหน่วยงานและสามารถดำเนินงานได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ในระดับมาก กรณีที่ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานไม่บรรลุเป้าหมาย ได้มีการทบทวนหรือปรับมาตรการแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ในระดับมาก ดังตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแผนยุทธศาสตร์ฯ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ

ประเด็น	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็น										ผลการประเมิน	
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	แปรผล
1. หน่วยงานของท่านได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะแรก ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564	169	7.6	852	38.5	673	30.4	357	16.1	164	7.4	3.23	ปานกลาง
2. แผนยุทธศาสตร์ฯ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดเป้าหมาย มาตรการ และตัวชี้วัด ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน	222	10.0	1,292	58.3	618	27.9	74	3.3	9	0.4	3.74	มาก
3. มีการถ่ายทอดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ฯ ให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน	281	12.7	1,361	61.4	506	22.8	63	2.8	4	0.2	3.84	มาก
4. มีการนำเป้าหมายของแผนงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข มากำหนดเป็นเป้าหมายของหน่วยงาน	368	16.6	1,465	66.1	347	15.7	33	1.5	2	0.1	3.98	มาก
5. แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานสามารถดำเนินงานได้ตามระยะเวลาที่กำหนด	144	6.5	1,086	49	859	38.8	113	5.1	13	0.6	3.56	มาก
6. แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานมีการกำหนดตัวชี้วัดโครงการได้อย่างชัดเจน	277	12.5	1,496	67.5	404	18.2	36	1.6	2	0.1	3.91	มาก
7. ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานไม่บรรลุเป้าหมาย ได้มีการทบทวนหรือปรับมาตรการแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	185	8.4	1,340	60.5	612	27.6	76	3.4	2	0.1	3.74	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	$\bar{X}$ = 3.7				S.D. = 0.8				การแปรผล = มาก			

5) ภาวะผู้นำและความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย

การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร/ผู้นำ/เครือข่ายด้านสุขภาพ ในการบูรณาการการจัดทำแผนปฏิบัติราชการและการดำเนินงานกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ในระดับมาก ดังตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำและความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็น	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็น										ผลการประเมิน	
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	แปรผล
1. การจัดทำแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ได้มีการบูรณาการการดำเนินงานกับหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข	204	9.2	1,155	52.1	717	32.4	127	5.7	12	0.5	3.64	มาก
2. การมีส่วนร่วมของผู้บริหาร/ผู้นำ/เครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ มีการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานบรรลุวัตถุประสงค์	327	14.8	1,398	63.1	442	20	41	1.9	7	0.3	3.9	มาก
3. หน่วยงานภายนอกให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขแก่หน่วยงานของท่าน	176	7.9	1,038	46.9	789	35.6	184	8.3	28	1.3	3.52	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	$\bar{X}$ = 3.7				S.D. = 0.8				การแปรผล = มาก			

6) การกำกับติดตามและประเมินผล

หน่วยงานมีการกำกับติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข และมีการนำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนปฏิบัติราชการและมาตรการในปีถัดไป ในระดับมาก ดังตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.28 จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับติดตามและประเมินผล

ประเด็น	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็น										ผลการประเมิน	
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	แปรผล
1. หน่วยงานของท่านมีการกำกับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนฯ รายไตรมาส	324	14.6	1,401	63.3	451	20.4	36	1.6	3	0.1	3.91	มาก
2. มีการรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน	327	14.8	1,414	63.8	432	19.5	39	1.8	3	0.1	3.91	มาก
3. มีการนำผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานมาวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนปฏิบัติราชการและมาตรการในปีถัดไป	293	13.2	1,362	61.5	511	23.1	46	2.1	3	0.1	3.86	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	$\bar{X}$ = 3.9				S.D. = 0.7				การแปรผล = มาก			

จากการประเมินปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้แก่ บุคลากรและงบประมาณ พบว่า มีความเพียงพอในการดำเนินงานตามแผนในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่า ใน พ.ศ. 2560-2564 งบประมาณที่ใช้ในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขที่นอกเหนือจากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเพียงร้อยละ 15.5 และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้งบประมาณที่ได้จัดสรรมีแนวโน้มลดลง อันจะเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาสุขภาพคนไทยในแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะต่อไป

จากการประเมินการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ พบว่า หน่วยงานส่วนภูมิภาค มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ในระดับปานกลาง มีการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และมีการรายงานผลการดำเนินงานตามกรอบเวลาที่กำหนด

4.3 ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) จำแนกรายยุทธศาสตร์

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข โดยใช้กรอบความเป็นเลิศ 4 เรื่อง มีการวางแผนการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ ซึ่งระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) เน้นการปฏิรูประบบสุขภาพ และมีการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2564 เป็นระยะเวลา 5 ปี เป็นการสิ้นสุดผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก มีตัวชี้วัดจำนวน 116 ตัวชี้วัด ซึ่งได้มีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่มีความสำคัญและสะท้อนถึงความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 59 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 50.9 ของตัวชี้วัดทั้งหมดในแผนยุทธศาสตร์ ผลการประเมิน พบว่า บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 24 ตัวชี้วัด ร้อยละ 40.7 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 35 ตัวชี้วัด ร้อยละ 59.3 จำแนกรายยุทธศาสตร์ ดังนี้

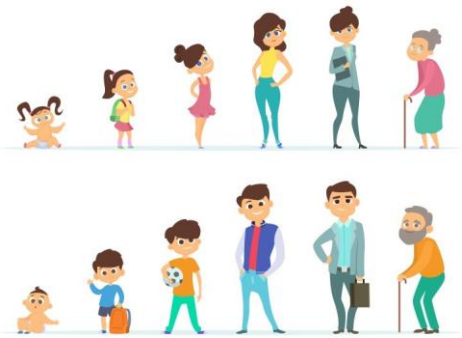
1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีตัวชี้วัดจำนวน 34 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) จำนวน 23 ตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 8 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 34.8) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 15 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 65.2)
2. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ มีตัวชี้วัดจำนวน 56 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) จำนวน 24 ตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 8 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 33.3) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 16 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.7)
3. ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ มีตัวชี้วัดจำนวน 6 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) จำนวน 3 ตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.7) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 1 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 33.3)
4. ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล มีตัวชี้วัดจำนวน 20 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) จำนวน 9 ตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 6 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.7) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 3 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 33.3) ดังตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.29 ผลการประเมินตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศของกระทรวงสาธารณสุข	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดที่คัดเลือก	บรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก	ไม่บรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก
1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ	**34**	23	8 (34.8)	15 (65.2)
2. ด้านบริการเป็นเลิศ	**56**	24	8 (33.3)	16 (66.7)
3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ	**6**	3	2 (66.7)	1 (33.3)
4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล	**20**	9	6 (66.7)	3 (33.3)
รวม	**116**	**59 (50.9)**	**24 (40.7)**	**35 (59.3)**

4.3.1 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ เน้นการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคในทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยผู้สูงอายุ ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมถึงคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ประกอบด้วย 34 ตัวชี้วัด



ได้มีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญที่ส่งผลต่อผลสำเร็จของแผนงาน/โครงการ จำนวน 23 ตัวชี้วัด พบว่า การดำเนินงานด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยกลุ่มมารดาและทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่นเดียวกับการป้องกันและควบคุมโรค เน้นเฉพาะวัณโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ส่วนคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนด แต่มีการปรับตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ฯ ทำให้การดำเนินงานไม่มีความต่อเนื่อง และตัวชี้วัดที่กำหนดอาจไม่สามารถสะท้อนปัญหาคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ เนื่องจากยังพบการร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานอยู่มาก สำหรับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ดังตารางที่ 4.30

ตารางที่ 4.30 การบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	จำนวน (ตัวชี้วัด)	บรรลุเป้าหมาย	ไม่บรรลุเป้าหมาย
1. กลุ่มวัย	11	4 (36.4)	7 (63.6)
2. การป้องกันและควบคุมโรค	8	1 (12.5)	7 (87.5)
3. คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	2	1 (50.0)	1 (50.0)
4. พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	2	2 (100.0)	0 (0.0)
รวม	**23**	**8 (34.8)**	**15 (65.2)**

เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ พบดังนี้

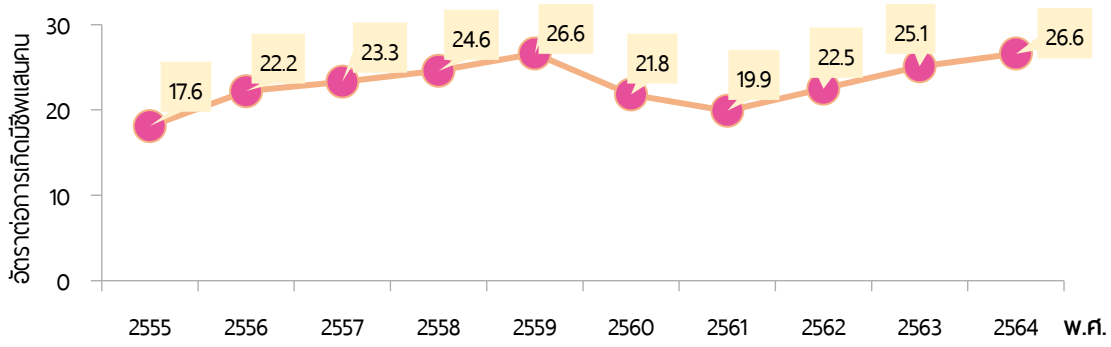
1) กลุ่มวัย
2) การป้องกันและควบคุมโรค
3) คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
4) พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

1. กลุ่มวัย

1.1 มารดาและทารก

มารดาตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 17.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ. 2555 เป็น 22.5 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ. 2562 และเพิ่มขึ้นเป็น 26.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ. 2564 มีข้อสังเกตว่าใน พ.ศ. 2563-2564 มารดาตายสูงเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ฯ (ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) ดังภาพที่ 4.12 เมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศอาเซียน ไทยมีอัตราส่วนมารดาตายเพิ่มขึ้นจากลำดับที่ 2 ใน พ.ศ. 2558 เป็นลำดับที่ 4 ใน พ.ศ. 2560 ดังตารางที่ 4.31

ภาพที่ 4.12 อัตรามารดาตายต่อการเกิดมีชีพแสนคน พ.ศ. 2555-2564



ที่มา : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2555-2564, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

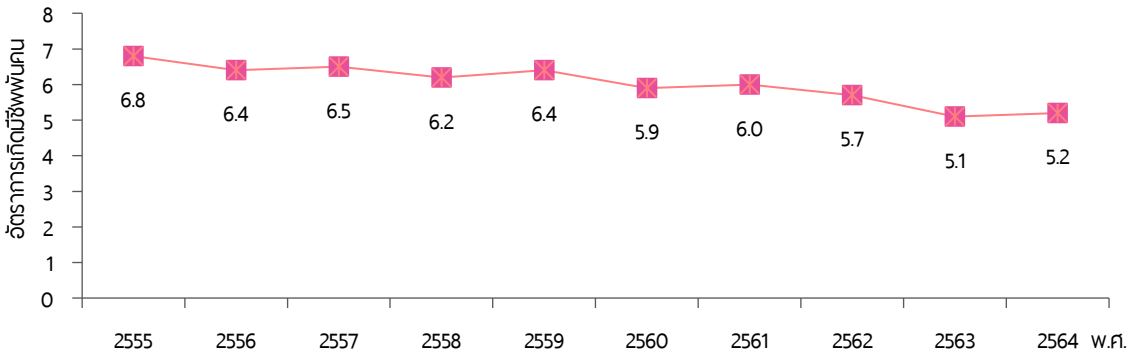
ตารางที่ 4.31 อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2560

ปี 2558		ปี 2560	
ประเทศ	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	ประเทศ	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน
10 อันดับแรก		10 อันดับแรก	
ฟินแลนด์	3.0	เบลารุส	2.0
กรีซ	3.0	อิตาลี	2.0
ไอซ์แลนด์	3.0	นอร์เวย์	2.0
โปแลนด์	3.0	โปแลนด์	2.0
ออสเตรีย	4.0	สาธารณรัฐเช็ก	3.0
เบลารุส	4.0	ฟินแลนด์	3.0
สาธารณรัฐเช็ก	4.0	กรีซ	3.0
อิตาลี	4.0	อิสราเอล	3.0
คูเวต	4.0	สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์	3.0
สวีเดน	4.0	ไอซ์แลนด์	4.0
ประเทศอาเซียน		ประเทศอาเซียน	
สิงคโปร์	10.0	สิงคโปร์	8.0
ไทย	20.0	มาเลเซีย	29.0
บรูไนฯ	23.0	บรูไนฯ	31.0
มาเลเซีย	40.0	ไทย	37.0
เวียดนาม	54.0	เวียดนาม	43.0
ฟิลิปปินส์	114.0	ฟิลิปปินส์	121.0
อินโดนีเซีย	126.0	กัมพูชา	160.0
กัมพูชา	161.0	อินโดนีเซีย	177.0
เมียนมาร์	178.0	สปป.ลาว	185.0
สปป.ลาว	197.0	เมียนมาร์	250.0

ที่มา : World health statistics 2019 และ 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, World Health Organization

ทารกตายมีแนวโน้มลดลงจาก 6.8 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ใน พ.ศ. 2555 เป็น 5.2 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ใน พ.ศ. 2564 และไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ฯ (น้อยกว่า 2.5 ต่อการเกิดมีชีพพันคน) ดังภาพที่ 4.13 เมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศอาเซียน ไทยมีอัตราส่วนทารกตายลดลงจากลำดับที่ 4 ใน พ.ศ. 2559 เป็นลำดับที่ 3 ใน พ.ศ. 2562 ดังตารางที่ 4.32

ภาพที่ 4.13 อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพพันคน พ.ศ. 2555-2564



ที่มา : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2555-2564, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.32 อัตราส่วนทารกตายต่อการเกิดมีชีพพันคนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2562

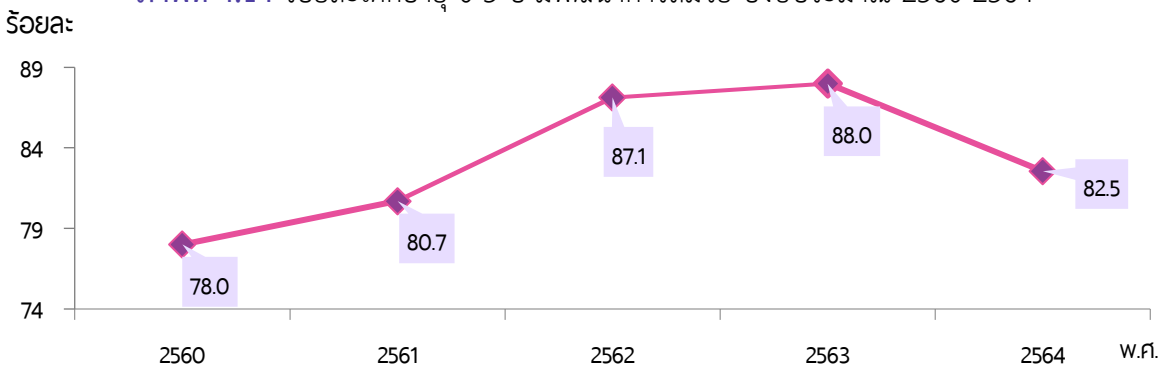
ประเทศ	อัตราการตายของทารก ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน		อัตราการตายของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน	
	2559**	2562	2559**	2562
HIGH INCOME				
สวีเดน	2.0	2.0	3.0	3.0
ญี่ปุ่น	2.0	2.0	3.0	3.0
สวิตเซอร์แลนด์	4.0	4.0	4.0	4.0
แคนาดา	4.0	4.0	5.0	5.0
ไอร์แลนด์	3.0	3.0	4.0	3.0
WORLD	31.0	28.0	41.0	38.0
HIGH INCOME	5.0	4.0	5.0	5.0
LOWER MIDDLE INCOME	38.0	37.0	51.0	49.0
UPPER MIDDLE INCOME	12.0	11.0	14.0	13.0
LOW INCOME	51.0	48.0	73.0	68.0
ประเทศอาเซียน				
ไทย	11.0	8.0	12.0	9.0
สิงคโปร์	2.0	2.0	3.0	3.0
มาเลเซีย	7.0	7.0	8.0	9.0
ฟิลิปปินส์	22.0	22.0	27.0	27.0
เวียดนาม	17.0	16.0	22.0	20.0
อินโดนีเซีย	22.0	20.0	26.0	24.0
กัมพูชา	26.0	23.0	31.0	27.0
บรูไน	9.0	10.0	10.0	11.0
สหภาพพม่า	40.0	36.0	51.0	45.0
ลาว	49.0	36.0	64.0	46.0

ที่มา : - World Health Organization. World Health Statistics 2018
- World Development Indicators , The World Bank, 2021

1.2 วัยเด็ก

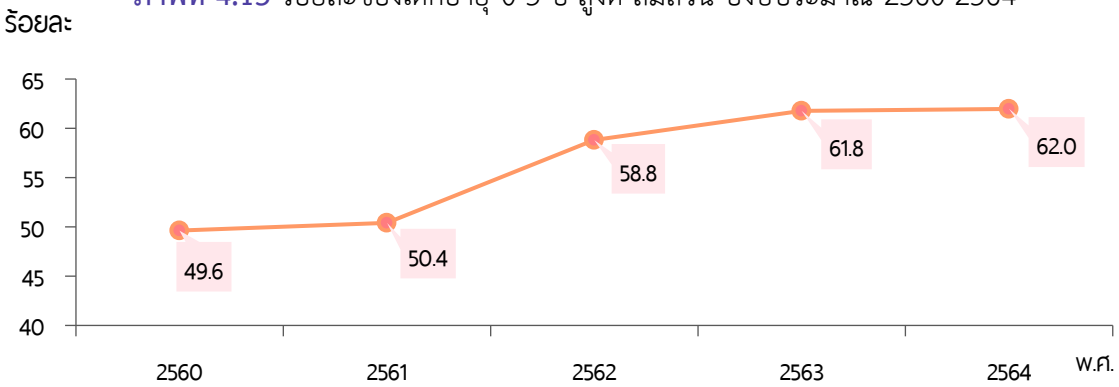
เด็กไทยเจริญเติบโตและมีพัฒนาการสมวัย มีแนวโน้มดีขึ้น จากร้อยละ 78.0 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 82.5 ใน พ.ศ. 2564 สูงดีสมส่วนเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 49.6 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 62.0 ใน พ.ศ. 2564 แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 85 และ ร้อยละ 63 ตามลำดับ) ดังภาพที่ 4.14 และภาพที่ 4.15

ภาพที่ 4.14 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ปีงบประมาณ 2560-2564



ที่มา : ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 4.15 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน ปีงบประมาณ 2560-2564



ที่มา : ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 94.6 ใน พ.ศ. 2554 เป็น 102.8 ใน พ.ศ. 2564 และมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 77.1 ใน พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 83.4 ใน พ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 และความฉลาดทางอารมณ์ ร้อยละ 80) ดังตารางที่ 4.33

ตารางที่ 4.33 ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย พ.ศ. 2554, 2559 และ 2564

พ.ศ.	ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย (IQ)	เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป (EQ) (ร้อยละ)
2554	94.6	
2559	98.2	77.1
2564	102.8	83.4

ที่มา : รายงานการสำรวจสถานการณ์สติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564, กรมสุขภาพจิต

1.3 วัยเรียน

เด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน มีแนวโน้มลดลงจาก ร้อยละ 65.6 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 59.1 ใน พ.ศ. 2564 เนื่องจากใน พ.ศ. 2563-2564 มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เด็กต้องเรียนออนไลน์ ส่งผลให้กิจกรรมการเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกายน้อยลง ไม่บรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 66) ดังตารางที่ 4.34

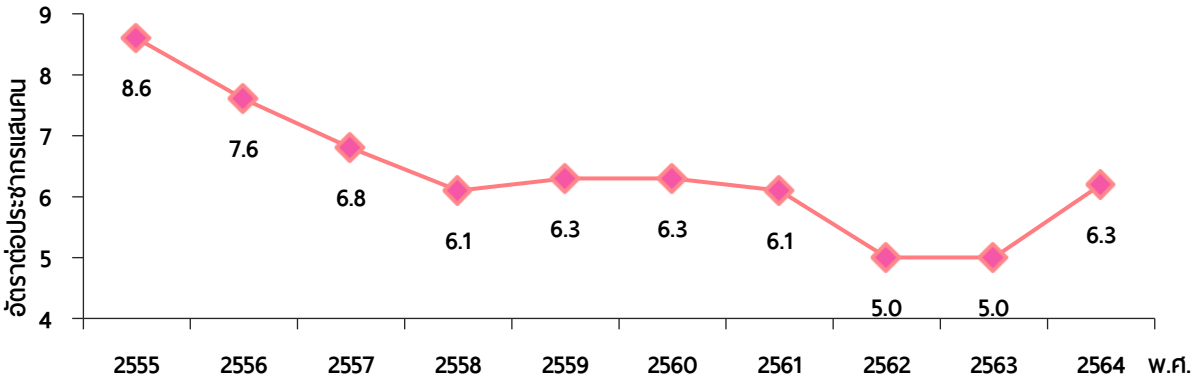
ตารางที่ 4.34 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ 2560-2564

ปีงบประมาณ	จำนวนเด็กวัยเรียนที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงทั้งหมด (คน)	จำนวนสูงดีสมส่วน (คน)	ร้อยละ	เป้าหมาย (ร้อยละ)
2560	3,726,904	2,445,825	65.6	66
2561	4,467,062	2,930,082	65.6	66
2562	4,967,870	3,101,908	62.4	66
2563	8,206,920	5,273,389	64.3	66
2564	5,685,013	3,361,898	59.1	66

ที่มา : ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี มีแนวโน้มลดลงจาก 8.6 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2555 เป็น 6.3 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ฯ (ไม่เกิน 3.0 ต่อประชากรแสนคน) ดังภาพที่ 4.16

ภาพที่ 4.16 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จมน้ำ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2555-2564



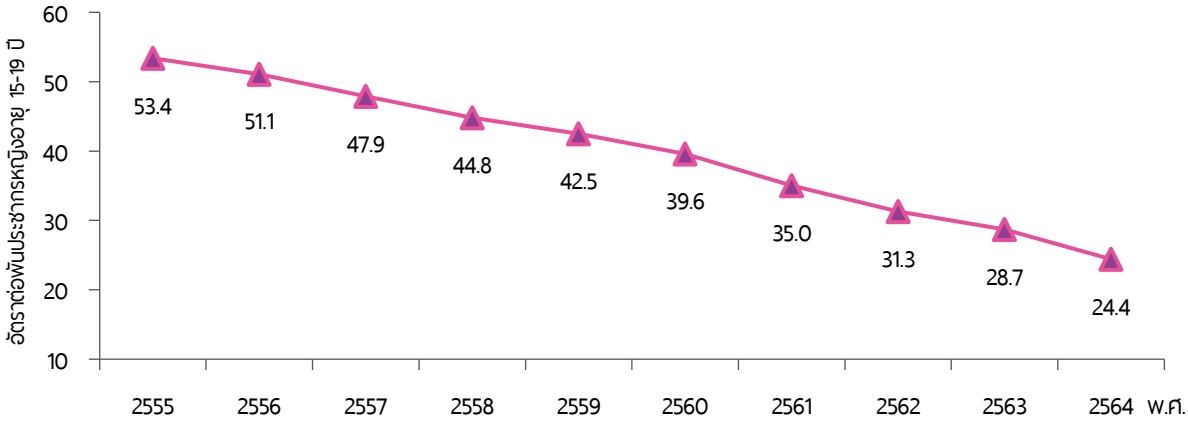
ที่มา : สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2555-2564, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

1.4 วัยรุ่น

เด็กวัยรุ่นสูงดีสมส่วน ลดลงจากร้อยละ 67.8 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 61.5 ใน พ.ศ. 2564 ส่วนอัตราการคลอดมีชีพต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 53.4 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ใน พ.ศ. 2555 เป็น 24.4 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ใน พ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ไม่เกิน 34 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี) ดังภาพที่ 4.17 มีข้อสังเกตว่า แม่วัยรุ่นกลุ่มอายุ 10-19 ปี คลอดเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มากกว่าแม่กลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ดังตารางที่ 4.35 สำหรับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟนหรือคนรักของวัยรุ่น พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

แต่ไม่ถึงร้อยละ 50 ดังตารางที่ 4.36 จึงส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากอัตราป่วย 80.8 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2553 เป็น 171.7 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2563 ดังภาพที่ 4.18

ภาพที่ 4.17 อัตราคลอดมีชีพของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากร พ.ศ. 2561-2564



ที่มา : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559-2564, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.35 ร้อยละของเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์จำแนกตามกลุ่มอายุแม่ พ.ศ. 2555-2564

พ.ศ.	อายุ 10-14 ปี	อายุ 15-19 ปี	อายุ 20-24 ปี	อายุ 35-50 ปี	ทุกกลุ่มอายุ
2555	17.1	12.6	8.6	11.0	9.6
2556	18.6	13.4	9.1	11.1	10.1
2557	19.1	13.0	8.9	11.0	9.9
2558	18.3	13.5	9.2	11.0	10.1
2559	21.2	14.9	9.6	11.3	10.7
2560	20.3	15.1	9.7	11.1	10.6
2561	22.5	15.5	9.9	11.6	10.9
2562	19.4	14.3	9.3	10.9	10.1
2563	19.2	13.1	8.8	10.6	9.5
2564	19.3	13.1	9.7	11.1	9.8

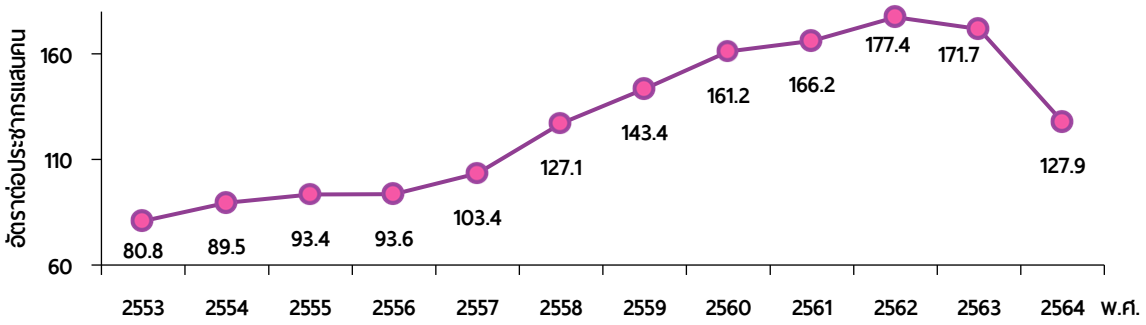
ที่มา : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2555-2564, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.36 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟนหรือคนรัก ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

ปี	ร้อยละ			
	นักเรียน ม.5		นักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2	
	เพศชาย	เพศหญิง	เพศชาย	เพศหญิง
2557	43.7	28.0	25.2	22.0
2558	43.3	38.1	29.8	25.0
2559	46.1	36.9	38.5	28.9
2560	50.0	44.1	35.8	34.7
2561	47.8	45.0	44.8	32.6
2562	60.0	39.3	38.1	35.5

ที่มา: รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนักเรียน ประเทศไทย , สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 4.18 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี พ.ศ. 2553-2564



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : ข้อมูลไม่สมบูรณ์ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้รายงานข้อมูลเข้ามาน้อย

1.5 วัยทำงาน

วัยทำงาน พบว่า ประชาชนอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติมีแนวโน้มลดลงจาก พ.ศ. 2556 ร้อยละ 55.7 เหลือร้อยละ 51.2 ใน พ.ศ. 2564 ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 56) และสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 ดังตารางที่ 4.37 นอกจากนี้พบว่า วัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยวัดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพียงร้อยละ 25.27 ใน พ.ศ. 2563 (DoH Dashboard กรมอนามัย) ส่งผลให้ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 4.38

ตารางที่ 4.37 ร้อยละของวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ปีงบประมาณ 2552, 2556–2564

พ.ศ.	ค่าดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ)		
	Health Data Center	การสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย (ร้อยละ)	
		ชาย	หญิง
2552	-	63.3	52.4
2556	55.7	-	-
2557	54.7	56.3	50.5
2558	52.5	-	-
2559	51.3	-	-
2560	51.8	-	-
2561	52.8	-	-
2562	51.9	-	-
2563	52.0	52.1	45.5
2564	51.2	-	-

ที่มา : - ระบบรายงาน Health Data Center

- รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 และครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.38 ความชุก (ร้อยละ) ของภาวะสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2551-2552, พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2563

ภาวะสุขภาพ	พ.ศ. 2551-2552	พ.ศ. 2557	พ.ศ. 2563
ความดันโลหิตสูง	21.4	24.7	25.4
เบาหวาน	6.9	8.9	9.5
ไขมันในเลือดสูง	19.4	16.4	23.5
โรคหลอดเลือดสมอง	1.4	1.8	1.5

ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552, ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 และครั้งที่ 6 พ.ศ. 2563, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

1.6 วัยผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุขมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน พบว่า ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 51.1 (3,709 ตำบล) ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 96.4 (6,997 ตำบล) ในพ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 95) ดังตารางที่ 4.39 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 83,598 คน ใน พ.ศ. 2560 เป็น 155,365 คน ใน พ.ศ. 2564 และได้มีการฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดสังคม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 4.40 สำหรับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำรวจโดย กรมอนามัย วัดจากกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ รับประทานผัก ผลไม้สด มีแนวโน้มลดลง จาก พ.ศ. 2561 ร้อยละ 54.4 เป็นร้อยละ 30.8 ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายในแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ ปีงบประมาณ 2564 (ร้อยละ 50) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวจะส่งผลให้ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 4.41 และตารางที่ 4.42 และความชุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐานของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 15.5 ใน พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 21.7 ใน พ.ศ. 2563 (รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4-6 พ.ศ. 2552, 2557 และ 2563, กระทรวงสาธารณสุข)

ตารางที่ 4.39 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

พ.ศ.	ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ (ตำบล)	ตำบลที่เข้าร่วม (ตำบล)	ร้อยละ	เกณฑ์เป้าหมาย
2560	3,709	7,255	51.1	50%
2561	5,158	7,255	71.1	60%
2562	6,282	7,255	86.6	70%
2563	6,752	7,255	93.1	80%
2564	6,997	7,255	96.4	95%

ที่มา : ระบบรายงาน Long Term Care ผ่านเว็บไซต์สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

ตารางที่ 4.40 การดูแลส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุในชุมชน พ.ศ. 2560-2564

การดูแลส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุในชุมชน	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564
ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน	83,598 คน	186,518 คน	167,118 คน	229,720 คน	155,365 คน
การฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม	6,006,180 คน	6,961,833 คน	7,412,155 คน	7,407,020 คน	7,447,426 คน
การฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน	172,190 คน	181,527 คน	190,658 คน	189,194 คน	204,754 คน
การฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง	36,834 คน	40,409 คน	42,185 คน	43,520 คน	45,182 คน

ที่มา : กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : 1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน ข้อมูลปี 2563, 2564 ได้จากระบบ Health KPI

2. ผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ข้อมูลปี 2560 - 2564 ได้จากระบบ HDC service

ตารางที่ 4.41 ความชุก (ร้อยละ) ของโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552 , พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2563

ภาวะความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด						
พ.ศ.	ความดันโลหิตสูง	โรคเบาหวาน	คอเลสเตอรอลในเลือดสูง	อ้วน (BMI 7.25 kg/m^2)	อ้วนลงพุง	Metabolic syndrome
2552	48.1	15.9	26.1	29.9	36.0	36.8
2557	53.2	18.1	19.0	35.4	49.4	46.8
2563	60.7	20.4	23.8	38.4	46.5	39.8

ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4-6 พ.ศ. 2552, 2557 และ 2563, กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.42 ความชุก (ร้อยละ) ของโรคเรื้อรังที่สำคัญในผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552 , พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2563

โรคเรื้อรังที่สำคัญ											
พ.ศ.	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	หลอดเลือดสมอง	ถุงลมโป่งพองหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง	เกาต์	หอบหืด	ข้อเข่าเสื่อม	ไตเรื้อรัง	ธาลัสซีเมีย	มะเร็ง	เรื้อนกวางโรคสะเก็ดเงิน	นิ่วในทางเดินปัสสาวะ
2552	3.9	3.5	2.0	6.2	4.3	-	2.5	-	-	-	-
2557	4.8	2.7	1.6	5.6	4.6	22.5	-	-	-	-	-
2563	3.9	2.9	1.2	5.8	4.8	17.7	4.0	0.4	1.5	0.6	2.4

ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4-6 พ.ศ. 2552, พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2563, กระทรวงสาธารณสุข

2. การป้องกันและควบคุมโรค

2.1 โรคติดต่อที่สำคัญ

โรคติดต่อที่สำคัญที่ยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไข้เลือดออก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และวัณโรค แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่ก็ยังเป็นปัญหามาจนถึงปัจจุบัน ดังตารางที่ 4.43 และดังตารางที่ 4.44

ตารางที่ 4.43 อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2555-2564

โรคติดต่อ	พ.ศ. 2555	พ.ศ. 2556	พ.ศ. 2557	พ.ศ. 2558	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	1,913.35	1,756.48	1,708.75	1,854.21	1,847.05	1,571.83	1,843.43	1,622.77	1,274.11	825.92
โรคเอดส์	NA	522.33	560.50	598.20	631.50	661.38	689.84	717.02	746.26	783.25
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	51.31	51.50	53.55	61.40	63.83	67.37	65.66	61.03	58.08	44.29
ไข้เลือดออก	123.85	239.51	63.25	224.65	99.77	82.76	84.21	199.23	110.85	11.92
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	-	-	-	-	-	-	-	-	10.52	3,388.13

ที่มา : รายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (รง. 506), สำนักระบาดวิทยา

หมายเหตุ 1. อัตราป่วยโรคเอดส์ พ.ศ. 2561-2564 เป็นข้อมูลจาก NAP Web Report สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. พ.ศ. 2563-2564 ข้อมูลไม่สมบูรณ์ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้รายงานข้อมูลเข้ามาน้อย

ตารางที่ 4.44 อัตราตายด้วยโรคติดต่อ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2555-2564

โรคติดต่อ	พ.ศ. 2555	พ.ศ. 2556	พ.ศ. 2557	พ.ศ. 2558	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	0.04	0.02	0.03	0.005	0.01	0.003	0.01	0.01	0.01	0.001
โรคเอดส์	NA	110.17	127.44	144.44	160.09	177.65	193.88	209.67	226.63	253.7
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ไข้เลือดออก	0.14	0.21	0.08	0.24	0.09	0.11	0.01	0.22	0.08	0.003
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	-	-	-	-	-	-	-	-	0.09	33.07

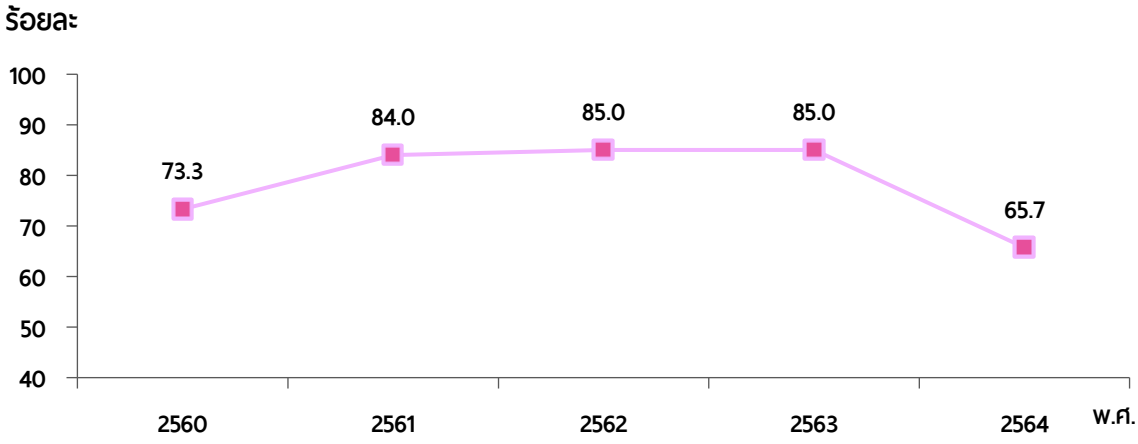
ที่มา : รายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (รง. 506), สำนักระบาดวิทยา

หมายเหตุ 1. อัตราตายโรคเอดส์ พ.ศ. 2561-2564 เป็นข้อมูลจาก NAP Web Report สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. พ.ศ. 2563-2564 ข้อมูลไม่สมบูรณ์ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้รายงานข้อมูลเข้ามาน้อย

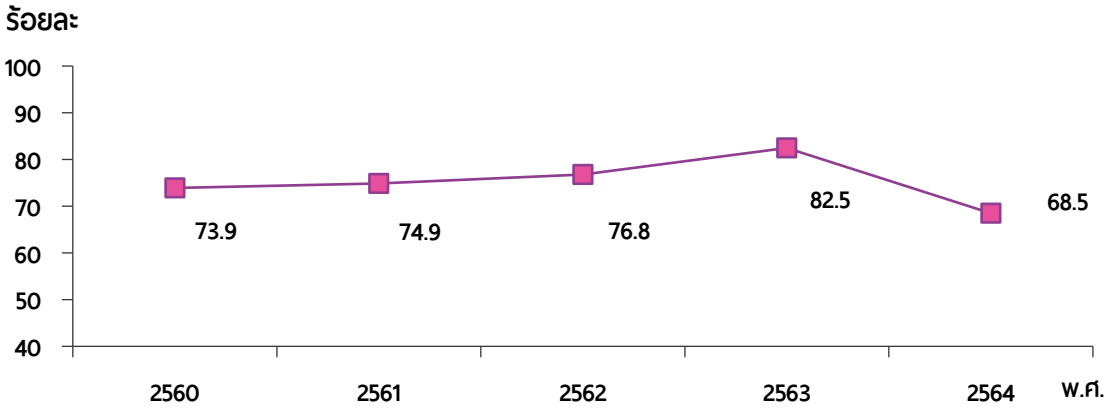
ประเทศไทยตั้งเป้าหมายลดอุบัติการณ์รักษาวัณโรคลง ร้อยละ 12.5 ต่อปี จาก 171 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2527 ให้เหลือ 88 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการส่งต่อ มีการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน จนผลการรักษาสำเร็จ ส่งผลให้อุบัติการณ์วัณโรคลดลง จาก 156.0 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2560 เหลือ 130.9 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2563 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ลดลงร้อยละ12.5 ต่อปี) ส่วนอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่กลับเป็นซ้ำ มีแนวโน้มลดลงจาก พ.ศ. 2560 ร้อยละ 73.3 เป็นร้อยละ 65.7 ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (≥ร้อยละ 90) และความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 73.9 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 68.5 ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (≥ร้อยละ 90) ดังภาพที่ 4.19 และภาพที่ 4.20

ภาพที่ 4.19 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ พ.ศ. 2560-2564



ที่มา : http://pa.ddc.moph.go.th/TB_PA/index, กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 4.20 ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ พ.ศ. 2560-2564

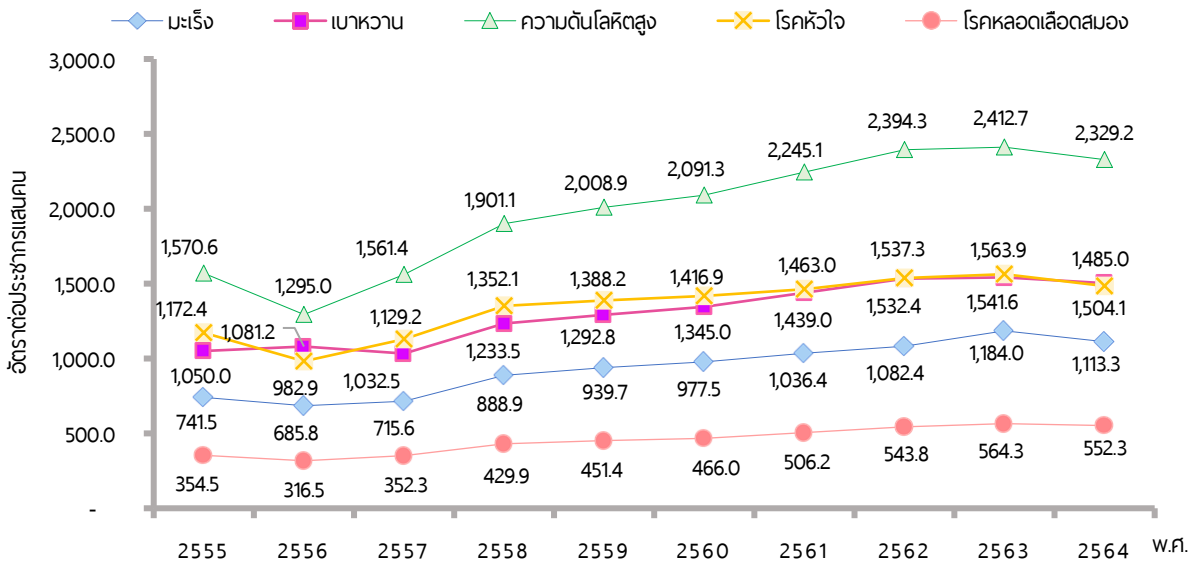


ที่มา : http://bcmthailand.ddc.moph.go.th/uiform/dashboardtb.aspx , กรมควบคุมโรค

2.2 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

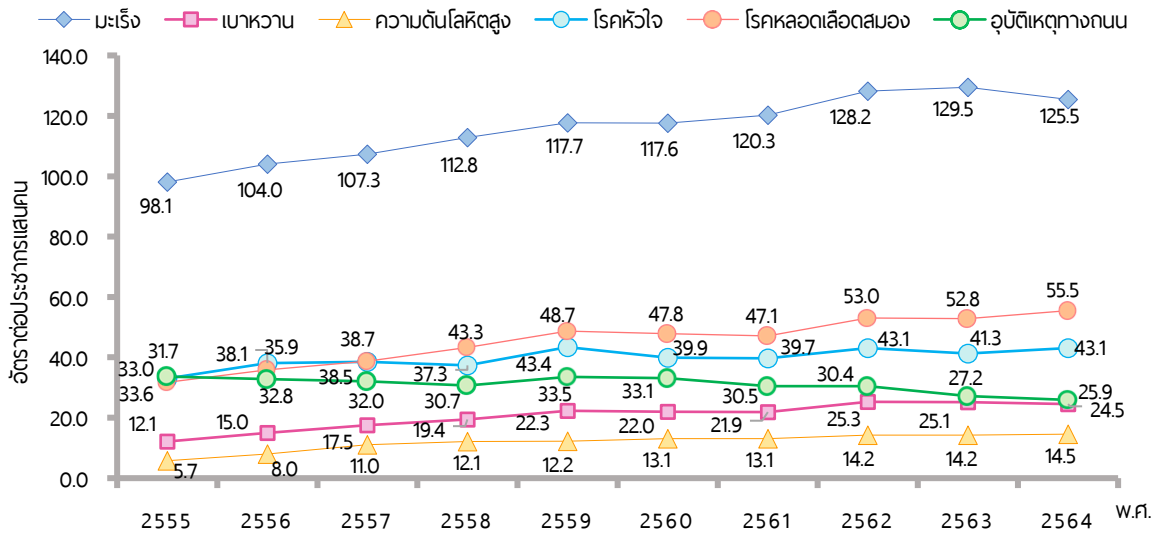
สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของคนทั่วโลกและของประเทศไทย โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ใน พ.ศ. 2560-2564 มีแนวโน้มคงที่ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการสำคัญเพื่อปกป้องประชาชนจากปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยดำเนินการยกระดับกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การห้ามใช้ไขมันทรานส์ การใช้มาตรการทางภาษีสำหรับเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม สำหรับอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มลดลง จาก 34.3 ใน พ.ศ. 2554 (21,996 คน) เหลือ 25.9 (16,957 คน) ใน พ.ศ. 2564 อันเป็นผลจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีการใช้มาตรการห้ามออกนอกเคหะสถานในระหว่างเวลา 21.00-04.00 น. ของวันรุ่งขึ้น เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง มาตรการจำกัดการเคลื่อนย้าย และเพิ่มความเข้มงวดการเดินทางข้ามจังหวัด แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ลดลงร้อยละ 50 จาก พ.ศ. 2554) ดังภาพที่ 4.21 และภาพที่ 4.22

ภาพที่ 4.21 อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2555-2564



ที่มา : รายงานการป่วย พ.ศ. 2555-2564, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 4.22 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2555-2564



ที่มา : - สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2555-2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) , กรมควบคุมโรค

2.3 การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

จากสถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประเทศไทยมีความน่าเป็นห่วง หากเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคไตหรือโรคอื่นๆ เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควร กระทรวงสาธารณสุขได้มีการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงฯ คงที่ โดยใน พ.ศ. 2564 มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงฯ ร้อยละ 2.2

ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ไม่เกินร้อยละ 2.16) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 81.7 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 83.3 ใน พ.ศ. 2564 แต่ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (≥ร้อยละ 90) สำหรับการดำเนินงานโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก พ.ศ. 2560 ร้อยละ 23.2 เป็นร้อยละ 29.2 ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (≥ร้อยละ 40) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มสงสัยได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.9 ใน พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 76.2 ใน พ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (≥ร้อยละ 40) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.8 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 46.9 ใน พ.ศ. 2564 ถือว่าไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (≥ร้อยละ 50) ขณะที่ผลสำรวจพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาและควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 26.3 ใน พ.ศ. 2563 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 22.6 ใน พ.ศ. 2563 (รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการดูแลร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 -2563 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

3. คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

3.1 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ผู้บริโภคมีความปลอดภัย สนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ตลอดจนการเฝ้าระวังตรวจสอบคุณภาพ และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพในท้องตลาด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้บริโภค รวมถึงเน้นการนำนวัตกรรมใหม่ๆ และระบบอิเล็กทรอนิกส์มาพัฒนาระบบงานเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศและคุณภาพชีวิตของประชาชนในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการดำเนินงานที่สำคัญคือ เก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย ร้อยละ 84.6-97.4 ใน พ.ศ. 2560-2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 70 ของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย) และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย ร้อยละ 85.5-90.8 ใน พ.ศ. 2562-2564 มีข้อสังเกตว่า มีการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้ปีละ 100-800 ตัวอย่าง และผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้ปีละ 1,500-1,800 ตัวอย่าง จะใช้เป็นตัวแทนของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป และผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดได้หรือไม่

รัฐบาลได้เดินหน้าปฏิรูปเศรษฐกิจไปสู่ “Thailand 4.0” โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งมีมูลค่าการผลิตและการส่งออกสูงมากต่อปี กระทรวงสาธารณสุขได้ขานรับนโยบายดังกล่าว โดยปรับปรุงกระบวนการออกใบอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพให้รวดเร็วยิ่งขึ้น เช่น การปรับลดระยะเวลาการพิจารณาอนุญาตปรับปรุงกฎระเบียบ มอบอำนาจให้ส่วนภูมิภาคดำเนินการใช้อำนาจ ตามมาตรา 44 ตลอดจนนำระบบ e-Submission มาเพิ่มประสิทธิภาพในการออกใบอนุญาตให้ผู้ประกอบการ และเพิ่มช่องทางการชำระเงินทางอิเล็กทรอนิกส์ e-payment ส่งผลให้ลดระยะเวลากระบวนการพิจารณาอนุญาตลงเฉลี่ยร้อยละ 27.4 ลดเอกสารที่ซ้ำซ้อน เช่น การขึ้นทะเบียนวัคซีนสำหรับมนุษย์ จากเดิมพิจารณา 350 วัน เหลือ 280 วัน การขึ้นทะเบียนตำรับยาเพื่อการส่งออก จากเดิมพิจารณา 45 วัน เหลือ 20 วัน ทำให้มีการอนุญาตแล้วเสร็จเพิ่มขึ้น จาก 605,019 รายการ ใน พ.ศ. 2559 เป็น 810,302 รายการ ใน พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ ผลลัพธ์จากการปรับเปลี่ยนการให้บริการ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.03 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 79.85 ใน พ.ศ. 2561

3.2 คุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ ดูแลสถานพยาบาลและสถานประกอบการให้มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยในการมาใช้บริการสุขภาพ โดยมีผลการดำเนินงานดังนี้ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการส่งเสริมให้ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 87.3 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 95.8 ใน พ.ศ. 2562 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 100) ใน พ.ศ. 2563 ได้ปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์เป็นอัตราการเพิ่มขึ้นของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้มาตรฐานการท่องเที่ยว (เป้าหมายเพิ่มขึ้นร้อยละ 5) พบว่า สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้มาตรฐานการท่องเที่ยว เพิ่มขึ้นร้อยละ 59.3 ใน พ.ศ. 2564 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2563

4. พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

การพัฒนาระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเน้นการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ โดยสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล จังหวัด ท้องถิ่น ในการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม อันส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีผลการดำเนินงานดังนี้

(1) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital

ในการพัฒนาโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นไปตามหลักสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมด้วยกิจกรรม GREEN กลยุทธ์ CLEAN พบว่า ใน พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 56.5 (541 แห่ง) รองลงมา ระดับดีมาก ร้อยละ 37.4 (358 แห่ง) ระดับดี ร้อยละ 5.9 (57 แห่ง) และระดับพื้นฐาน ร้อยละ 0.2 (2 แห่ง) บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 40 ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 90) ดังตารางที่ 4.45

ตารางที่ 4.45 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN พ.ศ. 2560-2564

พ.ศ.	จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด	ไม่ได้รับการประเมิน	ไม่ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน (แห่ง)	ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก PLUS
2560	959	6 (0.6%)	70 (7.3%)	495 (51.6%)	287 (29.9%)	101 (10.5%)	-
2561	958	-	-	194 (20.3%)	388 (40.5%)	376 (39.3%)	-
2562	958	-	-	44 (4.6%)	237 (24.7%)	432 (45.1%)	245 (25.6%)
2563	958	-	-	2 (0.2%)	139 (14.5%)	430 (44.9%)	387 (40.4%)
2564	958	-	-	2 (0.2%)	57 (5.9%)	358 (37.4%)	541 (56.5%)

ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : - ปี 2560 โรงพยาบาลไม่ได้รับการประเมิน 6 แห่ง เนื่องจากไม่มีความพร้อม
- ปี 2562 เริ่มมีการประเมินเกณฑ์ระดับดีมาก PLUS

(2) จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

ปัญหามลพิษที่เกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ปัญหามลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ มลพิษทางเสียง หรือมลพิษจากขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประเมินระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในระดับจังหวัด พ.ศ. 2564 พบว่า จังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ระดับดีมาก ร้อยละ 82.9 (63 จังหวัด) บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 70 ของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ) ดังตารางที่ 4.46

ตารางที่ 4.46 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ปีงบประมาณ พ.ศ.	ค่าเป้าหมาย	ผลการประเมิน			
		ไม่ผ่านเกณฑ์	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก
2560	ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 39.5 (30 จังหวัด)	ร้อยละ 46.1 (35 จังหวัด)	ร้อยละ 14.5 (11 จังหวัด)	0
2561	ร้อยละ 90 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 34.2 (26 จังหวัด)	ร้อยละ 48.7 (37 จังหวัด)	ร้อยละ 17.1 (13 จังหวัด)	0
2562	ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 39.5 (30 จังหวัด)	ร้อยละ 43.4 (33 จังหวัด)	ร้อยละ 14.5 (11 จังหวัด)	ร้อยละ 2.6 (2 จังหวัด)
2563	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป			ร้อยละ 92.1 (70 จังหวัด)	
2564	ร้อยละ 70 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก				ร้อยละ 82.9 (63 จังหวัด)

ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

4.3.2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ

ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ เน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ที่เชื่อมโยงกับศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงเป็นเครือข่ายอย่างบูรณาการ โดยจัดให้มีการดำเนินงานในรูปแบบของเขตสุขภาพ 12 เขต และกรุงเทพมหานคร และใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ทั่วถึงและเป็นธรรม ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย ดำเนินการ 19 สาขา และในปีงบประมาณ 2562 เพิ่ม 1 สาขาคือ สาขากัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย 56 ตัวชี้วัด ได้มีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญที่ส่งผลต่อผลสำเร็จของแผนงาน/โครงการ จำนวน 24 ตัวชี้วัด พบว่า บรรลุเป้าหมาย 8 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 33.3) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ 16 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.7) ดังตารางที่ 4.47

การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ในเรื่อง คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ไม่บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ ได้แก่ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ ไต การรักษามะเร็งภายในระยะเวลาที่กำหนด มะเร็งปอด การติดเชื้อในกระแสเลือด การผ่าตัดแบบแผลเล็ก

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ สำหรับการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง การดำเนินงานด้านการพัฒนาอุตสาหกรรมทางการแพทย์ ยังไม่สามารถเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมได้ตามเป้าหมาย ส่วนการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพ พบว่า การพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3 ของโรงพยาบาลสังกัดกรม โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตามมาตรฐาน 5 ดาว ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ เช่นกัน

ตารางที่ 4.47 การบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	จำนวน (ตัวชี้วัด)	บรรลุเป้าหมาย	ไม่บรรลุเป้าหมาย
1. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	2	1 (50.0)	1 (50.0)
2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	17	5 (29.4)	12 (70.6)
3. การพัฒนาอุตสาหกรรมทางการแพทย์	2	1 (50.0)	1 (50.0)
4. การพัฒนาคุณภาพสถานบริการ	3	1 (33.3)	2 (66.7)
รวม	**24**	**8 (33.3)**	**16 (66.7)**

เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ พบดังนี้

1. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
3. อุตสาหกรรมทางการแพทย์
4. พัฒนาคุณภาพสถานบริการ

1.การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

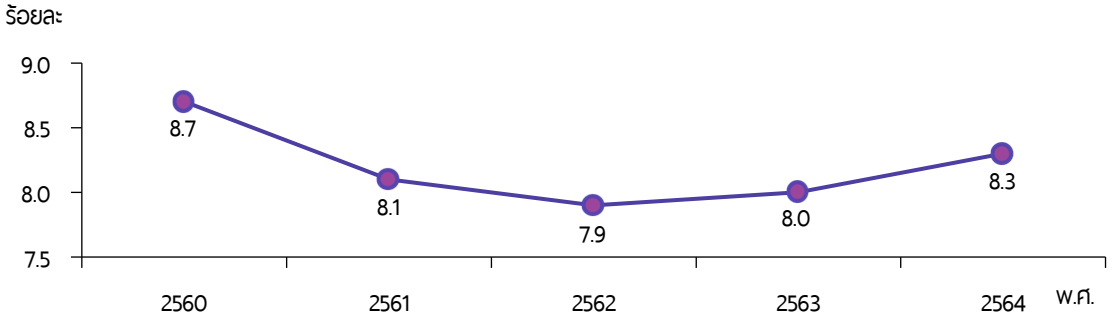
กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยพัฒนาระบบคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อให้สอดรับกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2560 ซึ่งระบุว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว จัดให้มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชน จำนวน 10,000 คนต่อ 1 ทีม ประกอบด้วย 9 สหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ทันตาภิบาล เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย และนักกายภาพบำบัด โดยมีคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ เป็น 2,512 ทีม สะสม ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (3,250 ทีม สะสม) และดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้มีอำเภอที่มีการดำเนินการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ จำนวน 659 อำเภอ จาก 878 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 75.1 ใน พ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 75)

2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

2.1 พัฒนาระบบบริการ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ด้วยสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพเป็นผลกระทบโดยตรง ซึ่งก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นภัยเงียบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ความพิการ การสูญเสียสุขภาวะ การตายก่อนวัยอันควร เป็นภาระต่อการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งของครอบครัวและประเทศชาติ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการรณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก เน้นให้ประชาชนรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สังเกตอาการตนเอง หากมีอาการให้รีบไปพบแพทย์ทันที โดยมีการจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับ A, S และ M จำนวน 83 แห่ง มีเตียงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 714 เตียง ผลการดำเนินงานพบว่า อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดลงจากร้อยละ 8.7 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 8.3 ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (<ร้อยละ 7 ใน พ.ศ. 2564) ดังภาพที่ 4.23

ภาพที่ 4.23 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2560-2564



ที่มา : กรมการแพทย์

หมายเหตุ : ใช้ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center

2.2 พัฒนาระบบบริการเพื่อใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU)

องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของการใช้ยาเป็นไปอย่างไม่เหมาะสมหรือไม่สมเหตุผล เกิดปัญหาต่อประสิทธิผลของการรักษาและเชื้อโรคดื้อยามากขึ้น ในประเทศไทยคาดว่ามีมูลค่าสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล ผลการดำเนินงาน พบว่า โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 1 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.5 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 99.8 ใน พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 2 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.3 ใน พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.2 ใน พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 3 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.2 ใน พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 32.7 ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (RDU ขั้นที่ 3 ≥ร้อยละ 80) ดังตารางที่ 4.48

สำหรับโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82.9 ใน พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 96.7 ใน พ.ศ. 2563 และลดลงเหลือร้อยละ 61.2 ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (≥ร้อยละ 70) เนื่องจากโรงพยาบาลมุ่งเน้นการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การดำเนินงานด้านนี้ลดลง ดังตารางที่ 4.49

ตารางที่ 4.48 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ขั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 80

พ.ศ.	จำนวนทั้งหมด (แห่ง)		เป้าหมาย	ผลการประเมิน (แห่ง)	คิดเป็นร้อยละ
2560	ขั้น 1	870	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	535	61.5
2561	ขั้น 1	894	ร้อยละ 80	767	85.8
	ขั้น 2	894	ร้อยละ 20	65	7.3
2562	ขั้น 1	896	≥ ร้อยละ 95	894	99.8
	ขั้น 2	896	≥ ร้อยละ 20	371	41.4
2563	ขั้น 2	895	≥ ร้อยละ 60	515	57.5
	ขั้น 3	895	ร้อยละ 20	261	29.2
2564	ขั้น 2	895	≥ ร้อยละ 62	512	57.2
	ขั้น 3	895	≥ ร้อยละ 80	293	32.7

ที่มา : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.49 ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบการจัดการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) (≥ร้อยละ 70)

พ.ศ.	เป้าหมายที่ตั้งไว้	ผลการประเมิน	คิดเป็นร้อยละ
2561	117	97	82.9
2562	119	115	96.6
2563	121	117	96.7
2564	121	74	61.2

ที่มา : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.3 การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามกรอบความร่วมมือระบบบริการและจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ประกอบด้วย ความร่วมมือระหว่างกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงกลาโหม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ 20 คณะแพทย์ จาก 19 มหาวิทยาลัย และผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข 12 เขตสุขภาพ เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2559 โดยมีประเด็นความร่วมมือ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขและระบบส่งต่อ 2) ด้านผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ และ3) ด้านวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข และได้จัดทำยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่างๆ ในภาพรวมของประเทศในระยะยาว (5-10 ปี) พ.ศ. 2563-2570

ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์หลัก คือ 1) การสร้างความสามารถในการแข่งขันระหว่างประเทศ 2) การสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ และ 3) การลดความเหลื่อมล้ำของการได้รับบริการและสถานพยาบาล และได้ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2563 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ระดับ ทุติยภูมิและตติยภูมิที่มีประสิทธิภาพ สามารถแข่งขันกับนานาชาติ เพื่อให้ประเทศไทยมีความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์ สถาบันการ ศึกษาและการวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งการอนุมัติแผนดังกล่าวเมื่อปลาย พ.ศ. 2563 อาจทำให้การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ล่าช้า และการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากจะสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก ใน พ.ศ. 2564 โดยกำหนดเป้าหมายการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี ผลการประเมินพบว่า การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ 11.2 ใน พ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี) มีข้อสังเกตว่า ตัวชี้วัดนี้ไม่สะท้อนการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ดังตารางที่ 4.50

ตารางที่ 4.50 ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ พ.ศ. 2560-2564

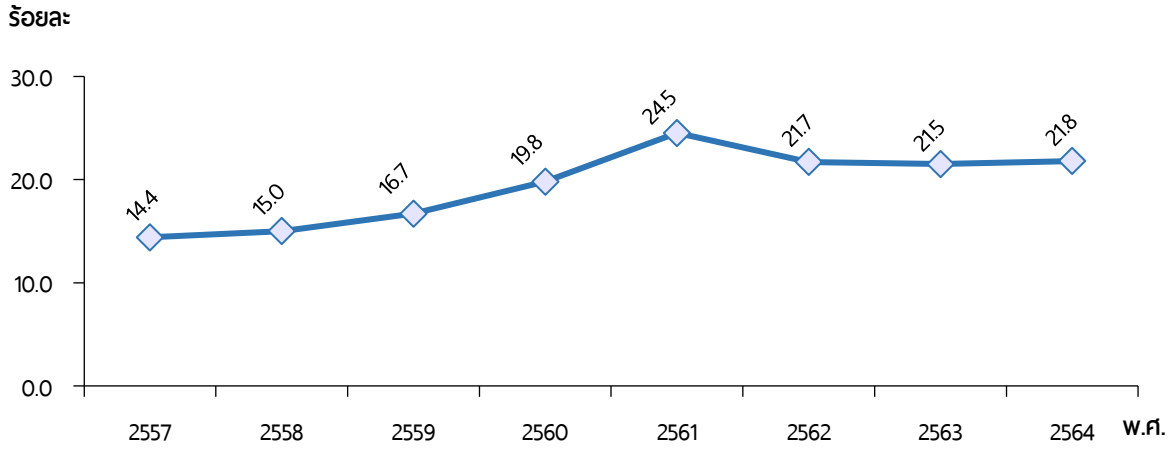
พ.ศ.	เป้าหมาย	ส่งต่อนอกเขตสุขภาพ ปีที่ผ่านมา (ราย)	ส่งต่อนอกเขตสุขภาพ ปีปัจจุบัน (ราย)	ผลการดำเนินการ
2560	ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี	1,533	1,428	ลดลงร้อยละ 6.8
2561	ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี	17,931	18,043	เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.6
2562	ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี	20,873	20,100	ลดลงร้อยละ 3.7
2563	ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี	21,573	20,708	ลดลงร้อยละ 4.0
2564	ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี	20,405	18,115	ลดลงร้อยละ 11.2

ที่มา : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.4 การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการส่งเสริมการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลทุกระดับ เพื่อลดการใช้ยาแผนปัจจุบันและส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยที่ได้มาตรฐาน เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.4 ใน พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 21.8 ใน พ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 20) ดังภาพที่ 4.24

ภาพที่ 4.24 ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2557-2564

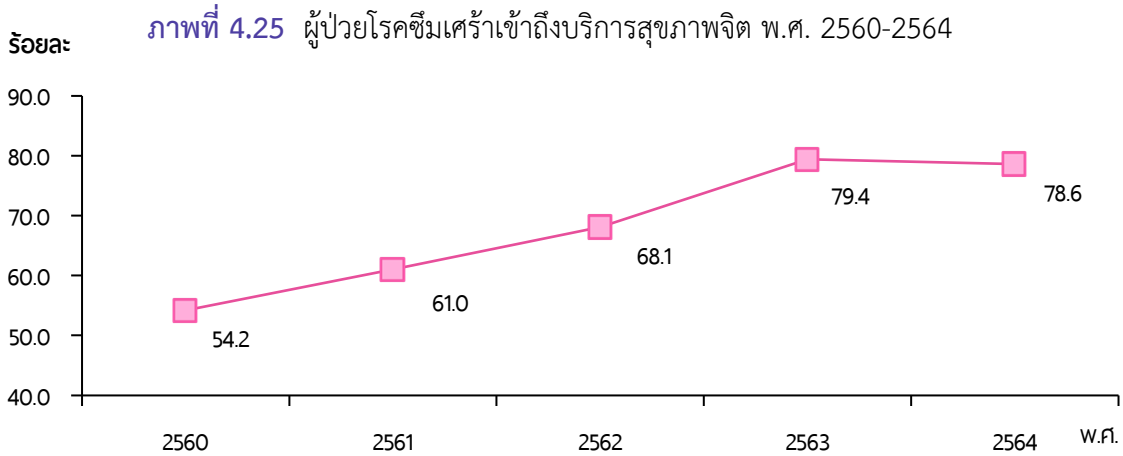


ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2.5 การพัฒนาระบบสุขภาพจิตและจิตเวช

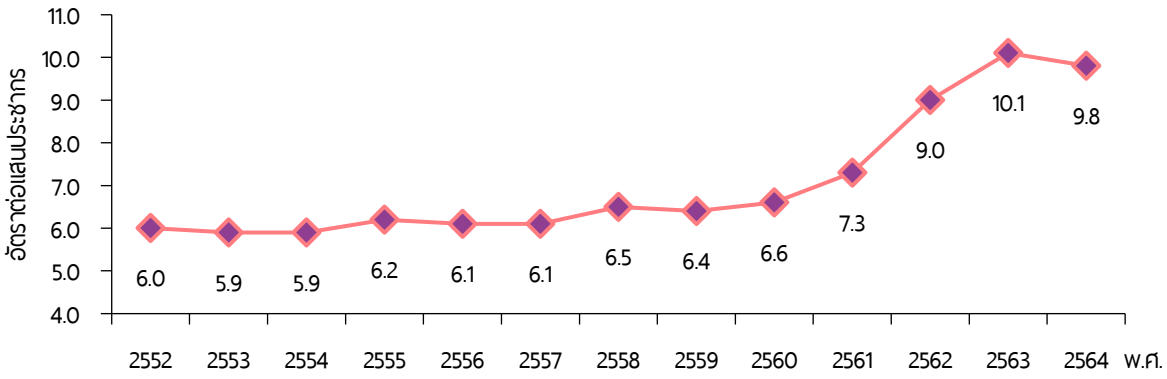
กระทรวงสาธารณสุขได้จัดบริการสำหรับผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.2 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 78.6 ใน พ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 70) ในขณะเดียวกันพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มคงที่ตั้งแต่ พ.ศ. 2552-2559 อยู่ระหว่าง 5.9-6.4 และตั้งแต่ พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 6.6 ต่อแสนประชากร เป็น 9.8 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ (ไม่เกิน 6.0 ต่อแสนประชากร) ดังภาพที่ 4.25 และภาพที่ 4.26

ภาพที่ 4.25 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต พ.ศ. 2560-2564



ที่มา : http://hdservic.moph.go.th และ www.thaidepression.com, กรมสุขภาพจิต

ภาพที่ 4.26 อัตราการฆ่าตัวตาย ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2552-2564



ที่มา : สถิติสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

2.6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะที่รุนแรง มีลักษณะอาการของโรคที่ดำเนินอย่างรวดเร็ว และมีอัตราการเสียชีวิตสูงในโรงพยาบาล โดยอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis อยู่ระหว่าง 31.7-34.8 ใน พ.ศ. 2560-2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (<ร้อยละ 24) ดังตารางที่ 4.51

ตารางที่ 4.51 อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา พ.ศ. 2560-2564

พ.ศ.	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
2560	< 30	33.1
2561	< 30	34.8
2562	< 30	32.3
2563	< 30	31.7
2564	< 24	33.7

ที่มา : กรมการแพทย์

หมายเหตุ : ใช้ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center

2.7 พัฒนาระบบสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

โรคหัวใจและหลอดเลือดกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุข จากสถิติองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2559 พบมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 17.7 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 31 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการขยายบริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจโดยให้บริการผ่าตัดโรคหัวใจเพิ่มขึ้น มีการกำหนดช่องทางด่วน (Fast track) เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการรักษาผู้ป่วยให้รวดเร็ว ทันเวลา ใน พ.ศ. 2560-2561 เป็นการวัดผลร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงขึ้นไป ให้ยาละลายลิ่มเลือด ผลการดำเนินงานพบว่า โรงพยาบาลชุมชนให้ยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 648 แห่ง จาก 661 แห่ง สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดระหว่างร้อยละ 38.0-49.5 ใน พ.ศ. 2562-2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 80 ได้รับการให้ยาละลายลิ่มเลือด) ดังตารางที่ 4.52

ตารางที่ 4.52 ผู้ป่วย STEMI ได้รับการให้ยาละลายลิ่มเลือด พ.ศ. 2562-2564

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย STEMI	จำนวนผู้ป่วยที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด	ผลการดำเนินงาน
2562	1,510 ครั้ง	747 ครั้ง	49.5
2563	26,424 ครั้ง	10,032 ครั้ง	38.0
2564	7,311 ครั้ง	885 ครั้ง	47.6

ที่มา : ระบบ Thai ACS Registry, กรมการแพทย์

2.8 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

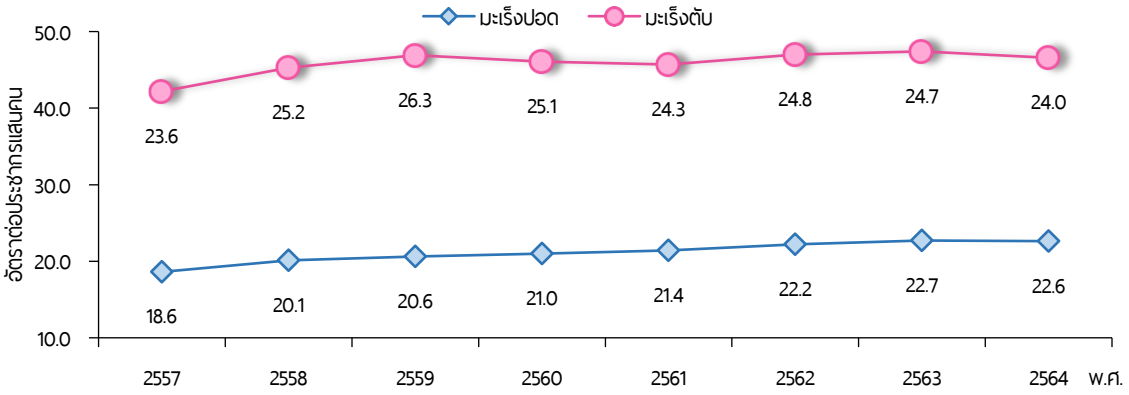
โรคมะเร็ง ถือว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย และมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย รวมถึงปัจจัยภายในร่างกาย เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม ในส่วนของการรักษามะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก โดยทั่วไปมีการรักษา 3 วิธี ได้แก่ การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด และการรักษาด้วยรังสี ภายในระยะเวลาที่กำหนด พบว่าในพ.ศ. 2564 ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 71.1 รักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 71.5 และรังสีรักษา ร้อยละ 62.5 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด) ดังตารางที่ 4.53 สำหรับอัตราตายจากโรคมะเร็งตับในพ.ศ. 2564 เป็น 24.0 ต่อแสนประชากร ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (23.7 ต่อแสนประชากร) ส่วนอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดเป็น 22.6 ต่อแสนประชากร ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (19 ต่อแสนประชากร) ดังภาพที่ 4.27

ตารางที่ 4.53 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด พ.ศ. 2560-2564

พ.ศ.	ผ่าตัด		เคมีบำบัด		รังสีรักษา	
	เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ	ผลการดำเนินงาน
2560	85	79.0	85	81.9	85	74.6
2561	85	72.1	85	73.5	85	52.7
2562	85	70.8	85	70.6	85	55.0
2563	85	70.6	85	73.3	85	59.8
2564	85	71.1	85	71.5	85	62.5

ที่มา : ข้อมูล Thai Cancer Based กรมการแพทย์

ภาพที่ 4.27 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งปอดต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2557-2564



ที่มา : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557-พ.ศ. 2564, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

2.9 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

คนไทยป่วยด้วยโรคไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องประมาณ 15-20% กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคลินิก CKD (Chronic Kidney Disease) ในโรงพยาบาลทุกระดับ และพบว่า อัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73 m2/yr เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.1 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 65.9 ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 69) ดังตารางที่ 4.54

ตารางที่ 4.54 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73 m2/yr ปี 2560-2564

พ.ศ.	เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน
2560	69	63.1
2561	69	59.7
2562	69	60.3
2563	69	65.5
2564	69	65.9

ที่มา : กรมการแพทย์

หมายเหตุ : ใช้ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center

2.10 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ One Day Surgery

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) คือ ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดมาจากที่บ้านและมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาล ซึ่งหลังพักฟื้นจากการผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและกลับบ้านได้ภายในวันเดียว ดำเนินการใน พ.ศ. 2561 ใน 12 กลุ่มโรค เพิ่มเป็น 24 กลุ่มโรค ใน พ.ศ. 2562 เป็น 31 กลุ่มโรค ใน พ.ศ. 2563 และเพิ่มเป็น 45 กลุ่มโรค ใน พ.ศ. 2564 โดยพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการ

ผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 22.5 ใน พ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 15 และเพิ่มหัตถการอย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี) ดังตารางที่ 4.55 สำหรับการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery กำหนดให้มีการดำเนินงานตั้งแต่ พ.ศ. 2560 แต่เริ่มดำเนินการใน พ.ศ. 2563 และมีการวัดผลใน พ.ศ. 2564 ซึ่งวิธีการวัดไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ฯ ผลการดำเนินงานผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี หรือถุงน้ำดีอักเสบ จำนวน 7 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไข 5,212 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.13 ไม่สามารถเปรียบเทียบกับเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯได้ จึงถือว่า ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 25 และเพิ่มหัตถการอย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี) ส่วนการเพิ่มหัตถการผ่าตัดผ่านกล้องใน พ.ศ. 2563 เพิ่มจาก 1 รายการ เป็น 4 รายการ และจาก 4 รายการ เป็น 9 รายการ ใน พ.ศ. 2564

ตารางที่ 4.55 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery พ.ศ. 2562-2564

พ.ศ.	เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขการเข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ ODS	ร้อยละ
2562	15.0	8,817	8,005	90.8
2563	15.0	14,767	13,763	93.2
2564	15.0	69,621	15,658	22.5

ที่มา : กรมการแพทย์
หมายเหตุ : พ.ศ. 2561 ข้อมูลไม่สมบูรณ์

2.11 พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคฉุกเฉิน จึงได้พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อ โดยการพัฒนาห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินคุณภาพ พบว่า ใน พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกแห่ง และมีระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินคุณภาพ (Emergency Care System : ECS) ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ 60 เตียงขึ้นไป ร้อยละ 88.1 ใน พ.ศ. 2560

ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.9 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 24.0 ในพ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (>ร้อยละ 30) ดังตารางที่ 4.56 และพบว่า อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน 24 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.0 ใน พ.ศ. 2561 เป็น ร้อยละ 10.7 ใน พ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (<ร้อยละ 12)

ตารางที่ 4.56 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

พ.ศ.	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมด	ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	ร้อยละ
2560	521,422	98,732	18.9
2561	404,902	111,256	27.5
2562	242,683	56,628	22.5
2563	57,451	23,144	40.3
2564	169,116	40,539	24.0

ที่มา : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

3. อุตสาหกรรมทางการแพทย์

3.1 พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้เป็นที่ยอมรับของตลาดโลก ทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงมีศักยภาพในการแข่งขันในตลาดโลก จากการประเมินศักยภาพของอุตสาหกรรมสมุนไพร พบว่า อุตสาหกรรมสมุนไพรเป็นอุตสาหกรรมที่มีศักยภาพสามารถสร้างความยั่งยืนและสร้างรายได้ให้กับประชากร โดยมีการพัฒนาเมืองสมุนไพรจำนวน 4 จังหวัด ใน พ.ศ. 2561 ขยายการพัฒนาเมืองสมุนไพรจำนวน 14 จังหวัด ใน พ.ศ. 2564 ถือว่าบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (13 จังหวัด) และมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรลดลงจาก 52,171 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2562 เป็น 45,997.9 ล้านบาท หรือลดลงร้อยละ 11.8 จึงไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (เพิ่มขึ้น 2.90-3.62 แสนล้านบาท)

3.2 กัญชาทางการแพทย์

ประเทศไทยได้เปิดโอกาสให้นำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ได้ใน พ.ศ. 2562 โดยการปรับปรุง พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2562 เพื่อประโยชน์ในการรักษาและพัฒนาทางการแพทย์ ใน พ.ศ. 2564 มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 691 แห่ง จาก 900 แห่ง สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ จำนวน 16 แห่ง จากจำนวน 27 แห่ง ส่วนสถานพยาบาลเอกชนมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ จำนวน 64 แห่ง ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ พ.ศ. 2564 จำนวน 23,463 ราย และมีผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ จำนวน 2,160 ราย

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ติดตามประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้ยากัญชารักษาโรค พบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยากัญชามากขึ้นและมีความปลอดภัยสูง ในด้านการต่อยอดทางเศรษฐกิจครอบครัว ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้กัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เพื่อปลดล็อคทุกส่วนกัญชาออกจากความเป็นยาเสพติดอย่างสิ้นเชิง ยกเว้นสารสกัดของกัญชาที่มีค่า THC เกินร้อยละ 0.2 เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนได้ใช้ประโยชน์จากกัญชา กัญชง อย่างเหมาะสม สามารถปลูกกัญชาทั้งการใช้ในครัวเรือน การดูแลผู้ป่วย หรือเชิงพาณิชย์ได้

4. พัฒนาคุณภาพสถานบริการ

4.1 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทย มีสถานีอนามัยครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศ ต่อมาใน พ.ศ. 2551 ได้มีการยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยมีการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพใกล้บ้าน กระทรวงสาธารณสุข จึงมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามมาตรฐาน 5 ดาว ผลการประเมิน พบว่า รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 5 ดาว 5 ดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.8 ใน พ.ศ. 2561 (3,409 จาก 9,802 แห่ง) เป็นร้อยละ 70.1 ใน พ.ศ. 2562 (6,914 จาก 9,863 แห่ง) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 100) เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แพร่ระบาดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและขยายเป็นวงกว้างมากขึ้น จึงให้ชะลอการประเมิน รพ.สต. ติดดาวตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2564

4.2 การพัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของทุกประเทศที่สังคมคาดหวัง คือคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้ประชาชนมารับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย อาศัยมาตรฐานที่อิงหลักการสากลเป็นกรอบในการพัฒนา โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation : HA) สามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยมีสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นผู้ประเมินและรับรองคุณภาพของสถานบริการ ผลการประเมินพบว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3 ร้อยละ 98.8 ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 100 ใน พ.ศ. 2564) ส่วนโรงพยาบาลชุมชน ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3 ร้อยละ 88.1 ใน พ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 80-100 ใน พ.ศ. 2564) ดังตารางที่ 4.57

ตารางที่ 4.57 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3 พ.ศ. 2560-2564

หน่วยงาน	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.0 (160 จาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 98.2 (162 จาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 99.4 (164 จาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 99.4 (164 จาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 98.8 (165 จาก 167 แห่ง)
โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 74.1 (578 จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 80.4 (627 จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 89.0 (653 จาก 734 แห่ง)	ร้อยละ 92.3 (686 จาก 743 แห่ง)	ร้อยละ 88.1 (652 จาก 740 แห่ง)

4.3.3 ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ

กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ ที่มุ่งเน้นการจัดการกำลังคน การพัฒนาบุคลากร การผลิตและการกระจายกำลังคน ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแต่ละระดับ ตลอดจนการสร้างขวัญและกำลังใจของบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อธำรงรักษาบุคลากรให้เพียงพอและมีความเป็นมืออาชีพ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ ประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัด ได้มีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญที่ส่งผลต่อผลสำเร็จของแผนงาน/โครงการ จำนวน 3 ตัวชี้วัด พบว่า การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ ดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนดแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ซึ่งการบริหารจัดการกำลังคนในด้านการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงาน ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สำหรับการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยนำแบบประเมิน Happinometerมาใช้ในการวัดความสุขของคนทำงานของหน่วยงาน ดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ดังตารางที่ 4.58

ตารางที่ 4.58 การบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	จำนวน (ตัวชี้วัด)	บรรลุเป้าหมาย	ไม่บรรลุเป้าหมาย
1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	1	1 (100.0)	0 (0.0)
2. การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข	2	1 (50.0)	1 (50.0)
รวม	**3**	**2 (66.7)**	**1 (33.3)**

เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ พบดังนี้

1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
2. การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ได้ดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2564 พบว่า ใน พ.ศ. 2564 เขตสุขภาพจำนวน 7 เขต มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ทั้ง 5 องค์ประกอบ แต่อย่างไรก็ดี ยังไม่ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ดังตารางที่ 4.59

เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพในด้านการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงาน พบว่า ใน พ.ศ. 2564 มีตำแหน่งว่างของหน่วยงาน จำนวน 16,274 ตำแหน่ง จากตำแหน่งทั้งหมด จำนวน 249,678 ตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ 6.5 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากมีการชะลอการให้ตำแหน่งว่าง หน่วยงานจึงไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย ≥9 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4) ดังตารางที่ 4.60

ตารางที่ 4.59 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ทั้ง 5 องค์ประกอบ ปี พ.ศ. 2560-2564

พ.ศ.	เป้าหมาย (เขตสุขภาพ)	จำนวนเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ 5 องค์ประกอบ	ผลการประเมิน
2560	10	5	ไม่ผ่านเกณฑ์
2561	12	5	ไม่ผ่านเกณฑ์
2562	9	6	ไม่ผ่านเกณฑ์
2563	≥6	1	ไม่ผ่านเกณฑ์
2564	≥6	7	ผ่านเกณฑ์

ที่มา : กองบริหารทรัพยากรบุคคล, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยที่ระดับ 3 ใน 5 องค์ประกอบ
ปี 2561 ผ่านเกณฑ์องค์ประกอบ 1-4 ระดับ 3 คะแนน
ปี 2562 ดำเนินการระดับองค์ประกอบ 1-5 ที่ระดับ 5 คะแนน
ปี 2563 ผ่านเกณฑ์เป้าหมายองค์ประกอบ 1-5 ที่ระดับ 3 คะแนน
ปี 2564 คะแนนรวม 5 องค์ประกอบ > 12 คะแนน

ตารางที่ 4.60 ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

พ.ศ.	เป้าหมาย (เขตสุขภาพ)	จำนวนตำแหน่งทั้งหมด	จำนวนตำแหน่งว่าง	ตำแหน่งว่าง (ร้อยละ)	ผลการประเมิน
2560	-	-	-	-	-
2561	-	-	-	-	-
2562	-	-	-	-	-
2563	≥9 (มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4)	238,692	11,017	4.62	ไม่ผ่านเกณฑ์
2564	≥9 (มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4)	249,678	16,274	6.52	ไม่ผ่านเกณฑ์

ที่มา : กองบริหารทรัพยากรบุคคล, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยจัดทำแผนขับเคลื่อนการสร้างสุขของหน่วยงานทุกระดับ สร้างกลไกการสร้างสุขในทุกระดับ มีการนำแบบประเมิน Happinometer มาใช้ในการวัดความสุขของคนทำงาน พัฒนาองค์กรแห่งความสุขที่เป็นต้นแบบ ผลการดำเนินงาน พบว่า หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้เพียงร้อยละ 68.1 ใน พ.ศ. 2561 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) ดังตารางที่ 4.61 และมีหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขต้นแบบ โดยเป็นหน่วยงานระดับกรม 5 กรม จาก 9 กรม คิดเป็นร้อยละ 55.6 และหน่วยงานระดับจังหวัด 44 แห่ง จาก 76 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.9 ใน พ.ศ. 2564 ดังตารางที่ 4.62

ตารางที่ 4.61 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ พ.ศ. 2560-2564

พ.ศ.	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
2560	50	16.7
2561	60	68.1
2562	-	-
2563	-	-
2564	90	-

ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : พ.ศ. 2562-2564 ไม่มีการวัดผลตัวชี้วัดการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้

ตารางที่ 4.62 จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข พ.ศ. 2562-2564

พ.ศ.	จังหวัด			กรม		
	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
2562	76	55	72.4	9	6	66.7
2563	-	-	-	9	7	77.8
2564	76	44	57.9	9	5	55.6

ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

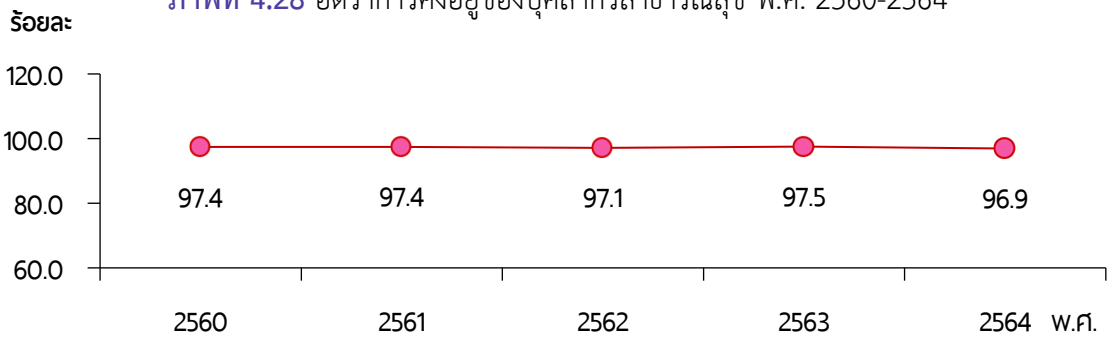
กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้บุคลากรคงอยู่ในระบบ เช่น การเลื่อนขั้นตำแหน่ง การจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นธรรม การศึกษาต่อ การฝึกอบรม เป็นต้น ใน พ.ศ. 2560-2561 มีการปรับปรุงการจ่ายค่าตอบแทนฉบับที่ 11 พ.ศ. 2559 ให้กับแพทย์ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ สหสาขาวิชาชีพ ผู้ที่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วย ในลักษณะเหมาจ่ายเพื่อสร้างแรงจูงใจให้อยู่ในพื้นที่เฉพาะและขาดแคลน และฉบับที่ 12 พ.ศ. 2559 และพ.ศ. 2561 ปรับปรุงการจ่ายเงินเจ้าหน้าที่

ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จ่ายตามภาระงานและปริมาณงาน ซึ่งเกิดขึ้นจริงและเกินกว่าปริมาณภาระงานปกติตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน นอกจากนี้จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID–19) ใน

พ.ศ. 2563 ได้มีการจ่ายค่าตอบแทนความเสี่ยงของบุคลากรในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุม และรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID–19) บรรจุข้าราชการตั้งใหม่ที่ปฏิบัติงานด่านหน้า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จำนวน 24 สายงาน รวมทั้งสิ้น 45,684 อัตรา

ปัจจุบันพบว่าอัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 96.9-97.5 ใน พ.ศ. 2560-2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95) ดังภาพที่ 4.28

ภาพที่ 4.28 อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564



ที่มา : กองบริหารทรัพยากรบุคคล, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4.3.4 ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล

กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล โดยเน้นการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขโดยใช้หลักธรรมาภิบาล พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม รวมทั้งด้านกฎหมายยุทธศาสตร์

ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ประกอบด้วย 20 ตัวชี้วัด ได้มีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญที่ส่งผลต่อผลสำเร็จของแผนงาน/โครงการ จำนวน 9 ตัวชี้วัด ผลการประเมินพบว่า การดำเนินงานด้านนวัตกรรมและบริหารจัดการด้านสุขภาพ สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ยกเว้นการพัฒนาคุณภาพข้อมูลการป่วย ที่ดำเนินการได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดมาก ควรเร่งรัดดำเนินการในแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะต่อไป สำหรับการพัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใสของกระทรวงสาธารณสุข ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดเล็กน้อย ควรต้องมีการพัฒนาหน่วยงานในสังกัด

กระทรวงสาธารณสุขให้ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 และการคลังสุขภาพในประเด็นการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากยังมีหน่วยงานที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ดังตารางที่ 4.63

ตารางที่ 4.63 การบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	จำนวน (ตัวชี้วัด)	บรรลุเป้าหมาย	ไม่บรรลุเป้าหมาย
1. คุณธรรมและความโปร่งใสในการทำงาน	3	2 (66.7)	1 (33.3)
2. การคลังสุขภาพ	2	1 (50.0)	1 (50.0)
3. นวัตกรรมและบริหารจัดการด้านสุขภาพ	4	3 (75.0)	1 (25.0)
รวม	**9**	**6 (66.7)**	**3 (33.3)**

เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล พบดังนี้

1. คุณธรรมและความโปร่งใสในการทำงาน
2. การคลังสุขภาพ
3. นวัตกรรมและบริหารจัดการด้านสุขภาพ

1. คุณธรรมและความโปร่งใสในการทำงาน

1.1 การป้องกันการทุจริตในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต (3ป 1ค) ได้แก่ 1) การปลูกจิตสำนึก 2) ป้องกัน 3) ปราบปราม และ 4) สร้างเครือข่าย ตามเป้าหมายที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ผ่านกระบวนการประเมิน ITAเน้นการประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ใน พ.ศ. 2564 หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 17 หน่วยงาน ได้แก่ ส่วนราชการระดับกรม 10 หน่วยงาน หน่วยงานในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 หน่วยงาน องค์การมหาชน จำนวน 2 หน่วยงาน และรัฐวิสาหกิจ จำนวน 1 หน่วยงาน ได้ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA จำนวน 17 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 100

สำหรับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการทำงาน (ITA) เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 84.1 (333 จาก 396 แห่ง) ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 96.9 (1,792 จาก 1,850 แห่ง) ใน พ.ศ. 2562 และเป็นร้อยละ 84.1 (1,560 จาก 1,854 แห่ง) ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 90) ดังตารางที่ 4.64 นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ยังได้รับรางวัลทางด้านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ 2560-2564 ดังตารางที่ 4.65

ตารางที่ 4.64 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

พ.ศ.	หน่วยงานทั้งหมด (แห่ง)	หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ (แห่ง)	ร้อยละ
2560	396	333	84.1
2561	1,848	1,764	95.5
2562	1,850	1,792	96.9
2563	1,850	1,746	94.4
2564	1,854	1,560	84.1

ที่มา : ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.65 รางวัลด้านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการทำงาน ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับ พ.ศ. 2560-2564

รางวัลที่ได้รับ	พ.ศ.	หน่วยงานผู้มอบรางวัล
โล่เกียรติยศหน่วยงานที่มีผลคะแนนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 สูงสุดในกลุ่มหน่วยงานภาครัฐ ประเภทหน่วยงานภาครัฐระดับกรม	2560	ป.ป.ช.
โล่เกียรติยศหน่วยงานที่นำการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐไปขยายผลเพื่อพัฒนาและยกระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในหน่วยงานจนประสบความสำเร็จ	2560	ป.ป.ช.
โล่เกียรติยศหน่วยงานที่มีผลคะแนนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 สูงสุดในกลุ่มประเภทส่วนราชการระดับกรมหรือเทียบเท่า	2561	ป.ป.ช.
โล่เชิดชูเกียรติอันดับหนึ่ง ตอบแทนการทำคุณงามความดีในการส่งเสริมการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ประจำปี 2561	2561	ป.ป.ช.
รางวัลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ระดับ A	2562	ป.ป.ช.
โล่เกียรติยศการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ระดับ AA อันดับ 1 ในประเภทหน่วยงานภาครัฐระดับกรม	2563	ป.ป.ช.
ประกาศเกียรติคุณเชิดชูเกียรติการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ระดับ AA	2564	ป.ป.ช.

ที่มา : ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข

1.2 การพัฒนาระบบควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดมีกลไกการตรวจสอบภายในทุกระดับ เพื่อให้ข้อมูลรายงานทางการเงินมีความน่าเชื่อถือ พัฒนาคุณภาพกระบวนการปฏิบัติงานด้วยการประเมินระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง เพื่อเพิ่มคุณค่าการดำเนินงานของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น จากนโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้จัดวางระบบการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 ผลการประเมิน พบว่า หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กองในส่วนกลาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ผ่านเกณฑ์การประเมินเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 4.5 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 83.9 ใน พ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 20) ดังตารางที่ 4.66

ตารางที่ 4.66 ร้อยละของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน

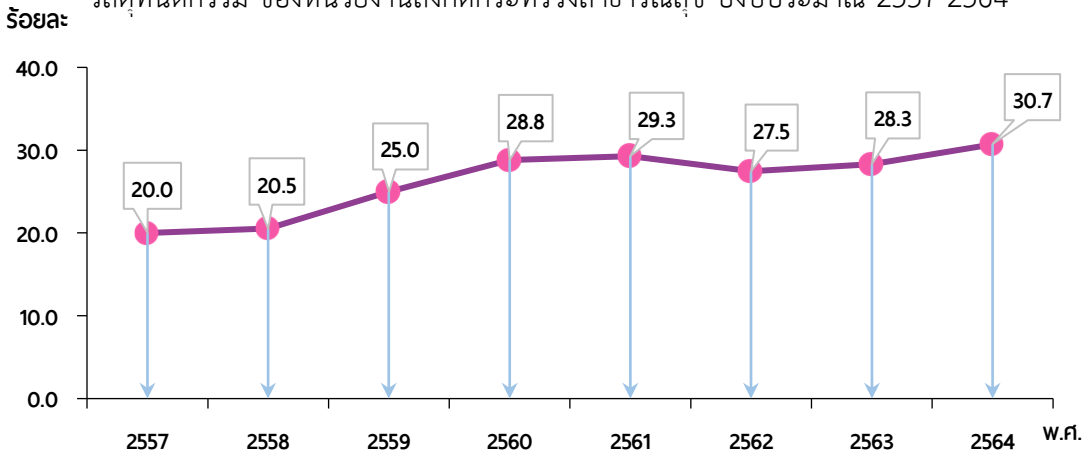
พ.ศ.	หน่วยงานทั้งหมด (แห่ง)	หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ (แห่ง)	ร้อยละ
2560	930	42	4.5
2561	930	206	22.2
2562	-	-	-
2563	-	-	-
2564	779	654	83.9

ที่มา : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ : ปี 2564 เป้าหมายเป็น หน่วยงานที่ได้รับการประเมินและจัดส่งรายงาน จำนวน 779 หน่วยงาน

3. การจัดซื้อยาร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสร้างระบบธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและเป็นธรรม โดยมีนโยบายในการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งเวชภัณฑ์ที่ดีมีคุณภาพ ลดต้นทุนในด้านการบริหารจัดการ และดำเนินมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดซื้อยาของกระทรวงสาธารณสุข โดยการจัดซื้อยาร่วมกันในระดับเขตสำหรับรายการยาที่มีการใช้ร่วมกันในทุกจังหวัด เพื่อพัฒนาการจัดซื้อยาร่วมกันของหน่วยงานในจังหวัดต่างๆ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เป็นการเพิ่มอำนาจการต่อรอง สามารถจัดซื้อร่วมกันของ ยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.0 ในปีงบประมาณ 2557 เป็นร้อยละ 30.7 ในปีงบประมาณ 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 30) ดังภาพที่ 4.29

ภาพที่ 4.29 ร้อยละการจัดซื้อร่วมกันของ ยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557-2564



ที่มา : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

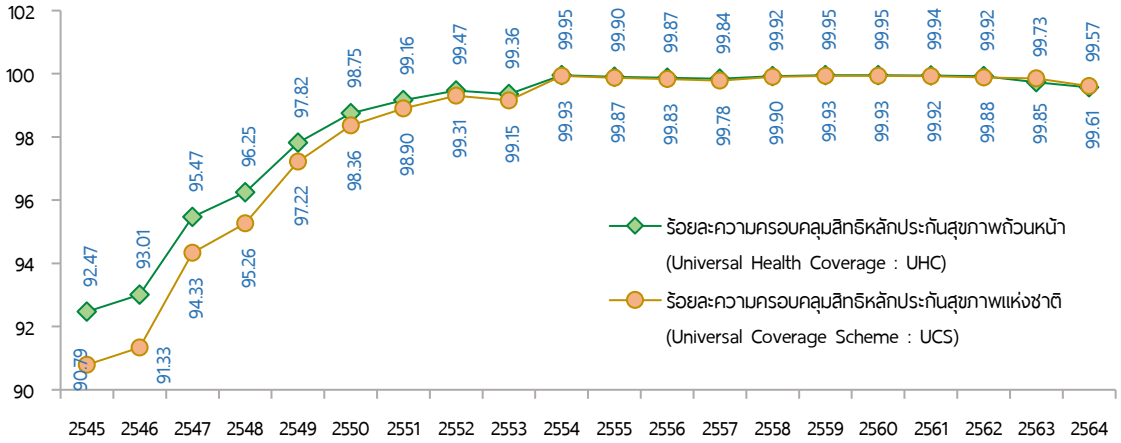
2. การคลังสุขภาพ

2.1 พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทย สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นทั้งในหน่วยบริการ ในชุมชนหรือที่บ้าน โดยครอบคลุมทั้งบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยไม่ต้องกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายแม้ว่าจะเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง รัฐบาลปัจจุบันได้ลงนามข้อตกลงร่วมกับประเทศสมาชิกสหประชาชาติ ทั้ง 193 ประเทศ ในการขับเคลื่อนเป้าหมายการที่ยั่งยืนของโลก พ.ศ. 2557-2578 ซึ่งมีความพยายามในการบรรลุเป้าหมายต่างๆ โดย “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง LEAVE NO ONE BEHIND” มีผลการประเมินที่สำคัญดังนี้

1) คนไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.47 ในปีงบประมาณ 2545 เป็นร้อยละ 99.57 ในปีงบประมาณ 2564 โดยมีคนไทย 47.5 ล้านคน หรือร้อยละ 99.61 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ดังภาพที่ 4.30

ภาพที่ 4.30 ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2545-2564

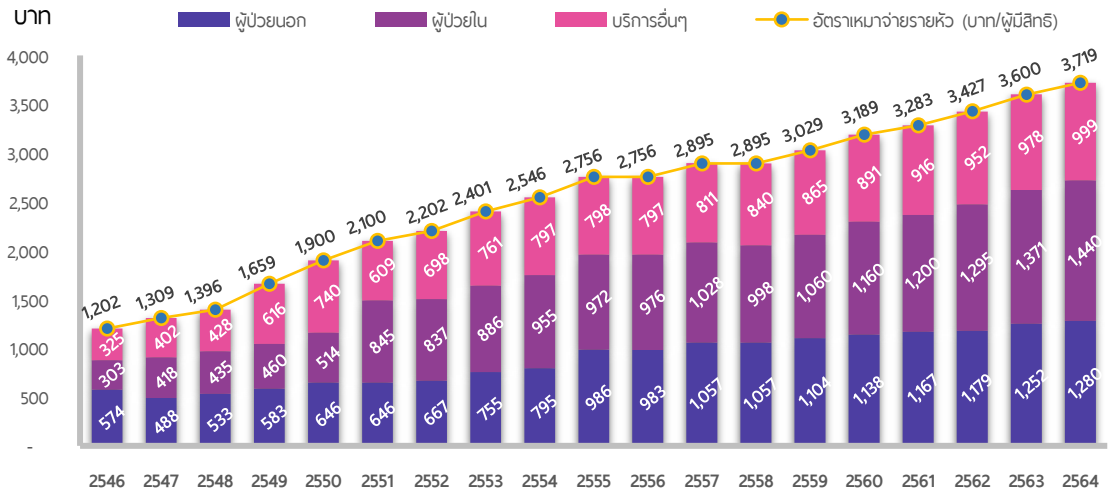


ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้ใน พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับบัตรทอง 4 บริการ สู่หลักประกันสุขภาพยุคใหม่ โดยให้ประชาชนที่เจ็บป่วยไปรับบริการกับหมอประจำครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ นำร่อง กทม. และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชาชนรับบริการ 950,176 ครั้ง ในหน่วยบริการ 436 แห่ง ผู้ป่วยในไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว นำร่องเขตสุขภาพที่ 9 มีประชาชนมารับบริการ 400,451 ครั้ง ผู้ป่วยโรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ทั่วประเทศ มีผู้ป่วยมะเร็งมารับบริการ 1,270,651 ครั้ง และย้ายหน่วยบริการได้สิทธิทันที ไม่ต้องรอ 15 วัน ทั่วประเทศ มีผู้มาเปลี่ยนหน่วยบริการ 1,291,073 ครั้ง และมีการใช้สิทธิทันทีภายใน 1 วัน หลังเปลี่ยนหน่วยบริการ 264,636 ครั้ง อันเป็นการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการใช้สิทธิของผู้รับบริการ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการรับบริการ ให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลและบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น

2) การจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ของผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้น 2.8 เท่า จาก 1,202.4 บาท ต่อประชากรผู้มีสิทธิในปีงบประมาณ 2546 เป็น 2,895 บาท ในปีงบประมาณ 2557 และเพิ่มเป็น 3,719 บาท ในปีงบประมาณ 2564 ดังภาพที่ 4.31

ภาพที่ 4.31 อัตราบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (บาท/ผู้มีสิทธิ) ปีงบประมาณ 2546-2564



ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) ใน พ.ศ. 2559-2564 กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาและขยายชุดสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและยังเพิ่มการดูแลกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และผ่าตัดผ่านกล้อง การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2564 มีชุดสิทธิประโยชน์ 37 เรื่อง (พ.ศ. 2560 มี 2 เรื่อง , พ.ศ. 2561 มี 5 เรื่อง, พ.ศ. 2562 มี 2 เรื่อง, พ.ศ. 2563 มี 13 เรื่อง และ พ.ศ. 2564 มี 15 เรื่อง) บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (มีชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง) ดังภาพที่ 4.32

ภาพที่ 4.32 พัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์และการจัดการเพิ่มการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปี 2559	1. การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง 2. การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) 3. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
ปี 2560	1. ขยายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. ประกาศนโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่" (UCEP) เริ่ม 1 เม.ย. พ.ศ. 2560 ต่อยอด เจ็บป่วย ฉุกเฉิน 3 กองทุน
ปี 2561	1. บริการระดับปฐมภูมิที่มีคลินิกหมอครอบครัว (PCC) 2. เพิ่มวัคซีน HPV ป้องกันมะเร็งปากมดลูก สำหรับนักเรียนหญิงชั้น ป. 5 3. ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ 4. ตรวจคัดกรองและเพิ่มยารักษาไวรัสตับอักเสบซี 5. ผ่าตัดวันเดียวกลับบ้านได้ (One Day Surgery : ODS)
ปี 2562	1. เพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนและยา - วัคซีนรวม 5 ชนิด คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ไวรัสตับอักเสบบี และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (DTP-HB-Hib) - วัคซีนพิษสุนัขบ้า - เพิ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี : Raltegravir (ป้องกันถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก) - เพิ่มยา Bevacizumab สำหรับโรคหลอดเลือดดำในจอตาอุดตัน 2. เพิ่มสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค 8 รายการ ในหญิงตั้งครรภ์และทารก
ปี 2563	1. เพิ่มการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จาก 21 เป็น 31 รายการ และเพิ่มการผ่าตัดผ่านกล้อง จาก 1 เป็น 4 รายการ 2. การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ครอบคลุม 24 โรค จากพันธุกรรมเมแทบอลิกชนิดความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก 3. เพิ่มการปลูกถ่าย Stem cell ในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย 4. วัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรตาในทารกอายุ 2-6 เดือน 5. นำร่องคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ อายุไม่เกิน 35 ปี 6. เพิ่มทางเลือกคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธี HPV DNA test 7. เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ 4-12 ปี และเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุ 6-12 ปี 8. ขยายระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงครอบคลุมคนไทยทุกสิทธิและทุกวัย 9. นำร่องบริการเคมีบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 10.นำร่องยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี โดยกินเป็นประจำในกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการรับเชื้อเอชไอวี 11. เพิ่มค่าบริการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงนอกเวลาราชการ ช่วยเพิ่มคุณภาพบริการห้องฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต 12.นำร่องบริการฟอกไตผ่านเครื่องอัตโนมัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ 13.บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิวิถีใหม่ ได้แก่ บริการร้านใกล้บ้าน บริการสาธารณสุขระบบทางไกล
ปี 2564	1. เพิ่มการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จาก 31 เป็น 45 รายการ และเพิ่มการผ่าตัดผ่านกล้อง จาก 4 เป็น 9 รายการ 2. ขยายการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้แบบ Fit test ไปยังทุกสิทธิ และขยายการตรวจคัดกรอง Down Syndrome ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ 3. บริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดสมองรายใหม่ 4. บริการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ 5. ยารักษามะเร็ง 3 รายการ ได้แก่ 1) ยาเคปไซตาบีนชนิดเม็ด รักษาโรคมะเร็งลำไส้ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งเต้านมแบบรับประทาน ให้ผู้ป่วยรักษาเคมีบำบัดที่บ้านได้ 2) ยาอิวกซาลิพลาติน ชนิดฉีด และ 3) ยาอิริโนทีแคน HCL ชนิดฉีดใช้ร่วมกันเพื่อรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ จากเดิมที่ผู้ป่วยต้องนอนให้ยาที่โรงพยาบาลหนึ่งวันเหลือเพียง 2 ชั่วโมง 6. บริการยาสูตรผสมโซฟอสบูเวียร์/เวลพาทาสเวียร์ ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีได้ทุกสายพันธุ์ 7. การใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสัน และไมเกรน และสารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคลมชักและมะเร็งระยะท้าย 8. ผ่าตัดปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย 9. ตรวจคัดกรองยีน ก่อนให้ยา Allopurinol ในผู้ป่วยโรคเกาต์รายใหม่ 10. บริการอุปกรณ์ ECMO ในการรักษาภาวะหัวใจ และ/หรือปอดล้มเหลวเฉียบพลัน 11. คัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอดเชิงรุกในทุกกลุ่มเสี่ยง และตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay 12. ตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง อายุ 0-6 เดือน 13. รายการอุปกรณ์ประสาทหูเทียม ชนิด rechargeable สำหรับการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่มีระดับการได้ยิน 90 dB ขึ้นไป และไม่เคยฝึกภาษามือ 14. บริการตรวจ PET/CT ในผู้ป่วยมะเร็ง 15. ยกระดับบัตรทอง 1) ประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ 2) ผู้ป่วยในไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม 4) ย้ายหน่วยบริการได้สิทธิทันที

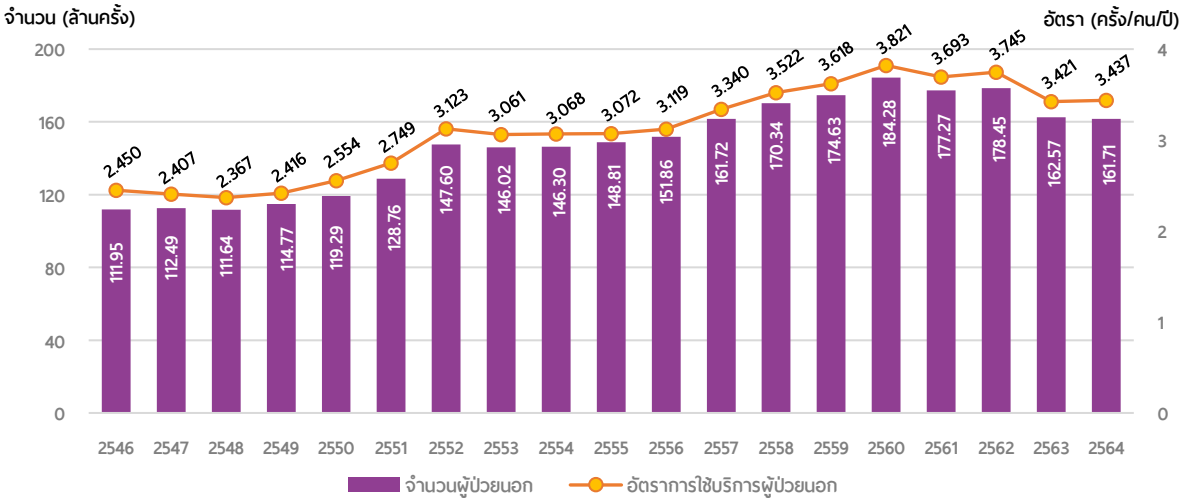
ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้บริการผู้ป่วยนอกมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 111.95 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2546 เป็น 184.28 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2560 และลดลงเล็กน้อย เป็น 161.71 ใน พ.ศ. 2564 โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นจาก 2.450 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2546 เป็น 3.821 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2560 และลดลงเล็กน้อย เป็น 3.437 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2564

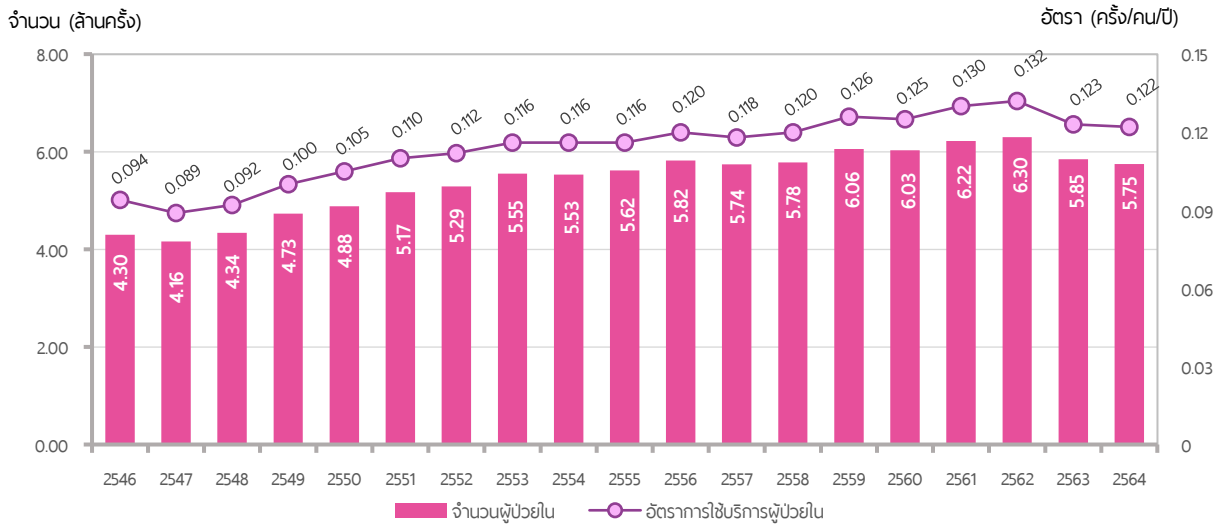
สำหรับการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 4.30 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2546 เป็น 6.03 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2560 และลดลงเล็กน้อย เป็น 5.75 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2564 โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 0.094 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2546 เป็น 0.125 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2560 และลดลงเล็กน้อย เป็น 0.122 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2564 ดังภาพที่ 4.33 และภาพที่ 4.34

ภาพที่ 4.33 จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546-2564



ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาพที่ 4.34 จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546-2564

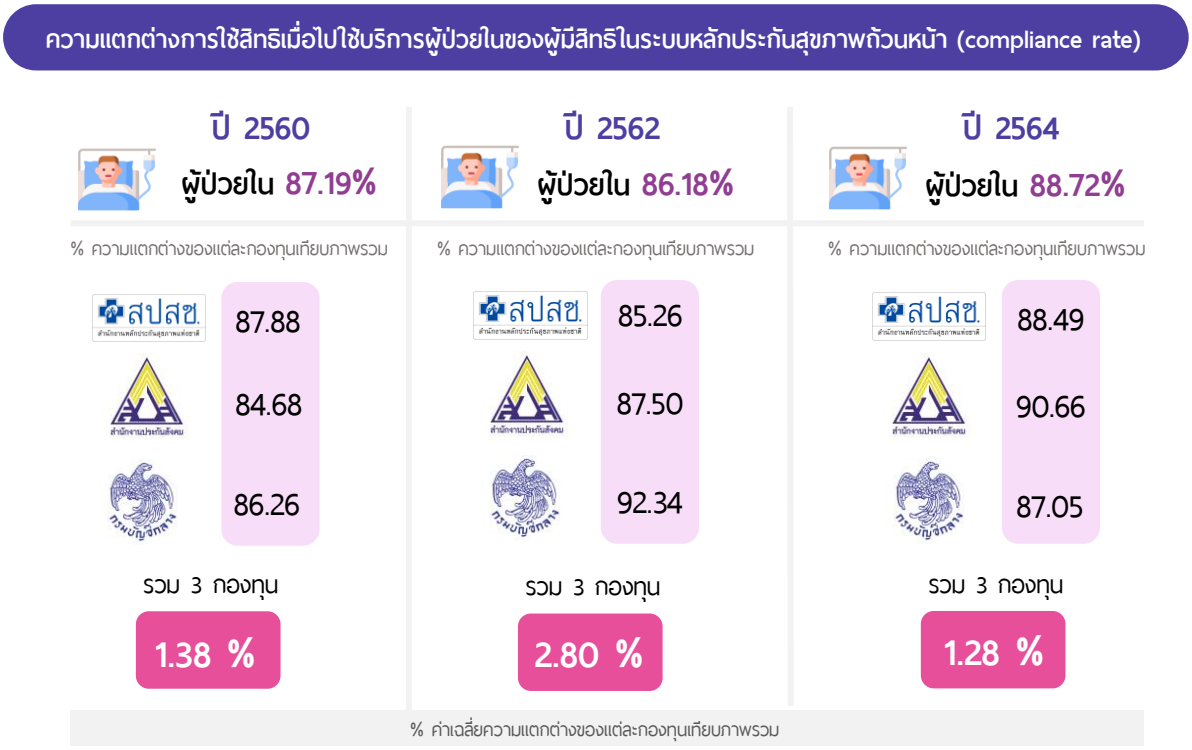


ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5) การลดความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุน

กระทรวงสาธารณสุขลดความเหลื่อมล้ำในการใช้สิทธิของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยได้ดำเนินการประกาศนโยบาย **"เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่"** Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในการเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่อยู่ใกล้ที่สุดหรือไปถึงเร็วที่สุด โดยไม่ต้องสำรองเงินค่ารักษาพยาบาลในระยะเบื้องต้น 72 ชั่วโมงแรก หรือพ้นภาวะวิกฤต ไม่ว่าสิทธิใดก็ตาม เริ่มดำเนินการ 1 เมษายน 2560 ตลอดระยะเวลา 4 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ผู้ป่วยฉุกเฉินมีโอกาสการรอดชีวิตและลดความพิการ 152,988 ราย นอกจากนี้ ได้ทำการศึกษาความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยใน (IP) ของทั้ง 3 กองทุน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม เทียบในภาพรวมมีความแตกต่างร้อยละ 1.38 ใน พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.80 ใน พ.ศ. 2562 และลดลงเป็นร้อยละ 1.28 ใน พ.ศ. 2564 ดังภาพที่ 4.35

ภาพที่ 4.35 ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ (compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ ปี พ.ศ. 2560, 2562 และ 2564

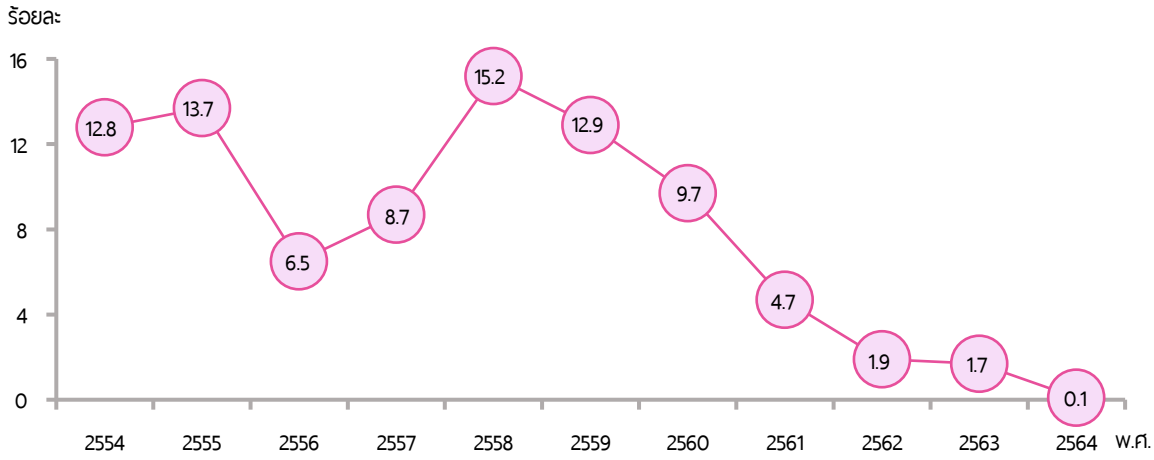


ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2562 วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ รายงานโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6) การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล

จากการที่โรงพยาบาลได้รับงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวต่อประชากรไม่เพียงพอต่อการรักษาผู้ป่วย และการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้โรงพยาบาลประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการเงินการคลัง และเพิ่มเงินสำรองฉุกเฉินในการดำเนินงาน ส่งผลให้แนวโน้มโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 9.7 ใน พ.ศ. 2560 (87 แห่ง) เป็นร้อยละ 0.1 (1 แห่ง) ใน พ.ศ. 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ไม่มีหน่วยบริการประสบวิกฤตทางการเงินระดับ 7) ดังภาพที่ 4.36

ภาพที่ 4.36 ร้อยละของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ 7 พ.ศ. 2554-2564



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. นวัตกรรมและบริหารจัดการด้านสุขภาพ

3.1 นวัตกรรมสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขมีการคิดค้นนวัตกรรมเทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจาก 5 เรื่อง ใน พ.ศ. 2560 เป็น 72 เรื่อง ใน พ.ศ. 2564 บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 25 ของจำนวนนวัตกรรมฯ เพิ่มขึ้น) นอกจากนี้ เขตสุขภาพทุกเขตมีการนำนวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพไปปฏิบัติในพื้นที่จริง เช่น Smart home base Health Care นวัตกรรมระบบตรวจสุขภาพ R7 Referral Platform เป็นต้น

3.2 พัฒนาคุณภาพข้อมูลการป่วยและการตาย

กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาระบบข้อมูลการเกิด การป่วย และการตาย มาตลอด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ น่าเชื่อถือและทันเวลา สำหรับคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพของผู้ป่วย พบว่าดำเนินการใน พ.ศ. 2560 มีความถูกต้องครบถ้วนเพียงร้อยละ 41.2 และใน พ.ศ. 2564 มีความถูกต้องสอดคล้อง ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 18.8 ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80) และการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายโดยการอบรมบุคลากร

ที่เกี่ยวข้องกับการระบุสาเหตุการตาย ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล พบว่า จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.5 ใน พ.ศ. 2560 (30 จาก 76 จังหวัด) เป็นร้อยละ 44.7 ใน พ.ศ. 2564 (34 จาก 76 จังหวัด) บรรลุตามเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ฯ (จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพสาเหตุการตายไม่น้อยกว่าร้อยละ 40)

3.3 การพัฒนาโรงพยาบาล Smart Hospital

กระทรวงสาธารณสุขประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพ โดยพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค ให้เป็น Smart Hospital โดยใน พ.ศ. 2564 มีโรงพยาบาลสังกัดกรมที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital (เช่น มีหน้าจอแสดงลำดับคิว แจ้งเตือนคิวการเข้ารับบริการ) และ Smart Service (เช่น เวชระเบียนรูป/ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์) จำนวน 40 แห่ง จาก 52 แห่ง (ร้อยละ 76.9) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 107 แห่ง จาก 211 แห่ง (ร้อยละ 50.7) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 299 แห่ง จาก 688 แห่ง (ร้อยละ 43.5)

3.4 การพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎหมายด้านสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพและทันสมัยเพื่อคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยมีกฎหมายที่ตราออกเป็นพระราชบัญญัติ ระหว่างปี 2560-2562 จำนวน 13 ฉบับ และพ.ศ. 2563-2564 มีการออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุข 7 ฉบับ และได้มีการบังคับใช้กฎหมายด้านสาธารณสุขลดลงจากร้อยละ 92.1 (70 จังหวัด จาก 76 จังหวัด) เป็น ร้อยละ 86.8 (66 จังหวัด จาก 76 จังหวัด) บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ร้อยละ 80 ของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้) ดังตารางที่ 4.67

ตารางที่ 4.67 กฎหมายที่ตราออกเป็นพระราชบัญญัติ ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564

พ.ศ	จำนวน พ.ร.บ. (ฉบับ)	ชื่อ พ.ร.บ.
2560	1	พระราชบัญญัติควบคุมส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560
	1	พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560
2561	1	พระราชบัญญัติความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2561
2562	1	พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562
	1	พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562
	1	พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562
	1	พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2562
	1	พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562
	1	พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
	1	พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562
	1	พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562
	1	พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562
	1	พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562
2563	1	ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย การรับเงินและออกใบเสร็จรับเงินของสถานบริการสาธารณสขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527 พ.ศ. 2563
	1	ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2562)
	1	ระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย กองทุนพัฒนาหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูล พ.ศ. 2528 พ.ศ. 2563
	1	ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย การบริหารจัดการด้านยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวง พ.ศ. 2563
	1	ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย การบริหารและจัดหาระบบคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2563
2564	1	ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย เงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564
	1	ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อการปฏิรูปการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ พ.ศ. 2564
รวมทั้งหมด 20		

ที่มา : กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข

ระยะที่ 2

(พ.ศ. 2565-2569)

5.1 บทสรุป

กระทรวงสาธารณสุขได้ประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) โดยใช้วิธีการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และรายงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสำรวจความคิดเห็นในรูปแบบ Google Form การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) พบว่า สุขภาพกายของคนไทยมีแนวโน้มดีขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นเป็น 75.7 ปี ใน พ.ศ. 2563 และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีทั้งเพศชายและเพศหญิงเพิ่มขึ้นเป็น 68 ปี และ 72.3 ปี ตามลำดับ อัตรามารดาตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 17.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ. 2555 เป็น 26.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ. 2564 ทารกตายมีแนวโน้มลดลงจาก 6.8 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ใน พ.ศ. 2555 เป็น 5.2 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ใน พ.ศ. 2564 แต่ยังต้องพัฒนาด้านกายภาพและพฤติกรรมสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ สำหรับสุขภาพจิตของคนไทยมีการฆ่าตัวตายสูงขึ้น แม้ว่าสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น คนไทยส่วนใหญ่ป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม โรคติดต่อยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดในระยะ 20 ปี (อายุคาดเฉลี่ย ไม่น้อยกว่า 85 ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 75 ปี ใน พ.ศ. 2579) ดังนั้น หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขควรมีการปรับเปลี่ยนแผนงาน โครงการ และกลยุทธ์เชิงรุก ที่จะส่งผลต่อการเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี อาทิเช่น การลดปัจจัยเสี่ยงของโรคที่สามารถป้องกันได้ อุบัติเหตุทางถนน เด็กต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำ โรคซึมเศร้า จะส่งผลให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดี

ระบบบริการสุขภาพ มีการเพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ อาทิการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการในโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าจะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. 2560-2564 แต่ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นกับผู้มารับบริการยังไม่ดีเท่าที่ควร ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขโดยใช้ธรรมาภิบาล มีการพัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใสผ่านกระบวนการประเมิน ITA พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ โดยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดซื้อยาของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการจัดซื้อยาร่วมกันในระดับเขต

กำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่มีความสุขเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 62.6 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 63.9 ใน พ.ศ. 2564 และสุขภาวะองค์กรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.7 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 64.3 ใน พ.ศ. 2564 แต่กระจายของกำลังคนด้านสุขภาพใน 4 สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างภาคและเขตสุขภาพ โดยมีการกระจุกตัวในกรุงเทพมหานคร แต่อัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพ 4 สาขาหลัก ต่อประชากรดีขึ้น

แผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ระยะแรก มีตัวชี้วัดจำนวน 116 ตัวชี้วัด ซึ่งได้มีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่มีความสำคัญและสะท้อนถึงความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ระยะแรก จำนวน 59 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 50.9 ของตัวชี้วัดทั้งหมดในแผนยุทธศาสตร์ฯ พบว่า บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 24 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 40.7) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 35 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 59.3)

5.2 ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569)

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ข้อเสนอการพัฒนาการจัดทำแผนและติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) 2) ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ทั้ง 4 ด้าน และ 3) ข้อเสนอการพัฒนาตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) ดังนี้

5.2.1 ข้อเสนอการพัฒนาการจัดทำแผน และติดตาม ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 พ.ศ. 2565-2569

1) การทบทวน/ปรับปรุงแผน

1. ควรมีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ทุก 5 ปี เพื่อปรับกลยุทธ์ มาตรการ และนำตัวชี้วัดที่ไม่สามารถจัดเก็บข้อมูล ไม่มีการวัดผลการดำเนินงานและไม่ทันต่อสถานการณ์ ถอดจากแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579

2. ควรเพิ่มกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานส่วนภูมิภาค และหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในการจัดทำแผน และดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี

3. ควรมีการถ่ายทอดแผนปฏิบัติราชการและตัวชี้วัด ของกระทรวงสาธารณสุข ให้แก่หน่วยงานส่วนภูมิภาคภายในไตรมาสแรก เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล

1. หน่วยงานระดับกรมควรมีการประเมินยุทธศาสตร์ มาตรการ และกิจกรรมของแผนงานโครงการที่สำคัญของกรมที่ไม่บรรลุผลสำเร็จ เพื่อหาสาเหตุมากำหนด Intervention ใหม่ให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

2. ควรมีการประเมินผลแผนงาน / โครงการ ด้านสาธารณสุข ระดับเขตสุขภาพและจังหวัด เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผน และพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่

3. ควรมีการทบทวนตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ให้วัดในระดับผลลัพธ์และผลกระทบมากขึ้น เพื่อสะท้อนผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน

5.2.2 ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ทั้ง 4 ด้าน

1) ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีข้อเสนอดังนี้

1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค วิถีใหม่ เน้นการพัฒนาระบบการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพที่ทันสมัย ทันต่อสถานการณ์ โดยใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง และนำไปสู่การตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและส่งเสริมให้หน่วยงานทั้งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค คิดค้นนวัตกรรมด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีสุขภาพดี ให้มีการจัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่มมากขึ้น และกำหนดสัดส่วนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดอัตราป่วย อัตราตาย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2. ควรบูรณาการร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงศึกษาธิการ ครอบครัว ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของเด็กวัยเรียน โดยผลักดันโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้เป็นตัวชี้วัดของเขตพื้นที่การศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน

3. ศึกษาวิจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยเหลือการดำรงชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้รวดเร็ว ปลอดภัย และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และกำกับดูแลผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐาน รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ของระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน

4. การลดอัตราตายของมารดาตายและทารก เน้นการส่งเสริมให้มารดาคลอดครบกำหนด ให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง กลุ่มแรงงาน และกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล พัฒนาความเข้มแข็งของโรงพยาบาลชุมชนลูกข่ายในเรื่องระบบการส่งต่อมารดาที่มีความผิดปกติของการตั้งครรภ์ ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ที่มีศักยภาพสูงกว่า จัดให้มีระบบ fast track ของมารดาและทารกที่มีภาวะวิกฤติในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านอนามัยแม่และเด็ก อาทิ ถุงตวงเลือด หมอนหลอดกาแฟ Super Mom Digital ส่งเสริมให้มีการใช้ platform pinkbook บันทึกข้อมูลสุขภาพแม่และเด็ก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปี เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกของหน่วยบริการสาธารณสุข รณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรค COVID-19แก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการเสียชีวิต เพิ่มการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้มีทักษะในด้านการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง เพื่อส่งต่อการดูแลในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และพยาบาลห้องคลอดให้มีการอบรมเฉพาะทางเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ระหว่างคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. ควรขยายความครอบคลุมของการดำเนินงานชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs เพิ่มขึ้น เพื่อลดพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน

2) ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ มีข้อเสนอดังนี้

1. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ควรมีการพัฒนาและใช้แอปพลิเคชันในการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพ ติดตามดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ และลดการแออัดของผู้ป่วยที่ไปรับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล รวมทั้งกำหนดวิธีการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานและข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

2. การลดอัตราตายและความพิการโรคหลอดเลือดสมอง ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องอาการของโรคหลอดเลือดสมองในวงกว้างผ่านทางสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก เช่น โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ทันเวลา เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายในระยะเวลาที่กำหนด และเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการรักษาหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน ด้วยการใช้เครื่องมือผ่านสายสวนหลอดเลือด (Thrombectomy) เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของประชาชน

3. เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยรณรงค์ให้ประชาชนใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหารถบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ครอบคลุมทุกพื้นที่ และบูรณาการความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ ในการขอบรรจุหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในโรงเรียนให้กับเด็กวัยเรียน เพื่อให้เยาวชนมีความรู้ในเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

4. การป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยขอความร่วมมือกับ กสทช. ในการควบคุมสื่อสังคมออนไลน์ที่เผยแพร่เนื้อหาที่แสดงออกถึงความรุนแรงและการฆ่าตัวตายในรูปแบบต่างๆ และพัฒนาเครือข่ายชุมชนและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

5. ควรมีการทบทวนคู่มือมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยทุกสาขา (SOP) ที่ใช้ร่วมกันในสถานบริการสุขภาพของจังหวัด ทุก 2 ปี เพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วย

6. การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ได้แก่ ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้ในการวินิจฉัยโรค ให้คำปรึกษาและรักษาผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล และเทคโนโลยี AI มาช่วยในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยในสถาบันทางการแพทย์และโรงพยาบาลศูนย์ เช่น หุ่นยนต์ผ่าตัด อันเป็นการช่วยลดความแออัด ลดการรอคอย และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

7. การรับยาที่ร้านยา ควรขยายสิทธิการรับยาที่ร้านยาในกลุ่มประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และสวัสดิการรักษาพยาบาลรัฐวิสาหกิจ และควรเพิ่มรายการยาที่สามารถรับยาที่ร้านยาได้

3) ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ มีข้อเสนอดังนี้

1. ควรเพิ่มหลักเกณฑ์ในการจัดทำกรอบอัตรากำลังคนด้านสุขภาพ ให้พิจารณาถึง ขนาดของพื้นที่ จำนวนประชากรที่รับผิดชอบในจังหวัดนั้นๆ สภาพภูมิศาสตร์ สถานบริการสุขภาพ เพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพเพียงพอทั้งปริมาณ คุณภาพ และภาระงาน ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง

2. ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ควรปรับแบบประเมินความสุขของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ให้เข้ากับบริบทของกระทรวงสาธารณสุข และนำผลการประเมินมาใช้ในการแก้ปัญหาความสุขของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และเป็นรูปธรรม

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพในทุกระดับ ให้มีทักษะ 3 ด้าน คือ (1) ทักษะเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Skillset) ในการปรับตัวให้ตอบสนองต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในมิติของการทำงาน การใช้ชีวิต เพื่อนำไปสู่การสร้างนวัตกรรม (2) ทักษะด้านภาวะผู้นำ (Leadership Skillset) เพื่อให้บุคลากรสามารถบริหารจัดการงานได้ตามบทบาทหน้าที่ รวมทั้งเตรียมความพร้อมตนเองในการเติบโตตามสายงาน และ (3) ทักษะตามสายงาน (Functional Skillset) เพื่อให้บุคลากรสุขภาพสามารถทำงานของตนเองได้อย่างมืออาชีพ

4) ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล มีข้อเสนอดังนี้

1. สนับสนุนการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยพัฒนาระบบบริหารและระบบบริการของโรงพยาบาล เน้นการจัดระบบงานให้มีความเชื่อมโยงข้อมูลของทุกหน่วยในโรงพยาบาลได้อย่างอัตโนมัติ รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยลดรายงานที่ไม่จำเป็น พัฒนาคุณภาพข้อมูลสถานะสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพและบริการสุขภาพให้มีมาตรฐาน โดยมีการจัดทำฐานข้อมูล Big Data ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และคาดการณ์แนวโน้มปัญหาสุขภาพ การเกิดโรคระบาด และการใช้บริการของผู้ป่วย

2. ควรพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสุขภาพ ระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดกรม มุ่งสู่มาตรฐานความเป็นเลิศในระดับสากล (JCI : Joint Commission International) ส่วนโรงพยาบาลชุมชนให้ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3 ทุกแห่ง และพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

3. เสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัยด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดงานวิจัยและนวัตกรรมที่มีคุณค่า สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เน้นการสร้างนักวิจัยหน้าใหม่ที่มีคุณภาพและเข้าร่วมทำวิจัยกับนักวิจัยที่เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์สูง หรือกับสถาบันการศึกษาที่มีชื่อเสียงต่างๆ

5.2.3 ข้อเสนอการพัฒนาตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569)

ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) มีทั้งหมด 116 ตัวชี้วัด ควรคงไว้เป็นตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข จำนวน 73 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 62.9) ปรับเปลี่ยน 1 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 0.9) และยกเลิกจำนวน 42 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 36.2) เมื่อพิจารณารายด้าน ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีทั้งหมด 27 ตัวชี้วัด ควรคงไว้เป็นตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข จำนวน 20 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 74.1) ปรับเปลี่ยน 1 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 3.7) และยกเลิกจำนวน 6 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 22.2)

2. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ มีทั้งหมด 60 ตัวชี้วัด ควรคงไว้เป็นตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข จำนวน 36 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 60.0) และยกเลิกจำนวน 24 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 40.0)

3. ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ มีทั้งหมด 6 ตัวชี้วัด ควรคงไว้เป็นตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข จำนวน 5 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 83.3) และยกเลิกจำนวน 1 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 16.7)

4. ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล มีทั้งหมด 23 ตัวชี้วัด ควรคงไว้เป็นตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข จำนวน 12 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 52.2) และยกเลิกจำนวน 11 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 47.8) ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 ข้อเสนอต่อตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569)

ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ	จำนวนตัวชี้วัด	ข้อเสนอ		
		คงไว้	ปรับเปลี่ยน	ยกเลิก
1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ	27	20 (74.1)	1 (3.7)	6 (22.2)
2. ด้านบริการเป็นเลิศ	60	36 (60.0)	0 (0.0)	24 (40.0)
3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ	6	5 (83.3)	0 (0.0)	1 (16.7)
4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล	23	12 (52.2)	0 (0.0)	11 (47.8)
รวมตัวชี้วัด	**116**	**73 (62.9)**	**1 (0.9)**	**42 (36.2)**

1. ตัวชี้วัดที่ควรคงไว้ จำนวน 73 ตัวชี้วัด

2. ตัวชี้วัดที่ควรปรับเปลี่ยน จำนวน 1 ตัวชี้วัด คือ ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (Situation Awareness Team : SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง เพื่อสะท้อนความสามารถในการจัดการภาวะฉุกเฉินของจังหวัด

3. ตัวชี้วัดที่ควรยกเลิก จำนวน 42 ตัวชี้วัด ได้แก่

3.1 การวัดผลระดับกรม ระดับหน่วยงาน หรืองานประจำของโรงพยาบาล มีจำนวน 12 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละ 100 สถานบริการสาธารณสุขที่มีการคลอดมาตรฐาน

ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละ 60 เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ

ตัวชี้วัดที่ 13 รพช. มีหน่วยบริการผู้สูงอายุอย่างน้อย ร้อยละ 75

ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด

ตัวชี้วัดที่ 85 หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาพื้นที่พิเศษ ร้อยละ 95

ตัวชี้วัดที่ 109 ร้อยละ 40 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ทั้งหมด

ตัวชี้วัดที่ 110 ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนาไม่น้อยกว่า 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด

ตัวชี้วัดที่ 111 ร้อยละ 80 ของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัดที่ 112 ร้อยละ 38 รายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน (ไม่สะสม)

ตัวชี้วัดที่ 113 จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 500 ตำรับที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

ตัวชี้วัดที่ 115 จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด จำนวน 62 เรื่อง

ตัวชี้วัดที่ 116 ร้อยละ 80 ของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้

3.2 ไม่มีการบรรจุเป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละ 94 ของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการ ป้องกัน HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก

ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละ 80 ของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ตัวชี้วัดที่ 93 ร้อยละ 70 ของครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 106 ระบบการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ 5 เรื่อง

ตัวชี้วัดที่ 107 กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ

3.3 ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) หรือมีการวัดผลในบางปีของแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ระยะแรก มีจำนวน 22 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 35 DRP ลดลง ร้อยละ 20 (Drug Related Problem)

ตัวชี้วัดที่ 36 ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้าง ที่ไม่เหมาะสม ลดลงร้อยละ 20

ตัวชี้วัดที่ 37 การป่วยจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ลดลงร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่ 38 ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศมีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล (JEE) ระดับ 4

ตัวชี้วัดที่ 39 ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง ร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่ 43 มีการพัฒนาระบบเครือข่ายในโรงพยาบาลระดับ A, S, M, F ร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่ 44 พัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับ A, S, M, F ร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่ 45 จัดทำคลังเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับ A, S, M, F ร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่ 46 พัฒนา OPIOIDS MODEL ใน รพ.ระดับ A, S, M, F ร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่ 47 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับ A, S, M, F ร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่ 57 จัดตั้ง Heart Failure Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นแบบสหวิชาชีพ และผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่หัวใจกล้ามเนื้อบีบตัวอ่อน ได้รับยาที่เหมาะสม มากกว่าร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่ 58 จัดตั้ง Anticoagulant Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นแบบสหวิชาชีพ และผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด มากกว่าร้อยละ 60

ตัวชี้วัดที่ 59 มีการประชาสัมพันธ์ “Heart Attack” Campaign เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง ประมาณ 50%

ตัวชี้วัดที่ 69 ลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่จำเป็นได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20

ตัวชี้วัดที่ 70 หน่วยบริการ IMC มีระบบติดตามประเมินผลและเชื่อมโยงแผนการรักษากับระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ตัวชี้วัดที่ 73 ECS คุณภาพ โรงพยาบาล F2 ขึ้นไป > 70%

ตัวชี้วัดที่ 75 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน < 40%

ตัวชี้วัดที่ 76 จังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ Community-Based EMS > 30%

ตัวชี้วัดที่ 78 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาข้อมูลและสารสนเทศ ECS เท่ากับ 3

ตัวชี้วัดที่ 79 ระดับความสำเร็จ ECS Value-based Payment เท่ากับ 2

ตัวชี้วัดที่ 80 ระดับความสำเร็จการกำหนดมาตรฐานอาคารสถานที่ ห้องฉุกเฉิน เท่ากับ 3

ตัวชี้วัดที่ 84 เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติ ให้ครอบคลุม ร้อยละ 90

3.4 ควรวัดผลลัพธ์การดำเนินงาน หรือเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาโรงพยาบาล จำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ S ที่มีทีม Capture the fracture

ตัวชี้วัดที่ 103 รพศ./รพท./รพช. แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่ง-รับผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดที่ 104 ผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ สังกัด สป.สธ. เข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ ดังตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 รายละเอียดผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

ตัวชี้วัด	ผลการวิเคราะห์			
	คงไว้	ปรับเปลี่ยน	ยกเลิก	เหตุผล
ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ	**20**	**1**	**6**	
1. ร้อยละ 100 สถานบริการสาธารณสุขที่มีการคลอดมาตรฐาน			1	ให้เป็นการวัดผลระดับกรม
2. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1			
3. ร้อยละ 85 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	1			
4. ร้อยละ 63 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน	1			
5. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า100	1			
6. ร้อยละ 80 ของเด็กไทยีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	1			
7. ร้อยละ 66 ของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	1			

ตัวชี้วัด	ผลการวิเคราะห์			
	คงไว้	ปรับเปลี่ยน	ยกเลิก	เหตุผล
8. ร้อยละ 60 เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ			1	ให้เป็นการวัดผลระดับกรม
9. อัตราการคลอดมีชีพ ไม่เกิน 34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี	1			
10.ร้อยละ 56 ของประชาชนวัยทำงาน อายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	1			
11. LTC ร้อยละ 95	1			
12. อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ เพิ่มขึ้นหรือคงที่	1			
13. รพช. มีหน่วยบริการผู้สูงอายุอย่างน้อย ร้อยละ 75			1	เป็นงานประจำของ โรงพยาบาล
14. ร้อยละ 80 ของอำเภอที่มีคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ (702 อำเภอ)	1			
15. ร้อยละ100 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง		1		ควรปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดที่ สะท้อนความสามารถในการ จัดการภาวะฉุกเฉินของ จังหวัด
16. ร้อยละ 94 ของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึง บริการ ป้องกัน HIV และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก			1	ไม่มีการบรรจุเป็นตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2562
17. ร้อยละ 80 ของตำบลจัดการสุขภาพ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหา โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี			1	ไม่มีการบรรจุเป็นตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2562
18. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก อายุน้อยกว่า 15 ปี ไม่เกิน 3.0	1			
19. อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ลดลงร้อยละ 50 จากปี 2554	1			
20. อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงฯ ไม่เกินร้อยละ 2.16	1			
21. อัตราผู้ป่วย HT รายใหม่ โดยมีมาตรการใน กลุ่มสงสัยป่วยให้วัดความดันโลหิตที่บ้าน $\geq$ ร้อยละ 40	1			
22. ร้อยละ 70 ของผลิตภัณฑ์อาหารสด และ อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	1			
23. ร้อยละ 99 ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการ ตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	1			

ตัวชี้วัด	ผลการวิเคราะห์			
	คงไว้	ปรับเปลี่ยน	ยกเลิก	เหตุผล
24. ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด			1	ให้เป็นการวัดผลระดับกรม
25. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการส่งเสริม พัฒนา ให้ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	1			
26. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	1			
27. ร้อยละ 70 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	1			
ด้านบริการเป็นเลิศ	**36**	**0**	**24**	
28. มีคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ 3,250 ทีม	1			
29. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ $\geq$ 40%	1			
30. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ $\geq$ 50%	1			
31. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ได้ $\geq$ 90%	1			
32. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) น้อยกว่าร้อยละ 7	1			
33. RDU ขั้นที่ 3 $\geq$ ร้อยละ 80	1			
34. โรงพยาบาลมีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ $\geq$ ร้อยละ 70	1			
35. DRP ลดลง ร้อยละ 20 (Drug Related Problem)			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
36. ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้างที่ไม่เหมาะสม ลดลงร้อยละ 20			1	มีการวัดผลเฉพาะปีงบประมาณ 2562
37. การป่วยจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพลดลงร้อยละ 50			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
38. ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศมีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล (JEE) ระดับ 4			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก

ตัวชี้วัด	ผลการวิเคราะห์			
	คงไว้	ปรับเปลี่ยน	ยกเลิก	เหตุผล
39. ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง ร้อยละ 50			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
40. ส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 ต่อปี	1			
41. อัตราตายทารกแรกเกิด < 2.5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	1			
42. ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (8 กลุ่มโรค) ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและภายในเวลาที่กำหนด	1			
43. มีการพัฒนาระบบเครือข่ายในโรงพยาบาลระดับ A, S, M, F ร้อยละ 50			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
44. พัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับ A, S, M, F ร้อยละ 50			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
45. จัดทำคลังเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับ A, S, M, F ร้อยละ 50			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
46. พัฒนา OPIOIDS MODEL ใน รพ.ระดับ A, S, M, F ร้อยละ 50			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
47. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ร้อยละ 50			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
48. ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20	1			
49. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 70	1			
50. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.0 ต่อแสนประชากร	1			
51. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชนิด community acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วย [รวมผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้าน และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)] และน้อยกว่าร้อยละ 48 ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis	1			
52. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ S ที่มีทีม Capture the fracture			1	เป็นการวัดจำนวนทีม ควรวัดผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ผลการวิเคราะห์			
	คงไว้	ปรับเปลี่ยน	ยกเลิก	เหตุผล
53. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 20	1			
54. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1			
55. ผู้ป่วย STEMI, ได้รับการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดและให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ร้อยละ 80 ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นศูนย์หัวใจ	1			
56. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 24 ต่อแสนประชากร	1			
57. จัดตั้ง Heart Failure Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นแบบสหวิชาชีพ และผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่หัวใจกล้ามเนื้อบีบตัวอ่อน ได้รับยาที่เหมาะสม มากกว่าร้อยละ 50			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
58. จัดตั้ง Anticoagulant Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นแบบสหวิชาชีพ และผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด มากกว่าร้อยละ 60			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
59. มีการประชาสัมพันธ์ "Heart Attack" Campaign เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง ประมาณ 50%			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
60. ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการ รักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	1			
61. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ 23.7 ต่อแสนประชากร	1			
62. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด 19 ต่อแสนประชากร	1			
63. ร้อยละ 69 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min1.73m2/yr	1			
64. ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ≥ ร้อยละ 80	1			
65. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (acutual deceased donor) ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (hospital death) 1.0 : 100	1			
66. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ 76	1			

ตัวชี้วัด	ผลการวิเคราะห์			
	คงไว้	ปรับเปลี่ยน	ยกเลิก	เหตุผล
67. ผู้ติดและติดรุนแรงคงอยู่ในการบำบัดรักษาและดูแลต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 1 ปี ร้อยละ 80	1			
68. โรงพยาบาลระดับ M และ F สามารถให้บริการ IMC ในรูปแบบต่างๆ (variety of care) ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	1			
69. ลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่จำเป็นได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
70. หน่วยบริการ IMC มีระบบติดตามประเมินผลและเชื่อมโยงแผนการรักษากับระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
71. ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery : จำนวน 12 กลุ่มโรค (เฉพาะปี 2561) และเพิ่มหัตถการอย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี	1			
72. ร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery : จำนวน 2 กลุ่มโรค (เฉพาะปี 2561) และเพิ่มหัตถการอย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี	1			
73. ECS คุณภาพ โรงพยาบาล F2 ขึ้นไป > 70%			1	มีการวัดผลเฉพาะปีงบประมาณ 2560
74. อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน 24 ชั่วโมง < 12%	1			
75. ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน < 40%			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
76. จังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ Community-Based EMS > 30%			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
77. ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS > 30%	1			
78. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาข้อมูลและสารสนเทศ ECS เท่ากับ 3			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
79. ระดับความสำเร็จ ECS Value-based Payment เท่ากับ 2			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก
80. ระดับความสำเร็จการกำหนดมาตรฐานอาคารสถานที่ ห้องฉุกเฉิน เท่ากับ 3			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก

ตัวชี้วัด	ผลการวิเคราะห์			
	คงไว้	ปรับเปลี่ยน	ยกเลิก	เหตุผล
81. ลดอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรค ร้อยละ 12.5 ต่อปี	1			
82. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ≥ ร้อยละ 90	1			
83. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ร้อยละ 90 ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (172 / แสนประชากร)	1			
84. เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติ ให้ครอบคลุม ร้อยละ 90			1	ไม่มีการวัดผลในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯด้านสาธารณสุข ระยะแรก
85. หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาพื้นที่พิเศษ ร้อยละ 95			1	ให้เป็นการวัดผลระดับกรม
86. มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น 2.90-3.62 แสนล้านบาท	1			
87. จำนวนเมืองสมุนไพร 13 จังหวัด	1			
ด้านบุคลากรเป็นเลิศ	**5**	**0**	**1**	
88. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ทั้ง 5 องค์ประกอบ	1			
89. ร้อยละ 85 ของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	1			
90. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	1			
91. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	1			
92. อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว (4,000,000 คน)	1			
93. ร้อยละ 70 ของครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด			1	ไม่มีการบรรจุเป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562

ตัวชี้วัด	ผลการวิเคราะห์			
	คงไว้	ปรับเปลี่ยน	ยกเลิก	เหตุผล
ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล	12	0	11	95
94. ร้อยละ 90 ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (1,665 แห่ง จาก 1,750 แห่ง)	1			
95. ร้อยละ 30 ของการจัดซื้อยาร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	1			
96. ร้อยละ 20 ของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน	1			
97. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัด สป.สธ. (ส่วนกลางร้อยละ 90/สสจ.ร้อยละ 90/สสอ.ร้อยละ 80)	1			
98. ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท./รพ.สังกัดกรม พ./กรม คร./ กรม สจ. ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3	1			
99. ร้อยละ 80-100 ของ รพช. ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3	1			
100. ร้อยละ 100 ของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว	1			
101. ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัดน้อยกว่าร้อยละ 40	1			
102. ข้อมูลบริการสุขภาพ : คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมีความถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80	1			
103. รพศ./รพท./รพช. แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อส่ง-รับผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง			1	เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาโรงพยาบาล ที่นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ (Smart Hospital)
104. ผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ สังกัด สป.สธ.เข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้			1	เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาโรงพยาบาล ที่นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ (Smart Hospital)
105. มีชุดสิทธิประโยชน์หลัก/กลาง สำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทุกระบบ เพิ่มขึ้นอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	1			

ตัวชี้วัด	ผลการวิเคราะห์			
	คงไว้	ปรับเปลี่ยน	ยกเลิก	เหตุผล
106. ระบบการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ 5 เรื่อง			1	ไม่มีการบรรจุเป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562
107. กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ			1	ไม่มีการบรรจุเป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561
108. ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	1			
109. ร้อยละ 40 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ทั้งหมด			1	ควรยกเลิกตัวชี้วัดในระดับแผนยุทธศาสตร์ ให้เป็นการวัดผลในระดับหน่วยงาน
110. ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนาไม่น้อยกว่า 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด			1	ควรยกเลิกตัวชี้วัดในระดับแผนยุทธศาสตร์ ให้เป็นการวัดผลในระดับหน่วยงาน
111. ร้อยละ 80 ของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น			1	ควรยกเลิกตัวชี้วัดในระดับแผนยุทธศาสตร์ ให้เป็นการวัดผลในระดับหน่วยงาน
112. ร้อยละ 38 รายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน (ไม่สะสม)			1	ควรยกเลิกตัวชี้วัดในระดับแผนยุทธศาสตร์ ให้เป็นการวัดผลในระดับหน่วยงาน
113. จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 500 ตำรับที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย			1	ควรยกเลิกตัวชี้วัดในระดับแผนยุทธศาสตร์ ให้เป็นการวัดผลในระดับหน่วยงาน
114. ร้อยละ 25 จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น	1			
115. จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด จำนวน 62 เรื่อง			1	ควรยกเลิกตัวชี้วัดในระดับแผนยุทธศาสตร์ ให้เป็นการวัดผลในระดับหน่วยงาน
116. ร้อยละ 80 ของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้			1	ควรยกเลิกตัวชี้วัดในระดับแผนยุทธศาสตร์ ให้เป็นการวัดผลในระดับหน่วยงาน
สรุปภาพรวม	**73**	**1**	**42**	

ภาคผนวก

แบบประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

(สำหรับหน่วยงานระดับกรม, สำนักงานเขตสุขภาพ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, รพศ./รพท., รพช. และ รพ.สต.)

ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ชื่อผู้ให้ข้อมูล (ขอให้ผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผนและติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยงาน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม)

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์..... มือถือ .....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ
   - ☐ ชาย
   - ☐ หญิง
2. อายุ
   - ☐ 20-29 ปี
   - ☐ 30-39 ปี
   - ☐ 40-49 ปี
   - ☐ 50-60 ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
   - ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี
   - ☐ ปริญญาตรี
   - ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน
   - ☐ ไม่เกิน 5 ปี
   - ☐ 5-10 ปี
   - ☐ 11-15 ปี
   - ☐ 16-20 ปี
   - ☐ 20 ปีขึ้นไป
5. ช่องทางการรับรู้นโยบายกระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข
   - ☐ การประชุมถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลาง
   - ☐ การเผยแพร่ทางเว็ปไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข
   - ☐ การประชุมถ่ายทอดนโยบายของหน่วยงานในจังหวัด
   - ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

ตอนที่ 2 ปัจจัยนำเข้า

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. บุคลากร					
1.1 มีบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขฯ และแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน					
1.2 การมอบหมายงานแก่บุคลากรด้านการจัดทำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผล พิจารณาจากความรู้ความสามารถและประสบการณ์					
1.3 บุคลากรในหน่วยงานมีการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขฯ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข					
1.4 บุคลากรมีศักยภาพในด้านเทคโนโลยีเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน					
2. งบประมาณ					
2.1 มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขฯ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข					
2.2 งบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขนำไปใช้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายและแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข					
2.3 มีการกำกับติดตามการใช้จ่ายงบประมาณในแต่ละไตรมาส					
3. ระบบเทคโนโลยี					
3.1 มีระบบเทคโนลีสารสนเทศที่ทันสมัย เพื่อจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพในหน่วยงาน					
3.2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มี ช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ					

ตอนที่ 3 การนำแผนงาน/โครงการไปสู่การปฏิบัติ

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การนำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข สู่การปฏิบัติ					
1.1 หน่วยงานของท่านได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขฯ ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)					
1.2 แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขฯ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดเป้าหมาย มาตรการ และตัวชี้วัด ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน					
1.3 มีการถ่ายทอดนโยบายและแผนของกระทรวงสาธารณสุขให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน					
1.4 มีการนำเป้าหมายของแผนงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขฯ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข มากำหนดเป็นเป้าหมายของหน่วยงาน					
1.5 แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานสามารถดำเนินงานได้ตามระยะเวลาที่กำหนด					
1.6 แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานมีการกำหนดตัวชี้วัดโครงการได้อย่างชัดเจน					
1.7 ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานไม่บรรลุเป้าหมาย ได้มีการทบทวนหรือปรับมาตรการแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย					
2. ภาวะผู้นำและความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข					
2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ได้มีการบูรณาการการดำเนินงานกับหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข					
2.2 การมีส่วนร่วมของผู้บริหาร/ผู้นำ/เครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ มีการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานบรรลุวัตถุประสงค์					
2.3 หน่วยงานภายนอกให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขแก่หน่วยงานของท่าน					
3. การกำกับติดตามและประเมินผล					
3.3 หน่วยงานของท่านมีการกำกับ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนฯ รายไตรมาส					
3.4 มีการรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน					
3.5 มีการนำผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานมาวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนปฏิบัติราชการและมาตรการในปีถัดไป					

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ในระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569)

4.1 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนายุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)

.....

.....

.....

4.2 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนายุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

.....

.....

.....

4.3 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนายุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

.....

.....

.....

4.4 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนายุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

.....

.....

.....

หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่องานประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายเลขโทรศัพท์ 0 2590 1205, 0 2590 1375

แบบสัมภาษณ์นายแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาล
เรื่อง การประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

1. ผลการประเมินอัตราตายมารดาและทารกไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2564 ท่านมีมาตรการอะไร หรือวิธีดำเนินการอย่างไร ที่จะสามารถลดอัตราตายมารดาและทารก

2. อัตราป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จะต้องเพิ่มมาตรการอะไรที่จะทำให้อัตราป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง

3. ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น มีมาตรการอะไรที่จะลดหรือชะลอการเสื่อมของไต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีวิธีการใดที่จะช่วยลดความเสื่อมของไต

4. ผลการประเมินอัตราตายผู้ป่วย ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2564 จะต้องเพิ่มมาตรการอะไรที่จะสามารถลดอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงได้

แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เรื่อง การประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564)

1. ท่านคิดว่าผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2564) มีตัวชี้วัดใดบ้างที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนดและปัญหาและอุปสรรคที่ไม่ผ่านเกณฑ์ และท่านมีมาตรการ หรือแนวทางการดำเนินอย่างไรที่จะทำให้ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์เป้าหมายของแผนธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขฯ ในระยะที่ 2 (พ.ศ.2565-2569)

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขฯ ระยะแรก (พ.ศ.2560-2564)	ปัญหาและอุปสรรคที่ไม่ผ่านเกณฑ์	มาตราการหรือแนวทางการดำเนินงาน
1. PP&P Excellence 1.1 อัตราการตายมารดาและทารก 1.2 สูงดีสมส่วน (วัยเรียน) 1.3 IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ 1.4 อุบัติเหตุทางถนน 1.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
2. Service Excellence 2.1 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ มะเร็ง (ตับ, ปอด) หัวใจ หลอดเลือดสมอง 2.2 คุณภาพการรักษา - การชะลอความเสื่อมของไต - การได้รับการรักษาในเวลาที่กำหนด ได้แก่ มะเร็ง, โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) 2.3 ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.4 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตรุนแรง 2.5 การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
3. People Excellence 3.1 องค์กรแห่งความสุข (Happy MOPH)		
4. Government Excellence 4.1 คุณภาพข้อมูล		

2. ท่านมีข้อเสนอในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะที่ 2 พ.ศ. 2565-2569 อย่างไร ในประเด็นดังต่อไปนี้

- ข้อเสนอในภาพรวมแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข
- การมีส่วนร่วมของภูมิภาคในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข
- การถ่ายทอดและทำความเข้าใจแผนปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (เป้าหมาย มาตรการ)
- ความเหมาะสมของตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่
- สิ่งสนับสนุนที่ต้องการจากส่วนกลาง (ทรัพยากร เงิน คน วัสดุอุปกรณ์)

กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์

1. สนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ ในสำนักงานเขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบแผนของเขตสุขภาพ, ผู้แทนกลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์, ผู้แทนกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ, ผู้แทนกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ, ผู้แทนกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, ผู้แทนกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

2. สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ใน รพศ.จังหวัดละ 1 แห่ง รวม 5 แห่ง

3. จังหวัดที่เลือก

ภาคเหนือ	เชียงใหม่ (รพศ.นครพิงค์)
ภาคกลาง	สระบุรี (รพศ.สระบุรี)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	อุบลราชธานี (รพศ.สรรพสิทธิประสงค์)
ภาคตะวันออก	ชลบุรี (รพศ.ชลบุรี)
ภาคใต้	นครศรีธรรมราช (รพศ.มหาราชนครศรีธรรมราช)

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2550. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2551. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2551. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2548. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2553. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2558. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 (ระดับเขตสุขภาพ). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2561. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2564. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา https://www.tbthailand.org/download/form/. (27 มีนาคม 2565)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2565. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ละม่อม จำกัด.

กรมสุขภาพจิต. 2565. การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทย

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2562. รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของเด็กวัยเรียน ปี 2562. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2563. รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://dopah.anamai.moph.go.th/webupload/8x6b2a6a0c1-fbe85a9 c274e6419fdd6071/tinymce/KPI2564/KPI117/25640111713.pdf. (20 มีนาคม 2565)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2563. ความมั่นคงของมนุษย์ประเทศไทย ปี 2562. กรุงเทพมหานคร: กองมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2563. ความรอบรู้สุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปี 2563. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา https://db.oryor.com/databank/uploads/fda/-0110041001607413447_file.pdf. (25 มีนาคม 2565)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2559. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2560. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2559. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2560. รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2560. สถิติสาธารณสุข 2559. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://spd.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_strategy 2559.pdf. (25 มีนาคม 2565)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2560. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2561. ประมวล ระเบียบ หลักเกณฑ์ ประกาศที่เกี่ยวข้องกับค่าตอบแทนสำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เล่มที่ 1 สรุปสาระสำคัญค่าตอบแทน. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2561. ประมวล ระเบียบ หลักเกณฑ์ประกาศที่เกี่ยวข้องกับค่าตอบแทนสำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เล่มที่ 2 กลไกการดำเนินงาน. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2561. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2560. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2561. รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2561. สถิติสาธารณสุข 2560. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://spd.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf. (25 มีนาคม 2565)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2562. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2561. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2563. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2562. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2563. รายงานผลการพัฒนาครึ่งแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2654. นนทบุรี: เทพอักษรการพิมพ์.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2563. รายงานผลการประเมินแผนปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข สู่ความเป็นเลิศ 4 เรื่อง ปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2563. สถิติสาธารณสุข 2562. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://spd.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf. (25 มีนาคม 2565)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2563. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2564. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2563. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2564. รายงานผลการประเมินแผนปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข สู่ความเป็นเลิศ 4 เรื่อง ปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2564. สถิติสาธารณสุข 2563. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://spd.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/2563_0.pdf. (25 มีนาคม 2565)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2564. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2563. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2565. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2564. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2565. สถิติสาธารณสุข 2564. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลเบื้องต้น).

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2561. สรุปรายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำปี 2561. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแคนนากราฟฟิค.

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2562. รายงานแนวทางการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุข ด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2560. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด

ทวีป ศิริรัศมี. 2545. การวางแผนพัฒนาและประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

นฤมล เอกธรรมสุทธิ์ และสิรารักษ์ เจริญศรีเมือง. งานวิจัยแนวทางการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP ในการประเมินโครงการทางสุขภาพ. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2564; 11 (2) 137.

พิจิตรา ธงพานิช. 2561. รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดของไทเลอร์ (Ralph W. Tyler). [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://yenruedeex42.blogspot.com. (20 มีนาคม 2565)

พิจิตรา ธงพานิช. 2561. รูปแบบของการประเมินหลักสูตรของสตัฟเฟิลบีม. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://thirayu1999.blogspot.com/p/stufflebeam.html. (20 มีนาคม 2565)

พิชิต ฤทธิ์จรณ. 2557. เทคนิคการประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรงเทพมหานคร : บริษัทเฮ้าส์ออฟเคอร์มิสท์

มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. 2564. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2562. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา http://ihppthaigov.net/DB/publication /attachresearch/457/chapter1.pdf. (25 มีนาคม 2565)

สมคิด พรมจุ้ย. 2542. ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อโครงการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ร่วมใจ ห่วงใยประชาชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/54930542/chapter2. pdf. (20 มีนาคม 2565)

สมชาย ดุรงค์เดช. 2542. การประเมินผลโครงการ : แนวคิดและวิธีการ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมพิศ สุขแสน. 2545. CIPP Model : รูปแบบการประเมินผลโครงการ. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.clinictech.ops.go.th/online/filemanager/fileclinic/F1/files/cipp%20model.pdf. (20 มีนาคม 2565)

สวนดุสิตโพล. 2564. สวนดุสิตโพล : สภาพจิตใจของคนไทยในยุค “โควิด-19”. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://www.ryt9.com/s/sdp/3227451. (25 มีนาคม 2565)

สำนักงานจังหวัดลำพูน. 2563. รายงานการวิจัยการติดตามประเมินผลแผนพัฒนาจังหวัดลำพูน (พ.ศ. 2561-2565) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา https://www.lamphun.go.th/uploads/19/2021-04/74f739b87d462cf6418c82513973918c.pdf. (27 มีนาคม 2565)

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. 2555. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. 2560. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. 2566. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. 2561. พยากรณ์อายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2558-2573. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://bodthai.net/ download/. (25 มีนาคม 2565)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2563. การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2564. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2564. การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล๊อก.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2559. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422. (10 กรกฎาคม 2565)

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2561. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_PlanOct2018.pdf. (10 กรกฎาคม 2565)

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2562. รายงานการคาดประมาณประชากร ของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 (ฉบับปรับปรุง). [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/. (20 มีนาคม 2565)

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2562. สรุปสาระสำคัญแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://nscr.nesdb.go.th/wpcontent/uploads/2019/12/. (10 กรกฎาคม 2565)

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2564. แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง).[ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://nscr.nesdc.go.th/nesdc_uat/wp-content/uploads/2021/07/. (10 กรกฎาคม 2565)

สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2564. รายงานสรุปผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ประจำปี 2564.[ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา http://nscr.nesdc.go.th/wpcontent/uploads/2022/03/Ns-Book_220363.pdf. (27 มีนาคม 2565)

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. 2553. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. 2559. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. 2564. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย มหิดล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2564. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2565. รายงานอัตราป่วยและตายโรคเอดส์ พ.ศ. 2561-2564. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet. (27 มีนาคม 2565)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2556. สถิติสาธารณสุข 2555. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://spd.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistics2555.pdf. (25 มีนาคม 2565)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2557. สถิติสาธารณสุข 2556. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://spd.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistics_2556.pdf. (25 มีนาคม 2565)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2558. สถิติสาธารณสุข 2557. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://spd.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistics2557.pdf. (25 มีนาคม 2565)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2559. สถิติสาธารณสุข 2558. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://spd.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf. (25 มีนาคม 2565)

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2562. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา http://aidsboe.moph.go.th/app/bookup/uploads/2022-03-021979275365.pdf. (27 มีนาคม 2565)

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2564. รายงานอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 15-24 ปี. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=40. (27 มีนาคม 2565)

อนุรักษ์ ปัญญานุวัฒน์. 2539. การประเมินผลกระบวนการจัดการเรียนการสอน: การศึกษาทางไกลผ่านดาวเทียมในภาคเรียนที่ 1/2538: รายงานผลการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

Center for Health Security. 2021. Global Health Security index 2021. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา https://www.ghsindex.org/wpcontent/uploads/2021/12/2021_GHSindexFullReport_Final.pdf. (25 มีนาคม 2565)

Daniel L. Stufflebeam et. al. 2017. The CIPP Evaluation Model: How to Evaluate for Improvement and Accountability. USA: The Guilford Press.

Marvin C. Alkin. 1969. A Model for Educational Evaluation. USA: University of California, Center for the Study of Evaluation.

Peter H. Rossi and Howard E. Freeman. 1982. Evaluation: A Systematic Approach, Beverly Hills. Calif: Sage Publication.

World Health Organization. 2015. World Health Statistic 2015. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา https://reliefweb.int/report/world/world-health-statistics-2015?gclid=EAIaIQobChMI26DztvKsQIVK5lmAh0jWgpLEAAYASAAEgKcq_D_BwE. (27 มีนาคม 2565)

World Health Organization. 2018. World Health Statistic 2018. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา https://www.who.int/publications/i/item/9789241565585. (27 มีนาคม 2565)

World Health Organization. 2019. World Health Statistic Overview 2019. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา https://reliefweb.int/report/world/world-health-statistics-2019-monitoring-health-sdgs?gclid=EAIaIQobChMI47SFw_Gs-QIVh5JmAh2jXwyOEAAYASAAEgINOfD_BwE. (27 มีนาคม 2565)

World Health Organization. 2019. World health statistics 2019. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf. (25 มีนาคม 2565)

รายงาน

การประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ
ด้านสาธารณสุข

ระยะแรก

(พ.ศ. 2560 - 2564)