

แผนพัฒนา  
สุขภาพแห่งชาติ  
ฉบับที่ ๑๒  
(พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)



คณะกรรมการอำนวยการ  
จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒  
กระทรวงสาธารณสุข

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒  
(พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒  
(พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)  
กระทรวงสาธารณสุข

## คำนำ

รัฐบาล (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้จัดทำยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี(พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙) เป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติสู่การปฏิบัติเพื่อวางรากฐานการพัฒนาให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน นั้น กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ได้มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติภายใต้ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ควบคู่กันมาในแต่ละช่วงปี เมื่อแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕ – ๒๕๕๙) ได้สิ้นสุดลง จึงได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ซึ่งเป็นแผนพัฒนาระยะ ๕ ปี เพื่อเป็นกลไกเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ด้านสุขภาพ ให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายการพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศต่อไป

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙ อนุมัติร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) และเห็นชอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้แผนฯ ดังกล่าวเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศตามห้วงระยะเวลาของแผนต่อไป กระทรวงสาธารณสุข จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) นี้ จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อส่งผลให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีความเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ ประชาชนไทยมีสุขภาพดีต่อไป

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

กระทรวงสาธารณสุข

ตุลาคม ๒๕๕๙

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สรุปสาระสำคัญ	๑
ส่วนที่ ๑ ทบทวนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ – ๑๑	๗
ส่วนที่ ๒ บทส่งท้ายแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕ - ๒๕๕๙)	๑๑
ส่วนที่ ๓ สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ	๑๖
ส่วนที่ ๔ ทิศทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)	
๔.๑ หลักการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒	๓๗
๔.๒ วิสัยทัศน์	๓๙
๔.๓ พันธกิจ	๓๙
๔.๔ เป้าประสงค์	๓๙
๔.๕ ยุทธศาสตร์การพัฒนา	๔๐
ส่วนที่ ๕ ยุทธศาสตร์การพัฒนาในระยะแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)	
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก	๔๒
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ	๔๕
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ	๔๙
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ	๕๑
ส่วนที่ ๖ การบริหารจัดการแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) สู่การปฏิบัติ	๕๔
เอกสารอ้างอิง	๕๖
ภาคผนวก	๕๘

## สรุปสาระสำคัญ

### แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

#### ๑) หลักการของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เป็นแผนพัฒนาระยะ ๕ ปี และเป็นกลไกเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ด้านสุขภาพ ให้สามารถนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้ยึดหลักการ ดังนี้ (๑) ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (๒) ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (๓) ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี ๒๕๗๙ ควบคู่กับกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) (๔) การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ (๕) ประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (๖) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (๗) กรอบแนวทางแผนระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อวางฐานรากของระบบสุขภาพในระยะ ๕ ปีให้เข้มแข็งเพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

#### ๒) สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทยอันเนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง และภาวะการตายลดลง คนไทยอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจาก อุบัติเหตุ ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพก็ยังมีปัญหาในการจัดการ ระบบข้อมูลข่าวสารและการวิจัยด้านสุขภาพยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลและงานวิจัยที่มีได้อย่างเพียงพอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆด้านสุขภาพ กลไกการอภិบาลระบบสุขภาพในระดับชาติและระบบธรรมาภิบาลยังไม่ชัดเจน การปรับโครงสร้างประเทศไปสู่ “ประเทศไทย ๔.๐” กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพสุขภาพเหล่านี้ การวางแผนเตรียมพร้อมรองรับและเผชิญกับสภาพปัญหาจะช่วยให้สามารถรับมือกับความเสี่ยงและภัยคุกคามด้านสุขภาพที่จะเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### ๓) วิสัยทัศน์และพันธกิจ

**วิสัยทัศน์:** ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน

**พันธกิจ:** เสริมสร้าง สนับสนุนและประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้ง ภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนาสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

#### ๔) เป้าประสงค์ (Goals)

๑. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง

๒. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร

๓. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม

๔. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม

๕. มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๕) ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ กำหนดไว้ ๔ ยุทธศาสตร์ แต่ละยุทธศาสตร์ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด มาตรการและแนวทางการพัฒนา ดังนี้

วัตถุประสงค์	เป้าหมายและตัวชี้วัด	มาตรการและแนวทางการพัฒนา
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๑: เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก</b>		
<p>๑) เพื่อสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ชุมชน ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ ภาครัฐและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ ให้มีศักยภาพ มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพลดลง สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเองและชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ</p> <p>๒) เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุก ที่มุ่งสร้างเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี มีระบบการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี</p> <p>๓) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความพอเพียงและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข</p>	<p>๑) ระดับพัฒนาการเด็กไทยสมัย ( ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕)</p> <p>๒) IQ เฉลี่ยเด็กไทย (ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐)</p> <p>๓) EQ เด็กไทย สูงกว่าคะแนนมาตรฐาน (ร้อยละ ๗๐)</p> <p>๔) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (ไม่เกิน ๑๖ คนต่อประชากรแสนคน)</p> <p>๕) อัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรคNCD (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ปอดเรื้อรัง) (ลดลงจากปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๒๕)</p> <p>๖) อัตราของ Healthy Ageing เพิ่มขึ้น (ADL มากกว่า ๑๒ คะแนน)</p> <p>๗) อัตราการเจ็บป่วยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (ลดลงร้อยละ ๕ เมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๕๙)</p> <p>๘) ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (ระดับดีมาก เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๕)</p> <p>๙) พฤติกรรมสุขภาพของคนไทย (เปรียบเทียบจากข้อมูลการสำรวจสุขภาพคนไทยครั้งที่ ๕)</p> <p>๙.๑ อัตราการออกกำลังกาย (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐)</p> <p>๙.๒ อัตราการบริโภคผักผลไม้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐)</p>	<p>๑) เสริมสร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตรด้านสุขภาพ</p> <p>(๑) สร้างศักยภาพของภาคีเครือข่ายและพันธมิตร</p> <p>(๒) บูรณาการองค์กรทุกภาคส่วน</p> <p>(๓) เชื่อมโยงระบบสุขภาพไทยกับนานาชาติ</p> <p>๒) พัฒนาระบบการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพตามหลัก Health in All Policy</p> <p>๓) สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>๔) พัฒนาระบบเพื่อจัดการกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ</p> <p>(๑) พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ</p> <p>(๒) พัฒนาและยกระดับมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>(๓) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว</p> <p>(๔) ลดการตายก่อนวัยอันควร</p> <p>(๕) สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System)</p> <p>(๖) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ</p> <p>(๗) พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน</p>

วัตถุประสงค์	เป้าหมายและตัวชี้วัด	มาตรการและแนวทางพัฒนา
	๙.๓ ความชุกของการสูบบุหรี่และบริโภคแอลกอฮอล์ (ลดลงร้อยละ ๕)	
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๒: สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ</b>		
<p>๑) เพื่อสร้างและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำให้ครบทุกแห่ง เพื่อเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการและคุณภาพในการดูแลประชาชน</p> <p>๒) เพื่อยกระดับขีดความสามารถของหน่วยบริการทุกระดับให้มีคุณภาพ ตามมาตรฐาน มีความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ทัดเทียมกัน</p> <p>๓) เพื่อสร้างความเข้มแข็งและสามารถในการแข่งขันให้กับระบบสุขภาพของประเทศ</p> <p>๔) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p>	<p>๑) ความครอบคลุมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC) ที่มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p>๒) จำนวนศูนย์แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ๔ สาขาหลัก (มะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิด) ใน ๑๒ เขตสุขภาพ (มีครบทั้ง ๔ สาขาทุกเขตสุขภาพ)</p> <p>๓) อัตราส่วนเตียง (ในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ) ต่อประชากรภาพรวมทั้งประเทศ (ไม่น้อยกว่า ๒ : ๑,๐๐๐) และการกระจายระหว่างพื้นที่ (แตกต่างกันไม่เกิน ร้อยละ ๑๐)</p> <p>๔) ระยะเวลารอคอยในการรับการรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก (ลดลงร้อยละ ๓๐ จากค่าเฉลี่ยของปี ๒๕๕๗, ๒๕๕๘, ๒๕๕๙)</p> <p>๕) อัตราการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ (ลดลงร้อยละ ๕๐)</p> <p>๖) อัตราตายจากโรคที่สำคัญ (มะเร็งตับ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง) (ลดลงร้อยละ ๕ จากค่าเฉลี่ยของปี ๒๕๕๗, ๒๕๕๘, ๒๕๕๙)</p> <p>๗) ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐)</p> <p>๘) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)</p>	<p><b>๑) จัดกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)</b></p> <p><b>๒) เพิ่มขีดความสามารถของหน่วยบริการทุกระดับ</b></p> <p>(๑) พัฒนาระบบบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</p> <p>(๒) พัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพที่มีความจำเพาะและเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพในทุกระดับ</p> <p>(๓) พัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อทุกระดับ</p> <p>(๔) พัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน</p> <p>(๕) ส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพนานาชาติ (Medical &amp; Wellness Hub) ที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบริการสุขภาพโดยรวมของคนไทย</p> <p><b>๓) พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและพันธมิตร</b></p> <p>(๑) บูรณาการการจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p>(๒) สร้างกลไกประชารัฐ ในการจัดบริการด้านสุขภาพ</p> <p><b>๔) สร้างระบบคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และการลดปัญหาการฟ้องร้อง</b></p> <p><b>๕) พัฒนาระบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA)</b></p> <p><b>๖) ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพ</b></p>



วัตถุประสงค์	เป้าหมายและตัวชี้วัด	มาตรการและแนวทางพัฒนา
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๓: พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ</b>		
<p>๑) เพื่อวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับการออกแบบระบบสุขภาพและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนแต่ละพื้นที่และทิศทางระบบสุขภาพของประเทศ</p> <p>๒) เพื่อบูรณาการระบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศให้ตั้งอยู่บนฐานของความร่วมมือระหว่างผู้ผลิต และผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p>๓) เพื่อสร้างกลไกและระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพรวมทั้งระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับ</p> <p>๔) เพื่อสร้างเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน</p>	<p>๑) อัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร แพทย์ ๑ : ๑,๘๐๐ ทันตแพทย์ ๑ : ๓,๖๐๐ เภสัชกร ๑ : ๒,๓๐๐ พยาบาลวิชาชีพ ๑ : ๓๐๐</p> <p>๒) สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรระหว่างพื้นที่ (แตกต่างกันไม่เกินร้อยละ ๒๐)</p> <p>๓) ชีตความสามารถของบุคลากรด้านสุขภาพ (อยู่ในระดับ ๑ ใน ๓ ของเอเชีย)</p> <p>๔) ระดับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)</p>	<p><b>๑) พัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนการบริหารจัดการและการบูรณาการ</b></p> <p>(๑) วางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ</p> <p>(๒) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคน</p> <p>(๓) พัฒนาระบบการอารังรักษากำลังคนด้านสุขภาพ</p> <p>(๔) สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานและเป็น happy work place</p> <p>(๕) ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆที่เกี่ยวข้อง</p> <p><b>๒) เร่งผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ</b></p> <p>(๑) วางแผนการผลิต</p> <p>(๒) สนับสนุนให้มีกลไกภาครัฐ ร่วมในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในเขตสุขภาพ</p> <p>(๓) พัฒนากลไกการดูแลการผลิตและการประกอบวิชาชีพ ให้ได้มาตรฐาน มีคุณธรรมจริยธรรม</p> <p>(๔) สร้างความเข้มแข็งของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพ เสริมทักษะ มีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง</p> <p><b>๓) สร้างกลไกการสื่อสารและภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ</b></p> <p>(๑) พัฒนาระบบการสื่อสารองค์กร เพื่อส่งเสริมการรับรู้และความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน</p> <p>(๒) พัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพให้เข้มแข็ง และยั่งยืน</p>



วัตถุประสงค์	เป้าหมายและตัวชี้วัด	มาตรการและแนวทางพัฒนา
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๔: พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ</b>		
<p>๑) เพื่ออภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล เป็นเอกภาพ อันจะส่งผลให้มีความมั่นคง ยั่งยืนของระบบสุขภาพ</p> <p>๒) เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการบริการสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ รวมถึงยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ</p>	<p>๑) ความครอบคลุมของหน่วยงานด้านสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (Integrity and Transparency Assessment) (ร้อยละ ๙๓)</p> <p>๒) ระดับการใช้ประโยชน์ได้ทั้งการบริหารจัดการและบริการประชาชนของระบบข้อมูลสุขภาพ ครอบคลุมประเด็นข้อมูลที่สำคัญ (ใช้ประโยชน์ได้ในระดับนโยบายและการปฏิบัติ)</p> <p>๓) จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕)</p> <p>๔) สัดส่วนมูลค่าการนำเข้ายาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (ไม่เพิ่มขึ้น)</p> <p>๕) รายจ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (ไม่เกินร้อยละ ๕)</p> <p>๖) มีกลไกที่สามารถสร้างความเป็นเอกภาพด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน</p>	<p><b>๑) สร้างระบบธรรมาภิบาลและการจัดการความรู้</b></p> <p>(๑) สร้างกลไกระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพให้เกิดเอกภาพ</p> <p>(๒) ส่งเสริมการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล</p> <p>(๓) ส่งเสริมให้เกิดกลไกประชารัฐ ในการร่วมลงทุนด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข บนพื้นฐานประโยชน์ของประชาชน</p> <p>(๔) ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ</p> <p><b>๒) ส่งเสริมระบบการวิจัยและการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ</b></p> <p>(๑) สนับสนุนการวิจัยและการสร้างนวัตกรรมสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่สำคัญ</p> <p>(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยสมุนไพรไทยอย่างครบวงจร</p> <p><b>๓) พัฒนาระบบยา เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ของประเทศ</b></p> <p><b>๔) เสริมสร้างกลไกและกระบวนการในการบริหารจัดการข้อมูล</b></p> <p>(๑) สร้างมาตรฐานระบบข้อมูล สุขภาพที่สามารถแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงกัน</p> <p>(๒) พัฒนาค้างข้อมูลสุขภาพ</p> <p>(๓) พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record: PHR)</p> <p>(๔) พัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ</p> <p><b>๕) ปรับปรุงและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</b></p> <p><b>๖) สร้างและพัฒนากลไกการดูแลด้านการเงินการคลังสุขภาพของประเทศ ให้มี S A F E</b></p>

**๖) การขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) สู่การปฏิบัติ**

๑. ดำเนินการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจ ให้ประชาคมสาธารณสุข องค์กร ภาควิชา สุขภาพ ตระหนักและเข้าใจในสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) และพร้อมเข้าร่วมในการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

๒. สร้างความเชื่อมโยงระหว่างแผนพัฒนาฯ ๑๒ และนโยบายรัฐบาล เข้าสู่แผนการบริหารราชการแผ่นดิน และแผนระดับอื่นๆ

๓. ผู้บริหารทุกระดับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญใช้เป็นกรอบแนวทางดำเนินงาน

๔. จัดตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) เพื่อกำกับการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลแผนฯ เป็นระยะและต่อเนื่อง

๕. จัดให้มีกลไกในการพัฒนาวิธีหรือกระบวนการยกร่างแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับต่อไป

## ส่วนที่ ๑

### บททวน

## แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ ถึง ฉบับที่ ๑๑

นับตั้งแต่ พ.ศ.๒๔๗๕ หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง ประเทศไทยได้เริ่มยกร่างเค้าโครงการเศรษฐกิจแห่งชาติ มีการจัดตั้งสภาเศรษฐกิจแห่งชาติและคณะกรรมการดำเนินการ ในปีพ.ศ.๒๕๐๒ ได้มีการตราพระราชบัญญัติพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ เปลี่ยนชื่อสภาเศรษฐกิจแห่งชาติ เป็นสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติเป็นหน่วยงานถาวร (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปัจจุบัน) จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ หรือ ผังเศรษฐกิจแห่งชาติ และพิจารณาโครงการเสนอรัฐบาล และในปี พ.ศ.๒๕๐๔ ได้เริ่มมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๐๔-๒๕๐๙) ซึ่งเน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจด้วยการพัฒนา(ลงทุน) โครงสร้างพื้นฐานต่างๆ การคมนาคมและขนส่ง สร้างเขื่อนเพื่อการชลประทานและพลังงานไฟฟ้า และกระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่มจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๐๔ - ๒๕๐๙) ควบคู่กันตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

### แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๑ (๒๕๐๔ - ๒๕๐๙)

เน้นการขยายสถานบริการสาธารณสุขได้แก่ โรงพยาบาลและสถานอนามัยให้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาประเทศ มีการก่อสร้างโรงพยาบาลใหม่ๆเพิ่มขึ้นหลายแห่ง แต่ยังไม่เน้นหนักในส่วนภูมิภาคเท่าที่ควร สำหรับงานด้านอนามัย ปร่าบปรามและควบคุมโรคติดต่อ นั้น ได้ดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ยกเว้นในเรื่องการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศและพยาบาลในชนบทห่างไกล

### แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๒ (๒๕๑๐ - ๒๕๑๔)

เน้นการวางแผนกำลังคนและการกระจายการพัฒนาสู่ชนบท เร่งรัดการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข การปรับปรุงบริการสาธารณสุขโดยขยายขอบเขตการบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในชนบทห่างไกล มีการบังคับนักศึกษาแพทย์ให้ทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนเป็นครั้งแรกใน พ.ศ. ๒๕๐๘ ผลการดำเนินงานพบว่าการผลิตแพทย์และพยาบาลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผน การส่งเสริมสุขภาพมีอัตราความก้าวหน้าสูงกว่าช่วงแผน ฯ ๑ เช่น ผลงาน BCG เพิ่มขึ้น ๓ เท่า การรักษาพยาบาลครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ ๑๑ สถานบริการระดับอำเภอเพิ่มจากร้อยละ ๔๒.๓ เป็นร้อยละ ๕๔.๙ ของจำนวนอำเภอทั้งหมด

### แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๓ (๒๕๑๕ - ๒๕๑๙)

เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น กำหนดนโยบายประชากรเป็นครั้งแรก มุ่งเน้นการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การควบคุมโรคติดต่อ การปรับปรุงและขยายการบริการ รักษา มีการทดลองรูปแบบการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมด้วย พัฒนาความร่วมมือของประชาชนและ **มีนโยบายการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้รายได้ต่ำเป็นครั้งแรก พ.ศ. ๒๕๑๕** อัตราเพิ่มของประชากรลดลง ๓๑.๕ ต่อพันเป็น ๒๖.๑ ต่อ ๑,๐๐๐ อัตราตายของประชากรลดลงจาก ๑๑.๖ ต่อพันเป็น ๑๐.๙ ต่อพัน การผลิตบุคลากรสาธารณสุขยังต่ำกว่าเป้าหมาย แพทย์ใช้ทุนเริ่มปฏิบัติงานใน พ.ศ. ๒๕๑๕ ทำให้มีแพทย์ในชนบทมากกว่าขึ้น ในส่วนของการขยายบริการในลักษณะจำนวนเตียง จำนวนสถานบริการและการให้ภูมิคุ้มกันโรคยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

#### แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๔ (๒๕๒๐ – ๒๕๒๔)

มุ่งเน้นการแก้ไขและลดช่องว่างของปัญหาสาธารณสุข การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงโดยเริ่มตั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าใน ปี ๒๕๔๓ ด้วยกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานใน พ.ศ. ๒๕๒๒ โรคติดต่อบางอย่างลดลงจนไม่เป็นปัญหา เช่น กาฬโรค ไข้ทรพิษ ประชาชนในชนบทยังมีสุขภาพอนามัยไม่ดี เนื่องจากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะขาดแคลนน้ำสะอาดในการบริโภคและมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านสถานบริการเริ่มมีโรงพยาบาลประจำอำเภอแทนศูนย์การแพทย์และอนามัยและมีโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขึ้นพื้นฐานเป็นครั้งแรกใน พ.ศ. ๒๕๒๑ มีการอบรม ผสส./อสม. ครั้งแรกใน พ.ศ. ๒๕๒๐

#### แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕ – ๒๕๒๙)

เน้นการปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาอุตสาหกรรมโดยเฉพาะ อุตสาหกรรมส่งออก เน้นการพัฒนาชนบทอย่างผสมผสานโดยชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้ระบบของคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสาธารณสุขมูลฐาน การจัดตั้ง โรงพยาบาลระดับ อำเภอให้ครบทุกอำเภอรวมทั้งยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ให้เป็นสถานีอนามัยทั้งหมด และการตั้งเป้าหมายทางสังคมระยะยาว (๒๐ ปี) “สุขภาพดีถ้วนหน้า ๒๕๔๓” จัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ ได้ครอบคลุมร้อยละ ๘๕.๒ และสถานีอนามัยได้ครอบคลุมร้อยละ ๙๗.๙ การผลิตแพทย์และพยาบาลสามารถดำเนินการได้ร้อยละ ๙๓.๖ และร้อยละ ๙๓.๘ ของเป้าหมายตามลำดับ การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ถึงร้อยละ ๑๒๖.๙ ของเป้าหมาย การอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุขได้ถึงร้อยละ ๑๑๙.๖ ของเป้าหมาย รวมทั้งจัดตั้งกองทุนยาได้ถึงร้อยละ ๒๓๒.๒

#### แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๖ (๒๕๓๐ – ๒๕๓๔)

ขยายสถานบริการสาธารณสุขให้ครบตามเป้าหมาย การยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาและการรณรงค์ควบคุมโรคเอดส์เพื่อมิให้กระทบต่อความมั่นคงของชาติ และเริ่มแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพ ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นเป็น ๖๐.๘ ปี และ ๖๔.๘ ปี ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ อัตราการตายของมารดาและทารกลดลง สถานบริการสาธารณสุขครอบคลุมครบจนถึงระดับอำเภอ / ตำบล ให้ความสำคัญกับปัญหาสาธารณสุขใหม่ คือ เอดส์ อุบัติเหตุ หัวใจ มะเร็ง สุขภาพจิต

#### แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๗ (๒๕๓๕ – ๒๕๓๙)

เน้นการพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นจุดเชื่อมของงานสุขภาพดีถ้วนหน้าและการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐาน เน้นความพยายามในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่คนไทยทุกคนเริ่มหันมาเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการและการแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรที่ลาออกไปอยู่ภาคเอกชน สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการกระจายครอบคลุมพื้นที่ต่างๆอย่างทั่วถึง ทั้งในเมืองและชนบทแต่มีปัญหาการขาดแคลนกำลังคนโดยเฉพาะแพทย์อย่างรุนแรง อัตราการเพิ่มลดลงเหลือร้อยละ ๑.๓ ใน พ.ศ. ๒๕๓๗ การสร้างหลักประกันสุขภาพได้ครอบคลุมร้อยละ ๗๒ ของประชาชนทั้งหมด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะการให้วัคซีนขึ้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า ๑ ปี มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ ๘๐ จึงทำให้อัตราการป่วยจากโรคดังกล่าวลดลง

## แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๘ (๒๕๔๐ – ๒๕๔๔)

เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นวัตถุประสงค์หลัก เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เน้นเรื่องความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพด้วยบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ มีการปรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๘ ด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวิกฤตทางด้านเศรษฐกิจ

## แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (๒๕๔๕ – ๒๕๔๙)

เน้น สุขภาพคือสุขภาวะ พัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ: ระบบสุขภาพพอเพียง ภาพลักษณ์ของสังคมและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ เริ่มกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ โดยมีวิสัยทัศน์ว่า **“คนไทยในสังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ และเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างเสมอภาค รวมทั้งอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีความพอเพียงทางสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยได้อย่างรู้เท่าทัน”** พันธกิจหลัก: การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ (All for Health) ระดมพลังทั้งสังคมเพื่อร่วมสร้างสุขภาพโดยจะต้องทำให้เกิดสำนึกสุขภาพในสังคมทุกส่วนอย่างทั่วถึง และเปิดโอกาสให้ส่วนต่างๆ ในสังคมมีบทบาทและได้ใช้ศักยภาพของตนในการพัฒนาเพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาวะ มี ๑๐ เป้าหมาย คือ ๑) การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ๒) คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ ๓) การสร้างความเสมอภาคทางด้านสุขภาพ ๔) การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างองค์กร/กลไกของรัฐในการพัฒนาสุขภาพ ๕) การสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ๖) การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของประชาชน/ครอบครัว/ชุมชน/ประชาคม ๗) การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นทั้งเขตเมืองและชนบท โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการขั้นสูง ๘) การพัฒนาคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข ๙) การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกทั้งจากภูมิปัญญาไทยและสากล ๑๐) การสนับสนุนอุตสาหกรรมสุขภาพ ยุทธศาสตร์การพัฒนามี ๖ ยุทธศาสตร์ ๑) เร่งการสร้างสุขภาพเชิงรุก ๒) การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า ๓) ปฏิรูประบบ โครงสร้าง และกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ๔) การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมเพื่อสุขภาพ ๕) การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ ๖) การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและระบบสุขภาพใหม่

## แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (๒๕๕๐ – ๒๕๕๔)

แนวคิดน้อมนำ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ และยึดหลักการสุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี **วิสัยทัศน์** มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง **พันธกิจ** สร้างเอกภาพทางความคิด สร้างจิตสำนึกสุขภาพใหม่ สร้างระบบจัดการที่โปร่งใส สร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ยุทธศาสตร์ ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ๑) การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ ๒) การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ ๓) การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข ๔) การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ๕) การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล ๖) การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้

## แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (๒๕๕๕ – ๒๕๕๙)

หลักการมุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันและการจัดบริการที่ครอบคลุมเป็นธรรมเห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ วิสัยทัศน์: “ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ” พันธกิจ: พัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงโดยยึดหลักธรรมาภิบาล สร้างภูมิคุ้มกันต่อภัยคุกคาม และสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการใช้ภูมิปัญญาไทย มี ๕ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ๑) ยุทธศาสตร์เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพในการสร้างสุขภาพ ตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย ๒) ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ ๓) ยุทธศาสตร์มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ๔) ยุทธศาสตร์เสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ๕) ยุทธศาสตร์สร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ

## ส่วนที่ ๒

### บทส่งท้ายแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)

ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) ประเทศไทยได้ลงทุนด้านสุขภาพ ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานการบริการในระดับต่างๆ เพื่อก้าวสู่ความเป็นเลิศ ในการเป็นผู้นำในภูมิภาคอาเซียน ผลิตและพัฒนาทรัพยากรบุคคล พัฒนาวิชาการ องค์ความรู้ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชากร การจัดระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และกลุ่มด้อยโอกาสอื่นๆ ซึ่งล้วนมีผลต่อเป้าหมายการบรรลุ ด้านสุขภาพ

ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในประเทศที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายของ MDGS และเนื่องจากส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมายแล้ว ความท้าทายสำคัญในเรื่องการการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีประมาณ ๘.๕ เหลือ ๔.๓ ต่อประชากรหนึ่งพัน ในช่วง ๒๕๓๓-๒๕๕๘ การที่ไม่บรรลุเป้าหมายนี้ จากปัจจัยหลายประการโดยเฉพาะการตั้งครรภ์ไม่พร้อม มารดาวัยรุ่น ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายการลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพพันคนภายในปี ๒๕๕๙ ยกเว้นในเขตพื้นที่สูงในบางจังหวัดในภาคเหนือและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีโอกาสต่ำในการบรรลุเป้าหมาย การพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ มีโอกาสไม่บรรลุเป้าหมายการลดอัตราส่วนตายของมารดาลงสามในสี่ หรือลดลงประมาณ ๓๑.๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ให้เหลือ ๑๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปัญหาการตายในประเทศไทยมี ๒ เรื่อง คือเรื่องข้อมูลที่มีหลายแหล่งแตกต่างกันซึ่งหน่วยงานต่างๆ กำลังศึกษาเปรียบเทียบและปรับระบบข้อมูลให้มีมาตรฐาน ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกเรื่องคือการดำเนินงานในพื้นที่เฉพาะบางพื้นที่ซึ่งยังมีความก้าวหน้าล่าช้ากว่าพื้นที่อื่นๆ สำหรับหญิงมีครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาคน และเป็นเรื่องสำคัญที่หน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ต้องร่วมมือกันในทุกระดับ

อย่างไรก็ดีประเทศไทยยังจะต้องพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์โดยเฉพาะการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพให้สามารถพัฒนาคุณภาพในการดูแลสุขภาพ และสร้างหลักประกันสุขภาพในระยะยาวสำหรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต การพัฒนาสุขภาพมารดาและเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดภาคเหนือบนพื้นที่สูงและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การส่งเสริมให้ประชากรทุกกลุ่มเข้าถึงอนามัยการเจริญพันธุ์ การยับยั้งและป้องกันการแพร่ระบาดครั้งใหม่ของโรคเอดส์และวัณโรค การส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดและป้องกันการเกิดโรคเมะเร็งและหลอดเลือดหัวใจ

ระบบบริการสาธารณสุขไทยในปัจจุบันถึงแม้จะประสบผลสำเร็จในการขยายความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข โดยมีโครงสร้างหน่วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ กระจายครอบคลุมทุกจังหวัด และมีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังคงดำรงอยู่ อันเนื่องมาจากการขาดความเป็นธรรมในการกระจายของบุคลากรสาธารณสุข การกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงการกระจายของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงที่มีการกระจุกตัวบางพื้นที่ เช่น กรุงเทพมหานคร ในขณะที่บางเขตพื้นที่ไม่มีบริการดังกล่าว การบริการที่จำเป็นสำหรับปัญหาสุขภาพใหม่ เช่น บริการระยะกลางและบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ผู้มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ทั้งในชุมชนและในสถาบันยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายทั้งชั่วคราวและถาวรเกือบทั้งหมดจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท ระบบบริการปฐมภูมิขาดคุณภาพและ



ไม่เข้มแข็ง แม้ว่าจะมีแนวคิดในการผลักดันให้เกิดบริการปฐมภูมิซึ่งครอบคลุมบริการสาธารณสุขมูลฐานด้วย สถานบริการปฐมภูมิของรัฐซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีบุคลากรไม่เพียงพอ ประชาชนยังไม่เข้าใจและขาดความเชื่อมั่นต่อระบบบริการปฐมภูมิ ศักยภาพของบุคลากรยังมีจำกัดในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีความซับซ้อนมากขึ้นและต้องการความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นและชุมชน

**สรุปสาระสำคัญการประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙)**

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นเพื่อขึ้นนำทิศทางการพัฒนาสุขภาพ และเป็นแผนที่อยู่ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙)

วิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙) ที่กำหนด “ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ” ภายใต้หลักการสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันและการจัดบริการที่ครอบคลุม เป็นธรรม เห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

**ระบบสุขภาพพอเพียง หมายถึง** “กระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ไปสู่การมี สุขภาวะทั้งมิติทางกาย จิต สังคมและปัญญา โดยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เข้มแข็ง เพียงพอ และเข้าถึงได้สะดวก ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน บนต้นทุนที่เหมาะสม”

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙) มีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ สอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอันเป็นนโยบายสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙)

การประเมินผลจะครอบคลุมการออกแบบของแผนและการดำเนินการตามแผนตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ถึงต้นปี ๒๕๕๙ การประเมินผลจะดูกิจกรรมที่มีการดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์ทั้ง ๖ ของแผน โดยมุ่งเน้นโครงการและแผนงานด้านการพัฒนาสุขภาพในระดับชาติในภาพรวม และระดับภาค เพื่อสะท้อนแนวโน้มของปัญหาสุขภาพที่สำคัญ รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอันจะนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายของแผนและการกำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

**ผลการประเมินในแต่ละยุทธศาสตร์สุขภาพที่ใช้ในการพัฒนา มีดังนี้**

**ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพในการสร้างสุขภาพ ตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย**

ผลการประเมินพบว่า ทุกจังหวัดไม่ได้นำแผนฯ ๑๑ มาเป็นกรอบการพัฒนาโดยตรง แต่ผ่านการกำหนดเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ผลของการประเมิน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ๑) นโยบายไม่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง การขับเคลื่อนไม่สามารถดำเนินการครอบคลุมทุกพื้นที่ ๒) การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ใช้ยา(แพทย์) แพทย์แผนปัจจุบันไม่สั่งยา สถานที่ผลิตมีน้อย ราคาแพง ๓) การเผยแพร่องค์ความรู้ไม่ทั่วถึง ขาดความรู้/คู่มือ สำหรับประชาชน ควรบรรจุหลักสูตรแพทย์แผนไทยลงในหลักสูตรแพทย์ ๔) การสนับสนุนเครือข่าย ชุมชน ท้องถิ่น กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ให้ความสำคัญกับนโยบาย การประสานงาน และการขับเคลื่อน ๕) ควรฟื้นฟูและพัฒนาแกนนำเครือข่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจาก อสม. มีภาระงานมากและเปลี่ยนตัวบ่อยขาดความต่อเนื่อง ๖) ขาดจำนวนผู้มีจิตอาสาที่แท้จริงในการทำงาน

ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ๗) บทบาทสมัชชาไม่ชัดเจน ไม่เข้มแข็ง และขาดความต่อเนื่อง ๘) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ไม่ชัดเจนในรูปแบบสาธารณะ

## **ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : พัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุ และภัยสุขภาพ**

ผลการประเมินพบว่า ๑) ข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์ ขาดความครบถ้วน ทำให้การวางแผนการเตือนภัยไม่มีประสิทธิภาพ ๒) การซ้อมแผนในหน่วยย่อย ขาดการบูรณาการกับหน่วยงานอื่นๆ ๓) การจัดโครงการความรับผิดชอบ ขาดเอกภาพและการบูรณาการ และ ๔) การบริหารจัดการงบประมาณ ทรัพยากร คน เงิน ของ ระเบียบการเบิกจ่ายยุ่งยาก

## **ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา**

ผลการประเมินพบว่า ๑) นโยบายมีความหลากหลายในทางปฏิบัติ ขาดองค์กรที่รับผิดชอบที่ชัดเจนในกระทรวงสาธารณสุขนโยบายเปลี่ยนแปลงบ่อย ขาดความต่อเนื่อง ไม่ยั่งยืน ๒) ช่องทางการประชาสัมพันธ์มีน้อย ไม่ครอบคลุม ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวิถีชีวิตได้ ๓) การบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพ ๔) การเฝ้าระวัง การคัดกรองโรคเรื้อรัง การเชื่อมโยงฐานข้อมูล ไม่ทราบข้อมูลที่ชัดเจน ข้อมูลไม่ครบถ้วน ๕) ขาดบุคลากรที่ดูแลโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่รพ.สต.มีภาระงานมาก ดูแลกลุ่มเป้าหมายไม่ทั่วถึง ๖) การส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การเข้าถึงบริการไม่ครอบคลุม ไม่ได้มาตรฐาน ๗) การใช้ยาเสพติดติดประเภท ๘) การลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ ต่ำกว่าด้านอื่นๆ โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล

## **ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ**

ผลการประเมินพบว่า ๑) เพิ่มขีดความสามารถของบริการปฐมภูมิให้มีมาตรฐานและสอดคล้องกับปัญหาของชุมชน งานฟื้นฟูสุขภาพยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดอุปกรณ์ เงินงบประมาณ ดำเนินการได้ไม่ครบตาม Core package ขาดอัตรากำลัง (นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ) และ การวิเคราะห์ปัญหาชุมชนไม่ชัดเจน ๒) พัฒนาระบบมาตรฐานบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และความเชี่ยวชาญเฉพาะในแต่ละระดับ ขาดบุคลากรที่จำเป็น ได้แก่ เจ้าหน้าที่บางสายงาน ขาดข้อมูลนำเข้า Service plan แต่ละสาขา และ ขาดความเชื่อมโยงระหว่าง ระบบบริการตติยภูมิ ตติยภูมิ และปฐมภูมิ ๓) จัดสรรทรัพยากรโดยยึดแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เป็นกรอบในการกระจายทรัพยากร พบว่า ๑. การสร้างศูนย์ที่เป็นเลิศ ไม่เหมาะสมกับระยะทางของผู้รับบริการในพื้นที่ เช่น ประจวบคีรีขันธ์ ๒. การจัดการระดับเขต ในการกระจายทรัพยากรทั้ง คน เงิน ของ ยังเป็นแบบแยกส่วน ไม่สอดคล้องกับบริบท ๓. การจัดการระดับจังหวัด ไม่สอดคล้องกับบริบทการให้บริการ เช่น การพัฒนานุเคราะห์เพื่อรองรับศูนย์ให้บริการ ๔. การกำหนดสถานบริการในการเป็นศูนย์บริการเฉพาะทาง (Excellence) ๕. ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พม. อปท. สภาฯ ขาดไทย ฯลฯ ๖. การส่งต่อผู้สูงอายุที่คัดกรองพบปัญหาสุขภาพ ขาดการส่งต่อที่เป็นระบบ จากชุมชนเข้าสู่สถานบริการ ๗. สถานบริการส่วนใหญ่ ขาดการจัดระบบรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะทำให้ได้รับการบริการล่าช้า ๘. นโยบายเรื่องศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวันยังไม่ชัดเจน (ไม่กำหนดว่าควรเป็นบทบาทใคร ไม่มีการขับเคลื่อน) ๙) พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการให้สามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น ยังมีปัญหา ขาดบุคลากรด้านการฟื้นฟู การขึ้นทะเบียนผู้พิการยังไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้พิการไม่สามารถเข้าถึงบริการ ๕)ขยายขีดความสามารถในการบำบัดรักษาและ

พื้นฟูผู้เสพ ผู้ติด ยาและสารเสพติด พบว่า ไม่มีผู้สมัครใจเข้ารับการรักษา เนื่องจากหลักเกณฑ์ของตำรวจ ถ้าจับผู้เสพได้ ต้องจับผู้ค้าด้วย และ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น ๖) สร้างระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยและกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ๗) พัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ทั้งภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ พบว่า ประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ และขาดการเชื่อมแผนระดับชุมชน ในกรณีเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ และขาดการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๘) ส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบริการสุขภาพโดยรวมของคนไทย โดยเน้นการสนับสนุนกิจการสปา การส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์แผนไทย ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย

### **ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : สร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ**

ผลการประเมินพบว่า ยังไม่มีความก้าวหน้าในสร้างกลไกกลางระดับชาติ เป็นสิ่งที่ต้องพัฒนารูปแบบและแนวทางในการดำเนินการต่อไป

การนโยบายไปสู่การปฏิบัติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ ภายใต้สถานการณ์ทางการเมืองการปกครองทั้งรัฐบาลพลเรือนและคณะรักษาความสงบแห่งชาติ มีผลต่อความต่อเนื่องของนโยบาย มีข้อสังเกต ดังนี้

๑. ความตั้งใจจริงของผู้กำหนดนโยบายในการใช้ยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ ในการขับเคลื่อนมีพลังไม่เพียงพอ และขาดกลไกที่เป็นเอกภาพในการบริหารทรัพยากรของหน่วยงานด้านสุขภาพ

๒. ปัญหาการบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะภาครัฐ และภาคเอกชน เนื่องจากความชัดเจนของนโยบายมีไม่เพียงพอ

ประเด็นที่ยังคงต้องพิจารณาต่อไปในเรื่องสาระสำคัญที่ยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพ คือ

๑. ยังคงพบปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของคนไทยซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่ป้องกันได้หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อย ทั้งเพศหญิงและชาย แต่การรับควันบุหรี่มือสองยังมีปริมาณสูง ถึงแม้จะลดลงจากเดิม ร้อยละ ๗๘ เป็น ร้อยละ ๗๓ การดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในระดับการดื่มปานกลาง แต่พบการดื่มอย่างหนัก เพิ่มขึ้น สัดส่วนของกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๗ เป็น ร้อยละ ๒๐ สัดส่วนการกินผักผลไม้ไม่เพียงพอเพิ่มขึ้น

๒. การขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ระบบบริการเชิงรุกและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในระดับชุมชนและครอบครัว

๓. การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ยังเกิดจากภาวะสมองไหลที่แพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการแก่สาธารณสุขชนไปทำงานในระบบเอกชนมากขึ้น ธุรกิจทางการแพทย์ที่เติบโตอย่างรวดเร็วได้ทำให้มีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในเขตเศรษฐกิจพิเศษ นโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ที่มุ่งทำการแพทย์ให้เป็นการค้าเพื่อหารายได้จากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มีฐานะดีจากต่างชาติ ได้ทำให้เกิดสมองไหลของแพทย์จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน

๔. การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ไม่ได้มีแต่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วนจะต้องช่วยกัน “การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ” (All for Health) ซึ่งต้องสร้างภาวะผู้นำทางการเมืองและพันธมิตรใหม่ ทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน และ

ประชาสังคม ต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการช่วยสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพและพัฒนาการเรียนรู้ของคนในสังคมไทยให้สามารถปรับตัวอย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการสร้างความร่วมมือและร่วมรับผิดชอบต่อการพัฒนาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการพัฒนานโยบายสุขภาพนานาชาติและธรรมาภิบาลในแวดวงสุขภาพโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชากรตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals - MDGs) ของประเทศไทย ที่ส่วนใหญ่บรรลุเกณฑ์ที่กำหนดไว้

๕. ปัญหาการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลโดยการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริงทำให้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอโดยเฉพาะในระบบบริการภาครัฐนั้นงบประมาณเกือบร้อยละ ๔๐ ถูกใช้เป็นบุคลากร ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในสภาพมีหนี้สินต้องแบกรับภาระทางการเงินและขาดสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งจะเป็นภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลต่อไปในอนาคต นอกจากนี้หากขยายความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๖. แนวโน้มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในอนาคตจะเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยหลายประการได้แก่ (๑) การบีบคั้นจากการค้าเสรีที่จะบังคับใช้ข้อตกลงทางการค้าที่ทำให้ต้องซื้อยาในราคาที่แพงขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยไม่สามารถผลิตวัตถุดิบด้านยาได้ (๒) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคกระดูกและข้อ โรคต่อกระฉก และทันตกรรม (๓) พฤติกรรมการส่งจ่ายยาของแพทย์ที่มีแนวโน้มใช้ยาราคาแพงและเทคโนโลยีขั้นสูงมากขึ้น (๔) การฟุ้งรื้องแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้แพทย์สั่งการรักษาและการตรวจที่มากเกินไปจนเป็นการฟุ้งรื้องว่าไม่ทำการตรวจรักษาให้ครบถ้วน (๕) การแพทย์แนวพาณิชย์ที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและไม่มีความจำเป็น

## ส่วนที่ ๓

### สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ

#### ๓.๑ สถานการณ์ภายนอกประเทศ

##### ๓.๑.๑ ปัจจัยระดับโลกที่สำคัญ

###### ๑) ภาวะเศรษฐกิจโลก: เศรษฐกิจโลกขยายตัวช้า ผันผวนทางการเงิน กีดกันการค้า ค่าเสรีเฉพาะกลุ่ม

เศรษฐกิจโลกมีแนวโน้มขยายตัวช้า มีความผันผวนในระบบเศรษฐกิจและการเงินสูง เกิดตลาดใหม่ที่มีกำลังซื้อสูง เช่น อินเดีย แอฟริกาใต้ รัสเซีย เกิดการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจรูปแบบใหม่ทั่วโลกเพื่อสร้างอำนาจต่อรอง เช่น Tran-Pacific Partnership (TPP) และ Regional Comprehensive Economic Partnership (RCEP) ทำให้รูปแบบการค้ามีความเป็นเสรีและแข่งขันกันมากขึ้น เกิดการเคลื่อนย้ายทุนและแรงงาน ก่อให้เกิดมาตรการกีดกันทางการค้าที่ไม่ใช่ภาษีเพิ่มมากขึ้น เช่น การออกกฎระเบียบ มาตรฐานสินค้าและบริการ มาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อม และสิทธิมนุษยชน ซึ่งประเทศไทยต้องพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมบนฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ปรับปรุงระเบียบกฎหมายให้สอดคล้องกับข้อตกลงระหว่างประเทศรวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมให้เกิดการแข่งขันที่เป็นธรรม

###### ๒) ภาวะโลกร้อน/Climate change

□ ภาวะภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง (Climate Change) หรือภาวะ “โลกร้อน” ส่งผลให้สภาพภูมิอากาศแปรปรวน ภูเขาน้ำแข็งละลายทำให้เกิดน้ำท่วมหลายประเทศอย่างรุนแรง เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติที่บ่อยครั้งและรุนแรงขึ้นไปทั่วโลก ทั้งวาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง ความหลากหลายทางชีวภาพถูกทำลาย การสูญเสียพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลเนื่องจากระดับน้ำทะเลที่สูงขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีผลต่อสุขภาวะทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งต่อนิเวศวิทยา เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับชาติและระดับโลก รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะโรคระบาด ปัจจัยจากภาวะโลกร้อน มีผลให้แมลงพาหะนำโรคต่างๆ สามารถแพร่ขยายพันธุ์ได้มากขึ้น และขยายพื้นที่อาศัยข้ามประเทศหรือทวีปได้ ขณะเดียวกันจุลชีพก่อโรคต่างๆ ก็พัฒนาเติบโตได้รวดเร็วขึ้นอีกด้วย ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเกิดโรคติดต่อทั้งในคนและสัตว์เช่น โรคติดต่อระหว่าง สัตว์และคน และโรคติดต่อนำโดยแมลง และส่งผลกระทบทางอ้อมโดยทำให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ ที่มีผลกระทบให้เกิดโรคระบาดต่างๆตามมา เช่น โรคระบาดที่สัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและน้ำดื่มที่ไม่สะอาด ภาวะโลกร้อนทำให้สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง การดำรงชีวิตของสัตว์ที่เป็นพาหะของโรค เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ทำให้มีโอกาสที่จะแพร่เชื้อได้ง่ายหรือแพร่เชื้อข้ามสายพันธุ์ได้ อาจส่งผลให้เชื้อโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้น กลายเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ซึ่งคนไม่มีภูมิคุ้มกัน อีกทั้งเชื้อโรค ที่เจริญได้ดีในอุณหภูมิสูง เช่น เชื้อโรคใช้เลือดออก เชื้อโรคมาลาเรียที่มียุงเป็นพาหะจะแพร่พันธุ์และเจริญเติบโตได้ดีขึ้น หรืออาจทำให้ฤดูกาลระบาดยาวนานมากขึ้น

###### ๓) สังคมผู้สูงอายุโลก

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๖๔๓ (๒๐๐๑-๒๑๐๐) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน ความต้องการสินค้าและบริการสำหรับผู้สูงอายุจะมากขึ้น โดยประเทศที่พัฒนาแล้วเช่น ฝรั่งเศส อเมริกา สวีเดน จะมีระยะเวลาเตรียมตัวสำหรับการเป็นสังคมสูงวัยค่อนข้างนานเมื่อเทียบกับประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมีระยะเวลาที่เข้าสู่สังคมสูงวัยที่

ค่อนข้างเร็วประมาณ ๑๖ ปี ซึ่งจะส่งผลต่อการออม การลงทุน และการคลังของประเทศ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและกระจายตัวของประชากรโลกพบว่าส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ ๕๐ จะอาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีสัดส่วนการบริโภคมากกว่าร้อยละ ๘๐ ของประชากรทั้งหมด การบริโภคสินค้าและบริการด้านสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้น การพัฒนาบริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพเพื่อรองรับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นประเด็นท้าทายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจที่ประเทศต้องเตรียมพร้อมรับมือ

#### ๔) ความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี

ความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีด้านการโทรคมนาคมและการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็วทำให้นำไปสู่ความเป็นหนึ่งเดียวของสังคมโลกหรือโลกาภิวัตน์ ก่อให้เกิดเทคโนโลยีทางการค้าขาย การเงิน การบริการที่ไร้พรมแดน สังคมโลกเริ่มเข้าสู่ยุคระบบเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัลมากขึ้น เทคโนโลยีดิจิทัลจะไม่ได้เป็นเพียงเครื่องมือสนับสนุนการทำงานหรือการสื่อสารเท่านั้น ในอนาคตเทคโนโลยีดิจิทัลจะหลอมรวมเข้ากับชีวิตประจำวัน (Internet all of things) โครงสร้าง รูปแบบกิจกรรมทางเศรษฐกิจ กระบวนการผลิต การค้า การบริการ กระบวนการทางสังคม และมีนวัตกรรมใหม่ๆ เพิ่มขึ้น รวมถึงการให้บริการทางด้านสุขภาพซึ่งจะมีผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น

#### ๕) วาระการพัฒนาของโลกภายหลัง ค.ศ.๒๐๑๕

ประเทศไทยได้ลงมติรับรองเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนปี ๒๕๕๙-๒๕๗๓ (Sustainable Development Goals : SDGs) ภายใต้ความร่วมมือของสหประชาชาติ ในเดือนกันยายน ๒๕๕๘ โดยต้องบรรลุในอีก ๑๕ ปีข้างหน้า (ในปี ๒๕๗๓) SDGs เป็นวาระการพัฒนาใหม่ของโลก ที่กำหนดขึ้นแทนเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) ที่หมดอายุลงเมื่อสิ้นปี ๒๕๕๘ (๒๐๑๕) SDGs มุ่งเน้นให้มีความเชื่อมโยงมิติการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้ความสำคัญใน ๔ ประเด็นหลัก ได้แก่ ๑) การยึดมั่นในหลักการพัฒนายั่งยืน ๒) การสร้างภูมิคุ้มกัน ๓) การลดความเหลื่อมล้ำและให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชน ๔) รูปแบบการดำเนินงานต้องเริ่มจากการวางกรอบกติกาสังคมให้มั่นคงและเป็นธรรมให้ทุกคนมีความเสมอภาค มีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรและการบริการภาครัฐอย่างเท่าเทียม และให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเป็นหุ้นส่วนการพัฒนาทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ

SDGs ประกอบด้วย ๑๗ เป้าหมายหลัก และเป้าหมายย่อย ๑๖๙ ข้อ ที่ทุกประเทศในอีก ๑๕ ปีข้างหน้าไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาจะบรรลุเป้าหมายสังคมที่เจริญแล้ว ๑๗ เป้าหมายซึ่งเป้าหมายที่ ๓ เป็นเรื่องสุขภาพ “การมีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุ” (Ensure healthy life and promote wellbeing for all at all ages) มีเป้าประสงค์ให้ประชาชนทุกคนในทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี มีเป้าหมายย่อย ๑๓ เป้าหมาย ประกอบด้วย

- ๑) ลดการตายของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการคลอดให้ไม่เกิน ๗๐ ต่อการคลอดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน
- ๒) ลดการตายของเด็กทารกไม่เกิน ๑๒ และเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีให้ไม่เกิน ๒๕ ต่อพันเด็กเกิดมีชีพ
- ๓) หยุดยั้งการระบาดของโรคเอดส์ มาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อในกลุ่มประเทศเขตร้อน โรคไวรัสตับอักเสบ โรคติดต่อที่เกิดจากการบริโภคน้ำ อาหารที่ไม่สะอาดและโรคติดต่อต่างๆ

๔) ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลงหนึ่งในสามของการตายในปี ๒๕๕๘ และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

๕) เสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๖) การลดการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลงให้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของการบาดเจ็บและเสียชีวิตในปี พ.ศ.๒๕๕๘ (ภายในปี ๒๐๒๐)

๗) การเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์อย่างทั่วถึง

๘) ให้ประชาชนเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อได้รับการดูแลรักษาด้วยยาหลักและวัคซีน

๙) ลดการป่วยและการตายจากการปนเปื้อนสารเคมีอันตราย และมลพิษในดิน น้ำและอากาศ รวมทั้งมลพิษในสภาวะแวดล้อมต่างๆ

๑๐) การนำหลักการในกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบของ WHO ไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

๑๑) สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาการผลิตวัคซีน ยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางสุขภาพ

๑๒) เพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

๑๓) เสริมสร้างศักยภาพในการเตือนภัย เฝ้าระวังและลดความสูญเสียที่เกิดจากภัยพิบัติและภัยคุกคามต่างๆ รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติใหม่

ทั้งนี้ นอกเหนือจากเป้าหมายหลักในข้อ ๓ นี้แล้ว ยังมีเป้าหมายอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ เช่น เป้าหมายย่อยที่ ๕.๖ เรื่องสิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิง เป้าหมายย่อยที่ ๖.๑ เรื่องการเข้าถึงน้ำสะอาดสำหรับบริโภคอย่างถ้วนหน้า เป็นต้น จากเป้าหมายย่อยทั้ง ๑๓ ข้อของเป้าหมายหลักข้อ ๓ มีประเด็นท้าทาย คือ ข้อ ๓ ๔ และ ๖ เป็นประเด็นที่ค่อนข้างยาก ซึ่งจะส่งผลต่อการวางแผนการพัฒนาประเทศที่ต้องเน้นการพัฒนาเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

## ๖) ความมั่นคงทางอาหาร พลังงาน

ความมั่นคงทางอาหารและพลังงานโลก ความต้องการพืชพลังงาน สินค้าเกษตรและอาหารมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่การผลิตพืชอาหารลดลงจากข้อจำกัดด้านพื้นที่ เทคโนโลยีที่มีอยู่ และการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างการผลิตพืชอาหารและพืชพลังงานในอนาคต นอกจากนี้ความวิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัยของโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ จากกรณีสารกัมมันตรังสีรั่วไหลจากโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ฟูกูชิมะ ประเทศญี่ปุ่น ทำให้ในหลายประเทศต้องทบทวนโครงการสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ และกลับมาใช้พลังงานอย่างอื่นแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพลังงานชีวมวล ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงทางอาหารเช่นกัน

## ๗) การก่อการร้ายสากลและข้อพิพาทระหว่างประเทศ

การก่อการร้ายสากล เป็นภัยคุกคามประชาคมโลก ที่ขยายตัวและมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ รวมถึงการมีข้อขัดแย้งระหว่างประเทศ ข้อพิพาทระหว่างประเทศ เช่น กรณีพิพาททะเลจีนใต้ระหว่างจีน-เวียดนาม ความขัดแย้งของจีนและญี่ปุ่น ปัญหาความขัดแย้งในคาบสมุทรเกาหลีระหว่างเกาหลีเหนือและเกาหลีใต้ ซึ่งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การค้า การลงทุนของโลกด้วย

## ๘) การคุกคามของโรคระบาด

การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในภูมิภาคทั่วโลก เป็นภัยคุกคามต่อภาวะสุขภาพในทุกประเทศทั่วโลก ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ทั้งโรคติดเชื้อชนิดใหม่ที่เพิ่งค้นพบการระบาดในมนุษย์หรือโรคติดเชื้อที่พบในพื้นที่ใหม่ เช่น โรคเอดส์ โรคซาร์ส โรคติดเชื้อไวรัสนิปปาห์ (Nipah viral disease) และไวรัสเฮนดรา โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา-มาร์ โรคไข้เวสต์ ไนล์ โรคสมองฝ่อ หรือเกิดจากเชื้อโรคที่กลายพันธุ์เช่น เชื้อไข้หวัดนก (H๕N๑) เชื้อไข้หวัดใหญ่ A (H๑N๑) pdm๐๙ ที่ระบาดใหญ่ในปีพ.ศ.๒๕๕๒ เชื้ออีโคไล ๑๐๔ โรคไข้กาฬหลังแอ่นจากเชื้อสายพันธุ์ใหม่ เชื้อโรคดื้อยา รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติซ้ำ ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อที่เคยแพร่ระบาดในอดีตและสงบไป แล้ว แต่กลับระบาดขึ้นใหม่ เช่น โรคไข้ปวดข้อยุงลาย กาฬโรค รวมถึงความเสี่ยงจากโรคติดเชื้อที่ใช้ เป็นอาวุธชีวภาพ เช่น แอน



แทรกซ์ใช้ทรัพย์สิน ดังนั้น ทุกประเทศทั่วโลกจำเป็นต้องเตรียมการเฝ้าระวัง ป้องกันการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมถึงประสานข้อมูลระหว่างประเทศต่างๆ อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและสกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรคอย่างเต็มที่

### ๓.๑.๒ ปัจจัยในระดับภูมิภาค

การรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียนของ ๑๐ ประเทศในภูมิภาค ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ เป็นการเสริมแรงและอำนาจต่อรองที่สำคัญในการแข่งขันเชิงสร้างสรรค์กับภูมิภาคและกลุ่มมหาอำนาจอื่นๆ ของโลกและเพื่อความมั่นคงของภูมิภาคด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรม แต่ในระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ ยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมาก ทั้งระดับการพัฒนาของระบบบริการสุขภาพ ทรัพยากรสุขภาพ สภาพพื้นฐานด้านสุขภาพ สภาวะสุขภาพของประชาชน จึงอาจส่งผลกระทบต่อประเทศไทยซึ่งมีภูมิศาสตร์ที่ตั้งอยู่บนภาคพื้นทวีปตรงกลางภูมิภาคและเป็นเส้นทางสำคัญของการเดินทางเคลื่อนย้ายในภูมิภาคอาเซียน ทั้งการมาอยู่อาศัยและการผ่านแดนของประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้านทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย การเพิ่มขึ้นของการขนส่งสินค้าต่างๆ หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ การลักลอบขนส่งยาเสพติดและสารตั้งต้นในการผลิต รวมถึงโรคระบาดและโรคติดต่อข้ามแดน โรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ตลอดจนผลกระทบจากการพัฒนาเส้นทางคมนาคมที่อาจก่อให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจรที่เพิ่มขึ้น ปัญหาต่างๆ เหล่านี้เป็นความเสี่ยงทางสุขภาพที่ประเทศไทยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่ต้องปรับตัวโดยการทำงานเชิงบูรณาการร่วมกันระหว่างส่วนราชการและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและมีกลไกขับเคลื่อนที่เหมาะสมเพื่อให้ประเทศมีภูมิคุ้มกันในตนเองและมีความมั่นคงทางสุขภาพในระยะยาว ขณะเดียวกันก็สามารถใช้โอกาสจากการรวมตัวเป็นประชาคมในการแสดงบทบาทเชิงสร้างสรรค์และเป็นผู้นำด้านสุขภาพในอาเซียน รวมทั้งพัฒนาขีดความสามารถและยกระดับคุณภาพบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อประชาชนไทย

## ๓.๒ ปัจจัยภายในประเทศที่สำคัญ

### ๓.๒.๑ โครงสร้างประชากร

ปี พ.ศ.๒๕๕๙ ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด ๖๕.๗๒ ล้านคน ชาย ๓๒.๒๘ ล้านคน หญิง ๓๓.๔๔ ล้านคน (ข้อมูลตามประกาศกระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๕๙) มีสัดส่วนวัยเด็กร้อยละ ๑๗.๘๒ วัยแรงงานร้อยละ ๖๕.๖๗ และวัยสูงอายุร้อยละ ๑๖.๕๐ อัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยในปี ๒๕๖๐ อยู่ที่ ๑.๕๙ ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทน โดยคาดว่าจะมีแนวโน้มลดลงตลอดช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับ ๑๒-๑๕ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙) เหลือเพียง ๑.๓๕ ในปี ๒๕๗๙ หากไม่มีการดำเนินการใดๆ ในการเพิ่มอัตราการเกิดของประชากรจะส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒

ประเทศไทยเป็นประเทศลำดับที่สามในทวีปเอเชียที่โครงสร้างประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (รองจากประเทศญี่ปุ่นและเกาหลีใต้) สาเหตุสำคัญของการเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเนื่องมาจากปัจจัยสำคัญ ๒ ประการ คือ (๑) การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง จากข้อมูลอัตราเจริญพันธุ์รวม ที่สตรีคนหนึ่งมีตลอดวัยเจริญพันธุ์ได้ลดลงเป็นลำดับ จาก ๔.๙ คน ต่อสตรี ๑ คน ในปี ๒๕๑๗ เหลือเพียงประมาณ ๑.๖ คน ต่อสตรี ๑ คน ในปี ๒๕๕๖ และเหลือประมาณ ๑.๓ คน ในปี ๒๕๗๖ (๒) การลดภาวะการตาย ทำให้อายุคนไทยยืนยาวขึ้น ดูได้จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย เมื่อ ๕๐ ปีก่อน อายุคาดเฉลี่ยฯ ของเพศชายประมาณ ๕๕ ปี เพศหญิงประมาณ ๖๒ ปี แต่ปัจจุบัน (๒๕๕๗) อายุคาด

เฉลี่ยฯ ได้เพิ่มสูงขึ้น โดยเพศชายประมาณ ๗๒ ปี เพศหญิง ประมาณ ๗๙ ปี ในอนาคต สัดส่วนประชากรวัยเด็ก วัยแรงงานจะลดลง คนสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อัตราส่วนการพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงาน พบว่า พ.ศ. ๒๕๕๓ วัยทำงาน ๑๐๐ คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ ๑๙.๗ คน พ.ศ. ๒๕๖๓ วัยทำงาน ๑๐๐ คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ ๓๐.๓ คน และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

จากสถานการณ์นี้จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ การเตรียมกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการความเฉพาะทางมากขึ้น ภาวะพึ่งพิงต่อวัยทำงานเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น ตามการสูงวัยของประชากร (การเป็นสังคมสูงวัย) ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุในอีก ๑๒ ปีข้างหน้า เพิ่มขึ้น ๓.๖ เท่าและสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทุกอายุจาก ๖๓,๕๖๕.๑ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็น ๒๒๘,๔๘๒.๒ ล้านบาท ในพ.ศ. ๒๕๖๕ หรือจากร้อยละ ๒.๑ ต่อ GDP เป็นร้อยละ ๒.๘ ต่อ GDP ในช่วงเดียวกัน

### ๓.๒.๒ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม

๓.๒.๑.๑ ประเทศไทยจัดอยู่ในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางขั้นสูง (Upper middle-income country) ด้วยเหตุที่ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาประเทศในระดับหนึ่งแล้ว ตัวอย่างเช่น อัตราการขยายตัวของผลผลิตมวลรวมในระยะเวลากว่า ๕ ทศวรรษที่ผ่านมา (ปี ๒๕๐๔-๒๕๕๒) เฉลี่ยอยู่ที่ระดับ ๖.๒ เปอร์เซ็นต์ต่อปี และคนไทยอยู่เหนือระดับจากความยากจนเป็นจำนวนกว่า ๘๐ เปอร์เซ็นต์ของคนไทยทั้งประเทศ อันดับความสามารถในการแข่งขันของประเทศโดยรวมดีขึ้น จากการจัดลำดับของ World Economic Forum ในปี ๒๕๕๘ อยู่ในอันดับที่ ๓๒ จาก ๑๔๐ ประเทศ แต่การพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน การขนส่งและ โลจิสติกส์ ยังขาดประสิทธิภาพและขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ทำให้ต้นทุนสูงเมื่อเทียบกับต่างประเทศ

๓.๒.๑.๒ ประเทศไทย ๔.๐ ปัจจุบันการพัฒนาอุตสาหกรรมของประเทศไทยอยู่ระหว่างยุคอุตสาหกรรม ๒.๐ ที่ใช้พลังงานไฟฟ้าและสายพานร่วมกับแรงงานมนุษย์ในกระบวนการผลิตกับอุตสาหกรรม ๓.๐ ที่เป็นยุคของการใช้เครื่องจักรอัตโนมัติหรือหุ่นยนต์ในกระบวนการผลิต ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมุ่งสู่อุตสาหกรรม ๔.๐ ที่เป็นยุคของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลและอินเทอร์เน็ตมาใช้ในการกระบวนการผลิต ซึ่งต้องใช้แรงงานที่มีผลิตภาพสูง แต่ผลิตภาพแรงงานไทยในช่วงปี ๒๕๔๔-๒๕๕๗ เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ ๒.๙ ต่อปี และเป็นแรงงานทักษะต่ำ จึงมีโอกาสสูงที่แรงงานทักษะและศักยภาพสูงจะไหลเข้ามาทำงานในประเทศ แต่ก็มีโอกาสไหลออกไปสู่ประเทศที่มีค่าตอบแทนสูงกว่าได้เช่นกัน

รัฐบาล (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้ตั้งเป้าหมายเปลี่ยนแปลงประเทศไปสู่ “ประเทศไทย ๔.๐” เพื่อก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลางที่กำลังเผชิญอยู่ เป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจไปสู่ “Value-base Economy” หรือ “เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม” โดยการแปลงความได้เปรียบของประเทศใน ๒ ด้าน คือ ความหลากหลายเชิงชีวภาพ และ ความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม ให้เป็นความได้เปรียบในเชิงแข่งขัน เติบโตด้วยนวัตกรรม ความคิดสร้างสรรค์ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและการวิจัยและพัฒนา ต่อยอดด้วย ๕ กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม ได้แก่ ๑) กลุ่มอาหาร เกษตร และเทคโนโลยีชีวภาพ ๒) กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ๓) กลุ่มเครื่องมืออุปกรณ์อัจฉริยะ หุ่นยนต์ และระบบเครื่องกลที่ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ควบคุม ๔) กลุ่มดิจิทัล เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมต่อและบังคับอุปกรณ์ต่างๆ ปัญญาประดิษฐ์และเทคโนโลยีสมองกลฝังตัว ๕) กลุ่มอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ วัฒนธรรม และบริการที่มีมูลค่าสูง ทั้ง ๕ กลุ่ม ต้องเร่งพัฒนาต่อยอดให้เกิดมูลค่าเพิ่มและฐานเศรษฐกิจใหม่

**๓.๒.๑.๓ ยังมีความเหลื่อมล้ำทางสังคมและความยากจน** ความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้ระหว่างคนจนกับคนรวยมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย ค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคด้านรายได้ (Gini Coefficient) ลดลงจาก ๐.๔๘๔ ในปี ๒๕๕๔ เหลือ ๐.๔๖๕ ในปี ๒๕๕๖ ยังมีความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ เช่น ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยี โครงสร้างพื้นฐาน อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางความรู้ การกระจายรายได้สูง ทักษะด้านแรงงาน เป็นต้น ความเหลื่อมล้ำจะมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นจากกระแสโลกาภิวัตน์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสมัยใหม่ในหลากหลายสาขา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ผันผวนรุนแรง ทรัพยากรธรรมชาติที่เสื่อมโทรม ปัญหามลพิษ ความเหลื่อมล้ำจากการเข้าถึงและการจัดสรรการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ

**๓.๒.๑.๔ สังคมเมืองเพิ่มขึ้น** การขยายตัวของเมืองเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะในรอบ ๔๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๒๓-๒๕๕๓) พบว่าจำนวนประชากรเมืองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๖.๔ ในปี ๒๕๒๓ เป็นร้อยละ ๔๔.๑ ในปี ๒๕๕๓ และคาดว่าในอีก ๑๐ ปี ประชากรเมืองของประเทศไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๖๐ ซึ่งการวางแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อรองรับและอำนวยความสะดวกสำหรับคนทุกกลุ่มในการขยายตัวของเมืองในอนาคต

**๓.๒.๑.๕ ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ (Determinants of health)** ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ มีทั้งที่ใกล้ชิดที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้แก่ ปัจจัยทางปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และยังมีปัจจัยที่อยู่ไกลตัวออกไป เช่น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การเมือง และการกระจายทรัพยากร ในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับโลก ซึ่งจะมีผลหรือเป็นตัวกำหนดปัจจัยใกล้ชิดตัวอีกทีหนึ่ง ซึ่งในแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงและมีอิทธิพลต่อกันอย่างเป็นองค์รวม แยกกันไม่ออก และมีความเป็นพลวัตเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ปัจจัยเหล่านี้ มีผลทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเชิงสังคม และทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพนั้น ต้องมีหลายหน่วยงาน/หลายกระทรวงเข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากมิติของเศรษฐกิจ สังคม เช่น เรื่องความยากจน การจ้างงาน การกีดกันทางสังคม โลกาภิวัตน์ หรือภัยทางธรรมชาติ หรือภาวะโรคระบาด ซึ่งเป็นเรื่องระดับโลก และสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อคนทั่วโลก แม้จะไม่ได้เป็นประเทศที่เป็นต้นเหตุหลักของปัญหา ระบบบริการสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญด้วย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความเท่าเทียม ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน และมีความยั่งยืน ไม่เป็นภาระงบประมาณจนไม่สามารถที่จะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาวได้

**๓.๒.๑.๖ สถานการณ์ทางการเมืองและความมั่นคงภายในประเทศ** ปัญหาความมั่นคงภายในประเทศมีความซับซ้อน สะสมมาอย่างยาวนาน ความขัดแย้งทางการเมืองรุกรานถึงสถาบันหลักของชาติ ถึงแม้ว่าจะมีคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (ตั้งแต่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗) และมีรัฐบาลปกครองประเทศ แม้ว่าสถานการณ์ความขัดแย้งจะเบาบางลง แต่ก็ยังคงมีการแบ่งฝักฝ่ายทางการเมือง แบ่งสี ซึ่งได้ขยายไปทั่วทุกภูมิภาคของประเทศและขยายลงลึกถึงระดับครอบครัว ชุมชน สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรง ปัญหายาเสพติด แรงงานข้ามชาติ ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชัน เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาพในด้านต่างๆ เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และความมั่นคงของประเทศ

### **๓.๒.๑.๗ การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข**

แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข มีแผนการปฏิรูปใน ๓ เรื่อง ได้แก่

๑) **ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ** เพื่อให้มีระบบบริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมและเชื่อมโยงทุกระดับ มีความเป็นธรรม ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีประสิทธิภาพ ภายใต้งบประมาณที่เหมาะสม ประเด็นในการปฏิรูป คือ ระบบบริการปกติ (ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแบบองค์รวม การพัฒนายุทธศาสตร์เรื่องยา การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และการสื่อสารด้านสุขภาพ

๒) **ปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพ** เพื่อให้มีหน่วยงานกลางระดับชาติ ที่จะกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานในระบบสุขภาพให้มีเอกภาพและเกิดประสิทธิภาพ ตลอดจนตรวจสอบ ประเมินผล ให้เป็นไปตามกฎหมายและธรรมาภิบาล โดยมีประเด็นการปฏิรูป คือ จัดตั้งคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ การปรับบทบาท Regulator/Provider จัดตั้งสำนักงานมาตรฐาน และจัดการข้อมูลสารสนเทศระบบสุขภาพแห่งชาติ

๓) **ปฏิรูปการเงินการคลังและการประกันสุขภาพ** เพื่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืนของระบบการเงิน การคลังด้านสุขภาพ ประชาชนต้องมีหลักประกันด้านสุขภาพ โดยมีประเด็นการปฏิรูป คือ

(๑) สร้างหลักประกันความมั่นคงและแก้ไขความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ โดย

- ปรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพให้เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับประชาชนทั่วประเทศ
- ประชาชน/ท้องถิ่นที่มีศักยภาพมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเช่น การประกันสุขภาพ

ส่วนบุคคลเพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์พื้นฐาน

- จัดตั้งกองทุนสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นทวีคูณของงบประมาณ ค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร และจากการประกันสุขภาพส่วนบุคคล

- จัดตั้งสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมสำนักงานประกันสังคมและ สปสช.) อยู่ภายใต้

คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

- ประชาชน/ท้องถิ่น มีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- จัดให้มีระบบฐานข้อมูลด้านการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระดับประเทศ

(๒) สร้างความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดย

- การประกันสุขภาพส่วนบุคคล
- การประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/นักท่องเที่ยว
- เพิ่มภาษีอาหาร/เครื่องดื่มที่เป็นภัยต่อสุขภาพ
- ส่งเสริม สนับสนุนการแพทย์แผนไทยคู่ขนานไปกับระบบปัจจุบัน
- ส่งเสริม สนับสนุนธุรกิจสุขภาพภาคเอกชน และความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน

### ๓.๒.๓ สถานสุขภาพคนไทย

คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น แต่สูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้น ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้

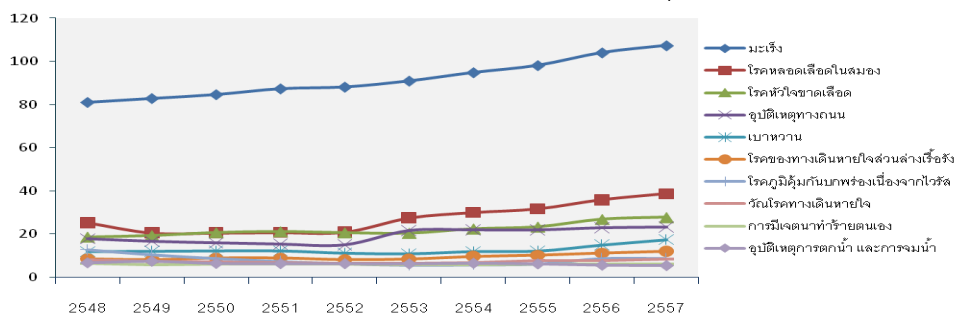
๓.๒.๓.๑ **อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด** (Life Expectancy at birth) ของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเพศหญิงและชาย โดยเพศชายเพิ่มจาก ๗๐.๔ ในปี ๒๕๕๓ เป็น ๗๑.๓ ในปี ๒๕๕๗ และคาดว่าจะเพิ่มเป็น ๗๕.๓ ในปี ๒๕๘๓ สำหรับเพศหญิงเพิ่มจาก ๗๗.๕ ในปี ๒๕๕๓ เป็น ๗๘.๒ ในปี ๒๕๕๗ และคาดว่าจะเพิ่มเป็น ๘๑.๙ ในปี ๒๕๘๓ (ข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ๒๕๕๓-๒๕๘๓ โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

๓.๒.๓.๒ อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) เพิ่มขึ้นในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๖) จาก ๖๒ ปีในปี ๒๕๕๒ เป็น ๖๖ ปีในปี ๒๕๕๖ (ที่มา: World Health Statistic ๒๐๑๓-๒๐๑๕) สาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทย ในปี ๒๕๕๖ ทั้งในชายไทยและหญิงไทยมาจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งตับ และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนหญิงไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจาก โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ

๓.๒.๓.๓ คนไทยป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ จากข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลที่มารักษาและนอนในโรงพยาบาลและมีหลักประกันสุขภาพจาก ๓ กองทุนหลัก (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม) ในช่วง ๑๐ ปี ที่ผ่านมาพบว่า แนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคไตวาย

สาเหตุการตายของคนไทยจากข้อมูลการตายในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย วิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ โดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งที่มีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รองลงมาได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด อุบัติเหตุทางถนน และโรคเบาหวาน สำหรับโรคเอดส์มีแนวโน้มการตายลดลงตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นต้นมา (ภาพที่ ๑) เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายในการให้ยา ARV ฟรีในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงทำให้การตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาระโรคในปี ๒๕๕๖ (Burden of diseases Study) ที่พบว่าการสูญเสียปีที่มีสุขภาพดี (DALYs loss) จากโรคไม่ติดต่อสูงกว่าโรคติดต่อกว่า ๕ เท่าในเพศชาย และมากกว่า ๘ เท่าในเพศหญิง

ภาพที่ ๑ อัตราการตายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนจากสาเหตุสำคัญ พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๗



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับโลกยุคโลกาภิวัตน์ ที่เป็นปัจจัยสำคัญทำให้การแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อระบบสาธารณสุข ปัจจุบันสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มของอุบัติการณ์และความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น มีการระบาดในหลายพื้นที่ ทั้งในและต่างประเทศทั่วโลก เช่น การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก (H5N๑) การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ Pandemic (H๑N๑) ๒๐๐๙ การแพร่ระบาดของโรคซาร์ส การแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางในทวีปตะวันออกกลาง และในปี ๒๕๕๗ มีโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

สำหรับประเทศไทย มีการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ในบางช่วง เช่น ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ พบผู้ป่วยโรคซาร์ส เป็นครั้งแรกและพบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๑ ซึ่งทำให้พบ ผู้ป่วยและเสียชีวิตในช่วงปี ๒๕๔๗ - ๒๕๔๙ นอกจากนั้นการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ Pandemic (H๑N๑) ๒๐๐๙ หรือไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก สำหรับโรคมือ เท้า ปาก (Hand, Foot and Mouth disease; HFMD) ที่เกิดจากเชื้อที่มีความรุนแรงก็พบบ่อยขึ้นในประเทศไทย และมีการแพร่ระบาดในปี ๒๕๕๕ สำหรับโรคอื่น ๆ ล่าสุดในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้พบผู้ป่วยโรค ทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมอร์สเป็นรายแรกในประเทศไทย โดยเป็นชาวต่างชาติที่เดินทางมาจาก พื้นที่ที่มีการระบาดของโรค ส่วนโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลายังไม่เคยมีรายงานการพบโรคนี้ในประเทศไทย

**คนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนนมากเป็นอันดับ ๒ ของโลก** ข้อมูลจากการเก็บสถิติของสถาบันวิจัย ด้านการคมนาคม มหาวิทยาลัยมิชิแกน สหรัฐอเมริกา ร่วมกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่า สถิติการ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๘ คน ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี แต่สำหรับ นามิเบีย ไทย และอิหร่าน ซึ่งเป็น ๓ อันดับต้น ๆ มีสถิติมากกว่าค่าเฉลี่ยเกิน ๒ เท่า คือ ๔๕ คน, ๔๔ คน, และ ๓๘ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี ตามลำดับ

### ๓.๒.๓.๔ ภาวะโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อไปเป็นโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบ ๒ เท่าจาก ๑,๖๘๒,๒๘๑ ราย ในปี ๒๕๔๘ เป็น ๓,๐๙๙,๖๘๕ ราย ใน ปี ๒๕๕๕ สาเหตุการตายส่วนใหญ่ของประชากรไทยอายุตั้งแต่ ๓๐ ปีขึ้นไปมีสาเหตุมาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ ๕ พ.ศ.๒๕๕๗ พบว่า

- ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปมีร้อยละ ๘.๙ ความชุกในผู้หญิงสูงกว่า ผู้ชาย ร้อยละ ๙.๘ และร้อยละ ๗.๙ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ ๔ ในปี ๒๕๕๒ (มีร้อย ละ ๖.๙) พบว่าความชุกในปี ๒๕๕๗ เพิ่มขึ้น และสัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มจากร้อย ละ ๓๑.๒ เป็นร้อยละ ๔๓.๑ ในส่วนของการรักษาและสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (FPG<๑๓๐มก./ดล.) ลดลงจากร้อยละ ๓๐.๖ เป็นร้อยละ ๒๓.๕ ตามลำดับ

- ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปมีร้อยละ ๒๔.๗ ผู้ชายร้อยละ ๒๕.๖และผู้หญิงร้อยละ ๒๓.๙ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ ๔ ในปี ๒๕๕๒ (ภาพรวมร้อยละ ๒๒.๐ : ผู้ชายร้อยละ ๒๓.๓ ผู้หญิงร้อยละ ๒๐.๙) พบว่าความชุกในปี ๒๕๕๗ เพิ่มขึ้น แต่การเข้าถึงบริการดีขึ้น โดย ในจำนวนคนที่เป้นความดันโลหิตสูงนั้น สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงลดลงจาก ร้อยละ ๕๐.๓ เป็นร้อยละ ๔๔.๗ สัดส่วนที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ ๒๓.๖ เป็น๒๐.๑ และสัดส่วนของผู้ที่สามารถคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์สูงขึ้นกว่าเดิมจากร้อยละ ๘.๖ เป็นร้อย ละ ๒๐.๙ ตามลำดับ

- ความชุกของภาวะอ้วน(BMI≥๒๕ กก./ตร.เมตร) ในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปมีร้อยละ ๓๗.๕ (ชายร้อยละ ๓๒.๙ และหญิงร้อยละ ๔๑.๘) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ ๔ เมื่อปี ๒๕๕๒ ความชุก ของภาวะอ้วน (BMI≥๒๕ กก./ตร.เมตร) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อย ละ ๔๐.๗ ในปี ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๔๑.๘ ส่วนผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ ๒๘.๔ เป็นร้อยละ ๓๒.๙

- ความชุกของโรคเรื้อรังในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และ บุคลากรสาธารณสุข พบว่าเป็นข้ออักเสบร้อยละ ๑๑.๔ โรคหอบหืดร้อยละ ๓.๕ นิ่วทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ

๓.๐ โรคเกาต์ ร้อยละ ๒.๔ ไตวาย ร้อยละ ๑.๐ ธาลัสซีเมีย ร้อยละ ๐.๗ และหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังร้อยละ ๐.๖ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์)

แนวโน้มขนาดของปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศและภูมิภาค หากไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย มีภาวะแทรกซ้อน พิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้คาดการณ์ว่าในปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยจะสูญเสียรายได้เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๕๒,๑๕๐ ล้านบาท แต่หากคนไทยช่วยกันป้องกันตนเองจะช่วยลดการสูญเสียได้ถึงร้อยละ ๑๐ - ๒๐

**๓.๒.๓.๕ คนไทยขาดความรู้ด้านสุขภาพ** จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนไทย เรื่อง ๓ อ ๒ ส พบว่าความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม โดยส่วนใหญ่ร้อยละ ๕๙.๔ ของประชาชนทั้งหมดมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก ๓ อ ๒ ส และข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ ๕ พ.ศ.๒๕๕๗ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า

- ความชุกของการสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ ๑๖.๐ (ชายร้อยละ ๓๑.๑ และ หญิงร้อยละ ๑.๘)
- สัดส่วนของประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีร้อยละ ๑๙.๒ (ชาย ๑๘.๔ หญิง ๒๐.๐) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีมากในผู้สูงอายุ ร้อยละ ๓๑.๓
- พฤติกรรมการกิน พบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๗๖ กินอาหารครบ ๓ มื้อต่อวัน กลุ่มที่กินอาหารครบ ๓ มื้อน้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี มีร้อยละ ๖๙.๙ และ กินผักและผลไม้ ปริมาณเพียงพอต่อวันตามข้อแนะนำมีเพียงร้อยละ ๒๕.๙ กินยาแก้ปวดทุกวัน ร้อยละ ๒.๔ และร้อยละ ๒.๗ กินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเป็นประจำ โดยผู้หญิงกินยาดังกล่าวมากกว่าผู้ชาย

### **๓.๒.๓.๖ ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย**

#### **(๑) กลุ่มเด็กปฐมวัย (๐ - ๕ ปี )**

สาเหตุการตายของมารดา ๑ ใน ๓ เกิดจากการบริหารจัดการการคลอด และ ๒ ใน ๓ มารดาตายมีโรคหรือภาวะโรคบางอย่างอยู่ก่อน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ อัตราส่วนการตายของมารดา ในปี ๒๕๕๕ เท่ากับ ๑๗.๖ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ เท่ากับ ๒๒.๓ และ ๒๓.๓ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ (MDGs) ที่กำหนดให้ลดอัตราการตาย เหลือ ๑๓ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ.๒๕๕๘ ซึ่งแสดงว่าแม่ตายยังเป็นปัญหาของประเทศไทย แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียน พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการตายของมารดาน้อยกว่าประเทศอื่นๆ เป็นอันดับ ๒ รองจากประเทศสิงคโปร์ (แต่สำหรับเป้าหมายของ SDGs ประเทศไทยได้บรรลุแล้ว)

สำหรับกลุ่มเด็ก ๐ - ๕ ปี อัตราตายมีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก แต่ยังสูงกว่าประเทศในอาเซียน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซียและบรูไน ส่วนปัญหาพบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม มีร้อยละ ๙.๐ ใน พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่เกินร้อยละ ๗ การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดพบ ๒๕.๖ ต่อเด็กเกิดมีชีพพันคน ใน พ.ศ. ๒๕๕๕ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบร้อยละ ๔๗.๕ ในพ.ศ. ๒๕๕๕ รวมทั้งปัญหาพัฒนาการของเด็ก พบว่า เด็กปฐมวัย (๐ - ๕ ปี) มีพัฒนาการล่าช้ากว่าร้อยละ ๒๗.๕



## (๒) กลุ่มวัยเรียน (๕ - ๑๔ ปี)

พบภาวะเริ่มอ้วนในเด็กวัยเรียน ร้อยละ ๑๒.๒ (ข้อมูล HDC สนย, ๒๕๕๙) จากการคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติในเด็กก่อนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาโดยครูในโรงเรียน ๑๗ แห่ง พบว่า เด็กมีภาวะสายตาสั้นผิดปกติ ร้อยละ ๖.๖ และจำเป็นต้องใส่แว่นสายตา ร้อยละ ๔.๑ การสำรวจทางสถิติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ พบว่า เด็ก ป.๑ มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย ๙๓.๑ และความฉลาดทางอารมณ์เท่ากับ ๔๕.๑ ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐาน (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๕๗) ส่วนสาเหตุการตายของเด็กไทยอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี พบว่า การจมน้ำตายเป็นสาเหตุอันดับหนึ่ง ในปี ๒๕๕๗ พบอัตราเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำ ๖.๘ ต่อ ประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีแสนคน

## (๓) กลุ่มวัยรุ่น (๑๕ - ๒๔ ปี)

การดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ๑๕ - ๒๔ ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๑.๖ ในพ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๒๓.๗ ในพ.ศ. ๒๕๕๔ หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๙.๕ อายุเฉลี่ยที่ดื่มสุรา ๒๐.๓ ปีและมีสัดส่วนการดื่มหนักมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และความชุกของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเป็นร้อยละ ๒๒.๔ โดยวัยรุ่นชาย สูบบุหรี่ สูงกว่าเพศหญิง ๑๗.๒ เท่า (ร้อยละ ๓๙.๕ และ ๒.๓ ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ ๑๕.๓ ปี และเกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ทุกวันหรือเกือบทุกวันและประมาณ ๓ ใน ๔ มีอาการติดบุหรี่ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยพบว่า อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีอายุน้อยลงจาก ๑๕-๑๖ ปี ในพ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๕๒ เป็นอายุ ๑๒ - ๑๕ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยพบการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทยในช่วง ๑๔ ปี ที่ผ่านมามีเพิ่มสูงขึ้น ๑.๔ เท่าจาก ๓๖ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็น ๕๑.๒ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๕๖ มีแม่อายุ ต่ำกว่า ๒๐ ปี ๑๓๓,๑๗๖ คน หรือร้อยละ ๑๖.๖ ของแม่ทุกกลุ่มอายุ พบวัยรุ่นทำแท้งปีละ ๓๐๐,๐๐๐ คน และมีเด็กกำพร้าถูกทอดทิ้ง ๘๘,๗๓๐ คน และอัตราโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี เพิ่มขึ้นเกือบ ๒ เท่าจาก ๔๖.๒ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็น ๙๕ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๕๖

## (๔) กลุ่มวัยทำงาน (๑๕ - ๕๙ ปี)

ประชากรวัยทำงานป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น โดยในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา (๒๕๕๒ - ๒๕๕๖) อัตราตายด้วยโรค NCD ที่สำคัญ พบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ ๒๐.๔๓ และอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาพของคนไทย ๕ อันดับแรก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, บุหรี่/ยาสูบ, HT, ไม่สวมหมวกนิรภัย และคอเลสเตอรอลในเลือดสูง อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน พบว่าอัตราตาย ๓ ปี (๕๔ - ๕๖) ย้อนหลัง ในภาพรวมของประเทศยังคงเพิ่มขึ้น มีเพียงบางเขตที่มีอัตราตายใกล้เคียงหรือต่ำกว่าเป้าหมายประเทศ นอกนั้นสูงกว่า และพบอัตราตายอย่างหายาบรรทุกกลุ่มอายุด้วยโรค CHD ใน ๙ เดือน เมื่อเทียบกับเป้าหมายทั้งปี (ไม่เกิน ๒๓ ต่อแสน) เขต ๓, ๔, และกทม. จะมีอัตราตายสูงกว่าเป้าหมายของทั้งปีค่อนข้างมาก และเมื่อดูข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี ก็พบว่ามีอัตราตายสูงกว่าประเทศค่อนข้างมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุยังอธิบายไม่ได้ชัดเจน แต่พบว่าทั้ง ๓ เขตมีความชุกของ HT สูง และออกกำลังกายน้อย

## (๕) กลุ่มสูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป)

สาเหตุหลักของการสูญเสียสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๖ ในเพศชาย ๓ ลำดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งและความผิดปกติทางการรับรู้ ส่วนเพศหญิง ๓ ลำดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติทางการรับรู้และโรคมะเร็ง และพบโรคที่ผู้สูงอายุตายเรียงลำดับ คือ มะเร็ง หลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ ไต และเบาหวาน โดยพบว่าผู้สูงอายุตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น การเข้าสู่สังคม

ผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อสิ้นแผนฯ ๑๒ โดยจำนวนประชากรจะเพิ่มจาก ๖๕.๕ ล้านคนในปี ๒๕๖๐ เป็น ๖๖.๑ ล้านคน ในปี ๒๕๖๔ สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๗.๑ เป็น ๑๙.๘ ขณะที่สัดส่วนวัยเด็กและวัยแรงงานจะลดลงจากร้อยละ ๑๗.๕ และ ๖๕.๓ เหลือร้อยละ ๑๖.๖ และ ๖๔.๑ ตามลำดับในช่วงเวลาเดียวกัน แสดงถึงความจำเป็นที่ต้องปรับระบบบริการรองรับผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมประชากรในการเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอนาคต

### ๓.๒.๔ สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ได้มีการพัฒนาและขยายการให้บริการในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีหน่วยบริการครอบคลุมทุกพื้นที่ โครงสร้างระบบสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย การจัดบริการในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ การจัดบริการเฉพาะทาง และระบบการส่งต่อ นอกจากนี้ ยังมีระบบสนับสนุนที่สำคัญ คือ ระบบสนับสนุนทรัพยากร(คน เงิน ของ) วิชาการ การวิจัย และระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

#### ๓.๒.๔.๑ หน่วยบริการสุขภาพ

จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๕๗ ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยบริการสุขภาพของรัฐตามระดับของเขตการปกครอง ดังนี้

**ในเขตกรุงเทพมหานคร** มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ๕ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๒๖ แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค ๑๘ แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขครบทุกเขต รวม ๑๓๒ ศูนย์ / ๕ สาขา

**ระดับภาค** มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ๖ แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ ๒๘ แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง ๔๙ แห่ง

**ระดับจังหวัด** มีโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมครบทุกจังหวัดรวม ๘๘ แห่ง

**ระดับอำเภอ** มีโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมอำเภอร้อยละ ๘๘.๘ รวม ๗๘๐ แห่งและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ๒๙๕ แห่ง

**ระดับตำบล** มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) ๙,๗๗๗ แห่ง ครอบคลุมครบทุกตำบลแล้ว และหลายตำบลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากกว่า ๑ แห่ง

**ระดับหมู่บ้าน** มีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ๑๒๕ แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตชนบท ๔๘,๐๔๙ แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตเมือง ๓,๑๐๘ แห่ง

สรุปจำนวนโรงพยาบาล(ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) ทั้งประเทศ ๑,๓๐๓ แห่ง จำนวนเตียง ๑๕๐,๓๕๐ เตียง เป็นภาครัฐ ๑,๐๑๙ แห่ง (๗๘ %) ๑๒๐,๓๒๒ เตียง (๘๐ %) เอกชน ๒๘๔ แห่ง ( ๒๒ %) ๓๐,๐๒๘ เตียง (๒๐ %)

**๓.๒.๔.๒ แนวโน้มจำนวนเตียงโรงพยาบาล** ในการขยายสถานบริการสุขภาพในส่วนของโรงพยาบาล จะมีการขยายทั้งจำนวนโรงพยาบาล และการเพิ่มขึ้นของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลเพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยในที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากจำนวนประชากรและภาวะการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนโรงพยาบาลเพิ่มจาก ๖๗๑ โรงพยาบาลในปีพ.ศ.๒๕๒๒ เป็น ๑,๓๐๓ โรงพยาบาลในปี พ.ศ.๒๕๕๗ และจำนวนเตียงเพิ่มจาก ๖๑,๒๗๔ เตียงในปี พ.ศ.๒๕๒๒ เป็น ๑๕๐,๐๓๕ เตียงในปีพ.ศ.๒๕๕๗ โดยอัตราส่วนประชากรต่อเตียงลดลงจาก ๗๕๒:๑ ในปีพ.ศ.๒๕๒๒ เหลือ ๔๓๒:๑ ในปีพ.ศ.

๒๕๕๗ และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ลดลงจาก ๙.๓:๑ ในปีพ.ศ.๒๕๒๒ เหลือ ๕:๑ ในปีพ.ศ.๒๕๕๗ ทั้งนี้ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของแพทย์มากกว่าการเพิ่มขึ้นของเตียงโรงพยาบาลในภาพรวม ปี ๒๕๕๗ มีอัตราการครองเตียงภาพรวมทั้งประเทศร้อยละ ๗๔

### ๓.๒.๔.๓ แนวโน้มสถานบริการด้านสุขภาพ จำแนกตามสังกัด

สัดส่วนของโรงพยาบาลและสัดส่วนของเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด สัดส่วนของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๔.๖ ในปีพ.ศ.๒๕๑๖ เป็นร้อยละ ๖๙.๓๘ ในปีพ.ศ.๒๕๕๗ ในขณะที่เตียงโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ที่ร้อยละ ๖๕.๙๗ ในปีพ.ศ.๒๕๕๗ ในขณะที่สัดส่วน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆ ลดลงจากร้อยละ ๒๐.๑ ในปีพ.ศ.๒๕๑๖ เหลือร้อยละ ๗.๓๗ ในปีพ.ศ.๒๕๕๗ โดยมีเตียงอยู่ที่ร้อยละ ๑๐.๗ ในปีพ.ศ.๒๕๕๗ และโรงพยาบาลเอกชน มีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ ๓๙.๒ ในปีพ.ศ.๒๕๑๖ เหลือร้อยละ ๒๑.๘ ในปีพ.ศ.๒๕๕๗ โดยมีเตียงอยู่ที่ร้อยละ ๑๙.๙๗ ในปีพ.ศ.๒๕๕๗

### ๓.๒.๔.๔ แนวโน้มสถานบริการด้านสุขภาพ รายภาค

สำหรับการกระจายเตียงโรงพยาบาลระหว่างภาค พบว่าอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ลดลงในทุกภาค โดยในปีพ.ศ.๒๕๕๗ อัตราส่วนประชากรต่อเตียง ของกรุงเทพฯ เท่ากับ ๒๐๓:๑ ภาคกลางเท่ากับ ๓๗๔:๑ ภาคเหนือเท่ากับ ๔๔๓:๑ ภาคใต้เท่ากับ ๔๗๖:๑ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ ๖๐๖:๑ ความแตกต่าง ระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงจาก ๔.๕ เท่า ในปีพ.ศ.๒๕๒๒ เหลือ ๒.๘ เท่า ในปีพ.ศ. ๒๕๕๗ สำหรับอัตราส่วนประชากรต่อรพ.สต.เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในทุกภาคแสดงว่าประชากรเพิ่มขึ้นเร็วกว่าการ เพิ่มขึ้นของรพ.สต. โดยในแต่ละภาคมีอัตราส่วนประชากรต่อรพ.สต.ที่ใกล้เคียงกันมาก ระหว่าง ๔,๖๒๓:๑ ถึง ๕,๗๒๕:๑ ในปีพ.ศ.๒๕๕๗

### ๓.๒.๔.๕ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

#### (๑) ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ

ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของคนไทยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลังจากการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๔๕โดยมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙๒.๔๗ ในปีพ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นร้อยละ ๙๙.๘๔ ในปีพ.ศ.๒๕๕๗ โดยมีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ๔๘.๓๑ ล้านคน สิทธิ ประกันสังคม ๑๑.๐๗ ล้านคน และสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ๔.๘๔ ล้านคน

#### (๒) แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยนอก จำแนกตามสังกัด

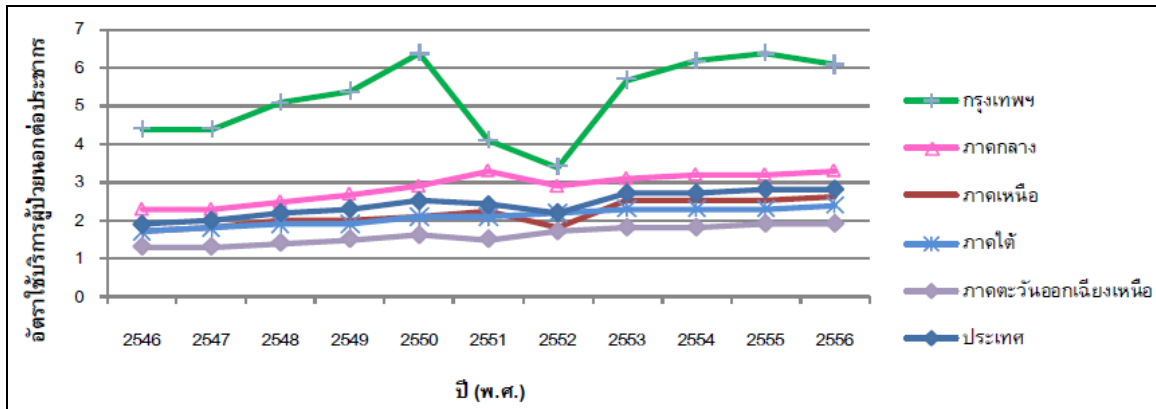
สัดส่วนผู้ป่วยนอกจำแนกตามสังกัดระหว่างปีพ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๕๖ มีความเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก โดย กระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนผู้ป่วยนอกประมาณร้อยละ ๖๐-๖๕ ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ ๒๐-๒๕ กระทรวงศึกษาธิการ ร้อยละ ๕ และกระทรวงกลาโหม ร้อยละ ๓

#### (๓) แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก รายภาค

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร จะช่วยสะท้อนการเข้าถึงบริการสุขภาพ หากภาวะการ เจ็บป่วยไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก ๑.๙ ครั้งต่อคนต่อปี ในปีพ.ศ.๒๕๔๖ เป็น ๒.๘ ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ในขณะที่แต่ละภาคก็มีอัตราการ บริการเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยกรุงเทพฯเพิ่มขึ้นจาก ๔.๔ ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๔๖ เป็น ๖.๑ ครั้งต่อคน ต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ภาคกลางเพิ่มขึ้นจาก ๒.๓ ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๔๖ เป็น ๓.๓ ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ.๒๕๕๖ ภาคเหนือเพิ่มขึ้นจาก ๑.๗ ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๔๖ เป็น ๒.๖ ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ ภาคใต้เพิ่มขึ้นจาก ๑.๗ ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๔๖ เป็น ๒.๔ ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๕๖ และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นจาก ๑.๓ ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๔๖ เป็น ๑.๙ ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.

๒๕๕๖ โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ประมาณ ๓ เท่าในปีพ.ศ.๒๕๕๖ (ภาพที่ ๒ )

ภาพที่ ๒ แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อประชากร) รายภาค พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๕๖



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

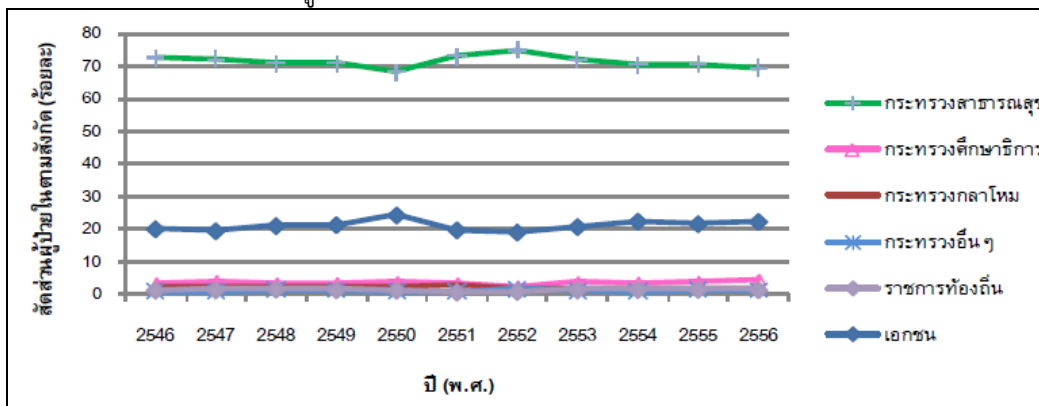
#### (๔) การใช้บริการผู้ป่วยใน

การให้บริการผู้ป่วยใน เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีข้อมูลได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยในจำแนกตามสังกัด และอัตราการให้บริการผู้ป่วยในต่อประชากรจำแนกตามภาค

#### (๕) แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยใน จำแนกตามสังกัด

สัดส่วนผู้ป่วยในจำแนกตามสังกัดระหว่างปีพ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๕๖ มีความเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก โดยกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนผู้ป่วยในประมาณร้อยละ ๗๐-๗๕ ของผู้ป่วยในทั้งหมด รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ ๒๐-๒๕ กระทรวงศึกษาธิการ ร้อยละ ๔ และกระทรวงกลาโหม ร้อยละ ๑.๕ (ภาพที่ ๓)

ภาพที่ ๓ แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยใน (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๕๖



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

#### (๖) แนวโน้มอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน รายภาค

อัตราการให้บริการผู้ป่วยในต่อประชากรในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก ๑๓.๓ ครั้งต่อ ๑๐๐ คนต่อปี ในปีพ.ศ.๒๕๔๖ เป็น ๑๕.๑ ครั้งต่อ ๑๐๐ คนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ในขณะที่แต่ละภาคก็มีอัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยกรุงเทพฯเพิ่มขึ้นจาก ๒๐.๓ ครั้งต่อ ๑๐๐ คนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๔๖ เป็น ๒๒ ครั้งต่อ ๑๐๐ คนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ภาคกลางเพิ่มขึ้นจาก ๑๔.๔ ครั้งต่อ ๑๐๐ คนต่อปีในปีพ.ศ.

๒๕๔๖ เป็น ๑๖.๗ ครั้งต่อ ๑๐๐ คนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ภาคเหนือเพิ่มขึ้นจาก ๑๓.๑ ครั้งต่อ ๑๐๐ คนต่อปี ในปีพ.ศ.๒๕๔๖ เป็น ๑๔.๙ ครั้งต่อ ๑๐๐ คนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ภาคใต้เพิ่มขึ้นจาก ๑๓.๕ ครั้งต่อ ๑๐๐ คนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๔๖ เป็น ๑๖.๑ ครั้งต่อ ๑๐๐ คนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๕๖ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นจาก ๑๐.๗ ครั้งต่อ ๑๐๐ คนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๔๖ เป็น ๑๑.๘ ครั้งต่อ ๑๐๐ คนต่อปีในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ประมาณ ๒ เท่า ในปีพ.ศ.๒๕๕๖

### ๓.๒.๔.๖ การส่งต่อมีทั้งไม่ยอมทำเองและปฏิเสธการรับ

มีความพยายามพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบการปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยภายในเขตข้ามเขตและส่วนกลาง มีมากในเกือบทุกจังหวัด ต้องใช้เวลาการประสานงานนาน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครพบอัตราการปฏิเสธค่อนข้างสูง ในทางตรงข้ามสถานบริการที่ควรมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้กลับทำได้น้อยลง

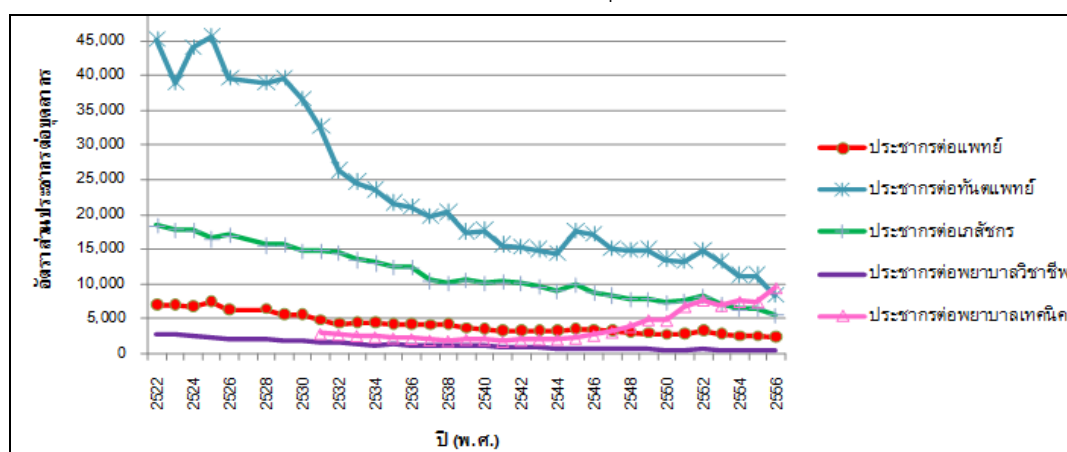
### ๓.๒.๕ สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านจำนวนที่ไม่เพียงพอและการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสมก็ยังคงเป็นปัญหา มีความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบท แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการเพิ่มการผลิตกำลังคนอย่างต่อเนื่อง การใช้มาตรการเพิ่มแรงจูงใจ ทั้งในรูปแบบค่าตอบแทนประเภทต่างๆ และความก้าวหน้าในอาชีพราชการ แต่ปัญหายังคงมีอยู่

#### ๓.๒.๕.๑ แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ ๕ สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค มีแนวโน้มที่ดีขึ้นตลอดช่วงเวลา ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา ยกเว้นกรณีของพยาบาลเทคนิค ที่มีการเปลี่ยนไปเป็นพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ประมาณปีพ.ศ.๒๕๔๖ ทำให้จำนวนพยาบาลเทคนิคลดลงอย่างต่อเนื่อง อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ลดลงจากประมาณ ๗,๐๐๐:๑ ในปี พ.ศ.๒๕๒๒ เหลือประมาณ ๒,๕๒๑:๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ในขณะที่อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ลดลงจากประมาณ ๔๕,๐๐๐:๑ ในปีพ.ศ.๒๕๒๒ เหลือประมาณ ๑๐,๕๘๐:๑ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ลดลงจากประมาณ ๑๘,๐๐๐:๑ ในปีพ.ศ.๒๕๒๒ เหลือประมาณ ๖,๓๕๒:๑ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ และอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ลดลงจากประมาณ ๒,๖๐๐:๑ ในปีพ.ศ.๒๕๒๒ เหลือประมาณ ๕๐๐:๑ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ แต่อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค กลับเพิ่มขึ้นจากประมาณ ๒,๙๐๐:๑ ในปีพ.ศ.๒๕๓๑ เป็น ประมาณ ๙,๔๐๐:๑ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ (ภาพที่ ๔)

ภาพที่ ๔ แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๒๒-๒๕๕๖



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

### ๓.๒.๕.๒ แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ จำแนกตามสังกัด

สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด จะสะท้อนการเจริญเติบโตทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นและการขยายสถานบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ทั่วทั้งประเทศ ทำให้กำลังคนด้านสุขภาพในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนสูงที่สุด สัดส่วนของแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๗.๑ ในปี พ.ศ.๒๕๑๔ เป็นร้อยละ ๕๘.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ในขณะที่สัดส่วนของแพทย์สังกัดกระทรวงอื่นๆนั้น ลดลงจากร้อยละ ๔๔.๘ ในปี พ.ศ.๒๕๑๔ เหลือร้อยละ ๑๙.๕ และสัดส่วนของแพทย์โรงพยาบาลเอกชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖.๗ ในปี พ.ศ.๒๕๑๔ เป็นร้อยละ ๑๘ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ซึ่งมีสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่นับตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๓๗ เป็นต้นมา

สัดส่วนของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๗.๕ ในปีพ.ศ. ๒๕๑๔ เป็นร้อยละ ๖๐.๗ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ในขณะที่สัดส่วนของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงอื่นๆนั้น ลดลงจากร้อยละ ๕๕.๗ ในปีพ.ศ.๒๕๑๔ เหลือร้อยละ ๑๓.๓ และสัดส่วนของทันตแพทย์โรงพยาบาลเอกชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓.๘ ในปีพ.ศ.๒๕๑๔ เป็นร้อยละ ๒๓ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖

สัดส่วนของเภสัชกรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๘.๙ ในปีพ.ศ.๒๕๑๔ เป็นร้อยละ ๖๕.๗ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ในขณะที่สัดส่วนของเภสัชกรสังกัดกระทรวงอื่นๆนั้น ลดลงจากร้อยละ ๑๗.๘ ในปีพ.ศ.๒๕๑๔ เหลือร้อยละ ๙.๖ และสัดส่วนของเภสัชกรโรงพยาบาลเอกชน ลดลงจากร้อยละ ๕๗ ในปีพ.ศ.๒๕๑๔ เป็นร้อยละ ๒๒.๓ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ โดยมีสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๔๓

สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๒.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๑๔ เป็นร้อยละ ๗๒.๔ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ในขณะที่สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงอื่นๆนั้น ลดลงจากร้อยละ ๓๙.๗ ในปีพ.ศ.๒๕๑๔ เหลือร้อยละ ๑๓.๔ และสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖.๘ ในปีพ.ศ.๒๕๑๔ เป็นร้อยละ ๑๐.๙ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖

### ๓.๒.๕.๓ การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ

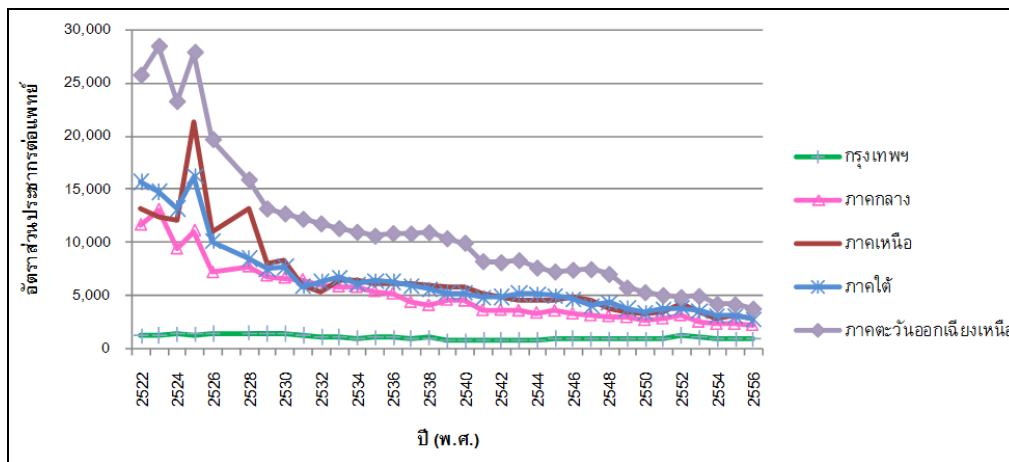
การติดตามสถานการณ์การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างภูมิภาค เป็นประเด็นด้านความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะความเสมอภาคระหว่างพื้นที่ที่มีภาวะเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เช่น ระหว่างกรุงเทพมหานครกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้ยังมีประเด็นการกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างระดับของบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายของแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆ และประเด็นผลกระทบต่อภาระงานของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆ

### ๓.๒.๕.๔ แนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ รายภาค

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ระหว่างภูมิภาค ประกอบด้วยบุคลากร ๖ สาขา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และบุคลากรที่ทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดังนี้

อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ของกรุงเทพฯ เท่ากับ ๘๘๖:๑ ภาคกลาง เท่ากับ ๒,๒๒๐:๑ ภาคเหนือ เท่ากับ ๒,๘๒๑:๑ ภาคใต้ เท่ากับ ๒,๗๙๒:๑ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ ๓,๗๖๓:๑ โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก ๒๑.๓ เท่า ในปีพ.ศ.๒๕๒๒ เหลือ ๔.๒ เท่า ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ (ภาพที่ ๕)

ภาพที่ ๕ แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์รายภาค พ.ศ. ๒๕๒๒-๒๕๕๖



ที่มา รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

อัตราส่วนประชากรต่อพันตแพทย์ ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อพันตแพทย์ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ ของกรุงเทพฯ เท่ากับ ๒,๙๓๒:๑ ภาคกลาง เท่ากับ ๘,๔๙๙:๑ ภาคเหนือ เท่ากับ ๙,๑๔๗:๑ ภาคใต้ เท่ากับ ๙,๓๐๐:๑ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ ๑๓,๗๘๓:๑ โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก ๔๐.๒ เท่า ในปีพ.ศ.๒๕๒๒ เหลือ ๔.๗ เท่า ในปีพ.ศ.๒๕๕๖

อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ของกรุงเทพฯ เท่ากับ ๒,๔๖๕:๑ ภาคกลาง เท่ากับ ๔,๗๑๗:๑ ภาคเหนือ เท่ากับ ๖,๕๔๘:๑ ภาคใต้ เท่ากับ ๖,๓๓๐:๑ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ ๘,๒๓๗:๑ โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก ๙๘.๑ เท่า ในปีพ.ศ.๒๕๒๒ เหลือ ๓.๓ เท่า ในปีพ.ศ.๒๕๕๖

อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ของกรุงเทพฯ เท่ากับ ๒๔๐:๑ ภาคกลาง เท่ากับ ๔๙๗:๑ ภาคเหนือ เท่ากับ ๕๔๓:๑ ภาคใต้ เท่ากับ ๔๖๖:๑ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ ๖๔๖:๑ โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก ๑๘.๒ เท่า ในปีพ.ศ.๒๕๒๒ เหลือ ๒.๗ เท่า ในปีพ.ศ.๒๕๕๖

อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ของกรุงเทพฯ เท่ากับ ๑,๘๘๐:๑ ภาคกลาง เท่ากับ ๑๓,๒๗๙:๑ ภาคเหนือ เท่ากับ ๑๗,๖๕๖:๑ ภาคใต้ เท่ากับ ๑๖,๗๘๒:๑ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ ๑๕,๔๘๒:๑ โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพิ่มขึ้นจาก ๑.๔ เท่า ในปีพ.ศ.๒๕๒๒ เป็น ๘.๒ เท่า ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ทั้งนี้เนื่องจากการลดลงอย่างมากของพยาบาลเทคนิคในแต่ละภูมิภาค

อัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่รพ.สต. ค่อนข้างคงที่ในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่รพ.สต. ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ของภาคกลาง เท่ากับ ๑,๗๕๔:๑ ภาคเหนือ เท่ากับ ๑,๕๙๕:๑ ภาคใต้ เท่ากับ ๑,๔๖๑:๑ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ ๑,๖๒๖:๑ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับประเทศ เท่ากับ ๑,๖๒๔:๑ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรในรพ.สต. มีความใกล้เคียงกันมากในแต่ละภาค

### ๓.๒.๖ การเงินการคลังด้านสุขภาพ

แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก ๑๒๗,๖๕๕ ล้านบาท (๒,๑๖๐ บาทต่อคน) ในปี พ.ศ.๒๕๓๗ เป็น ๕๑๓,๒๑๓ ล้านบาท (๗,๙๖๒ บาทต่อคน) ในปี พ.ศ.๒๕๕๕ หรือเพิ่มขึ้นประมาณ ๔ เท่า โดยร้อยละของรายจ่ายสุขภาพ เมื่อเทียบกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP)

คิดเป็นร้อยละ ๓.๕ ของ GDP ในปีพ.ศ.๒๕๓๗ แล้วเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เป็นร้อยละ ๔.๕ ของ GDP ในปีพ.ศ. ๒๕๕๕ ทั้งนี้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพที่เป็นภาครัฐ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๕ ในปีพ.ศ.๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๗๕.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (ภาครัฐส่วนกลางร้อยละ ๖๓.๐ ส่วนท้องถิ่นร้อยละ ๕.๕ และกองทุนประกันสังคมร้อยละ ๗.๓) ในขณะที่สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพที่เป็นภาคเอกชน ลดลงจากร้อยละ ๕๕ ในปีพ.ศ.๒๕๓๗ เหลือร้อยละ ๒๔.๒ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๕ (ครัวเรือนจ่ายเองร้อยละ ๑๑.๖ การประกันสุขภาพเอกชน ๘.๘ ความช่วยเหลือจากต่างประเทศ ๓.๘) ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๔๕ ที่ทำให้ภาครัฐมีบทบาทต่อรายจ่ายสุขภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

รายจ่ายสุขภาพปี พ.ศ.๒๕๕๕ ร้อยละ ๖๙.๖ เพื่อซื้อสินค้าและบริการสุขภาพส่วนบุคคล รายจ่ายอีก ร้อยละ ๑๒.๖ เพื่อการบริหารจัดการด้านระบบและการคลังสาธารณสุข ร้อยละ ๖.๓ เพื่อกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และอีกร้อยละ ๑๑.๖ เป็นการลงทุนด้านสุขภาพ

### ๓.๒.๗ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางการนโยบายสุขภาพที่อาศัยหลักฐานสนับสนุนทางวิชาการ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพปัจจุบัน และแนวโน้มของปัญหาสุขภาพในอนาคต รวมทั้งยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการจัดการกับปัญหาสุขภาพเฉพาะต่างๆ เพื่อการพัฒนาระบบและวิธีการในการจัดการกับปัญหาและเพิ่มคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพ สถานะสุขภาพของประชาชน ฯลฯ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพยังมีปัญหาความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลกระจุกกระจายไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ขาดกลไกในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพในระดับประเทศ ภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข) ขาดกำลังคนและผู้เชี่ยวชาญในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบ เป็นต้น ปัญหาต่างๆดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ใช้ข้อมูล และผู้จัดทำข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กองทุนด้านสุขภาพ กระทรวงอื่นๆ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งภาคประชาชน โดยต้องมีกลไกการสนับสนุน ทั้งด้านงบประมาณและด้านวิชาการ ที่เพียงพอและเหมาะสม ประกอบกับการมีบุคลากรที่มีศักยภาพ ภายใต้การจัดการที่เป็นระบบและต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือกัน ทั้งแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ โดยอยู่ในรูปแบบของเครือข่าย เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาระบบร่วมกัน

### ๓.๒.๘ ระบบยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ได้แก่ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาล มีความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ นอกเหนือจากกำลังคนด้านสุขภาพและสถานบริการสุขภาพ

#### ๓.๒.๘.๑ ยาและเวชภัณฑ์

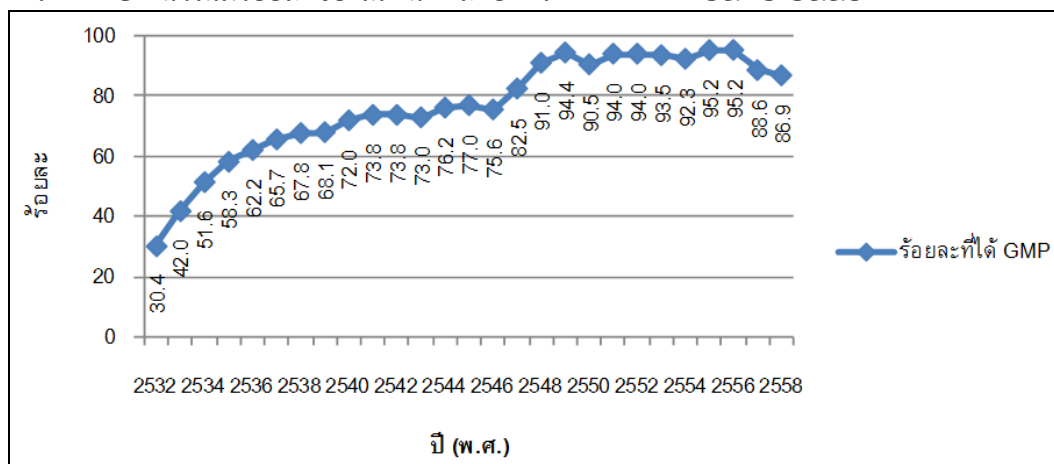
ยาและเวชภัณฑ์ มีความจำเป็นในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งต้องมีคุณภาพได้มาตรฐาน และสามารถกระจายไปยังประชาชนในภูมิภาคต่างๆได้อย่างทั่วถึง ผ่านการผลิตและนำเข้ามาจากต่างประเทศ

#### แนวโน้มสถานที่ผลิตยาที่ได้มาตรฐาน

ยาที่ผลิตในประเทศส่วนหนึ่งมาจากโรงงานผลิตยาที่ได้รับการส่งเสริม หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP) ในปีพ.ศ.๒๕๔๖ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎหมายให้โรงงานผลิตยาทุกแห่งต้องได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต ซึ่งแนวโน้มของสถานที่ผลิตยาที่ได้มาตรฐาน GMP เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๐.๔ ในปีพ.ศ.๒๕๓๒ เป็นร้อยละ ๗๕.๖ ในปีพ.ศ.๒๕๔๖ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๙๕.๒ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ โดยล่าสุดปีพ.ศ.๒๕๕๘ สถานที่ผลิตยาได้มาตรฐาน GMP ร้อยละ ๘๖.๙ (ภาพที่ ๖)



ภาพที่ ๖ แนวโน้มร้อยละของสถานที่ผลิตยาที่ได้ GMP พ.ศ. ๒๕๓๒-๒๕๕๖



ที่มา: สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

### แนวโน้มมูลค่าการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบัน

นอกจากการผลิตยาไว้ใช้เองภายในประเทศแล้ว ยังมียาและเวชภัณฑ์ที่ต้องนำเข้ามาจากต่างประเทศ โดยมูลค่าการผลิตยาและนำเข้ายา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของมูลค่าการนำเข้ายา เพิ่มขึ้นเร็วกว่าการผลิตยา ทำให้สัดส่วนของมูลค่าการผลิตยาลดจากร้อยละ ๗๖.๕ ในปีพ.ศ.๒๕๒๗ เหลือร้อยละ ๓๓ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ ในขณะที่มูลค่าการนำเข้ายาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๓.๕ ในปีพ.ศ.๒๕๒๗ เป็นร้อยละ ๖๗ ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ หรือคิดเป็นประมาณ ๒ เท่าของมูลค่าการผลิต

### ๓.๒.๘.๒ เทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข

สถานการณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญ จะหมายถึงอุปกรณ์การทางแพทย์ที่สำคัญ โดยเฉพาะที่มีราคาแพง ทั้งในด้านแนวโน้มและการกระจายระหว่างภูมิภาคต่างๆ

#### แนวโน้มอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ มีส่วนในการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการวินิจฉัย หรือการรักษาโรค โดยเฉพาะเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง หากพิจารณาจากแนวโน้มจะพบว่ามีเพิ่มขึ้นของเครื่องมือแพทย์ราคาแพงอย่างต่อเนื่อง โดยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) เพิ่มขึ้นจาก ๒๖๖ เครื่องในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็น ๕๕๓ เครื่องในปีพ.ศ.๒๕๕๖ เช่นเดียวกับเครื่องตรวจจ้องวัยะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) ซึ่งสะท้อนถึงการเติบโตของการลงทุนในด้านบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการรักษาพยาบาล

#### การกระจายอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

การกระจายของอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ ระหว่างภูมิภาคต่างๆ จะพบว่าเครื่องมือแพทย์ราคาแพง ส่วนใหญ่ยังกระจุกตัวอยู่ที่กรุงเทพฯ โดยกรุงเทพฯ มีอัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคน ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอยู่ที่ประมาณ ๒-๔ เท่า ตัวอย่างเช่นเครื่อง Mammogram ที่กรุงเทพฯมีมากกว่าค่าเฉลี่ย ๔.๒ เท่า หรือมากกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๘ เท่า ในส่วนของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) จะพบว่าถึงแม้แนวโน้มของอัตราส่วนต่อประชากรล้านคนของเครื่องCT-scanner จะเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาค แต่ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคก็ยังคงอยู่ โดยกรุงเทพฯยังคงมีเครื่องCT-scannerที่มากกว่าค่าเฉลี่ยประเทศอยู่ประมาณ ๓-๔ เท่า มาตลอดตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๔๒ เป็นต้นมา

### ๓.๒.๙ การอภิบาลในระบบสุขภาพไทย

การพัฒนาระบบสุขภาพ ไม่ได้เป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขแต่เพียงลำพัง ยังมีกระทรวงอื่นๆ ทั้งที่มีบทบาทโดยตรงเช่น โรงเรียนแพทย์สังกัดกระทรวงศึกษา และส่วนที่เกี่ยวข้องกันเช่นกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เป็นต้น และมีหน่วยงานด้านสุขภาพเกิดขึ้นใหม่ตามกฎหมายอาทิ สวรส.(๒๕๓๓) สสส.(๒๕๔๔) สปสช.(๒๕๔๕) สช.(๒๕๕๐) สผอ.(๒๕๕๑) สรพ.(๒๕๕๒) แต่ประเทศกลับขาดกลไกระดับชาติในการสร้างเอกภาพในการกำหนดทิศทางนโยบาย ยุทธศาสตร์และมาตรการที่ไม่ทับซ้อนหรือไปคนละทางอย่างในปัจจุบัน หลายๆเรื่องคนคิดไม่ได้ทำ คนทำไม่ได้คิด ต่างคนต่างทำ ขาดการกำหนดเป้าหมายร่วม ความเป็นคู่ขัดแย้ง ความไม่ไว้วางใจระหว่างกันในระดับนโยบายทำให้ขาดความร่วมมือ ขาดการประสานงาน ตลอดจนหน่วยงานด้านสุขภาพที่ตั้งขึ้นตามพรบ.ต่างๆ ไม่มีกลไกกลางในการเชื่อมร้อยระหว่างองค์กร ทำให้เกิดการแตกแยกในแนวคิดและการกระทำที่นำมาสนับสนุนความคิดของตน นำไปสู่การขาดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ทั้งที่หลายๆกรณีที่เกิดขึ้นมีเป้าหมายสุดท้ายไม่แตกต่างกัน

### บทสรุป

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมืองของประเทศ เป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลให้เกิดการปฏิรูปในระบบสุขภาพของประเทศ รัฐบาล(พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้วางยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาประเทศให้มีความต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ในช่วงระยะ ๕ ปีแรก เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ การวางแผนพัฒนาต้องมุ่งตอบสนองต่อเป้าหมายชาติที่ต้องบรรลุและวางรากฐานการพัฒนาที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ที่สามารถสานต่อการพัฒนาได้ในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับต่อไป จากสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพดังกล่าวมาแล้วนั้น สรุปปัจจัยที่เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ ดังนี้

(๑) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนปี ๒๕๕๙-๒๕๗๓ (Sustainable Development Goals: SDGs) มี ๑๗ เป้าหมายหลัก ที่ทุกประเทศจะต้องบรรลุในอีก ๑๕ ปีข้างหน้า ดังนั้นทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ต้องปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมาย SDGs ให้บรรลุ

(๒) การปรับโครงสร้างประเทศไทย ไปสู่ “ประเทศไทย ๔.๐” เพื่อก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลางที่กำลังเผชิญอยู่ เป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจไปสู่ “Value-base Economy” หรือ “เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม” การพัฒนาด้านสุขภาพจะปรับตัวอย่างไร เพื่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจของประเทศได้

(๓) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทย อันเนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง และภาวะการตายลดลง คนไทยอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น

(๔) การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจาก อุบัติเหตุ ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น

(๕) โลกาวัดัน และความรวดเร็วของการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์ ส่งผลต่อพฤติกรรม

สุขภาพของประชาชนรวมถึงพฤติกรรมทำให้บริการสุขภาพ การขาดการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ (Health Technology Assessment) อย่างเพียงพอ จะทำให้ประเทศไม่สามารถเลือกลงทุนใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดได้อย่างคุ้มค่า

(๖) สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีย่อยละ ๙ ที่เหลือเป็นการใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล ทั้งๆ ที่แนวคิดเรื่อง “ป้องกันดีกว่ารักษา” มีมานานมาก บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญเพียงในระดับหลักการหรือนโยบาย แต่ไม่เป็นจริงในระดับการปฏิบัติและการสนับสนุน

(๗) การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ยังไม่สามารถตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ เกิดวิกฤตขาดแคลนผู้นำและนักวิชาการที่มีคุณภาพ

(๘) ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพก็ยังมีปัญหาในการจัดการ ความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบยังคงอยู่ มีความคิดเห็นที่แตกต่าง ชัดแจ้ง และมีโรงพยาบาลหลายแห่งมีปัญหาวิกฤตทางการเงิน

(๙) ระบบข้อมูลข่าวสารและการวิจัยด้านสุขภาพ ยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลและงานวิจัยที่มีได้อย่างเพียงพอในการบริหารงานของรัฐ และการเข้าถึงของประชาชนในลักษณะประโยชน์สาธารณะ

(๑๐) กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับชาติ และระบบธรรมาภิบาลยังไม่ชัดเจน

(๑๑) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง และประชาชน ชุมชน องค์กรต่างๆ ส่วนหนึ่งยังขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและพึ่งพาตนเองไม่ได้

## ส่วนที่ ๔

### หลักการของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

(พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

#### หลักการของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

การพัฒนาด้านสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (๒๕๕๕ - ๒๕๕๙) สถานการณ์ภายในประเทศที่มีผลกระทบจากมหาอุทกภัยช่วงปลายปี ๒๕๕๔ ที่ต่อเนื่องมาถึงปี ๒๕๕๕ ในปี ๒๕๕๖ มีเหตุการณ์ประท้วงทางการเมืองของมวลมหาประชาชน จนกระทั่งช่วงเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๗ เกิดคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ความกดดันจากภาวะเศรษฐกิจโลก กระแสการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน การเปิดการค้าเสรี การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การก่อการร้ายข้ามชาติ การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีและอื่นๆ ประกอบกับการพัฒนาสุขภาพที่ผ่านมา ยังคงประสบปัญหาด้านการเงินการคลังสุขภาพ การขาดเอกภาพเชิงนโยบาย ต่างคนต่างทำ ขาดการกำหนดเป้าหมายร่วม ขาดความร่วมมือ โครงสร้างการทำงานที่มีความซ้ำซ้อน และที่สำคัญในช่วงท้ายของแผนฯ เป็นห้วงระยะเวลาแห่งการปฏิรูปประเทศไปสู่ความ “มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” เพื่อความสุขของคนไทยทุกคน ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพที่ยังคงอยู่ ต้องได้รับการแก้ไขและพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ต่อไป

รัฐบาล (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาประเทศให้มีความต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” นำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุขและตอบสนองต่อการบรรลุซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ ในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างรายได้ระดับสูง เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว และสร้างความสุขของคนไทย สังคมมีความมั่นคง เสมอภาคและเป็นธรรม ประเทศสามารถแข่งขันได้ในระบบเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (๑) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง (๒) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความมั่นคงในการแข่งขัน (๓) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน (๔) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม (๕) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (๖) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและการพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ

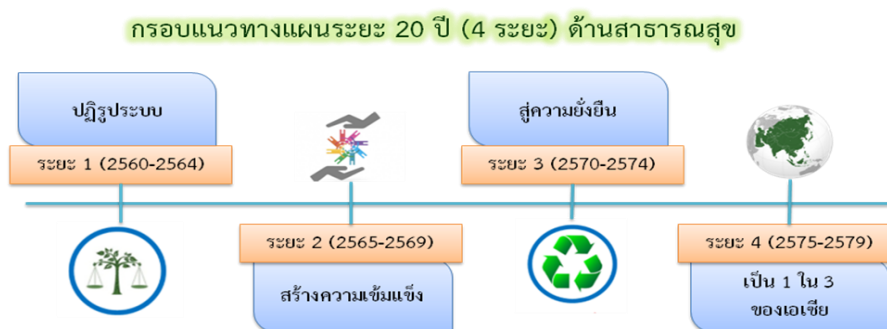
#### กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙)

เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์  
“ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน  
เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนา  
ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง”  
นำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุข  
และตอบสนองต่อการบรรลุ  
ซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ ในการที่จะพัฒนา  
คุณภาพชีวิต สร้างรายได้ระดับสูง  
เป็นประเทศพัฒนาแล้ว และสร้างความสุขของ  
คนไทย สังคมมีความมั่นคง เสมอภาคและเป็น  
ธรรม ประเทศสามารถแข่งขันได้ในระบบ  
เศรษฐกิจ



สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำ (ร่าง) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ที่มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี โดยมุ่งให้มีการบรรลุเป้าหมายในระยะ ๕ ปี และสามารถต่อยอดในระยะต่อไปตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปีได้ ซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) มีหลักการสำคัญของแผน คือ (๑) ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (๒) ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา (๓) ยึดวิสัยทัศน์ภายใต้อายุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๔) ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี ๒๕๗๙ ควบคู่กับกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) (๕) ยึดหลักการนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างจริงจังใน ๕ ปีที่ต่อยอดไปสู่ผลสัมฤทธิ์ที่เป็นเป้าหมายระยะยาว โดยใช้แผนพัฒนาเป็นกลไกเชื่อมต่อในลำดับแรกที่จะกำกับและส่งต่อแนวทางการพัฒนาและเป้าหมายในยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ให้เกิดการปฏิบัติในทุกระดับและในแต่ละด้านอย่างสอดคล้องกัน

การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) จึงได้ยึดหลักการพัฒนาและเชื่อมโยงภายใต้กรอบของยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) เป็นหลัก ตลอดจนเชื่อมโยงกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ การปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุข แผนระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข และให้ความสำคัญกับการอภิบาลระบบสุขภาพให้ยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำ จัดระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุม เป็นธรรม เพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม



แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) เป็นแผนพัฒนาระยะ ๕ ปี จะเป็นกลไกเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ให้สามารถนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น การกำหนดทิศทางเป้าหมายการพัฒนาและประเด็นยุทธศาสตร์ ได้พิจารณาจากการประเมินสถานการณ์และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เป็นช่วงระยะเวลาของการปฏิรูปประเทศในระยะ ๕ ปี แรก และจะเป็นการวางรากฐานของระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง มีเอกภาพ สามารถต่อยอดให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างต่อเนื่องภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับต่อไป จึงกำหนดเป้าประสงค์ วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ ดังนี้

### **วิสัยทัศน์**

**ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดี  
สร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน**

### **พันธกิจ**

**เสริมสร้าง สนับสนุนและประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้ง ภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต**

### **เป้าประสงค์**

๑. เพื่อให้คนไทย ชุมชน ท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ มีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนด้านสุขภาพได้
๒. เพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัย ได้รับการพัฒนาศักยภาพและสร้างเสริมให้มีสุขภาพะที่ดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการคุ้มครองด้านสุขภาพที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีระบบการดูแล ผู้สูงอายุที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการได้สะดวกส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข ลดการตายก่อนวัยอันควร
๓. เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพทุกระดับมีการเพิ่มขีดความสามารถ มีคุณภาพ มาตรฐาน มีระบบบริการที่ทันสมัย มีความพอเพียง มีการกระจายที่เป็นธรรม มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่คนไทยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก เหมาะสม ทั้งนี้โดยการบูรณาการและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
๔. เพื่อให้มีระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีแผนความต้องการอัตราากำลังคนด้านสุขภาพที่ชัดเจน มีการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประเทศ
๕. เพื่อให้มีระบบการอภิบาลด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีกลไกทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ ที่จะทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพมีการบูรณาการ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการจัดสรรและใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเหมาะสม ส่งผล ให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืน คนไทยได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ

## ยุทธศาสตร์การพัฒนา

### ยุทธศาสตร์ที่ ๑: เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก (P<sup>m</sup>: Health Promotion + Disease Prevention + Consumer & Environmental Protection Excellence)

ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปด้านสุขภาพเพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรง เร่งรัดพัฒนาระบบการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการที่สมวัย เสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลให้เด็กเกิดอย่างมีคุณภาพ เจริญเติบโตเต็มศักยภาพ แข็งแรง พร้อมที่จะเรียนรู้ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอาหารตามวัยที่ถูกหลักโภชนาการเติบโตอย่างมีคุณภาพทุกช่วงวัย มีความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์ ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม สร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคคล ชุมชน และประชาชนกลุ่มต่างๆ มีความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดโรค ไม่ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ มีจิตสำนึกและร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วน พัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยด้านอาหาร พัฒนาและส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สร้างมาตรการทางสังคมในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ส่งเสริมการออกกำลังกายและการมีสุขภาพที่ดี

### ยุทธศาสตร์ที่ ๒: สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)

ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกระจายครอบคลุมทุกพื้นที่เพื่อดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม เร่งรัดพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมืองและชนบท พัฒนาความร่วมมือในด้านวิชาการ การวิจัย และการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับกับมหาวิทยาลัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่และหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้บริการสุขภาพ ยกกระดานการให้บริการด้านสุขภาพโดยการพัฒนาและขยายขีดความสามารถของหน่วยบริการทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง ตลอดจนความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะทาง สร้างศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงกระจายในพื้นที่เขตสุขภาพ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความทันสมัยมากขึ้น มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมและคุ้มค่าในทุกพื้นที่เขตสุขภาพ มีระบบส่งต่อที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ไม่เป็นภาระเรื่องค่าใช้จ่าย พัฒนาศูนย์กลางด้านสุขภาพ บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพนานาชาติ พัฒนาระบบบริการในเขตเศรษฐกิจพิเศษและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในพื้นที่ชายแดนใต้ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการใกล้ชิด ลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนในเรื่องกระบวนการรักษา สิทธิประโยชน์ และความคาดหวัง เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติงานอย่างมีความสุข ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

### ยุทธศาสตร์ที่ ๓: พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน ด้านสุขภาพ (People Excellence)

ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบและกลไกการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคน การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ สนับสนุนการวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีความเป็นเลิศ เชี่ยวชาญในวิชาชีพ มีทักษะการทำงานเป็นทีมสุขภาพ มีคุณธรรมและจริยธรรม เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีคุณภาพชีวิตและมีความสุขในการทำงาน ใส่ใจในการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาวิชาชีพแบบ Transformative Learning ในศตวรรษที่ ๒๑ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ หน่วยผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ให้มีบทบาทร่วมกันในการวางแผนการผลิต เติบโตและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพให้มีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายกำลังคนที่เหมาะสมเป็นธรรมและทั่วถึง การธำรงรักษาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้มีความเพียงพอ ความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

### ยุทธศาสตร์ที่ ๔: พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ (Governance Excellence)

ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล จัดตั้งกลไกที่มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและกำกับทิศทางด้านสุขภาพของประเทศ ปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สร้างความสมดุลระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ กำหนดทิศทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ บริหารจัดการทรัพยากรให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม มีระบบข้อมูลสุขภาพที่แม่นยำ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถใช้ประโยชน์ได้ สร้างระบบยา เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สร้างระบบงานให้สามารถสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสุขและเห็นคุณค่าของการทำงาน ส่งเสริมให้มีกลไกรัฐฯ เข้ามามีส่วนร่วมในการบริการด้านสุขภาพ สร้างกลไกการบูรณาการแผนงาน/โครงการ กิจกรรม และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรต่างๆในระดับท้องถิ่น สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ให้สามารถนำผลการวิจัย/นวัตกรรมมาใช้ในการพัฒนางานบริการ



## ส่วนที่ ๕

### ยุทธศาสตร์การพัฒนาในระยะแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

(พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๑: เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก (P<sup>m</sup>: Health Promotion + Disease Prevention + Consumer & Environmental Protection Excellence)

คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น แต่สูญเสียสุขภาพเพิ่มขึ้น ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ สาเหตุหลักของการสูญเสียสุขภาพทั้งในชายไทยและหญิงไทยมาจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง ผู้ชายไทยสูญเสียสุขภาพสูงสุดจากการติดสุรา อุบัติเหตุจราจรและโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนหญิงไทยสูญเสียสุขภาพสูงสุดจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ ในช่วง ๑๐ ปี ที่ผ่านมาพบว่า แนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคไตวาย และถึงแม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at birth) ของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเพศหญิงและชาย โดยเพศชายมีอายุคาดเฉลี่ย ๗๑.๖ เพศหญิง ๗๘.๔ แต่คนไทยก็ยังป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ โดยคนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนนมากเป็นอันดับ ๒ ของโลก เด็กปฐมวัยยังมีปัญหาพัฒนาการล่าช้ากว่าร้อยละ ๒๗.๕ ปัญหาแม่ตาย ลูกตายยังมีอยู่แต่ไม่มาก ปัญหาเด็กวัยเรียนอ้วน น้ำหนักเกิน ผลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยคาดว่าจะการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นปี ๒๕๖๔ (สิ้นแผนฯ ๑๒) สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๔.๘ ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานลดลง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ภาวะพึ่งพิงและความต้องการการบริการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ส่งผลต่อการเตรียมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเฉพาะทางมากขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการปฏิรูปด้านสุขภาพเพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรง เร่งรัดพัฒนาระบบการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการที่สมวัย เสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลให้เด็กเกิดอย่างมีคุณภาพ เจริญเติบโตเต็มศักยภาพ แข็งแรง พร้อมที่จะเรียนรู้ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอาหารตามวัยที่ถูกหลักโภชนาการ เติบโตอย่างมีคุณภาพทุกช่วงวัย มีความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์ ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคคล ชุมชน และประชาชนกลุ่มต่างๆ มีความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดโรค ไม่ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ มีจิตสำนึกและร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วน พัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ เฝ้าระวังและตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพในตลาดให้มีความปลอดภัย ความปลอดภัยด้านอาหาร พัฒนาและส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สร้างมาตรการทางสังคมในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ส่งเสริมการออกกำลังกายและการมีสุขภาพที่ดี

## ๑.๑ วัตถุประสงค์

๑.๑.๑ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ชุมชน ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ ให้มีศักยภาพ มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพลดลง สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเองและชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ

๑.๑.๒ เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุก ที่มุ่งสร้างเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี มีระบบการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

๑.๑.๓ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความพอเพียงและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข

## ๑.๒ เป้าหมายการพัฒนา

๑.๒.๑ คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี แข็งแรง

๑.๒.๒ มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพ

๑.๒.๓ มีการสื่อสารสาธารณะ ในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

๑.๒.๔ มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ และองค์กรด้านสุขภาพ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพมากขึ้น

## ๑.๓ ตัวชี้วัด

๑.๓.๑ ระดับพัฒนาการเด็กไทย (สมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕)

๑.๓.๒ IQ เฉลี่ยเด็กไทย (ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐)

๑.๓.๓ EQ เด็กไทยสูงกว่าคะแนนมาตรฐาน (ร้อยละ ๗๐)

๑.๓.๔ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (ไม่เกิน ๑๖ คน ต่อประชากรแสนคน)

๑.๓.๕ อัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรคNCD (ลดลงจากปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๒๕)

(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ปอดเรื้อรัง)

๑.๓.๖ อัตราของ Healthy Ageing เพิ่มขึ้น (ADL มากกว่า ๑๒ คะแนน)

๑.๓.๗ อัตราการเจ็บป่วยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (ลดลงร้อยละ ๕ เมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๕๙)

๑.๓.๘ ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (ระดับดีมาก เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๕)

๑.๓.๙ พฤติกรรมสุขภาพของคนไทย (เปรียบเทียบจากข้อมูลการสำรวจสุขภาพคนไทยครั้งที่ ๕)

๑.๓.๙.๑ อัตราการออกกำลังกาย (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐)

๑.๓.๙.๒ อัตราการบริโภคผัก ผลไม้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐)

๑.๓.๙.๓ ความสุขของการสูบบุหรี่ และ บริโภคแอลกอฮอล์ (ลดลงร้อยละ ๕)

## ๑.๔ มาตรการ / แนวทางการพัฒนา

### ๑.๔.๑ เสริมสร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตร

(๑) สร้างศักยภาพของภาคีเครือข่ายและพันธมิตร พัฒนาศักยภาพของบุคคล ชุมชน ประชาชนกลุ่มต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้าน สุขภาพ ให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถแสดงบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนสามารถนำแนวคิด และประสานการดำเนินงาน ด้านสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่

(๒) บูรณาการองค์กรทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มี การดำเนินงานด้านสุขภาพที่หนุนเสริมซึ่งกันและกัน ไม่ซ้ำซ้อน สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกัน

(๓) เชื่อมโยงระบบสุขภาพไทยกับนานาชาติ โดยพัฒนาความร่วมมือกับนานาชาติ ทั้งด้าน วิชาการและทรัพยากร พัฒนาระบบการบริการส่งเสริมสุขภาพและข้อมูลสุขภาพสู่ประชาชนอย่างเป็นระบบ

### ๑.๔.๒ พัฒนาระบบการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ

ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมายเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ของประชาชนและองค์กรทุกภาคส่วน ตามหลักการ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policy)

### ๑.๔.๓ สร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

โดยให้ความสำคัญกับการสร้างช่องทางการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ที่ประชาชนเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง สร้างกิจกรรมการเรียนรู้รูปแบบต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีความ เข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งเสริมการนำข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพ เข้าไปผสมผสาน กับกิจกรรมของชุมชนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพร่วมกัน

### ๑.๔.๔ พัฒนาระบบเพื่อจัดการกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ

(๑) พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โดยพัฒนา ศักยภาพคนไทย ให้ความสำคัญกับการดูแลเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัย เติบโตอย่างมีคุณภาพทุกช่วงวัยมี ความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์ (พัฒนาเด็กไทย ๔.๐ IQ ดี EQ เด่น) ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีในประชาชนทุก กลุ่มวัย ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆด้านสุขภาพ สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ

(๒) พัฒนาและยกระดับมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อม มีระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่ เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย

(๓) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการโดยการสร้างCare giverใน ชุมชน สนับสนุนให้ชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนทุกวัยมีความรู้และมีส่วนร่วม ในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

(๔) ลดการตายก่อนวัยอันควร โดยให้ความสำคัญกับการป้องกันควบคุมการบาดเจ็บเพื่อลด จำนวนการตายและการบาดเจ็บทางถนนของคนไทย ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ

(๕) สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) เพื่อบูรณา การและดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ระดับอำเภอ สามารถจัดการปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็น จุดคานงัดของการพัฒนาระบบสุขภาพไทย

(๖) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและ บริการสุขภาพ ให้สามารถคุ้มครองดูแลความปลอดภัยด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลด

ขั้นตอนเงื่อนไขในระบบที่ไม่จำเป็น มีระบบการเฝ้าระวังตรวจสอบหลังผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาด มีช่องทางการสื่อสารข้อมูลให้ประชาชนได้รับรู้อย่างสะดวก รวดเร็ว

(๗) พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และชุมชนมีความเข้มแข็ง

## ๑.๕ แผนงาน/ โครงการที่เกี่ยวข้อง

### ๑) แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย

#### ๑.๑ โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย

- กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
- กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
- กลุ่มวัยทำงาน
- กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

### ๒) แผนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

#### ๒.๑ โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

#### ๒.๒ โครงการควบคุมโรคติดต่อ

#### ๒.๓ โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

### ๓) แผนงานลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

#### ๓.๑ โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร

#### ๓.๒ โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

#### ๓.๓ โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

### ๔) แผนงานบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

#### ๔.๑ โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

#### ๔.๒ โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)

## ยุทธศาสตร์ที่ ๒: สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการพัฒนาและขยายการให้บริการในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีหน่วยบริการครอบคลุมทุกพื้นที่เชื่อมต่อกันตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยาภิบาล ตติยาภิบาล บริการเฉพาะทาง เครือข่ายระบบการส่งต่อ และมีระบบสนับสนุนที่สำคัญ คือ ระบบกำลังคน ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบการเงินการคลัง แต่ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพของไทยยังประสบปัญหาที่สำคัญหลายอย่าง เช่น ประสิทธิภาพการรักษา คุณภาพบริการ ความเป็นธรรม การจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ การกระจายบุคลากรที่ไม่สอดคล้องกับระบบบริการของพื้นที่ ความไม่เป็นธรรมในการกระจายเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงและเทคโนโลยีขั้นสูง ทำให้การเข้าถึงเทคโนโลยีราคาแพงมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มคนและภูมิภาคอยู่ค่อนข้างมาก ความแออัดของผู้ป่วยที่มารอรับบริการ โดยมีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้นจาก ๑๒๕.๕ ล้านครั้งในปี ๒๕๕๕ เป็น ๒๙๒.๖ ล้านครั้ง ในปี ๒๕๕๘ ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยการบริการบางโรคยังมีคิวยาวนาน ผู้ด้อยโอกาสไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทั่วถึง ได้ยาที่คุณภาพแตกต่างกัน และเกิดปัญหาข้อร้องเรียนบ่อย และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ เทคโนโลยีด้านต่างๆ การดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมเมือง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกายและสุขภาพจิต ในปี ๒๕๕๖

ประชากรเขตเมืองมีสูงถึง ร้อยละ ๕๓.๕๕ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่การให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในเขตเมืองยังเป็นปัญหา คนในเขตเมืองเข้าถึงบริการเพียงบางส่วน ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกระจายครอบคลุมทุกพื้นที่เพื่อดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม เร่งรัดพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมืองและชนบท พัฒนาความร่วมมือในด้านวิชาการ การวิจัย และการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับกับมหาวิทยาลัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่และหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้บริการสุขภาพ ยกกระตือรือร้นการให้บริการด้านสุขภาพโดยการพัฒนาและขยายขีดความสามารถของหน่วยบริการทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง ตลอดจนความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะทาง สร้างศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงกระจายในพื้นที่เขตสุขภาพ จัดทำแผนการลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความทันสมัยมากขึ้น มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมและคุ้มค่าในทุกพื้นที่เขตสุขภาพ มีระบบส่งต่อที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ไม่เป็นภาระเรื่องค่าใช้จ่าย พัฒนาศูนย์กลางด้านสุขภาพ บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพนานาชาติ พัฒนาบริการในเขตเศรษฐกิจพิเศษและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในพื้นที่ชายแดนใต้ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการใกล้ชิด ลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนในเรื่องกระบวนการรักษา สิทธิประโยชน์ และความคาดหวัง เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติงานอย่างมีความสุข ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

## ๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อสร้างและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำให้ครบทุกแห่ง เพื่อ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการและคุณภาพในการดูแลประชาชน

๒.๑.๒ เพื่อยกระดับขีดความสามารถของหน่วยบริการทุกระดับให้มีคุณภาพ ตามมาตรฐาน ความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ทัดเทียมกัน

๒.๑.๓ เพื่อสร้างความเข้มแข็งและสามารถในการแข่งขันให้กับระบบสุขภาพของประเทศ

๒.๑.๔ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

## ๒.๒ เป้าหมายการพัฒนา

๒.๒.๑ จัดกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ๑ Cluster ประกอบด้วย ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๓ ทีม ให้การดูแลรับผิดชอบประชากรประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน (๑ ทีม : ๑๐,๐๐๐ คน) และขยายความครอบคลุมและยกระดับคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสุขภาพประจำให้ครบทุกแห่ง เพื่อการบริการทั้งเชิงรับ เชิงรุก และการบริการต่อเนื่อง

๒.๒.๒ ลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทุกระดับ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่ม

๒.๒.๓ สร้างความร่วมมือทางวิชาการและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ในการจัดบริการด้านสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ ของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนอื่นๆ เพื่อการให้เกิดนวัตกรรมและการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า เกิดประโยชน์สูงสุด

๒.๒.๔ จัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้กับประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและประชากรที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร เช่น ประชากรในพื้นที่สูง พื้นที่เกาะ พื้นที่ชายขอบของประเทศ Stateless คนพิการ เป็นต้น

## ๒.๓ ตัวชี้วัด

๒.๓.๑ ความครอบคลุมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC) ที่มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ ๑๐๐)

๒.๓.๒ จำนวนศูนย์แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ๔ สาขาหลัก (มะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิด) ใน ๑๒ เขตสุขภาพ (มีครบทั้ง ๔ สาขาทุกเขตสุขภาพ)

๒.๓.๓ อัตราส่วนเตียง(ในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ)ต่อประชากรภาพรวมทั้งประเทศ (ไม่น้อยกว่า ๒ : ๑,๐๐๐) และการกระจายระหว่างพื้นที่ (แตกต่างกันไม่เกิน ร้อยละ ๑๐)

๒.๓.๔ ระยะเวลารอคอยในการรับการรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก (ลดลงร้อยละ ๓๐ จาก ค่าเฉลี่ยของปี ๒๕๕๗, ๒๕๕๘, ๒๕๕๙)

๒.๓.๕ อัตราการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ (ลดลงร้อยละ ๕๐)

๒.๓.๖ อัตราตายจากโรคที่สำคัญ (มะเร็งตับ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง) (ลดลงร้อยละ ๕ จากค่าเฉลี่ยของปี ๒๕๕๗, ๒๕๕๘, ๒๕๕๙)

๒.๓.๗ ความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

๒.๓.๘ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

## ๒.๔ มาตรการ/ แนวทางการพัฒนา

๒.๔.๑ จัดกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน เป็นการประจำ ต่อเนื่อง ด้วยทีมสุขภาพ (สหสาขาวิชาชีพ) โดยให้ Primary Care Cluster ๑ Cluster ประกอบด้วย ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๓ ทีม ให้การดูแลรับผิดชอบประชากรประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน (๑ ทีม ต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน) ให้บริการทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม

๒.๔.๒ เพิ่มขีดความสามารถของหน่วยบริการทุกระดับให้เป็นไปตามมาตรฐานบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และความเชี่ยวชาญแต่ละระดับ

(๑) พัฒนาระบบบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยเชื่อมโยงทุกระดับบริการให้ไร้รอยต่อ ลดช่องว่างของการบริการสุขภาพ (Service Gap) เพื่อลดปัญหาสุขภาพ

(๒) พัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพที่มีความจำเพาะและเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพในทุกระดับ เช่น ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการดูแลระยะยาวในคนสูงวัย คนพิการและผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

(๓) พัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ

(๔) พัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ให้มีการจัดบริการ OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน OPD ปกติในโรงพยาบาลทุกระดับ (รพศ./รพท./รพช.) มีระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการใช้ยาสมุนไพรที่ได้คุณภาพและมาตรฐานทดแทนการนำเข้ายาจากต่างประเทศ

(๕) ส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพนานาชาติ (Medical & Wellness Hub) ที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบริการสุขภาพโดยรวมของคนไทย โดยเน้นการสนับสนุนกิจการสปา การส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์แผนไทย ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย

๒.๔.๓ พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและพันธมิตรในการจัดบริการด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ สามารถแข่งขันได้ในเวทีระหว่างประเทศ

(๑) บูรณาการการจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยที่มีโรงพยาบาล สถาบันและหน่วยงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนสถานพยาบาลภาคเอกชน เพื่อการจัดสรรและกระจายทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า ไม่ซ้ำซ้อน

(๒) สร้างกลไกประชารัฐ ในการจัดบริการด้านสุขภาพ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่า

๒.๔.๔ สร้างระบบคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย(Patient Safety) และการลดปัญหาการฟ้องร้อง ในหน่วยบริการทุกระดับ

๒.๔.๕ พัฒนาระบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๔.๖ ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้มีนวัตกรรมใหม่ๆเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ

## ๒.๕ แผนงาน/ โครงการที่เกี่ยวข้อง

๑) แผนงานพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

๑.๑ โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)

๒) แผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

๒.๑ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๒.๒ โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๒.๓ โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

๒.๔ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด

๒.๕ โครงการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส แบบประคับประคอง

๒.๖ โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย

๒.๗ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๒.๘ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก

๒.๙ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

๒.๑๐ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

๒.๑๑ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

๒.๑๒ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา

๒.๑๓ โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก

๒.๑๔ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๓) แผนงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๓.๑ โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๔) แผนงานพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ

๔.๑ โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล

๔.๒ โครงการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.

๕) แผนงานพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ

๕.๑ โครงการพัฒนา รพ.เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา และรพ.สมเด็จพระยุพราช

๕.๒ โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษและสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health)

๕.๓ โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในชายแดนใต้

๖) แผนงานพัฒนาประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข

๖.๑ โครงการพัฒนาสถานบริการด้านสุขภาพ

๖.๒ โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

### ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน ด้านสุขภาพ (People Excellence)

กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในระบบสุขภาพเป็นกลไกหลักในการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชน ปัญหาในระบบบริการสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งคือ ความเป็นธรรมในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ แม้สถานการณ์การกระจายกำลังคนจะได้รับการแก้ปัญหาไประดับหนึ่งแล้ว แต่พบว่าในบางสายงานยังมีปัญหาความไม่เหมาะสมของการกระจายตัว นอกจากนี้ปัญหาการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพออกจากระบบยังมีอย่างต่อเนื่อง การผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ ปัญหาผลิตภาพของกำลังคนและการธำรงรักษา ปัญหาความเหลื่อมล้ำเรื่องค่าตอบแทนที่มีความไม่เป็นธรรมระหว่างวิชาชีพ ปัญหาด้านข้อมูลกำลังคนที่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลกันในทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรวิชาชีพต่างๆ จึงทำให้ไม่มีข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน และเป็นข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอเพื่อการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบและกลไกการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคน การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ สนับสนุนการวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีความเป็นเลิศ เชี่ยวชาญในวิชาชีพ มีทักษะการทำงานเป็นทีมสุขภาพ มีคุณธรรมและจริยธรรม เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีคุณภาพชีวิตและมีความสุขในการทำงาน ใส่ใจในการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาวิชาชีพแบบ Transformative Learning ในศตวรรษที่ ๒๑ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ หน่วยผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ให้มีบทบาทร่วมกันในการวางแผนการผลิต เติบโตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายกำลังคนที่เหมาะสมเป็นธรรมและทั่วถึง การธำรงรักษาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้มีความเพียงพอ ความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

#### ๓.๑ วัตถุประสงค์

๓.๑.๑ เพื่อวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับการออกแบบระบบสุขภาพและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนแต่ละพื้นที่ และทิศทางระบบสุขภาพของประเทศ

๓.๑.๒ เพื่อบูรณาการระบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศให้ตั้งอยู่บนฐานของความร่วมมือระหว่างผู้ผลิต และผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน

๓.๑.๓ เพื่อสร้างกลไกและระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ รวมทั้งระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับ



๓.๑.๔ เพื่อสร้างเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน

### ๓.๒ เป้าหมายการพัฒนา

๓.๒.๑ มีการวางแผนและการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพที่เหมาะสม ครอบคลุมตามความต้องการ เชื่อมโยงการผลิต การพัฒนาศักยภาพและการประเมินผล

๓.๒.๒ มีกลไกในการบูรณาการระดับประเทศ ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศอย่างเป็นรูปธรรม

๓.๒.๓ มีระบบการบริหารจัดการกำลังคนและการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

๓.๒.๔ มีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพเข้มแข็ง

### ๓.๓ ตัวชี้วัด

๓.๓.๑ อัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร

แพทย์ ๑ : ๑,๘๐๐

ทันตแพทย์ ๑ : ๓,๖ ๐๐

เภสัชกร ๑ : ๒,๓๐๐

พยาบาลวิชาชีพ ๑ : ๓๐๐

๓.๓.๒ สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรระหว่างพื้นที่ (แตกต่างกันไม่เกินร้อยละ ๒๐)

๓.๓.๓ ชีตความสามารถของบุคลากรด้านสุขภาพ (อยู่ในระดับ ๑ ใน ๓ ของเอเชีย)

๓.๓.๔ ระดับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

### ๓.๔ มาตรการ/ แนวทางการพัฒนา

๓.๔.๑ พัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนการบริหารจัดการ การบูรณาการ เพื่อกำหนดทิศทาง การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

(๑) วางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทและความต้องการ ด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ และสอดคล้องกับ แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

(๒) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคนให้ครบถ้วน ครอบคลุม เป็นปัจจุบัน สามารถ เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลกำลังคนระดับประเทศที่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน สามารถ นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและบริหารระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

(๓) พัฒนาระบบการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ โดยปรับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม สะท้อนผลการปฏิบัติงาน สามารถสร้างแรงจูงใจในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบการวางแผน บันไดความก้าวหน้าอาชีพ และรูปแบบการจ้างงานที่ยืดหยุ่น

(๔) สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และเป็น happy work place

(๕) ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคน

### ๓.๔.๒ เร่งผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ

(๑) วางแผนการผลิต ให้มีปริมาณที่เพียงพอ พัฒนาระบบการผลิต(หลักสูตร การรับและ คัดเลือกนักศึกษา)ให้มีประสิทธิภาพ มีการกระจายกำลังคนที่เหมาะสมเป็นธรรมและทั่วถึง

(๒) สนับสนุนให้มีกลไกภาครัฐ ร่วมในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในเขตสุขภาพ

(๓) พัฒนากลไกการดูแลการผลิตและการประกอบวิชาชีพ ให้ได้มาตรฐาน มีคุณธรรม จริยธรรม

(๔) สร้างความเข้มแข็งของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพ เสริมทักษะ มีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง

#### ๓.๔.๓ สร้างกลไกการสื่อสารและภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

(๑) พัฒนาระบบการสื่อสารองค์กร เพื่อส่งเสริมการรับรู้และความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน

(๒) พัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพให้เข้มแข็ง และยั่งยืน

#### ๓.๕ แผนงาน/ โครงการที่เกี่ยวข้อง

แผนงานการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๑. โครงการพัฒนาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

๒. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

๓. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน

๔. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

### ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ (Governance Excellence)

สถานการณ์ปัญหาการอภิบาลในระบบสุขภาพเกิดขึ้นและสะสมเรื่อยมา การขาดเอกภาพเชิงนโยบาย ต่างคนต่างทำ ขาดการกำหนดเป้าหมายร่วม ความเป็นคู่ขัดแย้ง ความไม่ไว้วางใจระหว่างกันในระดับนโยบาย ทั้งฝ่ายการเมือง และข้าราชการประจำ ทำให้ขาดความร่วมมือ ขาดการประสานงาน ตลอดจนกลไกต่างๆ ที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายขาดประสิทธิภาพ ไม่มีประสิทธิผล โครงสร้างการทำงานที่มีความซ้ำซ้อน ปัญหาธรรมาภิบาลในการแต่งตั้งโยกย้ายยังมีปรากฏอยู่เนืองๆ การจัดซื้อจัดจ้างที่ถูกแทรกแซง ขาดกลไกการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ ถ่วงดุลและติดตามเมื่อมีสิ่งไม่ถูกต้องเกิดขึ้น ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพมีความซ้ำซ้อน กระจัดกระจาย ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ผู้บริหารไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการกำหนดมาตรฐานด้านข้อมูลที่สำคัญ การบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศขาดความเชี่ยวชาญ ขาดกลไกในการดูแลการเงินการคลังด้านสุขภาพ ประกอบในปัจจุบัน ประเทศไทยอยู่ในช่วงของการปฏิรูปประเทศให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน มีการจัดทำแผนการปฏิรูปด้านสาธารณสุข ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการปฏิรูปกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล จัดตั้งกลไกที่มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและกำกับทิศทางด้านสุขภาพของประเทศ ปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สร้างความสมดุลระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ กำหนดทิศทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ บริหารจัดการทรัพยากรให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม มีระบบข้อมูลสุขภาพที่ครบถ้วน ครอบคลุม ทันเวลา สามารถใช้ประโยชน์ได้ สร้างระบบยา เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ส่งเสริมให้มีกลไกรัฐสภาเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการด้านสุขภาพ สร้างกลไกการบูรณาการแผนงาน/โครงการ กิจกรรม และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรต่างๆ ในระดับท้องถิ่น สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ให้สามารถนำผลการวิจัย/นวัตกรรมมาใช้ในการพัฒนางานด้านสุขภาพ

## ๔.๑ วัตถุประสงค์

๔.๑.๑ เพื่ออภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล เป็นเอกภาพ อันจะส่งผลให้มีความมั่นคง ยั่งยืน ของระบบสุขภาพ

๔.๑.๒ เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการบริการสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การเงินการคลัง ด้านสุขภาพ รวมถึงยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

## ๔.๒ เป้าหมายการพัฒนา

๔.๒.๑ มีการจัดตั้งกลไกที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านสุขภาพระดับชาติ

๔.๒.๒ มีกลไกบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสม และเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วน ร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ

## ๔.๓ ตัวชี้วัด

๔.๓.๑ ความครอบคลุมของหน่วยงานด้านสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (Integrity and Transparency Assessment) (ร้อยละ ๙๓)

๔.๓.๒ ระดับการใช้ประโยชน์ได้ทั้งการบริหารจัดการและบริการประชาชนของระบบข้อมูลสุขภาพ ครอบคลุมประเด็นข้อมูลที่สำคัญ (ใช้ประโยชน์ได้ในระดับนโยบายและการปฏิบัติ)

๔.๓.๓ จำนวนผลงานวิจัย/ นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕)

๔.๓.๔ สัดส่วนมูลค่าการนำเข้ายาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (ไม่เพิ่มขึ้น)

๔.๓.๕ รายจ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (ไม่เกินร้อยละ ๕)

๔.๓.๖ มีกลไกที่สามารถสร้างความเป็นเอกภาพด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

## ๔.๔ มาตรการ/ แนวทางการพัฒนา

### ๔.๔.๑ สร้างระบบธรรมาภิบาลและการจัดการความรู้

(๑) สร้างกลไกระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพให้เกิดเอกภาพ

(๒) ส่งเสริมการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ อย่างมีธรรมาภิบาล สนับสนุนให้มีการบูรณาการแผนงาน/โครงการ กิจกรรม และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น

(๓) ส่งเสริมให้เกิดกลไกประชารัฐ ในการร่วมลงทุนด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข บนพื้นฐานประโยชน์ของประชาชน

(๔) ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพให้ทันต่อสถานการณ์ และสามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ๔.๔.๒ ส่งเสริมระบบการวิจัยและการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ

(๑) สนับสนุนการวิจัยและการสร้างนวัตกรรม ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่สำคัญ อาทิเช่น การวิจัยด้านยาและวัคซีน การวิจัยในมนุษย์และการจัดการความรู้เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนางานด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยสมุนไพรไทยอย่างครบวงจร เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผลิตภัณฑ์แปรรูปจากสมุนไพรไทย ให้เกิดผลดีต่อเศรษฐกิจของประเทศอย่างชัดเจน

**๔.๔.๓ พัฒนาระบบยา เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีของประเทศ** สร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์และระบบขนส่ง ให้ประชาชนสามารถรับรู้ข้อมูล ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ เทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) มีProduct champion ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรไทยทดแทนยาแผนปัจจุบัน

**๔.๔.๔ เสริมสร้างกลไกและกระบวนการในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ**

(๑) สร้างมาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพที่สามารถแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาตรฐานโครงสร้างชุดข้อมูลสุขภาพ มาตรฐานระบบรายงาน มาตรฐานของData ItemและData Value มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพและเครื่องมือที่ใช้เชื่อมโยงในหน่วยบริการทุกระดับ

(๒) พัฒนากล้องข้อมูลสุขภาพ กำหนดรูปแบบการบริหารจัดการคลังข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ (Big Data Management in Healthcare System) และมาตรฐานความปลอดภัยข้อมูลสุขภาพ

(๓) พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล(Personal Health Record: PHR) สร้างและเชื่อมต่อระบบทะเบียนอิเล็กทรอนิกส์สุขภาพส่วนบุคคล เชื่อมโยงการให้บริการในโรงพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้ประชาชน/ผู้ป่วยสามารถใช้ประโยชน์ได้

(๔) พัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ เช่น Digital Health, Smart Device และนำมาใช้ในการให้บริการประชาชน/ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

**๔.๔.๕ ปรับปรุงและพัฒนาระบบประกันสุขภาพ** ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทบทวนปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ ลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน และให้ความสำคัญกับการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

**๔.๔.๖ สร้างและพัฒนากลไกการดูแลด้านการเงินการคลังสุขภาพของประเทศ** ให้มี S A F E: (มีความยั่งยืน (Sustainability) มีความเพียงพอ (Adequacy) มีความเป็นธรรม (Fairness) และ มีประสิทธิภาพ (Efficiency)) ตลอดจนมีระบบเฝ้าระวังติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

**๔.๕ แผนงาน/ โครงการที่เกี่ยวข้อง**

๑) แผนงานการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

๑.๑ โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

๑.๒ โครงการพัฒนาระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง

๒) แผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

๒.๑ โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)

๒.๒ โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)

๓) แผนงานการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

๓.๑ โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน

๓.๒ โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๔) แผนงานการพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

๔.๑ โครงการพัฒนางานวิจัย

๔.๒ โครงการสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ

๕) แผนงานการปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

๕.๑ โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

## ส่วนที่ ๖

### การขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

#### (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) สู่การปฏิบัติ

จากข้อมูลการประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑(พ.ศ.๒๕๕๕ – ๒๕๕๙) ภายใต้สถานการณ์ที่ไม่ปกติทางเมืองของประเทศ ทำให้ความต่อเนื่องของนโยบายมีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น นโยบายบางอย่างถูกยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญบางอย่างไป ปัจจัยที่ค้นพบเกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑(พ.ศ.๒๕๕๕ – ๒๕๕๙) มีดังต่อไปนี้

๑. ผู้กำหนดนโยบายไม่เห็นความสำคัญของแผน
๒. กระบวนการบริหารและการสื่อสารแผนสู่การปฏิบัติมีไม่เพียงพอ
๓. ขาดการเชื่อมโยงระหว่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กับแผนพัฒนาปกติอื่นๆ
๔. ขาดการสนับสนุนขององค์กรในใช้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

#### แนวทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) สู่การปฏิบัติ

การนำยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ไปปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศอย่างแท้จริง จำเป็นต้องมีกระบวนการหรือขั้นตอน/แนวทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) และการบริหารความเสี่ยง สู่การปฏิบัติ ที่สำคัญ ดังนี้

๑. ดำเนินการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจ ให้ประชาคมสาธารณสุข องค์กร ภาควิชา สุขภาพ ตระหนักและเข้าใจในสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) และพร้อมเข้าร่วมในการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ แม้ว่าจะระหว่างกระบวนการยกร่างจะมีการระดมความเห็น สร้างความเข้าใจในการร่างเนื้อหาสาระของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ร่วมกันกับภาคีเครือข่ายจำนวนมาก แต่ก็คงไม่สามารถเข้าถึงทุกคนที่เกี่ยวข้องสำคัญได้ ความพยายามที่จะสร้างความเป็นเจ้าของร่วมจึงทำได้ระดับหนึ่งเท่านั้น การทำความเข้าใจต่อทิศทางและสาระหลักของการพัฒนาสุขภาพ จึงมีความจำเป็นโดยอาจมีแนวทางดังนี้

๑.๑ จัดส่งเอกสารให้ไปถึงภาคีเครือข่ายทั้งสถาบันและไม่ใช้สถาบันที่น่าจะเป็นผู้เล่น (Player) ในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ให้กว้างขวางมากที่สุด รวมถึงการสื่อสารช่องทางอื่นๆ เช่น Social network ใน website, web link รูปแบบต่างๆนอกจากการเผยแพร่ทางเอกสาร

๑.๒ จัดเวทีสร้างความเข้าใจ หาประเด็นและมาตรการที่มีลำดับความสำคัญ (Priority) เพื่อเสนอฝ่ายกำหนดนโยบายขับเคลื่อนผ่านช่องทางต่างๆหรือนำไปดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องตามบริบทของพื้นที่

๑.๓ ประสานกับสถาบันการศึกษาโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการเรียน การสอน เรื่องสุขภาพหรือการสาธารณสุขเพื่อให้มีเนื้อหาเรื่องแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ในทุกหลักสูตร โดยการจัดสื่อที่จำเป็นเหมาะสม สนับสนุนสถาบันต่างๆ

๑.๔ จัดฝึกอบรมวิทยากรแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ให้มีจำนวนเพียงพอต่อการเป็นครู ก. ในการขยายความรู้ความเข้าใจต่อทิศทางและเนื้อหาสาระของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ในการฝึกอบรมพัฒนาหลักสูตรต่างๆทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวางโดยเฉพาะช่วงแรกของการใช้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

๒. สร้างความเชื่อมโยงระหว่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) และนโยบายรัฐบาล เข้าสู่แผนการบริหารราชการแผ่นดิน แผนปฏิบัติราชการ แผนค่าของงบประมาณ และแผนระดับอื่นๆ เช่น แผนการลงทุน แผนพัฒนาระบบข้อมูล แผนการผลิตบุคลากร เป็นต้น โดยการวิเคราะห์ให้เห็นความเชื่อมโยงอย่างเป็นรูปธรรมว่าแผนต่างๆที่ดำเนินการโดยเฉพาะการของงบประมาณหรือกำหนดยุทธศาสตร์ของหน่วยงานต่างๆสอดคล้องกับทิศทางและสาระหลักของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒(พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) หรือไม่เพียงพอ หากไม่มีความสอดคล้องในยุทธศาสตร์ใดหลายๆอาจจะต้องมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นระยะเพื่อนำไปสู่การปรับแผนในอนาคต แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) จึงจะมีความเป็นพลวัต ไม่แข็งทื่อ แผนขั้นพื้นฐานของการพัฒนาแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ควรเริ่มจากแผนพัฒนาสุขภาพระดับตำบล ซึ่งมีกระบวนการทำให้เกิดความเชื่อมโยงจากทิศทางกรอบของการพัฒนาระดับชาติลงไปถึงจุดเริ่มต้น ในกรณีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับตำบลจะเป็นการหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาของประเทศอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนตามหลักการของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

๓. ผู้บริหารทุกระดับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญและใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) เป็นกรอบแนวทางดำเนินงานพัฒนาด้านสุขภาพของหน่วยงาน มีกลไกที่ช่วยให้เกิดการนำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ไปใช้วางแผนขององค์กร ภาคีเครือข่ายต่างๆ โดยการใช้เวทีต่างๆที่มีผู้บริหารองค์กรเข้าร่วม รวมถึงการทำให้ทิศทางและสาระหลักของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) เข้าถึงผู้บริหารมากที่สุด

๔. จัดตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) เพื่อกำกับการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลแผนฯ เป็นระยะและต่อเนื่อง จัดทำระบบการรายงานผลการประเมินให้รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจัดให้มีการประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) รอบระยะเวลาครึ่งแผนและมีการนำเสนอในเวทีที่เหมาะสมในการแสวงหาแนวทางแก้ไขหรือปรับจุดอ่อนที่เกิดขึ้นระหว่างการนำไปสู่การปฏิบัติในระดับและมิติต่างๆ หรือแม้กระทั่งหากมีความจำเป็นต้องปรับทิศทางหรือยุทธศาสตร์ มาตรการที่กำหนด หากมีความจำเป็นตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

๕. จัดให้มีกลไกในการพัฒนาวิธีหรือกระบวนการยกวางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับต่อไป โดยการศึกษากระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติระยะยาวหรือระยะปานกลาง ในการบริหารของประเทศต่างๆเพื่อนำมาเป็นแนวทางการเตรียมการในการยกวางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ให้เกิดกระบวนการการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของอย่างกว้างขวาง หลากหลาย และได้รับการยอมรับมากที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (๒๕๕๘) รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย จากข้อมูลความ  
จำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)และข้อมูลพื้นฐานปี ๒๕๕๘. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนอุดมศึกษา.

คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม  
แห่งชาติ. (๒๕๒๔). แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ  
ฉบับที่ ๕ (พ.ศ.๒๕๒๕-๒๕๒๙). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์.

คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๓๐). แผนพัฒนาการสาธารณสุข  
ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ (พ.ศ.๒๕๓๐-๒๕๓๔). กรุงเทพฯ: โรง  
พิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๓๕). แผนพัฒนาการสาธารณสุข  
ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๗ (พ.ศ.๒๕๓๕-๒๕๓๙). กรุงเทพฯ: โรง  
พิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๓๙). แผนพัฒนาการ  
สาธารณสุข ในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔).  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๔๔). แผนพัฒนา  
สุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๔๔). แผนพัฒนา  
สุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๕). แผนพัฒนา  
สุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-  
๒๕๕๙). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๙). แนวทางการดำเนินงาน  
Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). บัญชีรายจ่ายสุขภาพ  
แห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕. นนทบุรี.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

ศิวารถ เยี่ยงสว่าง และคณะ. (๒๕๕๖). ระบบบริการสุขภาพคนต่างด้าวในประเทศไทย: สถานการณ์ การตอบสนองและข้อท้าทายในอนาคตในบริบทประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ๒๕๕๘. นนทบุรี.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (๒๕๕๗) ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. กรุงเทพฯ.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (๒๕๕๙). สุขภาพคนไทย ๒๕๕๙. นครปฐม: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๘). รายงานผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย ๓ ปีของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๙). ร่าง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔). กรุงเทพฯ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๘). ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔). กรุงเทพฯ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๙). ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙. นนทบุรี.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๕๗. นนทบุรี.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ.๒๕๕๘. นนทบุรี.

สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุขหลัง...๒๐๑๕. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.



# ภาคผนวก

# (สำเนา)

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๒๘ /๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

ด้วยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙) ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ และจะสิ้นสุดในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยจะมีการประกาศใช้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ในเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

๑.๑ องค์ประกอบ

- |  |                  |
|--|------------------|
| ๑) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข                      | ประธานกรรมการ    |
| ๒) ผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำกระทรวงสาธารณสุข                | รองประธานกรรมการ |
| ๓) เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ                   | กรรมการ          |
| ๔) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | กรรมการ          |
| ๕) เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน                 | กรรมการ          |
| ๖) ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ                            | กรรมการ          |
| ๗) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข                                | กรรมการ          |
| ๘) ปลัดกรุงเทพมหานคร                                   | กรรมการ          |
| ๙) ปลัดกระทรวงกลาโหม                                   | กรรมการ          |
| ๑๐) ปลัดกระทรวงแรงงาน                                  | กรรมการ          |
| ๑๑) ปลัดกระทรวงพาณิชย์                                 | กรรมการ          |
| ๑๒) ปลัดกระทรวงมหาดไทย                                 | กรรมการ          |
| ๑๓) ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ                              | กรรมการ          |
| ๑๔) ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม                              | กรรมการ          |
| ๑๕) ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์                          | กรรมการ          |
| ๑๖) ปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม          | กรรมการ          |
| ๑๗) ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์     | กรรมการ          |

๑๘) นายกสมาคม...

๑๘) นายกสมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย	กรรมการ
๑๙) ประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์ราชมราชชนนี	กรรมการ
๒๐) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์)	กรรมการ
๒๑) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข)	กรรมการ
๒๒) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ)	กรรมการ
๒๓) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
๒๔) เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	กรรมการ
๒๕) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
๒๖) ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๒๗) ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม	กรรมการ
๒๘) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านบริหาร)	กรรมการและเลขานุการ
๒๙) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๐) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

## ๑.๒ อำนาจหน้าที่

- ๑) กำหนดนโยบาย กรอบทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)
- ๒) พิจารณาให้ความเห็นชอบ ให้ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุข
- ๓) พิจารณาให้ความเห็นชอบ ให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน
- ๔) แต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานตามความเหมาะสม

## ๒. คณะกรรมการดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

### ๒.๑ องค์ประกอบ

๑) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ประธานกรรมการ
๒) รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (ที่ได้รับมอบหมาย)	กรรมการ
๓) รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ที่ได้รับมอบหมาย)	กรรมการ
๔) รองผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ (ด้านสังคม ๒) สำนักนายกรัฐมนตรี	กรรมการ
๕) รองปลัดกรุงเทพมหานคร (ฝ่ายการแพทย์และอนามัย)	กรรมการ

๖) รองปลัดกระทรวง...

๖) รองปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ที่ได้รับมอบหมาย)	กรรมการ
๗) รองปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ที่ได้รับมอบหมาย)	กรรมการ
๘) รองปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (ที่ได้รับมอบหมาย)	กรรมการ
๙) รองปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (ที่ได้รับมอบหมาย)	กรรมการ
๑๐) หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑) อธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ
๑๒) อธิบดีกรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๓) อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๑๔) อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
๑๕) อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๑๖) อธิบดีกรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑๗) อธิบดีกรมอนามัย	กรรมการ
๑๘) เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
๑๙) ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
๒๐) ผู้แทนสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	กรรมการ
๒๑) ผู้แทนองค์การเภสัชกรรม	กรรมการ
๒๒) ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๒๓) ผู้แทนสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	กรรมการ
๒๔) ผู้แทนสถาบันวัคซีนแห่งชาติ	กรรมการ
๒๕) ผู้แทนโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	กรรมการ
๒๖) ผู้แทนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
๒๗) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านบริหาร)	กรรมการและเลขานุการ
๒๘) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๙) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

## ๒.๒ อำนวยการหน้าที่

- ๑) เสนอแนวทางและขั้นตอนในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)
- ๒) พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)
- ๓) ประสานการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔) พิจารณา...

๔) พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง ประชุมสัมมนาต่างๆ เพื่อการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

๕) รายงานความก้าวหน้าในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ เป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม

๖) จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) เสนอต่อผู้บริหาร

๗) แต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานตามความเหมาะสม

๘) อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(ลงชื่อ) ปิยะสกล สกลสัตยาทร

(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวดารณี คัมภีระ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

(สำเนา)

คำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)  
ที่ ๑ /๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๒๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๙ แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) เพื่อให้การดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จำนวน ๒ คณะ ประกอบด้วย ๑) คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ๒) คณะกรรมการดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

เพื่อให้การดำเนินงานมีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประธานคณะกรรมการดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) จึงแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) อาศัยอำนาจในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานตามความเหมาะสม โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- |      |   |                          |          |
|------|---|--------------------------|----------|
| ๑.๑  | ปลัดกระทรวงสาธารณสุข                              | ที่ปรึกษา                |          |
| ๑.๒  | นายสมศักดิ์ อรรฆศิลป์                             | ที่ปรึกษา                |          |
|      | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านบริหาร)              |                          |          |
| ๑.๓  | นายศุภกิจ ศิริลักษณ์                              | ประธานคณะทำงาน           |          |
|      | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๒      |                          |          |
| ๑.๔  | นายพงศธร พอกเพิ่มดี                               | รองประธานคณะทำงาน        |          |
|      | ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์               |                          |          |
| ๑.๕  | นางสาวศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์                       | คณะทำงาน                 |          |
|      | ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |                          |          |
| ๑.๖  | นายยศ ตีระวัฒนานนท์                               | คณะทำงาน                 |          |
|      | หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |                          |          |
| ๑.๗  | นายอภิชัย ลีमानนท์                                | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | คณะทำงาน |
| ๑.๘  | นายสุภโชค เวชภัณฑเภาสัช                           | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | คณะทำงาน |
| ๑.๙  | นายจักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์                        | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๐ | นายขวัญประชา เขียงไฮยสกุลไทย                      |                          | คณะทำงาน |
|      | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ            |                          |          |
| ๑.๑๑ | นางณิชากร ศิริกนกวิไล                             | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๒ | นางสาวสุกัลยา คงสวัสดิ์                           | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๓ | นางลำพูน อิงคภากร                                 | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | คณะทำงาน |
|      | ๑.๑๔  | นางมะลิวัลย์...          |          |

๑.๑๔	นางมะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	คณะทำงาน
๑.๑๕	นางธิดิภัทร คูหา	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	คณะทำงาน
๑.๑๖	นางอารี สุทธิอาจ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	คณะทำงาน
๑.๑๗	นางระวีวรรณ จารุพรประสิทธิ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	คณะทำงาน
๑.๑๘	นายสมลักษณ์ ศิริชีนวิจิตร	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	คณะทำงาน
๑.๑๙	นางชูจิตรา นาชีวะ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	คณะทำงาน
๑.๒๐	ผู้แทนกรมการแพทย์		คณะทำงาน
๑.๒๑	ผู้แทนกรมการควบคุมโรค		คณะทำงาน
๑.๒๒	ผู้แทนกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		คณะทำงาน
๑.๒๓	ผู้แทนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		คณะทำงาน
๑.๒๔	ผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ		คณะทำงาน
๑.๒๕	ผู้แทนกรมสุขภาพจิต		คณะทำงาน
๑.๒๖	ผู้แทนกรมอนามัย		คณะทำงาน
๑.๒๗	ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา		คณะทำงาน
๑.๒๘	นางสาวดารณี คัมภีระ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	คณะทำงานและเลขานุการ
๑.๒๙	นางรำไพ แก้ววิเชียร	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๐	นางนิตยา สุขชะ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๑	นางสาวนริศรา เสนารินทร์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

## ๒. อำนาจหน้าที่

- ๒.๑ กำหนดกรอบประเด็น แนวทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)
- ๒.๒ จัดทำและวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)
- ๒.๓ จัดเตรียมเอกสารและข้อมูล เพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)
- ๒.๔ จัดเวทีการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย เพื่อพิจารณาให้ข้อเสนอแนะต่อแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)
- ๒.๕ ยกร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

๒.๖ จัดทำ...

๒.๖ จัดทำและเผยแพร่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

๒.๗ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

(ลงชื่อ) โสภณ เมฆธน

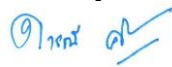
(นายโสภณ เมฆธน)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประธานคณะกรรมการดำเนินงาน

จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวดารณี คัมภีระ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ



## (สำเนา)

คำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

ที่ ๒ /๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งองค์ประกอบเพิ่มเติมในคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

(พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

ตามคำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ที่ ๑ /๒๕๕๙ ลงวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) นั้น

เพื่อให้องค์ประกอบของคณะกรรมการมีความครอบคลุมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๗ ของคณะกรรมการดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๕๖๐ - ๒๕๖๔) ที่ ๑๒๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๙ จึงแต่งตั้งองค์ประกอบเพิ่มเติมในคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ดังนี้

### ๑. องค์ประกอบ

๑.๑	ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการ
๑.๒	ผู้แทนสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	คณะกรรมการ
๑.๓	ผู้แทนสถาบันวัคซีนแห่งชาติ	คณะกรรมการ
๑.๔	ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการ
๑.๕	ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	คณะกรรมการ
๑.๖	ผู้แทนองค์การเภสัชกรรม	คณะกรรมการ
๑.๗	ผู้แทนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๑.๘	ผู้แทนสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	คณะกรรมการ
๑.๙	ผู้แทนโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	คณะกรรมการ
๑.๑๐	ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะกรรมการ
๑.๑๑	ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการ
๑.๑๒	ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	คณะกรรมการ
๑.๑๓	นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	คณะกรรมการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวดารณี คัมภีระ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

(ลงชื่อ) โสภณ เมฆธน

(นายโสภณ เมฆธน)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประธานคณะกรรมการดำเนินงาน

จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)



คณะกรรมการอำนวยการ  
จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒  
กระทรวงสาธารณสุข