

# รายงานสรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญใน ๑๑ ประเด็นหลัก ของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๗ – พฤษภาคม ๒๕๖๐

## ๑. แนวทางกระตุ้นเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว การค้า/การลงทุนในประเทศ/ต่างประเทศ

๑.๑ การบูรณาการการขับเคลื่อนสมุนไพรเชิงเศรษฐกิจจากการประชุมเมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๐ นายกรัฐมนตรีมีข้อสั่งการให้กระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดดำเนินการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยในปัจจุบันให้มีการพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศให้มากยิ่งขึ้น มีความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สร้างกลไกการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรครบวงจร กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงอุตสาหกรรม ได้ดำเนินการจัดทำแผนขับเคลื่อนการพัฒนาสมุนไพรเชิงเศรษฐกิจ เพื่อปฏิรูปโครงสร้างพื้นฐานภายในเชิงระบบ โดยเมื่อวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๐ คณะรัฐมนตรีพิจารณาเห็นชอบงบประมาณ งบกลางรายการส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งเศรษฐกิจภายในประเทศ ปี ๒๕๖๐ เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลการตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพร พัฒนาวัตถุดิบให้ได้คุณภาพพัฒนามาตรฐานผลิตภัณฑ์ ห้องปฏิบัติการ และส่งเสริมการวิจัยที่สามารถนำไปต่อยอดทางการตลาดยกระดับสถานประกอบการภาครัฐและเอกชนให้ได้การรับรองมาตรฐานและพัฒนาผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนและส่งเสริมการใช้สมุนไพรทั้งในและต่างประเทศ เป็นเงินทั้งสิ้น ๑,๒๕๘,๐๑๒,๔๐๐ ล้านบาท

๒. สร้างความเข้มแข็งด้วยกลไกประชารัฐในภูมิภาคในรูปแบบเมืองสมุนไพร (Herbal city) ได้รับอนุมัติงบประมาณดำเนินการ ๓๓,๖๓๔,๒๖๐.-บาท อยู่ระหว่างสร้างความเข้มแข็งของเมืองสมุนไพรต้นแบบ ๑๓ จังหวัด

๓. พัฒนางานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ทางการแพทย์/ทางการตลาด โดยมีโครงการวิจัยที่สำเร็จและนำไปใช้ประโยชน์แล้ว จำนวนทั้งสิ้น ๙ เรื่อง และได้ขยายเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพนักวิจัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในภูมิภาค คาดว่าจะมีโครงการวิจัยเพิ่มขึ้นอีกจำนวน ๔๗ เรื่อง เพื่อดำเนินการวิจัยต่อไป

๔. พัฒนากฎหมายและแนวทางการประเมินสมุนไพรเพื่อการขึ้นทะเบียน โดยพ.ร.บ. ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๐ แล้ว อยู่ระหว่างรอการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

๕. พัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย โดยร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและสภาการแพทย์แผนไทยจัดตั้งเครือข่ายการผลิตกำลังคน เพื่อพัฒนาหลักสูตรแพทย์แผนไทยในมหาวิทยาลัยทุกแห่ง ให้มีคุณภาพมาตรฐาน รวมถึงพัฒนาแหล่งฝึกประสบการณ์และวิชาชีพ

๖. พัฒนาค้นข้อมูลการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย โดยจัดทำ Applications รายการสมุนไพรไทยสำหรับประชาชน และ One Stop Service Smart Herb 4.0 สำหรับผู้ประกอบการ

๗. ปฏิรูประบบอุตสาหกรรมสมุนไพรและการตลาด ยกระดับการผลิตยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร(ผลิตภัณฑ์สุขภาพอาหารและอาหารเสริม) ให้มีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐานสากล โดยอยู่ระหว่างการเตรียมความพร้อมดำเนินการพัฒนาทั้ง value chain ตามแผนบูรณาการขับเคลื่อนสมุนไพรเชิงเศรษฐกิจ ทั้งนี้ได้มีการวางแผนการผลิตยาสมุนไพรเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพและราคาเป็นธรรมและกำหนดโรงงานผลิตยาสมุนไพรที่ต้องผ่านมาตรฐาน WHO GMP จำนวน ๔๖ แห่ง ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในประเทศ

และส่งเสริมการตลาดสู่สากล โดยกำหนดนโยบาย การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็น First line drug คือ ฟ้าทะลายโจรและขมิ้นชัน จัดทำแผนยกระดับ โรงพยาบาลอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เป็น Business Model และวางแผนการตลาดต่อยอดภูมิปัญญาสู่ศูนย์สุขภาพครบวงจรด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรและการนวดไทย (Nuad Thai & Wellness Arena & Herbal Promenade) ณ อาคารหมายเลข ๖ สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ถนนราชดำเนินกลาง แขวงบวรนิเวศ กรุงเทพฯ บประมาณรวมทั้งสิ้น ๑๖๘,๗๗๕,๐๐๐บาท ซึ่งผ่านความเห็นชอบเบื้องต้นจากคณะอนุกรรมการกลั่นกรองโครงการตามแผนพัฒนาภาค โดยรองนายกรัฐมนตรี (ดร.สมคิด จาตุศรีพิทักษ์) แล้ว คาดว่าจะสามารถดำเนินการได้ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๑

**๘. ปฏิรูปบริการการแพทย์แผนไทย** เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย โดยพบว่าประชาชนมีแนวโน้มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยสูงขึ้น จากปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๑๗.๑๘ ปัจจุบันเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๐.๑ ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ๑๘.๕) ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย ขณะนี้อยู่ในระหว่างร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการวางแผนทางการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA โดยพัฒนาต่อยอดจากเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมี โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไปเข้าร่วมโครงการแล้ว ๓๙ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๑๓๙ แห่ง นอกจากนี้ ได้พัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์แผนไทย โดยปัจจุบันมีการจัดบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแผนปัจจุบันในสถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ ๗๑.๘๘ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป จัดบริการคลินิกเฉพาะโรค ได้แก่โรคข้อเข่าเสื่อม ภูมิแพ้ อัมพฤกษ์ อัมพาตร้อยละ ๘๓.๖๒ นอกจากนี้ ยังดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (ยศเส) เป็น Excellence center

**๑.๒ ส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลาง Medical and Wellness Tourism ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ** ปัจจุบันพบว่ามีชาวต่างชาติเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อรับการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนเพิ่มมากขึ้น สามารถสร้างรายได้เข้าสู่ประเทศเป็นจำนวนมาก ปัจจัยหลักที่ทำให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับ ได้แก่ ราคาเหมาะสม การให้บริการมีคุณภาพที่ได้มาตรฐานสากล มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีเทคโนโลยีทันสมัย มีการต้อนรับด้วยอัธยาศัยไมตรีที่ดี และมีสถานที่ท่องเที่ยวอันสวยงาม โดยจากสถิติการเดินทางเข้า-ออกประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่ามีชาวต่างชาติที่ถือหนังสือเดินทางจากกลุ่มประเทศ CLMV และสาธารณรัฐประชาชนจีน เดินทางเข้าประเทศไทยจำนวนรวม ๑๒,๘๐๖,๑๒๑ คน (ข้อมูลจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๕๙) จำนวนมากที่สุด คือ ประเทศเมียนมา รองลงมาคือ ประเทศจีน แต่พบปัญหาและอุปสรรค คือ มีระยะเวลาพำนักในประเทศไทยระยะสั้น ๑๔ - ๓๐ วัน ขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง หรือกรณีการขอตรวจลงตราเพื่อการรักษาพยาบาล หรือต้องการขยายเวลาพำนักต่อในประเทศไทยจะไม่ได้ได้รับความสะดวกเท่าที่ควร ประกอบกับมีผู้รับบริการที่มีพื้นที่ติดกับแนวชายแดนให้นิยามเดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาลในบางประเภท (Treatment) โดยใช้บัตรผ่านแดนในโรงพยาบาลภาครัฐที่ตั้งอยู่ในชายแดน หรือโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่และกรุงเทพมหานคร ในลักษณะจ่ายเงินสดเช่นเดียวกัน

เลขานุการคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้าน Medical and Wellness Tourism ได้พิจารณาเหตุผลความจำเป็นในการเสนอ เรื่อง การขยายเวลาพำนักในราชอาณาจักรไทยรวม ๙๐ วัน สำหรับผู้ป่วยและผู้ติดตามกรณีเดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาล ในกลุ่มประเทศ CLMV และสาธารณรัฐประชาชนจีน เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้าน Medical and Wellness Tourism โดยได้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา ตามประกาศ

กระทรวงมหาดไทย เรื่อง กำหนดรายชื่อประเทศที่ผู้ถือหนังสือเดินทางหรือเอกสารใช้แทนหนังสือเดินทาง ซึ่งเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อรับการรักษาพยาบาลและผู้ติดตามได้รับการยกเว้นการตรวจลงตราและให้อยู่ในราชอาณาจักรได้ไม่เกิน ๙๐ วันเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๐

นอกจากนี้ จัดประชุมชี้แจงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถานพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ ในวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๐ รวมทั้งจัดทำ Work Flow โดยอยู่ระหว่างแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณา หากเห็นชอบจะได้ขออนุมัติเพื่อประกาศใช้ Work Flow และจัดทำเป็นเอกสารทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และภาษาที่เกี่ยวข้อง (๕ ภาษา) รวมทั้งเตรียมแถลงข่าวในเดือนมิถุนายน ๒๕๖๐ และมติจากที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้าน Medical and Wellness Tourism ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๐ เห็นชอบการดำเนินงาน โดยระยะแรกให้ดำเนินการเฉพาะผู้ถือหนังสือเดินทาง (Passport) และกำหนดให้นัดหมายเฉพาะในโรงพยาบาลก่อน หากมีชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น อาจให้ดำเนินการขยายกลุ่มลูกค้าต่อไป

**๑.๓ การเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการพิจารณาออกใบอนุญาตผลิตภัณฑ์/สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ** สนับสนุนนโยบายการกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศ เพื่อรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๗๗/๒๕๕๙ ในการเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ เมื่อวันที่ ๒๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ส่งผลให้กระบวนการพิจารณาออกใบอนุญาตผลิตภัณฑ์รวดเร็วยิ่งขึ้น โดยการลดขั้นตอนและระยะเวลาในการอนุญาตแต่ยังคงมาตรฐานการคุ้มครองความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภค ทำให้ลดจำนวนคำขอค้าง ดังนี้ ผลิตภัณฑ์สุขภาพดำเนินการได้ ๒๗๗,๘๐๗ รายการ จากคำขอทั้งหมด ๒๘๕,๙๓๙ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๑๖ และสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๑๙,๓๑๓ รายการ จากคำขอทั้งหมด ๑๙,๘๖๑ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๒๔

## ๒. การบริหารบ้านเมืองและการใช้งบประมาณ (ทุกงบ)

### ๒.๑ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)

การปลูกจิตสำนึก มุ่งเน้นการปรับฐานความคิดโดยแยกผลประโยชน์ส่วนตนออกจากผลประโยชน์ส่วนรวม (ปรับฐานความคิดในระบบเลขฐานสิบและเลขฐานสอง : Analog & Digital System) กับบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ผลการดำเนินการสร้างต้นแบบองค์กรคุณธรรม โดยได้รับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในหน่วยงานระดับกรม ๗๘.๕ และระดับจังหวัด ๗๔.๔ และ ขยายสู่โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั่วประเทศ

๒.๒ ผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๐

ตารางที่ ๑ งบประมาณที่ได้รับและเบิกจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๐ จำแนกตามหมวดรายจ่าย

งบประมาณ รายจ่าย	พ.ศ. ๒๕๕๗			พ.ศ. ๒๕๕๘			พ.ศ. ๒๕๕๙			พ.ศ. ๒๕๖๐		
	ได้รับ	เบิกจ่าย	ร้อยละ	ได้รับ	เบิกจ่าย	ร้อยละ	ได้รับ	เบิกจ่าย	ร้อยละ	ได้รับ	เบิกจ่าย	ร้อยละ
งบบุคลากร	๗๕,๐๕๘.๑๙	๗๔,๔๐๗.๘๓	๙๙.๑๓	๘๐,๖๔๗.๖๙	๘๐,๖๔๓.๐๙	๙๙.๙๙	๘๖,๘๔๙.๗๕	๘๖,๘๔๙.๗๕	๑๐๐	๘๙,๐๐๘.๓๑	๕๒,๐๕๒.๔๘	๕๘.๔๘
งบดำเนินงาน	๑๓,๐๕๐.๙๓	๑๒,๖๔๗.๖๔	๙๖.๙๑	๑๓,๒๓๓.๖๒	๑๒,๗๙๙.๐๔	๙๖.๗๒	๑๒,๔๓๒.๔๓	๑๒,๓๒๖.๘๖	๙๙.๑๕	๑๔,๖๑๓.๙๙	๗,๓๗๒.๑๓	๕๐.๔๕
งบลงทุน	๑๑,๕๑๙.๗๕	๗,๙๐๒.๓๕	๖๘.๖	๑๒,๔๙๘.๒๘	๗,๖๙๓.๕๓	๖๑.๕๖	๒๐,๘๗๓.๒๘	๒๐,๘๕๗.๗๑	๙๙.๙๓	๒๐,๑๓๗.๒๖	๑๙,๑๖๕.๑๗	๙๕.๑๗
งบอุดหนุน	๖,๒๕๐.๘๙	๖,๒๐๗.๙๙	๙๙.๓๑	๖,๐๖๙.๕๖	๖,๐๔๐.๖๒	๙๙.๕๒	๖,๓๓๗.๑๔	๖,๓๐๙.๐๒	๙๙.๕๖	๖,๗๒๐.๖๕	๕,๑๖๑.๑๓	๗๖.๘
งบรายจ่ายอื่น	๓๑๔.๐๓๔๙	๒๘๔.๘๘๑๒	๙๐.๗๒	๓๗๖.๕๓๗๑	๓๓๖.๙๐๐๑	๘๙.๔๗	๓๒๘.๔๒	๓๐๘.๙๐๖	๙๔.๐๖	๒๘๔.๑๓๙๔	๑๑๓.๕๐๖๒	๓๙.๙๕
รวม	๑๐๖,๑๙๓.๘๐	๑๐๑,๔๕๐.๗๐	๙๕.๕๓	๑๑๒,๘๒๕.๗๐	๑๐๗,๕๑๓.๑๘	๙๕.๒๙	๑๒๖,๘๒๑.๐๒	๑๒๖,๖๕๒.๒๖	๙๙.๘๗	๑๓๐,๗๖๔.๓๕	๘๓,๘๖๔.๔๑	๖๔.๑๓

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การเบิกจ่ายงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นข้อมูล ณ เดือน ณ วันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐

### ๓. การพัฒนาคุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชน

๓.๑ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยมีเป้าหมายให้เด็กปฐมวัย อายุแรกเกิดถึง ๕ ปีทุกคน ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่มีความถูกต้อง มีมาตรฐาน อย่างเท่าเทียม จากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู และชุมชน ได้ดำเนินการ ดังนี้ พัฒนากฎหมายการควบคุมการส่งเสริมการตลาดสำหรับอาหารทารกและเด็กเล็ก ขณะนี้ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ได้มีมติเห็นชอบ ร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าวแล้ว เมื่อวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๐ พัฒนารูปแบบบริการด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดีและพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ มีโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน ๖๔๘ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านมาตรฐานจำนวน ๗๖๐ แห่ง ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ จำนวน ๑๐,๙๑๗ แห่ง และตำบลพัฒนาการเด็กดีเริ่มที่นมแม่ผ่านมาตรฐาน ๗๐๘ แห่ง ซึ่งจากการดำเนินการดังกล่าวทำให้เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ ๘๙๗,๔๓๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๘๔ เด็กสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ๑๑๕,๗๓๑ ราย (ข้อมูลปี ๒๕๕๙)

๓.๒ สร้างเด็กไทยสายตาดี ตามนโยบาย “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้” เตรียมเด็กวัยเรียนให้พร้อมเรียนรู้ สามารถมองเห็นได้ชัดเจน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการเรียนรู้และพัฒนาการทางสมอง โดยร่วมกับโรงเรียนตรวจคัดกรองสายต่านักเรียนชั้น ป.๑ และส่งต่อแก้ไขหากพบความผิดปกติ ผลการตรวจคัดกรองสายต่านักเรียนชั้น ป.๑ จำนวน ๔๙๕,๗๒๔ ราย พบผิดปกติ ๑๒,๗๖๓ ราย และมอบแว่นสายตาแก่เด็กที่มีภาวะสายตาผิดปกติ ๓,๔๙๓ ราย

๓.๓ สาวไทยแก้มแดงพัฒนาสมองและการเรียนรู้ด้วยหลักและโพลิกส่งเสริมการเกิดและการเติบโตอย่างมีคุณภาพ ตามยุทธศาสตร์พัฒนาการพัฒนามาตรฐานเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙) รณรงค์ให้มีลูกเมื่อพร้อม แม่ปลอดภัย และลูกมีสุขภาพที่ดี ป้องกันภาวะพิการแต่กำเนิดด้วยการแจกวิตามินแซน วิเศษอย่าง “เหล็ก” และ “โพลิก” ในแม่อายุ ๒๐ - ๓๐ ปี ที่มีความพร้อมและตั้งใจมีครรภ์ดำเนินการแจกแล้ว ๒,๐๐๐ ชุด

๓.๔ ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) จากสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปีพ.ศ.๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีผู้เสียชีวิต ๑๘,๙๒๒ คน เฉลี่ยชั่วโมงละ ๒ คน เป็นภาวะเสี่ยงสำคัญที่ต้องควบคุมเพื่อไม่ให้นำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, ภาวะไขมันในเลือดสูง จึงมองเห็นความสำคัญของการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ทำให้ทราบความเสี่ยงและได้รับการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสมเพื่อลดการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีผู้ป่วยความดัน เบาหวานได้รับการประเมิน CVD Risk และ ๕,๗๗๔,๓๖๓ คน

๓.๕ จัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F๒) เพื่อเพิ่มการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F๒) ได้ครบ ๑๐๐% (๗๙๗ แห่ง) และได้ค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๕,๕๑๐,๒๐๐ ราย

**๓.๖** ยกระดับโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F๒) ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือยาละลายลิ่มเลือด โดยโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ดำเนินการได้แล้ว ๗๘๐ แห่ง และได้ให้บริการระบบช่องทางด่วน รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI Fast Track) ในทุกเครือข่ายบริการมีบริการห้องสวนหัวใจจำนวน ๘๐ แห่ง ซึ่งมีผู้ป่วยวิกฤตได้รับบริการ ๒๑,๙๖๑ ราย

**๓.๗** คัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ให้แก่ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จากการสำรวจ พบว่าคนไทยร้อยละ ๑๐ หรือประมาณ ๖ ล้านคน เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสาเหตุสำคัญคือพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบดิบๆ สุกๆ ปลาร้า ปลาส้มที่มีพยาธิ และส่งผลให้เสี่ยงเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคตกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์“ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๘” ตั้งเป้าใน ๑๐ ปีข้างหน้า คนไทยจะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ น้อยกว่าร้อยละ ๑ หรือ ๖ แสนราย และได้ดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ๑๓๕,๔๘๒ ราย อัลตราซาวด์มะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป ๑๐๔,๕๘๐ รายผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดี ๔๑๒ ราย และดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ๑,๘๑๕ ราย

**๓.๘** จัดบริการใส่ฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากหรือเกือบทั้งปากเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมซึ่งมีผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียม ๑๐๒,๑๗๔ ราย

**๓.๙** พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ/มอบแขนขาเทียมผู้พิการทั่วประเทศครบ ๑๐๐% ให้บริการคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยดำเนินนโยบายเชิงรุกมีการออกหน่วยเคลื่อนที่ เพื่อให้คนพิการแขนขาขาดทั้งรายเก่าและรายใหม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้รับการครบถ้วนทั่วประเทศ ในปี ๒๕๕๙ ครบร้อยละ ๑๐๐ โดยได้ให้บริการคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน ๓๑,๕๙๓ ราย

**๓.๑๐** ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว แนวโน้มของจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันผู้สูงอายุเองก็มีอายุยืนยาวขึ้น สิ่งที่มาคือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งมักเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังอันจะนำมาซึ่งปัญหาภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพิงตามมา ปัจจุบันเรามีผู้สูงอายุประมาณ ๑๐ ล้านคน ในจำนวนนี้มีประมาณ ๗๐,๐๐๐ คนที่นอนติดเตียง และมีอีกประมาณ ๑๗๐,๐๐๐ คนที่ต้องอยู่ติดบ้าน ไม่สามารถไปไหนมาไหนตามลำพังได้ ซึ่งก็ส่งผลกระทบต่อภาระในการดูแล และค่าใช้จ่ายทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมของครัวเรือนเองและในภาพรวมของประเทศให้เพิ่มสูงขึ้นกระทรวงสาธารณสุขได้บูรณาการความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) โดยมีหน่วยบริการประจำในพื้นที่เข้าร่วมดำเนินงาน LTC จำนวน ๙๐๙ แห่ง ครอบคลุมพื้นที่กองทุนตำบลจำนวน ๔,๔๘๖ แห่ง และให้การดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๑๗๗,๐๓๗ คน (ร้อยละ ๗๐.๘๑)

**๓.๑๑** พัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานGREEN&CLEAN Hospitalได้พัฒนาชุดความรู้ แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital และจัดทำคู่มือการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล พร้อมแนวทางการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน ทั้งนี้ โรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ปัจจุบันผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานแล้ว ๕๐๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๑ ของเป้าหมาย ๙๕๙ แห่ง

**๓.๑๒** กวาดล้างโปลิโอให้หมดภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ประเทศไทยได้ร่วมกับนานาชาติประเทศทั่วโลกกวาดล้างโรคโปลิโอ โดยรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอฟรีแก่เด็กทุกคนตามช่วงวัย ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากผู้นำประเทศ หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน จนประสบความสำเร็จ ทั้งนี้มีเด็กมาเข้ารับบริการ ๑,๑๑๘,๐๙๐ คน และประเทศไทยได้เก็บรวบรวมวัคซีนแบบหยอดชนิด ๓ สายพันธุ์ พร้อมเผาทำลายตามมาตรฐานขยะติดเชื้อ

เสร็จสิ้นไปเมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๕๙ ที่ผ่านมา ซึ่งดำเนินการพร้อมเพรียงกันทั่วโลกกิจกรรมนี้แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของประเทศไทยที่จะร่วมมือกับนานาประเทศทั่วโลกในการกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปจากโลก จากนั้นตั้งแต่วันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๙ เป็นต้นมา ซึ่งถือเป็นวันแรกที่ประเทศไทยได้เริ่มใช้วัคซีนชนิดใหม่ คือวัคซีนชนิดหยอดที่มี ๒ สายพันธุ์ คือสายพันธุ์ ๑ และ ๓ ร่วมกับวัคซีนโปลิโอชนิดฉีด ซึ่งขณะนี้ไม่มีวัคซีนโปลิโอชนิดหยอด ๓ สายพันธุ์หลงเหลืออยู่ในระบบบริการสาธารณสุขไทยแล้ว

**๓.๑๓ รมรณรงค์การให้วัคซีนโรคคอตีบเพื่อเตรียมความพร้อมการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน** รอรรับสำหรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีผู้คนจากประเทศเพื่อนบ้านเป็นจำนวนมากหลังไหล เข้ามาประกอบอาชีพ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรคภายในประเทศ โดยได้ฉีดวัคซีนแก่นักเรียนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ๙๒๙,๐๙๐ ราย และรณรงค์ให้วัคซีนโรคคอตีบแก่ประชาชน อายุ ๒๐-๕๐ ปี เชิงรุกโดยมีเจ้าหน้าที่ออกให้บริการในพื้นที่ทั้งในและนอกเวลาราชการ มีผู้รับบริการทั้งสิ้น ๑๕,๕๔๙,๐๒๗ ราย

**๓.๑๔ พัฒนาโรงพยาบาลให้มีสถานภาพการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation: HA)**ซึ่งเป็นกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก ๓ ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพการรับรองคุณภาพจะกระทำโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง เพื่อเป็นหลักประกันว่าผลการรับรองนั้นจะเป็นที่น่าเชื่อถือ โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓ จำนวน ๗๓๑ โรงพยาบาลดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลสังกัดกรม ๑๖๑ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ๕๗๐ แห่ง

**๓.๑๕ พัฒนาโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา** ได้ลงนามความร่วมมือ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์พัฒนา โรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ ๑๐ แห่ง ด้วยอัตลักษณ์ที่สำคัญ ๔ ด้าน คือ ๑) เป็นโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติของในหลวง แสดงออกถึงการน้อมนำแนวทางตามพระราชดำริมาใช้และเผยแพร่ ๒) เป็นโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี ๓) เป็นโรงพยาบาลที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับชุมชน โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ และ ๔) เป็นโรงพยาบาลที่มีบริการดี มีมาตรฐาน อบอุ่น เป็นกันเองภายใต้แนวคิด “เป็นโรงพยาบาลที่มากกว่าโรงพยาบาล”

**๓.๑๖ เฝ้าระวังให้สามารถควบคุมโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือ เมอร์ส อย่างมีประสิทธิภาพ** รัฐบาลได้กำหนดให้การดำเนินงานดังกล่าวเป็นวาระแห่งชาติ ให้ทุกหน่วยงาน ทุกภาคส่วน ร่วมกันทำงานอย่างบูรณาการ โดยมีมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ เช่น ๑) การติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ในต่างประเทศ การวิเคราะห์ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และการเตรียมความพร้อมของประเทศในด้านต่าง ๆ ๒) การจัดระบบการดูแลผู้เดินทาง ไปประกอบศาสนกิจ ๓) การจัดระบบเพื่อให้สามารถตรวจจับผู้ป่วยได้โดยเร็ว ๔) การแยกผู้ป่วยและการดูแลรักษาผู้ป่วย การดำเนินมาตรการการป้องกันการแพร่โรคในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด ๕) สอบสวนควบคุมโรค โดยการสถาปนา (activate) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขทันทีที่ได้รับรายงานผู้ป่วยยืนยัน เช่น จัดส่งทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ลงพื้นที่ทำการสอบสวนควบคุมโรค

ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ที่ต้องสอบสวนโรค จำนวน ๕๑๖ คน และพบผู้ป่วยยืนยันโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางจำนวน ๒ ราย โดยทั้ง ๒ คนเป็นผู้ป่วยที่เดินทางมาจากประเทศโอมานเพื่อรับการรักษาอาการของโรคระบบทางเดินหายใจ ทั้งนี้ ได้นำเข้าสู่กระบวนการควบคุมโรค และจากการดำเนินงานที่เข้มแข็งส่งผลให้ประเทศไทยสามารถควบคุมโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางไม่ให้เกิดการ

แพร่ของโรคออกไปจากตัวผู้ป่วยที่รับเข้ามาจากต่างประเทศได้ ซึ่งองค์การอนามัยโลก ออกมาชื่นชมประเทศไทย รับมือ "ไวรัสเมอร์ส" ได้รวดเร็ว หลังพบผู้ติดเชื้อในประเทศ

**๓.๑๗ ยุติการถ่ายทอดเชื้อ HIV และซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้ตามเป้าหมายคือ มีอัตราต่ำกว่าร้อยละ ๒** ซึ่งเป็นประเทศแรกของเอเชียและประเทศที่ ๒ ของโลก โดยผู้อำนวยการใหญ่โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้กล่าวชื่นชมและขอบคุณประเทศไทยที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานอย่างจริงจังมาโดยตลอด พร้อมมอบเกียรติบัตรให้แก่ประเทศไทย โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้แทนรับมอบ เมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๙ ณ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา

**๓.๑๘ บูรณาการความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ) ระหว่าง ๔ กระทรวง ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุขลงนามในบันทึกข้อตกลงขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต ในกลุ่มเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานในพิธีลงนามบันทึกข้อตกลง เมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๐** เป้าหมายให้ “เด็กไทยเติบโตใหญ่มีคุณภาพ ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม มุ่งสู่ประเทศไทย 4.0” ในปี ๒๕๖๔ ในกลุ่มเด็กปฐมวัยจะร่วมกันพัฒนาให้เป็นเด็กไทย 4.0 มีทักษะ 4H คือ Heart จิตใจดี มีวินัย Head เก่งคิดวิเคราะห์เป็น Hand ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ และ Health สุขอนามัยดี สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ จะปฏิรูปสังคมผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ตามยุทธศาสตร์ ๓S คือ Strong สุขภาพแข็งแรง Security มั่นคงปลอดภัย และ Social มีส่วนร่วมในสังคม โดย ๔ กระทรวงและภาคีเครือข่าย จะร่วมกันผลักดันทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม การสร้างความร่วมมือแบบประชารัฐ เพื่อให้เด็กไทยทุกคนได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ เติบโตเป็นผู้ใหญ่ และก้าวสู่ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

**๓.๑๙ ขยายความร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ ๑๙ มหาวิทยาลัย เพื่อพัฒนาระบบบริการ ผลิตบุคลากร รวมทั้งงานวิชาการและการวิจัยโดยได้ลงนามความร่วมมือด้านระบบบริการ การส่งต่อ การศึกษา และการวิจัย ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และความร่วมมือในระดับพื้นที่ ระหว่างคณะแพทยศาสตร์จาก ๑๙ มหาวิทยาลัยกับ ๑๒ เขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ และจัดระบบความร่วมมือเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลใน ๑๒ เขตสุขภาพกับ ๒๐ คณะแพทยศาสตร์จาก ๑๙ มหาวิทยาลัยทั่วประเทศ ดังนี้**

เขตสุขภาพที่ ๑ ร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยพะเยา และ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

เขตสุขภาพที่ ๒ ร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยนเรศวร

เขตสุขภาพที่ ๓ ร่วมกับรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยนเรศวร

เขตสุขภาพที่ ๔ ร่วมกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า และมหาวิทยาลัยสยาม

เขตสุขภาพที่ ๕ ร่วมกับศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เขตสุขภาพที่ ๖ ร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และมหาวิทยาลัยสยาม

เขตสุขภาพที่ ๗ ร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เขตสุขภาพที่ ๘ ร่วมกับศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า



เขตสุขภาพที่ ๙ ร่วมกับรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

เขตสุขภาพที่ ๑๐ ร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

เขตสุขภาพที่ ๑๑ ร่วมกับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

เขตสุขภาพที่ ๑๒ ร่วมกับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ และวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

#### ๔. การแก้ปัญหาปากท้อง ความเดือดร้อนของประชาชน

##### การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุมีภาระจากโรคที่ป้องกันได้และข้อจำกัดของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศเป็น ๓ โจทย์ใหญ่ที่ทำนายต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนของไทยเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ประกอบกับระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แพทย์เฉพาะทาง ดูแลรายโรค รายอวัยวะ ไม่มีเจ้าภาพดูแลแบบองค์รวม เปรียบดังสามเหลี่ยมหัวกลับที่ตั้งอยู่บนยอดสามเหลี่ยม ขาดความมั่นคงในระบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อปรับสามเหลี่ยมให้กลับตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยทีมหมอครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพคนไทย อันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ตั้งเป้าหมายมีทีมหมอครอบครัว ๓,๕๐๐ ทีม ดูแลประชาชนได้ ๖๕ ล้านคน นับจากนี้คนไทยทุกคนจะมีหมอประจำตัว ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ทั้งก่อนและหลังการเจ็บป่วย ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพ โดยเชื่อมโยงจากบ้าน ครอบครัว ชุมชน จนถึงหน่วยบริการทุกระดับ ด้วยแนวคิดดูแลแบบองค์รวมทั้งส่งเสริมป้องกันรักษา ฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง ด้วยแพทย์เวชศาสตร์และทีมรวมทั้งเชื่อมโยงการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ภายใต้พันธะสัญญาที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง “ให้บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารทันสมัย” ผลลัพธ์เกิดผลดีต่อประชาชน คือ ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดรอคอย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมเกิดความมั่นคงด้านสุขภาพ และพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนต่อไป

#### ๕. การเร่งสร้างผลงานให้เป็นรูปธรรม

๕.๑ ปฏิรูประบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) ในรูปแบบ “คลินิกหมอครอบครัว” รองรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ (ข) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งขณะนี้ให้บริการแล้ว ๕๙๖ ทีมทั่วประเทศ นอกจากนี้ ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙) ซึ่งจะเสนอเรื่องให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาในเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน ๒๕๖๐ และมีการยกร่างกฎหมายว่าด้วยระบบการแพทย์ปฐมภูมิ พร้อมทั้งดำเนินการจัดตั้ง สำนักบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.) เพื่อบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อไป

๕.๒ ดำเนินงานตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตและลดความพิการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในการเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่อยู่ใกล้ที่สุดหรือไปถึงเร็วที่สุดโดยไม่ต้องสำรองเงินค่ารักษาพยาบาลในระยะเบื้องต้น ๗๒ ชั่วโมงแรกไม่ว่าสิทธิใดก็ตามเริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐

สำหรับอาการฉุกเฉินวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและอวัยวะสำคัญ ได้แก่ ๑) หัวใจหยุดเต้น ไม่หายใจ ไม่รู้สึกตัว ๒) อาการทางสมอง มีการรับรู้ สติเปลี่ยนไป บอกรเวลา สถานที่ คนที่คุ้นเคยผิดอย่างเฉียบพลัน ๓) หายใจเร็ว แรง และลึก หายใจมีเสียงดังผิดปกติ พูดได้แค่สั้นๆหรือร้องไม่ออก ออกเสียงไม่ได้ สำลักอุดทางเดินหายใจก็มีอาการ (เขียวคล้ำ) ๔) ระบบไหลเวียนเลือดวิกฤตอย่างน้อย ๒ ข้อ คือตัวเย็นและซีด เหงื่อแตกจนท่วมตัว หหมดสติชั่วคราว หรือ วูบเมื่อลุกยืนขึ้น ๕) อวัยวะฉีกขาดเสียหายเลือดมาก เสี่ยงต่อการพิการ และ ๖) อาการอื่นๆ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อชีวิตสูง เช่น เจ็บหน้าอกรุนแรงแขนขาอ่อนแรงทันทีทันใด ชักเกร็ง เป็นต้นผลการดำเนินงานตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๐ ผู้ขอใช้สิทธิทั้งหมด ๓,๐๒๔ เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ๑,๒๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๒๑ มากที่สุดคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๗๙๗ ราย รองลงมาคือสิทธิประกันสังคม ๒๑๐ ราย สิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ๑๗๗ ราย และกองทุนอื่นๆ ๓๓ ราย

### ๕.๓ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital: RDU)

ในสถานบริการสาธารณสุขให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาการใช้ยาและสร้างระบบในการบริหารจัดการด้านยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้คนไข้ โดยกำหนดเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่ ๑๕ โดยมีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ดำเนินการแล้ว ๗๗๒ แห่ง ผ่าน RDU ขั้นที่ ๑ จำนวน ๒๕ แห่ง จากโรงพยาบาลเป้าหมาย ๘๙๖ แห่งทั้งนี้จากการดำเนินงานระบบประมวลผลเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานยังดำเนินการล่าช้ากว่าแผนที่กำหนดเนื่องจากมีอุปสรรคในการจัดทำมาตรฐานรหัสยา และการสร้างความเข้าใจการดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง การเข้าถึงข้อมูลทางวิชาการ ยังไม่ทั่วถึง

## ๖. การเดินทางตาม Road Map สร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน

### ไม่มีโครงการ/แผนงาน ที่เกี่ยวข้อง

## ๗. การปฏิรูปประเทศ

๗.๑ การดำเนินงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนอแผนการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบการสาธารณสุข ต่อที่ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ ๔ ด้านสาธารณสุข โดยพลเรือเอกณรงค์ พิพัฒนาศัยรองนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน เมื่อวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ที่ประชุมได้เห็นชอบแผนดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูปด้านสาธารณสุข ในระยะ ๑๘ เดือน และแนวทางปฏิรูปต่อเนื่องในปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๕ ใน ๓ ด้าน คือ

๑) ด้านระบบบริการสุขภาพส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค แพทย์แผนไทยและศูนย์กลางด้านการแพทย์ อาทิจการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ(Primary Care Cluster: PCC ) การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ

๒) ด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ โดยออกแบบระบบที่ทำให้เกิดความเป็นธรรม คุ่มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์ควบคุมคุณภาพได้

๓) ด้านการอภิบาลระบบสุขภาพ เน้นให้เกิดกลไกที่เป็นเอกภาพระดับชาติและระดับพื้นที่ ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิผลคุ่มค่า และสานพลังหน่วยงานต่างๆ

ทั้งนี้ ได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบการสาธารณสุข ๓ คณะ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในแต่ละด้านประกอบด้วย

๑) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการสาธารณสุข ด้านระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค แพทย์แผนไทย และศูนย์กลางด้านการแพทย์ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน อนุกรรมการ

๒) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการสาธารณสุข ด้านการคลังสุขภาพและระบบ หลักประกันสุขภาพ ที่มีศาสตราจารย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล เป็นประธานอนุกรรมการ

๓) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการสาธารณสุข ด้านการอภิบาลระบบสุขภาพ ที่มี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานอนุกรรมการ

## ๘. การเตรียมการยุทธศาสตร์ชาติ

๘.๑ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand ๔.๐ รองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุซึ่งในปี ๒๕๗๓ ไทยจะมีผู้สูงอายุถึง ๑ ใน ๔ ของประชากรทั้งหมด การเชื่อมต่อการค้าและการลงทุน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วง ชีวิตวัย และสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคมโดยการพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการ สุขภาพตั้งเป้าหมายให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดย ๑) ประชาชนสุขภาพดี คือ มีอายุค่าเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า ๘๐ ปี และอายุค่าเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า ๗๒ ปี ๒) เจ้าหน้าที่มีความสุข คือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้รับการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพและมีความสุขในการทำงาน ๓) ระบบสุขภาพยั่งยืน มีระบบสุขภาพหนึ่งเดียว แบบองค์รวม ไร้รอยต่อ เป็นธรรม และมั่นคงทางสุขภาพ ภายใต้ ๔ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๑) ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเลิศ (P&P Excellence) ประกอบด้วย ๔ แผนงาน ได้แก่ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

๒) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ประกอบด้วย ๖ แผนงาน ได้แก่ แผนการพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ และประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข

๓) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ประกอบด้วย ๑ แผนงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๔) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย ๕ แผนงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพโดยแบ่งเป็น ๔ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ คือการปฏิรูประบบสุขภาพ(พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)

ระยะที่ ๒ เป็นการสร้างความเข้มแข็ง(พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๙)

ระยะที่ ๓ ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน (พ.ศ. ๒๕๗๐-๒๕๗๔)

ระยะที่ ๔ เมื่อสิ้นแผนในปี ๒๕๗๙ ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข ๑ ใน ๓ของเอเชีย (พ.ศ. ๒๕๗๕-๒๕๗๙)ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบด้วย ๑๖ แผนงาน ๔๘ โครงการ

## ๙. การออกกฎหมาย/การใช้บังคับใช้กฎหมาย/การอำนวยความสะดวก

๙.๑ ความก้าวหน้าในการออกกฎหมายและปรับปรุง พ.ร.บ. ต่างๆ เพื่อคุ้มครองสุขภาพประชาชน ปรับปรุงกฎหมายและ พ.ร.บ.ต่าง ๆ ให้ทันสมัย เพื่อคุ้มครองสุขภาพประชาชน จำนวน ๒๙ ฉบับ แล้วเสร็จจำนวน ๙ ฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ พ.ร.บ. เชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. ๒๕๕๘ พ.ร.บ. เครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘ พ.ร.บ. คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ พ.ร.บ. ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ พ.ร.บ. สถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ พ.ร.บ. วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. ๒๕๕๙ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ นอกจากนี้ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ ๒๐ ฉบับ ดังนี้

๑. ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพจิต (ฉบับที่...) พ.ศ. ...
๒. ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ฉบับที่...)
๓. ร่าง พ.ร.บ. ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ...
๔. ร่าง พ.ร.บ. โรคไม่ติดต่อ พ.ศ. ...
๕. ร่าง พ.ร.บ. การสาธารณสุข (ฉบับที่...) พ.ศ. ...
๖. ร่าง พ.ร.บ. เครื่องมือแพทย์ (ฉบับที่) พ.ศ. ...
๗. ร่าง พ.ร.บ. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยสุขภาพ พ.ศ.....
๘. ร่าง พ.ร.บ. ความมั่นคงด้านวัคซีน พ.ศ. ...
๙. ร่าง พ.ร.บ. อาสาสมัครสาธารณสุข พ.ศ. ...
๑๐. ร่าง พ.ร.บ.สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. ...
๑๑. วิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ ...) พ.ศ. ...
๑๒. ร่าง พ.ร.บ. พิจารณาคดีผู้บริโภค (ฉบับที่...) พ.ศ. ...
๑๓. ร่าง พ.ร.บ. แก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ ๒๑) พ.ศ.๒๕๕๒ (การ  
ชั้นสูตรพลิกศพ)
๑๔. ร่าง พ.ร.บ. ว่าด้วยการมอบหมายเจ้าหน้าที่ไปร่วมชั้นสูตรพลิกศพ ตามความในมาตรา ๑๔๘ (๓) (๔)  
และ (๕) แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา(ฉบับที่....)พ.ศ. ...
๑๕. ร่าง พ.ร.บ. ยา พ.ศ. ...
๑๖. ร่าง พ.ร.บ. อาหาร พ.ศ. ...
๑๗. ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...
๑๘. ร่าง พ.ร.บ. ว่าด้วยเซลล์บำบัด พ.ศ. ...
๑๙. ร่าง พ.ร.บ. โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ...
๒๐. ร่าง พ.ร.บ. ควบคุมส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ...

## ๑๐. ปัญหาที่ก่อนวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ของทุกหน่วยงาน

ความเหลื่อมล้ำด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนคนไทย กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับบริการ ในสถานพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนที่มีสิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งในขณะนั้นมีโรงพยาบาล เอกชน ๒๔๕ แห่ง จากทั้งหมด ๓๕๓ แห่ง ที่ให้บริการกรณีฉุกเฉินนอกเครือข่ายกองทุนได้บันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อให้บริการสาธารณสุข ผ่านโปรแกรม EMCO (Emergency Claim Online) ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ จำแนก เป็น ๔ ประเด็นดังนี้

๑. การเข้าใจนิยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะสิทธิข้าราชการที่ยังไม่รับทราบข้อมูลด้านอาการแรกเริ่มที่สามารถใช้สิทธิในการเข้ารับบริการได้ พบว่าสัดส่วนการเข้ารับบริการในสิทธิข้าราชการในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ร้อยละ ๗๓ ภาวะฉุกเฉินวิกฤติ ร้อยละ ๒๗ ในขณะที่สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สัดส่วนภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนต่อ ภาวะฉุกเฉินวิกฤติ ๕๔: ๔๖

๒. ประชาชนถูกเรียกเก็บเงินจากการติดตามผลหลังการดำเนินการและผลการศึกษาวัยของ สวปก. มีผลตรงกันคือ ประชาชนจำนวนหนึ่งจะถูกเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้การเรียกเก็บเงิน จะมี ๓ กลุ่มคือ (๑) เก็บเป็นมัดจำ เมื่อสปสข.จ่ายเงินให้โรงพยาบาลแล้วจะคืนเงินทั้งหมด (๒) เก็บเป็นมัดจำ เมื่อ สปสข.จ่ายเงินให้โรงพยาบาลแล้วจะคืนเงินเฉพาะที่หน่วยชำระเงินจ่ายที่เหลือจะเก็บเงินผู้ป่วย (๓) เก็บเงิน และไม่ให้ผู้ป่วยใช้สิทธิเนื่องจากไม่เข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไข เช่น ไม่รับบริการที่โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

๓. ระบบการประสานหาเตียงเคลื่อนย้ายเมื่อพ้นภาวะวิกฤติพบว่าจากข้อมูลการประสานหาเตียงเคลื่อนย้ายเมื่อพ้นภาวะวิกฤติ ยังไม่สามารถทำได้อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะพื้นที่ใน กทม. โดยจำนวนครั้งการประสานเคลื่อนย้ายจนกระทั่งหาเตียงได้ จำนวน ๘ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๓ วัน (จำนวนครั้งการหาเตียงสูงสุด ๑๕๖ ครั้ง ใช้เวลามากสุด ๒๗ วัน) และใช้เวลาอย่างรวดเร็วที่สุดภายในระยะเวลา ๑ วัน โดยเฉพาะในสิทธิข้าราชการซึ่งไม่มีหน่วยบริการประจำ ทำให้หาสถานพยาบาลรักษาต่อได้ค่อนข้างยาก และใช้เวลาในการหาเตียงเคลื่อนย้ายนานสุดคือ ๓ วัน จึงทำให้โรงพยาบาลรับภาระค่าใช้จ่ายหรือเรียกเก็บเงินผู้ป่วย

๔. อัตราการจ่ายชดเชยไม่สะท้อนต้นทุนการรักษาพยาบาล จะเห็นได้ว่าอัตราจ่ายชดเชยเมื่อเทียบกับค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ ๒๖.๔๘% โดยกรณีผู้ป่วยในจ่ายชดเชยตามระบบ Drgs ที่อัตรา ๑๐,๕๐๐ บาทต่อ ๑ AdjRW จึงได้มีแนวทางการวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงอัตราจ่ายที่เหมาะสม เพื่อจูงใจให้สถานพยาบาลเอกชนให้ความร่วมมือ ลดปัญหาการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย

จากสภาพปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงาน ได้ดำเนินการตามที่คณะรัฐมนตรี.มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ เมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๐มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

๑) เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิตให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน และให้สถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ และให้สถานพยาบาลภาครัฐรับย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติหลังเวลา๗๒ ชั่วโมง ตามที่กระทรวงสาธารณสุข เสนอ

๒) ให้กระทรวงการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม หน่วยงานของรัฐ และกองทุนต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านการแพทย์หรือสาธารณสุข ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ฯ และค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ฯ เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการเพื่อให้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎ ระเบียบของหน่วยงาน/กองทุนต่างๆ โดยเฉพาะรัฐวิสาหกิจและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้รองรับการจ่ายเงินคืนแก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ได้ โดยเร็วต่อไป

๓) หากมีการทบทวนปรับปรุงบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายกระทรวงสาธารณสุขนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

๔) ในส่วนที่ขอความเห็นชอบให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติดำเนินการตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระบบเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชนนั้น ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรับไปดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไป

เริ่มดำเนินการโครงการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ จึงได้จัดตั้งศูนย์ประสานศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (UCEP Coordinating Center) ภายใต้มติ ครม.ดังกล่าว รวมถึงเป็นศูนย์กลางประสานการย้ายกลับผู้ป่วยให้กับ โรงพยาบาลคู่สัญญาเจ้าของสิทธิ อีกทั้งยังเป็นศูนย์รับเรื่องร้องเรียน และให้คำปรึกษาแก่ประชาชน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ เป็นต้นมา มีโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้มีการบันทึกข้อมูลผ่าน โปรแกรม PA (Pre-Authorization) จำนวนทั้งสิ้น ๓,๐๒๔ ราย จากโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดจำนวน ๑๘๐ แห่ง (เป็นโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ๕๙ แห่ง) เป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จำนวน ๑,๒๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๒๑

#### ตารางร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จำแนกตามการใช้สิทธิการรักษา

กองทุน	จำนวน	ร้อยละ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.)	๗๙๗	๖๕.๔๖
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	๒๑๐	๑๗.๒๗
ประกันสังคม	๑๗๗	๑๔.๕๖
กองทุนอื่นๆ	๓๓	๒.๗๑
<b>รวม</b>	<b>๑,๒๑๖</b>	<b>๑๐๐</b>

**การให้คำปรึกษาทางการแพทย์** ในการวินิจฉัยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตกับแพทย์เวร จากการรายงานในรอบ ๑ เดือน มีการโทรสามสาย (Call Conference) ขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการคัดแยกอาการผู้ป่วย จำนวน ๓๕ ครั้ง โดยเฉลี่ยวันละครั้ง ซึ่งมีความถี่สูงในช่วงกลางเดือน และลดลงในช่วงปลายเดือน

**ความสำเร็จในการหาเตียงให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต** ภายใน ๗๒ ชั่วโมง จากจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมด มีส่วนหนึ่งที่สมัครใจรักษาต่อที่โรงพยาบาลเดิม ส่วนหนึ่งเสียชีวิตและส่วนหนึ่งมีอาการหนัก ไม่สามารถย้ายโรงพยาบาลได้ ซึ่งในกลุ่มที่ยินดีย้ายโรงพยาบาลเพื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาพบว่า กลุ่มที่ใช้สิทธิประกันสังคม สามารถหาเตียงได้ทั้งหมด ร้อยละ ๑๐๐ กลุ่มที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถหาเตียงได้ร้อยละ ๘๒.๒๙ (ข้อมูลจากรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ส่วนกลุ่มที่ใช้สิทธิข้าราชการข้อมูลที่ศูนย์ประสานศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตยังไม่ครบถ้วน อยู่ระหว่างการประสานข้อมูล

**การร้องเรียนจากประชาชน** มีการรับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบ UCEP (ทางโทรศัพท์ และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์) จำนวน ๑๐ ราย โดยเป็นการร้องเรียนญาติ/ผู้ป่วย ร้องขอใช้สิทธิตามนโยบายจำนวน ๕ เรื่อง เรื่องปรึกษา/ข้อเสนอแนะ เชนนโยบาย ๕ เรื่อง

#### ๑๑. การพัฒนาเศรษฐกิจดิจิทัล เศรษฐกิจ/สังคม ฯลฯ

ไม่มีโครงการ/แผนงาน ที่เกี่ยวข้อง