



ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด  
กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2558

กระทรวงสาธารณสุข  
วันที่ 26 กันยายน 2557



## คำนำ

ปีงบประมาณ พ .ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการบูรณาการยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ข โดยจัดกระบวนการกลไกการบูรณาการยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2558 เพื่อให้เกิดการบูรณาการ การทำงานร่วมกันในยุทธศาสตร์แต่ละด้านตั้งแต่กระบวนการวางแผน การจัดทำรายละเอียดมาตรการ เป้าหมาย แผนงาน โครงการ งบประมาณ ร่วมกัน โดยยึดปัญหาประชาชนเป็นเป้าหมายหลัก และใช้กลไกคณะกรรมการในการทำงานร่วมกันในแต่ละประเด็น 15 ประเด็น ได้แก่ 1) ระบบบริการระดับปฐมภูมิ 2) ระบบบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ 3) ด้านพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย 4) ด้านพัฒนาสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน 5) ด้านพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น 6) ด้านพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน 7) ด้านพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ 8) ด้านพัฒนาระบบการควบคุมโรค 9) ด้านพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ 10) ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 11) ด้านการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด 12) ด้านแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดนภาคใต้ 13) ด้านการต่างประเทศและอาเซียน 14) ด้านพัฒนาบุคลากร และ 15) ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ทั้งนี้ ได้มอบหมายให้อธิบดี (ของกรมที่เกี่ยวข้อง ) ทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการแต่ละด้าน โดยมีองค์ประกอบคณะกรรมการจากหน่วยงานระดับกรมในกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมคัดเลือกประเด็นปัญหา กำหนดมาตรการ เป้าหมาย ตัวชี้วัด ผลลัพธ์ ร่วมกัน รวมทั้งบรรจุเป็นคำของบประมาณประจำปีงบประมาณ พ .ศ. 2558 ของหน่วยงาน และทำหน้าที่ในการบูรณาการการบริหารจัดการ งบประมาณ ยุทธศาสตร์ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุน กำกับ ติดตาม ประเมินผลเป็นภาพรวมร่วมกันในแต่ละด้าน

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จึงจัดทำเอกสารฉบับนี้ เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงาน ในยุทธศาสตร์ที่เน้นหนักให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขอขอบคุณ กรมวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำเอกสารฉบับนี้

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  
กระทรวงสาธารณสุข  
กันยายน 2557

## สารบัญ

	หน้า
ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 (เฉพาะยุทธศาสตร์เน้นหนัก) วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่เน้นหนัก เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด และมาตรการเพื่อบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์	1
<b>ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย</b>	1
1. กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)	1
2. กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 - 14 ปี)	4
3. กลุ่มเด็กวัยรุ่น (15 - 21 ปี)	6
4. กลุ่มเด็กวัยทำงาน (15 - 59 ปี)	8
5. กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และกลุ่มคนพิการ	10
<b>ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้</b>	
6. ด้านระบบบริการปฐมภูมิ	16
7. ด้านระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ	18
8. ด้านระบบควบคุมโรค	20
9. ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ	22
10. ด้านการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด	25
11. ด้านการต่างประเทศและอาเซียน	27
12. ด้านการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดนภาคใต้	28
<b>ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ</b>	
13. ด้านการบังคับใช้กฎหมาย	31
14. ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	32
15. ด้านพัฒนาบุคลากร	34
▪ ฝั่งตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558	37
▪ ระบบการติดตามและประเมินผล	38
▪ กลไกการรายงานผลงานตามตัวชี้วัด	39

## ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2558 (เฉพาะยุทธศาสตร์เน้นหนัก)

**วิสัยทัศน์ :** ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรง เพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน

### พันธกิจ:

1. กำหนดนโยบาย มาตรฐาน กฎหมายและบริหารจัดการบนฐานข้อมูลที่มีคุณภาพและการจัดการความรู้ รวมถึงการติดตามกำกับประเมินผล (Regulator)
2. จัดระบบบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงบริการศูนย์ความเป็นเลิศที่มีคุณภาพ ครอบคลุมและระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ (Provider)"

### เป้าประสงค์:

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

### ยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่เน้นหนัก ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

### เป้าหมาย/ตัวชี้วัด และมาตรการเพื่อบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ ดังนี้

#### ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

##### 1. กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)

###### 1.1) สถานการณ์ปัญหา

สาเหตุการตายของมารดา 1 ใน 3 เกิดจากการบริหารจัดการการคลอด และ 2 ใน 3 มารดาตายมีโรคหรือภาวะโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ อัตราส่วนการตายของมารดา ปี พ.ศ.2555 เท่ากับ 48.0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (WHO, UNICEF, 2012) และ ในปี 2556 ลดลงเหลือ 37.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ม.มหิดล, 2013 ) ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมาย พัฒนาสหัสวรรษ (MDGS) ที่กำหนดให้ลดอัตราการตายเหลือ 13 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ. 2558 แสดงว่าปัญหาการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ อีกทั้งค่าเฉลี่ยหญิงตั้งครรภ์มีค่าไอโอดีนน้อยกว่ามาตรฐาน มีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2554, 2555, 2556 ร้อยละ 39.9, 46.4 และ 51.3 ตามลำดับ (สำนักโภชนาการ, 2556)

สำหรับสถานการณ์ส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0 – 5 ปี พบว่า มีปัญหาที่เป็นปัจจัยต่อพัฒนาการสมวัยของเด็กแรกเกิด - 5 ปี ได้แก่ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.0 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ไม่เกินร้อยละ 7 การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดพบ 25.6 ต่อเด็กเกิดมีชีพพันคน และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบร้อยละ 47.5 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ , 2556) และพบปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัยจากการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ทุก 3 ปี ของกรมอนามัย โดยเครื่องมือมาตรฐาน Denver II และนักประเมินพัฒนาการเด็กที่ผ่านการอบรม พบว่าเด็กแรกเกิด- 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยลดลงจากร้อยละ 71.7

ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 67.3 ใน พ.ศ. 2553 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.5 ในปี 2557 (กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก, 2557)

**เมื่อวิเคราะห์ ปัจจัยเสี่ยง ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ของกลุ่มแม่และเด็กปฐมวัย** พบว่าการฝากครรภ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ การได้รับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ การเข้าถึงบริการการดูแลก่อนคลอด การได้รับสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ คุณภาพบริการและความครบถ้วนบริการคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอดคุณภาพ คลินิกเด็กดีคุณภาพ ระบบการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงทั้งแม่และเด็ก ความรู้ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สื่อ อุปกรณ์การประเมินพัฒนาการ ความรู้และทักษะการเลี้ยงดูเด็กของพ่อ แม่และผู้เลี้ยง รวมถึงแม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนและเลี้ยงควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปี

### 1.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. กลไกการบริหารของ MCH Board ระดับเขต จังหวัด และความรู้ ทักษะ ทีมประเมินมาตรฐาน คุณภาพระดับเขต จังหวัด	หญิงตั้งครรภ์และเด็กได้รับการที่มีคุณภาพครบถ้วน	- <b>ผู้นิเทศงาน / ตรวจราชการ</b> โดยการพูดคุยกับผู้บริหารและผู้รับผิดชอบ ขอเอกสาร รายงาน การสังเกต ดังนี้ 1. รายงานการประชุม คณะกรรมการฯ ทุก 3 เดือน อย่างน้อยมีวาระการประชุมประกอบด้วย สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคแนวทางแก้ไข ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก 2. มีเอกสาร ข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ อนามัยแม่และเด็กที่เป็นปัจจุบัน 3. มีแผนงาน/โครงการ ตามสภาพปัญหาอนามัยแม่และเด็ก 4. มีรายงานการสืบสวน การตายของมารดาและทารกทุกรายและส่ง รายงานให้กรมอนามัย ภายใน 1 เดือน	- High Risk Preg. ทุกราย ได้รับการดูแล โดยสูติแพทย์ - เด็ก 0 - 5 ปี ที่สงสัย พัฒนาการล่าช้าได้รับการ แก้ไขพัฒนาการอย่างเป็นระบบ - หญิงตั้งครรภ์ แม่และเด็ก ได้รับการที่มีคุณภาพ

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
		5. มีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินพบสูติแพทย์และเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าส่งพบกุมารแพทย์/จิตแพทย์	
2. DHS มีแผนแก้ปัญหา MCH ที่ชัดเจนและมีแผน/แนวทางในการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ ทั้ง ANC/LR/WCC/ ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ	- High Risk Preg. ทุกรายได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์ - เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการแก้ไขพัฒนาสมวัย	- เอกสารแผน เป้าหมายในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาและมีการประเมินมาตรฐาน ANC/LR/WCC/ ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ด้วยตนเองของหน่วยบริการ - รายงานการพัฒนาบุคลากร ฯ ในเรื่องระบบบริการ ANC/LR/WCC/ ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ และนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับ (ตามหลักสูตรกรมอนามัย) - สังเกต ตรวจสอบ วัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่เพียงพอ พร้อมใช้ในการให้บริการ - มีสถานการณ์ และภาวะสุขภาพแม่และเด็กระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน	- หน่วยบริการฯ มีมาตรฐาน และให้บริการอย่างมีคุณภาพ
3. ผลักดัน พ.ร.บ. Milk code และส่งเสริมสนับสนุน ปกป้องให้เด็กกินนมแม่ ที่เป็นรูปธรรม	เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการรอบด้าน	- มี พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. .... เข้าสู่ ครม.	เด็กแรกเกิด – ต่ำกว่า 6 เดือนได้กินนมแม่เพิ่มขึ้น

### 1.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีวิตคน	WHO & UNICEF งานวิจัยของมหาวิทยาลัยมหิดล ฐานข้อมูลการตาย สนย.
2. อัตราเด็ก 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85	43 แฟ้ม

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
1. MCH Board ระดับจังหวัด มีกลไกในการเฝ้าระวังและแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก	ทีมประเมิน มาตรฐานระดับเขต/ส่วนกลาง
2. ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ร้อยละ 60	สำรวจ/ประเมินผล ระดับเขต

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่ ร้อยละ 50	43 แฟ้ม
2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	43 แฟ้ม
3. ร้อยละเด็กอายุ 18, 30 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการทุกคน	43 แฟ้ม

#### \*\*\* หมายเหตุ

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผลต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

## 2. กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 – 14 ปี)

### 2.1) สถานการณ์ปัญหา

ใน พ.ศ. 2556 ไทยมีเด็กวัยเรียน 5-14 ปี จำนวน 8,371,000 คน ซึ่งพบปัญหาสุขภาพที่สำคัญในด้านโภชนาการ คือ เด็กอายุ 6 - 12 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน เพียงร้อยละ 60.7 ใน พ.ศ. 2556 และมีภาวะ เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 8.8 ใน พ.ศ. 2556 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.5 ใน พ.ศ. 2557 เนื่องจากพฤติกรรม การกินอาหาร ที่ไม่ถูกต้องทั้งปริมาณและสัดส่วน ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล และไขมันสูง ผลไม้ น้อย เคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกายน้อยในแต่ละวัน รวมทั้งค่านิยม กินอาหารตามวัฒนธรรมตะวันตก คือ อาหารขยะอาหารจานด่วน น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ ฯลฯ ส่งผลให้เด็กไทยมีปัญหาฟันผุร้อยละ 52 ซึ่งปัญหาที่เป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน คือการลดความชุกของโรคฟันผุ การสำรวจล่าสุดปี 2556 พบว่าเด็ก ป.6 มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 52 และมีสถานะเหงือกอักเสบร้อยละ 50

สำหรับใน ด้านพัฒนา การและเชาวน์ปัญญา พบว่า เด็กไทยต่ำกว่ามาตรฐานสากล โดยใน พ.ศ. 2554 พบว่าเชาวน์ปัญญาเด็กไทยอายุ 6-12 ปี มีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 98.6 ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากลเล็กน้อย (IQ=100) และพบว่ายังมีเด็กกลุ่มที่มีปัญหาระดับสติปัญญาบกพร่อง (IQ<70) อยู่ร้อยละ 6.5 เมื่อเทียบกับมาตรฐานสากลคือไม่ควรเกินร้อยละ 2 และมีช่องว่างของสติปัญญาระหว่างกลุ่มที่มีสติปัญญาดีกับกลุ่มที่มีปัญหาสติปัญญามาก นอกจากนี้เด็กไทยอายุ 6 - 11 ปี มีความฉลาดทางอารมณ์เท่ากับ 45.12 ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (50 - 100)

นอกจากนี้ พบการบาดเจ็บเป็นสาเหตุหลักของการตายในกลุ่มประชากรทั้งเพศชายและหญิงอายุ 5 - 14 ปี ซึ่งอุบัติเหตุทางถนน และอุบัติเหตุจากการจมน้ำเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ โดยในพ.ศ. 2556 พบอัตราการเสียชีวิตของการจมน้ำ เด็กอายุ 5-14ปี เป็น 7.26 ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งยัง สูงกว่าทุกกลุ่มอายุ (ทุกกลุ่มอายุมีอัตราการตาย 5.7 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ. 2556)

## 2.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. นโยบายร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - แผนพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนแห่งชาติ/ วาระสุขภาพแห่งชาติ - มีแผนการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบบูรณาการทุกระดับ	- โรงเรียนมีการดำเนินการตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพในการประเมินรับรองคุณภาพสถานศึกษา (สมศ.)	- โรงเรียนผ่านเกณฑ์ประเมินฯ ของสมศ.	- เด็กไทยเติบโตสมวัย - สมองดี คิดดี มีความสุข - แผนพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนแห่งชาติ/วาระสุขภาพแห่งชาติ
2. การจัดบริการสุขภาพร่วมกับโรงเรียน - บริการสุขภาพอนามัยนักเรียน - ช่วยเหลือ/ ติดตาม/ส่งต่อ	- เด็กได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน - มีระบบติดตามและส่งต่อการบริการสุขภาพ	- ระบบรายงานการให้บริการและส่งต่อ	- มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางการบูรณาการ - มีระบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน การติดตาม และส่งต่อที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน
3. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ: ครอบครัว/ชุมชน/อปท. - การพัฒนาสุขภาพเด็ก - การจัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ - ความรู้/ความสามารถ และทักษะในการดูแลสุขภาพ (Health literacy)	- มีแผนการพัฒนาสุขภาพเด็กในระดับอำเภอ - มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ/ลดปัจจัยเสี่ยง	- สุ่มประเมินการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	- มีเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพเด็ก ครอบครัว/ชุมชน/อปท.

## 2.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. เด็กนักเรียนเริ่มอ่านและอ่าน ไม่เกินร้อยละ 10	43 แห่ง
2. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่เกิน 6.5	ฐานข้อมูลการตาย



KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
1. จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 95	สำรวจโดยกรมอนามัย
2. จำนวนโรงเรียนที่ดำเนินกิจกรรมผ่านเกณฑ์ KPI ระดับจังหวัด ทุกด้าน ร้อยละ 40	สำรวจโดยกรมอนามัย
3. จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ลดลงตามเกณฑ์ในแต่ละพื้นที่เสี่ยง	ฐานข้อมูลการตาย

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. โรงเรียนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและนักเรียนในโรงเรียนได้รับการทันตกรรมป้องกันและตามความจำเป็น	43 แห่ง
2. ร้อยละของเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	43 แห่ง
3. เด็ก ป. 1 ทุกคนได้รับการตรวจสายตาและการได้ยิน โดยร้อยละ 80 ของเด็กที่มีปัญหาได้รับการช่วยเหลือแก้ไข	สำรวจโดยกรมอนามัย
4. จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก	ฐานข้อมูลการตาย

**\*\*\* หมายเหตุ**

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผลต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

### 3. กลุ่มเด็กวัยรุ่น (15 – 21 ปี)

#### 3.1) สถานการณ์ปัญหา

การดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น 15 - 24 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.6 ในพ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 23.7 ในพ.ศ. 2554 หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.5 อายุเฉลี่ยที่ดื่มสุรา 20.3 ปีและมีสัดส่วนการดื่มหนักมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และความชุกของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเป็นร้อยละ 22.4 โดยวัยรุ่นชาย สูบบุหรี่ สูงกว่าเพศหญิง 17.2 เท่า (ร้อยละ 39.5 และ 2.3 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 15.3 ปี และเกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ทุกวันหรือเกือบทุกวันและประมาณ 3 ใน 4 มีอาการติดบุหรี่ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีอายุน้อยลงจาก 15-16 ปี ใน พ.ศ. 2545 - 2552 เป็นอายุ 12 - 15 ปี ใน พ.ศ. 2554 โดยพบการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทยในช่วง 14 ปี ที่ผ่านมามีเพิ่มสูงขึ้น 1.4 เท่าจาก 36 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2540 เป็น 51.2 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2556 มีแม่อายุ ต่ำกว่า 20 ปี 133,176 คน หรือร้อยละ 16.6 ของแม่ทุกกลุ่มอายุ พบวัยรุ่นทำแท้งปีละ 300,000 คน และมีเด็กกำพร้าถูกทอดทิ้ง 88,730 คน และอัตราโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 46.2 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 95 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2556

#### 3.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. กฎหมาย: บุหรี่ แอลกอฮอล์	ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด	ระบบรายงานและการสำรวจ BSS	ลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และใช้สารเสพติด

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
2. โรงเรียน: ทักษะชีวิต - เพศศึกษา คัดกรองช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยง	ติดเชื้อ HIV /STI	ระบบรายงาน	ลดติดเชื้อ HIV /STI และ ลดพฤติกรรมเสี่ยงจาก การมีเพศสัมพันธ์
3. โรงพยาบาล: บริการเป็น มิตร การคุมกำเนิดใน แม่วัยรุ่น	ตั้งครรภ์	43 แพ้ม	ป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมในวัยรุ่น
4. ชุมชน: พื้นที่เยาวชน บริการเชิงรุกโรงเรียนพ่อแม่	อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย ติดเกมส์ ความรุนแรง	ระบบรายงานและการ สำรวจ BSS	เยาวชนมีพื้นที่สำหรับการ ทำกิจกรรมและเวทีพูดคุย สำหรับพ่อ - แม่

### 3.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี (ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน)	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพ
2. ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ 15 - 19 ปี (ไม่เกินร้อยละ 13)	สำรวจ BSS ปีละ 1 ครั้ง (รายจังหวัด) และของสำนักงานสถิติทุก 3 ปี

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15 - 19 ปี (ไม่เกินร้อยละ 10)	สำรวจโดยกรมอนามัย
2. ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี ที่มีการป้องกันตนเอง โดยใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด (ร้อยละ 67)	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค
3. ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในวัยรุ่นอายุ 15 - 18 ปี ไม่เกินร้อยละ 10	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. สัดส่วนของสถานศึกษาที่ได้รับการตรวจว่าไม่มีการกระทำผิด กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน - สถานศึกษา ร้อยละ 90 - นอกสถานศึกษา ร้อยละ 50	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค
2. ร้อยละของโรงเรียนที่มีการสอนเรื่องเพศศึกษา/พฤติกรรมเสี่ยงใน โรงเรียนตามเกณฑ์ ปี 2558 : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ปี 2559 : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค

\*\*\* หมายเหตุ

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผล  
ต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

#### 4. กลุ่มเด็กวัยทำงาน (15 – 59 ปี)

##### 4.1) สถานการณ์ปัญหา

ประชากรวัยทำงานป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น โดยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (2552 - 2556) อัตราตายด้วยโรค NCD ที่สำคัญ และอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย 5 อันดับแรก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, บุหรี่/ยาสูบ, HT, ไม่สวมหมวกนิรภัย และ คอเลสเทอรอลในเลือดสูง อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน พบว่าอัตราตาย 3 ปี (54 - 56) ย้อนหลัง ในภาพรวมของประเทศยังคงเพิ่มขึ้น มีเพียงบางเขตที่มีอัตราตายใกล้เคียงหรือต่ำกว่าเป้าหมายประเทศ นอกนั้นสูงกว่า และพบอัตราตายอย่างหยาบรวมทุกกลุ่มอายุด้วยโรค CHD ใน 9 เดือน เมื่อเทียบกับเป้าหมายทั้งปี (ไม่เกิน 23 ต่อแสน) เขต 3, 4, และ กทม. จะมีอัตราตายสูงกว่าเป้าหมายของทั้งปีก่อนข้างมาก และเมื่อดูข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ก็พบว่าอัตราตายสูงกว่าประเทศค่อนข้างมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุยังอธิบายไม่ได้ชัดเจน แต่พบว่าทั้ง 3 เขตมีความชุกของ HT สูง และออกกำลังกายน้อย

##### 4.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. สร้างเสริมสุขภาพและวิถีชีวิตในประชากร - บูรณาการตำบลจัดการสุขภาพ (NCD อุบัติเหตุ) - บูรณาการการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนใน DHS - สถานที่ทำงาน/สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ฯ - บังคับใช้กฎหมาย (สุรา บุหรี่) - สื่อสารความเสี่ยง (3อ 2ส 3ม 2ข 1ร) - การประเมินสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน (มะเร็งและความเสี่ยงจากการทำงาน)	1. ลดความชุกของพฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (NCD env-occ อุบัติเหตุ)  2. ลดอัตราตายด้วยอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 50 ภายในปี 2563	- การสำรวจ BRFSS ทุก 3 ปี - รายงานผลการดำเนินการตามกฎหมายแรงงาน - ระบบรายงานการเสียชีวิตจากฐานมรณะบัตร (สนย.)	ลดป่วย ลดตาย - โรค NCDs - โรคจากการประกอบอาชีพ - อุบัติเหตุทางถนน
2. พัฒนาศูนย์บริการและการจัดการโรค - คลินิก NCD คุณภาพ (+บูรณาการบริการ DPAC Psychosocial บริการช่วยเหลือบุหรี่และสุรา และบริการอาชีวอนามัย)	3. ลดอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 10 ภายในระยะ 5 ปี	- ระบบรายงานการเสียชีวิตจากฐานมรณะบัตร (สนย.)	
3. มาตรการสนับสนุน - พัฒนาระบบข้อมูล - บริหารจัดการ - M&E			

#### 4.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. อัตราตายด้วยอุบัติเหตุทางถนน ในปี 2558 ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน	ระบบรายงานการเสียชีวิตจากฐานมรณบัตร (สนย.)
2. อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดลงร้อยละ 10 ภายในระยะเวลา 5 ปี (2558 - 2562)	ระบบรายงานการเสียชีวิตจากฐานมรณบัตร (สนย.)

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
1. อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนในเขตสุขภาพลดลง (ลดลงร้อยละ 14 จากค่าตั้งต้น 3 yrs median ปี 53-55)	ระบบรายงานการเสียชีวิตจากฐานมรณบัตร (สนย.)
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 และ 50)	43 แฟ้ม
3. อัตราป่วยรายใหม่จากโรคโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ลดลง)	43 แฟ้ม
4. ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงลดลง (ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ บริโภคผัก ผลไม้ไม่น้อยออกกำลังกายไม่เพียงพอ ซึมเศร้า/โรคซึมเศร้า/โรคสมาธิสั้น)	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค (BRFSS)

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 ที่มีค่า Probability of Survival (Ps) > 0.75 และรอดชีวิตหลังการดูแลรักษา	ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance : IS) หรือ Trauma registry และในอนาคตจากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (ที่เพิ่มตัวแปรของ IS เป็น option ให้กับโรงพยาบาล เลือกลงใช้งาน)
2. รพศ. / รพท. และรพช. ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ร้อยละ 70	รายงานผลการประเมินโดย สคร. ร่วมกับจังหวัด
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และมีความเสี่ยงสูงมาก ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและ/หรือได้รับยาในการรักษาเพื่อลดความเสี่ยง (ร้อยละ 50)	รายงานผลโดยจังหวัด
4. ความชุกของภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25 กก/ม <sup>2</sup> และหรือภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวเกิน ชาย 90 ซม. หญิง 80 ซม.)	43 แฟ้ม (NCD screen)
5. ร้อยละ 70 ของตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ระดับดีขึ้น)	สำรวจโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
6. จำนวนสถานที่ทำงานที่สถานประกอบการได้รับข้อมูลเข้าถึงการดำเนินการ สถานที่ทำงานสถานประกอบการ ปลอดภัย ปลอดภัย ภายใน เป็นสุข : 10,481 แห่ง (ร้อยละ 5 ของที่ขึ้นทะเบียน) สามารถปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบได้ร้อยละ	

\*\*\* **หมายเหตุ**

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผลต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

5. กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และกลุ่มคนพิการ

5.1) สถานการณ์ปัญหา

5.1.1 กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ด้านโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุพบว่าปัจจุบันประเทศไทย (19 กันยายน 2557) มีประชากร 64.9224 ล้านคน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 10.0214 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.436 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป เท่ากับ 6.7052 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.328 ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยอัตราของประชากรผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยในปี พ.ศ. 2553 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ อยู่ที่ร้อยละ 10.7 ของประชากรรวม หรือ 7.02 ล้านคน และในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.8 ของประชากรรวม (8.3 ล้านคน) ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) นั้นหมายถึงว่าประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า จากผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพ 5 อันดับแรก ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ สำหรับอุบัติการณ์โรคหรืออาการเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย โดยการตรวจร่างกาย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคอ้วนลงพุง ภาวะอ้วน และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ

ในด้านปัญหาด้านสังคมจากการศึกษาอัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทย พ.ศ. 2543 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 14.3 คน พ.ศ. 2553 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 19.7 คน พ.ศ. 2563 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 30.3 คน ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุตามความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living) พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.6 - 11.9 มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน แลผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ถึงร้อยละ 15.5 (รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4)

จากสถานการณ์ปัญหาที่มีจำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุ มีโรคที่เกิดจากความเสื่อมอันเนื่องมาจากความชรามากขึ้น การดูแลรักษาฟื้นฟู จึงมีความแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นๆ ได้แก่ ลักษณะทางคลินิก ปัญหาการแปลผลและความเหมาะสมในการสำรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการวินิจฉัยโรค

การดูแลรักษาแตกต่างและซับซ้อนจากผู้ป่วยวัยอื่นอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น สมควรได้รับการดูแลรักษาที่เป็นเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสม

### ภาวะคุกคามด้านการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน

(1) ระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุยังไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น ต้องการการดูแลรักษาองค์รวมแบบ Case Management

(2) มาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและในชุมชนต้องการการพัฒนา

(3) ระบบและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนระดับต่าง ๆ

(4) บุคลากรที่มีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ รูปแบบของบริการสาธารณสุข

ในอนาคตเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ(Aged Society ในปี 2568)

(5) โรคที่จะเป็นปัญหาและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุกลุ่มอาการ Geriatric Syndrome เช่น สมอง เสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง สมรรถนะของผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต้องการระบบการดูแลรักษาในชุมชนที่มีคุณภาพ

การดูแลส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ (Preventive Geriatrics) อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึงการป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามควรแก่อวัยวะ โดยคงระยะเวลาที่มีสุขภาพทางกาย (Physical well-being) สุขภาวะทางจิต (Mental well-being) สุขภาวะทางสังคม (social well-being) และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่มิโรคได้แก่

1.1 การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

1.2 การออกกำลังกายสม่ำเสมอ

1.3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม

1.4 การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ

1.5 การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเฉพาะโรคที่สำคัญ

1.6 การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม

1.7 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ

2. การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) หมายถึงการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพลุกลามขึ้น ด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะเพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก

3. การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาว ที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง

(ที่มา: ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย, ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน , ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, เมษายน 2554.)

**เป้าประสงค์หลัก:** ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง/ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

### เป้าประสงค์เฉพาะ

2.1 ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการคัดกรอง Geriatric Syndrome

- 2.2 มีระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีศักยภาพและสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกและทั่วถึง
- 2.3 มีระบบการส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

### 5.1.2 กลุ่มคนพิการ

ประเทศไทยมีคนพิการประมาณ 1.5 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของจำนวนประชากรไทย แนวโน้มจำนวนคนพิการจะเพิ่มขึ้นจากกลุ่มผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ การสำรวจดังกล่าวยังพบว่าคนพิการยังไม่เข้าถึงบริการหรือสวัสดิการของรัฐ ไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทั้งที่มีความจำเป็น โรคหลอดเลือดสมอง จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ คัญของประเทศไทยเนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life year; DALY) ระดับต้นและยังเป็นสาเหตุนำไปสู่ความพิการทางการเคลื่อนไหวที่สำคัญ โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครบวงจร ตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งสามารถสรุปสภาพปัญหาสำคัญได้ ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤติเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพและระบบส่งต่อที่ได้มาตรฐานทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนนำไปสู่ความพิการซ้ำซ้อน พิการถาวร หรือเพิ่มอัตราการตาย
- 2) ระบบดูแลสุขภาพคนพิการขาดความเชื่อมโยงจาก รพศ . รพท. สู่วิทย . และชุมชนขาดมาตรฐานระบบบริการและระบบส่งต่อการดูแลสุขภาพคนพิการ
- 3) สถานบริการขาดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการทำให้เกิดความ ยากลำบากในการเข้ารับบริการสุขภาพในสถานบริการ

## 5.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

### 5.2.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
<b>การคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ</b> เพื่อใช้ค้นหาปัญหาและนำไปสู่การวางแผนการดูแลได้อย่างตรงประเด็นปัญหา <b>เป้าหมาย</b> 1) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 2) การคัดกรองโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ 1. เบาหวาน 2. ความดันโลหิตสูง 3. ฟัน 4. สายตา	- ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งกายและจิตอย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนและความพิการ	<b>Goal Indicator</b> -สัดส่วนของภาวะพึ่งพิงลดลงและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ระยะเวลา 10 ปี -อุบัติการณ์ของโรคที่เป็นภาระและเป็นปัญหาสำคัญลดลง ระยะเวลา 5 ปี <b>Process Indicator</b> -ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลที่ตรงปัญหา -ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษาและฟื้นฟูที่มี	ผลลัพธ์1: ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งกายและจิตอย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนและความพิการ

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
<b>3) การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes</b> 1. ภาวะหกล้ม 2. สมรรถภาพสมอง 3. การกลืนปัสสาวะ 4. การนอนไม่หลับ 5. ภาวะซึมเศร้า 6. ข้อเข่าเสื่อม		ประสิทธิภาพ -ความเข้มแข็งของ ครอบครัว ชุมชน และ ท้องถิ่น ในการมีส่วนร่วม ดูแลระยะยาว	
<b>คลินิกผู้สูงอายุ</b> •การพัฒนาาระบบบริการ สุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยง จากสถานบริการสู่ชุมชน บริการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และ ฟื้นฟู ที่มี ประสิทธิภาพ	- ผู้สูงอายุสามารถ เข้าถึงบริการ ดูแล รักษาและฟื้นฟูทั้ง ด้านร่างกายและจิตที่ มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างทั่วถึง และเป็น ธรรม		ผลลัพธ์ 2: ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการ ดูแลรักษาและฟื้นฟูทั้ง ด้านร่างกายและจิตที่มี คุณภาพมาตรฐานอย่าง ทั่วถึง และเป็นธรรม
<b>ร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่น</b> •ส่งเสริมความเข้มแข็งของ ครอบครัว ชุมชน และ ท้องถิ่น ในการมีส่วนร่วม ดูแลระยะยาวลดภาวะพึ่งพิง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ญาติ ครอบครัว ผู้ดูแล มีทักษะ สามารถดูแลตนเองได้อย่าง สมศักดิ์ภาพ	- ชุมชน/ท้องถิ่น มีระบบรวมถึง สภาพแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการส่งเสริมและ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวผู้สูงอายุ สามารถดูแลตนเอง สามารถดำเนิน ชีวิตประจำวันได้อย่าง เหมาะสม และมี พฤติกรรมสุขภาพที่ พึ่งประสงค์		ผลลัพธ์ 3 : ชุมชน/ ท้องถิ่น มีระบบรวมถึง สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อ การส่งเสริมและดูแล สุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว



## 5.2.2 กลุ่มคนพิการ

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพและระบบส่งต่อผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤติที่ได้มาตรฐาน	จังหวัดในเขตพื้นที่บริการมีระบบบริการสุขภาพและระบบส่งต่อผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤติ	วัดระดับเขต (ผ่านการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข)	1. มีระบบบริการสุขภาพและระบบส่งต่อที่ได้มาตรฐาน
2. พัฒนาและจัดระบบบริการสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ที่มีคุณภาพมาตรฐานและส่งเสริมการเข้าถึงอย่างครบถ้วน	ทุกจังหวัดในเขตพื้นที่บริการจัดระบบบริการคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ที่มีคุณภาพและสามารถเข้าถึงได้อย่างครบถ้วน	วัดระดับจังหวัด (ผ่านการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข) โดยมี สสจ. เป็นผู้รวบรวมข้อมูล	2. คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานและสามารถเข้าถึงได้อย่างครบถ้วน
3. พัฒนาสภาพสิ่งแวดล้อมสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการของคนพิการและทุกกลุ่มวัย	สถานพยาบาลของรัฐทุกระดับในทุกเขตพื้นที่บริการ (เริ่มจากรพศ. รพท.) มีการปรับสภาพแวดล้อมสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็น	วัดระดับเขต (ผ่านการตรวจ ราชการกระทรวงสาธารณสุข)	3. สิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับคนพิการและทุกกลุ่มวัยเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างเพียงพอและเหมาะสม

## 5.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 30)	สำรวจโดยกรมการแพทย์

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
1. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ด้านสุขภาพ	- การนิเทศติดตามและเก็บข้อมูลโดยที่นักวิชาการผู้นิเทศรายเขต(ด้านผู้สูงอายุ) ประสานผ่านระบบProgram Manager : Ageing Manager - ระบบการนิเทศติดตามงานโดยผู้นิเทศกรมอนามัย

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
2. ร้อยละ 80 ของจังหวัดในเขตบริการสุขภาพมีการดำเนินงานในการบูรณาการระบบดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว/ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านระยะวิกฤติผ่านเกณฑ์ระดับ 3	สำรวจโดยกรมการแพทย์
3. ร้อยละของสถานบริการมีการปรับสภาพแวดล้อม มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการ/ ผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้	สำรวจโดยกรมการแพทย์
4. คนพิการทุกประเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	สำรวจโดยกรมการแพทย์

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ร้อยละ 60)	สำรวจโดยกรมการแพทย์
2. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน รพศ. รพท. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ครบวงจร (ร้อยละ 30)	สำรวจโดยกรมการแพทย์
3. คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับการครบถ้วน ร้อยละ 90	สำรวจโดยกรมการแพทย์

**\*\*\* หมายเหตุ**

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผลต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

## 6. ด้านระบบบริการปฐมภูมิ

### 6.1) สถานการณ์ปัญหา

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน เป็นบริการด่านหน้าที่ต้องเชื่อมโยงเครือข่ายภาคีต่างๆในชุมชน และเชื่อมต่อกับบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปัจจุบัน มีหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10,198 แห่ง จำแนกเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเมือง (ศสม.) 281 แห่ง รับผิดชอบในการดูแลประชากรในเขตเมืองและประชากรย้ายถิ่น ซึ่งมีภาระงานมากเกินกว่าเกณฑ์ที่ควรจะเป็น (ศสม. 1 แห่ง ดูแลประชากรสูงถึง 30,000 คน) ทำให้มีผลต่อการเข้าถึงบริการ และความครอบคลุมการให้บริการของประชาชนในเขตเมือง สำหรับ บ.ในเขตชนบทมี รพ.สต. 9,822 แห่ง เพียงพอต่อการให้บริการ (รพ.สต. 1 แห่ง รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 8,000 คน) แต่ยังคงขาดศักยภาพการให้บริการ และมีสถานบริการสาธารณสุขชุมชนอีก 198 แห่ง นอกจากนี้พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ เครือข่ายปฐมภูมิต่ำมาก เพียงร้อยละ 29.7 อันจะกระทบต่อคุณภาพการบริการประชาชน สำหรับการเข้าถึงบริการ พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 51.8 ล้านครั้ง ในพ .ศ. 2553 เป็น 125.5 ล้านครั้ง ในพ .ศ. 2555 และมีสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอกของ รพ .สต.เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ปี 2553 - 2555 เฉลี่ย 1.3 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ค่ามาตรฐาน = 0.8)

การทำงานด้านสุขภาพในพื้นที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ แต่ที่ผ่านมาการจัดการด้านสุขภาพอย่างบูรณาการ ยังไม่มีความสมบูรณ์และ เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร สถานบริการต่างๆทั้งโรงพยาบาล สถานบริการในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในระดับอำเภอ ยังไม่สามารถบูรณาการทรัพยากรทั้งเชิงปฏิบัติการและเชิงบริหารจัดการได้อย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดช่องว่าง ความซ้ำซ้อนในระบบการทำงานด้านสุขภาพ

### 6.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ และการดูแลตนเอง (จังหวัด)	1. การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	1. <u>ระดับกระทรวง</u> ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) -มีแผน 10 เรื่อง -ผลสำเร็จ UCARE - มี Self assessment	1. ประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้รับบริการพื้นฐานและสามารถดูแลตัวเองได้ 2. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ที่ ศสม. และ รพสต.ที่มีคุณภาพ
1.1 จัดบริการบูรณาการตามกลุ่มวัย/ Service Plan	2. เพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุมบริการปฐมภูมิ	External audit	3. หน่วยบริการสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพโดยใช้กลไกระบบสุขภาพระดับอำเภอ/ตำบล
1.2 ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ (Self care)	3. เพิ่มประสิทธิภาพและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับ DHS	2. <u>ระดับเขต</u> ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบ	4. ลดอัตราป่วยในโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่
2. เพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุมบริการปฐมภูมิ (จังหวัด)			
2.1 จัดตั้ง ศสม. คือหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนหรือพื้นที่เติบโต			

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
<p>ทั้งเมือง ทั้งเมืองที่ตั้งของตัวจังหวัดและเมืองอื่นมีประชากรในความรับผิดชอบไม่เกิน 30,000 คนต่อแห่งและรวมถึงพื้นที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว แต่มีใช้การแยกตั้งหน่วย OPD ของโรงพยาบาล หรือ Out - reached</p> <p>2.2 มีการจัดบริการให้ครบถ้วนทั้ง Acute &amp; Chronic care อย่างมีคุณภาพ เช่น ชั้นสูตร สุขภาพช่องปาก อุบัติเหตุ ฉุกฉินและส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน Home care &amp; LTC บริการแพทย์แผนไทย สุขภาพจิตชุมชน การฟื้นฟูสุขภาพ</p>		<p>บริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)</p> <p>- UCARE</p> <p>-มีแผน 10 เรื่อง</p> <p>-มีเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>3. <u>ระดับจังหวัด</u></p> <p>3.1 สัดส่วนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ของ ศสม. และรพ.สต.เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและมีผลการควบคุมความดันโลหิตสูง เบาหวานดีขึ้น</p> <p>3.2 ร้อยละการใช้บริการของประชาชนในเขต รับผิดชอบให้บริการผู้ป่วยนอก(OPD)ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ</p>	
<p>3. พัฒนาศักยภาพ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (เขต)</p> <p>3.1 มีแผนบูรณาการ 5 กลุ่มวัย และ Service Plan 10 tract</p> <p>3.2 มีแผนการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก (PM)</p> <p>3.3 การดำเนินการร่วมมือกับท้องถิ่น ในการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสถานะด้านสิ่งแวดล้อม (จังหวัด)</p> <p>3.4 การจัดการบริการปฐมภูมิระดับชุมชน โดย อสม.</p> <p>3.5 พัฒนาระบบคุณภาพ และการประเมินผล</p> <p>3.6 พัฒนาการจัดการบริการปฐมภูมิ โดยแพทย์FM (จังหวัด)</p>		<p>3.3 ร้อยละศสม./รพ.สต.ที่มีการ Out reach service โดยแพทย์ออกไปบริการเวชศาสตร์ชุมชน</p> <p>3.4 ประชาชนในเขต รับผิดชอบได้รับบริการตามแผน DHS</p>	

### 6.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) - มีแผน 10 เรื่อง - ผลสำเร็จ UCARE - มี Self assessment และ External audit	สำรวจโดย สบรส.

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
ไม่มีตัวชี้วัด	

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. สัดส่วนผู้ป่วยนอกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ของ ศสม.และรพ.สต.เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและมีผลการควบคุมความดันโลหิตสูง เบาหวานดีขึ้น	สำรวจโดย สบรส.
2. ร้อยละศสม./รพ.สต.ที่มีการ Out reach service โดยแพทย์ออกไปบริการเวชศาสตร์ชุมชน	สำรวจโดย สบรส.
3. ประชาชนในเขตรับผิดชอบได้รับการตามแผน DHS 10 เรื่อง	สำรวจโดย สบรส.
4. ร้อยละการใช้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	สำรวจโดย สบรส.

#### \*\*\* หมายเหตุ

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผลกระทบต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

## 7. ด้านระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

### 7.1) สถานการณ์ปัญหา

ระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ พบว่ามีความแออัดในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งในด้านผู้ป่วยที่มารับบริการและการครองเตียง โดยในพ.ศ. 2546 – 2556 พบว่า มีผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 150,000 Admit/ปี ผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3,991,100 ครั้ง/ปี และมีอัตราครองเตียงมากกว่าร้อยละ 80 ใน พ.ศ. 2546 - 2556 โดยเฉพาะใน รพศ./รพท. และ รพช. แม่ข่าย ในด้านระบบบริการ ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ต.ค.56 - มี.ค.57) มีค่า CMI เฉลี่ยรวมอยู่ที่ 1.0886

ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ การเสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2510 เป็น 43.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2540 และ 98.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2555 รองลงมาเป็นอุบัติเหตุเพิ่มจาก 26.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2510 เป็น 51.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2555 โรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 16.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2510 เป็น 32.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2555 และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก

25.3 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2548 เป็น 31.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2555 และโรคเบาหวานมีอัตราการตายที่คงที่ระหว่าง 11-12 ต่อประชากรแสนคนในปี 2548-2555 และการพัฒนา SERVICE PLAN ยังมีส่วนขาดในด้าน การพัฒนาบุคลากร สถานที่ ครุภัณฑ์ ระบบ IT และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ขาดระบบฐานข้อมูลในการกำกับ ติดตามประเมินผลการพัฒนา SERVICE PLAN

## 7.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการเครือข่ายรพช. แม่ข่าย(M2) 91 แห่ง รพช. ที่กำลังยกระดับเป็นรพท. (M1) 20 แห่งและรพท. ขนาดเล็ก(M1) 15 แห่ง เพื่อพัฒนาศักยภาพและเชื่อมโยงสถานบริการ ระบบการส่งต่อ-รับกลับอย่างเป็นขั้นตอน รวมทั้งพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	รพช.แม่ข่าย 91 แห่ง (M2) รพช.ที่กำลังยกระดับเป็นรพท. (M1) 20 แห่ง และรพท.ขนาดเล็ก (M1) 15 แห่ง	ตาม template	1. ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน เพิ่ม CMI ของ รพช. แม่ข่าย (M2) รพช.ที่กำลังยกระดับเป็นรพท. (M1) และรพท.ขนาดเล็ก (M1) ลดการ refer out ไป รพศ./รพท. ที่ระดับสูงกว่า 50%
2. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ (Quality of service) และพัฒนาคุณภาพบริการ (Quality of care)	พัฒนาระบบบริการและคุณภาพบริการของสถานบริการสุขภาพ 12 เขต		1. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ (Quality of service) ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย 2. พัฒนาคุณภาพบริการ (Quality of care) 3. ลดภาวะแทรกซ้อนจาก NCD 4. ลดอัตราป่วย/ตาย ในโรคที่สำคัญ 5 อันดับแรก
3. พัฒนาระบบการขับเคลื่อนระบบบริการ (Quality of Management)	พัฒนา service plan และระบบฐานข้อมูลทั้งส่วนกลาง เขต จังหวัด		1. สถานบริการทุกแห่งมีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตามศักยภาพแต่ละระดับ 2. service plan 10 สาขา มีแนวทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพประชาชน

### 7.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพลดลง	สำรวจโดยใช้หน่วยงานภายนอก/ สปรส.

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
ไม่มีตัวชี้วัด	

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. รพ. (M2) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักตามเกณฑ์ (เงื่อนไข หากไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอยู่ประจำ ต้องมีแพทย์หมุนเวียน)	43 แห่ง/ สำรวจโดย สปรส.
2. ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	สำรวจโดย สปรส.
3. โรงพยาบาลทุกระดับได้รับการรับรองคุณภาพ HA	สำรวจโดย สปรส.
4. การพัฒนาระบบบริการ 10 สาขา ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละสาขา	สำรวจโดย สปรส.

#### \*\*\* หมายเหตุ

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผลต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

## 8. ด้านระบบควบคุมโรค

### 8.1) สถานการณ์ปัญหา

โรคและภัยต่างๆ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ทั้งโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ จากสภาพสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึง ธรรมชาติของเชื้อก่อโรคที่มีการกลายพันธุ์อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อได้อย่างรวดเร็ว ในขณะที่ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทุกระดับ จาก ระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทยยังไม่ได้มาตรฐานไม่ครอบคลุม 5 ระบบ (ได้แก่ โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคเอดส์ โรคจากการบาดเจ็บ และ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม) และมีข้อมูลไม่ครบทั้ง 5 มิติ (ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง อัตราป่วย/อัตราการตาย ตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติและมาตรการป้องกันควบคุมโรค ) ทำให้ไม่สามารถนำไปแก้ไข ปัญหาป้องกันควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน ระบบการรายงานเหตุการณ์ผิดปกติในศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center-EOC) ยังไม่ real time ที่ทันต่อเหตุการณ์ ศักยภาพของ SRRT ระบบเฝ้าระวังโรคที่ช่องทางเข้าออกประเทศและพื้นที่ชายแดนขาดประสิทธิภาพในการตรวจจับโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญและไม่เชื่อมโยงกับระบบเฝ้าระวังของประเทศไทย (ผลจากการประเมินสมรรถนะหลัก ตาม IHR 2005) ตลอดจนปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากประชากรต่างด้าว

## 8.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. ระบบเฝ้าระวังได้มาตรฐานและครอบคลุมทุกระดับ (จังหวัด อำเภอ) : ฐานข้อมูล, การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ : ทีมประเมินสถานการณ์ระดับเขต/จังหวัด	1. ควบคุมโรคติดต่อสำคัญของประเทศและชายแดน - ร้อยละ 50 ของอำเภอสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ได้ - ร้อยละ 50 ของอำเภอชายแดนสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ชายแดน	- ประเมินโดยส่วนกลางโดยใช้ข้อมูลในระบบรายงานปกติ - ประเมินโดยส่วนกลางและเขตลงสำรวจเอง	ควบคุมโรคติดต่อสำคัญของประเทศและ ควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศได้
2. ความรวดเร็วในการตอบโต้สถานการณ์/ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข : SRRT คุณภาพ : พัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center-EOC)	1. ร้อยละ 80 ของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ - ร้อยละ 70 ของช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศและจังหวัด		
3. ระบบการควบคุมโรคและภัยพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายพิเศษ ตามมาตรฐาน IHR 2005 : พื้นที่ชายแดน ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ : ประชากรต่างด้าว	ชายแดนที่เป็นเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนด (ตามกรอบ IHR 2005)		

## 8.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละ 50 ของอำเภอสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ได้	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค
2. ร้อยละ 50 ของอำเภอชายแดนสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ชายแดน	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละ 80 ของอำเภออำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค
2. ร้อยละ 60 ของอำเภอชายแดนดำเนินการพัฒนาการสาธารณสุขชายแดนและช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศได้ตามกรอบ IHR 2005	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค



KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละ 60 ของ SRRT ระดับอำเภอสอบสวนและควบคุมโรคในโรคและกลุ่มอาการที่มีความสำคัญสูงระดับประเทศ	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค
2. ร้อยละ 70 ของช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศและจังหวัดชายแดนที่เป็นเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนด	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค
3. ร้อยละ 70 ของชุมชนต่างดาวได้รับการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อการป้องกันควบคุมโรคและมีการพัฒนา อสม.ต./อสต.	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค

**\*\*\* หมายเหตุ**

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผลต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

## 9. ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ

### 9.1) สถานการณ์ปัญหา

จากสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรมที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่ามีผลกระทบต่อระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและผู้บริโภคเป็นอย่างมาก อาทิเช่น

**ด้านสถานบริการสุขภาพ** คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงามมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเรื่องร้องเรียนคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ที่ผ่านมาจะได้รับดำเนินการตามกฎหมายทั้งหมด แต่ยังคงต้องตรวจสอบเฝ้าระวังอย่างเข้มงวดต่อเนื่องต่อไป

**ด้านผลิตภัณฑ์** ที่พบปัญหาที่สำคัญทั้งด้านอาหารและยา เช่น ผลิตภัณฑ์อาหารชุมชนไม่ได้มาตรฐาน การตกค้างของสารเคมีป้องกันศัตรูพืชในผักสดซึ่งเป็นปัญหาสำคัญใน 5 อันดับแรก และปัญหาน้ำมันทอดซ้ำที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน และยังคงพบปัญหาไอโอดีนในผลิตภัณฑ์ไม่ได้มาตรฐาน รวมทั้งน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุ ที่ปิดสนิทและน้ำแข็งไม่ได้มาตรฐาน ปัญหาการใช้ยาในชุมชนที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะและสเตียรอยด์ ส่งผลให้คนไทยติดเชื้อดื้อยา 90,000 คน/ปี และเสียชีวิต 38,000 คน/ปี คนไทยที่ได้รับสเตียรอยด์ที่ปลอมปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพ เกิดโรคร้ายแรง 93:1000 คน และเสียชีวิต 6.4:100 คน เกิดค่าใช้จ่ายประมาณ 1900 ล้านบาท/ปี

**ปัญหาการจัดการโฆษณา** จากผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 รอบที่ 1 พบปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานพยาบาลผิดกฎหมายในสื่อต่างๆ เช่น วิทยูชุมชน สูงเป็นลำดับแรกของทุกเขต

นอกจากนี้ กลไกและรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในส่วนภูมิภาคยังขาดความชัดเจน และไม่มีความเป็นเอกภาพทั้งเชิงนโยบายระดับเขต และขาดความต่อเนื่องของนโยบายและการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการประสานความเชื่อมโยงการดำเนินงานเชิงบูรณาการทั้งจากส่วนกลางและจังหวัด ขาดกระบวนการติดตามและประเมินผลสำเร็จเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างจริงจัง

## 9.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
<p>สร้างระบบคุ้มครองผู้บริโภค ให้มีความเชื่อมั่นต่อความปลอดภัยที่ใช้สถานประกอบการ สถานบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับเขตสุขภาพและอำเภอ</p> <p><b>1. การบังคับใช้กฎหมาย</b></p> <p>1.1 จัดการเรื่องร้องเรียน</p> <p>1.2 ปราบปรามจับกุม</p> <p><b>2. Setting</b></p> <p>2.1 อาหาร</p> <p>- ชุมชน : สถานประกอบการ/แหล่งรวบรวมโรงงานน้ำ ภัตตาคาร</p> <p>2.2 ยา</p> <p>- ชุมชน</p> <p>- สถานพยาบาล</p> <p>2.3 ข้อมูลข่าวสาร (โฆษณา)</p> <p>- ช่องทางสำคัญ</p> <p><b>3. ระบบการจัดการ</b></p> <p>3.1 จัดตั้งอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต</p> <p>3.2 กลไกระดับเขต - จังหวัด</p> <p>3.3 การพัฒนารูปแบบ</p> <p>3.4 การพัฒนาศักยภาพ</p> <p>3.5 ฐานข้อมูล</p>	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานบริการสุขภาพปลอดภัย รวมถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ผู้บริโภคได้รับอย่างถูกต้องเป็นธรรม</p>	<p>1. นิเทศและติดตามประเมินผล</p> <p>2. สํารวจข้อมูล</p>	<p>ประชาชน/ ชุมชนสามารถปกป้อง คุ้มครองตนเองได้จากการได้รับบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีคุณภาพ</p>

### 9.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	นิเทศก์และติดตามประเมินผลงานหรือสำรวจข้อมูล โดย อย.

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ประกอบด้วย	นิเทศก์และติดตามประเมินผลงานหรือสำรวจข้อมูล โดย อย.
1.1 ตัวชี้วัดบังคับ : ระดับความสำเร็จของการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด”	
1.2 ตัวชี้วัดที่ให้เขต/จังหวัด เลือกดำเนินการอย่างน้อย 2 ตัวชี้วัด จาก 6 ตัวชี้วัด ดังนี้	
1.2.1 ร้อยละของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงามและคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้รับการเฝ้าระวังให้ดำเนินการตามกฎหมาย	
1.2.2 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารมีคุณภาพมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เลือกดำเนินการอย่างน้อย 2 ประเภท ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่จากอาหาร 7 ประเภท ได้แก่ ผัก ผลไม้ น้ำบริโภค น้ำแข็ง ผลิตภัณฑ์ชุมชน น้ำมันทอดซ้ำ และเกลือไอโอดีน)	
1.2.3 ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนนาร่อง	
1.2.4 ร้อยละของขึ้นการโฆษณาด้านสุขภาพผิดกฎหมายซึ่งเฝ้าระวังจากสื่อวิทยุกระจายเสียง หรือสื่ออื่นในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการจัดการ	
1.2.5 การบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน งานคุ้มครองผู้บริโภค	
1.2.6 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการอื่นที่กำหนดเอง	

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
ไม่มีตัวชี้วัด	

#### \*\*\* หมายเหตุ

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผลกระทบต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

## 10. ด้านการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด

### 10.1) สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย พบว่าผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในประเทศไทย มีประมาณ 1.2 ล้านคนในปี 2553 คิดเป็นอัตราส่วน 19:1,000 ประชากร ซึ่งสูงกว่าค่าที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ไม่เกิน 3:1,000 ประชากร โดยเฉพาะเยาวชนนอกสถานศึกษา ในกลุ่มอายุ 15 -19 ปี พบว่ามีถึงร้อยละ 77.7 ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ตึงเฝ้าระวัง จากข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาปี 2557 พบว่า กลุ่มผู้เสพยาใหม่ยังคงเป็นปัญหาหลัก แม้ว่าจะมีแนวโน้มมีสัดส่วนลดลงบ้างแต่ในกลุ่มผู้เข้าบำบัดรักษา ก็ยังมีไม่ต่ำกว่า 3 ใน 5 (ร้อยละ 69 ใน พ.ศ. 2557) โดยนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่เข้ารับการรักษาบำบัดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นักเรียนระดับประถม จากร้อยละ 10.4 ใน พ.ศ.2547 เป็น ร้อยละ 19.9 ใน พ.ศ. 2557 และนักเรียนระดับมัธยมต้น จากร้อยละ 43.5 ในปี 2547 เป็น ร้อยละ 47.7 ใน พ.ศ. 2557 ด้านคุณภาพการบำบัดรักษา ในภาพรวมทั้งประเทศพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาไม่ครบตามโปรแกรมกำหนด (Drop out) อยู่เกือบร้อยละ 20 โดยเป็นผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัดสูงเกือบร้อยละ 30 ในเชิงปริมาณ ผลการติดตาม ผู้ผ่านการบำบัดช่วงปี 2556 - 2557 ยังทำได้เพียงร้อยละ 42.14 เท่านั้น ชนิดของยาเสพติดที่เป็นปัญหา คือ ยาบ้า รongลงมา คือกัญชาและยาไอซ์

นอกจากนี้ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษา ยาเสพติด และปัญหาความไม่พร้อมของการบังคับใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องชุดทดสอบสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนในปีสวาระ พ .ศ. 2556 ตลอดจนระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง และระบบการจัดสรรงบประมาณไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน

### 10.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. เพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพด้านการบำบัดฯ - การคัดกรอง/บำบัดรักษาจนครบเกณฑ์/ติดตามดูแลต่อเนื่อง - มาตรฐานการบำบัด/สถานพยาบาล/บุคลากร - พัฒนาน้องค์ความรู้และเครือข่ายวิชาการด้านการบำบัดฯ	1. มีมาตรฐานทั้งการดำเนินการและการประเมินผลการคัดกรอง บำบัด ผู้เสพ/ ติด ที่มีคุณภาพและเป็นเอกภาพเดียวกันในระบบ และครอบคลุมการส่งต่อทุกระบบการบำบัด	1. อัตราการหยุดเสพ (remission rate) 2. อัตราคงอยู่ขณะบำบัดรักษา (retention rate)	1. ผู้เสพติดเข้าถึงบริการบำบัด รักษาจนครบเกณฑ์และการติดตามดูแลช่วยเหลือที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ 2. ดูแล สนับสนุนวิชาการด้านการคัดกรอง/บำบัดรักษา ยาเสพติดและติดตามดูแลต่อเนื่อง ให้เป็นมาตรฐาน 3. บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษา ผู้ป่วยเสพติดได้รับการพัฒนาศักยภาพ

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
2. เพิ่มศักยภาพและรูปแบบการป้องกันเชิงรุก	2. มีระบบการป้องกันผู้เสพและผู้ติดยาใหม่ที่มีประสิทธิภาพ		4. มีระบบการป้องกันที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้เสพติดยาใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) 5. มีระบบการป้องกันในกลุ่มผู้เสพรายใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในและนอกสถานศึกษา สถานประกอบการ ฯลฯ
3. พัฒนาระบบฐานข้อมูล, การทดสอบทางวิทยาศาสตร์เพื่อการเฝ้าระวังและระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการทำงาน -ระบบเฝ้าระวังและรายงานความผิดปกติของการใช้ยาและสารเคมี -ปรับระบบและแบบรายงาน บสต. -บริหารงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวด้านการบำบัดฯ -ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	3. มีมาตรฐานการเฝ้าระวังและระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการทำงาน		6. มีระบบการควบคุมตัวยาและสารเคมีเพื่อการเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ ที่มีประสิทธิภาพ 7. มีระบบและแบบรายงาน บสต. ที่เป็นเอกภาพ 8. มีการบูรณาการกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่เอื้อต่อการดำเนินงาน

### 10.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. อัตราการหยุดเสพ (remission rate) ร้อยละ 50 (เทียบเคียงกับค่ากลางที่ต่างประเทศทำได้)	ระบบรายงาน บสต.

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
ไม่มีตัวชี้วัด	

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. อัตราคงอยู่/ขณะบำบัดรักษา Retention rate (85%)	ระบบรายงาน บสต.

\*\*\* หมายเหตุ

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผลกระทบต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

## 11. ด้านการต่างประเทศและอาเซียน

### 11.1) สถานการณ์ปัญหา

ความร่วมมือสาธารณสุขในอาเซียน ได้ดำเนินการผ่านกลไกความร่วมมือ 3 ระดับ และการประชุมคณะทำงาน/ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีคณะทำงานด้านต่างๆ เช่น การควบคุมโรคติดต่อ การพัฒนาฯ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในข้อตกลงประชาคมอาเซียน ได้แก่ Free flow ของ Trade, Services, Investment, Capital and Labor ข้อตกลง MRA นับว่ามีนัยยะต่อการเคลื่อนย้ายของบุคคล การทางการแพทย์ในสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ในอนาคต ที่อาจมีผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพมาตรฐานของ ประชาชน ในประเทศปลายทาง โดยเฉพาะบุคลากรที่เคลื่อนย้ายมาจากประเทศต้นทางที่มีมาตรฐานบริการ สุขภาพที่ดีกว่า รวมทั้งการเคลื่อนย้ายของแรงงานระดับล่าง ที่มีผลต่อโครงสร้างประชากรและสภาพสังคม โดยรวม ภาครัฐจึงจำเป็นต้องเป็นผู้นำด้านยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพอย่างเหมาะสม มีการร่วมกันดำเนินงาน ตามข้อตกลงสหประชาชาติเรื่องโรคไม่ติดต่อ การควบคุมโรคเอดส์ให้เข้าสู่การเป็นศูนย์โดยไม่มี การกีดกันผู้ติดเชื้อ และการดำเนินการจัดการกับปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยเน้นการรณรงค์กำจัดรากของปัญหา การจัดหาและ การใช้จ่าย การพัฒนาเครือข่ายนักระบาดวิทยา และการกำหนดประเด็นที่เป็นประโยชน์กับประเทศที่ชัดเจน

### 11.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. ส่งผู้แทนแต่ละระดับเข้าร่วมการประชุม ในระดับต่างๆ อย่างถูกต้อง เหมาะสม และ ต่อเนื่อง รวมทั้งวางแผนงานบูรณาการงาน เพื่อเป็นการสร้างความเชี่ยวชาญและ ความสำเร็จได้อย่างยั่งยืน	ไทยมีสถานะและบทบาทเป็นที่ ยอมรับในเวทีระดับสากล สามารถ กำหนดหรือมีส่วนร่วมในการนโยบาย สุขภาพระดับภูมิภาคและระดับโลก ส่งผลดีต่อผลประโยชน์ประเทศ		
2. กำหนดลำดับความสำคัญของความ ร่วมมือ เสริมสร้างระบบและการดำเนินงาน ต่างๆ บูรณาการเพื่อความเป็นหนึ่งของไทย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ความร่วมมือ/ความช่วยเหลือ นำไปสู่ การแก้ไขปัญหา การเสริมสร้าง ความสัมพันธ์ การยอมรับในระดับ นานาชาติ และสามารถเป็น Soft Power ที่แข็งแกร่งของไทย		
3. บูรณาการการทำงานของนักวิชาการของ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและ ภายนอกกระทรวง	สามารถปกป้องผลประโยชน์ของ ประเทศในระดับสากล การมีสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทย		
4. สร้างเครือข่ายการทำงาน โดยเฉพาะกับ กระทรวงการต่างประเทศ เพื่อใช้การ สาธารณสุขสนับสนุนการทูต จัดตั้ง หน่วยงานความร่วมมือกับต่างประเทศ (OIC) ระดับกรมทุกกรมและมีการวางแผน งานบูรณาการงานทุกระดับ	มีหน่วยงานรับผิดชอบชัดเจน เข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพ มีการนำประเด็น สาธารณสุขไปสู่การบูรณาการใน ยุทธศาสตร์ทุกระดับ (Health in all Policy)		
5. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นแก่ บุคลากร	บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพที่ จำเป็นตามแผนระยะสั้น/ ระยะยาว และความเหมาะสม		

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
6. พัฒนาทีมเฝ้าระวัง สำรวจโรค การตรวจพิสูจน์ และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยบูรณาการระหว่างกรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	เกิดระบบงานบูรณาการแบบเบ็ดเสร็จตามด้านชายแดน ท่าอากาศยาน และท่าเรือสำคัญทุกแห่ง		
7. ส่งเสริมในส่วนที่เป็นจุดแข็งของไทยเช่น การศึกษา การฝึกอบรม การบริการผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการนวดแผนไทย	สินค้า บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการนวดแผนไทย แพร่หลายสู่สากล มีส่วนสนับสนุนเสริมสร้างเศรษฐกิจไทย		
8. เสริมสร้างศักยภาพการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับตติยภูมิได้ (เมืองบริการสุขภาพ)	ระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพในการให้บริการ โดยเฉพาะในระดับตติยภูมิได้อย่างทั่วถึง		
9. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ เสริมสร้างระบบประกันสุขภาพ ส่งเสริมการดูแลตนเองและ อสม.ต. ให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น	ประชากรต่างด้าวและผู้ติดตามที่ทำงานในประเทศไทย และประชากรตามแนวชายแดน สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น และมีสุขภาพที่ดีขึ้นภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสม		
10. กำหนดแผนงาน Post 2015 Health Development Agenda โดยให้ไทยเป็นประเทศนำ (Lead Country) และมีการบูรณาการทางวิชาการในแต่ละประเด็น	มีการกำหนดประเด็นที่เป็นประโยชน์กับประเทศไทย และเป็นที่ยอมรับในภูมิภาค ประเทศไทยสามารถดำเนินงานในประเด็นต่างๆ อย่างเหมาะสม		
11. ให้ความร่วมมือทางวิชาการในสาขาที่ประเทศไทยมีความพร้อมเป็นที่ยอมรับในแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practices) และเป็นประโยชน์ต่อประเทศในงานทั้ง 3 ด้าน	ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางด้านความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาในสาขาวิชาการต่างๆ ที่ไทยมีความพร้อมและเชี่ยวชาญ		

### 10.3) ตัวชี้วัด

ไม่มีการวัด

## 12. ด้านการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดนภาคใต้

### 12.1) สถานการณ์ปัญหา

จากปัญหาความรุนแรงของเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ ประกอบกับ อັตลักษณ์เฉพาะในพื้นที่ ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี และวัฒนธรรม ทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ยังมีปัญหามากกว่าพื้นที่อื่นๆ กล่าวคือ อัตราการตายมารดาสูงกว่าพื้นที่อื่นและค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยอัตราการตายมารดาสูงกว่า 70 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ใน พ.ศ. 2557 (ประเทศอยู่ที่ 35 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และปัญหาหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย)

นอกจากนี้ สถานการณ์ความรุนแรงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความรุนแรงทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงหม้ายและเด็กกำพร้าจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการเยียวยาจิตใจและติดตามผลกระทบด้านจิตใจในระยะยาว

### 12.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. พัฒนาระบบส่งต่อจากจุดเกิดเหตุ และการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล	ลดอัตราการตาย/พิการของผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบ	ประเมินจาก Trauma Registry ที่มีอยู่แล้ว	1. อัตราตายและพิการของประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาความรุนแรงในพื้นที่ลดลง
2. ปรับ Competency & Attitude เจ้าหน้าที่	High Risk ได้เข้าสู่ระบบ MCH Board Mgt. ที่มีประสิทธิภาพ	การประเมินหน้างาน LR ทุกราย การได้รับบริการครบตามเกณฑ์ ANC คุณภาพ	2. High Risk Preg. ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามระบบการจัดการ MCH และอัตราการตายมารดาลดลง
3. เพิ่มการทำงานเชิงรุกและการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ปัญหาความเชื่อในพื้นที่	เด็กป่วยด้วยโรคป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลง	ระบบรายงานปกติ	3. เครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการให้บริการเชิงรุกเพื่อแก้ปัญหาเด็กไม่รับวัคซีน
4. สร้างความตระหนักให้พ่อแม่ในการดูแลสุขภาพฟันของเด็ก	Dental Board Mgt. ระดับอำเภอที่เข้มแข็งโดยทันตแพทย์เป็นหัวหน้าทีม	จาก survey ของกรมอนามัยร่วมกับเขต	
5. การเยียวยาจิตใจเด็ก โดย DHS มีการดำเนินการเยียวยาจิตใจเชิงรุก	เด็กกำพร้าจากเหตุการณ์ได้รับการติดตามปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง	ผลการติดตามของนักจิตวิทยาใน รพช. และกรมสุขภาพจิต	
6. การนำเข้าสู่ระบบและการบำบัดครบ และการคงสภาพไม่กลับเสพซ้ำ	ชุมชน/ท้องถิ่นเข้าร่วมบำบัด และการจำแนกกลุ่มบำบัดให้เหมาะสม	รายงานผู้เสพติดที่ผ่านการบำบัดไม่กลับมาเสพซ้ำ	

### 12.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
ไม่มีตัวชี้วัด	



KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
1. อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 30 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	ฐานข้อมูลการตาย
2. ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ที่มีอัตราสูง ไม่ควรเสียชีวิต	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค
3. ร้อยละของเด็กที่ได้รับผลกระทบที่มีความเสี่ยงได้รับการติดตามดูแล ปัญหาสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง	สำรวจโดยกรมสุขภาพจิต
4. มีระบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กและพัฒนาสติปัญญา	สำรวจโดยกรมอนามัยและกรมสุขภาพจิต
5. อัตราการหยุดเสพในผู้ป่วยติดยาและสารเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ	สำรวจโดย ศพส.สธ.
6. ผลการประเมินคะแนนความสุขในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้	สำรวจโดยพื้นที่

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละ 50 ของเด็กผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ได้รับการเยียวยาจิต	สำรวจโดยกรมสุขภาพจิต
2. อัตราฟันผุในเด็ก 3 ปี ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 2 ต่อปี	สำรวจโดยกรมอนามัย
3. อัตราป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ลดลง	สำรวจโดยกรมควบคุมโรค
4. ร้อยละของข้อมูลสถานะสุขภาพ ของประชากรในความรับผิดชอบ เทียบกับสำมะโนครัว	สำรวจโดยพื้นที่

**\*\*\* หมายเหตุ**

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผลต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

## ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

### 13. ด้านการบังคับใช้กฎหมาย

#### 13.1) สถานการณ์ปัญหา

ในปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบในการเป็นศูนย์กลางเพื่อเป็นเครือข่ายในการบังคับใช้กฎหมายในราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาค การบังคับใช้กฎหมายไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีระบบ ประกอบกับ จำนวนนักกฎหมายมีไม่เพียงพอและขาดความเชี่ยวชาญในบริบทของการบังคับใช้กฎหมาย

#### 13.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. จัดตั้งเครือข่ายนักกฎหมายด้านสาธารณสุข	1. มีศูนย์กลางเพื่อประสานการบังคับใช้กฎหมาย	1. สำรจทุก 1 ปี	1. สามารถสร้างเครือข่ายนักกฎหมายด้านสาธารณสุขใน
2. จัดทำแผนพัฒนานักกฎหมายอย่างเป็นระบบ	2. มีจำนวนนักกฎหมายด้านสาธารณสุข เพิ่มมากขึ้น	2. สำรจทุก 6 เดือน	ราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาค
3. จัดทำฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านกฎหมาย	3. นักกฎหมายมีทักษะและความเชี่ยวชาญครอบคลุมการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ	3. สำรจทุก 6 เดือน	2. สามารถเพิ่มจำนวนนักกฎหมายด้านสาธารณสุขเพียงพอกับการปฏิบัติงาน

#### 13.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. มีเครือข่ายนักกฎหมายที่เข้มแข็ง และบังคับใช้กฎหมายในเรื่องที่สำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพ	สำรจโดยกลุ่มกฎหมาย

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
ไม่มีตัวชี้วัด	

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. มีจำนวนนักกฎหมายด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น	สำรจโดยกลุ่มกฎหมาย
2. มีระบบการพัฒนาด้าน HRD สำหรับนักกฎหมายอย่างเป็นระบบ	สำรจโดยกลุ่มกฎหมาย

### \*\*\* หมายเหตุ

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผล  
ต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

## 14. ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

### 14.1) สถานการณ์ปัญหา

จากสถานการณ์โรคอันเนื่องมาจากปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ 3 โรค คือ 1) โรคระบบทางเดิน  
อาหาร 2) โรคระบบทางเดินหายใจ และ 3) พิษจากสารกำจัดศัตรูพืช โดยพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคระบบ  
ทางเดินอาหาร ยังคงมีแนวโน้มสูงอย่างต่อเนื่อง และโรคระบบทางเดินหายใจแม้ว่าโดยรวมมีแนวโน้ม  
แต่ยังคงเป็นสาเหตุการป่วยสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ รวมทั้งโรคจากการได้รับพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช และ  
เรื่องร้องเรียนที่เกิดจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เหล่านี้ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับปัจจัย  
ด้านสิ่งแวดล้อมที่มีปัญหา รุนแรงขึ้น โดยเฉพาะด้านการจัดการมูลฝอย โดยปี 2556 มีปริมาณมูลฝอยเกิดขึ้น  
ประมาณ 26.8 ล้านตัน กำจัดได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 27 ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ ร้อยละ 19 ที่เหลืออีก  
ร้อยละ 54 ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง เช่น การเผากลางแจ้ง เทกองในบ่อดินหรือพื้นที่ รกร้าง และพบปัญหาการนำของ  
เสียอันตรายทิ้งปะปนกับมูลฝอยทั่วไป นอกจากนี้ยังพบปัญหามูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้น  
ประมาณ 43,800 ตัน (ยกเว้น กทม.) ถูกกำจัดโดยการเผาในเตาเผาของโรงพยาบาล การเผาในเตาเผาของ อปท.  
และการจ้างเอกชน ประมาณร้อยละ 78.75 ที่เหลือถูกลักลอบทิ้งในสถานที่สาธารณะปะปนไปกับมูลฝอยทั่วไป  
เนื่องจากขาดระบบการควบคุมกำกับกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อของบริษัทรับจ้างเอกชน และท้องถิ่นยังไม่มี  
ความพร้อมที่จะรับดำเนินการได้ ปัญหาความสะอาดของอาหารและน้ำบริโภคเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะ  
การขยายตัวของบริการตู้จำหน่ายเครื่องดื่มและตลาดนัด จากการสำรวจคุณภาพน้ำตู้จำหน่ายเครื่องดื่ม พื้นที่ กทม.  
พบว่า ร้อยละ 52.9 ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำบริโภค และท้องถิ่นยังไม่มีมาตรการจัดการให้เป็นไป  
ตามสุขลักษณะ จึงเป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพประชาชน รวมถึงสถานที่ผลิตน้ำ แข็ง ที่ส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐาน น้ำ  
ที่ใช้ผลิตน้ำแข็งไม่มีคุณภาพหรือมีการปนเปื้อนเชื้อโรค การขนส่งและเก็บน้ำแข็งโดยใช้พาหนะหรือภาชนะ  
ที่ไม่สะอาด หรือมีการนำขวดน้ำดื่ม น้ำอัดลม ผักหรือเนื้อสัตว์ แช่รวมกันอยู่ในถังน้ำแข็ง และจากการสำรวจ  
สถานที่ผลิตน้ำแข็ง เทศบาลทั่วประเทศ พบว่า ร้อยละ 80 มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียและ  
E.coli ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

นอกจากนั้น จากการขยายตัวของเมืองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดการเติบโตของ  
ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ รวมถึงสถานประกอบการกิจการในครัวเรือน อุตสาหกรรมขนาดเล็กที่แทรกตัวอยู่  
ในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประกอบกิจการที่เข้าข่ายเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามพ .ร.บ. การ  
สาธารณสุข พ .ศ. 2535 และบ่อยครั้งที่พบว่าไม่มีระบบการจัดการที่ดี และไม่ดำเนินการตามกฎหมายกำหนด  
ก่อให้เกิดมลพิษ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจสร้างความเดือดร้อนแก่ประชาชนที่พักอาศัยใน  
บริเวณใกล้เคียง พื้นที่ที่มีการร้องเรียนมากที่สุด คือ กรุงเทพฯ และปริมณฑล เรื่องที่ร้องเรียนมากที่สุด คือ กลิ่น  
เหม็น ฝุ่นละออง/เขม่าควัน และเสียง คิดเป็น ร้อยละ 85 รองลงมา คือ กากของเสียและสารอันตราย ร้อยละ 10  
และปัญหาน้ำเสีย ร้อยละ 5 และยังมีปัญหาพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น พื้นที่  
ที่ได้รับผลกระทบจากหมอกควัน พื้นที่ในเขตอุตสาหกรรม โรงไฟฟ้า เหมืองแร่ พื้นที่ที่มีการปนเปื้อนสารเคมีทาง  
การเกษตร ปนเปื้อนโลหะหนัก (แคดเมียม สารหนู ตะกั่ว) โรงไฟฟ้าชีวมวล และขยะอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

#### 14.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. การบังคับใช้กฎหมาย	1. กระทรวง	การสำรวจ ติดตาม นิเทศ และ ประเมินผล	1. อปท.ดำเนินงานตามกฎหมาย 2. สต.จัดบริการด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ประชาชนมีความรู้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
2. พัฒนามาตรฐานการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมของ อปท.	สาธารณสุขมีระบบฐานข้อมูล		
3. พัฒนาคุณภาพการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยฯ ในหน่วยบริการ สต.	สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ระบบเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
4. การเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาเตือนภัย และสื่อสารด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 50 ของเทศบาลทุกระดับมีระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน		
5. เสริมสร้างบทบาทภาคประชาชน	3. อนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.) ทุกจังหวัดดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนด		
6. พัฒนากลไก และโครงสร้างการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย	4. ร้อยละ 100 ของรพ.จัดการมูลฝอยติดเชื้อได้มาตรฐานและมีระบบควบคุมกำกับ การเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง		

#### 14.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
1. กระทรวงสาธารณสุขมีระบบฐานข้อมูล และสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ระบบเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	สำรวจโดยกรมอนามัย

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละ 50 ของเทศบาลทุกระดับมีระบบบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน	สำรวจโดยกรมอนามัย
2. เขตสุขภาพมีระบบฐานข้อมูลสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ระบบเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	สำรวจโดยกรมอนามัย
3. ร้อยละ 100 ของ รพ.สต. มีการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อ ตามกฎหมาย	สำรวจโดยกรมอนามัย

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. อนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) ทุกจังหวัด ดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนด	สำรวจโดยกรมอนามัย
2. ร้อยละ 50 ของเทศบาลทุกระดับมีระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน	สำรวจโดยกรมอนามัย
3. จังหวัดมีระบบฐานข้อมูล สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ระบบเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	สำรวจโดยกรมอนามัย
4. ร้อยละ 100 ของมูลฝอยติดเชื้อ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบควบคุม กำกับ การเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง	สำรวจโดยกรมอนามัย

**\*\*\* หมายเหตุ**

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผลกระทบต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

**15. ด้านพัฒนาบุคลากร**

**15.1) สถานการณ์ปัญหา**

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีกำลังคนอยู่ประมาณ 360,000 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 15 ของกำลังคนในฝ่ายพลเรือนทั้งหมด ประกอบด้วย บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพและบุคลากร สายสนับสนุนบริการสุขภาพ การพัฒนาบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ในระยะเวลาที่ผ่านมา มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรสายวิชาชีพ เพิ่มความรู้ความชำนาญและคามเชี่ยวชาญผ่านการฝึกอบรมทั้งในลักษณะ On the Job Training และ Post Graduate Training ในขณะที่ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนบทบาท ภารกิจ และการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนตาม Service Plan โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ (พ.ศ. 2556 - 2559) เป้าประสงค์ให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีคุณภาพมีการกระจายตัวที่เหมาะสมและมีความสุขในการทำงานเพื่อให้เกิดบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและเป็นธรรม

การผลิตและการพัฒนากำลังคน เป็นประเด็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ มุ่งผลิตและพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการและสนับสนุนให้เกิดการกระจายที่เหมาะสม

### 15.2) มาตรการ/ แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	วิธีการวัด	ผลลัพธ์
1. ศึกษาวิเคราะห์ Demand – Supply ด้านกำลังคนในระยะ 5 ปี	กระทรวงสาธารณสุขมีกำลังคนเพียงพอทั้งเชิงปริมาณ (๒๕ สายงาน) และเชิงคุณภาพ (ตามภาระงาน/ Service Base/ และอัตราประชากร)	ความขาดแคลนและการกระจายกำลังคน โดยวัดจากผลการศึกษาวิเคราะห์ที่แสดงจำนวนความขาดแคลนที่เกิดจากความต้องการของเขต	กระทรวงสาธารณสุขมีกำลังคนที่มีคุณภาพและเพียงพอต่อการให้บริการในระบบบริการสุขภาพ
2. พัฒนาและสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น จัดทำแผนและพัฒนาบุคลากรสอดคล้องกับทิศทาง Service Plan	กระทรวงสาธารณสุขมีแผนพัฒนากำลังคนที่สอดคล้องกับความต้องการและแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	การมีและดำเนินการตามแผนพัฒนากำลังคน	
3. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ	กระทรวงสาธารณสุขมีข้อมูลสารสนเทศกำลังคนที่สมบูรณ์ ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน	ฐานข้อมูลกำลังคนที่น่ามาใช้ในการวางแผนได้	

### 15.3) ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
ไม่มีตัวชี้วัด	

KPI ระดับเขตสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
1. ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคน	สำรวจโดย บค.
2. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาบุคลากรด้านบริหารและบริการ	สำรวจโดย สปข.

KPI ระดับจังหวัด	แหล่งข้อมูล
1. มีแผนพัฒนาบุคลากรอย่างมืออาชีพ	สำรวจโดย สบช.

\*\*\* หมายเหตุ

KPI ระดับเขตและจังหวัด เป็นทางเลือกในการดำเนินงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเพื่อส่งผลต่อเป้าหมายระดับกระทรวง

# เป้าหมาย ตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558

วิสัยทัศน์ : ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน

เป้าหมาย ระยะ 10 ปี

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

เป้าหมาย ระยะ 1 ปี

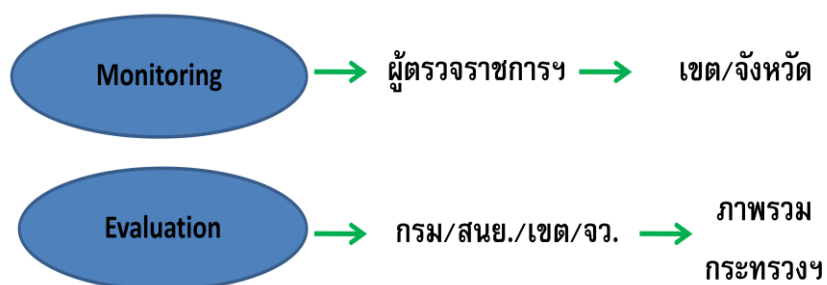
ยุทธศาสตร์ที่ 1: พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย (9 ตัว)	ยุทธศาสตร์ที่ 2: พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ ตัว	ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน การจัดการบริการ (6 ตัว)
<p><b>กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) /สตรี</b></p> <p>1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p> <p>2. อัตราเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85</p>	<p><b>ระบบบริการปฐมภูมิ</b></p> <p>10. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)</p>	<p><b>การบังคับใช้กฎหมาย</b></p> <p>16. มีเครือข่ายนักกฎหมายที่เข้มแข็งและบังคับใช้กฎหมายในเรื่องที่สำคัญ</p>
<p><b>กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 -14 ปี)</b></p> <p>3. เด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกินร้อยละ 10</p> <p>4. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่เกิน 6.5</p>	<p><b>ระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ</b></p> <p>11. การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง</p>	<p><b>สิ่งแวดล้อม</b></p> <p>17. มีระบบฐานข้อมูล และสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพระบบเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</p>
<p><b>กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (15-21 ปี)</b></p> <p>5. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19ปี (ไม่เกิน50ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19ปี พันคน</p> <p>6. ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประชากรอายุ 15-19 ปี (ไม่เกินร้อยละ 13)</p>	<p><b>ระบบควบคุมโรค</b></p> <p>12. ร้อยละ 50 ของอำเภอสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ได้</p> <p>13. ร้อยละ 50 ของอำเภอชายแดนสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ชายแดน</p>	<p><b>พัฒนาบุคลากร</b></p> <p>18. มีแผนพัฒนาบุคลากรอย่างมืออาชีพในระดับจังหวัด</p>
<p><b>กลุ่มวัยทำงาน (15 – 59 ปี)</b></p> <p>7. อัตราตายด้วยอุบัติเหตุทางถนนในปี 2558 ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน</p> <p>8. อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดลงร้อยละ 10 ภายในระยะ 5 ปี (2558-2562)</p>	<p><b>ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b></p> <p>14. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์</p>	<p><b>การเงินการคลัง</b></p> <p>19. ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ 10)</p>
<p><b>กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)และผู้พิการ</b></p> <p>9. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 30)</p>	<p><b>การป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด</b></p> <p>15. อัตราการหยุดเสพยา (remission rate) ร้อยละ 50</p>	<p><b>ยาและเวชภัณฑ์/พืชสด</b></p> <p>20. ลดต้นทุนของยา เวชภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ได้ตามแผนของเขตและจังหวัด</p>
		<p><b>ปราบปรามทุจริต</b></p> <p>21. ค่าดัชนีวัดภาพลักษณ์คอร์รัปชันของประเทศไทย (CPI) มีระดับดีขึ้น</p>

วันที่ 26 กันยายน 57



## ระบบ M&E

- การรายงานผลใน 31 และ 43 เพิ่ม
- การประเมินผลและพัฒนาบริการ
- การสำรวจและวิจัย



## ■ กลไกการรายงานผลงานตามตัวชี้วัด

### 1. การรายงานผลการดำเนินงาน

1.1 ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้จัดทำรายงานเฉพาะที่ต้องบันทึกข้อมูลตามระบบ 31 แฟ้ม เท่านั้น ให้ส่งรายงานอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากนี้

1.2 ระดับ รพช. / รพท. / รพศ. จัดทำรายงานตามระบบ 43 แฟ้ม

### 2. กรณีที่นอกเหนือจาก 1.1 และ 1.2 ให้หน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพหลักตัวชี้วัด ต้องดำเนินการ

2.1 สำรวจ

- Cross-sectional Survey
- Cluster Survey
- Sampling Survey
- Rapid Survey

2.2 การประเมินผล ต้องไม่ใช้การตรวจสอบตาม check list ต้องเป็นการทำ Assessment/Audit/ Measure โดยทีมของเขต/ จังหวัด / อำเภอ / กรมวิชาการ

3. กรณีมีเอกสารอ้างอิง ที่เป็นเกณฑ์มาตรฐาน หรือแนวทางต่าง ๆ กรม / หน่วยงาน จะวางไว้ใน Website ของกรม / หน่วยงาน ให้สามารถเข้าไปค้นคว้าได้

