



รายงานผลการดำเนินงานขับเคลื่อน และเร่งรัดการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล

ของกระทรวงสาธารณสุข

(ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖)



ด้านที่ ๙ การพัฒนาระบบสาธารณสุข และหลักประกันทางสังคม

นโยบายหลักข้อ ๙ การพัฒนาระบบสาธารณสุข และหลักประกันทางสังคม

๙.๑ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุข แพทย์สมัยใหม่ และแพทย์แผนไทย

๙.๑.๑ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของรัฐอย่างทัดเทียม เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้าน เข้าถึงสะดวก ช่วยลดเวลารอคอย และลดความแออัด และเพื่อให้เกิดกลไกกระบวนการในการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีระบบ และมีประสิทธิภาพ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑) จัดทำคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อเป็นเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยแบ่งเป็น ๓ หมวด ได้แก่ หมวดที่ ๑ เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการ ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมวดที่ ๒ มาตรการควบคุมคุณภาพและ มาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

หมวดที่ ๓ แนวทางและรายละเอียด การแจ้งผล การตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

๒) ออกกฎหมายลำดับรองหรืออนุบัญญัติที่ออกโดยอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ รอลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา จำนวน ๓ ฉบับ ประกอบด้วย

- ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๕

- ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๕

- ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง หน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๕

๓) โครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษาพยาบาล ร่วมกับกรมบัญชีกลาง กำหนดพื้นที่นำร่องสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙

๔) การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สำหรับบริการสุขภาพผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) โดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สำหรับบริการสุขภาพผู้ป่วยใน

บ้าน ดังนี้ ปี ๒๕๖๕ ดำเนินการในพื้นที่นำร่อง โดยมีหน่วยบริการเข้าร่วม จำนวน ๗๕ แห่ง ปี ๒๕๖๖ (ครั้งที่ ๑) มีหน่วยบริการเข้าร่วม จำนวน ๔๓๑ แห่ง

๕)) มีการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๓,๑๙๑ แห่ง

๙.๑.๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

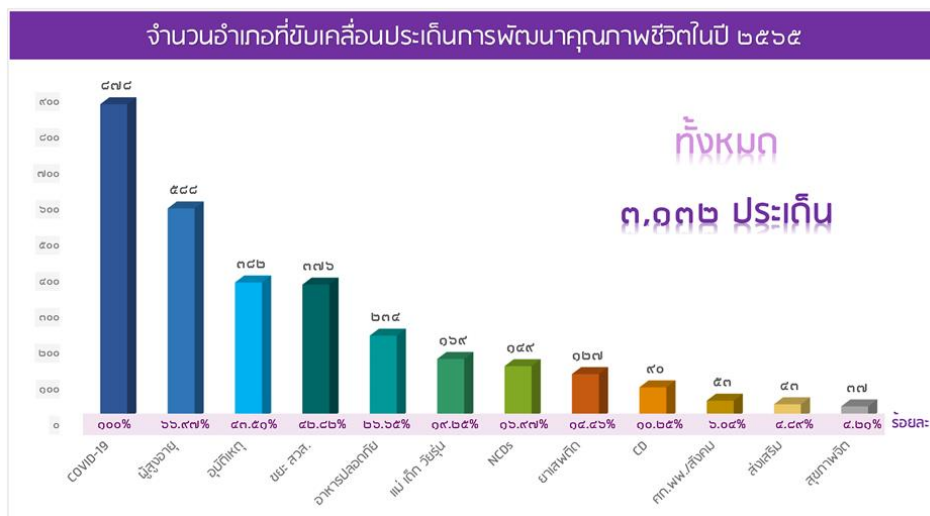
(พชอ.) เป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการ นำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืนสืบไป ได้ดำเนินการ ดังนี้



๑) ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ทุกอำเภอ (๘๗๘ อำเภอ)

๒) ทุกอำเภอ มีการประชุมและคัดเลือกประเด็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบท อย่างน้อย ๒ ประเด็น และประเด็นโควิด - 19 อีก ๑ ประเด็น รวมทุกอำเภอ ๓,๑๓๒ ประเด็น ประเด็นที่มีการขับเคลื่อนสูงสุด ๕ อันดับ คือ โควิด - 19 ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ และผู้เปราะบาง อุบัติเหตุ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม อาหารปลอดภัย เกษตรปลอดภัย รายละเอียด ดังภาพ

ภาพที่ ๑ จำนวนอำเภอที่ขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตในปี ๒๕๖๕



๓) อำเภอทำการประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE และรายงานผล เพื่อวางแผนพัฒนาร่วมกับจังหวัด ครบทุกอำเภอ

๔) พขอ. มีการดูแลกลุ่มผู้เปราะบาง รวมทั้งสิ้น ๑๔,๕๔๔,๔๖๓ คน แบ่งเป็น กลุ่มผู้สูงอายุ (ติดเตียง) จำนวน ๗๑๕,๖๘๔ คน ผู้พิการ จำนวน ๓๐๐,๐๔๒ คน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลาง จำนวน ๒๕๐,๕๒๐ คน และผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด - 19 จำนวน ๑๓,๒๗๘,๒๑๗ คน

๕) ทั้ง ๗๖ จังหวัด ได้มีการเลือก พขอ.ดีเด่น ๑ อำเภอ เพื่อสรุปผลลัพธ์/ ถอดบทเรียน การดำเนินงาน พขอ.แต่ละอำเภอ ที่เป็นรูปธรรมหรือที่ภาคภูมิใจ ย้อนหลัง ๓ ปี พร้อมกำหนดแนวทางขยายผลต่อไป

๖) อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน ๘๖๘ แห่ง จากจำนวนอำเภอทั้งหมด ๘๗๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๘

๗) จัดมหกรรม “พลังคน พขอ. ครั้งที่ ๒ คุณภาพชีวิต วิถีใหม่” ในวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ทั่วประเทศ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พร้อมมอบรางวัลเชิดชูเกียรติแก่ พขอ./พชข. ที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ ๑๓ รางวัล

สำหรับรางวัลที่มอบเป็นรางวัลเชิดชูเกียรติ มี ๕ ประเภท ได้แก่ ๑.รางวัล อำเภอสุขใจ มอบให้กับคณะทำงานระดับอำเภอ จำนวน ๓ รางวัล ๒.รางวัลฟันเฟือง พขอ. มอบให้กับบุคคลที่เป็นฟันเฟืองสำคัญ มีบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของระบบคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างโดดเด่น จำนวน ๓ รางวัล ๓.รางวัลโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต วิถีใหม่ มอบให้กับโครงการต้นแบบในอำเภอ ชุมชนต่างๆ ที่โดดเด่น จำนวน ๓ รางวัล ๔.รางวัล นวัตกรรม อำนวยสุข มอบให้กับนวัตกรรมตอบโจทย์ปัญหา ที่ถูกคิดค้นโดยคนในภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่งหรือร่วมกันของคน พขอ. จำนวน ๓ รางวัล และ ๕.รางวัล พขอ. หยัดยืน จำนวน ๑ รางวัล

๙.๑.๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ได้ส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในแผนกผู้ป่วยนอก รวมถึงการพัฒนา ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้ ดำเนินการ ดังนี้

๑) ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในเดือนตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๗,๖๒๒,๑๐๓ ครั้ง จากผู้รับบริการทั้งหมด ๓๓,๐๒๖,๘๐๐ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๐๘

๒) เตรียมการจัดประชุมคณะกรรมการรับรองหลักสูตรการแพทย์แผนไทย ด้านปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ โดยจะจัดในวันที่ ในวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๖ และเตรียมการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการนวดกดจุดสะท้อนเท้าฯ ในวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๖

๙.๑.๔ การตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกในทารกแรกเกิด โรคพันธุกรรมเมตาบอลิก (inborn errors of metabolism) หรือเรียกตามตัวย่อภาษาอังกฤษว่าโรค IEM เป็นโรคหายาก เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่กำหนดการสร้างเอนไซม์ซึ่งส่งผลต่อการย่อยสลายสารตั้งต้นหรือไม่สามารถสังเคราะห์พลังงานและสิ่งที่จำเป็นให้กับเซลล์ ความผิดปกตินี้ทำให้เกิดการคั่งของสารที่ผิดปกติและเป็นพิษนำไปสู่อาการของโรค โดยอาการมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ได้รับผลกระทบจากสารที่ผิดปกติ แต่ส่วนใหญ่มักเกิดผลกระทบที่สมอง ทำให้มีภาวะสมองบวม การทำงานของสมองผิดปกติ จนกระทั่งสมองพิการและเสียชีวิตในที่สุดโรคนี้ส่วนใหญ่จะเริ่มเกิดอาการตั้งแต่วัยทารกแต่ก็อาจเกิดอาการภายหลังได้แล้วแต่ความรุนแรงของโรค หากตรวจได้เร็ว รักษาได้ทัน จะลดความพิการและการเสียชีวิตในทารก



ทั้งนี้ บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในปี ๒๕๖๕ เพื่อให้ทารกเข้าสู่การรักษาโรคหายากได้อย่างรวดเร็วและช่วยชีวิตเด็ก เป็นการรักษาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกก่อนมีอาการแสดง จะช่วยประหยัดต้นทุนค่ารักษา (cost-saving) และในปัจจุบันการคัดกรองเป็นวิธีการเดียวที่มีความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาก่อนมีอาการ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ดำเนินการตรวจคัดกรองเมตาบอลิกแล้ว จำนวน ๑๑,๗๙๕ ราย

๙.๒ ส่งเสริมการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

๙.๒.๑ การเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า หน่วยบริการในโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ มีระบบดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าตามแนวทางที่กำหนด ๙๓๔ แห่ง มีเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า สงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้นและติดตามมาประเมินพัฒนาการซ้ำ ๑๗,๖๐๒ คน กลับมามีพัฒนาการสมวัย ๑๗,๔๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๑๖



๙.๒.๒ โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER

ONE ได้จัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อสร้างกระแส “การเป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด” ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ได้ดำเนินการ ดังนี้

๑) ทูลเชิญองค์ประธานโครงการเสด็จเยี่ยมสมาชิก TO BE NUMBER ONE และติดตามผลการดำเนินงานศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE และชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา (จังหวัดภูมิภาค) ๖ จังหวัด ได้แก่ จ.สมุทรสาคร, จ.พังงา, จ. นครราชสีมา, จ.ลำปาง, จ.ลพบุรี และจ.เพชรบูรณ์ มีผู้ร่วมงานจำนวน ๑๘,๐๐๐ คน



๒) คอนเสิร์ตองค์ประธานทรงแสดงร่วมกับสมาชิก TO BE NUMBER ONE IDOL และศิลปินในวโรกาสเสด็จเยี่ยมสมาชิกฯ (จังหวัดภูมิภาค) ๖ จังหวัด ได้แก่ จ.สมุทรสาคร, จ.พังงา, จ.นครราชสีมา, จ.ลำปาง, จ.ลพบุรี และจ.เพชรบูรณ์ มีผู้ร่วมงานจำนวน ๓๖,๐๐๐ คน

๓) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ได้ผลิตและเผยแพร่รายการ TO BE NUMBER ONE VARIETY จำนวน ๑๓ ตอน สื่อ Social Network Facebook ผลิตและเผยแพร่รายการสื่อบุคคลดีสั้น แสปี้ โซไซตี้ เก่งและดี TO BE NUMBER ONE จำนวน ๑๓ ตอน

๔) ดำเนินการศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในกรุงเทพมหานคร ๓ แห่ง ได้แก่ ห้างพิวเจอร์พาร์ค รังสิต ห้างแฟชั่นไอส์แลนด์ เดอะมอลล์ บางแค



๕) จัดค่ายพัฒนาสมาชิก TO BE NUMBER ONE สู่ความเป็นหนึ่ง (TO BE NUMBER ONE CAMP) รุ่นที่ ๒๗ ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๒๑ ต.ค. ๒๕๖๕ ณ เดอะไนน์ รีสอร์ท จ.ปทุมธานี มีเยาวชนร่วมงาน จำนวน ๔๕๐ คน

๙.๒.๓ **ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ** เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่นได้ ได้มีการดำเนินงาน ดังนี้

๑) พัฒนาศักยภาพทีมนำการดูแลสุขภาพจิตระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็น Mental Health Leader ในระดับเขตสุขภาพ ในวันที่ ๒๖-๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ เพื่อสื่อสารแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และพัฒนาศักยภาพในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนให้แก่ผู้รับผิดชอบงานจากศูนย์สุขภาพจิต รวมทั้งพัฒนารอบแนวทางการบูรณาการดำเนินงานขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตร่วมไปกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ./พช.) ในระดับเขตสุขภาพ

๒) อำเภอเข้าร่วมบูรณาการดำเนินงานงานสุขภาพจิต ร่วมไปกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต (พชอ. /พช.) จำนวนทั้งหมด ๙๑๔ อำเภอ

๙.๒.๔ โครงการสาสุขยุคใหม่ชวนคนไทยใส่ใจสุขภาพตนเอง ได้พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขเป็นองค์กรต้นแบบสร้างความรอบรู้สุขภาพประชากรทุกกลุ่มวัย และสร้างการมีส่วนร่วมสถานประกอบ/กิจการ/ชุมชน เพื่อเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินการ ดังนี้

๑) จัดทำระบบลงทะเบียน กำกับ ติดตาม และประเมินผลการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และการบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ การศึกษา และสังคม

๒) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน HL Officer และ HL Communicator กรมอนามัย ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ มีบุคลากรเข้าร่วมอบรมจำนวน ๘๐ คน และขยายผลสู่การพัฒนาเครือข่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ๑๓ เขตสุขภาพ จำนวน ๑,๐๔๐ คน

๙.๓ พัฒนาและยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๙.๓.๑ พัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน
เพื่อสนับสนุนนโยบายคนไทยทุกคนรอบค้อมีหมอประจำตัว ๓ คน เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และ อสค. มีคุณภาพชีวิตที่ดี และให้ อสม.ให้เป็นกลไกขับเคลื่อนในการจัดการสุขภาพชุมชน โดยได้จัดทำแนวทางการดำเนินงาน อสม. หมอประจำบ้าน และจัดทำหลักสูตรในการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน (ฉบับที่ปรับปรุง) พัฒนาแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ให้รองรับการปฏิบัติงาน อสม. หมอประจำบ้าน



๙.๓.๒ โครงการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาพดี เพื่อส่งเสริมและพัฒนาชุมชนให้มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

๑) พัฒนาองค์ความรู้ แนวทาง หลักสูตร อสม. รอบรู้ด้านสุขภาพ โดยจัดทำแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาชุมชน เผยแพร่ผ่าน website กองสุกศึกษา ได้แก่

(๑) คู่มือการดำเนินงานมาตรฐานสุกศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(๒) คู่มือการดำเนินงานสุกศึกษาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(๓) คู่มือการดำเนินงานสุกศึกษาโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ

(๔) คู่มือการดำเนินงานสุกศึกษาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

(๕) คู่มือการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม.)

๒) พัฒนาเกณฑ์ เครื่องมือการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (HL HB) โดยจัดทำเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพจำนวน ๔ เกณฑ์ ดังนี้

(๑) เกณฑ์เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(๒) เกณฑ์เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ของเด็กและเยาวชนในโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ

(๓) เกณฑ์เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ของประชาชนสูงอายุในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(๔) เกณฑ์เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ของประชาชนกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๓. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาฐานข้อมูลชุมชนสุขภาพดี (Health Gate) เพื่อ
ปรับปรุงฐานข้อมูลชุมชน

๙.๔ สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมด้านการศึกษา สุขภาพ การมีงานทำ ที่เหมาะสมกับประชากรทุกกลุ่ม

๙.๔.๑ **โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** การพัฒนาระบบหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ และการบริหารกองทุนเป็นการดำเนินงานภายใต้การพัฒนาของคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
รวมทั้งภาคประชาชน ภาคเอกชน โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของประชาชน และระบบ
สาธารณสุขโดยรวมของประเทศ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้ดำเนินการดังนี้



๑) **การสร้างความครอบคลุมสิทธิในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง/สิทธิ UC โดยมีผู้
ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๔๖,๙๓๐,๗๘๒
คน จากประชาชนผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน
๔๗,๔๑๗,๙๘๐ คน คิดเป็นความครอบคลุมร้อยละ ๙๘.๙๗**

๒) **หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** แบ่งเป็น ๔ ประเภท ประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย
ของหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการ
ที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทั้งสิ้น ๑๕,๘๔๗ แห่ง

๓) **บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** เพื่อให้ประชาชน
ได้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ โดยเริ่มตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล
และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต ตามวัตถุประสงค์การจัดตั้ง
กองทุนฯ ดังนี้

ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามรายการที่ได้รับจัดสรรงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖		ร้อยละ
	เป้าหมาย	ผลงาน	
๑. การให้บริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก	๔๗,๕๔๗,๐๐๐	๔๗,๓๙๒,๔๔๓	๙๙.๖๗
๑.๑ บริการผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	๑๖๖.๘๖๓	๔๒.๘๐๘	๒๕.๖๕
๑.๒ บริการผู้ป่วยใน (ล้านครั้ง)	๖.๔๙๔	๐.๙๑๐	๑๔.๐๒
๒. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์			
๒.๑ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (คน)	๒๙๙,๔๒๐	๒๙๗,๐๒๒	๙๙.๒๐
๒.๒ กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่งเสริมและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (คน)	๓,๑๓๕,๑๖๕	๖๔๐,๒๔๑	๒๐.๔๒
๓. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการดูแลรักษาสุขภาพ (คน)	๖๗,๗๘๖	๖๙,๙๑๒	๑๐๓.๑๔
๔. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรค (คน)	๔,๓๗๐,๐๑๓	๔,๑๕๖,๑๑๙	๙๕.๑๐
๕. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการในชุมชน (คน)	๑๒,๒๗๑	๐	๐
๖. หน่วยบริการที่ให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดง/เสี่ยงภัยพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ที่ได้รับจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม)	๒๒๕	๒๒๕	๑๐๐.๐๐
๗. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการสาธารณสุข	๒๑๐,๙๔๑	๒๐,๙๘๑	๙.๙๕
๘. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการปฐมภูมิ	๒,๘๒๙,๘๔๖	๒๐๔,๕๑๖	๗.๒๓
๙. ผู้ได้รับการบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๒๖,๕๑๔,๐๐๐	๐	๐
๑๐. ผู้รับบริการที่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจากการรับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจากการให้บริการ (คน)	๒,๑๙๘	๔,๕๙๔	๒๐๙.๐๑
๑๑. ประชาชนที่มีสิทธิได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๖๖,๒๘๖,๐๐๐	๔๗,๓๙๒,๔๔๓	๗๑.๕๐

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูล ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม-๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕) ประมวลผล ๑๔ มกราคม ๒๕๖๖

๙.๔.๒ โครงการยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ดำเนินงานยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมทั่วประเทศทั้ง ๔ บริการ ดังนี้

๑) ประชาชนที่เจ็บป่วยไปรับบริการกับหมอประจำครอบครัวในหน่วย

บริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับ มีการเชื่อมต่อข้อมูลคลินิกหมอครอบครัวและผู้ป่วยเพิ่มเติม และจัดทำระบบตรวจสอบสิทธิผ่านแอปพลิเคชัน มีระบบการยืนยันตัวตนประชาชนในการรับบริการผ่านบัตรประชาชน Smart Card เพิ่มความสะดวกให้ประชาชนสามารถไปรับบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ภายในเขตพื้นที่เดียวกัน ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ นำร่องในพื้นที่กรุงเทพฯ และในพื้นที่เขต ๗-๑๐ และขยายไปทั่วประเทศในปี ๒๕๖๕ สำหรับในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ มีประชาชนที่เจ็บป่วยไปรับบริการกับหมอประจำครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกที่ในระบบบัตรทอง ตามนโยบาย “๓๐ บาทรักษาทุกที่” จำนวน ๓๒,๔๐๕ ครั้ง ในหน่วยบริการ ๗๖๓ แห่ง



๒) ผู้ป่วยในไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว

เดิมการขอใบส่งตัวรักษาจากคลินิกหรือโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนใช้สิทธิหรือหน่วยบริการประจำที่ผู้ป่วยเลือกไว้ เพื่อไปรักษาต่อเนื่องด้วยสาเหตุทางการรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง ต้องทำทุก ๓ เดือนจนกว่าจะสิ้นสุดการรักษา ในกรณีที่ใบส่งตัวครบกำหนดจะเป็นภาระที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องกลับไปยังหน่วยบริการประจำเพื่อขอใบส่งตัวใหม่ เกิดความไม่สะดวกและเป็นปัญหา ประชาชนต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง อาจต้องต่อคิวรอรับการวินิจฉัย CT SCAN หรือ MRI เป็นระยะเวลานานและหลายครั้ง หากไม่สามารถนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำของผู้ป่วยได้ ส่งผลทำให้การวินิจฉัยโรคหรือการรักษาล่าช้า เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต

ดังนั้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชน จึงได้มีการปรับระบบให้ผู้ป่วยในสามารถรักษาต่อเนื่องได้ทันทีตามการวินิจฉัยของแพทย์ โดยไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัวที่หน่วยบริการประจำ ใช้เพียงบัตรประชาชนตรวจสอบตัวตนผู้ป่วย โดยดำเนินการนำร่องในพื้นที่เขต ๙ นครราชสีมา เริ่มวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ และในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล เริ่มวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ ก่อนขยายครอบคลุมทั่วประเทศในปี ๒๕๖๕ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ พบว่าผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย ได้รับความสะดวกไม่ต้องมีภาระในการกลับไปขอใบส่งตัวกรณีไปรับการรักษาผู้ป่วยในต่างหน่วยบริการประจำ จำนวน ๑๗๖,๙๑๖ ครั้ง หรือร้อยละ ๓๑.๗๘ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยในที่มาใช้บริการ ๕๕๖,๖๕๙ ครั้ง



๓) โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (Cancer anywhere)

โรคมะเร็งเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาโดยเร็ว เพื่อควบคุมระยะและการแพร่กระจายของโรค แต่ด้วยขั้นตอนการส่งตัวตามระบบเครือข่าย และความหนาแน่นของปริมาณผู้ป่วยที่แตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาได้โดยเร็ว ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะได้ใบรับรองและประวัติ หรือ Code เพื่อเลือกไปรับบริการผ่านช่องทาง ๓ ช่องทาง ดังนี้

(๑) สายด่วน สปสช. ๑๓๓๐

(๒) แอปพลิเคชัน สปสช.

(๓) ติดต่อหน่วยบริการที่มีความพร้อมให้บริการรักษาด้วยคิวรอคอยที่สั้นได้โดยตรง และไม่ต้องใช้ใบส่งตัวยืนยันสิทธิ

นอกจากนี้ยังมีระบบสาธารณสุขทางไกล (Telehealth) บริการปรึกษาเภสัชกรทางไกล (Tele pharmacy) และการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนา ๔ โปรแกรม ขึ้นมารองรับนโยบายมะเร็งรักษาทุกที่ที่มีความพร้อม ดังนี้

(๑) โปรแกรมฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็ง Thai Cancer Based (TCB) ต่อยอดเป็น TCB Plus เพื่อให้ใช้ลงทะเบียนและรับส่งต่อผู้ป่วย

(๒) โปรแกรม The One Program เพื่อใช้บริหารจัดการคิวในการตรวจทางรังสีวินิจฉัย และการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด

(๓) โปรแกรม DMS bed Monitoring เพื่อใช้บริหารจัดการเตียง

(๔) แอปพลิเคชัน DMS Telemedicine ที่ใช้นัดคิวเพื่อรับการปรึกษาทางไกล (Tele-Consult) กับแพทย์ได้ ขอนัดรับยา ติดตามการรับยาทางไปรษณีย์

โดยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับบริการที่ไหนก็ได้ จำนวน ๑,๑๗๐,๐๔๕ ครั้ง ในหน่วยบริการ ๑๗๓ แห่ง

๔) ย้ายหน่วยบริการได้สิทธิทันที ไม่ต้องรอ ๑๕ วัน เดิมการย้ายหน่วยบริการจะยังไม่เกิดสิทธิทันที ต้องรอทุกวันที่ ๑๕ หรือวันที่ ๒๘ ของเดือน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ต้องทำการตรวจสอบสิทธิของประชาชนที่ยื่นเป็นไปตามเอกสาร ทำให้เมื่อเจ็บป่วย ไม่สามารถเข้ารักษาพยาบาลกับหน่วยบริการในพื้นที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนาระบบการลงทะเบียน โดยใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ประชาชนสามารถเปลี่ยนหน่วยบริการประจำด้วยตนเองได้สิทธิทันทีที่ภายในวันเดียว โดยเริ่มดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศ เมื่อวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔

สำหรับในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่าประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ จำนวน ๕๘๒,๒๐๙ ครั้ง โดยดำเนินการเปลี่ยนหน่วยผ่านหน่วยบริการ จำนวน ๔๘๑,๕๔๓ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๗๑ ดำเนินการผ่าน Mobile

Application และ Line จำนวน ๑๐๐,๖๖๖ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๒๙ และมีการใช้สิทธิทันทีภายใน ๑ วัน หลังเปลี่ยนหน่วยบริการ จำนวน ๘๐,๙๖๖ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๙๑

๙.๔.๓ ทางเลือกการรักษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ด้วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกไต ซึ่งนับว่าเป็นวิธีการที่เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือน โดยค่าใช้จ่ายในการฟอกไต ต่อครั้งเฉลี่ยครั้งละ ๑,๕๐๐ บาท โดยในบางรายอาจต้องรับการฟอกไตถึง สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยสามารถเลือกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ฟรี ซึ่งมีแนวทางในการรักษา ดังนี้



- ๑) การล้างไตผ่านทางช่องท้อง
- ๒) การฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม
- ๓) การปลูกถ่ายไต

โดยเป็นการพิจารณาการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย เพื่อเลือกหาวิธีการรักษาที่เหมาะสมที่สุด และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังสามารถเข้ารับบริการได้ในสถานพยาบาลเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุขที่มีความพร้อมกว่า ๗๐๐ แห่ง ทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

สำหรับในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต สหสมรวมจำนวน ๖๕,๘๒๑ คน คน (ไม่นับรวมผู้ที่เสียชีวิต, เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตภายในรอบปี, หยุดการรักษา, ติดตามไม่ได้) โดยจำแนกเป็น

๑) บริการล้างไตผ่านช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) มีผู้รับบริการ ณ ปัจจุบัน จำนวน ๑๗,๙๘๒ คน

๒) บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) มีผู้รับบริการ ณ ปัจจุบัน จำนวน ๔๓,๑๗๙ คน

๓) ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ (HD Self pay) ที่ไม่ประสงค์รับบริการล้างไตผ่านช่องท้อง ปัจจุบัน ภายหลังนโยบายฟอกเลือดฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่มีผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเองแล้ว

๔) บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) มีผู้รับบริการ ณ ปัจจุบัน จำนวน ๔๙ คน

๕) รับยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (KTI) มีผู้รับบริการ ณ ปัจจุบัน จำนวน ๒,๕๖๕ คน

๖) ผู้ป่วยรับบริการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) มีผู้รับบริการ ณ ปัจจุบัน จำนวน ๒,๐๔๖ คน



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข