



การบริหารจัดการความรู้

Knowledge Management

งานประชุมวิชาการกองบริหารการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐



วันที่ ๒๔ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๐

ณ โรงแรมไอธารา รีสอร์ท แอนด์ สปา

จังหวัดเพชรบุรี

งานพัฒนาองค์กร
กลุ่มงานยุทธศาสตร์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐	๒
การจัดบริการเพิ่มพิเศษสำหรับประชาชน ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Convenient Healthcare : CHC)	๑๓
การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	๑๙
การใช้บัตรเครดิตราชการ	๓๒
แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	๔๔

อัตราค่าบริการของหน่วยบริการ
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๖๐

กลุ่มงานพัฒนาประสิทธิภาพบริการ

อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๐



อัตราค่าบริการของหน่วยบริการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560

ความเป็นมา



- ❖ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2537
- ❖ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2547
- ❖ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560

พัฒนาประสิทธิภาพบริการ (พป.)

ความเป็นมา (ต่อ)



❖ 17 สิงหาคม 2554

1. คณะกรรมการกำหนดอัตราค่าบริการ
2. คณะอนุกรรมการค่ายาและบริการเภสัชกรรม
3. คณะอนุกรรมการค่าตรวจพยาธิวิทยา
4. คณะอนุกรรมการค่าตรวจรังสีวิทยา
5. คณะอนุกรรมการค่าตรวจรักษาโรคด้วยวิธีการพิเศษ
6. คณะอนุกรรมการค่าบริการทันตกรรม
7. คณะอนุกรรมการค่าวางยาสลบและยาชา ค่าผ่าตัด
8. คณะอนุกรรมการค่าบริการด้านการแพทย์แผนไทย
9. คณะอนุกรรมการค่าบริการเวชกรรมฟื้นฟู

พัฒนาประสิทธิภาพบริการ (พป.)

ความเป็นมา (ต่อ)



❖ 11 เมษายน 2559

คณะกรรมการกำหนดอัตราค่าบริการฯ

❖ 7 กุมภาพันธ์ 2560

คณะทำงานจัดทำมาตรฐานอัตราค่าบริการฯ

พัฒนาประสิทธิภาพบริการ (พป.)

ความเป็นมา (ต่อ)

กรอบการกำหนดอัตราค่าบริการ



พัฒนาประสิทธิภาพบริการ (พป.)

อัตราค่าบริการของหน่วยบริการฯ

- ❖ หมวดที่ 1 ค่ายาและบริการเภสัชกรรม
- ❖ หมวดที่ 2 ค่าบริการทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
- ❖ หมวดที่ 3 ค่าตรวจรักษาทางรังสีวิทยา
- ❖ หมวดที่ 4 ค่าบริการตรวจรักษาทั่วไป
- ❖ หมวดที่ 5 ค่าตรวจรักษาโรคโดยวิธีการพิเศษต่างๆ
- ❖ หมวดที่ 6 ค่าบริการทันตกรรม

พัฒนาประสิทธิภาพบริการ (พป.)

อัตราค่าบริการของหน่วยบริการฯ (ต่อ)

- ❖ หมวดที่ 7 ค่าบริการทางด้านวิสัญญี
- ❖ หมวดที่ 8 ค่าบริการศัลยกรรม
- ❖ หมวดที่ 9 ค่าบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- ❖ หมวดที่ 10 ค่าบริการเวชกรรมฟื้นฟู
- ❖ หมวดที่ 11 ค่าบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

พัฒนาประสิทธิภาพบริการ (พป.)

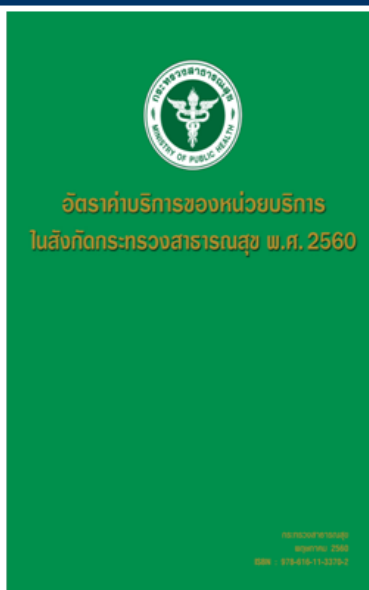
อัตราค่าบริการของหน่วยบริการฯ (ต่อ)

หมวด	ชื่อหมวด ปี 2547	ชื่อหมวด ปี 2560	รายการ ปี 2547	รายการ ใหม่	รายการ ปี 2560
1	ค่ายาสามัญและยาผสม	ค่ายาและบริการเภสัชกรรม	4	4	5
2	ค่าตรวจขั้นสูง	ค่าบริการทางเทคนิคการแพทย์และ พยาธิวิทยา	221	592	813
3	ค่าตรวจทางรังสีวิทยา	ค่าตรวจรักษาทางรังสีวิทยา	146	257	403
4	ค่าบริการตรวจรักษาทั่วไป	ค่าบริการตรวจรักษาทั่วไป	116	26	142
5	ค่าตรวจรักษาโรคด้วยวิธีการพิเศษ	ค่าตรวจรักษาโรคด้วยวิธีพิเศษ	86	69	155
6	ค่าบริการทันตกรรม	ค่าบริการทันตกรรม	131	14	145
7	ค่าบริการทางด้านวิสัญญี	ค่าบริการทางด้านวิสัญญี	5	3	8
8	ค่าบริการศัลยกรรมต่างๆ	ค่าบริการศัลยกรรม	1182	7	1189
9	ไม่มี	ค่าบริการทางการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	0	17	17
10	ไม่มี	ค่าบริการเวชกรรมฟื้นฟู	9	343	352
11	ไม่มี	ค่าบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	11	64	75
รวมทั้งสิ้น			1911	1333	3304

อัตราค่าบริการของหน่วยบริการฯ (ต่อ)

รหัส หมวด	ชื่อหมวดบริการ	รายการเก่าเปรียบเทียบกับปี 2560 และ 2547		
		จำนวน รายการ	ค่าเฉลี่ย 2560 (บาท)	ผลต่างราคา (%)
2	ค่าบริการทางด้านพยาธิวิทยา	221	832	0.3
3	ค่าตรวจรักษาทางรังสีวิทยา	146	12,364	-3.2
4	ค่าบริการตรวจรักษาทั่วไป	116	680	-9.1
5	ค่าตรวจรักษาโรคด้วยวิธีพิเศษ	86	4,246	26.3
6	ค่าบริการทันตกรรม	131	1,347	28.9
7	ค่าบริการทางด้านวิสัญญี	5	1,738	58.3
8	ค่าบริการศัลยกรรม	1,182	7,834	31.8
10	ค่าบริการเวชกรรมฟื้นฟู	9	4,116	27.7
11	ค่าบริการด้านจิตเวช	11	660	136.1
รวม		1,907	5,287	23.2

การประกาศใช้

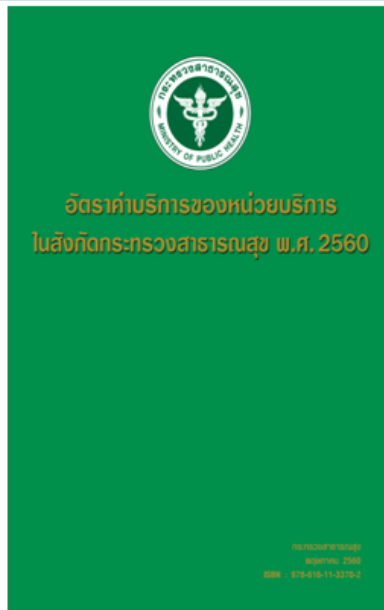


❖ แนวทางปฏิบัติ

1. ยกเลิกอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547
2. รายการและอัตราค่าบริการฉบับนี้ จะมีการปรับปรุงเป็นระยะตามความเหมาะสม
3. เป็นราคาขั้นสูง หรือราคาเพดาน (ceiling Price)
4. หัวหน้าหน่วยบริการกำหนดอัตราค่าบริการ โดยความเห็นชอบคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการ

พัฒนาประสิทธิภาพบริการ (พป.)

การประกาศใช้ (ต่อ)

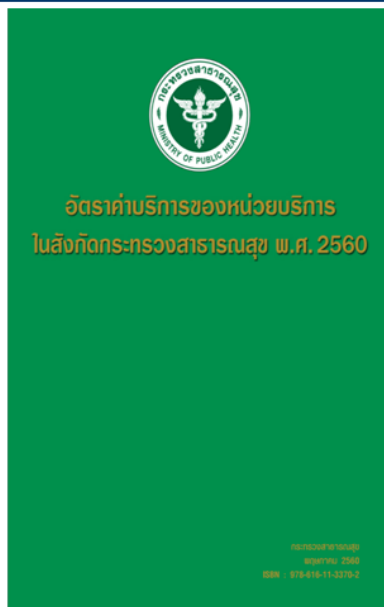


❖ แนวทางปฏิบัติ (ต่อ)

5. ถ้าไม่มีคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการให้อยู่ในดุลยพินิจของนายแพทย์ สสจ.
6. อัตราค่าบริการที่ต่างออกไปให้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารฯ และกระทรวงสาธารณสุข
7. เมื่อผ่านการเห็นชอบแล้วให้หัวหน้าหน่วยบริการประกาศให้ผู้ให้บริการทราบโดยทั่วกัน

พัฒนาประสิทธิภาพบริการ (พป.)

การประกาศใช้ (ต่อ)



❖ ขั้นตอนดำเนินการ

1. หน่วยบริการจัดทำบัญชีรายการและอัตราค่าบริการของตนเอง โดยอิงตามแนวทางการกำหนดอัตราค่าบริการฯ
2. เสนอคณะกรรมการบริหารฯ หรือนายแพทย์ สสจ. เห็นชอบ
3. หัวหน้าหน่วยบริการประกาศใช้
4. เปิดเผยด้วยช่องทางที่ผู้ให้บริการสามารถตรวจสอบได้สะดวก

พัฒนาประสิทธิภาพบริการ (พป.)

จบการนำเสนอ

ขอบคุณค่ะ/ครับ



พัฒนาประสิทธิภาพบริการ (พป.)

๑.ชื่อองค์ความรู้ : อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๐

๒.ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานพัฒนาประสิทธิภาพบริการ

๓.กลุ่มเป้าหมายกับผู้ใช้ : หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๔.วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางการกำหนดอัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๕.โครงสร้างและสาระสำคัญ

๕.๑ หลักการและแนวคิดในการจัดทำอัตราค่าบริการ

ในการจัดทำอัตราค่าบริการของหน่วยบริการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานกำหนดอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาปรับปรุงและกำหนดอัตราค่าบริการในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสำหรับหน่วยบริการ และกำหนดกรอบแนวคิดโดยใช้หลักการคิดต้นทุนฐานกิจกรรมต่อหน่วยบริการ (Activity Based Costing)

แนวทางการพัฒนาอัตราค่าบริการของหน่วยบริการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ นั้น ได้ใช้กรอบแนวทางการศึกษาของปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ซึ่งใช้แนวทางการกำหนดอัตราค่าบริการฯ จากหลักการคิดต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity Based Costing - ABC) เพื่อให้สะท้อนต้นทุนของการจัดบริการที่แท้จริง ดังนี้

ราคา (Price) = ต้นทุนรวม (Total Cost) + ต้นทุนการพัฒนา (Future development Cost)

ต้นทุนรวม (Total Cost) = ต้นทุนทางตรง (Direct Cost = LC+MC+CC) + ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost = ๒๐% ของ Direct Cost)

ต้นทุนการพัฒนา (Future development Cost) คิดเท่ากับ ๒๕% ของต้นทุนรวม



หลักการคิดต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity Based Costing - ABC) ประกอบด้วย

๑. ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost - LC) ประกอบด้วย เงินเดือน ค่าตอบแทน และเงินประจำตำแหน่งของบุคลากรทั้งหมด โดยต้นทุนค่าแรงประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้

- ๑) เงินเดือน
- ๒) เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ (ถ้ามี)
- ๓) เงินพดส. (ถ้ามี)
- ๔) เงินประจำตำแหน่ง สำหรับบุคลากรระดับชำนาญการขึ้นไป

สูตรการคำนวณ ต้นทุนค่าแรงต่อนาที คิดโดยใช้เวลาทำงาน ๒๓๐ วันต่อปี และเวลาทำงานมาตรฐานใน ๑ วัน คิด ๖ ชั่วโมงต่อวัน (อ้างอิงตามมาตรฐานการทำงานของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และแหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลบุคลากรจากกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

๒. ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost - MC) ประกอบด้วย วัสดุการแพทย์และเวชภัณฑ์มีใช้ยาทั่วไปที่ต้องใช้ในการให้บริการหรือหัตถการแต่ละประเภท ทั้งนี้ไม่รวมวัสดุเฉพาะหัตถการที่มีราคาแพงหรืออวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่มีประกาศไว้ให้เบิกต่างหาก

๓. ต้นทุนค่าครุภัณฑ์ / สิ่งก่อสร้าง (Capital Cost - CC) ประกอบด้วย

- ค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ คำนวณที่อายุการใช้งาน ๗ ปี
- ค่าเสื่อมราคาของสิ่งก่อสร้าง คำนวณที่อายุการใช้งาน ๒๕ ปี

๕.๒ แนวทางการกำหนดอัตราค่าบริการของหน่วยบริการ

๑. แนวทางปฏิบัติ

๑.๑ ให้ยกเลิกอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๗ และให้ใช้อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ฉบับนี้แทน

๑.๒ รายการและอัตราค่าบริการในเอกสารฉบับนี้ จะมีการปรับปรุงโดยคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นระยะตามความเหมาะสมบนพื้นฐานของต้นทุนและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไป

๑.๓ อัตราค่าบริการในเอกสารฉบับนี้ เป็นราคาขั้นสูงหรือราคาเพดาน (Ceiling Price) สำหรับหน่วยบริการในการนำไปใช้ เพื่อพิจารณากำหนดอัตราค่าบริการของหน่วยบริการอื่นๆ ตามความเหมาะสม

๑.๔ ให้หัวหน้าหน่วยบริการกำหนดค่าบริการ ค่ายา ตามประเภทและชนิดของการให้บริการโดยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารของหน่วยบริการ

๑.๕ ในกรณีที่หน่วยบริการใดไม่มีคณะกรรมการบริหารของหน่วยบริการ ให้อยู่ในดุลยพินิจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

๑.๖ การกำหนดอัตราค่าบริการ ค่ายา ค่าธรรมเนียมวิชาชีพ ค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยา ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือค่าบริการอื่นๆ ที่ต่างไปหรือที่ไม่มีกำหนดไว้ในเอกสารนี้ ให้หัวหน้าหน่วยบริการเป็นผู้กำหนดบนพื้นฐานของต้นทุนที่แท้จริงตามสภาพสังคมและเศรษฐกิจในพื้นที่ดังกล่าว โดยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารของหน่วยบริการและขอความเห็นชอบจากกระทรวงสาธารณสุข

๑.๗ เมื่อคณะกรรมการบริหารของหน่วยบริการหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือกระทรวงสาธารณสุข แล้วแต่กรณี ได้เห็นชอบอัตราค่าบริการแล้วให้หัวหน้าหน่วยบริการประกาศ เพื่อให้ผู้ใช้บริการในหน่วยบริการนั้น ๆ ได้ทราบโดยทั่วกัน

๖.การนำไปใช้ :

เมื่อได้รับหนังสืออัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ แล้ว ให้หน่วยบริการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

๑. หน่วยบริการจัดทำบัญชีรายการและอัตราค่าบริการของหน่วยบริการตนเองเป็นลายลักษณ์อักษร โดยอิงตามแนวทางการกำหนดอัตราค่าบริการฯ ในเอกสารฉบับนี้

๒. เสนอคณะกรรมการบริหารของหน่วยบริการหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือกระทรวงสาธารณสุข แล้วแต่กรณี พิจารณาเห็นชอบและอนุมัติใช้

๓. หัวหน้าหน่วยบริการประกาศใช้

๔. ประกาศในที่เปิดเผยหรือสื่อสารด้วยช่องทางการสื่อสารอื่น โดยให้ผู้ใช้บริการสามารถตรวจสอบได้ โดยสะดวก

๗.แหล่งอ้างอิง : อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ และ

Download : www.phdb.moph.go.th

การจัดบริการเพิ่มพิเศษ
สำหรับประชาชน ของหน่วยบริการ
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
Convenient Healthcare : CHC

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเฉพาะ

การจัดบริการเพิ่มพิเศษสำหรับประชาชน ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
Convenient Healthcare : CHC







5. สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก

1. การบริการผู้ป่วยนอก

มีการจัดตั้งบริการให้บริการเป็นสัดส่วนและแยกออกจากพื้นที่ให้บริการให้บริการปกติ มีการปรับปรุงพื้นที่และสภาพแวดล้อมให้ดูสวยงาม โปร่งโล่ง และเข้าถึงง่าย



- ใช้ระบบบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยทั้งบริการ ทั้งจุดลงทะเบียน จุดคัดกรอง บริการจ่ายยา และ ห้องตรวจ
- จุดบริการข้อมูลสารสนเทศและข้อมูลการให้บริการต่าง ๆ
- มีจุดบริการคอมพิวเตอร์สาธารณะ และระบบ Free WiFi
- บริการห้องรอตรวจพิเศษ (VIP Lounge)



- จุดบริการและชำระค่าบริการที่ทันสมัย
- จุดบริการเคาน์เตอร์



- พื้นที่บริการทางการแพทย์ (Physiotherapy, check up)
- มีการจัดบริการไว้ล่วงหน้า ๆ อาทิ รังนก
- ร้านอาหาร ร้านขนมปัง ร้านสะดวกซื้อ ฯลฯ

สิ่งอำนวยความสะดวกที่เป็นสิ่งจำเป็น

- เครื่องปรับอากาศ
- ตู้ ATM
- จุดบริการอินเทอร์เน็ต อาทิ ไวไฟ
- จุดบริการรถเข็นผู้ป่วย และรถเข็นรถ
- จุดบริการรถเข็นผู้ป่วย และรถเข็นรถ



- พื้นที่จอดรถเป็นสิ่งจำเป็น



2. การบริการผู้ป่วยใน

ศูนย์บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่จำเป็น

Free wifi



ห้องพักรับรองผู้ป่วยใน Cab corner



Admission gift set



Business Center



บริการ patient service และอื่นๆ



อาหารผู้ป่วยในที่ใช้วัตถุดิบคุณภาพสูงและมีการดูแลสุขภาพ



การจัดบริการเพิ่มพิเศษสำหรับประชาชนของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Convenient Healthcare: CHC)

๑. จากปัญหาความแออัดของการรับบริการในหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข และปัญหาในการเข้าถึง บริการทางการแพทย์เฉพาะทางในเวลาาราชการปกติ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีแนวทางการพัฒนาการจัดระบบบริการ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อศึกษารูปแบบบริการที่เหมาะสม เพิ่มทางเลือกและโอกาสในการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลา รอคอย ลดความแออัดในหน่วยบริการ เพิ่มความสะดวกสบายและสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชน เสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาในหลักการ “การจัดบริการเพิ่มพิเศษสำหรับประชาชน” ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีความพร้อมและมีศักยภาพในการจัดระบบบริการ เมื่อวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๕๙ รวมทั้งได้จัดทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่กลุ่มเป้าหมายนำร่อง ๔ ภาค จำนวน ๗ จังหวัดได้แก่ ระยอง ชลบุรี สงขลา ภูเก็ต ขอนแก่น หนองคาย และเชียงใหม่ โดยประชาชนและบุคลากรของหน่วยบริการทั้ง ๗ จังหวัดได้เห็นชอบให้มีการจัดบริการเพิ่มพิเศษสำหรับประชาชนมากกว่าร้อยละ ๙๐

๒. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามใน “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดบริการเพิ่มพิเศษสำหรับประชาชนของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๙” เมื่อวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ และปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นชอบให้มีการจัดบริการเพิ่มพิเศษสำหรับประชาชนในหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีระบบการประเมินหน่วยบริการ และควบคุม กำกับให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดต่อไป



๓. กองบริหารการสาธารณสุขได้จัดทำคู่มือการจัดบริการเพิ่มพิเศษสำหรับประชาชน/แนวทางการปฏิบัติฯ และแจ้งชักชวนความเข้าใจในการดำเนินการเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การจ่ายเงินบำรุงเพื่อเป็นค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในการให้บริการเพิ่มพิเศษสำหรับประชาชนของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ และมีการลงพื้นที่เพื่อประเมินการเตรียมความพร้อมการจัดบริการของหน่วยบริการนำร่องทั้ง ๘ แห่ง ใน ๓ ด้าน คือ ๑. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ๒. ด้านการบริหารจัดการ ๓. ด้านการประชาสัมพันธ์ ซึ่งหน่วยบริการจะต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐ (รวมทั้ง ๓ ด้าน) จึงจะสามารถเปิดดำเนินการ CHC ได้ และผลการประเมินหน่วยบริการนำร่องทั้ง ๘ แห่ง ผ่านเกณฑ์ประเมิน > ร้อยละ ๙๐ และเปิดดำเนินการได้แล้ว ๖ แห่ง

๔. กองบริหารการสาธารณสุขได้กำหนดกรอบแนวคิดและการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินทั้งในระดับ กระทรวง/ระดับกรม/ระดับเขต โดยวางแผนขยายการเปิดบริการ CHC เพิ่มเติม อย่างน้อย เขตละ ๑ โรงพยาบาล ในงบประมาณ ๒๕๖๑

วิราณี นาคสุข กลุ่ม พณ. กอง บส. ๒๕ สค.๖๐

การพัฒนาระบบบริการให้มี การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ

การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

RDU- AMR

ภญ.ไพเราะ บุญฤทธิ์
กองบริหารการสาธารณสุข

25 สิงหาคม 2560



Rational Drug Use
(RDU)

สถานการณ์ ปัญหา และ การดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

Country Policy

มูลค่าการใช้ยา

รายจ่ายด้านสุขภาพปี 2557 = 409,313 ล้านบาท

รายจ่ายค่ายาปี 2557 = 163,725 ล้านบาท

Worldwide $\geq 50\%$ inappropriate medicines

Vit B1-6-12, Serratiapeptidase, ยาละลายเสมหะ, ยาอมผสมยาปฏิชีวนะ = 245 ล้านบาท

AMR septicemia = 88,000 cases



2524 ปัญหาหลักแห่งชาติ ฉบับที่ 1

2542 แนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์

2563 แนวทางการกำกับการใช้ยา ที่มีราคาแพง (ปัญหิจ 2)

2555 นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 59

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การใช้อย่างสมเหตุผล

2567 ระเบียบ สธ ว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และ ประกาศเกณฑ์จริยธรรม

โครงการ RDU Hospital

P = PTC
L = Label
E = Essential Tool
A = Awareness
S = Special Population
E = Ethics

2559 Service Plan 15 = RDU

นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 64

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

มาตรการ สธ RDU Hospital

สนรช สป สธ ธันวาคม 2559

3 กลยุทธ์ และ 7 มาตรการ และ เป้าหมายการพัฒนา RDU - AMR Hospital 2560 - 2564

1 ต้นน้ำ Drug Supply

ส่งเสริมให้มีแหล่งผลิต/จำหน่าย และการนำเข้า/คัดเลือกยาที่มีคุณภาพ

1. ควบคุมกำกับแหล่งผลิต/จำหน่ายยาที่ไม่มีความปลอดภัย
- สป สธ, อย

2. Strengthening PTC
- Select Cost Effective and Safe Medicine

2 กลางน้ำ Prescribe & Dispense

ส่งเสริมการสั่ง ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

1. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital)
- ทุกโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน (ปี 59 = 133/896 แห่ง 15%)

2. มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (Responsible Use of Antibiotics - RUA)
- ทุก PCU

3. มาตรการ AMR

4. เพิ่มการใช้ยาสมุนไพร

3 ปลายน้ำ Drug Use

ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

1. สื่อสารให้ความรู้ด้านยาที่ถูกต้องแก่ประชาชน
- ระดับกระทรวง, ระดับจังหวัด, หมอครอบครัว, อสม, อย น้อย

Outcome

Quality+ Safety
Decrease AMR
Decrease Drug Cost
- Antibacterial
- non essential

Antimicrobial Resistance (AMR)

Estimates of Burden of Antibacterial Resistance



Global information is insufficient to show complete disease burden impact and costs

สถานการณ์ปัญหา (AMR)

ปัญหาสุขภาพ

- การป่วยจากเชื้อดื้อยา 88,000 ครั้ง
- การเสียชีวิต 38,000 คน
- นอนโรงพยาบาลนานขึ้น 3.24 ล้านวัน
- มูลค่ายาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาคิดเป็น 2,539 – 6,084 ล้านบาท
- การสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวม 4.2 หมื่นล้านบาท

ความท้าทาย

อัตราการใช้ยา สูงขึ้นเป็นเท่าตัว

เช่น *Acinetobacter baumannii* ดื้อต่อยา Imipenem
ปี 43 = 14% -> ปี 49 = 38% -> ปี 57 = 76%
(ร้อยละ 80 – 90 ของผู้ป่วย ICU เสียชีวิตเพราะเชื้อนี้)

มูลค่าการผลิตและนำเข้า Antibiotic เพิ่มขึ้น

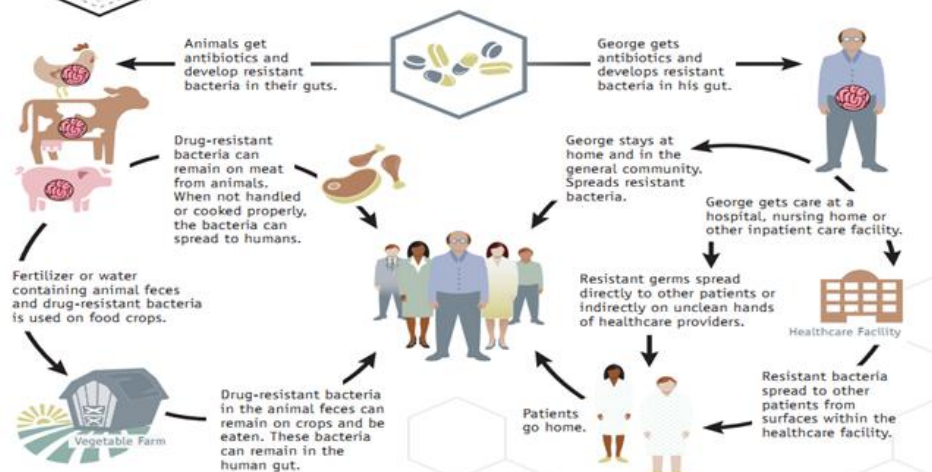
ปี 52 = 1.1 หมื่นล้าน -> ปี 55 = 1.7 หมื่นล้าน

พบเชื้อดื้อยา ในประชาชนที่สุขภาพดีทั่วไป

- ESBL-producing *E. coli* in GI tract of adults cultured 66.5%
- พบยาปฏิชีวนะในร้านขายทั่วไป
- พบ ESBL-producing *E. coli* ในเนื้อสัตว์สดและน้ำดื่ม 26.4%

แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว : คน สัตว์ สิ่งแวดล้อม

Examples of How Antibiotic Resistance Spreads



Simply using antibiotics creates resistance. These drugs should only be used to treat infections.

ที่มา : Infographic from the CDC Threat Report 2013, Antibiotic resistance threats in the United States, 2013

(<http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/>)

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564

เป้าหมาย ปี 64

- การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลง ร้อยละ 50
- ปริมาณการใช้ยา ATB ในคนลดลง ร้อยละ 20
- ปริมาณการใช้ยา ATB ในสัตว์ลดลง ร้อยละ 30
- ประชาชนมีความรู้เรื่อง AMR/การใช้ยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20
- ระบบจัดการ AMR ตามเกณฑ์สากล ไม่ต่ำกว่าระดับ 4

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังการ ดื้อยาต้านจุลชีพ ภายใต้แนวคิด สุขภาพหนึ่งเดียว	ยุทธศาสตร์ที่ 2 การควบคุมการ กระจายยาต้าน จุลชีพในภาพรวม ของประเทศ	ยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ ในสถานพยาบาล และควบคุมกำกับ ดูแลการใช้ยาต้าน จุลชีพอย่าง เหมาะสม	ยุทธศาสตร์ที่ 4 การป้องกันและ ควบคุมเชื้อดื้อยา และควบคุมกำกับ ดูแลการใช้ยาต้าน จุลชีพอย่าง เหมาะสมในภาค การเกษตรและ สัตว์เลี้ยง	ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งเสริม ความรู้ด้านเชื้อดื้อ ยาและความ ตระหนักรู้ด้านการ ใช้ยาต้านจุลชีพ อย่างเหมาะสมแก่ ประชาชน
--	--	---	--	---

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การบริหารและพัฒนากลไกระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อน

เป้าหมาย
ยุทธ 3

สถานพยาบาลมีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพและ
ควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เพื่อ

- ลดการติดเชื้อดื้อยา
- ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการติดเชื้อในสถานพยาบาล

A M R

Antimicrobial Resistance

ประเด็น
การ
พัฒนา
ใน
รพ.

Policy and management

พัฒนานโยบายและกลไกสนับสนุนการจัดการ AMR

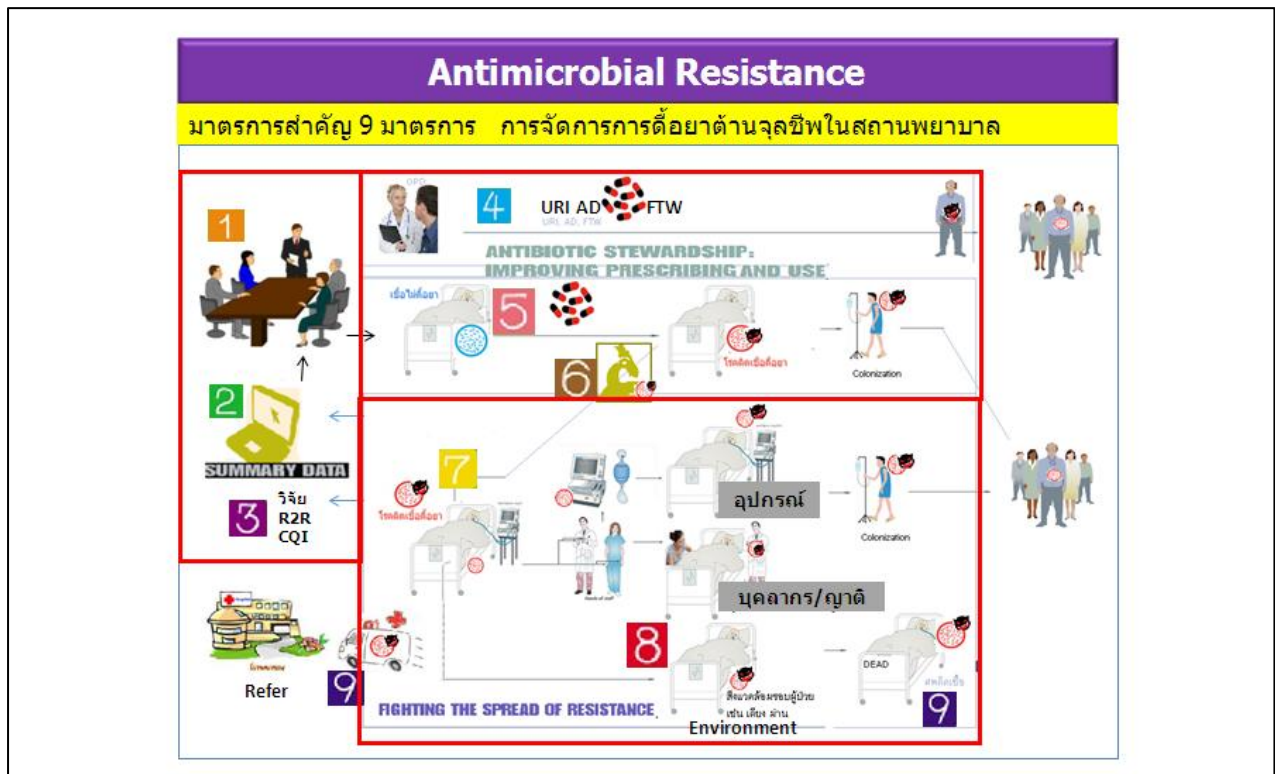
Antimicrobial stewardship improving prescribe and use

พัฒนาระบบการใช้ยาเพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อ และระบบการ
ควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม

Fighting the spread of resistance

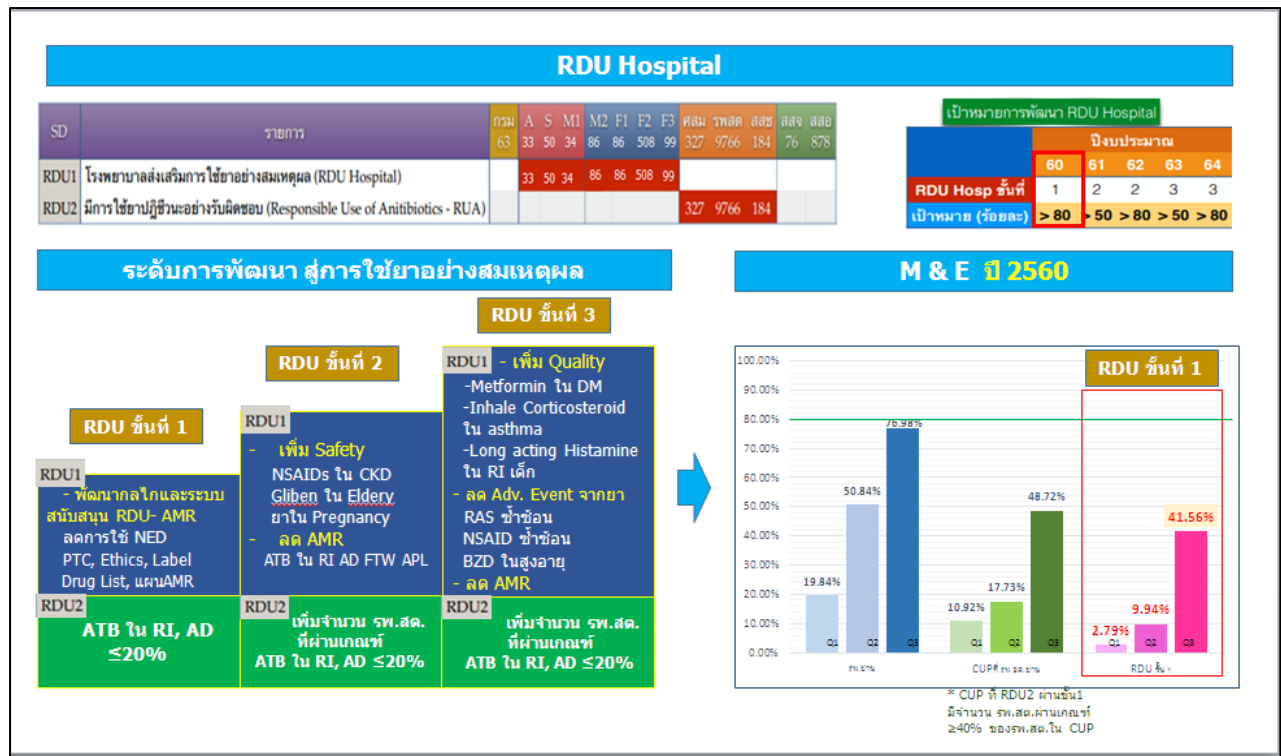
พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจาย AMR ทั้ง
ในโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ



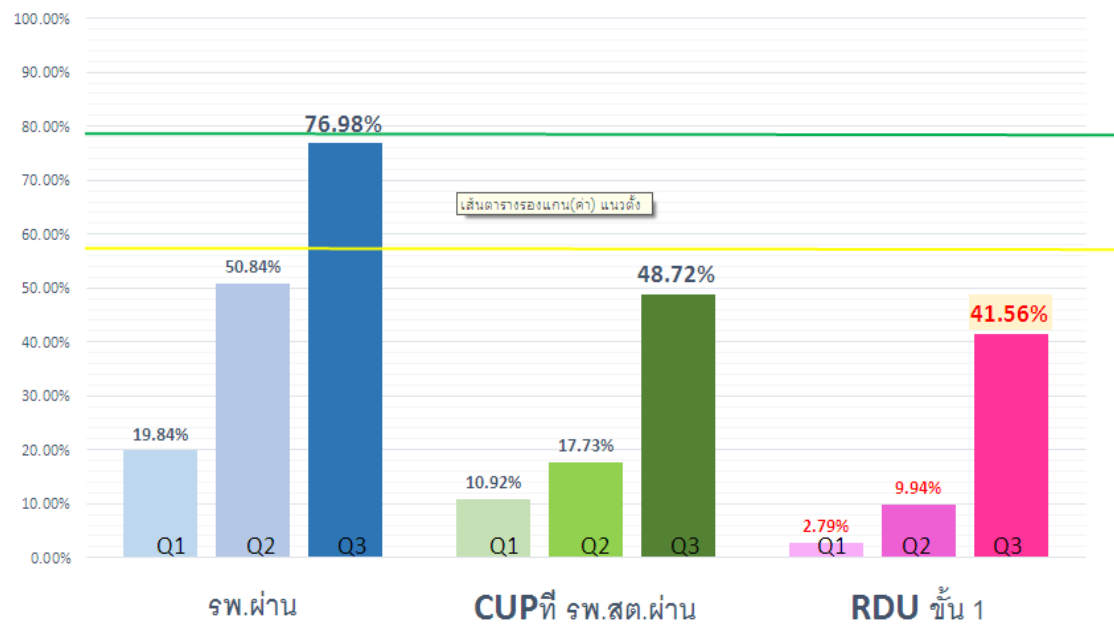


ไตรมาส 4 ให้ รพ. ระดับ A,S,M1 รายงาน Baseline ปี 2560
อัตราการพบเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (bacteremia) ต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ

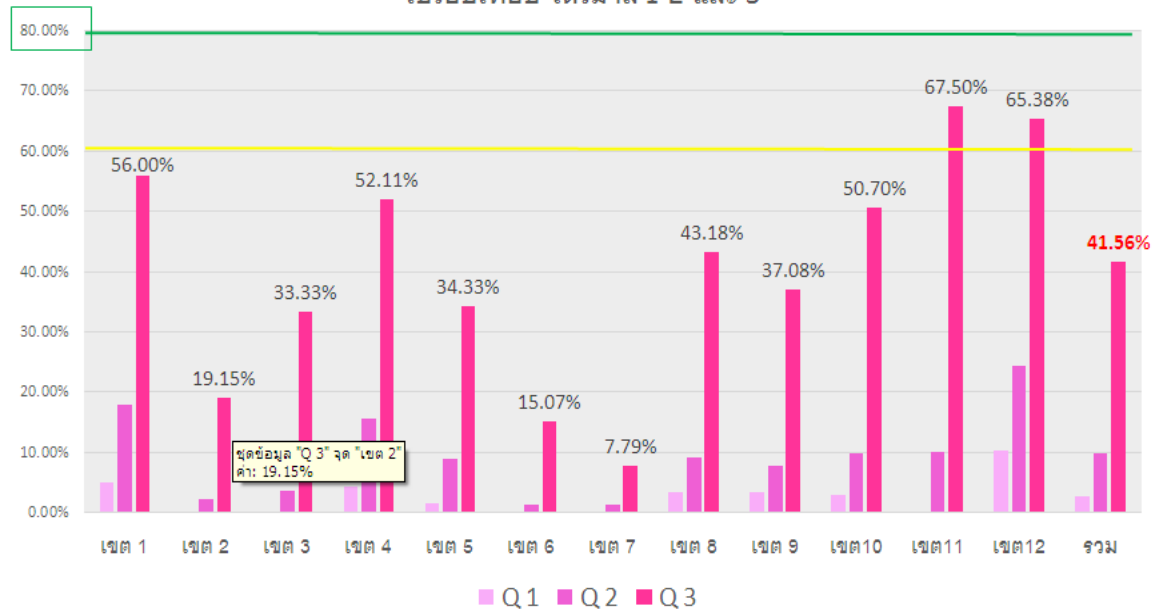
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก
ตัวตั้ง	<p>A = จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียดื้อยา 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter baumannii</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Salmonella spp.</i>, <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i></p> <p>หมายเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่รวมผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียชนิดเดียวกันเป็นครั้งที่สองในรอบปีเดียวกัน 2. กรณีผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิดให้นับเป็นข้อมูลเพิ่มตามจำนวนชนิดเชื้อที่ต่างกัน
ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
เกณฑ์เป้าหมาย	(ตั้งแต่ปี 2564) ลดลง 50% เทียบกับ baseline



ผลการดำเนินงาน ไตรมาส 3



ผลการดำเนินงาน RDU ชั้นที่ 1 ของเขตสุขภาพ
เปรียบเทียบ ไตรมาส 1 2 และ 3



(ร่าง) ประเด็น M&E ใน ปี 2561

การรายงาน : ข้อมูลสะสมตั้งแต่ 1 ต.ค. 60 – สิ้นไตรมาสที่ตรงรายงาน

เป้าหมาย RDU :

RDU ขั้นที่ 1 \geq ร้อยละ 80

RDU ขั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 20

เป้าหมาย AMR :

- AMR ลดลงร้อยละ 10

- ร้อยละ 50 ของรพ. A,S,M1 ผ่าน Antimicrobial Stewardship Program

- ค่าใช้จ่ายด้านยา Antibiotic ลดลง (เน้นกลุ่ม Carbapenem และ BL/BI)

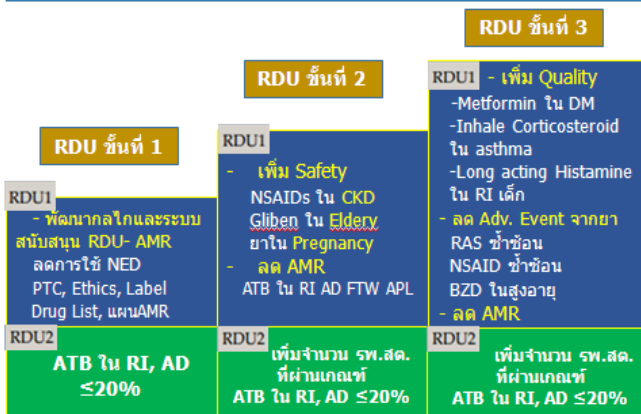
การตรวจราชการปี 2561 KPI : โรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

SD	รายการ	กม	A	S	M1	M2	F1	F2	F3	คอม	รพ.สต	สสช	สสจ	สสอ
RDU1	โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital)	63	33	50	34	86	86	508	99	327	9766	184	76	878
RDU2	มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (Responsible Use of Antibiotics - RUA)		33	50	34	86	86	508	99	327	9766	184		

เป้าหมายการพัฒนา RDU Hospital

	ปีงบประมาณ				
	60	61	62	63	64
RDU Hosp ขั้นที่ 1	1	2	2	3	3
เป้าหมาย (ร้อยละ)	> 80	> 50	> 80	> 50	> 80

ระดับการพัฒนา สู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล



(ร่าง) ตรวจราชการ

	ปีงบประมาณ				
	60	61	62	63	64
RDU Hosp ขั้นที่ 1	1	2	2	3	3
เป้าหมาย (ร้อยละ)	> 80	> 20	> 80	> 50	> 80

สถานการณ์ ปี 2560

RDU ขั้นที่ 1
= 41.56 %

RDU ขั้นที่ 2
= 0.56 %

(ร่าง)
เป้าหมาย ปี 2561

RDU ขั้นที่ 1
 ≥ 80 %

RDU ขั้นที่ 2
 ≥ 20 %

<div> <div>Service Excellence</div> <div>แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (RDU -AMR Service Plan)</div> </div> <div>(ร่าง)ประเด็น PA ปี 61</div>			
Objective / KPI	Objective : ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย	ลดค่าใช้จ่ายด้านยา	ลดเชื้อดื้อยา
KPI	KPI : โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ^{ขึ้นที่ 1} ≥ ร้อยละ 80 และ ^{ขึ้นที่ 2} ≥ ร้อยละ 20		
Situation/ Baseline	โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ^{ขึ้นที่ 1} ร้อยละ 41.56 และ ^{ขึ้นที่ 2} ร้อยละ 0.56 (ข้อมูล ณ ไตรมาส 3/2560)		
Strategy / มาตรการ	มาตรการ 1 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในรพ. (ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559)	มาตรการที่ 2 การจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอย่างบูรณาการ (ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564)	มาตรการที่ 3 การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมใน รพ.สต. และชุมชน
Key Activity / กิจกรรมหลัก	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ PTC 2. ส่งเสริมกิจกรรมอื่นๆ ในกลุ่ม PLEASE โดยใช้ RDU markers โรคติดเชื้อ 4 โรค และประชากรกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม คือ CKD ผู้สูงอายุ และ สตรีตั้งครรภ์ 3. พัฒนาระบบสารสนเทศระดับกระทรวง เขต จังหวัด และรพ. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่วนกลางจัดทำคู่มือดำเนินการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการสำหรับโรงพยาบาล 2. พัฒนาศักยภาพการจัดการ AMR ของโรงพยาบาล ระดับ A,S,M1 ด้าน Antimicrobial Stewardship 3. รพ.ระดับ A,S,M1 มีการจัดทำ antibiogram ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งกลับข้อมูล antibiogram ของโรงพยาบาลมายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมกิจกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในรพ.สต. คลินิก และร้านยา 2. เน้นระวังและจัดการการกระจายยา Antibiotic Steroid NSAIDs ในร้านชำและชุมชน 3. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเชื้อดื้อยาและยาต้านจุลชีพ Steroid NSAIDs แก่ประชาชน
Small Success	Small success ไตรมาส 1 RDU : RDU^{ขึ้นที่ 1} ≥ ร้อยละ 60 RDU^{ขึ้นที่ 2} ≥ ร้อยละ 5 AMR : มีแนวทางและคู่มือดำเนินการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการสำหรับโรงพยาบาล	Small success ไตรมาส 2 RDU^{ขึ้นที่ 1} ≥ ร้อยละ 70 RDU^{ขึ้นที่ 2} ≥ ร้อยละ 10	Small success ไตรมาส 3 RDU^{ขึ้นที่ 1} ≥ ร้อยละ 80 RDU^{ขึ้นที่ 2} ≥ ร้อยละ 15 AMR : ร้อยละ 25 ของรพ. A,S,M1 ผ่าน Antimicrobial Stewardship program
Small Success	Small success ไตรมาส 4 RDU : RDU^{ขึ้นที่ 1} ≥ ร้อยละ 80 RDU^{ขึ้นที่ 2} ≥ ร้อยละ 20 AMR :- AMR ลดลงร้อยละ 10 - ร้อยละ 50 ของรพ. A,S,M1 ผ่าน Antimicrobial Stewardship Program - ค่าใช้จ่ายด้านยา Antibiotic ลดลง		

RDU1

	อัตราการใช้ Antibiotic	
โรงพยาบาล กสธ.	Q3	เกณฑ์เป้าหมาย
1. หัวใจเจ็บคอ (RI)	36	≤ 20%
2. อุจจาระร่วง (AD)	33	≤ 20%
3. แผลสะออด (FTW)	62	≤ 40%
4. คลอดปกติ (APL)	28	≤ 10%

	อัตราการใช้ยา	
โรงพยาบาล กสธ.	Q3	เกณฑ์เป้าหมาย
1. Glibenclamine - ผู้สูงอายุ	13.06	≤ 5%
2. NSAIDs - ผู้ป่วย CKD	2.67	≤ 10%
3. Warfarin, Statin, Ergot - Pregnancy	0.01	0

RDU2

รพ.สต.	Q3	เกณฑ์เป้าหมาย
พื้นที่ 1 รพ.สต.ผ่าน ร้อยละ 40	48.49	≥ 80%
พื้นที่ 2 รพ.สต.ผ่าน ร้อยละ 60	24.91	≥ 20%

KM : การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan สาขาที่ ๑๕)

ความสำคัญ

๑. เป็นยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ๒๐ ปี
๒. เป็นตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๐ และ ปี ๒๕๖๑
๓. เป็นตัวชี้วัดสำคัญของกองบริหารการสาธารณสุข

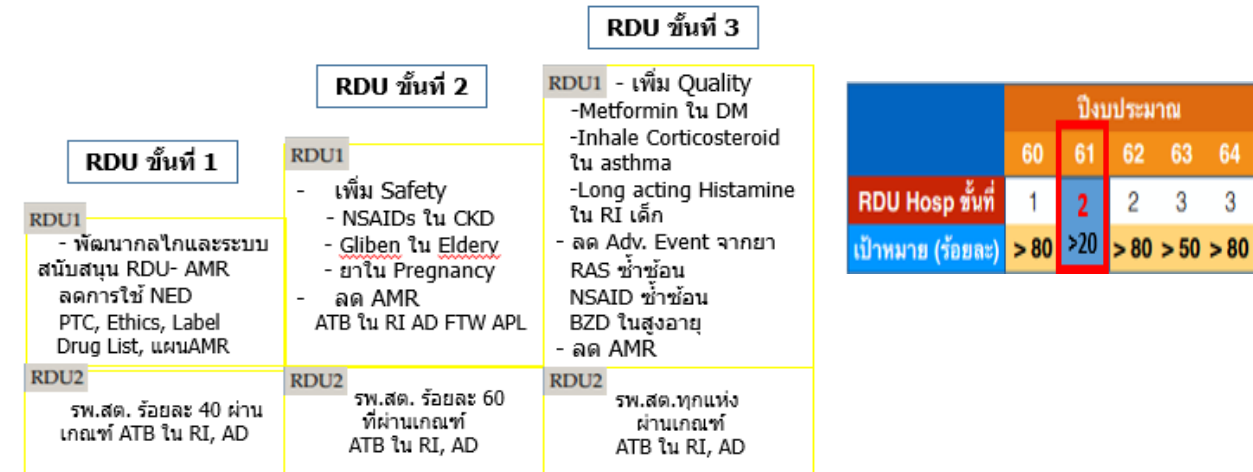
วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด (ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙)
๒. เพื่อลดอัตราการป่วยจากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ (ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)
๓. เพื่อลดการใช้ยาด้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างอย่างไม่เหมาะสมในโรงพยาบาล (ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)

Service Delivery ๒ S.D.

ลำดับ	กิจกรรมบริการ (Service Delivery)	A	S	M๑	M๒	F๑	F๒	F๓	ศสม.	รพ.สต.	สสช.
๑.	RDU ๑ - โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use ; RDU)	๓๓	๔๘	๓๕	๘๘	๗๗	๕๑๖	๙๙			
	- กิจกรรมการจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance; AMR) ใน รพ.	๓๓	๔๘	๓๕							
๒.	RDU ๒ - การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบใน รพ.สต. (Responsible Use of Antibiotics; RUA)								๓๒๗	๙๗๖๖	๑๘๔

ระดับการพัฒนสู่การเป็นโรงพยาบาลใช้อย่างสมเหตุผล และเป้าหมายการพัฒนา ๕ ปี



ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล RDU-AMR ขั้น ๑ และขั้นที่ ๒
๒. อัตราการพบเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด
๓. ปริมาณการใช้ยาด้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างลดลง (กลุ่ม carbapenem , BL/BI)

การใช้บัตรเครดิตราชการ

กลุ่มภารกิจอำนวยความสะดวก

การใช้บัตรเครดิตราชการ

บัตรเครดิตราชการ



โดย กลุ่มภารกิจอำนวยการ

ข้อสั่งการ

- หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0407.2/ว 85 ลงวันที่ 30 กันยายน 2554 เรื่อง หลักเกณฑ์การใช้บัตรเครดิตราชการ (ยกเลิก)
- หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0407.2/ว 56 ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2559 เรื่อง หลักเกณฑ์การใช้บัตรเครดิตราชการ
- หนังสือกลุ่มคลังและพัสดุ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0201.026/ว2448 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2559 เรื่อง ขอให้แจ้งรายชื่อผู้ถือบัตรเครดิตราชการ



- ลดความเสี่ยงในการถือเงินสดจำนวนมาก
- ลดปัญหาสำรองเงินสดของส่วนราชการ ทำให้สามารถบริหารเงินสดได้ดีขึ้น
- ลดขั้นตอนการทำงานลง จากต้องเขียนเช็คส่งจ่ายโรงแรมหลายแห่งในการจัดประชุมหลาย ๆ ครั้งของแต่ละกลุ่มงาน เป็นเขียนเช็คส่งจ่ายให้กับสถาบันฯ เพียงฉบับเดียว
- สร้างวินัยให้กับผู้ถือบัตรเครดิต
- ทำให้การล้างเงินยืมเร็วขึ้น เพราะหากเป็นการยืมเงินทดรองราชการไปปฏิบัติงาน มักจะส่งใบสำคัญล้างหนี้เงินยืมล่าช้าและมีคืนเงินสดเป็นจำนวนมาก

- รับ ใบสมัครบัตรเครดิตราชการได้ที่
งานการเงินและบัญชี กลุ่มภารกิจอำนวยการ
- กรอกใบสมัครบัตรเครดิตราชการพร้อมแนบ
สำเนาบัตรประชาชน
- ส่ง ใบสมัครบัตรเครดิตราชการที่งานการเงิน
และบัญชี เพื่อนำส่งกองบริหารการคลัง
- ผู้สมัคร ไปรับบัตรเครดิตราชการ
ที่กองบริหารการคลัง

หน้า 2

[illegible]

Handwritten form with German text and a table. The text is mostly illegible due to blurring and handwriting. The table has columns for 'BESUCHS-RECHNUNG' and 'GEBÜHRE'.

Handwritten text at the top: *Handwritten text, possibly a date or name.*

Handwritten text in the middle: *Handwritten text, possibly a description of the visit.*

Table structure (columns):

- BESUCHS-RECHNUNG
- GEBÜHRE

Handwritten text at the bottom: *Handwritten text, possibly a signature or date.*

ตัวอย่าง บัตรเครดิตราชการ



เปิดบัตรเครดิต

- ภายใน 30 วัน

การตัดยอดบัตร

- ทุกวันที่ 11 ของเดือน

กรณีบัตรหาย

- แจ้งอายัดบัตร
0 2123 500

บัตรเครดิตราชการ

ค่าใช้จ่ายอะไรบ้างใช้ได้

ค่าพาหนะเครื่องบิน

ค่าที่พัก

ค่าอาหาร / ค่าอาหารและเครื่องดื่ม



ค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถใช้ได้

ค่าเบี้ยเลี้ยง

ค่าพาหนะรถรับจ้าง

ค่าผ่านทางพิเศษ / ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง



ผู้มีสิทธิใช้บัตรเครดิตราชการ



ข้าราชการ

• วงเงินไม่เกิน 1,000,000 บาท

ลูกจ้างประจำ

• วงเงินไม่เกิน 200,000 บาท

พนักงานราชการ

• วงเงินไม่เกิน 40,000 บาท

ขั้นตอนการยืมเงินทดรองราชการ กองบริหารการคลัง



สัญญา ยิ้ม หน้า 2

[illegible][illegible]

ใบขอเพิ่มวงเงินชั่วคราว

[illegible][illegible]

ขั้นตอนการชำระหนี้เงินยืมตรงราชการ



หลักฐานประกอบการ

1. อนุมัติโครงการ/จัดประชุม /เดินทางไปราชการ/หนังสือเชิญ /กำหนดการ
2. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
3. แบบ 8708/บก.111
4. อนุมัติใช้ตรงราชการ
5. ใบสลิปบัตรเครดิต/ ใบเสร็จรับเงินค่าที่พัก, ค่าอาหาร,ค่าอาหารและเครื่องดื่ม/ ใบรายละเอียดห้องพัก(Folio)

สลิปบัตรเครดิต



Folio



**LEADER
ZAK**
CHANG

บริษัท เลเดอร์ ซาก จำกัด
100/1 หมู่ 1 ถนนพหลโยธิน แขวง ดอนเมือง กรุงเทพฯ
Tel. 02-2602000 - 026-428941

เลขที่ใบกำกับภาษี: 0905530006711
วันที่: 01/06/2558

ชำระแล้ว

ใบกำกับภาษี / ใบเสร็จรับเงิน
RECEIPT / TAX INVOICE

ผู้รับภาษี: บริษัท อีสเทิร์น เอเซีย จำกัด
ที่ตั้ง: 100/1 หมู่ 1 ถนนพหลโยธิน แขวง ดอนเมือง กรุงเทพฯ 10210
เลขที่ใบกำกับภาษี: 0904000036612

วันที่: 01/06/2558
เลขที่: 0008-0012
วันที่: 15/06/2558

ลำดับ	รายละเอียด	อัตรา	จำนวน	รวมเงินภาษี
1	สินค้าอื่น (11%)	1	1,340.00	2,340.00
รวมเงิน				2,096.00
รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%				(143.00)
รวมเงินที่ต้องชำระ				2,340.00

รวมเงินที่ต้องชำระ: 2,340.00

ชำระเงิน: ☐ Cash Only ☐ Remittance Credit Card
☐ Transfer ☐ Cheque, Cheque Bank



**LEADER
ZAK
CHANG**
บริษัท เลเดอร์ ซาก จำกัด
100/1 หมู่ 1 ถนนพหลโยธิน แขวง ดอนเมือง กรุงเทพฯ

[illegible]

ใบเสร็จ Boarding Pass

[illegible]



Travel Itinerary

AQZXXH

Booking Number: 15-Aug-2017

Booking Ref: 15-Aug-2017



FLIGHT DETAILS

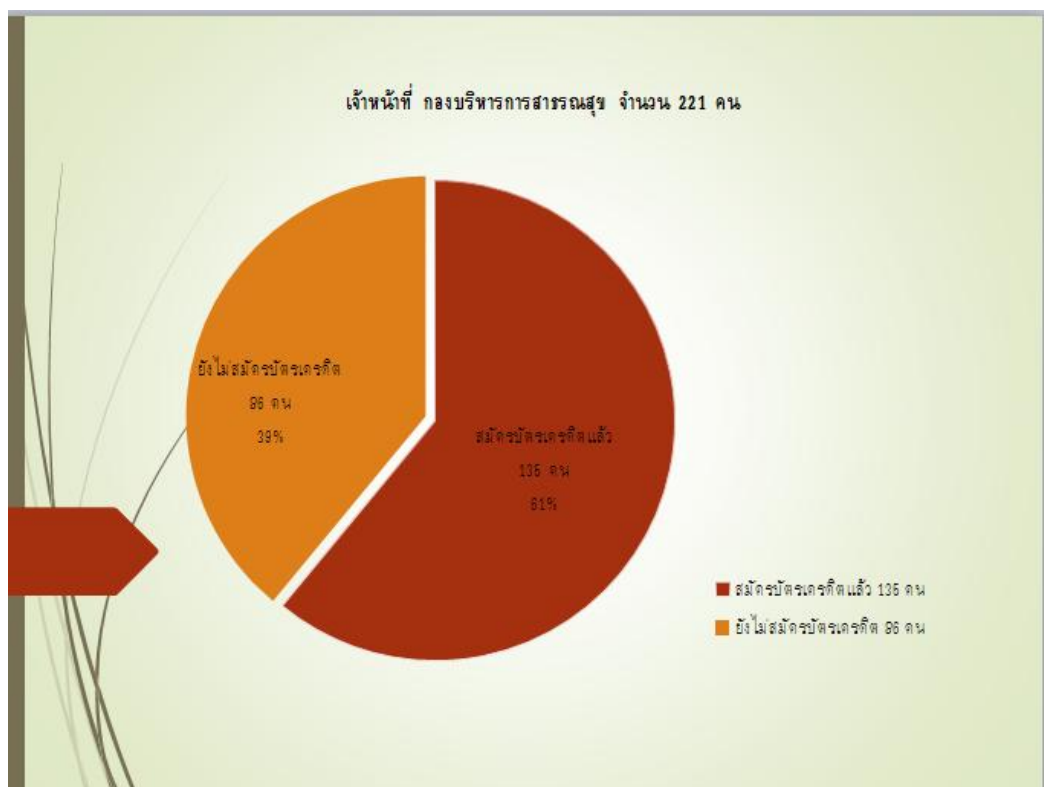
Flight 1: Singapore - Denpasar - Chiang Mai			
Airline	AirAsia (3Z)	Flight No	3Z007
Class	Y	Cabin	Y
Origin	Singapore (SIN)	Destination	Chiang Mai (CNX)
Departure	15-Aug-2017 08:00	Arrival	15-Aug-2017 12:00
Duration	04:00		

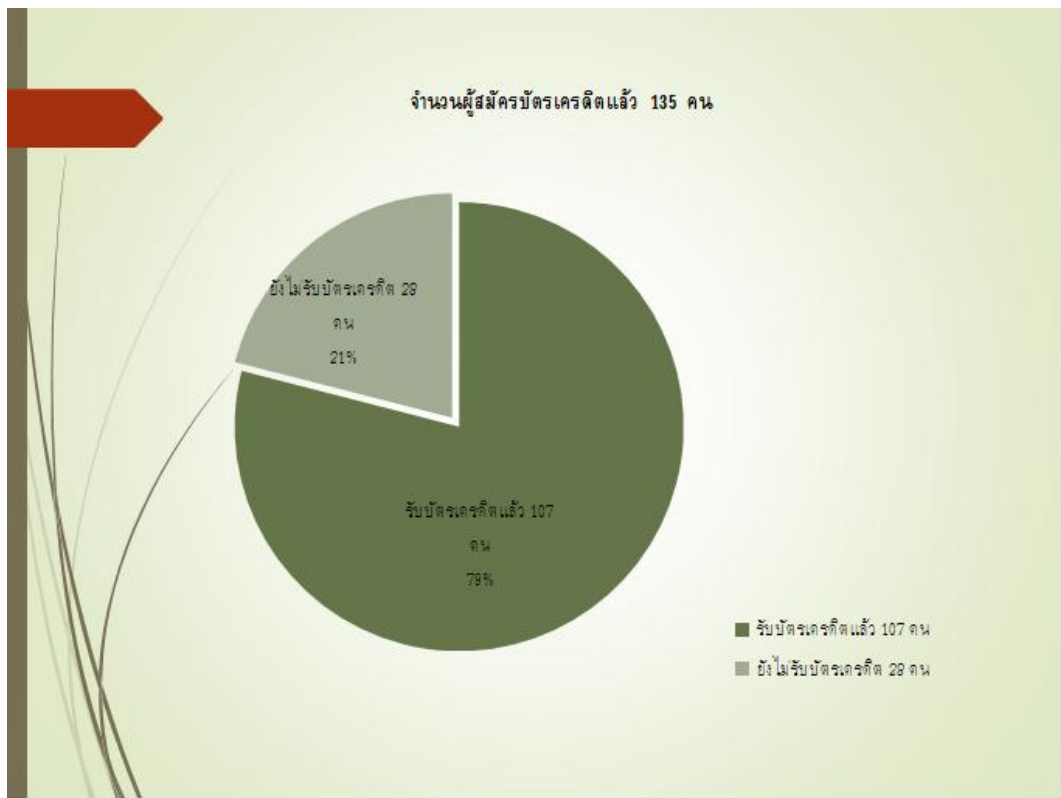
Flight 2: Chiang Mai - Singapore - Denpasar			
Airline	AirAsia (3Z)	Flight No	3Z008
Class	Y	Cabin	Y
Origin	Chiang Mai (CNX)	Destination	Denpasar (DPS)
Departure	15-Aug-2017 13:00	Arrival	15-Aug-2017 17:00
Duration	04:00		

Flight 3: Singapore - Denpasar - Chiang Mai			
Airline	AirAsia (3Z)	Flight No	3Z007
Class	Y	Cabin	Y
Origin	Singapore (SIN)	Destination	Chiang Mai (CNX)
Departure	15-Aug-2017 08:00	Arrival	15-Aug-2017 12:00
Duration	04:00		

Flight 4: Chiang Mai - Singapore - Denpasar			
Airline	AirAsia (3Z)	Flight No	3Z008
Class	Y	Cabin	Y
Origin	Chiang Mai (CNX)	Destination	Denpasar (DPS)
Departure	15-Aug-2017 13:00	Arrival	15-Aug-2017 17:00
Duration	04:00		

[illegible]





บัตรเครดิตราชการ

บัตรเครดิตราชการ หมายถึง บัตรเครดิตที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตจัดทำขึ้นตามที่ส่วนราชการ (ส่วนกลางหรือภูมิภาค) แจกเป็นหนังสือไปที่สถาบันผู้ออกบัตรฯ โดยบัตรเครดิตดังกล่าวจะระบุชื่อข้าราชการ (ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ) ในบัตรเป็นผู้ถือบัตรเครดิตราชการ

บัตรเครดิตราชการให้ใช้สำหรับรายการค่าใช้จ่าย ต่อไปนี้

๑. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการชั่วคราว เช่น ค่าที่พัก ค่าตัวเครื่องบิน
๒. ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดประชุม การสัมมนา การจัดงาน การจัดนิทรรศการ การจัดกิจกรรมอื่นที่มีลักษณะการดำเนินการเช่นเดียวกัน เช่น ค่าที่พัก ค่าอาหาร ค่าอาหารและเครื่องดื่ม
๓. ค่ารับรองชาวต่างประเทศ
๔. ค่าโดยสารเครื่องบินสำหรับข้าราชการหรือบุคคลภายนอกที่ได้รับทุนการศึกษาที่ดำเนินการโดยสำนักงาน ก.พ.

อายุบัตรเครดิตราชการ คือ ระยะเวลาของบัตรเครดิตแต่ละใบที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตได้กำหนดวันเริ่มต้นให้มีสิทธิใช้บัตรจนถึงวันที่บัตรหมดอายุ

ระยะเวลาการใช้บัตรเครดิต คือ ช่วงระยะเวลาที่ผู้ถือบัตรสามารถนำบัตรเครดิตไปใช้ในการปฏิบัติงานตามที่ได้รับอนุมัติตามสัญญายืมเงินและการใช้บัตรเครดิต

จุดประสงค์ของการใช้บัตรเครดิตราชการ คือ

1. ลดความเสี่ยงในการถือเงินสดจำนวนมาก
2. ลดปัญหาการสำรองเงินสดของส่วนราชการ ทำให้สามารถบริหารเงินสดได้ดีขึ้น
3. ลดขั้นตอนการทำงานลง จากต้องเขียนเช็ค สั่งจ่ายโรงแรมหลายแห่งในการจัดประชุมหลาย ๆ ครั้งของแต่ละกลุ่มงาน เป็นเขียนเช็คสั่งจ่ายให้กับสถาบันฯ เพียงฉบับเดียว
4. สร้างวินัยให้กับผู้ถือบัตรเครดิตว่า เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจแล้วต้องรีบจัดทำและรวบรวมเอกสารใบสำคัญเพื่อเบิกจ่ายเงินชำระหนี้ให้บริษัทบัตรเครดิต เพราะหากเกินกำหนดต้องจ่ายค่าปรับ(ค่าปรับเบิกจากงบประมาณไม่ได้)
5. ทำให้การล้างเงินยืมเร็วขึ้น เพราะหากเป็นการยืมเงินตรงราชการไปปฏิบัติงาน มักจะส่งใบสำคัญล้างหนี้เงินยืมล่าช้าและมีคืนเงินสดเป็นจำนวนมาก
6. กรมฯ มีรายงานการใช้จ่ายงบประมาณในการจัดประชุมในภาพรวมของกรมฯ และของแต่ละหน่วยงาน เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์งบประมาณ
7. ส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของส่วนราชการให้ทันสมัย

ขั้นตอนการสมัครบัตรเครดิตราชการ

๑. รับใบสมัครบัตรเครดิตราชการที่ งานการเงินและบัญชี กลุ่มภารกิจอำนวยการ
๒. กรอกใบสมัครบัตรเครดิตราชการพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน
๓. ส่งใบสมัครบัตรเครดิตราชการที่ งานการเงินฯ เพื่อนำส่งกองบริหารการคลัง สป.
๔. ผู้สมัคร ไปรับบัตรเครดิตราชการ ที่กองบริหารการคลัง สป.

ตัวอย่างบัตรเครดิตราชการ



แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ระยะ 5 ปี

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ

กองบริหารการสาธารณสุข

ความเป็นมา

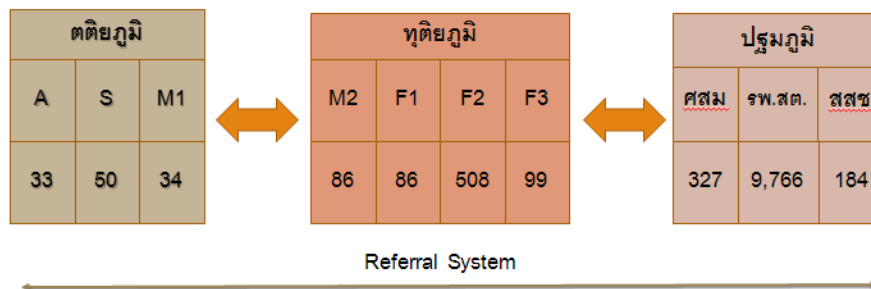
- เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ที่มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการปฐมภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง
- ดูแลประชาชนได้อย่างเบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย (Self-Contain)
- สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ

เป้าหมายหลัก

ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย

กรอบในการดำเนินงาน

1. การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสุขภาพ ทุกระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่ควรเป็นของแต่ละระดับสถานบริการ



กรอบในการดำเนินงาน

2. การพัฒนาระบบบริการที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ในปัจจุบันกำหนดไว้ที่ 19 สาขา

กลุ่มสาขาเชี่ยวชาญระดับสูง	โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด และการรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ
กลุ่มสาขาบริการหลัก	สุขภาพจิตและจิตเวช แม่และเด็ก ศัลยกรรม อายุกรรม <u>ออริโอปีติกส์</u> สุขภาพช่องปาก ไต และตา
กลุ่มสาขาบริการพื้นฐาน	บริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ โรคไม่ติดต่อ แพทย์แผนไทย RDU Palliative & Intermediate Care และ <u>ยาเสพติด</u>

กลยุทธ์หลัก

1. พัฒนาระบบบริการ ตาม Area Health Needs

- ✓ การเข้าถึงบริการสุขภาพความเชี่ยวชาญระดับสูง
- ✓ การเข้าถึงบริการสุขภาพการบริการหลัก
- ✓ การเข้าถึงบริการสุขภาพการบริการพื้นฐาน

2. การพัฒนาบุคลากรทั้งสายวิชาชีพ และสายสนับสนุน

- ✓ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- ✓ การวางแผนการผลิต

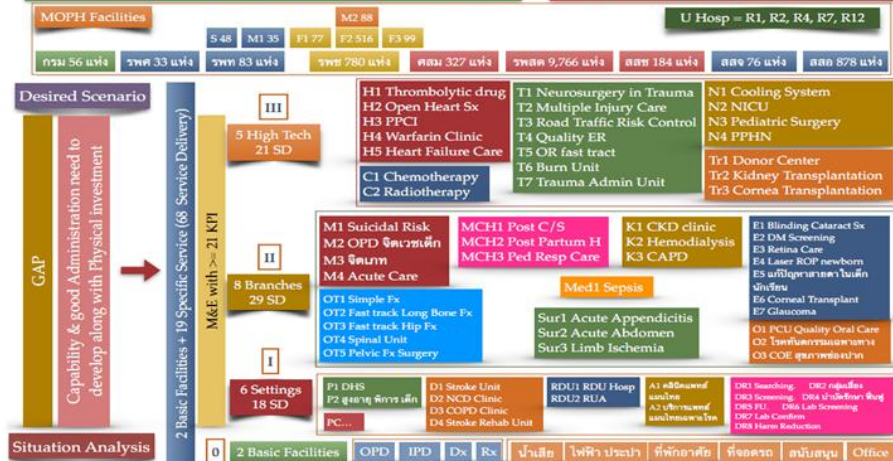
3. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน

- ✓ อาคารบริการ เช่น OPD IPD อาคารรักษา
- ✓ อาคารและระบบสนับสนุน เช่น อาคารซักฟอก อาคารสำนักงาน ที่พัก ฯลฯ
- ✓ ครูภัณฑ์ ทั้งด้านการรักษา วินิจฉัย การช่วยชีวิต และการสนับสนุนการจัดการบริการ

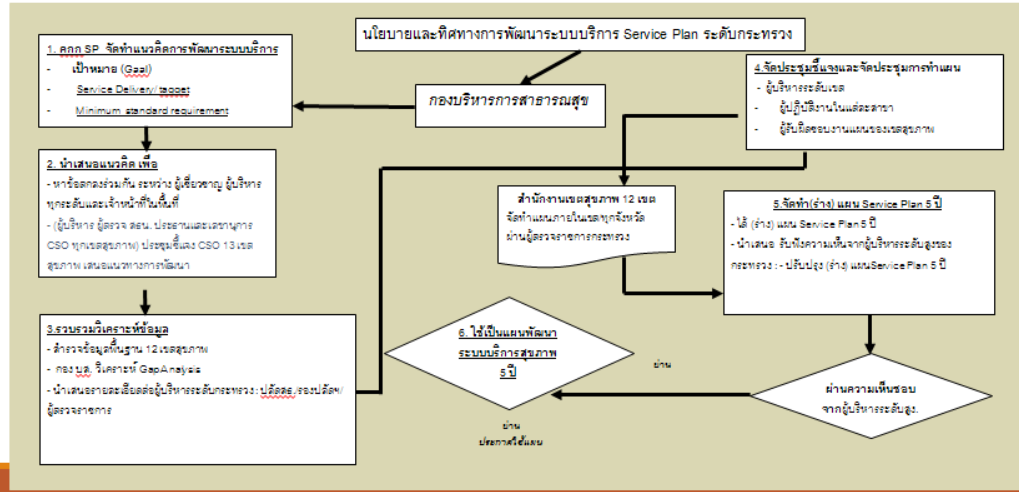
ภาพรวมแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560 - 2564

กรอบแนวคิด : Seamless Service Network, Self Contain & Referral Hospital Cascade

เป้าหมาย : ลดป่วย ลดตาย ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย



ขั้นตอนในการดำเนินการ



5 Excellences - 19 Service Delivery & Targets

SD	รายการ	กรม 63	A 33	S 48	M1 35	M2 88	F1 77	F2 516	F3 99	ผลม 327	รพสต 9766	สธ 184	ลจ 76	ลธ 878
H1	บริการให้ยาละลายสัปดาห์เดียวในผู้ป่วย STEMI		0	0	0	0	0	77						
H2	บริการผ่าตัดหัวใจ		15											
H3	บริการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary Percutaneous Cardiac Intervention-PPCI)		14											
H4	บริการให้ยา Warfarin ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการผ่าตัดหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจ		0	0	0	0	0	126						
H5	บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว		1	5										

Service Delivery - Minimum Standard Requirements

H1 บริการให้ยาละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)		H2 บริการผ่าตัดหัวใจ		A1 OPD คู่ขนานแพทย์แผนไทย	
1. บุคลากร แพทย์ 1 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาล 2 คน		1. บุคลากร อายุรแพทย์โรคหัวใจ 1 คน ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก 1 คน วิสัญญีแพทย์โรคหัวใจ 1 คน แพทย์/ นักกายภาพบำบัด 2 คน พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ด้านศัลยกรรม 16 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 2 คน วิสัญญีพยาบาล 2 คน พยาบาลเฉพาะทาง Nurse case manager 1 คน นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และหรือ พยาบาล (perfusionist) 2 คน		1. บุคลากร แพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์ 3 คน	
2. ครุภัณฑ์ ระบบการปรึกษาทางไกล 1 ชุด		2. ครุภัณฑ์ เครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiograph) with TEE 1 เครื่อง เครื่องช่วยชีวิต CPR set with Defibrillator including External 1 เครื่อง ... เครื่องช่วยการทำงานของปอดและหัวใจ (ECMO) 1 เครื่อง		2. ครุภัณฑ์ เตียงตรวจโรค 1 เตียง ...	
3. สิ่งก่อสร้าง -		3. สิ่งก่อสร้าง ห้องผ่าตัดหัวใจพร้อมอุปกรณ์ 1 ห้อง ...		3. สิ่งก่อสร้าง ปรับปรุงอาคารสถานที่ 1 ...	

สำนักบริหารการสาธารณสุข สป. สอ. กุมภาพันธ์ 59

ผลสรุปแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สรุปภาพรวมการลงทุน แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2561-2564

เลข	1. สิ่งก่อสร้าง		2. ครุภัณฑ์				3. บุคลากร				งบประมาณ (ล้านบาท)	
	บริการดูแลรักษา	สนับสนุน	ช่วยชีวิต	วินิจฉัย	วินิจฉัย รักษา	รักษา	สนับสนุน	แพทย์	ทันตกรรม	พยาบาล		อื่นๆ
1	1,438	1,615	159	506	55	1,273	257	8	20	39	2	5,372
2	1,278	2,611	193	660	38	1,198	536	1	23	11	2	6,551
3	1,624	1,436	104	246	225	868	166	2	17	39	3	4,733
4	1,509	2,329	296	1,032	139	1,451	460	14	26	42	3	7,302
5	2,621	1,680	103	560	96	1,087	324	22	34	50	2	6,581
6	1,910	1,759	109	705	31	1,148	228	2	44	21	3	5,962
7	2,468	1,398	235	981	59	1,545	311	11	13	92	6	7,118
8	2,804	2,507	98	612	29	1,013	188	4	53	18	2	7,328
9	2,621	1,775	160	1,200	25	991	290	5	85	28	3	7,184
10	2,237	1,390	106	639	7	781	134	15	30	57	5	5,403
11	964	910	217	873	77	1,131	424	4	29	39	2	4,672
12	1,638	1,890	136	300	50	648	206	2	22	21	6	4,920
รวม	23,112	21,300	1,916	8,314	831	13,134	3,524	90	396	457	39	73,127

ข้อสรุปแผนปฏิบัติการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2560 - 2564

	2559	2560	2564
1. การออกแบบระบบบริการสุขภาพตาม Health Needs ของประชาชน	✓✓✓	✓✓	✓✓
2. Leadership Alignment	✓	✓✓	✓✓✓
3. ความร่วมมือ บูรณาการกับทุกภาคส่วน – มหาวิทยาลัย กระทรวงอื่น ๆ เอกชน อื่น ๆ	✓	✓✓	✓✓✓
4. เพิ่มศักยภาพบุคลากร	✓	✓✓	✓✓✓
5. รับรู้ เข้าใจถึงประชาชน	✓	✓✓	✓✓✓
6. กระบวนการ เชื่อมโยงถึงหน่วยปฐมภูมิ	✓	✓✓	✓✓✓
7. การลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	✓✓✓	✓✓	✓✓

จุดแข็งของการดำเนินการ

- 1) ดำเนินการที่ชัดเจนภายใต้คณะกรรมการกำกับทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับประเทศ ที่มีความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข กับหน่วยงานทุกภาคส่วน ได้แก่ มหาวิทยาลัย ราชวิทยาลัย ภาควิชาที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับกระทรวงและระดับพื้นที่
- 2) มีการกำหนดเป้าหมายและมาตรฐานการบริการ ทั้งบริการที่จะต้องส่งมอบให้กับประชาชน (Service Delivery) เป้าหมายบริการที่จะต้องส่งมอบในแต่ละรูปแบบบริการ สิ่งสนับสนุนต่างๆ ที่จะต้องมีในการจัดบริการที่เน้นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

จุดอ่อน

ในการดำเนินการจัดทำแผนครั้งนี้ ทำในภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ควรดำเนินการจัดทำแผนที่บูรณาการทั้งในส่วน of หน่วยงานอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และแผนในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ระดับหน่วยงาน

1. มีหน่วยบริการสุขภาพ ที่มีความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน
2. มีการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการให้สามารถให้บริการได้ตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ (Area Health Needs) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีการพัฒนาความพร้อมของบุคลากรในองค์กร

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ประชาชน

1. ประชาชนทุกช่วงอายุ และทุกกลุ่มประชากรได้รับบริการด้านสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพ อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน
2. ประชาชน สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม
3. ประชาชนมีสุขภาพดี เจ็บป่วยน้อยลง ลดอัตราตาย หรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมทั้งมีความมั่นใจในกรณีที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลที่เชื่อมโยงตั้งบริการระดับปฐมภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงภายในเขตสุขภาพ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ระดับประเทศ

1. ยกระดับศักยภาพของประเทศด้านระบบสุขภาพ
2. ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถประกอบอาชีพ เพื่อสร้างผลผลิต และรายได้ให้กับประเทศ
3. ลดความสูญเสียทางสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ



แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ความเป็นมา

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ที่มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการปฐมภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง การแบ่งเขตสุขภาพเพื่อให้แบ่งการดูแลประชากรอย่างเหมาะสม (Economy of Scale) โดยให้แต่ละเขตสุขภาพครอบคลุมสถานบริการ ๔ - ๘ จังหวัด และดูแลประชากรประมาณ ๓ - ๕ ล้านคน รวมทั้งสิ้น ๑๒ เขตสุขภาพ และเขตกรุงเทพมหานคร มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพสถานบริการแต่ละระดับให้เป็นตามขีดความสามารถที่กำหนด การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ซึ่งปัจจุบันนี้ กำหนดไว้ที่ ๑๙ สาขา รวมทั้งมีระบบการส่งต่อภายในเครือข่าย (Referral Hospital Cascade) เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างเบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย (Self - Contain) สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ โดยมีเป้าหมายหลักคือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย

กรอบในการดำเนินการ

๑. การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสุขภาพให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่ควรเป็นตามระดับของสถานบริการสุขภาพที่ถูกกำหนดไว้ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเจริญเติบโตของสถานบริการสุขภาพ เน้นการใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

๒. การพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ปัจจุบันมีจำนวน ๑๙ สาขา ได้แก่ ๑) สาขาโรคหัวใจ ๒) สาขาโรคมะเร็ง ๓) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๔) สาขาทารกแรกเกิด ๕) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ๖) สาขาแม่และเด็ก ๗) สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ ๘) สาขาสุขภาพช่องปาก ๙) สาขาไต ๑๐) สาขาทา ๑๑) สาขาโรคไม่ติดต่อ ๑๒) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ๑๓) สาขาการรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ ๑๔) สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ๑๕) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ๑๖) สาขาศัลยกรรม ๑๗) สาขาเยาวยุติ ๑๘) สาขาอายุรกรรม ๑๙) สาขาออร์โธปิดิกส์

กลยุทธ์หลัก

๑. พัฒนาระบบบริการที่สำคัญตามความจำเป็นด้านสุขภาพของพื้นที่ (Area Health Needs) ที่มีความครอบคลุมทั้งด้าน

๑.๑ การเข้าถึงบริการที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ได้แก่โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ การรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ

๑.๒ การเข้าถึงบริการหลักที่มีคุณภาพมาตรฐาน และ

๑.๓ มีพื้นฐานระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน

๒. การพัฒนาบุคลากรสำหรับระบบสุขภาพในสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุน เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ทั้งในด้านการพัฒนาบุคลากรระยะสั้น และการวางแผนการผลิตบุคลากรในระยะยาว

๓. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการจัดบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ทั้งด้าน
- ๓. ๑ พัฒนาอาคารบริการ เช่น ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องพักรักษาใน อาคารรักษา
 - ๓.๒ อาคารและระบบสนับสนุน เช่น อาคารซักฟอก อาคารสำนักงาน อาคารที่พักอาศัย บุคลากร อาคารจอดรถ ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบไฟฟ้า ประปา
 - ๓.๓ ครุภัณฑ์ ทั้งในด้านการรักษา วินิจฉัย การช่วยชีวิต และการสนับสนุนการจัดบริการ

ขั้นตอนในการดำเนินการ

๑. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกสาขา ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา จัดทำแนวทางการพัฒนาระบบในการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับประชาชนโดยมีการกำหนดกิจกรรมบริการ (Service Delivery) กำหนดมาตรฐานทรัพยากรขั้นต่ำ (Minimum Standard Requirement) ในการดำเนินการแต่ละกิจกรรมบริการ พร้อมระดับของสถานบริการที่ต้องให้บริการได้ในแต่ละกิจกรรม และระบบการควบคุมกำกับกับการดำเนินการพัฒนาระบบบริการใน ๑๙ สาขา

๒. ประชุมนำเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการของแต่ละสาขาในเรื่องกิจกรรมบริการ (Service Delivery) มาตรฐานทรัพยากรขั้นต่ำ (Minimum Requirement Standard) และเป้าหมายระดับของสถานบริการเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันระหว่าง ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ ระดับกระทรวงและพื้นที่ ในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ ๕ ปี

๓. กองบริหารการสาธารณสุข รวบรวมข้อมูล ตามแบบฟอร์มการสำรวจโครงสร้างพื้นฐาน ด้านการวินิจฉัยและการรักษา ด้านระบบสนับสนุนการจัดบริการ ได้แก่ ระบบการกำจัดน้ำเสีย ระบบไฟฟ้า ระบบประปา อาคารสำนักงาน อาคารบ้านพักบุคลากร อาคารจอดรถ อาคารสนับสนุนอื่นๆ เช่น โรงครัว อาคารซักล้าง และศักยภาพระบบบริการ ๑๙ สาขา ในหน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของ ๑๒ เขตสุขภาพ นำมาทำการวิเคราะห์หาส่วนขาด และวางแผนการสนับสนุนงบประมาณ นำมาปรับปรุงแล้วส่งข้อมูลกลับให้พื้นที่ยืนยันข้อมูลผ่านผู้ตรวจราชการแต่ละเขต และนำมาวางแผนพัฒนาระดับกระทรวง เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ภายใน ปีพ.ศ. ๒๕๖๕

๔. จัดประชุมชี้แจงผู้บริหารระดับเขตสุขภาพและผู้ปฏิบัติและในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ปี ของเขตสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามกรอบทิศทางที่กระทรวงวางไว้

๕. ให้ทุกเขตสุขภาพจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ ปี ที่ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของทุกสาขา ครอบคลุมกิจกรรมบริการ (Service Delivery) ที่ต้องให้บริการและยัง無法ให้บริการได้ในสถานบริการเป้าหมาย ทั้งด้านสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ที่จำเป็น รวมทั้งแผนกำลังคน และแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้สามารถบริการ ได้

๖. กองบริหารการสาธารณสุข รวบรวมแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ ปีของทุกสาขา ๑๒ เขตสุขภาพ ที่ผ่านความเห็นชอบของผู้ตรวจราชการแต่ละเขต นำเสนอผู้บริหารระดับสูง เพื่อปรับปรุงแผนดังกล่าวให้สมบูรณ์ (แก้ไข ปรับปรุง ๓ ครั้ง)

๗. ประกาศใช้แผน

ผลสรุปแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สรุปภาพรวมการลงทุน แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2561-2564

เขต	1. สิ่งก่อสร้าง		2. ครุภัณฑ์					3. บุคลากร				งบประมาณ (ล้านบาท)
	บริการดูแลรักษา	สนับสนุน	ช่วยชีวิต	วินิจฉัย	วินิจฉัย_รักษา	รักษา	สนับสนุน	แพทย์	ทันตกรรม	พยาบาล	อื่นๆ	
1	1,438	1,615	159	506	55	1,273	257	8	20	39	2	5,372
2	1,278	2,611	193	660	38	1,198	536	1	23	11	2	6,551
3	1,624	1,436	104	246	225	868	166	2	17	39	3	4,733
4	1,509	2,329	296	1,032	139	1,451	460	14	26	42	3	7,302
5	2,621	1,680	103	560	96	1,087	324	22	34	50	2	6,581
6	1,910	1,759	109	705	31	1,148	228	2	44	21	3	5,962
7	2,468	1,398	235	981	59	1,545	311	11	13	92	6	7,118
8	2,804	2,507	98	612	29	1,013	188	4	53	18	2	7,328
9	2,621	1,775	160	1,200	25	991	290	5	85	28	3	7,184
10	2,237	1,390	106	639	7	781	134	15	30	57	5	5,403
11	964	910	217	873	77	1,131	424	4	29	39	2	4,672
12	1,638	1,890	136	300	50	648	206	2	22	21	6	4,920
รวม	23,112	21,300	1,916	8,314	831	13,134	3,524	90	396	457	39	73,127

ข้อสรุปแผนปฏิบัติการตาม แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2560-2564

	2559	2560	2564
1. การออกแบบระบบบริการสุขภาพตาม Health Needs ของประชาชน	✓✓✓	✓✓	✓✓
2. Leadership Alignment	✓	✓✓	✓✓✓
3. ความร่วมมือ บูรณาการกับทุกภาคส่วน - มหาวิทยาลัย กระทรวงอื่นๆ เอกชน อื่นๆ	✓	✓✓	✓✓✓
4. เพิ่มศักยภาพบุคลากร	✓	✓✓	✓✓✓
5. รับรู้ เข้าใจถึงประชาชน	✓	✓✓	✓✓✓
6. กระบวนการ เชื่อมโยงถึงหน่วยปฐมภูมิ	✓	✓✓	✓✓✓
7. การลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	✓✓✓	✓✓	✓✓

จุดแข็งของการดำเนินการ

๑. ดำเนินการที่ชัดเจนภายใต้คณะกรรมการกำกับทิศการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับประเทศ ที่มีความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข กับหน่วยงานทุกภาคส่วน ได้แก่ มหาวิทยาลัย ราชวิทยาลัย ภาควิชา เครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับกระทรวงและระดับพื้นที่

๒) มีการกำหนดเป้าหมายและมาตรฐานการบริการ ทั้งบริการที่จะต้องส่งมอบให้กับประชาชน (Service Delivery) เป้าหมายบริการที่จะต้องส่งมอบในแต่ละรูปแบบบริการ สิ่งสนับสนุนต่างๆที่จะต้องมีในการจัดบริการที่เน้นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

จุดด้อย

ในการดำเนินการจัดทำแผนครั้งนี้ ทำในภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ควรดำเนินการจัดทำแผนที่บูรณาการทั้งในส่วนหน่วยงานอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และแผนในเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร

ผลที่คาดว่าจะได้รับ แบ่งเป็นระดับ ดังนี้

ระดับหน่วยงาน

๑. มีหน่วยบริการสุขภาพ ที่มีความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึงศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง

๒. มีการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการให้สามารถให้บริการได้ตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ (Area Health Needs) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. มีการพัฒนาความพร้อมของบุคลากรในองค์กร ให้มีเพียงพอ และมีสมรรถนะที่สามารถปฏิบัติงานในการให้บริการด้านสุขภาพได้

ประชาชน

๑. ประชาชนทุกช่วงอายุ และทุกกลุ่มประชากรได้รับบริการด้านสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพ อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒. ประชาชน สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรมในทุกเขตสุขภาพ

๓. ประชาชนมีสุขภาพดี เจ็บป่วยน้อยลง ลดอัตราตาย หรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมทั้งมีความมั่นใจในกรณีที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลที่เชื่อมโยงตั้งบริการระดับปฐมภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงภายในเขตสุขภาพ

ระดับประเทศ

๑. ยกระดับศักยภาพของประเทศด้านระบบสุขภาพ ให้เป็นระบบที่มีความพร้อมเป็นที่ยอมรับต่อนานาชาติ ลดความเสี่ยงที่จะกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ในกรณีที่มีเหตุต้องใช้บริการด้านสุขภาพ

๒. ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถประกอบอาชีพ เพื่อสร้างผลผลิต และรายได้ให้กับประเทศทำให้ประเทศมีเศรษฐกิจดี สร้างความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน

๓. ลดความสูญเสียทางสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ได้มีการประเมินมูลค่าทางเศรษฐกิจต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ