

แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และสุขภาพองค์รวม



แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
(Service Plan)
กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษา	: ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์โสภณ เมฆธน) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 1-12 ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข (นายแพทย์ธงชัย กีรติหัตถยากร)	
ผู้เขียน	: คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและสุขภาพองค์รวม)	
กองบรรณาธิการ	: แพทย์หญิงจิรพรรณ อารยะพงษ์ นางทัศนีย์ สุมามาลย์ นางพิจณา เพ็ญกิตติ นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์	: นางภัทราพร จงพิพัฒน์วินิชย์ นางธันนัน สิงห์หัต นางธนกร ธิ เปียสวน นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	: นางสมสินี เกษมศิลป์ นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง นายพิทยา สร้อยสำโรง นางอรชร พฤษษ์สุวรรณ นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์ นางจอมขวัญ รุ่งโชติ นางวิราณี นาคสุข นางพุลศรี ไชยประสิทธิ์ นางลดาวัลย์ นกหมุด	: นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด นางชวนพิศ อัครปัญญาวิทย์ นางสุภาพร ทัพพะวัฒนะ นางณัฐภิญญา รังสินธุ์ นางสาวเรืองรำไพ พันธุ์เมธิ์ศรี นางสาวสุประวีณ์ เมฆฉาย นางอรุณศรี ดันติวราภรณ์
ผู้ประสานงาน	: นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	: นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง
จัดพิมพ์และเผยแพร่	: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
พิมพ์ที่	: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด	
ปีที่พิมพ์	: กรกฎาคม 2556	
จำนวน	: 5,000 เล่ม	
ISBN	: 978-616-11-1612-5	

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข เล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม ในปีงบประมาณ 2554-2555 ได้มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี เพื่อตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันทั่วทั้งที่ โดยมีกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิเข้าด้วยกัน แต่ละเครือข่ายครอบคลุมสถานบริการภายใน 4-8 จังหวัด ดูแลประชากรประมาณ 3-5 ล้านคน รวมทั้งสิ้น 12 เครือข่าย และพัฒนาสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ที่เชื่อมโยงในภาพของเครือข่ายบริการ สามารถรองรับการส่งต่อได้อย่างสมบูรณ์ เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน ทั่วถึงเป็นธรรม

การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา มุ่งเน้นด้านการรักษาและเป็นความต้องการของผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างสูงสุด ในปีงบประมาณ 2556 จึงเน้นการจัดบริการที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพเข้าด้วยกัน เน้นการบริหารจัดการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน ใช้ความเป็นพี่น้องที่เกื้อกูลกัน เพื่อให้การใช้ทรัพยากรภายในเครือข่ายที่มีอย่างจำกัดเกิดประโยชน์สูงสุด และสามารถดำเนินงานได้ โดยกำหนดโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ดังนี้ 1) หัวใจ 2) มะเร็ง 3) อุบัติเหตุ 4) ทารกแรกเกิด 5) สุขภาพจิตและจิตเวช 6) ตาและไต 7) 5 สาขาหลัก 8) ทันตกรรม 9) บริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ และสุขภาพองค์รวม 10) โรคไม่ติดต่อ (DM, HT, COPD, Stroke) มีเป้าหมายการดำเนินงาน 6 ประการ คือ ลดอัตราการตาย ลดอัตราป่วย ลดระยะเวลารอคอย มาตรฐานการบริการ การเข้าถึงบริการ ลดค่าใช้จ่าย โดยได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในส่วนภูมิภาค และผู้เกี่ยวข้องให้เกียรติเป็นกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาที่สำคัญ จัดทำแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของสถานบริการแต่ละระดับจนแล้วเสร็จ

สำนักบริหารการสาธารณสุข หวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่จัดทำขึ้นจะเป็นประโยชน์ต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นกรอบการพัฒนาขีดความสามารถของระบบบริการที่สามารถบริการเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการ นำไปสู่การที่ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำนักบริหารการสาธารณสุข
กรกฎาคม 2556

สารบัญ

บทที่ 1	ที่มาและความสำคัญ	1
บทที่ 2	แนวทางการจัดบริการ	8
	2.1 การจัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว	10
	2.2 งานสุขภาพจิต และสุขภาพจิตชุมชน	13
	2.3 งานฟื้นฟูสุขภาพ	18
	2.4 งานการแพทย์แผนไทย	24
บทที่ 3	การติดตาม ประเมินผล ในระดับจังหวัด เขตสุขภาพ กระทรวง	27
เอกสารอ้างอิง		30
ภาคผนวก		31
	- สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 209/2555 เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ	
	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	
	- ภาพที่ 1 แผนที่แสดงการแบ่งเขตสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ	
	- ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลประชากร สถานบริการสาธารณสุข และทรัพยากรสุขภาพ เขตสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ ปี 2555	
	- ตารางที่ 2 แสดงสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรแยกรายเขตสุขภาพ	

บทที่ 1

ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการลดลงของอัตราเกิดและอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่ยืนยาวขึ้น โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้น¹ ตามลำดับดังนี้ ในปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็น 5.9 ล้านคน หรือร้อยละ 9.4 ปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 7.0 ล้านคนหรือร้อยละ 10.7 ปี 2553 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.8 และในปี 2565 คาดว่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 18 ทำให้แบบแผนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเปลี่ยนจากโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบาดเจ็บอันเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) พบว่า ในปี 2548 ร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของโลก (ราว 35 ล้านคน) เกิดจากโรคเรื้อรัง และกว่าครึ่งของจำนวนนี้คือ ประมาณ 17 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณการณ์ว่าในปี 2558 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 23 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 17% ถ้าไม่มีมาตรการใดๆ เพื่อมาป้องกัน นอกจากนั้น องค์การอนามัยโรคระบุว่าภาระโรค (Burden of disease) มากกว่าครึ่งเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระในระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม การสูญเสียของประชากรก่อนวัยอันควร และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ²

จากผลการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย³ พบว่าประชากรไทยมักไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเรื้อรังหรือกลุ่มที่รู้ตัวว่าเป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมอาการและการดูแลรักษาตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งภาวะดังกล่าวมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต ซึ่งรวมถึงการถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอันเนื่องมาจากขบวนการ จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทางกายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ โดยในปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คนใน 10 ปีข้างหน้า⁴ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพเป็นอย่างมาก

¹ สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, ปี 2547

² สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. รายงานการสาธารณสุขไทย 2551 - 2553. กระทรวงสาธารณสุข.

³ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, สุขภาพคนไทย 2554

⁴ วรเวช สุวรรณระดาและคณะ. รายงานเบื้องต้นโครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้าง ความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ. 2553

การจัดบริการสุขภาพของประเทศไทย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care) 2) บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และ 3) บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ซึ่งบริการทั้ง 3 ระดับต้องมีลักษณะเชื่อมโยงกัน ใน 3 ลักษณะสำคัญคือ 1) บทบาทในแต่ละส่วนจะต้องประสานเชื่อมโยงกันอย่างบูรณาการ เกิดเป็นบริการที่มีคุณภาพทั้งเชิงสังคมและเทคนิคบริการ 2) หน่วยบริการจะต้องมีบทบาทหลักที่เฉพาะ ไม่ซ้ำซ้อนในการจัดบริการ และ 3) มีการเชื่อมต่อกันอย่างเหมาะสม⁵ ดังนี้

บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน (Integrated care) ทั้งด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เน้นการให้บริการเชิงรุก ให้กับกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป

บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) ซึ่งเป็นการบริการในระดับโรงพยาบาล เป้าหมายคือ เน้นการรักษา ดูแลต่อเนื่อง ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ส่งเสริมการสร้างความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง (Self-management Support)

บริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) มีเป้าหมายเน้นในการรักษาโรคที่ซับซ้อน ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน ประคับประคองเพื่อลดอันตราย และความพิการ

สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในแต่ละวันมีจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถดูแลได้ในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ทำให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิไม่สามารถให้การดูแลในโรคที่เป็นปัญหาซับซ้อนได้อย่างเต็มที่ ซึ่งถือเป็นจุดอ่อนที่สำคัญของระบบบริการในปัจจุบัน ในขณะที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิก็มีข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากรที่มีจำนวนน้อย มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำ (เต็มเวลาหรือเป็นช่วงเวลา) เพียงร้อยละ 0.31 เท่านั้น⁶ การพัฒนาบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็งจึงจำเป็นต้องพัฒนาในลักษณะเครือข่ายบริการ โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่าย (ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ) ให้การสนับสนุน โดยเฉพาะการสนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งด้านทรัพยากร องค์ความรู้ และการสนับสนุนเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ เพื่อให้สามารถได้ครอบคลุมบริการทั้ง ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

⁵ ธีระพงษ์ แก้วหาญ, การพัฒนาสุขภาพเพื่อมวลชน, 2543

⁶ นงลักษณ์ พะโกยะ, กำลังคนด้านสุขภาพ : ที่เข้ามา เป็นอยู่ และจะเป็นไป, 2554

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพองค์รวม ในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาล แม่ข่ายและขยายบริการลงสู่ระดับปฐมภูมิ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลประชาชน
2. เพื่อลดความแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลและประชาชนเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ
3. ลดอัตราป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ
4. ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว
5. เพื่อสร้างระบบเครือข่ายบริการระดับอำเภอ สนับสนุนวิชาการและการส่งต่อ

เป้าหมายการดำเนินงาน

1. ผู้รับบริการตามกลุ่มวัยเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับพื้นฐาน (Basic PP service)
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ ANC ครอบคลุม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
3. เด็กทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปีได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ WCC ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
4. ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ได้รับการพัฒนาทักษะทางกายและใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
5. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ร้อยละ 80
6. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากกว่าหรือเท่ากับ 31
7. ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมร้อยละ 100
8. จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เพื่อให้บริการระดับปฐมภูมิ แก่ประชากรในเขตเมือง / ชุมชนหนาแน่น โดยมีประชากรที่รับผิดชอบไม่เกินกว่า 30,000 คนต่อ 1 แห่ง

สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ

ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นครอบคลุม 4 มิติ ทั้งด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงบริการเชิงรุก ในชุมชน อย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงกันตั้งแต่บริการระดับปฐมภูมิ กุติกรรม และตติยกรรม สร้างความเข้มแข็งของชุมชน ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพลดลง

การวิเคราะห์ภาพรวมสาขาบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและสุขภาพองค์รวม 12 เขตสุขภาพ

ประเด็นปัญหา	มาตรการหลัก	Better Service			More Efficiency
		Faster	Safer	คุณภาพอื่นๆ ดีขึ้น	
1. การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น	- พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนและกลุ่มเสี่ยง	- ลดความแออัดของผู้ป่วยใน รพ. *OP รพ.ระดับ A S M1 ไม่เพิ่มขึ้นในปี 2556 และลดลง 30% ภายใน 5 ปี *OP ผู้ป่วยเรื้อรังใน ศสม./รพ.สต. มากกว่า 50% ใน 5 ปี - ระยะเวลาารอคอย OPD ใน รพ. ตติยภูมิ/ทุติยภูมิ ลดลง	- ลดอัตราป่วยรายใหม่ไม่เกิน 5% ภายใน 3 ปี - ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย - อัตราการนอน รพ. ของผู้ป่วยลดลง	- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้สูงอายุดีขึ้น - ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพจากบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน	- ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพลดลง - ลดต้นทุนการบริการ
2. บริการไม่ทั่วถึงขาดความเชื่อมโยงและการบูรณาการไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่	- พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่		- มีระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มวัยและกลุ่มโรคที่สำคัญ	- จัดบริการสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	

ประเด็นปัญหา	มาตรการหลัก	Better Service		More Efficiency
		Faster	Safer	
	- สร้างคุณค่าและการยอมรับระบบบริการปฐมภูมิเพื่อลดความแออัดของ รพ.แม่ข่าย/รพ.เขตเมือง	- การจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) - มีระบบนัดหมาย - บริการใกล้บ้านใกล้ใจ - ช่องทางพิเศษ Fast track รับส่งต่อจากปฐมภูมิ - Seamless ลัดขั้นตอน การให้บริการความสัมพันธาระหว่าง รพ.กับ รพ.สต. สิ้นสุด		- ปัญหาการรยาเป็นระบบเดียวกันและมี ความเชื่อมโยงกับแม่ข่าย - ระบบข้อมูลและ เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นระบบฐานข้อมูลเดียวกันภายในเครือข่าย/จังหวัด
3. ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและท้องถิ่น	ส่งเสริมการทำงานให้เป็นภาพ District Health System			- ประชาชนดูแลตนเองได้ - การแบ่งปันทรัพยากร

ประเด็นปัญหา	มาตรการหลัก	Better Service			More Efficiency
		Faster	Safer	คุณภาพอื่นๆ ดีขึ้น	
4. ความแออัดและ ระยะเวลารอคอยใน โรงพยาบาลแม่ข่าย	- พัฒนาการเก็บข้อมูลระดับอำเภอ - พัฒนาการเรียนรู้ตามบริบทของพื้นที่โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาพัฒนาบริการ		- มีแพทย์/แพทย์เวชศาสตร์เป็นที่ปรึกษา - มีหมอประจำครอบครัวดูแลสุขภาพประชาชน - บริการส่งเสริมสุขภาพและบริการฟื้นฟูพื้นฐานครอบครัว	- จัดบริการตามมาตรฐานการกิจหลัก/CPG - Self Care - มีระบบ Data center ที่เป็นฐานข้อมูลเดียวกันทั้งเครือข่าย / จังหวัด	- บุคลากรปฐมภูมิได้รับการพัฒนาสมรรถนะทักษะในการทำงาน - การดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายมีประสิทธิภาพ
5. บริการชั้นสูง สาธารณสุข - การให้บริการทาง ห้องปฏิบัติการยังไม่ ได้ตามมาตรฐาน สถานบริการในแต่ละ ระดับ (ข้อจำกัดด้าน ทรัพยากรและบุคลากร ด้านวิชาชีพเทคนิค การแพทย์)	- พัฒนาศักยภาพการให้บริการทางห้องปฏิบัติการในแต่ละระดับ A, S, M1, M2, F1 - F2	- ลดการแออัดในการรอเจาะเลือด		- ห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์ทุกระดับใน เครือข่ายผ่านการรับรอง ตามมาตรฐานเทคนิค การแพทย์	- การลดงบราคา, ค่าบริการร่วมวัสดุ วิทยาศาสตร์ระดับ จังหวัดและระดับ เครือข่าย

ประเด็นปัญหา	มาตรการหลัก	Better Service			More Efficiency
		Faster	Safer	คุณภาพอื่นๆ ดีขึ้น	
- การให้บริการทางห้องปฏิบัติการทางแพทยายังไม่ครอบคลุมทุก ศสม. และ รพ.สต.	- พัฒนาศักยภาพของ ศสม./รพ.สต.ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน	- ลดระยะเวลาการคอยผลการตรวจวิเคราะห์		- มีการควบคุมคุณภาพการเก็บและส่งสิ่งส่งตรวจในศสม./รพ.สต. อย่างถูกต้องเหมาะสม	การตกลง, สืบราคา แล็บส่งต่อ (Out lab)
6. รพ. ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ทุกแห่งเนื่องจากมีทุกแห่งเนื่องจากมีจำนวนมาก	- พัฒนาหน่วยบริการทุกแห่งให้เป็นตามเกณฑ์คุณภาพ รพ. ผ่านเกณฑ์ HA	- หน่วยบริการจัดบริการในระดับต่างๆ ที่เหมาะสมกับการรองรับผู้ป่วยให้เกิดคุณภาพมาตรฐาน	- จัดบริการผสมผสานทั้งด้านส่งเสริมป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวม	- ประชาชนเข้าถึงง่ายด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ - เพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเอง	
7. กระบวนการพัฒนา รพ.สต. ตามแนวทาง PCA ยังดำเนินการอยู่ในขั้นที่ 1	- พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งให้เป็นตามเกณฑ์คุณภาพขั้นที่ 1 ทุกแห่ง ในปี 2556	- ผู้ป่วยได้รับบริการได้รวดเร็วและสะดวก	- หน่วยบริการได้คุณภาพมาตรฐาน - มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอยู่ประจำและให้บริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพ	- ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงตามเกณฑ์มาตรฐาน	- ต้นทุนของประชาชนในการมารับบริการสุขภาพลดลง

บทที่ 2

แนวทางการจัดบริการ

การจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานครอบคลุมกระบวนการบริการสุขภาพ 4 มิติ ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก มีการให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล เบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ มีการให้บริการต่อเนื่อง ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วย จนถึงหลังเจ็บป่วย ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มีการบริการประสานเชื่อมโยง ดูแลผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีระบบส่งต่อผู้ป่วย เน้นการดูแลเชิงสังคม โดยครอบคลุมทุกกลุ่มดังนี้

- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- กลุ่มเสี่ยงตามวัย : เด็กเล็กแรกเกิดถึง 5 ปี หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ
- กลุ่มผู้พิการ
- กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช
- กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หน่วยจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวม แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. ระดับปฐมภูมิ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ
 - 1.1 ระดับปฐมภูมิเขตเมือง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
 - 1.2 ระดับปฐมภูมิเขตชนบท ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน

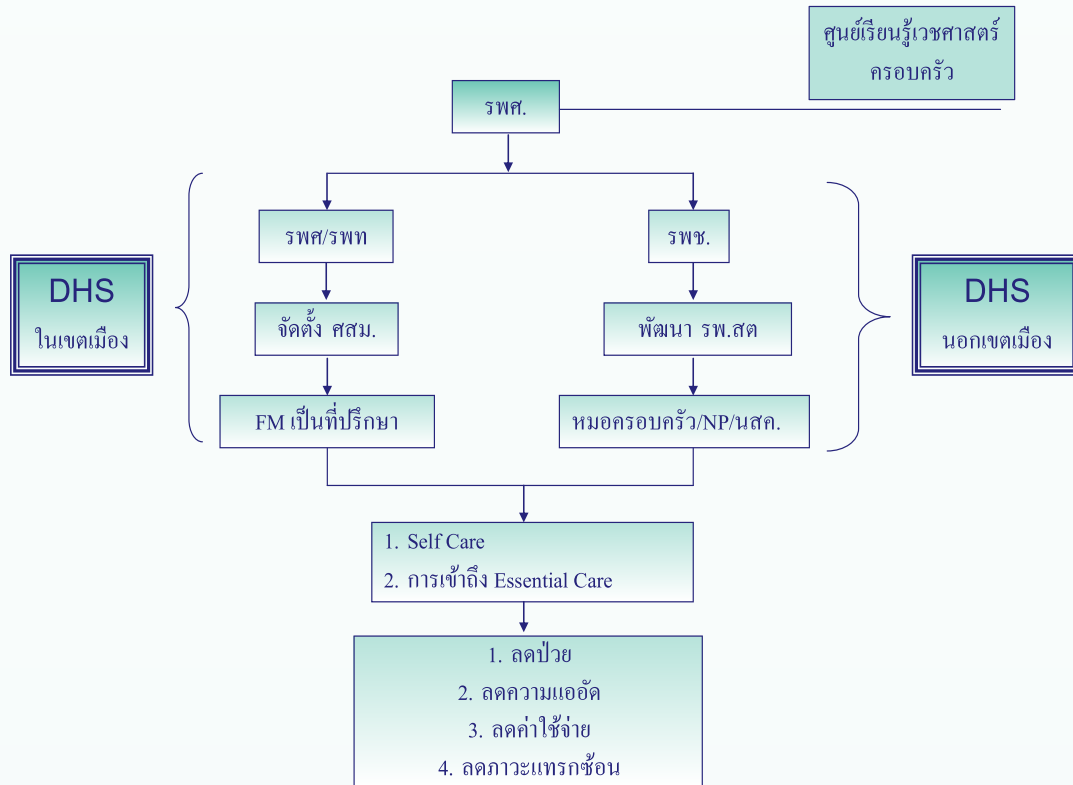
ระดับปฐมภูมิ		ระดับทุติยภูมิ
เขตเมือง	เขตชนบท	โรงพยาบาลชุมชน
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	
- จัดบริการตามหลักแบบเวชศาสตร์ครอบครัว - จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค - จัดบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	- ค้นหากลุ่มเสี่ยงตามกลุ่มวัย/ผู้ด้อยโอกาส - จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคตามกลุ่มวัย - จัดบริการรักษาโรคต่างๆ ในท้องถิ่น	- วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย - มีระบบสนับสนุนในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - ให้คำแนะนำ/เป็นที่ปรึกษาแก่หน่วยบริการ

ระดับปฐมภูมิ		ระดับทุติยภูมิ
เขตเมือง	เขตชนบท	โรงพยาบาลชุมชน
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	
- จัดบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบเบ็ดเสร็จ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ - จัดบริการ Home visit , Home Health Care & Home ward - การให้คำปรึกษา - การจัดบริการเชิงรุก	- จัดบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยที่ต้องการความต่อเนื่อง - จัดบริการ Home visit , Home Health Care & Home ward - การให้คำปรึกษา - การจัดบริการเชิงรุก	ปฐมภูมิเมื่อมีปัญหาในการดูแลประชาชนในพื้นที่ - ระบบติดตามการรักษา

มีทัศนคติสัมพันธ์การจัดบริการสุขภาพกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)

การจัดระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของอำเภอให้มีศักยภาพ สอดคล้องกับความจำเป็น หรือความต้องการและสภาพปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายแบบบูรณาการและในการจัดระบบการให้บริการต้องคำนึงถึงศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการแต่ละระดับ โดยการหาแนวทางจัดการร่วมกันในการจัดการปัญหาและอุปสรรคในรูปคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (District Health Team) ที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันและเชื่อมประสานงานกัน วางกรอบแนวคิดการดำเนินงานรวมถึงการวางแผนเป้าหมายของการพัฒนาบริการสุขภาพระดับอำเภอที่เหมาะสมกับบริบท ซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ตัวแทนจากภาคประชาชน, ตัวแทนจากผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, รพ.สต.) อย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน และไร้รอยต่อระหว่างสถานบริการระดับต่างๆ ผลลัพธ์ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Quality of Life) และมีความสุข (Happiness)

ภาพแสดงความเชื่อมโยงการจัดการบริการสุขภาพองค์รวม



2.1 การจัดการบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว

ขอบเขตการให้บริการครอบคลุมทั้งเชิงรับและเชิงรุกผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงรูปแบบการให้บริการที่ประกอบด้วย การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (Acute) การเข้าใจภูมิหลังของผู้รับบริการ (Psychosocial) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion & Prevention) และความต่อเนื่อง (Continuity)

ลักษณะการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. การบริการในโรงพยาบาล ได้แก่

1.1 การให้บริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (patient center family and community oriented care) เน้นความรับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (comprehensive and continuity care) ผสมผสาน (integrated care) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (holistic care)

เช่น การเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง การเยี่ยมมารดาและทารก การฟื้นฟูสภาพ การช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำซ้อนในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ลด หรือ งดบุหรี่และสุรา การดูแลระยะยาว (long term care) และการดูแลระยะสุดท้าย (palliative care) เป็นต้น

1.2 การให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคประกอบด้วย การให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิก Love Care คลินิกให้คำปรึกษา บริการช่วยงดบุหรี่และสุรา คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกตรวจสุขภาพคัดกรอง เป็นต้น

1.3 การให้บริการด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบด้วย การให้บริการในคลินิกบำบัดยาเสพติด เช่น ยาบ้า บุหรี่ และสุรา คลินิกวัณโรค คลินิก ARV กลุ่มผู้รับบริการได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดเหล้า ผู้ติดบุหรี่ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยเอดส์

1.4 การให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ โดยจัดบริการเป็นคลินิกโรคเรื้อรังให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ครบวงจร มีเป้าหมายในการลดความแออัด ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้

2. การบริการในชุมชน ได้แก่ การบริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit & Home Health Care) การตรวจสุขภาพคัดกรองโรคโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่เช่น งานอนามัยโรงเรียน งานอาชีวอนามัย เป็นต้น

การจัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว	ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ	ศสม.	รพ.สต.
การจัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว	/	/	/
1.1 ด้านการรักษาพยาบาล			
- การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ	/	/	/
- การบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง	/	/	/
- การดูแลระยะยาว	/	/	/
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	/	/	/
- การดูแลผู้สูงอายุ	/	/	/

การจัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว	ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ	ศสม.	รพ.สต.
1.2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ - การให้บริการในคลินิกส่งเสริมสุขภาพต่างๆ เช่น คลินิก ฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็ก คลินิกให้คำปรึกษา คลินิก ตรวจสุขภาพคัดกรองโรค คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	/	/	/
1.3 ด้านการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพและความคุ้มครอง - ให้บริการในคลินิกพิเศษต่างๆ เช่น คลินิกบำบัดยาเสพติด เลิกบุหรี่ สุรา คลินิกวัณโรค คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี	/	/	-
1.4 ด้านการบริการในชุมชน - การให้บริการเยี่ยมบ้าน - ออานามัยโรงเรียน - อาชีวอนามัย	/	/	/

2.2 งานสุขภาพจิต และสุขภาพจิตชุมชน

การให้บริการแก่ชุมชนทางด้านการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในบุคคลทั่วไป การส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต และการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในบุคคลกลุ่มเสี่ยง การรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ดังนี้

กลุ่มตามวัย (วัยเด็ก วัยเรียนและวัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มผู้ป่วยทางจิต

ลักษณะการดำเนินงาน

งานสุขภาพจิต และสุขภาพจิตชุมชน	ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ	ศสม.	รพ.สต.
1. การตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา / เผื่อระวัง - มีการคัดกรองด้วยอนามัย 55 จัดบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก การกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย TDSI 70 ข้อ ในคลินิกสุขภาพเด็กดีที่มีคุณภาพมาตรฐาน (Well baby clinic / Well child clinic)	/	/	-
- มีการวินิจฉัย common disease ได้ทั้ง 10 โรค คือ จิตเภท วิตกกังวล โรคซึมเศร้า ภาวะปัญญาอ่อน ภาวะออทิสติก โรคสมาธิสั้น (ADHD) ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) Dementia, Alcohol dependence disorder และ Substance used disorder ให้การบำบัดรักษาตามมาตรฐาน และบริบทของโรงพยาบาล รวมทั้งให้การรักษาแบบเบื้องต้น แบบผู้ป่วยในได้	/	/	-
- ให้การวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช/ผู้ป่วยตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เบื้องต้นกรณีที่ ผู้ป่วยมีภาวะก้าวร้าวหรือไม่ร่วมมือในการบำบัดรักษา	/	/	-
- ระบุและจำแนกผู้ป่วยจิตเวชออกจากผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้ แต่ไม่ สามารถวินิจฉัยได้ในระดับ ICD หรือ DSM	/	/	-
- คัดกรอง ส่งต่ออย่างเหมาะสมและติดตามดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับมา อยู่ในชุมชน รวมถึงให้การส่งเสริมป้องกันและเผื่อระวังด้าน สุขภาพจิตในชุมชน	/	/	/

งานสุขภาพจิต และสุขภาพจิตชุมชน	ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ	ศสม.	รพ.สต.
- คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า และสามารถถ่ายทอดระบบคัดกรองและส่งต่อสู่ระดับชุมชน	/	/	/
- ร่วมติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับมาดูแลในพื้นที่	/	/	/
- คัดกรอง ส่งต่อและติดตามดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม	/	/	/
- คัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของตนเองได้	/	/	/
- ให้คำแนะนำและติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการล่าช้า	/	/	/
2. การให้การดูแลทางสังคมและจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มวัยรุ่น/วัยทำงาน/วัยสูงอายุ			
- จัด Psychosocial clinic ที่ได้มาตรฐาน	/	/	-
- มีผู้รับผิดชอบการให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ	/	/	-
- สหวิชาชีพสามารถบูรณาการงานการดูแลทางสังคมและจิตใจให้เข้าไปอยู่ในงานประจำของงานบริการทุกส่วนของโรงพยาบาล	/	/	-
- จัดระบบการให้การดูแลทางสังคมและจิตใจในโรงพยาบาล	/	/	-
- บูรณาการงานการดูแลทางสังคมและจิตใจให้เข้าไปอยู่ในงานประจำของงานบริการทุกส่วนของหน่วยบริการ	/	/	/
- พัฒนาระบบดูแลทางสังคมและจิตใจในศูนย์พึ่งได้ (OSCC) เพื่อให้การช่วยเหลือแก่สตรี/เด็กที่ถูกกระทำความรุนแรง ผู้สูงอายุ ผู้พิการที่ถูกทอดทิ้ง	/	-	-
- ระบบการบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรงเรียนกับสถานบริการสาธารณสุขในอำเภอ (One Clinic One School : OCOS)	/	-	-
- การดูแลทางสังคมจิตใจและการบริการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่น/วัยรุ่น/วัยทำงาน/วัยสูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น วัยรุ่นที่มีปัญหาท้องไม่พร้อม ปัญหาครอบครัว ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น	/	/	/
3. ด้านการส่งเสริม ป้องกัน			
- วางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเด็ก/วัยรุ่น/วัยทำงาน/ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาสร่วมกับชุมชน	/	/	/

งานสุขภาพจิต และสุขภาพจิตชุมชน	ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ	ศสม.	รพ.สต.
- จัดการงานส่งเสริม ป้องกันด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วยจิตเวช/ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/กลุ่มผู้พิการ/กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และญาติผู้ป่วย	/	/	/
- จัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปกติและกลุ่มเสี่ยง	/	/	/
- ส่งเสริมให้มีศูนย์เด็กเล็กในสถานประกอบการ	-	-	/
- พัฒนาโรงเรียนพ่อแม่ หรือศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน	-	-	/
- การจัดพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับครอบครัวและวัยรุ่น	-	-	/
4. ระบบยาจิตเวช			
- มียาจิตเวชที่จำเป็นใช้สำหรับบริการผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและ สนับสนุนหน่วยงานอื่นที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ	/	/	-
- มีระบบควบคุมความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการจัดเก็บ การ กระจายยาและการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยจิตเวช	/	/	-
- เกสเซอร์ที่รับผิดชอบ พยาบาล แพทย์มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ ยาจิตเวช สามารถให้การดูแล บำบัดรักษา และติดตามการใช้ ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้คำแนะนำปรึกษาหรือเป็นพี่เลี้ยง ให้กับบุคลากรในหน่วยงานอื่นๆ ได้	/	/	-
- มีการบันทึกเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวช การวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นอันมีสาเหตุเนื่องจากการใช้ยาจิตเวช	/	/	-
- มีระบบเฝ้าระวัง ติดตามดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ใช้ยาจิตเวช โดยเฉพาะยากลุ่มเสี่ยงหรือการใช้ยาที่มีปัญหาอันตรายถึงชีวิต เมื่อใช้ร่วมกัน	/	/	-
- มีการบริหารจัดการให้มียาจิตเวชที่จำเป็นใช้สำหรับบริการผู้ป่วย ทั้งใน รพ.และสนับสนุนหน่วยงานอื่นที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ เช่น รพ.สต.	/	/	-
- มีการควบคุมความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการจัดเก็บ การกระจายยา และการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยจิตเวชและให้ครอบคลุมถึง รพ.สต.	/	/	-
- เกสเซอร์ที่รับผิดชอบ พยาบาล แพทย์มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา จิตเวช สามารถให้การดูแลและติดตามการใช้ยาได้ ให้คำแนะนำ ปรึกษาแก่ผู้ป่วยหรือบุคลากรใน รพ.สต. ได้	/	/	-

งานสุขภาพจิต และสุขภาพจิตชุมชน	ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ	ศสม.	รพ.สต.
- มีกระบวนการสืบค้นประวัติการใช้ยา และส่งต่อหรือเชื่อมโยงข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยให้กับบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และมีความต่อเนื่องของการรักษาทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน	/	/	-
- มีระบบเฝ้าระวัง ติดตามดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวชอย่างต่อเนื่องเหมาะสมและปลอดภัย โดยเฉพาะการใช้ยากลุ่มเสี่ยงหรือการใช้ยาที่มีปัญหาอันตรกิริยาเมื่อใช้ร่วมกันรุนแรง	/	/	-
- มีการกำหนดตัวชี้วัดของการดำเนินงานโดยเฉพาะตัวชี้วัดด้านความปลอดภัย	/	/	-
- มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ประมวลผลและนำไปสู่การพัฒนา	/	/	-
- ติดต่อประสานกับหน่วยงานอื่นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง	-	-	/
- ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา	-	-	/
- รู้ว่าการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ใช้ยาจิตเวชและมีแนวทางจัดการเบื้องต้น	-	-	/
- ให้ความรู้ คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวช	-	-	/
- สนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย	-	-	/
- ช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง	-	-	/
- ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ	/	/	/
- มีข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาจิตเวชในเขตรับผิดชอบ	/	/	/
- ส่งต่อข้อมูลสำคัญด้านยาระหว่าง รพ.สต. กับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย	/	/	/

งานสุขภาพจิต และสุขภาพจิตชุมชน	ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ	ศสม.	รพ.สต.
5. ด้านการส่งต่อ			
- รับและส่งต่อผู้ป่วยโดยการสื่อสารปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยรวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นให้แก่ รพศ./รพท./รพช. ศสม./รพ.สต.	/	/	/
- ส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน	/	/	/
6. ด้านการติดตามดูแล			
- มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช	/	/	/
- มีการจัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งที่คลินิกจิตเวชของ โรงพยาบาลและติดตามไปในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ	/	/	/
- สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามบริบทและความต้องการ ของประชาชนในพื้นที่	/	/	/
- ประสานงานกับเครือข่ายในระบบสาธารณสุขอย่างเป็นระบบใน การดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวช	/	/	-
- ประสานงานกับเครือข่ายนอกกระบบสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ในการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวช เช่น อบต. ตำรวจ	/	/	/
- ฟื้นฟูหลังการบำบัดรักษาโดยมีภาคประชาชน หน่วยงานอื่นๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับ นโยบายโดยเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงระดับพวงบริการ	/	/	/
- ติดตามดูแลผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาล	/	/	-
- จัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาล	/	/	-
- ติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน	/	/	-
- จัดระบบการติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจน	/	/	/
- ติดตามดูแลผู้ป่วยทุกรายในพื้นที่ที่ได้รับการร้องขอจากระดับ รพช.	/	/	/
- มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต	/	/	/

2.3 งานฟื้นฟูสุขภาพ

“งานฟื้นฟูสุขภาพ” เป็นการทำงานแบบสหวิชาชีพเน้นการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมุ่งเน้นตามหลักการดูแลและฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีองค์ประกอบงานที่สำคัญ 4 ด้าน ซึ่งต้องทำงานแบบผสมผสานเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์แก่ผู้รับบริการ ได้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความพิการ ญาติ ผู้ดูแล รวมถึงประชาชนในชุมชน ทั้งนี้งานฟื้นฟูสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. การบริการด้านกายภาพบำบัด

ลักษณะการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1.1 การรักษาพยาบาล ให้การบริการด้านการบำบัดรักษาความบกพร่อง ความผิดปกติ ความเจ็บปวด และภาวะแทรกซ้อนในการเคลื่อนไหว ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือด และการพัฒนาการเคลื่อนไหวในเด็ก

1.2 การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะผิดปกติของประชาชนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีการสำรวจปัญหาหรือความต้องการของชุมชน สร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ติดตามผลและประเมินผลสัมฤทธิ์

1.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/ผู้พิการ เพื่อให้ระบบร่างกายฟื้นกลับคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด และ/หรือคงสภาพในการเคลื่อนไหวได้อย่างเต็มขีดความสามารถและลดภาวะด้อยสมรรถภาพ เน้นที่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตในเฉพาะส่วนบุคคล หรือเข้ากลุ่มสังคมให้ดีขึ้น โดยมีกระบวนการประเมินและวางแผนการฟื้นฟู ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

1.4 งานกายภาพบำบัดชุมชน ให้บริการกายภาพบำบัดในชุมชนทุกกลุ่มวัยเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหสุขภาพตนเองในเบื้องต้นได้ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด

2. งานบริการด้านกิจกรรมบำบัด

ลักษณะการดำเนินงาน ประกอบด้วย

2.1 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยง ให้บริการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพแทรกซ้อนของบุคคลกลุ่มต่างๆ จัดกิจกรรมให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น แนะนำกิจกรรมยามว่างสำหรับผู้สูงวัยที่ต้องพึ่งพิง หรือคนพิการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ ป้องกันภาวะซึมเศร้า แนะนำการใช้หลักการทางกายศาสตร์ (Ergonomic) ในการปฏิบัติกิจกรรมและการทำงานอย่างปลอดภัยสำหรับบุคคลที่มีโรคเรื้อรัง แนะนำการจัดตารางกิจกรรมที่เหมาะสมกับปัจจัยทางร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล เช่น การจัดการกับความล่า จัดตารางกิจกรรมในแต่ละวันสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้มีโรคเรื้อรัง

2.2 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้บริการประเมินความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ และจัดกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูทักษะพื้นฐานที่บกพร่องไปของบุคคลนั้น เช่น การฟื้นฟูด้านการรับรู้และความคิด ความเข้าใจ การฟื้นฟูการกลืนอาหาร การฝึกทักษะการใช้แขนและมือ การฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐาน (เช่น ล้างหน้าแปรงฟัน รับประทานอาหาร ใส่เสื้อผ้า เป็นต้น) และกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (เช่น ทำงานบ้าน และไปซื้อของ เป็นต้น)

2.3 การจัดทำอุปกรณ์ช่วยเหลือและปรับปรุงสภาพแวดล้อม ให้บริการประเมินความจำเป็น ออกแบบ และจัดทำอุปกรณ์ช่วยเหลือ/ดัดแปลงอย่างง่าย ๆ เพื่อให้บุคคลสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สะดวกและเป็นอิสระ มากขึ้น และแนะนำการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและที่ทำงานที่เหมาะสม

3. การบริการด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

ลักษณะการดำเนินงาน ประกอบด้วย

3.1 การประเมินและให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ให้บริการประเมินสภาวะทางร่างกาย ของบุคคลนั้น รวมทั้งค้นหาข้อมูลทั้งด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และสภาพแวดล้อมเพื่อพิจารณาความต้องการ จำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ แนะนำอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการพื้นฐานที่เหมาะสม เช่น รถนั่ง คนพิการ ไม่เท้า เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา เป็นต้น โดยให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือก และแนะนำวิธีการใช้งานอุปกรณ์เหล่านั้นอย่างถูกวิธีและปลอดภัย รวมถึงติดตามการใช้งานอุปกรณ์

3.2 การซ่อมแซม/ดัดแปลงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการให้บริการแก้ไข ซ่อมแซม หรือดัดแปลง อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการอย่างง่าย เช่น ชันน็อต ปรับความสูงไม้เท้า แกะไขเบรค เป็นต้น

3.3 การส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเฉพาะทาง ให้บริการแนะนำสถานที่/ หน่วยบริการที่ให้บริการอุปกรณ์เฉพาะทาง เช่น รถเข็นนั่งคนพิการไฟฟ้า เครื่องช่วยฟัง อุปกรณ์เครื่องช่วย ทางการเห็น เป็นต้น เพื่อให้คนพิการมีข้อมูลและสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้

4. การบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation)

“การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน” หมายถึง การดำเนินกิจกรรมด้านการฟื้นฟู การพัฒนา คนพิการโดยชุมชนเป็นผู้วางแผน ดำเนินการและประเมินผลจากฐานความต้องการและเงื่อนไขภายในชุมชนนั้นๆ เพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการ ครอบครัวคนพิการ สมาชิกในชุมชน ตลอดจนองค์กรหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอก ชุมชนได้ร่วมกันเป็นหุ้นส่วนในการดำเนินงานทุกกิจกรรม เน้นกิจกรรมที่เป็นการดูแลแบบองค์รวมโดยใช้ ความต้องการของคนพิการและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การดำเนินงานควรมีความยืดหยุ่น มุ่งผสมผสานขยายงาน และกิจกรรมเกี่ยวกับคนพิการที่ชุมชนปฏิบัติมาแต่เดิมเพื่อให้ระบบบริการการฟื้นฟูและป้องกันความพิการ ในชุมชนนั้นมีความเข้มแข็ง เป็นที่ยอมรับและได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ภายใต้บริบทของสังคมและวัฒนธรรม ของชุมชนนั้น และมีความเชื่อมโยงส่งต่อถึงระดับอำเภอ จังหวัดและประเทศอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะการดำเนินงาน ประกอบด้วย

4.1 การสำรวจ ตรวจสอบว่า คนพิการในชุมชนได้รับสิทธิต่างๆ เช่นเดียวกับที่ประชาชนทั่วไปพึงได้รับ และตามสิทธิเฉพาะคนพิการที่รัฐจัดทำให้ตามความจำเป็น อาจพัฒนาดำเนินการในรูปแบบของการสำรวจข้อมูลและประเมินหาความจำเป็น

4.2 บริการสุขภาพจะต้องตอบสนองความต้องการทางสุขภาพที่จำเป็นโดยจัดบริการตามศักยภาพของชุมชนทั้งในด้านสถานที่ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิต การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม ตัวอย่างการจัดบริการเหล่านี้ ได้แก่ การจัดให้มีจุดรวมพบปะสัปดาห์ละครั้ง อุปกรณ์ช่วยยืนที่กลุ่มจิตอาสาประดิษฐ์ขึ้นเอง เป็นต้น

4.3 การดูแลตามสภาพปัญหาและอาการที่พบ โดยรวบรวมข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนการช่วยเหลือเพื่อเพิ่มความสามารถของคนพิการ เช่น

4.3.1 การให้คำปรึกษาแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการหรือญาติทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต

4.3.2 การให้คำแนะนำหรือให้ความรู้ตามโปรแกรมสุขภาพกายและสุขภาพจิตศึกษา

- สาเหตุ อาการของโรค อาการเตือนที่ควรมาพบแพทย์ คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแลคนพิการเบื้องต้น เช่น การรับประทานยา ฤทธิ์ข้างเคียง ข้อปฏิบัติขณะได้รับยาต่างๆ และยาจิตเวช การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

- ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน ทักษะสังคม การปรับพฤติกรรม การดูแลทั่วไป

- การสื่อสารภายในครอบครัว การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น

- การให้ความรู้แก่จิตอาสาในชุมชนหรือผู้ดูแลคนพิการในชุมชน เป็นต้น

4.4 หากมีความจำเป็นทางสุขภาพ ชุมชนควรมีการประสานหรือจัดหาช่องทางให้คนพิการเข้าถึงบริการสุขภาพเหล่านั้น เช่น การประสานส่งต่อเพื่อให้คนพิการได้รับการผ่าตัดแก้ไขข้อผิดรูป การไปปรับเครื่องช่วยฟัง เป็นต้น

4.5 ฐานการจัดการอยู่ที่ชุมชน (ชุมชนริเริ่มและดำเนินการ) ซึ่งมีข้อดีคือ มีการตอบสนองที่รวดเร็ว มีความเข้าใจบริบทความต้องการของคนพิการ ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและสร้างองค์ความรู้ของชุมชน

4.6 มุ่งพัฒนาให้คนพิการและคนในครอบครัว มีศักยภาพในการวางแผน กำหนดเป้าหมายและจัดบริการสุขภาพอย่างกระตือรือร้น เช่น การวางแผนจัดบริการสุขภาพให้คนพิการรายบุคคล โดยควรให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหา ตรวจสอบว่าเป็นเรื่องจำเป็นต่อสุขภาพมากน้อยเพียงใด แล้วตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองเพราะคนพิการจะตระหนักว่าตนเองเท่านั้นที่จะสามารถทำให้ตนเองมีสมรรถภาพดีขึ้นหรือแยลงเป็นการเสริมพลังให้คนพิการต่อสู้เพื่อเอาชนะความพิการให้ได้ส่งผลให้มีบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และสามารถพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของตนเอง

4.7 การจัดบริการสุขภาพในภาพรวมของชุมชน ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้คนพิการมีบทบาทหลักในการกำหนดกิจกรรม/โครงการในชุมชน เช่น เป็นคณะกรรมการ หรือคณะกรรมการ หรือมีส่วนร่วมในการประชุมต่างๆ ที่หน่วยงานในชุมชนจัดให้มีขึ้น นอกจากนี้ควรจัดให้มีกลุ่มคนพิการเน้นการมีส่วนร่วมดังนี้

- ร่วมวิเคราะห์ปัญหา หาทางเลือก และตัดสินใจเลือกรูปแบบการจัดบริการ อาจจัดในรูปแบบการปรึกษาหารือ การประชุมกลุ่ม การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ

- ร่วมให้บริการ เช่น “การให้คำปรึกษาเพื่อน” เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถปรับตัวอยู่กับความพิการ ตลอดจนสอนเทคนิคการดูแลสุขอนามัยตนเอง เพราะมีประสบการณ์ตรงจึงเข้าถึงความคิดและจิตใจของคนพิการด้วยกันได้มากกว่า

- ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เช่น กองทุนสุขภาพฯ

- ร่วมกันรับผิดชอบและแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

4.8 ควรมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานอื่นๆในพื้นที่ที่มีความชำนาญเฉพาะด้านในการพัฒนาคนพิการและร่วมกันบูรณาการให้เกิดความเชื่อมโยงเพื่อแก้ปัญหา ความต้องการที่เกิดจากความพิการซึ่งมีหลายมิติ และล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสิ้น มิติของชีวิตเหล่านั้นได้แก่ การศึกษา การมีที่พักอาศัย การหาเลี้ยงชีพ ศาสนา อาจใช้กองทุนสวัสดิการในพื้นที่ เช่น การออมเงินวันละ 1 บาทเป็นเครื่องมือในการทำงานแบบบูรณาการ

4.9 ผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพคือ คนพิการญาติและผู้ดูแลมีความรู้และเป็นหลักในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงบริการใกล้บ้านตามความจำเป็นในค่าใช้จ่ายที่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองได้

งานฟื้นฟูสุขภาพ	ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ	ศสม.	รพ.สต.
การบริการด้านกายภาพบำบัด 1. ประเมินสุขภาวะที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อวางแผนในการรักษาและสร้างเสริมสุขภาพ - ประเมินรูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ - การประเมินภาวะปวด เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า ปวดไหล่ - ประเมินความผิดปกติทางโครงสร้างของกระดูกสันหลังและแขนขา เช่น หลังคด เข่าโก่ง - ประเมินพัฒนาการเด็กทางด้านการเคลื่อนไหว - ประเมินการทรงตัวและการรักษาสมดุลในประชากรทุกกลุ่มอายุ - ประเมินประสิทธิภาพปอด หัวใจ - การประเมินอุปกรณ์และเครื่องใช้ในการทำงานที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น โต๊ะทำงาน - การประเมินกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ	/	/	/

งานฟื้นฟูสุขภาพ	ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ	ศสม.	รพ.สต.
2. การรักษาทางกายภาพบำบัด			
2.1 การออกกำลังกายเพื่อรักษา - การจัดท่า (Positioning) - การเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ - กิจกรรมเพื่อคงไว้/เพิ่มองศาของข้อ - การเพิ่มความคงทนของกล้ามเนื้อ (Endurance) - การฝึกการทรงตัว - การฝึกกิจวัตรประจำวัน - การฝึกการประสานการทำงานของร่างกาย (Coordination) - เทคนิคพิเศษในโรคเฉพาะเช่น Bobath, PNF, MRL, Gait training เป็นต้น - การฝึกการเดินและการเคลื่อนย้าย	/	/	-
2.2 การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก	/	/	-
2.3 การดึง : Traction	/	/	-
2.4 การใช้ความร้อน / ความเย็นในการรักษา - ความร้อนต้น (hot pack, paraffin) - ความร้อนลึก (SWD, Microwave) - Cold therapy	/	/	-
2.5 การใช้คลื่นเสียงในการรักษา : Ultrasound	/	/	-
2.6 การรักษาด้วยไฟฟ้า - ความถี่ต่ำ : ES, TENS - ความถี่ปานกลาง : IFS	/	/	-
2.7 การดัด การเคลื่อนขยับข้อต่อ : Mobilization, Manipulation			
2.8 การรักษาด้วยการนวด			
2.9 จุ่ม/แช่พาราฟิน			

งานฟื้นฟูสุขภาพ	ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ	ศสม.	รพ.สต.
2.10 อื่นๆ - การสอนการหายใจ - การจัดท่าระบายเสมหะ - การเคาะปอดและสันปอด - การฝึกไอ - เทคนิคพิเศษ เช่น Pleurisy exs., chest mobilization	/	/	/
การบริการด้านกิจกรรมบำบัด	+/-	+/-	-
การบริการด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ - การประเมินและให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	/	/	-
- การซ่อมแซม/ดัดแปลงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	/	-	-
- การส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เฉพาะทาง	/	/	/
การบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation)	/	/	/

2.4 งานการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทย เป็นการแพทย์องค์รวมที่ดูแลสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม และให้การดูแลทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแบบองค์รวมให้กับกลุ่มวัยต่างๆ กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ป่วยทางจิต และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม ด้วยการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยการแพทย์แผนไทย เป็นแนวทางเดียวกันแต่อาจจะมียาละเอียดยางประเด็น ที่มีการให้บริการเฉพาะกลุ่มขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมีแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ด้วยการเยี่ยมบ้านของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรมหลักสูตรทางด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อติดตามให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่กลุ่มต่างๆ รวมทั้งญาติที่ดูแล ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้กับกลุ่มต่างๆ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรคมายิ่งขึ้น ด้วยการดูแลสุขภาพที่เรียกว่า “หลักธรรมานามัย” ซึ่งประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย ดังนี้

กายานามัย : เป็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับทางกาย ได้แก่

1. การรับประทานอาหาร : อาหารเพื่อสุขภาพ กินปลาเป็นหลักกินผักเป็นพื้น อาหารตามธาตุเจ้าเรือน ผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณต่างๆ เช่น ที่มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ต้านมะเร็งลดคอเลสเตอรอล ลดน้ำตาล เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น

2. การออกกำลังกาย : ด้วยการบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน ซึ่งจะช่วยให้การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ เส้นเอ็น ได้สะดวกขึ้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดลมดีขึ้น

3. การดูแลสุขภาพของร่างกายโดยทั่วไป : เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ช่างปาก และฟัน เป็นต้น

จิตตานามัย : เป็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับทางจิตใจ อารมณ์ เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ การปฏิบัติธรรม เพื่อทำให้จิตใจสงบ ไม่เครียด จะทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันมากขึ้น

ชีวิตานามัย : เป็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในสายกลางด้วยการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านให้สะอาด จัดสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย มีอากาศถ่ายเทสะดวก ปลูกต้นไม้ ผักพื้นบ้าน สมุนไพร เพื่อใช้เป็นอาหารและเป็นยาในการบำบัดรักษาเบื้องต้นของครอบครัวตลอดจนการสร้างความสัมพันธ์ สร้างบรรยากาศที่ดีให้กับครอบครัว

2. การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

ในกรณีที่กลุ่มต่างๆ มีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล สามารถให้บริการการแพทย์แผนไทยแก่กลุ่มต่างๆ เหล่านี้ได้ โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยหรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้ดังนี้

1. การใช้ยาแผนไทย
2. การนวดไทย
3. การประคบสมุนไพร
4. การอบไอน้ำสมุนไพร

นอกเหนือจากกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ ในชุมชนที่มีหญิงหลังคลอด ผู้ประกอบโรคศิลปะฯ สามารถให้บริการดูแลหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย เช่น การทักหม้อเกลือ การนวดไทย การประคบสมุนไพร และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอดและการบริบาลทารก

งานการแพทย์แผนไทย	ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ	ศสม.	รพ.สต.
การให้บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทย			
- มีระบบการตรวจวินิจฉัยสั่งการรักษา โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	/	/	/
- การนวดไทย	/	/	/
- การอบไอน้ำสมุนไพร	/	/	/
- การประคบสมุนไพร	/	/	/
- การฟื้นฟูมารดาหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือ	/	/	/
- จัดบริการเภสัชกรรมไทย ยาไทย และสมุนไพร	/	/	/
การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค			
- การให้ความรู้คำแนะนำ สาธิต สอน แสดง ด้านการแพทย์แผนไทย เช่น เรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ อาหารตามธาตุ ผักพื้นบ้าน เป็นต้น	/	/	/
- การจัดกิจกรรม การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน การนั่งสมาธิ เป็นต้น	/	/	/
- เผยแพร่ ฝึกอบรม วรรณคดี ประชาสัมพันธ์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ	/	/	/

งานการแพทย์แผนไทย	ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ	ศสม.	รพ.สต.
การทำงานเชิงรุกในชุมชน			
- การดูแลสุขภาพอนามัยของกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เป็นต้น	/	/	/
- การทำงานเชื่อมโยงกับหมอพื้นบ้าน, อสม. เป็นต้น	/	/	/
- การสำรวจรวบรวมข้อมูลสมุนไพร ตำรับตำรา และ เครือข่ายบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในชุมชน	/	/	/

บทที่ 3

การติดตาม ประเมินผล ในระดับจังหวัด เขตสุขภาพ กระทรวง

เนื่องจากการดำเนินงานจำเป็นต้องมีการประเมิน และติดตามเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดการกระตุ้น และ เป็นกำลังใจต้องผู้ปฏิบัติงาน ฉะนั้น การประเมินผลการดำเนินงาน Service Plan แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะแรก ภายใน เมษายน 56

1. ประเมินด้านโครงสร้าง และแผนงาน

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ระดับเขต และจังหวัด
- มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด องค์ประกอบของคณะกรรมการ
 - ผู้บริหารในระดับจังหวัด
 - ผู้เชี่ยวชาญ ระดับหน่วยบริการระดับ A, S
 - แพทย์ และ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในทุกระดับของหน่วยบริการ
- มีแผนดำเนินงานระดับเขต ระดับจังหวัด (Action Plan) องค์ประกอบของแผน
 - กำหนดกิจกรรม ที่ตอบสนองต่อเป้าหมายของแต่ละสาขา
 - กำหนดหน่วยบริการที่ต้องเพิ่มศักยภาพในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน
 - มีภาพของการช่วยเหลือและ Share Resource

2. การดำเนินกิจกรรมบริการที่ได้กำหนดไว้ในคู่มือแนวทางการดำเนินงานเล่มนี้ สามารถประยุกต์ ให้เข้ากับบริบทของปัญหาในพื้นที่ได้ตามความเหมาะสม

3. ด้านการ Share Resource ในแต่ละระดับของเขตสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกรมต่างๆ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงอื่นๆ หรือภาคเอกชน

ระยะ 6 เดือน (เมษายน-กันยายน) ปี 2556 และต่อไปจนถึงปี 2560

ประเมินตามเป้าหมาย 5 ประเด็นหลัก (ลดป่วย ลดตาย ลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย การบริการ ที่ได้มาตรฐาน) ใช้ข้อมูลส่วนหนึ่งจากการส่งรายงานประจำ เช่น ข้อมูล 12 แฟ้ม 41 แฟ้ม ในการประเมิน และส่วนหนึ่งจากการสำรวจ (Survey) ซึ่งกำหนดเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

เป้าหมายระดับกระทรวง

1. มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองครอบคลุมประชากรในเขตเมือง ร้อยละ 70
2. ผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลไม่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 30
3. เพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มครอบคลุม 4 มิติ ร้อยละ 80

เป้าหมายระดับเขตสุขภาพ

1. มีแผนพัฒนาสุขภาพสาขาปฐมภูมิ ทติยภูมิและสุขภาพองค์รวม จัดลำดับความสำคัญของปัญหาในภาพเขตสุขภาพ
2. มีศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพ(Data center) ที่เป็นฐานข้อมูลเดียวกันทั้งเขตสุขภาพที่ครบถ้วนพร้อมนำไปใช้ประโยชน์
3. ความครอบคลุมการค้นหากลุ่มเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ร้อยละ 80
4. ความครอบคลุมการให้บริการเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยครอบคลุม 4 มิติ ร้อยละ 100
5. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รายใหม่ไม่เกินร้อยละ 10
6. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนรายใหม่ลดลงร้อยละ 10
7. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ทุกราย
8. อัตราการเกิดโรคในกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มลดลง ร้อยละ 10

เป้าหมายระดับจังหวัด

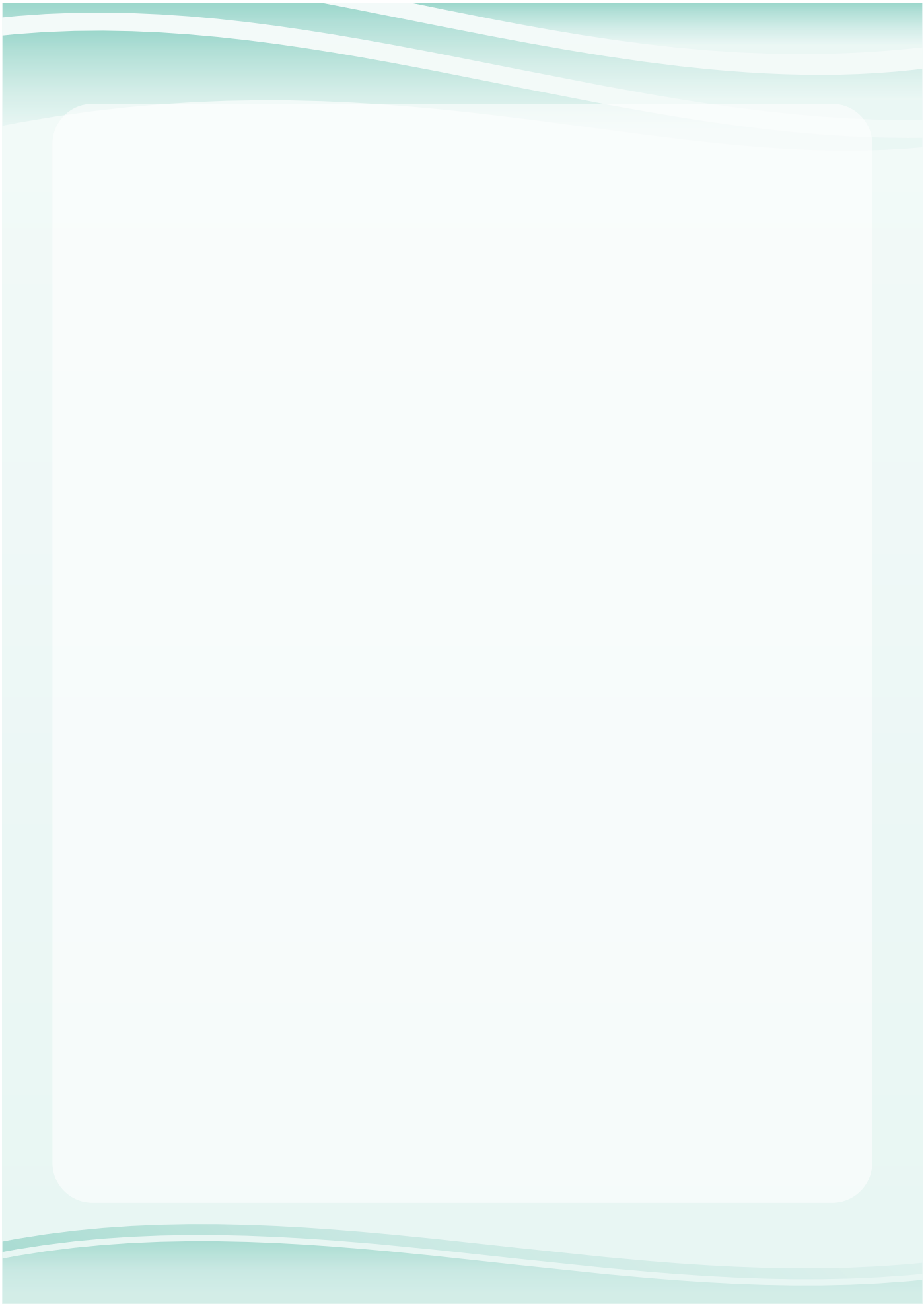
1. มีแผนพัฒนาสุขภาพสาขาปฐมภูมิ ทติยภูมิและสุขภาพองค์รวม จัดลำดับความสำคัญของปัญหาในภาพจังหวัด
2. มีศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพ(Data center) ที่ครบถ้วนพร้อมนำไปใช้ประโยชน์
3. มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ในเขตเมือง/ชุมชนหนาแน่นที่มีประชากรไม่เกิน 30,000 คน ต่อ 1 แห่ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
4. มีการจัดบริการสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ร้อยละ 100
5. สัดส่วนการใช้บริการของประชาชนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย เพิ่มขึ้นร้อยละ 50
6. อัตราความครอบคลุมของการให้บริการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มครอบคลุม 4 มิติ ร้อยละ 80
7. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ ANC ครอบคลุม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
8. เด็กทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปีได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ WCC ครอบคลุม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

9. ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ได้รับการพัฒนาทักษะทางกายและใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
10. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ร้อยละ 80
11. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากกว่าหรือเท่ากับ 31
12. ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องครอบคลุมร้อยละ 100

เอกสารอ้างอิง

1. ชีระพงษ์ แก้วหาญ. การพัฒนาสุขภาพเพื่อมวลชน .ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2534.
2. นงลักษณ์ พะโกยะ. กำลังคนด้านสุขภาพ : ที่เข้ามา เป็นอยู่ และจะเป็นไป. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554.
3. วรเวช สุวรรณระดา และคณะ. รายงานเบื้องต้นโครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ 2553, เอกสารอัดสำเนา.
4. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552.
5. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย, เอกสารอัดสำเนา
6. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2551.
7. สุพัตรา ศรีวิณิชกร. สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี 2553. นครปฐม : สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน 2554.
8. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (สำหรับเจ้าหน้าที่) 2554, เอกสารอัดสำเนา.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. รายงานการสาธารณสุขไทย 2551-2553. กระทรวงสาธารณสุข : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554.
10. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก, 2552.
11. http://tobt.nhso.go.th/obt/download/obt_31_jan_2555.pdf
12. http://www.mcot.net/cfcustom/cache_page/224413.html access on 3 May 2012
13. <http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachgovernance/164/Full-text.pdf>
14. http://www.aihd.mahidol.ac.th/sites/default/files/images/new/research/ongoing/2012/older_long_step.pdf
15. <http://www.nongricity.com/?q=node/72>

කථාපටුන



สำเนา
คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ 209 / 2555
เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ

ด้วยในปี งบประมาณ 2554 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันทั่วทั้งที่ โดยมีกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการแผนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิเข้าด้วยกัน แต่ละเครือข่ายครอบคลุมสถานบริการภายใน 4-8 จังหวัด ดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคน รวมทั้งสิ้น 12 เครือข่าย และเพื่อให้การดำเนินงานเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม และสร้างระบบบริหารจัดการที่มีเอกภาพ จึงให้

1. แบ่งพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพ ดังนี้

เครือข่าย ที่ 1 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง และจังหวัดลำพูน

เครือข่าย ที่ 2 รับผิดชอบ 5 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดตาก พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และจังหวัดอุตรดิตถ์

เครือข่าย ที่ 3 รับผิดชอบ 5 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ และจังหวัดอุทัยธานี

เครือข่าย ที่ 4 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดนครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง

เครือข่าย ที่ 5 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร และจังหวัดสุพรรณบุรี

เครือข่าย ที่ 6 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว และจังหวัดสมุทรปราการ

เครือข่าย ที่ 7 รับผิดชอบ 4 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ด

เครือข่าย ที่ 8 รับผิดชอบ 7 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดนครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และจังหวัดอุดรธานี

เครือข่าย ที่ 9 รับผิดชอบ 4 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์

เครือข่ายที่ 10 รับผิดชอบ 5 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดมุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี และจังหวัดอำนาจเจริญ

เครือข่าย ที่ 11 รับผิดชอบ 7 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง และจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เครือข่าย ที่ 12 รับผิดชอบ 7 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา และจังหวัดสตูล

2. ให้มีคณะ/....

2. ให้มีคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเครือข่าย และคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการฯ ควรมีส่วนร่วมจากหน่วยบริการภาครัฐทุกสังกัด ทำหน้าที่ดูแลระบบบริการ การจัดสรรทรัพยากร การเงินการคลัง การส่งต่อภายในเครือข่าย ติดตาม ควบคุม กำกับ การดำเนินงานและแก้ไขปัญหา สนับสนุน การดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนด เป็นต้น เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการที่มีเอกภาพ

3. ให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในการประสานการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเครือข่าย และมีหน่วยงานรับผิดชอบในการประสานการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลักและประจำทำหน้าที่ดังนี้

- จัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ได้แก่ แผนพัฒนาโครงสร้างระบบบริการ แผนสนับสนุนทรัพยากร แผนพัฒนาคุณภาพบริการ และแผนพัฒนาระบบส่งต่อ
- วิเคราะห์ข้อมูล และจัดลำดับความสำคัญ โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ
- สร้างฐานข้อมูลทรัพยากรของเครือข่าย โดยจัดทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และนำไปใช้ประโยชน์อย่างจริงจัง เช่น ข้อมูลพื้นฐานบุคลากรของโรงพยาบาลทุกระดับ เป็นต้น
- จัดทำสรุปผลการดำเนินงานประจำปี เพื่อเสนอต่อผู้บริหาร

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

ลงชื่อ ไพจิตร วราชิต
(นายไพจิตร วราชิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง
(นางสาววรรณ อ้าช้าง)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

อรรณ/คัด

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

อ้างถึง คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 118/2556 ลงวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 10 สาขา ได้แก่ 1) หัวใจและหลอดเลือด 2) มะเร็ง 3) อุบัติเหตุ 4) ทารกแรกเกิด 5) จิตเวช 6) 5 สาขาหลัก 7) บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และสุขภาพองค์รวม 8) ทันตกรรม 9) ตาและไต 10) Non Communicable Disease : NCD (DM, HT, COPD, Stoke) โดยมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ พร้อมทั้ง ติดตาม ควบคุม กำกับ การดำเนินการและแก้ไขปัญหาเพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนด ซึ่งแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เล่มนี้ คือ สาขาบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และสุขภาพองค์รวม มีคณะกรรมการดังนี้

1. นายสุริยะ	วงศ์คงคาเทพ	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. นายทวีเกียรติ	บุญยไพศาลเจริญ	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	รองประธาน
3. นายศุภกิจ	ศิริลักษณ์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรมป้องกัน	รองประธาน
4. นายสุเทพ	วัชรปียานันท์	สาธารณสุขนิเทศก์	กรรมการ
5. ผู้อำนวยการศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ หรือผู้แทน			กรรมการ
6. ผู้อำนวยการสำนักสุขภาพจิตสังคม		กรมสุขภาพจิต หรือผู้แทน	กรรมการ
7. ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ		กรมควบคุมโรค หรือผู้แทน	
8. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ		กรมอนามัย หรือผู้แทน	กรรมการ
9. ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย		กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ	กรรมการ
การแพทย์ทางเลือก หรือผู้แทน			
10. ผู้อำนวยการกองแบบแผน		กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือผู้แทน	กรรมการ
11. นายเกษม	เวชสุทธานนท์	กรมอนามัย	กรรมการ
12. นายพิเชฐ	บัญญัติ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์	กรรมการ
13. นายอภิชาติ	รอดสม	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี	กรรมการ
14. นายวุฒิไกร	ศักดิ์สุรกันต์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	กรรมการ
15. นายสุรพล	ลอยหา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	กรรมการ
16. นายอดุง	ศรีรัตนบัลล์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวาลย์	กรรมการ
		จังหวัดแม่ฮ่องสอน	กรรมการ
17. นายอุปทิน	รุ่งอุทัยศิริ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	กรรมการ
18. นายสาธิต	ทิมขำ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดเพชรบุรี	กรรมการ

19. นางสาวสมพิศ	จำปาเงิน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี	กรรมการ กรรมการ
20. นายอดิสรณ์	วรรณะศักดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	กรรมการ
21. นายประสิทธิ์ชัย	มั่งจิตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี	กรรมการ
22. นายปิติ	ทั้งไพศาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
23. นายอนุโรจน์	เล็กเจริญสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี	กรรมการ
24. นายณรงค์ศักดิ์	วิชานันต์วัฒน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช	กรรมการ
25. นายธนิต	เสริมแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา	กรรมการ
26. นางสาวจิรวรรณ	ดนัยตั้งตระกูล	โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น	กรรมการ
27. นายสมคิด	เพื่อนรัมย์	โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์	กรรมการ
28. นางลลิตยา	กองคำ	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
29. นางสาวสมใจ	ลือวิเศษไพบูลย์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	กรรมการ
30. นางสาวอัญชลี	วิเศษชุมพลศิลป์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	กรรมการ
31. นายสุรติ	ฉัตรไชยาฤกษ์	สำนักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
32. นายจารุวัฒน์	บุษราคัมรุหะ	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
33. นายธงชัย	กิตติหัตถยากร	ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ
34. นายรุ่งฤทัย	มवलประสิทธิ์พร	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
35. นางภัทราพร	จงพิพัฒน์วณิชย์	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
36. นางเกวลิณ	ชื่นเจริญสุข	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
37. นางสาวสมสินี	เกษมศิลป์	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
38. นางสาววราภรณ์	อ่ำช้าง	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ภาพที่ 1 แผนที่แสดงการแบ่งเขตสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลประชากร สถานบริการสาธารณสุข และทรัพยากรสุขภาพ เขตสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ ปี 2555

ลำดับ	ชื่อเรื่อง	หมวดหมู่	ฉบับแปล	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับต้นฉบับ	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์	ฉบับร่าง	ฉบับพิมพ์
-------	------------	----------	---------	-----------	----------	-------------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------	-----------

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลประชากร สถานบริการสาธารณสุข และทรัพยากรสุขภาพ เขตสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ ปี 2555 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อพื้นที่	พื้นที่ (กม.²)	ประชากร	จำนวนเตียง	จำนวนเตียงต่อประชากร	ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง				ตติยภูมิ (แห่ง)			ทุติยภูมิ (แห่ง)					ปฐมภูมิ (แห่ง)		
						ศัลยกรรม	ทันตกรรม	โรคไต	โรคหัวใจ	ศัลยกรรม	ศัลยกรรม	ศัลยกรรม	โรคหัวใจ	โรคหัวใจ	โรคหัวใจ	โรคหัวใจ	โรคหัวใจ	โรคหัวใจ	โรคหัวใจ	โรคหัวใจ
5	กาญจนบุรี	839,776	1,478	169	58	63	1,020													
5	นครปฐม	860,246	900	178	57	77	913	ระดับ 2												
5	ประจวบคีรีขันธ์	509,134	778	118	37	53	685	ระดับ 2												
5	เพชรบุรี	464,033	635	87	34	50	796													
5	ราชบุรี	839,075	2,215	252	57	96	1,622	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1
5	สมุทรสงคราม	194,057	380	44	14	25	464													
5	สมุทรสาคร	491,887	620	105	37	43	508													
5	สุพรรณบุรี	845,850	1,450	172	71	79	1,167													
	รวม	5,044,058	8,456	1,125	365	486	7,175	1 / 1	1 / 0	1 / 2	4	6	5	6	7	36	1	27	913	1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลประชากร สถานบริการสาธารณสุข และทรัพยากรสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ ปี 2555 (ต่อ)

ลำดับข้อ	จุดประสงค์	คะแนนรวม	กลุ่มสาระการเรียนรู้	ศูนย์การเรียนรู้ระดับสูง				ศักยภาพ (แห่ง)			พฤติกรรม (แห่ง)					ปฐมภูมิ (แห่ง)						
				ความรู้	๕หา๕รูก๕	๕รูก๕	๕รพ๕	๕รพ๕	๕รพ๕	๕รพ๕	๕รพ๕	๕รพ๕	๕รพ๕	๕รพ๕	๕รพ๕	๕รพ๕	๕รพ๕	๕รพ๕				
6	จิตสำนึก	514,616	1,065	179	34	60	996	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	1				4	7		3	105			
6	ละทิ้งความ	673,933	1,003	133	50	57	879	ระดับ 2			1				1	3	5	1	1	119		
6	ขอรับ	1,316,293	1,522	323	68	104	1,230	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	1	1			3	2	4		5	120		
6	ตรา	220,921	490	51	16	25	562					1					5	1	1	66		
6	ปรารถนา	466,572	835	110	32	49	736		ระดับ 2		1	1					5		2	93	1	
6	ระยอง	626,402	1,000	147	32	67	878				1				1	1	5		0	94		
6	สระแก้ว	544,100	555	63	25	25	341					1	1				5	2	2	107		
6	สมุทรปราการ	1,185,180	595	129	48	81	598				1				1	1	1	1	4	68		
	รวม	5,548,017	7,065	1,135	305	468	6,220	1/2	1/1	1/1	6	3	5		11	37	1	4	18	772	1	
7	กาฬสินธุ์	982,578	1,025	133	41	75	905				2	1			3	1	9		2	156		
7	ขอนแก่น	1,767,601	2,077	391	98	145	1,695	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 2					3	1	15	4	5	248		
7	มหาสารคาม	940,911	857	146	49	88	877					1			2	2	6		3	176		
7	ร้อยเอ็ด	1,309,708	1,119	187	46	94	1,076	ระดับ 2	ระดับ 2						4	1	11		3	231		
	รวม	5,000,798	5,078	857	234	402	4,553	0/2	0/2	0/1	1	2	2		12	5	41		13	14	811	0

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลประชากร สถานบริการสาธารณสุข และทรัพยากรสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ ปี 2555 (ต่อ)

[illegible]

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลประชากร สถานบริการสาธารณสุข และทรัพยากรสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ ปี 2555 (ต่อ)

[illegible]

ตารางที่ 2 แสดงสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรแยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	ประชากร	จำนวนเตียง	เตียง : 10000 ปชก.	จำนวนเตียงขาด/เกิน	แพทย์	แพทย์ : ปชก	ทันตแพทย์	ทันตแพทย์ : ปชก	เภสัชกร	เภสัชกร : ปชก	พยาบาลวิชาชีพ
1	5,671,371	7,529	13.28	978.06	1,204	1 : 4,365	379	1 : 13,867	626	1 : 8,396	7,945
2	3,442,845	4,670	13.56	494.27	806	1 : 4,224	220	1 : 15,475	329	1 : 10,348	4,570
3	3,016,171	3,874	12.84	650.26	567	1 : 4,994	182	1 : 15,558	292	1 : 9,697	3,709
4	4,995,085	6,435	12.88	1,057.63	958	1 : 5,235	331	1 : 15,152	436	1 : 11,503	6,678
5	5,044,058	8,456	16.76	-889.91	1,125	1 : 4,397	365	1 : 13,554	486	1 : 10,179	7,175
6	5,548,017	7,065	12.73	1,257.03	1,135	1 : 4,785	305	1 : 17,805	468	1 : 11,603	6,220
7	5,000,798	5,078	10.15	2,423.20	857	1 : 5,468	234	1 : 20,027	402	1 : 11,685	4,553
8	5,410,954	5,977	11.05	2,139.43	819	1 : 6,387	234	1 : 22,356	364	1 : 14,372	5,094
9	6,645,038	6,597	9.93	3,370.56	1,179	1 : 5,443	328	1 : 19,566	446	1 : 14,389	5,623
10	4,516,528	4,777	10.58	1,997.79	755	1 : 5,728	218	1 : 19,837	355	1 : 12,181	4,670
11	4,226,870	6,265	14.82	75.30	916	1 : 4,504	288	1 : 14,325	464	1 : 8,891	6,172
12	4,666,180	5,703	12.22	1,296.27	1,051	1 : 4,451	327	1 : 14,306	506	1 : 9,245	6,634
รวมทั้งหมด	58,183,915	72,426	12.45	14,849.87	11,372	1 : 4,955	3,411	1 : 16,519	5,174	1 : 10,891	69,043

หมายเหตุ : 1. จำนวนเตียงต่อประชากร คัดจากเกณฑ์มาตรฐานการจัดโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ปี 2533 ในฐาน 15 เตียง ต่อ ประชากร
2. ฐานข้อมูลเฉพาะสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข





สำนักบริหารการสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
www.phdb.moph.go.th