



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



รายงานประจำปี

2564 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



DMS ANNUAL REPORT 2021

รายงานประจำปี กรมการแพทย์ 2564

ที่ปรึกษา

ว่าที่ ร.ต.ท.หญิงนภา ศิริวิวัฒนากุล
นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์

บรรณาธิการ

นางกฤติกา อังคสุวรรณกุล

กองบรรณาธิการ

นายปวิช อภิบาลกุล
นางสาวปิยาภรณ์ สุขใส
นางสาวดวงฤทัย จันทะบุตร
นางสาวกิตติวรา กิตติวรรณ
นางสาวเพ็ญภัสสร พุ่มภาชี
นางสาวณัฐชา ณะพิมลกุล

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

กลุ่มงานติดตามและประเมินผล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
88/23 อาคาร 5 ชั้น 5 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

โทรศัพท์ 0 2590 6347, 6350, 6351

โทรสาร 0 2591 8279

อีเมล eva634752@gmail.com

เว็บไซต์ <http://plan.dms.go.th/plan/index.php/dmb>



พระราชดำรัส



งานราชการนั้น เป็นงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับวิถีชีวิต
ของประชาชน ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงอยู่เป็นปรกติ ตามสถานการณ์
และกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป. ข้าราชการทุกคนจึงต้องทำความเข้าใจ
งานในหน้าที่ของตนให้กระจ่างชัด และรู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง
ที่เกิดขึ้น แล้วปฏิบัติหน้าที่ให้สอดคล้องเหมาะสม โดยยึดมั่นแน่วแน่
อยู่ในเป้าหมายของการปฏิบัติราชการ คือประโยชน์สุขของประชาชน
และความเจริญมั่นคงของประเทศไทย.

พระที่นั่งอัมพรสถาน พระราชวังดุสิต

วันที่ ๑๙ มีนาคม พุทธศักราช ๒๕๖๔

สารจากอธิบดี กรมการแพทย์

กรมการแพทย์ เป็นหนึ่งองค์กรหลักในการขับเคลื่อนบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค ภายใต้พันธกิจสร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่สมคุณค่า



“ กรมการแพทย์ยังคงเดินหน้าในการเป็นองค์กร
แห่งนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อยกระดับระบบ
สุขภาพของประเทศ มุ่งสู่เป้าหมายให้ไทยเป็นผู้นำ
ด้านการแพทย์ 1 ใน 3 ของเอเชีย รวมทั้งทำงาน
ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน
และภาคประชาสังคม เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการ
ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ มาตรฐานสมดังปณิธาน
ของกรมการแพทย์ที่ว่า **‘ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต’** ”

Dr.Somsak Akksilp

กรมการแพทย์ได้เสริมสร้างการมีส่วนร่วมทาง
วิชาการและบริการทางการแพทย์ในทุกภาคส่วน
เพื่อพัฒนาการแพทย์ของประเทศสู่มาตรฐานสากล
ทั้งนี้ได้ปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์ จากเดิม
ที่เน้นให้บริการในโรงพยาบาลสู่การให้บริการที่
มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยได้แปลงวิสัยทัศน์
และพันธกิจไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมด้วย
4 ยุทธศาสตร์ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการ
และวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ
ได้สนับสนุนด้านการแพทย์ เพื่อเฉลิมพระเกียรติฯ และ
สนองพระราชดำริ อาทิ โครงการเปลี่ยนสิ้นหัวใจพิการ
แต่กำเนิด การขยายศูนย์ การเรียนการสอนสำหรับเด็ก
เจ็บป่วยในสถานพยาบาล ทำให้ได้รับโอกาสทางการ
ศึกษามากกว่า 40,000 ราย

ให้บริการใส่ตาปลอมแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้ ยังดำเนินงานสำคัญ ๆ ได้แก่ การจัดตั้ง Stroke unit และประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน (SSCC) จัดระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองเคลื่อนที่เพิ่ม การเข้าถึงการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy พัฒนาศูนย์ฝึกอบรมอาชีวทางการแพทย์เฉพาะทางการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติคผ่านทางสายสวน และจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางให้บริการผู้ป่วยตรวจคัดกรองการได้ยินของทารก 0-6 เดือน 30,837 ราย เพื่อป้องกันการสูญเสียการได้ยิน พัฒนามาตรฐานการอุปัฏฐากพระภิกษุอาพาธ ที่เฝ้าต่อพระธรรมวินัยทั่วประเทศ รับรองมาตรฐานการรักษา 59 แห่ง และจัดตั้งกองทุนอุปัฏฐากภิกษุอาพาธ ใน 13 เขตสุขภาพ วิจัยการนำสารสกัดกัญชามาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรคลมชักที่รักษายากในเด็กและได้รับอนุมัติเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของบัญชียาหลักแห่งชาติในปีพ.ศ. 2564 จัดตั้งคลินิกมลพิษ 128 แห่งเพื่อรักษาผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 และให้บริการในรูปแบบออนไลน์ 47 แห่ง

กรมการแพทย์ยังคงเดินหน้า ในการเป็นองค์กรแห่ง นวัตกรรมทางการแพทย์



ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร “ภาวะสมองเสื่อม” ในพื้นที่ต้นแบบ 4 จังหวัด คือ ขอนแก่น สุราษฏร์ธานี ลพบุรี นครราชสีมา ผู้สูงอายุได้รับการกว่า 88,000 ราย จัดตั้งศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล 46 แห่ง ให้บริการทั้งด้านสุขภาพและส่งต่อคนพิการเพื่อรับสวัสดิการทางสังคมผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษาได้ในโรงพยาบาลทุกที่โดยไม่ต้องใช้หนังสือส่งตัวมากกว่า 230,000 ราย พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ ครอบคลุม 878 อำเภอ และ 50 เขต ในกรุงเทพมหานคร

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพ ให้มีความเชี่ยวชาญและเพียงพอับความต้องการของประเทศ โดยกรมการแพทย์ผลิตแพทย์เฉพาะทางกว่า 4,500 คน เฉลี่ยปีละ 273 คน และพยาบาลเฉลี่ยปีละ 955 คน รวมทั้งฝึกอบรมแพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ ในเขตสุขภาพ หลักสูตรแพทย์เฉพาะทาง 82 สาขา 98 หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางที่สภาการพยาบาล รับรอง 23 สาขา 43 หลักสูตร

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนให้เกิดความเป็นเลิศ นำระบบการแพทย์ทางไกลมาให้บริการ ทำให้สามารถรักษาผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล รวมทั้งพัฒนา Application เพื่อให้บริการผู้ป่วยด้านต่าง ๆ เช่น “NIT Plus” สำหรับให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเข้าถึงประวัติการรักษาเพื่อใช้บริการที่อื่นในกรณีฉุกเฉิน “ห่วงใย” Line Official Account คัดกรองติดตาม ดูแล ผู้ป่วยยาเสพติด “SNIMRI” Application ที่พัฒนาสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ “โปรแกรมสูงวัย 5G” Application ผู้สูงอายุสามารถคัดกรองภาวะสุขภาพของตนเองเบื้องต้น “AI Cloud Service” โปรแกรมประมวลผลภาพเอ็กซเรย์แบบอัจฉริยะ ให้แก่ผู้ป่วยโรคปอด “TAVI-HEARTTEAM CLINIC” เป็น Website ให้คำปรึกษา ติดตามคิวผ่าตัดผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจเอออดิกตีบ



กรมการแพทย์ผลิต
แพทย์เฉพาะทางกว่า
4,500 คน
เฉลี่ยปีละ 273 คน
และพยาบาล
เฉลี่ยปีละ 955 คน

กรมการแพทย์มีผลงานสำคัญด้านการรักษาพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยพัฒนารูปแบบคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน จัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ Hospitel โดยใช้โรงแรมเป็นหอผู้ป่วยแห่งแรกในโลก พัฒนาห้องไอซียูความดันลบ ห้องไอซียูโมดูลาร์ หอผู้ป่วย COVID-19 รวม ห้องฉุกเฉินส่วนต่อขยาย หอผู้ป่วย COVID-19 ส่วนขยาย แก้ไขปัญหาการขาดแคลนเตียง ให้บริการ “สายด่วน 1668” เป็นศูนย์กลางการติดต่อ คัดกรอง และรับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เข้าสู่ระบบการรักษา จัดตั้งศูนย์แรกรับ-ส่งต่อผู้ป่วยนิมิบุตร เป็นศูนย์พักคอยสำหรับแยกผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ระหว่างรอเข้ารับการรักษา เปิดบริการศูนย์ฉีดวัคซีนกลางบางซื่อ ให้บริการวัคซีนมากกว่า 2,000,000 โดส เร่งสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ วางระบบ Home isolation (HI) และ Community isolation (CI) รองรับการรักษาผู้ติดเชื้อที่บ้านหรือที่ชุมชน ทำให้สามารถบริหารจัดการเตียงภายในโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มีอาการหนักได้ กรมการแพทย์นับเป็นศูนย์กลางในการบูรณาการสถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วย COVID-19 จากทุกสังกัดในจังหวัดกรุงเทพมหานคร เป็นการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

กรมการแพทย์ยังคงเดินหน้าในการเป็นองค์กรแห่งนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อยกระดับระบบสุขภาพของประเทศ มุ่งสู่เป้าหมายให้ไทยเป็นผู้นำด้านการแพทย์ 1 ใน 3 ของเอเชีย รวมทั้งทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน สมดังปณิธานของกรมการแพทย์ที่ว่า “ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต” และในโอกาสนี้ ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านในสังกัดกรมการแพทย์ รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ทุกองค์กร ที่ได้สร้างคุณประโยชน์อันส่งผลต่อความสำเร็จของงาน เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ทั้งที่ได้ปรากฏในรายงานประจำปีและไม่ได้ปรากฏในรายงานประจำปีฉบับนี้ และมุ่งหวังว่าจะได้ปฏิบัติงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อการบรรลุวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข **“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”**

กรมการแพทย์
มกราคม 2565





กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

สารบัญ

01

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลองค์การ

17

ส่วนที่ 2 : ผลการดำเนินงาน
ตามยุทธศาสตร์

65

ส่วนที่ 3 : ผลการดำเนินงาน
โครงการที่สำคัญ

73

ส่วนที่ 4 : การบริหารจัดการใน
สถานการณ์แพร่ระบาด (COVID-19)

78

ส่วนที่ 5 : รางวัล
และความภาคภูมิใจ

96

ส่วนที่ 6 : ภาคผนวก

ข้อมูลองค์การ



01

กำเนิด “กรมการแพทย์”



“ ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตน เป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลาภทรัพย์และเกียรติยศจะตกแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์ ”



7 พ.ย. 2461

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 6 แห่งราชวงศ์จักรี งานการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบอย่างเป็นทางการ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้รวมการสุขาภิบาล กระทรวงนครบาล และกรมประชาภิบาล กระทรวงมหาดไทย ตั้งเป็น กรมสาธารณสุข สังกัดกระทรวงมหาดไทย



10 มี.ค 2485

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล รัชการที่ 8 ช่วงสมัยรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม พิจารณาวางงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความซ้ำซ้อนและกระจายอยู่ในกระทรวงและกรมหลายแห่ง จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการการพิจารณาจัดการปรับปรุง เพื่อรวบรวมกิจการแพทย์และสาธารณสุข ยกเว้นการแพทย์ของทหาร ตำรวจ และการรถไฟ พร้อมมีมติให้ตั้งกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์จึงถือกำเนิดมาตั้งแต่นั้น โดยมีหน้าที่หลักเกี่ยวกับการบำบัดโรค การจัดตั้งและการควบคุมโรงพยาบาล ดำเนินกิจการของโรงพยาบาล ทั้งโรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไป และโรงพยาบาลเฉพาะโรค ตลอดจนการจัดตั้งโรงเรียนผดุงครรภ์และโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล โดยมี พันโทนิศย์ เวชวิศิษฐ์ เป็นอธิบดีท่านแรก โดยที่ทำการของกรมการแพทย์ตั้งอยู่บริเวณเดียวกับกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอดในช่วงแรกอาศัยอยู่ในบริเวณกระทรวงมหาดไทย



23 พ.ค 2485

ย้ายที่ทำการไปยังวังศุโขทัย ถนนสุขุโขทัย โดยเช่าอาคารจากสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

กำเนิด “กรมการแพทย์”



พ.ศ. 2493

สำนักพระราชวังต้องการใช้วังศุโขทัยเป็นที่ประทับของสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี พระบรมราชินีในวาทสันตติวงศ์ จึงขอโอนที่ดินวังเทวะเวสม์ ตำบลบางขุนพรหม อำเภอพระนคร กรุงเทพมหานคร และกรมการแพทย์ก็ได้ย้ายที่ทำการไปยังวังเทวะเวสม์ พร้อมกับ กระทรวงสาธารณสุข



พ.ศ. 2536

กระทรวงสาธารณสุข ณ วังเทวะเวสม์ ได้มีการขยายหน่วยงานงานเพิ่มขึ้น จึงเริ่มเกิดปัญหา ความแออัดทั้งด้านสถานที่ทำงานและการจราจร นับวันปัญหาก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้น ผู้บริหารจึงมี แนวคิดที่จะย้ายกระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับธนาคารแห่งประเทศไทยซึ่งมีพื้นที่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น มีความประสงค์จะขยายพื้นที่ปฏิบัติงาน ผู้บริหารทั้ง 2 หน่วยงาน จึงเห็นชอบและตกลงกันให้กระทรวงสาธารณสุขย้ายไปปลูกสร้างใหม่แทนในที่ดินของ โรงพยาบาลศิริราช จัหวัดนนทบุรี ซึ่งขณะนั้นอยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 400 ไร่



พ.ศ. 2537

การดำเนินการก่อสร้างแล้วเสร็จ กรมการแพทย์จึงย้ายไปปฏิบัติงานในอาคารกรมการแพทย์ แห่งใหม่ เมื่อวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2537 นับแต่บัดนั้น



เหลียวหลังกรมการแพทย์

**ทศวรรษแรก : วางรากฐาน
(พ.ศ.2485-2495)**

พ.ศ.2485

รับโอนโรงพยาบาลจากกรมสาธารณสุขมาอยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ 25 แห่ง ตั้งอยู่ในพระนคร 3 แห่ง และส่วนภูมิภาค 22 แห่ง นอกจากนั้นรัฐบาลได้มอบให้ กรมการแพทย์ควบคุมดำเนินการโรงพยาบาลที่ยึดครองไว้ช่วงสงครามเอเชียบูรพา กับกรณีพิพาทกับฝรั่งเศสที่อินโดจีนอีก 9 แห่ง เช่น รพ.พระตะบอง รพ.เซียงตุง ฯลฯ

พ.ศ.2489

ยุควิกฤตสงครามตั้งแต่สงครามอินโดจีนถึงสงครามโลกครั้งที่ 2 กรมการแพทย์ ผลิตพยาบาลส่งไปทำงานในภูมิภาค โดยตั้งโรงเรียนพยาบาล แห่งแรกของกระทรวง สาธารณสุขในสังกัดกรมการแพทย์ โดยใช้พื้นที่ของ รพ.กลาง กำหนดกฎเหล็ก “แพทย์หรือพยาบาลที่สมัครรับราชการกรมการแพทย์ทุกคน ต้องไปทำงานใน รพ.ส่วนภูมิภาคอย่างน้อยเป็นเวลาหนึ่งปี แล้วจะได้รับพิจารณาย้ายมารับราชการ ในรพ.ส่วนกลางเมื่อมีตำแหน่งว่าง”

พ.ศ.2490

ก่อสร้าง รพ.โรคจิตอุบลราชธานี รพ.สวนปรุง รพ.โรคติดต่อพญาไท รพ.ศรีสังวร สุขุทัย และรพ.ชลบุรี

พ.ศ.2490 - 2517

สร้างโรงพยาบาลและบริหารโรงพยาบาลในต่างจังหวัดครบทุกจังหวัด

ทศวรรษที่ 2 : ขยายงาน (พ.ศ.2496-2506)

พ.ศ.2502 - 2509

- 1 มกราคม พ.ศ. 2502 กรมการแพทย์ รุกงานด้านยาเสพติด โดยรับผิดชอบให้การรักษาผู้ติดยาเสพติด
- 1 มกราคม พ.ศ. 2503 โอนภารกิจการรักษาขึ้นตอนพิษยาให้แก่ กรมประชาสงเคราะห์ รับผิดชอบดำเนินงานแต่ฝ่ายเดียว
- 12 เมษายน พ.ศ. 2505 กรมการแพทย์รับมอบงาน ขึ้นตอนพิษยาขึ้น ตั้งชื่อสถานพยาบาลนี้ว่า “โรงพยาบาลยาเสพติด” และรับงานขึ้นพื้นที่เพิ่มเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2507
- 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2509 ได้รับพระราชทานนามจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ว่า “โรงพยาบาลธัญญารักษ์”

พ.ศ.2505

มีโรงพยาบาลส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 102 แห่ง จำแนกเป็น โรงพยาบาลส่วนกลาง 11 แห่ง สถาบัน 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค 89 แห่ง

ทศวรรษที่ 3 : ปรับบทบาท (พ.ศ.2507-2517)

พ.ศ.2514

ยุบรวมกับกรมอนามัย เป็น กรมการแพทย์และอนามัย ตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 216 มี นพ.เชิด โทณะวณิก เป็นอธิบดี โอนรพ.ส่วนภูมิภาคไปอยู่ในการดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.2516

มีพ.ร.บ.กำหนดให้มีกรมการแพทย์อีกครั้ง ปรับบทบาทเป็นกรมวิชาการด้านการรักษาพยาบาล พัฒนาคุณภาพ โดยการพัฒนาศึกษาวิชาการ เพื่อไปสนับสนุน ส่งเสริม รวมทั้ง นิเทศ ฝึกอบรม ยกระดับขีดความสามารถในการใช้เทคโนโลยีให้แก่ระบบงานบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประสิทธิภาพของการบริการสูงขึ้น





ทศวรรษที่ 4 : พัฒนาการและฝึกรอบม (พ.ศ.2518-2528)

ในทศวรรษนี้เป็นช่วงเวลาของการพัฒนาวิชาการและฝึกรอบมด้านการแพทย์อย่างต่อเนื่อง จาก พ.ศ. 2510 ที่กรมการแพทย์ได้เปิดการฝึกรอบมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขากุมารเวชศาสตร์ เป็นสาขาแรก และเริ่มมีการจัดฝึกรอบมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขานี้อย่างเป็นทางการตามหลักเกณฑ์ของแพทยสภาใน พ.ศ. 2514

พ.ศ. 2518 มีแพทย์ประจำบ้านรุ่นแรกจบการศึกษา หลังจากนั้นได้มีการขยายการฝึกรอบมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านอีกหลายสาขา เช่น สาขาสูติศาสตร์รีเวชวิทยารพ.ราชวิถี สาขาศัลยศาสตร์และสาขาทวิสาขา สถาบันประสาทวิทยา สาขาศัลยศาสตร์รพ.ราชวิถี และรพ.เลิดสิน สาขาทจวิทยา สถาบันโรคผิวหนัง เป็นต้น จนมีทั้งสิ้น 13 สาขา ในพ.ศ. 2533 ซึ่งปีนี้ได้เริ่มเปิดหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขากุมารเวชศาสตร์ โรคหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก เป็นครั้งแรก และมีการขยายการอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ต่อเนื่องมาตลอดจนถึงปัจจุบันมีทั้งหมด 45 สาขา 57 หลักสูตร

นพ.กมล สันธวานนท์ รักษาการพ.ราชวิถี (เดิมชื่อรพ.หญิง) และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (เดิมชื่อรพ.เด็ก) ไว้กับกรมการแพทย์ โดยไม่ยอมให้ทั้ง 2 รพ. ย้าย ไปสังกัดมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ โดยให้เหตุผลว่า ทั้ง 2 แห่ง เป็นเหมือนรพ.แม่ของรพ.ในต่างจังหวัด เนื่องจากเป็นสถานที่ศึกษาดูงานของแพทย์และพยาบาลต่างจังหวัดและรพ.มีโรงเรียนที่ผลิตครูพยาบาลและพยาบาลสนองนโยบายกรมการแพทย์ที่จะขยายโรงเรียนพยาบาล





ทศวรรษที่ 5 : สร้างความเชี่ยวชาญ (พ.ศ.2529-2539)

พ.ศ 2531 - 2534

นพ.สุจินต์ ผลการกุล มองกรมการแพทย์ในภาพประเทศ โดยผลักดันงานการแพทย์ให้ขยายครอบคลุมโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพ จึงก่อเกิดหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถาบันโรคผิวหนัง สถาบันพยาธิวิทยา สถาบันประสาทวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี งานโรคไม่ติดต่อ (NCD) งานอาชีวเวชศาสตร์ งานผู้สูงอายุ

พ.ศ.2532

- รับมอบศูนย์พัฒนาการควบคุมโรคไม่ติดต่อจากกระทรวงสาธารณสุขมาอยู่ในกำกับ ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
- ตั้งสถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต เพื่อร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ ม.รังสิต ผลิตบัณฑิตแพทย์ โดยจัดการเรียนการสอนในชั้น Clinic จนถึงปัจจุบัน

พ.ศ.2535

พล.ร.ต.นพ.วิฑูร แสงสิงแก้ว นำกรมการแพทย์ผ่านช่วงเปลี่ยนผ่านจากยุคผู้สร้างและบุกเบิกสู่ **ยุคแห่งการพัฒนาสร้างความเชี่ยวชาญ** จนประสบความสำเร็จในการวางรากฐานงานพัฒนาการแพทย์ของประเทศ งานด้านสุขภาพจิต การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ฉุกเฉิน จนได้ยกฐานะเป็นส่วนราชการระดับกรม ในภายหลัง ได้แก่

- พ.ศ. 2535 โอนอำนาจหน้าที่และกิจการบริหารบางส่วนของกรมการแพทย์ เพื่อจัดตั้งสถาบันสุขภาพจิตให้เป็นกรมหนึ่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน คือ กรมสุขภาพจิต
- 3 ต.ค. 2545 โอนภารกิจด้านการแพทย์แผนไทย จีน และการแพทย์ทางเลือก จัดตั้งเป็น กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- 23 ก.พ. 2551 โอนภารกิจด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการทั่วประเทศ ปัจจุบัน จัดตั้งเป็นสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- ด้านการผลิตบุคลากรโอนให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ ได้แก่ รร.เวชนิทัศน์ รร.เซลล์วิทยา รร.ทันตภิบาล

พ.ศ.2539

โรงพยาบาลเด็กได้รับพระราชทานนามใหม่ว่าสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ทศวรรษที่ 6 : มุ่งสู่ความเป็นเลิศ (พ.ศ.2540-2551)

พ.ศ.2545

นพ.เสรี ตู้จินดา รักษาการพ.ในสังกัดให้ปลดปล่อยจากนโยบายการกระจายอำนาจ โดยนำกรมการแพทย์สู่เป้าหมายใหม่ “Center of Excellence : COE ” เกิดแนวทางการพัฒนา COE ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบที่ยาวนานมาจนถึงปัจจุบัน

- รับหน่วยงานมาอยู่ในกำกับ :
 - สถาบันโรคทรวงอก
 - สำนักการพยาบาล
- โอนหน่วยงาน/ภารกิจให้กรมอื่นหรือจัดตั้งใหม่
 - สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณภัย
 - โรงพยาบาลประสาทสงขลา
 - สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ
 - การควบคุมโรคไม่ติดต่อ

พ.ศ.2546

ผลักดันการพัฒนาระบบราชการ โดยตั้งกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โดยต่อมากฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2552 กำหนดให้รับผิดชอบงานขึ้นตรงกับอธิบดีกรมการแพทย์ และมีหน้าที่หลักในการพัฒนาการบริหารของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีประสิทธิผล คุ่มค่า พร้อมกับกลุ่มตรวจสอบภายในซึ่งทำหน้าที่หลักในการตรวจสอบการดำเนินงานภายในกรม

พ.ศ. 2547 - 2551

- นพ.ชาตรี บานชื่น สร้างมิติใหม่ทางการแพทย์โดยผนวก การแพทย์ กับ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 เป็น “การแพทย์สมคุณค่า ” เน้นการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
- เกิดระบบ Competency และ Performance

พ.ศ.2551

กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย โดยความร่วมมือจากกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย และองค์กรเครือข่ายอีกหลายภาคส่วนพัฒนาทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติหรือทีมเมอร์ท (MERT) (ระดับจังหวัด) จนถึง Mini MERT (ระดับอำเภอ) ซึ่งสามารถช่วยเหลือทั้งภายในและภายนอกประเทศ เช่น สึนามิ แผ่นดินไหวที่ประเทศเนปาล เป็นต้น



ทศวรรษที่ 7 : องค์การระดับชาติ

(พ.ศ.2552-ปัจจุบัน)

พ.ศ. 2552 - 2554

เป็นยุคแห่งการสื่อสารสาธารณะเพื่อเผยแพร่ศักยภาพด้านวิชาการและบริการของกรมการแพทย์ มีเพลงประจำกรมเกิดขึ้น ครั้งแรก “ดูแลด้วยใจ หายได้ด้วยเทคโนโลยี” พ.ศ. 2554 เปิดศูนย์โรคตา รพ.เมตตาประชารักษ์ สาขาสุขุมวิท เป็นการบริหารจัดการบริการทางการแพทย์ภาครัฐในเชิงธุรกิจ และพัฒนาจนได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน JCI ใน พ.ศ. 2556

พ.ศ 2556 - 2559

- นพ. สุพรรณ ศรีธรรมมา ยกระดับ 7 องค์ประกอบของ COE พัฒนาสู่ องค์การสุขภาพระดับชาติ (NHA) Academic Center และ Medical Service Complex
- งาน HR ก้าวไกล มีบุคลากรเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา จนได้รับรางวัลเกียรติคุณหน่วยงานบริหารทรัพยากรดีเด่น ประจำปี 2559 จากมูลนิธิฟันเอกจินดา ณ สงขลา
- พัฒนาข้อเสนอให้กระทรวงประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การมอบแขนขาเทียมให้คนพิการทั่วประเทศ การตรวจสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชน

พ.ศ.2558

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558 เปลี่ยนชื่อหน่วยงาน (1) ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็น สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (2) สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ เป็น สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

พ.ศ 2559 - 2560

นพ. อีรพล โตพันธุ์พานิช สนับสนุนโรงพยาบาลและสถาบันของกรม ยกระดับความเป็นเลิศด้านการแพทย์ในระดับชาติและนานาชาติ โดยส่งเสริมการวิจัย การพัฒนาวิชาการและมาตรฐานการแพทย์ และตั้งคณะกรรมการ COE ระดับชาติ

พ.ศ 2561 - ปัจจุบัน

นพ. สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ กำหนดนโยบายปฏิรูปการดำเนินงาน 4 ด้าน คือ Function Agenda Area และ System ปฏิรูปการให้บริการทางการแพทย์จากเดิมที่มุ่งเน้นการให้บริการภายในโรงพยาบาลไปสู่การเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง Hospital Based Medical Service to Personal Based Medical Service ภายใต้แนวคิด “ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต” ปรับระบบการทำงานของกรมให้เป็นองค์กรที่เปิดกว้างให้ทุกภาคส่วนเข้าถึงระบบงาน โดยดำเนินการในรูปแบบ (Open Platform) และ Adaptive strategy เพื่อพัฒนาสู่การเป็นองค์กรนวัตกรรมทางการแพทย์

: จัดตั้งสำนักการแพทย์เขตสุขภาพ 13 เขต เป็นศูนย์กลาง (Focal Point) เชื่อมประสานการทำงานระหว่างกรมการแพทย์ส่วนกลางและสถานบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

: เป็นองค์กรนำการแก้ไขปัญหาแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทางกรมการแพทย์

ทิศทางกรมการแพทย์

วิสัยทัศน์ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2561 - 2580

ประชาชนสุขภาพดีได้รับบริการทางการแพทย์

ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค การแพทย์ไทยเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย

วิจัยทัศนระยะ 5 ปี พ.ศ. 2565

ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค ภายในปี พ.ศ. 2565

พันธกิจ	 สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า (Appropriate Medical Technology) เสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Co-Creation) ทางวิชาการ และบริการทางการแพทย์ในทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาการแพทย์ของประเทศไทยสู่มาตรฐานสากล 			
เป้าหมาย	1. การแพทย์ของประเทศเป็นเลิศและสมคุณค่า 2. แพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง 3. การบริหารจัดการที่ดีเป็นองค์การสมรรถนะสูง			
ยุทธศาสตร์	1. สร้างความเข้มแข็งเครือข่าย บริการและวิชาการ	2. พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ แบบครบวงจรไร้รอยต่อ	3. พัฒนาแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพ ให้มีความเชี่ยวชาญ	4. พัฒนาระบบบริหารจัดการฯ
กลไกในการขับเคลื่อน	DMS 4 Reforms			
	Function	Agenda	Area	System
ระบบงาน	ระบบงาน บริหารจัดการ	ระบบงานวิจัยและประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทาง	ระบบงานบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง	ระบบงานถ่ายทอดองค์ความรู้ และพัฒนานโยบายทางการแพทย์
สมรรถนะหลัก	1. บุคลากรมีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์เฉพาะทาง		2. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่รองรับการรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน	
ค่านิยม	M:Mastery	O:Originality	P:People Centered	H:Humility
	D:Determination for The Nation	M:Moving Together		S:Specialist

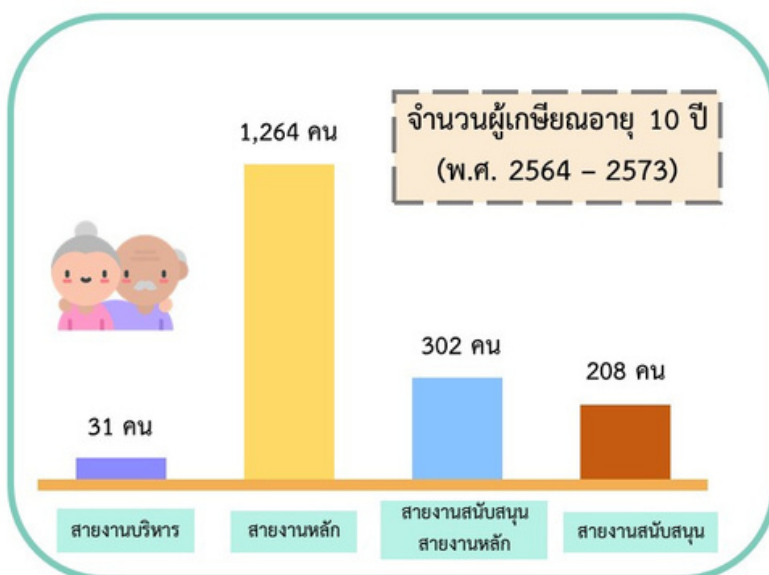
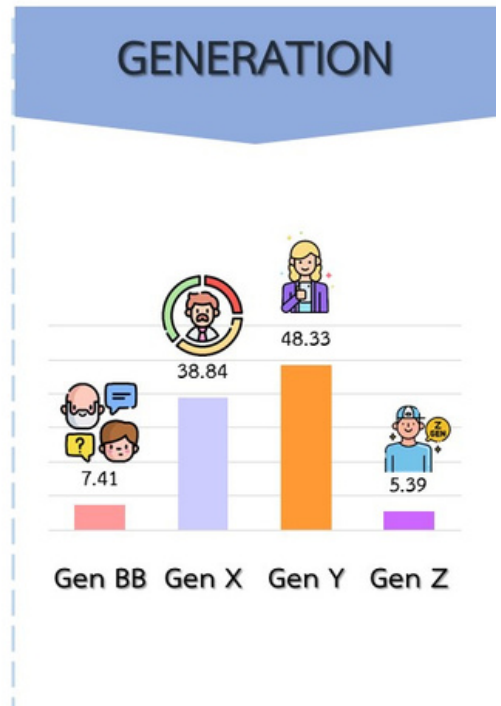
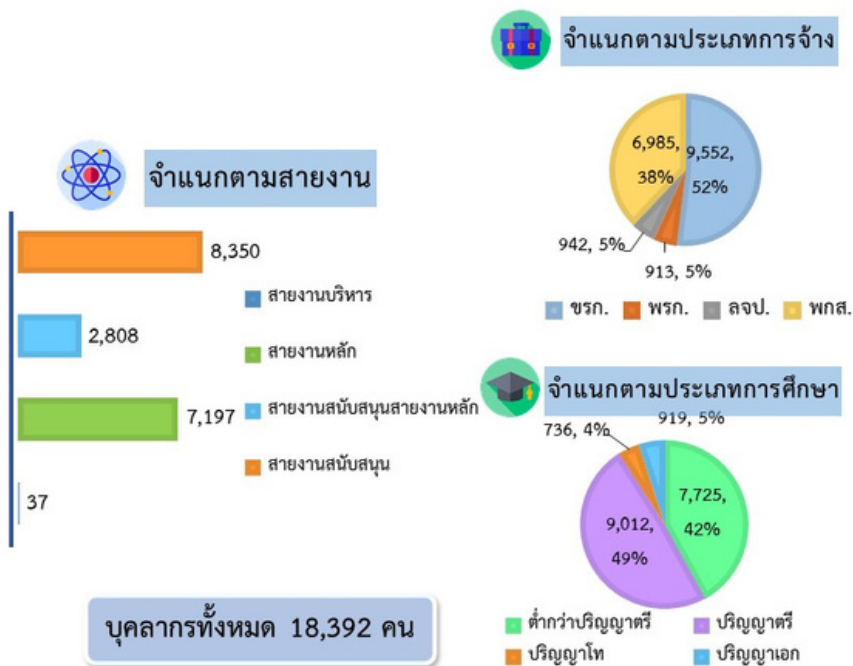


โครงสร้างองค์กรและการกำกับดูแล

สำนักงาน ก.พ.	สำนักงาน ก.พ.ร.	สำนักงาน ป.ปช.	สำนักงานงบประมาณ	สำนักงานกฤษฎีกา	สำนักงาน ป.ป.ท.
กรมบัญชีกลาง	คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลการราชการ		คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน		กระทรวงสาธารณสุข



สถานการณ์กำลังคน

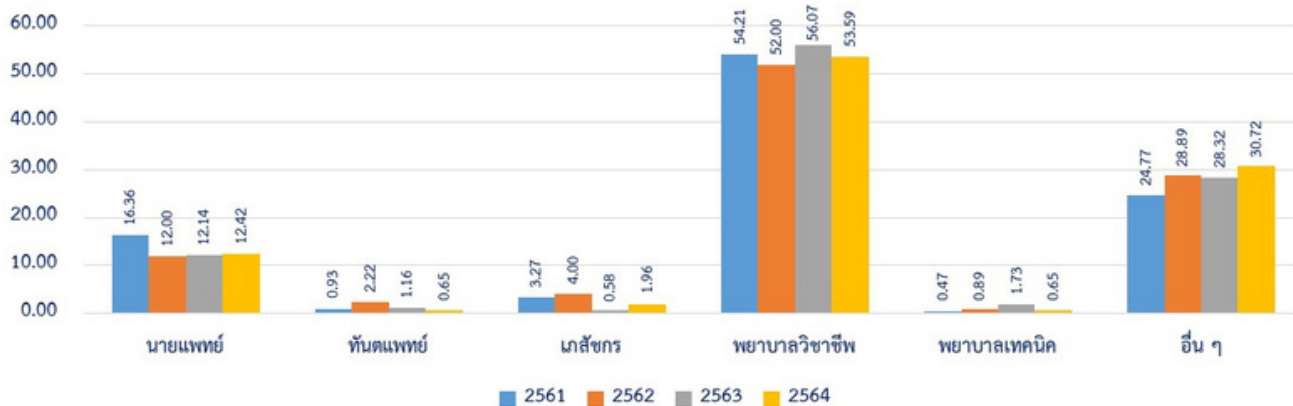


Technical Knowledge

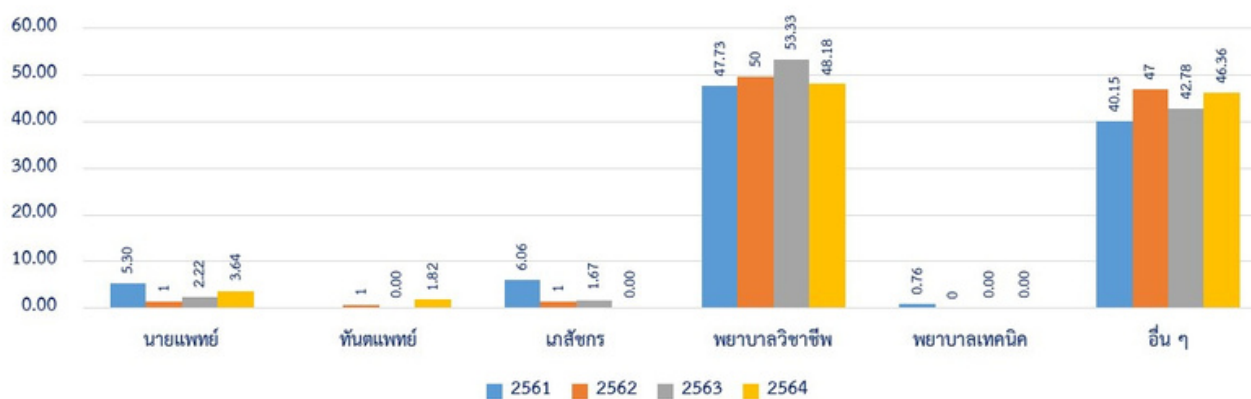
พัฒนาบุคลากรเฉพาะทางสาขาต่างๆ ในต่างประเทศ



อัตราการลาออกจำแนกตามรายปี



อัตราการโอนย้ายจำแนกตามรายปี



ผลการปฏิบัติงาน ตามแผนรายจ่ายประจำ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564



ตัวชี้วัด ผลผลิต /โครงการ / กิจกรรม	รวมทั้งสิ้น	
	แผน	ผล
1. จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์ระดับตติยภูมิ	13,300 คน	14,438 คน
2. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ 55	ร้อยละ 41.53
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์ระดับตติยภูมิ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85.4
4. จำนวนองค์ความรู้ที่ศึกษาและถ่ายทอด	10 เรื่อง	21 เรื่อง
5. บุคลากรนำองค์ความรู้/เทคโนโลยีด้านการดูแลสุขภาพเด็กไปประยุกต์ใช้	650 คน	801 คน
6. จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนา	5,000 คน	10,774 คน
7. เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ	อย่างน้อย ร้อยละ 87	อย่างน้อย ร้อยละ 100
8. จำนวนเด็กด้อยโอกาส (เด็กเจ็บป่วย) ได้รับโอกาสทางการศึกษาในหลักสูตรการเรียนการสอนที่เหมาะสม	55,000 คน	78,543 คน
9. เด็กด้อยโอกาส(เด็กเจ็บป่วย) ได้รับการศึกษาและสามารถสู่การเรียนต่อในระบบภาคปกติ/การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.)	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

ตัวชี้วัด ผลผลิต /โครงการ / กิจกรรม	รวมทั้งสิ้น	
	แผน	ผล
10. ความสำเร็จของการแลกเปลี่ยนงานวิชาการและการบริการด้านการแพทย์ ของโครงการสนับสนุนการเป็นเมืองศูนย์กลางบริการสุขภาพในอาเซียน	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
11. ความสำเร็จการเปลี่ยนงานวิชาการและการบริการของโครงการที่เกิดจากการร่วมมือกับประเทศในกลุ่มประเทศอาเซียนและทวีปเอเชีย	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
12. จำนวนด้านการบูรณาการโครงการด้านสุขภาพ	10 ด้าน	29 ด้าน
13. จำนวนโครงการเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน	10 โครงการ	20 โครงการ
14. จำนวนผู้ป่วยสารเสพติด สุรา บุหรี่ที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์ระดับตติยภูมิ	6,500 คน	7,649 คน
15. ความพึงพอใจของผู้ป่วยสารเสพติดที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์ระดับตติยภูมิ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 89
16. ระดับความสำเร็จของการตอบสนองความต้องการด้านวิชาการ [Technical Support] ต่อเครือข่ายเขตสุขภาพ	ระดับ 3	ระดับ 3
17. จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาวิชาการ	5,500 ราย	5,427 ราย
18. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์เพื่อการศึกษ พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้	994,900 ราย	2,740,171 ราย
19. จำนวนองค์ความรู้ที่ศึกษาและถ่ายทอด	31 เรื่อง	75 เรื่อง

ตัวชี้วัด ผลลัพธ์ /โครงการ / กิจกรรม	รวมทั้งสิ้น	
	แผน	ผล
20. ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์	ร้อยละ 80	ร้อยละ 81
21. แพทย์เฉพาะทางผ่านการศึกษาตามเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
22. ร้อยละความสำเร็จการแลกเปลี่ยนงานวิชาการและการบริการของโครงการที่เกิดจากความร่วมมือกับต่างประเทศ	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
23. ร้อยละบุคลากรได้รับคำตอบแทนผลการปฏิบัติราชการ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
24. มีรายงานการติดตามดูแลผู้ป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพช่องปากภายหลังการฝังรากฟันเทียมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง	4,000 คน	4,098 คน
25. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงระบบการดูแลรักษาครบวงจร ตั้งแต่การคัดกรองวินิจฉัย และการดูแลต่อเนื่อง ในพื้นที่นำร่องระยะที่ 1 A [Active]	1,000 คน	88,629 คน
26. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองประเมินสุขภาพและจัดการต่อด้วยระบบ Aging Health Data	500,000 คน	556,725 คน
27. ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตามรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก	25,000 คน	31,038 คน
28. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและป้องกันภาวะหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่	2,400 คน	2,400 คน
29. ผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดและผู้สูงอายุที่ภาวะเปราะบางเข้าถึงระบบรับปรึกษา ระบบส่งต่อ และระบบติดตามการดูแลระยะกลางระหว่างหน่วยบริการอื่น ๆ ในโรงพยาบาล	5,500 คน	1,593 คน

ตัวชี้วัด ผลผลิต /โครงการ / กิจกรรม	รวมทั้งสิ้น	
	แผน	ผล
30. บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ระบบรับปรึกษาแบบส่งต่อและระบบติดตามการดูแลระยะกลาง	100 คน	500 คน
31. ผู้สูงอายุที่เข้าทำงานได้รับบริการตรวจสุขภาพและดูแลด้านอาชีวอนามัย	50,000 คน	38,538 คน
32. วัยทำงานได้รับการป้องกันลดความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่มีสาเหตุจากโรคที่เกิดจากการทำงาน	50,000 คน	49,524 คน
33. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวนธุรกรรมการให้บริการ	มากกว่า 50,000 ธุรกรรมต่อปี	มากกว่า 288,200 ธุรกรรมต่อปี
34. จำนวนผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ และนวัตกรรมเทคโนโลยีทางการแพทย์	637,900 คน	1,015,822 คน
35. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ไม่เกินร้อยละ 8	ไม่เกินร้อยละ 12.19
36. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 7	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 8.33
37. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 71.11
38. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 71.47
39. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี รักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 62.5

ผลการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์



ยุทธศาสตร์ที่ 1

สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการ
ทางการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศ



การแพทย์เพื่อเฉลิมพระเกียรติฯและสนองพระราชดำริ

กรมการแพทย์มีเป้าหมายในการดูแลประชาชนที่ด้อยโอกาสให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อนเฉพาะทาง จึงได้ดำเนินการโครงการสนับสนุนด้านการแพทย์เพื่อเฉลิมพระเกียรติและสนองพระราชดำริ เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ และเพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ดังนี้

เปลี่ยนลิ้นหัวใจพิการแต่กำเนิด Pulmonary valve

ให้การรักษาเปลี่ยนลิ้นหัวใจพิการแต่กำเนิด Pulmonary valve ด้วยการสวนหัวใจทดแทนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก จำนวน 18 ราย



ตาปลอม 999 ดวงตา ถวายเป็นพระราชกุศลแด่องค์พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร

ให้บริการใส่ตาปลอมเฉพาะบุคคลแก่ผู้ป่วยที่สูญเสียดวงตาและสูญเสียการมองเห็นจำนวน 105 ดวงตาช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่สูญเสียดวงตาหรือดวงตาผิดปกติให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมั่นใจสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่การงานได้ เช่นคนปกติทั่วไป และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับตาปลอมในรูปแบบ 1) แผ่นพับ 2) นามบัตร 3) Roll up 4) Poster



รพท.ที่ป็นสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

- ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ต้องขังได้เข้าถึงการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีคุณภาพ โดยเน้นรูปแบบการบริการแบบ New normal

- ใช้ระบบ digital เข้าช่วยในด้านการแพทย์ ด้วยวิธีการ Telemedicine, Teleconference เพื่อสามารถให้บริการทางการแพทย์ได้อย่างต่อเนื่องเหมาะสมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดำเนินการตรวจรักษา ผู้ต้องขังจำนวนทั้งสิ้น 755 ราย ที่ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ โดยทีมแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางจิตอาสากรมการแพทย์ และส่งต่อการรักษา ไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ในสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 24 ราย พร้อมทั้งติดตามการรักษา (Follow up) การปรึกษาด้านการรักษา ผ่านระบบ Tele - medicine, Tele - consultation จำนวน 360 ราย ให้บริการแผนและหาเทียมแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) พร้อมมอบกายอุปกรณ์แก่ผู้ต้องขังพิการ จำนวน 12 คน และตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในทัณฑสถานของโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ตรวจพบเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 19 ราย ดำเนินการทำการผ่าตัดแก้มผู้ต้องขังหญิง จำนวน 4 ราย



สนับสนุนด้านบริการและวิชาการทางการแพทย์แก่โรงพยาบาลใน มูลนิธิเทพรัตนเวชชานุกูล (โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ)

กรมการแพทย์ มีเป้าหมายให้การดูแลและรักษาประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลที่ด้อยโอกาส ให้ได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ซับซ้อน เฉพาะทาง จึงให้การสนับสนุนด้านบริการและวิชาการทางการแพทย์ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความขาดแคลนของเขตสุขภาพ ลดแออัด ลดการรอคอยในโรงพยาบาล โดยเน้นให้ความสำคัญกับการพัฒนาไปสู่การเป็นโรงพยาบาลที่เป็นมากกว่าโรงพยาบาล และยกระดับให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพ สามารถดูแลรักษาประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลที่ขาดโอกาสได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ซับซ้อน และการแพทย์เฉพาะทางต่าง ๆ ที่สำคัญใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไปรับบริการ ในสาขาต่าง ๆ ดังนี้

สาขาโรคผิวหนัง

สนับสนุนการเปิดคลินิกโรคผิวหนังและอบรมความรู้ด้านโรคผิวหนัง แก่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน โรงพยาบาลท้ายเหมืองชัยพัฒน์ จังหวัดพังงา มีผู้เข้ารับบริการตรวจรักษาจำนวน 349 ราย



สาขาจักษุวิทยา

ดำเนินการออกหน่วยผ่าตัดตาต้อกระจก ณ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติฯ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จ.นครราชสีมา และโรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จ.นราธิวาส รวมมีผู้เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมจำนวน 37 ราย ส่งผลให้ผู้สูงอายุตาต้อกระจกมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นลดภาวะตาบอดจากต้อกระจก



สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

อบรมพื้นฐานการดูแลแบบประคับประคองให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (อบรมระบบออนไลน์) ที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ (รพก.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำให้เกิดเครือข่าย และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของมูลนิธิเทพรัตนเวชชานุกูลจำนวน 10 แห่ง และมีโรงพยาบาลเครือข่าย 37 แห่ง



สาขาพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก

อบรมเรื่องการใช้ DSPM ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลท้ายเหมืองชัยพัฒน์ และโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดพังงา รวมทั้ง บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ (รพก.) ทั้ง 11 แห่ง และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตรวจพัฒนาเด็ก จำนวน 31 ราย



สาขาการดูแลผู้ป่วยกึ่งเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เพิ่มพูนทักษะการตรวจประเมินวินิจฉัยความพิการให้โรงพยาบาลที่มูลนิธิเทรตันเวชชานุกูลสนับสนุน (รพก.) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชัยพัฒนา พร้อมให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแล IMC แบบ Tele consult สนับสนุนสื่อวิชาการด้านการดูแลผู้ป่วย/คนพิการ เช่น คู่มือ care giver, การเรียนรู้ผ่านระบบ E-learning พร้อมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์สื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ (รพก.) ทั้ง 11 แห่ง รวม 22 ชุด



สาขาการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร

อบรมเชิงปฏิบัติการถ่ายทอดแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแก่บุคลากรในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ (รพก.) จำนวน 5 แห่ง และผลิตสื่อสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ VDO clip, infographic



สาขาการบริการทันตกรรม

อบรมพัฒนาระบบบริการการแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลที่มูลนิธิเทรตันเวชชานุกูลสนับสนุน (รพก.) สาขาบริการทันตกรรม และสนับสนุนยูนิตทันตกรรม จำนวน 8 ยูนิต แก่โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ (รพก.) จำนวน 5 แห่ง



นอกจากนี้ ยังได้บูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในสังกัดกรมการแพทย์ ดำเนินงานโครงการหน่วยแพทย์เฉพาะทางอาสา เพื่อประชาชนในพื้นที่พิเศษและพื้นที่หมู่เกาะ ณ โรงพยาบาลทวายเมืองชัยพัฒนา ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยนำทีมแพทย์อาสาเคลื่อนที่หลากหลายสาขาวิชาชีพของกรมการแพทย์ ไปตรวจรักษาประชาชนตามบริบทและภาระโรคของอำเภอทวายเมือง จังหวัดพังงาและพื้นที่ใกล้เคียง ทำให้ประชาชนพื้นที่พิเศษและพื้นที่หมู่เกาะสามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ที่ซับซ้อน และการแพทย์เฉพาะทางต่าง ๆ ที่สำคัญใกล้บ้านโดยไม่ต้องรอคิวนาน ลดภาระค่าใช้จ่ายประชาชน และเพิ่มขีดความสามารถการบริการและวิชาการด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลทวายเมืองชัยพัฒนา โรงพยาบาลกระบี่ชัยพัฒนา โรงพยาบาลกะปองชัยพัฒนา โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งรักชัยพัฒนา จากการลงพื้นที่ ประชาชนในพื้นที่พิเศษและพื้นที่หมู่เกาะได้รับการตรวจสุขภาพจำนวนทั้งสิ้น 471 รายและส่งต่อ (Refer) 40 ราย โดยได้รับการตรวจโรคผิวหนังทั่วไปจำนวน 165 คน บริการทันตกรรม และ NN supervision จำนวน 60 คน ตรวจพัฒนาเด็กจำนวน 31 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเมิน และแจกอุปกรณ์ฯ ไม่เท้า, วอกเกอร์, รถเข็นจำนวน 18 คน คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 27 คน คัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกจำนวน 61 คน และตรวจวัดสายตา ความดันตา แวนตา จำนวน 109 คน

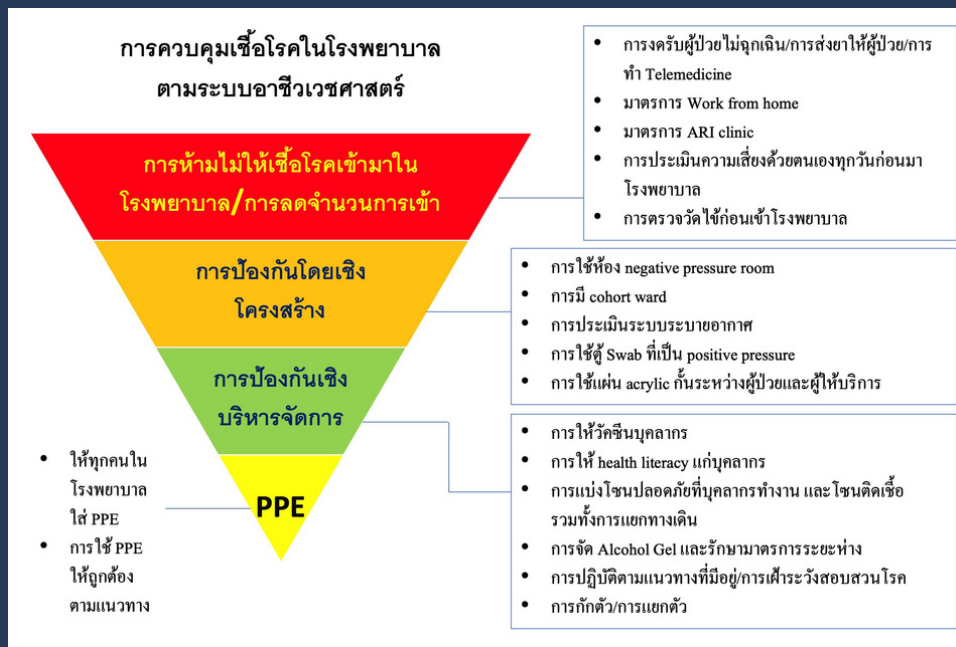


พัฒนาความเป็นเลิศของ หน่วยงานกรมการแพทย์ (The Best of the Best)

โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ ทางการแพทย์ (Center of Excellence)

1. ด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

สถาบันอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ดำเนินการจัดทำระบบดูแลบุคลากรทางการแพทย์จากโรคติดเชื้อ โดยอาศัยกลไกทางอาชีวเวชศาสตร์ ทั้งการควบคุมเชื้อโรคในโรงพยาบาล มุ่งเน้นการป้องกันการสืบสวนโรค การแบ่งระดับกลุ่มเสี่ยง การติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างเข้มข้น การกักตัว การดูแลผู้ถูกกักตัว พร้อมทั้งนำระบบดังกล่าวเผยแพร่ในโรงพยาบาล / สถาบันทั่วประเทศ รวมทั้งนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลนิคมอุตสาหกรรม และระบบดังกล่าวยังได้ถูกนำไปรวมเป็นส่วนหนึ่งในคู่มือการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำทางเดินหายใจพ.ศ. 2564 ของกระทรวงสาธารณสุข ในบทที่ 7 เรื่องการจัดระบบป้องกันบุคลากรในโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี อีกด้วย



ดำเนินการพัฒนา คลินิกมลพิษออนไลน์ในรูปแบบ web base และ official line โดยผู้ป่วยจะเข้าไปประเมินตนเองใน web base ก่อน ใน web base จะมีแบบประเมินอาการด้วยตนเอง และมีการแบ่งระดับความรุนแรงและคำอธิบาย ถ้าผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ก็จะเข้าในระบบ official line เพื่อสอบถามแพทย์ได้โดยตรง โดยมีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์คอยตอบคำถาม โดยปัจจุบันมีเครือข่ายคลินิกมลพิษ online ทั้งหมด 47 แห่งทั่วประเทศ



ร้อยละกลุ่มอาการผิดปกติจำแนกรายปี (คลินิกมลพิษ)

	2019	2020	2021
ทางเดินหายใจ	59%	44%	49%
ตา	45%	47%	42%
ผิวหนัง	22%	13%	15%
หัวใจ	16%	17%	13%
คอจมูก	5%	7%	5%
ประสาท	0%	1%	0.5%



คู่มือบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำทางเดินหายใจ
พ.ศ.2564

2. ด้านโสต ศอ นาสิก



โรงพยาบาลราชวิถี ดำเนินการด้านการคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด ซึ่งในแต่ละปีจะมีเด็กที่มีหูหนวกและเป็นใบ้ในโรงเรียนโสตศึกษา ประมาณ 2,500 รายต่อปี ดังนั้นการตรวจคัดกรองการได้ยินตั้งแต่แรกเกิดจะช่วยค้นหา ความผิดปกติทางการได้ยินตั้งแต่แรกเริ่มได้หากตรวจพบความผิดปกติจะทำให้ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและฟื้นฟูในช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งเด็กที่ได้รับการฟื้นฟู จะสามารถพูดได้ใกล้เคียงเด็กปกติ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

การดำเนินงานในโรงพยาบาลดำเนินการคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลตามแนวทาง JCIH 2007 / จัดอบรมพยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพ ในการคัดกรองการได้ยิน / จัดทำ VDO สอนการตรวจคัดกรองการได้ยินใน ทารกแรกเกิด เผยแพร่แก่โรงพยาบาลที่จะดำเนินการคัดกรองการได้ยินนำไป เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ / พัฒนาการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด เพื่อการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค (Disease Specific Certification: DSC) เรื่องความบกพร่องทางการได้ยินในทารกแรกเกิดและกระบวนการรักษาตั้งแต่ การคัดกรองจนถึงการฟื้นฟู (Newborn hearing loss from Screening to habitation) ซึ่งได้รับการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) แล้ว

การดำเนินงานนอกโรงพยาบาล ดำเนินการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) สาขาโสต ศอ นาสิก กรรมการแพทย์ / เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดำเนินโครงการของ ขวัญวันเด็ก “ตรวจหู ให้อู่วินิจฉัย” เขตสุขภาพที่ 13 ตามนโยบายของกระทรวง สาธารณสุข ปี 2564 / ออกหน่วยสนับสนุนการดำเนินงานคัดกรองการได้ยิน ในทารกแรกเกิดแบบทุกรายให้แก่โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งผลการดำเนินงานสามารถช่วยลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยและลดอัตราการขาด การติดตามในรายที่ต้องตรวจซ้ำ / จัดโครงการฝึกอบรมคัดกรองการได้ยิน ทารกแรกเกิด ให้แก่ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพ เพื่อเพิ่ม ศักยภาพการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด เป็นแนวทางแก้ไข ปัญหาหนักแก่ไขการได้ยินไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

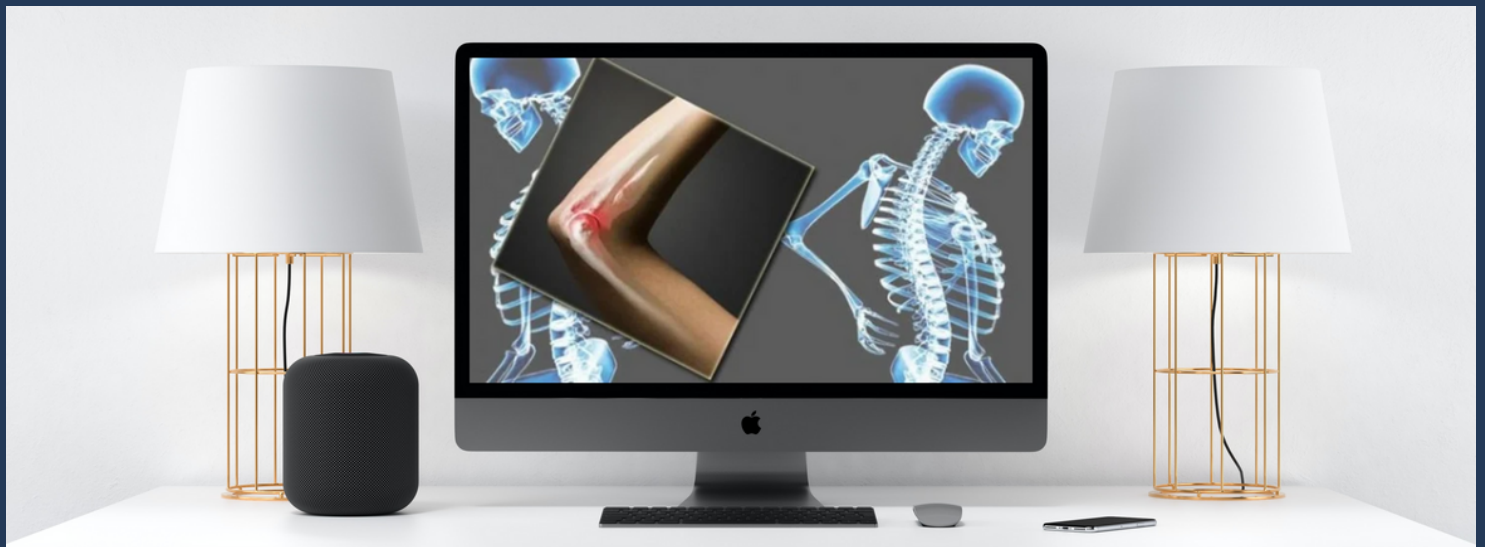


3. ด้านจักษุ

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ดำเนินการจัดตั้ง ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น (Visual Rehabilitation Center) เพื่อดูแลผู้พิการทางการเห็นทั้งตาบอดและตาเลือนรางให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นหลังแพทย์สิ้นสุดการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อออกบัตรผู้พิการ เป็นระบบบริการที่ครบวงจรทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นและการฟื้นฟูสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน และเพิ่มศักยภาพบริการ โดยความร่วมมือกับสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมเป็นสถานพยาบาลเครือข่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูง หมวดอุปกรณ์ทางการเห็น ซึ่งจะเป็นสถานพยาบาลหลักในการกระจายอุปกรณ์ช่วยการมองเห็นมูลค่าสูงสู่ภูมิภาคและเขตสุขภาพ เพื่อให้ผู้พิการทางการเห็นเข้าถึงบริการได้ง่าย และแผนงานในอนาคตจะมีการดำเนินการส่งเสริมให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพจัดตั้งคลินิกบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นและเพิ่มเครือข่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการทางการเห็น ประสานความร่วมมือกับภาคเอกชน ชุมรมสายตาเลือนราง สมาคมคนตาบอด องค์กรต่าง ๆ เพื่อดูแลและพัฒนา ระบบบริการผู้พิการทางการเห็น วิจัยและส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆเกี่ยวกับงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นร่วมกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร



4. โรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก



โรงพยาบาลเลิดสิน ดำเนินการ ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระดูก โดยการพัฒนาการติดตามผู้ป่วยมะเร็งกระดูกที่ไม่มาตามนัด และเก็บข้อมูลผ่านเว็บ (Web based database collection) พัฒนาระบบระบบให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยระหว่างการรักษา ผ่านช่องทางระบบให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยระหว่างการรักษา รวมทั้งในกรณีผู้ป่วยมีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถเดินทางมาตรวจตามนัดได้ ทางแพทย์ผู้รักษาจะแนะนำให้ผู้ป่วยลงทะเบียนนัดหมายพบแพทย์ผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการรับยาทางไปรษณีย์ได้อีกหนึ่งช่องทาง พัฒนางานวิจัยเพื่อให้กระดูกติดเร็วขึ้นในการผ่าตัดมะเร็งกระดูกโดยเป็นแห่งแรกในประเทศไทยที่ได้พัฒนาเทคนิคการผ่าตัดมะเร็งกระดูกโดยใช้ความร้อนฆ่าเซลล์มะเร็งกระดูก (pasteurization) และนำกระดูกกลับมาใช้ใหม่ เพื่อทดแทนการใช้กระดูกและข้อโลหะ (endoprosthesis) ซึ่งมีราคาสูง ต้องนำเข้าจากต่างประเทศและเบิกจ่ายตามสิทธิการรักษาได้ไม่เต็มราคาทั้งนี้ยังดำเนินการวิจัยคิดค้นวิธีการทำให้กระดูกติดเร็วขึ้นและมากขึ้นหลังผ่าตัด โดยการนำกระดูกที่ผ่านการ pasteurization ไปแช่ในสารละลาย Zoledronic acid ทำให้กระดูกที่ผ่านการ pasteurization แล้วนั้นยึดติดกับกระดูกของผู้ป่วยมากขึ้น ลดการเกิดกระดูกไม่ติด (nonunion) ซึ่งเป็นการศึกษาแรกในโลกและกำลังได้รับการตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ



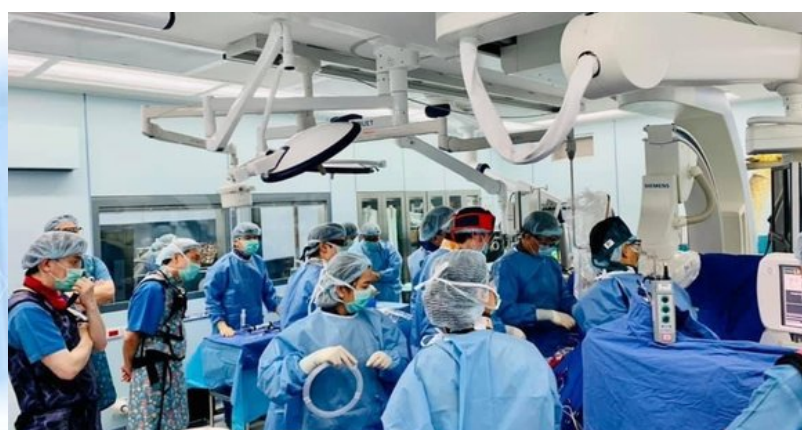
5. ด้านการจัดบริการเพื่อพระภิกษุฯ

โรงพยาบาลสงฆ์ ดำเนินการ โครงการถวายการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ที่เฝ้าต่อพระธรรมวินัย ในกิจกรรมถวายการตรวจสุขภาพทั่วไป ถวายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถวายวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ถวายการตรวจตา ตรวจจอประสาทตา ตรวจประสาทตา ถวายแว่นสายตาและแว่นกันแดด ถวายการตรวจทันตกรรม ถวายการตรวจสุขภาพเท้า และถวายการตรวจรักษาโดยการฝังเข็ม ในจังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดบุรีรัมย์ รวม 395 รูป ส่งผลให้พระสงฆ์ได้รับทราบสถานะสุขภาพของตนเอง เป็นการสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ได้รับการวินิจฉัยตลอดจนรับการรักษาเมื่อพบความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ และดำเนินการ โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการอุปฐากภิกษุอาพาธ ใน 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ จัดตั้งคณะกรรมการบริการกองทุนเพื่อการอุปฐากภิกษุอาพาธ ส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์สามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและเฝ้าต่อพระธรรมวินัย โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

6. ด้านทรวงอก

สถาบันโรคทรวงอก ดำเนินการ พัฒนาการรักษาวัณโรคโดยพัฒนาการใช้ MIC ซึ่งเป็นการประเมินระดับจำนวนความเข้มข้นของยาในการใช้ฆ่าเชื้อ ซึ่งสามารถแยกภูมิและประเมินภาวะดื้อยา กลุ่ม XDR-TB ที่ดื้อต่อยา เบดาคิวติน และโมซิโนไซด์ กำลังอยู่ในกระบวนการวิจัยและต่อยอดเป็นงานประจำซึ่งจะได้นำไปมีบทบาทต่อการปรับสูตรการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ทั้งในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด เพื่อทำให้เกิดการกำหนดสูตรยาวัณโรคดื้อยาหลายขนานแบบ individual เฉพาะกับผู้ป่วย ซึ่งในขณะนี้ได้มีการใช้ในพื้นที่บางพื้นที่ เช่น จังหวัดอุทัยธานี เป็น case ผู้ป่วยที่มีปัญหาในจังหวัดอุทัยธานี เป็นต้น

พัฒนา ศูนย์ฝึกอบรมการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านทางสายสวน (Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) Training Center) ระดับอาเซียน พัฒนาการบริหารจัดการระบบแนวทางการรักษา Severe AS (High Risk) การคัดกรองผู้ป่วยรายกรณี (TAVI-HEART TEAM CONFERENCE) พัฒนาระบบการลดระยะเวลารอคอย “คลินิกเฉพาะทาง TAVI-HEART TEAM CLINIC” พัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน ใช้ในการบริหารจัดการ การส่งปรึกษา ติดตามคิวผ่าตัด ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบ ตามแนวทางการรักษาที่เหมาะสม ตามมาตรฐานจากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (TAVI – HEART TEAM)



7. ด้านทันตกรรม

สถาบันทันตกรรม ดำเนินการ จัดทำแนวทางปฏิบัติการ รักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรค COVID-19 โดยร่วมมือกับทันตแพทยสภา ราชวิทยาลัย ทันตแพทย์แห่งประเทศไทย องค์การบริหารคณะ ทันตแพทย์- ศาสตร์แห่งประเทศไทย ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาพันธ์ทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นมาตรการชั่วคราวให้ทันตบุคลากรและบุคลากร อื่นที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติ ดำเนินการ ฝึกอบรม (Training) ทันตแพทย์ทั่วไปให้มีความรู้ความชำนาญ เสริมสร้าง ประสบการณ์ด้านทันตกรรม สามารถให้การรักษาโรคใน ช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพและกว้างขวางยิ่งขึ้น ทั้งหมด 5 สาขา ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย พัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอน เป็นรูปแบบ Online และได้รับการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ให้อยู่ในรูปแบบ Online และมีวิธีการฝึกปฏิบัติการในรูปแบบ Simulation Lab หรือการฝึกปฏิบัติเสมือนจริง เพื่อช่วย ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการยังคงต่อเนื่อง และป้องกันการ ติดเชื้อ



8. ด้านระบบประสาท

สถาบันประสาทวิทยา ร่วมกับ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ดำเนินการ โครงการ Thrombectomy : โรคหลอดเลือดสมอง รั่ว รอด ปลอดภัยหมด ทุกสิทธิ์สามารถเข้าถึง ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 21 ราย ได้รับการบริการรักษาด้วยการใส่ สายสวนหลอดเลือดโดยไร้ข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย บุคลากรด้านการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร ครอบคลุมเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง (ต้นแบบในเขตสุขภาพที่ 6) พัฒนาระบบเครือข่ายช่องทางพิเศษ เพื่อลดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนได้รับการรักษาถึงที่สุด ปัจจุบันการดำเนินการต้นแบบนี้สำเร็จด้วยดี และกำลังจะนำไปสู่การพัฒนา ระบบการส่งต่อในเขตสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป ดำเนินการ ผลักดันนโยบาย ใ้รับรองแพทย์แบบใหม่ ที่ครอบคลุมโรคลมชัก ร่วมกับ กรมการขนส่งทางบก ในการพิจารณาทำใบอนุญาตขับขี่รถ ได้ออกประกาศให้ ตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้ที่ประสงค์จะต่อ ใบอนุญาตขับขี่รถหรือขอมีใบอนุญาตขับขี่รถต้องใช้ใบรับรองแพทย์แบบใหม่ พัฒนาการตรวจหาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำที่ขา deep vein thrombosis (DVT) และลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอด pulmonary embolism (PE) ก่อนการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยใช้เครื่องบีบรัดกล้ามเนื้อขาเป็นจังหวะ (intermittent pneumatic compression devices) ในรายที่มีความเสี่ยง เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะ DVT และ PE หลังจากได้ Protocol ซึ่งทำให้การผ่าตัดกระดูกสันหลัง ไม่พบว่ามี ภาวะดังกล่าวอีกเลย



9. ด้านโรคผิวหนัง

สถาบันโรคผิวหนัง และโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จ.ตรัง ดำเนินการจัดทำ “แนวทางการทำหัตถการเลเซอร์และหัตถการทางผิวหนังในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19” ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการทำหัตถการที่ห้องเลเซอร์ แนวปฏิบัติการทำหัตถการที่ห้องผ่าตัดทางผิวหนัง ซึ่งแนวทางดังกล่าว ดำเนินการผ่านการพิจารณาจากสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทยเป็นผู้เห็นชอบ ส่งผลให้การบริการทางแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ลดอัตราป่วย อัตราตายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



10. ด้านพยาธิวิทยา

สถาบันพยาธิวิทยา ดำเนินการจัดทำ “การจัดการทำแนวทางการปฏิบัติ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในการจัดการศพติดเชื้อ CORONA VIRUS (COVID-19)” ประกอบด้วย การเตรียมการก่อนและขณะทำการเคลื่อนย้ายศพ การเตรียมการหลังการเคลื่อนย้ายศพ และการทำความสะอาดสถานที่ทำงานและสิ่งแวดล้อม



11. ด้านโรคมะเร็ง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลมะเร็งในภูมิภาคทั้ง 7 แห่ง ดำเนินงานโครงการ “โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (Cancer Anywhere)” ดำเนินการพัฒนาแบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อประกอบในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งโดยไม่ใช้หนังสือส่งตัว โดยนำโปรแกรมฐานข้อมูลมะเร็งของประเทศ (Thai Cancer Based หรือ TCB) มาพัฒนาต่อยอดเป็นโปรแกรม TCB Plus เพื่อใช้ในการลงทะเบียนและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งสำหรับการส่งต่อข้อมูลการรักษาไปยังโรงพยาบาลอื่น ซึ่งโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยสามารถดูข้อมูลประวัติการรักษาของมะเร็งของผู้ป่วยได้ทั้งข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลโรคมะเร็ง ประวัติการรักษา ที่เคยได้รับทั้งการผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และการได้รับรังสีรักษา พัฒนาโปรแกรม THE ONEมาปรับปรุงพัฒนาสำหรับการแสดงผลคิวการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวินิจฉัยต่าง ๆ ได้แก่ CT scan, MRI, Mammography และ Bone scan รวมถึงสามารถแสดงผลคิวรอคอยการรักษามะเร็งทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่เร็วขึ้น ลดระยะเวลาการรอคิว ลดต้นทุนการเดินทาง และส่งผลให้การรักษาดียิ่งขึ้น ปรับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจ่ายชดเชยสำหรับการรักษาโรคมะเร็ง (ร่วมกับ สปสช.) โดยเฉพาะการจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยนอกใช้การจ่ายชดเชยในลักษณะ Central Reimbursement ครอบคลุมเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย การรักษา จนกระทั่งการตรวจติดตามของทั้งผู้ป่วยมะเร็งรายเก่าและรายใหม่ ทำให้การจ่ายชดเชยมีประสิทธิภาพขึ้นโดยเริ่มการให้บริการมะเร็งรักษาได้ทุกที่ที่พร้อมในทุกโรงพยาบาลของเครือข่ายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพร้อมกันทั่วประเทศ เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2564 ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษาผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด คือ ภายใน 4, 6 และ 6 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 71.11, 71.47 และ 62.50 ตามลำดับ



12. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และโรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง ดำเนินการ การจัดตั้ง ศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล (One Stop Service Center for Persons with disabilities) ให้บริการ ครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพ การประสานส่งต่อคนพิการเพื่อรับสวัสดิการสังคม เพื่อให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิและ สวัสดิการของรัฐในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ อาทิ ตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ การออกเอกสาร รับรองความพิการ การจดทะเบียนและออกบัตรประจำตัวคนพิการ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความพิการและการปรับตัว การประเมินและฝึกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การประสานส่งต่อด้านการศึกษา การฝึกอาชีพ การจัดหาผู้ช่วยเหลือคนพิการ การรับเบี้ยคนพิการ การกู้ยืมเงิน เป็นต้น ทั้งนี้ได้นำร่องการดำเนินงานที่โรงพยาบาล ระยอง โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก ดำเนินการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล/สถาบันใน สังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 5 แห่ง และขยายสู่โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปใน 12 เขตสุขภาพแล้ว 28 แห่ง



ดำเนินการพัฒนา แนวทางปฏิบัติการปรับปรุงแบบบริการฟื้นฟูในสถานการณ์ การระบาดของ COVID-19 วัตถุประสงค์สำคัญคือ กำหนดแนวทางการบริหาร จัดการรูปแบบบริการฟื้นฟู จัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วย โดยประเมินจาก ความจำเป็นของบริการฟื้นฟูและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ บนพื้นฐานของการ ประเมินสถานการณ์การระบาดในแต่ละพื้นที่และตามศักยภาพของโรงพยาบาล คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยรายชื่อนที่มาร ักษาในโรงพยาบาลมีมาตรการป้องกันที่เหมาะสม และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด อย่างคุ้มค่า สมเหตุสมผล และนำมาสู่การปฏิบัติ โดยมีการคัดกรองคัดแยกประเภท ผู้ป่วย/คนพิการ เพื่อจัดรูปแบบบริการที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม จัดทำระบบ นัดหมายล่วงหน้าทางโทรศัพท์และผ่าน Application SNMRI easy มีช่องทาง ให้ผู้ป่วยปรึกษาปัญหากรณีฉุกเฉิน/เร่งด่วน หรือมีข้อสงสัยเพื่อลดความเสี่ยง จากการเดินทางเพื่อมารับบริการโดยจัดบริการปรึกษาทางไกล ระบบโทรศัพท์ รวมถึงพัฒนาระบบการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผ่าน Tele Rehabilitation

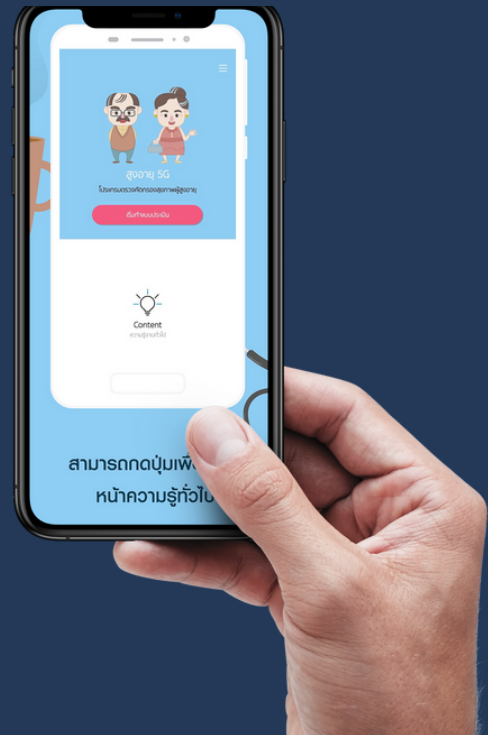
13. ด้านโรคเด็ก

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ดำเนินการ โครงการเปลี่ยนลิ้นหัวใจพิการแต่กำเนิด Pulmonary valve ด้วยการสวนหัวใจ ทดแทนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก โดยดำเนินการเปลี่ยน ลิ้นหัวใจในโครงการทั้งหมด 18 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ไม่มีผลแทรกซ้อนและลิ้นหัวใจที่เปลี่ยนไว้ทำงานได้ เป็นอย่างดี ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น ไม่เหนื่อยง่าย เหมือนอย่างที่ผ่านมา และดำเนินการ พัฒนาเครือข่ายระบบบริการใน การคัดกรองทารกแรกเกิดและเด็กปฐมวัยเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดและ พัฒนาการดูแลรักษาโรคเด็กในระดับ ประเทศ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการผ่านระบบสื่อสารทางไกล (Online meeting) เรื่อง การพัฒนาการคัดกรองโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดชนิดรุนแรงด้วย pulse oximeter โดยได้รับเกียรติจากนายแพทย์สมศักดิ์ อรรคศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธาน กล่าวเปิดงานประชุม และมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลในเขตบริการ สุขภาพต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 180 ราย และจัดฝึกอบรมและเรียนรู้ด้านการตรวจและรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ อย่างต่อเนื่อง



14. ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ดำเนินการ พัฒนาโปรแกรมการคัดกรองสุขภาพ เบื้องต้นในผู้สูงอายุ Mobile Geriatric Assessment (MGA: สูงอายุ 5G+) เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้ผู้สูงอายุ สามารถคัดกรองภาวะสุขภาพของตนเองเบื้องต้นและรับรู้ภาวะ สุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้รับองค์ความรู้ใน การดูแลสุขภาพผ่านสื่อมัลติมีเดีย พัฒนาศักยภาพสมองและ ร่างกาย (Mobile Game สูงวัย 5G+) เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุ เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง



15. ด้านยาเสพติด

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในภูมิภาค ทั้ง 6 แห่ง ดำเนินการพัฒนา E- Learning for Addictions Professional ดำเนินการจัดฝึกอบรมผ่านระบบ Zoom Conference และ บันทึกเนื้อหาการฝึกอบรม เพื่อใช้ในการเผยแพร่องค์ความรู้ให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติด ผ่าน Website โดยเริ่มทำ E – Learning ใน 2 หลักสูตร ได้แก่ 1. หลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะ แทรกซ้อนวิกฤตและฉุกเฉิน (Addiction Emergency Medicine) และ 2 หลักสูตรการคัดกรองผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อ การบำบัดรักษาและการส่งต่อ (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment: SBIRT) ซึ่งผู้ที่ต้องการ เข้ารับการฝึกอบรมต้องลงทะเบียนเข้ารับการอบรมตามหัวข้อที่ลงทะเบียนไว้ให้ครบ ตามที่หลักสูตรกำหนด และหลังสิ้นสุด การอบรมผู้ผ่านการอบรมต้องทำข้อสอบ โดยผู้ที่ผ่านการสอบข้อเขียนสามารถพิมพ์ใบประกาศนียบัตรเก็บไว้เป็นหลักฐานว่า ผ่านการฝึกอบรมซึ่งสามารถนำไปเป็นหลักฐานยืนยันกับสภาวิชาชีพได้ดำเนินการผลักดัน การขึ้นทะเบียนผู้บำบัดรักษาและ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ภายใต้ชื่อ Thailand Certified Addictions Professional เรียกชื่อย่อว่า “TCAP” ซึ่งสอดคล้อง กับ International Addictions Professional “ICAP” ของต่างประเทศ เพื่อกำหนดคุณสมบัติเฉพาะของผู้บำบัดให้สามารถ ขึ้นทะเบียนได้ รวมถึงการวางแผนการพัฒนาความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) ให้แก่ ทีมวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และทีมสหสาขาวิชาชีพ (นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และ นักกายภาพบำบัด) ให้สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่รับผิดชอบได้อย่างสมศักดิ์ศรี



ตัวอย่าง E-Learning for Addictions Professional
หลักสูตรการคัดกรองผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อการบำบัดรักษาและการส่งต่อ
(Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment: SBIRT)

พัฒนาคุณภาพการรักษาทงการแพทย (The Best for the Most)



โครงการสนับสนุนบริการและวิชาการ ทางการแพทยแกเขตสุขภาพ

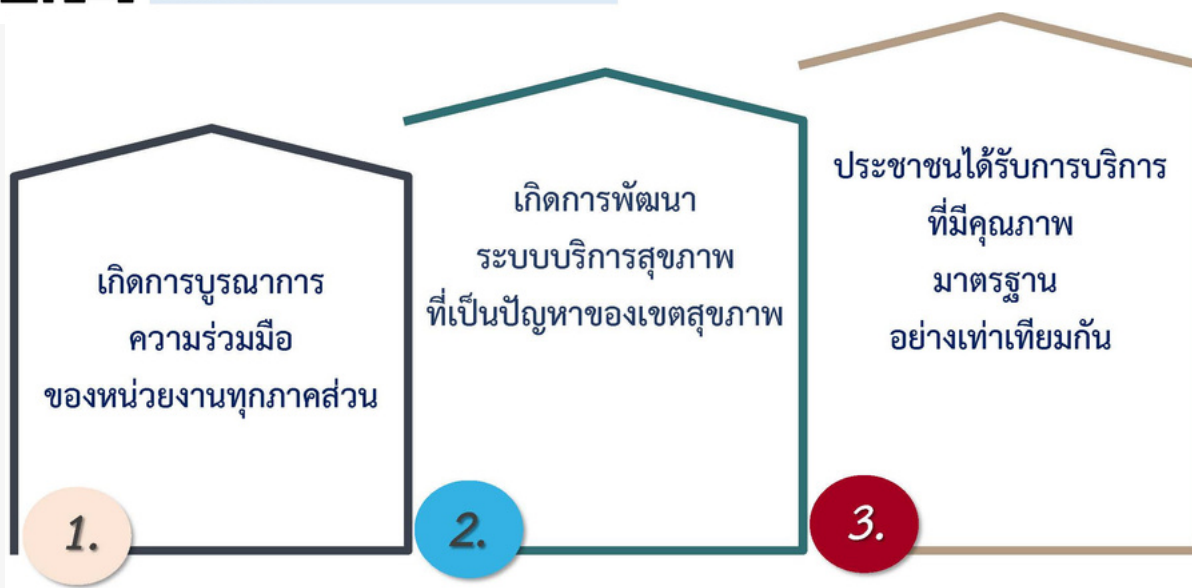
กรมการแพทยได้รับมอบหมายให้อูแลงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จำนวน 18 สาขา ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรคมะเร็ง ทารกแรกเกิด โรคไต รับประทานปลูกถ่ายอวัยวะจักษุ ยาเสพติด สติกรรม โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัณโรค การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน Intermediate Care โรคติดเชื้อในกระแสเลือด Refracture Prevention การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) และการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ เมื่อปี 2560 – 2561 ได้นำทีมผู้เชี่ยวชาญลงพื้นที่ครบทั้ง 12 เขตสุขภาพ และรับทราบประเด็นปัญหาสาธารณสุขของเขตสุขภาพ ดังนั้น กรมการแพทยจึงมีนโยบายสนับสนุนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามความต้องการของเขตสุขภาพ โดยให้เขตสุขภาพร่วมพิจารณาประเด็นปัญหาสาธารณสุขและความต้องการสนับสนุนบริการและวิชาการของเขตสุขภาพ ในปีงบประมาณพ.ศ.2564 พบว่าปัจจัยสำเร็จคือได้งบประมาณสนับสนุนจากกรมการแพทย ในการนำแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของพื้นที่ และผู้บริหารเขตสุขภาพให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แต่เนื่องจากมีสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 สามารถดำเนินการสนับสนุนด้านบริการและวิชาการตามความต้องการของเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 9 โครงการ

รายละเอียดการสนับสนุนบริการและวิชาการตามความต้องการของเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564

เขตสุขภาพ	ลำดับ	โครงการ	งบประมาณ
1	1	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Business Continuity plan : BCP) โรงพยาบาลลำปาง	22,600
	2	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2564	80,000
	3	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) เขตสุขภาพที่ 1	133,200
5	4	โครงการพัฒนาระบบบริการและศักยภาพบุคลากรด้านการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง	72,700
7	5	โครงการพัฒนาระบบบริการแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตมารดาและทารกแรกเกิดกลุ่มป่วย เขตสุขภาพที่ 7	250,000
	6	โครงการพัฒนาระบบบริการ EACC สู่คลินิกหมอครอบครัว	250,000
8	7	โครงการฟื้นฟูวิชาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (ACS) และผู้ป่วยที่ได้รับยาเสพติด	157,700
	8	โครงการฟื้นฟูวิชาการแนวทางการดูแลผู้ป่วย Palliative Care เขตสุขภาพที่ 8	85,000
10	9	โครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการการคัดกรองและรักษาผู้ป่วยมะเร็ง เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2564	108,400
รวม			1,159,600



เล่มสรุปโครงการสนับสนุนบริการและวิชาการตามความต้องการของเขตสุขภาพ
ปีงบประมาณ 2564





โครงการพัฒนาเครือข่ายวิชาการทางการแพทย์

การอบรมเชิงปฏิบัติการ การฟื้นฟูเบื้องต้น ด้านการกลืนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข รุ่นที่ 10 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

กรมการแพทย์ดำเนินการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการฟื้นฟูด้านการกลืนสามารถคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดฟื้นฟูเบื้องต้น ตลอดจนส่งต่อเพื่อการบำบัดฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1. ดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการด้านการกลืน (สาริตออนไลน์) โดย วิดีทัศน์แนะนำการให้บริการของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ วิดีทัศน์แนะนำการให้บริการทั่วไป และคลินิกฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการกลืนของงานกิจกรรมบำบัด และแนะนำรูปแบบบริการด้านการกลืนของหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน งานโภชนาการ และงานกิจกรรมบำบัด สุดท้ายได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์รูปแบบการบริการด้านการกลืนของหน่วยงานต่าง ๆ
2. คัดกรองภาวะกลืนลำบากในผู้ที่มีพยาธิสภาพทางระบบประสาท หัวข้อย่อย Beside's evaluation RSST Water test MWST Food test และ ผักกาดปฏิบัติ เรื่อง การประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ที่มีพยาธิสภาพทางระบบประสาท (สาริตออนไลน์) หัวข้อการประเมิน Oro-motor function ทบทวน SNMRI Swallowing Assessment Form และกรณีศึกษา

- การบำบัดฟื้นฟูภาวะกลืนลำบาก : Direct intervention หัวข้อ Positioning Technique Modified Environmental Food placement and Modified feeding utensil Dietary management
- การฟื้นฟูการกลืนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หัวข้อรูปแบบการให้บริการการฟื้นฟูด้านการกลืนของต่างประเทศ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 , รูปแบบการให้บริการสถานพยาบาลภายในประเทศ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสุดท้ายรูปแบบการให้บริการการฟื้นฟูด้านการกลืนแบบ new normal ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู
- Indirect swallowing intervention หัวข้อ คำถามความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ Swallowing intervention จำนวน 10 ข้อ , การฝึก Oro-motor exercise ,การทำ Oral massage ,การใช้เทคนิค Oral-tactile stimulation และการทำ ice stick Special technique (Shaker exercise Vocal cord adduction exercise)
- Dysphagia management and common pitfall : case study (สาริตออนไลน์) หัวข้อนำเสนอกรณีตัวอย่าง การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ,ถามตอบคำถามที่มักพบในการให้บริการผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก

โดยผลที่ได้จากการฝึกอบรมดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง มีความรู้และทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการฟื้นฟูด้านการกลืนสามารถคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดฟื้นฟูเบื้องต้น ตลอดจนส่งต่อเพื่อการบำบัดฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสม โดยมีผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 145 คน จากเป้าหมาย 100 คน ร้อยละความพึงพอใจของการอบรม คิดเป็นร้อยละ 90.1

โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนังที่พบบ่อย และโรคสะเก็ดเงินในภาคใต้

โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ร่วมกับ โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายในพื้นที่พัฒนาและปรับปรุงรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน แพทย์ทั่วไป พยาบาล-วิชาชีพ และเภสัชกร โดยอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนการดูแลผู้ป่วยโรค สะเก็ดเงิน และติดตามผลการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน กลับไปดูแลต่อเนื่อง โดยมีโรงพยาบาลเข้าร่วมจำนวน 11 โรงพยาบาล บุคลากรทางแพทย์ที่เข้ารับการอบรมมีความรู้เรื่องการดูแลรักษา การพยาบาล การใช้ยาในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ระบบการรับส่งต่อ และระบบการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินและผู้ป่วยโรค ผิวหนัง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานทางคลินิกผู้ป่วยโรค สะเก็ดเงินและปัญหาผู้ป่วยกลับมาปรึกษาที่รพ.โรคผิวหนังตรังและ สนับสนุนการให้บริการคลินิกโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลชุมชน สนับสนุนพี่เลี้ยงและระบบการให้คำปรึกษา และระบบการกระจาย ยาสำหรับรักษาโรคสะเก็ดเงิน เพื่อผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีอาการ รุนแรงของโรคไม่มากนัก ได้กลับไปรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาล ชุมชนใกล้บ้านทำให้มีเครือข่ายสามารถเปิดให้บริการคลินิกโรค สะเก็ดเงินจำนวน 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพัทลุง และ โรงพยาบาลกระบี่



โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการ แพทย์ด้านโรคผิวหนังแบบองค์รวม

โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาโรคผิวหนังของเขตสุขภาพ ที่ 12 ใน 3 กลุ่มโรคได้แก่ 1. โรคผิวหนังอักเสบ 2. โรคเชื้อรา และ 3. โรคจากการประกอบอาชีพ (โรคผิวหนังอักเสบ, โรคผื่นแพ้สัมผัส และโรคผิวหนังจากการระคายเคือง) ซึ่งมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม สภาพภูมิอากาศ ในพื้นที่ภาคใต้ แบบร้อนชื้น โดยส่วนใหญ่ความรุนแรงของโรคไม่มีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตแต่มีอาการเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ ก่อความ รำคาญรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต รวมไปถึงบุคลิกภาพของผู้รับบริการ จึงได้ พัฒนาหลักสูตรให้เข้ากับสถานการณ์ในปัจจุบัน และเป็นการตอบสนองความต้องการของพื้นที่โดยดำเนินการ ผลิตสื่อให้ความรู้โรคผิวหนังสำหรับประชาชน และอบรมหลักสูตรออนไลน์การดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนังแก่บุคลากร ทางการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 1,237 คน ใน 5 หลักสูตรดังนี้

1. หลักสูตรออนไลน์การดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนังสำหรับแพทย์ แพทย์ที่เข้ารับการอบรมได้รับความรู้เรื่องการวินิจฉัย รักษาและการใช้ยาในผู้ป่วยโรคผิวหนังอักเสบ และผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน
2. หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนังสำหรับเภสัชกร โดยเภสัชกรที่เข้ารับการอบรมได้รับความรู้เรื่อง Drug Eruption การดูแลรักษาผู้ป่วยด้านโรค Eczema โรค Psoriasis บทบาทเภสัชกรกับการทำงานเชิงรุกในชุมชน การประเมิน และติดตามความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางด้วยระบบ TaWai for Health
3. หลักสูตรออนไลน์การดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนังสำหรับพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการอบรมและผ่าน หลักสูตรได้รับความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินและโรคกลุ่มPapulosquamous eruption
4. หลักสูตรออนไลน์การดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนังสำหรับนักเทคนิคการแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ที่เข้ารับการอบรม ได้ความรู้เรื่องการตรวจวิเคราะห์เชื้อราก่อโรค เชื้อปรสิตก่อโรค เชื้อแบคทีเรีย ก่อโรค และเชื้อไวรัสก่อโรคเพิ่มขึ้น
5. หลักสูตรออนไลน์การดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนังสำหรับนักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขที่เข้ารับการอบรม ได้มีความรู้เรื่องโรคผิวหนังที่พบบ่อยในชุมชน และแนวทางการดูแลรักษา



โครงการจัดการปัญหาสุขภาพที่สำคัญในเขตสุขภาพ

โครงการพัฒนาการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมและศูนย์พิษวิทยาแห่งชาติ/ EEC

สถาบันอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มีภารกิจในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านอาชีวเวชศาสตร์ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอาชีวเวชศาสตร์ที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมทั่วประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่ในโครงการระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก Eastern Economic Corridor: EEC โดยมีความร่วมมือตั้งแต่การสำรวจโรงงานในจังหวัดสมุทรปราการ ร่วมกับกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม ในปี พ.ศ. 2540 และการเชื่อมโยงข้อมูลภัยสารเคมีร่วมกับจังหวัดระยอง ในระยะเริ่มต้น ต่อมาได้ร่วมกันพัฒนาเครือข่ายอาชีวเวชศาสตร์ภาคตะวันออก ตามนโยบาย Regional Reference Center ของกรมการแพทย์ โดยมีโรงพยาบาลระยองเป็นแม่ข่าย ครอบคลุมชลบุรี สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งสถาบันได้สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรการแพทย์ด้านอาชีวเวชศาสตร์ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์ที่จบจากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้เป็นกำลังสำคัญของโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก และได้จัดทำข้อตกลงร่วมมือด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระหว่างโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2563 โดยได้เน้นย้ำความร่วมมือในการพัฒนามาตรฐานการบริการ การพัฒนาบุคลากร การเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม รวมถึงมีการผลักดันให้โรงพยาบาลระยองเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการปฏิบัติการด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมของกรมการแพทย์โดยมีแผนการพัฒนาให้เกิดเป็นรูปธรรมจากความร่วมมือดังกล่าว ส่งผลให้

- มีการจัดอบรมพยาบาลอาชีวอนามัย 10 วัน ให้กับพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6
- มีการจัดทำแนวทางอาชีวอนามัยในคนงานอายุมาก
- พัฒนาศูนย์รักษาผู้ป่วยได้รับพิษสารเคมี
- การจัดทำ application แผนที่ผู้ป่วยสารพิษ
- การจัดตั้งคลินิกมลพิษ online
- การตรวจความผิดปกติของ DNA ด้วยวิธี Comet Assay ในประชาชน จังหวัดระยอง และการคืนผลให้กับประชาชน
- การประเมินมาตรฐานคลินิกโรคจากการทำงาน โดยมีการประเมินในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ย
- การทำ Telemedicine เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจากการทำงาน

โครงการบริหารจัดการแว่นตาเพื่อสนับสนุนนโยบายเด็กไทยสายตาดี

ตามนโยบายเด็กไทยสายตาดี มีกำหนดเป้าหมายที่สำคัญ คือ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนทุกสังกัด ทั่วประเทศต้องได้รับการตรวจคัดกรองสายตา และให้เป็นการขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยสายตาดีให้เป็นอย่างต่อเนื่อง จึงประกอบแว่นตาและจัดส่งแว่นตาสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีสายตาผิดปกติ ให้แก่โรงพยาบาลทุกเขตบริการสุขภาพทั่วประเทศ ที่ส่งแว่นตาผ่านโปรแกรม Vision 2020 จำนวน 2,552 อัน/ราย จำแนกตามประเภทและระดับความรุนแรงของสายตา สายตาสั้น + เอียงมากที่สุด จำนวน 853 ราย รองลงมา คือ สายตาสั้น จำนวน 638 ราย สายตาวาว + เอียง 515 ราย สายตาเอียง จำนวน 412 ราย และสายตาวาว จำนวน 134 ราย ส่งผลให้เด็กที่มีสายตาผิดปกติได้รับการแก้ไขปัญหามองเห็นอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลา เกิดการมองเห็นดีขึ้น และยังช่วยลดจำนวนผู้พิการทางการเห็นและภาวะตาบอดเป็นการช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางสมองและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของเด็ก ที่สำคัญอีกประการหนึ่งด้วย

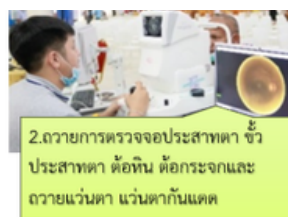


โครงการถวายการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ที่เฝ้าต่อพระธรรมวินัย 12 เขตสุขภาพ

โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อให้พระสงฆ์เข้าถึงบริการด้านสุขภาพ สนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และได้รับการวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษาเมื่อพบความผิดปกติได้ทันที่ จึงได้จัดทำโครงการขึ้นเพื่อให้พระสงฆ์ได้รับการดูแลสุขภาพที่เฝ้าต่อพระธรรมวินัย อีกทั้งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์ ใช้เป็นฐานข้อมูลด้านสุขภาพพระสงฆ์ นำมาวางแผนเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตลอดจนเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในเขตสุขภาพทั่วประเทศสามารถ โดยในปีนี้ได้ดำเนินการถวายการดูแลสุขภาพดำเนินการถวายการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ที่เฝ้าต่อพระธรรมวินัย ในเขตสุขภาพที่ 9 แก่พระสงฆ์จำนวน 395 รูป ในจังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดบุรีรัมย์ โดยดำเนินการตรวจสุขภาพดังนี้



1.ถวายการตรวจสุขภาพทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจรักษาโรค



2.ถวายการตรวจจอประสาทตา ขั้วประสาทตา ต้อหิน ต้อกระจกและถวายแว่นตา แว่นตากันแดด



3.ถวายการรักษาด้วยการฝังเข็ม โดยโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี



4.ถวายการตรวจทางทันตกรรม ถอนฟัน ขูดหินปูน



5.ถวายการฉีควัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่



6.ถวายการตรวจสุขภาพทางเท้าและถวายรองเท้าเพื่อสุขภาพ



7.ถวายการตรวจคลื่นหัวใจ/ตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอก



8.ถวายการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภัยพิบัติ

โครงการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดอัตราการตายของผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในประเทศไทยและเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับชาติ สถาบันประสาทวิทยาจึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดอัตราการตาย ดังนี้

1) พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยาเพื่อใช้เป็นต้นแบบของการให้บริการให้แก่สถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในส่วนของระบบบริการเร่งด่วน (Stroke fast track), จัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit), ระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองเคลื่อนที่ (Mobile stroke unit), การให้คำปรึกษาในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Stroke Telemedicine), การรักษาด้วยวิธีการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง (Thrombectomy)

2) การถ่ายทอดความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์และการจัดการความรู้ในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนให้มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและศูนย์โรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาล อาทิเช่น การจัดอบรมในหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระดับพื้นฐาน ขั้นสูง, หลักสูตรผู้จัดการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, Pitfalls Ischemic Stroke Management สำหรับแพทย์, การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการจัดตั้ง หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างสถานพยาบาลในเครือข่าย ฯลฯ

3) การตรวจประเมินคุณภาพหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและศูนย์โรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certify :SSCC)

4) การพัฒนาศูนย์ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการจัดเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามตัวชี้วัดมาตรฐาน เพื่อใช้เป็นสารสนเทศในการบริหารจัดการ และการเทียบเคียง (benchmarking) เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ

ปัจจุบันมีสถานพยาบาลจากทั่วประเทศเข้าร่วมเครือข่ายบริการและวิชาการด้านโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยาแล้ว จำนวน 195 แห่ง โดยมีการลงนามในบันทึกข้อตกลงการเป็นเครือข่ายระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นทางการแล้ว จำนวน 148 แห่ง และในปีงบประมาณ 2564 ได้มีการถ่ายทอดความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์และการจัดการความรู้ในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 หลักสูตร โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมจำนวน 973 คน ซึ่งมีผลทำให้สถานพยาบาลในเครือข่ายมีศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น โดยสถานพยาบาลทั้งหมดมีระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองเร่งด่วนและมีสถานพยาบาลที่สามารถจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยได้รับการรับรองมาตรฐานแล้ว จำนวน 102 แห่ง โดยในจำนวนนี้เป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว จำนวน 38 แห่ง และทำให้อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยลดลงเป็นร้อยละ 7.99 ในปี 2563 อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดภาระโรค (Burden of disease) จากการพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งทำให้สามารถลดการสูญเสียทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมในภาพรวมของประเทศอันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

การตรวจประเมิน
คุณภาพหอผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองและ
ศูนย์โรคหลอดเลือด
สมองตามมาตรฐาน
SSCC



ระบบบริการโรค
หลอดเลือดสมอง
เคลื่อนที่



การให้คำปรึกษาใน
การรักษาพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองผ่านระบบ
การแพทย์ทางไกล



การรักษาด้วยวิธีการ
ใส่สายสวนหลอดเลือด
สมอง



Precision Medicine



โครงการพัฒนาวิชาการทางการแพทย์

การจัดตั้งศูนย์การแพทย์แม่นยำ กรมการแพทย์ (DMS PRECISION MEDICINE)

การแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) เป็นแนวความคิดใหม่ทางการแพทย์ ที่นำเอาข้อมูลพันธุกรรมของผู้ป่วย มาประมวลผลรวมกับข้อมูลแวดล้อม สามารถนำไปประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น โรคมะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม รวมทั้ง โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง เพื่อช่วยวางแผนการป้องกันด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวัน ให้ห่างไกลโรค เช่น ข้อมูลอัตราการเต้นของหัวใจ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และข้อมูลการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ ทำให้การวินิจฉัยรักษาและป้องกันโรคต่าง ๆ เป็นไปแบบองค์รวม มีความครอบคลุม ส่งผลให้การรักษามีความแม่นยำมากขึ้น สามารถเลือกการรักษาที่เหมาะสม และให้ประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วยได้ หากมองด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การลงทุนเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรค วินิจฉัยโรค และดูแลผู้ป่วยจะนำมาสู่การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมาก โดยกระทรวงสาธารณสุข ประเมินการผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่จะได้จากการให้บริการทางการแพทย์แบบจีโนมิกส์ประมาณปีละ 70,000 ล้านบาท โดยประเมินจากการลดอัตราการเกิด 5 โรคหลัก คือ โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อเอชไอวี โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง รวมทั้งยังก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการส่งเสริมอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจรด้วย โดยในปีงบประมาณ 2564 ได้มีการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

- จัดประชุมสัมมนาเรื่อง Medical Genetics and Genomics Thailand Role of DMS เพื่อรับฟังสถานการณ์การพัฒนาจีโนมิกส์ทางการแพทย์ของประเทศ
- ประชาพิจารณ์การศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งศูนย์การแพทย์แม่นยำ ระยะที่ 1
- ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งศูนย์การแพทย์แม่นยำ ระยะที่ 2 ในประเด็น ด้านการลงทุน ด้านเศรษฐกิจและการเงิน จัดทำแบบจำลองการเงิน เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจทางการเงิน ศึกษาความเสี่ยงที่สำคัญ และแนวทาง
- การจัดการเพื่อลดความเสี่ยงโครงการ การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ในด้านต่าง ๆ และจัดทำข้อสรุปและข้อเสนอแนะในการจัดทำโครงการจัดตั้งศูนย์การแพทย์แม่นยำแห่งชาติ กรมการแพทย์
- พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลรหัสพันธุกรรมในผู้ป่วย เพื่อพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลรหัสพันธุศาสตร์ในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง โดยใช้เป็น platform หลักในการนำข้อมูลพันธุกรรมในผู้ป่วยมาใช้ในการทางการแพทย์ร่วมกับข้อมูลสุขภาพอื่น ๆ
- พัฒนาสื่อการเรียนการสอนระบบอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบไฟล์วิดีโอ เพื่อเป็นสื่อการเรียนในระบบ E-Learning โดยมีหัวข้อ 1. Introduction to genomic medicine 2. Implication of genomic medicine 3. Genetic counselling in cancer และ 4. Cancer genetic interpretation เพื่อให้บุคลากรที่สนใจได้เข้ามาเรียนรู้

การพัฒนาแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน

การตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม เป็นการตรวจสุขภาพอย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชาโดยแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย ที่มุ่งเน้นการสัมภาษณ์ประวัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการตรวจร่างกาย ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะทำเฉพาะรายการที่มีข้อมูลหลักฐานที่บ่งชี้แล้วว่ามีประโยชน์คุ้มค่าแก่การตรวจ เพื่อค้นหาโรคและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และนำไปสู่การป้องกัน การสร้างเสริมสุขภาพ และการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยในปี พ.ศ. 2559 สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ร่วมกับองค์กรสภาวิชาชีพด้านสุขภาพสถาบันวิชาการ หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้จัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน(3 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ) และไปใช้ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับทั่วประเทศ รวมทั้งได้นำเสนอต่อกองทุนด้านสุขภาพ ทั้ง 3 กองทุนหลัก เพื่อผลักดันเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสำนักงานประกันสังคมได้นำเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถรับบริการได้ตามสิทธิ การประชุมคณะทำงานพัฒนาสิทธิประโยชน์กลไกการจัดการและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจัดทำแผนพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมติที่ประชุมได้มอบหมายให้กรมการแพทย์ทบทวนและจัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงเพิ่มเติมข้อเสนอสื่อสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแต่ละกลุ่มวัยโดยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างเท่าเทียมและครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ และเผยแพร่ในปี 2565



Medical Examination





โครงการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพทางการแพทย์

สุขภาพทางการแพทย์

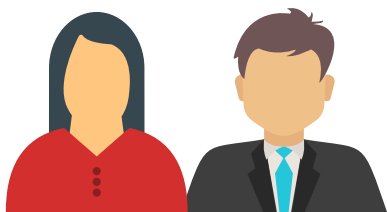
สารสกัดจากกัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์ หากนำมาใช้ในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสม โดยโรคที่มีหลักฐานทางวิชาการที่เป็นงานวิจัยสนับสนุนชัดเจนว่ากัญชามีประโยชน์ในการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแล้วเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน โรคลมชักในเด็กที่รักษายากหรือลมชักที่ดื้อต่อการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ รวมถึงผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเรื้อรังที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเส้นประสาทที่รักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ แล้วไม่ได้ผล โดยที่สารสกัดจากกัญชาอาจได้ประโยชน์ในการบรรเทาอาการปวดแต่การนำมาใช้ต้องอยู่ภายใต้ดุลพินิจของแพทย์และเงื่อนไขผู้ป่วยเป็นกรณีไป อย่างไรก็ตามสารสกัดจากกัญชาอาจทำให้เกิดโทษ ได้เช่นเดียวกัน อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากกัญชาพบได้ทั้งที่รุนแรงและไม่รุนแรง อาทิ ซึมเศร้า สับสน ประสาทหลอน เวียนศีรษะ ปากแห้ง เป็นต้น การนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ทางการแพทย์จึงต้องคำนึงถึงประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นหลัก และอาการไม่พึงประสงค์ต้องเป็นที่ยอมรับได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ในเด็กต้องใช้อย่างระมัดระวังมากเป็นพิเศษ เนื่องจากกัญชาอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาทางสมองของเด็กได้ ดังนั้นการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ต้องใช้ในขนาดและปริมาณที่ใช้ต้องถูกต้องตามข้อมูลวิชาการสนับสนุน

ที่ผ่านมาในประเทศไทย กัญชาเป็นสิ่งเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 จึงไม่สามารถนำมาใช้กับมนุษย์ได้ ต่อมาได้มีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 ซึ่งมีผลทำให้สามารถนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยได้ กรมการแพทย์จึงได้จัดอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ ให้มีความรู้ความเข้าใจในการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ทางการแพทย์ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ได้มีการนำสารสกัดกัญชาทางการแพทย์มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น โดยที่กรมการแพทย์ได้ติดตามและสนับสนุนการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนรวมถึงต่างประเทศ เพื่อขับเคลื่อนให้การนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยเกิดประโยชน์สูงสุด โดยที่เป็นไปตามหลักวิชาการและกฎหมาย

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 กรมการแพทย์ได้ดำเนินการ ส่งเสริมสนับสนุนการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ ดังนี้

1. ความร่วมมือ การปลูกและ ผลิตกัญชาทางการแพทย์

- MOU ระหว่าง มหาวิทยาลัยแม่โจ้ องค์การเภสัชกรรม และกรมการแพทย์ร่วมกัน ปลูกและผลิตผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ DMS Oil (THC เด่น) ขวดละ 5 ml. จำนวน 2,400 ขวด สนับสนุนให้โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และสังกัด กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 แห่ง
- กรมการแพทย์ ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยแม่โจ้ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และบริษัท แมคโครฟาร์จัดทำโครงการผลิตตำรับยารักษาโรคมะเร็งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เฉพาะรายโรคมะเร็ง (Special Access Scheme for Cancer Patients) อยู่ระหว่าง ขออนุญาตผลิตผลิตภัณฑ์ DMS Oil (THC เด่น) ขวดละ 10 ml. เพื่อสนับสนุน ให้โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน



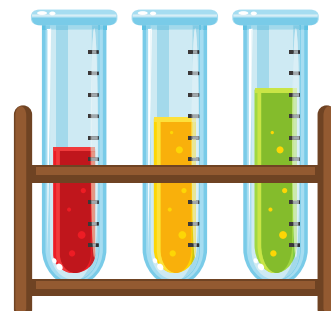
2. ความร่วมมือระหว่างประเทศ

- จัดตั้งศูนย์วิจัยกัญชาทางการแพทย์ระหว่างประเทศ (IMCRC) เพื่อขับเคลื่อน การดำเนินงานนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย
- จัดพิธีลงนามความร่วมมือระหว่างประเทศ (MOU) และประชุมผู้เชี่ยวชาญ กัญชาทางการแพทย์ระหว่างประเทศ ในวันที่ 10 พฤศจิกายน 2564
- จัดประชุมวิชาการกัญชาทางการแพทย์ระหว่างประเทศ ครั้งที่ 1 “Medical cannabis in Evidence based practice” วันที่ 15 ธันวาคม 2564

3. งานวิจัยกัญชาทางการแพทย์

งานวิจัยกัญชาทางการแพทย์ดำเนินการแล้วเสร็จตีพิมพ์ในวารสารกรมการแพทย์ จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่

- ความปลอดภัยและประสิทธิผลของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เกรด ยาตัวแรกของประเทศไทย ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
- ฤทธิ์ของสารสกัดกัญชาต่อการยับยั้งการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนของเซลล์มะเร็งในหลอดทดลอง
- การประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วย โรคมะเร็งกินส้นโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่





4. จัดทำคำแนะนำและแนวทางการให้บริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์

- คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (Guidance on Cannabis for Medical Use)
- แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (ร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)



5. การนำเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ

การนำสารสกัดกัญชามาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และการรักษาโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อนุมัติเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติในปี 2564

6. อบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

จัดอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งภาครัฐ และเอกชนทั่วประเทศ ให้มีความรู้ความเข้าใจในการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ทางการแพทย์ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เริ่มตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2562 - 2563 รวมทั้งสิ้นจำนวน 6,936 คน สำหรับในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 352 คน



7. จัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ในหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์

- เปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 30 แห่ง
- เปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ จำนวน 9 แห่ง

พัฒนานวัตกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์



ห้องผู้ป่วยฉุกเฉินโมดูลาร์ ส่วนต่อขยาย (EXTENDED MODULAR ER)

จากสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้ห้องฉุกเฉินที่เป็นจุดแรกในการรับผู้ป่วยมีความหนาแน่นจำนวนเตียงไม่เพียงพอ และเกิดปัญหาการปะปนของผู้ป่วย ติดเชื้อโควิดและผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป โรงพยาบาลราชวิถีซึ่งเป็นโรงพยาบาลหน้าด่านของกรุงเทพฯ มีความจำเป็นต้องลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน และเพิ่มความปลอดภัยให้กับทีมบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นๆ จึงร่วมกับเอสซีจี เร่งสร้างห้องผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโควิดโดยเฉพาะอย่างเร่งด่วน เพื่อแยกประเภทผู้ป่วยโควิดจากผู้ป่วยจากโรคอื่น ๆ เพื่อให้สามารถดูแลรักษาได้ทันทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ

ห้องผู้ป่วยฉุกเฉินโมดูลาร์ ส่วนต่อขยาย มีขนาด 10 เตียง ใช้เวลาผลิตในโรงงานเพียง 7 วัน และก่อสร้างหน้างาน 7 วัน ออกแบบโดยแยกพื้นที่เพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินจากการติดเชื้อ COVID - 19 ออกจากผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป โดยเน้นการควบคุมอากาศให้เป็นห้องระบบความดันลบ (NEGATIVE PRESSURE ROOM) เพื่อจำกัดการแพร่กระจายและลดเชื้อไวรัสออกสู่ภายนอกและติดตั้งระบบกำจัดเชื้อโรคและฝุ่นทั้งอากาศขาเข้าและขาออก เพื่อให้เป็นพื้นที่ที่สามารถควบคุมอากาศให้ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น โดยใช้ระบบโมดูลาร์ ที่ผลิตชิ้นส่วนต่าง ๆ จากโรงงานมาประกอบหน้างาน เพื่อความรวดเร็วและได้มาตรฐานตามที่กำหนด ซึ่งห้องผู้ป่วยฉุกเฉินโมดูลาร์ถูกออกแบบตามการใช้งาน โดยมีคณะแพทย์เจ้าของโครงการเป็นที่ปรึกษา เพื่อให้ฟังก์ชันการใช้งานรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่ติดเชื้อโควิดให้ดีที่สุด

เปิดตัว Modular ER
“ห้องผู้ป่วยฉุกเฉินโมดูลาร์” sw.ราชวิถี
ติดตั้งเสร็จใน 1 สัปดาห์
แยกผู้ป่วยโควิด 19 จากผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป



ป้องกันตั้งแต่จุดแรกที่ผู้ป่วยเข้ามาใน sw.
ลดความแออัด ลดเสียงติดเชื้อ รักษาได้เร็ว ลดโอกาสเสียชีวิต

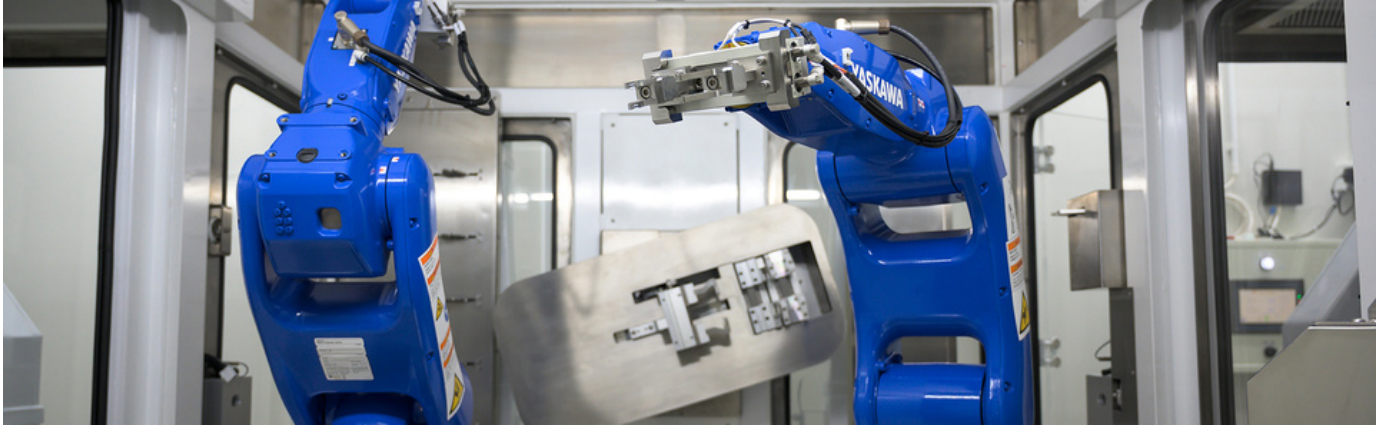
- ส่วนต่อขยาย พื้นพื้นที่ในห้องฉุกเฉิน 10 เตียง
- ภายในควบคุมความดันลบ ลดการแพร่เชื้อสู่ภายนอก
- มีระบบกำจัดเชื้อโรคและฝุ่น เพื่ออากาศปลอดภัย

SCG
Social Distancing
#SocialDistancing #KeepSafe

ศูนย์ผ่าตัดโรคซับซ้อนด้วยหุ่นยนต์โรงพยาบาลราชวิถี

โรงพยาบาลราชวิถี ได้นำนวัตกรรมทางการแพทย์ต่าง ๆ มาอำนวยความสะดวก เพิ่มประสิทธิภาพ ความปลอดภัยให้กับทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพิ่มพื้นที่ส่วนให้บริการผ่าตัดแห่งใหม่และศูนย์ผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษาที่ซับซ้อน นำหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดรุ่นใหม่มาติดตั้งที่มีเทคโนโลยีภาพ 3 มิติ และแขนกลที่เคลื่อนไหวได้ 7 ทิศทาง คล้ายการเคลื่อนไหวของมือมนุษย์ โดยตัวหุ่นยนต์อยู่ข้างคนไข้ ทำการผ่าตัดเลียนแบบการเคลื่อนไหวของมือศัลยแพทย์ที่ควบคุมสั่งการอยู่ที่เครื่องควบคุม ทำให้มีความแม่นยำในการผ่าตัด โดยเฉพาะตำแหน่งที่เข้าถึงได้ยาก ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด มีความปลอดภัยในการรักษามากขึ้น ระยะเวลาในการฟื้นตัวเร็วขึ้น และพักฟื้นตัวในโรงพยาบาลสั้นลง รวมทั้งลดการสัมผัสระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้ผ่าตัด ลดการแพร่กระจายเชื้อในสถานการณ์โรค COVID-19





เครื่องฉายรังสีแบบเกลียวหมุน (TOMOTHERAPY) รุ่น RADXACT X7

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลหลักในการให้บริการผู้ป่วยรังสีรักษาในเขตสุขภาพที่ 8 รวมทั้งผู้ป่วยจากเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งอยู่ใกล้เคียง และผู้ป่วยจากสปป.ลาว โดยมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ที่มารับการฉายรังสีรายใหม่ ประมาณ 1,800 - 2,000 รายต่อปี ด้วยการพัฒนาในด้านรังสีรักษาอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาด้านเทคนิคการฉายรังสีที่ทันสมัยล่าสุดในปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลได้ทำการติดตั้งเครื่องฉายรังสีแบบเกลียวหมุน (comotherapy) รุ่น Radxact X7 เครื่องแรกของประเทศไทย และยังได้รับการพัฒนาเพื่ออัปเกรดเป็น Radxact X9 ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องฉายรังสี (omotherapy) ที่ทันสมัยที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยหลักการทำงานที่สำคัญและโดดเด่นของเครื่องคือ 1) สามารถกำหนดติดตามการเคลื่อนที่ของก้อนเนื้อ หรืออวัยวะที่รักษาได้แบบ real time ช่วยให้การรักษามีความแม่นยำ แม้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงท่าทาง หรือมีการเคลื่อนไหวขณะทำการรักษา 2) ระบบนำร่องก่อนการรักษาดูด้วยภาพ X-ray ชนิด Helical kV CT scan ช่วยตรวจสอบตำแหน่งของก้อนมะเร็งได้ชัดเจน และเป็นการรักษาด้วยเทคนิค image-guided radiotherapy (IGRT) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีขั้นสูงที่ช่วยให้การรักษามีความแม่นยำ และถูกต้องตรงตำแหน่งมากยิ่งขึ้น 3)การทำงานแบบเกลียวหมุน ที่ช่วยลดระยะเวลาการทำงานของเครื่องในขณะทำการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

เครื่องเตรียมนยาฉีดและยาเคมีบำบัดอัตโนมัติด้วยหุ่นยนต์

กรมการแพทย์ โดยโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จึงมีแนวคิดในการผลิตหุ่นยนต์ผสมยาเคมีบำบัดใช้ในการรักษาโรคมะเร็งแก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับต่างประเทศ ทั้งนี้เพื่อลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยเพิ่มขึ้น โดยร่วมมือกับสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ในการพัฒนาออกแบบและสร้างหุ่นยนต์ผสมยาเคมีบำบัดอัตโนมัติขึ้นเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2562 โดยหลักการทำงานของหุ่นยนต์ผสมยาเคมีบำบัดที่ผลิตขึ้นนั้น เป็นระบบเตรียมนยาฉีดอัตโนมัติที่ออกแบบมาเพื่อให้สอดคล้องกับการบริหารยาในประเทศไทย เป็นระบบที่ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์แพลตฟอร์มเดียวในการสั่งการให้แขนกลและมอเตอร์ทำงานร่วมกันในการเตรียมนยา พร้อมทั้งยังมีการตรวจสอบความถูกต้องของอุปกรณ์การผสมยาด้วยเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ โดยสามารถเตรียมนยาชนิดสารละลายที่มากในรูปแบบขวดยา และยาชนิดผงที่ต้องเติมตัวทำละลายลงไป รูปแบบผลิตภัณฑ์สารละลายยาผสมสุดท้ายจะขึ้นกับวิธีการในการให้ยาเข้าร่างกาย ซึ่งบรรจุในกระบอกฉีดยาหรือผสมอยู่ในสารน้ำบรรจุขวด โดยระบบจะทำการประมวลรูปแบบการผสมยาเองทั้งหมดโดยอัตโนมัติจากข้อมูลการบริหารยาที่ได้รับ ภายใต้ห้องสุญญากาศ (ISO Class 5) ความคลาดเคลื่อนในการเตรียมนยาไม่เกิน $\pm 5\%$ ชนิดของอุปกรณ์การเตรียมนยาเป็นอุปกรณ์ที่ใช้กันทั่วไปในโรงพยาบาลภายในประเทศ ลดข้อจำกัดและเพิ่มการเข้าถึงการใช้งานในโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมได้อย่างสมบูรณ์ และได้มาตรฐานการเตรียมนยาระดับสากล ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขตภาคอีสานได้เข้าสู่กระบวนการรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งการเลือกนำเทคโนโลยีชนิดใดมาใช้ โดยมีความมุ่งหวังเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการทั้งในด้านความถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัยที่สำคัญคือลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสยาเคมีบำบัดโดยตรงในเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอีกด้วย

เพื่อขยายโอกาสการนำไปใช้ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ กรมการแพทย์ได้ลงนามว่าด้วยบันทึกความเข้าใจการให้สิทธิบัตร “เครื่องเตรียมนยาฉีดและยาเคมีบำบัดอัตโนมัติด้วยหุ่นยนต์” ร่วมกับบริษัท เมด เวลด์ จำกัด เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 รวมทั้งเสนอสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ขอให้เครื่องยาฉีดและยาเคมีบำบัดอัตโนมัติด้วยหุ่นยนต์ขึ้นทะเบียนเป็นนวัตกรรมไทย



พัฒนาเครือข่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุข กับต่างประเทศ (Global Health)



โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “7TH MISUR INTERNATIONAL CONGRESS : MINIMALLY INVASIVE SURGERY (MIS)-UROLOGY FOR UPPER URINARY TRACT PROBLEM MANAGEMENT

7th MISUR International Congress:
Urinary tract problems: Get rid with MIS

JULY 21-23, 2021
2nd FLOOR, EMERGENCY BUILDING
RAJAVITHI HOSPITAL
BANGKOK, THAILAND

Virtual Meeting
zoom

21st July 2021
Endoscopic surgery of
prostate and stone

22nd July 2021
Laparoscopic & Robotic
assisted in urology

23rd July 2021
MISUR workshops day

Organizing Committee Head Office
Contact Name: Tanet Thaidumrong MD.
Email: misuroraj@gmail.com
Facebook: misuroraj

www.mis-ur.com/2021

Free registration

ระบบทางเดินปัสสาวะส่วนต้น นิวในทางเดินปัสสาวะเป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขไทยมายาวนาน และเพื่อพัฒนาการผ่าตัดทางกล้องในระดับภูมิภาค และยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคทางเดินปัสสาวะส่วนต้น ด้วยการรักษาแบบ minimal invasive surgery in urology เพิ่มความรู้และทักษะแก่คัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ ในระดับภูมิภาคกลุ่ม EEC แพทย์ประจำบ้าน และพยาบาลด้านวิชาการผ่าตัดผ่านกล้องในการรักษา ตลอดจนสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการผ่านระบบ Zoom Webinar Online จาก 20 ประเทศ โดยได้รับเกียรติจากวิทยากรทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีความรู้ความชำนาญในด้าน Endoscopic Laparoscopic and Robotic Urology ทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้และประสบการณ์ การใช้เครื่องมือ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและผ่าตัดทางกล้องได้สำเร็จ สามารถนำไปใช้ใน ผู้ป่วยจริง ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดดีขึ้นฟื้นตัวกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น และผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมารักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ แต่ก็สามารถรับการรักษาในโรงพยาบาลใกล้บ้านได้ ลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และลดการแออัดในโรงพยาบาลในส่วนกลาง

โครงการ DERMATOLOGY SYMPOSIUM FOR ASEAN COMMUNITY(DSAC2021) (ดำเนินการในประเทศ)

สถาบันโรคผิวหนัง เป็นหน่วยงานหลักของประเทศในการดูแลปัญหาโรคผิวหนังของประชาชน จึงให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพและกระจายบุคลากรเฉพาะทางด้านโรคผิวหนัง อีกทั้งสถาบันฯ ยังมีหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับแพทย์ ทั้งระยะสั้น ระยะยาว และนานาชาติ ซึ่งสามารถรองรับความต้องการของหน่วยงานและบุคลากรผู้สนใจ รวมทั้งแพทย์จากประเทศต่าง ๆ และในปี 2564 สถาบันได้มีการจัดประชุมวิชาการนานาชาติ โดยมีแพทย์จากประเทศต่างๆ ในภูมิภาคอาเซียนสามารถนำความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ทันสมัยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยผิวหนังในประเทศของตนเอง และยังเป็นการสร้างเครือข่ายวิชาการและบริการทางการแพทย์รวมทั้งความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์ผิวหนัง เกิดความร่วมมือการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านโรคผิวหนังในกลุ่มอาเซียน 11 ประเทศ

DSAC 2021 Virtual Meeting

THE UNRAVELING OF INTERNAL BEAUTY

JUNE 10-11, 2021

SCAN FOR
REGISTRATION &
WEB STREAMING

<http://dsacmeeting.com/>
Website works best with
Google Chrome and Safari



โครงการศูนย์สมาคมแห่ง เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (อาเซียน) เพื่อผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและนวัตกรรม (ASEAN CENTRE FOR ACTIVE AGEING AND INNOVATION : ACAI)

ตามที่ประเทศไทยได้ริเริ่มผลักดันความร่วมมือด้านการสูงวัยอย่างมีศักยภาพในกรอบอาเซียนและอาเซียนบวกสามตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 โดยในการประชุมสุดยอดผู้นำอาเซียน ครั้งที่ 30 ประเทศไทย พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้แสดงนโยบาย ในเรื่องการจัดตั้งศูนย์สมาคมแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (อาเซียน) เพื่อผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและนวัตกรรม (ASEAN Center for Active Ageing and Innovation; ACAI) และที่ประชุมมีมติเห็นชอบแนวคิดดังกล่าว หลังจากนั้นจึงได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มาจนวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ในการประชุมรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขอาเซียน ครั้งที่ 14 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ของ 7 จาก 10 ประเทศสมาชิกอาเซียนได้ลงนามในข้อตกลงการจัดตั้ง ACAI และวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ในพิธีเปิดการประชุมสุดยอดผู้นำอาเซียน ครั้งที่ 35 ซึ่งประเทศไทยเป็นเจ้าภาพ พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้แถลงเปิด ACAI อย่างเป็นทางการ ปัจจุบันประเทศสมาชิกอาเซียนได้ลงนามในข้อตกลงการจัดตั้ง ACAI ครบสมบูรณ์ทั้ง 10 ประเทศเป็นที่เรียบร้อยแล้วในเดือนพฤษภาคม 2563 ซึ่ง ACAI เมื่อจัดตั้งเสร็จสมบูรณ์แล้วจะมีฐานะเป็นองค์กรระหว่างประเทศระดับรัฐบาล โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมที่จะสนับสนุนนโยบายผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกองค์กรระหว่างประเทศหรือหุ้นส่วนอื่น ๆ เพื่อให้บรรลุการมีผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในอาเซียน กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับมอบหมายจากรัฐบาลให้เป็นแกนหลักในการดำเนินการจัดตั้ง ACAI ได้มอบหมายให้กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการเรื่องดังกล่าว โดยในปีงบประมาณ 2562 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้สนับสนุนพื้นที่และงบประมาณ ในการปรับปรุงสถานที่เพื่อใช้เป็นสำนักงานชั่วคราวของ ACAI แล้วเสร็จ ส่วนงบประมาณ ACAI ได้มีการระบุไว้ในข้อตกลง การจัดตั้ง ACAI ซึ่งได้รับความเห็นชอบตามมติที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ว่ารัฐบาลไทยจะให้การสนับสนุนในวงเงิน 5 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปีในช่วง 5 ปีแรก

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการจัดตั้ง ACAI จึงได้ดำเนินโครงการศูนย์สมาคมแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (อาเซียน) เพื่อผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและนวัตกรรม ขึ้นเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุของกลุ่มประเทศอาเซียน และอาเซียนบวกสามตามนโยบายที่ทางรัฐบาลให้ไว้ และเป็นไปตามข้อตกลงการจัดตั้ง ACAI ที่ประเทศไทยได้ลงนามไว้ ซึ่งขณะนี้ อยู่ระหว่างขั้นตอนการดำเนินการตามพระราชบัญญัติเอกสิทธิ์และความคุ้มกันสำหรับองค์การระหว่างประเทศของศูนย์ ACAI ต่อ คณะทำงานฯ ทราบ และอยู่ระหว่างเตรียมให้หน่วยงานเจ้าของเรื่องนั้นสร้างแนวทางขั้นตอนการดำเนินงานสำหรับองค์การแต่ละ ประเทศ ตามพระราชบัญญัติเอกสิทธิ์และความคุ้มกันสำหรับองค์การระหว่างประเทศ และการประชุมระหว่างประเทศในประเทศไทย พ.ศ. 2561



ยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ

แบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ

(Seamless Comprehensive Health Care)

โครงการ พัฒนาด้านระบบทันตกรรมทางไกล กรมการแพทย์ (Prototype of DMS Teledentistry) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

สถาบันทันตกรรม เป็นสถาบันหลักทางวิชาการและนวัตกรรมในด้านทันตกรรม จึงได้มีแนวคิดในการพัฒนางานวิชาการและบริการทางด้านทันตกรรม โดยนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่มาใช้ในการแก้ไขปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน โดยที่ระยะแรกควรมีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการทันตกรรมทางไกล รวมถึงกำหนดขอบเขตในการให้บริการและการจัดทำแนวทางปฏิบัติต่างๆ โดยดำเนินการให้ความรู้การนำแนวทางปฏิบัติการให้บริการระบบบริการทันตกรรมทางไกลไปใช้ในหน่วยบริการทันตกรรมนาร่อง 3 สาขา คือ (1) สาขาทันตกรรมบดเคี้ยว (2) สาขาทันตกรรมศัลยกรรมช่อง (3) สาขาทันตสาธารณสุข เมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2564 ณ ผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 44 คน เผยแพร่หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง แนวทางการใช้งานระบบทันตกรรมทางไกล DMS Telemedicine ของกรมการแพทย์ โดยการส่งไฟล์ และรูปเล่มให้กับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ



พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care)



ด้านยาเสพติด

ยาเสพติดถือเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อ บุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยที่ผ่านมามีการดำเนินการแก้ไขในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับผู้ใช้ยาเสพติด มีการแสดงเจตนารมณ์และให้ความสำคัญในการดูแลผู้ที่ใช้ยาเสพติด ด้วยความเท่าเทียม ทั้งยังสร้างโอกาสในเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม เพื่อจะสร้างหลักประกันว่า ผู้ใช้ยาเสพติดได้รับบริการที่มีคุณภาพ และมีมาตรฐานที่ดี ทั้งยังก้าวทันกับความก้าวหน้าขององค์ความรู้และเทคโนโลยีที่ปรับเปลี่ยนไป จากการดำเนินงานดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติด ได้รับการบริการด้านการแพทย์ในระดับตติยภูมิ 14,438 ราย และมีความพึงพอใจในการรับบริการ ร้อยละ 85.4 ส่วนผู้ป่วยสารเสพติด สุรา บุหรี่ ที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์ระดับตติยภูมิ 7,649 ราย มีความพึงพอใจ ร้อยละ 89 พร้อมทั้งมีการติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับ การบำบัดรักษา อย่างต่อเนื่องตลอด 1 ปี (Retention Rate) และมีการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างครบวงจรโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Seamless Comprehensive Approach with Community)

1.1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ครอบคลุมด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้ได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย ประสานการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน และส่งต่อแผนการดูแลต่อเนื่องให้ครอบครัว และหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน มีแนวทางการดูแล เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลครบถ้วน ครอบคลุมทั้งมิติด้านสุขภาพ มิติทางสังคม คงอยู่ในระบบการการดูแล ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟู แบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 4 พื้นที่ เกิดเป็นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบไร้รอยต่อจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 4 โมเดล ในจังหวัดขอนแก่น จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดสงขลาและจังหวัดปัตตานี ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อน การจัดการบริการแบบไร้รอยต่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานร่วมกับสำนักป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด และเขตสุขภาพที่ 3, 4, 5, 6 และ 13 ในการแก้ไขการสืบทอด CBTx เพื่อใช้ในการพัฒนา ชุมชน พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการดูแล บำบัดรักษา ส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อตั้งแต่ ระดับชุมชนสู่โรงพยาบาล และจากระดับโรงพยาบาลสู่ชุมชน

1.2 การดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด ช่วยลดปัญหา หรือภาวะเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวบุคคล ชุมชน และสังคม ซึ่งเป็นการป้องกันอันตรายโดย การทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายลดลง ในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ เป็นการยืดหยุ่น วิธีการรักษาที่ยึดความพร้อมของผู้ใช้ยาเสพติดเป็นฐาน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน และความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติดมากขึ้น การดำเนินงานที่ ผ่านมาเริ่มต้นด้วยการระดมความพร้อมของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยการสร้างความศรัทธา แรงจูงใจ และพลังใจ ให้พร้อมที่จะตั้งหลักในการบำบัดรักษา เน้นการปฏิบัติที่เข้าถึงตัวบุคคล ร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้การจัดการบริการคลินิกเมทาโดนและบริการลดอันตรายระหว่างโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วย ในจังหวัดสงขลา เกิดเป็นรูปแบบการบริการเมทาโดนจากโรงพยาบาล สู่ชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและเครือข่าย ทั้งระดับชุมชน โรงพยาบาลและระดับจังหวัดมีความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด



1.3 การป้องกันและการดูแลช่วยเหลือเยาวชนในสถานศึกษาและชุมชน ปัจจุบันพบว่าปัญหา ยาเสพติดมีการแพร่ระบาดมากขึ้นในกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ 12 - 17 ปี และมีแนวโน้มที่รุนแรงมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เริ่มก้าวเข้าสู่วัยรุ่น ส่งผลให้มีความอยากรู้อยากลอง มีความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งหากสามารถช่วยให้เยาวชนกลุ่มนี้ก้าวผ่านช่วงเวลานี้ไปได้อย่างเหมาะสม เด็กก็จะเจริญเติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพ ที่ผ่านมามีการดำเนินการโครงการพัฒนาต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน ตั้งแต่ปี 2560 จนได้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน ซึ่งจะเริ่มดำเนินการพัฒนาเป็นระบบการดูแลช่วยเหลือเยาวชน สร้างความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างบูรณาการในสถานศึกษาระหว่าง บ้าน โรงเรียน ชุมชน และกลุ่มเยาวชน ทำให้เด็กและเยาวชนที่มีปัญหายาเสพติดได้รับการคัดกรอง แนะนำช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ได้รับการติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจนสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ บุคลากร สาธารณสุข/ครู มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ติดยาและสารเสพติด มีความรู้ความสามารถในการสังเกต ฝ้าระวัง และดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้ พร้อมทั้งติดตามเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยเสพติดสุรา เป็นระบบการดูแลแบบองค์รวม โดยเชื่อมโยงเครือข่ายให้สอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมและมีสุขภาพที่ดี มีการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องเพื่อจัดทำแนวทางหรือรูปแบบการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุม จำนวน 1 รูปแบบ และได้นำมาใช้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำหน่ายจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 80 ราย ทำให้ผู้ป่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถควบคุม ภาวะโรคและดูแลตนเองดีขึ้น

1.5 พัฒนาสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติด (วัดหรือมัสยิด) ให้เป็นทางเลือกแก่ผู้เสพยาติดยาเสพติดที่จะเข้าสู่ระบบการบำบัดฟื้นฟู โดยให้สังคมและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มากขึ้น การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูโดยวัดเป็นศูนย์สังเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเริ่มตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน ได้รับการอนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แล้ว จำนวน 25 แห่ง โดยในปี พ.ศ. 2564 มีวัดที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพและได้รับการอนุญาตขึ้นทะเบียน จำนวน 2 แห่ง ณ จังหวัดเชียงรายและมหาสารคาม

1.6 พัฒนาระบบการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐาน มุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการใช้ทรัพยากรในชุมชน ร่วมกับองค์ความรู้ทาง สาธารณสุข เกิดเป็นรูปแบบการดูแลผู้เสพยาติดยาเสพติดระหว่างระบบบริการสุขภาพภาครัฐ และระบบบริการทางสังคม สามารถส่งต่อในกระบวนการรักษาจากชุมชนสู่สถานบริการเฉพาะทาง อย่างไร้รอยต่อและยั่งยืน จากการดำเนินงานได้พื้นที่นำร่องช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ โดยชุมชนเป็นฐาน 2 พื้นที่ มีรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 2 รูปแบบ ทำให้ผู้เสพยาติดยาเสพติดเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้มากขึ้น ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ เหมาะสมและอยู่ร่วมในสังคมโดยไม่ถูกแบ่งแยกกีดกัน

2. การส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และพัฒนาสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด

2.1 พัฒนาศักยภาพสถานบำบัดเพื่อรองรับแผนพัฒนาระบบบริการด้านยาเสพติด (Service Plan) เป็นการสนับสนุนความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ เพื่อให้สถานบำบัดมีศักยภาพ และเหมาะสมสอดคล้องกับการแพทย์วิถีใหม่ (New normal) มีแผนการดำเนินงานด้านพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินด้านยาและเสพติด ปี 2564 จำนวน 1 แผน พร้อมทั้งร่างหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินด้านยาและเสพติด จำนวน 1 หลักสูตร และจัดทำคู่มือ จำนวน 1 เล่ม นอกจากนี้ได้อบรมเกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาลและจัดทีม COACHING ให้แก่โรงพยาบาลที่ไม่เคยผ่านการรับรอง HA ยาเสพติด จำนวน 24 โรงพยาบาล ทำให้ระบบบริการด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดมีมาตรฐาน คุณภาพและความปลอดภัยต่อผู้ติดยาเสพติดมากขึ้น



2.2 การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะบกพร่องทางสมอง (Cognitive Impairment) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ติดสุรา และสารระเหย มีผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความคิด ความจำ และยากต่อการบำบัดฟื้นฟู เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำ ดังนั้นผู้ที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย จากการดำเนินงาน ผู้เข้ารับการอบรมนำความรู้ เทคนิค ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด สามารถประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีภาวะบกพร่องทางสมองได้ รวมทั้งสามารถออกแบบกิจกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจ ด้านเนื้อหาหลักสูตร ร้อยละ 93.33 และมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.67

2.3 การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดสุรา บุคลากรทางสาธารณสุขที่มีหน้าที่ดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเสติดสุรานั้นจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเสติดสุราให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง และสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานผู้เข้ารับการอบรม สามารถนำความรู้ วิธีการ เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ และเทคนิคอื่นๆ ไปใช้ในการให้คำปรึกษาหรือบำบัดผู้ป่วยที่ติดสุรา มีความเข้าใจธรรมชาติและอาการของผู้ติ่มสุรามากขึ้นและเผยแพร่ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจด้านเนื้อหาหลักสูตร ร้อยละ 96.3 มีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 18.18

2.4 การประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับยาเสพติด นโยบาย ทิศทางด้านยาเสพติด รวมถึงได้เครือข่ายในการดำเนินงาน มีการพัฒนา Model และได้ Best practice เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ได้บุคคลดีเด่นในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับการทำงานด้านยาเสพติด รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำงาน เพื่อกลับไปประยุกต์ใช้ในที่ทำงานของตนเองให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ได้มากขึ้น

2.5 แนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อการบำบัดรักษาและส่งต่อ (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment: SBIRT) ทำให้ผู้ฝึกอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรองผู้ติดยาและสารเสพติดได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ นำรูปแบบการบำบัดรักษาและส่งต่อไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมด้วยเทคนิคให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) และให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)

2.6 การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยยาเสพติด ด้วยแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นแนวทางการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ผู้ป่วยเคยผิดพลาดมาก่อน ซึ่งผู้ให้การบำบัดจำเป็นต้องมีองค์ความรู้เฉพาะในเรื่องขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้บำบัดจึงจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และผู้ป่วยจะเกิดความเข้าใจตนเอง ไว้วางใจ ผู้บำบัดจนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจในตัวของผู้ป่วยเองจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถปรับความคิดของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่ดีได้ ภายใต้แนวคิด เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้ การดำเนินงานที่ผ่านมา มีการอบรมบุคลากรในเขตบริการสุขภาพที่ 1, 3, 4, 5, 6, 10, 11 และ 13 ผู้เข้ารับการอบรม สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ใช้ในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดรักษา ฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วย โดยอิงจากหลักการสร้างแรงจูงใจ และนำไปพัฒนาในหน่วยงาน ในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจด้านเนื้อหาหลักสูตร ร้อยละ 94.66 และมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.67

2.7 การประชุมเชิงปฏิบัติการและติดตามนิเทศเพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดทุกระบบทั่วประเทศ จัดทำข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการบำบัดฟื้นฟูของสถานบำบัดทุกระดับ การฝึกอบรมเพื่อทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อม และการติดตามเยี่ยมสำรวจ เพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานบำบัดฯ ซึ่งมาตรฐานดังกล่าวครอบคลุมทั้งในด้านเชิงโครงสร้างและเชิงกระบวนการของการให้บริการบำบัดฟื้นฟู นับเป็นครั้งแรกของระบบการบำบัดฟื้นฟู ผู้เสพยาเสพติด ของประเทศที่ได้มีการจัดทำมาตรฐานให้กับสถานบำบัดทุกระดับขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพงานยาเสพติด มีสถานบำบัดฟื้นฟูที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติดในทุกระบบทั่วประเทศ จำนวน 97 แห่ง มีการเข้าเยี่ยมสำรวจในระบบสมัครใจ 8 แห่ง ระบบบังคับบำบัด 5 แห่ง และระบบต้องโทษ 4 แห่ง พัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลยาเสพติดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขึ้น เพื่อให้มีกลไกในการพัฒนา ติดตาม กำกับการดำเนินงานทุกระบบทั่วประเทศ ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์และถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับมากขึ้น



2.8 การอนุญาตจัดตั้งและพัฒนาสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 จำนวน 8 แห่ง ทำให้เกิดกลไกในการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของสถานพยาบาลให้ถูกต้อง ตลอดจนบุคลากรภายในสถานพยาบาล ได้รับความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปบริหารจัดการการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

2.9 ประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ยาเสพติดกลุ่มธัญญารักษ์ เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมพัฒนาต่อยอดทั้งด้านยุทธศาสตร์ และประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน รวมทั้งการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และปรับปรุงแผนปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน จนเกิดเป็นข้อสรุปยุทธศาสตร์กลุ่มธัญญารักษ์ ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ มีการปรับกระบวนการทำงาน เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ และทำแผนปฏิบัติการในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์



3. การอบรมแพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง และสหวิชาชีพ หลักสูตรระยะสั้น-กลาง

3.1 พัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด รองรับสถานการณ์แพร่ระบาดในเขตบริการสุขภาพ ด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของยาเสพติดที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแบ่งพื้นที่เป็นเขตบริการสุขภาพ เพื่อให้การให้บริการที่มีความเหมาะสม มีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด โดยได้อาศัยความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ร่วมกันพัฒนาหลักสูตรการพยาบาล พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติดขึ้น เพื่อให้บุคลากรในคลินิกยาเสพติดในเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีศักยภาพ มีองค์ความรู้ที่ทันสมัย ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง มุ่งเน้นการเรียนรู้ในทางทฤษฎีในการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดในทุกมิติ มีความเชี่ยวชาญในการใช้กระบวนการพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุและสารเสพติด รวมทั้งฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงทั้งในสถานพยาบาล และชุมชน สามารถประยุกต์ความรู้ดังกล่าวให้เหมาะสมกับบริบทของการทำงานในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันมีพยาบาลเข้าฝึกอบรมแล้ว 16 รุ่น จากการประเมินผลหลักสูตรพบว่าผู้บริหาร และผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจต่อหลักสูตรอยู่ในระดับมาก การติดตามผลภายหลังการอบรมพบว่าผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงานเห็นว่าผู้เข้ารับการอบรมมีทัศนคติที่ดี เข้าใจ เข้าถึงผู้ป่วยยาเสพติดมากขึ้น สามารถนำความรู้ทักษะไปใช้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติดได้อย่างถูกต้อง เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำบุคลากรในทีมสุขภาพได้ และมีรูปแบบในการให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุและสารเสพติดที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

3.2 หลักสูตรเวชศาสตร์สารสนเทศสำหรับพยาบาล มีเป้าหมายสำคัญในการสนับสนุน ส่งเสริมในการสร้างผู้เชี่ยวชาญให้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางทั้งด้านการป้องกัน ส่งเสริม และการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและ สารเสพติด เพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุเสพติดและสารเสพติด รวมถึงสามารถวางแผนแก้ไขปัญหา พัฒนาการบำบัดฟื้นฟู และบูรณาการให้เกิดการทำงานด้านการบำบัดฟื้นฟู ผู้สูงอายุและสารเสพติดให้มีคุณภาพ ผู้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องยาและสารเสพติด การป้องกันการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การติดตามการรักษาผู้ติดยาเสพติดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ได้ปรับปรุงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ตั้งแต่ ประเมิน/ใบประเมิน, การบำบัดรักษาด้วยยาและบำบัดพฤติกรรมด้วยเทคนิค MI stage of change, กระบวนการดูแลผู้ป่วย Admit, หลักการทำกลุ่มและจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.3 การอบรมเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ ช่วยให้แพทย์ซึ่งเป็นผู้นำในทีมการบำบัดรักษา มีความรู้ ความเข้าใจธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบต่าง ๆ ได้พัฒนาแนวทางการดูแลเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดขึ้น เพื่อนำทักษะความรู้ไปปรับปรุงช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใช้หรือติดสารเสพติด และพัฒนางานในคลินิกยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น



4. Application “ห่วงใย” ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด วิธีใหม่ (New Normal)

การพัฒนาระบบแอปพลิเคชัน (Application) สำหรับโทรศัพท์มือถือ (Smart Phone) เพื่อช่วยในการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยนั้นสามารถคัดกรองตนเองและครอบครัวในด้านปัญหาการติดยาเสพติด และช่วยลดปัญหาเรื่องการเดินทางและช่วยในการปกปิดตัวตนที่แท้จริงได้ ลดความแออัดในโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ง่าย ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นการตอบสนองยุทธศาสตร์ความมั่นคง ประเทศชาติ ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ และปรับตัวสู่สังคมยุคดิจิทัล



ด้านโรคมะเร็ง

โครงการนิเทศติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ มาตรฐานและความปลอดภัยของหน่วยบริการ สำหรับการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy) ในโรงพยาบาล 15 แห่ง

กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ติดตามรูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารยาเคมีบำบัด ทางสายหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน (Home Chemotherapy) ให้ตรงตามมาตรฐาน ความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด ทำให้เกิดรูปแบบที่ได้มาตรฐานครอบคลุม ในเขตสุขภาพทั่วประเทศ เพื่ออำนวยความสะดวก ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ ในปีงบประมาณ 2564 มีโรงพยาบาลนำร่องที่แจ้งประสงค์เป็นหน่วยบริการเคมีบำบัดที่บ้าน เป้าหมายจำนวน 15 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ได้ดำเนินการแล้วจำนวนโรงพยาบาล 7 แห่ง โดยการอบรมผ่านระบบ VDO Conference ดังนี้

- เขตสุขภาพที่ 1 โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผู้เข้าอบรมจำนวน 31 คน และ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ผู้เข้าอบรมจำนวน 27 คน
- เขตสุขภาพที่ 4 โรงพยาบาลมหาสารคาม วิทยากร ผู้เข้าอบรมจำนวน 15 คน
- เขตสุขภาพที่ 5 โรงพยาบาลราชบุรี ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 35 คน
- เขตสุขภาพที่ 10 โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 30 คน
- เขตสุขภาพที่ 11 โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ผู้เข้าอบรมจำนวน 27 คน
- เขตสุขภาพที่ 13 โรงพยาบาลเลิดสิน มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 35 คน

และโรงพยาบาลอีก 8 แห่ง ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ระลอกใหม่ ทำให้ไม่สามารถดำเนินการจัดอบรมได้ตามแผน คือ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, โรงพยาบาลพระปกเกล้า, โรงพยาบาลสมุทรปราการ, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลสุรินทร์, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, โรงพยาบาลตำรวจ, โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อประชาชน : จากแผนการขยายหน่วยบริการในปีงบประมาณ 2564 ทำให้หน่วยบริการเคมีบำบัดที่บ้านในโรงพยาบาลนำร่องเพิ่มเป็น 14 แห่ง ในจำนวน 7 เขตสุขภาพทั่วประเทศ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการให้บริการได้มากขึ้น ได้รับยาตรงตามรอบ ลดระยะเวลาการรอคอย ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 การให้บริการได้มากขึ้น ได้รับยาตรงตามรอบ ลดระยะเวลาการรอคอย ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19



ด้านแม่และเด็ก

การพัฒนาศักยภาพและขยายศูนย์เครือข่ายการเรียนการสอนสำหรับเด็กป่วยที่ด้อยโอกาสทางการศึกษาในโรงพยาบาลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ตามแนวพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

การดูแลเด็กเจ็บป่วยในสถานพยาบาลควรดูแลอย่างเป็นองค์รวม ดูแลสุขภาพกายและส่งเสริมการเรียนรู้พัฒนาการอย่างเหมาะสมตามศักยภาพของเด็กวัยเรียนที่พึงมีเด็กป่วยควรได้รับโอกาสการศึกษาต่อเนื่องตามความเหมาะสม ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้มีความเชี่ยวชาญโดยตรงด้านการเรียนการสอน จึงทำความร่วมมือการทำงานกับกระทรวงศึกษาธิการ (สำนักบริหารการศึกษาศึกษาพิเศษ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและตามอัธยาศัย) ที่สนับสนุนบุคลากรครูผู้สอนมาให้ความรู้ตามหลักสูตรแก่เด็กเจ็บป่วย เด็กกลุ่มพิเศษ ภายใต้โครงการตามแนวพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในปีงบประมาณ 2564 มีเด็กด้อยโอกาส เด็กเจ็บป่วยที่ได้รับโอกาสทางการศึกษาในหลักสูตรการเรียนการสอนและสามารถสู่การเข้าเรียนต่อในระดับปกติ/การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) จำนวน 78,543 คน จากเป้าหมาย 55,000 คน ขยายศูนย์เครือข่าย เดิม 70 แห่งขยายเพิ่มขึ้นในปี 2564 อีก 14 แห่ง เป็น 84 แห่ง

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการสร้างเสริมพัฒนาการเด็ก (เด็กกลุ่มเสี่ยง เด็กพัฒนาการล่าช้า และเด็กที่มีความต้องการพิเศษ)

การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อทำให้เกิดการพัฒนางานด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย ที่จะนำมาใช้ในการช่วยเหลือตัวเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ ครอบครัว ผู้ดูแลเด็ก ให้สามารถพัฒนาระดับความสามารถได้เต็มศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่เป็นภาระหรือเป็นภาระให้กับครอบครัวและสังคมน้อยที่สุด กรมการแพทย์เห็นความสำคัญจึงได้ให้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ดำเนินการคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง เด็กพัฒนาการล่าช้า และเด็กที่มีความต้องการพิเศษได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน 10,774 คน จากเป้าหมาย 5,000 คน



ด้านวัยทำงาน



โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พัฒนาเครือข่ายให้มีมาตรฐานคลินิกโรคจากการทำงาน การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ด้านอาชีวเวชศาสตร์ การจัดทำแนวทาง คู่มือมาตรฐานในการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการบริการที่มีมาตรฐานด้านอาชีวเวชศาสตร์ที่ครอบคลุมทั่วประเทศ ดำเนินการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล มีผู้ผ่านการอบรม จำนวน 49 คน และอบรมการประเมินการกลับเข้าทำงานประเมินความเหมาะสมในงาน ในรูปแบบออนไลน์ ผ่านระบบ Zoom ในวันที่ 27-28 พฤษภาคม 2564 โดยเน้นเรื่องการประเมินการกลับเข้าทำงานของผู้ประกอบอาชีพและสำหรับบุคลากรในสถานการณ์ covid- 19 มีผู้เข้าอบรมจำนวน 83 คน จากทุกเขตบริการสุขภาพ โดยมีแผนติดตามประเมินโรงพยาบาลแต่ละแห่งในด้านการดำเนินงานประเมินการกลับเข้าทำงานของพนักงาน อีกทั้งได้มีการสัมมนาเครือข่ายคลินิกโรคจากการทำงาน ในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้ระบบ Zoom จำนวน 2 รุ่น รุ่นที่ 1 ในหัวข้อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบควบคุมการสัมผัส, Bubble and Seal word, Bubble and Seal factory, Save factory, มาตรฐานคลินิกโรคจากการทำงานในสถานการณ์ ระบาด COVID-19 โดยผู้เข้าร่วมสัมมนา เป็นแพทย์ พยาบาล จากคลินิกโรคจากการทำงานทั่วประเทศ จำนวน 142 คน จาก 70 แห่ง มีตัวแทนเข้าครบทั้ง 13 เขตบริการสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีสุขภาพะทางร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น วัยทำงานได้รับการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่มีสาเหตุจากโรคที่เกิดจากการทำงาน จำนวน 49,524 คน

ด้านผู้พิการ

ผู้ป่วยผู้พิการจำนวนมากขาดโอกาสในการเข้าถึงการบำบัดฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัด และไม่ได้รับการฟื้นฟูด้านการกลืนหรือได้รับการฟื้นฟูแต่ไม่ครบถ้วน ดังนั้นการถ่ายทอดองค์ความรู้พื้นฐานด้านการฟื้นฟูการกลืน สู่บุคลากรสาธารณสุขอื่นที่เกี่ยวข้องในสถานพยาบาลระดับต่างๆ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง กรมการแพทย์ โดยสถาบันลิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จึงได้ดำเนินการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้และทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการฟื้นฟูด้านการกลืนสามารถคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดฟื้นฟูเบื้องต้น ตลอดจนส่งต่อเพื่อการบำบัดฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสม โดยมีผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 145 คน จากเป้าหมาย 100 คน ร้อยละความพึงพอใจของการอบรม คิดเป็นร้อยละ 90.1



ด้านวัยผู้สูงอายุ

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับเพื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา ส่งต่ออย่างเหมาะสม ซึ่งดำเนินการให้ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพในสถานบริการ สุขภาพ/ คลินิกผู้สูงอายุในพื้นที่นำร่อง จำนวน 4 ครั้ง ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ จ.สระบุรี จ.สุราษฎร์ธานี จ.นครราชสีมา และ จ.สมุทรปราการ จำนวนทั้งสิ้น 800 คน ทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ/คลินิกผู้สูงอายุให้พื้นที่สามารถนำไปปรับใช้ในบริบทได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุที่มารับบริการตามรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวนทั้งสิ้น 31,038 คน อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ/คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานและคุณภาพผ่านทาง website ฐานข้อมูลการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ/คลินิกผู้สูงอายุ และมีการเผยแพร่คู่มือประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุฯ สำหรับใช้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ/คลินิกผู้สูงอายุ

2. พัฒนาระบบการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ เพื่อดูแลรักษากลุ่มอาการหรือโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ จำแนก และจัดการข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพหลังจากคัดกรองฯ จากสถานพยาบาลลูกข่ายไปยังแม่ข่ายอย่างเชื่อมโยง ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อในสถานพยาบาลเพื่อดูแลรักษาที่เหมาะสมกับปัญหาตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วยรุนแรง และเพื่อบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรายหัวในกลุ่มผู้สูงอายุ (Elderly Health Expenditure) โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุได้ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและจัดการนำส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 76 จังหวัด เพื่อถ่ายทอดและส่งมอบองค์ความรู้ เครื่องมือ และพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานระดับครุ ก และครู ข เรื่องระบบการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ และการจัดการด้วย Aging Health Data และถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือการคัดกรองที่พัฒนาฉบับปี 2564 ตามมติคณะกรรมการฯ ให้แก่ อสม.จำนวน 4,000 คน ณ จ.ประจวบคีรีขันธ์ จ.สระแก้ว และ จ.ปราจีนบุรี ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ และจัดการต่อด้วยระบบ Aging Health Data จำนวน 556,725 คน ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการคัดกรองและเข้าสู่ระบบบริการที่ตรงประเด็น คนที่มีความเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวัง โรคและกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ครบถ้วนทุกรายการที่จำเป็นได้แก่ เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) โดย ดำเนินการติดตามในพื้นที่นำร่องระยะที่ 2 ที่ร่วมจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC systems) ประกอบด้วย 1) ระบบการคัดกรอง/คัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัย) 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง ได้ดำเนินการติดตามแล้วเสร็จจำนวน 4 จังหวัดคือ หนองบัวลำภู อุตรธานี ลพบุรี และฉะเชิงเทรา ผลลัพธ์ที่ได้จากระบบ แบ่งเป็นผู้สูงอายุผ่านการคัดกรองแล้ว ผู้สูงอายุคัดกรองผิดปกติ ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดแยก ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงระบบการดูแลรักษาครบวงจรตั้งแต่การคัดกรองวินิจฉัยและการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่นำร่องระยะที่ 1 A (Active) จำนวน 88,629 คน (DT=29, MCI=337) อีกทั้ง บุคลากรทีมสุขภาพ/สังคมท้องถิ่น/ชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญมีความเข้าใจและมีการดำเนินการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม



4. พัฒนาระบบการป้องกันภาวะหกล้มและดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุตามบริบทพื้นที่ ซึ่งดำเนินการพัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานระบบการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ รพช. จำนวน 1 แห่ง รพ.สต. จำนวน 10 แห่ง ในจ.ประจวบคีรีขันธ์ พร้อมทั้งพัฒนาทักษะ อสม.ในการดูแล ป้องกัน ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุจำนวน 120 คน ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลป้องกันภาวะหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 2,400 คน ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพในการป้องกันภาวะหกล้ม สามารถลดภาระต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาล

5. การจัดระบบรับปรึกษาแบบส่งต่อและระบบติดตามการดูแลระยะกลาง (intermediate care) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัดและผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางได้ดำเนินการติดตามผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดและผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ผู้ป่วยเข้าถึงระบบรับปรึกษาแบบส่งต่อและระบบติดตามการดูแลระยะกลางระหว่างหน่วยบริการอื่น ๆ ในโรงพยาบาล จำนวน 1,593 คน ส่งผลให้ผู้สูงอายุระยะกลางที่ได้รับการรักษา ส่งต่อ และติดตามผลแบบไร้รอยต่อ

6. ดำเนินการรักษาผู้ป่วยที่สูญเสียฟันหรือการละลายตัวของสันกระดูกขากรรไกรเข้ารับการรักษา ทันตกรรมรากฟันเทียม โดยแพทย์สามารถนำเทคโนโลยีทันตกรรมรากฟันเทียมมาเสริมศักยภาพของฟันเทียมทำให้ผู้ป่วยสามารถบดเคี้ยวอาหารได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้งได้ติดตามดูแลผู้ป่วย และฟื้นฟูสมรรถภาพช่องปากภายหลังการฝังรากฟันเทียมฯ จำนวน 4,098 คน จากการดำเนินงานพบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยหน่วยบริการในโครงการได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ เครื่องมือในการบริการ

7. จัดระบบอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานผู้สูงอายุ ด้วยสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแตกต่างจากคนวัยทำงานมาก ซึ่งเกิดจากการเสื่อมถอยของลักษณะทางการภาพของร่างกายเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่มีสาเหตุมาจากโรคที่เกิดจากการทำงาน กรมการแพทย์ จึงได้จัดการสัมมนาเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อพิจารณาการดำเนินงานอาชีวอนามัย การสร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพด้านโรคจากการทำงานและการดูแลสุขภาพคนทำงานที่อายุ 45 ปีขึ้นไป มีสถานประกอบการเข้าร่วมสัมมนา จำนวน 46 แห่ง โดยสถานประกอบการได้ทราบความแตกต่างด้าน สรีรวิทยาและจิตใจ รวมถึงสภาพแวดล้อมในโรงงานที่มีผลต่อของแรงงานอายุมาก สามารถนำข้อมูลไปปรับเกี่ยวกับอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสมดุลในการจัดงานระหว่างแรงงานอายุมากและแรงงานวัยอื่น อีกทั้งผู้สูงอายุที่เข้าทำงานได้รับการตรวจสุขภาพและดูแลด้านอาชีวอนามัย จำนวน 38,538 คน



ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความเชี่ยวชาญ
และเพียงพอกับความต้องการของประเทศ



พัฒนาแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศ

การเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน ก้นตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

1. แพทย์ประจำบ้านหลักสูตรที่แพทยสภาและทันตแพทยสภารับรองทั้งหมด 45 สาขา 58 หลักสูตร (แพทย์ 57 หลักสูตร/ทันตแพทย์ 1 หลักสูตร) ผ่านการประเมินตามกรอบมาตรฐานเวชบัณฑิตของสหพันธ์แพทยศาสตร์โลก (Postgraduate Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement: the 2015 Revision) แล้วจำนวน 55 หลักสูตร โดยแยกตามปีการฝึกอบรม ดังนี้

- การฝึกอบรม 2563 (1 กรกฎาคม 2563 - 30 มิถุนายน 2564) มีศักยภาพในการดำเนินการฝึกอบรมจำนวนทั้งหมด 265 โควตา คิดเป็นร้อยละ 9.89 ของศักยภาพการฝึกอบรมทั่วประเทศ มีแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี รวม 719 คน สำเร็จการฝึกอบรมจากกรมการแพทย์จำนวน 218 คน สอบอนุมัติวุฒิบัตรผ่านตามเกณฑ์ที่แพทยสภากำหนดจำนวน 212 คน (ร้อยละ 100 จากจำนวนผู้ส่งสอบทั้งหมด)
- ในปีการฝึกอบรม 2564 (เริ่มเรียน 1 กรกฎาคม 2564) มีศักยภาพโควตา จำนวน 264 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.61 ของศักยภาพโควตาทั่วประเทศ โดยมีผลการคัดเลือกจำนวน 244 คน (ต้นสังกัด 160 คน อิสระ 84 คน) โควตาว่าง 20 โควตา รับเต็ม 40 สาขา รับไม่เต็ม 18 สาขา

2. หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่ราชวิทยาลัยหรือสมาคม/หน่วยงานรับรอง มีหลักสูตรต่อยอด 1 - 2 ปี ที่ราชวิทยาลัยสมาคม และหน่วยงานรับรอง จำนวน 36 สาขา 40 หลักสูตร (แพทย์ 36/ทันตแพทย์ 4) มีศักยภาพการฝึกอบรม รวม 121 โควตา โดยมีจำนวนแพทย์ประจำบ้านต่อยอดรวมทุกชั้นปี 81 คน และมีผู้ที่ผ่านการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะทางหลักสูตรต่อยอด 1-2 ปี ในปีการฝึกอบรม 2563 จำนวนทั้งสิ้น 69 คน และปีการฝึกอบรม 2564 มีศักยภาพโควตาได้รับได้จำนวน 122 โควตา รับแพทย์เข้าฝึกอบรมแล้ว จำนวน 61 คน (ยังอยู่ระหว่างรับสมัคร)

การฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางและหลักสูตรที่เพิ่มความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของพยาบาลสาขาต่างๆ ที่สภากาพยาบาลรับรอง (หลักสูตรตั้งแต่ 8 สัปดาห์/2 เดือนขึ้นไป รวมถึงเคมีบำบัด 1 เดือน) ในปีงบประมาณ 2564 หลักสูตรที่สามารถเปิดการอบรมและดำเนินการแล้วเสร็จ มีเพียง 16 หลักสูตร จากหลักสูตรทั้งหมด 44 หลักสูตร โดยมีผู้ผ่านการอบรมจำนวน 582 คน เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ที่รุนแรงส่งผลให้อีก 28 หลักสูตรไม่สามารถดำเนินการอบรมได้หรือดำเนินการไม่แล้วเสร็จและต้องขยายระยะเวลาหลักสูตรเพิ่ม



ยุทธศาสตร์ที่ 4

พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนให้เกิดความเป็นเลิศ

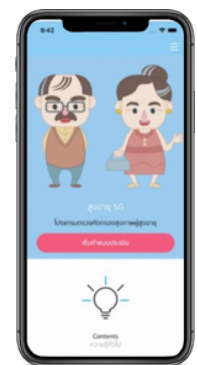
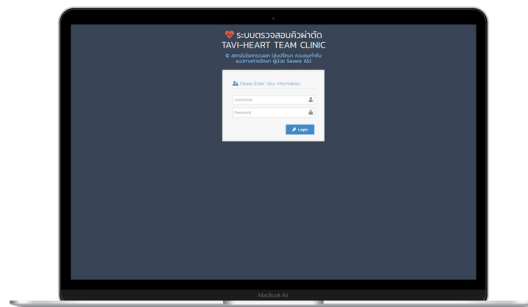
พัฒนาระบบดิจิทัลกรรมการแพทย์ (Digital DMS Transformation)

โครงการพัฒนาระบบดิจิทัลเพื่อการบริหารจัดการกรรมการแพทย์ (DIGITAL DMS TRANSFORMATION)

กรรมการแพทย์นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงาน งานวิชาการของกรรมการแพทย์และการให้บริการประชาชนเพื่อให้เข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็วและลดเวลาการรอคอย รวมทั้งลดความเสี่ยง ความผิดพลาด เพิ่มความปลอดภัยและความพึงพอใจ โดยมีการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่

- การนำระบบการให้คำปรึกษาทางไกล DMS-Telemedicine มาใช้ในโรงพยาบาลสังกัดกรม เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยลงทะเบียนการรักษา หรือนัดแบบออนไลน์ ในส่วนของโรงพยาบาล พยาบาลจะตรวจสอบข้อมูลประวัติการตรวจรักษาของผู้ป่วย เพื่อประกอบการให้คำปรึกษาและรักษาทางไกล แพทย์จะวินิจฉัยและตรวจรักษาร่วมกับผู้ป่วยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล พร้อมทั้งสั่งยาผ่านระบบ และระบบจะจัดส่งยาไปให้ผู้ป่วย ในส่วนของผู้ป่วยสามารถตรวจสอบการส่งยาได้ และเมื่อได้รับยาแล้วจะสามารถเข้าถึงและยืนยันการใช้ยาผ่านระบบและผู้ป่วยยังสามารถดูข้อมูลการรักษาของตนเองได้อีกด้วย
- Application PNI Plus สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการเข้าถึงข้อมูลการรับบริการทั้งหมด อาทิ คำวินิจฉัยโรคการรับยา ผลการตรวจเลือดหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการตรวจทางรังสีวิทยา ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอื่น ๆ หรือเข้ารับบริการฉุกเฉินสามารถนำข้อมูลจากตัวแอปพลิเคชันแสดงให้แพทย์ที่ทำการรักษาได้ให้การรักษาต่อเนื่อง
- Application ห่วงใย เพื่อคัดกรอง ติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติด
- Application SNMRI Easy เพื่อเป็นช่องทางนัดหมายและให้คำปรึกษาปัญหากรณีฉุกเฉิน/เร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- โปรแกรมสูงวัย 5 G+ ที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถคัดกรองภาวะสุขภาพของตนเองเบื้องต้น
- AI Cloud Service รูปแบบการวินิจฉัยภาพเอกซเรย์แบบอัจฉริยะ สำหรับ ผู้ป่วยโรคปอด

TAVI-HEARTTEAMCLINIC สำหรับใช้บริหารจัดการ ส่งปรึกษา ติดตามคิวผ่าตัด ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจเอออดิติดบ ตามแนวทางการรักษาที่เหมาะสม ตามมาตรฐานจากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง(TAVI-HEART TEAM)



SNMRI EASY

สำรวจคิว เช็กคิว ง่าย ๆ ครบจบในแอปเดียว

ดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน

ติดตามข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมที่ www.snMRI.go.th

0-2591-5455

Line Official : SNMRI

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู

GET IT ON Google Play

Download on the App Store

SNMRI EASY

- บัดลวงหน้า
- ลงทะเบียนง่าย ๆ ตั้งแต่อายุที่บ้าน
- ดูประวัติการรักษา หรือผลการตรวจ
- ดูค่าใช้จ่าย

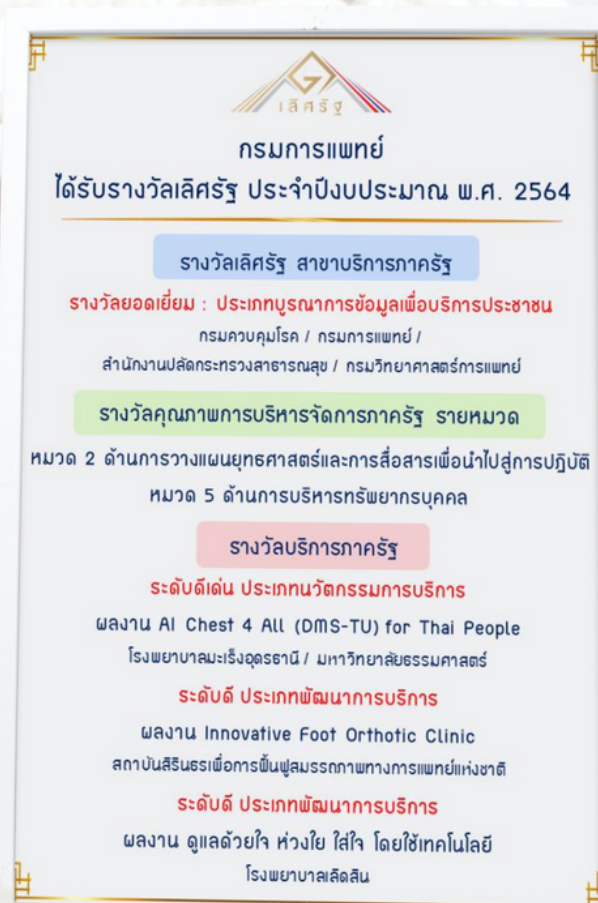
รพ.เทคโนโลยีสารสนเทศ SNMRI

สร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานกรมการแพทย์

การพัฒนากรมการแพทย์ สู่ระบบราชการ 4.0 (PMQA)



สำนักงาน ก.พ.ร. จัดพิธีมอบรางวัลเลิศรัฐ ประจำปี 2564 เพื่อเชิดชูเกียรติให้แก่หน่วยงานที่มีผลการดำเนินการที่เป็นเลิศทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการภาครัฐ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภายในองค์กร และเปิดระบบราชการให้ภาคส่วนอื่นเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งผลงานที่ได้รับรางวัลจะเป็นต้นแบบที่ดีให้แก่หน่วยงานอื่น ๆ ในการใช้เป็นแนวทางพัฒนาระบบงานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป พิธีมอบรางวัลในปีนี้มีความพิเศษเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีใหม่ โดยได้จัดพิธีผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์แบบเสมือนจริง พร้อมถ่ายทอดสดผ่าน Facebook Page : กพร OPDC และ Youtube Channel : สำนักงาน ก.พ.ร. ซึ่งได้รับเกียรติจากนายวิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรี เป็นประธานในพิธี โดยมีนางสาวอ้อนฟ้า เวชชาชีวะ เลขาธิการ ก.พ.ร. กล่าวรายงาน พร้อมด้วยนายอนุชา นาคาศัย รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ก.พ.ร. และ อ.ก.พ.ร. เข้าร่วมเป็นเกียรติในพิธี ตลอดจนผู้บริหารของหน่วยงานที่รับรางวัล และกองเชียร์เข้าร่วมเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ขึ้นรับรางวัลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมด



ITA 2564

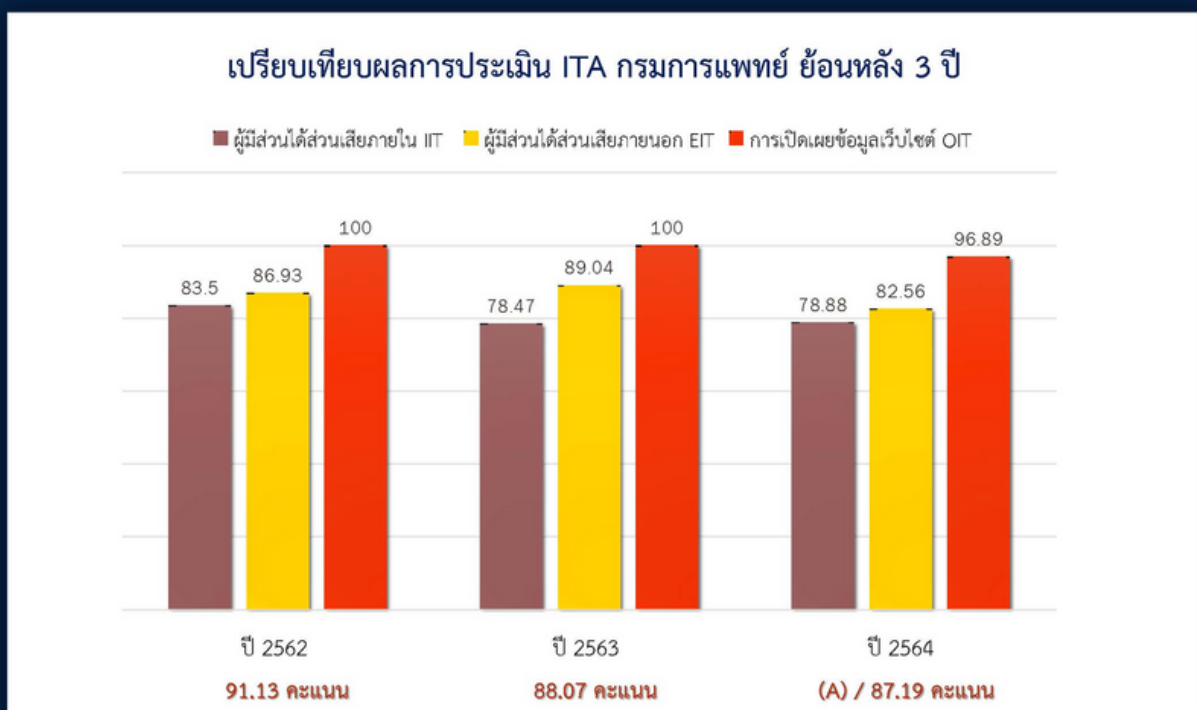
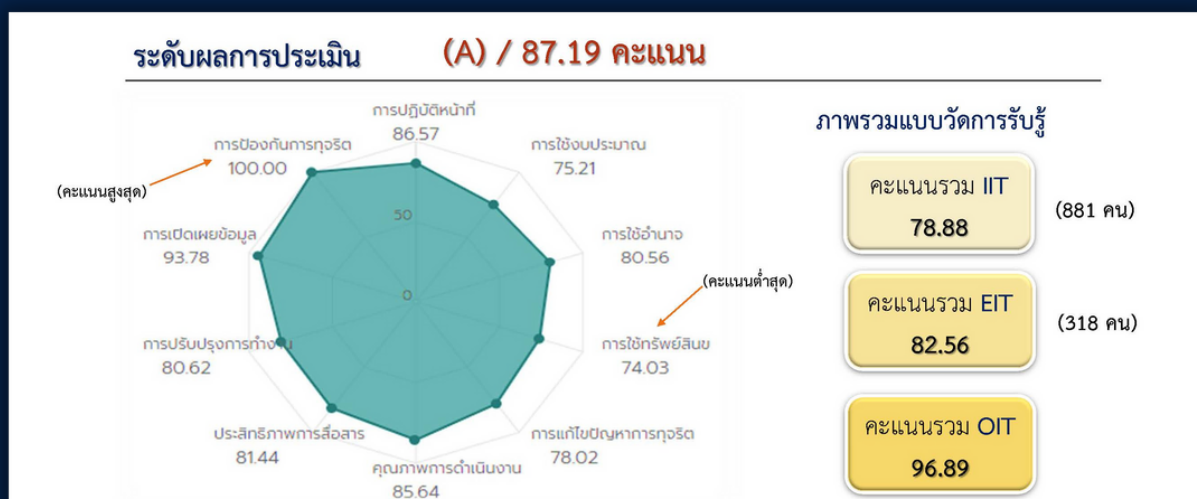
การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ
Integrity and Transparency Assessment : ITA 64

การบริหารองค์กรด้วยระบบรรรมาภิบาล (ITA)

กรมการแพทย์ ดำเนินการเผยแพร่ความรู้เรื่องจริยธรรมข้าราชการพลเรือน และพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต พ.ศ.2552 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ทุกคนได้รับทราบ และถือปฏิบัติอย่างทั่วถึง ส่งเสริมให้มีค่านิยมที่ดีในการปฏิบัติหน้าที่แก่ประชาชน ให้ได้รับการบริการอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน

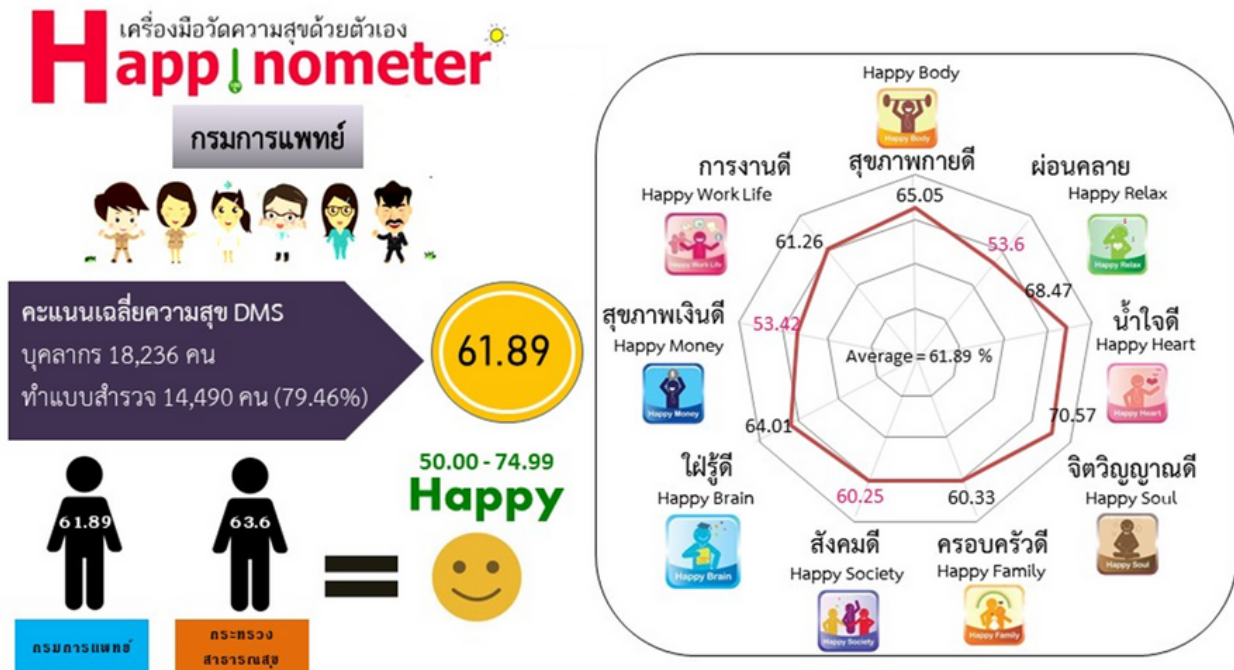
ทุกระดับ สร้างความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความโปร่งใส ละเว้น และไม่ทนต่อการกระทำอันเป็นการทุจริต ประพฤติมิชอบ รวมทั้งลดปัญหาจากข้อร้องเรียนของประชาชน ปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ร่วมงานซึ่งเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ อันเป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่ฝ่าฝืนประมวลจริยธรรม โดยมีผล

การประเมิน ITA ประจำปี พ.ศ. 2564 ในระดับ A (87.19 คะแนน)

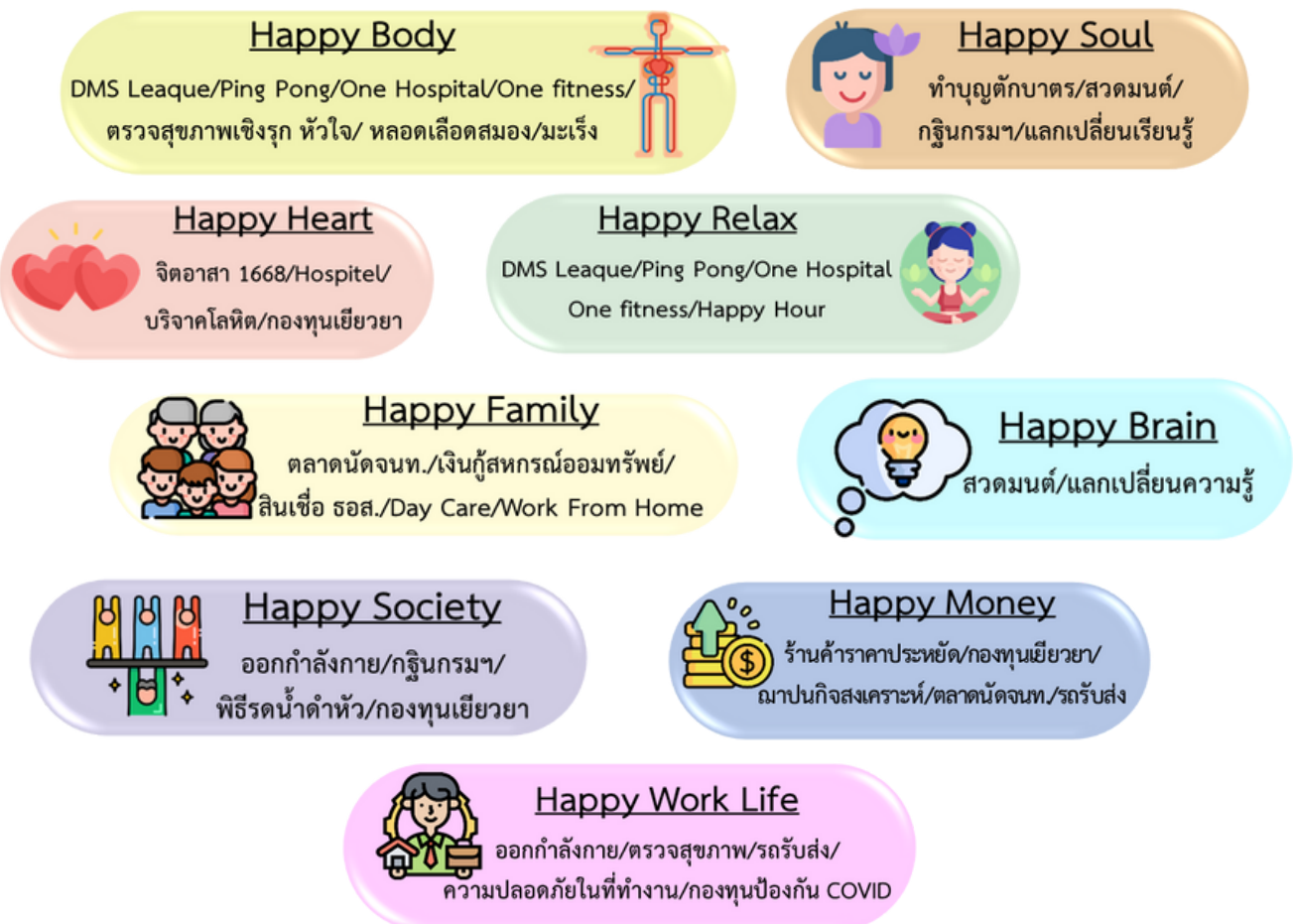


พัฒนาสมรรถนะและเสริมสร้างความสุขของบุคลากรกรมการแพทย์ (HR Transformation)

การพัฒนาศักยภาพความสุข (HAPPY MOPH DMS)



การดำเนินงานในปี 2564

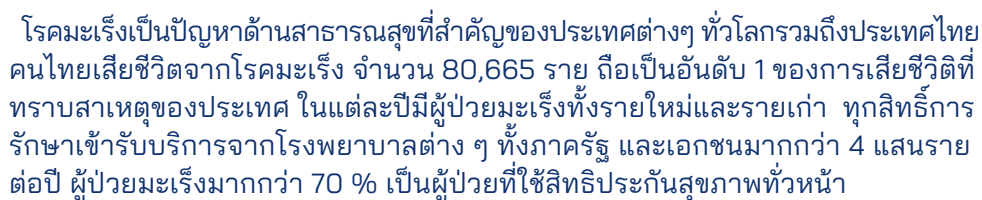


ผลการดำเนินงาน โครงการที่สำคัญ



A graphic illustration for a cancer awareness campaign. It features two men in business suits. The man on the left is positioned in front of a large, multi-story building with a sign that reads 'สำนักงานใหญ่' (Head Office). The man on the right is positioned in front of a city skyline that includes a hospital building with a red cross on its roof. The background is a light blue sky with stylized clouds. The text 'โครงการมะเร็งรักษาได้ทุกที่' is written in a large, bold, blue font, and 'ที่พร้อม [Cancer Anywhere]' is written in a slightly smaller, bold, blue font below it. The entire graphic is set against a background of a city skyline with various buildings and trees.

โครงการมะเร็งรักษาได้ทุกที่
ที่พร้อม [Cancer Anywhere]



66

การพัฒนารูปแบบและขยายผลการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : CBTx เพื่อรองรับแผนพัฒนาระบบบริการด้านยาเสพติด



การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx) เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาเชิงบูรณาการโดยเฉพาะต่อผู้ติดยาเสพติด และติดยาในชุมชน เพื่อให้เกิดการรักษอย่างต่อเนื่อง มีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งด้านสุขภาพ สังคมและการบริการอื่นๆ โดยชุมชนที่สามารถดำเนินการตามแนวทาง CBTx ได้ คือ หมู่บ้าน วัดหรือศาสนสถาน โรงเรียนหรือสถานศึกษา และสถานประกอบการหรือโรงงาน และเมืองค้ประกอบ 3 อย่าง ได้แก่ ชุมชน หน่วยบริการสาธารณสุข องค์กรพัฒนาสังคม เอกชน ภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย



จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในปัจจุบัน พบว่าผู้ติดยาและสารเสพติดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของภาครัฐเพียง 2 แสนคนต่อปีเท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังคงมีปัญหาผู้ติดยาเสพติดที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาได้ทั้งหมด จึงมีการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเน้นการเข้าถึงบริการ ลดความแออัด และเพิ่มความเสมอภาคในการเข้ารับบริการแบบไร้รอยต่อโดยครอบครัวและบุคคลในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ครอบคลุม 878 อำเภอ และ 50 เขต ในกรุงเทพมหานคร ชุมชนที่มีการบำบัดฟื้นฟูแบบมีส่วนร่วม 5,542 หมู่บ้าน/ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข ช่วยให้บุคคลสามารถลด ละ และเลิกยาเสพติดได้ รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ที่มีบริบทเหมาะสมกับประเทศไทยด้วย

การปฏิรูปการจัดบริการสุขภาพ แด่พระสงฆ์ทั่วประเทศ

โรงพยาบาลสงฆ์เป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวในประเทศไทยและในโลก ที่รัฐบาลได้จัดสร้างขึ้นเพื่อให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแด่พระภิกษุสามเณรอาพาธทั่วประเทศ เป็นการเฉพาะ เนื่องจากเมื่อพระสงฆ์อาพาธมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรต้องมีการดำเนินการที่สำคัญ คือ 1) อุบัติการณ์พระสงฆ์อาพาธที่เฝ้าต่อพระธรรมวินัย 2) การเข้าถึงบริการที่สะดวก และง่าย 3) ต้องมีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินสิทธิ

ซึ่งปัจจุบันพบว่าพระสงฆ์สามเณรมีประมาณ 250,000 รูป จำพรรษาที่วัดทั่วทุกภาคของประเทศไทย และเมื่อพระสงฆ์สามเณรอาพาธจะต้องไปรับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งสถานพยาบาลนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้มีไว้สำหรับบรรพชิตโดยเฉพาะ จึงต้องปะปนกับคฤหัสถ์ ผู้ให้การดูแลรักษาอาจปฏิบัติไม่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักพระธรรมวินัย โรงพยาบาลสงฆ์จึงมีแนวคิดพัฒนาการบริการ โดยการปฏิรูปการจัดการสุขภาพแด่พระสงฆ์ทั่วประเทศ ซึ่งมี 5 ประเด็นหลัก คือ

1. จัดทำหนังสือการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธภายใต้หลักพระธรรมวินัยแจกโรงพยาบาลที่มีตึกสงฆ์อาพาธ และหรือตึกที่รับพระสงฆ์สามเณรอาพาธแยกจากคฤหัสถ์ชัดเจนทั่วประเทศ ผลิต 1,000 เล่ม
2. จัดทำมาตรฐานการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธตามหลักพระธรรมวินัยแจกโรงพยาบาลที่มีตึกสงฆ์อาพาธ และหรือตึกที่รับพระสงฆ์สามเณรอาพาธแยกจากคฤหัสถ์ชัดเจนทั่วประเทศ ผลิต 1,000 เล่ม
3. ประชุมวิชาการประจำปีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธที่เฝ้าต่อพระธรรมวินัยเน้นแนวคิดพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบผสมผสานครอบคลุมทุกมิติอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care) นอกจากจะเป็นสิ่งที่ควรทำในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพมืออาชีพ ที่ใส่ใจผู้รับบริการแล้ว ยังเป็นสิ่งที่ควรทำในฐานะพุทธศาสนิกชน
4. เยี่ยมสำรวจเพื่อพัฒนาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการแพทย์สำหรับการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธที่เฝ้าต่อพระธรรมวินัย ในปี พ.ศ. 2564 สร้างเครือข่าย ร้อยละ 2.06 (เนื่องจากการแพร่ระบาดโควิด-19 ระลอก 2)

ปี พ.ศ.	โรงพยาบาล (N=97)	ร้อยละ	ผ่านการรับรอง	ร้อยละ
2562	23	23.71	23	100
2563	34	35.05	34	100
2564	2/38	2.06/39.18	2	2.06
รวม	59/38	60.82	59	60.82





5. สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการอุปฐากภิกษุอาหารใน 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ และสามารถเบิกได้ส่วนที่เกินสิทธิเป็นเงินตั้งต้นที่มอบให้เขตสุขภาพจำนวน 10,200,000 บาท ให้เขตสุขภาพที่มีพระสงฆ์จำนวนน้อย (S) เงิน 500,000 บาท ให้เขตสุขภาพที่มีพระสงฆ์จำนวนปานกลาง (M) เงิน 800,000 บาท และให้เขตสุขภาพที่มีพระสงฆ์จำนวนมาก เงิน 1,000,000 บาท โดยเป็นเงินบริจาคในการอุปฐากภิกษุอาหารทั่วประเทศ

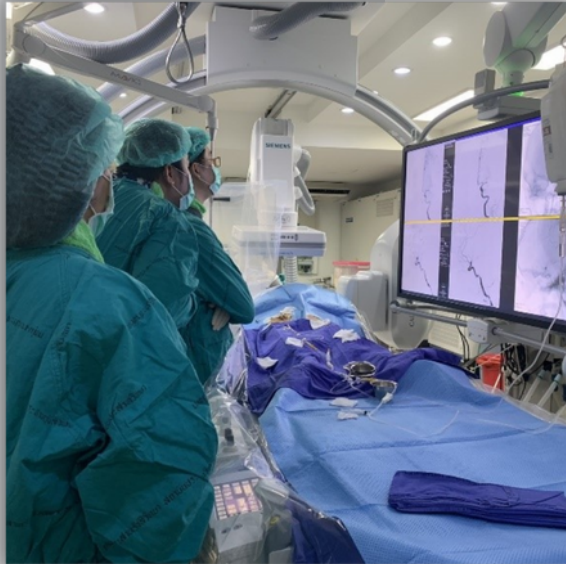
ขนาดเล็ก (S) (500,000 บาท)	ขนาดกลาง (M) (800,000 บาท)	ขนาดใหญ่ (L) (1,000,000 บาท)
1. เขตบริการสุขภาพที่ 2	1. เขตบริการสุขภาพที่ 5	1. เขตบริการสุขภาพที่ 1
2. เขตบริการสุขภาพที่ 3	2. เขตบริการสุขภาพที่ 6	2. เขตบริการสุขภาพที่ 4
3. เขตบริการสุขภาพที่ 11	3. เขตบริการสุขภาพที่ 8	3. เขตบริการสุขภาพที่ 7
4. เขตบริการสุขภาพที่ 12	4. เขตบริการสุขภาพที่ 10	4. เขตบริการสุขภาพที่ 9
-	-	5. เขตบริการสุขภาพที่ 13
(2,000,000.- บาท)	(3,200,000.- บาท)	(5,000,000.- บาท)

จากการดำเนินการปฏิรูปการจัดบริการสุขภาพแด่พระสงฆ์ทั่วประเทศ ส่งผลให้ประชาชนศรัทธาที่มาใช้บริการรู้สึกสบายใจ พึงพอใจ และประทับใจในการดูแลรักษาพยาบาลที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตักสงฆ์ที่สามารถเป็นต้นแบบ ได้แก่ ตักสงฆ์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ ตักสงฆ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น และโรงพยาบาลสงฆ์สวนดอก จ.เชียงใหม่ เป็นต้น มีโรงพยาบาลที่มีการจัดการสำหรับพระสงฆ์เป็นการเฉพาะที่ผ่านเกณฑ์การอุปฐากพระสงฆ์อาหารเพิ่มขึ้นใน 13 เขตสุขภาพ

โรงพยาบาลที่มีการจัดการสำหรับพระสงฆ์เป็นการเฉพาะที่ผ่านเกณฑ์การอุปฐากพระสงฆ์อาหาร

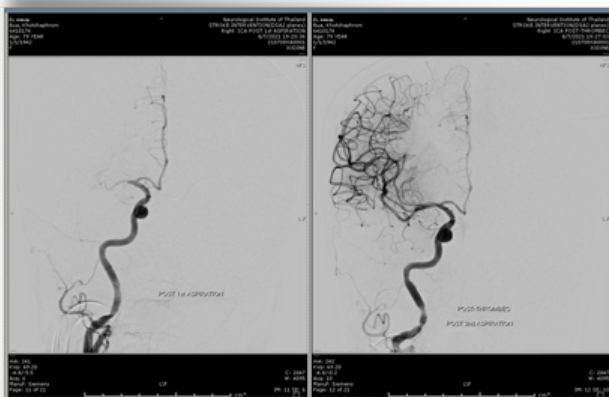


โรคหลอดเลือดสมอง รู้ เร็ว รอด ปลอดภัยทุกสิทธิสามารถเข้าถึง



สถาบันประสาทวิทยา โดยศูนย์ความเป็นเลิศโรคหลอดเลือดสมอง มุ่งหมายให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน ลดอัตราการตายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั่วประเทศ ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถรับบริการการให้ยาฉีดละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ทุกจังหวัดทั่วประเทศ แต่หากจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาด้วยการใส่สายสวนลากลิ้มเลือดนั้น ยังไม่สามารถครอบคลุมในทุกเขตสุขภาพ จึงได้เริ่มโครงการต้นแบบโดยร่วมกับเขตสุขภาพที่ 6 พัฒนาระบบเครือข่ายช่องทางพิเศษ เพื่อลดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนได้รับการรักษาถึงที่สุด แต่ยังมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้อุปกรณ์สายสวนหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยต้องชำระเองทำให้เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงและการเบิกจ่าย

สถาบันประสาทวิทยา จึงได้ยื่นขออนุมัติชุดสิทธิประโยชน์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเข้าถึงการรักษาโดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย ทำให้ประชาชนคนไทยทุกคนได้รับสิทธิการรักษาด้วยการใส่สายสวนลากลิ้มเลือดสมอง โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในขณะนี้ได้รับอนุมัติให้เบิกจ่ายได้แล้วในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และอยู่ระหว่างการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชุดใหญ่เพื่อให้ผู้ป่วยในประเทศไทยสามารถเบิกจ่ายค่าอุปกรณ์สายสวนลากลิ้มเลือด ซึ่งก่อนที่ชุดสิทธิประโยชน์สายสวนลากลิ้มเลือดสมองจะได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันประสาทวิทยาได้จัดทำ โครงการเพิ่มการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธี Thrombectomy เพื่อผู้ป่วยยากไร้ โดยดำเนินรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันด้วยสายสวนหลอดเลือดเพื่อผู้ป่วยยากไร้ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายไปแล้วทั้งสิ้นจำนวน 108 ราย และผลการรักษาที่ดีเป็นที่น่าพอใจ



ภาพฉีดสีเอกซเรย์หลอดเลือดสมองแสดงหลอดเลือด middle cerebral ด้านขวาอุดตันด้วยลิ่มเลือด (รูปซ้าย) หลังจากได้รับการรักษาด้วยสายสวนลากลิ้มเลือดสำเร็จ สามารถเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เลือดมาเลี้ยงสมองได้เป็นปกติ (รูปขวา) และภาพแสดงลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดสมองที่นำออกมาได้จากการรักษาด้วยอุปกรณ์สายสวนหลอดเลือดสมอง

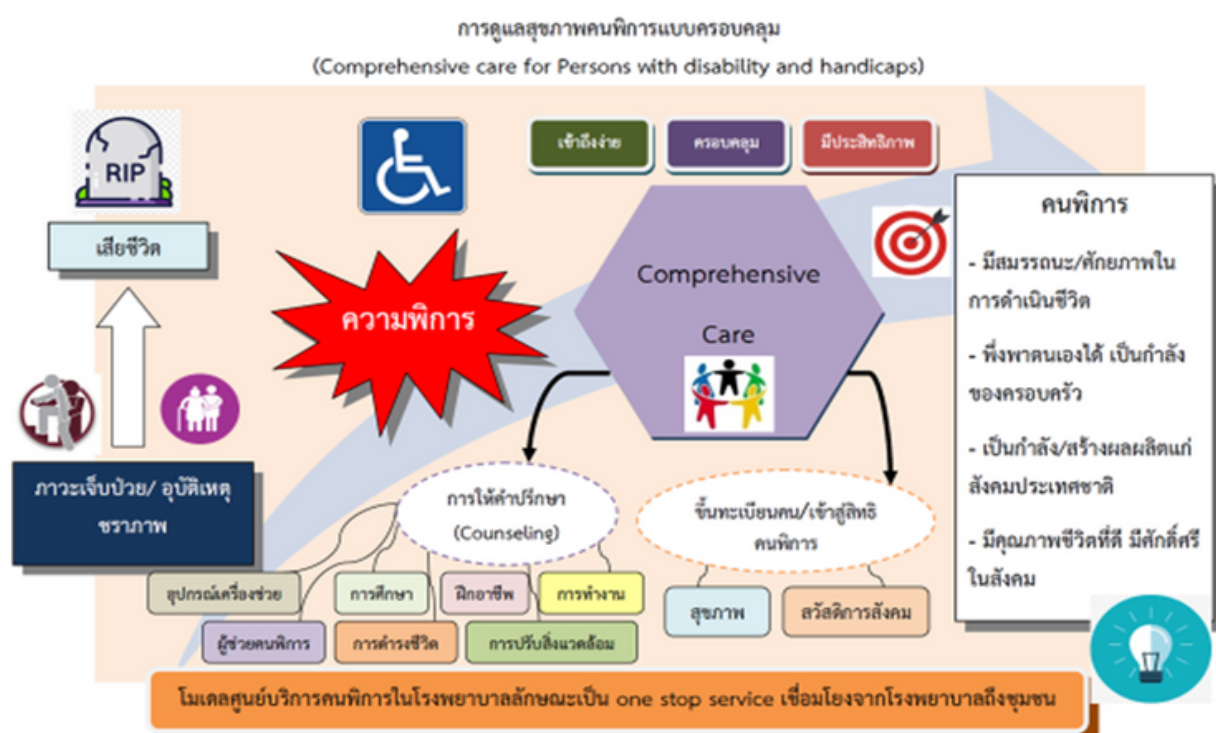
การจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ ในโรงพยาบาล [One Stop Service Center for Persons with disabilities]



กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในการดูแลสุขภาพคนพิการ ทั้งด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ได้มอบหมายให้ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ดำเนินการ “โครงการของขวัญ 2563 การดูแลสุขภาพคนพิการแบบครอบคลุม ด้วยการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล” เพื่อให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งรวมถึงสวัสดิการและความช่วยเหลือจากภาครัฐ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

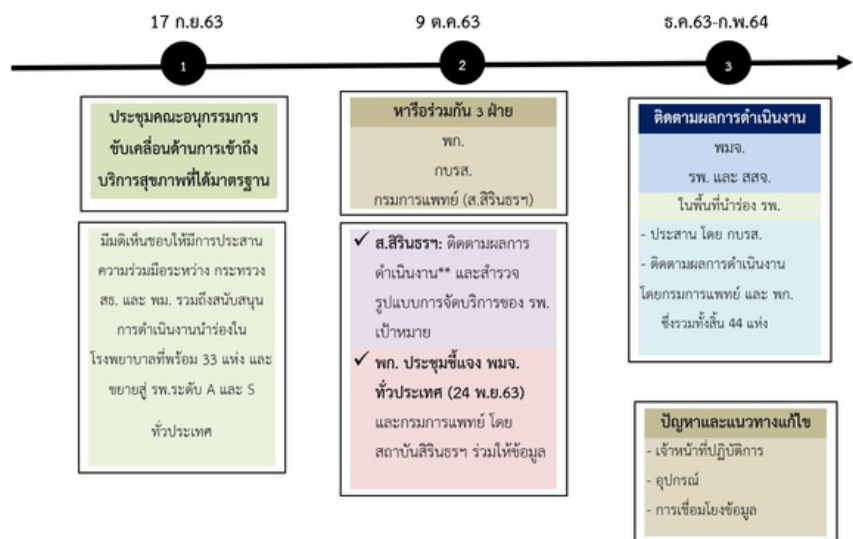
1. พัฒนาโมเดลศูนย์บริการคนพิการในโรงพยาบาลลักษณะเป็น One stop service
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้มีทักษะความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพคนพิการแบบองค์รวม
3. การสนับสนุนการบูรณาการของหน่วยงานภาครัฐด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม

โดย “ศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล: One Stop Service Center for Persons with disabilities” ให้บริการครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพ การประสานส่งต่อคนพิการเพื่อรับสวัสดิการสังคม เพื่อให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการของรัฐในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ อาทิ ตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ การออกเอกสารรับรองความพิการ การจดทะเบียนและออกบัตรประจำตัวคนพิการ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความพิการและการปรับตัว การประเมินและฝึกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การประสานส่งต่อด้านการศึกษา การฝึกอาชีพ การจัดหาผู้ช่วยเหลือคนพิการ การรับเบี้ยคนพิการ การกู้ยืมเงิน เป็นต้น ทั้งนี้ได้นำร่องการดำเนินงานที่โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นลำดับต่อมา ก่อนขับเคลื่อนไปยังโรงพยาบาลในภูมิภาค





เป้าหมายปีงบประมาณ 2563 – 2564 มีการจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A S ทุกแห่ง และ M1 ที่มีความพร้อม) จำนวน 91 แห่ง

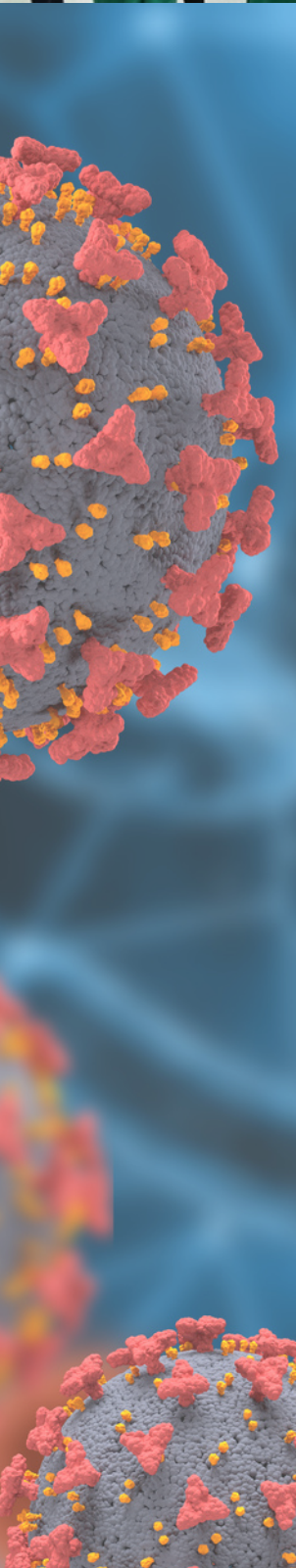


ผลการดำเนินงาน

- ดำเนินการนำร่องจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล ที่โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยองและโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
- ดำเนินการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล/สถาบันในสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ 1.โรงพยาบาลเลิดสิน 2.โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 3.โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) 4.สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีร่วมกับโรงพยาบาลราชวิถี และ 5. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
- ขยายสู่โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปใน 12 เขตสุขภาพ ดังนี้
 - ดำเนินการจัดตั้งแล้วเสร็จ จำนวน 28 แห่ง
 - อยู่ระหว่างดำเนินการจัดตั้ง จำนวน 18 แห่ง

การบริหารจัดการในสถานการณ์แพร่ระบาดของ โรคไวรัสโคโรนา **2019 (COVID-19)**





การระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส ทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น และส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเนื่องจากทรัพยากรมีไม่เพียงพอ บุคลากรมีจำนวนจำกัด จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ / มีอาการไม่มาก ต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรง / ผู้ติดเชื้อวิกฤตที่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ กรมการแพทย์ได้ตระหนักในส่วนนี้ และดำเนินการแก้ไขปัญหาโรค COVID-19 ตามภารกิจเพื่อไม่ให้เกิดระบบสาธารณสุขล่มสลาย โดยดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย อาทิ กรมต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยสมาคมวิชาชีพ มหาวิทยาลัย (UHosNet) เหล่าทัพ ภาคเอกชน ภาคประชาคม NGO กองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแยกผู้ไม่ติดเชื้อออกจากผู้ติดเชื้อ พัฒนาระบบการรองรับผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ควบคุมโรคและรักษาผู้ติดเชื้อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกรมการแพทย์ได้ดำเนินการ ดังนี้

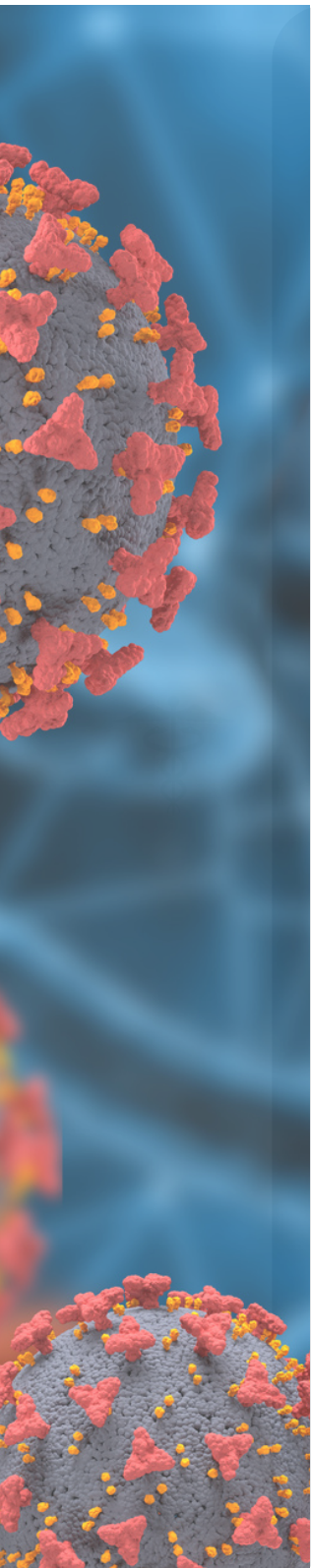
1. แยกผู้ไม่ติดเชื้อออกจากผู้ติดเชื้อ โดยการพัฒนารูปแบบคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (acute respiratory infection clinic; ARI clinic) เพื่อการควบคุมโรคและลดการแพร่กระจายเชื้อ
2. แยกผู้ติดเชื้อตามระดับความรุนแรงและให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม โดยจัดทำแนวปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข (ฉบับปัจจุบันปรับปรุงเป็นครั้งที่ 17) เพื่อให้สถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศได้ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน
3. จัดสถานบริการสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อที่มีความจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล กรมการแพทย์ได้คำนวณและทำนายสถานการณ์การขาดแคลนห้องไอซียูและเตียงรองรับผู้ติดเชื้อไว้ และได้พัฒนารูปแบบรวมถึงขยายหอผู้ป่วยโควิด-19 ได้แก่ ห้องไอซียูความดันลบ ห้องไอซียูโมดูลาร์ หอผู้ป่วยโควิดรวม (Cohort ward)
4. ลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่ยังไม่มีความจำเป็น เพื่อสำรองเตียงไว้รองรับผู้ติดเชื้อ

4.1 **ผู้ติดเชื้อโควิดที่มีอาการไม่รุนแรง** โดยพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลสนาม, หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospitel) โดยใช้โรงแรมเป็นหอผู้ป่วยแห่งแรกในโลก, ศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง (Nursing home) ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนได้เพิ่มหอผู้ป่วยเฉพาะกิจได้เป็นจำนวนมาก

4.2 **ผู้ติดเชื้อโควิดที่ไม่มีอาการ** โดยพัฒนารูปแบบ Home isolation (HI) และ Community isolation (CI) ซึ่งผู้ติดเชื้อจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเดียวกัน

4.3 **ผู้ติดเชื้อระหว่างรอเข้ารับการรักษา** โดยพัฒนารูปแบบศูนย์แรกรับ-ส่งต่อผู้ป่วยนิมิบุตร ศูนย์พักคอย เพื่อแยกผู้ป่วยออกจากบุคคลรอบข้าง เป็นการการแพร่กระจายเชื้อระหว่างรอเข้ารับการรักษา





5. กำหนดระยะเวลาการรักษาและจำหน่ายผู้ติดเชื้อให้กลับสู่ชุมชนอย่างปลอดภัย โดยจากศึกษาวิจัยพบว่าสามารถลดระยะเวลาจากการรักษาจาก 14 วันลงเหลือ 10 วัน และลดการแพร่กระจายเชื้อได้ภายใน 8 วัน
6. จัดหายาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดเชื้อ โดยการศึกษาวิจัยยา และร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้การวิจัยเป็นไปอย่างมีคุณภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
7. ส่งเสริมการสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดมาก กรมการแพทย์ได้พัฒนารูปแบบให้บริการฉีดวัคซีน COVID - 19 ณ ศูนย์ฉีดวัคซีนกลางบางซื่อ ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการเพื่อให้เกิดการสร้างภูมิคุ้มกันได้อย่างรวดเร็ว ณ ปัจจุบันให้บริการวัคซีนมากกว่า 2 ล้านโดส

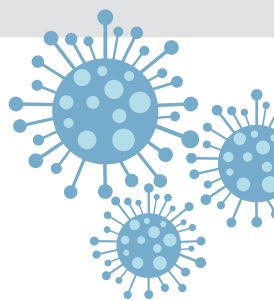
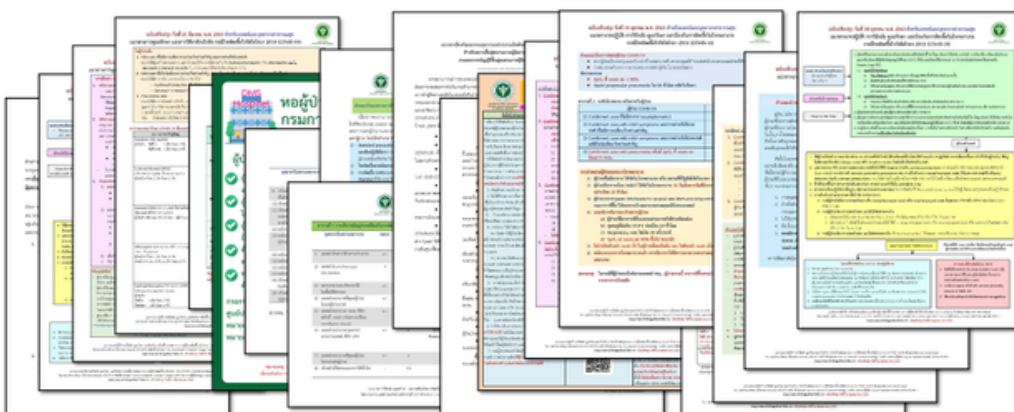
บทบาทของกรมในกระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ฝายกาย โดยมีการศึกษา วิจัยพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม การเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีคุณภาพ ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้านหรือในระดับตติยภูมิที่ยุ่งยากซับซ้อนอย่างได้มาตรฐาน มีสถานบริการสุขภาพเฉพาะโรคระดับตติยภูมิในสังกัดที่กระจายอยู่ในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และพื้นที่ทุกภาคของประเทศไทย เปิดให้บริการทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อรองรับการส่งต่อ ผู้ป่วยเฉพาะโรคระดับตติยภูมิจากสถานบริการสุขภาพทั้งภายในและภายนอกสังกัดกรมการแพทย์ โดยให้บริการการรักษาที่ ความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กำหนด โดยกรมการแพทย์ปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาล (Hospital - based) เป็นการดูแลรักษารายบุคคล (Personal - based) เพื่อให้ประชาชน เข้าถึงการดูแลรักษาอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care) ในสถานการณ์ต่าง ๆ

จากสถานการณ์ COVID - 19 กระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 : COVID - 19 อธิบดีกรมการแพทย์ได้รับมอบหมายให้เป็นประธานกลุ่มภารกิจปฏิบัติการด้านการจัดการเตียงและการรักษาพยาบาลและได้ดำเนินการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. วางนโยบาย ระบบ แนวทางและประสานการบริหารจัดการเตียงของโรงพยาบาลในหน่วยงานทุกสังกัดเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อ
- 2 .จัดทำแนวทางการรักษาพยาบาลและแนวทางอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. กำหนดมาตรการและแนวทางการจัดระบบบริการ รวมถึงการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ในการให้บริการอย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด

พัฒนา และจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล





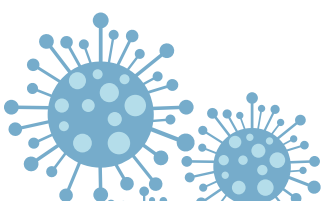
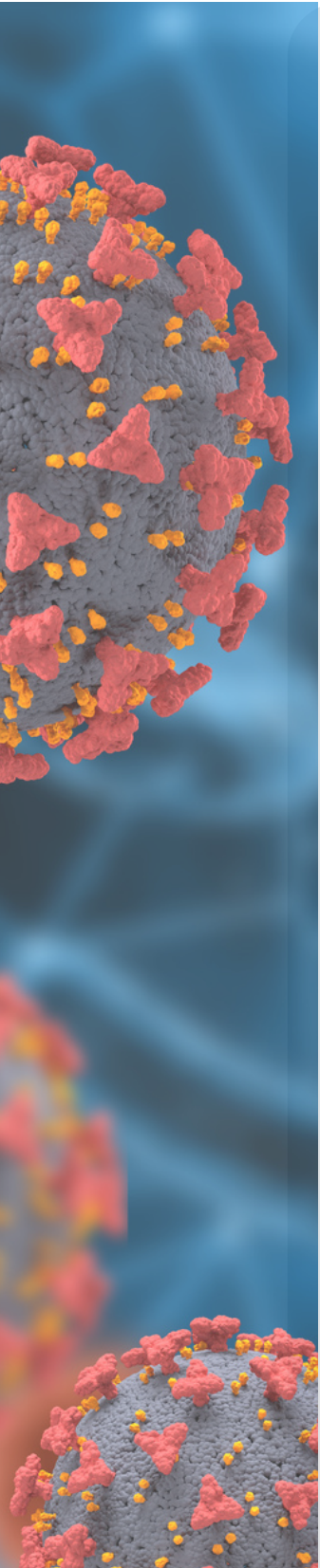
กรมการแพทย์ ได้รับการแต่งตั้งเป็นประธานคณะทำงานวิชาการด้านการบริหารจัดการศึกษาการให้บริการวัคซีน เพื่อให้คำแนะนำด้านวิชาการแก่คณะกรรมการอำนวยการบริหารจัดการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ผ่านการสังเคราะห์ข้อมูลวิชาการและกระบวนการการศึกษาวิจัย โดยจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการและการให้บริการวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพ

อนึ่ง ภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินของการแพร่ระบาด ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์ COVID - 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้แต่งตั้งอธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธานอนุกรรมการด้านการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยกรมการแพทย์มีหน้าที่ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาสถานการณ์ และกำหนดมาตรการและแนวทางปฏิบัติในการดูแล เคลื่อนย้าย ส่งต่อ รักษาผู้ป่วยในกรุงเทพและปริมณฑลตามแนวทางศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์ COVID - 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งกรมการแพทย์ได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงาน 3 คณะ ประกอบด้วยคณะทำงานรับส่งผู้ป่วย COVID - 19 ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล คณะทำงาน Home Isolation และ Community Isolation และคณะทำงานการจัดสรรเตียงผู้ป่วย COVID - 19 กรุงเทพมหานคร เพื่อดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมาย โดยส่งผลให้กรมการแพทย์สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหา COVID - 19 อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ในเชิงการเกิดภาวะฉุกเฉิน

กรมการแพทย์เป็นองค์กรที่พร้อมปรับตัว และตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที เนื่องจากกรมการแพทย์ได้วิเคราะห์ข้อมูลและคาดการณ์ล่วงหน้าตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตในทุกมิติ ที่เกี่ยวข้อง และกำหนดเป็นยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ อาทิ ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข แผนงานพัฒนาคุณภาพการรักษาทางการแพทย์ (The Best for the Most) ในประเด็นด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ได้แก่ โรคไข้หวัดนก โรคชิคุนกุนยา โรคซาร์ส ซึ่งกรมการแพทย์ มีการจัดระบบบริหารจัดการเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวมาแล้วเป็นอย่างดี เมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดของโรค COVID - 19 กรมการแพทย์ดำเนินการด้วยกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ (Adaptive strategy) โดยการวิเคราะห์ระบบนิเวศน์ของกรมการแพทย์ (DMS ecosystem) กำหนดหลักการดำเนินการให้ “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” ขับเคลื่อนด้วยการเรียนรู้และเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ ด้วยหลัก 3 F คือ

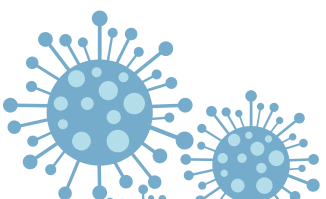
- 1. Focus:** กรมการแพทย์วางยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการเป็นกรมวิชาการ ปฏิบัติงานเพื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระบบสาธารณสุขของประเทศ (The Best for the Most) ผ่านการทำงานด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์
- 2. Flexible:** การวางแผนและนโยบายของกรมการแพทย์ในภาวะ VUCA world โดยวางแผนและดำเนินการในลักษณะที่ปรับเปลี่ยนได้ ใช้ปัญหาเป็นความท้าทาย ให้โอกาสทดลอง ยอมรับความผิดพลาดและพร้อมปรับแก้ไขอย่างรวดเร็ว
- 3. Frame:** ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เร่งด่วนและผันผวน เช่น สถานการณ์ COVID - 19 กรมการแพทย์ดำเนินงานโดยไม่ยึดเฉพาะภารกิจในด้านการรักษา แต่หาแนวทางที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาในภาพรวมภายใต้หลักวิชาการสนับสนุน



การดำเนินยุทธศาสตร์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน (การระบาดรุนแรงของโรค COVID - 19)

1. ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อการวางแผนและบริหารจัดการก่อนระบบสาธารณสุขล่มสลาย
2. สื่อสารทำความเข้าใจ เพื่อให้ประชาชนเกิดความเข้าใจ เกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการลดการแพร่กระจายโรค
3. ออกแบบและจัดการกระบวนการ เพื่อการบริหารจัดการในสถานการณ์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
4. คาดการณ์สถานการณ์ในอนาคต เพื่อการเตรียมความพร้อมรองรับในสถานการณ์ที่ทวีความรุนแรงขึ้น เช่น การพัฒนารูปแบบ Home hospital
5. วิจัยและกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนการบริหารจัดการทั้งในด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ และการควบคุมการแพร่กระจายของโรค
6. พัฒนาระบบและเทคโนโลยีรองรับการแพทย์วิถีใหม่ เพื่อผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

- 6.1 การพัฒนา Smart hospital เพื่อการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบดิจิทัล เพื่อเป็นการลดการสัมผัสและลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล
- 6.2 การพัฒนารูปแบบการบริหารทรัพยากรของสถานพยาบาลร่วมกัน (resource sharing) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาลต้องมีเตียงทุกคน
- 6.3 การพัฒนาระบบโรงพยาบาลเสมือนจริง (Virtual hospital) ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข



รางวัลและ ความภาคภูมิใจ



2564

รางวัลและความภาคภูมิใจ

กรมการแพทย์ ได้รับรางวัลเลิศรัฐประจำปี พ.ศ. 2564 จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) ซึ่งเป็นรางวัลที่มอบให้กับส่วนราชการที่มีผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการที่เป็นเลิศ โดยนายวิชณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรี เป็นประธานมอบรางวัล โดยกรมการแพทย์ได้รับรางวัลจำนวน 5 รางวัล ได้แก่



01

รางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ รางวัลยอดเยี่ยม ประเภทบูรณาการข้อมูลเพื่อการบริการประชาชน

ผลงานร่วมของกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง "การพัฒนาแพลตฟอร์มระบบนิเวศข้อมูลดิจิทัลแบบบูรณาการ"

02

รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ รายนาม

- : หมวด 2 ด้านการวางแผนยุทธศาสตร์และการสื่อสารเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ
- : หมวด 5 ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล

03

รางวัลบริการภาครัฐ ระดับดีเด่น ประเภทนวัตกรรมบริการ

ผลงานของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรื่อง "AI Chest 4 All (DMS-TU)
for Thai People"

04

รางวัลบริการภาครัฐ ระดับดี ประเภทพัฒนาการบริการ

: ผลงานของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เรื่อง "Innovative Foot Orthotic Clinic"
: ผลงานของโรงพยาบาลเลิดสิน เรื่อง "ดูแลด้วยใจ ห่วงใย ใส่ใจ โดยใช้เทคโนโลยี"



ผลงาน : การพัฒนาแพลตฟอร์มระบบนิเวศน์ข้อมูลดิจิทัลแบบบูรณาการ

ผลงานร่วมของกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข

ระบบนิเวศน์ข้อมูลดิจิทัล เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อบูรณาการข้อมูลที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการรับมือโรคและภัยสุขภาพและเป็นการสร้างระบบนิเวศน์ที่รองรับการสร้างและพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรมที่เอื้อต่อการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์โดยไม่ต้องขอ โดยที่ระบบดังกล่าวมุ่งเน้นการสนับสนุนข้อมูลการเกิดโรคตั้งแต่ 1) การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องสำหรับประชาชน 2) การคัดกรองการเดินทางและการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง (Screening and Monitoring) 3) การค้นหา ติดตามผู้สัมผัสและการสอบสวนโรค (Contact Tracing and Investigation) 4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) 5) การกักกันโรคและการแยกกักผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ (Quarantine Monitoring) 6) การวางแผนนโยบายและการบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ (Policy Making) ซึ่งระบบนี้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการเดิมจากต้นน้ำถึงปลายน้ำที่เสริมความเข้มแข็งของระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคทั้งด้านกระบวนการและคุณภาพของข้อมูล เครือข่ายความร่วมมือ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้วยเทคโนโลยี Big DATA และ Big DATA analytic ในการประมวลผลข้อมูลทั้งหมดออกมาอยู่ในภาพของ Data visualize และ GIS รวมเป็น Data Center ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ โดยร่วมกับหลายหน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม NECTEC DEPA AOT DGA กองทัพไทย GISTDA และสำนักงานตำรวจตรวจคนเข้าเมือง ซึ่งในการพัฒนาระบบดังกล่าวได้บูรณาการข้อมูลจากทุกหน่วยงาน อีกทั้งยังได้ร่วมกับภาคเอกชน โดยสมาคม Startup Thailand มาช่วยกันพัฒนาระบบเพื่อการตอบโต้และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเปิดเป็น API ให้ทุกหน่วยงานนำไปใช้ประโยชน์อย่างไม่จำกัด

ระบบดิจิทัลข้อมูลแบบบูรณาการเป็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน ได้การปรับปรุงกระบวนการทั้งกระบวนการทำงานของระบบราชการรวมถึงคุณภาพของบริการที่ประชาชนได้รับ ซึ่งส่งผลกระทบทางบวกทุกระดับ ที่มุ่งเน้นสร้างระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ตลอดจนการสร้างโอกาสให้หน่วยงานและประชาชนได้รับประโยชน์จากข้อมูลซึ่งเป็นผลผลิตจากการพัฒนาระบบนิเวศน์ข้อมูลดิจิทัล เริ่มจากข้อมูลการเดินทางเข้าออกประเทศ มีความสำคัญในการวางแผนการรับมือประชาชนที่เดินทางเข้าออกมีข้อมูลลงทะเบียนการจ้องสถานที่กักกันแห่งรัฐ และข้อมูลถูกเชื่อมโยงให้กับทีมเจ้าหน้าที่ภาครัฐเตรียมการรับมือกับจำนวนคนที่จะต้องเข้ารับการกักตัวอย่างแม่นยำ



สำหรับในส่วนประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เสี่ยง ระบบนิเวศข้อมูลดิจิทัลยังสามารถเข้าถึงข้อมูลของประชาชนผ่านกระบวนการจัดการข้อมูลด้วย Application และ แพลตฟอร์มที่ใช้งานง่าย เหมาะสมและเป็นประโยชน์โดยไม่ต้องกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเช่น ข้อมูลจาก Application ไทยชนะ ทำให้ผู้ประกอบการร้านค้า และบริษัทต่างๆ นำข้อมูลไปปรับปรุงกระบวนการให้บริการของตัวเองให้มีความปลอดภัยได้มาตรฐานในการป้องกันและควบคุม ในด้านบุคลากรในพื้นที่ เช่น หน่วยงานปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อทำกับติดตามผู้ป่วยที่รวดเร็วขึ้นจากเดิม ต้องมีการลงพื้นที่สอบสวน และสอบสวนประวัติการเดินทาง การสร้างระบบนิเวศนี้สามารถนำข้อมูลการเดินทางสร้างเป็น Timeline ให้ทีมสอบสวนโรคมีข้อมูลที่ถูกต้องในการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ นอกจากข้อมูลทั้งหมดยังสามารถวิเคราะห์ผลแบบเรียลไทม์ ลดขั้นตอนวิเคราะห์ รวมถึงใช้เทคโนโลยีที่เชื่อมต่อข้อมูลนำเสนอที่มีความน่าสนใจ และเป็นประโยชน์ในการวางแผนรับมือกับโรคและภัยสุขภาพได้ ส่วนของผู้ป่วยหรือผู้มีการสงสัยได้เข้าสู่ระบบตรวจวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว เนื่องจากระบบนิเวศข้อมูลดิจิทัลเชื่อมโยงข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาช่วยลดขั้นตอนการรายงาน และการส่งต่อข้อมูลจากการโทรประสานและติดตามเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อรักษาที่มีความรวดเร็ว จากการเกิดวิกฤตการณ์ COVID - 19 หน่วยงานภูมิภาค สามารถประสานส่งต่อผู้ป่วยได้ 6,245 ราย ลดการเสียชีวิต ส่งผลให้อัตราเสียชีวิตเพียง 1.28% นอกจากนี้ ในระดับประเทศยังสามารถนำข้อมูลไปกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานให้กับหน่วยงานระดับชาติจนเป็นมาตรการที่ดีที่สามารถควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ เช่น นำข้อมูลมาเชื่อมโยงสำหรับคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติ กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ดีมีความเหมาะสมแต่ละสถานการณ์โดยทำการเสนอผ่าน Dashboard ที่มีข้อมูลบูรณาการจากหลากหลายแหล่งข้อมูล และเสนอเผยแพร่ให้กับประชาชนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ผ่านกระบวนการจัดการข้อมูลที่มีมาตรฐาน ได้รับบริการข้อมูลที่รวดเร็ว ลดการใช้พลังงาน เอกสารกระดาษ ส่งผลต่อการลดต้นทุนบริการที่มีความคุ้มค่า ระบบนิเวศข้อมูลดิจิทัล อีกทั้งยังส่งผลกระทบในระดับชาติ ที่สามารถสร้างการแข่งขันด้านเทคโนโลยี และการจัดการที่ทรงประสิทธิภาพเนื่องจากข้อมูลดิจิทัลเป็นหนึ่งใน Megatrends ที่หลายประเทศทั่วโลกตื่นตัวที่จะส่งเสริมและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ จนส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคม สามารถเพิ่มประสิทธิภาพเข้าถึงข้อมูล ลดปัญหาความแออัดและความเหลื่อมล้ำในการให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้หากต่อยอดสู่งานวิจัย และพัฒนาระบบนี้ไปสู่การกำหนดนโยบาย และระเบียบของภาครัฐ อีกทั้งยังสามารถจะผลักดันให้ประเทศไทยมีความก้าวหน้า การวิเคราะห์ข้อมูลก้าวกระโดด เพราะจุดแข็งของประเทศไทย คือ มาตรการรักษาควบคุม การป้องกันโรค ซึ่งเห็นได้จากจำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจาก COVID – 19 ของไทยที่ต่ำกว่าหลายประเทศ จนทำให้ประเทศไทยได้รับการยกย่องเป็น 1 ใน 10 ประเทศ ที่มีความพร้อมในการบริหารจัดการกับโรคระบาดที่ดีที่สุดในโลก

ผลงาน : หมวด 2 ด้านการวางแผนยุทธศาสตร์ และการสื่อสารเพื่อนำสู่การปฏิบัติ

จากสภาพการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กรมการแพทย์ได้ปรับพันธกิจโดยการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ (Medical Innovation) และให้ความสำคัญในวางแผนยุทธศาสตร์และการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม (ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ Co - Creation) กับทุกภาคส่วน เพื่อยกระดับระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศ ลดความเหลื่อมล้ำของระบบบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน รวดเร็ว และทั่วถึงมากที่สุด รวมทั้งได้ประกาศนโยบายปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์จากเดิมที่เน้นให้บริการในโรงพยาบาลเป็นหลัก (Hospital Based Medical Service) ไปสู่การให้บริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Personal Based Medical Services) โดยการปรับระบบการดำเนินงานของกรมให้เป็นองค์กรภาครัฐที่เปิดกว้างให้ทุกภาคส่วนสามารถเข้าถึงระบบงาน (Open Platform) โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงานพัฒนากระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์และการสื่อสารเพื่อนำสู่การปฏิบัติจนเกิดผลงานที่เป็นเป็นรูปธรรม ลดอัตราการป่วย ตาย ด้วยโรคที่สำคัญของประเทศ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งดำเนินการแก้ไขปัญหาระบาดโรคโควิด-19 ตามภารกิจเพื่อไม่ให้เกิดระบบสาธารณสุขล่มสลาย

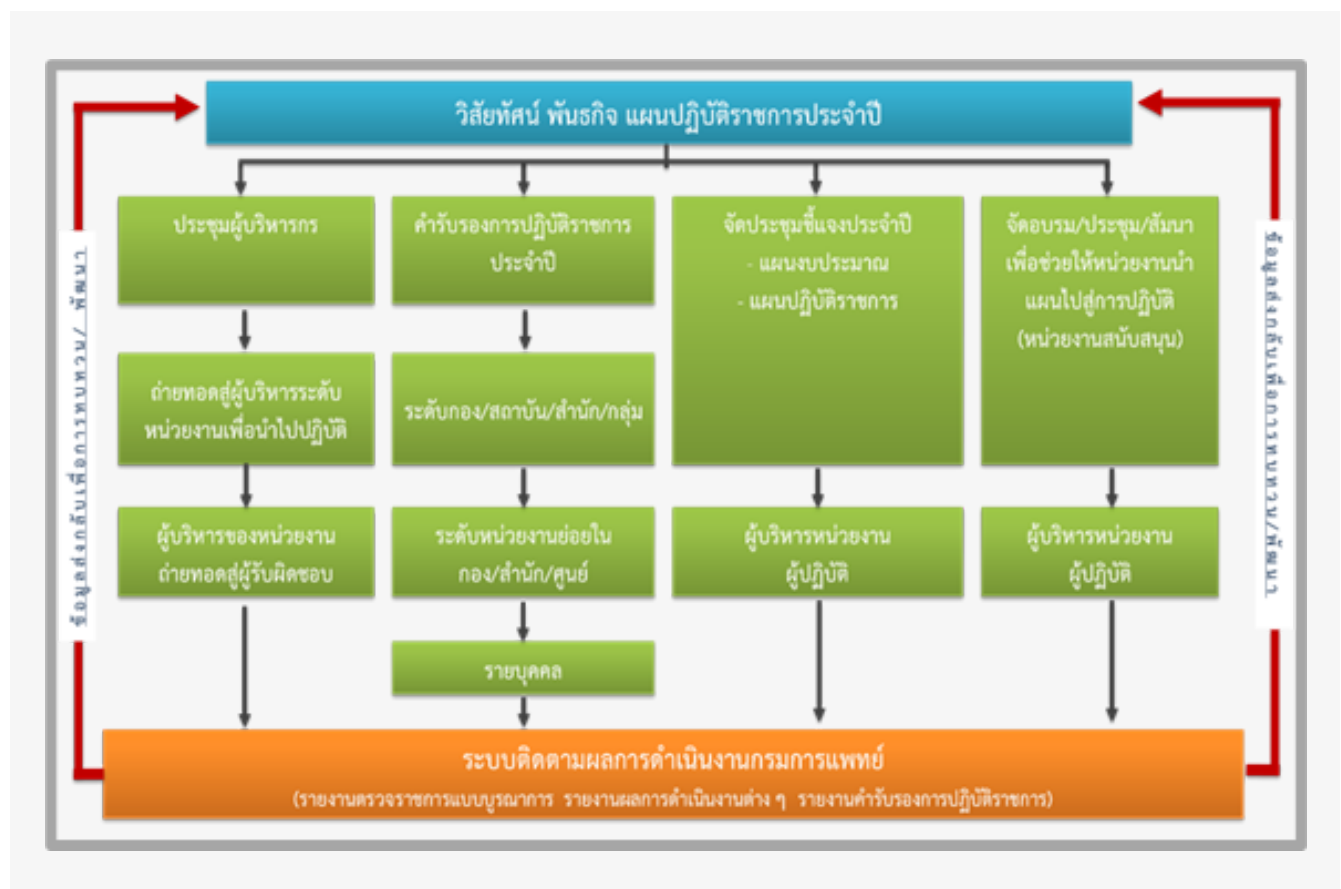
ร่วมคิด : การวางแผนยุทธศาสตร์ที่เน้นการมีส่วนร่วม [Co-creation]

กรมการแพทย์ได้มีการวิเคราะห์ยุทธศาสตร์อย่างครอบคลุมและสอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และนโยบายสำคัญที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เครื่องมือการบริหารจัดการที่หลากหลายได้แก่ SWOT Analysis, TOW, 7S's McKinsey PESTEL รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระบบการดำเนินงานของกรม (DMSecosystem) เพื่อการพยากรณ์ความคาดหวัง การเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ให้ความสำคัญกับการรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกกรมการแพทย์ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (World Cafe) ซึ่งเน้นให้ "ผู้เข้าร่วมทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความเห็น" ทำให้กรมการแพทย์มองเห็นความท้าทาย ความได้เปรียบ และโอกาสการพัฒนาอย่างครอบคลุม นำมาสู่การกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์ที่สามารถขับเคลื่อนองค์การให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพผ่านแผนปฏิรูปกรมการแพทย์ 4 ด้าน (DMS 4 Reforms) ได้แก่ Agenda Reform, Function Reform, Area Reform และ System Reform ซึ่งเป็นแผนกลยุทธ์การขับเคลื่อนการดำเนินงานของกรม เพื่อให้กรมบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ได้รวดเร็วและทันต่อเวลาที่ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ร่วมทำ : การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

กรมการแพทย์จัดทำแผนปฏิบัติราชการระยะยาว 5 ปี (พ.ศ. 2561 – 2565) และแผนปฏิบัติราชการประจำปี ประกอบด้วยแผนการใช้จ่ายงบประมาณ การกำหนดแผนงาน โครงการ และตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์ รวมทั้งการกำหนดค่าเป้าหมายและตัวชี้วัดงบประมาณรายจ่ายในแต่ละไตรมาส เพื่อให้สามารถสะท้อนความสำเร็จในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ระบบการถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติของกรมการแพทย์ ทั้งจากผู้บริหารกรมสู่ผู้บริหารหน่วยงาน และจากผู้บริหารหน่วยงานไปสู่บุคลากรระดับหัวหน้างาน และระดับปฏิบัติงาน ผ่านการเวทีการประชุม การอบรม/สัมมนา การจัดทำคำรับรองในการปฏิบัติงานที่สำคัญกับการขับเคลื่อนแผนฯ การนิเทศติดตามแบบบูรณาการและเชิงรุก รวมถึงการส่งกลับข้อมูลจากระบบติดตามผลไปสู่การทบทวน ปรับปรุง/พัฒนา นโยบายและแผนของกรมการแพทย์

ในส่วนของช่องทางการสื่อสารจะมีทั้งภายในกรม ภายในกระทรวง ผ่านเวทีการประชุมต่าง ภายนอกกระทรวง (เครือข่ายต่าง ๆ สื่อสารมวลชน และประชาชน) ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ ระบบดิจิทัล ตลอดจนการจัดทำเอกสารนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์กรมการแพทย์ ที่สำคัญเมื่อดำเนินการสื่อสารถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และยังมีแนวทางการติดตามประเมินผลในเบื้องต้น โดยได้ทำการสำรวจการรับรู้และการขับเคลื่อนแผนเป็นตัวอย่างของการติดตามผลการรับรู้ยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ ในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในสังกัด



ร่วมรับผิดชอบ : ระบบการติดตามและประเมินผล

กรมการแพทย์มีการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งภายในภายนอกสังกัดกรมการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ 1) การกำกับติดตามแผนปฏิบัติการประจำปี ซึ่งทุกหน่วยงานในสังกัดจะรายงานผลทันทีที่เสร็จสิ้นการดำเนินงาน 2) การติดตามและประเมินผลตัวชี้วัด ประกอบด้วย ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขที่กรมเป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบ ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ และตัวชี้วัดแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี 3) การประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ 4) การติดตามและประเมินผล ความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์ (Enterprise Risk Management :ERM) ตามแนวทางของ COSO ทั้งนี้ ข้อมูลในเรื่องต่างๆจะถูกส่งเข้าสู่ฐานข้อมูล ยกตัวอย่างเช่น ระบบ PBMS ระบบ DMS Health KPI และระบบ E-PA โดยข้อมูลต่างๆจะถูกนำไปวิเคราะห์จัดทำเป็นสารสนเทศเสนอต่อผู้บริหารกรมการแพทย์ ทั้งนี้ผู้บริหารกรมการแพทย์จะมีการประชุมเพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานที่เป็นนโยบายสำคัญ เดือนละ 2 ครั้ง คือ การประชุม “Thursday Meeting” ทุกวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน และการประชุมกรมการแพทย์ “DMS Conference” ทุกสัปดาห์แรกของเดือน เพื่อร่วมกันพิจารณาตัดสินใจให้คำแนะนำเป็นแนวทาง ในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้มีการนิเทศและตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลและสถาบัน ณ พื้นที่ปฏิบัติงาน เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่



ร่วมด้วยช่วยกัน : กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ (Adaptive Strategy)

กรมการแพทย์เป็นองค์กรที่พร้อมรับ ปรับตัว และตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างทันที่ด้วยกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ (Adaptive strategy) โดยการวิเคราะห์ระบบนิเวศของกรมการแพทย์ (DMS ecosystem) ที่มี “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” และประสานความร่วมมือกับเครือข่ายด้านวิชาการและบริการทางการแพทย์ องค์กรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ขับเคลื่อนด้วยการเรียนรู้และเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ ด้วยหลัก 3 F คือ Focus : กรมการแพทย์วางยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการเป็นกรมวิชาการ ปฏิบัติงานเพื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระบบสาธารณสุขของประเทศ ผ่านการทำงานด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ Flexible: การวางแผนและนโยบายของกรมการแพทย์ในภาวะ VUCA world โดยวางแผนและดำเนินการในลักษณะที่ปรับเปลี่ยน ได้ใช้ปัญหาเป็นความท้าทาย ให้โอกาสทดลองยอมรับความผิดพลาดและพร้อมปรับแก้ไขอย่างรวดเร็ว และ Frame ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เร่งด่วนและผันผวน เช่น สถานการณ์ COVID -19 กรมการแพทย์ดำเนินงานโดยไม่ยึดเฉพาะภารกิจในด้านการรักษา หากแต่หาแนวทางที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหามหาพรหมภายใต้หลักวิชาการ สนับสนุน และ 6 ขั้นตอน การดำเนินกลยุทธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ตามรูปด้านล่าง



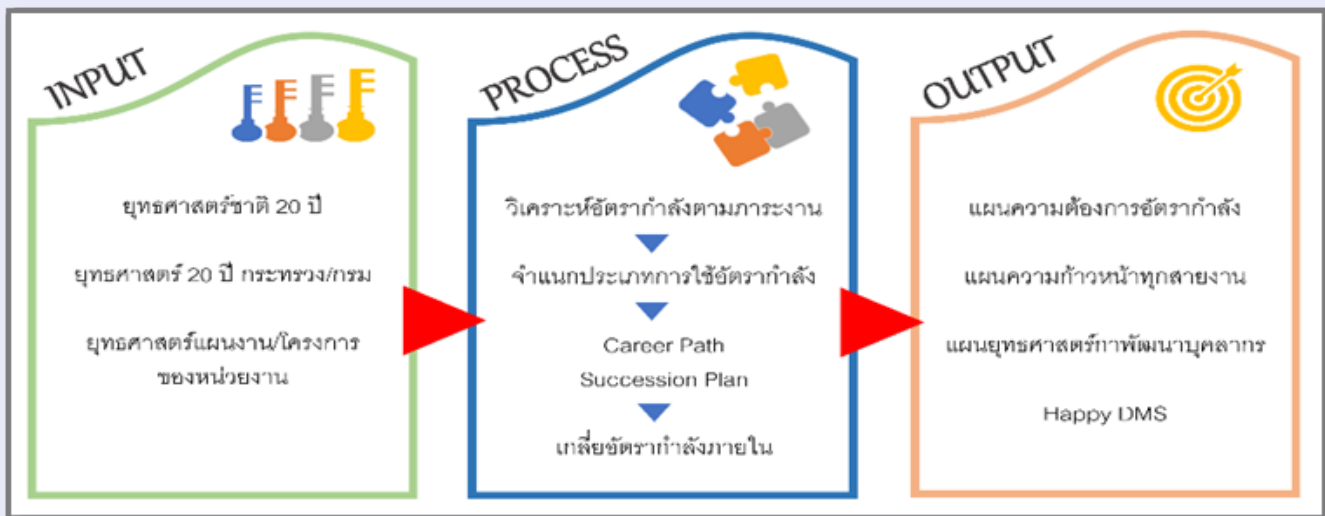
ผลงาน : หมวด 5 ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล



ในขณะที่กรมการแพทย์ต้องเผชิญความท้าทายเนื่องจากปัญหาสุขภาพที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดในทุกมิติ อีกทั้งยังมีความท้าทายภายในที่ต้องเผชิญ คือ การสูญเสียอัตรากำลังจากการเกษียณอายุราชการ และมีกำลังคน Gen Y เป็นกำลังคนใหม่ เพื่อดึงศักยภาพคนรุ่นใหม่เข้ามาทำงานที่ท้าทาย และให้ความสำคัญกับบุคลากรในการทำงานอย่างโปร่งใส สร้างขวัญกำลังใจ สร้างผลงานที่มีคุณค่า เพื่อให้เกิดความผูกพันกับองค์กร ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคล มุ่งเน้นนำศักยภาพของบุคลากรมาสร้างคุณประโยชน์ และส่งมอบคุณค่าแก่ประชาชน โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ ตลอดจนพันธกิจ และยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ โดยใช้แผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลกรมการแพทย์ (HR Scorecard)

นำไปสู่เป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาคน “คนดี คนเก่ง มีความสุข มุ่งสู่ SMART HR FOR DMS 4.0”

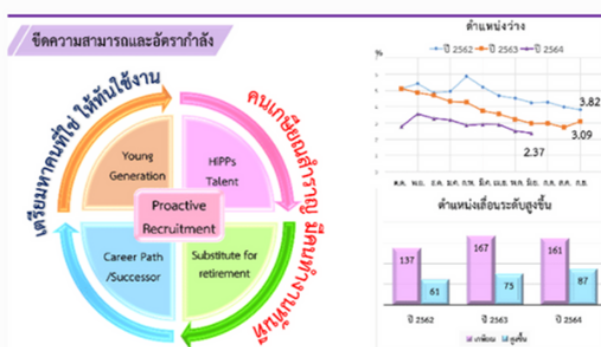
ขีดความสามารถและอัตรากำลัง



ประเมินขีดความสามารถและอัตรากำลัง วิเคราะห์จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนยุทธศาสตร์กระทรวง สาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ และยุทธศาสตร์แผนงาน/โครงการของหน่วยงานในสังกัด วิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศ ดัชนีทางสุขภาพ ภาวะโรค (Burden of Disease: BOD) ตัวชี้วัดความสูญเสียทางสุขภาพของประชากร และยังครอบคลุมทั้งความสูญเสียจากการตาย การเจ็บป่วย และความพิการเพื่อวางแผนอัตรากำลังทั้งปริมาณและสมรรถนะโดยพิจารณาจากกระบวนการ และเวลาที่ใช้ Full Time Equivalent (FTE) ในการวิเคราะห์ภาระงาน ความต้องการอัตรากำลังสายงานต่าง ๆ ตามเกณฑ์การคำนวณด้วยเทคนิคการวัดงาน (Work Measurement Technique) คำนวณจากปริมาณงานในปัจจุบัน ต่อเวลาการทำงานมาตรฐานต่อคนต่อปีคิดวันทำงาน 230 วัน วันละ 7 ชั่วโมง นำมาจัดทำแผนอัตรากำลังระยะ 5 ปี (ปัจจุบัน พ.ศ. 2563 - 2567) เพื่อจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน โครงสร้าง หน้าที่ และอำนาจตามกฎหมายกระทรวง นำไปสู่ผลลัพธ์แผนความต้องการอัตรากำลังแผนความก้าวหน้า แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากร และแผนการสร้างสุข (Happy DMS)

"จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน โครงสร้าง หน้าที่ และอำนาจตามกฎหมายกระทรวง"

การสรรหาเชิงรุก : เตรียมหาคนที่ใช่ ให้ทันใช้งาน



พัฒนากระบวนการสรรหาบุคลากร โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ เพื่อพัฒนาระบบขั้นตอนการทำงานต่างๆให้กระชับและเป็นไปตามที่สำนักงาน ก.พ.กำหนด ปรับปรุงการรับสมัครผ่านอินเทอร์เน็ต เข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา ลดขั้นตอน ลดต้นทุน ลดภาระงาน รองรับปริมาณของผู้สมัครจำนวนมากขึ้น ในสถานการณ์ COVID - 19 กรมการแพทย์ Re-Design Job โดยการสัมภาษณ์ผ่านระบบ Video Conference สามารถบรรจุบุคคลเข้ารับราชการได้จำนวน 1,446 คน ภายใต้แนวคิด "เตรียมหาคนที่ใช่ ให้ทันใช้งาน" วางแผนทดแทนอัตรากำลัง เนื่องจากการเกษียณอายุราชการล่วงหน้า 10 ปี ตัวอย่างเช่น สายงานผู้อำนวยการจะมีคนเกษียณ ได้เตรียมการหาคนที่มีคุณสมบัติ มีความสนใจมารวบรวมในตระกร้า โดยนำมาพัฒนาทั้งด้าน Technical Skill และ Soft Skill มอบภารกิจที่สำคัญตามเส้นทาง Career Path ภายใต้แนวคิด "คนเกษียณสำคัญ มีคนทำงานแทนทันที" ทั้งนี้ ทุกสายวิชาชีพที่สมัครจะต้องผ่านการสัมภาษณ์จากคณะกรรมการ ด้วยข้อคำถามด้านความสามารถ สมรรถนะเฉพาะตำแหน่ง และพฤติกรรมที่สะท้อนค่านิยมของกรมการแพทย์ MOPHDMS เป็นสำคัญ เพื่อกรมจะได้คนดี คนเก่ง มีทัศนคติและค่านิยมตรง MOPHDMS ให้มากที่สุด



HR Strategy

HR Re-Design

2549 - 2555
1



2556 - 2560
2



2561 - 2565
3



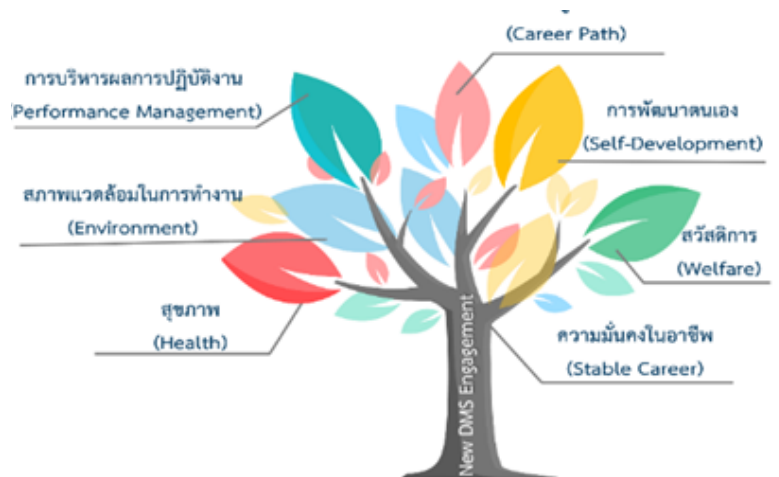
- Competency
- Restructure
- Workforce analysis
- PMS

- Reset mindset
- DMS core value
- Talent Management
- Career path

- DMS culture
- HR digital
- Engagement

การปรับเปลี่ยน วัฒนธรรมการทำงานใหม่ (DMS CO-CREATION)

จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร จัดทำหลักสูตรฝึกอบรม และจัดประชุมสัมมนา (Online/Offline) ให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะหัวข้อที่เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับมีความพร้อมเพเชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างยืดหยุ่นและคล่องตัวสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญของกรมและจัดโครงสร้างใหม่ วางระบบและวิธีการทำงานใหม่ ได้ส่งผลกระทบต่อบุคลากรโดยตรง ทำให้ผู้บริหารต้องทำการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจกับบุคลากร ให้เห็นประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนระบบการทำงาน และการพัฒนาสมรรถนะตนเองไปพร้อมกัน โดยผู้บริหารจะทำการสื่อสารที่เน้นสร้างความผูกพัน และปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Reset Mindset) ด้วยวิธีการเปิดใจ (Open Mind) ในทุกหลักสูตรการพัฒนาของกรม ส่งผลให้บุคลากรมีความเข้าใจในทิศทางที่เปลี่ยนไป รวมทั้งมีความผูกพันกับกรมมากยิ่งขึ้น





การประเมินความผูกพัน : NEW DMS ENGAGEMENT TOOL

พัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจาก 1) วัดความผูกพันและการรับรู้นโยบายของส่วนราชการ (สำนักงาน ก.พ.) 2) ทฤษฎีมาสโลว์(เพื่อวัดลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์) 3) Emometer (เครื่องมือวัดการอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากร)และ4) Happinometer (เครื่องมือวัดความสุขที่บุคคล) เครื่องมือนี้เรียกว่า “New DMS Engagement Tool” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความผูกพันของบุคลากรทุกระดับและทุก Generation ที่มีต่อองค์กร โดยทดสอบความตรงและความเที่ยง และมีการนำไปใช้ในทางปฏิบัติแล้ว New DMS Engagement Tool ด้วย 7 องค์ประกอบ โดยการวัดด้วยข้อคำถามรวม 38 ข้อ ใน 7 ด้าน เป็น Likert scale โดยให้คะแนน 5 ระดับ (ระดับต่ำสุดเป็น 1 และระดับสูงสุดเป็น 5)

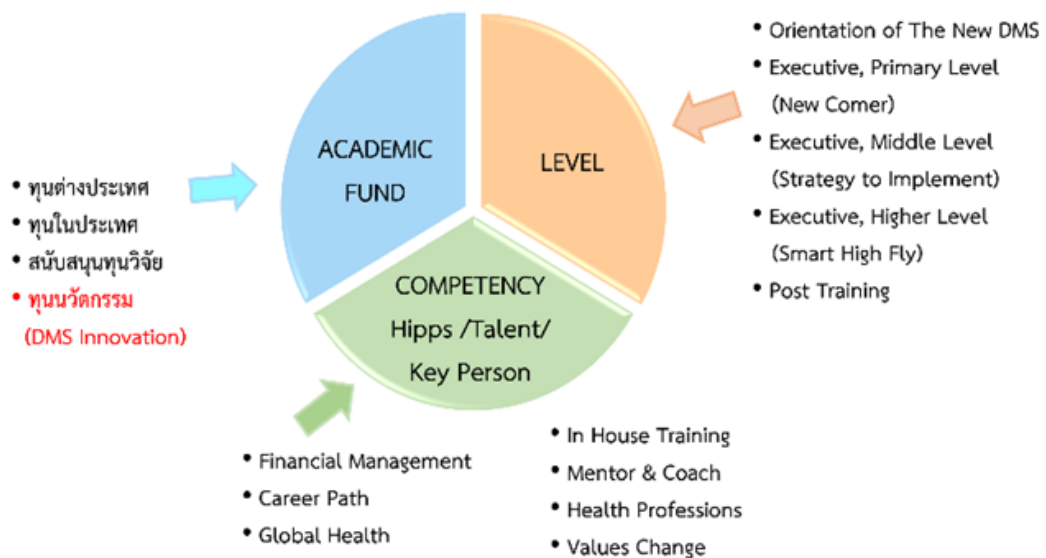
การประเมินผลการปฏิบัติงาน : เงินเดือนติดล้อ ไม่ต้องรอตกเบิก

กรมการแพทย์มีระบบการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการตั้งแต่กรม หน่วยงาน กลุ่มงาน และรายบุคคลบุคคล โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ท้าทาย วัดได้ และมุ่งผลสัมฤทธิ์ ซึ่งเป็นการตกลงกันไว้ล่วงหน้าระหว่างผู้บังคับบัญชากับบุคลากร มีการพิจารณาตามระดับความสำเร็จ รวมถึงพฤติกรรม และวิธีการทำงานมาประกอบด้วย โดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในการประเมินผล เรียกว่าระบบคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์ (e-PA) และได้นำผลการประเมินไปใช้ในการเลื่อนเงินเดือนค่าจ้าง รวมทั้งการนำไปสู่การให้รางวัล และสิ่งจูงใจที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงินได้ลดขั้นตอนกระบวนการเลื่อนเงินเดือนของข้าราชการ โดยที่กรมมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วย จาก 100 วัน เหลือระยะ เวลาเพียง 66 วัน



ระบบการเรียนรู้และการพัฒนา : RESET MINDSET FOR LIFELONG LEARNING

กรมการแพทย์มีระบบการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากรกรมการแพทย์เริ่มจากกระบวนการนำของผู้บริหารกรมการแพทย์ ที่เน้นการสร้างความรู้ความผูกพัน ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนา สนับสนุนการเรียนรู้ของบุคลากรในหลากหลายรูปแบบ การคิด เชิงวิเคราะห์ (Critical Thinking) ระดมความคิดเห็น (Brain Storm) ระบบพี่เลี้ยง (Coaching & Mentoring System) เรียนรู้จากประสบการณ์ผู้บริหาร (Experience) และเรียนรู้จากปัญหา สถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Problem Solving) ทั้งนี้ เพื่อรองรับนโยบายปฏิรูปกรมการแพทย์ (DMS Reform) ได้แบ่งสัดส่วนการพัฒนา 3 ส่วน คือ



ส่วนที่ 2

- พัฒนาตามสมรรถนะเฉพาะ สำหรับการปฏิบัติงาน (Competency/ HiPPs/ Talent/ Key Person)

ส่วนที่ 1

- พัฒนาตามระดับ (Level)

ส่วนที่ 3

- ทุนศึกษาและอบรม (Scholarship)



(DMS-TU)FOR THAI PEOPLE

เจ้าของผลงาน แพทย์หญิงน้ำทิพย์ หมั่นพลศรี
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

เป้าหมายชุด “วิสัยทัศน์กว้างไกล” ของผู้นำองค์กร มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการปรับกระบวนการทำงานที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงแบบ Disruption ของโลกปัจจุบัน น.พ.อัสระ เจียวิริยบุญญา อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีได้ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผลกระทบของการก้าวล้ำทางด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และความเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของโลก โดยก่อให้เกิดแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีที่ล้ำสมัย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการทางด้านสุขภาพ ด้วยการผสมผสานระหว่างความรู้ด้านวิศวกรรมปัญญาประดิษฐ์เข้ากับความรู้ทางด้านการแพทย์ ภายใต้โครงการ “การแปลผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยปัญญาประดิษฐ์(Artificial Intelligence for Chest Diagnostic Radiology)” การดำเนินโครงการในครั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีมอบหมายให้พญ.น้ำทิพย์ หมั่นพลศรี รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นหัวหน้าโครงการโดยความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์แห่งความเป็นเลิศวิชาการด้านสารสนเทศอัจฉริยะเทคโนโลยีเสียงพูดและภาษา และนวัตกรรมทางด้านบริการ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ภาควิชาวิศวกรรมไฟฟ้าและคอมพิวเตอร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผลจากการพัฒนาในครั้งนี้ทำให้เกิดนวัตกรรม “AI Chest 4 All (DMS-TU) for Thai people” ซึ่งมีหลักการทำงานที่ใช้การเรียนรู้เชิงลึก (Deep learning: DL) เป็นการสร้างแบบจำลองการคำนวณที่มีการประมวลผลหลายชั้น (multiple processing layers) ที่สามารถเรียนรู้รูปแบบข้อมูลในแต่ละชั้นที่แสดงออก วิธีการเหล่านี้เป็นเทคโนโลยี ที่ล้ำสมัย และยังไม่เคยนำมาใช้ในหน่วยงานของกรมการแพทย์มาก่อน นวัตกรรม “AI Chest 4 All (DMS-TU) for Thai people” มีความสามารถในการแยกโรคใน 6 กลุ่มโรค ได้แก่ No finding, Suspected active pulmonary TB, Suspected lung malignancy, Abnormal heart and great vessels, Intra thoracic abnormality, Extra thoracic abnormality มีค่าความแม่นยำอยู่ในช่วงร้อยละ 80.10–97.96 นวัตกรรมนี้ได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับประชาชนทุกภูมิภาคของประเทศไทย และยังคงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้สูงขึ้น



"โรงพยาบาลเลิดสินได้พัฒนาการบริการในรูปแบบ Lerdsin one stop service และบูรณาการแบบองค์รวม โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง"

**ผลงาน : ดูแลด้วยใจ
ห่วงใย โดยใช้เทคโนโลยี**

เจ้าของผลงาน
นายพิพัฒน์นันท์ ทาริ
โรงพยาบาลเลิดสิน

ในปี พ.ศ. 2561 ห้องตรวจ 502 และให้คำปรึกษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสินได้พัฒนาการบริการในรูปแบบ Lerdsin one stop service และบูรณาการแบบองค์รวม โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อแก้ไขปัญหาข้อจำกัดการให้บริการผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอดส์ และการทำแบบสอบถามเพื่อการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ โดยมีเป้าหมายเพิ่มการเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว ลดการขาดยา ผู้ป่วยเพิ่มคุณค่าในตัวเอง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ครอบครัวไม่ทอดทิ้งและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา สามารถกลับไปประกอบอาชีพเพื่อดูแลตนเอง และครอบครัวได้

ในการพัฒนาระบบบริการได้ดำเนินการคัดกรองและแจ้งผลตรวจเพื่อรับยาต้านไวรัสเอชไอวีเร็วให้กับผู้ติดเชื้อ รายใหม่ตามเป้าหมาย 95-95-95 การพัฒนาระบบ Fast track ผู้ป่วยเอชไอวี การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ การพบแพทย์ทาง Telemedicine การส่งยาทางไปรษณีย์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ การให้คำปรึกษาผ่าน Line official และ Facebook page การควบคุมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับกรมควบคุมโรค การเยี่ยมบ้าน และติดตามการรักษา การประสานงานส่งต่อผู้ติดเชื้อ การประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการร่วมกับองค์กร และมูลนิธิเอกชน โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน โครงการส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษาที่โรงพยาบาลกรณีตรวจพบจากองค์กรเอกชนหน่วยบริการนำร่อง โครงการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ผลตรวจเป็นลบ รวมถึงการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการบริการ

ผลการดำเนินการ พบว่า อัตราการขาดนัดลดลงในปี 2560- 2563 คิดเป็นร้อยละ 10,7,6 และ 2.3 ตามลำดับ ในปี 2562-2564 อัตราการดื้อยาของผู้รับบริการลดลง คิดเป็นร้อยละ 2.8, 2.14 และ 0.7 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับบริการต่อ 1 คนเฉลี่ยลดลง เท่ากับ 122, 94 และ 56 นาทีตามลำดับ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 87.75, 94.84 และ 98.67 ตามลำดับ และหน่วยงานได้รับการยกย่องระดับเป็น Above site ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการเอชไอวี รวมทั้งเป็นหน่วยงานตัวอย่างในการศึกษาจากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกรมควบคุมโรคโดยหน่วยงานได้มีการขยายผลรูปแบบการบริการที่คลินิกรักษาผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค และวางแผนที่จะขยายผลที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเครือข่ายคลินิกของโรงพยาบาลต่อไป

"คลินิกสุขภาพเท้า สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหา สุขภาพเท้า ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน"

ผลงาน : INNOVATIVE FOOT ORTHOTIC CLINIC

เจ้าของผลงาน
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์แห่งชาติ

คลินิกสุขภาพเท้า สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพเท้า ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันจากเล็กน้อยไปจนถึงการส่งผลให้เกิดความพิการ และจากปัญหาที่ผู้ป่วยต้องรอคิวในการทำอุปกรณ์ค่อนข้างนาน เนื่องจากจำนวนผู้เข้ารับบริการค่อนข้างมาก และต้องเดินทางมาเข้าคิวรับบริการไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง จึงมีแนวคิดในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการให้บริการด้วยการลดขั้นตอนในการบริการ ลดระยะเวลาการรอคอย และนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมีความแตกต่างหลากหลายของตัววัสดุอุปกรณ์มาให้บริการครอบคลุมทุกโรคเท้า โดยที่มีการตรวจสอบคุณภาพของอุปกรณ์และการให้บริการโดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ รวมทั้งมีการปรับปรุงสถานที่ให้สวยงาม สะดวกสบายทำให้รองรับบริการได้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วทันสมัยได้มาตรฐานการบริการในระดับสากล นอกจากนี้ได้มีการอบรมและถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเท้า บุคลากรทางการแพทย์ผู้สนใจ นักศึกษาในมหาวิทยาลัยและนักศึกษาที่ได้มาฝึกงานภาคปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เข้ามาศึกษาดูงานอย่างต่อเนื่อง จากการพัฒนาทำให้ผู้ป่วยรอรับแผ่นเสริมรองเท้าได้ภายใน 1 ชั่วโมง สร้างความพึงพอใจต่อการให้บริการ และสามารถเปลี่ยนความคิดจากที่ว่าการเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานของรัฐจะต้องรอนาน แออัดและได้รับอุปกรณ์ล่าช้าไม่ได้คุณภาพ



ภาคผนวก



ผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ที่กรมการแพทย์รับผิดชอบ

ระหว่างปี 2560 - 2564
(5 ปีย้อนหลัง)



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ที่กรมการแพทย์รับผิดชอบ

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
การคลอดมาตรฐาน	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	2560	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	ร้อยละ 89.00
	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	2561		
	1. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S มีการคลอดมาตรฐาน		มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 98.80
	2. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 มีการคลอดมาตรฐาน		มากกว่าร้อยละ 40	ร้อยละ 97.30
	- ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -	2562 - 64		
ผู้สูงอายุ	ร้อยละของ Healthy Ageing	2560	ร้อยละ 80	ร้อยละ 96.50
	ร้อยละของ Healthy Ageing	2561	ผลการดำเนินงาน เพิ่มขึ้นจากปีก่อน	ร้อยละ 96.80
	- ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -	2562 - 63		
	ร้อยละของโรงพยาบาลขนาด M2 ขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (โรงพยาบาลขนาด M2 ขึ้นไป มีจำนวน 211 แห่ง)	2564		
	ร้อยละของโรงพยาบาลขนาด M2 ขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ระดับคุณภาพ		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30	ร้อยละ 27.49
	ร้อยละของโรงพยาบาลขนาด M2 ขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ระดับพื้นฐานขึ้นไป		ร้อยละ 100	ร้อยละ 72.04
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2560	น้อยกว่าร้อยละ 7	ร้อยละ 8.70
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2561	น้อยกว่าร้อยละ 7	ร้อยละ 8.10
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2562		
	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;60-69)		น้อยกว่าร้อยละ 7	ร้อยละ 7.97

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)		น้อยกว่าร้อยละ 25	ร้อยละ 22.78
	3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)		น้อยกว่าร้อยละ 5	ร้อยละ 3.78
	4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	ร้อยละ 63.36
	5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	ร้อยละ 20.83
	6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	ร้อยละ 61.20
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2563		
	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)		น้อยกว่าร้อยละ 7	ร้อยละ 7.99
	2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)		น้อยกว่าร้อยละ 25	ร้อยละ 21.94
	3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)		น้อยกว่าร้อยละ 5	ร้อยละ 3.82
	4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการ ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	ร้อยละ 67.54
	5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	ร้อยละ 70.62

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	2564	น้อยกว่าร้อยละ 7	ร้อยละ 7.99
	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2560	ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร	612.0 ครั้ง ต่อแสนประชากร
	- ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -	2561 - 64		
ทารกแรกเกิด	อัตราตายทารกแรกเกิด	2560	4.00 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	3.00 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ
	อัตราตายทารกแรกเกิด	2561	3.40 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	4.30 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ
	อัตราตายทารกแรกเกิด	2562	3.40 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	4.54 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ
	อัตราตายทารกแรกเกิด	2563	3.70 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	4.21 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ
	อัตราตายทารกแรกเกิด	2564	3.65 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	4.71 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ
การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	2560	ร้อยละ 80	ร้อยละ 96.80
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	2561	ร้อยละ 80	ร้อยละ 94.20
	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	2562	ร้อยละ 40	ร้อยละ 33.65
	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ	2563	ร้อยละ 40	ร้อยละ 33.69
	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ	2564	ร้อยละ 40	ร้อยละ 33.45
อายุรกรรม : การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)	อัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	2560	น้อยกว่าร้อยละ 30	ร้อยละ 33.09
	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired	2561	น้อยกว่าร้อยละ 30	ร้อยละ 34.80

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired	2562	น้อยกว่าร้อยละ 30	ร้อยละ 32.92
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired	2563	น้อยกว่าร้อยละ 28	ร้อยละ 31.17
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired	2564	น้อยกว่าร้อยละ 26	ร้อยละ 33.70
อายุรกรรม : ออร์โธปิดิกส์	- ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -	2560		
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	2561	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention	2562	น้อยกว่าร้อยละ 30	ร้อยละ 89.87
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ	2563	≥ 1 ทีม : 1 เขตสุขภาพ	ร้อยละ 87.81
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์	2564	ร้อยละ 4.13	ร้อยละ 4.88
โรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	2560	ร้อยละ 100	ร้อยละ 98.00
	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ		28 ต่อแสนประชากร	27.7 ต่อแสนประชากร
	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	2561	ร้อยละ 100	ร้อยละ 89.80
	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ		28 ต่อแสนประชากร	29.0 ต่อแสนประชากร
	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	2562	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10	ร้อยละ 2.98
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ		26 ต่อแสนประชากร	13.21 ต่อแสนประชากร

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	2563	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 9	ร้อยละ 10.45
	ร้อยละของการให้การรักษาก่อน STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		ร้อยละ 50	ร้อยละ 49.18
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	2564	น้อยกว่าร้อยละ 9	ร้อยละ 12.11
	ร้อยละของการให้การรักษาก่อน STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		มากกว่าร้อยละ 60	ร้อยละ 47.61
	- ร้อยละการให้ยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 30 นาที		มากกว่าร้อยละ 60	ร้อยละ 48.95
	- ร้อยละการได้รับการทำ PPCI ภายใน 120 นาที		มากกว่าร้อยละ 60	ร้อยละ 45.80
โรคมะเร็ง	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด	2560		
	1. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	ร้อยละ 79.00
	2. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	ร้อยละ 81.90
	3. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	ร้อยละ 74.60
	อัตราการตายจากมะเร็งตับ		23.5 ต่อแสนประชากร	22.0 ต่อแสนประชากร
	อัตราการตายจากมะเร็งปอด		18.0 ต่อแสนประชากร	19.8 ต่อแสนประชากร
	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด	2561		
	1. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	ร้อยละ 72.10
	2. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	ร้อยละ 73.50

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	3. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	ร้อยละ 52.70
	อัตราตายจากมะเร็งตับ		26.0 ต่อแสนประชากร	20.9 ต่อแสนประชากร
	อัตราตายจากมะเร็งปอด		20.3 ต่อแสนประชากร	20.1 ต่อแสนประชากร
	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด	2562		
	1. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	ร้อยละ 72.71
	2. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	ร้อยละ 73.18
	3. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	2563	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	ร้อยละ 56.50
	อัตราตายจากมะเร็งตับ - ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -			
	อัตราตายจากมะเร็งปอด - ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -			
	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด	2563		
	1. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	ร้อยละ 69.99
	2. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	ร้อยละ 73.01
	3. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	ร้อยละ 54.60
	อัตราตายจากมะเร็งตับ - ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -			

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	อัตราตายจากมะเร็งปอด - ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -	2564		
	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด			
	1. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	ร้อยละ 71.11
	2. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	ร้อยละ 71.47
	3. มะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	ร้อยละ 62.50
	อัตราตายจากมะเร็งตับ - ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -			
	อัตราตายจากมะเร็งปอด - ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -			
โรคไต	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง ของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr	2560	ร้อยละ 65	ร้อยละ 63.07
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง ของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr	2561	ร้อยละ 66	ร้อยละ 59.70
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง ของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr	2562	ร้อยละ 66	ร้อยละ 57.60
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง ของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr	2563	ร้อยละ 66	ร้อยละ 65.33
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง ของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr	2564	ร้อยละ 66	ร้อยละ 65.93
	ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	2560	ร้อยละ 80	ร้อยละ 84.10

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	2561	ร้อยละ 85	ร้อยละ 84.60
	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	2562	ร้อยละ 85	ร้อยละ 84.11
	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	2563	ร้อยละ 85	ร้อยละ 84.16
	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	2564	ร้อยละ 85	ร้อยละ 84.16
งปลุกถ่ายอวัยวะ	จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	2560	มากกว่าหรือเท่ากับ 650 ราย	701 ราย
	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	2561	0.70 : 100	0.2 : 100
	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S เสียชีวิตในโรงพยาบาล	2562	0.80 : 100	0.26 : 100
	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	2563	> 0.90 : 100	0.18 : 100
	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	2564	> 0.30 : 100	0.20 : 100
ด้านยาเสพติด	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการรักษา (3 month remission rate)	2560	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94.80
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission) : Leading Indicator	2561	ร้อยละ 90	ร้อยละ 96.10

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ : Lagging Indicator		ร้อยละ 50	ร้อยละ 64.70
	ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	2562	ร้อยละ 20	ร้อยละ 28.46
	ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate)		ร้อยละ 40	ร้อยละ 42.53
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	2563	ร้อยละ 50	ร้อยละ 43.53
	ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate) - ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -			
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง		ร้อยละ 60	ร้อยละ 52.90
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	2564	ร้อยละ 55	ร้อยละ 41.53
การดูแลระยะกลาง (Intermedia care)	- ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -	2560		
	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง	2561	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10	ร้อยละ 56.60
	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาล พินสภาวะระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	2562	ร้อยละ 50	ร้อยละ 74.29

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	2563	ร้อยละ 75	ร้อยละ 87.10
	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	2564	ร้อยละ 80	ร้อยละ 94.00
	ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ Intermediate ward ในรพ. M, F		ร้อยละ 40	ร้อยละ 59.21
	ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, TBI, Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index > 15 with multiple impairments ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20		ร้อยละ 65	ร้อยละ 79.41
การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery)	- ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -	2560		
	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	2561	ร้อยละ 15	ร้อยละ 36.30
	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	2562	ร้อยละ 20	ร้อยละ 89.87
	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	2563	ร้อยละ 60	ร้อยละ 93.25
	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	2564	ร้อยละ 20 * (จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มโรคที่หาหัตถการผ่าตัด ODS สูงสุด)	ร้อยละ 22.49
การผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	- ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -	2560		
	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	2561	ไม่ได้ดำเนินการ	ไม่ได้ดำเนินการ
	- ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -	2562 -63		

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	กรณีที่ 1 การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด: เกิดการบาดเจ็บ CBD injury หรือ massive bleeding ซึ่งต้องให้เลือด 2 ยูนิตขึ้นไประหว่างผ่าตัด หรือ hollow viscus organ injury	2564	น้อยกว่าร้อยละ 1	ร้อยละ 0.13
	กรณีที่ 2 การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด: ผู้ป่วย Re-admit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect of CBD injury ,hollow viscus organ injury หรือ SSI)		น้อยกว่าร้อยละ 5	ร้อยละ 0.04
การแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์	2560	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	ร้อยละ 88.10
	ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป		ร้อยละ 75	ร้อยละ 60.10
	ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ		ร้อยละ 100	ร้อยละ 98.68
	อัตราการตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)		ค่า Probability of survival (Ps) น้อยกว่า 1	0.7
	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	2561	น้อยกว่า ร้อยละ 10	ร้อยละ 2.0
	อัตราการตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A, S, M1	2562	น้อยกว่า ร้อยละ 12	ร้อยละ 11.50
	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	2563	น้อยกว่า ร้อยละ 12	ร้อยละ 11.12
	อัตราการตายของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	2564	น้อยกว่า ร้อยละ 12	ร้อยละ 10.66

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
การจัดทำแผนดาเนินธุรกิจ อย่างต่อเนื่องสำหรับ สถานพยาบาล	- ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -	2560 - 2563		
	ทุกโรงพยาบาลระดับ A และ S มีการ จัดทำแผนและซ้อมแผน BCP for EID	2564	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	- ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -	2560 - 2563		
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทั้งประเทศ	2564	น้อยกว่า ร้อยละ 1.60	ร้อยละ 1.22
การบริการการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Care)	- ไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด -	2560 - 2563		
	ทุกโรงพยาบาลระดับ A และ S ให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถี ใหม่ในสาขาที่เลือกครบถ้วน ตาม Key Step Assessment	2564	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

แหล่งข้อมูล :

ปี 2560 – รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปี 2561 – รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปี 2562 – สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2562, สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปี 2563 – สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2563, สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปี 2564 – สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2564, สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



**ภาพรวมกรอบอัตราค่าจ้างข้าราชการพลเรือนสามัญ
จำแนกตามชื่อตำแหน่งในสายงาน ประเภทตำแหน่งและ
ระดับตำแหน่งกรมการแพทย์**

ลำดับที่	ชื่อตำแหน่งในสายงาน	ประเภทตำแหน่ง/ระดับตำแหน่ง												
		บริหาร		อำนวยการ		วิชาการ							ทั่วไป	
		สูง	ต้น	สูง	ต้น	ทว	ชช	ชพ	ชค/ชช	ปค/ชค/ชช	ปค/ชช	อว	ปค/ชช	รวม
1	นักบริหาร	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
2	ผู้อำนวยการ	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4
3	ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์)	0	0	26	1	0	0	0	0	0	0	0	0	27
4	ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (ทันตแพทย์)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5	นายแพทย์	0	0	0	0	72	326	0	0	864	0	0	0	1262
6	นายสัตวแพทย์	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
7	ทันตแพทย์	0	0	0	0	3	32	0	0	86	0	0	0	121
8	เภสัชกร	0	0	0	0	0	17	29	0	27	336	0	0	409
9	พยาบาลวิชาชีพ	0	0	0	0	0	24	583	0	52	5135	0	0	5794
10	พยาบาลเทคนิค	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37	37
11	นักกายภาพบำบัด	0	0	0	0	0	1	6	0	12	135	0	0	154
12	นักการอุปกรณ์	0	0	0	0	0	0	0	0	2	24	0	0	26
13	นักกิจกรรมบำบัด	0	0	0	0	0	0	0	0	4	56	0	0	60
14	นักจิตวิทยาคลินิก	0	0	0	0	0	0	4	0	8	30	0	0	42
15	นักเทคนิคการแพทย์	0	0	0	0	0	2	22	0	17	299	0	0	340
16	นักรังสีการแพทย์	0	0	0	0	0	2	9	0	10	237	0	0	258
17	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	0	0	0	0	0	4	3	0	21	76	0	0	104
18	นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย	0	0	0	0	0	0	0	0	3	19	0	0	22
19	นักวิทยาศาสตร์สาธารณสุข	0	0	0	0	0	0	13	1	10	189	0	0	213
20	นักสังคมสงเคราะห์	0	0	0	0	0	0	9	0	0	49	0	0	58
21	นักโภชนาการ	0	0	0	0	0	0	1	0	0	69	0	0	70
22	นักเทคโนโลยีชีวภาพ และพรอเทค	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37	0	0	37
23	ช่างภาพการแพทย์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	5
24	ช่างการอุปกรณ์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7
25	ช่างเทคนิค	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
26	โภชนาการ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	35	37
27	เจ้าหน้าที่งานบริหารสาธารณสุข	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	85	85
28	เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	180	180
29	เจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7
30	เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	104	104
31	เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
32	เจ้าหน้าที่งานอาชีวบำบัด	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
33	นักจัดการทั่วไป	0	0	0	0	0	0	28	0	0	67	0	0	95
34	นักบริหารบุคคล	0	0	0	0	0	1	7	4	0	60	0	0	72
35	พิธีกร	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	6
36	นักประชาสัมพันธ์	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	0	0	7
37	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	0	0	0	0	0	1	1	3	0	48	0	0	53
38	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	0	0	0	0	0	0	1	0	0	79	0	0	80
39	นักวิชาการเงินและบัญชี	0	0	0	0	0	0	5	3	0	90	0	0	98
40	นักวิชาการตรวจสอบภายใน	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	5
41	นักวิชาการพัสดุ	0	0	0	0	0	0	2	0	0	55	0	0	57
42	นักวิชาการสถิติ	0	0	0	0	0	0	0	1	0	25	0	0	26
43	นักวิชาการโสตทัศนศึกษา	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	0	0	7
44	นักวิทยาศาสตร์	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	5
44	บรรณารักษ์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	11
46	เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	79	83
47	เจ้าหน้าที่งานธุรการ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	82	90
48	เจ้าหน้าที่งานแม่แพะประชาสัมพันธ์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
49	เจ้าหน้าที่งานพัสดุ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	36	43
50	เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78	78
51	เจ้าหน้าที่งานสถิติ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
52	เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษา	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	22
53	เจ้าหน้าที่งานห้องสมุด	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
54	นายช่างเทคนิค	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	31
55	นายช่างไฟฟ้า	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
56	นายช่างศิลป์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
รวม		1	4	29	3	75	411	724	15	1121	7152	21	809	10,365

เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามแผนรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2564

งบรายจ่าย	ปีงบประมาณ 2561 (ร้อยละของงบประมาณ ที่ได้รับทั้งสิ้น)	ปีงบประมาณ 2562 (ร้อยละของงบประมาณที่ได้รับ ทั้งสิ้น)	ปีงบประมาณ 2563 (ร้อยละของงบประมาณที่ ได้รับทั้งสิ้น)	ปีงบประมาณ 2564 (ร้อยละของงบประมาณ ที่ได้รับทั้งสิ้น)	เปรียบเทียบ		
					งบปี 2561 กับ ปี2562	งบปี 2562 กับ ปี2563	งบปี 2563 กับ ปี2564
งบบุคลากร	3,993.2049	4,118.7373	435,303.1600	451,441.4900	-125.5324	-431,184.4227	-16,138.3300
	52.58	51.07	54.71	51.45	1.5174	-3.6401	3.2620
งบดำเนินงาน	920.9513	960.3779	93,811.9400	98,131.7600	-39.4266	-92,851.5621	-4,319.8200
	12.13	11.91	11.79	11.18	12.13	11.91	11.79
งบลงทุน	2,501.4753	2,816.2670	251,713.3800	318,489.2100	-314.7917	-248,897.1130	-66,775.8300
	32.94	34.92	31.63	36.29	-1.98	3.28	-4.6599
งบเงินอุดหนุน	117.7717	110.5597	9,832.8800	7,150.2600	7.2120	-9,722.3203	2,682.6200
	1.55	1.37	1.24	0.81	1.55	1.37	1.24
งบรายจ่ายอื่น	60.4814	59.3983	5,034.0000	2,305.4900	1.0831	-4,974.6017	2,728.5100
	0.80	0.74	0.6327	0.26	0.06	0.10	0.37
รวม	7,593.8846	8,065.3402	795,695.3600	877,518.21	-471.4556	-787,630.0198	-81,822.8500
	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00	0.00	0.00

ที่มา : เอกสารงบประมาณรายจ่ายฉบับที่ 3 (ข่าวคาดเดาง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559 - 2561

รายงานการให้บริการทางการแพทย์ที่สำคัญ
ของหน่วยบริการสังกัดกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564

		เลิศสิน		นพรัตน์		ราชวิถี		เมตตา		สงฆ์		พรวงก		ส.โต		ทันตกรรม		
		คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	
จำนวนผู้ป่วยนอก																		
หัวใจ		16,846	32,214	21,642	55,316	4,835	24,872	560	1,685	2,473	9,923	30,797	95,357	263	371	-	-	
		5,203	15,098	4,037	12,961	22,068	139,136	118	292	222	839	808	1,468	870	2,303	-	-	
หลอดเลือดสมอง		2,541	4,758	2,835	5,879	4,275	21,745	225	826	192	1,414	418	670	71	119	-	-	
		11,549	18,174	13,549	23,217	25,720	73,009	46,831	116,209	2,901	6,785	21	24	2,919	3,653	-	-	
จักษุ		110	191	518	1,039	1,279	6,245	12	18	-	-	3	3	2	2	-	-	
		7,534	13,062	8,397	11,977	10,003	22,504	1,527	3,549	388	1,398	117	137	2,214	3,222	-	-	
ผิวหนัง		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		43,783	83,497	50,978	110,389	68,180	287,511	49,273	122,579	6,176	20,359	32,164	97,659	6,339	9,670	-	-	
จำนวนผู้ป่วยใน																		
หัวใจ		314	334	1,097	1,222	1,662	2,149	196	220	816	1,150	5,062	6,772	22	22	-	-	
		806	1,312	846	1,321	5,473	12,080	63	79	218	424	394	491	234	507	-	-	
หลอดเลือดสมอง		414	424	995	1,018	1,075	1,160	65	66	116	139	273	333	5	7	-	-	
		137	141	885	927	2,084	2,384	4,263	4,811	382	491	12	12	252	260	-	-	
จักษุ		25	26	150	166	517	557	15	15	-	-	11	11	2	2	-	-	
		105	106	328	337	758	816	54	63	131	143	97	108	125	128	-	-	
ผิวหนัง		395	395	2,029	2,029	4,121	4,123	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		2,196	2,738	6,330	7,020	15,690	23,269	4,656	5,254	1,663	2,347	5,849	7,727	640	926	-	-	
ข้อมูล Referin		opd	-	32,217	-	192	35,763	124,532	-	39,753	6	6	13,135	47,337	-	23,311	-	-
		ipd	-	973	-	374	3,693	4,736	-	-	68	68	2,487	3,213	-	2,165	-	-
ข้อมูล Referout		opd	-	882	-	1,187	-	-	756	13	13	-	-	-	-	-	-	-
		ipd	-	86	-	44	-	3,224	-	-	90	94	3	3	-	-	-	-
พระสงฆ์อาพาธ		opd	261	1,149	148	503	639	3,738	-	-	11,179	65,229	386	1,190	-	-	-	-
		ipd	20	23	21	24	118	177	44	49	3,376	3,579	70	103	-	-	-	-
การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ		opd	14	14	4	5	3,790	16,884	-	3,789	123	1,609	218	1,053	570	1,223	-	-
		ipd	-	-	-	-	2,817	2,981	-	-	75	77	-	-	-	-	-	-
การรักษาด้วยทันตกรรม		opd	5,755	9,358	5,981	8,270	4,842	10,836	893	1,274	1,168	1,918	926	1,732	1,819	2,960	12,027	13,598
		ipd	18	18	44	44	-	-	-	-	22	24	-	-	32	32	-	-
การฟื้นฟูสุขภาพจิตวิทยา		opd					14,583	18,033	-	30,943								
		ipd					5,700	7,336	-	13,100								
จำนวนเตียง	ภาพรวม		590		516		1,200		137		279		270		397		-	

รายงานการให้บริการทางการแพทย์ที่สำคัญ
ของหน่วยบริการสังกัดกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564

	ส.ม.ร.ร.		ม.ร.ร. อุดร		ม.ร.ร. สิบปาง		ม.ร.ร. ขอนบุรี		ม.ร.ร. สท.บุรี		ม.ร.ร. อุบล		ม.ร.ร. สุราษฎร์		มทว.อริราช		อัยการ	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
จำนวนผู้ป่วยนอก																		
หัวใจ	65	109	3	3	272	559	78	165	219	441	324	615	112	256	25	49		
	มะเร็ง	17,048	91,117	6,288	46,563	6,752	56,451	7,919	59,517	11,291	58,894	8,150	60,188	6,889	41,321	10,671	71,436	
	หลอดเลือดสมอง	1	1	-	-	4	8	2	3	30	40	11	12	2	-	-		
	จักษุ	27	46	-	-	13	30	8	13	16	25	16	17	7	8	13	17	
	ประสาท	-	-	2	2	-	-	-	-	14	29	-	-	-	-	4	4	
ผิวหนัง	118	210	89	143	123	204	50	62	79	115	120	166	158	227	33	39		
	ตลอด	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	รวม	17,259	91,483	6,382	46,711	7,164	57,252	8,057	59,760	11,649	59,544	8,621	60,998	7,168	41,814	10,746	71,545	
จำนวนผู้ป่วยใน																		
หัวใจ	4	4	-	-	1	1	1	1	4	4	2	2	1	1	-	-		
	มะเร็ง	2,188	5,097	1,102	3,289	1,392	3,296	1,673	5,548	1,634	2,628	2,109	5,824	1,119	2,627	1,493	3,357	
	หลอดเลือดสมอง	-	-	1	7	-	-	2	2	-	-	1	1	-	-	-		
	จักษุ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	ประสาท	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ผิวหนัง	2	2	8	8	2	2	-	-	2	2	1	1	16	17	2	2		
	ตลอด	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	รวม	2,194	5,103	1,111	3,304	1,395	3,299	1,676	5,551	1,640	2,634	2,113	5,828	1,136	2,645	1,495	3,359	
ข้อมูล Referin	opd	-	799	2,032	2,145	-	38	-	371	-	410	-	275	-	7	3,868	3,868	
	lpd	-	-	152	152	-	6	-	5	-	11	-	61	-	-	-		
	opd	-	1,169	938	1,016	-	107	-	275	-	3	-	16	-	1	57	57	
ข้อมูล Referrout	lpd	-	179	194	202	-	-	-	5	-	-	-	7	-	-	58	58	
	opd	77	445	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	lpd	44	101	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
พระสงฆ์อาพาธ	opd	3	9	-	-	-	-	4	9	5	6	-	-	1	2	10	24	
	lpd	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-		
	opd	90	147	1,392	3,114	479	1,341	334	483	51	71	512	761	350	472	17	23	
การรักษาด้านทันตกรรม	lpd	1	1	129	180	92	150	-	-	-	-	1	1	8	8	-	-	
	opd	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	lpd	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
การชันสูตรพยาธิวิทยา	ภาพรวม	200	120	129	120	187	143	75	126									

รายงานการให้บริการทางการแพทย์ที่สำคัญ
ของหน่วยบริการสังกัดกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564

		ส.บ.บ.ด.ย.า.เส.พ.ต.ต.		ร.ัฎ.ญ.ญ.า.ร.ัฎ.ษ.์.เจ.ย.ง.เ.น.ง.		ร.ัฎ.ญ.ญ.า.ร.ัฎ.ษ.์.ส.ง.ด.ด.า		ร.ัฎ.ญ.ญ.า.ร.ัฎ.ษ.์.ป.ั.ด.ด.า.น.ี		ร.ัฎ.ญ.ญ.า.ร.ัฎ.ษ.์.ข.อ.น.ก.บ.		ร.ัฎ.ญ.ญ.า.ร.ัฎ.ษ.์.ม.เ.ย.อ.ง.ส.อ.น.		ร.ัฎ.ญ.ญ.า.ร.ัฎ.ษ.์.อ.ุ.ด.ร.	
		ค.น.	ค.ร.ั.ง.	ค.น.	ค.ร.ั.ง.	ค.น.	ค.ร.ั.ง.	ค.น.	ค.ร.ั.ง.	ค.น.	ค.ร.ั.ง.	ค.น.	ค.ร.ั.ง.	ค.น.	ค.ร.ั.ง.
จำนวนผู้ป่วยนอก															
ทั่วไป		77	183	41	122	8	21	1	1	7	13	11	43	1	1
	มะเร็ง	3	3	1	1	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-
	หลอดเลือดสมอง	4	11	-	-	-	-	2	244	2	5	2	3	-	-
	อื่นๆ	29	35	17	19	6	7	9	12	9	10	10	11	3	4
	เสพติด	7,431	22,457	2,902	11,080	783	16,125	555	7,162	2,452	10,660	555	2,181	1,173	3,154
ผิวหนัง		69	75	31	40	31	39	15	19	20	26	32	35	5	5
	ตลอด	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวม		7,613	22,764	2,992	11,262	828	16,192	582	7,438	2,490	10,714	611	2,275	1,182	3,164
จำนวนผู้ป่วยใน															
ทั่วไป		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	มะเร็ง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	หลอดเลือดสมอง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	อื่นๆ	1	1	-	-	-	-	7	7	-	-	-	-	-	-
	เสพติด	1,221	1,299	1,223	1,413	608	627	367	376	1,753	1,757	269	319	272	290
ผิวหนัง		1	1	-	-	-	-	44	44	-	-	-	-	-	-
	ตลอด	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวม		1,223	1,301	1,223	1,413	608	627	418	427	1,753	1,757	269	319	272	290
ข้อมูล Referin	opd	-	-	-	487	-	-	79	79	-	1,532	-	183	-	356
	lpd	-	-	-	-	-	-	107	107	-	-	-	147	-	-
	opd	-	-	-	2	-	-	3	3	-	33	-	56	-	-
ข้อมูล Refeout	lpd	-	-	-	12	-	-	2	2	-	-	-	7	-	-
	opd	20	64	4	10	-	-	-	-	2	5	4	8	-	-
	lpd	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
พระสงฆ์อาพาธ	opd	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	3	8	-	-
	lpd	-	-	-	-	-	-	-	-	422	422	178	211	-	-
	opd	1,547	2,009	55	280	57	59	11	12	9	12	4	4	-	-
การรักษาต้นพันกรรม	lpd	-	-	14	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	opd														
	lpd							-	-						
การชันสูตรพยาธิวิทยา															
	ภาพรวม	770		350		210		120		230		90		90	

เปลี่ยนเกียร์งานผลการปฏิบัติงานและการใช้ว่างงบประมาณ

[illegible]

ระเบียบเทียบรายการผลการปฏิบัติงานและค่าใช้จ่ายงบประมาณ
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2564 ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการให้บริการ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
			- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวนผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุรา บุตรี ที่ได้รับการส่งต่อการแพทย์ระดับตติยภูมิ (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ๒๕๖๒ ๒๕๖๓)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : ความพึงพอใจของผู้ช่วยศาสตราจารย์ที่ได้รับบริการส่งต่อการแพทย์ระดับตติยภูมิ (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ๒๕๖๒ ๒๕๖๓)	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๑	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๔
			- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : ระดับความพึงพอใจของ คอสมอความต่อการดำเนินงานวิชาการ (Technical Support) คอลเลกชันย่อยเขตสุขภาพ (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖)	-	-	-	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓
ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์												
แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)												
๑. ประชาชนทุกกลุ่ม ๒. ประชาชน (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖) ๓. ประชาชนที่ได้รับบริการทางการแพทย์ ๔. ประชาชนและภาคธุรกิจ/วิสาหกิจ ๕. ประชาชน (ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓)	๑. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับการส่งต่อการแพทย์ (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ๒๕๖๒ ๒๕๖๓)				๕,๕๐๐ ราย	๕,๘๘๑ ราย	๕,๕๐๐ ราย	๕,๘๘๔ ราย	๕,๕๐๐ ราย	๕,๖๐๔ ราย	๕,๕๐๐ ราย	๕,๕๘๓ ราย

ระเบียบเกี่ยบรายงานผลการปฏิบัติงานและค่าใช้จ่ายงบประมาณ
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการ ให้บริการของ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	๑. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : บุคลากรนำ องค์ความรู้/เทคโนโลยีด้านการตลอด มาตรฐานและด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ไปประยุกต์ใช้ (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๓)	โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนา บริการสุขภาพประชาชนตามช่วงวัย (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๓, ๒๕๖๒-๒๕๖๑)	๑. การพัฒนาศักยภาพและ ขยายศูนย์เครือข่ายบริการวัย การสอน สำหรับเด็กป่วยด้วย โรคทางารศีกษาใน โรงพยาบาลด้วยเทคโนโลยี สารสนเทศอย่างต่อเนื่องและ ยั่งยืนตามแนวพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า รัตนราษฏดากา สยามบรมราช กุมารี (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๓ ๒๕๖๒)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน เด็กด้อยโอกาส (เด็กเจ็บป่วย) ได้รับโอกาสทางการศึกษาใน หลักสูตรการเรียนการสอนที่ เหมาะสม (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๒)	-	-	๓๐,๐๐๐ คน	๓๗,๙๑๖ คน	๓๒,๐๐๐ คน	๕๐,๙๘๕ คน	๕๕,๐๐๐ คน	๗๘,๕๔๓ คน
			๒. การสร้างศักยภาพการดูแล คนวัยทำงานก่อนและหลังเป็น โรค (ปี ๒๕๖๒) ๓. การสร้างเสริมศักยภาพและ ความมั่นคงในชีวิตด้านสุขภาพ โดยการป้องกันโรคระดับชุมชน เพื่อดูแลรักษาคุณภาพหรือ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๒)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : เด็กด้อย โอกาส (เด็กเจ็บป่วย) ได้รับ การศึกษาและสามารถสู่การ เรียนต่อในระดับกลางกติ/ การศึกษานอกระบบและ การศึกษาค้นคว้าด้วยตัว (กน.) (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๒)	-	-	ร้อยละ ๘๓	ร้อยละ ๘๔	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๗.๕๗	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินอาชีวเวชศาสตร์ (ปี ๒๕๖๒)	-	-	๕๐ แห่ง	๕๖ แห่ง	-	-	-	-
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัด กรองสุขภาพ (ปี ๒๕๖๒)	-	-	๒๐๐,๐๐๐ คน	๒๕๔,๙๓๖ คน	-	-	-	-

เปรียบเทียบรายงานผลการปฏิบัติงานและ การใช้ว่า ยงบประมาณ ประจำ ปีงบประมาณ W.ศ. 2561 - 2564 ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการ ให้บริการของ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
			- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : จำนวนผู้ สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแล สุขภาพ และนวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์(ปี ๒๕๖๔)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : ร้อยละ ของโรงพยาบาลศูนย์ที่มีผ่าน เกณฑ์การประเมินอาชีวเวช ศาสตร์ (ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๖.๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	-	-	๖๓๗,๕๐๐ คน	๓,๐๓๕,๘๖๒ คน
			- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่ได้อำนาจ ช่วยเหลือในการกิจวัตร ประจำวัน (ปี ๒๕๖๒)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่ได้อำนาจที่ สามารถเข้ารับการศึกษานอก คัน (ปี ๒๕๖๓)	-	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๖	-	-	-	-
			- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่ได้อำนาจที่ สามารถเข้ารับการศึกษานอก คัน (ปี ๒๕๖๓)	-	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	-	-	-	-	-	-
			- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่ได้อำนาจที่ สามารถเข้ารับการศึกษานอก คัน (ปี ๒๕๖๓)	-	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๓.๙๓	-	-	-	-	-	-

ระเบียบเทียบรายการผลการปฏิบัติงานและค่าใช้จ่ายงบประมาณ
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ ของกรมการแพทย์

ปีงบประมาณ ให้บริการของ	ตัวชี้วัด ปีงบประมาณ ให้บริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		โครงการที่ ๒ : โครงการพัฒนา บริการสุขภาพประชาชนตามอ่าวร่วม ถูลู่ในนคร/แรกเกิด/สูงวัย (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔-๒๕๖๕)	๑. พัฒนาการให้บริการ คลินิกมาตรฐานในเขตบริการ สุขภาพ (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔) ๒. การพัฒนาสุขภาพบุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการ สร้างเสริมพัฒนาการเด็ก (เด็ก กลุ่มเสี่ยง เด็กพัฒนาการล่าช้า และเด็กที่มีความต้องการพิเศษ) (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน บุคลากรนอกหน่วยความรู/ เขตในเครือข่ายการคลอด มาตรฐานประจำปีระยะที่ ๒ (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔)	-	-	๘๐๐ คน	๓,๓๓๘ คน	๙๐๐ คน	๒,๓๐๐ คน	-	-
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน เด็กที่ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕-๒๕๖๖)	-	-	๔,๐๐๐ คน	๒,๖๓๓ คน	๕,๐๐๐ คน	๓,๖๔๔ คน	๕,๐๐๐ คน	๓,๐๓๔ คน
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : ร้อยละ โรงพยาบาลระดับ ๓๓ และ ๓๖ ที่นำไป ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔)	-	-	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๘๕	-	-
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : เด็กที่มี ปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้รับ บริการส่งเสริมและกระตุ้น พัฒนาการ(ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ ๒๕๖๖)	-	-	อย่างน้อยร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๘.๖๖	อย่างน้อย ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๙๐.๐๐	อย่างน้อยร้อยละ ๘๘.๖๖	อย่างน้อยร้อยละ ๙๐.๐๐
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน สถานพยาบาลที่ผ่านอภม การคลอดมาตรฐาน (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔)	๓๐ แห่ง	๓๔ แห่ง	-	-	-	-	-	-

เปรียบเทียบรายงานผลการปฏิบัติงานและ การใช้ช่วยงบประมาณ
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการ ให้บริการของ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน เด็กที่ได้รับการส่งเสริม พัฒนาการ (ปี ๒๕๖๑)	๕,๐๐๐ คน	๕,๐๐๐ คน	-	-	-	-	-	-
ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์												
แผนงานยุทธศาสตร์สนับสนุนศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต												
๑. ประชาชนทุกกลุ่ม วัยมีสุขภาพดี (ปี ๒๕๖๑)	๑. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : อัตราส่วนของผู้จบหลักสูตรในวัยสูงอายุ เทียบหลักสูตร STEM (ปี ๒๕๖๔ ๒๕๖๓)				-	-	-	-	ไม่เกิน ร้อยละ ๙	ร้อยละ ๗.๖๒	ไม่เกินร้อยละ ๘	ร้อยละ ๓๖.๑๙
					-	-	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๗.๘๙	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๗.๖๖	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๘.๓๓
					-	-	-	-	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐.๖๕	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๑.๑๑
๒. ประชาชนได้รับ บริการทางสุขภาพและมี คุณภาพชีวิตอย่าง เหมาะสม (ปี ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)	๒. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : อัตราส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (ปี ๒๕๖๔ ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)				-	-	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๗.๘๙	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๗.๖๖	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๘.๓๓
					-	-	-	-	-	-	-	-
					-	-	-	-	-	-	-	-

ระเบียบเทียบรายการผลการปฏิบัติงานและการใช้จ่ายงบประมาณ
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการ ให้บริการของ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	๔. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : ร้อยละผู้ป่วยระยะเร่ง ๔ อันดับแรก ได้รับ การรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๓)				-	-	-	-	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ ๙๐	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ ๙๐	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐.๔๗
					-	-	-	-	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๕๘.๙๖	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๒.๕
					-	-	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๓.๒๓	-	-	-	-
					-	-	-	-	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๑๐๐
	๕. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : ร้อยละผู้ป่วยระยะเร่ง ๔ อันดับแรก ได้รับ การรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๓)				-	-	-	-	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๑๐๐
					-	-	-	-	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๑๐๐
	๖. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : อัตราตายจาก โรคหลอดเลือดหัวใจ (ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓)				-	-	-	-	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๑๐๐
					-	-	-	-	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๑๐๐

เปรียบเทียบรายงานผลการปฏิบัติงานและค่าใช้จ่ายงบประมาณ
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2564 ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการ ให้บริการของ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		โครงการที่ ๒ : โครงการองค์ความรู้ ด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาอย่าง เหมาะสม (ปี ๒๕๖๔ ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)	๑. บูรณาการการพัฒนาด้าน สุขภาพ ๒. พัฒนาเครือข่ายและแก้ไข ปัญหาสุขภาพของประชาชน ๓. บริการผู้ป่วยที่มีผู้สมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติด สูง และผู้ป่วยที่มีภาวะยุ่งยาก ซับซ้อน (ปี ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ด้านการบูรณาการโครงการ ด้านสุขภาพ (ปี ๒๕๖๔ ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)	๑๗ โครงการ	๑๗ โครงการ	๑๗ โครงการ	๕๖ โครงการ	-	-	-	-
			- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน เครือข่ายสถาบันบริการสุขภาพ ที่ได้รับการพัฒนาด้านวิชาการ (ปี ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน โครงการเพื่อการแก้ไขปัญหา สุขภาพของประชาชน (ปี ๒๕๖๔ ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)	๑๐ แห่ง	๑๐ แห่ง	๑๐ แห่ง	๕๓ แห่ง	๑๑ แห่ง	๑๒๗ แห่ง	-	-
					๕ โครงการ	๕ โครงการ	๕ โครงการ	๒๔ โครงการ	๕ โครงการ	๑๒ โครงการ	๑๐ โครงการ	๒๐ โครงการ

งบประมาณเทียบรายการผลการปฏิบัติงานและค่าใช้จ่ายงบประมาณ
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการ ให้บริการของ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
๒. ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : ความพึงพอใจ ของบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณชน (ปี ๒๕๖๔ ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)		ผลผลิตที่ ๑ : โครงการรณรงค์ความรู้ ด้านสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาและ ถ่ายทอด (ปี ๒๕๖๔ ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)	๑. พัฒนาการรู้จักระรณกับคณ ณและคณว่า ๒. พัฒนและถ่ายทอดคณ ความรู้ (ปี ๒๕๖๔ ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)	- แผนปฏิบัติการ : ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : จำนวน ผู้ป่วยที่ได้รับบริการด้าน การแพทย์และการศึกษา พัฒนา และถ่ายทอดคณ ความรู้ (ปี ๒๕๖๔ ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๓	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๑
					๘๔,๘๐๐ ราย	๑,๑๐๒,๖๘๖ ราย	๘๔,๘๐๐ ราย	๒,๗๙๖,๖๘๗ ราย	๘๔,๘๐๐ ราย	๑,๔๗๘,๘๑๘ ราย	๘๔,๘๐๐ ราย	๒,๗๘๐,๑๗๑ ราย
					๓๑ เรื่อง	๓๑ เรื่อง	๓๑ เรื่อง	๓๔ เรื่อง	๓๘ เรื่อง	๒๖ เรื่อง	๓๓ เรื่อง	๓๔ เรื่อง
					ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๑	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๘.๔๖	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๔
			- แผนปฏิบัติการ : ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : ความ พินพอใจของผู้น่วยที่ได้รับ บริการด้านการแพทย์ (ปี ๒๕๖๔ ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)	- แผนปฏิบัติการ : ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ : แพทย์ และคณทางด้านการศึกษาคณ นอกสถานการณ (ปี ๒๕๖๓ ๒๕๖๒ ๒๕๖๑)	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๑	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๘.๒๗	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๐
					๘๐ เรื่อง	๘๐ เรื่อง	๘๐ เรื่อง	๘๑ เรื่อง	๘๐ เรื่อง	๘๘.๒๗	๘๕	๘๐
					-	-	-	-	ร้อยละ ๘๔	ร้อยละ ๘๔	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๘
					-	-	-	-	ร้อยละ ๘๔	ร้อยละ ๘๔	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๐

งบประมาณเทียบรายการผลการปฏิบัติงานและค่าใช้จ่ายงบประมาณ
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการให้บริการของ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ธุรกรรมการให้บริการ	-	-	-	-	-	-	มากกว่า ๕๐,๐๐๐ ธุรกรรมต่อปี	มากกว่า ๒๘๘,๒๐๐ ธุรกรรมต่อปี
ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม												
แผนงานบูรณาการสนับสนุนความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย												
ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบ การดูแลสุขภาพ และ นวัตกรรม เทคโนโลยี ทางการแพทย์ (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๗)	๑. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวนผู้สูงอายุเข้าถึงระบบ การดูแลสุขภาพ และนวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ (ปี ๒๕๖๓)	โครงการที่ ๑ : โครงการผลักดันการนำนวัตกรรมเพื่อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไปใช้ประโยชน์ (ปี ๒๕๖๓) โครงการที่ ๒ : โครงการสร้างสังคมห่วงใยในสุขภาพผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๓) โครงการที่ ๓ : โครงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบและนวัตกรรมการดูแลสุขภาพ (ปี ๒๕๖๔)	๑. การบูรณาการร่วมกิจกรรมและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพของปากผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๓) ๒. การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๓) ๓. การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๔)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : มีรายงานการติดตามดูแลผู้ช่วยภายหลังการส่งรพช.กันเพิ่มเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๗)	-	-	-	-	๕๖๐,๐๐๐ คน	๔๙๙,๙๕๙ คน	๖๓๙,๔๐๐ คน	๑,๐๑๕,๙๖๒ คน
					-	-	-	-	๓,๕๐๐ ราย	๓๐๘๒ ราย	๔,๐๐๐ คน	๔,๐๘๘ คน
					- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : ผู้สูงอายุได้รับการดูแล โดยใช้รูปแบบการป้องกันภาวะหกล้มและดูแลสุขภาพในพื้นที่ยาสูบ (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๗) - แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (ผู้สูงอายุได้รับการดูแลป้องกันภาวะหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่					-	-	-

เปรียบเทียบรายการผลงานการปฏิบัติงานและ การใช้ว่า ยงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ W.ศ. 2561 - 2564 ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการ ให้บริการของ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
			- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : ผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการใส่ อาย และผู้สูงอายุ เพื่าสู่ ระบบการดูแลรักษาในคลินิก ผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๓)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : ผู้สูงอายุ ได้รับคัดกรอง/ประเมิน สุขภาพและจัดการต่อด้วย ระบบ Aging Health Data (ปี ๒๕๖๔ ๒๕๖๓)	-	-	-	-	๒๐,๐๐๐ คน	๒๐,๐๐๐ คน	-	-
					-	-	-	-	๔๓๐,๐๐๐ คน	๔๔๖,๓๔๓ คน	๕๐๐,๐๐๐ คน	๔๕๖,๓๒๕ คน
					-	-	-	-	๕,๓๐๐ คน	๖,๔๕๘ คน	-	-
					- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : ผู้ป่วย สูญหายระยะสั้น/วิกฤตใน สถานพยาบาล ได้รับบริการ ดูแลด้วยระบบการดูแลระยะ กลาง (Intermediate Care) (ปี ๒๕๖๓)	-	-	-	๘๐๐ คน	๓,๕๕๖ คน	๕,๕๐๐ คน	๓,๕๘๓ คน

ประเภทใบรายงานผลการปฏิบัติงานและค่าใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2564 ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการ ให้บริการของ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
			ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เข้ารับบริการดูแลรักษาครบ วงจรตั้งแต่การคัดกรองวินิจฉัย และการดูแลต่อเนื่อง ใน พื้นที่นำร่องระยะที่ ๑ A (Active)	ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตาม รูปแบบการส่งบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก	-	-	-	-	-	-	๑,๐๐๐ คน	๘๘,๖๖๔ คน
					-	-	-	-	-	-	๒,๕๐๐ คน	๓๑,๐๓๘ คน
					-	-	-	-	-	-	๑๐๐ คน	๕๐๐ คน
					-	-	-	-	-	-	๕๐,๐๐๐ คน	๓๘,๕๓๘ คน
					-	-	-	-	-	-	๕๐,๐๐๐ คน	๔๘,๕๖๔ คน
ประชาชนทุกกลุ่มวัย มีสุขภาพดี (๖๕๖๖)	๑. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ผู้สูงอายุที่ได้รับการพบแพทย์ในคลินิก พยาบาลแพทย์ และการดูแลสุขภาพ (๖ ๖๕๖๖) ๒. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : บุคลากรนำ ยางค์ความรู้/เทคโนโลยีการบริการด้าน การแพทย์ไปประยุกต์ใช้ (๖๕๖๖)			บุคลากรทางการแพทย์ได้รับ การถ่ายทอดความรู้ระบบรับ บริการระบบส่งต่อและระบบ ติดตามการดูแลระยะต่าง ผู้สูงอายุที่ทำทำงานได้รับ บริการตรวจสุขภาพและดูแล ด้านอาชีวอนามัย ร่วมทำงานได้รับการป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิด กลุ่มอาการผู้สูงอายุที่มีสาเหตุ จากโรคที่เกิิดจากการทำงาน	-	-	-	-	-	-	-	-
					-	-	๑,๓๐๐ คน	๑,๓๔๘ คน	-	-	-	-

ปรับแบบเทียบรายงานผลการปฏิบัติงานและค่าใช้จ่ายงบประมาณ
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2564 ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการ ให้บริการของ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ค่าเงินงาน	เป้าหมาย	ผลสารค่าเงินงาน	เป้าหมาย	ผลสารค่าเงินงาน	เป้าหมาย	ผลสารค่าเงินงาน
	๓. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : บุคลากรนำ องค์ความรู้/เทคโนโลยีด้านการคัด ลดความรุนแรงด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ไปประยุกต์ใช้ (ปี ๒๕๖๒)	โครงการที่ ๑ : โครงการส่งเสริมการ ใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีการดูแล สุขภาพผู้ป่วย (ปี ๒๕๖๒)	๑. การบูรณาการนวัตกรรมและ เทคโนโลยีการดูแลสุขภาพช่อง ปากผู้ป่วย (ปี ๒๕๖๒)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : ผู้ป่วย ได้รับการติดตาม ดูแลรักษา ทันเวลา รวมทั้งยังมีส่วนที่ จำรูตสึกหรือและแก้ไข ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (ปี ๒๕๖๒)	-	-	๘๐๐ คน	๑,๑๓๔ คน	-	-	-	-
					-	-	๕,๐๐๐ คน	๕,๐๐๘ คน	-	-	-	-
					-	-	๕๐๐ คน	๗๒๒ คน	-	-	-	-
	โครงการที่ ๒ : โครงการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยเข้าถึงนวัตกรรมและ เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพที่ดี (ปี ๒๕๖๒)	๑. เติบโตถึงความเข้มแข็งทาง สังคมและระบบการดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องส่วนหัว ประเทศไทย (ปี ๒๕๖๒)	๒. การส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล สุขภาพผู้ป่วย (ที่คาง) ที่คิด บ้าน คิดเตียง (ปี ๒๕๖๒)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : ผู้ป่วย ต่อเนื่องที่ได้รับการดูแล ด้วยระบบการดูแลต่อเนื่อง ครบวงจร (ปี ๒๕๖๒)	-	-	๕,๕๐๐ คน	๑๐,๖๔๐ คน	-	-	-	-
					-	-	๔,๕๐๐ คน	๑๐,๖๔๕ คน	-	-	-	-
					-	-	๔,๕๐๐ คน	๑๐,๖๔๕ คน	-	-	-	-
	โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาระบบ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (ปี ๒๕๖๒)	๑. การพัฒนาระบบการดูแล สุขภาพผู้ป่วย (ปี ๒๕๖๒)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย ก่อให้เกิดการดูแล และป้องกันในคลินิกผู้ป่วย (ปี ๒๕๖๒)	-	-	-	๔,๕๐๐ คน	๑๐,๖๔๕ คน	-	-	-	-
					-	-	๔,๕๐๐ คน	๑๐,๖๔๕ คน	-	-	-	-
					-	-	๔,๕๐๐ คน	๑๐,๖๔๕ คน	-	-	-	-

ระเบียบเทียบรายการผลการปฏิบัติงานและค่าใช้จ่ายงบประมาณ
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการ ให้บริการของ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
๓. ประชาชนไม่ได้รับ บริการทางการแพทย์ ที่มีคุณภาพและ มาตรฐานวิชาชีพอย่าง เหมาะสม (๖) ๒๕๖๑)	๓. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน หน่วยงานที่พัฒนาคุณภาพในการ ดำเนินงานร่วมกับประชาชน (๖) ๒๕๖๑)	โครงการที่ ๑ : โครงการสนับสนุน การดำเนินงานของสถานประกอบการ ในอาเซียน (๖) ๒๕๖๑	๓. พัฒนาระบบบริการ การแพทย์เพื่อเสริมศักยภาพ ประเทศประชาคมอาเซียน (๖) ๒๕๖๑)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและ กักตัก (๖) ๒๕๖๑)	-	-	๒,๐๐๐ คน	๔,๖๕๕ คน	-	-	-	-
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ผู้สูงอายุระดับพื้นที่ภาคใต้ การดูแลระบบบริการดูแล ระยะกลางในผู้สูงอายุ (๖) ๒๕๖๑)	-	-	๓๐๐ คน	๔,๐๓๖ คน	-	-	-	-
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและ กักตัก (๖) ๒๕๖๑)	๔,๐๐๐ คน	๕,๓๐๕ คน	-	-	-	-	-	-
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ผู้สูงอายุและคนพิการที่ได้รับ บริการทางการแพทย์ (๖) ๒๕๖๑)	๓,๕๐๐ คน	๔,๐๔๓ คน	-	-	-	-	-	-
๓. ประชาชนไม่ได้รับ บริการทางการแพทย์ ที่มีคุณภาพและ มาตรฐานวิชาชีพอย่าง เหมาะสม (๖) ๒๕๖๑)	๓. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน หน่วยงานที่พัฒนาคุณภาพในการ ดำเนินงานร่วมกับประชาชน (๖) ๒๕๖๑)	โครงการที่ ๑ : โครงการสนับสนุน การดำเนินงานของสถานประกอบการ ในอาเซียน (๖) ๒๕๖๑	๓. พัฒนาระบบบริการ การแพทย์เพื่อเสริมศักยภาพ ประเทศประชาคมอาเซียน (๖) ๒๕๖๑)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและ กักตัก (๖) ๒๕๖๑)	-	-	-	-	-	-	-	-
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ผู้สูงอายุระดับพื้นที่ภาคใต้ การดูแลระบบบริการดูแล ระยะกลางในผู้สูงอายุ (๖) ๒๕๖๑)	-	-	-	-	-	-	-	-
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและ กักตัก (๖) ๒๕๖๑)	-	-	-	-	-	-	-	-
				- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : จำนวน ผู้สูงอายุและคนพิการที่ได้รับ บริการทางการแพทย์ (๖) ๒๕๖๑)	-	-	-	-	-	-	-	-

เปรียบเทียบรายงานผลการปฏิบัติงานและ การใช้ว่า ยงบประมาณ ประจําปีงบประมาณ W.ศ. 2561 - 2564 ของกรมการแพทย์

เป้าหมายการ ให้บริการของ	ตัวชี้วัด เป้าหมายบริการ	ผลผลิต / โครงการ ตามเอกสารงบประมาณ	กิจกรรม	ตัวชี้วัดผลผลิต/กิจกรรม	ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓		ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔	
					เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาสังคม สู่สังคมยั่งยืนและยกระดับความ เป็นอยู่ของประชาชน (ปี ๒๕๖๓)	ยกระดับคุณภาพบริการ ศตวรรษสุข (ปี ๒๕๖๓)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : ร้อยละ ผู้ให้บริการผ่านเกณฑ์ระยะเวลาการรอ คอยร้งรักษาไม่เกิน ๖ สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ (ปี ๒๕๖๓)	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๗๓.๔๘	-	-	-	-	-	-
		โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาสังคม และยกระดับความเป็นอยู่ของ ประชาชน (ปี ๒๕๖๓)	๑.การพัฒนาศักยภาพและการ เข้าถึงบริการของประชาชน ๒. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อความมั่นคงในชีวิต (ปี ๒๕๖๓)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : ระดับ ความสำเร็งในการพัฒนาศูนย์ การแพทย์เฉพาะทาง (Center of Excellence) (ปี ๒๕๖๓)	๕ ระดับ	๕ ระดับ	-	-	-	-	-	-
		โครงการที่ ๒ : โครงการพัฒนาสังคม และคุณภาพชีวิตพลเมือง (ปี ๒๕๖๓)	พัฒนาระบบดูแลและยกระดับ การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๓)	- แผนปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : ร้อยละ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้าน สายตาได้รับการดูแลรักษา ครบวงจร (ปี ๒๕๖๓)	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐	-	-	-	-	-	-
					ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	-	-	-	-	-	-



คณะผู้เรียบเรียง

แพทย์หญิงน้ำทิพย์ หมั่นพลศรี
เภสัชกรหญิงอารยา ลักษณะวรรณกุล
นายพิพัฒน์นันท์ ทาริ
นางบุปผา ป่าแดง
นางสาวปรียานุช ทองแดง
นายทัตพร บรรหารศุภวาท

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
โรงพยาบาลเลิดสิน
สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
กองบริการทรัพยากรบุคคล
สำนักนิติกิจการแพทย์

และขอขอบคุณ พี่ ๆ เพื่อน ๆ ชาวกรมการแพทย์ ทุกหน่วยงาน
ที่ให้ความร่วมมือในการส่งข้อมูลประกอบการจัดทำรายงานประจำปีกรมการแพทย์ครั้งนี้



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



รายงานประจำปี
2564 กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข