

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา



แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
(Service Plan)
กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษา	: ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์โสภณ เมฆธน) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 1-12 ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข (นายแพทย์ธงชัย กิรติหัตถยากร)	
ผู้เขียน	: คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาจักษุ)	
กองบรรณาธิการ	: แพทย์หญิงจิรวรรณ อารยะพงษ์ นางทัศนีย์ สุมามัลย์ นางพิจณา เพ็ญกิตติ นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์	: นางภัทราพร จงพิพัฒน์วัฒน์ นางธัชนันท์ สิงห์ทัต นางธนกร ฐ เปียสวน นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	: นางวิราณี นาคสุข นางสาวสุประวีณ์ เมฆฉาย นางสมสินี เกษมศิลป์ นางสุนันท์ เมฆทรงกลด นางชวนพิศ อัครปัญญาวิทย์ นางสุภาพร ทัพพะวัฒน์นะ นางณัฐภิญญา รังสินธุ์ นางพุลศรี ไชยประสิทธิ์ นางลดาวลัย นกหมุด	: นางสาวเรืองรำไพ พันธุ์เมธิศรี นางจิตติมา ศรศุภรัตน์ นางสาววราภรณ์ อ่าช้าง นายพิทยา สร้อยสำโรง นางอรชร พุกฤษ์สุวรรณ นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์ นางจอมขวัญ รุ่งโชติ นางอรุณศรี ตันติวารภรณ์
ผู้ประสานงาน	: นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	: นางสาววราภรณ์ อ่าช้าง
จัดพิมพ์และเผยแพร่	: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
พิมพ์ที่	: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด	
ปีที่พิมพ์	: กรกฎาคม 2556	
จำนวน	: 5,000 เล่ม	
ISBN	: 978-616-11-1615-6	

คำนำ

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

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

สำนักบริหารการสาธารณสุข หวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่จัดทำขึ้น จะเป็นประโยชน์ต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นกรอบการพัฒนาขีดความสามารถของระบบบริการที่สามารถบริการเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการ นำไปสู่การที่ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำนักบริหารการสาธารณสุข
กรกฎาคม 2556

สารบัญ

บทที่ 1	
แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาจักษุวิทยา	1
บทที่ 2	
วัตถุประสงค์การจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาจักษุวิทยา	4
บทที่ 3	
เกณฑ์การพัฒนาขีดความสามารถสถานบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	6
บทที่ 4	
แนวทางการดำเนินงาน กลยุทธ์ในการดำเนินงาน 3 Approach ของ สาขาจักษุวิทยา	9
บทที่ 5	
การกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Monitoring And Evaluation)	11
เอกสารอ้างอิง	13
ภาคผนวก	15
- สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 209/2555 เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ	
- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	
- ภาพที่ 1 แผนที่แสดงการแบ่งเขตสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ	
- ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลประชากร สถานบริการสาธารณสุข และทรัพยากรสุขภาพ เขตสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ ปี 2555	
- ตารางที่ 2 แสดงสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรแยกรายเขตสุขภาพ	
- ตารางที่ 3 แสดงจำนวนจักษุแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตาที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข แยกรายเขตบริการสุขภาพ (ข้อมูลสำรวจ มกราคม 2556)	
- ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผ่าตัดต้อกระจก โดยสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555	

บทที่ 1

แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาจักษุวิทยา

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขาจักษุวิทยา ได้มีการกำหนดแนวทางการจัดทำ service plan 5 ปี (พ.ศ. 2556-พ.ศ. 2560) สาขาจักษุวิทยาขึ้น เพื่อสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสถานะตาบอดและสายตาเลือนรางของประชากรในพื้นที่ทั้ง 12 เครือข่ายบริการสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิด vision 2020 ขององค์การอนามัยโลกและ Seamless Health Care Network

2. การวิเคราะห์สภาพปัญหาสถานะตาบอดและสายตาเลือนรางของประเทศไทย

สถานะตาบอดและสายตาเลือนรางรวมทั้งโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขเป็นข้อมูลที่สำคัญและมีความสำคัญยิ่งต่อการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพตา เพื่อนำไปกำหนดนโยบายและจัดกิจกรรมต่างๆ ในการที่จะแก้ปัญหาตาบอดและสายตาพิการให้ตรงกับข้อเท็จจริงตามสถานะสาธารณสุขในปัจจุบัน ตลอดจนการจัดบริการทางตาให้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลและส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คณะทำงานโครงการส่งเสริมสุขภาพตา ได้มีการจัดทำโครงการสำรวจ ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยระดับวิทยาของโรคตา โดยเฉพาะในเรื่องของตาบอด สายตาเลือนราง และโรคตาที่เป็นสาเหตุสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยจัดทำโครงการสำรวจระดับชาติดังกล่าวมาแล้ว 4 ครั้ง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การสำรวจครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2526 ทำให้ทราบถึงสถานะตาบอดของประเทศ พบว่า ความชุกของตาบอดเท่ากับ 1.14 % ซึ่งโดยมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกถือได้ว่า ขณะนั้นประเทศไทยมีคนตาบอดมากและเป็นปัญหาทางสาธารณสุข อันสะท้อนถึงสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนยังไม่ดี การจัดบริการทางด้านสาธารณสุขมูลฐานยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะในส่วนของ การดูแลสุขภาพตาเบื้องต้น โรคที่เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ตาบอด คือ โรคต้อกระจก พบว่ามีความชุก 47% ด้วยข้อมูลดังกล่าวคณะทำงานโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาพิการ จึงกำหนดนโยบายให้ลดสถานะตาบอดลงโดยการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพสายตาผู้ป่วยโรคต้อกระจกด้วยการรณรงค์ทำผ่าตัดต้อกระจกพร้อมกับการให้แว่นตาที่เหมาะสมในราคาประหยัด ซึ่งการทำผ่าตัดต้อกระจกในงานปกติขณะนั้นทำได้ปีละไม่เกิน 5,000 รายทั่วประเทศเพิ่มเป็น 10,000 ราย/ปี และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี นอกจากนี้ ยังจัดกิจกรรมฝึกอบรมบุคลากรทางตาทุกระดับ ได้แก่ แพทย์ดูแลรักษาโรคตา พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา และเน้นการดูแลรักษาโรคตาเบื้องต้น (Primary Eye Care) ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม เป็นการพัฒนาให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลและรักษาสุขภาพตาของตนเอง

การสำรวจครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2530 ทั้งช่วงระยะจากรั้งแรก 4 ปี ซึ่งนอกจากจะเป็นการสำรวจเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรคตาแล้ว ยังเป็นการประเมินผลกระทบที่เกิดจากนโยบายและกิจกรรมที่ได้ดำเนินมาในการสำรวจครั้งที่ 1 ได้พบว่า ความชุกของตาบอดในประเทศลดลงเหลือ 0.58% โดยมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกถือว่า มีปริมาณของตาบอดอยู่ในระดับปานกลาง

แสดงให้เห็นว่า สภาวะตาบอดของประเทศลดลงในระดับที่น่าพอใจสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนดีขึ้นเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า นโยบายและกิจกรรมที่กำหนด เพื่อแก้ปัญหาตาบอดในขณะนั้นถูกต้องเหมาะสม การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและคุณภาพแต่โรคที่เป็นสาเหตุตาบอด ก็คงเป็นโรคต่อกระจกตามเดิม โดยพบร้อยละ 73 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ประเทศไทยมีปัญหาต่อกระจกตกค้างสะสม (cataract backlog) มาเป็นเวลานาน การรณรงค์ผ่าตัดในระยะเวลายังสั้นยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ รวมทั้งเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีการใช้เลนส์ (แก้วตา) เทียมทำให้มีผู้มารับบริการมากขึ้น กลุ่มด้อยโอกาสจึงเข้าถึงบริการได้ลดลง ดังนั้น นโยบายและกิจกรรมป้องกันตาบอดจึงต้องดำเนินต่อไปโดยเปิดโอกาสให้กลุ่มด้อยโอกาสเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

การสำรวจสภาวะตาบอด ครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2537 พบว่า ความชุกของคนไทยตาบอดลดลงเป็นร้อยละ 0.31 และโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญ คือโรคต่อกระจก (74%) ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรไทย ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุเริ่มมีสัดส่วนมากขึ้น โรคที่เกิดจากความเสื่อมตามวัยจึงพบมากขึ้น และจากผลการสำรวจมีแนวโน้มว่าจะมีโรคตาของผู้สูงอายุอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคต้อหิน โรคจอประสาทตาและจุดรับภาพเสื่อม และโรคตาบอด ในวัยทำงาน ได้แก่ เบาหวานในจอประสาทตา ซึ่งเป็นโรคตาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และเป็นไปในทิศทางเดียวกับโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและการทุพพลภาพของคนไทยในขณะนั้นการดำเนินโครงการป้องกันตาบอดจึงมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพตา ร่วมไปกับการดำเนินโครงการป้องกันตาบอดและสอดคล้องกับโครงการ Vision 2020 The Right to Sight ซึ่งเริ่มรณรงค์ทั่วโลก รวมทั้งเปลี่ยนชื่อโครงการป้องกันตาบอดเป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพตา พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะทำงาน ตั้งแต่ปี 2540 ได้มีการรณรงค์ผ่าตัดต่อกระจกในโครงการแก้วตา ดวงใจ เพื่อลดปัญหาต่อกระจกตกค้างให้หมดไป และเพิ่มการอบรมแพทย์ต่อยอดทางจักษุวิทยาทางด้านต้อหิน จอประสาทตา กระจกตา กล้ามเนื้อตา เพื่อบริการผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรคตาที่เปลี่ยนแปลงไป

การสำรวจสภาวะตาบอด ครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่า ประชากรไทยมีความชุกของตาบอด ร้อยละ 0.59 (พบในเพศชายร้อยละ 1.03 มากกว่าเพศหญิงซึ่งพบร้อยละ 0.29) และสายตาเลือนรางร้อยละ 1.57 (พบในเพศหญิงร้อยละ 1.93 มากกว่าเพศชายซึ่งพบร้อยละ 0.93) ประเมินการณ์ว่า มีประชากรชายมีสายตาพิการ 1,594,277 คน และประชากรหญิงมีสายตาพิการ 2,370,692 คน เมื่อมาพิจารณาความพิการทางตาทุกประเภทพบว่า เพิ่มขึ้นตามอายุของประชากรที่มากขึ้น และเพิ่มในอัตราที่สูง เมื่ออายุมากกว่า 60 ปี เพศหญิงมีความพิการทางสายตามากกว่าเพศชาย และพบว่า ประชากรวัย 60-69 ปีและ 70-79 ปี มีสายตาพิการ (รวมสายตาเลือนราง 1 ตา, สายตาเลือนราง 2 ตา, ตาบอด 1 ตา, ตาบอด 2 ตา และสายตาเลือนราง 1 ตาร่วมกับตาบอด 1 ตา) ถึง 656,543 คนและ 771,610 คน โดยเพศหญิงพบมากกว่าเพศชายในการปรับค่าความพิการทางสายตาตามภาคพบว่า ภาคกลางมีความพิการตาบอดสองข้างมากที่สุดร้อยละ 2.15 นอกจากนั้น มีความพิการตาบอดสองข้างไม่แตกต่างกันมาก คือ อยู่ระหว่างร้อยละ 0.18-0.40 ยกเว้นภาคตะวันออกที่มีเพียงร้อยละ 0.09 เท่านั้น สาเหตุตาบอดและสายตาเลือนรางที่พบมากที่สุด คือ ต้อกระจก แต่พบเป็นอัตราส่วนที่ลดลง สาเหตุที่ทำให้ประชากรมีสายตาพิการมากที่สุด คือ มีความผิดปกติของสายตาและไม่มีแว่นตาใส่ พบมากถึงร้อยละ 24.35 คิดเป็นประชากรไทย (ที่ควรใส่แว่นตาแต่ยังไม่ใส่แว่นตาใส่) เป็นจำนวน 15,301,032 คน และทำให้ตาบอด 101,602 คน สาเหตุที่พบรองลงมา คือ ต้อกระจก พบร้อยละ 8.95 คิดเป็นประชากร 5,626,268 คน และทำให้ตาบอด 98,336 คน ซึ่งคาดว่า จะเป็นต่อกระจกตกค้างในปัจจุบัน ต้อหินพบร้อยละ 4.56 คิดเป็นประชากร 2,865,087 คน ทำให้ตาบอด 17,465 คน

นอกจากนี้พบว่า ตาเหล่ จุดศูนย์กลางจอประสาทตาเสื่อม และเบาหวานในจอประสาทตาพบได้ร้อยละ 1.42, 1.27 และ 1.12 ตามลำดับ คิดเป็นประชากร 890,431 คน, 799,256 คน และ 705,537 คน และมีตาบอด 237 คน, 21,425 คน, 3,011 คน ซึ่งตาเหล่และสายตาสั้นที่ผิดปกติรวมกันทำให้เกิดสายตาสั้นถึงร้อยละ 0.69 คิดเป็นประชากร 431,013 คนแต่ไม่ทำให้เกิดตาบอดสองข้างเลย โรคตาที่พบบ่อยแต่ไม่ใช่อุปสรรคสุขภาพได้แก่ ต้อเนื้อที่ลามมาถึงรูม่านตา พบร้อยละ 2.53 หรือพบในประชากร 1,589,751 คน ทำให้มีการมองเห็นระดับตาบอด 14,700 คน โรคแผลเป็นของกระจกตาและกระจกตาขุ่น พบได้ร้อยละ 0.91 ในประชากร 570,903 คนทำให้เกิดตาบอด 12,403 คน ส่วนน้อยเกิดจากผลของการสลายต้อกระจกและการผ่าตัดต้อแบบแผลเล็กในระยะเริ่มแรก (corneal decompensation during learning curve) และเกิดจากอุบัติเหตุเล็กน้อยจากการทำงานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง หรือประชากรไม่ให้ความสำคัญในระยะแรก สาเหตุส่วนใหญ่ของแผลเป็นในกระจกตา เกิดจากขตาแยงตา หนึ่งตาม้วนเข้า หรือหนึ่งตาเบะออกทำให้เกิดแผล หรือตาแห้ง ซึ่งจากการสำรวจพบว่า ประชากรมีหนึ่งตามืดปกต้อร้อยละ 0.47 หรือเป็นประชากร 292,181 คนและทำให้เกิดตาบอด 3,104 คน ถ้าดูโรคที่ทำให้สายตาสั้นการร้ายภาค พบว่า แต่ละภาคไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อมาพิจารณาถึงสาเหตุของสายตาสั้นการพบว่าเป็นจากความเสื่อมมากที่สุดประมาณร้อยละ 18.25 และสาเหตุที่พบบรองลงมาคือ ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดพบได้ร้อยละ 1.33 และเมื่อมาพิจารณาในแต่ละจังหวัด พบว่า จำนวนจักษุแพทย์ต่อจำนวนประชากร มิใช่ปัจจัยสำคัญเพียงประการเดียวที่จะพยากรณ์ความชุกของตาบอดและสายตาสั้นการร้ายในการสำรวจครั้งนี้ เพราะยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ การเลือกพื้นที่ในการสำรวจ ระบบการบริการสาธารณสุข และผู้บริหารสาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งสภาพเศรษฐกิจ สังคม และค่านิยมในการดำรงชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกับตาบอดจากการสำรวจของ WHO กับผลการสำรวจตาบอดครั้งที่ 4 ของประเทศไทย พบว่า สาเหตุของตาบอดใกล้เคียงกัน ดังตาราง

Cause	Global Blindness 2010	Thailand Blindness 2008
1. Cataract	51%	51%
2. Glaucoma	8%	9.8%
3. AMD + Diabetic retinopathy	5% + 1%	6.5% + 2.5%
4. Childhood blindness	4%	5.7%
5. Cornea opacity	4%	5%

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบสาเหตุของการตาบอด WHO กับ ของประเทศไทย (สำรวจครั้งที่ 4)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ จึงได้นำมากำหนดกรอบแนวทางการพัฒนาระบบบริการทางจักษุวิทยา ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2555-2560) ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. โรคต้อกระจก (cataract)
2. โรคต้อหิน (glaucoma)
3. โรคจอประสาทตา (retinal disease)
4. โรคตาบอดในเด็ก (childhood blindness) และโรคจอประสาทต้ามืดปกต้อในเด็กคลอดก่อนกำหนด (Retinopathy of prematurity ; ROP)
5. โรคกระจกตา (corneal disease)

บทที่ 2

วัตถุประสงค์การจัดทำแผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
(service plan) สาขาจักษุวิทยา

1. เป้าประสงค์

เพื่อให้ประชาชนไทยมีสุขภาพตาที่ดี ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สถานบริการสุขภาพได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพขีดความสามารถของระบบบริการ ทั้งด้านการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา การส่งเสริมป้องกันโรค รวมถึงการส่งต่อและการประเมินผลการกำกับ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตาทั้งระบบ

2. เพื่อกำหนดขอบเขตแนวทางการพัฒนาบุคลากร และใช้ประกอบการพิจารณาจัดสรรบุคลากรให้กับ หน่วยบริการโดยการส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้บุคลากรให้มีศักยภาพ ทักษะการปฏิบัติงาน ตามระดับขีดความสามารถของระบบบริการในแต่ละระดับ เน้นการใช้บุคลากรในเขตเครือข่ายบริการร่วมกันให้เกิดระบบบริการ ที่ลดการรอคอยและลดค่าใช้จ่ายให้กับประชาชน

3. เพื่อกำหนดขอบเขตแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากร ให้เขตบริการสุขภาพได้ใช้ประกอบการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรให้กับหน่วยบริการ โดยเน้นศักยภาพ ระดับขีดความสามารถของระบบบริการในแต่ละระดับ แต่ต้องอยู่ภายใต้การตัดสินใจร่วมกันในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

3. เป้าหมายการดำเนินงานในระยะ 5 ปี การพัฒนาระบบบริการ สาขาจักษุวิทยา ดังต่อไปนี้

1. เพื่อลดอัตราตาบอดในประเทศไทย ให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.50
2. เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดต่อกระจกของผู้ป่วย
3. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางจักษุทั้งการคัดกรอง รักษา ส่งเสริม ป้องกัน รวมถึงฟื้นฟู ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับตามเกณฑ์มาตรฐาน
4. ลดการส่งต่อโรคทางจักษุออกนอกเครือข่ายบริการสุขภาพ

4. ตัวชี้วัดหลักรายโรค ตามเป้าหมาย (ระยะ 5 ปี)

1. Blinding Cataract
 - 1.1 อัตราการคัดกรองวัดสายตาในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ75)
 - 1.2 ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกใน 30 วัน (ร้อยละ80)
 - 1.3 ระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดต่อกระจกเฉลี่ย (90 วัน)
2. Diabetic Retinopathy
 - 2.1 ความครอบคลุมของการคัดกรอง DR (ร้อยละ80)
 - 2.2 ผู้ป่วย High risk DR ได้รับการรักษาภายใน 30 วัน (ร้อยละ100)

3. Glaucoma

3.1 อัตราการคัดกรองต้อหินในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

3.2 มี Preferred practice pattern (PPP) รักษาโรคต้อหินควบคุมได้ดี ที่ระดับ รพช.

4. Childhood blindness

4.1 อัตราการตรวจ ROP ในเด็กทารกกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ100)

4.2 รพช.ในเขตบริการสุขภาพสามารถรักษา ROP ได้ (12 แห่ง)

4.3 อัตราการวัดสายตาในเด็ก (ร้อยละ100)

5. Corneal opacity

5.1 จำนวนผู้บริจาคดวงตาเพิ่มขึ้น

5.2 รพช.ที่สามารถผ่าตัดกระจกตาได้ (1 แห่ง/ภาค)

6. ลดอัตราการส่งต่อออกนอกเครือข่ายลง (ร้อยละ50)

5. แหล่งข้อมูลการจัดเก็บตัวชี้วัด

5.1 จากแฟ้มข้อมูลของสถานบริการในระบบรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข:สนย. (ข้อมูล 43 แฟ้ม) เช่น ข้อมูล diabetic retinopathy : DR จากการคัดกรอง ฯลฯ

5.2 จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ข้อมูล blinding cataract จากข้อมูล ICD จับที่รหัสผู้ป่วย diagnosis cataract และรหัสย่อยที่ H 54 (เป็นตัว mark ระดับสายตาที่เป็น blinding)

6. การรายงานผล

- | | |
|------------------|-----------------------------------|
| 6.1 ระดับจังหวัด | รายงานโดย คลินิกโรคตาของโรงพยาบาล |
| 6.2 ระดับเขต | รายงานโดย สำนักตรวจราชการของเขต |
| 6.3 ระดับกระทรวง | รายงานโดย สำนักบริหารการสาธารณสุข |

บทที่ 3

เกณฑ์การพัฒนาขีดความสามารถสถานบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

เพื่อให้สถานบริการสุขภาพ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถจัดระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (service plan) คณะกรรมการฯ สาขาจักษุวิทยา จึงได้กำหนดแนวทางและเกณฑ์การดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. เกณฑ์การพัฒนาการด้านศักยภาพ/ขีดความสามารถในการให้บริการ
2. เกณฑ์การพัฒนาด้านครุภัณฑ์/เวชภัณฑ์/สถานที่
3. เกณฑ์การพัฒนาด้านศักยภาพบุคลากร/อัตรากำลัง

ซึ่งได้กำหนดให้ความหมายระดับในตาราง ดังต่อไปนี้

ระดับ 1 หมายถึง รพศ. ที่วางแผนเป็น Excellence Eye Center จำนวน 1 รพศ. ต่อเครือข่ายบริการสามารถให้บริการได้ครบทั้ง 5 ประเด็นกลุ่มโรคที่สำคัญ Cataract, Retina, Glaucoma, Childhood และ Cornea

ระดับ 2 หมายถึง รพศ. รพท. หรือ รพช. ที่มีจักษุแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล

ระดับ 3 หมายถึง รพช. แม่ข่าย M2 และ รพช. ขนาดใหญ่ F1 ที่วางแผนให้มีพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาอย่างน้อย 1 คน

ระดับ 4 หมายถึง รพช. F2 รพช. ขนาดเล็ก F3 และ รพช. สร้างใหม่วางแผนให้มีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับการอบรมทางจักษุวิทยาเพิ่มเติม อย่างน้อย 1 คน

ระดับ 5 หมายถึง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (คสม.) และ รพ.สต

1. เกณฑ์การพัฒนาศักยภาพ/ขีดความสามารถในการให้บริการ

เกณฑ์	ระดับ 1 รพ.ที่ให้บริการครบ 5 ประเด็นโรค	ระดับ 2 รพ.ที่มีจักษุแพทย์	ระดับ 3 รพช.แม่ข่าย M2 รพช.ขนาดใหญ่ F1	ระดับ 4 รพช. F2 รพช.ขนาดเล็ก F3	ระดับ 5 รพ.สต.
1.1 ด้าน การวินิจฉัย	ระดับ 2 ร่วมกับ - FFA / ICG - B-scan ultrasound - Fundus exam in children ด้วย Pedriatic Retinal Camera - OCT - Nerve fiber layer analysis - Corneal topography - ERG / EOG / VEP (ใน รพศ. node ที่มี ศักยภาพพอ)	ระดับ 3 ร่วมกับ - IOP by Applanation และ Non-contact - Refraction & Keratometry - Gonioscopy - Visual field testing - A-Scan biometry / Laser biometry - Fundus Examination - Orthoptic work up - Tear function test	ระดับ 4 ร่วมกับ - IOP by Schiottz / Non- contact - ถ่ายภาพจอประสาทตาด้วย Non-mydratic Fundus Photography ให้บริการ ครอบคลุม รพช.เครือข่ายได้	ระดับ 5 ร่วมกับ - IOP by Schiottz	- วัดสายตา ด้วย snellen chart - ตรวจตา ด้วย ไฟฉาย ธรรมดา

1. เกณฑ์การพัฒนาศักยภาพ / ชีตความสามารถในการให้บริการ

เกณฑ์	ระดับ 1 รพ.ที่ให้บริการครบ 5 ประเด็นโรค	ระดับ 2 รพ.ที่มีจักษุแพทย์	ระดับ 3 รพช.แม่ข่าย M2 รพช.ขนาดใหญ่ F1	ระดับ 4 รพช. F2 รพช.ขนาดเล็ก F3	ระดับ 5 รพ.สต.
1.2 ด้าน การรักษา & ส่งเสริม ป้องกัน	ระดับ 2 ร่วมกับ - Vitreo-retinal surgery - Corneal transplant - Oculaplastic surgery - Refractive surgery - Glaucoma surgery with shunt - Goniotomy / Gonio- synechialysis - Laser Trabeculoplasty - Neuro-ophthalmology - Pediatric Ophthalmology - Complicated Uveitis - Visual Rehabilitation - Ocular Cancer - เป็น Training Center ทางจักษุ (ร่วมกับ รพ.แพทย์)	ระดับ 3 ร่วมกับ - Surgery of Eyelid and Conjunctiva - Cataract surgery - Glaucoma Filtering Surgery - Laser Iridotomy/ Iridoplasty - Laser Capsulotomy - Pan/Focal Retinal Photocoagulation - Muscle Surgery - Trauma Eye Procedure - Lacrimal Surgery - เป็นที่ปรึกษาด้านส่งเสริม ป้องกันให้แก่ รพ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย	ระดับ 4 ร่วมกับ - Corneal / Conjunctival FB removal - Chemical Burn เบื้องต้น - ให้อาต่อดิน ในผู้ป่วย ที่ควบคุมได้ตาม Prefered Practice Guideline	ระดับ 5 ร่วมกับ -10 โรค 1. Conjunctivitis 2. Pterygium 3. Glaucoma 4. Uveitis 5. Cataract 6. Corneal ulcer 7. Eye injury 8. Ocular foreign body 9. Xerophthalmia 10. Trachoma	- ให้สูขศึกษา เกี่ยวกับ การส่งเสริม และป้องกัน

2. เกณฑ์การพัฒนาด้านครุภัณฑ์ / เวชภัณฑ์ / สถานที่

2.1 ด้าน สถานที่	ระดับ 2 ร่วมกับ - มีห้องผ่าตัดตา 2-3 ห้อง - มีหอผู้ป่วยจักษุ อย่างน้อย 1 หอ - Eye bank	ระดับ 3 ร่วมกับ - มีห้องผ่าตัดตาดอย่างน้อย 1 ห้อง - มีผู้ป่วยใน ≥ 1 15-30 เตียง (อาจใช้ ร่วมกับหอผู้ป่วยอื่น)	- มีห้องสำหรับให้บริการ ตรวจรักษาโรคตา		
2.2 ด้าน เครื่องมือ/ เวชภัณฑ์	ระดับ 2 ร่วมกับ - OCT - Fundus camera FFA / ICG - Retcam - Vitrectomy - Endo laser - SLT laser - Corneal topography - Pachymeter - Excimer - ERG / EOG / VEP - A-B scan biometry	ระดับ 3 ร่วมกับ - Keratometer - Applanation tonometer/ other tonometer - Visual field analyzer - Gonio lens - Fundus Lens (Diagnostic & Treatment) - Indirect ophthalmoscope - Prism sets - Exophthalmometer - A-scan - IOL biometry by laser - Yag laser - Laser photocoagulation - Operating microscope - Phacoemulsifier - Surgical instruments	ระดับ 4 ร่วมกับ - Fundus Camera (ใช้ร่วมกันในเครือข่าย)	ระดับ 5 ร่วมกับ - Direct ophthalmoscope - Schiozt	- Snellen chart พร้อม occluder & PH - ไฟฉาย

3. เกณฑ์การพัฒนาด้านอัตรากำลังคน

เกณฑ์	ระดับ 1 รพ.ที่ให้บริการครบ 5 ประเด็นโรค	ระดับ 2 รพ.ที่มีจักษุแพทย์	ระดับ 3 รพช.แม่ข่าย M2 รพช.ขนาดใหญ่ F1	ระดับ 4 รพช. F2 รพช.ขนาดเล็ก F3	ระดับ 5 รพ.สต.
1. บุคลากร แพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - Retina \geq 2 คน - Glaucoma \geq 1 คน - Cornea \geq 1 คน - Pediatric/Oculoplastic \geq 1 คน - จักษุแพทย์ทั่วไป \geq 5 คน 	<ul style="list-style-type: none"> - จักษุแพทย์ 1-4 คน (1 : 100,000 ปชก.) 			
2. บุคลากร พยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา (สัดส่วน 2 คนต่อจักษุแพทย์ 1 คน) 	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา (สัดส่วน 2 คนต่อจักษุแพทย์ 1 คน) 	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับการอบรมทางตา \geq 1 คน 	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับการอบรมทางตา \geq 1 คน 	
3. Support team	<ul style="list-style-type: none"> - นักทัศนมาตรศาสตร์ - Ophthalmic technician - Visual Rehab 	<ul style="list-style-type: none"> - Ophthalmic technician 			

บทที่ 4

แนวทางการดำเนินงาน กลยุทธ์ในการดำเนินงาน 3 Approach ของ สาขาจักษุวิทยา

ตารางแสดงวิธี Approach สาขาจักษุวิทยา

วิธี Approach		
ระดับระบบบริการ	Main Activity ที่สำคัญ/จุด Attack	ประเด็นสำคัญการพัฒนา
<ul style="list-style-type: none"> • Eye Excellence Center (ระดับ 1)* • Excellence Center เฉพาะด้าน (ระดับ 2+)** : Retina → Glaucoma → Cornea	<ul style="list-style-type: none"> • การค้นหา Blinding Cataract ในชุมชน แบบ active case finding • การคัดกรอง DR • การจัดระบบส่งต่อรายโรค (Retina, Glaucoma, Cornea) กรณีซับซ้อนเกินศักยภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> • Blinding Cataract • Retina : Diabetic Retinopathy, Retinal detachment, • Glaucoma • Childhood problem : ROP, Refractive error induced amblyopia • Cornea

*ระดับ 1 หมายถึง รพศ. ที่วางแผนเป็น Excellence Eye Center จำนวน 1 รพศ. ต่อเครือข่ายบริการ สามารถให้บริการได้ครบทั้ง 5 ประเด็นกลุ่มโรคที่สำคัญ Cataract, Retina, Glaucoma, Childhood และ Cornea

**ระดับ 2+ หมายถึง รพศ./รพท. ที่ให้บริการเฉพาะด้านได้ ในบางสาขา เช่น Retina, Glaucoma, Cornea, Pediatric

เป้าหมายของการดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา

ประเด็นสำคัญของการบริการที่จะพัฒนา	แนวทางการดำเนินการ	ตัวชี้วัด
1. Blinding Cataract 1.1) ค้นหา Blinding cataract รายใหม่ ในชุมชน (เหตุผล : พบผู้ป่วยตาบอดในชุมชน ทั้งๆ ที่มีการรณรงค์ผ่าตัดต่อกระจกมาตลอด)	1. Blinding Cataract 1.1) Active case finding : <ul style="list-style-type: none"> • กำหนดนโยบายระดับเขต จังหวัด ให้มีการค้นหาผู้ป่วยตาบอดในชุมชน โดยร่วมมือกันทุกระดับ เช่น รพ.สต. อสม. และท้องถิ่น • หาแหล่งงบประมาณในการค้นหา เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (งบกองทุนสุขภาพตำบล) ภาคเอกชน 	1. Blinding Cataract 1.1) อัตราการคัดกรองวัดสายตาในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป (75 %) อายุที่เหมาะสมในการคัดกรอง (60ปี)
1.2) ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดในผู้ป่วย Blinding cataract (เหตุผล : เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ)	1.2) จัดระบบ Fast Track สำหรับผ่าตัดต่อกระจกชนิด Blinding Cataract 1.3) มีการจัดระบบบริการผ่าตัดต่อกระจกในระดับเขต และจังหวัดที่พบวายเป็นปริมาณ ผู้ป่วยรอคิว จำนวนมาก เช่น ร่วมมือทีมจักษุแพทย์ อาสาสมัคร (พอสว. โครงการของเอกชน) เพิ่มจำนวนวันผ่าตัด, ผ่าตัดนอกเวลาราชการ, ออกหน่วยผ่าตัด ฯลฯ	1.2) ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกใน 30 วัน (80%) 1.3) ระยะเวลาคอยผ่าตัดต่อกระจกเฉลี่ย (90 วัน)

เป้าหมายของการดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา (ต่อ)

ประเด็นสำคัญของการบริการที่จะพัฒนา	แนวทางการดำเนินการ	ตัวชี้วัด
2. Diabetic Retinopathy 2.1) การคัดกรอง DR ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากจักษุแพทย์ไม่เพียงพอที่จะออกตรวจจอตาได้ทุกพื้นที่ (เหตุผล : เป็นภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่สามารถรักษาได้ ถ้าเป็นไม่มาก ป้องกันตาบอด)	2. Diabetic Retinopathy 2.1) จัดระบบคัดกรอง DR ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ โดย - มีระบบการยืมใช้ Fundus camera หมุนเวียน Fundus camera ไปแต่ละอำเภอ - อบรมพยาบาล/จนท.รพช.ทุกแห่งสามารถถ่ายภาพจอตาได้ - จัดระบบให้จักษุแพทย์อ่านภาพจอตา (ผ่าน Internet)	2. Diabetic Retinopathy 2.1) ความครอบคลุมของการคัดกรอง DR (80%)
2.2) ผู้ป่วย DR ที่ต้องได้รับการยิงเลเซอร์ มีคิวบริการยาว บางรพ. เครื่องเลเซอร์เสีย (เหตุผล : ผู้ป่วยจะตาบอดถ้าไม่ได้รับการรักษาในเวลาเหมาะสม)	2.2) มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่คัดกรองพบความผิดปกติไปยังหน่วยบริการ ที่มีศักยภาพกว่า ให้เหมาะสมต่อเวลา และเป็นระบบการส่งต่อที่เอื้ออารีต่อกัน	2.2) ผู้ป่วย High risk DR ได้รับการรักษาภายใน 30 วัน (100%)
3. การดูแลผู้ป่วยโรคตาที่มีปัญหาซับซ้อน เกินศักยภาพในปัจจุบัน (เหตุผล : มีการส่งต่อออกนอกเครือข่ายบริการค่อนข้างมาก) • Retinal disease : DR, ROP, RD, AMD • Glaucoma : • Cornea :	3. จัดทำ Referral Mapping ระหว่าง รพ. ในเขตสุขภาพ และร่วมมือกับหน่วยบริการที่เป็นมีศักยภาพนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน เป้าหมายให้เบ็ดเสร็จในเขตสุขภาพ	3. ลดอัตราการส่งต่อออกนอกเครือข่ายลง (50%)
4. Glaucoma (เหตุผล : ต้อหินเป็นสาเหตุที่ทำให้ตาบอดที่สำคัญอีกโรค เนื่องจากต้อหินส่วนใหญ่ ไม่มีอาการทำให้ไม่สามารถรักษาได้ ตั้งแต่แรก และนับเป็นโรคเรื้อรังอีกโรคหนึ่ง)	4. Glaucoma 4.1) การคัดกรอง ค้นหาโรคต้อหินในระยะแรกในผู้ป่วยเบาหวานและ Blinding cataract (Disc evaluation or IOP) 4.2) การรับยาต่อเนื่อง ชมรมต้อหิน จัดทำ Preferred practice pattern (PPP) ให้แพทย์ที่รพช. สามารถส่งรักษาต้อหินที่ควบคุมความดันลูกตาได้ดี	4. Glaucoma 4.1) อัตราการคัดกรองต้อหินในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 4.2) มี Preferred practice pattern (PPP) รักษาโรคต้อหินควบคุมได้ดี ที่รพช.
5. Childhood Blindness (Retinopathy of prematurity, Refractive error with amblyopia) (เหตุผล : ตาบอดในเด็ก แม้จะมีจำนวนไม่มาก แต่เด็กมีอายุอยู่อีกหลายสิบปี ซึ่งจะมีผลต่อ productivity สูง)	5. Childhood blindness 5.1) Retinopathy of prematurity : รพ.ที่มีจักษุแพทย์ ทำการตรวจเด็กในกลุ่มเสี่ยงทุกรายเพื่อค้นหา ROP 5.2) พัฒนาให้ในแต่ละเขตบริการสุขภาพสามารถรักษา ROP ได้ 5.3) Refractive error & Amblyopia in Childhood : กำหนดให้มีการวัดสายตาในเด็กตั้งแต่อนุบาล	5. Childhood blindness 5.1) อัตราการตรวจ ROP ในเด็กทารกกลุ่มเสี่ยง (100%) 5.2) รพช. ในเขตบริการสุขภาพสามารถรักษา ROP ได้ (12 แห่ง) 5.3) อัตราการวัดสายตาในเด็ก (100%)
6. Corneal opacity (เหตุผล : ผู้ป่วยรอรับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจำนวนมาก ในขณะที่ผู้รับบริจาคดวงตาไม่เพียงพอ และรพ. ที่สามารถทำการผ่าตัดได้ไม่เพียงพอ)	6. Corneal opacity 6.1) รมรงค์เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาคดวงตา 6.2) รพช. ขนาดใหญ่ สามารถผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาได้ (ภาคละ 1 แห่ง)	6. Corneal opacity 6.1) จำนวนผู้บริจาคดวงตาเพิ่มขึ้น 6.2) รพช. ที่สามารถผ่าตัดกระจกตาได้ (ภาคละ 1 แห่ง)

บทที่ 5

การกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Monitoring And Evaluation)

ระดับกระทรวง/เขตสุขภาพ

1. จัดทำแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลรายงานตามแผนแม่บท Service Plan 10 สาขา แยกตามเขตสุขภาพ เพื่อให้มีการควบคุมกำกับ ติดตาม การพัฒนาเครือข่ายบริการ รายเขต 12 เขตสุขภาพ ให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด
2. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลสรุปผลรายงานต่อผู้บริหารระดับสูง ตามแผนการปฏิบัติการประจำปี
3. รวบรวมข้อมูลปัญหาและข้อเสนอแนะตามแผนแม่บท Service Plan 10 สาขา เพื่อใช้ในการวางแผนปรับปรุงแผนปฏิบัติการรายเขตบริการสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ

ระดับจังหวัด

1. รวบรวมข้อมูลรายงานตามแผนแม่บท Service Plan 10 สาขา แยกตามข้อมูลรายจังหวัด/รายโรงพยาบาล ส่งเขตสุขภาพ/ส่วนกลาง ตามแบบฟอร์ม และระยะเวลาที่กำหนด
2. รวบรวมข้อมูลปัญหาและข้อเสนอแนะตามแผนแม่บท Service Plan 10 สาขา เพื่อใช้ในการวางแผนปรับปรุงแผนปฏิบัติการ รายจังหวัด/รายโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ
3. ส่งเสริม/พัฒนาทักษะบุคลากร ให้สามารถจัดทำระบบรายงานข้อมูล ที่สามารถ (Registration system) เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
4. มี system manager ในระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการระบบบริการทุกด้าน ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน รักษา ดูแลสุขภาพผู้ป่วย ให้เป็นแนวทางเดียวกัน
5. สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี และตัวชี้วัด ที่กำหนด เช่น รายเดือน รายไตรมาส รายปี

ระดับโรงพยาบาล

1. รวบรวมข้อมูลรายงานตามแผนแม่บท Service Plan 10 สาขา แยกตามข้อมูลรายโรงพยาบาล ส่งจังหวัด/เขต/ส่วนกลางตามแบบฟอร์มที่กำหนด
2. รวบรวมข้อมูลปัญหาและข้อเสนอแนะตามแผนแม่บท Service Plan 10 สาขา เพื่อใช้ในการวางแผนปรับปรุงแผนปฏิบัติการในโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ
3. ส่งเสริม/พัฒนาทักษะบุคลากร ให้สามารถจัดทำระบบรายงานข้อมูล ที่สามารถ (Registration system) เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ รวมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
4. มี case manager ในระดับโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการระบบบริการทุกด้าน ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน รักษา ดูแลสุขภาพผู้ป่วย ให้เป็นแนวทางเดียวกัน

5. สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี และตัวชี้วัด ที่กำหนด เช่น รายเดือน รายไตรมาส รายปี

เนื่องจากการดำเนินงานจำเป็นต้องมีการประเมิน และติดตามเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดการกระตุ้น และเป็นกำลังใจต่อผู้ปฏิบัติงาน ฉะนั้น การประเมินการดำเนินงาน Service Plan แบ่งเป็น 2 ระยะ

1. ระยะแรก

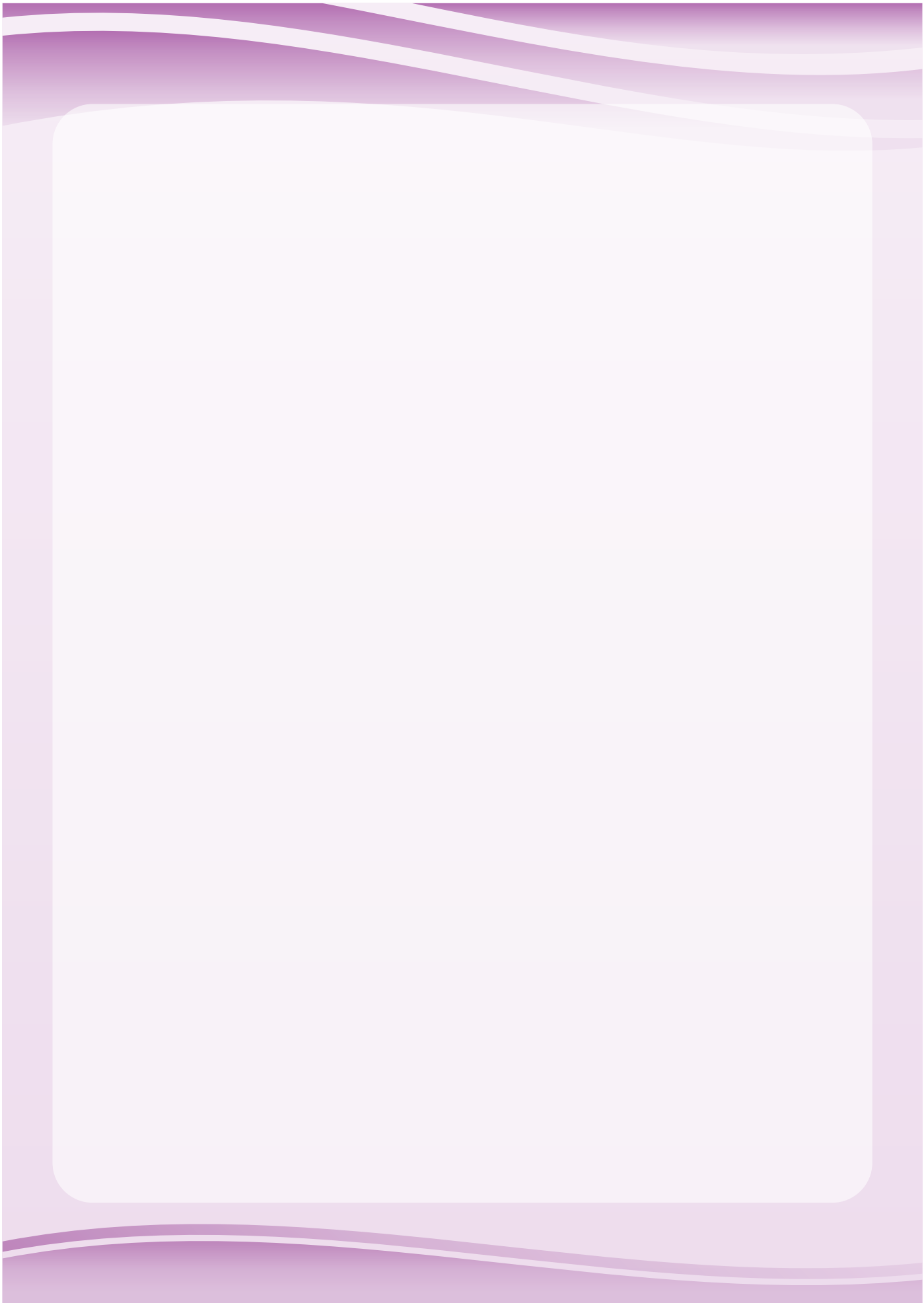
1. ประเมินด้านโครงสร้าง และแผนงาน
 - มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ระดับเขต และจังหวัด
 - มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด องค์ประกอบของคณะกรรมการ
 - ผู้บริหารในระดับจังหวัด
 - ผู้เชี่ยวชาญ ระดับหน่วยบริการระดับ A, S
 - แพทย์ และ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในทุกระดับของหน่วยบริการ
 - มีแผนดำเนินงานระดับเขต ระดับจังหวัด (Action Plan) องค์ประกอบของแผน
 - กำหนดกิจกรรม ที่ตอบสนองต่อเป้าของแต่ละสาขา
 - กำหนดหน่วยบริการที่ต้องเพิ่มศักยภาพในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน
 - มีภาพของการช่วยเหลือและ Share Resource
2. การดำเนินกิจกรรมบริการที่ได้กำหนดไว้ในคู่มือแนวทางการดำเนินงานเล่มนี้ สามารถประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของปัญหาในพื้นที่ได้ตามความเหมาะสม
3. ด้านการ Share Resource ในแต่ละระดับของเขตสุขภาพรวมถึงหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกรมต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงอื่นๆ หรือภาคเอกชน

2. ระยะสอง

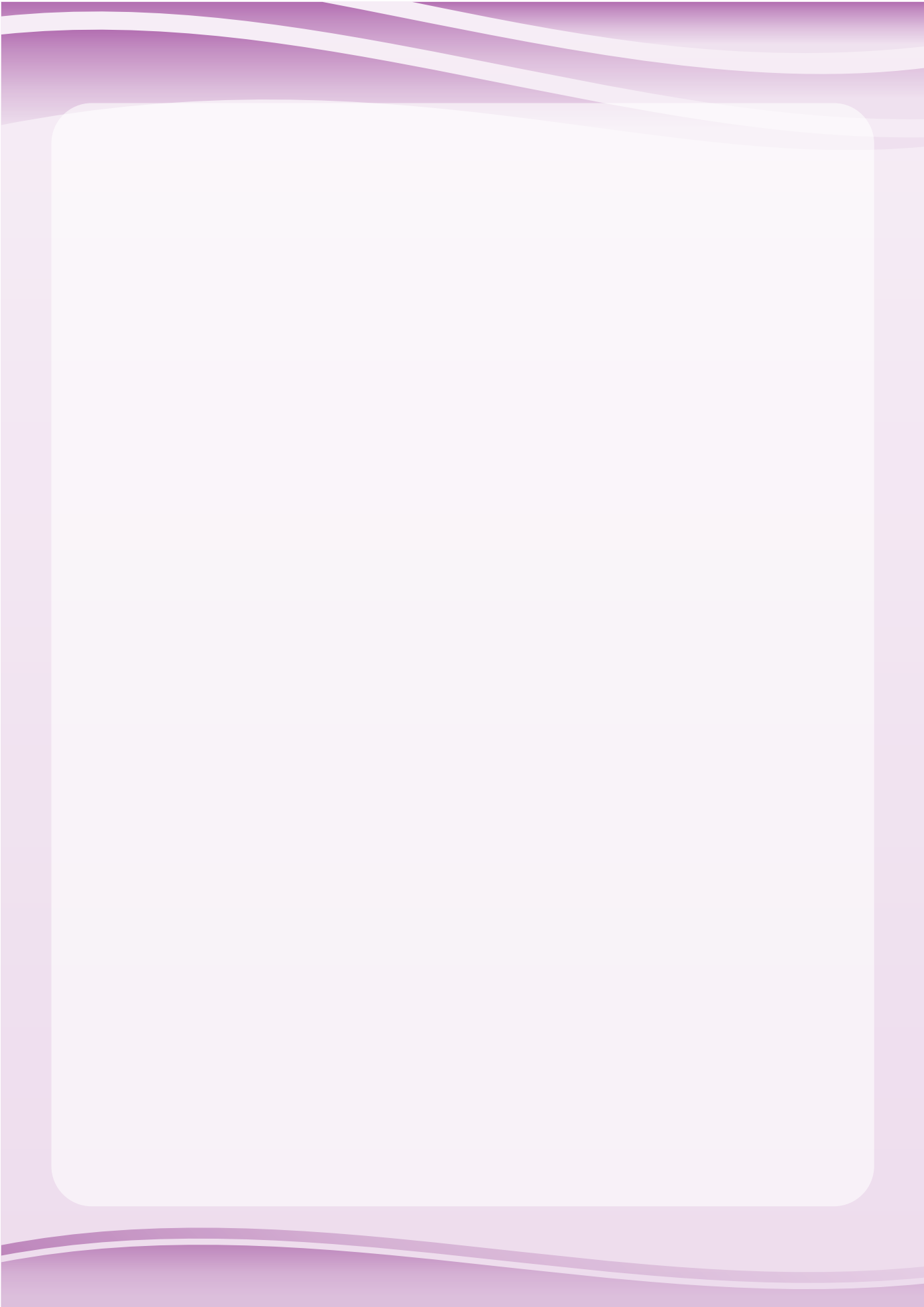
1. ประเมินตามเป้าหมาย 5 ประเด็นหลัก (ลดป่วย ลดตาย ลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย การบริการที่ได้มาตรฐาน) ใช้ข้อมูลส่วนหนึ่งจากการส่งรายงานประจำ เช่น ข้อมูล 12 แฟ้ม 43 แฟ้ม ในการประเมิน และส่วนหนึ่งจากการสำรวจข้อมูลประชากรตาบอด
2. มีผู้รับผิดชอบและเก็บข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างเป็นระบบ ในระดับหน่วยบริการ ระดับจังหวัด ระดับเขต และ ระดับกระทรวง (โดย สำนักบริหารการสาธารณสุข : สบรส.)

เอกสารอ้างอิง

- 1) Jenchitr W, Pongprayoon C. The national programmes for the prevention of blindness and eye health promotion in Thailand. Thai J Pub HlthOphthalmol 2003;17:6-19
- 2) Srisupan V. Primary Eye Care. Thai J Ophthalmol 1998;12:115-24
- 3) Jenchitr W, Samaiporn S, Angkawinijwong T, Bharksuwana E, Pothikamjorn S. Outreach cataract for commemoration to King Bhumibhol. Thai J ophthalmol 1987;1:59-66
- 4) Srisupan V, Mass cataract intervention in the context of Primary Health Care. Thai J Pub HlthOphthalmol 1995;9: 76-86
- 5) Pongnumkul P. Intraocular lens in Thailand. Thai J Pub HlthOphthalmol 1991;5:93-107
- 6) Wongvejsawasdi S. Epidemiology of blindness and low vision in Thailand 1994. Report of the second national evaluation of Prevention of Bindness program in Thailand. Lampang, Thailand: Kijseri: 1997
- 7) Kulyanond P. Vongkittiruk K. The first survey of cataract blindness and treatment coverage in Thailand 1997. Lampang, Thailand:Kijseri; 1997
- 8) Sriprapandh S., Permanent Secretariat. The policy of Ministry of Public Health on Prevention of Blindness and Eye Health Promotion. Thai J Pub HlthOphthalmol 2000;14:115-16
- 9) Sriprapandh S. Permanent Secretariat. Vision2020: The Right to Sight. Thailand declaration of support to the global mission. Thai J Pub HlthOphthalmol 2000;14:119-20
- 10) เอกสารการประชุมวิชาการ พลังปัญญา สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระหว่างวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547 ครั้งที่ 1 ณ โรงแรม รอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร
- 11) Konyama K. Evaluation of cataract intervention program. Thai J Pub HlthOphthalmol 2001;15:149-63
- 12) Konyama K. Cataract epidemiology screening of cataract blind in mass intervention program. Thai J Pub HlthOphthalmol 2002;16:75-82



כחפמרת



สำเนา
คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ 209 / 2555
เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ

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

1. แบ่งพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพ ดังนี้
เครือข่าย ที่ 1 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง และจังหวัดลำพูน
เครือข่าย ที่ 2 รับผิดชอบ 5 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และจังหวัดอุตรดิตถ์
เครือข่าย ที่ 3 รับผิดชอบ 5 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ และจังหวัดอุทัยธานี
เครือข่าย ที่ 4 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดนครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง
เครือข่าย ที่ 5 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร และจังหวัดสุพรรณบุรี
เครือข่าย ที่ 6 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว และจังหวัดสมุทรปราการ
เครือข่าย ที่ 7 รับผิดชอบ 4 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ด
เครือข่าย ที่ 8 รับผิดชอบ 7 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดนครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และจังหวัดอุดรธานี
เครือข่าย ที่ 9 รับผิดชอบ 4 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์
เครือข่ายที่ 10 รับผิดชอบ 5 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดมุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี และจังหวัดอำนาจเจริญ
เครือข่าย ที่ 11 รับผิดชอบ 7 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง และจังหวัดสุราษฎร์ธานี
เครือข่าย ที่ 12 รับผิดชอบ 7 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา และจังหวัดสตูล

2. ให้มีคณะ/....

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

3. ให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในการประสานการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเครือข่าย และมีหน่วยงานรับผิดชอบในการประสานการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลักและประจำทำหน้าที่ ดังนี้

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

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

ลงชื่อ ไพจิตร วราชิต
(นายไพจิตร วราชิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง
(นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

อรรวรรณ/คัด

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

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

1. นายสุรเชษฐ์	สถิตินิรามัย	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. นายธเรศ	รักษันย์รวีวงศ์	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
3. นางอัจฉรา	นิธิอภิญญาสกุล	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
4. นายไพศาล	ร่วมวิบูลย์สุข	ประธานราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย	กรรมการ
5. นางวัฒน์ีย์	เย็นจิตร	คณะทันตมาตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	กรรมการ
6. นางขวัญใจ	วงศ์กิตติรักษ์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	กรรมการ
7. นายสมเกียรติ	ชำนาญรักษ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล	กรรมการ
8. นายวันชัย	ล้อกาญจนรัตน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ จ.แพร่	กรรมการ
9. นายศิวฤทธิ์	รัศมีจันทร์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย จ.สุโขทัย	กรรมการ
10. นางสุมิตรา	ตระการศิลป์	โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่	กรรมการ
11. นางกรรณิการ์	มะระประเสริฐศักดิ์	โรงพยาบาลแพร่ จ.แพร่	กรรมการ
12. นายเกรียง	เจียรพีรพงศ์	โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก	กรรมการ
13. นางตริณิตย์	ผลจันทร์	โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จ.อุตรดิตถ์	กรรมการ
14. นายเมธา	ขันดินานนท์	โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จ.ชัยนาท	กรรมการ
15. นายรามศ	สุขุมาลัยไพบูลย์	โรงพยาบาลสวรรคัประชาธิราช จ.นครสวรรค์	กรรมการ
16. นายอนิรุทธิ์	ศุภวัตรจริยากุล	โรงพยาบาลสระบุรี จ.สระบุรี	กรรมการ
17. นายวิโรจน์	พฤษภาณุศักดิ์	โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี	กรรมการ
18. นายปานเนตร	ปางพุมพิงค์	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	กรรมการ
19. นางเมธินี	ศิริมหาราช	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	กรรมการ
20. นายพรเทพ	พงศ์ทวีกร	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)	กรรมการ
21. นายเกรียงจิต	มะระยงค์	โรงพยาบาลราชบุรี จ.ราชบุรี	กรรมการ
22. นายอนุกุล	ไทยถนันทร์	โรงพยาบาลมะการักษ์ จ.กาญจนบุรี	กรรมการ
23. นายพิพัฒน์	คงทรัพย์	โรงพยาบาลพระปกเกล้า จ.จันทบุรี	กรรมการ
24. นายวิชาญ	โชคเรืองสกุล	โรงพยาบาลระยอง จ.ระยอง	กรรมการ
25. นายวีระศักดิ์	อนุดรอังกูร	โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น	กรรมการ

26. นายถาวร	รังษิจารย์ส	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด	กรรมการ
27. นายศิริวัฒน์	ไชยเอี้ย	โรงพยาบาลอุดรธานี จ.อุดรธานี	กรรมการ
28. นายสุวัฒน์	คุสกุล	โรงพยาบาลนครพนม จ.นครพนม	กรรมการ
29. นายอภิรักษ์	ชัยวิรัตน์	โรงพยาบาลชัยภูมิ จ.ชัยภูมิ	กรรมการ
30. นายณัฐชัย	นิธิอภิญาสกุล	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา	กรรมการ
31. นายประวีณ	ตัญชประภา	โรงพยาบาลสุรินทร์ จ.สุรินทร์	กรรมการ
32. นางสุดารัตน์	นเรนทร์พิทักษ์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี	กรรมการ
33. นายบรรยงค์	ชินกุลกิจนิวัฒน์	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี	กรรมการ
34. นายไชยสิทธิ์	เทพชาตรี	โรงพยาบาลสุโขทัย จ.สุโขทัย	กรรมการ
35. นายเวตร	หงนิพนธ์	โรงพยาบาลยะลา จ.ยะลา	กรรมการ
36. นายธงชัย	กิริติหัตถยากร	ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ
37. นายพรเพชร	ปัญญาปิยะกุล	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
38. นางภัทราพร	จงพิพัฒน์วณิชย์	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
39. นางธนภร	ธเปี่ยมสวน	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
40. นางสุภาพร	ทัพพะวัฒนะ	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
41. นางยุภา	คงกลิ่นสุคนธ์	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
42. นางณัฐธิญา	รังสินธุ์	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
43. นางจอมขวัญ	รุ่งโชติ	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ภาพที่ 1 แผนที่แสดงการแบ่งเขตสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลประชากร สถานบริการสาธารณสุข และทรัพยากรการสุขภาพ เขตสุขภาพ ปี 2555

ลำดับ	ชื่อ	ชนิดและรูป	จำนวนเตียง	จำนวนแพทย์	จำนวนพยาบาล	จำนวนเภสัชกร	จำนวนทันตแพทย์	จำนวนบุคลากรสุขภาพอื่น	มูลค่าบริการสุขภาพ	มูลค่าบริการสุขภาพต่อหัว	ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง				เตียง		เตียง (เตียง)			เตียง (เตียง)				
											ศัลยกรรม	อายุรกรรม	กุมารเวช	สูติศาสตร์	ศัลยกรรม	อายุรกรรม	กุมารเวช	สูติศาสตร์	ศัลยกรรม	อายุรกรรม	กุมารเวช	สูติศาสตร์		
1	เชียงใหม่	1,198,218	1,607	262	76	105	1,313	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 2	1	2	4	10	1	4	211	43					
1	เชียงใหม่	1,640,479	1,521	282	91	163	1,579	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 2	1	2	3	1	16	1	3	266					
1	น่าน	476,363	860	107	46	64	898					1		1		12	1	2	123	24				
1	พะเยา	486,304	742	90	33	55	922					1	1			5	2	4	94	15				
1	แพร่	460,756	635	104	32	65	830					1			1	6		1	119	4				
1	แม่ฮ่องสอน	242,742	340	62	18	28	401					1			2	4		1	71	36				
1	ลำปาง	761,949	1,173	217	50	88	1,342	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 1	1	2	2	10		3	141	4					
1	ลำพูน	404,560	651	80	33	58	660					1		1		5	1	2	71	2				
	รวม	5,671,371	7,529	1,204	379	626	7,945	1/2	1/2	2/1	1/2	3	5	3	11	68	1	20	1,096	128				
2	ตาก	525,684	870	129	42	46	820					2		2	4		1	3	114	52				
2	พิษณุโลก	849,692	1,148	280	59	100	1,145	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 1	1		1	7		2	143						
2	เพชรบูรณ์	996,031	864	142	39	62	871					1		2	5	1		2	153	3				
2	สุโขทัย	608,820	957	107	38	62	944					1		1	6		3	118						
2	อุดรธานี	462,618	831	148	42	59	790					1		1	7		3	89	5					
	รวม	3,442,845	4,670	806	220	329	4,570	1/0	1/0	0/1	1/0	2	4	1	6	3	29	1	13	617	60			
3	กำแพงเพชร	727,093	714	98	35	50	687					1		1	7	1	1	2	122					
3	ชัยนาท	334,934	546	70	28	38	573					1		1	5		2	72						
3	พิจิตร	552,690	732	106	38	53	765					1		2	6		3	109						
3	นครสวรรค์	1,073,495	1,192	230	57	112	1,110	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 2	1		3	1	8	1	5	189					
3	อุทัยธานี	327,959	690	63	24	39	574					1			1	5	1	89						
	รวม	3,016,171	3,874	567	182	292	3,709	0/2	0/1	1/0	0/1	1	4	6	3	31	2	11	581	0				
4	นครนายก	252,734	434	48	22	29	483						1		2	1		1	56					
4	นนทบุรี	1,101,743	596	161	67	82	806			ระดับ 2	ระดับ 2	1		2	2	1		3	76					
4	ปทุมธานี	985,643	552	104	50	61	674					1		1	5	1		2	78					
4	พระนครศรีอยุธยา	782,096	1,142	157	45	73	1,095	ระดับ 2				1		1	1	10	3	5	205					
4	ลพบุรี	755,854	1,208	140	48	55	1,091	ระดับ 2				1		1	2	5	2	3	133					

ลำดับ	ชื่อโรค	พัฒนาสุขภาพ	ลักษณะการดูแล	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนผู้ป่วย	งบประมาณ	จำนวนแพทย์	จำนวนบุคลากร	แบบสัญญา	มูลค่าของเงินอุดหนุน	ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง				คดีกฎหมาย (แห่ง)			คดีกฎหมาย (แห่ง)				ปฐมภูมิ (แห่ง)				
											ศัลยกรรม	จักษุ	เอกซเรย์	การส่องกล้อง	ศัลยกรรม	จักษุ	เอกซเรย์	การส่องกล้อง	ศัลยกรรม	จักษุ	เอกซเรย์	การส่องกล้อง	ปฐมภูมิ	จักษุ	เอกซเรย์	
4	ต้อกระจก	617,384	1,325	212	50	76	1,213	50	76	1,213	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	1	1	1	1	8	2	4	126	4	126		
4	ต้อหิน	214,661	664	67	25	30	720	25	30	720					1	1			3	1	1	47	1	47		
4	ต้อเนื้อ	284,970	514	69	24	30	596	24	30	596					1	1			1	1	1	76	1	76		
	รวม	4,995,085	6,435	958	331	436	6,678	331	436	6,678	1/1	1/0	1/1	1/1	3	4	5	6	3	38	11	20	797	20	797	0
5	การจักษุวิทยา	839,776	1,478	169	58	63	1,020	58	63	1,020					1	1	1	2	1	9	1	3	141	3	141	1
5	นตวทยา	860,246	900	178	57	77	913	57	77	913	ระดับ 2		ระดับ 2	ระดับ 2	1		2		1	2	5	3	134	3	134	
5	ประสาทสัมผัส	509,134	778	118	37	53	685	37	53	685			ระดับ 2	ระดับ 2		2		1	5	5		3	81	3	81	
5	แพทย์จักษุ	464,033	635	87	34	50	796	34	50	796					1		1		1	5		2	117			
5	โรคต้อ	839,075	2,215	252	57	96	1,622	57	96	1,622	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	1	1	2		1	5		8	162	1	162	
5	สมุทรสงคราม	194,057	380	44	14	25	464	14	25	464					1		1		1	1		1	49	1	49	
5	สมุทรสาคร	491,887	620	105	37	43	508	37	43	508					1		1					2	55			
5	สุพรรณบุรี	845,850	1,450	172	71	79	1,167	71	79	1,167					1		1	1	6	6		5	174			
	รวม	5,044,058	8,456	1,125	365	486	7,175	365	486	7,175	1/1	1/0	1/1	1/2	4	6	5	6	7	36	1	27	913	1	913	1
6	จักษุวิทยา	514,616	1,065	179	34	60	996	34	60	996	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1	1				4	7		3	105			
6	ฉะเชิงเทรา	673,933	1,003	133	50	57	879	50	57	879	ระดับ 2				1				3	5		1	119			
6	ชลบุรี	1,316,293	1,522	323	68	104	1,230	68	104	1,230	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	1	1		3	2	4		5	120			
6	ตราด	220,921	490	51	16	25	562	16	25	562					1		1			5	1	1	66			
6	ปราจีนบุรี	466,572	835	110	32	49	736	32	49	736			ระดับ 2		1		1		5	5		2	93	1		
6	ระยอง	626,402	1,000	147	32	67	878	32	67	878					1	2			1	5		0	94			
6	สระแก้ว	544,100	555	63	25	25	341	25	25	341					1		1		5	5		2	107			
6	สมุทรปราการ	1,185,180	595	129	48	81	598	48	81	598					1		1	1	1	1		4	68			
	รวม	5,548,017	7,065	1,135	305	468	6,220	305	468	6,220	1/2	1/1	1/2	1/1	6	3	5	5	11	37	1	18	772	1	772	1
7	กาฬสินธุ์	982,578	1,025	133	41	75	905	41	75	905						1		3	1	9		2	156			
7	ขอนแก่น	1,767,601	2,077	391	98	145	1,695	98	145	1,695	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 2	1	2		3	1	15		4	248			
7	มหาสารคาม	940,911	857	146	49	88	877	49	88	877						1		2	2	6		3	176			
7	ร้อยเอ็ด	1,309,708	1,119	187	46	94	1,076	46	94	1,076	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2		1		4	1	11			4	231			
	รวม	5,000,798	5,078	857	234	402	4,553	234	402	4,553	0/2	0/2	1/1	0/1	2	2	2	2	5	41		13	811	0	811	0

ผดุงครรภ์	ผู้สูงอายุ	คลอดและดูแล	กลุ่มเสี่ยง	คลอดก่อนกำหนด	จำนวนทารก	จำนวนมารดา	ประสิทธิผล	คุณภาพชีวิต	ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง				ติดตาม (แห่ง)			ติดตาม (แห่ง)				ประจักษ์ (แห่ง)												
									ผู้ป่วยระบบโรค	ดูแล	ดูแล	ดูแล	ผู้ป่วย	ระยะ	ระยะ	ระยะ	ระยะ	ระยะ	ระยะ	ระยะ	ระยะ	ระยะ	ระยะ	ระยะ	ระยะ							
8	นครพนม	703,392	81	29	56	797									1	1	8	1	1	8	1	2	151									
8	บึงกาฬ	403,542	35	12	15	223									1	1	5	1	1	5	1	1	61									
8	เลย	624,066	112	38	51	742									1	1	11	1	1	11	1	2	127									
8	สกลนคร	1,122,905	167	40	70	1,034	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2						1	1	13	1	1	13	1	4	167									
8	หนองคาย	509,395	90	27	39	586									1	1	2	1	1	2	1	3	74									
8	หนองบัวลำภู	502,868	72	23	25	349									1	1	4		1	4		2	83									
8	อุดรธานี	1,544,786	262	65	108	1,363	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1				1	2	12	1	2	12	1	3	209									
	รวม	5,410,954	819	234	364	5,094	0/2	0/2	1/1	1/0	1/0				2	5	2	6	7	55	4	16	872	0								
9	ชัยภูมิ	1,127,423	984	151	69	991									1	3	2	9	1	3	2	1	3	167								
9	นครราชสีมา	2,582,089	541	123	186	2,286	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1				1	2	15	1	3	15	1	3	350									
9	บุรีรัมย์	1,553,765	250	66	100	1,230									1	3	2	14	1	1	3	2	224	1								
9	สุรินทร์	1,381,761	237	75	91	1,116	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2				1	3	1	8	3	1	8	3	210	1								
	รวม	6,645,038	1,179	328	446	5,623	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1				3	1	4	14	11	46	2	8	951	2								
10	นุกฤตการ	339,575	440	56	35	499									1	1	6		6			1	78									
10	ยโสธร	539,257	650	79	50	701									1	1	6		1	6	1	2	112									
10	ศรีสะเกษ	1,452,471	1,507	191	95	1,288									1	3	2	13		3	2	3	8	254	1							
10	อุบลราชธานี	1,813,088	1,900	369	80	1,41	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1				1	2	15		15			5	312	5								
10	อำนาจเจริญ	372,137	280	60	34	429									1	1	6		6			1	78									
	รวม	4,516,528	4,777	755	218	4,670	1/0	1/0	1/0	1/0	1/0				1	5	2	5	3	46	1	8	834	6								
11	กระบี่	432,704	575	85	47	497									1	1	6		6	1		3	72									
11	ชุมพร	489,964	909	105	54	782	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2				1	1	5		5	4		2	94									
11	นครศรีธรรมราช	1,522,561	1,713	258	80	1,735	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2				1	2	3	4	8	1	3	2	250									
11	พังงา	253,112	614	69	39	682									1	1	6		6	1		3	64									
11	ภูเก็ต	345,067	629	122	40	523	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2				1	1	2		1			4	21									
11	ระนอง	183,079	404	34	21	419									1	1	2		2	2		2	45									
11	สุราษฎร์ธานี	1,000,383	1,421	243	56	1,22	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1				1	5	12		12	1		6	165									
	รวม	4,226,870	6,265	916	288	464	1/3	1/2	1/1	1/1	1/1				3	4	4	10	5	39	10	3	22	711	0							

ชนิดโรค	ช่วงอายุ	ชนิดและรูป	กลุ่มชน/เพศ	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนเตียง	เตียง : 10000 พัก.	จำนวนเตียง ขาด/เกิน	แพทย์	แพทย์ : พก	แพทย์ : พก	ทันตแพทย์	ทันตแพทย์ : พก	เภสัชกร	ทรัพยากร (แห่ง)				ปริมาณ (แห่ง)		
														พยาบาล วิชาชีพ	เภสัชกร : พก	พยาบาล วิชาชีพ	ทันตแพทย์	ทันตแพทย์ : พก	ทันตแพทย์ : พก	ทันตแพทย์ : พก
12	ต้อกระจก	ต้อกระจก	ชาย	760	135	13.28	978.06	1,204	1 : 4,365	379	1 : 13,867	626	1 : 8,396	7,945	1 : 662	6	125	6	125	
12	ต้อหิน	ต้อหิน	ชาย	750	142	13.56	494.27	806	1 : 4,224	220	1 : 15,475	329	1 : 10,348	4,570	1 : 745	5	111	5	111	
12	ต้อเนื้อ	ต้อเนื้อ	ชาย	703	148	12.84	650.26	567	1 : 4,994	182	1 : 15,558	292	1 : 9,697	3,709	1 : 763	2	126	2	126	
12	ต้อลม	ต้อลม	ชาย	707	81	12.88	1,057.63	958	1 : 5,235	331	1 : 15,152	436	1 : 11,503	6,678	1 : 751	3	124	3	124	
12	ต้อเยื่อตา	ต้อเยื่อตา	ชาย	948	146	16.76	-889.91	1,125	1 : 4,397	365	1 : 13,554	486	1 : 10,179	7,175	1 : 689	4	80	4	80	
12	ต้อขี้ผึ้ง	ต้อขี้ผึ้ง	ชาย	1,581	338	12.73	1,257.03	1,135	1 : 4,785	305	1 : 17,805	468	1 : 11,603	6,220	1 : 873	5	175	5	175	
12	ต้อกระจก	ต้อกระจก	ชาย	254	61	10.15	2,423.20	857	1 : 5,468	234	1 : 20,027	402	1 : 11,685	4,553	1 : 1,029	2	54	2	54	
รวม	รวม	รวม	รวม	5,703	1,051	11.05	14,849.87	11,372	1 : 4,955	3,411	1 : 16,519	5,174	1 : 10,891	69,043	1 : 816	27	795	27	795	
รวมทั้งหมด	รวมทั้งหมด	รวมทั้งหมด	รวมทั้งหมด	72,426	11,372	12.45	58,183,915	72,426	1 : 4,955	3,411	1 : 16,519	5,174	1 : 10,891	69,043	1 : 816	226	9,750	226	9,750	

ตารางที่ 2 แสดงสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรแยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	ประชากร	จำนวนเตียง	เตียง : 10000 พัก.	จำนวนเตียง ขาด/เกิน	แพทย์	แพทย์ : พก	ทันตแพทย์	ทันตแพทย์ : พก	เภสัชกร	เภสัชกร : พก	ทันตแพทย์	ทันตแพทย์ : พก	พยาบาล วิชาชีพ	พยาบาล วิชาชีพ	ปริมาณ วิชาชีพ : พก
1	5,671,371	7,529	13.28	978.06	1,204	1 : 4,365	379	1 : 13,867	626	1 : 8,396	7,945	1 : 662	6	125	6
2	3,442,845	4,670	13.56	494.27	806	1 : 4,224	220	1 : 15,475	329	1 : 10,348	4,570	1 : 745	5	111	5
3	3,016,171	3,874	12.84	650.26	567	1 : 4,994	182	1 : 15,558	292	1 : 9,697	3,709	1 : 763	2	126	2
4	4,995,085	6,435	12.88	1,057.63	958	1 : 5,235	331	1 : 15,152	436	1 : 11,503	6,678	1 : 751	3	124	3
5	5,044,058	8,456	16.76	-889.91	1,125	1 : 4,397	365	1 : 13,554	486	1 : 10,179	7,175	1 : 689	4	80	4
6	5,548,017	7,065	12.73	1,257.03	1,135	1 : 4,785	305	1 : 17,805	468	1 : 11,603	6,220	1 : 873	5	175	5
7	5,000,798	5,078	10.15	2,423.20	857	1 : 5,468	234	1 : 20,027	402	1 : 11,685	4,553	1 : 1,029	2	54	2
8	5,410,954	5,977	11.05	2,139.43	819	1 : 6,387	234	1 : 22,356	364	1 : 14,372	5,094	1 : 1,027	3	124	3
9	6,645,038	6,597	9.93	3,370.56	1,179	1 : 5,443	328	1 : 19,566	446	1 : 14,389	5,623	1 : 1,141	4	80	4
10	4,516,528	4,777	10.58	1,997.79	755	1 : 5,728	218	1 : 19,837	355	1 : 12,181	4,670	1 : 926	5	175	5
11	4,226,870	6,265	14.82	75.30	916	1 : 4,504	288	1 : 14,325	464	1 : 8,891	6,172	1 : 668	6	126	6
12	4,666,180	5,703	12.22	1,296.27	1,051	1 : 4,451	327	1 : 14,306	506	1 : 9,245	6,634	1 : 705	7	124	7
รวมทั้งหมด	58,183,915	72,426	12.45	14,849.87	11,372	1 : 4,955	3,411	1 : 16,519	5,174	1 : 10,891	69,043	1 : 816	226	9,750	226

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

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนจักษุแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตาที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข
แยกรายเขตบริการสุขภาพ (ข้อมูลสำรวจ มกราคม 2556)

เขต	จักษุแพทย์ (คน)					พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา (คน)
	ทั่วไป	จอบประสาทตา	ต้อหิน	กระจกตา	อื่นๆ	
1	29	2	0	1	1	64
2	17	0	0	0	0	32
3	16	1	1	0	0	21
4	37	3	6	1	1	77
5	37	11	9	8	9	110
6	29	1	1	3	-	52
7	14	2	1	1	1	24
8	17	2	1	1	1	47
9	17	5	2	3	1	36
10	14	1	0	0	1	22
11	19	5	0	1	0	10
12	28	4	2	1	1	44
ผลรวม	274	37	23	20	16	539

หมายเหตุ เขตบริการสุขภาพที่ 5 รวม รพ.เมตตาประชารักษ์ และ รพ.บ้านแพ้ว

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผ่าตัดต้อกระจก โดยสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555

เขตสุขภาพ	จำนวนผ่าตัดต้อกระจกในปี 2555	เฉลี่ยต่อจักษุแพทย์ 1 คน	เฉลี่ยต่อจักษุแพทย์ 1 คน
1	11,220	34	330.00
2	7,687	19	404.58
3	5,469	18	303.83
4	11,393	44	258.93
5	21,999	74	297.28
6	7,737	34	227.56
7	4,519	19	237.84
8	8,155	21	388.33
9	7,531	24	313.79
10	4,035	16	252.19
11	6,550	34	192.65
12	7,336	35	209.60
รวม	103,631	372	278.58

หมายเหตุ เขตบริการสุขภาพที่ 5 รวม รพ.เมตตาประชารักษ์ และ รพ.บ้านแพ้ว



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