

คู่มือ

หลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับ ศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ

ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คู่มือ

หลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับ ศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ

ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหนังสือ หลักเกณฑ์การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ
(ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1)

ที่ปรึกษา 1. นายมรุต จิรเศรษฐสิริ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. นายธีรพงศ์ ตุณาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ 1. นางศุภมิตร ปรีดิเชมรัตน์ กองบริหารการสาธารณสุข
2. นางปิยาภรณ์ อรชร กองบริหารการสาธารณสุข
3. นางสาวเสาวลักษณ์ เลียบวานิช กองบริหารการสาธารณสุข
4. นางสาวหทัยชนก ปิ่นงาม กองบริหารการสาธารณสุข
5. นางสาวปิ่นแก้ว วัชชู กองบริหารการสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2561

จำนวน 1,000 เล่ม

ISBN

พิมพ์ที่ บริษัท บร็อนทูปี้ พับลิชซิ่ง จำกัด

คำนำ











เอกสารคู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1) จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของหน่วยบริการสุขภาพเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพให้สอดคล้องกับระดับสถานบริการที่กำหนดในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560-2564 โดยคณะผู้จัดทำได้ทบทวนและปรับปรุงจากคู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ปี 2560 เพื่อให้ทันสมัย มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ กองบริหารการสาธารณสุข คณะกรรมการพิจารณากลับกรองการเปิดการยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ และคณะทำงานพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้หนังสือเล่มนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1) ปี 2561 จะเป็นแนวทางให้กับผู้ปฏิบัติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไป

กลุ่มงานพัฒนาเขตสุขภาพ
กองบริหารการสาธารณสุข



	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 แนวคิดการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ	7
 สถานการณ์	7
 บริบทตามข้อกำหนดของรัฐธรรมนุญ	9
 แนวทางปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข	9
 แนวทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี พ.ศ. 2560-2564	11
 การพัฒนาประสิทธิภาพและศักยภาพระบบบริการ	12
 การวิเคราะห์อัตรากำลัง	14
บทที่ 3 การดำเนินงานจัดทำคำขอ ปี 2561	17
 กระบวนการพิจารณารายการคำขอจัดตั้ง และการปรับระดับ ศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ	17
บทที่ 4 หลักเกณฑ์ที่ใช้ประกอบการพิจารณารายการคำขอการจัดตั้ง และการปรับระดับศักยภาพ	21
ภาคผนวก	
 คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1668/2560 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากลับนกรองการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ	39
 คำสั่งคณะกรรมการพิจารณากลับนกรองการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ ที่ 1/2560 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ	41
 คำสั่งคณะกรรมการพิจารณากลับนกรองการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ ที่ 1/2561 ลงวันที่ 24 เมษายน 2561 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ	44
บรรณานุกรม	45



บทที่ 1

บทนำ

1. บทนำ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ในหมวด 6 การบริการสาธารณสุข และการควบคุมคุณภาพ ข้อ 43 ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล นอกจากนี้การจัดระบบบริการสาธารณสุข ต้องเอื้อต่อการมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า โดยเน้นการดูแลสุขภาพ ประชาชนอย่างต่อเนื่อง และมีการเชื่อมโยงการจัดบริการ สาธารณสุขต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบ ร่วมกัน การยกระดับคุณภาพการให้บริการของภาครัฐเป็นความพยายามอย่างหนึ่งที่จะเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมการให้บริการขององค์กรภาครัฐ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนและส่งเสริม ความเป็นเลิศด้านการให้บริการเพื่อตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความจำเป็นของหน่วยบริการ ที่ต้องการปรับระดับมีหลายสาเหตุ เช่น ภายใต้อิทธิพลของความเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ จำนวนประชากรเพิ่มขึ้น ความเจริญของเมือง ทรัพยากรในการให้บริการถูกจำกัด ส่งผล กระทบต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานและคุณภาพ การให้บริการโดยรวมเนื่องจากภาครัฐ มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร (คน เงิน ของ)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มี ทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีระยะเวลา 5 ปี (ปีงบประมาณ 2555-2559 และปีงบประมาณ 2560-2564) มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทศตวรรษ ทศตวรรษ และศูนย์ความเชี่ยวชาญ ระดับสูง โดยการสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) ภายหลังจากทบทวนแนวทางการพัฒนา หน่วยบริการสุขภาพและทบทวนหลักเกณฑ์การยกฐานะที่มีอยู่เดิม พบว่า มีหลักเกณฑ์บางข้อ ขาดความชัดเจน ทำให้มีความเห็นแตกต่างจากหลักเกณฑ์เดิม กองบริหารการสาธารณสุข จึงเห็นควรให้จัดทำหลักเกณฑ์การปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง) เพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



2. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)



3. การจัดระดับขีดความสามารถของหน่วยงานในระบบบริการสุขภาพ

การจัดระดับของหน่วยบริการสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

3.1 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

3.1.1 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) หมายถึง เป็นสถานบริการอีกแห่งหนึ่งที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน ซึ่งสถานบริการสาธารณสุขชุมชนนี้มักตั้งอยู่ในชุมชนที่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก มีความทุรกันดาร และอยู่ห่างไกลจากสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล โดยให้บริการดูแลรักษา ผู้เจ็บป่วยในชุมชนนั้นเหมือนเป็นสถานอนามัยแห่งหนึ่ง และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำอยู่ เพื่อรับผิดชอบให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ทุกหมู่บ้านของสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ทั้งนี้เมื่อเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนให้บริการแก่ผู้เจ็บป่วยจนเกินขีดความสามารถ ก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานอนามัยที่ใกล้ที่สุดต่อไป

3.1.2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพที่จัดตั้งในเขตเทศบาลเมือง/นคร หรือเขตชุมชนหนาแน่นที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ให้บริการแบบผสมผสานทั้งด้านรักษาฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ไม่ใช่สถานบริการเฉพาะผู้ป่วยนอก (Extended OPD) แต่เน้นบริการสุขภาพในพื้นที่เชิงรุก (Community Health Service) โดยความร่วมมือของอาสาสมัครชุมชน และเทศบาล

3.1.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) มีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้น ในการดำเนินงานเชิงรุกบริการอย่างต่อเนื่อง มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม

บทบาทของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิคือ การร่วมกันทำงานเป็นทีมในการให้บริการที่ผสมผสานแก่ประชาชนในความรับผิดชอบ ต้องทำทุกกิจกรรมแบบองค์รวม (Holistic care) สำหรับการกำหนดระดับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิรูปแบบอื่นๆ สามารถพัฒนาและยกระดับการดำเนินงานตามจำนวนประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ดังนี้

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดเล็ก รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 3,000 คน
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดกลาง รับผิดชอบประชากร 3,000 – 6,000 คน
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดใหญ่ รับผิดชอบประชากร 6,000 คนขึ้นไป

บทบาทภารกิจของบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ที่มา : มาตรฐานและแนวทางการออกแบบสถานบริการสุขภาพ, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
หมายเหตุ ในกรณีจำเป็น ให้ปรับลดหรือเพิ่มจำนวนบุคลากรได้ตามความเหมาะสม โดยให้มีเจ้าหน้าที่ (พยาบาล - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) อย่างน้อย 1 คน ต่อประชากร 1,250 คน

3.2 หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

3.2.1 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รวม 1 - 2 คน มีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัด ห้องคลอด ตึกผู้ป่วยใน ให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ

(ที่มา: แผนพัฒนาระบบบริการ Service Plan)

3.2.2 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 30 – 90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2 – 5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด ห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ โดยสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

(ที่มา: แผนพัฒนาระบบบริการ Service Plan)

3.2.3 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 90 – 120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และวิสัญญีแพทย์) เป็นสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน (คงที่มีอยู่เดิมไม่เพิ่มจำนวน) รวม 3 – 10 คน มีห้องผ่าตัด ผู้ป่วยใน ห้องคลอด และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

3.2.4 โรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไป มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 – 5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์) สาขาละอย่างน้อย 2 คน มีผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก ห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษา แพทย์เฉพาะทางรังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 6 สาขา รongรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลทั่วไป และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

3.3 หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

3.3.1 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (ระดับ M1)

(ที่มา: แผนพัฒนาระบบบริการ Service Plan)

3.3.2 โรงพยาบาลทั่วไประดับ S (Standard – level Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน

(ที่มา : แผนพัฒนาระบบบริการ Service Plan)

3.3.3 โรงพยาบาลศูนย์ระดับ A (Advance – level Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วย ที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ มีเทคโนโลยีขั้นสูงและราคาแพง (Advance & sophisticate technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาล รับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง

(ที่มา : แผนพัฒนาระบบบริการ Service Plan)



4. คำนินยามที่เกี่ยวข้อง

4.1 ประชากร หมายถึง จำนวนประชากรมทไทยในเขตอำเภอที่ตั้งของสถานบริการ แหล่งข้อมูลทีจัดเก็บจำนวนประชากรที่สำคัญ คือ “ทะเบียนราษฎร” ในที่นี้การนับประชากร ให้นับตามสิทธิการรักษา ดังนี้ สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพ และบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

4.2 ประชากรรับส่งต่อ หมายถึง จำนวนประชากรรับส่งต่อจากอำเภอข้างเคียง และตามเครือข่าย

4.3 ดัชนีผู้ป่วยใน (Case Mix Index : CMI) หมายถึง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight) หรือน้ำหนักสัมพัทธ์ ที่ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight) ของผู้ป่วยในทั้งหมด

แสดงถึงศักยภาพและประสิทธิภาพในการดำเนินงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ว่า โรงพยาบาล สามารถให้การรักษาพยาบาลเป็นไปตามศักยภาพของแต่ละระดับของหน่วย บริการสุขภาพทีควรจะเป็น โดยใช้ทรัพยากรทีมีอยู่อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ดัชนีผู้ป่วยใน (Case Mix Index : CMI) ของโรงพยาบาลแต่ละระดับมีดังนี้

รพศ.(A) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.6

รพท.(S) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.2

รพท.ขนาดเล็ก (M1) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.0

รพช.แม่ข่าย (M2) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.8

รพช.(F1 - F3) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.6

หมายเหตุ : CMI ให้ตัดคลอดปกติทุกระดับ (ไม่นับรวม)



4.4 Total Adjusted RW (SUM AdjRw) หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ที่สะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรหรือต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม DRG ซึ่งเป็นค่ารักษาพยาบาลค่าเฉลี่ยของรายกลุ่มโรค หารด้วยค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกรายซึ่งเป็นตัวเลขเชิงเปรียบเทียบว่า ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้น เฉลี่ยเป็นกี่เท่าของค่าเฉลี่ยในการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด สูตรคำนวณ SUM AdjRw เท่ากับ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ของผู้ป่วยในที่ได้นำไปปรับด้วยข้อมูลจำนวนวันนอนมาตรฐาน

4.5 Active Bed หมายถึง เตียงที่ใช้งานจริง ไม่รวมเตียงรอกตลอด เตียงทารกแรกเกิด ที่มีอาการผิดปกติ เตียงตรวจโรค และเตียงสังเกตอาการ

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ นำไปใช้เป็นแนวทางขอปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ

แนวคิดการพัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพ



1. สถานการณ์

1.1 สถานการณ์ด้านสุขภาพ

จากสถานการณ์ด้านสุขภาพ คนไทยมีอายุยืนขึ้น โดยสังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุและคาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้า สัดส่วนผู้สูงอายุเป็นหนึ่งใน 4 ของประชากร ดังนั้นปัญหาด้านสุขภาพจึงเป็นปัญหาสำคัญ ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีการขยายสถานบริการเพื่อให้ประชากรเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง นอกจากนั้น ยังพบปัญหาอื่นๆ เช่น ขาดแคลนบุคลากรในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวนบุคลากรกระจุกตัวในบางพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในตัวเมือง จำนวนโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มจำนวนมากขึ้น และเป็นเสมือนทางเลือกหนึ่งซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีการแข่งขันให้บริการเพิ่มจำนวนมากขึ้น โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งมีการขยายเครือข่ายสาขาบริการ ตลอดจนมีการเปิดศูนย์บริการเฉพาะทาง เพื่อดึงดูดลูกค้าจากชาวไทย ต่างชาติ จึงทำให้ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ 206 แห่ง (ข้อมูลรายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2559) โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

สถานการณ์สูงวัยของประชากรไทย ประชากรไทยมีจำนวน 26 ล้านคน ในปี 2503 และได้เพิ่มจนมีจำนวนครบ 60 ล้านคน ในปี 2539 จนถึงปัจจุบัน ในปี 2559 มีประชากรไทย 65.9 ล้านคน (เพิ่มขึ้นไม่ถึง 6 ล้านคน) ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศได้เพิ่มช้าลงอย่างมาก สวนทางกับประชากรสูงอายุ กลับเพิ่มอัตราเร่งเร็วขึ้น จนถึงปี 2548 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นปีแรก มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากร 63 ล้านคน หรือเท่ากับมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน ในปี 2559 ในจำนวนประชากรไทย 65.9 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด ขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานจะมีจำนวนลดลง โดยกลุ่มวัยเด็กจะลดลงอย่างรวดเร็ว จาก 11.79 ล้านคนในปี 2558 เหลือเพียง 8.17 ล้านคน



ในปี 2583 (แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564) คาดประมาณว่า ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583

1.2 สถานการณ์ด้านโรงพยาบาล

ปี 2559 ประเทศไทยมีจำนวนโรงพยาบาล รวม 1,221 โรงพยาบาล แบ่งเป็น ของรัฐ 1,015 แห่ง (83%) จำนวนโรงพยาบาลเอกชน 206 แห่ง (17%) โดยสัดส่วน จำนวนเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (IPD) มีทั้งหมด 141,500 เตียง แบ่งเป็นจำนวนเตียงภาครัฐ 118,995 เตียง (84%) และจำนวนเตียงภาคเอกชน 22,505 เตียง (16%)

หากเปรียบเทียบจำนวนเตียง ผู้ป่วยของสถานบริการจำแนกตามเขตพื้นที่ เครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต พบว่า เครือข่ายเขตที่มีจำนวนเตียงมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 1 และ 9 รองลงมาได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5, 4, 6 และเขต 11 ตามลำดับ

เขต	จำนวนเตียงรวม	เฉพาะกระทรวงสาธารณสุข (เตียง)
กทม.	24,354	5,797
เขต 1	14,426	10,557
เขต 2	6,924	5,732
เขต 3	5,264	4,689
เขต 4	11,637	9,276
เขต 5	11,769	9,474
เขต 6	13,124	8,548
เขต 7	7,476	6,970
เขต 8	8,621	7,860
เขต 9	11,212	10,521
เขต 10	7,117	7,063
เขต 11	9,724	8,074
เขต 12	9,852	7,721
รวมทั้งสิ้น	141,500	102,282

หมายเหตุ จำนวนเตียงรวม หมายถึง กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงอื่นๆ, หน่วยงานอิสระ, อปท. และภาคเอกชน



2. บริบทตามข้อกำหนดของรัฐธรรมนูญ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขไว้ในหลายหมวด อาทิ หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มีการกำหนดใน มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับ บริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าว ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง



3. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีภารกิจในการจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 สำหรับการปฏิรูปด้านสาธารณสุข ได้มีการกำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ด้านระบบบริการสาธารณสุข ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลัง ในส่วนประเด็นการปฏิรูปด้านระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ กำหนดเป้าหมาย 3 ประเด็น ดังนี้

1. ประเด็นระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การจัดตั้งกลไกระดับชาติที่มีสมรรถนะสูง เพื่อกำหนด ขับเคลื่อน ติดตามกำกับนโยบายและยุทธศาสตร์ในภาพรวมและด้านต่างๆ (2) ระบบบริการในเขตพื้นที่ถูกออกแบบให้รองรับกับสภาพปัญหา มีการใช้ทรัพยากร คุ่มค่า (3) มีกองทุนสุขภาพระดับเขตพื้นที่ที่บริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (4) มีกลไกระดับเขตที่มี สมรรถนะสูง เพื่อขับเคลื่อนในระดับปฏิบัติการให้สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ และกลไกสนับสนุน ติดตาม กำกับและประเมินผล

2. ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ ประกอบด้วย (1) ระบบสาธารณสุขสถานบริการและสถานพยาบาลภาครัฐ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสม ในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ (2) บุคลากรในระบบสุขภาพมีความเข้าใจประโยชน์ และข้อจำกัด ของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ ผู้บริหารนำมาใช้



ในการวิเคราะห์และพัฒนาระบบ อย่างสม่ำเสมอ (3) การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ ระดับต่างๆ มีการใช้ระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล อิเล็กทรอนิกส์ (4) เริ่มใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพในรูปแบบใหม่ที่สามารถนำมาใช้สนับสนุนการ จัดบริการสุขภาพได้จริง (5) มีกลไกอภิบาลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศระดับชาติ กลไกบูรณาการสารสนเทศ สุขภาพ (6) กลไกการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพอย่างเป็นระบบ (7) มี กฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความปลอดภัยและความลับส่วนตัว (8) มีมาตรฐานข้อมูลสุขภาพในทุกมิติ

3. กำลังคนสุขภาพ ประกอบด้วย (1) สัดส่วนบุคลากร สุขภาพต่อประชากรในระดับ ประเทศเพียงพอสอดคล้องกับระดับการพัฒนา (2) ความเหลื่อมล้ำของการกระจายบุคลากร สุขภาพระหว่างเขตสุขภาพลดลง และไม่มีพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรซ้ำซาก (3) องค์กรและ หน่วยงานในระดับต่างๆ มีสมรรถนะในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ มีการลงทุน เพื่อการพัฒนาทุน มนุษย์ที่เหมาะสม (4) มีระบบข้อมูลสารสนเทศระดับชาติที่รวบรวมข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสุขภาพ

การปฏิรูปด้านระบบบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้กำหนดประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศ พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำ ประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 รองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในปี 2573 ไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด การเชื่อมต่อการค้าและ การลงทุน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ ตั้งเป้าหมายให้ "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน" โดยกำหนด เป้าหมายชัดเจน เมื่อสิ้นแผนในปี 2579 ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชีย โดยการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านคือ

1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) คือ บูรณาการ กระทรวงต่างๆ ดูแลผู้สูงอายุและเด็ก ลดการบาดเจ็บจากการจราจร ลดกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง มะเร็ง โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

2. ระบบบริการ (Service Excellence) คือ จัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6,500 คน ภายใน 10 ปี ดูแลคนไทย 65 ล้านคน และภายในปี 2560 คนไทย 1 ล้านครอบครัวจะมี แพทย์เวชศาสตร์ดูแล จัดระบบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล (Long Term Care) ทั่วประเทศ จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1,000 คนในโรงพยาบาล ใหญ่ทั่วประเทศ และจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMCO) และศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

3. การพัฒนาคน (People Excellence) คือ การแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล วางแผนอัตรากำลังคน ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคเพื่อพัฒนาบุคลากร ปรับระบบ ค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุข

4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) คือ อภิบาลระบบสาธารณสุข สร้างต้นแบบองค์กรคุณธรรม สร้างความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยเน้นการใช้ยาอย่าง สมเหตุผลและพัฒนาสมุนไพร จัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุข เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ด้านสิทธิประโยชน์และการบริหารจัดการระหว่าง 3 กองทุน และจัดระบบข้อมูลและ เทคโนโลยีสารสนเทศ จัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการ สุขภาพแห่งชาติ (National Data Clearing House)



4. แนวทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี พ.ศ. 2560 -2564

ปัจจุบันได้มีการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการภายใต้หลักการ และกรอบแนวคิด คือ การดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ (Seamless Service Network) โดยมีการจัดบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่บริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) บริการระดับ ทุติยภูมิ (Secondary care) บริการตติยภูมิ (Tertiary care) บริการระดับความเชี่ยวชาญ ระดับสูง (Excellence Care) ให้แต่ละเขตมีศักยภาพที่สามารถดูแลแบบเบ็ดเสร็จในเขต (Self-Contain) และมีการจัดระดับของสถานบริการที่เหมาะสมเพื่อระบบส่งต่อภายในเขต เครื่องมือสำคัญที่เขตสุขภาพใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการคือ 6 เสาหลักของระบบ สุขภาพ (6 Building Block plus) ขององค์การอนามัยโลก แนวคิด 6 Building Block plus ประกอบด้วย

1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service delivery)
2. การพัฒนาบุคลากร (healthy workforce)
3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information)
4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Medical products Vaccines and technology)
5. การเงินการคลัง (Financing)
6. นโยบายและการบริหาร (Leadership and Governance)



5. การพัฒนาประสิทธิภาพและศักยภาพระบบบริการ

ประสิทธิผล (Effectiveness) หมายถึง การใช้ทรัพยากรขององค์กรให้บรรลุเป้าหมายที่องค์กรได้ตั้งไว้ ประสิทธิภาพจึงมุ่งทำให้เกิดการ “ทำสิ่งที่ถูกต้อง (Doing the right things)” และส่วนคำว่าประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง วิธีการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดความสิ้นเปลืองน้อยที่สุด และสามารถบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ได้

องค์ประกอบของการวัดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน คือ

1. คุณภาพของงาน (Quality) จะต้องมีคุณภาพสูง คือ ผู้ผลิตและผู้ใช้ได้ประโยชน์คุ้มค่า และมีความพึงพอใจ ผลการทำงานมีความถูกต้อง ได้มาตรฐาน รวดเร็ว นอกจากนี้ ผลงานที่มีคุณภาพก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร และสร้างความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้รับบริการ

2. ปริมาณงาน (Quantity) ปริมาณที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นไปตามความคาดหวังของหน่วยงาน โดยผลงานที่ปฏิบัติได้ มีปริมาณที่เหมาะสมตามที่กำหนดในแผนงานหรือเป้าหมายที่บริษัทวางไว้ และควรมีการวางแผนบริหารเวลา เพื่อให้ได้ปริมาณงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. เวลา (Time) คือ เวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน จะต้องอยู่ในลักษณะที่ถูกต้องตามหลักการ เหมาะสมกับงาน และทันสมัย มีการพัฒนาเทคนิคการทำงานให้สะดวก รวดเร็วขึ้น

4. ค่าใช้จ่าย (Costs) ในการดำเนินการทั้งหมดจะต้องเหมาะสมกับงานและวิธีการ คือ จะต้องลงทุนน้อย และได้ผลกำไรมากที่สุด ประสิทธิภาพในมิติของค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนการผลิต ได้แก่ การใช้ทรัพยากรด้านการเงิน คน วัสดุ เทคโนโลยีที่มีอยู่ อย่างประหยัด คุ้มค่า และเกิดการสูญเสียที่น้อยที่สุด

ราชบัณฑิตสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542, หน้า 607) ได้อธิบายความหมายของ คำว่า ศักยภาพ หมายถึงภาวะแฝง อำนาจหรือคุณสมบัติที่มีแฝงอยู่ในสิ่งต่างๆ อาจทำให้ พัฒนาหรือให้ปรากฏเป็นสิ่งที่ประจักษ์ได้ นอกจากนี้คำว่า ศักยภาพหมายถึงคุณสมบัติหรือ องค์ประกอบของสิ่งใดๆ ไม่ว่าจะเป็นของบุคคล กลุ่ม องค์กรและชุมชน อันนำไปสู่การเพิ่ม ขีดความสามารถและเสริมความสามารถในการพัฒนาตนเอง และพัฒนาเพื่อการรองรับ การเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อความสมดุลของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์ต่างๆ

การประเมินศักยภาพโรงพยาบาล คือ การประเมินทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ใน โรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำมาใช้หรือประยุกต์ใช้ เพื่ออำนวยความสะดวกในด้านบริหารจัดการ และส่งเสริม สุขภาพ ทรัพยากรเหล่านี้รวมถึงองค์ประกอบทางสังคม เช่น โครงสร้างทางสังคม และเศรษฐกิจของท้องถิ่น นโยบาย การบริหารประจำท้องถิ่น เป็นต้น ทั้งหมดนี้จะเป็น เครื่องชี้วัดถึงคุณภาพ ในการจัดบริการของหน่วยบริการนั้นๆ การประเมินศักยภาพของตนเอง ถือเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะขาดเสียมิได้ในระบบการพัฒนาระบบงาน บริการสุขภาพ ผลการประเมินศักยภาพสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ประกอบการ พิจารณาระดับศักยภาพต่อไป

ดัชนีประเมินประสิทธิภาพและศักยภาพบริการ

ดัชนีแสดงประสิทธิภาพและศักยภาพการให้บริการของสถานบริการและการใช้ ทรัพยากร ที่เกี่ยวข้องกับหลักเกณฑ์ มีดังนี้

1. ดัชนีการประเมินศักยภาพผู้ป่วยใน (Case mix index) จำนวนเตียงที่ใช้งานจริง (Active Bed) เป็นต้น ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (2556) ได้นิยาม Case Mix Index (CMI) คือ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight) หรือน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight) ของผู้ป่วยในทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด

สูตรการคำนวณ CMI : ผลรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Sum of AdjRW) หารด้วยจำนวนผู้ป่วยในที่กำหนดทั้งหมด

2. Active Bed หมายถึง เตียงที่ใช้งานจริง
3. อัตราครองเตียง (Bed Occupancy Rate) หมายถึง ร้อยละของการใช้เตียง ทั้งหมดของผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาที่กำหนด อัตราการครองเตียง (Bed Occupancy Rate)



เป็นการแสดงร้อยละของการใช้เตียงทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุข ในช่วงเวลาที่กำหนด ทั้งนี้จะใช้เตียงจริง ไม่รวมเตียงสังเกตอาการ (Observe) เตียงรอกคลอด หรือเตียงเสริมที่ไม่ได้ใช้ถาวร

$$\text{สูตรการคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน ใน 1 ปี} \times 100}{\text{จำนวนเตียง} \times \text{จำนวนวันใน 1 ปี (365 วัน)}}$$

4. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงิน (Risk score) หมายถึง การบริหารจัดการด้านการเงินให้มีประสิทธิภาพและ ไม่ประสบปัญหาทางการเงิน ระดับ 7 กล่าวคือ ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับสูงสุด 7 คะแนน ประกอบด้วย

1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน
2. อัตราส่วนแสดงสภาพคล่อง Quick Ratio < 1.0 = 1 คะแนน
3. อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน

Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน

4. ทุนสำรองสุทธิติดลบ = 1 คะแนน
5. ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน

6. ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย < 3 เดือน = 2 คะแนน ตัวชี้วัดนี้ จะแสดงประสิทธิภาพของการบริหารทรัพยากรและการบริหารการเงินการคลัง



6. การวิเคราะห์อัตรากำลัง

การวิเคราะห์กระบวนการและเวลาที่ใช้ (full time equivalent) เป็นการนำข้อมูลเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานตามกระบวนการจริง (Work process) ในอดีตเพื่อวิเคราะห์ประมาณงานต่อบุคคลจริง โดยสมมติฐานที่ว่างานใดที่ต้องมีกระบวนการและเวลาที่ใช้มากกว่า โดยเปรียบเทียบย่อมต้องใช้อัตรากำลังคนมากกว่า อย่างไรก็ตามในภาคราชการพลเรือนนั้น งานบางลักษณะ เช่น งานกำหนดนโยบาย มาตรฐาน กลไก หรืองานบริการบางประเภท ไม่สามารถกำหนดเวลามาตรฐานได้ ดังนั้นการคำนวณ FTE ในกรณีของภาคราชการพลเรือนนั้น จึงทำได้เพียงเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ (Relative Information) มากกว่าจะเป็นข้อมูลที่ใช้ในการกำหนดจำนวนอัตรากำลังต่อหน่วยงานจริงเหมือนในโรงงานอุตสาหกรรมหรือในภาคเอกชน (คู่มือวิเคราะห์อัตรากำลังของส่วนราชการ : สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน)

การวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังจากการใช้บริการสุขภาพของประชาชน (Health Demand or Health utilization methods) หน่วยนับความต้องการกำลังคน นับเป็น FTE (full time equivalent) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft excel คำนวณภาระงานจากเวลามาตรฐานที่ใช้ในการให้บริการ ที่ได้จากข้อเสนอของทีมีวิชาชีพและนำภาระงานนั้นมาแปลงเป็นอัตรากำลังที่ต้องการ ดังสูตร

$$\text{อัตรากำลัง FTE ที่ต้องการ} = \frac{\text{ปริมาณงาน X เวลาที่ต้องใช้ต่อหน่วย}}{\text{ชั่วโมงการทำงานของบุคลากร 1 คน ใน 1 ปี (1,680 ชั่วโมง)}}$$

โดยกำหนดให้ 1 FTE มีเวลาทำงาน 7 ชั่วโมงต่อวัน และ 240 วัน/ปี รวมจำนวนเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรในการให้บริการ 1,680 ชั่วโมง/ปี (แนวทางการวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังตามภาระงานของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สถาบันพระบรมราชชนก)

หลักการคิดวิเคราะห์อัตรากำลังโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)/โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)

1. วิเคราะห์อัตรากำลังด้วยวิธีการะงาน (Full Time Equivalent : FTE)

ภาระงานของวิชาชีพวิเคราะห์จากผลผลิตในงานบริการหลัก ที่ต้องใช้กำลังคนส่วนใหญ่ของแต่ละวิชาชีพ (Product Line) ซึ่งกำหนดโดยคณะทำงานของแต่ละวิชาชีพ และเป็นข้อมูลที่มีการจัดเก็บในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล

2. วิเคราะห์อัตรากำลังด้วยวิธี Service base

- วิเคราะห์งานบริการที่จำเป็นในสถานบริการสุขภาพแต่ละประเภท แต่ละระดับ โดยใช้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เป็นปัจจัยกำหนดศักยภาพของโรงพยาบาล

- สสำรวจปริมาณงานที่ให้บริการในปัจจุบัน
- คำนวณความต้องการกำลังคนรวมของแต่ละวิชาชีพในโรงพยาบาลแต่ละระดับ
- กำหนดกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำและแผนการกระจายบุคลากร
- กำหนดกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำ Active bed

3. วิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังด้วยวิธี Population Ratio

- รวบรวมข้อมูลประชากร 4 สิทธิ
- กำหนดกรอบอัตรากำลังตามสัดส่วนประชากร
- เปรียบเทียบความต้องการและอัตรากำลังคนที่มีการรองรับ

4. กำหนดให้แบ่งกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)/โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ตามขนาดจำนวนเตียง ตามมาตรฐานการจัดขนาดสถานบริการของกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้เป็นมาตรฐานในการดำเนินการในทุกๆ ด้านของสถานบริการ **หลักเกณฑ์การวิเคราะห์กรอบอัตรากำลังควรมีในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 780 แห่ง** หลักเกณฑ์การวิเคราะห์กรอบอัตรากำลังควรมี 1) วิเคราะห์จากภาระงาน เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 2) จัดกลุ่มโรงพยาบาลตามจำนวนเตียงที่เปิดให้บริการ

กรอบอัตรากำลังควรมีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)

อัตรากำลังควรมีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) จำนวน 9,775 แห่ง

ลำดับ	กลุ่มงาน	จำนวนอัตรากำลัง/ขนาด		
		ขนาดเล็ก (3,285 แห่ง)	ขนาดกลาง (5,403 แห่ง)	ขนาดใหญ่ (1,087 แห่ง)
	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ	1	1	1
1	กลุ่มงานบริหารสาธารณสุข	2	4	4
2	กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค	2	4	3
3	กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว	2	3	6
	รวม	4-7	8-12 (+1)	13-14 (+1)

หมายเหตุ : +1 ขนาดกลาง หมายถึง แพทย์แผนไทย/จพ.สธ.(แพทย์แผนไทย)

+1 ขนาดใหญ่ หมายถึง นวก.สธ. (เภสัชกรรม)/จพ.เภสัชกรรม

บทที่ 3

การดำเนินงานจัดทำคำขอ ปี 2561



1. กระบวนการพิจารณารายการคำขอจัดตั้ง การปรับระดับศักยภาพของ หน่วยบริการสุขภาพ

การปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ แม้ว่าเป็นความต้องการเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการ แต่ควรคำนึงถึงความสอดคล้องและความจำเป็นที่แท้จริง ยึดหลักการบริหารจัดการในภาพรวมของเขตสุขภาพเพื่อกำหนดทิศทางที่ชัดเจน และคำนึงถึงปัญหาทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

ทั้งนี้ การพิจารณารายการคำขอจัดตั้ง การปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพมีกระบวนการดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การจัดทำคำขอ

1. หน่วยบริการสุขภาพ

1.1 จัดทำแบบประเมินคำขอ ตามคู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ และรวบรวม วิเคราะห์รายการคำขอ

1.2 ส่งรายการคำขอที่ได้คะแนนมากกว่า 80% ขึ้นไป (เพื่อพิจารณาตามบริบท) ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.1 ตรวจสอบแหล่งที่มาและรับรองความถูกต้องของข้อมูล

2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจารณารายการคำขอ และส่งให้เขตสุขภาพ

3. เขตสุขภาพ

3.1 เขตสุขภาพควรแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณารายการคำขอให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)



3.2 รายการคำขอที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ตรวจราชการกระทรวง ส่งต่อข้อมูลให้กับกองบริหารการสาธารณสุขดำเนินการในขั้นตอนต่อไป และโปรดแนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

- หลักฐานการแสดงผลการพิจารณาของเขตสุขภาพ (ต้องผ่านผู้ตรวจราชการกระทรวงประจำเขตเท่านั้น)
- ผลการประเมินของสถานบริการที่ผ่านเกณฑ์
- รายละเอียดเหตุผลเพิ่มเติมอื่นๆ

3.3 รายการคำขอที่ไม่ผ่านการพิจารณาให้คงสภาพเดิมหรือรอประเมินซ้ำตามแต่กรณี

ขั้นตอนที่ 2 การพิจารณารายการคำขอ

1. กองบริหารการสาธารณสุข

1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากลับกรอง การเปิด การยกฐานะ และขยายหน่วยบริการสุขภาพ/คณะทำงานพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ

1.2 รวบรวม ข้อมูลรายการคำขอที่ผ่านการพิจารณาจากเขตสุขภาพ

1.3 ลงพื้นที่ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมกรณีมีข้อสงสัย

1.4 จัดประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานพิจารณากลับกรองฯ เพื่อพิจารณารายการคำขอ

1.5 รวบรวมคำขอที่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณากลับกรองฯ เพื่อนำเสนอต่อ อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

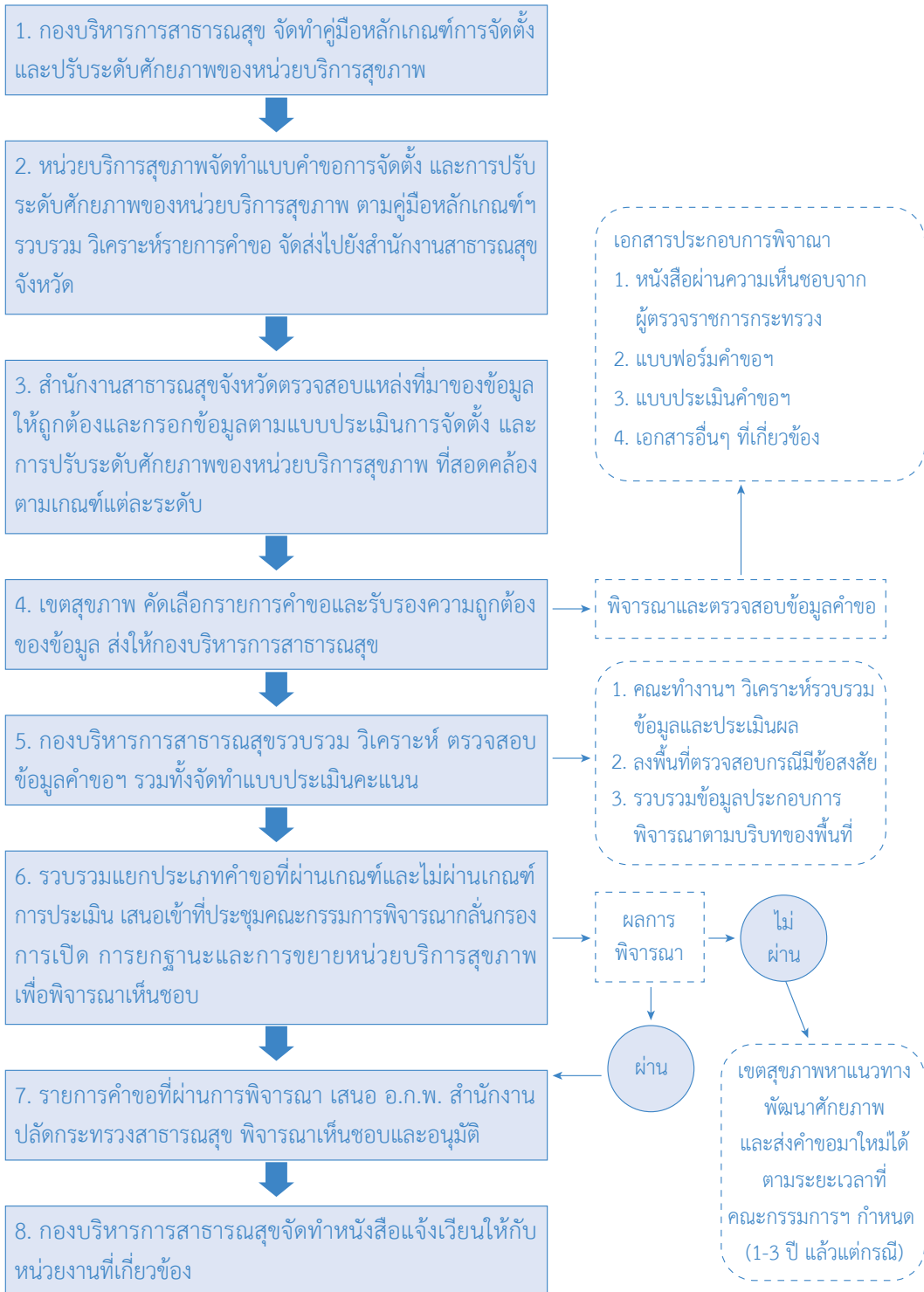
ขั้นตอนที่ 3 การอนุมัติคำขอ

- อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาเห็นชอบและอนุมัติ

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการพิจารณาคำขอ

- สรุปผลรายการคำขอที่ผ่านความเห็นชอบและอนุมัติ
- แจ้งเวียนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ 1-12 ผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มคลังและพัสดุ และกลุ่มบุคคล

กระบวนการดำเนินงานพิจารณารายการคำขอการจัดตั้ง และการปรับระดับศักยภาพ ของหน่วยบริการสุขภาพ





บทที่ 4

หลักเกณฑ์การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพ ของหน่วยบริการสุขภาพ

เพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 ภาครัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุข ให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาความเป็นเลิศในด้านระบบบริการ (Service Excellence) การจัดตั้งหน่วยบริการหรือปรับระดับ หรือขยายเตียง ควรพิจารณา ดังนี้

1. หลักความสามารถที่ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และหลักการเข้าถึงบริการของประชาชน
2. ในพื้นที่ ตามปัญหาสุขภาพของพื้นที่นั้นๆ รวมศูนย์การบริการโรคซับซ้อนขึ้นสูงตามนโยบาย Centralize IP
3. กำหนดบทบาทโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ให้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิดูแลผู้ป่วยหนัก
4. มุ่งเน้นการดูแลระบบปฐมภูมิ, ทีมหมอครอบครัว โดยกระจายผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับสู่ชุมชน ตามนโยบาย Satellite OP ลดแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่
5. การปรับระดับ ควรเน้นเพิ่ม CMI เช่น เพิ่มเตียง ICU เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการรักษาโรคที่ยุ่ยากซับซ้อน แล้วจึงดำเนินการขอขยายเตียง (ให้เพิ่ม CMI ก่อน ในส่วนเรื่องของความแออัดให้ดำเนินการปรับระบบงานภายในเขตสุขภาพ โดยพิจารณาเตียงในโรงพยาบาลใกล้เคียงที่ไม่ได้ใช้งาน)

การขออนุมัติจัดตั้งโรงพยาบาล ควรขอตามความจำเป็น หรือความต้องการบริการสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ เช่น การสร้างโรงพยาบาลในอำเภอที่ตั้งใหม่ ตามเขตการปกครองของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งควรได้รับการวางแผนและดำเนินการภายใต้เครือข่ายเขตสุขภาพ เป็นต้น

การปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการ หมายถึงหน่วยบริการที่มีความพร้อมต้องการปรับระดับศักยภาพสูงขึ้น โดยดำเนินการตามที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ของเขตสุขภาพ

การขยายจำนวนเตียง แนวคิดการขยายเตียงบริการโดยการเพิ่มจำนวนเตียงเกิดขึ้นจากปัญหา การจัดบริการสาธารณสุขไม่เพียงพอกับความต้องการใช้งาน จึงทำให้ประสบปัญหาความแออัดโดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่ง เนื่องจากไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชน เกิดภาวะเตียงล้น เตียงเต็ม ซึ่งเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขต้องเข้าไปบริหารจัดการ เพื่อแก้ไขปัญหและตอบสนองความต้องการบริการสาธารณสุขของประชาชน

ความต้องการบริการสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน คือ

1. ปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สุขภาพ และรูปแบบการใช้ชีวิต
2. ปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์ ได้แก่ ขนาดของชุมชน ที่ตั้งของชุมชน และที่ตั้งของสถานที่
3. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้

ปัจจุบันจำนวนเตียงแบ่งเป็นหลายประเภท เช่น เตียงจริง เตียงตามกรอบ หมายถึงจำนวนเตียงตามกรอบโครงสร้างที่ได้รับการอนุมัติจากอนุกรรมการข้าราชการพลเรือน (อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) เตียง Active Bed หมายถึง เตียงที่ใช้งานจริง ไม่รวมเตียงรอคลอด เตียงทารกแรกเกิดที่มีอาการผิดปกติ เตียงตรวจโรค และเตียงสังเกตอาการ การกำหนดหลักเกณฑ์การขยายจำนวนเตียงของหน่วยบริการสุขภาพ ได้กำหนดภายใต้แนวคิด ดังนี้

1. ประเมินจากขีดความสามารถของหน่วยบริการสุขภาพ และระดับศักยภาพเดิมที่มีอยู่ บางครั้ง การปรับระดับให้สูงขึ้นเป็นไปได้ยาก หรือไม่ผ่านเกณฑ์กำหนด การขอขยายเตียงจึงเป็นทางเลือกการขยายบริการเพื่อลดความแออัดของหน่วยบริการสุขภาพ
2. พิจารณาสัดส่วนเตียงต่อประชากร โดยประเมินในภาพรวม จำแนกรายพื้นที่ จากข้อมูลในปี 2559 สัดส่วนเตียงต่อประชากร ระดับประเทศ เท่ากับ 1 ต่อ 459 คน หรือ 25 ต่อ 10,000 ประชากร ดังนั้น หากเขตสุขภาพใดมีสัดส่วนเตียงต่อ

ประชากรสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ แสดงว่าเขตสุขภาพนั้นมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอกับความต้องการบริการสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่

สัดส่วนเตียงต่อประชากร จำแนกรายพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ ปี 2559

	รวมทั้งประเทศ	กทม.	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12
ปี 58	433	194	383	512	543	379	407	409	587	657	599	604	476	495
ปี 59	459	230	385	497	570	450	435	450	676	639	601	644	450	496

ที่มา : รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2559

จากตารางพบว่า สัดส่วนเตียงต่อประชากรรวมทั้งประเทศเท่ากับ 459 เมื่อพิจารณาจำแนกรายเขตพบว่า สัดส่วนเตียงต่อประชากรสูงสุดที่เขตสุขภาพที่ 7 รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 10 และ 8 ตามลำดับ



เกณฑ์การตัดสินใจการจัดตั้ง และการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ

1. การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ คณะกรรมการ สามารถประเมิน ค่าคะแนนตั้งเอกสารในภาคผนวก เมื่อประเมินแล้วได้คะแนนต่ำกว่า 80 คะแนน แสดงว่าไม่ผ่านเกณฑ์ หากได้คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน แสดงว่าผ่านเกณฑ์ สำหรับระดับ M1 ขึ้นไปต้องได้คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับ 85 คะแนน จึงผ่านเกณฑ์

2. การขยายเตียง แนวทางการขยายเตียง เห็นควรพิจารณาให้ขยายเตียงหรือเพิ่มจำนวนเตียงหน่วยบริการสุขภาพ จากการประเมินจำนวนเตียง Active Bed การขอขยายเตียง ควรมี Active Bed ไม่น้อยกว่า 80% ของเตียงที่จะขอขยายขึ้น เช่น จะขยายจาก 30 เตียง เป็น 60 เตียง ควรมี Active Bed ไม่น้อยกว่า 40 เตียง เป็นเวลา 2-3 ปี และเพื่อความอยู่รอดสามารถลดขนาดเตียงได้เช่นกัน

การประเมินให้ขยายเตียงได้ พิจารณาจากจำนวนเตียง Active Bed เป็นหลัก แต่จะพิจารณาจากเรื่องอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น อัตราครองเตียงไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 90 ของเตียงเป้าหมายที่ขอขยาย

ตัวอย่าง การได้ขยายจำนวนเตียง กรณีมีเตียง Active Bed เกิน 105 เตียง ให้ปรับได้ 120 เตียง เป็นต้น



กลุ่มที่ 1 เกณฑ์การขยายเตียงของโรงพยาบาลที่ Active Bed น้อยกว่า 150 เตียง

1.1 Active Bed เกิน 14 เตียง ปรับเป็น 30 เตียง โดยคิดจาก 20% ของช่วงห่าง (Gap)

1.2 Active Bed เกิน 40 เตียง ปรับเป็น 60 เตียง โดยคิดจาก 30% ของช่วงห่าง (Gap)

1.3 Active Bed เกิน 75 เตียง ปรับเป็น 90 เตียง โดยคิดจาก 50% ของช่วงห่าง (Gap)

1.4 Active Bed เกิน 105 เตียง ปรับเป็น 120 เตียง โดยคิดจาก 50% ของช่วงห่าง (Gap)

1.5 Active Bed เกิน 135 เตียง ปรับเป็น 150 เตียง โดยคิดจาก 50% ของช่วงห่าง (Gap)

กลุ่มที่ 2 เกณฑ์การขยายเตียงของโรงพยาบาลที่ Active Bed เกิน 150 เตียง แต่ไม่เกิน 500 เตียง ให้เพิ่มเตียงได้ครั้งละ 50 เตียง

2.1 Active Bed เกิน 175 เตียง ปรับเป็น 200 เตียง โดยคิดจาก 20% ของช่วงห่าง (Gap)

2.2 Active Bed เกิน 225 เตียง ปรับเป็น 250 เตียง โดยคิดจาก 30% ของช่วงห่าง (Gap)

2.3 Active Bed เกิน 300 เตียง ปรับเป็น 350 เตียง โดยคิดจาก 50% ของช่วงห่าง (Gap)

2.4 Active Bed เกิน 350 เตียง ปรับเป็น 400 เตียง โดยคิดจาก 50% ของช่วงห่าง (Gap)

2.5 Active Bed เกิน 400 เตียง ปรับเป็น 450 เตียง โดยคิดจาก 50% ของช่วงห่าง (Gap)

2.6 Active Bed เกิน 450 เตียง ปรับเป็น 500 เตียง โดยคิดจาก 50% ของช่วงห่าง (Gap)

กลุ่มที่ 3 เกณฑ์การขยายเตียงของโรงพยาบาลที่ Active Bed เกิน 500 เตียงขึ้นไป ให้เพิ่มเตียงได้ครั้งละ 100 เตียง



รายละเอียดหลักเกณฑ์

หลักเกณฑ์ที่ใช้ประกอบการพิจารณารายการคำขอการจัดตั้ง และปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ประกอบไปด้วย 3 หลักเกณฑ์ ดังนี้

1. หลักเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพ
 - เกณฑ์การจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.)
 - เกณฑ์การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)
 - เกณฑ์การจัดตั้งสถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - เกณฑ์การจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F3
2. หลักเกณฑ์การจัดตั้งหรือปรับระดับของหน่วยบริการสุขภาพ
 - เกณฑ์การจัดตั้งหรือปรับระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2
 - เกณฑ์การจัดตั้งหรือปรับระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1
 - เกณฑ์การจัดตั้งหรือปรับระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2
 - เกณฑ์การจัดตั้งหรือปรับระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ M1
 - เกณฑ์การปรับระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ระดับ S
 - เกณฑ์การปรับระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A
3. หลักเกณฑ์การขยายจำนวนเตียงของหน่วยบริการสุขภาพ
 - เกณฑ์การขยายจำนวนเตียง ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S, M1)
 - เกณฑ์การขยายจำนวนเตียง ของโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M2, F1, F2, F3)



เกณฑ์การจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขชุมชน

1. มีประชากรรับผิดชอบไม่น้อยกว่า 500 คน นับตามสิทธิรักษา ได้แก่ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพ สิทธิข้าราชการ สิทธิต่างด้าวและสิทธิอื่นๆ
2. การเข้าถึงสถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่ใกล้เคียง มีความยากลำบาก มีอุปสรรคในการเดินทาง เนื่องจากพื้นที่มีลักษณะเป็นภูเขา แม่น้ำ เกาะ หรือเป็นถิ่นทุรกันดาร
3. มีการถือครองที่ดินถูกต้องตามกฎหมาย และเป็นศูนย์กลางของหมู่บ้านที่สามารถให้การสนับสนุนบริการสาธารณสุขแก่ชุมชนได้



4. มีความพร้อมของบุคลากรที่ประจำสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 1-2 คน
5. คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการระดับจังหวัด (Service Plan) และระดับเขตสุขภาพ เห็นชอบให้จัดตั้งเป็นสถานบริการสาธารณสุขชุมชน
6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน



เกณฑ์การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

1. ตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนเมือง หรือพื้นที่เติบโตของเมือง ทั้งเมืองที่ตั้งของตัวจังหวัด และเมืองอื่นๆ (อาจใช้พื้นที่เขตเทศบาลเป็นเกณฑ์) โดยมีประชากรในความรับผิดชอบขั้นต่ำ 10,000 คน และขั้นสูง 50,000 คน ขนาดที่ดินไม่น้อยกว่า 268 ตารางวา ขนาดหน้ากว้างไม่น้อยกว่า 18 เมตร ซึ่งหากใช้แบบมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขควรมีขนาดที่ดินอย่างน้อย 23.50×45.50 เมตร (1,070 ตารางเมตร/268 ตารางวา) ขนาดของกรอบอาคารที่เหมาะสมควรมีหน้ากว้างไม่น้อยกว่า 16-18 เมตร และมีความลึกไม่น้อยกว่า 36 เมตร
2. มีขีดความสามารถด้านเวชปฏิบัติทั่วไป ทันตกรรม เภสัชกรรม ชันสูตรโรค กายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัดและการแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือกสามารถตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง
3. มีการถือครองที่ดินถูกต้องตามกฎหมาย
4. มีงานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว และงานพัฒนาสุขภาพชุมชนด้วยการมี “แพทย์ประจำครอบครัว” ดูแลในมิติของสุขภาพองค์รวม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว และชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญ
5. มีบุคลากรประจำศูนย์ที่มีความพร้อม ใน 4 สาขา มากกว่าร้อยละ 50 ของแต่ละสาขา (ตามสัดส่วนประชากร) ได้แก่
 - 5.1 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (1 : 10,000)
 - 5.2 ทันตแพทย์ (1:30,000)
 - 5.3 เภสัชกร (1:30,000)
 - 5.4 พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ (1:2,500)



เกณฑ์การจัดตั้งสถานอนามัย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. มีประชากรรับผิดชอบไม่น้อยกว่า 3,000 คน หรือสร้างในตำบลตั้งใหม่
 2. สร้างในที่ดินขนาดไม่น้อยกว่า 2 ไร่
 3. มีการถือครองที่ดินถูกต้องตามกฎหมาย
 4. ระยะห่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นไม่น้อยกว่า 5 กิโลเมตร
- โดยการคมนาคมทางบก
5. มีความพร้อมของระบบสาธารณูปโภค (ถนน ไฟฟ้า ประปา หรือแหล่งน้ำสำหรับระบบประปาของสถานอนามัย)
 6. อยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการของจังหวัด และเขตสุขภาพ
 7. ชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน
 8. ความพร้อมของบุคลากรที่ประจำสถานอนามัย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขั้นต่ำควรมีบุคลากร ดังนี้
 - 8.1 พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติจำนวน 1 คน
 - 8.2 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชนหรือนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 2-3 คน
 9. ชีตความสามารถ
 - 9.1 ลักษณะการให้บริการผสมผสานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูสภาพโดยเปิดบริการไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์
 - 9.2 ด้านทันตกรรม มีระบบเชื่อมต่อ เพื่อส่งต่อประชาชนไปรับบริการทันตกรรมทั้งในด้านการรักษาและป้องกัน
 - 9.3 ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนหรือหลังคลอดอย่างน้อย 1-2 วัน/สัปดาห์
 - 9.4 ด้านดูแลสุขภาพเด็ก พร้อมให้วัคซีน 1-8 วัน/เดือน
 - 9.5 ด้านสุขภาพในชุมชนและมีบริการเยี่ยมบ้าน อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์
 - 9.6 ด้านยา บริการยาที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน
 - 9.7 ด้านการตรวจชั้นสูตร สามารถตรวจชั้นสูตรพื้นฐานตามมาตรฐาน
 10. ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางได้สะดวก เป็นจุดศูนย์กลางของชุมชนที่สามารถให้การสนับสนุนบริการสาธารณสุขแก่ชุมชนได้





เกณฑ์การจัดตั้งหรือการปรับระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F3

1. มีประชากรไม่น้อยกว่า 30,000 คน หรือเป็นอำเภอ/กิ่งอำเภอตั้งใหม่ที่มีความพร้อม
2. สร้างในที่ดินขนาดไม่ต่ำกว่า 20 ไร่ และมีการถือครองที่ดินถูกต้องตามกฎหมาย
3. มีความพร้อมของระบบสาธารณูปโภค (ถนน ไฟฟ้า ประปา หรือแหล่งน้ำสำหรับระบบประปา)
4. ด้านโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล ประกอบด้วย
 - 4.1 อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ
 - 4.2 ระบบไฟฟ้าเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ระบบประปา ถนน รั้ว ระบบบำบัดน้ำเสีย
 - 4.3 แผนการดำเนินการแสดงเอกสารเชิงประจักษ์ ในการก่อสร้างอาคารที่พักรักษาพยาบาล 24 ยูนิต บ้านพักข้าราชการระดับ 5-6 จำนวน 1 หลัง และบ้านพักข้าราชการระดับ 7-8 จำนวน 1 หลัง
 - 4.4 มีแผนการดำเนินการแสดงเอกสารเชิงประจักษ์ ขอจัดซื้อรถพยาบาล (Ambulance) อย่างน้อย 1 คัน หรือรถกระบะ จำนวน 1 คัน
5. อยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการของจังหวัดหรือเขตสุขภาพ
6. ความเหมาะสมของที่ที่ตั้งต้องมีปัญหาด้านการร้องเรียนจากประชาชนในพื้นที่ และควรอยู่ใกล้ชุมชนของอำเภอนั้น
7. ชุมชน หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน
8. ด้านบุคลากร ประกอบด้วย
 - 8.1 แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1-2 คน
 - 8.2 ทันตแพทย์ จำนวน 1 คน
 - 8.3 เภสัชกร จำนวน 1 คน
 - 8.4 พยาบาล จำนวน 8 คน



เกณฑ์การจัดตั้งหรือการปรับระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2

1. มีประชากรในเขตอำเภอที่ตั้ง 30,000-50,000 คน
2. สร้างในที่ดินขนาดมากกว่า 20 ไร่ขึ้นไป และมีการถือครองที่ดินถูกต้องตามกฎหมาย
3. จำนวนเตียง ตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไป

4. ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย
 - 4.1 อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ
 - 4.2 อาคารผู้ป่วยใน อย่างน้อย 30 เตียง
 - 4.3 อาคารที่พักรักษาพยาบาล 24 ยูนิต
 - 4.4 บ้านพักข้าราชการระดับ 5-6 จำนวน 1 หลัง และบ้านพักข้าราชการระดับ 7-8 จำนวน 1 หลัง
 - 4.5 รถพยาบาล (Ambulance) อย่างน้อย 2 คัน รถกระบะจำนวน 1 คัน
5. ด้านบุคลากร ประกอบด้วย บุคลากรขั้นต่ำ ดังนี้
 - 5.1 แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2-5 คน
 - 5.2 ทันตแพทย์ จำนวน 2 คน
 - 5.3 เภสัชกร จำนวน 2 คน
 - 5.4 พยาบาล จำนวน 24 คน
6. ผลงานที่แสดงศักยภาพโรงพยาบาลด้านบริการ
 - 6.1 CMI ≥ 0.6
 - 6.2 Sum AdjRW $\geq 1,500$ / ปี
 - 6.3 Active Bed ≥ 20 เตียง
7. ด้านการจัดบริการ ประกอบด้วย
 - 7.1 มีบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OPD) ในเวลาราชการ
 - 7.2 เปิดบริการผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ (ER) โดยมีแพทย์ on call ตลอด 24 ชั่วโมง
 - 7.3 มีเตียงสำหรับสังเกตอาการผู้ป่วย (Observe Bed)
 - 7.4 คลินิกทันตกรรม โดยทันตแพทย์ (เวลาราชการต้องมีทันตแพทย์)
 - 7.5 มีห้องชันสูตรสาธารณสุข (Lab)
 - 7.6 มีห้อง X-Ray
 - 7.7 มีบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และงานอนามัยแม่และเด็ก
 - 7.8 มีการจัดบริการทำคลอด
 - 7.9 มีการจัดบริการผู้ป่วยใน (IPD)



เกณฑ์การจัดตั้งหรือการปรับระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1

1. จำนวนประชากรในเขตอำเภอที่ตั้ง 50,000-80,000 คน
2. สร้างในที่ดินขนาดมากกว่า 20 ไร่ขึ้นไป และมีการถือครองที่ดินถูกต้องตามกฎหมาย
3. จำนวนเตียง ตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไป
4. ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย
 - 4.1 อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ 60 – 120 เตียง
 - 4.2 อาคารผู้ป่วยในมากกว่า 60 เตียงขึ้นไป
 - 4.3 อาคารที่พักรักษา 24 ยูนิต จำนวน 2 หลัง
 - 4.4 บ้านพักข้าราชการระดับ 5-6 จำนวน 3 หลัง และบ้านพักข้าราชการระดับ 7-8 จำนวน 2 หลัง
 - 4.5 รถพยาบาล (Ambulance) อย่างน้อย 2 คัน รถกระบะจำนวน 1 คัน
5. ผลงานที่แสดงศักยภาพโรงพยาบาลด้านบริการ
 - 5.1 CMI \geq 0.6
 - 5.2 Sum AdjRW \geq 4,200/ปี
 - 5.3 Active Bed \geq 60 เตียง
6. ด้านบุคลากร ประกอบด้วยบุคลากรขั้นต่ำ ดังนี้
 - 6.1 แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน
 - 6.2 แพทย์เฉพาะทาง 4 สาขาหลัก อย่างน้อย 1 สาขา (สูตินรีเวชกรรม สาขาศัลยกรรมทั่วไป สาขาอายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม)
 - 6.3 ทันตแพทย์ จำนวน 3 คน
 - 6.4 เภสัชกร จำนวน 4 คน
 - 6.5 พยาบาล จำนวน 52 คน
 - 6.6 นักกายภาพบำบัด อย่างน้อย 1 คน
7. ด้านการจัดบริการ ประกอบด้วย
 - 7.1 มีบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OPD) ในเวลาราชการ
 - 7.2 เปิดบริการผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ (ER) โดยมีแพทย์ on call ตลอด 24 ชั่วโมง
 - 7.3 มีเตียงสำหรับสังเกตอาการผู้ป่วย (Observe Bed)
 - 7.4 คลินิกทันตกรรม โดยทันตแพทย์ (เวลาราชการต้องมีทันตแพทย์)

- 7.5 มีห้องชันสูตรสาธารณสุข (Lab)
- 7.6 มีห้อง X-Ray
- 7.7 มีบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และงานอนามัยแม่และเด็ก
- 7.8 มีการจัดบริการทำคลอด
- 7.9 มีการจัดบริการผู้ป่วยใน (IPD)
- 7.10 มีการจัดบริการห้องผ่าตัด



เกณฑ์การจัดตั้งหรือการปรับระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ระดับ M2

1. จำนวนประชากรในเขตอำเภอที่ตั้งมากกว่า 80,000 คน หรือมีจำนวนประชากรรับส่งต่อจากอำเภอข้างเคียง และตามการคมนาคม (การเป็นแม่ข่าย) เท่ากับหรือมากกว่า 100,000 คน
2. จำนวนเตียง ตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป
3. สร้างในที่ดินขนาด 30 ไร่ และมีการถือครองที่ดินถูกต้องตามกฎหมาย
4. สถานที่ตั้ง
 - 4.1 ที่ตั้งเป็นชุมชนที่อนาคตขยายตัวค่อนข้างมาก เช่น เป็นชุมชนเมืองเขตอุตสาหกรรม เขตที่มีคนอพยพเข้ามามากขึ้น
 - 4.2 มีศักยภาพที่แพทย์อยู่ได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต อนาคตมีแพทย์ต้องการอยู่มากขึ้น
5. ด้านการจัดบริการ

ควรมีโรงพยาบาลลูกข่ายอย่างน้อย 1 แห่ง รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่น ลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ
6. ด้านบุคลากร ประกอบด้วยบุคลากรขั้นต่ำ ดังนี้

มีแพทย์เฉพาะทาง ครบ 4 สาขาหลัก อย่างน้อยสาขาละ 1 คน (สูตินรีเวชกรรม สาขาศัลยกรรมทั่วไป สาขาอายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม)
7. ผลงานที่แสดงศักยภาพโรงพยาบาลด้านบริการ
 - 7.1 CMI \geq 0.8
 - 7.2 Sum AdjRW \geq 6,300/ปี
 - 7.3 Active Bed \geq 80 เตียง
8. มีการประเมินความคุ้มค่าในการลงทุน และมีสถานะทางการเงิน (Risk Score) ย้อนหลัง 4 ไตรมาส ไม่ควรเกินระดับ 3





เกณฑ์การจัดตั้งหรือการปรับระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ระดับ M1

1. จำนวนประชากร
 - 1.1 จำนวนประชากรในเขตอำเภอที่ตั้งมากกว่า 100,000 คน
 - 1.2 จำนวนประชากรรับส่งต่อจากอำเภอข้างเคียง และตามการคมนาคม (การเป็นแม่ข่าย) มีโรงพยาบาลลูกข่ายอย่างน้อย 1 แห่ง และมีการดูแลประชากรในความรับผิดชอบรวมมากกว่า 200,000 คน
2. จำนวนเตียง ตั้งแต่ 150 เตียงขึ้นไป
3. สถานที่ตั้ง
 - 3.1 อยู่ในจุดห่างไกลโรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ระดับ M1/โรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S) ระยะทางมากกว่า 60 กิโลเมตร
 - 3.2 ที่ตั้งเป็นชุมชนที่อนาคตขยายตัวค่อนข้างมาก เช่น เป็นชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรม เขตที่มีคนอพยพเข้ามามากขึ้น
 - 3.3 มีศักยภาพที่แพทย์อยู่ได้ทั้งในปัจจุบัน และอนาคต อนาคตมีแพทย์ต้องการอยู่มาก
4. สร้างในที่ดินขนาดมากกว่า 30 ไร่
5. การพิจารณาตามมาตรฐานโครงสร้าง
 - 5.1 งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องตรวจผู้ป่วยนอกควรเพิ่มจำนวนเป็น 30 ห้อง ให้รวมห้องสำหรับคลินิก HIV, CAPD, TB และห้องตรวจโรกระบบทางเดินหายใจ อย่างละ 1 ห้อง ห้องอื่นๆ เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้
 - 5.2 งานผู้ป่วยหนัก
 - ICU อย่างน้อยมีจำนวน 15 เตียง
 - NICU อย่างน้อยมีจำนวน 4 เตียง
 - หน่วยไตเทียม อย่างน้อยมีจำนวน 8 เครื่อง
 - 5.3 IPD ควรจัดให้มีห้อง Negative Pressure room ที่ได้มาตรฐาน 2 ห้อง
 - 5.4 ห้องผ่าตัดอย่างน้อยมีจำนวน 6 ห้อง
 - 5.5 งานวินิจฉัยรักษา
 - มีห้อง X-Ray อย่างน้อยมีจำนวน 2 ห้อง และ CT –Scan

6. ด้านบุคลากร

ความพร้อมด้านบุคลากรขั้นต่ำ ประกอบด้วยแพทย์สาขาหลักครบทุกสาขาอย่างน้อย 1 คน/สาขา และรวมแพทย์ทั้งหมดของหน่วยบริการอย่างน้อย 22 คน

7. ด้านศักยภาพ

7.1 CMI \geq 1.0

7.2 Sum AdjRW \geq 14,000/ปี

7.3 Active Bed \geq 150 เตียง

8. มีการประเมินความคุ้มค่าในการลงทุน และมีสถานะทางการเงิน (Risk Score) ย้อนหลัง 4 ไตรมาส ไม่ควรเกินระดับ 3

9. ด้านจัดบริการ มีการจัดบริการได้ครบทั้ง 6 สาขาหลัก ได้แก่ สาขาสูติกรรม สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม สาขากุมารเวชกรรม สาขาศัลยกรรมกระดูก และสาขาวิสัญญีแพทย์ และมีสาขารองบางสาขาที่จำเป็น

10. กรณีจัดตั้งใหม่ให้ศึกษาความเป็นไปได้และนำเสนอ Business Plan



เกณฑ์การปรับระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ระดับ S

1. จำนวนประชากร

1.1 จำนวนประชากรในเขตอำเภอที่ตั้งมากกว่า 100,000 คน

1.2 จำนวนประชากรรับส่งต่อจากอำเภอข้างเคียง และตามการคมนาคม (การเป็นแม่ข่าย) มีโรงพยาบาลลูกข่ายอย่างน้อย 1 แห่ง และมีการดูแลประชากรในความรับผิดชอบรวมมากกว่า 200,000 คน

2. จำนวนเตียง ตั้งแต่ 300 เตียงขึ้นไป

3. สถานที่ตั้ง

3.1 อยู่ในจุดห่างไกลโรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ระดับ M1/โรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S) ระยะทางไม่น้อยกว่า 60 กิโลเมตร

3.2 ที่ตั้งเป็นชุมชนที่อนาคตขยายตัวค่อนข้างมาก เช่น เป็นชุมชนเมืองเขตอุตสาหกรรม เขตที่มีคนอพยพเข้ามามากขึ้น

3.3 มีศักยภาพที่แพทย์อยู่ได้ทั้งในปัจจุบัน และอนาคตมีแพทย์ต้องการอยู่มากขึ้น

4. สร้างใหม่ที่ดินขนาดอย่างน้อย 40 ไร่ขึ้นไป



5. การพิจารณาตามมาตรฐานโครงสร้าง

5.1 งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกควรเพิ่มจำนวนเป็น 30 ห้อง ให้รวมห้องสำหรับคลินิก HIV, CAPD, TB และห้องตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ อย่างละ 1 ห้อง ห้องอื่นๆ เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

5.2 งานผู้ป่วยหนัก

- ICU อย่างน้อยมีจำนวน 30 เตียง
- NICU อย่างน้อยมีจำนวน 8 เตียง
- หน่วยไตเทียม อย่างน้อยมีจำนวน 8 เครื่อง

5.3 IPD ควรจัดให้มีห้อง Negative Pressure room ที่ได้มาตรฐาน 2 ห้อง

5.4 ห้องผ่าตัดอย่างน้อยมีจำนวน 8 ห้อง

5.5 งานวินิจฉัยรักษา

- ห้อง X-Ray อย่างน้อยมีจำนวน 3 ห้อง และ CT –Scan

6. ด้านบุคลากร

ความพร้อมด้านบุคลากรขั้นต่ำ ประกอบด้วยแพทย์สาขาหลักครบทุกสาขา อย่างน้อย สาขาละ 2 คน ยกเว้นสาขาวิสัญญีแพทย์อย่างน้อย 1 คน มีแพทย์เฉพาะทางสาขารองบางสาขาที่จำเป็น และรวมแพทย์ทั้งหมดของหน่วยบริการอย่างน้อย 30 คน

7. ด้านศักยภาพ

7.1 CMI ≥ 1.2

7.2 Sum AdjRW $\geq 31,000$ /ปี

7.3 Active Bed ≥ 300 เตียง

8. มีการประเมินความคุ้มค่าในการลงทุน และมีสถานะทางการเงิน (Risk Score) ย้อนหลัง 4 ไตรมาส ไม่ควรเกินระดับ 3

เกณฑ์การปรับระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A

1. จำนวนประชากรรับผิดชอบประชากรในจังหวัดที่รับผิดชอบ 500,000 คนขึ้นไป และมีการดูแลประชากรในเครือข่ายที่รับผิดชอบไม่น้อยกว่า 2,000,000 คนขึ้นไป และประชากรในอำเภอใกล้เคียงมารับบริการได้สะดวก

2. จำนวนเตียง ตั้งแต่ 700 เตียงขึ้นไป

3. สถานที่ตั้ง

3.1 สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลในจังหวัดมีความเหมาะสม ตั้งอยู่ในพื้นที่กำลังพัฒนาเป็นชุมทาง หรือพัฒนาให้เป็นเมืองเศรษฐกิจที่กำลังขยายตัว

3.2 ความต้องการบริการสาธารณสุขในระดับสูง

3.3 ระยะห่างจากโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A ไม่ต่ำกว่า 90 กิโลเมตร และสามารถรองรับหรือกำลังรองรับการส่งต่ออย่างเห็นประจักษ์อยู่แล้ว

4. โครงสร้างพื้นฐาน

4.1 งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกควรเพิ่มจำนวนเป็น 30 ห้อง ให้รวมห้องสำหรับคลินิก HIV, CAPD, TB และห้องตรวจโรกระบบทางเดินหายใจอย่างละ 1 ห้อง ห้องอื่นๆ เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

4.2 งานผู้ป่วยหนัก

- ICU อย่างน้อยมีจำนวน 105 เตียง

- NICU อย่างน้อยมีจำนวน 12 เตียง

- หน่วยไตเทียม อย่างน้อยมีจำนวน 16 เครื่อง

4.3 ห้องผ่าตัดอย่างน้อยมีจำนวน 14 ห้อง

4.4 IPD ควรจัดให้มีห้อง Negative Pressure room ที่ได้มาตรฐาน 2 ห้อง

4.5 งานวินิจฉัยรักษา

- ห้อง X-Ray อย่างน้อยมีจำนวน 3 ห้อง

- มี CT –Scan และ MRI

5. จำนวนพื้นที่ภายในโรงพยาบาลควรมีอย่างน้อย 50 ไร่ขึ้นไป

6. ด้านบุคลากร ความพร้อมด้านบุคลากรขั้นต่ำ ประกอบด้วย

6.1 แพทย์สาขาหลักครบทุกสาขาอย่างน้อย สาขาละ 2 คน

6.2 มีแพทย์เฉพาะทางสาขารองอย่างน้อย 3-5 สาขา

6.3 มีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด อย่างน้อย 3 สาขา และรวมแพทย์ทั้งหมดของหน่วยบริการอย่างน้อย 87 คน

7. ขีดความสามารถและศักยภาพ

เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีขีดความสามารถพร้อมที่จะพัฒนาเป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือเทียบเท่าหน่วยบริการระดับตติยภูมิ หรือเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent center) 4 สาขา ขั้นต่ำระดับ 2 ขึ้นไป ได้แก่ สาขาหัวใจ สาขามะเร็ง สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด รวมทั้งมีศักยภาพในการสนับสนุนสถานบริการระดับรองลงไปหรือรองรับการส่งต่อ (Refer) ภายในเขตและภายนอกเขต

8. ศักยภาพด้านการให้บริการ

8.1 CMI \geq 1.6

8.2 Sum AdjRW \geq 88,000/ปี

8.3 Active Bed \geq 560 เตียง

9. สถานการณ์ด้านบริหารจัดการและการเงินการคลัง

9.1 สัดส่วนของ LC, MC, CC etc. ที่เหมาะสม

9.2 เงินบำรุงในบัญชี 80-120 ล้านบาท

9.3 หนี้สินเฉลี่ยไม่เกิน 4-6 เดือน

9.4 มีการประเมินความคุ้มค่าในการลงทุน และมีสถานะทางการเงิน (Risk Score) ย้อนหลัง 4 ไตรมาส ไม่ควรเกินระดับ 3



ภาคผนวก



สำเนา

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๖๖๘ /๒๕๖๐

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาคลินิกการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ

โดยที่เป็นการสมควร เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งคณะกรรมการ และคณะทำงาน เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ที่แก้ไขเพิ่มเติม บัณฑิตกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ยกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาคลินิกการเปิด การยกฐานะ และการขยายหน่วยบริการสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

ข้อ ๑ องค์ประกอบ

- | | |
|---|------------------|
| ๑.๑ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ประธานคณะกรรมการ |
| หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ | |
| ๑.๒ หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑.๓ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขทุกเขต | กรรมการ |
| ๑.๔ ประธานชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน | กรรมการ |
| ๑.๕ ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือผู้แทน | กรรมการ |
| ๑.๖ ประธานชมรมโรงพยาบาลชุมชน หรือผู้แทน | กรรมการ |
| ๑.๗ นายสุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา | กรรมการ |
| ๑.๘ นายไพศาล เกื้ออรุณ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่ | กรรมการ |
| ๑.๙ นายไชยเวช กนไพศาล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ | กรรมการ |
| ๑.๑๐ นายสุวรรณค์ ขวัญใจพานิช
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี | กรรมการ |
| ๑.๑๑ นายชาญชัย จันทร์วรชัยกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น | กรรมการ |
| ๑.๑๒ นายโชคชัย ลีโทขวลิต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร | กรรมการ |
| ๑.๑๓ ผู้อำนวยการกองบริหารศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑.๑๔ ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |

๑.๑๕ ผู้อำนวยการ...

- | | | |
|------|---|--------------------------------|
| ๑.๑๕ | ผู้อำนวยการกองกฎหมาย
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑.๑๖ | ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑.๑๗ | ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และเลขานุการ |
| ๑.๑๘ | นางศุภมิตร ปรีดีเขมรัตน์
รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๑๙ | นางปิยาภรณ์ อรชร
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๒ ยำนาจหน้าที่

- ๒.๑ กำหนดกรอบนโยบายแนวทางการดำเนินงาน การเปิด การยกฐานะและการขยาย
หน่วยบริการสุขภาพ
- ๒.๒ พิจารณากลับกรองรายการคำขอการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการ
สุขภาพ และเสนอผลการพิจารณากลับกรองรายการคำขอต่อ อ.ก.พ.สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ๒.๓ แก้ไขปัญหาอุปสรรคและรายงานผู้บริหาร
- ๒.๔ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน
- ๒.๕ งานอื่นๆ ตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๐๑๒/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน
พ.ศ. ๒๕๕๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากลับกรองการเปิด การยกฐานะ และการขยายหน่วยบริการ
สุขภาพ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ลงชื่อ **เชษฐา ไชตดำรงสุข**
(นายเชษฐา ไชตดำรงสุข)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการ
ปิยาภรณ์ อรชร
(นางปิยาภรณ์ อรชร)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สุภารัตต์/คัด

สำเนา

คำสั่งคณะกรรมการพิจารณาการขึ้นรองการเปิด
การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ
ที่ ๑ /๒๕๖๐

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒.๔ แห่งคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๖๘/๒๕๖๐
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการขึ้นรองการเปิด การยกฐานะ และการขยายหน่วยบริการสุขภาพ
ลงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๐

เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คณะกรรมการพิจารณาการขึ้นรองการเปิด
การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ จำนวน ๒ คณะ โดยมี
องค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. คณะที่ ๑ คณะทำงานเตรียมการการขึ้นรองการเปิด การยกฐานะ และการขยาย
หน่วยบริการสุขภาพ

๑.๑ องค์ประกอบ

- | | |
|--|------------------|
| (๑) นายธีรพงศ์ ตูนาค
ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ประธานคณะกรรมการ |
| (๒) นายเพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี | คณะกรรมการ |
| (๓) นายทรงพล ขวาลตันพิพัทธ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี | คณะกรรมการ |
| (๔) นายไชยเวช อนไพศาล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ | คณะกรรมการ |
| (๕) นายโชคชัย สีโทสวัสดิ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร | คณะกรรมการ |
| (๖) นายสมคิด วิระเทพสุภรณ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา | คณะกรรมการ |
| (๗) นายกรกฤษ สัมสมมุติ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ | คณะกรรมการ |
| (๘) ผู้แทนกองกฎหมาย
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| (๙) นางพชธภา ธนาบุญพิสัย
กองบริหารการคลัง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |

(๑๐) นางศุภมิตร์...

(๑๘) นางศุภมิตร ปรีดิเมธีรัตน์
รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คณะทำงาน
และเลขานุการ

(๑๙) นางปิยาภรณ์ อรรถ
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ

(๒๐) นางสาวเสาวลักษณ์ เทียบวาณิช
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ

๑.๒ ให้คณะทำงาน ตามข้อ ๑.๑ มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

(๑) พิจารณากลับกรองและให้ข้อเสนอแนะรายการคำขอการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ รวมทั้งหน่วยบริการสุขภาพที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม

(๒) จัดทำและนำเสนอข้อมูลรายการคำขอที่ผ่านการพิจารณาต่อคณะกรรมการการกลับกรองการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ

(๓) ศึกษา วิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการยกระดับของหน่วยบริการสุขภาพ ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

(๔) งานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ

๒. คณะที่ ๒ คณะทำงานพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ

๒.๑ องค์ประกอบ

(๑) นายธีรพงศ์ คุณาค
ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประธานคณะทำงาน

(๒) นายสุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

คณะทำงาน

(๓) นายเพชรฤกษ์ แชนส์สวัสดิ์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

คณะทำงาน

(๔) นายทรงพล ขวาลดิมพิพัทธ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

คณะทำงาน

(๕) นายชาญชัย จันทร์วรชัยกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

คณะทำงาน

(๖) นายสวรรณต์ ขวัญใจพานิช
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

คณะทำงาน

(๗) นายโชคชัย ทีโหวลลิต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

คณะทำงาน

(๘) นายสมชาย พรหมจักร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร

คณะทำงาน

(๙) นายสมคิด...

(๙) นายสมคิด วีระเทพสุภรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา	คณะทำงาน
(๑๐) นายโตมร ทองศรี โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก	คณะทำงาน
(๑๑) นายปองพล วรปาลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก	คณะทำงาน
(๑๒) ผู้แทนกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
(๑๓) ผู้แทนกองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
(๑๔) ผู้แทนกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
(๑๕) นางศุภมิตร ปริดีเชมรัตน์ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน และเลขานุการ
(๑๖) นางปิยาภรณ์ อรชร กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๗) นางสาวเสาวลักษณ์ เลียบวาณิช กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๒ ให้คณะทำงาน ตามข้อ ๒.๑ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- (๑) กำหนดกรอบการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพและแนวทางสนับสนุน
- (๒) พัฒนา ปรับปรุงหลักเกณฑ์การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ
- (๓) รายงานปัญหา อุปสรรคต่อผู้บริหาร
- (๔) งานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ลงชื่อ เชษฐา โชคดีรุ่งสุข
(นายเชษฐา โชคดีรุ่งสุข)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง
นันทิพร หงษ์อภิสิทธิ์
(นางปิยาภรณ์ อรชร)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สุภารัตน์/คัต



คำสั่งคณะกรรมการพิจารณาคลินิกการเปิด
การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ
ที่ ๑ /๒๕๖๑
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ

โดยที่เป็นการสมควรแก้อำนาจคำสั่งคณะกรรมการพิจารณาคลินิกการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ ที่ ๑/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ เนื่องจากคณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ คณะที่ ๑ คณะทำงานเตรียมการคลินิกการเปิด การยกฐานะ และการขยายหน่วยบริการสุขภาพ และคณะที่ ๒ คณะทำงานพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ ได้ย้ายไปปฏิบัติหน้าที่อื่น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒.๔ แห่งคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๖๖๘/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาคลินิกการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ จึงได้ออกคำสั่งไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกคณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ คณะที่ ๑ คณะทำงานเตรียมการคลินิกการเปิด การยกฐานะ และการขยายหน่วยบริการสุขภาพ ในลำดับที่ (๑๒) นางสาวเสาวลักษณ์ เลียบวานิช ของคำสั่งคณะกรรมการพิจารณาคลินิกการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ ที่ ๑/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ

ข้อ ๒ ให้เพิ่มเติมข้อความต่อไปนี้ คณะที่ ๑ คณะทำงานเตรียมการคลินิกการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ ในลำดับที่ (๑๒) นางสาวปิ่นแก้ว วัชรู คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ ของคำสั่งคณะกรรมการพิจารณาคลินิกการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ ที่ ๑/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกคณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ คณะที่ ๒ คณะทำงานพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ ในลำดับที่ (๑๗) นางสาวเสาวลักษณ์ เลียบวานิช ของคำสั่งคณะกรรมการพิจารณาคลินิกการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ ที่ ๑/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ

ข้อ ๔ ให้เพิ่มเติมข้อความต่อไปนี้ คณะที่ ๒ คณะทำงานพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ ในลำดับที่ (๑๗) นางสาวหทัยชนก ปิ่นงาม คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ ของคำสั่งคณะกรรมการพิจารณาคลินิกการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ ที่ ๑/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑



(นายณรงค์ จิระเศรษฐศิริ)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2558) แนวทางการวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังตามภาระงานของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข. (2559) รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2559 : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2560) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 : กรุงเทพมหานคร

คณะกรรมการพจนานุกรม ราชบัณฑิตยสถาน. (2542) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 : กรุงเทพมหานคร

ประณต บุญโต. (2553) ศักยภาพการบริหารจัดการขององค์การบริหารส่วนตำบล กรณีศึกษา อำเภอนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ : มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ราชบัณฑิตยสถาน. (2552) พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2552

สุกัญญา เจริญวัฒน์. (2548) โครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในภาคตะวันออก : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557) การขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ รากฐานการจัดวางอิฐก้อนแรกของระบบสุขภาพพึงประสงค์. พิมพ์ครั้งที่ 1 : บริษัท มาตา จำกัด

สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557) รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 2). แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ

สำนักนายกรัฐมนตรี. (2558) รายงานผลการดำเนินงานของรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา
นายกรัฐมนตรี ครบรอบ 1 ปี (12 กันยายน 2557 – 12 กันยายน 2558) : สำนักพิมพ์
คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560) (ร่าง) ยุทธศาสตร์ชาติ
ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2560) แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2564

คณะอนุกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป. (2559) ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติ
ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2561) ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ 2561



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
โทร. 02 590 2457 โทรสาร 02 590 1740
www.phdb.moph.go.th