

การจัดระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Blueprint of Health Service Delivery and Human Resource)

การประชุมเชิงปฏิบัติการ"การจัดทำแผนและแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ
โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข" (Blueprint of Health Service and Human Resource)
ณ โรงแรมเบสท์เวสเทิร์นพลัสแวนด้าแกรนด์ จังหวัดนนทบุรี

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก ผู้ตรวจราชการกระทรวง

22 เมษายน 2562

กรอบการนำเสนอ



1. หลักการ แนวคิด

ขอบเขตและทิศทางการขับเคลื่อน HRH Transformation



1. เจ้าหน้าที่มีความสุข

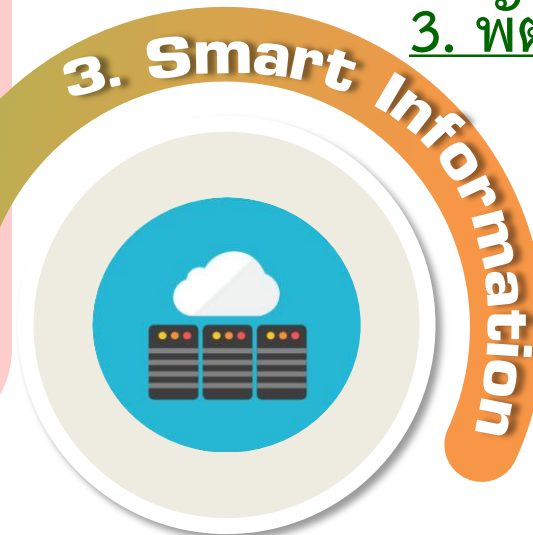
- ▶ ระบบประเมินความก้าวหน้า : PMS
- ▶ 2 P safety
- ▶ องค์การแห่งความสุข
- ▶ Mindset Leadership
- ▶ ระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ

2. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้เขตสุขภาพ

- ▶ Service & HRH Blueprint
- ▶ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการพัฒนากำลังคน



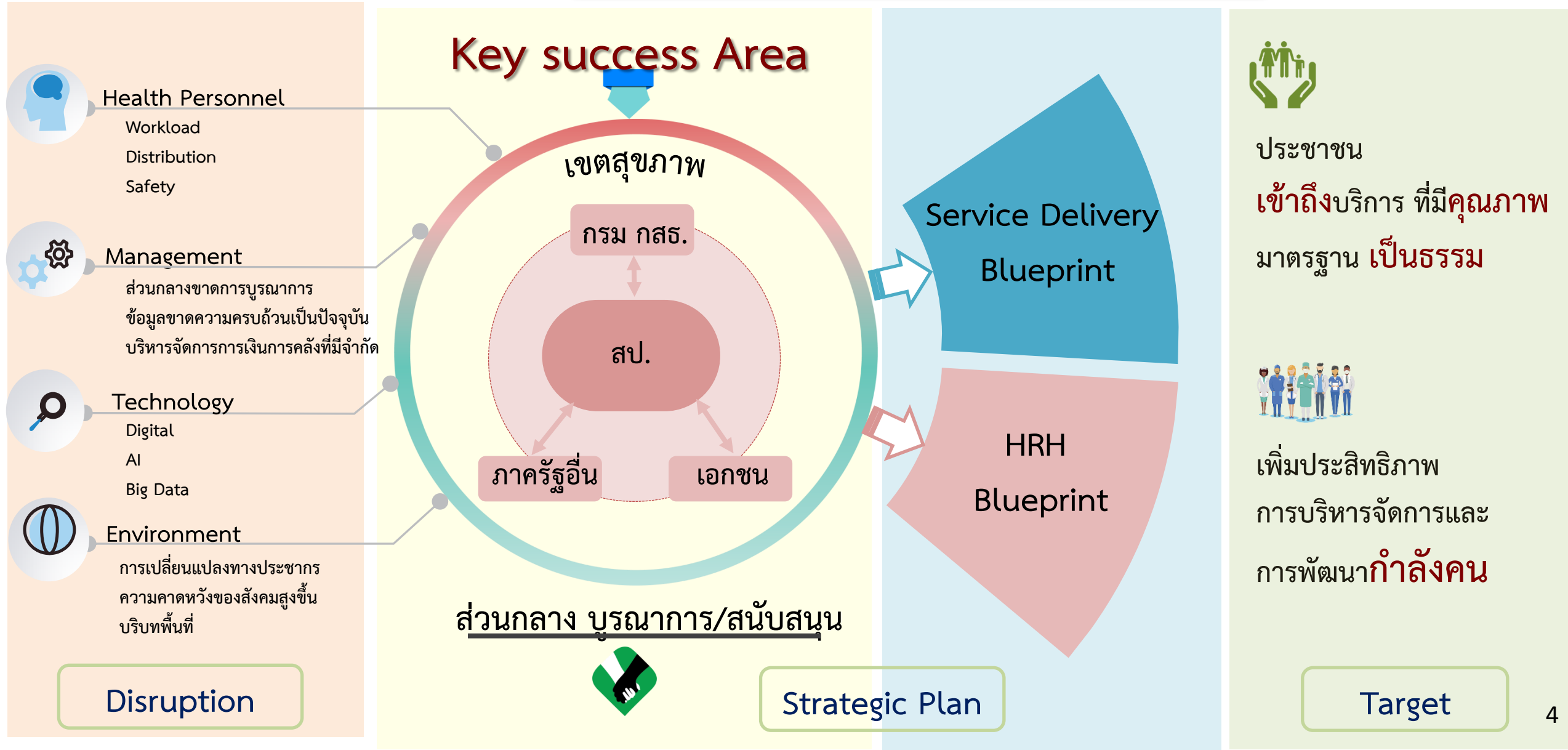
3. พัฒนาข้อมูลกำลังคน



- ▶ HROPS
- ▶ GIS Health
- ▶ NHWA
- ▶ Block chain

1. หลักการ แนวคิด

เสริมสร้างความเข้มแข็งให้เขตสุขภาพ



1. หลักการ แนวคิด

Service Delivery & HRH Blueprint

Demand

1. โครงสร้างประชากร
2. สถานะสุขภาพ
3. การเข้าถึงบริการ
4. การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี
5. ความเฉพาะของพื้นที่

1. ความแออัด
2. ค่าใช้จ่ายสุขภาพ
3. ภาระงาน
4. การกระจายกำลังคน
5. ความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

- Primary care
- 2^o 3^o care
- Excellence center
- PP&P
- ลดความแออัด
- เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียง
- Initiative Management Model
- ร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ

• Service redesign

- การจ้างงานทางเลือก
- ปรับภารกิจให้หน่วยงานอื่น
- ถ่ายโอนรพ.สต.
- บริหารร่วม
- บริการร่วม

• Job redesign

Positioning
& Design

- Smart Hospital
- PCC link
- Big Data

• Digital Transformation

Service Delivery Blueprint

HRH Blueprint

HRM

Job
Design

HRD

Training
Roadmap

HRP

แผนกำลังคน
ด้านสุขภาพ

2. ทิศทาง นโยบาย

1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

เป้าหมาย

- PCC Visit เพิ่มขึ้น
- Home Visit เพิ่มขึ้น

นโยบาย/ทิศทาง

- ทิศทาง PCC
- ทิศทาง รพ.สต.
- การถ่ายโอน รพ.สต.

ระยะสั้น

6 เดือน (ไตรมาส 3-4 ปี 62)

PCC

- เขตเมือง 418 ทีม
- พื้นที่อื่น 578 ทีม
- กทม. 53 ทีม

รพ.สต.

- 3 ดาว 100 %
- 5 ดาว 60 %

ระยะยาว

10 ปี (ปี 63 -72) จัดตั้ง “หน่วยบริการปฐมภูมิ”

ปี 63-64	ปี 65-67	ปี 68 -72
รพศ./รพท. จัดตั้ง 50 %	รพศ./รพท. จัดตั้ง 75 %	รพศ./รพท. จัดตั้ง 100 %
รพช.จัดตั้ง 25 %	รพช.จัดตั้ง 50 %	รพช.จัดตั้ง 75-100 %
ปี 63-64	ปี 65-67	ปี 68 -72
5 ดาว 100 %		หน่วยบริการปฐมภูมิ -FM -ปรับเปลี่ยน จนท.

3. ทิศทาง นโยบาย

2. บริการ ทุติยภูมิ & ตติยภูมิ

1. ลดความแออัด
2. จำนวนเตียงที่เหมาะสม
3. เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียง

เป้าหมาย

1. OP Visit ไม่มี walk in รพ ระดับ A (รพศ.)
3. เพิ่มศักยภาพ รพ. ระดับ M รักษาโรคที่ $RW > 1.8$ มากขึ้น
5. ความยากง่ายของการรักษาโรค ด้วยค่า RW
6. ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (ไป กลับ) ลดการส่งต่อออกนอกเขต ยกเว้นเกินศักยภาพ และรอยต่อระหว่างเขต
7. การบริหารร่วมและบริการร่วม

นโยบาย/ทิศทาง

2. รพ ระดับ A ได้แก่
 - 2.1 ไม่เพิ่มเติมเตียง
 - 2.2 ไม่มี OPD walk in
 - 2.3. เพิ่มศักยภาพ PCC เขตเมือง
 - 2.4 เพิ่มศักยภาพ รพ. ในเขตเมืองหรือใกล้เคียง เพื่อรองรับผู้ป่วยใน (IP) ในเขตเมือง
4. ยกกระดับ รพ. ระดับ F1 ที่มีศักยภาพ ให้เป็นระดับ M
 - 5.1 รพ.ระดับ A ค่า $RW > 1.8$ ขึ้นไป
 - 5.2 รพ.ระดับ S ค่า $RW = 1.8 - 3$
 - 5.3 รพ.ระดับ M1 ค่า $RW = 1.2 - 1.8$
 - 5.4 รพ.ระดับ M2 ค่า $RW = 0.6 - 1.2$
 - 5.5 รพ.ระดับ F ค่า $RW < 0.6$ (ยกเว้น ประชากรในพื้นที่)

Focal point : กบรส. กรมการแพทย์

ระยะสั้น

6 เดือน (ไตรมาส 3-4 ปี 62)

- รพ.ระดับ A รับการส่งต่อผู้ป่วยโรคที่มีค่า $RW < 1.8$ จาก รพ.ลูกข่าย ลดลง ร้อยละ 15
- รพ.ระดับ A มีจำนวนผู้ป่วย OPD ร้อยละ 30
- มีศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยระดับเขตสุขภาพ รพศ. แม่ข่ายเขตสุขภาพ (The Regional Referral center) เขตละ 1 แห่ง
- ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย รพท.ระดับจังหวัด (The Provincial Referral center) จังหวัดละ 1 แห่ง
- ลดการปฏิเสธการส่งต่อ
- ทุกเขตสุขภาพมีรูปแบบการบริหารจัดการแนวใหม่อย่างน้อย 1 เครือข่าย

ระยะกลาง

2 ปี (ปี 63-64)

- รพ.ระดับ A รับการส่งต่อผู้ป่วยโรคที่มีค่า $RW < 1.8$ จาก รพ.ลูกข่าย ลดลง ร้อยละ 30
- รพ.ระดับ A มีจำนวนผู้ป่วย OPD ร้อยละ 40
- มีศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยระดับเขตสุขภาพ รพศ.แม่ข่ายเขตสุขภาพ (The Regional Referral center) เขตละ 1 แห่ง
- ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย รพท.ระดับจังหวัด (The Provincial Referral center) จังหวัดละ 1 แห่ง
- ลดการปฏิเสธการส่งต่อ
- ทุกเขตสุขภาพมีรูปแบบการบริหารจัดการแนวใหม่อย่างน้อย จำนวน 2 เครือข่าย

ระยะยาว

5 ปี (ปี 65-67)

- รพ.ระดับ A รับการส่งต่อผู้ป่วยโรคที่มีค่า $RW < 1.8$ จาก รพ.ลูกข่าย ลดลง ร้อยละ 100
- รพ.ระดับ A มีจำนวนผู้ป่วย OPD ร้อยละ 100
- มีศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยระดับเขตสุขภาพ รพศ.แม่ข่ายเขตสุขภาพ (The Regional Referral center) เขตละ 1 แห่ง
- ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย รพท.ระดับจังหวัด (The Provincial Referral center) จังหวัดละ 1 แห่ง
- ลดการปฏิเสธการส่งต่อ
- ทุกเขตสุขภาพมีรูปแบบการบริหารจัดการแนวใหม่อย่างน้อย จำนวน 3 เครือข่าย

2. ทิศทาง นโยบาย

เป้าหมาย

เพิ่มคุณภาพ
การบริการ

นโยบาย/ทิศทาง

3. Excellence center

ความร่วมมือคณะแพทยศาสตร์กับเขตสุขภาพในด้านระบบบริการวิชาการและวิจัย

ระยะยาว 5 -10 ปี (ปี 63 - 70)

1. ศูนย์กลางบริการสุขภาพ
(Medical Service Excellence Center)
2. ศูนย์กลางการศึกษาด้านการแพทย์
(Academic Excellence Center)
3. ศูนย์กลางการวิจัยทางการแพทย์
(Research Excellence Center)

1) สาขาหัวใจและหลอดเลือด	1+ = 11 แห่ง	1 = 8 แห่ง	2 = 30 แห่ง	3 = 30 แห่ง
2) สาขามะเร็ง	1+ = 16 แห่ง	1 = 18 แห่ง	2 = 18 แห่ง	3 = 18 แห่ง
3) สาขาบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน	1+ = 12 แห่ง	1 = 30 แห่ง	2 = 22 แห่ง	3 = 22 แห่ง
4) สาขาทารกแรกเกิด	1+ = 11 แห่ง	1 = 18 แห่ง	2 = 27 แห่ง	3 = 28 แห่ง
5) สาขาเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ	1+ = 11 แห่ง	1 = 2 แห่ง	2 = 18 แห่ง	3 = 18 แห่ง

2. ทิศทาง นโยบาย

เป้าหมาย

นโยบาย/ทิศทาง

4. Digital Transformation

1. Smart place/Infrastructure
2. Smart tools
3. Smart service
4. Smart outcome
5. Smart Hospital

1. Smart Hospital
2. App : PCC link / MOPH Connect

ระยะสั้น

6 เดือน (ไตรมาส 3-4 ปี 62)

- รพศ. รพท. ต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และ 2 100%
- รพช. ต้องผ่านเกณฑ์ ระดับ 1 และ 2 ไม่น้อยกว่า 50 %
- รพ.สังกัดกรมวิชาการ ต้องผ่านเกณฑ์ ระดับ 1 และ 2 จำนวน 50%
- ทีมPCC ขึ้นทะเบียนเขตละ1 จังหวัด ต้องใช้ App PCC link

ระยะสั้น

2 ปี (ปี 63-64)

- รพ.ประกาศนโยบายสู่ Smart Hospital
- Lean Process
- Paperless OPD 100%
- e-Prescription
- ใช้บัตรประชาชนในการติดต่อ รพ.
- มีโปรแกรม PCC รูปแบบ Software as a Service

ระยะกลาง

3 ปี (ปี 65-67)

- Queue Online/Automation
- Health Literacy
- ระบบไอที รพ. ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
- Smart place/Infrastructure

2. ทิศทาง นโยบาย

เป้าหมาย

5. Service Support

- 1.ด้านเภสัช : 1) การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา และระบบตรวจสอบภายใน
2) การสำรองยาพร้อม และยากำพร้า
- 2.ด้าน Lab : 1) ลดความแออัด และเพิ่มความสะดวกของผู้ป่วย

นโยบาย/ทิศทาง

- 1.ด้านเภสัช : 1) Real time cold chain monitoring and alert
2) Robot Pharmacy System
3) พัฒนาระบบส่งต่อยาใน รพ.สต.
- 2.ด้าน Lab : 1) Central LAB and logistic
2) LAB Application

ระยะสั้น

6 เดือน (ไตรมาส 3-4 ปี 62)

- Real time cold chain monitoring and alert
- ศึกษาความเป็นไปได้ Robot Pharmacy System
- มีระบบ Central LAB and logistic พื้นฐานอย่างน้อยจังหวัดละ 1 อำเภอ

ระยะกลาง

2 ปี (ปี 63-64)

- ร้อยละ 30 รพ.ระดับ A S M1 มีระบบการจัดยาอัตโนมัติ
- เขตสุขภาพทุกเขตมีระบบการจัดการคลังสำรองยาพร้อมและยากำพร้า
- มีระบบ Central LAB and logistic ทั้งจังหวัดอย่างน้อยเขตละ ๒ จังหวัด

ระยะยาว

5 ปี (ปี 65-67)

- ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลระดับ A S M1 มีระบบการจัดยาอัตโนมัติ
- มีระบบ Central LAB and logistic ทั้งจังหวัด และระดับเขต ทุกเขต
- มีการพัฒนา LAB Application อย่างต่อเนื่อง และ รพศ./รพท./รพช. Node ทุกแห่งมีการใช้งาน

2. ทิศทาง นโยบาย

การจัดทำแผนและแนวทางกำลังคนด้านสุขภาพ (HRH Blueprint)

- แผนความต้องการกำลังคน
ตาม Service Delivery Blueprint

HRP

- แผนการผลิตและพัฒนากำลังคน
สอดคล้องความต้องการ ตาม
Service Delivery Blueprint

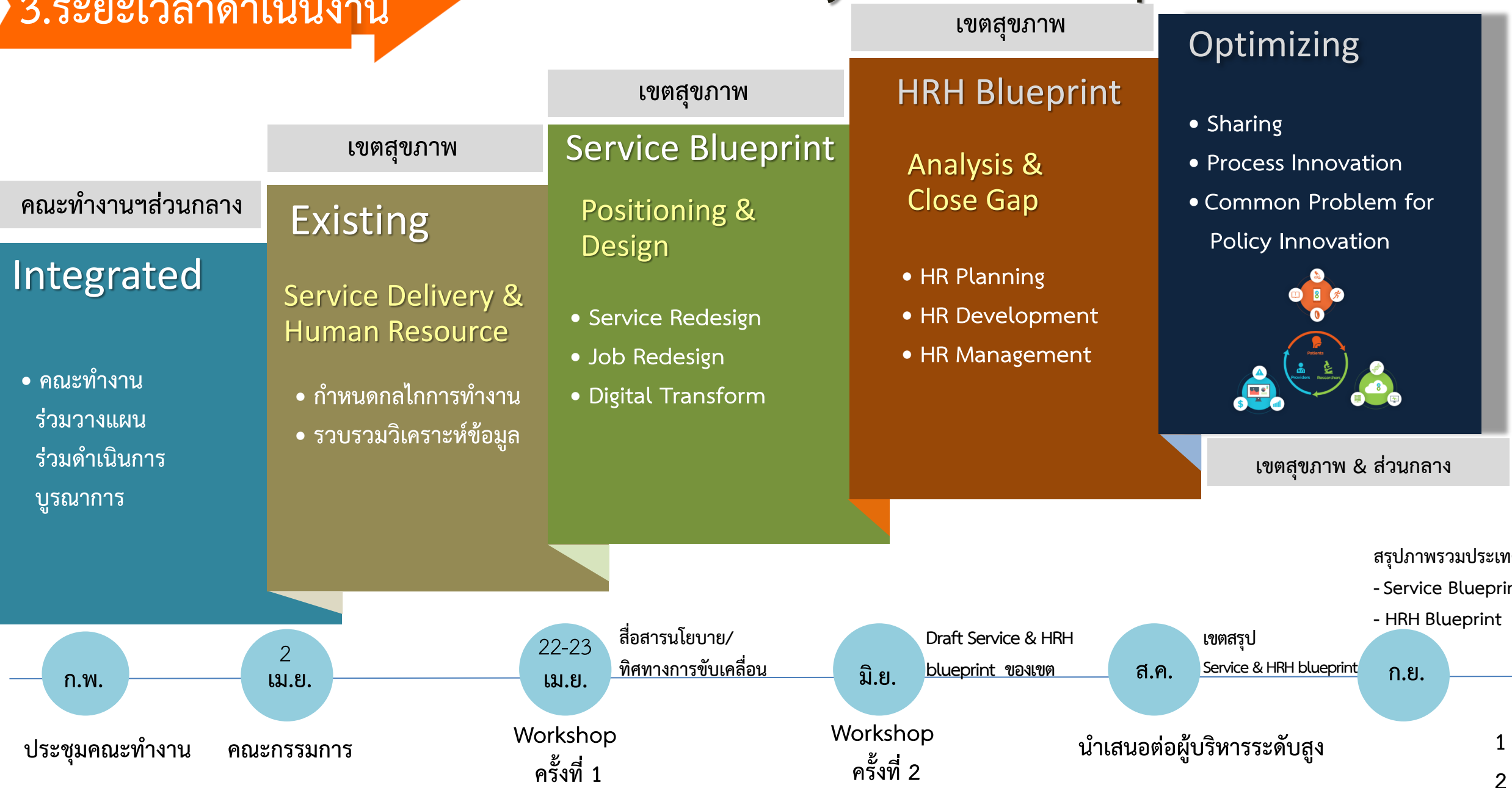
HRD

- แผนการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
- มีการบริหารจัดการรูปแบบใหม่
- Job Design การจ้างงานทางเลือก บริหารร่วม
บริการร่วม Out source ทั้งภาครัฐและเอกชน

HRM

3.ระยะเวลาดำเนินงาน

Service Delivery & HRH Blueprint



ผลที่คาดว่าจะได้รับ

Master Plan



①

- ได้ Master Plan ของ Service Delivery & HRH Blueprint 12 เขตสุขภาพ และภาพรวมประเทศ

②

- มีการบริหารจัดการกำลังคนรูปแบบใหม่
- มีการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ที่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชน

การบริหารจัดการ



อัตรากำลัง



③

- แผนอัตรากำลังที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่



ขอขอบคุณ

