



# SERVICE PLAN INTERMEDIATE CARE

จากนโยบายสู่การปฏิบัติ

น.พ.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ  
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 5  
31/07/2560



สธ.ให้ รพ.ชุมชนทุกแห่งเป็น **Intermediate care** รับผู้ป่วยพันวิฤติมาดูแล

“เน้น 3 โรคสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง และการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง

โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ต้องมีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยอินเตอร์มีเดียด แคร่  
แห่งละ 2 เตียง และตั้งเป้าหมายโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลพระราชรัฐ  
ในปี 2562

ข้อมูลจากรายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) พ.ศ. 2553

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 320 ราย ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด 3 แห่ง พบว่า มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.2 วัน

### ระหว่างอยู่โรงพยาบาล

- ✓ ผู้ป่วยร้อยละ 29 ได้รับการประเมินระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง
- ✓ ผู้ป่วยร้อยละ 55.2 ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

### หลังจากออกจากโรงพยาบาล

- ✓ ผู้ป่วยร้อยละ 71.1 ยังมีอาการอัมพาต
- ✓ ผู้ป่วยร้อยละ 54.5 มีปัญหาการพูด/สื่อสาร
- ✓ ผู้ป่วยร้อยละ 29.1 มีปัญหาการกลืนอาหาร
- ✓ ผู้ป่วยร้อยละ 30.2 มีปัญหาสำลักอาหาร

**มีปัญหาหลายระบบ  
ต้องการการดูแลแบบสหวิชาชีพ**

### การได้รับบริการฟื้นฟูกายหลังจากออกจากโรงพยาบาล



## intermediate care vs Thailand 4.0

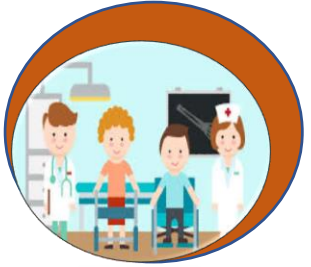
### • “ทำน้อย ได้มาก”

- ทำน้อย/ลงทุนน้อย : ใช้ทรัพยากรเดิม แต่เติมเพิ่มความรู้ทักษะ และสิ่งที่เอื้อต่อการฟื้นฟู เช่น เตียง/ward ฟื้นฟู, นักกายภาพบำบัด, ทีมหมอบครบถ้วน
- การเชื่อมโยงเครือข่ายของหน่วยบริการ ตั้งแต่ รพศ. รพท. รพช. รพ.สต. และ ชุมชน
- ฝั่งผู้รับบริการ(ต่อภาพเศรษฐกิจประเทศ) : ค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่ไกล ค่ากินอยู่ ค่าเช่าไข้, คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของ ผป.และครอบครัว ลด caregiver burden
- ได้เปลี่ยน “คนไข้มาสู่.....คนที่ทำงานได้ ของสังคม”  
“เปลี่ยนจากภาระ.....เป็นพลังของสังคม”

### • “นวัตกรรม และ การใช้เทคโนโลยี” อย่างไร

- ระบบสารสนเทศ : เพื่อการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบและติดตามการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นปัจจุบัน เป็นสื่อ ชุดความรู้เพื่อทีมหมอบครบถ้วน ผู้ดูแลในการช่วยฟื้นฟูให้ผู้ป่วย

# ประเด็นที่นำมาสู่การพัฒนา Intermediate Care



## ด้านระบบบริการ

- แออด (BOR สูง, refer back ยาก, admission และ re-admission ที่ไม่จำเป็น)
- Beds utility etc.



## ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

- ความพร้อมในการรับกลับและดูแล
- ความมั่นใจในคุณภาพและการดูแลต่อเนื่อง
- กลับบ้านได้เร็ว
- กลับมาใช้ชีวิตได้ตามเดิม
- ไม่พิการ



## ความต้องการของชุมชน

- ความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพ
- Community-based rehabilitation (WHO; ๑๙๙๔)

## นิยาม

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่าน  
พื้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความ  
ผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการ  
ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับ  
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสห  
วิชาชีพ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึง  
ชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการ  
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือ  
ภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็ม  
ศักยภาพ

## ขอบเขต

๖ เดือน นับจากวันที่พื้นภาวะวิกฤต  
และมีอาการคงที่

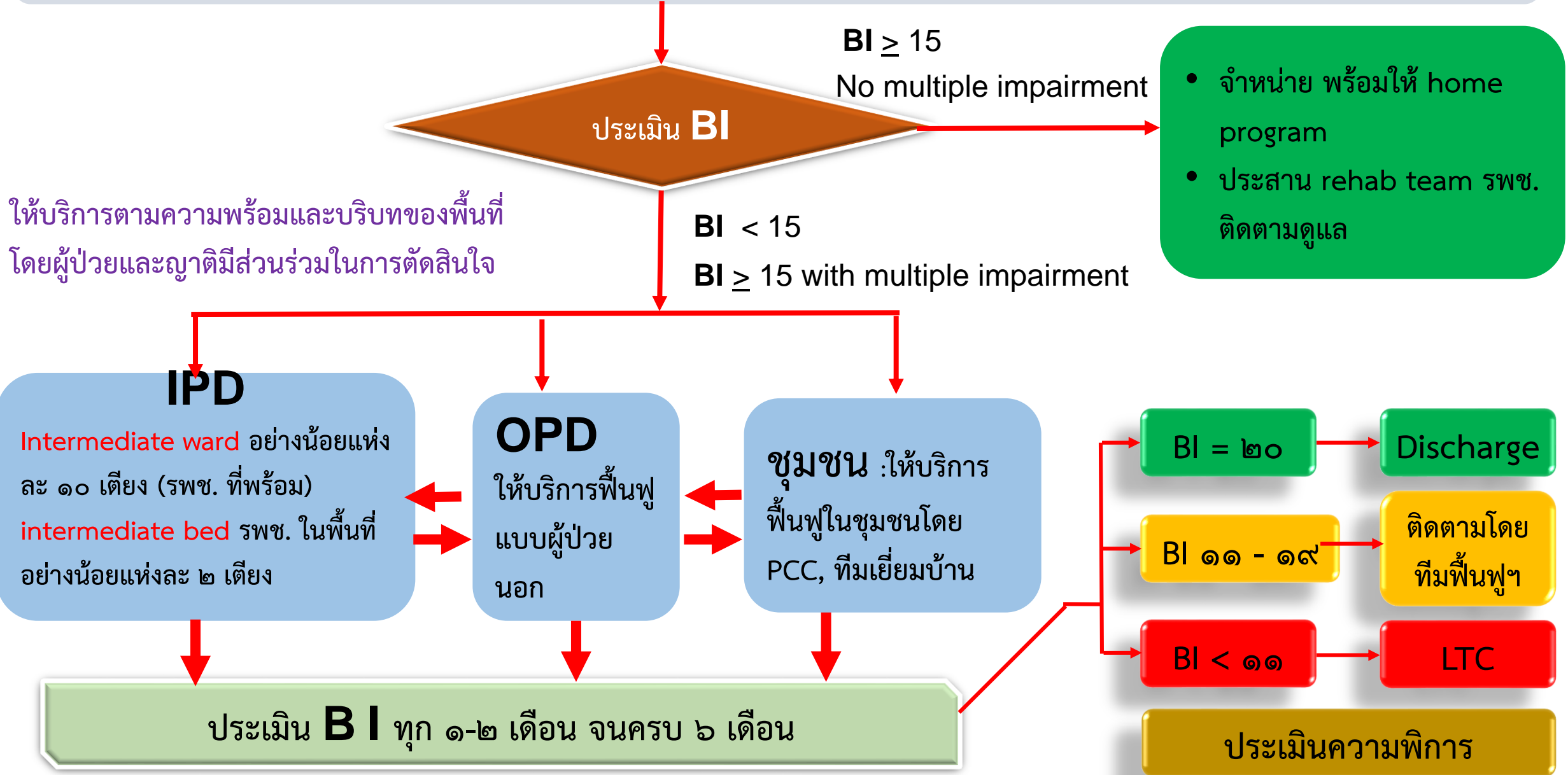
## กลุ่มเป้าหมาย

๑. Stroke / Traumatic brain injury /  
Spinal cord injury
๒. กลุ่มเฉพาะตามบริบทพื้นที่ เช่น Post operative  
physical therapy, chemotherapy, Chronic  
wound,

## จุดเน้นพัฒนาบริการ

- ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง
- ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.
- ระบบส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น post-surgery, chronic  
wound, chemotherapy

# ผู้ป่วย (Stroke, Head injury, SCI) รพศ. รพท. ชั้น Acute และสถานะทางการแพทย์คงที่



# Intermediate Care

เป้าหมาย (๑ปี): เข้าถึงบริการ ลดพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน บริการฟื้นฟูได้มาตรฐาน

บริหารจัดการ	พัฒนาระบบบริการ	สร้างการรับรู้ ทักษะคน	ระบบข้อมูล
๑.โครงสร้าง กสร./เขต/จังหวัด ๒. แผนแม่บท service plan ๓.จัดสรรงบประมาณ	1.Register, referral network and monitoring 2.HRM & HRD 3.คู่มือแนวทางปฏิบัติ 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ model development	๑.Mass & media Com. ๒.สร้างการรับรู้ ทักษะคนบุคลากรทางการแพทย์ ภาควิชาเครือข่าย และ ปชช. ๓.เยี่ยมเสริมพลัง	๑.พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการจัดการและให้บริการรวมทั้งติดตามและประเมินผล ๒.การจัดการความรู้ภายใต้พื้นฐานของข้อมูล
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>ตั้งคณะทำงานระดับประเทศ ระดับเขตและระดับจังหวัด</li> <li>ประชุมชี้แจงคณะทำงานและผู้ให้บริการ</li> <li>ขับเคลื่อนระดับเขตและจังหวัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>แผนแม่บท service plan</li> <li>พัฒนาต่อยอดระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียน ส่งต่อ และติดตามผู้ป่วย (web application)</li> <li>จัดทำและเผยแพร่คู่มือฉบับบูรณาการ การให้บริการ intermediate care (แนวทาง ๑ เล่ม คู่มือสั้นๆ ๑ เล่ม)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>อบรมหลักสูตรฟื้นฟูระยะสั้นสำหรับแพทย์</li> <li>อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพหลักสูตรระยะสั้น ๕ วัน</li> <li>อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพหลักสูตร ๔ เดือน</li> <li>เยี่ยมเสริมพลังภายในจังหวัด/เขต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงานปีต่อไป</li> <li>จัดประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต/ ระดับประเทศ</li> </ul>

← เข้าถึงบริการ ๗๐% Barthel index เพิ่มขึ้น ๗๐% Complication ในผู้ป่วยติดเตียงน้อยกว่า ๒๐% →



## เป้าหมาย

1. ลดความแออัดของ Acute Care Setting (ลด BOR, จำหน่ายได้เร็ว, ลดการ re-admission ที่ไม่จำเป็น)
2. Improve Functional Status นำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเอง (independent living)
3. เพิ่มประสิทธิภาพ Bed utility and capacity
4. ป้องกันและชะลอ complication
- (5. ลด caregiver burden และจัดบริการ specialised IC ตามความต้องการของพื้นที่)

แผนแม่บทพัฒนา 5 ปี (2560-2564) แบ่งการดำเนินงานออกเป็นสองระยะ :

- 1) ระยะพัฒนา (2560-2562)
- 2) ระยะขับเคลื่อน (2563-2564)

ระยะแรก (ระยะพัฒนา) 2560-2562

ขอบเขต : หลังพ้นระยะacuteและเข้าห้องซึ่ IC จนถึง 6 สัปดาห์

### 1. รูปแบบหลัก

- กลุ่มเป้าหมาย 1) Post-acute stroke โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จัดเป็น patient with complex needs.
- 2) Post neurological trauma เช่น spinal cord injury, traumatic brain injury

### 2. รูปแบบเสริม (พื้นที่เลือก)

- เป็นรูปแบบที่ถอดบทเรียนจาก model development ต่างๆที่พื้นที่ที่เหมาะสมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

### 3. รูปแบบเฉพาะ (พื้นที่เลือก)

- เป็นรูปแบบ intermediate care เฉพาะประเด็นตามบริบทความต้องการของพื้นที่ เช่น Intermediate care สำหรับผู้สูงอายุห่อ้มเปราะบาง, inoperable fracture, Post-operation care, Chronic wound care, Chemotherapy ward etc.

# สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ : เป้าหมายปี 2561

เพิ่มการเข้าถึงบริการ

- ผู้ป่วยที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูใน 6 เดือนแรก **70%**

กลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูมี  
สมรรถนะให้ดีขึ้น  
(potential group)

- กลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (ทำตามคำสั่งได้ 1-2 **step**) มีสมรรถนะดีขึ้น **70%**

ลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ไม่มี  
ศักยภาพในการฟื้นฟู  
(low potential group)

- กลุ่มที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (**bedridden**) เกิดภาวะแทรกซ้อน (ใหม่) น้อยกว่า **20%**

<b>Service delivery</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ให้บริการใน ๓ รูปแบบตามความพร้อมและบริบทของพื้นที่ (IPD, OPD, community)</li> <li>Health literacy &amp; education program</li> <li>เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ acute care, intermediate care ไปจนถึง LTC (PCC, case manager) ได้สมบูรณ์ รวมทั้ง Social care</li> </ul>
<b>Health Work Force</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดสรรอัตรากำลังคนด้านการฟื้นฟูตามกรอบ FTE และข้อเสนอของสถาบันสิรินธรฯ</li> <li>อบรมหลักสูตรฟื้นฟูระยะสั้นสำหรับแพทย์ พยาบาลฟื้นฟูสภาพ และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง</li> <li>อบรม care giver: ญาติ นักบริบาล อสม. อสค.</li> </ul>
<b>Health Information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาต่อจากระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียน ส่งต่อ ระบบปรึกษา และติดตามผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟู ให้เป็นระบบเดียวกันและสามารถเชื่อมโยงถึงกันได้ทั่วประเทศในรูปแบบ web application</li> </ul>
<b>Technology</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาการวิจัย การประเมินเทคโนโลยี (Health technology assessment)</li> <li>การพัฒนานวัตกรรมโดยบุคลากรภาคสาธารณสุข ภาควิชาศัลยกรรม และโดยชุมชน</li> </ul>
<b>Finance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IPD : เรียกเก็บค่าบริการตามระบบ DRGs (Pdx: hemiplegia RW เริ่มต้น = ๐.๗๖ / Pdx: cerebral infarction RW เริ่มต้น = ๑.๐๕)</li> <li>OPD, ชุมชน : เรียกเก็บค่าบริการตามจริงรายครั้งตามวิชาชีพ (๑๕๐ - ๓๐๐ บาทต่อครั้ง : ค่าบริการฟื้นฟูฯ สปสช.)</li> <li>โครงการกองทุนฟื้นฟูฯจังหวัด (งบประมาณจาก สปสช.: อบจ. ๕๐% : ๕๐%)</li> <li>โครงการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub acute rehabilitation service) ของสถานพยาบาลและเครือข่าย (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย /สถาบันสิรินธรฯ/ สวปก./ สปสช.)</li> </ul>
<b>Governance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>แผนยุทธศาสตร์ ๑,๕,๒๐ ปี โดยคำนึงถึงส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (พม. มหาตไทย ท้องถิ่น ศึกษาดิจิทัล แรงงาน ฯลฯ) และทั้ง ๓ กองทุน ร่วมกันบูรณาการให้บริการทั้ง medical care และ social care</li> <li>การเยี่ยมเสริมพลังและติดตามตัวชี้วัด ระดับเขต ระดับจังหวัด</li> </ul>

## บทบาทภาคสาธารณสุขระดับจังหวัด

### สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

- ตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด
- ประสานการทำงานร่วมกับกองทุนฟื้นฟูฯจังหวัด
- สนับสนุนนโยบายและอำนวยความสะดวกทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
- สนับสนุนการจัดประชุมชี้แจงโครงการ การออกเยี่ยมติดตามในแต่ละอำเภอ การประชุม KM และสรุปผลการดำเนินโครงการในแต่ละปี
- ดูแลและร่วมพัฒนาระบบฐานข้อมูล

### โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

- กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นหลัก
- คัดกรอง ประเมิน ตั้งเป้าหมายให้บริการ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายในจังหวัด
- สนับสนุนด้านวิชาการ ทำ team meeting โดยสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซ้ำซ้อน
- ร่วมงานกับ สสจ. จัดประชุมการสรุปผลการดำเนินโครงการ รวมทั้งร่วมกันพัฒนาโครงการ
- ประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ

### โรงพยาบาลชุมชน

- กายภาพบำบัด/ เวชกรรมฟื้นฟู เป็นหลัก
- รับช่วงการดูแลต่อจาก รพศ./ รพท. รวมทั้งเริ่มดูแลผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่
- สร้างแผนการดำเนินงานร่วมกับทีม home health care/งานปฐมภูมิ และ รพ.สต. ในพื้นที่ตามบริบท
- แพทย์ให้การสนับสนุน รวมถึงส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซ้ำซ้อน
- ให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และการเยี่ยมบ้าน
- คลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับอำเภอ

### PCC

- ให้บริการฟื้นฟูในระดับปฐมภูมิโดยทีมสหวิชาชีพแบบองค์รวม
- multidisciplinary team meeting โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม
- เชื่อมโยงการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อปท. ระดับต่างๆ
- จัดการระบบ caregiver ในชุมชน

### รพ.สต.

- มีบทบาทเป็นเจ้าของไข้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว
- ให้บริการฟื้นฟูร่วมกับทีมสหวิชาชีพจาก รพช.
- ให้บริการทางการแพทย์พยาบาลขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแล NG tube, Foley's cath, การทำแผล รวมทั้งการส่งต่อเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน
- เป็นผู้นำทีม care giver: อสม. ญาติ จิตอาสา ฯลฯ
- ประสานงานกับ อปท. ในพื้นที่เพื่อให้การดูแลด้าน social care

## บทบาทของภาคีเครือข่ายและแนวร่วมภาคสาธารณสุข

### ราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัย และ สมาคมวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง

- ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ
- พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการ
- จัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นเพื่อการให้บริการรายโรคและรายปัญหาที่เกี่ยวข้อง
- การศึกษาวิจัย

### กรมการแพทย์

- พัฒนา web application ระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียน ส่งต่อ ระบบปรึกษา และติดตามผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟู ให้เป็นระบบเดียวกันและสามารถเชื่อมโยงถึงกันได้ทั่วประเทศ
- ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ
- จัดอบรมหลักสูตรต่างๆ แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรระยะยาว
- จัดทำคู่มือแนวทางการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care)

### องค์กรการ ปกครองส่วน ท้องถิ่น

- สมทบงบประมาณร่วมกับ สปสช. เพื่อสร้างและดำเนินการกองทุนฟื้นฟูจังหวัด
- ให้การสนับสนุนด้าน social care เช่น ดำเนินการปรับสภาพบ้าน หรือรถรับส่ง เป็นต้น
- สนับสนุนระบบ caregiver หรือนักบริบาล

### กองทุนฟื้นฟู จังหวัด

- แต่งตั้งคณะทำงานฯ
- สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ
- จัดตั้งระบบคลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับจังหวัด
- จัดตั้งระบบการปรับสภาพบ้าน
- สนับสนุนด้านอาคารสถานที่เช่น ห้องประชุม สถานที่เก็บอุปกรณ์ต่างๆ

# ภาพรวมแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560 - 2564

กรอบแนวคิด : Seamless Service Network, Self Contain & Referral Hospital Cascade

เป้าหมาย : ลดป่วย ลดตาย ลดความแออัด ลดระยะเวลารอดอย

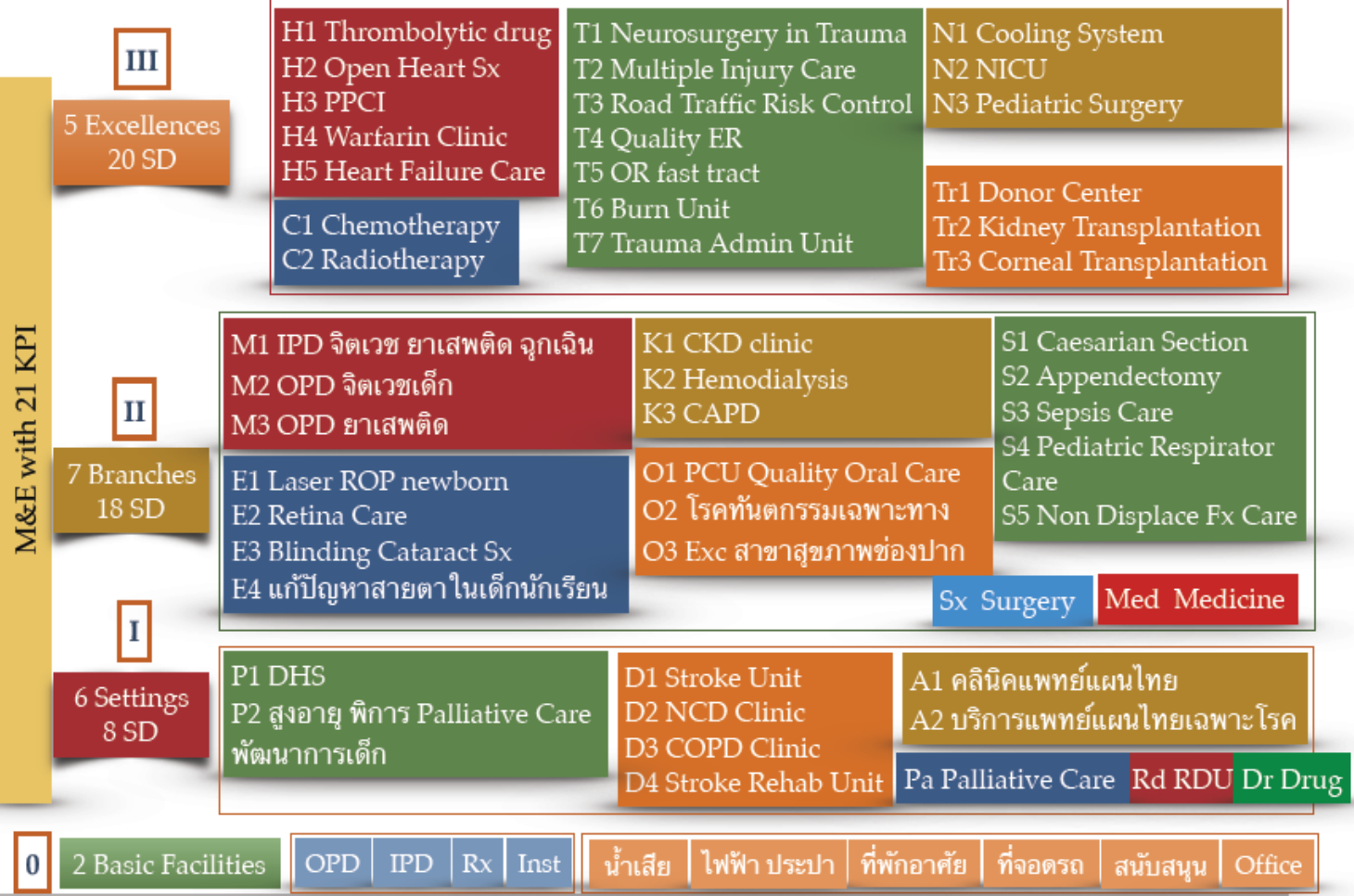


## Desired Scenario

GAP

Capability & good Administration need to develop along with Physical investment

2 Basic Facilities + 18 Specific Service (46 Service Delivery)



## Situation Analysis

# ภาพรวมระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพ

6 Building  
Blocks+

(Improved Health)  
Productivity Life Span  
เพิ่มขึ้นอย่างยั่งยืน

## VISION

“ประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน โดยเครือข่ายบริการเชื่อมโยงที่ไร้รอยต่อ สามารถบริการเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการ”

Health For All  
: PHC, UHC

All For Health  
: OH, HAP

Service Plan ทุกสาขา ต้องสามารถเชื่อมโยงไปถึงระดับปฐมภูมิ



ตติยภูมิ



ทุติยภูมิ



ปฐมภูมิ

1. ดูปรับทุนและฉุกเฉิน	2. โรคหัวใจ	3. ทารกแรกเกิด	4. โรคมะเร็ง	5. สุขภาพจิต จิตเวช	6.5 สาขาหลัก	7. ตา	8. ไต	9. สุขภาพช่องปาก	10. โรคไม่ติดต่อ	11. การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	12. ระบบบริการปฐมภูมิ และระบบสุขภาพ	13. ปลูกถ่ายอวัยวะ	14. การรักษายาต้านมะเร็ง (RDU)	15. Palliative Care	16. ศัลยกรรม	17. ยนต์พัตติ	18. อชุนกรรม
------------------------	-------------	----------------	--------------	---------------------	--------------	-------	-------	------------------	------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------	--------------------------------	---------------------	--------------	---------------	--------------

Intermediate care

KPIs

- กระทรวง
- เขต
- จังหวัด

ระบบควบคุมโรค	ระบบคุ้มครองผู้บริโภค	ระบบสิ่งแวดล้อมสุขภาพ	PP 5 กลุ่มวัย				
			<b>กลุ่มแม่และเด็ก</b> - หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยง - พัฒนาการเด็กสมวัย	<b>กลุ่มวัยเรียน</b> - Defect ที่มีผลต่อการเรียนรู้ : LD/ IQ/ EQ สายตา	<b>กลุ่มวัยรุ่น</b> - Teenage pregnancy - Alcohol/ บุหรี่/ อุบัติเหตุ	<b>กลุ่มวัยทำงาน</b> - CKD / DM / HT/ อุบัติเหตุทางท้องถนน	<b>กลุ่มผู้สูงอายุ</b> ผู้สูงอายุติดบ้าน/ ติดเตียง



DHS – PCC (3S) – รพ.สต.ติดดาว

ชุมชน (FCT ชุมชน)

Self care level ทุกคน **Health literacy**

เป้าหมายระบบสุขภาพอำเภอ

- สถานะสุขภาพ
- Self Care
- ทีมสุขภาพอำเภอเข้มแข็ง



ดร.นพ.พิเชษฐ์ ศรีประเสริฐ  
ผู้ตรวจราชการกระทรวง

# การปลูกฝังค่านิยม MOPH



## ร่วมขับเคลื่อน **ค่านิยม** กระทรวงสาธารณสุข

**M**

**Mastery**

เป็นนายตัวเอง

**O**

**Originality**

เร่งสร้างสิ่งใหม่

**P**

**People  
Centered Approach**

ใส่ใจประชาชน

**H**

**Humility**

ถ่อมตน  
อ่อนน้อม





# ขอบคุณครับ

